

La saga des « freins buccaux restrictifs » chez l'enfant allaité

S'appuyer sur les connaissances scientifiques pour éviter des interventions inutiles

Gisèle Gremmo-Féger*

Résumé

Depuis une bonne dizaine d'années, on observe une augmentation inquiétante des diagnostics de freins de langue courts ou de freins de lèvre et des demandes d'interventions de sections de ces freins chez les enfants allaités. Cette situation s'est installée après l'introduction du concept de frein de langue postérieur. Cet article est une mise au point concernant les préoccupations et connaissances actuelles sur le sujet des freins buccaux et de l'allaitement. La compréhension des mécanismes de la succion au sein, de nouvelles données anatomiques et des conférences des consensus apportent un éclairage contribuant à adopter une approche raisonnée de cette problématique. Il n'y a pas de lien formellement établi entre un score de frein de langue court et des difficultés d'allaitement. Avant de recourir à une frénotomie, il est indispensable de procéder à une évaluation méthodique et rigoureuse du couple mère-enfant et de la conduite pratique de l'allaitement.

Mots clés : frein de langue, succion, frénotomie, allaitement

Correspondance : contact@co-naitre.net

Introduction

L'ankyloglossie est une anomalie congénitale caractérisée par un frein lingual anormalement court qui peut restreindre la mobilité de la langue. Une controverse ancienne existe quant au rôle possible d'un frein de langue court dans certaines difficultés d'allaitement. Bien que plusieurs études aient montré une certaine efficacité de la frénotomie dans la prise en charge de problèmes d'allaitement associés à un frein de langue court, de nombreux professionnels de santé l'ignorent ou en nient toute implication. Jusqu'à récemment, on savait peu de choses sur la structure anatomique et les variations normales du frein de langue. Différents systèmes de classement supposés aider les cliniciens à en déterminer la sévérité n'ont pas fait la preuve de leur fiabilité. Après l'introduction en 2004 du concept de frein de langue « postérieur », on est passé d'une situation déjà complexe à une situation à la fois confuse et préoccupante où de plus en plus de bébés allaités et leurs parents sont devenus les victimes d'une épidémie de « freins buccaux restrictifs ».

*Pédiatre, coordinatrice DULHAM

État des lieux

Depuis une bonne dizaine d'années, on observe une augmentation spectaculaire des diagnostics de freins de langue courts ou de freins de lèvre et des demandes d'interventions de sections de ces freins chez les nouveau-nés et nourrissons allaités. Une étude de nourrissons hospitalisés aux USA a mis en évidence que le nombre de diagnostics de « freins de langue » avait été multiplié par 4 entre 2003 et 2012 et celui des frénotomies par 5 (Walsh et al. 2017). Une étude en Colombie britannique a montré que le nombre de frénotomies avait augmenté de 89% entre 2003 et 2014 (Joseph et al. 2016). Dans une autre étude, également au Canada, le nombre de diagnostics de freins est passé de 6,86/ 1000 naissances en 2002 à 22,6/1000 naissances en 2014 et celui de frénotomies de 3,76 à 14,7/1000 naissances (Lisonek et al. 2017). En Nouvelle-Zélande, en seulement 2 ans, de 2013 à 2015, le nombre de frénotomies est passé de 7.5 % à 11.3 % (Dixon et al. 2018). En Australie, entre 2006 et 2016, la chirurgie du frein de langue a augmenté de 420 %, et de 3710 % pour la seule région de Sydney (Kapoor et al. 2018). Pas besoin d'être

épidémiologiste pour conclure que ces tendances sont révélatrices de surdiagnostics et de surtraitements (*Douglas 2017*). Simultanément, on observe une explosion du nombre d'articles relatifs aux freins de langue. Une recherche systématique de tous les articles référencés sur PubMed entre début 1948 et fin 2016 a établi que le nombre total d'articles publiés annuellement sur ce thème avait augmenté de manière spectaculaire notamment au cours des 10 dernières années de la période étudiée. Avec seulement 8 essais randomisés contrôlés et 10 revues systématiques, la majorité des 514 articles recensés ont un faible niveau de preuve (*Bin-Nun et al. 2017*). Le nombre d'articles concernant le frein de lèvre supérieure a lui aussi augmenté de 700 % entre 2000 et 2020, en grande majorité au cours des 6 dernières années (*Razdan et al. 2020*). On constate également une augmentation exponentielle du nombre de sites web, de blogs consacrés aux « freins buccaux restrictifs » ; ils recommandent la prise en charge chirurgicale chez un ORL ou un dentiste dûment référencé, de préférence associée à un traitement complémentaire par diverses thérapies manuelles (chiropraxie, ostéopathie, thérapie cranio-sacrée ou thérapie myofasciale etc.), thérapies qu'il convient de répéter à intervalles réguliers, et ce en dépit de l'absence de preuve scientifique de leur utilité dans les difficultés d'allaitement en lien avec un frein de langue court. Des centres dédiés à la prise en charge des freins buccaux se sont rapidement développés en Amérique du Nord, au Royaume-Uni et en Australie. A grand renfort de publicité et en complément de la prise en charge des freins par une équipe vantée comme multidisciplinaire, des conférences et des formations sur cette thématique sont également proposées, dans une démarche souvent mercantile, par ces « spécialistes » auto-proclamés experts en freins buccaux. En France, la situation n'est pas évaluée, mais des tendances similaires sont observées et l'épidémie prend aussi de l'ampleur.

Flash-back sur la problématique du frein de langue et de l'allaitement

Le terme « frein » vient du latin « *frenulum* » qui signifie « petite bride ». C'est un petit pli de tissu

conjunctif qui fixe ou restreint le mouvement d'un organe mobile. On trouve des freins dans différentes parties du corps. Dans la bouche, il existe un frein de langue normal qui relie la langue au plancher de la bouche. Il existe également un frein qui relie les lèvres à la gencive ; enfin il existe des freins de bouche situés entre la muqueuse buccale et la gencive maxillaire ou mandibulaire, généralement entre les canines et les prémolaires (*Messner et al. 2020*).

On note parfois la présence d'un tissu, visible devant le frein proprement dit, qui s'étend sous la langue jusqu'à la crête gingivale inférieure ou jusqu'au plancher de la bouche ; il peut ressembler à un voile, mais il peut aussi être plus épais ou parfois même très épais. Le bout de la langue peut être en forme de cœur ce qui ne veut pas nécessairement dire que c'est anormal (*Douglas 2016*). Ce frein lingual « court » ou « classique » ou « antérieur » peut se manifester par une limitation plus ou moins importante des mouvements de la langue et correspond à la définition habituelle de l'ankyloglossie (*Messner et al. 2020*). Il peut être responsable de difficultés à prendre le sein, de douleurs et lésions des mamelons, d'un mauvais transfert de lait et d'une stagnation pondérale. Sa prévalence chez les nourrissons varie entre 4,2 et 10,7 % ce qui reflète l'absence de définition uniforme (*Rowan-Legg 2015, Bin-Nun 2017*). Plusieurs études ont mis en évidence une association entre ankyloglossie et difficultés d'allaitement ainsi qu'une certaine efficacité de la frénotomie (*Messner et al. 2000, Ballard et al. 2002, Hogan et al. 2005, Ricke et al. 2005, Dollberg et al 2006*). Dans une étude échographique portant sur 24 nourrissons allaités présentant un frein de langue court, Geddes a évalué, avant et après frénotomie, la qualité du transfert de lait ainsi que le score de prise du sein et le score de douleur. L'ensemble des paramètres étudiés s'est amélioré et les anomalies de succion repérées en échographie ont, soit disparues soit se sont améliorées (*Geddes et al. 2008*). Dans une autre série de 5 enfants allaités présentant également un frein de langue court, Geddes avait aussi montré que ces enfants arrivaient à se nourrir sans difficultés ; elle formulait l'hypothèse

que les seins, les mamelons ou l'éjection du lait de certaines mères pourraient présenter des caractéristiques particulières leur permettant d'allaiter sans problème en dépit de ce frein de langue court (*Geddes et al. 2010*). Dans une revue systématique, Rowan-Legg rapporte que certaines études de cohorte et quelques études transversales prospectives ont démontré une certaine efficacité de la frénotomie chez les nouveau-nés éprouvant des problèmes d'allaitement causés par un frein de langue court, mais que ces études comportent toutes d'importantes limitations méthodologiques : variabilité et définition imprécise du diagnostic, critères d'inclusion flous, échantillons de petite taille, mesures objectives des résultats souvent limitées à l'observation d'une seule tétée, résultats parfois mal définis (p. ex., « amélioration de l'alimentation »), croisement d'une partie du groupe témoin dans le groupe subissant la frénotomie ; ces limitations empêchent l'évaluation correcte et l'interprétation des résultats sans parler de la difficulté à établir si avec le temps, les problèmes d'allaitement se seraient atténués grâce à une prise en charge non médicalisée (*Rowan-Legg 2015*). Pour Douglas, l'introduction du terme « frein de langue postérieur » a largement contribué à obscurcir le débat, car les définitions des freins de langue sont devenues incohérentes et confuses, ce d'autant que les outils de diagnostic ne sont pas fiables, les définitions des difficultés d'allaitement insuffisantes, les techniques chirurgicales utilisées imprécises et amalgamées avec le soutien à l'allaitement généralement proposé au même moment, soutien dont la nature est d'ailleurs rarement définie (*Douglas 2017*). La revue Cochrane qui repose sur 5 essais contrôlés randomisés ayant une qualité de preuve faible à modérée, conclue que chez un enfant présentant un frein de langue court et des difficultés d'allaitement, la section du frein de langue peut améliorer les douleurs maternelles à court terme mais n'a pas toujours d'effet positif sur l'alimentation de l'enfant. Afin de mieux évaluer l'impact des frénotomies, les auteurs préconisent la réalisation d'essais contrôlés randomisés de haut niveau méthodologique (*O'Shea et al. 2017*).

Aux origines de l'épidémie

Le Dr Pamela Douglas explique qu'en 2004, une consultante en lactation américaine a remarqué un cordon de tissu jaune-blanc derrière les plis des muqueuses sous la langue d'un bébé ayant des difficultés d'allaitement ; elle en a discuté avec un chirurgien ORL ; ils l'ont d'abord appelée « frein de langue sous-muqueux » et le médecin l'a coupé. Puis la consultante en lactation a diagnostiqué de plus en plus de freins de langue « sous-muqueux » chez des nourrissons ayant des problèmes d'allaitement et les a orientés vers une incision. Ensemble, ils ont établi une classification comportant 4 types d'ankyloglossie, uniquement centrée sur l'aspect du frein sans évaluation de la mobilité linguale, puis ils ont écrit une lettre à l'American Academy of Pediatrics (*Coryllos et al. 2004*) ; et c'est là que tout a commencé (*Douglas 2016, Geddes 2018*). Ce frein de langue, initialement baptisé « sous-muqueux » est rapidement devenu « postérieur » et plus récemment encore « frein restrictif » sans précision, ce qui génère encore plus de confusion.

Que dit la recherche ?

La conceptualisation d'un modèle de frein de langue « postérieur » ne repose sur aucune base scientifique. C'est un modèle de dysfonctionnement de la succion qui attribue des changements fonctionnels à des anomalies structurelles et qui résulte d'une méconnaissance des mécanismes de la succion au sein et d'une incompréhension selon laquelle le frein serait une structure médiane formée par une « bande » ou une « corde » sous-muqueuse (*Douglas 2016, 2018, Geddes 2018*). Cette conception repose en effet sur la croyance que le mécanisme principal de la succion au sein est le mouvement péristaltique de la langue qui comprime le sein en le plaquant contre le palais, de la même façon que le bébé comprime la tétine d'un biberon. Selon cette croyance, la plupart voire tous les mécanismes suivants seraient nécessaires pour que le bébé obtienne du lait : placement de la langue en coupelle sous le mamelon et l'aréole, compression du sein par la mâchoire supérieure, mouvement ondulatoire de la langue, qui va guider le bolus de

lait vers l'œsophage, lèvres retroussées et fermement appliquées sur le sein pour maintenir l'étanchéité (Watson-Genna 2017). Toujours selon cette croyance, tout déficit au niveau des mouvements de la langue et/ou des lèvres aura pour conséquence une mauvaise prise du sein, une succion peu efficace, des douleurs et/ou lésions des mamelons et un mauvais transfert du lait ce qui implique qu'il est nécessaire de « relâcher » les tensions induites par les freins ou les restrictions du tissu conjonctif en effectuant une frénotomie et/ou une thérapie manuelle afin de les « assouplir » (Douglas 2017). Pourtant, les données échographiques couplées à la mesure du vide intrabuccal mettent en évidence que c'est la dépression intrabuccale effectuée par l'enfant combinée à la pression positive de l'éjection qui est le mécanisme essentiel du transfert de lait lors de la tétée au sein. Les canaux se vident de leur lait sous l'effet de la dépression intrabuccale. La langue n'effectue pas de mouvement ondulatoire de stripping du sein. Elle fait des mouvements verticaux couplés à ceux de la mandibule (Elad et al. 2014, Cannon et al. 2016, Geddes et al. 2016). Pendant le cycle de succion, la langue ne se déplace pas latéralement, elle n'a pas besoin de s'avancer vers l'avant au-delà de la face interne de la lèvre inférieure et une succion efficace ne requiert pas qu'elle se soulève de manière indépendante. A la lumière de ces connaissances, il apparaît, qu'en dehors d'un frein de langue court « classique ou antérieur », les difficultés d'allaitement attribuées à un frein de langue postérieur, à un frein de lèvre supérieure ou à des freins de joues ne sont pas d'origine structurelle. Il s'agit plus vraisemblablement d'un problème de succion dysfonctionnelle liée à un mauvais ajustement mère-bébé et arbitrairement attribuée à une anomalie anatomique (Douglas & Geddes 2017) ou encore d'un problème d'insuffisance de lait intrinsèque comme semblent l'indiquer des recherches en cours à l'Université d'Australie Occidentale (Geddes 2018).

Pourquoi une telle épidémie ?

Cette nouvelle croyance a remporté très vite un succès fulgurant dans les réseaux de soutien à

l'allaitement, notamment chez les consultantes en lactation (Douglas 2016, 2017). Comment est-il possible qu'à l'ère de la médecine factuelle, un grand nombre de professionnels de santé croient, avec parfois une conviction profonde et malgré l'absence de preuves crédibles, que de plus en plus de bébés allaités aient besoin d'incisions profondes sous la langue et la lèvre pour pouvoir se nourrir correctement au sein ? Les causes en sont multifactorielles et relèvent autant de l'insuffisance de culture scientifique, que de la tendance à adopter une approche médicalisée à des problèmes d'allaitement ignorés ou incompris et de la propension malheureusement banale à recourir à une solution rapide (et potentiellement lucrative) à un problème complexe.

La faiblesse de la culture scientifique contribue largement à cet engouement. Les soignants qui s'intéressent à l'allaitement ont souvent peu d'expérience de la recherche. Il n'est en effet pas inné de savoir « douter de manière raisonnable », de savoir distinguer une information fiable d'une information qui ne l'est pas, de savoir que les données scientifiques doivent être contextualisées, vérifiées, recoupées. C'est ainsi qu'une pseudoscience règne sur le sujet, avec de mauvaises méthodologies de recherche ignorées ou incomprises par les partisans des incisions profondes, lesquels postent sur Internet des articles considérés comme des preuves, sans aucune réflexion critique sur la manière dont ces données sont interprétées (Douglas 2016). Internet regorge aussi de théories obscures visant à expliquer l'accroissement de « ces nouvelles anomalies de la ligne médiane », notamment la croyance que le frein de langue serait imputable à des mutations génétiques de la méthyl tétra hydrofolate réductase (MTHFR) et que ce fait les compléments en acide folique seraient dangereux. Comme une information erronée se répand en ligne six fois plus vite qu'une information vérifiée (Vosoughi et al. 2018) on comprend aisément la viralité du phénomène. Dans les réseaux de soutien à l'allaitement, de nombreuses personnes bien intentionnées se laissent bernier par des pseudo-experts qui savent faire des présentations « éducatives » à l'aide de caractéristiques

anatomiques et embryologiques portant des noms compliqués, comme si cela suffisait à en établir leur crédibilité. Puis ces personnes confiantes adhèrent à cette nouvelle fable et la relayent avec enthousiasme en proposant parfois à leur tour leurs propres sessions de formations ce qui démultiplie le phénomène.

La méconnaissance de la physiologie de la lactation, de la biomécanique de la succion au sein et de l'allaitement en général contribue à une approche médicalisée de nombreux problèmes d'allaitement ignorés ou incompris ; des diagnostics de reflux gastro-œsophagien ou d'allergie sont encore souvent posés de manière erronée et des traitements inutiles et susceptibles d'avoir des effets secondaires prescrits de manière désinvolte et abusive ; il en est de même désormais pour le diagnostic des freins buccaux restrictifs (en dehors du frein de langue classique) et du recours à la chirurgie des freins et aux séances de thérapies manuelles.

Bien qu'elle ne soit pas l'apanage de la thématique allaitement, la recherche d'une solution rapide à un problème complexe est fréquente. Le recours à des bouts de sein, à divers onguents supposés guérir les lésions des mamelons, la prescription irraisonnée de dompéridone, et maintenant le recours aux incisions profondes de freins buccaux, sont quelques exemples de ces solutions rapides, de ces « recettes », largement préconisées sans une évaluation méthodique et rigoureuse du problème. Les difficultés d'allaitement sont souvent multifactorielles et complexes, elles requièrent donc écoute, observation et analyse ce qui est évidemment chronophage.

Ces pratiques se répandent d'autant plus facilement qu'elles peuvent aussi devenir opportunément lucratives. Douglas rapporte qu'en Australie la ville de Brisbane compte de nombreuses cliniques dentaires très fréquentées qui se consacrent au traitement des freins buccaux, où les parents dépensent jusqu'à 1000 dollars pour des frénotomies au laser ou aux ciseaux, complétées par des séances de thérapie manuelle (Douglas 2017). Fraser et coll. au Royaume-Uni dénoncent un phénomène similaire : « En l'absence de preuves solides pour étayer les décisions de

traitement, nous pensons que ces praticiens n'exercent pas de manière éthique mais exploitent potentiellement des parents vulnérables prêts à tout essayer (ou à payer) afin de permettre à leur nouveau-né de mieux se nourrir » (Fraser et al. 2020). Rappelons avec Upton Sinclair, qu'« il est difficile de faire comprendre la définition du surdiagnostic et du surtraitement à des soignants quand leurs revenus dépendent de ce qu'ils ne doivent pas la comprendre ».

Conséquences préoccupantes des sections de freins « buccaux restrictifs »

Alors que la section d'un frein de langue court classique était décrite comme indolore et peu risquée (Griffiths 2004), le recours aux incisions profondes pour tenter de couper un frein de langue « postérieur » ou un frein de lèvre est associé à un risque de complications potentiellement graves. Comme l'explique la Pr. Donna Geddes, « Il faut vraiment creuser pour trouver un frein postérieur de langue » (Geddes 2018). Par ailleurs, les praticiens qui pratiquent les incisions des freins au laser demandent aux parents de pratiquer des étirements des plaies plusieurs fois par jour pendant les deux ou trois semaines qui suivent, afin que les incisions ne se referment pas ; il s'agit de balayer avec un doigt sous la langue et la lèvre supérieure, puis d'étirer la plaie, plusieurs fois par jour, pendant au moins 2 semaines ce qui provoque une douleur et un inconfort supplémentaires (voir par exemple la vidéo @ <https://youtu.be/jCQ6xBAbbhA>). Parmi les complications aiguës, sont décrits des cas d'ulcération profonde, de mucocèle, de restriction des mouvements de langue, d'hémorragie, dont 2 cas de pertes sanguines importantes provoquant un choc hypovolémique, d'hématome, d'œdème, d'obstruction des voies respiratoires, ou d'infection (Australian Dentist Association 2020, Hale et al. 2020, Solis-Pazmino et al. 2020). Les complications chroniques incluent des cas d'« ankyloglossie récurrente », consécutive à la formation de tissu cicatriciel, de blessures du canal d'une glande salivaire, de paresthésies de la langue mais aussi d'aversion orale ; dans cette situation, un long chemin devra être parcouru pour rétablir la confiance dans des relations d'allaitement

profondément altérées (Douglas 2017, Solis-Pazmino et al. 2020). Une surveillance prospective des complications liées à la frénotomie pour frein lingual et/ou labial chez les enfants de moins de 1 an menée en Nouvelle-Zélande d'août 2016 à juillet 2018 a identifié 16 cas ; dans 75% des cas une hospitalisation a été requise pour la prise en charge de ces complications (Hale et al. 2020). Ces incisions dont le coût est élevé pour les parents et le système de santé, n'offrent par ailleurs aucune garantie d'amélioration de la limitation fonctionnelle pour laquelle la chirurgie a été réalisée (Australian Dentist Association 2020). Les problèmes peuvent même s'aggraver, ou de nouveaux problèmes apparaître en post-opératoire. Certains nourrissons subissent trois, quatre, voire cinq interventions, parce que l'allaitement ne se déroule pas mieux, ou parce que la cicatrisation est complexe du fait de la profondeur de l'incision (Douglas 2016, Geddes 2018). Le risque de sevrage est élevé et des données récentes de l'Université d'Australie Occidentale montrent que de nombreuses mères de bébés ayant subi une frénotomie ont en réalité cessé d'allaiter plus tôt que prévu (Geddes 2018). La confusion qui règne désormais entre frein de langue classique et postérieur expose également au risque de sous-estimer les effets bénéfiques réels d'une frénotomie pour frein de langue antérieur et de surestimer ceux d'une frénotomie pour frein de langue postérieur (Douglas 2017). De manière plus générale, ces pratiques irraisonnées, non basées sur les preuves, risquent de questionner les compétences, l'expertise et la crédibilité même des professionnels de santé spécialisés dans le soutien à l'allaitement.

Prise de conscience de la gravité du problème : la pionnière

Pamela DOUGLAS est médecin généraliste à Brisbane en Australie, spécialisée dans le soutien à l'allaitement. Elle est la première à avoir eu le courage de dénoncer le problème (Douglas 2013, 2016, 2017); ses publications, étayées d'un point de vue scientifique, sont à l'origine d'une salutaire prise de conscience du phénomène et contribuent à favoriser l'émergence de la

réflexion critique et une recherche de qualité dans ce domaine. L'apparition de démarches cliniques visant à une approche raisonnée des freins de langue, la publication de recherches anatomiques et des recommandations de sociétés savantes, illustrent cette dynamique.

Plans d'actions pour une approche raisonnée du problème

En Nouvelle-Zélande, Dixon rapporte les effets de l'introduction d'une démarche clinique standardisée pour les nourrissons ayant un frein de langue court, visant à soutenir l'allaitement et éviter les incisions inutiles (Dixon et al. 2018). Le programme a permis une approche plus cohérente de l'évaluation et de la prise en charge, associé à une réduction significative du nombre de frénotomies qui est passé de 10,2 % en 2014 et 11,3 % en 2015 à 6,6 % à la fin 2016 et 3,5 % en 2017 sans affecter négativement les taux d'allaitement. Une démarche similaire à Boston montre elle aussi une importante baisse du nombre de frénotomie ; parmi 115 nourrissons âgés de 19 à 56 jours adressés pour une frénotomie linguale, 72 (62,6%) d'entre eux n'ont finalement pas subi d'intervention (Caloway et al. 2019).

De nouvelles données anatomiques

Faisant le double constat de l'absence de publications décrivant une anatomie détaillée du frein de langue et de sa conceptualisation sans preuve comme une structure médiane à type de cordon, bande ou « mât » sous-muqueux (Ghaheeri 2014, Watson Genna 2017, Baxter 2018), Mills et coll. en ont étudié la structure anatomique in situ chez l'adulte puis chez le nouveau-né (Mills et al. 2019). Ils ont mis en évidence que le frein de langue est une structure dynamique en couches formée par la muqueuse buccale et le fascia sous-jacent du plancher de la bouche, structure qui est mobilisée dans un pli central et dont la morphologie varie selon les mouvements de langue. Le muscle génioglosse qui est suspendu au plancher de l'aponévrose buccale peut être attiré dans le frein. Des branches du nerf lingual sont situées

superficiellement sur la face ventrale de la langue, immédiatement sous le fascia et sont donc vulnérables à des lésions survenant pendant les procédures d'incision en particulier d'incision profonde. Il n'y avait par ailleurs pas de lien direct entre le frein de la langue et la partie postérieure de la langue, qui est d'une origine embryonnaire différente. Une étude similaire chez le nouveau-né confirme que la structure du frein lingual néonatal reproduit celle décrite chez l'adulte (*Mills et al. 2019*). Ces études, en fournissant une description anatomique détaillée, remettent en question la croyance selon laquelle le frein est une structure médiane formée par une « bande » ou une « corde » sous-muqueuse et font dire aux auteurs : « le terme frein de langue postérieur est une nomenclature anatomiquement incorrecte basée sur une incompréhension et qui devrait être supprimée ». Elles posent également les bases pour de futures recherches visant à évaluer l'impact de variantes anatomiques sur la mobilité de la langue.

Deux conférences de consensus en 2020

Il s'agit d'une part, d'une conférence de consensus publiée par l'Association Dentaire Australienne qui a pour objectif d'encadrer le diagnostic et la prise en charge des freins buccaux à l'aide de recommandations établies par un panel de 14 professionnels de santé représentatifs des diverses disciplines concernées par le problème (*Australian Dentist Association 2020*) ; d'autre part d'une conférence de consensus américaine basée sur l'opinion de 16 experts spécialistes en ORL pédiatrique concernant le diagnostic, la prise en charge et le traitement de l'ankyloglossie. S'il existait un degré élevé de consensus pour la majorité de ces recommandations, il restait néanmoins quelques divergences d'opinions notamment en ce qui concerne la définition d'un frein de langue postérieur, ce qui souligne la controverse quant à son existence même en tant qu'entité clinique (*Messner et al. 2020*).

Que retenir de ces conférences de consensus ?

– Un frein de langue court est une cause potentielle de difficultés d'allaitement mais n'est que l'un des nombreux facteurs qui peuvent y contribuer. De nombreux

nourrissons présentant un frein de langue court arrivent à se nourrir correctement sans aucune intervention chirurgicale.

- Concernant les autres complications possibles d'un frein de langue court, il n'y a pas de preuve de son impact sur les problèmes d'apnée du sommeil, de reflux gastro-œsophagien, de difficultés pour la diversification alimentaire ; une minorité d'enfants est à risque de développer des troubles du langage, il n'est néanmoins pas recommandé de pratiquer une frénotomie préventive.
- Avant de prescrire une frénotomie, une évaluation et une analyse minutieuse de l'enfant, de l'histoire et de la conduite pratique de l'allaitement sont nécessaires.
- Concernant les outils diagnostics du frein de langue, les échelles basées uniquement sur l'anatomie ne mettent pas en évidence les problèmes de fonction de la langue ; il est préférable d'utiliser une échelle évaluant la fonction et l'apparence.
- Les freins de lèvre sont normalement présents chez le nourrisson avec une grande variabilité anatomique. Leur rôle dans les difficultés d'allaitement n'est pas démontré et il n'y a pas de preuve de l'intérêt de la pratique d'une frénotomie labiale en cas de difficultés d'allaitement ou dans la prévention des troubles du langage ou des diastèmes entre les incisives.
- Les freins de joues ne devraient pas être coupés.
- Concernant la technique de frénotomie (ciseaux ou lasers), il n'y a pas de preuve de la supériorité d'une technique par rapport à une autre ; la conférence de consensus australienne décrit les risques spécifiques du laser et en déconseille l'utilisation chez le nouveau-né.
- Il n'est pas possible de garantir l'amélioration des difficultés d'allaitement après une frénotomie ; les parents doivent en être informés.
- Il n'y a pas de preuve justifiant les soins post-opératoires type « massage actif », étirement plaie ou élévation langue qui sont associés à une augmentation des risques infectieux, du délai de cicatrisation et du risque de formation de brides cicatricielles.
- Pour l'Association Dentaire Australienne, « il n'existe pas de cours de formation permettant à un membre d'une profession de

santé de se présenter en tant que spécialiste ou expert dans le traitement de l'ankyloglossie. Les personnes ne doivent pas faire de publicité eux-mêmes en tant que spécialistes agréés de l'ankyloglossie ou la gestion des freins de langue en particulier ».

Conclusion :

Différentes anomalies anatomiques ou fonctionnelles peuvent avoir un retentissement sur le transfert de lait et/ou le confort des tétées. Un frein de langue court (classique ou antérieur) n'est que l'un des nombreux facteurs pouvant contribuer à des difficultés d'allaitement. Le concept de frein de langue « postérieur » est à l'origine d'une inflation préoccupante des demandes d'incisions de freins aux conséquences délétères nombreuses ; il ne repose sur aucune base scientifique et n'est pas confirmé par les données anatomiques récentes. En dépit du nombre impressionnant de publications, il n'y a pas de relation formellement établie entre un score de frein de langue court et les problèmes d'allaitement ou les résultats d'une frénotomie et de nombreuses questions restent en suspens. Dans le soutien aux difficultés d'allaitement, avant toute recommandation ou prescription, il est indispensable de toujours procéder à une évaluation rigoureuse des « basiques » de l'allaitement. Observer la mère, observer l'enfant, observer comment la mère et l'enfant s'ajustent et interagissent au cours de la tétée, analyser la conduite pratique de l'allaitement, sont des préalables indispensables à l'établissement des hypothèses diagnostiques pouvant expliquer les problèmes rencontrés. Ce travail minutieux qui requiert temps et expertise doit toujours précéder les recommandations individuelles formulées à l'issue de la consultation. Les femmes qui allaitent et leurs bébés, méritent mieux que des solutions techniques rapides, coûteuses et non prouvées. Il est de la responsabilité de toutes celles et ceux qui se disent spécialistes dans le soutien à l'allaitement de leur offrir le meilleur de la science, dans une démarche à la fois professionnelle et éthique.

Références :

1. Australian Dentist Association 2020. Ankyloglossia-and-Oral-Frena-Consensus-Statement. First edition.
2. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC, et al. 2002. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* ;110(5): e63.
3. Baxter R. 2018. Tongue-Tied: How a Tiny String Impacts Nursing, Speech, Feeding and More. Pelham, AL: Richard Baxter.
4. Bin-Nun A, Kasirer YM, Mimouni FB, 2017. A dramatic increase in tongue tie-related articles: A 67 years systematic review. *Breastfeed Med.*;12(7):410-414.
5. Caloway C, Hersh CJ, Baars R, et al. 2019. Association of feeding evaluation with frenotomy rates in infants with breastfeeding difficulties. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 11; e191696.
6. Cannon AM, Sakalidis VS, Lai CT, et al. 2016. Vacuum characteristics of the sucking cycle and relationships with milk removal from the breast in term infants. *Early Human Development* 96, 1–6.
7. Coryllos E, Watson-Genna C, Salloum A. 2004. Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. *Breastfeeding: Best for Mother and Baby, American Academy of Pediatrics Newsletter [Internet]; Summer, 1–6.*
8. Dixon B, Gray J, Elliot N, et al. 2018 A multifaceted programme to reduce the rate of tongue-tie release surgery in newborn: Observational study *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.*; 113:156-163.
9. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, et al. 2006. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: A randomized, prospective study. *J Pediatr Surg*;41(9):1598-600.
10. Douglas PS. 2013. Re-thinking 'posterior' tongue-tie. *Breastfeeding Medicine* 8, 1–4.
11. Douglas PS. 2016. Tongues tied about tongue-tie. *Griffith Review Online*. Retrieved from <https://griffithreview.com/articles/tongues-tied-about-tongue-tie/>
12. Douglas PS. 2017. Conclusions of Ghaheri's study that laser surgery for posterior tongue and lip ties improves breastfeeding are not substantiated. *Breastfeed Med.*; 12:180-181.
13. Douglas PS. 2017. Making sense of studies which claim benefits of frenotomy in the absence of classic tongue-tie. *Journal of Human Lactation* 33, 519–523.
14. Douglas PS, Keogh R. 2017. Gestalt breastfeeding: helping mothers and infants optimise positional stability and intra-oral breast tissue volume for effective, painfree milk transfer. *Journal of Human Lactation* 33, 509–518.
15. Douglas PS, Geddes DT. 2018. Practice-based interpretation of ultrasound studies leads the way to more effective clinical support and less pharmaceutical and surgical intervention for breastfeeding infants. *Midwifery* 58; 145-55
16. Elad D, Kozlovsky P, Blum O, et al. 2014. Biomechanics of milk extraction during breast-feeding. *Proc Natl Acad Sci U S A* ;111(14):5230-5.
17. Fraser L, Benzie S, Montgomery J. 2020. Posterior tongue tie: the internet phenomenon driving a lucrative private industry. *BMJ Opinion*; 371:m3928.
18. Geddes D, Langton D, Gollow I, et al. 2008. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on

- milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 122, e188–e194.
19. Geddes DT, Kent JC, McLellan HL, et al. 2010. Sucking characteristics of successfully breastfeeding infants with ankyloglossia: A case series. *Acta Paediatr*;99(2):301-3.
 20. Geddes DT, Sakalidis VS. 2016. Ultrasound imaging of breastfeeding - a window to the inside: methodology, normal appearances, and application. *Journal of Human Lactation* 32(2), 340-349.
 21. Geddes DT. 2018. Investigate, measure, think twice before cutting. New evidence that cutting tongue ties may not help infants to breastfeed. 13th International Breastfeeding and Lactation Symposium.
 22. Ghaheri R. 2014. Rethinking tongue tie anatomy: Anterior vs posterior is irrelevant. URL: <https://www.drghaheri.com/blog/2014/3/22/rethinking-tongue-tie-anatomy-anterior-vs-posterior-is-irrelevant>.
 23. Griffiths DM. 2004. Do tongue ties affect breastfeeding? *J. Hum. Lactation*; 20 (4):409–414.
 24. Hale M, Mills N, Edmonds L, et al. 2020. Complications following frenotomy for ankyloglossia; A 24-month prospective New Zealand Paediatric Surveillance study. *J. Paediatr. Child Health* 56; 557-562.
 25. Hogan M, Westcott C, Griffiths M. 2005. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health*;41(5-6):246-50.
 26. Joseph K, Kinniburgh B, Metcalfe A, et al. 2016. Temporal trends in ankyloglossia and frenotomy in British Columbia, Canada, 2004-2013: a population-based study. *CMAJ Open.* ;4(1): E33-E40.
 27. Kapoor V, Douglas P, Hill P, et al. 2018 Frenotomy for tongue-tie in Australian children, 2006-2016: an increasing problem. *Med J Aust* 5;208(2):88-89.
 28. Lisonek M, Liu S, Dzakpasu S, et al. 2017. Changes in the incidence and surgical treatment of ankyloglossia in Canada. *Paediatr Child Health.* ;22(7):382-386.
 29. Messner A, Lalakea M, Aby J, et al. 2000. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* ;126(1):36-9.
 30. Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, et al. 2020. Ankyloglossia in children Clinical Consensus Statement. *Otolaryngol Head Neck Surg.*;162(5):597-611.
 31. Mills N, Pransky SM, Geddes DT, et al. 2019. What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. *Clin Anat.*; 32(6):749-761
 32. Mills N, Pransky SM, Geddes DT, et al. 2019. Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. *Clin Anat.*; 32(6):824-835.
 33. O’Shea JE, Foster JP, O’Donnell CPF, et al. 2017. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database of Syst Rev.* (3): CD011065.
 34. Rowan-Legg A. 2015. Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child Health*; 20 (4): 214-218.
 35. Razdan R, Callahan S, Saggio R, et al. 2020. Maxillary Frenulum in Newborns: Association with breastfeeding. *Otolaryngol Head Neck Surg.* ;162(6):954-958.
 36. Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay NJ. 2005. Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding. *J Am Board Fam Pract.* 18(1):1-7
 37. Solis-Pazmino P, Kim GS, Lincango-Naranjo E, et al. 2020. Major complications after tongue-tie release: A case report and systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* Nov;138.
 38. Vosoughi S, Roy D, Aral S. 2018. The Spread of True and False News Online. *Science*, 359(6380): 1146-1151.
 39. Walsh J, Links A, Boss E, et al. 2017. Ankyloglossia and lingual frenotomy: national trends in inpatient diagnosis and management in the United States, 1997-2012. *Otolaryngol Head Neck Surg.*;156(4):735-740.
 40. Watson-Genna C. 2017. Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.