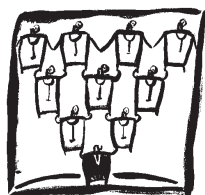


# Frein de langue et nouveau-né : que sait-on en 2021 ?

D'après les présentations de C. Boscher et S. Boudault, service de médecine néonatale, CHU de Nantes, dans le cadre du dernier congrès de la Société française de pédiatrie  
Compte rendu : M. Joras

CONGRÈS



Comme le signalaient plusieurs intervenants du forum de discussion de *Médecine et enfance* \*, on assiste depuis quelques années à une importante augmentation des sections de freins de langue jugés trop courts, non seulement des freins antérieurs, traditionnellement coupés pour faciliter l'allaitement, mais aussi des freins postérieurs ou, plus globalement, des freins dits « restrictifs ». Parallèlement, le recours à des techniques chirurgicales, notamment au laser, s'est beaucoup développé, et diverses rééducations de thérapie manuelle, parfois responsables de complications, sont proposées. Le sujet a donc logiquement fait partie des sessions phares du dernier congrès de la Société française de pédiatrie.

L'ankyloglossie est caractérisée par la présence d'un frein de langue anormalement court ou serré (une langue « attachée ») entraînant une diminution de la mobilité de la langue, le plus souvent partielle et isolée, mais pouvant s'inscrire dans certains syndromes génétiques plus complexes, rappelle le Dr Cécile Boscher.

Couper le frein de langue est une pratique ancestrale déjà signalée dans l'Antiquité et très répandue depuis le 16<sup>e</sup> siècle. La frénotomie était réalisée à la naissance par les mères elles-mêmes ou par les accoucheuses avec un ongle enduit de miel. Elle avait pour objectif d'aider le bébé à crier et à téter correctement, voire de favoriser la parole et d'éviter le bégaiement.

La frénotomie est aujourd'hui pratiquée couramment par les pédiatres de maternité chez les bébés allaités qui présentent un frein de langue antérieur court susceptible de gêner l'allaitement (encadré ci-dessous). C'est un geste simple, qui se fait au ciseau par une petite incision antérieure et qui n'entraîne aucune

complication. L'augmentation des frénotomies par laser dans des cliniques spécialisées constitue en revanche un sujet d'inquiétude : on dispose de peu de données sur son innocuité, le geste est douloureux, les récurrences sont fréquentes. La section du frein de langue par laser est donc tout à fait déconseillée chez le nouveau-né.

La frénotomie telle qu'elle est pratiquée en maternité chez les nouveau-nés allaités soulève la question de la douleur. Il apparaît clairement que la section au ciseau est moins douloureuse que celle réalisée par laser, mais Cécile Boscher précise qu'il n'y a pas de consensus concernant l'analgésie. Selon l'expérience des pédiatres de maternité, lorsque le bébé est immédiatement mis au sein, il ne pleure pas et peut téter aussitôt sans difficulté.

## QUEL INTÉRÊT OUTRE L'ALLAITEMENT ?

Au-delà de son indication traditionnelle dans le cadre de l'allaitement maternel, certains partisans de l'élargissement de la frénotomie mettent en avant son intérêt pour la prévention des troubles de l'oralité et des retards de langage. L'analyse des données disponibles ne retrouve pas de lien scientifique entre l'existence d'un frein de langue à la naissance et d'ultérieurs troubles de

### FRÉNOTOMIE, FRÉNECTOMIE ET FRÉNULOPLASTIE

Il faut distinguer la *frénotomie*, qui est une section du frein, la *frénectomie*, qui correspond à l'ablation du frein, et la *frénuoplastie*, qui est la plastie du frein. Ces deux dernières interventions n'ont pas d'indication chez le nouveau-né en routine.

\* Voir « Frénectomie : des épidémies régionales ? », rubrique « Au coin du web », *Médecine et enfance*, mars-avril 2021, p. 50-52.

## QUELQUES CHIFFRES

□ L'incidence de l'ankyloglossie est estimée entre 2,8 et 10,7 % selon les données de la conférence de consensus réalisée à l'initiative de l'Académie américaine d'ORL et de chirurgie de la tête et du cou [3].

□ Une revue Cochrane de 2017 comprenant 5 études randomisées incluant un total de 302 enfants a mis en évidence des taux d'incidence comparables, compris entre 4 et 11 % [4].

□ Une méta-analyse de plus de 1500 études, mais parmi lesquelles seules 29 études, dont 5 randomisées, ont été retenues, a retrouvé une ankyloglossie chez 2,1 à 10,7 % des nouveau-nés [5]. Dans cette étude, l'appréciation de l'impact de l'ankyloglossie varie beaucoup selon les professionnels qui s'occupent des nouveau-nés : il s'agit d'une gêne à l'alimentation pour 10 % des pédiatres, 30 % des ORL et 69 % des consultantes en lactation...

l'oralité ou du langage. En revanche, des troubles de l'oralité peuvent être induits par la chirurgie et des rééducations agressives prescrites après le geste. Il n'existe pas non plus de lien entre frein de langue à la naissance et troubles orthodontiques. Les orthodontistes (avis de Thomas Durand, service de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie, CHU de Nantes) estiment en outre que le frein de la lèvre supérieure doit être respecté pour assurer la croissance du massif facial. Une revue de la littérature sur l'impact du traitement de l'ankyloglossie pour des motifs autres que l'allaitement maternel a d'ailleurs conclu à l'absence de données suffisantes pour affirmer l'intérêt de la frénotomie sur l'alimentation et le langage [1].

## UNE QUESTION DE DÉFINITION

Les études permettant d'évaluer de façon fiable, d'une part, l'incidence de l'ankyloglossie et des différents freins de langue et, d'autre part, les bénéfices et les risques de la frénotomie dans ses

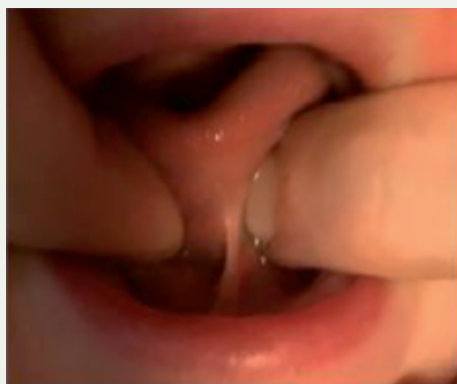
## Classification de Coryllos



Coryllos type 1



Coryllos type 2



Coryllos type 3



Coryllos type 4

diverses indications (allaitement et autres) sont limitées (encadré), notamment en raison de l'imprécision et de la relative subjectivité des définitions. En effet, dans la majorité des cas, la frénotomie est indiquée pour traiter une ankyloglossie caractérisée par l'impossibilité de tirer la langue au-delà du bord intérieur de la lèvre inférieure. Afin d'obtenir des résultats reproductibles, des outils validés tels la classification de Coryllos (figure) ou le score d'Hazelbaker (tableau) devraient être utilisés pour les études cliniques.

Cette classification est utile pour la mise en œuvre d'études de qualité, mais la présence d'un frein court à la naissance ne permet pas de préjuger de son évolution. En effet, le frein lingual est souvent court chez les nouveau-nés, mais, avec la croissance, la langue devient

plus longue, plus étirée et plus mince dans sa partie apicale, ce qui diminue souvent la sévérité de la brièveté du frein. La langue atteint sa taille maximale lors de l'éruption des incisives latérales supérieures, soit vers l'âge de huit ans [2].

## LES CONCLUSIONS DU CONSENSUS AMÉRICAIN

Selon les conclusions de la conférence de consensus réunie à l'initiative de l'Académie américaine d'ORL et de chirurgie de la tête et du cou, l'augmentation de l'incidence de l'ankyloglossie mise en évidence dans les études les plus récentes peut être attribuée en partie au flou de la définition [3]. Les experts américains expliquent également cette

Score d'Hazelbaker	
Aspect apparent	Aspect fonctionnel
Aspect de la langue soulevée 2 : ronde ou carrée (large) 1 : pointe avec une fissure médiane 0 : en forme de cœur ou de V	Latéralisation 2 : complète 1 : que le corps de la langue et pas sa pointe 0 : absente
Elasticité du frein 2 : très élastique (excellente) 1 : élasticité modérée 0 : peu ou pas du tout élastique	Élévation 2 : pointe à mi-distance bouche ouverte 1 : seulement les bords à mi-distance 0 : pointe fixée au procès alvéolaire ou se trouvant à mi-distance bouche fermée
Longueur du frein langue soulevée 2 : > 1 cm ou incrusté 1 : 1 cm 0 : < 1 cm	Protraction 2 : pointe sur la lèvre inférieure 1 : pointe seulement sur la gencive inférieure 0 : absence de positionnement antérieur ou formant une bosse en enroulant sur le frein
Insertion linguale du frein 2 : postérieurement au sommet de la pointe 1 : sur le sommet de la pointe 0 : en encoche	Étalement de la pointe 2 : complet 1 : modéré ou partiel 0 : peu ou absent
Insertion alvéolaire du frein 2 : dans le plancher ou basale 1 : basse 0 : haute	Aspiration (effet ventouse) 2 : bords entiers, un tassement ferme 1 : uniquement les bords latéraux, un tassement modéré 0 : peu ou pas de tassement
	Péristaltisme 2 : complet d'avant en arrière depuis la pointe 1 : partiel, commence en arrière de la pointe 0 : absent ou inversé
	Relance de la prise 2 : absente 1 : périodique 0 : fréquente ou à chaque tétée
La brièveté du frein est diagnostiquée lorsque le total des items d'apparence est $\leq 8$ et/ou le total des items fonctionnels $\leq 11$ .	

Enfin, ils mettent en garde vis-à-vis des soins postopératoires de type «massage actif», étirement de la plaie ou élévation de la langue, qui augmentent les risques d'infection, de délai de cicatrisation et de formation de brides cicatricielles.

## LA SAGA DES FREINS RESTRICTIFS

Malgré les mises en garde de nombreux pédiatres et ORL aux Etats-Unis comme en France, à la suite de l'introduction en 2004 du concept de frein de langue «postérieur», la situation, qui était déjà complexe, est devenue à la fois confuse et préoccupante : de plus en plus de bébés allaités et leurs parents sont devenus les victimes d'une épidémie de «freins buccaux restrictifs», constate Gisèle Gremmo-Féger (pédiatre et coordinatrice du DIU en lactation humaine et allaitement maternel) sur le site *co-naître.net* en janvier 2021.

La situation est d'autant plus préoccupante si l'on prend en compte les informations largement diffusées sur Internet par des sites qui se disent spécialisés. On a ainsi vu apparaître un type de frein postérieur dit «occulté» : il ne s'évalue pas au simple regard, car il est occulté par une «cape» de tissu muqueux, mais il restreindrait complètement les mouvements de la langue... Il faudrait donc couper ce frein fantôme...

## ALLAITEMENT : UNE NOUVELLE THÉORIE DE LA SUCCION- DÉGLUTITION

L'intérêt de la frénotomie est en outre remis en cause au vu des progrès réalisés dans la compréhension des mécanismes de la succion. «On pensait que l'extraction du lait reposait seulement sur les mouvements péristaltiques de la langue écrasant le mamelon contre le palais dur, explique Sandrine Boudault, les mouvements antéro-postérieurs de la langue envoyant ensuite le bol de lait

hausse des diagnostics et des chirurgies parfois inutiles par d'autres facteurs, notamment une attention plus importante portée aux bénéfices de l'allaitement et au risque que l'ankyloglossie gêne sa mise en place, mais aussi une augmentation du nombre de consultantes en lactation, l'amplification de la communication autour de ce sujet et la multiplication des praticiens, en particulier des dentistes, impliqués dans la prise en charge de ces nourrissons. Au terme de l'analyse des données dis-

ponibles, les experts américains ont conclu que les frénotomies n'améliorent pas toujours les difficultés d'allaitement et qu'une évaluation des modalités de l'allaitement suivie de mesures simples (optimisation de la position, de la prise de sein et de la fréquence des tétées) doit être mise en place avant la section d'un frein court antérieur. Ils ne sont parvenus à aucun consensus concernant le diagnostic, le rôle et la prise en charge des freins postérieurs et des freins de lèvre.

dans l'œsophage.» Les études échographiques et IRM sont venues modifier cette conception de la succion. Elles ont en effet montré que l'amplitude des mouvements de la langue est essentiellement due aux mouvements de la mandibule. L'abaissement de la mandibule entraîne l'abaissement de la langue, le mamelon se rapproche alors de la jonction palais dur/palais mou et l'espace intrabuccal augmente avec la dépression intrabuccale. L'efficacité du transfert de lait dépend de la décompression du mamelon et de l'expansion du tissu mammaire. La partie antérieure de la langue participe à l'étanchéité, mais pas au maintien du sein en bouche, ni à l'extraction du lait.

## EN PRATIQUE

Quels freins faut-il couper ? Les mêmes qu'avant, répond Sandrine Boudault, c'est-à-dire les freins courts et antérieurs. Le diagnostic se fait précocement, à la maternité. Le frein est coupé pour faciliter le démarrage de l'allaitement.

En cas de frein court sans plainte de la mère, la section n'est évidemment pas systématique. Elle est décidée au cas par cas après information de la mère. « Concernant les autres freins, postérieurs, de lèvre supérieure ou de joue, il n'y a pas lieu d'intervenir pour améliorer l'allaitement ; les difficultés qui leur sont attribuées ne sont pas d'origine structurelle », souligne Gisèle Gremmo-Féger.

On voit néanmoins de plus en plus de mères qui sont adressées à une consultante en lactation, puis à un chiropracteur, un orthophoniste, un ostéopathe et finalement un ORL « spécialisé » qui va réaliser la section du frein... C'est un cercle très lucratif, avec de nombreuses prises en charge non remboursées, insiste Sandrine Boudault. Or, dans la plupart des cas, cette solution n'apporte aucune amélioration. On voit trop souvent des bébés dont le frein de langue a été sectionné et qui ne reprendront jamais l'allaitement car la lactation s'est effondrée.

Sandrine Boudault rappelle que le sou-

tien à la lactation passe par un accompagnement et une prise en charge globale et éthique. Il faut d'abord observer l'allaitement pour repérer les difficultés ; améliorer la prise en bouche et veiller à une bonne installation prévient la plupart des « problèmes de succion ».

Les difficultés de démarrage ainsi qu'un accompagnement qui ignore souvent la physiologie de la lactation aboutissent à une prise en charge inappropriée, qui se focalise sur le frein de langue plutôt que sur le soutien de la lactation et de l'allaitement dans leur globalité. □

*L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.*

## Références

- [1] CHINNADURAI S., FRANCIS D.O., EPSTEIN R.A. et al. : « Treatment of ankyloglossia for reasons other than breastfeeding : a systematic review », *Pediatrics*, 2015 ; 135 : e1467-74.
- [2] ABDESSADOK A. : « La brièveté linguale », thèse de chirurgie dentaire, 2015, Toulouse.
- [3] MESSNER A.H., WALSH J., ROSENFELD R.M. et al. : « Clinical consensus statement : ankyloglossia in children », *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 2020 ; 162 : 597-611.
- [4] O'SHEA J.E., FOSTER J.P., O'DONNELL C.P. et al. : « Frenotomy for tongue-tie in newborn infants », *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2017 ; 3 : CD011065.
- [5] FRANCIS D.O., KRISHNASWAMI S., MCPHEETERS M. : « Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes : a systematic review », *Pediatrics*, 2015 ; 135 : e1458-66.