

Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Protocole clinique n°11

Recommandations pour l'évaluation et la prise en charge de l'ankyloglossie néonatale et de ses complications chez l'enfant et la mère allaitante

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi de problèmes médicaux courants susceptibles d'avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins d'un patient particulier.

DEFINITIONS

Ankyloglossie partielle : présence d'un frein sublingual qui transforme l'apparence et/ou le fonctionnement de la langue du nourrisson en raison de sa longueur insuffisante, de son manque d'élasticité ou d'une insertion trop distale sous la langue ou sur, ou trop près de la crête gingivale. Dans cet article, l'ankyloglossie partielle sera simplement appelée «ankyloglossie». Les cas «d'ankyloglossie complète» ou «vraie», c'est-à-dire l'adhérence étendue de la langue au plancher buccal, sont extrêmement rares, et sortent du cadre de cette discussion.

HISTORIQUE

À la naissance, la langue du nouveau-né peut normalement atteindre et dépasser la gencive inférieure. Une ankyloglossie importante empêche le nouveau-né d'avancer et d'élever la langue et de nombreux spécialistes de l'allaitement pensent que ces limitations modifient le mouvement péristaltique normal de la langue pendant la tétée, ce qui peut induire des lésions du mamelon, et des problèmes au niveau du transfert du lait à l'enfant et de sa prise de poids.

L'ankyloglossie, couramment appelée frein de la langue trop court, est constatée à la naissance chez environ 3,2 % à 4,8 % des nouveau-nés à terme^{1,2} et chez 12,8% des nourrissons présentant des problèmes d'allaitement (2). Ce problème a été associé à une incidence accrue des problèmes d'allaitement, jusqu'à 25 % chez les nouveau-nés présentant une ankyloglossie, contre 3 % chez les nourrissons qui n'en sont pas affectés¹.

Plusieurs méthodes ont été suggérées pour diagnostiquer et évaluer la gravité de l'ankyloglossie^{3,4} et pour déterminer les critères conduisant à une intervention^{5,6}. Les conséquences à court et à long terme de l'ankyloglossie peuvent inclure des troubles de la déglutition et de la parole^{7,8}, ainsi que des anomalies orthodontiques et mandibulaires⁹⁻¹² et des troubles psychologiques¹³.

Dans les années 1990, un certain nombre de rapports de cas et d'études observationnelles ont été publiés et ont établi une corrélation entre ankyloglossie et problèmes d'allaitement.¹⁴⁻¹⁸ Il existe une grande polémique, tant au sein des professionnels appartenant à diverses spécialités médicales que parmi ces groupes entre eux, concernant l'impact de l'ankyloglossie et sa prise en charge^{19,20}. Les avis sont très partagés sur le diagnostic de l'ankyloglossie tout comme sur le recours à la freinectomie, une incision ou «entaille» du frein, pour traiter l'ankyloglossie. On a récemment démontré que la freinectomie, soigneusement pratiquée, diminuait les problèmes de mamelons douloureux chez la mère, améliorait la prise du sein par le nourrisson et le transfert du lait (communication personnelle, J. Ballard, 7/27/04). Il existe une tendance croissante, parmi les spécialistes de l'allaitement, à favoriser le dégagement de la langue du nourrisson afin de faciliter l'allaitement et à protéger l'expérience d'allaitement. À ce jour, il n'existe aucun essai randomisé démontrant l'efficacité de la freinectomie dans le traitement de l'ankyloglossie pour résoudre les problèmes d'allaitement chez la mère et/ou le nourrisson.

EVALUATION DE L'ANKYLOGLOSSIE

Tous les nouveau-nés, qu'ils soient malades ou bien-portants, devraient bénéficier d'un examen de leur cavité buccale pour évaluer son fonctionnement ainsi que son anatomie. L'examen devrait inclure la palpation du palais dur et du palais mou, des gencives et des zones sublinguales, ainsi que des mouvements de la langue et de la longueur, de l'élasticité et des points d'insertion du frein sublingual.

Lorsque des difficultés d'allaitement sont rencontrées et qu'un frein court ou serré est observé, la configuration et le fonctionnement de la langue

peuvent être partiellement évalués en utilisant le système de notation de Hazelbaker³ (Tableau P-3). La fiabilité inter-évaluation de l'échelle de Hazelbaker a été testée (communication personnelle, J. Ballard, 7/27/04), et validée après avoir été utilisée dans une cohorte de nouveau-nés à terme². Les scores de Hazelbaker indiquant des cas d'ankyloglossie importante ont montré que ceux-ci étaient étroitement corrélés aux difficultés du nourrisson à prendre le sein et aux problèmes de mamelons douloureux rapportés par la mère². En outre, l'ankyloglossie peut-être considérée comme faible, moyenne ou sévère selon la configuration de la langue et du frein.

TABLEAU P-3 : Echelle Hazelbaker pour l'évaluation du fonctionnement du frein lingual*

* La langue du nourrisson est examinée selon les 5 critères de configuration et les 7 critères de fonctionnement. Une ankyloglossie importante est diagnostiquée lorsque le résultat total pour la configuration est inférieur ou égal à 8 et/ou le résultat total pour le fonctionnement est inférieur ou égal à 11^{2,3}. Adapté avec la permission d'Hazelbaker AK (The assessment tool for lingual frenulum function (ATLPP) : Use in a lactation consultant practice Master thesis, Pacific Oaks College, 1993).

Apparence	Fonctionnement
Aspect de la langue lorsque celle-ci est soulevée 2 : ronde ou carrée 1 : petit sillon visible au bout de la langue 0 : en forme de cœur ou en V	<i>Latéralisation</i> 2 : complète 1 : corps de la langue mais pas la pointe 0 : aucune
<i>Élasticité du frein</i> 2 : grande élasticité 1 : élasticité modérée 0 : élasticité minimale ou inexistante	<i>Élévation de la langue</i> 2 : de la pointe au centre de la bouche 1 : seulement les bords jusqu'au centre de la bouche 0 : la pointe reste au niveau de la crête alvéolaire et n'atteint le centre de la bouche que lors de la fermeture des mâchoires.
Longueur du frein lingual lorsque la langue est soulevée 2 : >1 cm 1 : 1 cm 0 : <1 cm	<i>Extension de la langue</i> 2 : la pointe dépasse la lèvre inférieure 1 : la pointe dépasse uniquement la gencive inférieure 0 : aucun des deux premiers cas ou bien bosses au milieu de la langue ou avant.
Zone d'attache du frein lingual à la langue 2 : postérieure à la pointe de la langue 1 : au niveau de la pointe 0 : adhérence de la pointe	<i>Extension de la langue antérieure</i> 2 : complète 1 : modérée ou partielle 0 : faible ou inexistante
Zone d'attache du frein lingual à la crête alvéolaire inférieure 2 : adhérence au plancher de la bouche ou bien avant l'arête 1 : adhérence juste sous l'arête 0 : adhérence au niveau de l'arête	<i>Creusement</i> 2 : de toute la langue, nettement en gouttière 1 : des côtés seulement, légèrement en gouttière 0 : creusement faible ou inexistant
	<i>Péristaltisme</i> 2 : complet, de la partie antérieure à la partie postérieure 1 : partiel, débutant postérieurement à la pointe de la langue 0 : aucun, ou mouvement inverse
	<i>Retour à une position de repos</i> 2 : jamais 1 : périodiquement 0 : fréquemment ou à chaque succion

EVALUATION DE LA DYADE D'ALLAITEMENT

Les complications de l'allaitement dues à l'ankyloglossie peuvent généralement être classées dans les principales catégories suivantes : lésions du mamelon et/ou l'incapacité du nourrisson à téter correctement. Les problèmes spécifiques à cette situation incluent les difficultés à prendre le sein ou à le garder, un bébé frustré ou qui s'endort pendant la tétée, des tétées prolongées, un bébé insatisfait, qui mordille ou mâchouille le sein, une faible prise de poids ou une stagnation pondérale. Les problèmes rapportés par les mères incluent des lésions aux mamelons, une douleur intense et continue lors de la tétée, l'absence de réflexe d'éjection à cause de la douleur, un mauvais drainage du sein, des infections des seins et des canaux lactifères bouchés.

Le médecin doit interroger la mère pour évaluer son niveau de confiance en elle et de confort pendant les tétées. Cela peut être fait de façon semi-quantitative en utilisant un système d'évaluation tel que l'échelle LATCH ou un outil similaire²¹. Il a été prouvé que l'échelle LATCH est corrélée à la durée de l'allaitement, mais uniquement en raison de sous-scores concernant le confort au niveau des seins²².

Si la mère décrit une quelconque douleur mamelonnaire, le médecin souhaitera peut-être utiliser une échelle d'intensité de la douleur afin de semi-quantifier sa perception de la douleur. Cela permettra de suivre l'évolution de l'intensité de la douleur, ce qui peut aider à déterminer l'efficacité d'une intervention.

Le nourrisson devrait être pesé et la rapidité de la prise de poids depuis la naissance devrait être évaluée. Le médecin devrait observer la mère et le nourrisson lors de la tétée afin d'évaluer l'efficacité de l'enfant au sein et apporter l'aide si c'est approprié. Les problèmes, tels qu'une prise du sein inadéquate ou non maintenue et des tétées inefficaces, devraient être notés. Des tests de pesée peuvent être utiles pour évaluer le transfert de lait. Le bébé devrait être pesé avant et après la tétée sans que ses vêtements ou sa couche soient changés ; la différence en grammes entre les deux pesées indique le volume de lait consommé en millilitres.

Les mamelons de la mère devraient être soigneusement examinés pour déceler tout plissement, ecchymose, ampoule, crevasse ou saignement. Un œdème ou un érythème aréolaire devraient être considérés comme un signe éventuel d'infection du mamelon. L'existence d'antécédents familiaux de troubles hémorragiques devrait être recherchée.

RECOMMANDATIONS

Un traitement conservateur de l'ankyloglossie peut être suffisant, rendant inutile toute intervention autre qu'une aide à l'allaitement, l'information des parents et des paroles rassurantes¹⁹. En cas d'ankyloglossie partielle, si une intervention s'avère nécessaire, l'opération devrait être pratiquée par un médecin ou un pédiatriste habitué à la pratiquer ; à défaut, le patient doit être réorienté vers un oto-rhino-laryngologiste ou un chirurgien stomatologiste.

L'opération de dégagement de la langue est une intervention mineure, mais qui peut se révéler inefficace dans la résolution du problème clinique immédiat, et qui peut entraîner des complications telles que des douleurs et angoisse chez le nourrisson, ainsi que des saignements postopératoires, des infections ou des lésions au niveau du canal de Wharton¹⁹. Cependant, les complications sont rares.^{1,2,5,9}

L'opération la plus communément pratiquée pour traiter l'ankyloglossie partielle est la freinectomie, une simple incision ou « entaille » du frein. Il faut tenir compte du fait que les cicatrices postopératoires peuvent limiter les mouvements de la langue¹⁹. Il existe d'autres possibilités, telles que l'excision avec allongement de la surface ventrale de la langue ou une plastie en Z, qui limite les cicatrices postopératoires, mais présente les risques supplémentaires liés à l'anesthésie générale¹⁹

LA FREINECTOMIE

Instruments : une pince De Wecker et un écarteur cannelé.

Matériel : des gants propres et des compresses ; une éponge de gélatine.

Méthode : les parents doivent être informés des risques, des avantages et des alternatives à l'opération et devraient donner un consentement informé. Cette information devrait inclure une discussion concernant l'éventualité d'une absence d'amélioration du problème clinique d'allaitement.

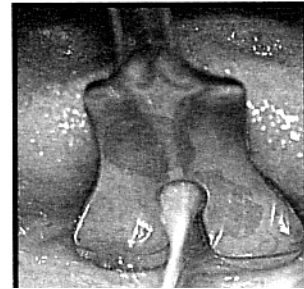
Le frein peut être examiné par transillumination pour vérifier son aspect translucide et son hypovascularisation. Le frein est généralement une membrane translucide hypovascularisée, ce qui fait de la freinectomie une opération ne produisant pratiquement pas de saignement. Plus rarement, il se peut que le frein soit d'aspect épais et fibreux ou musculaire et relativement vascularisé. Dans ce cas, il est préférable que le frein soit incisé par un oto-rhino-laryngologiste ou par un stomatologiste dans des conditions contrôlées.

Le frein est pratiquement dépourvu d'innervation sensorielle. Les nourrissons de moins de 4 mois supportent généralement très bien la freinectomie sans anesthésie locale. Un anesthésique local (par exemple gel ou crème à la benzocaïne) peut éventuellement être utilisé à l'aide d'applicateurs en coton de chaque côté du frein dans la zone qui doit être incisée. Cela peut avoir comme effet indésirable d'engourdir la bouche, de sorte que le bébé pourra être gêné pour téter efficacement après la freinectomie.

Le nourrisson est placé en décubitus dorsal sur la table d'examen ou sur les genoux de sa mère. Un assistant maintient fermement les coudes du bébé contre les oreilles et stabilise le menton avec l'index. Une autre possibilité consiste à emmailloter le nourrisson dans une couverture pour immobiliser ses bras pendant que l'assistant stabilisera la tête. Une légère extension du cou du bébé permettra une meilleure visualisation de la langue et du frein. À l'aide de l'écarteur cannelé ou de ses doigts, le médecin soulève la langue pour faire apparaître le frein. Avec la pointe de la pince De Wecker, une incision est pratiquée sur la section la plus fine du frein, près de l'écarteur et parallèlement à la langue. Il faut faire très attention à ne pas inciser la langue, le muscle génioglosse ou les tissus gingivaux. L'incision doit s'étendre jusqu'au sillon existant entre la langue et le muscle génioglosse, juste au-delà du niveau du muscle, en évitant soigneusement le plancher buccal. Ainsi, la langue se dégage complètement de la gencive sans provoquer de lésions au niveau de la muqueuse sublinguale ou des canaux salivaires. (Voir photo)

La zone située sous la langue est couverte de gaze jusqu'à ce qu'il n'y ait plus ou presque plus de saignement. En cas de saignement inattendu persistant plus de 2 ou 3 minutes, un morceau d'éponge de gélatine peut être utilisé pour obtenir rapidement une hémostase. Le nourrisson peut être rendu immédiatement à la mère pour une tétée. À cette occasion, la prise du sein par le nourrisson et les douleurs aux mamelons doivent être réévaluées. A part une tétée, il n'y a aucun soin postopératoire à apporter. Une petite tache blanche ou une escarre peut apparaître chez certains nourrissons pendant les 1 à 2 semaines de la période de cicatrisation. Il est extrêmement rare que cette zone s'infecte dans la mesure où des précautions d'asepsie sont utilisées comme décrit ci-dessus.

Photo gracieusement présentée par le Dr. Larry Kotlow.



Le frein est exposé en utilisant un élévateur lingual de Lorentz. En soulevant la langue, celle-ci s'allonge, ce qui permet de visualiser le frein et le plancher buccal. Chez ce nourrisson, une incision de 8 mm a été nécessaire pour permettre un mouvement de la langue suffisant permettant une tétée efficace

L'équipement médical utilisé pendant l'opération doit être stérilisé conformément aux procédures énoncées par les CDC (Centers for Disease Control)²³.

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DE L'ANKYLOGLOSSIE AFFECTANT LA MÈRE ET LE NOURRISSON

Si le mamelon présente une lésion ou une infection, un traitement spécifique au problème doit être mis en œuvre. Une mastite ou une mycose doivent être traitées selon les recommandations établies.²⁴

Certaines mères peuvent avoir besoin d'interrompre l'allaitement pendant un ou plusieurs jours, pour laisser le temps aux mamelons de cicatriser, avant de reprendre les mises au sein. Ces mères devraient être encouragées à tirer leur lait pour maintenir leur production lactée et à choisir une méthode alternative pour le donner à leur bébé.

Une production lactée faible doit faire l'objet d'une consultation et tout doit être mis en œuvre pour la relancer. Les nourrissons qui ont présenté une prise de poids lente ou une stagnation pondérale pourront avoir temporairement besoin de suppléments de lait maternel exprimé ou de lait industriel.

Un suivi de la résolution des complications maternelles et infantiles dues à l'ankyloglossie doit être assuré dans les 3 ou 4 jours suivant la freinectomie, par le professionnel de santé qui suit habituellement la mère et/ou l'enfant.

RECHERCHES A VENIR

Ce protocole a été mis au point par l'Academy of Breastfeeding Medicine (Académie de Médecine de l'Allaitement) afin de fournir aux cliniciens des conseils pour l'évaluation et le traitement de l'ankyloglossie et des problèmes d'allaitement qui y sont liés. Des recherches sur le sujet sont attendues avant de faire des recommandations plus définitives. L'Academy of Breastfeeding Medicine recommande que des recherches supplémentaires soient effectuées afin de mieux comprendre les bénéfices et les risques de la freinectomie en cas d'ankyloglossie ainsi que l'efficacité de cette intervention dans le traitement des problèmes d'allaitement. Nous reconnaissons tout particulièrement que les échelles LATCH et de Hazelbaker mentionnées dans ce document nécessitent d'être mieux évaluées quant à leur fiabilité intra et inter-évaluateurs. Nous reconnaissons qu'il existe une nécessité majeure de protocoles cliniques permettant l'évaluation de l'efficacité des tétées ainsi que le degré d'ankyloglossie et de fonctionnement de la langue. En outre, une étude clinique randomisée avec un observateur ne connaissant pas l'objectif de l'étude clinique est nécessaire pour évaluer l'efficacité de la freinectomie dans le traitement des problèmes d'allaitement liés à l'ankyloglossie chez la mère et le nourrisson.

Protégé par un copyright © 2004 The Academy of Breastfeeding Medicine, Inc. Approved 3 août 2004
Comité de protocoles de The Academy of Breastfeeding Medicine *Jeanne Ballard, MD
Caroline Chantry MD, FABM, Co-Chairperson
Cynthia R. Howard MD, MPH, FABM, Co-Chairperson *auteur(s) responsable(s)
Recherche partiellement financée par une bourse du Bureau de santé maternelle et infantile, rattaché au ministère américain de la santé et des services humanitaires.

REFERENCES

1. Messner AH, Lalakea ML. Ankyloglossia: controversies in management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2000;54:123-131, 2000.
2. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 110:e63, 2002.
3. Hazelbaker, A. K. The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF): Use in a lactation consultant private practice. Master's Thesis, Pacific Oaks College, 1993.
4. Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int.* 1999;30:259-62.
5. Masaitis NS, Kaempf JW. Developing a frenotomy policy at one medical center: a case study approach. *J Hum Lact.* 12:229-32, 1996.
6. Sanchez-Ruiz I, Gonzalez LG, Perez G, V, Sanchez FL, Prado FC, Azcona Z, I et al. [Section of the sublingual frenulum. Are the indications correct?]. [Spanish] *Cir Pediatr.* 12:161-64, 1999.
7. Garcia Pola MJ, Gonzalez Garcia M, Garcia Martin JM, Gallas M, Seoane LJ. A study of pathology associated with short lingual frenum. *ASDC J Dent Child.* 69:59-62, 12, 2002.
8. Messner AH, Lalakea ML. The effect of ankyloglossia on speech in children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 127:539-45, 2002.
9. Wright JE. Tongue-tie. *J Paediatr Child Health.* 31:276-78, 1995.
10. Williams WN, Waldron CM. Assessment of lingual function when ankyloglossia (tongue-tie) is suspected. *J Am Dent Assoc.* 110:353-56, 1985.
11. Yoel J. [Tongue tie and speech disorders]. *Trib Odontol (B Aires).* 60:195-6, 198, 200, 1976.
12. Hasan N. Tongue tie as a cause of deformity of lower central incisor. *J Pediatr Surg.* 8:985, 1973;
13. Ketty N, Sciuolo PA. Ankyloglossia with psychological implications. *ASDC J Dent Child.* 41:43-46, 1974.
14. Jain E. Tongue-tie: its impact on breastfeeding. *AARN News Lett.* 1995:18.
15. Notestine GE. The importance of the identification of ankyloglossia (short lingual frenulum) as a cause of breastfeeding problems. *J Hum Lact.* 6:113-15, 1990.
16. Berg KL. Tongue-tie (ankyloglossia) and breastfeeding: A review. *J Hum Lact.* 6:109-112, 1990.
17. Marmet C, Shell E, Marmet R. Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems. [Review] [29 refs]. *Journal of Human Lactation.* 6:117-21, 1990.
18. Nicholson WL. Tongue-tie (ankyloglossia) associated with breastfeeding problems. *J Hum Lact.* 7:82-84, 1991.
19. Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. Canadian Paediatric Society Statement: Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child Health.* 7:269-70, 2002.
20. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: Incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 126:36-39, 2000.
21. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 23:27-32, 1994.
22. Riordan J, Bibb D, Miller M, Rawlins T. Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *J Hum Lact.* 17:20-23, 2001.
23. Centers for Disease Control. Sterilization or disinfection of medical devices: General principles. www.cdc.gov/ncidod/hip/Sterile/Sterilgp.htm . 8-20-2002.

24. Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine, Amir LH., Chantry C, and Howard CR: Clinical Protocol Number 4: Mastitis. www.bfmed.org . Academy of Breastfeeding Medicine,2002.