

Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Protocole clinique n°17 Recommandations pour l'allaitement des enfants présentant une fente labiale, palatine, ou labio-palatine

S Reilly, J Reid, J Skeat, and the Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol Committee.
Breastfeed Med 2007 ; 2(4) : 243-48.

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.

CONTEXTE

Définitions et incidence de la fente labiale et/ou palatine

En cas de fente labiale (FL), il existe une fente au niveau de la lèvre, et en cas de fente palatine (FP) les cavités orale et nasale communiquent.¹ Les fentes labiales sont d'importance variable, depuis une simple encoche dans la lèvre supérieure jusqu'à une ouverture totale de la lèvre s'étendant jusqu'au plancher de la cavité nasale, impliquant l'alvéole jusqu'au foramen incisif². Les fentes labiales unilatérales sont deux fois plus souvent situées à gauche qu'à droite³. De même, une FP pourra toucher uniquement le palais mou, ou traverser partiellement ou totalement le palais mou et le palais dur¹. En cas de FL, l'alvéole reste intacte. Une FP peut être sous-muqueuse, et ne pas être détectée immédiatement si elle est de faible importance ou qu'elle ne s'accompagne pas de signes ou de symptômes cliniques.¹

La prévalence mondiale des FL/P va de 0,8 à 2,7 pour 1000 naissances⁴. Il existe des différences d'incidence en fonction des groupes ethniques, la prévalence la plus basse étant

rapportée chez les Afro-américains (environ 0,5/1000)^{5,6}, et les Caucasiens (environ 1/1000)⁴, et la plus élevée chez les natifs américains (environ 3,5/1000)^{7,8} et les Asiatiques (environ 1,7/1000)⁹. Bien que les statistiques varient considérablement, on estime que sur le total des enfants nés avec une FL/P, environ 50% combinent fente labiale et palatine (FLP), tandis que 30% ont uniquement une FP et 20% une FL, allant jusqu'à l'alvéole dans environ 5% des cas.¹⁰ Les fentes sont habituellement unilatérales mais dans environ 10% des cas elles sont bilatérales.¹¹

L'allaitement en cas de FL/P

Dans ce texte, le terme « allaitement » correspond au fait que l'enfant se nourrit directement au sein, et l'expression « alimentation au lait maternel » au fait que l'enfant reçoit du lait maternel au biberon, à la tasse, à la cuillère, ou par tout autre moyen excepté le sein. Pour téter efficacement, les bébés utilisent la succion et la compression. La capacité à générer la succion est nécessaire pour la prise du sein, pour le maintien d'une bonne position au sein, et, en conjonction avec le réflexe d'éjection, pour l'extraction du lait. Normalement, lorsque le bébé tète, ses lèvres sont fermement plaquées contre l'aréole, ce qui permet la fermeture antérieure de la cavité orale.

Le palais mou s'élève et s'abaisse pour venir en contact avec les parois pharyngées, pour fermer postérieurement la cavité orale. Lorsque la mâchoire et la langue s'abaissent pendant un mouvement de succion, le volume de la cavité orale augmente, ce qui génère une aspiration qui fait sortir le lait du sein.¹² La compression survient lorsque le bébé comprime le sein entre la langue et la mâchoire. L'aspiration et la compression favorisent le transfert du lait pendant la tétée.¹³⁻¹⁵

Il y a une relation entre l'importance de l'aspiration orale qui sera générée pendant la tétée et la taille/nature de la fente,¹⁶ et la maturité du bébé. Par exemple, les bébés qui présentent une FL pourront plus facilement être allaités que ceux qui présentent une FP ou une FLP.¹⁷ Certains bébés qui ont une petite fente du palais mou pourront générer une aspiration,¹⁸ mais ceux qui ont une fente importante du palais mou et/ou dur pourront ne pas arriver à générer une aspiration.¹⁸⁻²⁰ Les nouveau-nés et les prématurés génèrent une aspiration plus faible que les bébés plus âgés.^{16,21,22} Les bébés présentant une FP ou une FLP auront du mal à créer une aspiration^{20,23} parce que leur cavité orale ne peut pas être séparée de la cavité nasale pendant la tétée. Une fente qui interfère avec la création d'une aspiration (ou de la compression) peut potentiellement interférer avec l'allaitement.

La littérature décrivant le déroulement de l'allaitement en cas de FL/P est limitée,²⁴ anecdotique, et souvent contradictoire. De plus, les populations étudiées n'ont pas été correctement décrites sur le plan de la taille, de la localisation et du type (unilatérale ou bilatérale) de la fente, ce qui affecte négativement l'interprétation et l'utilité des données.

Objectif

Présenter des recommandations fondées sur les faits pour l'allaitement des bébés présentant une fente.

RECOMMANDATIONS

Résumé des recommandations pour la pratique clinique

Sur la base des faits connus, les recommandations suivantes sont faites :

1. Dans la mesure où ces enfants sont sujets aux otites, les mères devraient être encouragées à leur permettre de bénéficier des avantages protecteurs du lait maternel. Les données permettent de penser que l'allaitement protège ces enfants vis-à-vis des otites.^{25,26} De plus, il existe des informations permettant de penser

que l'allaitement pourrait, par rapport à l'alimentation au biberon, présenter des avantages sur le plan du développement de la cavité orale. Il pourrait être particulièrement important d'informer les parents avant et après la naissance sur les risques liés à l'alimentation au lait industriel par rapport à l'allaitement, ainsi que sur les difficultés potentielles d'alimentation et sur leur gestion. Ces familles pourront bénéficier d'un soutien par d'autres familles dont l'enfant souffrant de FL/P est allaité, trouvées par le biais d'associations de familles telles que Wide Smiles, en plus du soutien habituel apporté par les groupes de soutien à l'allaitement.

2. Les bébés présentant une FL/P devraient être évalués individuellement sur le plan de l'allaitement. En particulier, il est important de prendre en compte la taille et la localisation de la FL et/ou de la FP, ainsi que les souhaits de la mère, son expérience antérieure d'allaitement, et le soutien qu'elle pourra recevoir. Il existe des données modérément fiables sur le fait que les enfants présentant une FL peuvent générer une aspiration,²³ et des descriptions de cas suggèrent que ces enfants sont souvent capables de réussir à se nourrir au sein.²⁷ Il existe des données modérément fiables permettant de penser que les enfants souffrant de FP ou de FLP ont des difficultés à générer une dépression,^{18,20} et ont une succion inefficace¹⁹ par rapport à un enfant normal. Le taux de succès de l'allaitement observé chez les enfants présentant une FP ou une FLP est plus bas que chez les enfants présentant une FL ou exempts de fente.^{17,27,28}
3. Comme pour tous les allaitements, un soutien par une personne compétente est important. Les mères qui souhaitent allaiter devraient bénéficier d'un suivi immédiat par un(e) conseiller(e) en allaitement afin d'être aidées sur le plan de la position au sein, de la gestion de la production lactée, et de l'expression du lait pour qu'il soit donné en supplément à l'enfant.
4. Les mères devraient être conseillées sur les possibilités de succès de l'allaitement. Lorsqu'il est peu probable que l'enfant puisse être totalement nourri directement au sein, il faudrait discuter avec elles de la nécessité de nourrir le bébé avec du lait maternel exprimé, et, lorsque c'est approprié, d'un retard possible de la transition vers le sein.
5. L'alimentation avec du lait maternel (à la tasse, à la cuillère, au biberon, etc.) sera recommandée de préférence à l'alimentation avec un lait industriel. En pareil cas, on devrait aider la mère à débiter l'expression du lait à la main ou au tire-lait dès J1.

6. Le suivi du niveau d'hydratation et de la prise de poids du bébé pourra être important pendant l'établissement de la méthode d'alimentation. En cas d'inadéquation, la supplémentation devra être instituée, ou son volume devra être augmenté (voir le Protocole n°3 : Recommandations pour le don de compléments en maternité chez le nouveau-né à terme et en bonne santé allaité).
7. Des modifications des positions d'allaitement pourront augmenter l'efficacité et le rendement de la tétée. Les positions qui sont recommandées le sont sur la base de données peu fiables (expérience clinique ou opinion d'expert), et qui devraient être évaluées sur le plan de leur succès sont :
- a. Pour les enfants présentant une FL :
- i. L'enfant devrait être tenu de façon à ce que la fente soit orientée vers le dessus du sein^{29,30}. Par exemple, un enfant qui a une fente à droite pourra téter plus efficacement dans la position «de la madone» pour téter le sein droit, et en position du «ballon de rugby» pour prendre le sein gauche ;
 - ii. La mère peut boucher la FL avec son pouce ou un autre doigt^{7,31,32} et/ou maintenir les joues de l'enfant pour réduire la taille de la fente et améliorer la fermeture de la bouche sur le mamelon.³³
 - iii. En cas de fente bilatérale, une position face à face pourra être plus efficace que d'autres positions d'allaitement.³⁰
- b. Pour les enfants présentant une FP ou une FLP :
- i. L'enfant devrait être mis dans une position semi-assise afin de limiter les régurgitations nasales, et le passage du lait dans les trompes d'Eustache ;^{30,32,34-40}
 - ii. Une position en «ballon de rugby» ou d'allaitement de jumeaux (le corps de l'enfant passe sous le bras de la mère au lieu d'être sur ses genoux), l'enfant ayant les épaules à un niveau plus élevé que le reste du corps, pourra être plus efficace que la position classique en madone;²⁹
 - iii. Pour les enfants souffrant de FP, il pourra également être utile de choisir une position dans laquelle le mamelon est dirigé vers le «plus grand segment», le côté opposé à celui de la fente, où il y a la plus grande superficie d'os intact.²⁹ Cela pourra faciliter une compression plus efficace, et empêcher le mamelon d'être repoussé dans la fente ;⁴¹
- iv. Certains experts suggèrent de soutenir le menton de l'enfant pour stabiliser sa mâchoire pendant la tétée,³² ou maintenir le sein afin qu'il reste dans la bouche de l'enfant.^{33,37,42}
 - v. Si la fente est large, certains experts suggèrent de diriger la pointe du sein vers le bas, afin d'empêcher le mamelon d'être repoussé dans la fente ;²⁹
 - vi. Les mères pourront avoir besoin d'exprimer manuellement du lait dans la bouche du bébé pour compenser l'absence de dépression et de compression, et pour stimuler le réflexe d'éjection.⁴²⁻⁴⁴
8. Si une prothèse est utilisée pour l'alignement orthodontique avant la chirurgie, il serait nécessaire d'informer les parents du fait que ce type d'appareil ne devrait pas être utilisé pour faciliter l'allaitement, dans la mesure où il existe des données fiables montrant qu'ils n'augmentent pas significativement l'efficacité au sein de l'enfant.⁴⁵⁻⁴⁶
9. Les données existantes permettent de penser que l'enfant peut commencer/recommencer à prendre le sein immédiatement après la chirurgie correctrice d'une FL,^{47,48} et le lendemain de la chirurgie correctrice d'une FP, sans induire de complications au niveau de la plaie.⁴⁷
10. L'évaluation de la possibilité de l'allaitement chez un enfant pour qui la FL/P fait partie d'un syndrome malformatif devrait être effectuée au cas par cas, en prenant en compte les autres problèmes induits par ce syndrome qui peuvent avoir un impact sur l'allaitement.

Recommandations pour les futures recherches

Le problème le plus important pour les professionnels de santé qui travaillent avec des mères qui souhaitent allaiter leur enfant souffrant de FL/P est le manque de données fiables sur lesquelles fonder des décisions cliniques. Il est indispensable de mener des études effectuées selon une méthodologie précise pour recueillir des données fiables, afin de documenter le taux de succès de l'allaitement, les stratégies pour le gérer, et le résultat chez les enfants présentant une FL/P. De plus, les auteurs doivent décrire avec précision les caractéristiques des enfants inclus et les techniques d'intervention utilisées, afin que les résultats de leurs études puissent être généralisés.

REMERCIEMENTS

Ce travail a été financé en partie par un don du Bureau de la Santé Maternelle et Infantile, Département de la Santé et des Services Humains.

REFERENCES

1. Shprintzen RJ, Bardach J. Cleft Palate Speech Management: A Multidisciplinary Approach. St Louis, MO: Mosby, 1995.
2. Shah CP, Wong D. Management of children with cleft lip and palate. *Can Med Assoc J* 1980;122:19–24.
3. McWilliams BJ, Morris HL, Shelton RL. Cleft Palate Speech. Philadelphia, PA: BC Decker, 1984.
4. Vanderas AP. Incidence of cleft lip, cleft palate, and cleft lip and palate among races: a review. *Cleft Palate J* 1987;24:216–225.
5. Conway H, Wagner KJ. Incidence of clefts in New York City. *Cleft Palate Craniofac J* 1996;33:284–290.
6. Croen LA, Shaw GM, Wasserman CR, Tolarov MM. Racial and ethnic variations in the prevalence of orofacial clefts in California, 1983-1992. *Am J Med Genet* 1998;79:42–47.
7. McClurg-Hitt D. The Breastfeeding Handbook: A Self-Teaching Study Guide for the Dietician. State of Missouri Department of Health and Senior Services website, nd. Available at: http://www.dhss.state.mo.us/dnhs_pdfs/R_NPE_pdmodule_bf.pdf (last accessed November 24, 2005).
8. Niswander JD, Barrow MV, Bingle GJ. Congenital malformations in the American Indian. *Soc Biol* 1975;22:203–215.
9. Cleft Lip and Palate Association of Ireland. The incidence of clefts. Cleft Lip and Palate Association of Ireland website, 2003. Available at: <http://www.cleft.ie/what-is-a-cleft/incidence-of-clefts> (last accessed August 3, 2007).
10. Young G. Cleft lip and palate (UTMB Dept. of Otolaryngology Grand Rounds). University of Texas Medical Branch website, 1998. Available at: <http://www.utmb.edu/otoref/Grnds/Cleft-lippalate-9801/Cleft-lip-palate9801.htm> (last accessed February 10, 2006).
11. Mulliken JB. Repair of bilateral complete cleft lip and nasal deformity—state of the art. *Cleft Palate Craniofac J* 2000;37:342–347.
12. Wolf LS, Glass RP. Feeding and Swallowing Disorders in Infancy: Assessment and Management Tucson, AZ: Therapy Skill Builders, 1992.
13. Brake S, Fifer WP, Alfasi G, Fleishmann A. The first nutritive sucking responses of premature newborns. *Infant Behav Dev*. 1988;11:1–9.
14. Anderson GC, Vidyasagar D. Development of sucking in premature infants from 1 to 7 days post birth. *Birth Defects Orig Artic Ser* 1979;15:145–171.
15. Weber F, Wooldridge MW, Baum JD. An ultrasonographic study of the organization of sucking and swallowing by newborn infants. *Dev Med Child Neurol* 1986;28:19–24.
16. Reid JA. Feeding difficulties in babies with cleft lip and/or palate: An overrated problem or a neglected aspect of care? PhD, La Trobe University, 2004.
17. Reid JA, Reilly S, Kilpatrick NM. Breastmilk consumption in babies with clefts. 63rd Annual Meeting of the American Cleft Palate-Craniofacial Association. Vancouver, Canada, 2006.
18. Reid J, Reilly S, Kilpatrick N. Sucking performance of babies with cleft conditions. *Cleft Palate Craniofac J* 2007;44:312–320.
19. Maserai AG, Sell D, Habel A, Mars M, Sommerland BC, Wade A. The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared with healthy noncleft infants. *Cleft Palate Craniofac J* 2007; 44:321–328.
20. Mizuno K, Ueda A, Kani K, Kawamura H. Feeding behaviour of infants with cleft lip and palate. *Acta Paediatr* 2002;91:1227–1232.
21. Jain L, Sivieri E, Abbasi S, Bhutani VK. Energetics and mechanics of nutritive sucking in the preterm and term neonate. *J Pediatr* 1987;111(6 Pt 1):894–898.
22. Mizuno K, Ueda A. Development of sucking behavior in infants who have not been fed for 2 months after birth. *Pediatr Int* 2001;43:251–255.
23. Choi BH, Kleinheinz J, Joos U, Komposch G. Sucking efficiency of early orthopaedic plate and teats in infants with cleft lip and palate. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991;20:167–169.
24. Reid J. A review of feeding interventions for infants with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2004;41:268–278.
25. Paradise JL, Elster BA, Tan L. Evidence in infants with cleft palate that breastmilk protects against otitis media. *Pediatrics* 1994;94(6 Pt 1):853–860.
26. Aniansson G, Svensson H, Becker M, Ingvarsson L. Otitis media and feeding with breastmilk of children with cleft palate. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002;36:9–15.
27. Garcez LW, Giuliani ER. Population-based study on the practice of breastfeeding in children born with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2005;42:687–693.
28. da Silva Dalben G, Costa B, Gomide MR, Teixeira das Neves LT. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2003; 40:84–87.
29. Danner SC. Breastfeeding the infant with a cleft defect. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992;3:634–639.
30. Biancuzzo M. Clinical focus on clefts. Yes! Infants with clefts can breastfeed. *AWHONN Lifelines* 1998;2: 45–49.
31. Helsing E, King FS. Breastfeeding under special conditions. *Nurs J of India* 1985;76:46–47.
32. Bardach J, Morris HL. Multidisciplinary management of cleft lip and palate Philadelphia, PA: WB Saunders Company, 1990.
33. Arvedson JC. Feeding with craniofacial anomalies. In: Pediatric swallowing and feeding: Assessment and Management. 2nd ed. Arvedson JC, Brodsky LB, eds.

- Albany, NY: Singular Publishing Group, 2002, pp. 527–561.
34. Biavati MJ, Bassichis B. Cleft palate. E-Medicine website, 2003. Available at: <http://www.emedicine.com/ent/topic136.htm> (last accessed August 3rd, 2007).
 35. Wide Smiles. Special considerations of the bottle-fed baby with a cleft. Wide Smiles website, 1996. Available at: www.widesmiles.org (last accessed July 19, 2007).
 36. Glass RP, Wolf LS. Feeding management of infants with cleft lip and palate and micrognathia. *Infants Young Child* 1999;12:70–81.
 37. Dunning Y. Child nutrition. Feeding babies with cleft lip and palate. *Nurs Times* 1986;82:46–47.
 38. Dixon-Wood VL. Counselling and early management of feeding and language skill development for infants and toddlers with cleft palate. In: *Communicative Disorders Relating to Cleft Lip and Palate*. 4th ed. Bzock KR, ed. Austin, TX: Pro-Ed, 1996, pp. 465–474.
 39. La Leche League International. Breast-feeding the baby with special healthcare needs: Cleft lip or palate and cystic fibrosis. *Exceptional Parent* 1999;29:52–53.
 40. Balluff MA, Udin RD. Using a feeding appliance to aid the infant with a cleft palate. *Ear Nose Throat J* 1986;65:50–55.
 41. McKinstry RE. Presurgical management of cleft lip and palate patients. In: *Cleft Palate Dentistry*. Mc-Kinstry RE, ed. Arlington, VA: ABI Professional Publications, 1998, pp. 33–66.
 42. Lebair-Yenchik J. Cleft palates. *AWHONN Lifelines* 1998;2:11–12.
 43. Clarren SK, Anderson B, Wolf LS. Feeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. *Cleft Palate J* 1987;24:244–249.
 44. Willis K. The milk of human kindness. *RCSLT Bull* 2000:6–7.
 45. Masarei AG. An investigation of the effects of presurgical orthopaedics on feeding in infants with cleft lip and/or palate. PhD, University College, 2003.
 46. Prah C, Kuijpers-Jagtman AM, van't Hof MA, Prah-Andersen B. Infant orthopedics in UCLP: Effect on feeding, weight, and length: A randomized clinical trial (Dutchcleft). *Cleft Palate Craniofac J* 2005;42: 171–177.
 47. Cohen M, Marschall MA, Schafer ME. Immediate unrestricted feeding of infants following cleft lip and palate repair. *J Craniofac Surg* 1992;3:30–32.
 48. Darzi MA, Chowdri NA, Bhat AN. Breastfeeding or spoon feeding after cleft lip repair: a prospective, randomised study. *Br J Plast Surg* 1996;49:24–26.
 49. Young JL, O'Riordan M, Goldstein JA, Robin NH. What information do parents of newborns with cleft lip, palate, or both want to know? *Cleft Palate Craniofac J* 2001;38:55–58.
 50. Cleft Lip and Palate Association. Feeding babies with a cleft lip? CLAPA website, 2007. Available at: http://www.clapa.com/faqs.php?topic_id_14 (last accessed August 3, 2007).
 51. Kelts D, Jones E. Selected topics in therapeutic nutrition. *Curr Prob Pediatr* 1983;13:1–62.
 52. Martin WL, Gornall P, Kilby MD. Cleft lip and palate. *Fetal Matern Med Rev* 1999;11:91–104.
 53. Curtin G. The infant with cleft lip or palate: More than a surgical problem. *J Perinat Neonat Nurs* 1990;3:80–89.
 54. Carlisle D. Feeding babies with cleft lip and palate. *Nurs Times* 1998;94:59–60.
 55. Grady E. Breastfeeding the baby with a cleft of the soft palate: Success and its benefits. *Clin Pediatr (Phila)* 1977;16:978–981.
 56. Gopinath VK, Muda WA. Assessment of growth and feeding practices in children with cleft lip and palate. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2005;36: 254–258.
 57. King NM, Samman N, So LLY, Cheung LK, Whitehill TL, Tideman H. The management of children born with cleft lip and palate. *Hong Kong Med J* 1996;2:153–159.
 58. Trenouth MJ, Campbell AN. Questionnaire evaluation of feeding methods for cleft lip and palate neonates. *Int J Paediatr Dent* 1996;6:241–244.
 59. Turner L, Jacobsen C, Humenczuk M, Singhal VK, Moore D, Bell H. The effects of lactation education and a prosthetic obturator appliance on feeding efficiency in infants with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2001;38:519–524.
 60. Redford-Badwal DA, Mabry K, Frassinelli JD. Impact of cleft lip and/or palate on nutritional health and oral motor development. *Dent Clin North Am* 2003; 47:305–317.
 61. Wilton JM. Cleft palates and breastfeeding. *AWHONN Lifelines* 1998;2:11.
 62. Goldberg WB, Ferguson FS, Miles RJ. Successful use of a feeding obturator for an infant with a cleft palate. *Spec Care Dentist* 1988;8:86–89.
 63. Nagda S, Deshpande DS, Mhatre SW. Infant palatal obturator. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 1996;14:24–25.
 64. Jones JE, Henderson L, Avery DR. Use of a feeding obturator for infants with severe cleft lip and palate. *Spec Care Dentist* 1982;2:116–120.
 65. Hemingway L. Breastfeeding a cleft-palate baby. *Med J Aust* 1972;2:626.
 66. World Health Organization. Health factors which may interfere with breast-feeding. *Bull World Health Organ* 1989;67(Suppl):41–54.
 67. Chen Z, Chen J, Wu J, Zhang X. Factors involved in intelligent development of children with cleft lip and palate [Chinese]. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* 2001;19:174–177.
 68. Erkkila AT, Isotalo E, Pulkkinen J, Haapenen ML. Association between school performance, breastmilk intake and fatty acid profile of serum lipids in ten-year-old cleft children. *J Craniofac Surg* 2005;16:764–769.
 69. McCartney J. Supplementing the breastfed infant with a cleft. *Wide Smiles* website, 1996.

70. Cleft Lip and Palate Association. How to feed babies with a cleft palate or cleft lip and palate? CLAPA website, 2007. Available at: http://www.clapa.com/faqs.php?topic_id_15 (last accessed August 3, 2007).
71. Jacobs SC. Nursing care of the child with cleft lip and/or palate. *Plast Surg Nurs* 1983;3:61–65.
72. Cohen MM, Bankier A. Syndrome delineation involving orofacial clefting. *Cleft Palate Craniofac J* 1991;28:119–120.
73. Landis J. Pierre Robin sequence. *LEAVEN* 2001;37: 111–112.
74. Wide Smiles. Feeding and Pierre Robin. Wide Smiles website, 1997. Available at: <http://www.widesmiles.org/cleftlinks/> (last accessed August 3, 2007).
75. Pierre Robin Network. Feeding. Pierre Robin Network website, 2007. Available at: <http://www.pierre-robin.org/Feeding.htm> (last accessed August 3, 2007).
76. Shprintzen RJ. The implications of the diagnosis of Robin sequence. *Cleft Palate Craniofac J* 1992;29:205-209.
77. Pandya AN, Boorman JG. Failure to thrive in babies with cleft lip and palate. *Br J Plast Surg* 2001;54:471-475.
78. Gerdes M, Solot C, Wang PP, Moss E, La Rossa D, Randall P. Cognitive and behavior profile of preschool children with chromosome 22q 11.2 deletion. *Am J Med Genet* 1999;85:127–133.

*Sheena Reilly, Ph.D.

Speech Pathology Department
Royal Children's Hospital, Melbourne
and Murdoch Children's Research Institute
Melbourne, Victoria, Australia*J. Reid, Ph.D. Speech Pathology Department
Royal Children's Hospital, Melbourne
and La Trobe University
Melbourne, Victoria, Australia

*J. Skeat, Ph.D.

Murdoch Children's Research Institute
Melbourne, Victoria, Australia

Comité pour les protocoles

Caroline J. Chantry M.D., FABM, Co-Chairperson

Cynthia R. Howard, M.D., MPH, FABM

Co-Chairperson

Ruth A. Lawrence, M.D, FABM

Co-Chairperson

Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM

Co-Chairperson

Nancy G. Powers, M.D., FABM

* Auteurs principaux

APPENDICE I : QUESTIONS FREQUEMMENT POSEES

L'allaitement des bébés présentant une fente labiale, palatine ou labio-palatine

En l'absence de spécification, la littérature passée en revue se réfère aux enfants présentant une fente labiale et/ou palatine ne faisant pas partie d'un syndrome malformatif plus général.

1. Les enfants présentant une fente labiale (FL) peuvent-ils réussir à se nourrir au sein ?

Il n'existe pas de données réellement fiables sur l'allaitement des enfants souffrant d'une FL. Il existe des données modérément fiables (de niveau II-2) montrant que les bébés présentant une FL peuvent induire une aspiration intra buccale pendant la tétée.^{18, 23} Des études descriptives (de niveau III) ont fait état d'un taux de succès de l'allaitement proche de celui de la population normale.²⁷ L'opinion d'experts (niveau III) est que les enfants présentant une FL pourront trouver l'allaitement relativement plus facile que l'alimentation au biberon, parce que le tissu mammaire épouse la fente et la ferme plus efficacement qu'une tétine.^{34, 49-52} Des experts sont également d'avis que des modifications de la position au sein peuvent faciliter l'allaitement chez ces enfants.^{7, 29-33}

2. Les enfants présentant une fente palatine (FP) peuvent-ils réussir à se nourrir au sein ?

Il n'existe pas de données réellement fiables sur l'allaitement des enfants souffrant d'une FP. Il existe des données modérément fiables (niveau II-2) montrant que les enfants présentant une FP n'induisent pas de dépression quand ils prennent un biberon^{18,20,23}, bien que les enfants qui ont une fente du palais mou pourraient être capable d'induire une aspiration^{16,18}. Des études descriptives montrent que le taux de succès de l'allaitement est beaucoup plus bas chez les enfants présentant une FP que chez ceux présentant une FL^{27, 28}. Il existe des données peu fiables (niveau III, opinion d'expert) suggérant qu'un allaitement directement au sein peut être partiellement réussi (avec une supplémentation.^{35,36,51,53,54} et que la taille et la localisation de la fente sont des facteurs déterminants pour le succès de l'allaitement.^{31,40,43,55} Comme chez les enfants présentant une FL, des modifications de la position d'allaitement semblent pouvoir augmenter la possibilité de réussite de l'allaitement (niveau III, opinion d'expert).^{30,32,34-40}

3. Les enfants présentant une fente labio-palatine (FLP) peuvent-ils réussir à se nourrir au sein ?

Il n'existe pas de données réellement fiables sur l'allaitement des enfants souffrant d'une FLP. Il existe des données modérément fiables (niveau II-2) montrant que les enfants présentant une FLP ne sont pas capables d'induire une dépression quand ils prennent un biberon^{18,20,23}, et des données peu fiables ou modérément fiables suggérant que les enfants présentant une FLP sont parfois capable de réussir à se nourrir au sein.^{51,56,57} Des études descriptives suggèrent que le taux de succès de l'allaitement est compris entre 0 et 40%.^{27,28,58} Des modifications de la position d'allaitement sont recommandées par les experts (niveau III).^{29,30,32,34-40,42-44}

4. Existe-t-il des données permettant de faciliter l'évaluation et la gestion de l'allaitement chez les enfants souffrant de FL/P ?

Mis à part des données d'une bonne fiabilité concernant l'utilisation des plaques palatines (considérées à part), il existe des données modérément fiables (niveau II-3) sur le fait qu'une bonne information sur l'allaitement est importante pour augmenter l'efficacité au sein des enfants présentant une FL/P. Les autres données sont peu fiables (niveau III, opinion d'expert), et portent surtout sur les facteurs à suivre et les recommandations pour la supplémentation.

5. Existe-il des données montrant qu'une plaque palatine facilite le succès de l'allaitement chez les enfants souffrant de FLP et de FP ?

Le déroulement de l'allaitement pourrait être affecté par l'utilisation d'une plaque palatine (qui bouche une partie de la fente pour essayer de «normaliser» la cavité orale pour les repas)⁴⁶ ou par une orthodontie préchirurgicale (prothèse pour repositionner les segments touchés par la fente avant la chirurgie). Ces appareils sont regroupés sous le terme « obturateurs » pour cet article. *Il existe des données fiables (niveau I) montrant que ces obturateurs ne facilitent pas l'alimentation ou la prise de poids chez les bébés allaités souffrant de FLP, et qu'ils ne facilitent pas non plus la prise d'un biberon.*⁴⁶ Il existe des données modérément fiables (niveau II) sur le fait que les obturateurs ne facilitent pas la création d'une aspiration lorsque l'enfant prend un biberon.²³ La raison est que ces obturateurs ne permettent pas la fermeture complète du palais mou contre les parois de la gorge pendant les repas. Il existe des données contradictoires, dont certaines sont en faveur de

l'utilisation d'un obturateur pour faciliter l'allaitement chez les enfants souffrant de FP ou de FLP, mais ces données sont beaucoup moins fiables (niveau II-3 et III, études descriptives et présentation de cas, et opinion d'expert).^{29,39,51,53,59-66}

6. Existe-t-il des données en faveur de bénéfices supplémentaires de l'allaitement pour les enfants souffrant de FL/P par rapport à la population normale ?

Il existe un certain nombre de données modérément fiables (niveau II-2 et plus bas) le montrant, mais la majorité de ces données sont des opinions d'experts (niveau III). Le fait que l'allaitement et l'alimentation avec du lait maternel présentent des avantages pour le bébé et la mère est bien accepté. En ce qui concerne plus spécifiquement les enfants présentant une FP, il y a des données peu ou modérément fiables en faveur d'une protection vis-à-vis des otites apportée par le lait maternel chez les enfants souffrant de FP.²⁵⁻²⁶ Ces bébés ont un risque plus élevé d'otite que la population générale en raison des anomalies de la musculature de leur palais mou.^{26,56} Il existe des données peu ou modérément fiables en faveur d'un meilleur développement intellectuel et de meilleurs résultats scolaires liés au lait maternel chez les enfants souffrant de fente.^{67,68} L'opinion d'experts (niveau III) suggère que les agents antibactériens du lait maternel favorisent la cicatrisation après la chirurgie^{21,61,69} et réduisent l'irritation de la muqueuse par rapport à l'alimentation au lait industriel.⁷⁰ Par ailleurs, les experts ont suggéré que l'allaitement faciliterait le développement de la musculature orale faciale,^{29,61} du langage,^{29,37,66} la création du lien mère-enfant,^{37,61} et aiderait à calmer les enfants après la chirurgie.^{29,51}

7. Existe-t-il des données indiquant à quel moment on peut sans danger débiter ou recommencer les mises au sein après la chirurgie réparatrice d'une fente labiale ou palatine ?

La réparation d'une FL est généralement effectuée dans les quelques mois qui suivent la naissance⁹ tandis que la réparation d'une FP est effectuée entre 6 et 12 mois. Il existe un certain nombre d'études apportant des données fiables en la matière (niveau I à niveau II-2). Il existe des données très ou modérément fiables (niveau I et II-2) montrant qu'il est possible de débiter ou de recommencer les mises au sein immédiatement après la chirurgie de réparation d'une FL,^{47,48} et des données modérément fiables (niveau II-2) montrant qu'on peut mettre l'enfant au sein 24 heures après la chirurgie d'une FP.⁴⁷ Il existe des données fiables (niveau I) montrant que l'allaitement immédiatement après la chirurgie permet une meilleure prise de poids et un coût plus bas d'hospitalisation que l'alimentation à la cuillère.⁴⁸ Il existe des données contradictoires, mais leurs sources sont moins fiables (niveau III, opinion d'expert), et sont divisées, ainsi que leurs recommandations.^{32-34,39,69,71}

8. Existe-t-il des données permettant de savoir dans quelle mesure un bébé présentant une FP dans le cadre d'un syndrome plus vaste pourra être allaité ?

Il existe plus de 340 syndromes dans le cadre desquels le bébé peut présenter une FL/P (72). Les passer en revue et émettre des recommandations pour chacun d'entre eux sort du cadre de ce protocole. Toutefois, certains points clé sont présentés pour guider les pratiques d'allaitement. Des données faiblement ou moyennement fiables permettent de penser que, outre celui lié à la fente, des anomalies orales et faciales supplémentaires associés à ces syndromes (comme par exemple l'hypotonie, la macrogнатhie, la glossoptose auront un impact sur le succès de l'alimentation.⁷³⁻⁷⁸ Il est important de passer en revue l'impact de toutes les anomalies sur l'allaitement, et de garder cet impact à l'esprit pour mettre au point un traitement.

Méthode

Une analyse systématique de la littérature correspondante a été effectuée. La fiabilité des données a été évaluée et cotée en fonction de critères scientifiques rigoureux, selon l'échelle de la US Preventive Services Task Force*, qui est la suivante :

I – Preuves de niveau élevé, provenant d'études randomisées contrôlées, ou méta-analyses d'études randomisées contrôlées.

II-1 : Preuves de niveau moyen à élevé, provenant par exemple d'études non randomisées, mais effectuées selon une méthodologie rigoureuse, avec une bonne prise en compte des variables confondantes.

II-2 : Preuves de niveau moyen, obtenues par des études de cohorte ou des études cas-témoin.

II-3 : Preuves de niveau faible à moyen, obtenues par exemple par des études de qualité méthodologique moyenne.

III : Preuves de niveau faible, fondées sur des opinions, des expériences cliniques, des études descriptives, des rapports de cas, etc.

U.S. Preventive Services Task Force Ratings: Strength of Recommendations and Quality of Evidence. Guide to Clinical Preventive Services, Third Edition: Periodic Updates, 2000-2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/ratings.htm>