

# Frein de langue

C. Revel

C. Lopez

Consultantes en lactation  
(DIULHAM)

au CH Grasse

Gynazur 23/06/2022



# Contexte

- L'ankyloglossie est une anomalie congénitale caractérisée par un frein lingual anormalement court qui peut restreindre la mobilité de la langue.
- En 2004 une notion de FL postérieur, a entraîné une dérive de prise en charge.
- Des situations d'allaitement parfois complexes se sont transformées en situation à la fois confuses et préoccupantes où de plus en plus de bébés allaités et leurs parents sont devenus les victimes d'une épidémie de « freins buccaux restrictifs »

# Qu'est-ce qu'un frein de langue postérieur ?

- Un frein est un petit pli de tissu conjonctif 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 FL normal qui relie la langue au plancher de la bouche
  - un frein qui relie les lèvres à la gencive
  - 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).
- Le FL 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).

# FL et AM : études de 2006<sup>et</sup> 2008

- Un frein de langue peut être responsable de :
  - difficultés à prendre le sein
  - de douleurs et lésions des mamelons
  - d'un mauvais transfert de lait
  - d'une stagnation pondérale
- 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).

# Quelques chiffres sur le boom des freins de langue et des freinectomies

<https://www.co-naitre.net/wp-content/uploads/2021/02/Article-freins-buccaux-restrictifs-GGF-2021.pdf>

- Une étude en Colombie britannique a montré que le nombre de frénотomies avait augmenté de 89% entre 2003 et 2014 (Joseph et al. 2016).
- En Nouvelle Zélande, en seulement 2 ans, de 2013 à 2015, le nombre de frénотomies 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)
- En France, la situation n'est pas évaluée, mais des tendances similaires sont observées et l'épidémie prend aussi de l'ampleur.



# Cas clinique N°1

## 1ère rencontre de la patiente en consultation allaitement

**Mme T. a accouché il y a 3 semaines par VB à 39SA d'un garçon nommé « Timéo » pesant 2750g.**

Histoire de l'allaitement : mise en place de l'allaitement difficile avec des douleurs rapidement à la maternité, avec des crevasses à J2. ML a J4.

Sortie à J5 avec suivi à domicile par SF libérale.

Reprise du poids de naissance à J14.

Les crevasses se sont cicatrisées mais des douleurs persistent à la mise au sein.

La patiente a rajoutée des compléments depuis une semaine car elle a trop mal au sein le soir et bébé tête ++ toute la journée.



Le jour de la première consultation la patiente se présente en me demandant si je m'y connais en «frein de langue».

La patiente me dit que sa sage-femme ainsi que son ostéopathe qu'elle a vu hier lui ont confirmé que le problème de douleurs venait surement du frein de langue court. D'ailleurs elle a rendez-vous dans 15 jours chez un ORL qui lui a donné un Rdv en lui précisant que le prix de la consultation serait de 75euros pour évaluation du frein de langue 150 euros pour la freinectomie.

- Le poids du jour est à 2850g soit +150g en 1 semaine
- A l'examen clinique l'enfant est tonique, il présente un frein de langue qui semble court, mais la protrusion linguale est présente.

Je propose à la mère de rencontrer l'orthophoniste du service, Aurélie Desmontils.



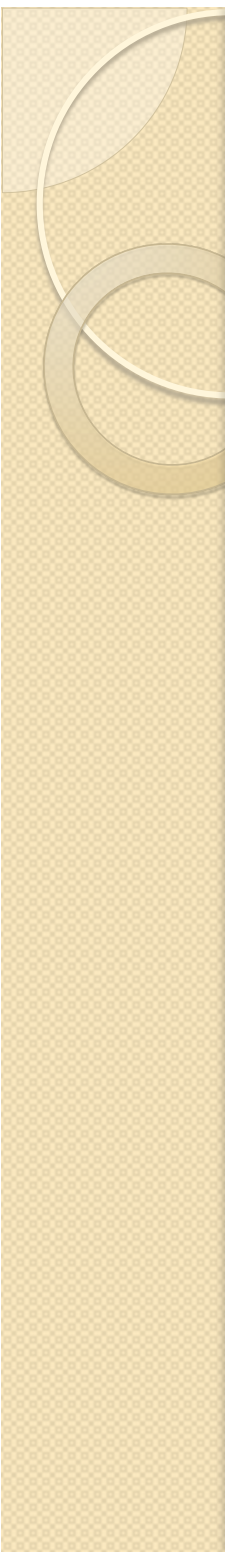
L'orthophoniste peut se déplacer immédiatement et évalue la mobilité de la langue.

Elle constate une certaine mobilité de la langue ainsi qu'une protusion possible. La succion est anarchique avec des mouvements linguaux non réguliers en amplitude et en tonicité.

Elle propose à la mère des massages afin qu'elle se familiarise avec l'approche de la bouche de son bébé en cas d'intervention. Elle explique à la patiente qu'avant de décider d'une freinectomie il faut évaluer si ce frein de langue est restrictif : douloureux et/ou ne permettant pas une alimentation au sein.

Enfin, il est important d'optimiser l'amplitude maximale des mouvements de la langue pour lever les éventuelles restrictions de mouvements induits par un frein visiblement court.





Pour ma part l'évaluation de la tétée met en évidence de gros problème de prise du sein. La patiente décrit du mieux dès la mise au sein corrigée.

Pour ce qui est de la lactation, constatant que la prise pondérale n'est pas optimale, je propose à la mère de relancer la lactation.

→ Mise en place d'un tire-lait, proposition des 2 seins à chaque tétée, proposera un complément de 20-30 ml de lait maternel ou lait artificiel toutes les 3-4h environs. Avec mise au sein à la demande et en observant les phases d'éveils de Timéo.

1 semaine plus tard, Timéo a pris 250g, Timéo n'a pas pris tous les compléments et maman sent qu'elle a plus de lait. Elle a toujours mal mais beaucoup moins. Les positions ont été encore revues lors de la mise au sein afin que Timéo puisse avoir une meilleure prise en bouche.



L'examen de l'orthophoniste montre une meilleure mobilité de la langue et une succion plus coordonnée et efficace. Elle n'aura pas besoin de revenir en consultation.

La semaine suivante la patiente dit ne plus avoir mal, Timéo a pris 190g.

Nous convenons avec Mme T. l'arrêt du tire-lait. Nous n'avons pas besoin de nous revoir.

Je lui propose de me rappeler si besoin ce qu'elle ne fera pas.

# Cas clinique N°2

Mme F, primipare, a accouché par VB d'une fille de 3200g à 39SA.

Patiente prise en charge en maternité à J2 et J3

Histoire de l'allaitement :

A la naissance, la patiente a été informée que son bébé avait un frein de langue qui pouvait potentiellement gêner l'allaitement.

L'enfant s'accroche bien au sein dès le début, la position a été corrigée.



A **J2** la patiente a peu de colostrum au massage.  
Son bébé s'accroche au sein régulièrement.

Mais elle me signale qu'elle a des douleurs très importantes pendant la mise au sein. Elle n'a pas de crevasses, a cependant les bouts de sein irrités. Elle commence à mettre en cause le frein de langue et me demande s'il ne faudrait pas le couper.

Je réponds à la patiente que le frein de langue peut être la cause de ses douleurs mais pas forcément : je parle de la dépression intrabuccale, du démarrage de l'allaitement, de la possibilité de faire intervenir l'ostéopathe pour libérer des tensions autres.



A **J3** la patiente commence à avoir des signes de ML. Elle se plaint toujours de douleurs, et n'a toujours pas de crevasses. Elle n'a pas pu voir l'ostéo durant le séjour. Elle me reparle du frein de langue. Le pédiatre de garde après examen de l'enfant ne souhaite pas couper le frein.

Elle sortira le lendemain matin avec un bébé qui aura repris 30g (-7% de son poids de naissance).

Je vais lui conseiller de voir un ostéo en ville, et de se revoir dans 5 jours en consultation allaitement.

Au rendez- vous allaitement, prise de poids satisfaisante . Pas d'amélioration suite au RDV ostéo. La patiente ne supporte plus les mises au seins trop douloureuses et prête à arrêter l'allaitement.

Je lui conseille de voir un ORL pour avoir un autre avis.

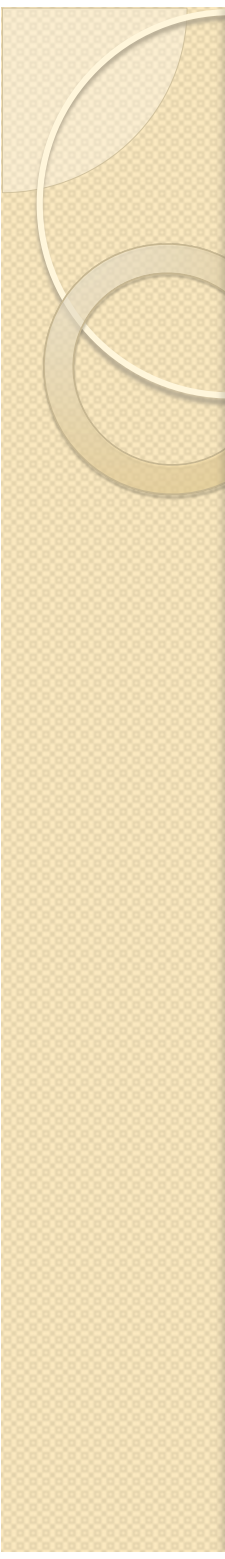
Je croise la patiente **3 semaines plus tard** dans le couloir de l'hôpital. La patiente me dit que le frein de langue a été coupé par l'ORL et que la douleur est partie depuis. Elle est soulagée et l'allaitement se passe bien.

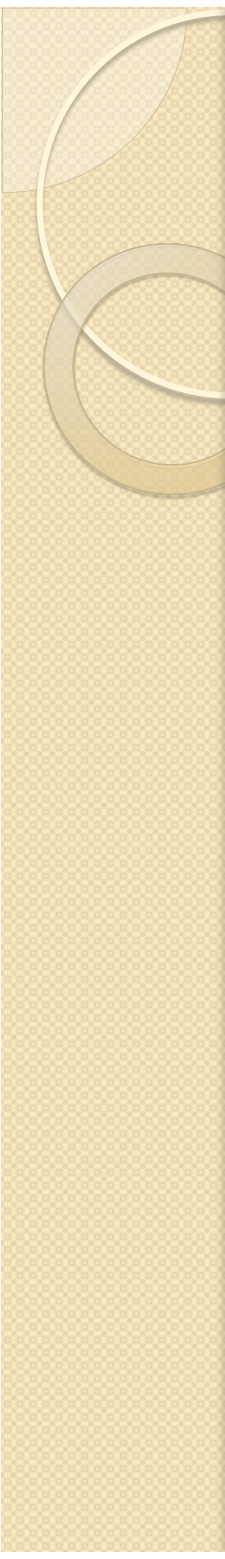




## Questionnement:

- est-il judicieux de parler du frein de langue dès la salle de naissance ?
- Est-ce bien la freinectomie qui a soulagé la patiente ou le temps a fait son effet ?
- est-il judicieux de conseiller un ORL ? si oui, lesquelles ?

- 
- **DERNIERE RECOMMANDATIONS**
    - La revue cochrane 2017
    - 2 conférences de consensus en 2020 (américaine et australienne)
    - Déclaration de principe de l'academy of breastfeeding medicine sur l'ankyloglossie chez les dyades allaitantes publiée en 2021



**-La revue Cochrane (2017)** qui repose sur 5 essais contrôlés randomisés ayant une qualité **de preuve faible à modérée**, conclue que chez un enfant présentant un FL 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.**

**-Indication de la freinectomie** : sur un frein de langue restrictif avec de mamelons douloureux et/ou mauvais transfert de lait qui n'ont pas pu être corrigé avec en temps opportun avec des mesures conservatrices

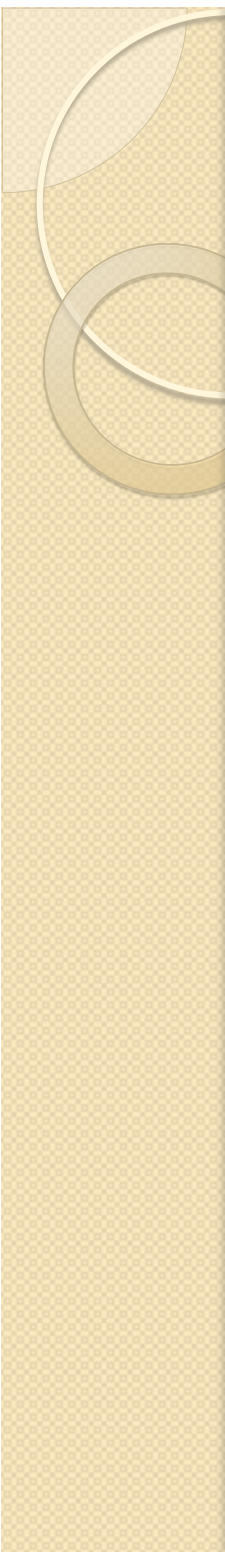
**Risque de la freinectomie** : hémorragie, formation d'hématome, infection, paresthésie ou insensibilité linguale (section du nerf lingual), douleur post chirurgical pouvant entraîner une aversion orale du nourrisson

→ Les parents doivent signer un consentement informé et écrit

# 2 conférences de consensus en 2020 (américaine et australienne)

## *Freins restrictifs buccaux - Information Pour l'Allaitement ([info-allaitement.org](http://info-allaitement.org))*

- **Un FL 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 FL 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 frénотomie préventive.
- **Une évaluation et une analyse minutieuse de l'enfant, de l'histoire et de la conduite pratique de l'allaitement** sont nécessaires, avant de prescrire une frénотomie,
- 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. **(Tabby)**



– 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 preuves 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.

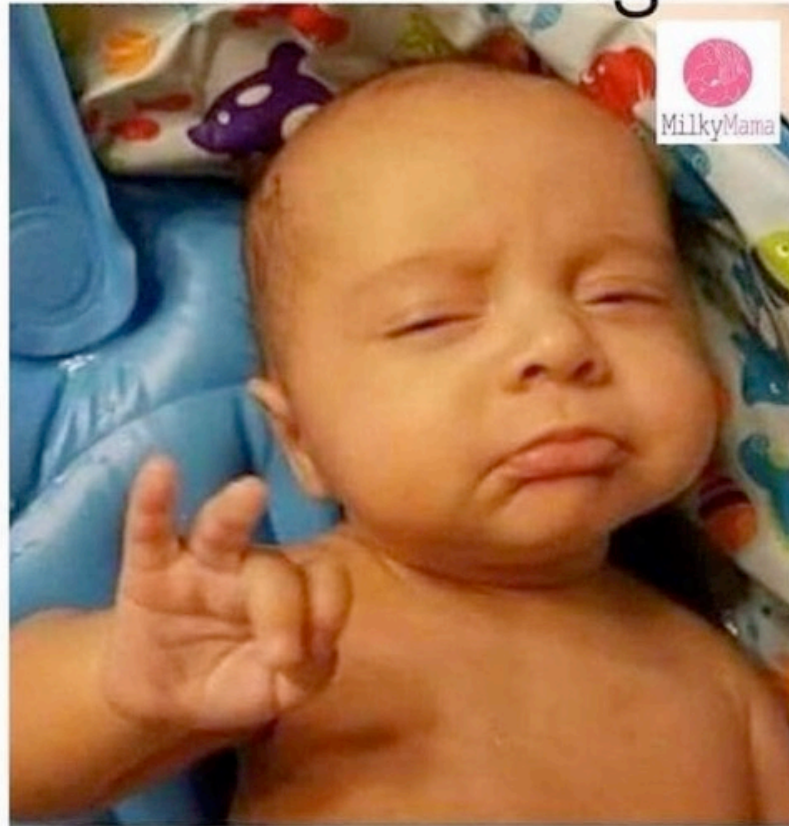




# Déclaration de principe de l'Academy of Breastfeeding Medicine sur l'ankyloglossie chez les dyades allaitantes ([llfrance.org](http://llfrance.org)) publiée en **2021**

- **il n'y a pas de consensus concernant le diagnostic/définition et le traitement de l'ankyloglossie** valable partout dans le monde et parmi les diverses professions
  - Aucun outil spécifique n'est destiné à être utilisé comme étant le seul moyen de décider si une freinectomie est nécessaire ou pas. La décision doit aussi prendre en compte une évaluation clinique compétente de l'allaitement (consultante en lactation) : historique maternel, recherche des lésions du mamelon, d'un mauvais drainage, examen clinique de l'enfant, observation d'une mise au sein
  - De nombreux problèmes d'allaitement peuvent être résolus en accompagnant l'allaitement : positions, bords de sein en silicone, tire-lait, etc... tout en sachant que **la capacité du bébé à prendre efficacement le sein peut s'améliorer avec sa croissance générale** (cependant peu de données sur cette résolution et son suivi à long terme).
- Si la technique conservatrice est choisie, un suivi de l'allaitement sera effectué et une freinectomie pourra être proposée à posteriori si le besoin s'en fait sentir

The breastmilk was  
superb and the service  
was amazing!



I'll definitely be dining  
here again.

**Merci pour  
votre  
attention**