

Allaitement et freins lingual et labial

Brian Palmer, DDS.

Kansas City, Missouri, États-Unis

Avertissement

Cette présentation comprend des diapos illustrant des dissections de cadavres qui ne sont peut-être pas adaptées à tout public.

Cette présentation a été conçue pour des pédiatres, des consultantes en lactation et d'autres professionnels de la santé à qui des parents s'adressent pour des problèmes d'allaitement liés à des frenulums trop courts.

**Toutes les graphies ci-après
sont exactes :**

Frénulum, frénulums, frénula
frénum, frénums, fréna

Frénotomie, frénectomie

frein de la langue trop court,
filet de la langue trop court.

Conséquences des freins trop courts sur l'allaitement

- Blessure et douleur aux mamelons.
 - Compression du sein par la crête alvéolaire au lieu de la langue.
- Succion inefficace et inadéquate.
 - Action restreinte de la langue / faible mouvement ondulatoire.
 - Langue incapable de comprimer le sein efficacement.
- Sceau déficient.
 - Frein labial trop court ne permet pas aux lèvres d'être retroussées.
- Tétées interminables.
- Retard staturo-pondéral.
- Bébé passe souvent au biberon et à la suce.

Indications pour une chirurgie

- Difficultés d'allaitement
- Problèmes dentaires
- Dysphasie (troubles du langage)
- Problèmes médicaux
 - Indigestion
 - Ronflement et apnée du sommeil
 - Syndrome de mort subite du nourrisson (?)
- Raisons personnelles ou sociales
 - lécher un cornet de crème glacée
 - embrasser

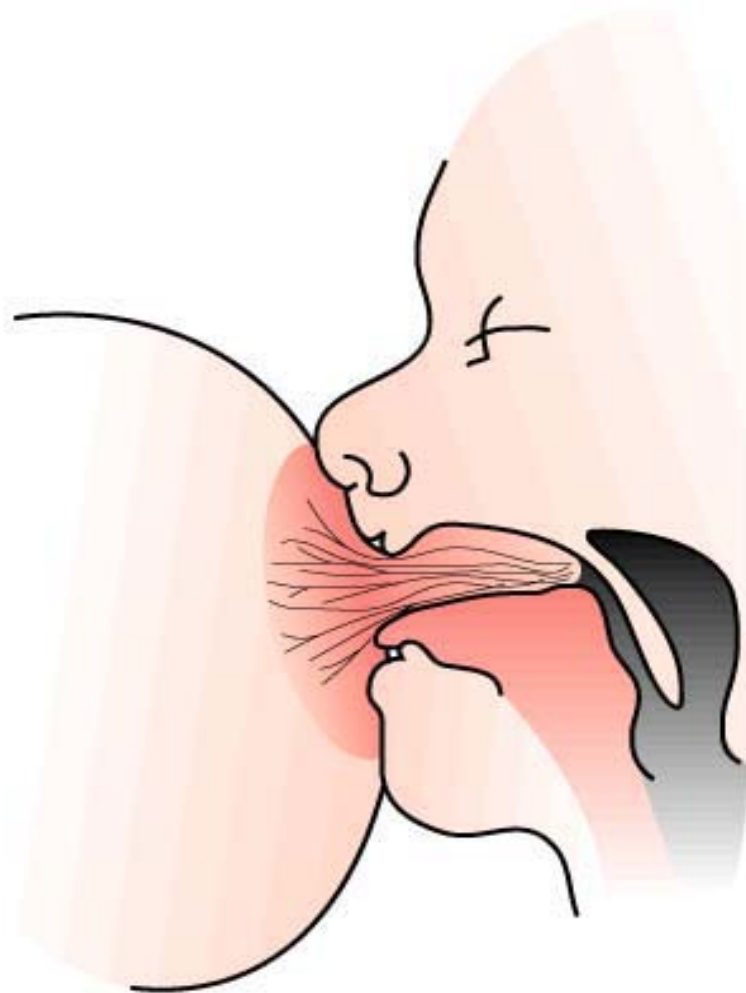
Incidence de l'ankyloglossie

■ 4,8 %

■ Conclusions :

- Le frein de la langue trop court est un problème fréquent.
- Il peut nuire à l'allaitement.

Messner AH, Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties, *Arch Otolaryngol Neck Surg* 2000 Jan;126(1):36-9.

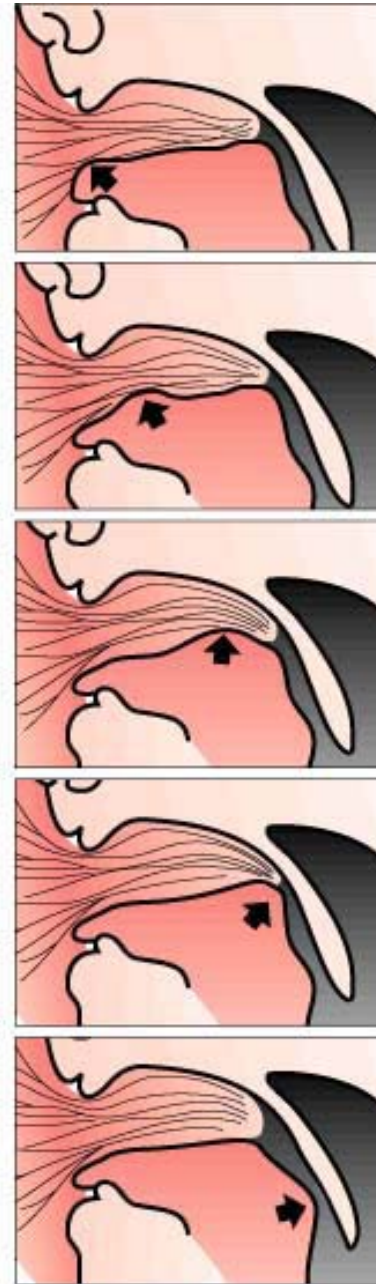
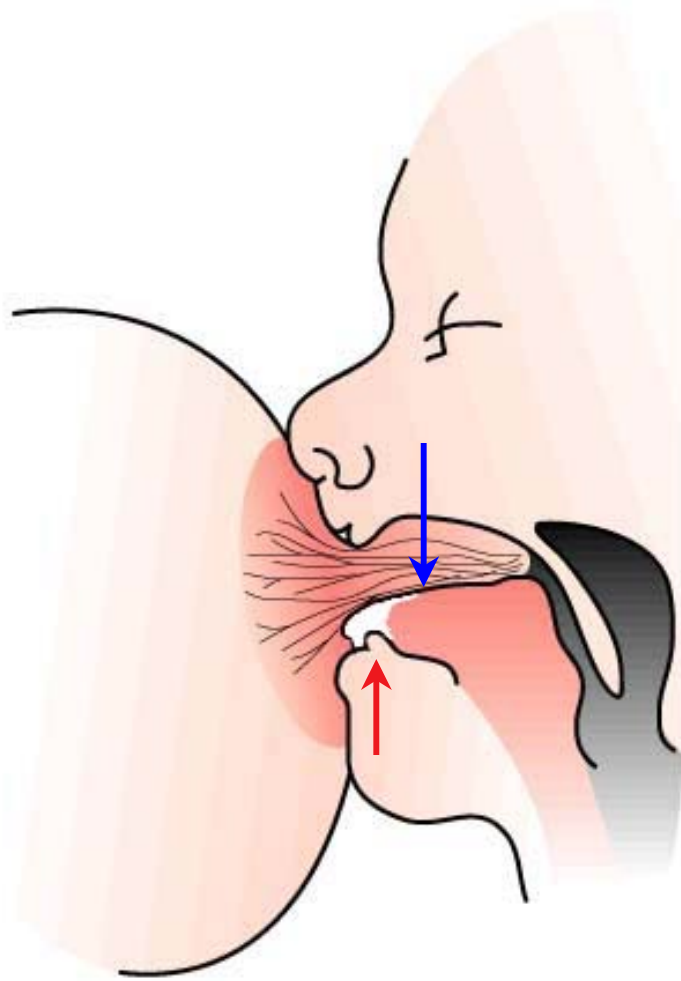


*

*

Michael Woolridge, The 'anatomy' of infant sucking. Midwifery, 1986, 2, 164-71.

7 Position et action de la langue pendant la tétée au sein. (Woolridge)



Michael Woolridge, The 'anatomy' of infant sucking. Midwifery, 1986, 2, 164-71.

8 Image précédente modifiée à gauche pour illustrer un bébé dont le frein de la langue est trop court. De plus, le mamelon ne serait pas en position optimale.

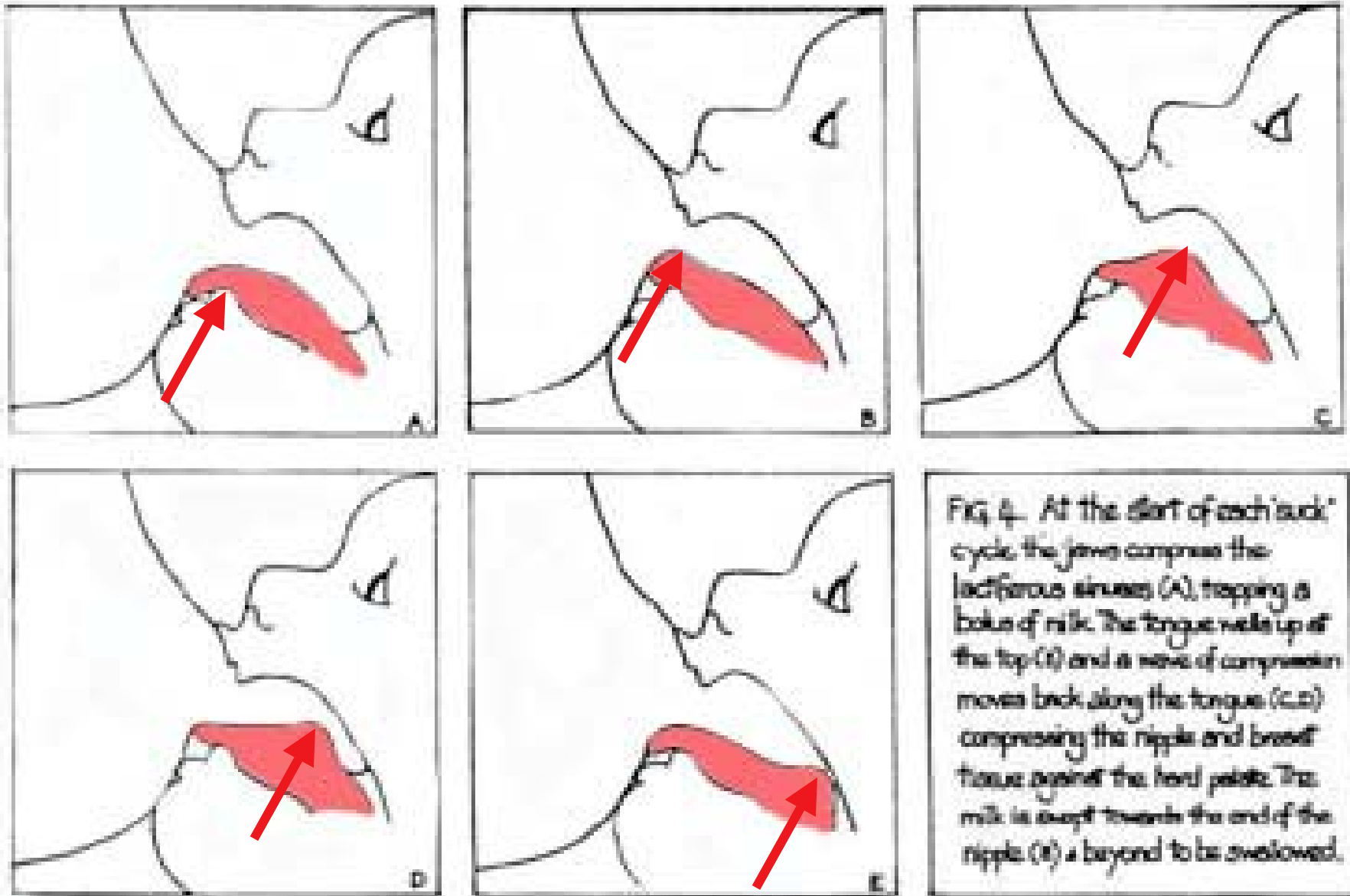


Illustration tirée de l'article de Ros Escott intitulé « Positioning, Attachment and Milk Transfer », *Breastfeeding Review*, 1989, p.35.

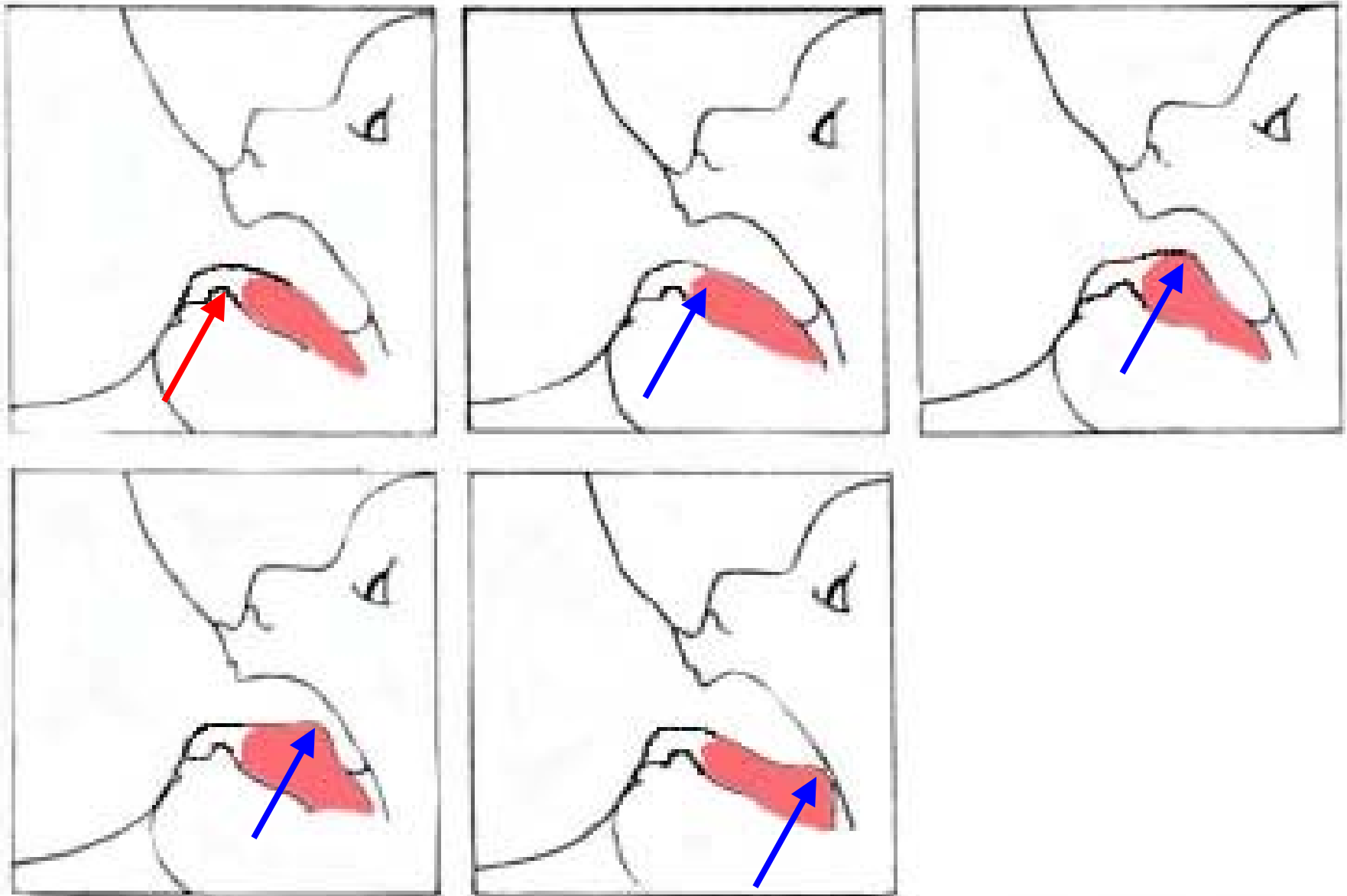
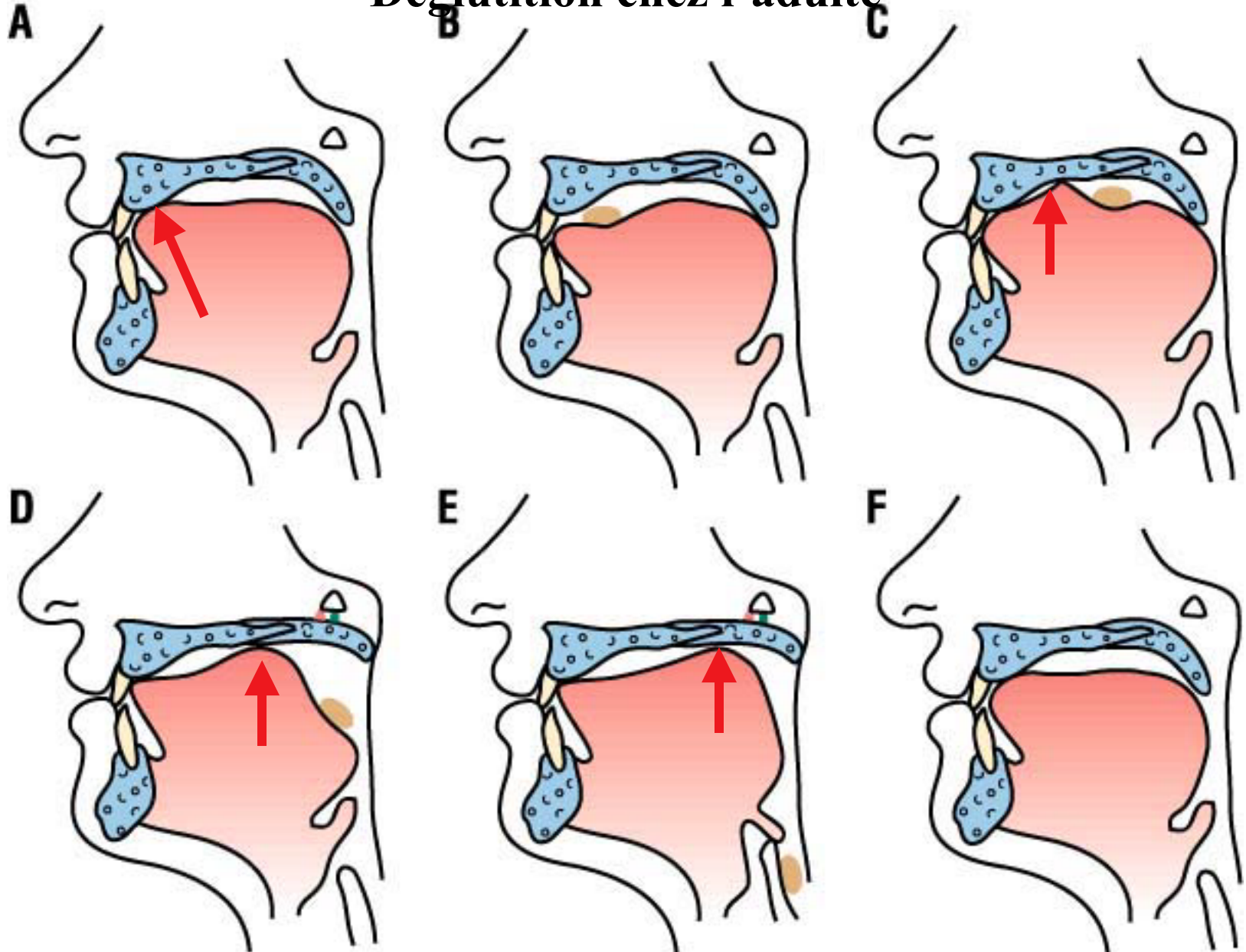


Illustration précédente modifiée pour illustrer l'incidence d'un frein de la langue trop court.

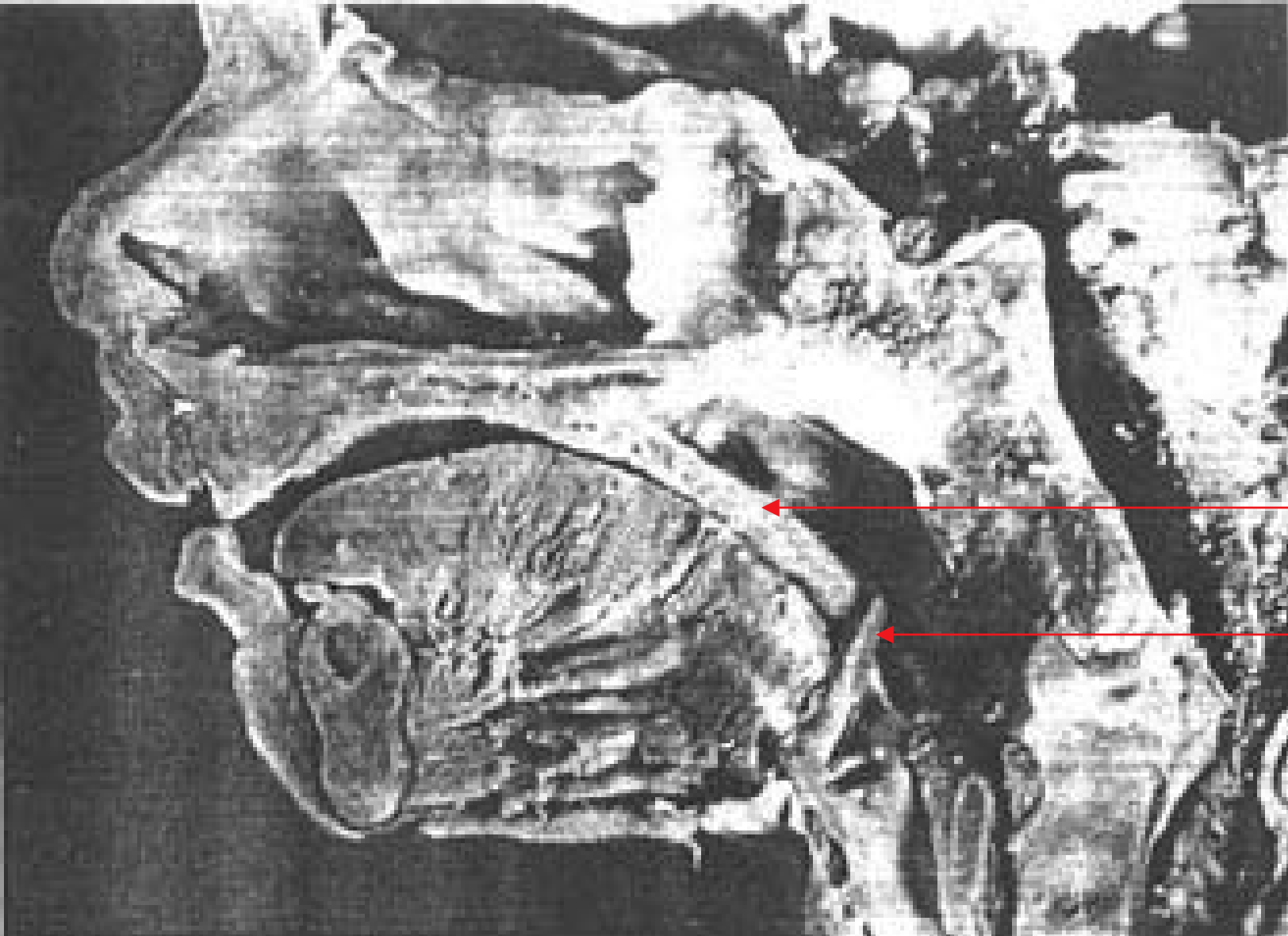
Adult Swallow

Déglutition chez l'adulte



Edmund S. Crelin, Ph.D., D.Sc.

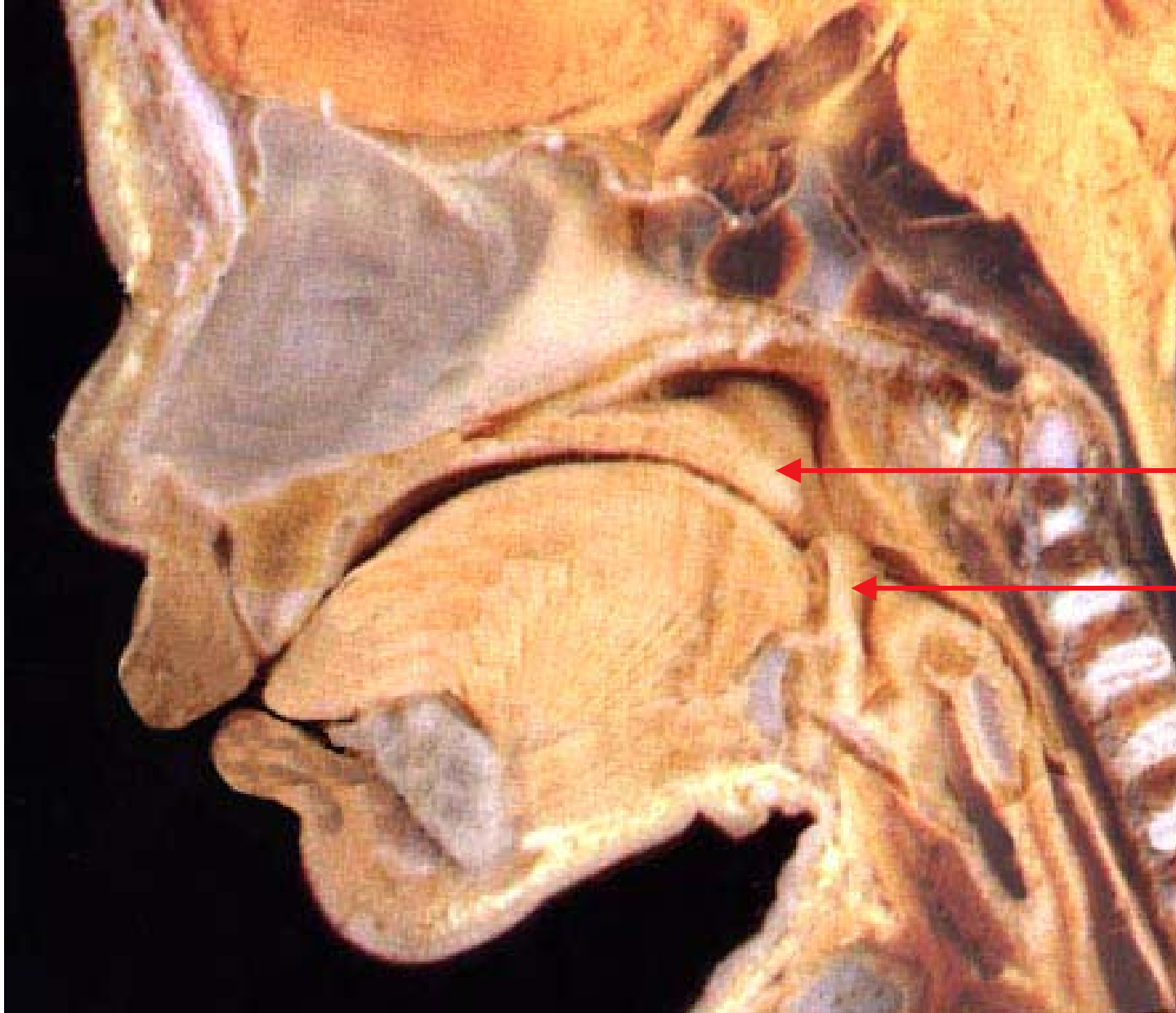
- Membre du corps professoral à l'université Yale, 1951-1988.
- Professeur d'anatomie, École de chirurgie.
- Président : Croissance et développement chez l'humain.
- Auteur de 168 articles de recherche.
- Auteur de 3 livres.
- Auteur de 5 *CIBA Clinical Symposia*.
- 3 mentions de « Meilleur professeur » à Yale.



Palais
mou

Épiglotte

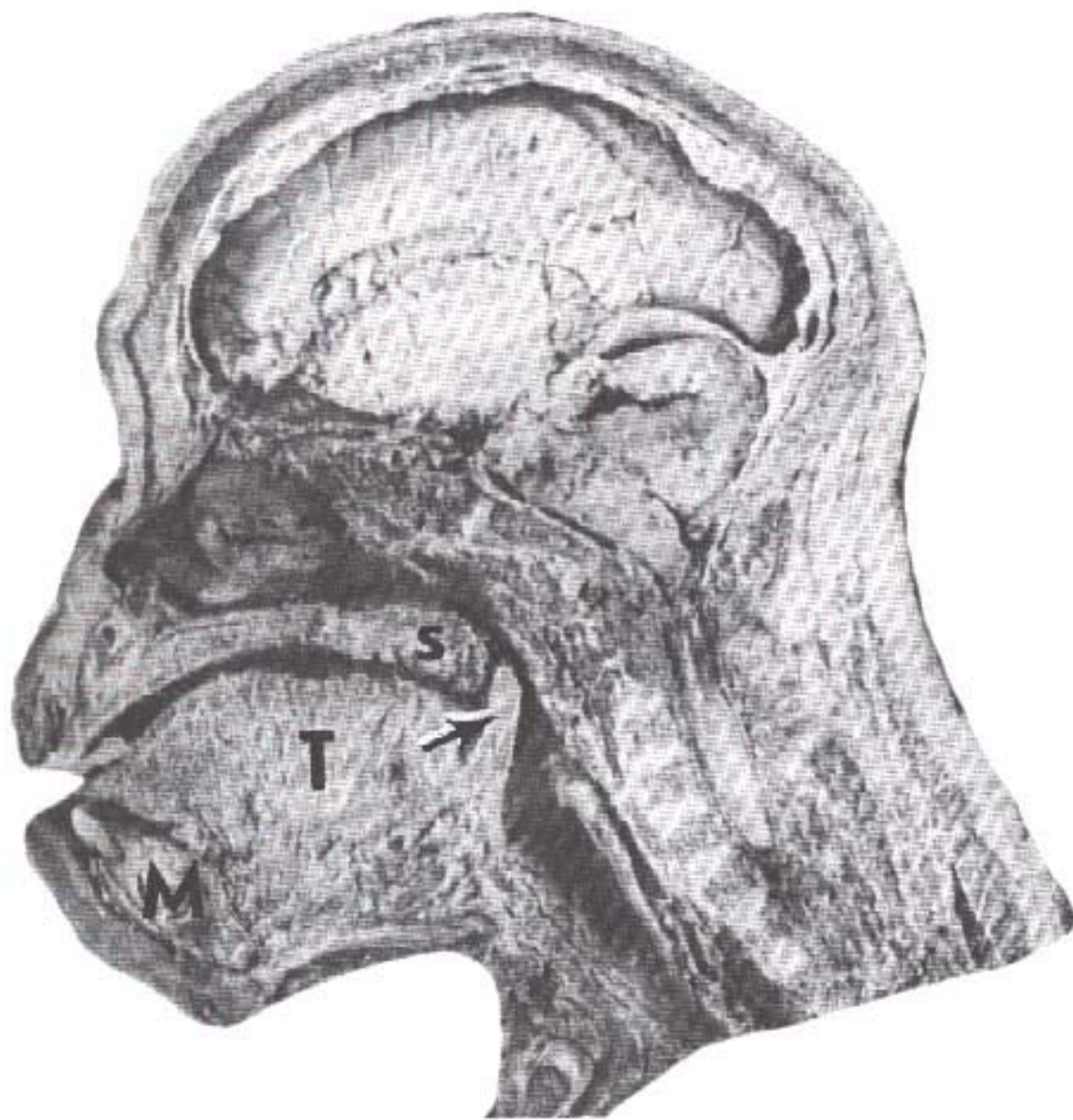
L'épiglotte est en contact direct avec le palais mou. « La langue occupe toute la cavité orale ». (Crelin)



Palais
mou

Épiglotte

Illustration de l'Atlas démontrant une relation similaire
entre l'épiglotte et le palais mou. (Rohen/Yokocki)

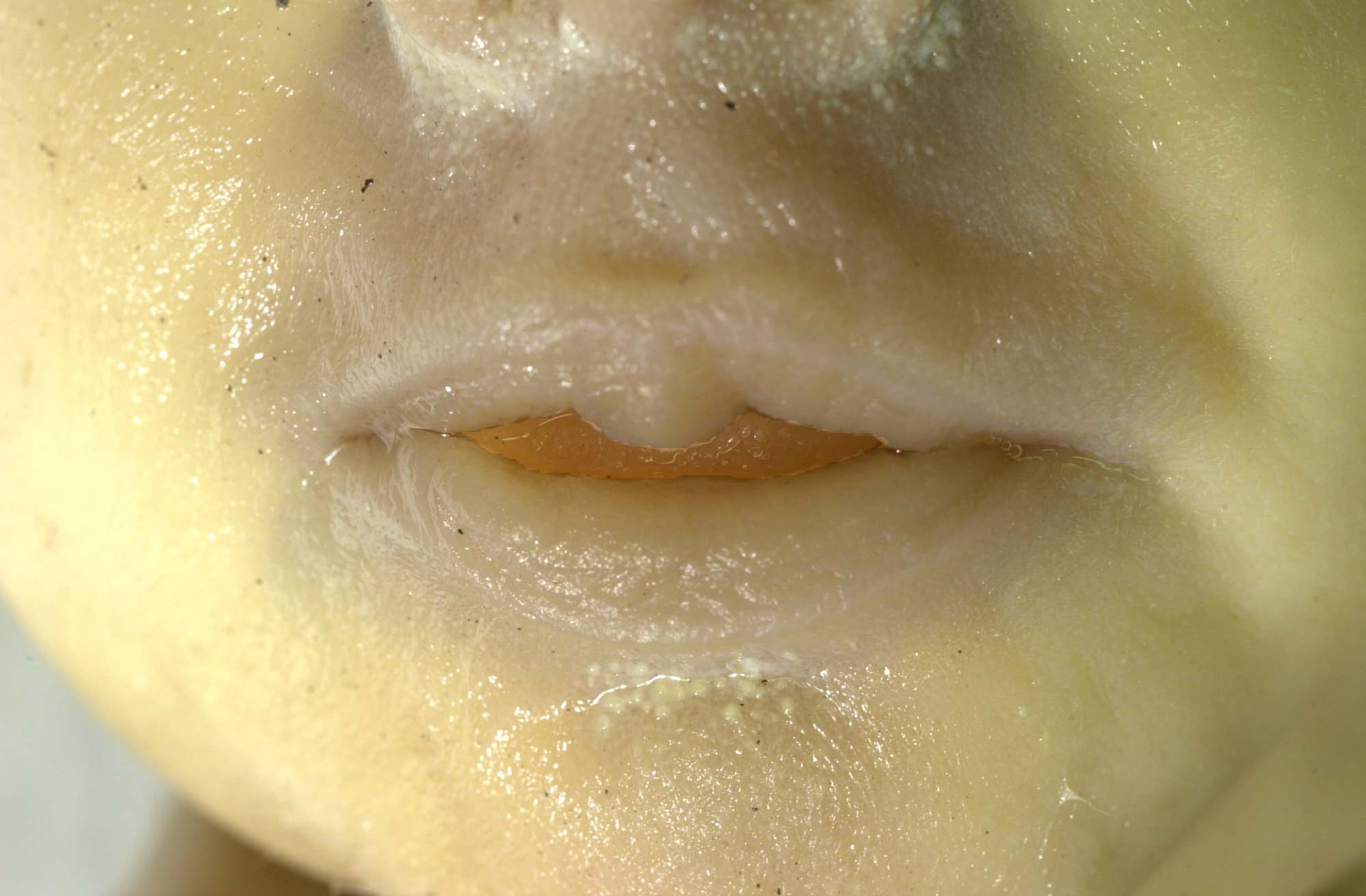


Chimpanzé adulte (Crelin).

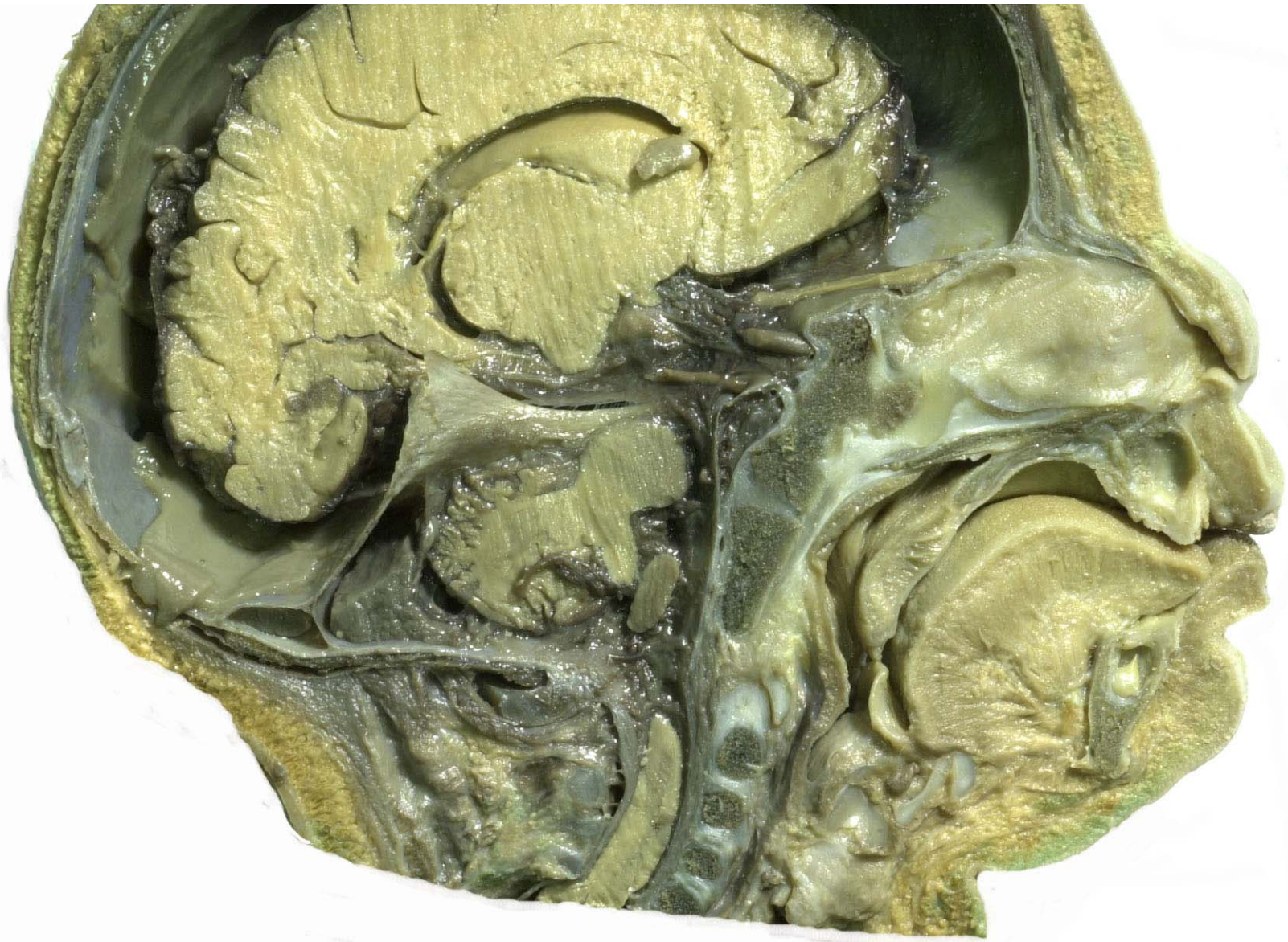
15 Remarquez la relation entre le palais mou et l'épiglotte.



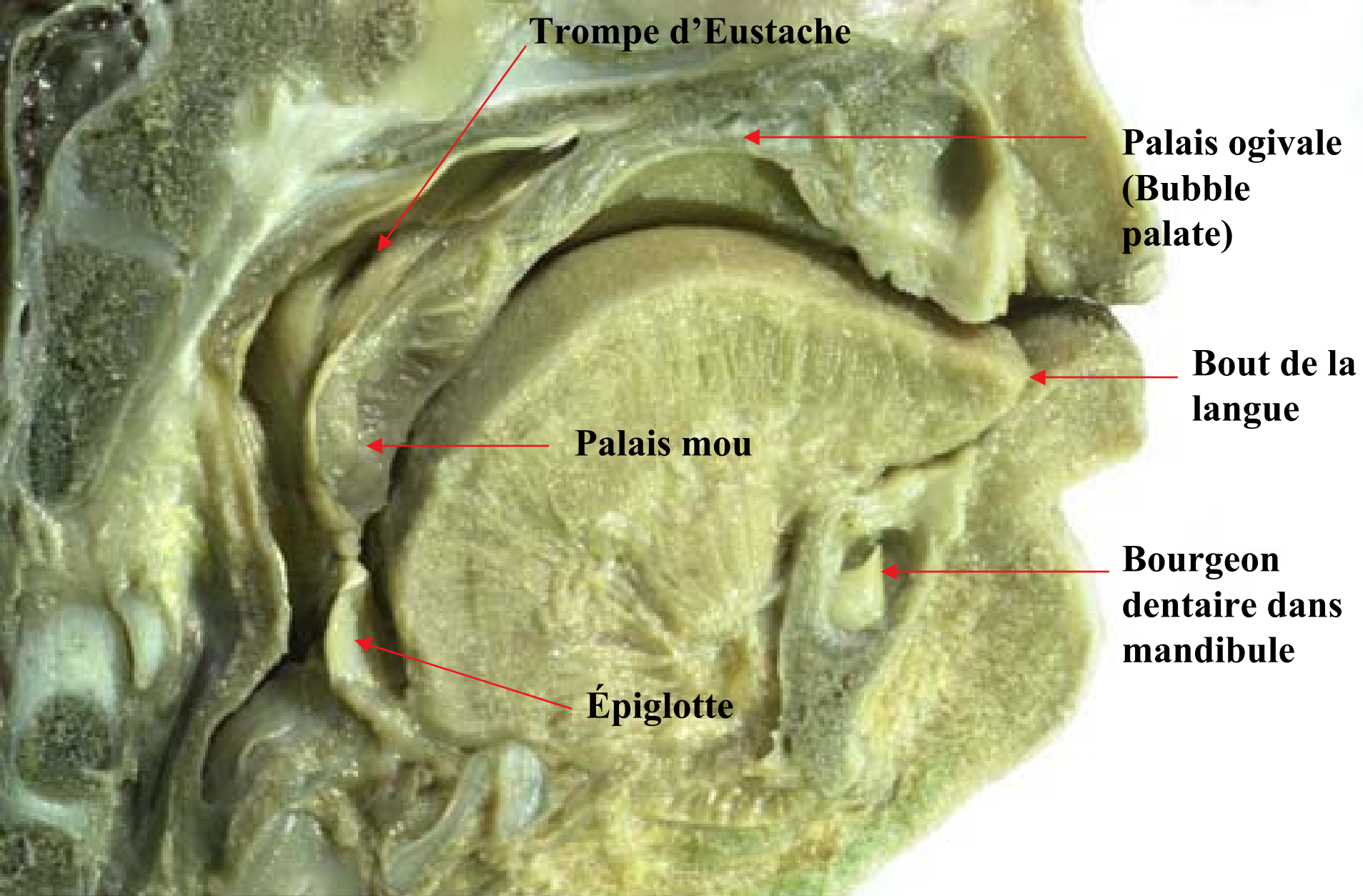
Vue frontale du cadavre d'un foetus. Remarquez
l'ouverture des lèvres.



17 Remarquez la position postérieure de la langue.

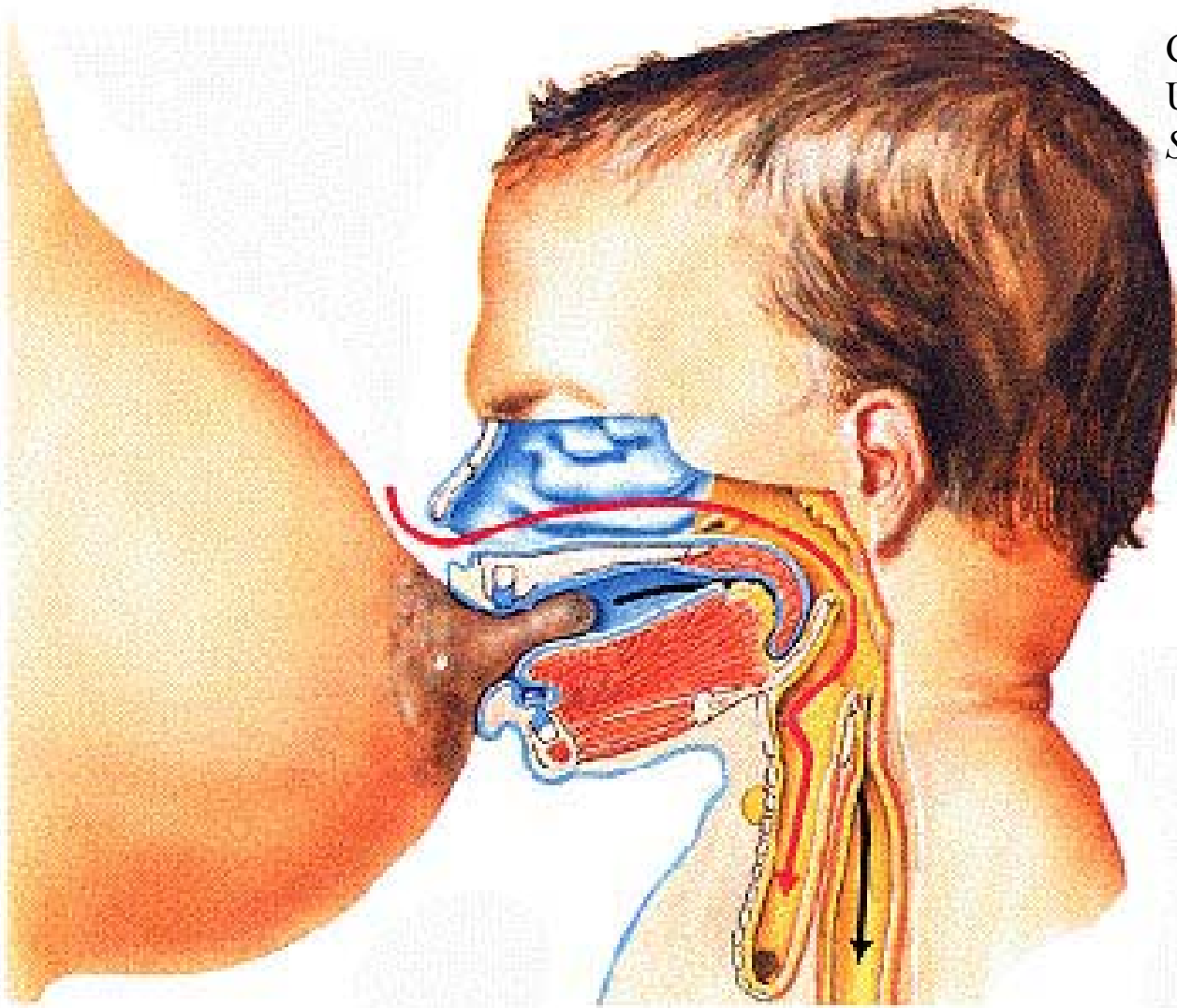


18 Plan sagittal médial de la dissection d'un cadavre foetal.



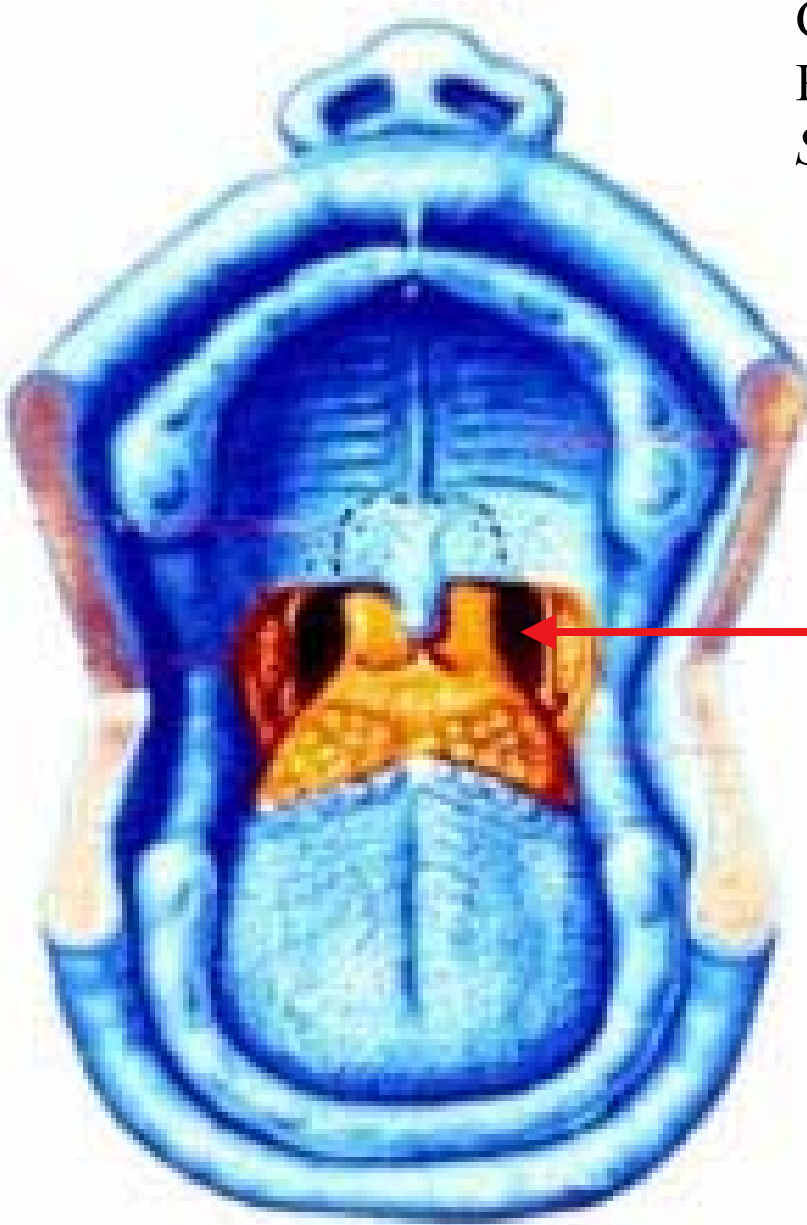
Dissection de cadavre illustrant la position habituelle de la langue et la relation entre le palais mou et l'épiglotte.

Crelin ES. Development of the Upper Respiratory System, *Clinical Symposia*, Vol. 28, No. 3, 1976.



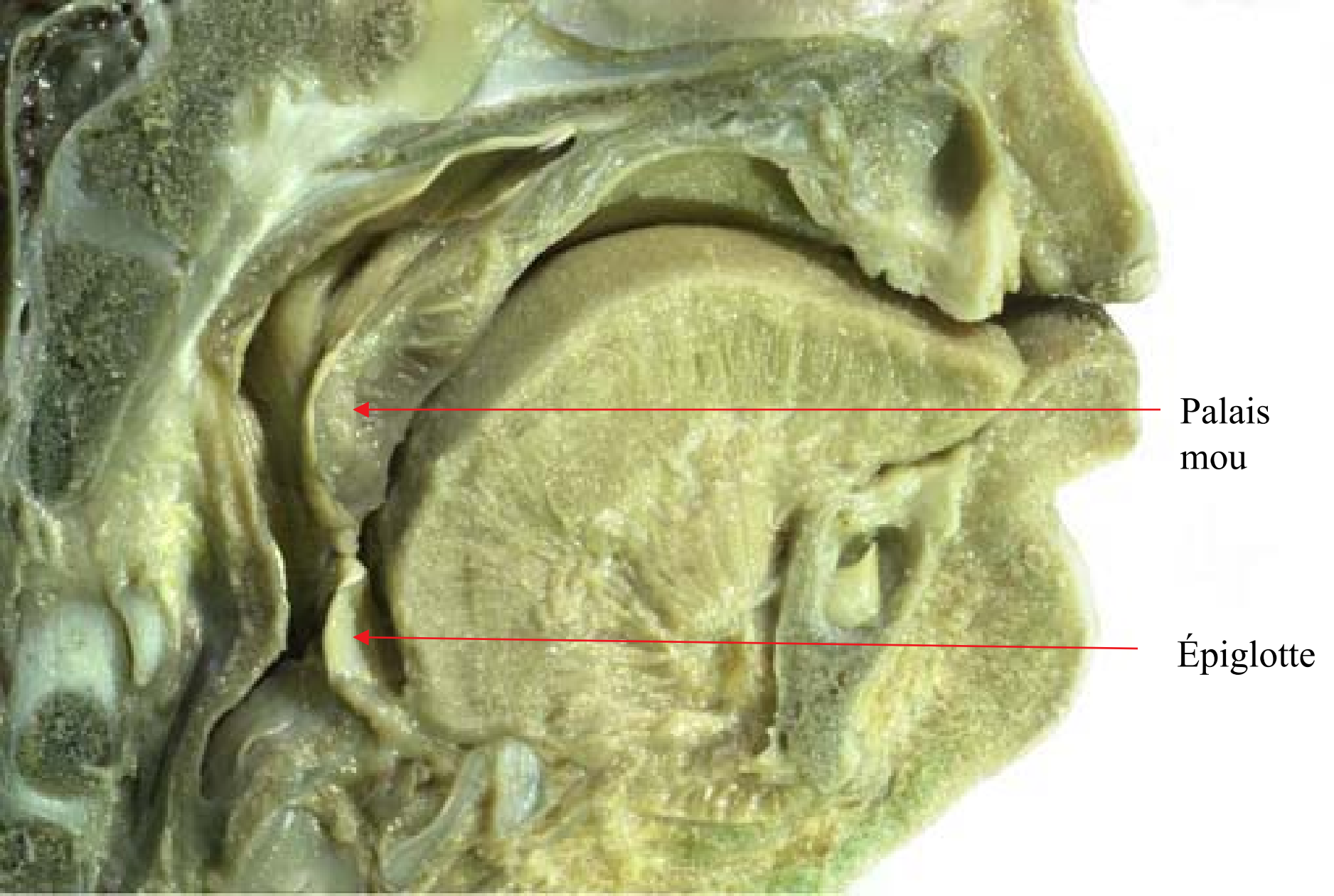
Durant une tétée, le Dr. Crelin énonce que le larynx peut être élevé pour que l'épiglotte puisse glisser derrière le palais mou pour bloquer le larynx dans le rinopharynx. Ceci permet au bébé

Crelin ES. Development of the Upper
Respiratory System, *Clinical
Symposia*, Vol. 28, No. 3, 1976



Isthme bucco-pharyngien

Vue de l'intérieur de la
bouche pour illustrer
l'interverrouillage du palais
mou et de l'épiglotte.



Palais
mou

Épiglotte

Dissection d'un cadavre illustrant la voie respiratoire.

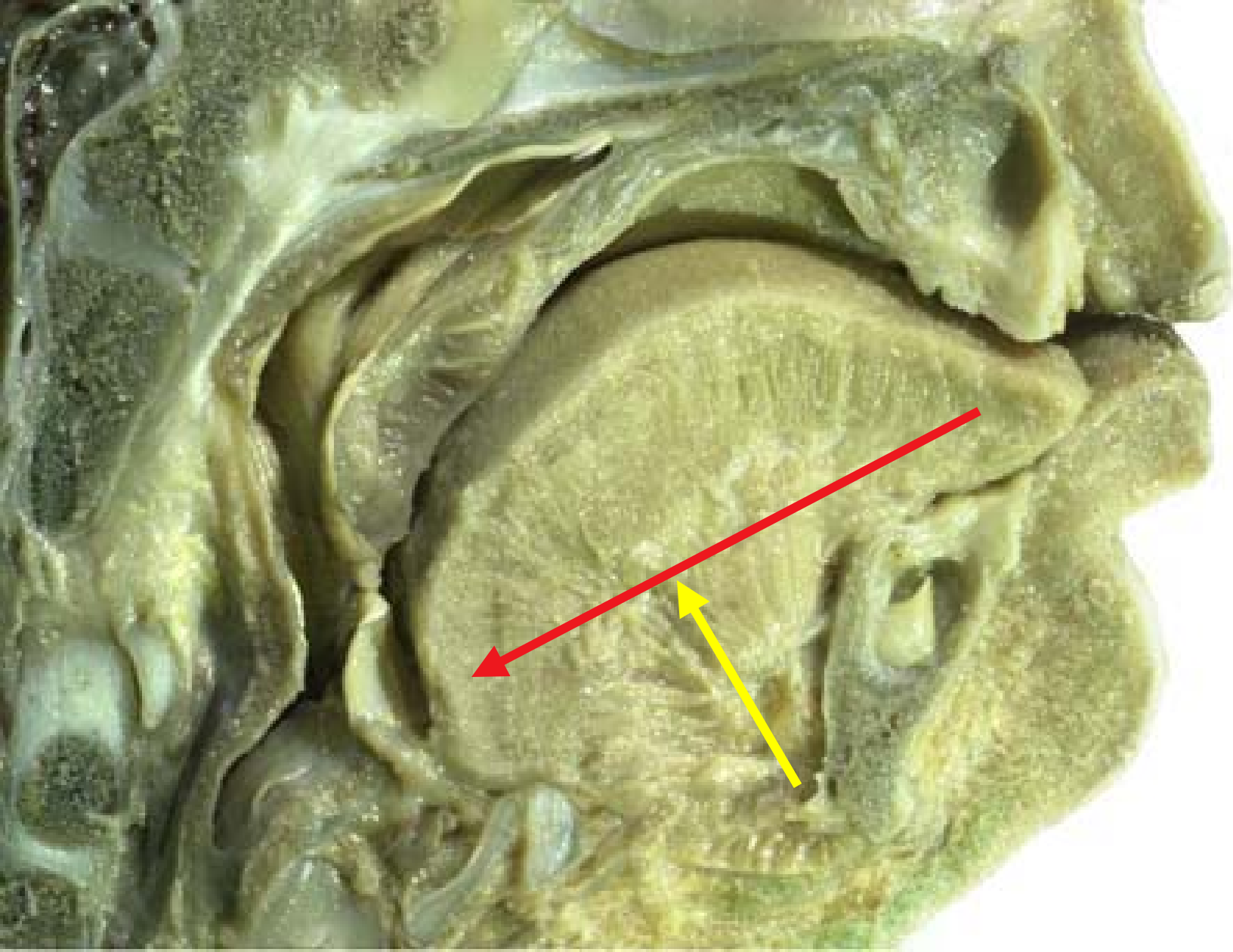
Raisons possibles pour la position antérieure naturelle de la langue.

- Pour permettre au bébé de téter immédiatement après la naissance. C'est-à-dire permettant l'extension naturelle de la langue pour permettre la compression des sinus lactifères et de la pleine longueur de la tétine formée par le sein.
- Permet au bébé de respirer naturellement et d'avaler en même temps sans avoir à apprendre un mécanisme de protection complexe.

« La descente de l'épiglotte, liée à la maturation, semble se produire entre les **4^e et 6^e mois**, comme nous l'avons vérifié par cinéradiographie. »

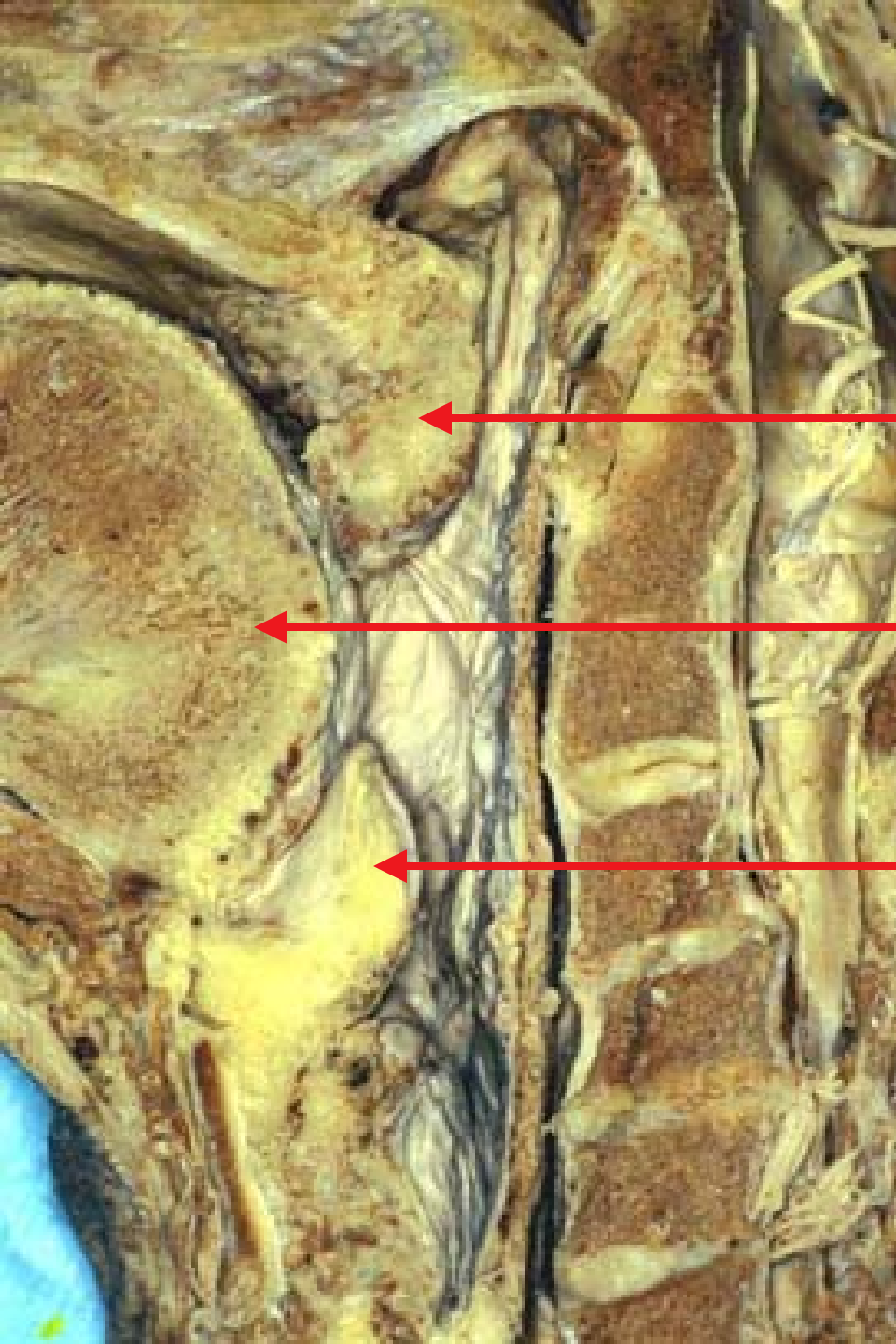
« Chose intéressante, cette période coïncide avec le pic d'incidence de mort subite du nourrisson, qui semble survenir entre les **3^e et 5^e mois**. »

Sasaki CT, Crelin E,S et al. Postnatal Descent of the Epiglottis in Man, March 1977, *Arch Otolaryngol*, Vol. 103, 169-171.



Quand l'épiglotte descend, le bout de la langue se retire dans la bouche à une position adulte.

Vue rapprochée d'une dissection adulte illustrant la séparation entre l'épiglotte et le palais mou.

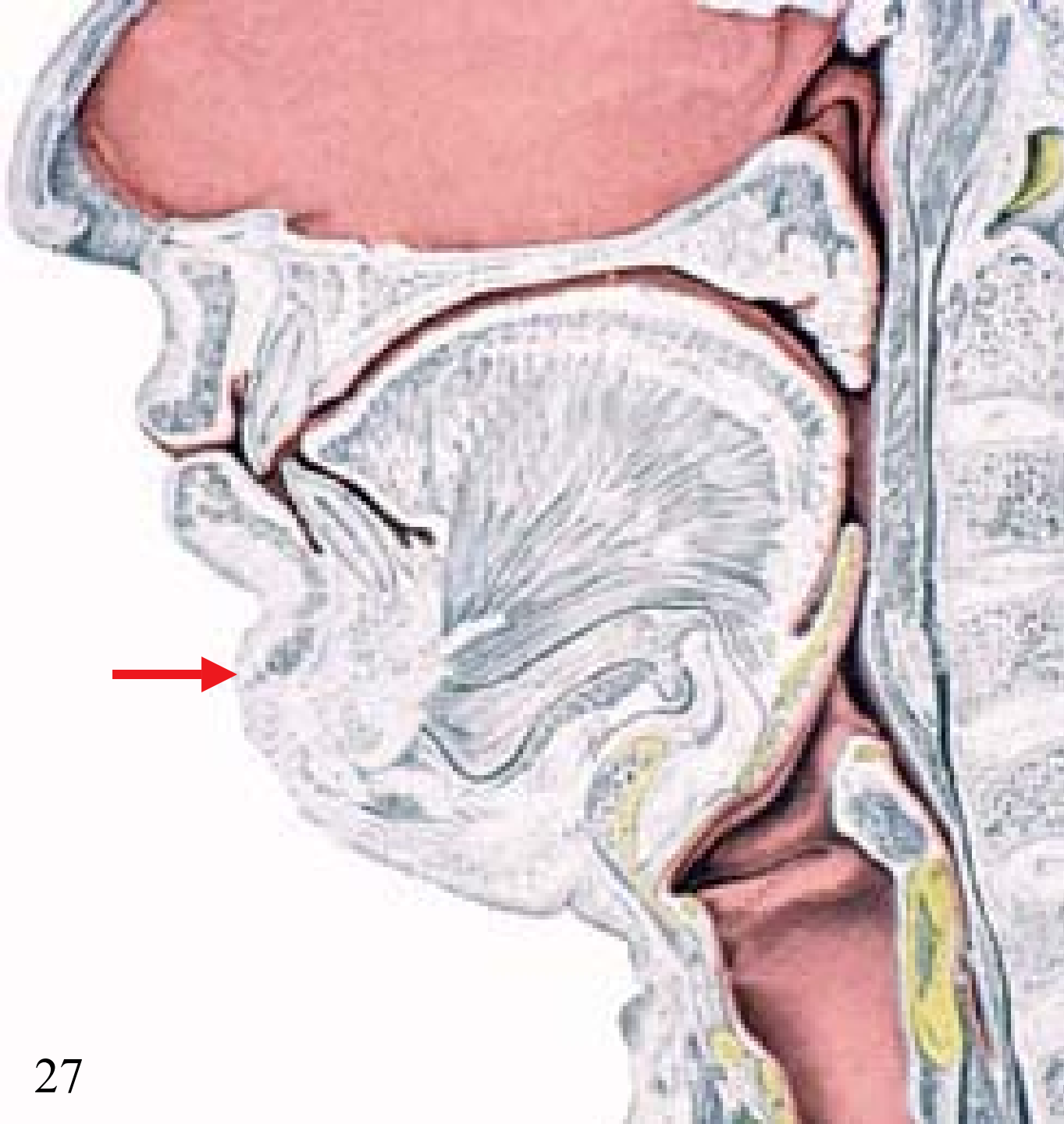


Palais mou

Langue

Épiglotte

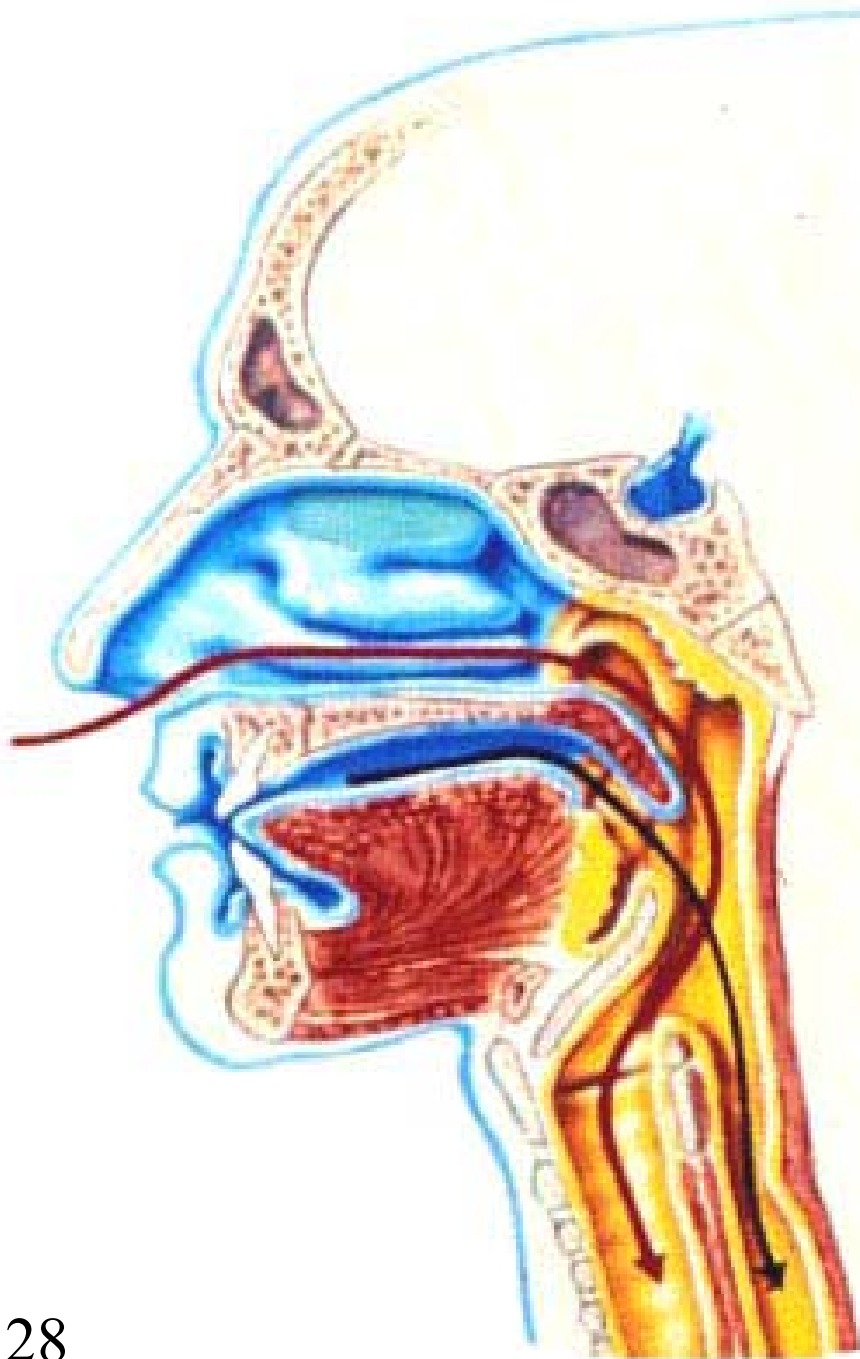
Remarquez que le tiers postérieur de la langue constitue maintenant la paroi antérieure de l'oropharynx.



Cet adulte aurait pu mourir d'apnée obstructive. Remarquez le blocage des voies respiratoires par le palais mou et la base de la langue.

Remarquez aussi la malocclusion du maxillaire inférieur de classe II (rétrognathie). (Atlas de Grant)

S'il s'agissait d'un bébé, cet enfant aurait pu succomber au syndrome de mort subite du nourrisson.

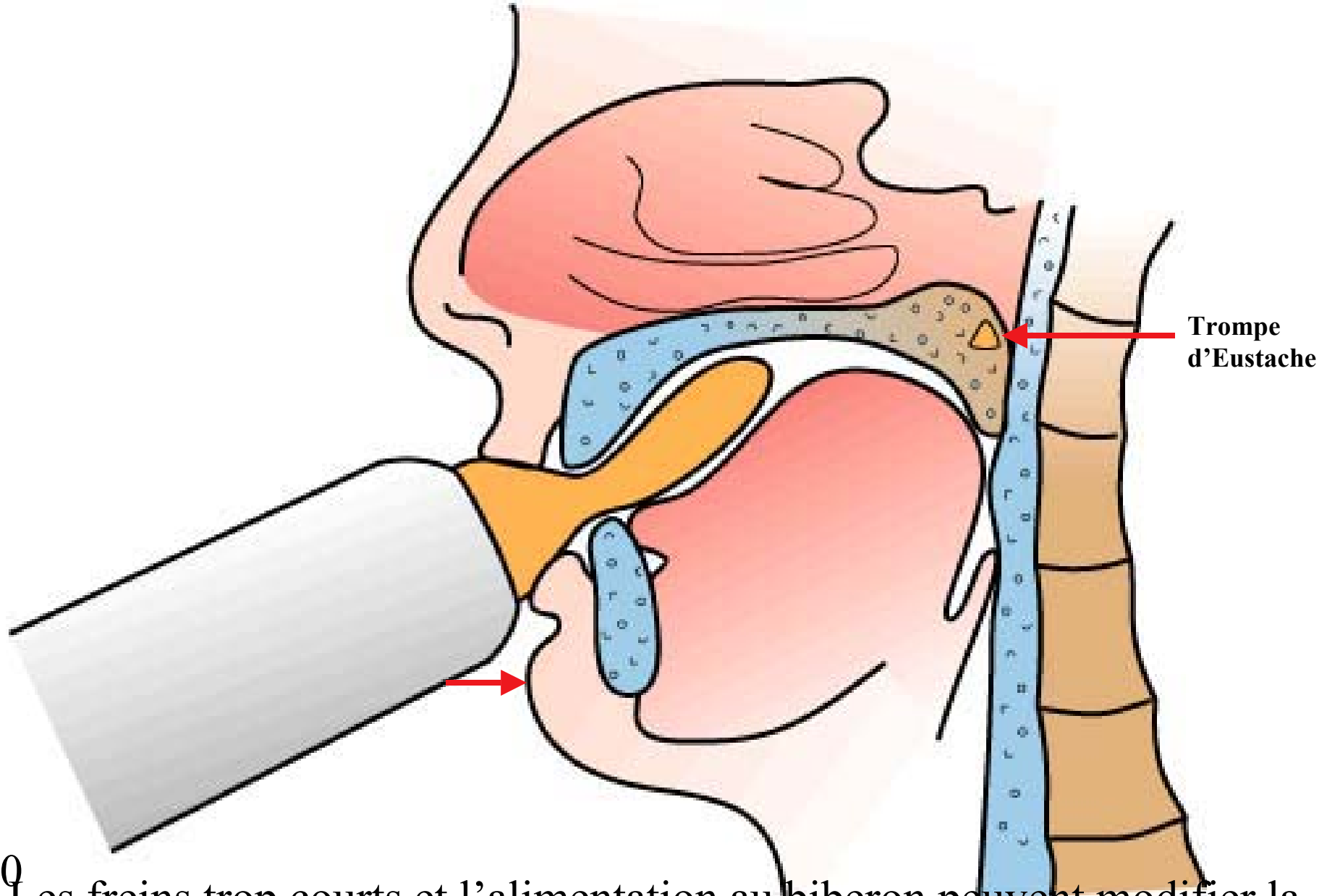


Avec la descente de l'épiglotte, une zone commune se crée où l'air et la nourriture peuvent se mélanger.

Cette descente permet aussi aux humains de produire une plus grande variété de bruits que tous les autres êtres vivants qui respirent. (Crelin)

Raison de la douleur et des tétées inefficaces

- La crête aréolaire (gencive) blesse le sein. La langue ne peut amortir la pression exercée par la gencive sur le sein.
- La langue ne peut comprimer la tétine formée par sein sur toute sa longueur.
- Le frein labial trop court ne permet pas aux lèvres de se retrousser vers l'extérieur.



**Trompe
d'Eustache**

30 Les freins trop courts et l'alimentation au biberon peuvent modifier la déglutition naturelle, amenant la langue vers l'arrière et séparant l'épiglotte du palais mou.

Les freins de la langue trop courts se
règlent
RAREMENT
d'eux-mêmes.

Symptôme d'ankyloglossie

- Langue en forme de cœur quand soulevée.
- Langue ne pouvant dépasser un certain point dans la bouche.
- Langue se recourbant en extension.
- Mène habituellement à une **déglutition déviée**.
- Possibilité de difficultés d'élocution.
- Peut avoir de la difficulté à avaler des comprimés.
- Peut connaître des problèmes de digestion.
- Difficulté à lécher un cornet de crème glacée.
- Difficulté à embrasser.



33

Nouveau-né avec frein de la langue court et langue en forme de cœur. (Dr. Notestine)



34

Bébé de trois mois qui a été sevré à cause de difficultés d'allaitement.



35

Instrument pour soulever la langue. Autrefois, on le retrouvait souvent dans les nécessaires pour salles d'accouchement.



Bébé de quatre mois : remarquez la lésion sur le filet de la langue
36 causée par les dents.



37 (1976) 3 ans – Le frein entraîne déjà une rotation des dents.



38

Frein de la langue court et épais avec langue en forme classique de cœur.
(Dr. Notestine)



39

(1996) Âge - 6 1/2 ans.



40

Jeune adulte avec frein de la langue court. Remarquez le perçage.



41

Médecin à la retraite – sa langue se recourbe vers le bas et ne peut s'étirer plus loin que la lèvre inférieure.

Raisons cliniques justifiant une frénotomie

- Mise au sein douloureuse.
- Blessure au sein et lésions.
- Retard de croissance et faible transfert du lait.

Les freins de la lèvre trop courts peuvent aussi avoir une incidence sur l'allaitement puisqu'ils peuvent empêcher le bébé de bien prendre le sein.

Ces freins trop courts NE SE RÉGLENT PAS par eux-mêmes non plus.



44

Frein épais entraînant un diastème. Ce frein a probablement nuit à l'allaitement.



45 Cette personne ne pouvait soulever sa lèvre facilement.

Choix de traitement

- Frénotomie
 - Aucune anesthésie
 - Aucun point de suture
- Frénectomie
 - Anesthésie locale ou générale
 - Points de suture
- Plastie en Z
 - Plus complexe
 - Points de suture

Ces traitements sont discutés plus à fond dans les autres présentations sur les freins sur le site du Dr. Palmer.

Conséquences du non traitement des freins trop courts.

Études de cas:

Cas 1



4 ans (1992)



50

4 ans – frein lingual court : remarquez le tiraillement à l'intérieur de la mâchoire inférieure.



51 Un frein trop court a entraîné cette poussée de la langue.



52 4 ans – La poussée de la langue a causée cette béance.



Comparaison des causes-effet.





Une poussée de la langue a créé cette malocclusion (béance) chez cet adulte.



Une poussée de la langue a créé cette infraclusion (béance) et ce retrait gingival.



Cas 2



Garçon allaité montrant une malocclusion et des dents qui se chevauchent.



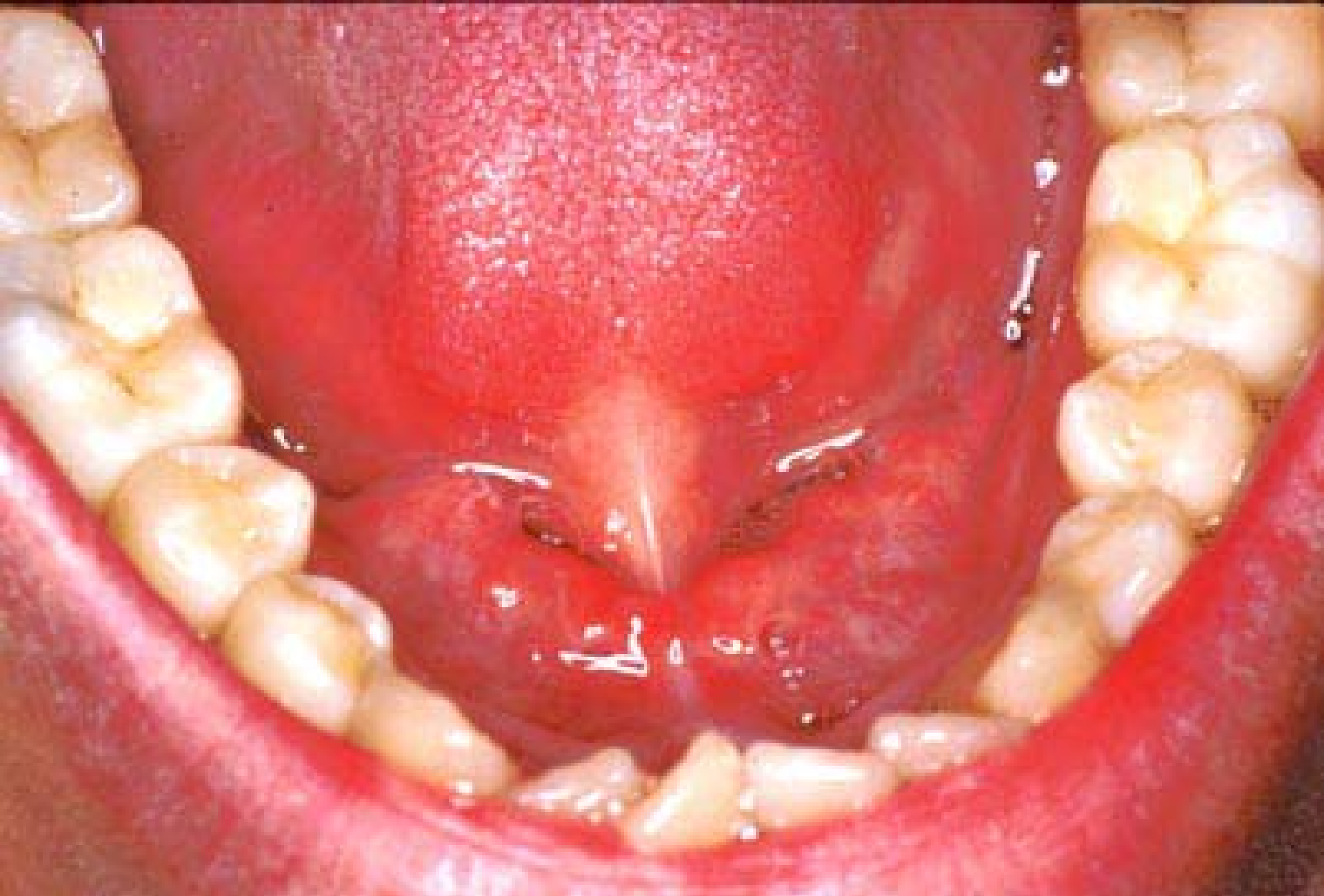
58

Même si cet enfant a été allaité, il a quand même développé un palais très creux.



59 Malocclusion et palais creux causés par un frein de la langue trop court.

Cas 3



61 Patient début de la trentaine. Frein très court.



62

Pleinement étirée. Remarquez le sillon sur le dessus de la langue.



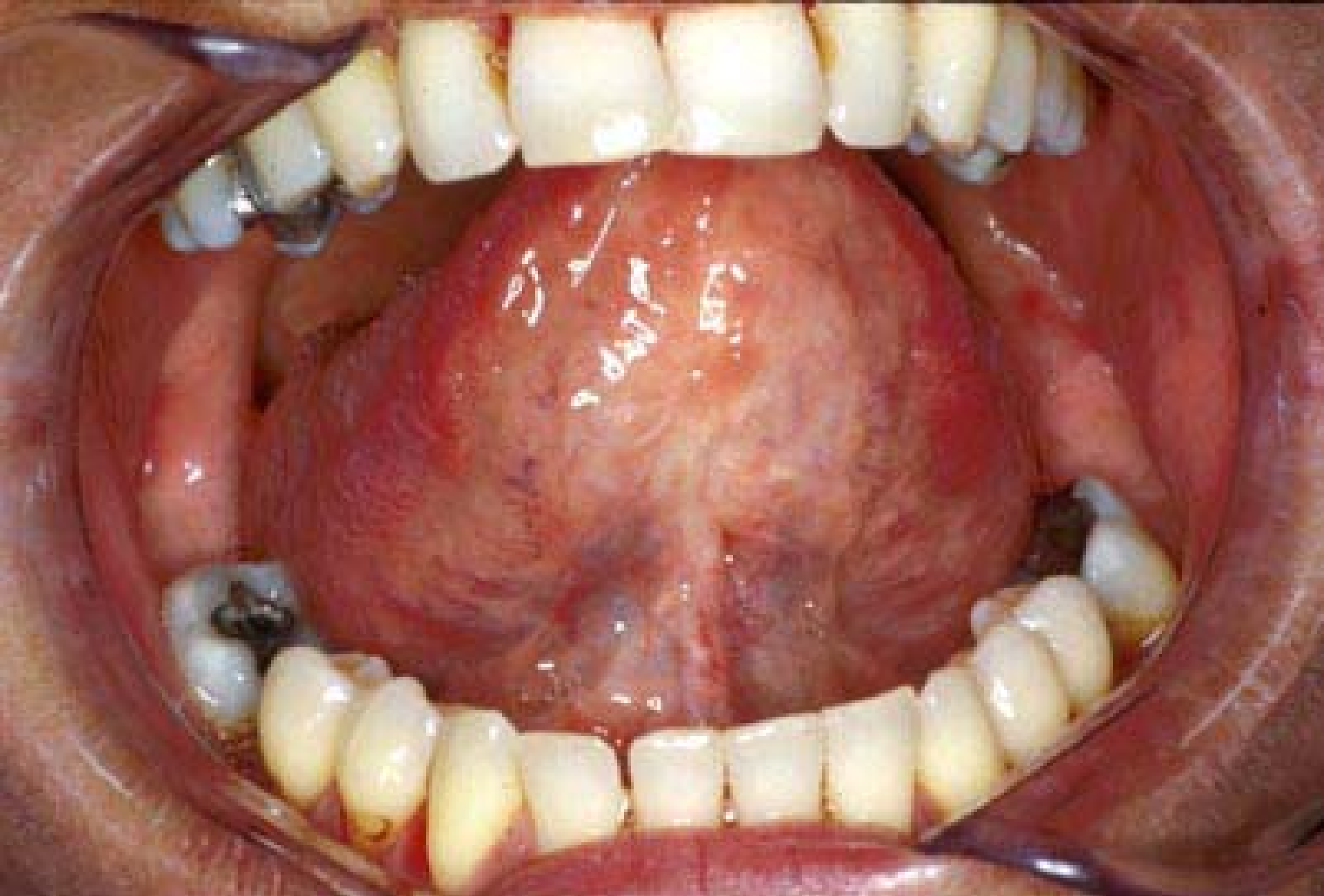
La force de la poussée de la langue a ébranlé la dent du bas.
⁶³ Le patient a fini par perdre ses quatre incisives inférieures.

Cas 4



Patiente – 40 ans.
Importants malaises
gastriques,
ballonnements et
gaz intestinaux.





67 Guérison après plastie en Z. Remarquez quelle hauteur peut maintenant atteindre sa langue.



Cette femme peut maintenant étirer sa langue assez loin. Elle ne prend plus tous les médicaments qu'elle a pris toute sa vie pour ses malaises gastriques, etc.

Pourquoi ? Elle peut maintenant mieux mastiquer et n'avale plus autant d'air.

Cas 6



Cas de syndrome de Down – Appareil de rétention de la langue. La
70 frénectomie et l'appareil ont amélioré la qualité de vie.

Cas 7



72 Frein de la langue d'un patient dans la soixantaine souffrant d'apnée du sommeil sévère.



73

Même patient tentant d'élever la langue le plus haut possible.
Illustre un frein court et une grosse langue (macroglossie).



Défis :

- La principale raison pour laquelle la chirurgie n'est pas réalisée :
 - La peur d'être poursuivis en justice.
- Les procédures ne sont pas enseignées dans les écoles de médecine ou de médecine dentaire.
- Il y a peu de documentation sur le sujet.
- Un seul livre a été publié sur le sujet.
- Les mythes et la désinformation abondent sur le sujet.

En me basant sur 30 années d'observation clinique, j'ai suffisamment de documentation pour affirmer que :

- Les freins trop courts ne disparaissent pas d'eux-mêmes.
- Les freins peuvent avoir des conséquences importantes sur le développement de la cavité orale et sur la santé dans son ensemble.

Faites un petit test :

Placez le bout de votre langue sur votre gencive sous les dents inférieures avant et maintenez-la à cet endroit. Maintenant, essayez d'avaler, de manger ou de parler avec votre langue dans cette position.

Pour ceux qui ne sentent pas de différence ou qui s'opposent férocement à recommander les frénotomies ou frénectomies, je vais envoyer quelqu'un à votre bureau pour coudre votre langue sur votre plancher buccal. Après une semaine vous comprendrez l'importance d'un frein de la langue trop court! :-)

Recommandations :

- Examinez les freins de langue et de lèvre de tous les nouveau-nés.
- Effectuez une frénotomie suffisante pour permettre au bébé de réussir à téter efficacement au sein.
- Informez les parents qu'une autre chirurgie pourrait être nécessaire ultérieurement.
- Pour une santé globale du bébé, si vous n'êtes pas à l'aise avec cette intervention, référez à un professionnel qui l'est.
- Les effets secondaires sont minimes; les avantages sont importants.

Recommandations (suite) :

- On doit enseigner ces diverses chirurgies dans les écoles de médecine et de médecine dentaire. La chirurgie au laser devrait simplifier les procédures plus complexes.
- Encouragez vos collègues à faire plus de recherches sur l'incidence négative qu'ont les freins trop courts sur le développement de la cavité orale et des voies respiratoires.
- Des codes d'assurance doivent être élaborés afin de reconnaître les divers degrés de difficultés des différentes procédures et indemniser ces services en conséquence.

Inquiétudes :

- Des professionnels de la santé non qualifiés tenteront de faire ces chirurgies et obtiendront de mauvais résultats. Cette mauvaise publicité découragera d'autres professionnels d'offrir un service très bénéfique.
- Les honoraires pour ce service doivent correspondre au degré de difficulté de la procédure. Une frénotomie qui n'exige qu'une petite « coupure » au ciseau ne mérite pas les mêmes honoraires qu'une plastie en Z plus complexe.

Déclaration :

Personnellement, je n'effectue **aucune** de ces chirurgies. Je réfère mes patients à un chirurgien buccal et maxillo-facial très compétent qui comprend l'importance de couper les freins trop courts. Un fait intéressant : Sa mère est un pédiatre à la retraite qui, dans sa pratique, effectuait des frénotomies de routine.

Un autre fait intéressant : Par le passé, les sages-femmes coupaient les freins des nouveau-nés avec leur ongle. Certaines avaient un ongle très long qui servait à couper les freins. Bien que cette pratique semble peu sanitaire selon nos normes actuelles, elle était néanmoins efficace.

« La connaissance prend tout son sens uniquement quand elle est partagée. »

Brian Palmer, D.D.S.

Veillez partager cette présentation avec d'autres.

Présentation préparée par :

Brian Palmer, D.D.S.
Kansas City, Missouri,
États-Unis

Traduction : Ghislaine Reid, IBCLC, trad.a.

Une version condensée a été présentée à la conférence de pédiatrie tenue le 21 novembre 2003 à Kansas City.