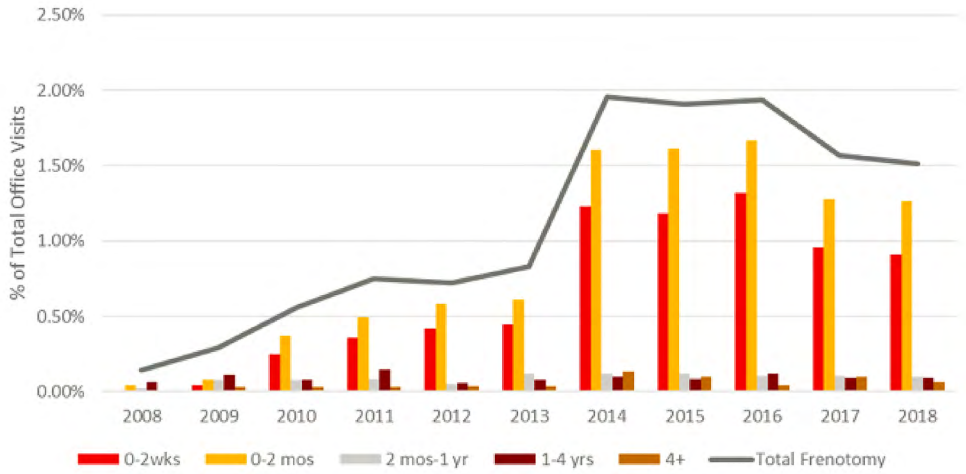
Freins de bouche, freins à l'allaitement ?

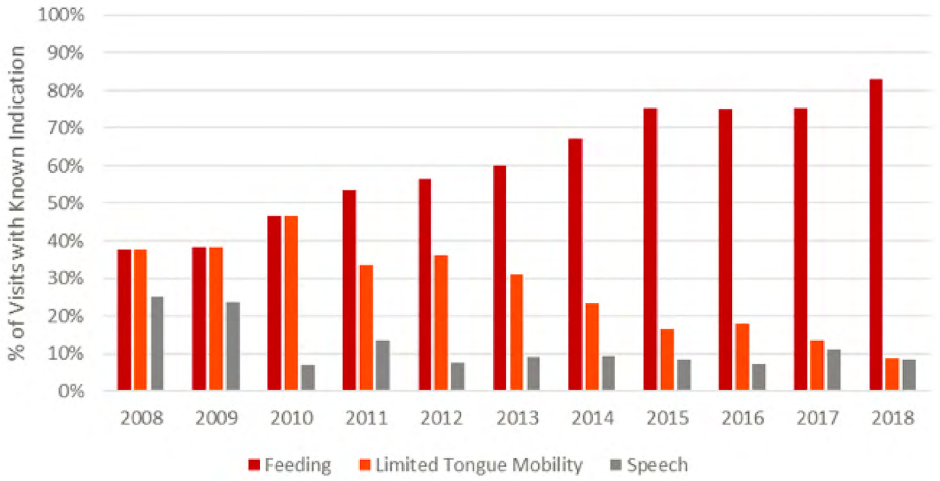
L'essentiel du WebiMAM, présenté par **Jérôme VALLETEAU de MOULLIAC**, pédiatre

Ces dix dernières années, nous constatons une augmentation spectaculaire des **diagnostics de freins de langue courts** et des **demandes d'interventions**, en particulier chez les nouveau-nés et nourrissons allaités. En parallèle, il existe une multiplication d'articles liés aux freins de langue, avec de très faibles niveaux de preuves scientifiques. De nombreux sites web et « blogs » sur les freins buccaux restrictifs recommandant une prise en charge chirurgicale, associés à des traitements complémentaires par thérapies manuelles, à répéter régulièrement. Ceci pose la question évidente de « sur diagnostics » et « sur traitements ».



Frenotomy visits as a percentage of total office visits separated by age group. Significant increases were seen in the 0-2 weeks ($P < 0.0001$) and 0-2 months ($P < 0.0001$) age groups. Frenotomy across all age groups also increased significantly over the study period ($P < 0.0001$).

Graphique 1 : Nombre de frénectomie par année. En rouge : les bébés de moins de 2 semaines. En jaune : les bébés de moins de 2 mois.



Trends in indications for frenotomy procedures. Of frenotomy visits with documented indications, procedures for feeding increased over the study period ($P < 0.0001$).

Graphique 2 : Raisons de la frénectomie. En rouge : problèmes d'allaitement. En orange : problèmes d'oralité.

Les causes d'une telle épidémie de frénotomie chez les nourrissons sont diverses. Tout d'abord, **l'allaitement en France progresse**, et donc le nombre de difficultés d'allaitement augmentent : certains professionnels souhaitent aboutir rapidement à des solutions, plutôt que de s'attaquer à la complexité du problème. De plus, il existe une **absence de preuves scientifiques** : certains professionnels manquent donc de culture scientifique. Enfin, on observe une **tendance à médicaliser** par méconnaissance ou par incompréhension de la physiologie de la lactation et des problèmes d'allaitement.

Un frein est défini comme une petite bride de tissu conjonctif qui fixe ou limite le mouvement d'un organe mobile. La bouche est constituée de 3 freins : un frein de langue (de la langue au plancher de la bouche), un frein de lèvre supérieure (de la lèvre à la gencive), et un frein entre la muqueuse buccale et la gencive maxillaire (de chaque côté de la bouche). Parfois, nous pouvons observer un tissu devant le frein (translucide ou épais), qui peut aller de la langue jusqu'à la crête gingivale inférieure ou au plancher de la bouche. Un frein lingual « court » « antérieur » ou « classique » est considéré comme limitant les mouvements de la langue : on parle alors de « **frein restrictif** » ou d'« **ankyloglossie** » en terme scientifique.

La prévalence d'un frein de langue restrictif chez les nourrissons varie entre 4,2 et 10,7 % (Rowan-Legg 2015, Bin-Nun 2017). Cependant, paradoxalement, selon les études de la Leche League, un frein de langue restrictif serait impliqué dans près de 50 % des difficultés d'allaitement. Il est important de noter qu'impliquer ne signifie pas que c'est une causalité. Il n'existe aucune définition uniforme du frein de langue restrictif. L'une des seules certitudes à l'heure actuelle est qu'il existe une nette prédominance chez les hommes, qui diminue avec l'augmentation de la sévérité. On retrouve des freins de langue restrictifs dans différents syndromes : X-Link Cleft Palate Syndrome, Opitz, Vander Woude, Beckwith-Widemann, Simosa.

Cliniquement, dans la majorité des cas, le frein de langue est asymptomatique. On le découvre dans le cas d'investigations de difficultés alimentaires. La question qui se pose est de savoir quel est le rapport de causalité entre l'existence de ce frein de langue et les difficultés d'allaitement.

Grâce à de nombreuses études, aux échographies et aux mesures du vide intra buccal, nous nous sommes rendu compte que le mécanisme essentiel de la succion au sein était en fait lié à l'importante de la dépression intra buccale, responsable d'une pression positive de l'éjection. Il n'existe en réalité aucun mouvement ondulatoire de la langue, mais des mouvements verticaux associés à des mouvements de la mâchoire. De ce fait, lorsqu'un nourrisson possède un frein de langue très antérieur, il faut penser à une autre cause qui vient perturber la succion au sein.

Parmi les causes qui peuvent perturber la succion au sein, on retrouve : un mauvais positionnement au sein, une lactation insuffisante, une hypotonie de succion (syndrome de Prader Wili, troubles neurodéveloppementaux), un palais trop étroit par manque de stimulation linguale (syndrome de Pierre Robin), des troubles neuromusculaires (dystonie de Steinert), des para fonctions orales (succion du pouce/doigts), une ventilation orale (allergies, obstruction par végétations/amygdales), ou encore d'autres troubles oro-myofonctionnels.

Pour conclure, lorsqu'il existe des difficultés à l'allaitement, il est dans un premier temps primordial que les sages-femmes s'assurent que toutes les conditions soient requises pour un bon allaitement. Ensuite, les sages-femmes ne doivent pas céder à la tentation ou aux pressions d'une frénotomie : cette intervention chirurgicale ne doit jamais être la solution de « facilité » ni de « confort ».

Jérôme Valleteau de Moulliac
Pédiatre (75)