

— INFORMATION PROFESSIONNELS DE SANTÉ —

LA FRÉNOTOMIE LINGUALE DU NOURRISSON

CHRU DE NANCY



C'est quoi un frein lingual court ?

On considère que le frein lingual d'un nourrisson est court lorsque l'on est face à des **SIGNES** :

ANATOMIQUES	ET	FONCTIONNELS
Langue relevée ayant une forme en cœur, faible élasticité, faible longueur du frein...		Claquement de langue, difficulté voire impossibilité à élever ou tirer la langue...

Si chez 20 à 50 % des nourrissons présentant un frein lingual court, des difficultés vont rapidement se présenter (pour l'enfant et/ou la mère, alimenté au sein et/ou au biberon), les autres enfants, eux, pourront très bien et très rapidement s'adapter.

Une intervention ne doit donc être envisagée que lorsque des difficultés apparaissent chez la mère ou l'enfant (alimentation au sein ou au biberon difficile, douleurs et crevasses mammaires, ralentissement dans la prise de poids...) **et après avoir consulté une conseillère en lactation ou consultante en IBCLC*** pour observer les tétées et éliminer d'autres causes possibles.



**International board certified lactation consultant*

Qu'est-ce que la frénotomie linguale du nourrisson ?

Cet acte concerne le nourrisson jusqu'à 4-6 mois lorsque le frein lingual n'est encore qu'une fine membrane.

Les critères de décision reposent sur des signes fonctionnels associés à des signes anatomiques repris dans l'échelle d'Hazelbacker.

Sont concernés ici les freins courts « antérieurs » (situés sur ou très près de la crête marginale). Le terme de « frein de langue postérieur » ne reposant sur aucune preuve scientifique ne devrait pas être utilisé.

Restons prudents.

À l'heure actuelle, ne sont pas prouvés scientifiquement de bénéfices sur d'éventuels troubles du langage ultérieurs, de la diversification alimentaire ou problèmes bucco-dentaires.

Il n'y a pas de preuves suffisantes permettant de lier frein de langue restrictif et troubles respiratoires lors du sommeil ou reflux gastro-œsophagien.

En effet, certains freins linguaux courts chez le nourrisson peuvent s'étirer au fil des années et ainsi n'engendrer aucun souci ultérieur.

Par ailleurs, pratiquer une frénotomie linguale chez un nourrisson n'implique pas nécessairement qu'il ne sera pas utile de réintervenir ultérieurement.

La frénotomie linguale du nourrisson est un geste sûr, qui permet d'obtenir une sensation d'amélioration chez la mère à court terme, même si une objectivation de l'amélioration des symptômes et des effets à long terme est plus difficile à obtenir.

L'augmentation de la durée de l'allaitement après frénotomie (lorsque des difficultés avaient été mises en évidence) semble toutefois clairement établie.

Quel parcours suivre ?

Étape 1

Le rôle fondamental de la conseillère en lactation ou de la consultante IBCLC

Il est important de **ne pas se précipiter** sur un frein de langue court qui à lui seul ne saurait expliquer tous les maux de l'allaitement.

Une observation attentive de la diade mère-enfant et **un soutien accru de l'allaitement** (au moins pendant 24h) sont deux préalables indispensables.

Après une écoute attentive de la femme et de son ressenti, **la tétée sera observée** (efficacité, transfert ou non de lait, présence de douleurs, de lésions, réflexe d'éjection de lait, mauvais drainage du sein...).

La cavité buccale et la langue du nourrisson seront également observées selon les signes anatomiques et fonctionnels évoqués précédemment.

L'ensemble de ces observations permettra à la conseillère en lactation ou consultante IBCLC de poser l'indication ou non de frénotomie linguale.



Un frein court

Pour aller plus loin

L'évaluation de la mobilité linguale au ralenti - outil d'évaluation Hazelbacker)
Dr Jeanne Ballard (vidéo)

<https://youtu.be/EDlv7bePOqk>

Étape 2

Adresser à un praticien spécialisé

S'assurer au préalable que le chirurgien-dentiste (ou autre spécialiste de la sphère orale) pratique bien cet acte chez le nourrisson.

Contre-indications à la frénotomie linguale

- ▶ malformations oro-faciales (séquence de Pierre Robin, fente palatine),
- ▶ problèmes de coagulation,
- ▶ déficit en vitamine K,
- ▶ troubles neuro-musculaires.

Remarque : il n'est pas nécessaire de supplémenter l'enfant en vitamine K sauf en cas d'antécédents d'hémorragie dans la famille.

Comment se déroule l'intervention ?

- ▶ Entretien avec les parents pour connaître le contexte amenant à consulter,
- ▶ Observation anatomique et fonctionnelle du frein lingual par le praticien,
- ▶ Validation ou non de la nécessité et possibilité de réaliser l'acte.

La mise en évidence d'une restriction de la mobilité et d'un frein de langue restrictif visible sont deux éléments devant nécessairement faire partie du diagnostic.

Selon la situation et le désir des parents, l'acte pourra ou non être réalisé au cours de la même séance **après signature d'un consentement éclairé.**



- ▶ Le nourrisson tête sur une compresse imbibée de glucose.
- ▶ Il est maintenu par une tierce personne, bras relevés de part et d'autre de la tête (pour les nourrissons plus âgés et donc plus agiles, une couverture d'emballage peut être utilisée).
- ▶ La langue est soulevée à l'aide d'une sonde cannelée pour mettre le frein en évidence.
- ▶ La partie la plus fine du frein est sectionnée à l'aide de ciseaux (en 1 à 2 fois), près de la sonde cannelée, parallèlement à la langue.
- ▶ Un très léger saignement peut parfois survenir, il sera rapidement arrêté à l'aide de compresses stériles.
- ▶ Il pourra être nécessaire de sectionner à nouveau si la situation le nécessite.
- ▶ Lorsque cela est possible, l'enfant est mis au sein de sa mère juste après l'acte. Le cas échéant, il tétera à nouveau du glucose puis le petit doigt du parent.
- ▶ Un contrôle à 1 semaine et à 1 mois pourra être proposé par le praticien.

Étape 3

Le soutien d'un professionnel

L'enfant et les parents seront réadressés vers la conseillère en lactation ou consultante IBCLC (ou vers le pédiatre en cas de non-allaitement maternel) afin de réévaluer la situation et de les conseiller au mieux.

Ils définiront alors ensemble le nombre de séances nécessaires.

IMPORTANT

Est-il conseillé de faire faire des exercices/soins avant et après la frénotomie ?

Aucune étude scientifique n'a à l'heure actuelle démontré l'efficacité des massages ou étirements de la cicatrice. Des risques d'allongement du processus de cicatrisation, de brides cicatricielles ou d'infection existent. Des troubles de l'oralité ou aversion alimentaire ultérieurs peuvent également survenir.

Il n'est donc pas nécessaire de prévoir une prise en charge thérapeutique manuelle.

Le seul conseil à donner est d'encourager la mobilisation de la langue, par la succion notamment (mise au sein ou petit doigt du parent plaqué contre le palais) ou si son âge le permet en lui tirant la langue pour qu'il imite son parent.

COORDONNÉES UTILES AU CHRU DE NANCY

SAGES-FEMMES RÉFÉRENTES



Isabelle Pierrat i.pierrat@chru-nancy.fr

Valérie Meurer v.meurer@chru-nancy.fr

Sabine Routy s.routy@chru-nancy.fr

SERVICE D'ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE



Dr Stéphanie Jager (chirurgien-dentiste)

03 83 15 53 88

*Document rédigé dans le cadre des missions
du Comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) du CHRU de Nancy
par Stéphanie Jager, Sabine Routy, Céline Boulanger
et Pascale Jezequel (kinésithérapeute).*



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ
D'ODONTOLOGIE
DE LORRAINE