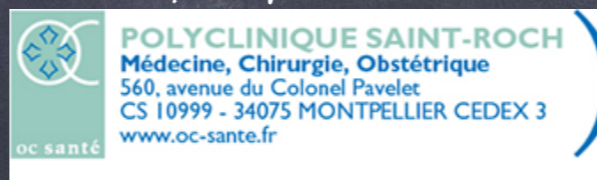




Frein de langue chez le nourrisson « to
cut or not to cut » ?

Marie-Pierre Amanieu orthophoniste Polyclinique St Roch
Consultation pédiatrique spécialisée Unité de néonatalogie



Qu'est-ce qu'un frein et à quoi sert-il?

- Le frein est une membrane muqueuse, qui attache les lèvres à la gencive et la langue au plancher.
- La fonction principale des freins est de garder les lèvres et la langue en harmonie avec la croissance des os de la bouche pendant le développement foetal.
- Les freins qui ont le plus d'influence sur l'environnement buccal sont le frein qui attache la langue (frein lingual) et celui qui attache le milieu de la lèvre supérieure (frein labial).



Le frein lingual : un frein particulier

- Le frein lingual relie la face inférieure de la langue au plancher de la bouche.
- Déglutition : ce frein joue un rôle crucial dans la mobilité de la langue. Pour avaler normalement, la langue doit être élevée contre le palais. Ceci crée un scellement et contribue à donner au palais sa forme normale.
- Le frein agit un peu comme un tendon plutôt qu'un muscle. Sa rigidité détermine l'étendue avec laquelle la langue peut s'élever ou s'allonger pendant la fonction.
- Si la langue ne peut s'élever suffisamment à cause d'un frein trop court, la langue sera poussée vers l'avant afin d'effectuer le scellement nécessaire à l'avant de la bouche. Le terme utilisé pour décrire une langue "attachée" par un frein trop court est une ankyloglossie.

Le frein de la langue est considéré anormal lorsque, dans le sens vertical, la langue ne peut être élevée suffisamment pour venir en contact avec la partie antérieure du palais et que, vers l'avant, la protraction de la langue dépasse à peine l'arcade dentaire inférieure.

Frein de Langue type 1

- Langue en forme de « cœur »
- Elle présente une fonctionnalité très restreinte ;
- Insertion du frein à la pointe de la langue ;



Frein de Langue Type 2

- Insertion du frein plus en arrière que le type 1 ;
- De 2 à 4 mm de recul par rapport à la pointe de la langue ;
- Peut restreindre considérablement la langue dans tous ses mouvements ;
- La langue apparaît comme « plate » ou légèrement « courbée ».



Frein de Langue type 3



- Peut se définir comme une combinaison des types 2 et 4 ;
- Existence d'une petite membrane parfois visible sur la face postérieure de la langue ;
- Et un ancrage submuqueux parfois.

Frein de langue type 4 ou frein occulté

- Ne s'évalue pas au simple regard ;
- Il est occulté par une « cape » de tissu muqueux ;
- Il restreint quasi totalement les mouvements de la langue



Traitement : Frénotomie et frénectomie

- Lorsqu'un frein lingual est problématique parce qu'il empêche une mobilité normale de la langue, il est indiqué d'en faire l'ablation (frénectomie) ou de l'inciser (frénotomie).
- Cette procédure permet l'allongement suffisant du frein lingual ou sa suppression pour restaurer une meilleure fonction de la langue.
- Pour les cas les plus simples, cette intervention peut être faite sous anesthésie locale à l'aide d'un [laser à tissus mous](#).
- Les cas les plus complexes, nécessitant d'exciser une partie des fibres musculaires, seront dirigés vers un chirurgien dentiste ou chirurgien maxillo-facial ou encore un ORL familier avec cette procédure.



Fig. 1: Frein de la langue



Fig. 2: Frein de la langue après frénulotomie

Avantage et indication de la freinotomie :

Bébé ne parvient pas à garder le mamelon ou la tétine en bouche, on constate un resserrement des gencives, la succion est peu efficace à impossible. Il y a une perte de poids, la maman ressent des douleurs lors de l'allaitement et présente des crevasses. La question d'une freinotomie se pose, on coupe ou on coupe pas ?

Arguments en faveur d'une frénotomie à la maternité:

- Mesure simple et rapide qui ne nécessite pas d'anesthésie
- Peu de complications
- Améliorerait l'articulation et l'acquisition phonologiques à venir
- Améliorerait le développement de l'articulé dentaire à venir
- Améliorerait la digestion

Arguments contre la freinotomie :

- Ne règle pas de façon systématique les problèmes de succion et d'allaitement .
- Le suivi et la prise en charge restent nécessaire.
- Les conséquences sur les troubles de l'articulation ne sont pas prouvées
- Les conséquences sur les troubles orthodontique ne sont pas prouvées
- Les conséquences sur les troubles digestifs ne sont pas prouvés
- Comme tous gestes sur un nourrisson il pourrait entraver la découverte du plaisir de l'oralité.

To cut or not to cut???

- Pas de consensus .
- Evaluation clinique .
- Décision conjointe pédiatre, parent, orthophoniste, co,conseillère en lactation , puéricultrice et auxiliaire de puériculture .



Grille d'évaluation de la fonction de la langue d'après Hazelbaker

Anatomie	Test fonctionnel
Aspect de la langue relevée 2: ronde ou large 1: légèrement entaillée à la pointe 0: en forme de coeur ou de V	Latéralisation (mobilité latérale) 2: complète 1: corps de la langue, mais pas la pointe 0: absente
Elasticité du frein 2: très élastique 1: peu élastique 0: à peine ou pas du tout élastique	Lever la langue 2: la pointe atteint le milieu du palais 1: seuls les côtés atteignent le milieu du palais 0: la pointe de la langue n'atteint que la gencive inférieure ou n'atteint le milieu du palais que la bouche fermée
Longueur du frein, la langue relevée 2: > 1 cm 1: 1 cm 0: < 1 cm	Tirer la langue 2: la pointe de la langue couvre la lèvre inférieure 1: la pointe de la langue couvre la gencive inférieure 0: ni 1 ni 2 ou bombement de la partie antérieure ou moyenne de la langue
Fixation du frein à la langue 2: derrière la pointe de la langue 1: à la pointe de la langue 0: la pointe est fixée et rétractée	Expansion de la partie antérieure de la langue 2: complète 1: partielle 0: à peine ou absente
Fixation à la gencive inférieure 2: au plancher de la cavité buccale, bien en dessous de la gencive 1: à la surface linguale de la gencive 0: à la crête de la gencive	Formation de cuillère 2: la langue entière forme une cuillère 1: seulement le bord de la langue se soulève 0: les bords se soulèvent à peine ou restent à plat
	Péristaltisme 2: complet de la pointe jusqu'au bout 1: partiel, commence dans la partie postérieure 0: absent ou mouvement inversé
	Claquement de la langue 2: jamais 1: parfois 0: régulièrement ou à chaque mouvement de tétée

Grille d'évaluation de la fonction de la langue d'après Hazelbaker

La langue de l'enfant est appréciée par cinq items d'inspection et sept items de fonction. Une ankyloglossie significative est diagnostiquée lorsque le score inspection est de ≤ 8 et le score fonction ≤ 11

[Evaluation de mobilité linguale au RALENTI - outil d'évaluation ...](https://www.youtube.com/watch?v=EDly7bePOqk)
<https://www.youtube.com/watch?v=EDly7bePOqk>



Conclusion

Chez le nouveau-né qui présente des troubles de l'allaitement, ou des difficultés dans la prise du biberon il faut envisager la possibilité d'une ankyloglossie. Les indications de freinotomie varient entre 12 et 24%.

Une inspection précise de la cavité buccale, de la langue et de sa mobilité est donc indiquée en cas de difficulté de succion.

L'indication est souvent posée de façon conjointe (pédiatre, conseillère en lactation, orthophoniste, puéricultrice) avant d'être proposée aux parents.

La grille d'évaluation de la fonction de la langue d'après HAZELBAKER peut être un outil intéressant et servir de point d'appui pour apprécier la pertinence de la freinotomie et répondre à la question « to cut or not to cut. »

- Les points d'appels sont fonctionnels : difficultés de suctions, langue peu mobile.
- En effet le frein peut être court et mobile, tout dépend du point d'attache.
- Un frein de langue serré, que ce soit dans sa partie postérieure ("frein court", souvent épais) ou antérieure (aspect de fine membrane), doit être coupé s'il est responsable d'une limitation de mobilité linguale.

Les difficultés de suctions restent à surveiller après l'intervention.

L'échelle d'HAZELBAKER n'est pas à réaliser dans son intégralité, quelques items suffisent pour apprécier la mobilité.

A RETENIR

- Les points d'appels sont fonctionnels : difficultés de succions, langue peu mobile.
- En effet le frein peut être court et mobile , tout dépend du point d'attache .
- Un frein de langue serré, que ce soit dans sa partie postérieure ("frein court", souvent épais) ou antérieure (aspect de fine membrane), doit être coupé s'il est responsable d'une limitation de mobilité linguale.

Les difficultés de succions restent à surveiller après l'intervention.

L'échelle d'HAZELBAKER n'est pas à réaliser dans son intégralité , quelques items suffisent pour apprécier la mobilité.

Réalisé par Marie-Pierre Amanieu Orthophoniste , avec la participation de Myriame Goze et Ingrid Lopez conseillère en lactation.

Références

[1]

http://www.dgpp.de/Service/FuerEltern/Kindliche_SprechUndSprachentwicklung/Zungenbaendchen.htm.

[2] NOTESTINE G.E. : « The importance of identification of ankyloglossia (short lingual frenulum) as a cause of breastfeeding problems »,

J. Hum. Lact.,

1990 ; [3] BERG K.L. : « Tongue-tie (ankyloglossia) and breastfeeding : a review »,

J. Hum. Lact., 1990 ; 6:

109-12. [4] MARMET C., SHELL E., MARMET R. : « Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems »,

J. Hum.

Lact.,

1990 ;

6:117-21. [5] BALLARD J.L., AUER C.E., KHOURY J.C. : « Ankyloglossia : Assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad », Pediatrics, 2002 ;

110 :e63. [6] MESSNER A.H., LALAKEA M.L. : « Ankyloglossia : controversies in management », Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.,

2000 ;

54 :

123-31.

Fortbildung / pediatrika « frein de langue « to cut or not to cut » Vol. 21 No. 3 2010