

# Frein de lèvre supérieure Frein de langue

Parfois des freins à l'allaitement

**Christelle Farré**  
**Animatrice LLLFrance – Référente freins**  
**Infirmière**  
**Formatrice**

# Les freins

- Définition
- Etiologie
- Prévalence
- Quand s'interroger sur cette problématique ?
- Signes d'alerte anatomiques et fonctionnels
- Que faire ?

# Prévalence

- Entre 2000 et 2007 : plusieurs études qui donnent des chiffres entre 4 et 10 % des nouveau-nés
  - *Hogan, Wescott, Griffiths, Randomized – Controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems – Paediatr Child Health – 2005 – 41:246-50*
  - *Messner AH, Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties, Arch Otolaryngol Neck Surg 2000 Jan;126(1):36-9*  
*Can Fam Physician. 2007 Jun;53(6):1027-33.*
  - *Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia:methodologic review.*  
*Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding byad. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Pediatrics 2002;110(5):e63*

# Prévalence (suite)

- Face à des difficultés dans la conduite de l'allaitement on retrouve entre 25 et 60 % un lien avec un frein de langue serré

*Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia – Segal, Stephenson, Dawes, Feldman – Clinical Review – juin 2007*

- Avec une prédominance pour les garçons (ratio de 1,5 à 2,6 pour 1)

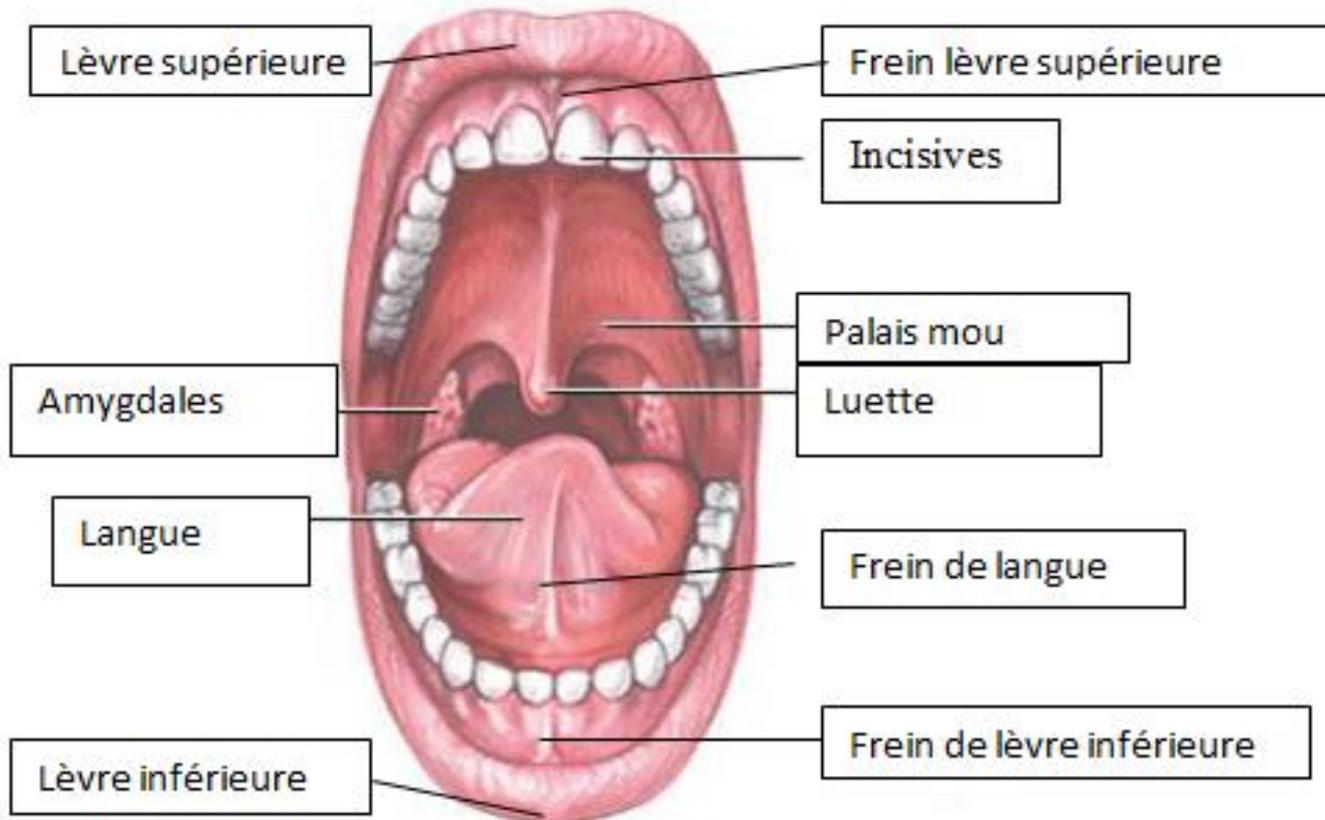
*Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties – Messner, Lalakea, Aby, Macmahon, Bair – Janvier 2000*

# Définition

- Les freins sont des structures anatomiques dépourvues de fibres musculaires et constituées essentiellement d'un réseau très dense de fibres conjonctives lâches ;
- Il en existe 7 ;
- 2 vont nous intéresser plus particulièrement

# Frein de lèvre supérieure

## Frein de langue



# Les freins serrés - Etiologie

- Un facteur génétique est probablement en cause dans la mesure où la présence d'un frein serré est souvent familiale ;
- Un facteur embryonnaire :
  - ◆ Au début du développement, la langue est fusionnée au plancher de la bouche (*stomodaeum*). La mort et la résorption cellulaires libèrent la langue et le frein demeure le seul vestige de cette fusion initiale ;
  - ◆ Le déficit de « mort cellulaire embryonnaire » (*apoptose*) provoque un défaut de clivage entre la pointe de la langue et le plancher buccal et aboutit à une modification de la texture ainsi que des emplacements d'insertion des freins

# Quand s'interroger sur cette éventuelle problématique ?

- Au démarrage de l'allaitement
  - **Pour la mère** : Douleurs persistantes malgré des positions d'allaitement correctes ;
  - **Pour le bébé** :
    - Il n'arrive pas à prendre le sein ;
    - Il ne « tient » pas sur le sein ;
    - Il n'est pas capable de téter longtemps ;
    - Il pleure beaucoup ... ou au contraire dort beaucoup
    - ...
- Au cours des premières semaines
  - **Pour la mère** : douleurs qui perdurent ; canal bouché ; lymphangite ; insuffisance de lait ;
  - **Pour le bébé** : prise de poids lente (sauf si la mère a un REF) ; RGO ; coliques ; aérophagie ; selles vertes, explosives ; bébé qui semble insatisfait ; bébé qui ne dort pas beaucoup, qui a besoin d'être beaucoup porté ; tétées parfois interminables ;
- Au-delà :
  - **Pour la mère** : histoire d'allaitement sans peu de « répit »
  - **Pour le bébé** : parfois chute de poids ou stagnation (dans les cas où la mère avait un REF) ; difficulté à s'endormir ; sont pris pour « des bébés aux besoins intenses » ;

# Signes d'alerte anatomiques et fonctionnels

- Pour le frein de lèvre supérieure
- Pour le frein de langue

# Frein de lèvre supérieure

- 2 positionnements des freins labiaux peuvent être symptomatiques (sur les 4) :
  - Les freins papillaires
  - et les freins papillaires pénétrants

# Frein papillaire



# Frein papillaire pénétrant



# Le côté génétique des freins

Anna Léna



Sa sœur aînée



# Ouverture limitée de la bouche voire très limitée



Crédit photo : Danielle Ortais



Crédit photo : *National Health Service*

# Lèvre supérieure non ourlée



Signe apparent : ampoule labiale

# Conséquence à long terme

- Risque d'ouverture du sillon gingivodentaire ;
- Ischémie de la gencive marginale ;
- Récession gingivale ;
- Déchaussement ;
- Entrave aux manœuvres d'hygiène ;
- Caries ;
- Diastème.

*Nota : A priori : cumul du frein de langue serré*

# Rappels sur la langue

- Elle est constituée de 17 muscles ;
- Elle est le reflet de la maturation du Tronc Cérébral (innervation complexe plus particulièrement pour la fonction déglutition) ;
- Elle participe :
  - Construction crânio-faciale ;
  - Formatage de la cavité buccale (palais, mandibules, dentition) ;
  - Gustation ;
  - Mastication ;
  - Déglutition ;
  - Phonation.

# Frein de langue serré - Ankyloglossie

- Plusieurs définitions qui se complètent :
  - L'ankyloglossie est le résidu embryologique du tissu sur la ligne médiane de la face inférieure de la langue et du plancher buccal (*International Affiliation of Tongue-tie Professionals*)
  - L'ankyloglossie est un défaut oral, caractérisé par un frein lingual anormalement court qui limite les mouvements de la langue et altère la parole (*Mosby's Pocket Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health – Anderson and Anderson, Eds – 1990*)

# Diagnostic

- Les freins s'évaluent en fonction des caractéristiques suivantes :
  - Leur brièveté ;
  - Leur volume ;
  - Leur consistance plus ou moins fibreuse ;
  - La topographie de leur insertion ;
  - Leurs impacts sur les fonctions linguales.

# Aspects des freins linguaux

## 2 sortes – 4 types

- Freins antérieurs
  - Type 1 (ou niveau I)
  - Type 2 (ou niveau II)
- Freins postérieurs
  - Type 3 (ou niveau III)
  - Type 4 (ou niveau IV)

# Les freins antérieurs

- Représentent 75 % des freins serrés
- Observation simple et assez facile à repérer

# Type 1

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





Crédit photo : *Allaitement pour tous*

# Les freins postérieurs

- Observation plus complexe – ils peuvent donc passer « inaperçus » ;

## 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.

# Type 3



Toujours aspect gouttière



# Membrane pellucide



# Freins postérieurs

## 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

Type 4





Crédit photo : *Allaitement pour tous*

# Comment examiner un frein postérieur



# Comment examiner un frein postérieur (suite)



Crédit photo : Catherine Genna Watson

# Autres informations susceptibles de faire suspecter un frein serré

- On entend des claquements de la langue quand le bébé tète :
  - Souvent ;
  - Ponctuellement.
- Palais creux, d'aspect profond, plutôt pyramidal, sentiment de gencives larges ;
- Sillon lingual ;
- Élévation de la langue très réduite ;
- Quand le bébé pleure seulement les bords de la langue se recroquevillent ;
- Quand le bébé tire la langue elle est retenue par le frein : cela donne une impression de langue qui se retourne contre le menton ;

# Palais creux



Crédit photo : *Allaitement pour tous*

# Palais profond

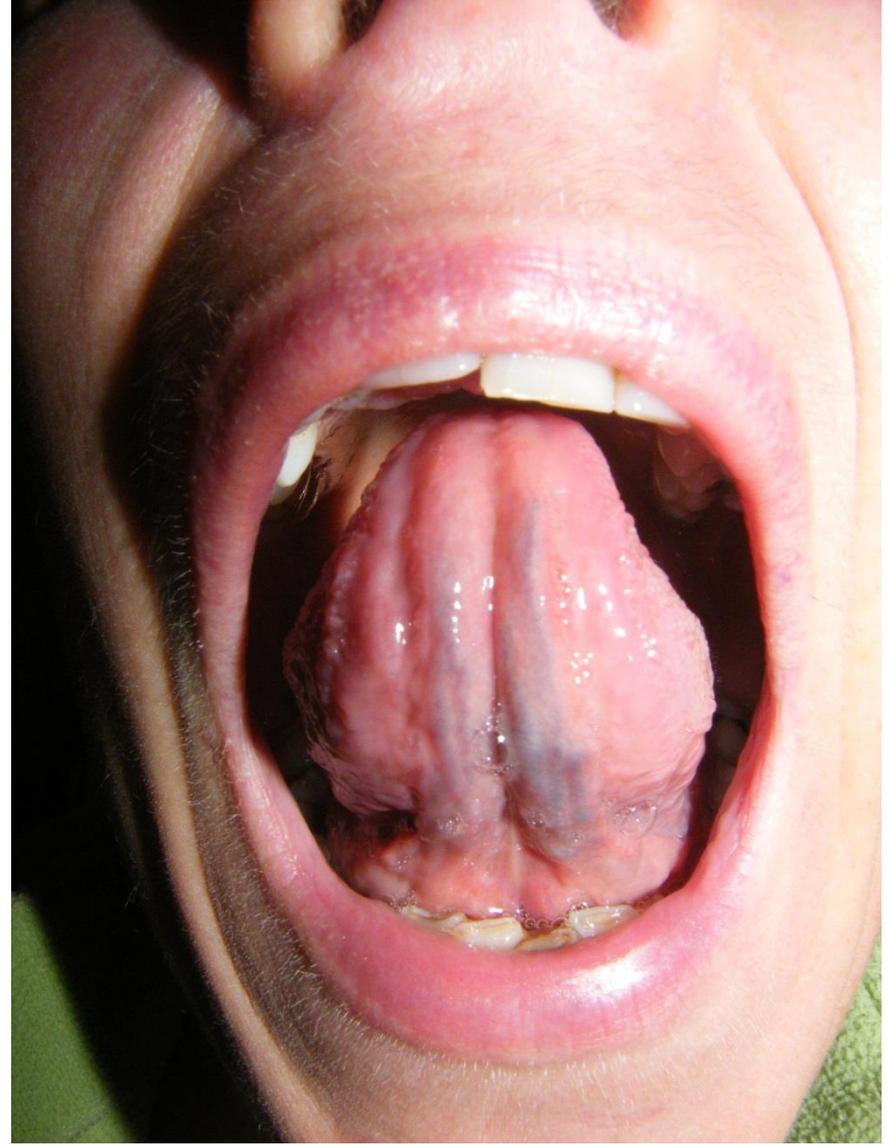


# Sillon lingual



Crédit photo : *Allaitement pour tous*

# Elévation de la langue très réduite



Elévation de la langue réduite voire impossible tellement fixée au plancher buccal

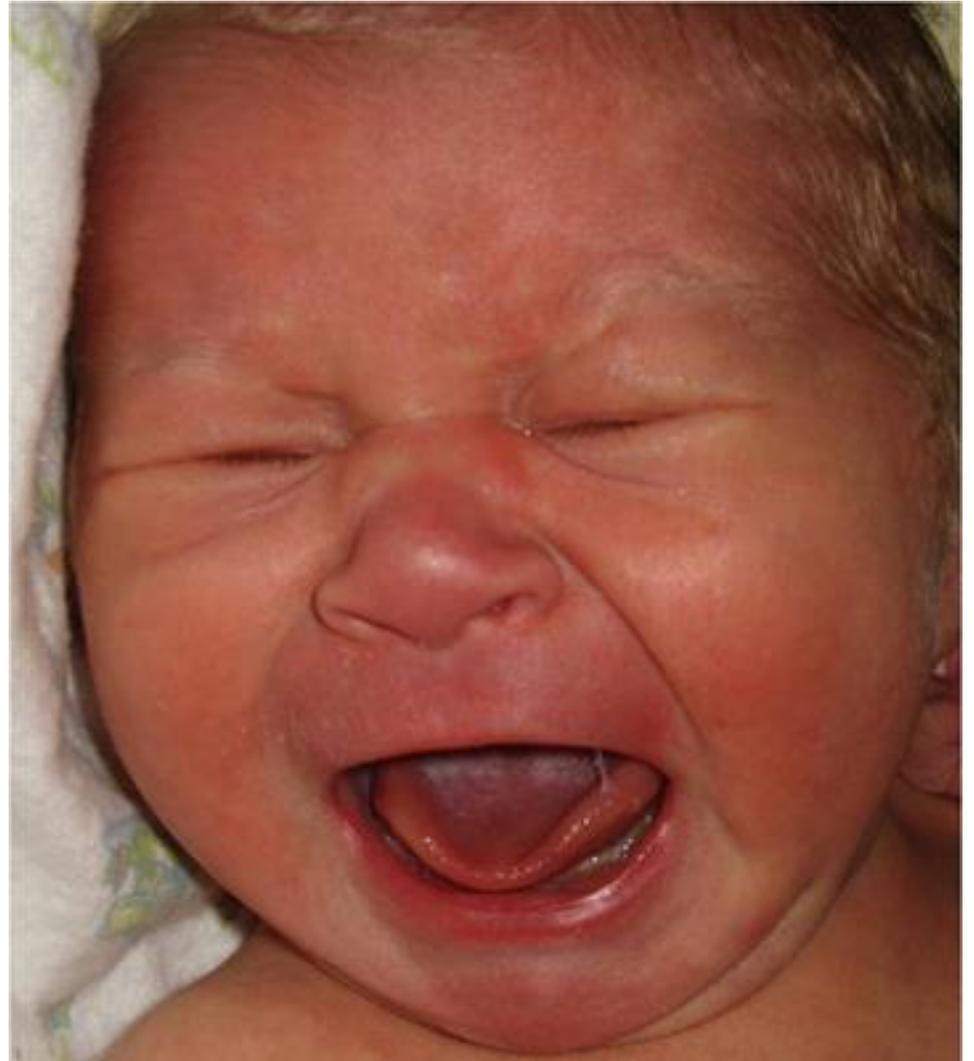


# Elévation de la langue impossible



Crédit photo : Catherine Genna Watson

Quand le bébé pleure seulement les bords de la langue se recroquevillent



Crédit photo : Catherine Genna Watson

# Langue qui rentre par la retenue due au frein



Crédit photo : *Allaitement pour tous*

# Grille d'évaluation établie par Hazelbaker – Octobre 2011

- Permet d'évaluer :
  - L'anatomie
    - Aspect de la langue lorsqu'elle est relevée
    - Elasticité du frein
    - Longueur du frein lorsque la langue est levée
    - Fixation du frein de langue à la langue
    - Fixation du frein de langue à la crête alvéolaire inférieure
  - Les fonctions linguales
    - Latéralisation
    - Élévation
    - Extension
    - Langue antérieure
    - Ventouse
    - Péristaltisme
    - Claquement

# Conséquences à long terme

- Elles sont multiples et en lien avec l'implication de la langue dans les fonctions suivantes :
  - La respiration ,
  - La déglutition ;
  - La phonation ;
  - La protection contre toute intrusion dans la bouche ;
  - La mastication ;
  - Le « formatage » de la cavité buccale ;
  - La croissance crânio-faciale ;
  - La verticalisation

# Que faire ?

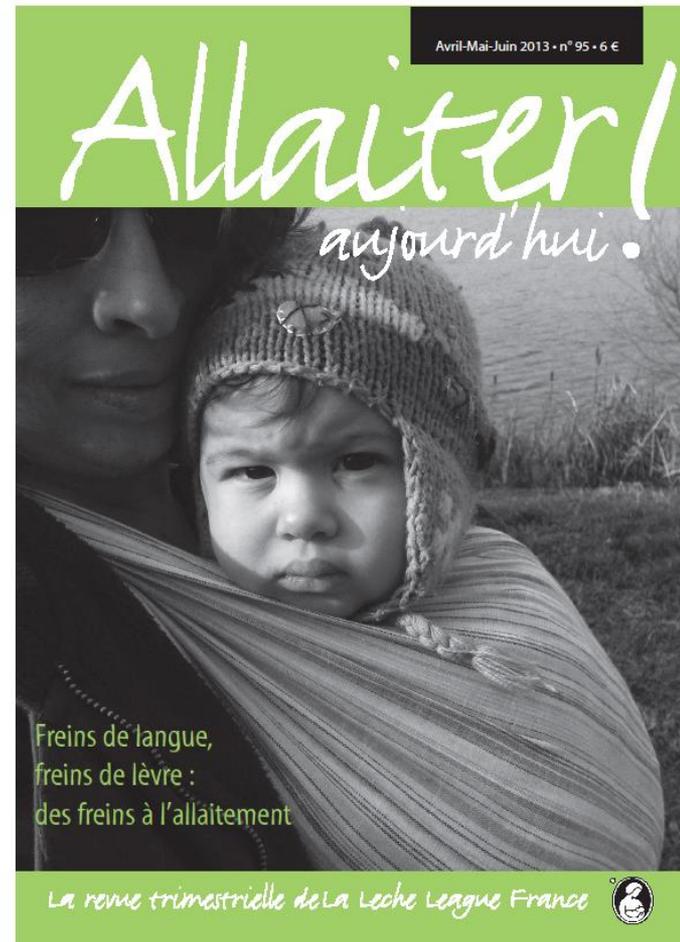
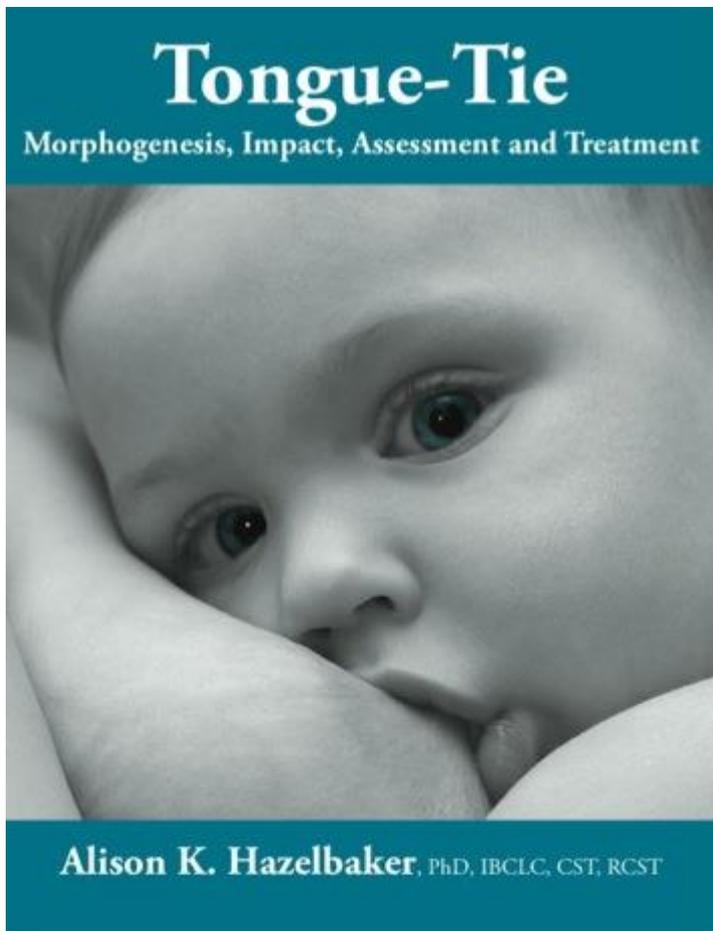
- Frénotomie au laser, aux ciseaux
  - Lactarium
  - Certains ORL
  - Certains dentistes

# Que concluent les études en post frénotomie ?

- Réduction importante voire disparition complète des douleurs pour la mère ;
- Augmentation de la lactation ;
- Amélioration de la prise du sein des bébés ;
- Meilleur transfert de lait ;
- Meilleure prise de poids

# Suites opératoires

- Mise au sein immédiatement après le geste
  - Avantages :
    - Libération de la langue permettant au bébé une première tétée la langue libérée ;
- Antalgiques
- Massages de certaines cicatrices pour éviter les adhérences (technique controversée)
- « Rééducation » à distance du geste
  - Mimétisme ;
  - « Marche » du doigt sur la langue ;
  - Mises au sein +++
- Peau à peau
- Biological Nurturing©
- Ostéopathie, fasciathérapie



[farre.christelle@free.fr](mailto:farre.christelle@free.fr)