



**Prise en charge de l'Ankyloglossie et Frénotomie : comparaison de 2 conférences de consensus publiées en 2020**

	<b>Conférence de consensus américaine 2020 : Eléments ayant abouti à un consensus.</b>	<b>Conférence de consensus australienne 2020</b>
	Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. Anna H. Messner, Jonathan Walsh, Richard M. Rosenfeld et al. Otolaryngology– Head and Neck Surgery 2020, Vol. 162(5) 597–611	Ankyloglossia and Oral Frena C Consensus Statement, Australian Dental Association 2020
<b>Definition de l'ankyloglossie</b>	L'ankyloglossie correspond à une mobilité limitée de la langue en raison d'un frein de langue restrictif. Les freins de langue antérieurs réfèrent à un frein de langue qui s'étend jusqu'au bout de langue ou à proximité et restreint la mobilité linguale. Il n'y a pas de consensus concernant l'existence de freins de langue postérieurs. Dans certaines communautés, il y a un surdiagnostic d'ankyloglossies et un nombre significatif d'enfants subissent une chirurgie non nécessaire de leur frein de langue.	L'ankyloglossie correspond aux mouvements limités de la langue accompagnés par un frein de langue serré visible. Le terme frein de langue postérieur introduit en 2004 par Coryllos, Genna and Salloum, classe la distance entre le bout de la langue et le bord du frein. Suite à des études de dissection (Mills 2019) : Il n'y a pas de preuve de l'existence de ces freins. L'utilisation de ce terme peut conduire à des diagnostics erronés et des frénotomies inutiles. Le terme « frein de langue postérieur » ne devrait pas être utilisé comme diagnostic médical.
<b>Diagnostic</b>	Pas de consensus sur un outil diagnostic étant donné le manque de consensus sur la définition antérieur/postérieur mais importance d'un outil diagnostic mettant en évidence la restriction de la mobilité.	Le diagnostic d'ankyloglossie ne doit pas être basé sur la seule apparence de la langue mais sur les limitations fonctionnelles. La présence de limitation fonctionnelle (comme des difficultés d'allaitement) et un frein de langue restrictif visible doivent être tous 2 présents pour un diagnostic. En l'absence de limitation fonctionnelle le frein de langue doit être considéré normal. Les outils diagnostics impliquant l'apparence et la fonction de la langue (Martinelli/Hazelbaker) sont préférables.
<b>Problèmes de santé associés</b>	L'ankyloglossie ne cause pas l'apnée du sommeil.  Il n'est pas nécessaire de réaliser une frénotomie chez un enfant avec peu de restriction de mobilité de langue <i>en prévention</i> de troubles du langage ou de la diversification alimentaire.	Il n'y a pas de preuve disponible concernant un lien entre troubles du langage et ankyloglossie surtout chez les enfants n'ayant pas eu de difficultés d'alimentation. Chez une minorité de patients avec un frein de langue ou lèvre proéminent, il peut survenir une malocclusion. Future malocclusion, récession gingivale et caries dentaires ne peuvent pas être anticipées sur la base de l'apparence des freins lors de la petite enfance. Il n'y a pas d'étude rapportant l'incidence de caries chez les enfants ou adultes ayant une ankyloglossie. Il n'y a pas de preuves suffisantes permettant de conclure que l'ankyloglossie cause d'autres problèmes de santé, notamment troubles de la respiration lors du sommeil, reflux gastro-oesophagien, coliques ou difficultés lors de la diversification alimentaire.
<b>Prise en charge non chirurgicale</b>	En cas d'ankyloglossie, les difficultés d'allaitement et douleurs maternelles peuvent se résoudre sans traitement chirurgical. Les patients et parents de patients ayant une ankyloglossie doivent être informés des options non chirurgicales de prise en charge : observation, consultation en lactation, consultation d'orthophonie	Les mesures de prise en charge non chirurgicales peuvent être efficaces en première ligne de traitement pour optimiser l'alimentation du nouveau-né et du nourrisson, avec des professionnels de santé qualifiés : consultants en lactation IBCLC, sage-femmes, infirmières puéricultrices et /ou orthophonistes. La prise en charge peut comprendre des conseils sur le positionnement et la prise du sein, la fréquence des repas, le maintien de la lactation et l'utilisation d'outils tels que les dispositifs d'aide à la lactation ou les bouts de sein en silicone.



**Prise en charge de l'Ankyloglossie et Frénotomie : comparaison de 2 conférences de consensus publiées en 2020**

<b>Prise en charge chirurgicale</b>	<p>Un consentement à signer avant la frénotomie devrait mentionner la possibilité d'échec de l'amélioration de l'allaitement.</p> <p>Les bénéfices potentiels de la procédure pour l'allaitement sont l'amélioration de la douleur maternelle et l'amélioration rapportée de l'alimentation de l'enfant mais ce n'est pas toujours efficace.</p> <p>Les anesthésiques locaux ou par injection ne sont pas recommandés avant la frénotomie du nourrisson. Le sucre par voie orale a montré une diminution de la douleur chez les nourrissons et peut être donné avant frénotomie.</p> <p>Il n'y a pas de preuve que le laser est supérieur aux autres techniques de chirurgie.</p>	<p>Une frénotomie avec des ciseaux est recommandée chez les nouveau-nés. Laser ou ciseaux peuvent être utilisés chez le nourrisson.</p> <p>L'administration d'analgésiques aux nouveau-nés doit être réalisée par le pédiatre. Les stratégies analgésiques non pharmacologiques comprennent peau-à-peau, sucre per os ou lait maternel, tétine, allaitement.</p>
<b>Contre-indications de la frénotomie</b>	<p>Avant frénotomie : évaluation d'autres causes possibles aux difficultés d'allaitement : obstruction nasale, reflux laryngopharyngé, anomalies craniofaciales (fente palatine)</p> <p>Contre-indications relatives à la frénotomie : rétrognathie, micrognathie, troubles neuromusculaires, hypotonie et problèmes de coagulation.</p>	<p>Malformations orofaciales (Séquence de Pierre robin, fente palatine), problèmes de coagulation et troubles neuromusculaires, déficit en vitamine K</p>
<b>Complications de la frénotomie</b>	<p>Complications rares de la frénotomie linguale :</p> <p>Hémorragie, obstruction des voies aériennes, lésion des structures salivaires, aversion orale, scarification.</p> <p>La frénotomie linguale est généralement bien tolérée et sécuritaire.</p>	<p>Il existe des risques spécifiques associés à l'utilisation du laser : exposition oculaire, inhalation de panache et aspiration de spray refroidissant, panache (vapeur, fumée, débris de particules dû à l'utilisation du laser) et /ou sang</p> <p>Complications aiguës de la frénotomie :</p> <p>Ulcération profonde, saignement, hématome, mouvement de langue réduit et lésion iatrogénique.</p> <p>Complications chroniques : récurrence de l'ankyloglossie en raison de la formation d'un tissu cicatriciel, lésion des structures salivaires, aversion orale, paresthésie linguale et infection.</p> <p>Même si cela semble une procédure simple, des cas de perte sanguine excessives avec choc hypovolémique chez le nouveau-né ont été rapportés.</p> <p>Il n'y a pas de garantie d'amélioration de la mobilité de la langue et dans certains cas, il peut y avoir dégradation de la situation.</p>
<b>Soins post-opératoires</b>	<p>Après frénotomie il n'y a pas de preuve de l'efficacité des soins post-opératoires de type étirement, massages de la plaie ou élévation manuelle de la langue.</p>	<p>Le soutien à l'allaitement post-frénotomie est essentiel.</p> <p>Il n'y a aucune preuve scientifique justifiant les soins post opératoires comprenant l'étirement des tissus mous pour prévenir le réattachement du frein.</p> <p>Ces étirements prolongent le processus de cicatrisation, le risque de brides cicatricielles et d'infection. Il y a un risque médico-légal pour les praticiens recommandant ces pratiques alors qu'il n'y a aucune étude pouvant les justifier.</p>
<b>Frein de lèvres ou freins buccaux</b>	<p>La chirurgie de freins buccaux ne devrait pas être réalisée. La présence d'un frein labial supérieur est normale chez le nourrisson. La relation entre les difficultés d'allaitement et le frein de lèvre supérieure n'est pas établie clairement</p>	<p>Il n'y a pas de preuve suffisante de l'amélioration des difficultés d'allaitement, des troubles du langage ou de diastème par la frénotomie du frein labial ou buccal.</p>