

L'ankyloglossie et l'allaitement

Revue de la littérature et document de principes

Le 11 mai 2015, la Société canadienne de pédiatrie a mis à jour son document de principes (datant de 2011) sur l'ankyloglossie et l'allaitement (Rowan-Legg, 2015). Également en mai, une revue de la littérature sur ce même sujet est publiée (Francis et al., 2015). Bien que ces deux publications soient indépendantes, elles arrivent exactement aux mêmes conclusions.

Les études publiées comportent toutes d'importantes limites

- Il n'existe ni définition universelle de l'ankyloglossie ni critères objectifs pratiques pour la diagnostiquer, entraînant des critères d'inclusion flous.
- La petite taille des échantillons cliniques.
- Dans la plupart des études, il y a un croisement de presque tout le groupe témoin dans le groupe subissant la frénotomie, ce qui empêche la juste évaluation des résultats et en complique l'interprétation.
- Des mesures objectives des résultats souvent limitées et fondées sur l'observation d'un seul boire; absence de suivi à moyen ou long terme.
- L'absence de données démographiques (mères d'un premier enfant ou mères expérimentées ayant déjà plusieurs enfants).
- Des résultats parfois mal définis, par exemple « amélioration de l'alimentation ».
- Aucune étude ne compare l'observation avec soutien v/s la frénotomie.
- L'extension postérieure de l'incision est mal définie et semble dépendre de l'intervenant qui effectue la procédure.

Les conclusions

- La littérature publiée suggère que la frénotomie puisse apporter un léger bénéfice (rapporté par les mères), ainsi qu'une réduction de la douleur, mais le niveau de preuves est insuffisant ou faible, devant les études inconsistantes et de très courte durée.
- Très peu de publications décrivent la courbe d'apprentissage « normale » de l'allaitement chez la mère et son nourrisson. En raison de cette lacune et de la rareté du maintien des groupes témoins pendant les études, il est difficile

- d'établir si les problèmes d'allaitement se seraient atténués au fil des semaines et grâce à une prise en charge prudente (l'évolution naturelle de la situation).
- Les publications portant sur l'analgésie efficace sont rares.
 - Il n'existe aucune preuve que ces résultats puissent s'appliquer aux nouveau-nés avec ankyloglossie qui n'ont pas de problème d'allaitement.
 - L'incidence de complications mineures semble rare.

Les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie

- On ne peut pas recommander la frénotomie chez tous les nourrissons ayant une ankyloglossie.
- Il faut effectuer un examen intraoral complet du nouveau-né, qui comprend l'inspection et l'évaluation de la fonction de la langue. Il faut poser des questions à la mère sur l'allaitement (prise du sein, douleurs aux mamelons, inconfort) et observer la tétée.
- En présence de problèmes démontrés, on peut envisager d'orienter la mère et le nourrisson vers un dispensateur de soins possédant des compétences en soutien à l'allaitement. Le cas échéant, un clinicien habitué à l'exécuter doit se charger de la frénotomie, après une analgésie convenable.

Références

Rowan-Legg, A., Société canadienne de pédiatrie (2015). L'ankyloglossie et l'allaitement. Document de principes. *Pediatrics and Child Health*, 20(4), 214-218. Repéré à <http://www.cps.ca/fr/documents/position/ankyloglossie-allaitement>

Francis, D. O., et coll. (2015). Treatment of Ankyloglossia and Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review. *Pediatrics*, 135(6): e1458-e1466 p. Repéré à <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/04/28/peds.2015-0658.abstract>