

Reçu le :
23 avril 2015
Accepté le :
9 juin 2015
Disponible en ligne
18 août 2015



Diagnostic et prise en charge de l'ankyloglossie chez le jeune enfant

Diagnosis and management of ankyloglossia in young children

A. Veyssiere^{a,*,b}, J.D. Kun-Darbois^a, C. Paulus^c, A. Chatellier^a, A. Caillot^a, H. Bénateau^{a,b}

^a Service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, CHU de Caen, 14033 Caen cedex, France

^b Laboratoire EA 4652 microenvironnement cellulaire et pathologies, université de Caen Basse-Normandie, 14032 Caen cedex 5, France

^c Service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, CHU des hospices civils de Lyon, 69000 Lyon, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Summary

Ankyloglossia is a common condition. Its prevalence is between 3.2% and 4.8% depending on the series and is largely underestimated given the fact of non-diagnosis when the symptoms are limited. It is defined as a short lingual frenulum resulting in a limitation of the lingual mobility. It is due to a defect in cellular apoptosis embryogenesis between the floor of the mouth and tongue. The result is a fibrous and short lingual frenulum. Several classifications were used to make the diagnosis. However, these are the clinical implications, particularly on food and primarily breastfeeding in the baby and phonation in older children that will motivate the management. This is surgical and different techniques are available: infants before the age of 6 months and when the lingual frenulum is still a fine cellular membrane, frenotomy is recommended. Frenectomy with or without frenoplasty is indicated for the older child. The surgery is simple, the results are good and rapidly improving grievances. Complications are rare. Finally, speech therapy is important when there are implications for phonation.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Breastfeeding, Ankyloglossia, Frenotomy, Frenectomy

Résumé

L'ankyloglossie est une pathologie fréquente. Sa prévalence est comprise entre 3,2 % et 4,8 % selon les séries et est largement sous-estimée compte tenu du fait de l'absence de diagnostic lorsque la symptomatologie est limitée. Elle est définie comme un frein de langue trop court ayant pour conséquence une limitation des mouvements linguaux. Elle est due à un défaut d'apoptose cellulaire dans l'embryogénèse entre le plancher buccal et la langue. En résulte un frein de langue fibreux et court. Plusieurs classifications plus ou moins complexes permettent de poser le diagnostic. Cependant, ce sont les répercussions cliniques, notamment sur l'alimentation et principalement l'allaitement maternel chez l'enfant en bas âge et sur la phonation chez l'enfant plus âgé, qui vont motiver la demande de prise en charge. Celle-ci est chirurgicale et différentes techniques sont proposées : chez le nourrisson avant l'âge de 6 mois et lorsque le frein n'est encore qu'une fine membrane celluleuse, une frénotomie est recommandée. Une frénectomie avec ou sans frénoplastie est indiquée chez l'enfant plus âgé. La chirurgie est simple, les résultats sont bons et améliorent rapidement les doléances. Les complications sont rares. Enfin, la rééducation orthophonique est importante lorsqu'il existe des répercussions sur la phonation.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Allaitement, Ankyloglossie, Frénotomie, Frénectomie

* Auteur correspondant.

e-mail : alexis.veyssiere@hotmail.fr (A. Veyssiere).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.revsto.2015.06.003> Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale 2015;116:215-220
2213-6533/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Le terme « ankyloglossie » vient du mot grec « agkilos » qui signifie « courbé » ou « boucle » et de « glossa » qui signifie « langue ». Il est également connu sous le terme anglo-saxon de « *tongue-tie* » ou encore de « frein court ».

C'est une anomalie le plus souvent congénitale et sa prévalence varie entre 3,2 % [1] et 4,8 % [2] des nouveau-nés. Il existe une prépondérance masculine sans explication connue (sex-ratio 2:1). L'hérédité familiale est régulièrement évoquée mais aucune étude précise ne permet de conclure à celle-ci [3]. L'ankyloglossie de l'enfant peut aussi être acquise : séquelles de brûlures ou de traumatisme, séquelles radicales ou chirurgicales en carcinologie. Cependant, le traitement de ces ankyloglossies acquises est totalement différent et ne sera pas abordé ici.

L'ankyloglossie est définie comme un frein de langue trop court et/ou trop fibreux (donc peu élastique) avec une protrusion de la pointe de langue ne lui permettant pas de s'extérioriser de la cavité buccale, c'est-à-dire de dépasser les lèvres (fig. 1).

La protrusion est limitée à la crête gingivale mandibulaire et la pointe de langue peut se déformer en forme de cœur (fig. 2). Lorsque le patient ouvre la bouche et élève la langue, celle-ci ne peut atteindre le palais. Le diagnostic est fait chez les enfants symptomatiques : les nouveau-nés ayant des difficultés d'allaitement principalement et les enfants plus âgés avec des répercussions sur la phonation ou la croissance maxillo-mandibulaire.

Embryologie

La langue commence à se former en même temps que le palais vers la quatrième semaine in utero. Elle se développe à



Figure 1. De face, on aperçoit un frein de langue qui est épaissi et fibreux.



Figure 2. Aspect typique en cœur de la pointe de langue à la protrusion.

partir de divers bourgeons sur le plancher du pharynx. Un bourgeon médian, le tuberculum impar, apparaît sur le bord inférieur de l'arc mandibulaire au moment de la fusion médiane du premier arc mandibulaire et du deuxième arc pharyngé (arc hyoïdien). Une paire de renflements, les bourgeons linguaux latéraux, naît de chaque côté de ce bourgeon médian.

Ces trois bourgeons issus de l'arc mandibulaire vont donner naissance aux deux tiers antérieurs de la langue. La langue est donc composée à ce niveau de tissus d'origine ectodermique et endodermique.

Le tiers postérieur de la langue est formé par le matériel issu de la fusion des 2^e et 3^e arcs pharyngiens, la copula, avec des bribes du 4^e arc pharyngien. Il n'est formé que de tissu endodermique. Il est probable que le 3^e arc passe par-dessus le 2^e arc pharyngien, de telle sorte que le 2^e arc ne livre finalement pas de matériel mésenchymateux à la langue. Les deux tiers antérieurs et le tiers postérieur de la langue sont séparés par le sillon terminal. La langue est alors formée mais solidaire du plancher buccal. Des phénomènes d'apoptose cellulaire interviennent ensuite et vont libérer la langue. Il ne persiste alors que le frein de langue, vestige de la fusion entre la langue et le plancher [4].

Diagnostic clinique et classification

La mobilité linguale est considérée comme normale lorsque la protrusion permet à la pointe de langue de s'extérioriser de la cavité orale, sans être fendue ou en forme de cœur et lorsque la pointe de langue peut toucher facilement les lèvres supérieure et inférieure. Enfin, le frein ne doit pas créer de diastème inter-incisif.

Ces éléments cliniques devront être recherchés devant certains points d'appel qui seront précisés dans le chapitre « Répercussions fonctionnelles » (difficulté à l'allaitement du nourrisson, gêne articulatoire chez l'enfant plus âgé, apparition d'un diastème inter-incisif...). De nombreuses formes minimes, peu symptomatiques, ne sont pas diagnostiquées. Sur des formes modérées, l'évolution peut être

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3175030>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3175030>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)