

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales

Année Universitaire 2021-2022

Mémoire

Pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'ankyloglossie chez les enfants de 0 à 6 ans : réalisation d'un questionnaire pour évaluer les connaissances des médecins généralistes et des pédiatres sur le sujet puis création d'une plaquette d'information à leur intention.

Présenté par Yvanna DANVY

Née le 23/11/1996

Président du Jury : Madame DEFAY Virginie – Orthophoniste, chargée de cours

Directrice du Mémoire : Madame BRUNEL Hélène – Orthophoniste, chargée de cours

Co-directrice du Mémoire : Madame ESNAULT Anne – Orthophoniste, chargée de cours

Membres du jury : Madame MABIRE Marie-Laure – Orthophoniste, chargée de cours

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier mes directrices de mémoire, Hélène Brunel et Anne Esnault pour avoir accepté de s'engager dans ce projet avec moi. Merci à toutes les deux de m'avoir accompagnée, conseillée et surtout encouragée tout au long de ce mémoire.

Je remercie également les orthophonistes qui m'ont permis de découvrir la prise en charge de l'ankyloglossie durant mes stages. Merci à Andréa Drevet qui a été la première à m'entretenir de cette rééducation, et sans qui ce mémoire n'aurait pas existé, mais aussi à Justine Weisz qui m'a transmis son expérience.

Merci à tous les professionnels qui ont participé à mon questionnaire et m'ont permis de réaliser mon étude.

Je tiens à remercier mes amis et futurs collègues. Notre complicité et nos rires nous ont permis d'avancer ensemble dans nos études et de clore ces 5 années de partage en nous entraïdant.

Merci également à ceux qui ont eu la patience de relire mon travail pour traquer la moindre erreur.

Un immense merci à mes parents qui m'ont soutenue tout au long de mes études et plus encore.

Enfin, je remercie Titouan pour sa patience et son affection, qui m'a supportée dans cette période difficile et qui est toujours présent pour moi.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

Engagement de non-plagiat

Je, soussignée Yvanna Danvy, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à : Nantes

Le 21/05/2022

Signature :

The image shows a handwritten signature in black ink. The signature is written in a cursive style and appears to read 'Danvy'. It is positioned to the right of the printed word 'Signature :'. The signature is written on a white background.

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	1
2	CADRE THEORIQUE	2
2.1	La langue	2
2.1.1	Anatomie de la langue et du frein lingual	2
2.1.2	Fonctions de la langue	2
2.2	L'ankyloglossie	4
2.2.1	Définition	4
2.2.2	Terminologie	4
2.2.3	Etiologie	5
2.2.4	Prévalence	5
2.2.5	Conséquences et symptômes possibles	5
2.2.5.1	Difficultés pour l'allaitement	6
2.2.5.2	Difficultés de déglutition et d'alimentation	7
2.2.5.3	Problèmes d'hygiène buccale	7
2.2.5.4	Problèmes orthodontiques et développement maxillo-facial	8
2.2.5.5	Troubles d'articulation	8
2.2.5.6	Ventilation buccale et apnée du sommeil	9
2.2.5.7	Reflux gastro-oesophagien et pathologies ORL	10
2.2.5.8	Tensions et posture	10
2.2.5.9	Troubles sociaux	10
2.2.6	Diagnostic et classifications	11
2.2.6.1	Diagnostic	11
2.2.6.2	Classifications	11
2.2.7	Prise en charge précoce	12
2.2.8	Prise en charge pluridisciplinaire	13
2.2.8.1	Médecin généraliste / pédiatre	13
2.2.8.2	ORL : Oto-rhino-laryngologiste	14
2.2.8.3	Chirurgien-dentiste	14
2.2.8.4	Stomatologue	14
2.2.8.5	Orthophoniste	14
2.2.8.6	Kinésithérapeutes	14
2.2.8.7	Ostéopathes	15
2.2.8.8	Chiropracteurs	15
2.2.8.9	IBCLC : International Board Certified Lactation Consultant	15
2.3	Rôle de l'orthophoniste	16
2.3.1	Champ de compétences de l'orthophoniste	16
2.3.2	Intervention orthophonique	17
2.3.2.1	Rééducation autour de la section du frein	17
2.3.2.2	Rééducation des troubles de la succion du nourrisson	18

2.3.2.3	Rééducation autour de l'alimentation	19
2.3.2.4	Rééducation de la déglutition	19
2.3.2.5	Rééducation de la ventilation	19
2.3.2.6	Rééducation de l'articulation	19
3	PARTIE PRATIQUE	20
3.1	Problématique et hypothèses	20
3.2	Méthodologie	21
3.2.1	Elaboration du questionnaire	21
3.2.1.1	La population	21
3.2.1.2	L'outil choisi	21
3.2.1.3	L'objectif du questionnaire	21
3.2.1.4	La construction du questionnaire	22
3.2.1.5	Le contenu	22
3.2.1.6	La forme	22
3.2.1.7	La diffusion du questionnaire	23
3.2.2	Elaboration de la plaquette d'information	24
3.2.2.1	Analyser la pertinence de la demande	24
3.2.2.2	Définir le thème, le public cible et les objectifs spécifiques du document	24
3.2.2.3	Elaborer une stratégie de diffusion et de mise à disposition du document	25
3.2.2.4	Définir le contenu du document	25
3.2.2.5	Identification des besoins et des attentes des usagers	26
3.2.2.6	Choisir un support et concevoir une maquette	26
3.2.2.7	Tester la compréhension et la présentation de l'information auprès d'un échantillon de patients et d'usagers	27
3.2.2.8	Finaliser le document	27
3.2.2.9	Diffuser le document	29
3.2.3	Résultats et analyse du questionnaire	29
3.2.3.1	Partie A du questionnaire : Généralités sur l'ankyloglossie	29
3.2.3.2	Partie B du questionnaire : Ankyloglossie et orthophonie	31
3.2.3.3	Partie C du questionnaire : Suites du questionnaire	33
3.3	Discussion	35
3.3.1	Interprétation des résultats	35
3.3.1.1	L'orthophoniste a-t-il un rôle dans la prise en charge de l'ankyloglossie ? Si oui, lequel ?	35
3.3.1.2	Quelle est l'expérience des médecins généralistes et des pédiatres autour de l'ankyloglossie ?	36
3.3.1.3	Les médecins généralistes et les pédiatres appréhendent-ils pleinement le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'ankyloglossie ? Si non, seraient-ils intéressés par une plaquette d'information sur le sujet ?	37
3.3.2	Limites	39
3.3.2.1	Limites du questionnaire	39
3.3.2.2	Limites de la plaquette	40
3.3.3	Intérêt orthophonique du mémoire et perspectives	40

4	CONCLUSION	41
5	BIBLIOGRAPHIE	42
6	ANNEXES	54
	Annexe 1 : Assessment Tool for Lingual Frenulum Function, Hazelbaker (2019)	54
	Annexe 2 : Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT), Ingram et al. (2015)	55
	Annexe 3 : Tabby Tongue Assessment Tool, Ingram et al. (2019)	55
	Annexe 4 : Questionnaire	56
	Annexe 5 : Plaquette d'information : Ankyloglossie et Orthophonie	61
	Annexe 6 : Message de présentation du questionnaire	63
	Annexe 7 : Liste non exhaustive de supports d'informations récents qui traitent des freins restrictifs	64
	Annexe 8 : Liste non exhaustive des articles traitant de l'ankyloglossie sur des sites, blogs et réseaux sociaux	64
	Annexe 9 : Résultats du questionnaire	65

1 INTRODUCTION

L'ankyloglossie est une affection congénitale qui se caractérise par un frein de langue restrictif et qui entraîne des conséquences fonctionnelles variées. Le symptôme le plus fréquemment évoqué dans la littérature correspond à des difficultés d'allaitement et ne concerne donc que les nourrissons. D'autres symptômes peuvent se manifester dès la naissance ou plus tardivement chez l'enfant. Lorsque ces conséquences ont un retentissement sur son bon développement, plusieurs approches chirurgicales et rééducatives peuvent être envisagées.

La prise en charge de l'ankyloglossie est sujet à controverse. En effet, les freins restrictifs sont qualifiés de « à la mode » et les chercheurs et les professionnels ont des opinions diverses qui s'affrontent. Cela s'explique par les rares preuves scientifiques disponibles avec des études peu nombreuses et comportant des biais. Les témoignages cliniques abondent et chaque auteur s'exprime sur le sujet. Dans ce mémoire, nous tâcherons d'être objectifs et de nous appuyer sur la littérature.

La prise en charge des enfants atteints d'ankyloglossie est pluridisciplinaire puisqu'elle implique un travail complémentaire de différents professionnels. Elle s'adapte à l'âge du patient, à ses symptômes et à leur sévérité. Une intervention chirurgicale peut être recommandée en cas d'ankyloglossie sévère, il s'agit d'une section partielle ou totale du frein lingual.

En tant que spécialiste des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, l'orthophoniste est l'un des spécialistes ayant un rôle important dans le dépistage et la prise en charge de cette affection et de ses conséquences. Il travaille généralement en équipe avec les autres intervenants pour agir sur les fonctions atteintes par l'ankyloglossie et accompagner les parents des enfants concernés.

Dans ce mémoire, nous avons choisi d'étudier la représentation des pédiatres et des médecins généralistes concernant le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'ankyloglossie chez les enfants de 0 à 6 ans. A cette fin, un questionnaire évaluant leur niveau de connaissances sur le sujet leur a été soumis. Par la suite, nous avons élaboré une plaquette d'information à leur intention. Nous avons supposé que le questionnaire adressé aux professionnels montrerait qu'ils n'appréhendent pas l'intégralité du rôle orthophonique autour de cette affection et que, par conséquent, la plaquette répondrait à un besoin.

2 CADRE THEORIQUE

2.1 LA LANGUE

2.1.1 Anatomie de la langue et du frein lingual

McFarland (2016) explique que la langue est située dans la cavité orale, elle-même circonscrite par les dents, les piliers de l'arc palatoglosse, les palais dur et mou et la langue. Brin-Henry et al. (2011) ajoutent que c'est une masse musculo-membraneuse constituée de 17 muscles. Son innervation dépend des nerfs crâniens V (sensitif), VII (sensoriel), IX (mixte : sensitif et sensoriel) et XII (moteur). Tortora et Derrickson (2007) précisent qu'il y a autant de muscles extrinsèques et intrinsèques sur chaque partie de la langue.

Le frein de langue s'insère sur sa face inférieure et Norton (2009) le définit comme un « repli muqueux situé au niveau de la base de la langue et qui s'étend le long de la face inférieure de la langue » (p.356). Il ajoute qu'il « relie la face ventrale de la langue au plancher de la cavité orale » (p.403). Pour Chaib Draa Tani et al. (2014), le frein lingual est « constitué d'une fibromuqueuse dense ..., non innervée, dépourvue de fibres musculaires et constituée d'un réseau très dense de fibres conjonctives et oxytalamiques et du conjonctif lâche » (p.23).

Dans leur étude, Mills et al. (2019) pratiquent plusieurs dissections et concluent que le frein lingual est « une structure tridimensionnelle dynamique avec une morphologie qui varie » (p.760). Ils ajoutent que les « tissus conjonctifs qui forment le frein lingual sont créés par une feuille de fascia » (p.760). Enfin ils expliquent que c'est une « structure en forme de diaphragme [qui] suspend la langue et les structures du plancher buccal dans l'arc de la mandibule, créant un équilibre entre mobilité et stabilité » (p. 760).

Randon (2006) cite la Canadian Paediatric Society (2002) en expliquant que le frein restrictif va limiter la mobilité de langue parce qu'il est court et fibreux. Elle ajoute qu'il est le seul vestige de l'adhérence initiale lors du développement de l'embryon.

2.1.2 Fonctions de la langue

- Importance de la langue dans la croissance

Landouzy et al. (2009) expliquent que la langue est responsable de la structuration de la cavité buccale. Elle va formater ce qui l'entoure. Si sa taille est trop importante ou au contraire pas assez (macro ou microglossie), cela entraînera une croissance anormale des maxillaires. Ils

expliquent que de la même façon, une malposition linguale induira des perturbations dans la croissance maxillo-faciale et le placement dentaire qui se traduiront par des dysmorphoses osseuses et dentaires. Dezio et al. (2015) expliquent d'ailleurs que la langue joue un rôle sur la croissance du palais dur et des mâchoires pendant le développement du fœtus puis du nouveau-né.

- Alimentation et manducation

La langue bouge de façon latérale et d'avant en arrière pendant la mastication (Tortora & Derrickson, 2007). Elle guide les aliments et les maintient entre les arcades dentaires de façon synchrone avec les muscles des lèvres et des joues (Brin-Henry et al., 2011).

- Déglutition

Pendant la phase orale, la langue rassemble le bolus alimentaire avant de le propulser vers le pharynx. Cette propulsion est possible grâce au mouvement lingual : la pointe de la langue se place sur les papilles palatines derrière les dents et le corps de la langue va s'étaler et faire une vague. Lors de la phase pharyngée, la base de langue va se plaquer à l'épiglotte basculée en arrière et ainsi protéger les voies respiratoires. La déglutition archaïque du nourrisson s'opère différemment puisqu'elle concerne majoritairement les liquides. La langue s'étend jusqu'à toucher la lèvre inférieure, lors de ce mouvement, les lèvres restent serrées sur le mamelon ou la tétine (Brin-Henry et al., 2011).

- Capteur sensoriel

La langue étant innervée par plusieurs nerfs sensitifs, elle est donc sensible à différents types de sensations comme la douleur, la température ou le toucher. Elle est également un organe sensoriel important, De Peretti (2010) précise que le goût est essentiellement dû à la muqueuse du dos de la langue qui est recouverte de papilles. Tortora et Derrickson (2007) ajoutent que c'est un sens chimique et que les récepteurs gustatifs différencient cinq saveurs élémentaires : l'acide, le sucré, l'amer, le salé et l'umami.

- Phonation / Articulation

Landouzy et al. (2009) évoquent l'adaptation de la position de langue dès la naissance pour permettre au bébé d'exprimer ses besoins, son mécontentement ou au contraire sa satisfaction via des gazouillis. Kremer et al. (2016) ajoutent que plus tard, la langue sera essentielle pour articuler les phonèmes. Elle induit des variations de volumes et de formes de la cavité buccale

ainsi que le mouvement des autres articulateurs. Enfin, sa position associée au degré d'aperture buccale déterminera la nature du son produit : vélique ou consonantique.

- **Ventilation**

La position de langue a une incidence sur la ventilation : nasale ou buccale. Brin-Henry et al. (2011) décrivent une position de repos plaquée au palais qui favorise une ventilation nasale dite optimale. Talmant et al. (2003) expliquent que cette ventilation nasale est optimale car elle permet de filtrer l'air inspiré, de favoriser un refroidissement cérébral ainsi qu'une posture de repos avec un contact labial nécessaire à un bon développement morphogénique. Lumbroso (2006) ajoute que la mastication bilatérale et la respiration nasale la plus précoce possible sont les conditions de développement optimal de la face.

2.2 L'ANKYLOGLOSSIE

2.2.1 Définition

Il n'existe pas de définition consensuelle de l'ankyloglossie. Cependant, la majorité des auteurs la définissent comme une anomalie congénitale fréquente (Australian Dental Association, 2020 ; Chinnadurai et al., 2015 ; Coryllos et al., 2004 ; Geddes et al., 2010 ; Jang et al., 2011). Norton (2009) précise qu'il s'agit d'un frein de langue court qui conduit à une restriction de la mobilité linguale. Brin-Henry et al. (2011) ajoutent que l'ankyloglossie empêche la langue de quitter le plancher buccal et limite la protrusion linguale.

Finalement, on parle d'ankyloglossie lorsque que le frein lingual est restrictif, c'est-à-dire qu'il est court d'un point de vue anatomique mais surtout qu'il a un impact sur la mobilité et les fonctions linguales. Randon (2006) explique que « l'ankyloglossie peut être complète en cas de fusion totale entre la langue et le plancher de la bouche ou partielle lorsque le frein est trop bref (le cas le plus courant) » (p.97).

2.2.2 Terminologie

Etymologiquement, le terme d'ankyloglossie vient des mots grecs « agkylos » qui signifie courbé, attaché et « glossa » qui veut dire langue (Dezio et al., 2015). Dans la littérature, on retrouve les termes d'ankyloglossie ou de frein lingual restrictif. En anglais, il y a également plusieurs appellations : « tongue-tie », « ankyloglossia » ou « short lingual frenulum ».

Les deux termes français seront utilisés dans ce mémoire pour évoquer un frein lingual court avec des atteintes fonctionnelles du rôle de la langue.

2.2.3 Etiologie

Knox (2010) explique que l'ankyloglossie est le résultat d'une apoptose (mort cellulaire programmée et physiologique) incomplète *in utero*. Le tissu sublingual médian persiste et constitue alors un frein lingual qui peut être restrictif car trop court et limitant la mobilité de langue.

Il n'y a pas encore de cause démontrée dans la littérature mais une prédisposition génétique a été évoquée par Segal et al. en 2007. Le plus souvent, l'ankyloglossie est une affection isolée mais on peut aussi la retrouver dans certains syndromes génétiques (exemples : Ehler Danlos, Wiedemann Beckwith, Simosa et oro-facial-digital) comme le décrivent Gonzáles et al. en 2013. Han et al. (2012) ont soutenu l'importance de l'hérédité dans l'apparition de l'ankyloglossie et ont émis l'hypothèse d'un modèle de transmission lié au chromosome X en conclusion de leur étude.

Veyssière et al. (2015) évoquent l'ankyloglossie acquise dans les cas de séquelles de brûlure ou de traumatisme, de séquelles radiques ou chirurgicales en carcinologie tout en précisant que leur traitement est différent de celui de l'ankyloglossie congénitale.

2.2.4 Prévalence

Segal et al. (2007) ont croisé plusieurs études et ont conclu que la prévalence de l'ankyloglossie était comprise entre 4,2 % et 10,7 %. Ils expliquent cet écart par les différents critères diagnostiques pris en compte dans les études, notamment l'âge des patients. Araujo et al. (2020) comparent d'autres études et rapportent pour leur part une prévalence comprise entre 0,88 % et 12,7 %.

La variabilité de ces chiffres montre la controverse qui existe encore sur la définition de l'ankyloglossie et les critères diagnostiques utilisés. La majorité des études s'entend cependant sur le fait que les garçons semblent plus touchés que les filles par cette affection. Messner et al. (2000) trouvent un ratio de 2,6/1 dans leur article.

2.2.5 Conséquences et symptômes possibles

L'ankyloglossie peut entraîner divers symptômes et de nombreux auteurs ont mené des études afin de prouver les liens entre cette affection et différentes conséquences. Cependant

l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (2022) remet en question les résultats de ces études au vu du nombre limité de sujets. Walsh et Tunkel (2017) précisent également qu'un frein lingual restrictif n'entraîne pas nécessairement de symptômes.

2.2.5.1 Difficultés pour l'allaitement

De nombreux auteurs se sont penchés sur l'impact de l'ankyloglossie sur l'allaitement.

Dans leur étude, Hogan et al. (2005) ont trouvé que parmi les nourrissons présentant une ankyloglossie, 44 % avaient des difficultés d'allaitement ou d'alimentation par biberon. D'autre part en 2000, Messner et al. ont conclu qu'il n'y avait qu'une minorité de dyades mère-nourrisson qui avaient des difficultés d'allaitement dues à l'ankyloglossie. Geddes et al. (2010) attestent que certains nourrissons atteints d'ankyloglossie peuvent être allaités sans présenter de difficultés, cela pourrait dépendre à la fois de la sévérité de l'ankyloglossie mais aussi de la forme du sein de la mère.

Finalement, Rowan-Legg (2015) compare les études sur le sujet et conclut que tous les nourrissons présentant une ankyloglossie n'ont pas obligatoirement des difficultés d'allaitement. Cependant, pour ceux qui sont concernés, une section chirurgicale peut les aider à faire diminuer ces difficultés, comme en attestent plusieurs études (Coryllos et al., 2004 ; Knox, 2010). Slagter et al. (2021) rapportent de meilleurs scores d'efficacité d'allaitement (auto-estimés par les mères) et moins de douleurs maternelles. Ils ajoutent que 60,7 % des enfants traités étaient encore allaités 6 mois après l'opération. Ce qui signifie que les mères n'ont pas été contraintes d'abandonner leur projet d'allaitement par les difficultés présentes avant l'opération et que ces dernières ont diminué voire disparu.

Lorsque ces difficultés sont présentes, les auteurs décrivent différents symptômes dont les principaux sont : des douleurs maternelles (qui s'expliquent par un réflexe de morsure de la part du nourrisson lorsque sa langue est trop restreinte et ne recouvre pas la gencive inférieure) et un allaitement inefficace (mauvaise prise au sein, endormissement, fuites de lait, etc.) qui se traduit notamment par une faible prise de poids du nourrisson (Baxter et al., 2020 ; Coryllos et al., 2004 ; Knox, 2010 ; Veyssière et al., 2015).

McClellan et al. (2015) ont démontré qu'une restriction de mobilité linguale chez le nouveau-né pouvait entraîner des douleurs mamelonnaires chez la mère. Dans leur étude, l'utilisation d'échographie a permis de mettre en évidence une dépression intra-buccale plus forte chez les

nourrissons avec restriction linguale et un transfert de lait moins efficace associé à une expansion réduite du mamelon en bouche.

Les difficultés d'allaitement peuvent décourager les mères et les conduire à abandonner l'allaitement maternel pour se tourner vers une prise au biberon. Ce choix est difficile car il va à l'encontre des recommandations de l'OMS (World Health Organisation & Unicef, 2009) et prive les dyades mère-enfant des bénéfices de l'allaitement. Il s'explique cependant car l'alimentation au biberon est souvent plus simple pour les nourrissons avec ankyloglossie. Ils n'ont plus besoin de créer une dépression intra-buccale en levant et abaissant la langue pour faire couler le lait, ils n'ont qu'à comprimer la tétine du biberon (Baxter et al., 2020).

2.2.5.2 Difficultés de déglutition et d'alimentation

La mobilité restreinte de la langue va avoir des répercussions sur la succion et la déglutition (Veyssière et al., 2015). Peu d'études ont été réalisées sur le lien entre l'ankyloglossie et des difficultés d'alimentation autres que pour l'allaitement tels que le passage aux morceaux ou des troubles sensoriels.

En s'appuyant sur l'expérience clinique, Baxter et al. (2020) parlent d'un passage aux purées qui peut être difficile en raison d'une déglutition réflexe persistante avec une protrusion linguale qui fait ressortir le bolus. Ils ajoutent que les enfants atteints d'ankyloglossie peuvent souffrir d'un trouble de l'oralité causé par un manque de stimulations lui-même induit par leur mobilité linguale restreinte. Un réflexe nauséeux excessif pourrait parfois apparaître à cause du manque d'élévation de langue (lorsque l'on place la cuillère dans la bouche de l'enfant) et donc d'un défaut d'initiation de la déglutition. Lors du passage aux morceaux, les enfants avec un frein restrictif ne pourraient pas manipuler les aliments et déplacer le bolus en bouche. Finalement ils refuseraient les aliments qu'ils n'arrivent pas à déglutir et leur déglutition resterait immature.

La revue systématique de Chinnadurai et al. (2015) compare des articles qui avancent des facilitations d'alimentation post-chirurgie en cas d'ankyloglossie et concluent que le niveau de preuve est insuffisant pour certifier un lien de cause à effet incontestable.

2.2.5.3 Problèmes d'hygiène buccale

Le manque de mobilité linguale peut entraîner un manque d'hygiène bucco-dentaire (Veyssière et al. 2015). En effet, le frein restrictif va empêcher la langue de remplir son rôle de balayage de la cavité buccale et de nettoyage des dents pour éliminer les résidus alimentaires. Ces derniers pourraient alors causer des caries (Walsh & Benoit, 2019).

2.2.5.4 Problèmes orthodontiques et développement maxillo-facial

Les dysfonctions oro-faciales ont un impact sur la croissance harmonieuse de la face et de la denture (Lumbroso, 2006). Le frein de langue exerce des forces sur la mandibule, ce qui influence son développement dès la phase embryonnaire. Ces forces peuvent conduire à des malocclusions dont le degré va dépendre de l'insertion du frein lingual (Meenakshi & Jagannathan, 2014).

Dezio et al. (2015) expliquent que l'ankyloglossie va entraîner une position de langue basse, pouvant conduire à une malocclusion de type II et se traduire par une mâchoire rétrognathe. S'il y a également une interposition dentaire antérieure, cela pourrait aboutir à une malocclusion de classe III par développement excessif de l'os mandibulaire associé à un hypo-développement de l'os maxillaire, le patient sera alors prognathe. Les études de Jang et al. (2011) et de Meenakshi et Jagannathan (2014) ont, pour leur part, trouvé un lien plus important entre ankyloglossie et malocclusion de classe III.

Sanquer (2021) élargit le champ des troubles orthodontiques pouvant résulter d'une ankyloglossie et évoque une possibilité de béance antérieure, de palais ogival, de diastèmes inter-incisifs ou encore d'encombrements dentaires. Vaz et Bai (2015) parlent également de constriction maxillaire, de béance antérieure et d'un espacement des dents antérieures inférieures causés par un frein lingual restrictif.

2.2.5.5 Troubles d'articulation

Plusieurs auteurs ont cherché à démontrer le lien entre l'ankyloglossie et des problèmes d'articulation. Malgré plusieurs études sur le sujet, aucune preuve n'a pu certifier ce postulat clinique en raison de populations d'études trop restreintes et/ou d'un manque de contrôle des sujets analysés.

Dans leur étude en 2002, Messner et Lalakea ont conclu que les jeunes enfants atteints d'ankyloglossie présentent souvent des problèmes d'articulation dus à un manque de mobilité linguale (15/30 enfants concernés). Parmi ces enfants, l'opération a permis de faire diminuer leurs troubles articulatoires dans 82% des cas. Ainsi, les auteures concluent que la libération chirurgicale du frein entraîne généralement une meilleure articulation. L'opération permettrait d'améliorer l'intelligibilité des enfants d'après l'avis de leurs parents, ce qui démontrerait l'impact de l'ankyloglossie sur les capacités d'articulation selon ces auteures. Cependant, ces derniers ont admis que leurs résultats devaient être considérés avec prudence à cause de plusieurs biais d'évaluation. Walls et al. (2014) ont réalisé une étude similaire avec davantage

de patients et ont abouti à une conclusion identique. Lichnowska et Kozakiewicz (2021) ont également cherché à démontrer l'impact d'un frein restrictif sur des troubles langagiers mais chez l'adulte. Leur étude montre que la libération du frein permet notamment d'améliorer la mobilité linguale dans toutes les directions et, par conséquent, d'améliorer la précision articulatoire et l'intelligibilité.

La majorité des auteurs concluent au contraire qu'il n'y a pas de relation de cause à effet entre l'ankyloglossie et les troubles articulatoires. Webb et al. (2013) ont comparé plusieurs études avant de conclure que l'ankyloglossie n'aurait pas d'impact sur l'articulation et l'intelligibilité. Kummer (2005) ajoute que les sons potentiellement perturbés (comme [l], [t], [d], [n], [s], [z] ou encore [θ] en anglais) peuvent être produits avec une autre position linguale qui compense la restriction de mobilité due à l'ankyloglossie. Ces sons ainsi produits seraient légèrement, voire pas du tout, altérés. Ainsi, un frein lingual restrictif n'entraînerait pas de trouble articulatoire.

Dans le cas des nourrissons, il n'est pas possible de prédire l'apparition de troubles articulatoires. Par conséquent, si le frein n'entraîne pas de difficultés fonctionnelles à leur âge, il ne sera pas pris en charge en prévention de troubles articulatoires futurs et hypothétiques.

2.2.5.6 Ventilation buccale et apnée du sommeil

Campanha et al. (2021) ont montré que les nourrissons avec ankyloglossie ont une position de langue basse avec les lèvres entrouvertes au repos. Baxter et al. (2020) expliquent que la présence de frein restrictif lingual et une posture de langue en position basse au repos peuvent conduire à une ventilation buccale.

Les études de Huang et al. (2015) et Guillemainault et al. (2016) montrent un lien entre l'ankyloglossie et des troubles d'apnées obstructives du sommeil. Ils expliquent que la position de langue basse induite par le frein restrictif peut modifier la croissance orofaciale et, par la suite, conduire à une altération de la largeur des conduits respiratoires. Ceci pourrait être la cause d'apnées en position allongée. Villa et al. (2019) ont également montré qu'un frein restrictif était un facteur de risque d'apparition de syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOP) et qu'il fallait les détecter précocement pour éviter une croissance oro-faciale conduisant à ce syndrome.

2.2.5.7 Reflux gastro-oesophagien et pathologies ORL

Kotlow (2011) explique que les nourrissons qui souffrent de reflux gastro-oesophagien (RGO) présentent souvent une ankyloglossie. Dans leur cas, le manque de mobilité de la langue induit une incapacité à créer une étanchéité lors de la succion, on peut alors entendre la langue claquer. Dans ces moments de relâchement de la succion, les nourrissons vont avaler de l'air ce qui causerait les reflux. L'étude de Siegel en 2016 va d'ailleurs dans ce sens puisqu'il rapporte qu'après une frénectomie, 52% des 1000 enfants suivis ont pu arrêter leur traitement anti-reflux. Ainsi, la libération linguale permettrait une diminution des RGO, ce qui démontrerait le lien de cause à effet entre ankyloglossie et reflux. L'étude de Slagter et al. (2021) arrive à la même conclusion.

Encore une fois ces études ne suffisent pas à prouver définitivement le rôle de l'ankyloglossie dans l'apparition de RGO mais sont un premier pas vers des preuves plus solides.

Baxter et al. (2020) parle également d'un cercle vicieux entre la présence d'un frein lingual restrictif qui induit une ventilation buccale et, par la suite, une hypertrophie des végétations adénoïdes et un déficit fonctionnel de la trompe d'Eustache. Selon eux, « lorsque la déglutition est altérée et que l'élévation linguale est limitée, la trompe d'Eustache ne peut pas s'ouvrir et équilibrer la pression dans l'oreille moyenne normalement » (p.203). Son expérience clinique expose de nombreux cas d'otites, d'infections de l'oreille, d'hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes dans le cas d'enfants avec ankyloglossie.

2.2.5.8 Tensions et posture

Scoppa (2005) explique qu'une dysfonction de la langue peut avoir un impact sur l'organisation morpho-posturale corporelle globale. La chaîne linguale étant constituée de muscles et d'aponévroses, elle est reliée aux autres structures anatomiques aux niveaux crânien, caudal, ventral et dorsal et joue un rôle dans la posture. Dezio et al. (2015) parlent également de problèmes cervicaux et de postures causés par des contraintes sur l'os hyoïde secondaires à la présence d'un frein restrictif.

2.2.5.9 Troubles sociaux

Certains auteurs évoquent différentes conséquences d'ordre social qui découleraient de l'ankyloglossie. Ils parlent de la capacité à lécher une glace, d'embrasser avec la langue à l'adolescence ou encore de pouvoir jouer d'un instrument à vent. Ils ajoutent que les conséquences sur les malformations ou malpositions dentaires vont induire la pose d'appareils correcteurs qui peut être mal vécue au niveau social (Walsh & Tunkel, 2017 ; Cuestas et al.,

2014). Chinnadurai et al. (2015) citent ces mêmes conséquences sociales possibles en plus de la gêne, voire de l'incapacité, à se lécher les lèvres et des problèmes d'hygiène buccale.

2.2.6 Diagnostic et classifications

2.2.6.1 Diagnostic

Le diagnostic d'ankyloglossie peut être posé par plusieurs professionnels mais l'idéal est qu'il y ait une concertation entre eux. Il peut être posé par la sage-femme à la naissance ou par le pédiatre mais aussi plus tard par le dentiste ou le stomatologue (Salle, 2015). Hall et Renfrew (2005) insistent sur le fait qu'aucun critère diagnostique n'a été validé selon des études. Cependant, la majorité des auteurs s'accordent sur le fait qu'il faut prendre en compte à la fois l'aspect clinique du frein mais aussi ses répercussions fonctionnelles (Veyssiere et al., 2015). Walsh et Benoit (2019) rappellent qu'un examen visuel ne suffit pas pour poser un diagnostic.

En 2020, l'Australian Dental Association précise que l'examen diagnostique doit être adapté en fonction de l'âge du patient. En effet, les fonctions linguales attendues ne sont pas les mêmes chez le nourrisson, le jeune enfant ou encore l'adulte. Ils expliquent que les professionnels ayant les connaissances nécessaires pour repérer un frein restrictif sont les consultants en lactation, les sages-femmes, les infirmières en santé infantile et les orthophonistes.

2.2.6.2 Classifications

Plusieurs classifications ont été élaborées afin d'évaluer les différents types de freins restrictifs.

- Veyssiere et al. (2015) expliquent que la classification de Kotlow de 1999 sépare les freins linguaux selon leur longueur. C'est la distance séparant l'insertion du frein lingual et le bout de la langue qui détermine la classe (I, II, III ou IV) du frein.
- Coryllos et al. (2004) ont établi une classification selon une méthode descriptive et clinique de l'attachement des freins linguaux. Elle distingue quatre catégories, le frein de type I qui est attaché à la pointe de langue, le frein de type II ancré de 2 à 4 mm de la pointe linguale, le frein de type III épais et fibreux ancré au milieu de langue et le frein de type IV, attaché à la base de langue.
- Martinelli et al. (2012) ont créé un nouveau protocole à la suite de leur étude. Il se divise en deux parties, la première consiste en une anamnèse avec des questions spécifiques et la

seconde est un examen clinique anatomo-fonctionnel. Le score final permet de diagnostiquer l'ankyloglossie chez le nourrisson.

- Selon l'étude menée par Amir et al. (2006), l'outil créé par Hazelbaker en 1993 et réactualisé en 2017 aurait une grande fiabilité. Il s'agit d'un questionnaire : « Assessment Tool for Lingual Frenulum Function » (ATLFF) (Annexe 1, p. 54) qui permet de calculer des scores évaluant tant l'apparence de la langue que sa fonctionnalité afin de recommander une frénectomie si besoin.
- Ingram et al. (2015) se sont appuyés sur l'outil de Hazelbaker pour mettre au point une version simplifiée, plus rapide de passation mais tout aussi fiable selon leur étude : The Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) (Annexe 2, p. 55). En 2019, ils l'ont adapté sous forme de schéma pour en faciliter l'utilisation, il s'agit du Tongue-tie And Breastfed Babies (TABBY) (Annexe 3, p. 55).
- D'autres études ont montré qu'il était possible de mesurer la mobilité linguale afin de diagnostiquer une ankyloglossie. Marchesan (2005) s'est appuyé sur l'évaluation de 98 sujets pour développer le TRMR (tongue range of motion ratio). Cet outil permet de mesurer la mobilité postérieure de la langue. Zaghi et al. (2021) ont ensuite amélioré cet outil en comparant les mesures de mobilité de langue dans deux positions différentes parmi 611 sujets. Il s'agissait de la position préconisée initialement, soit la pointe de langue sur la papille incisive et leur nouvelle proposition, c'est-à-dire la langue maintenue en aspiration linguale-palatine. Ils ont conclu que la mesure de la mobilité postérieure linguale était plus précise avec cette nouvelle position de langue.

2.2.7 Prise en charge précoce

Olivi et al. (2012) expliquent que le diagnostic et la prise en charge de l'ankyloglossie doivent être les plus précoces possible afin d'assurer un bon développement à la fois morphologique et fonctionnel. Ferrés-Amat et al. (2017) ajoutent qu'en cas de difficultés de succion, les stimulations doivent être effectuées le plus tôt possible pour améliorer la qualité de l'allaitement du nourrisson et assurer une meilleure croissance. De plus Francis et al. (2015) ont pu rapporter les résultats non publiés de la thèse de Taylor (s.d.) qui compare les améliorations de différents symptômes entre 125 enfants ayant eu une frénotomie avant et après 12 semaines. D'après cette étude, l'intervention précoce permet notamment un allaitement plus long ainsi qu'une diminution des douleurs maternelles, elle permet de faciliter l'accroche du nourrisson (au sein ou au biberon) mais aussi de prévenir tout problème d'hygiène buccale. Pompéia et al. (2017)

soulignent l'effet négatif de l'ankyloglossie sur la croissance oro-faciale qui devrait inciter à des prises en charge précoces pour éviter tout retentissement sur le développement. Cependant, les auteurs ne sont pas tous d'accord pour préconiser une intervention chirurgicale trop précoce.

Il faut donc faire attention à ne pas confondre une prise en charge précoce qui doit démarrer après l'apparition de conséquences fonctionnelles et une intervention qui se veut préventive, mais qui n'est pas justifiée car il n'est pas possible de prévoir l'émergence de symptômes avant leur manifestation.

2.2.8 Prise en charge pluridisciplinaire

La prise en charge va dépendre du degré de restriction du frein. En effet, si le patient est asymptomatique, aucune intervention particulière ne sera nécessaire. En revanche, si l'ankyloglossie est diagnostiquée, il sera orienté vers plusieurs professionnels. La prise en charge majeure consiste à réaliser une intervention chirurgicale. Selon Veyssiere et al. (2015), il s'agit le plus souvent d'une frénotomie, d'une frénectomie ou d'une fréнопластие. Ils distinguent la frénotomie qui consiste uniquement à couper la fine membrane celluleuse du frein de la frénectomie qui est une exérèse complète du frein avec libération des fibres musculaires linguales. Enfin, la fréнопластие peut s'ajouter à une frénectomie, il s'agit de réaliser une plastiе en Z.

Francis et al. (2015) ajoutent que « les traitements non chirurgicaux incluent les thérapies médicales complémentaires et alternatives (par exemple, la thérapie cranosacrale), l'intervention en lactation, la thérapie physique/professionnelle, la thérapie de motricité orale et des exercices d'étirements » (p.4).

Finalement cette prise en charge pluridisciplinaire peut faire intervenir les acteurs suivants.

2.2.8.1 Médecin généraliste / pédiatre

Ils sont les interlocuteurs privilégiés des parents concernant la santé de leur enfant. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a défini des référentiels des métiers médicaux. Ainsi, selon Nicodeme et Deau (2008), le champ d'application de la médecine générale inclut la prévention et le dépistage ainsi que la prescription non médicamenteuse comme l'orthophonie. Chevalier et Rolland (2010) ont également établi que le pédiatre a notamment pour rôle la prévention et le dépistage précoce d'anomalies. Par conséquent, ces professionnels ont la responsabilité de repérer les freins restrictifs afin de mettre en place une prise en charge précoce. Les pédiatres peuvent également réaliser la section du frein en maternité.

2.2.8.2 ORL : Oto-rhino-laryngologiste

Ce professionnel évalue la sévérité de l'ankyloglossie et effectue l'intervention chirurgicale si elle est considérée comme nécessaire. Il faudra qu'il prenne en compte les contre-indications à la chirurgie (les malformations orofaciales comme la fente palatine, la séquence de Pierre Robin, les troubles de la coagulation, les conditions neuromusculaires et les carences en vitamine K) et les risques de complications suite à la chirurgie (Australian Dental Association, 2020).

2.2.8.3 Chirurgien-dentiste

Le pédodontiste ou chirurgien-dentiste a un rôle de dépistage de l'ankyloglossie mais il peut aussi effectuer la section du frein. Selon les auteurs, la technique au laser est simple et efficace (Olivi et al., 2012). Comme les autres acteurs de la prise en charge, le pédodontiste agit de manière coordonnée avec les différents professionnels (Crippa et al., 2016).

2.2.8.4 Stomatologue

En tant que spécialiste de la cavité buccale, le stomatologue a un rôle similaire à celui du chirurgien-dentiste. Salle (2015) rappelle qu'il est également responsable de la pose du diagnostic d'ankyloglossie. D'autre part, ce professionnel peut effectuer la frénectomie linguale lorsqu'elle est nécessaire dès le plus jeune âge, le but étant un allongement satisfaisant du frein voire sa suppression (Monnet-Corti et al., 2019).

2.2.8.5 Orthophoniste

Le rôle de l'orthophoniste étant le sujet de ce mémoire, il est davantage détaillé par la suite. Brin-Henry et al. (2011) parlent d'une prise en charge orthophonique avec un bilan préalable qui est « destiné à évaluer l'impact et la sévérité de cette affection. ... Cette rééducation consiste ... à renforcer la musculature linguale, assouplir le frein de langue, au moyen d'exercices adaptés ; elle est souvent accompagnée de conseils d'hygiène buccale » (p.18).

2.2.8.6 Kinésithérapeutes

Fournier (2006) détaille le déroulement d'un bilan de déglutition par un kinésithérapeute. Elle évoque notamment l'examen du frein lingual, qui peut représenter une gêne pour un mouvement optimal. Elle explique que si l'amplitude linguale est restreinte, il faut mettre en place une rééducation neuromusculaire pour étirer le frein. Elle ajoute qu'en cas de frénectomie, cette rééducation neuromusculaire sera nécessaire pour éviter une formation cicatricielle handicapante. Dans le même cas, Olivi et al. (2012) recommandent une prise en charge

collaborative qui inclut la kinésithérapie et l'ostéopathie afin de traiter les altérations musculo-faciales engendrées par l'ankyloglossie. Ils expliquent que ces altérations peuvent toucher les muscles du cou et la colonne vertébrale induisant des troubles posturaux. Enfin, Lumbroso (2006) rappelle le rôle important de la rééducation respiratoire en kinésithérapie ou en orthophonie afin d'éviter la récurrence dans le cadre des traitements orthodontiques.

2.2.8.7 Ostéopathes

L'étude d'Herzhaft-Le Roy (2017) a montré que la prise en charge ostéopathique associée avec un suivi par un IBCLC permettait de réduire les difficultés des jeunes enfants avec troubles de succion. Landouzy et al. (2009) détaillent différentes techniques et manipulations ostéopathiques pour corriger la posture linguale de repos et la déglutition salivaire avec de bons résultats. Ces prises en charge ostéopathiques permettraient d'optimiser des fonctions mais aussi de relâcher des tensions. Cela permettrait d'améliorer des postures globales, possiblement atteintes par la présence d'une ankyloglossie.

2.2.8.8 Chiropracteurs

L'article 75 de la loi du 4 mars 2002 a permis de reconnaître la chiropraxie au même titre que l'ostéopathie par le ministère de la santé. L'article 1 du décret n°2011-32 du 7 janvier 2011 précise que « ces actes de manipulation et mobilisation sont neuro-musculo-squelettiques, exclusivement externes ».

Tow et Vallone (2009) expliquent que tout obstacle à la mise en place d'une succion efficace chez le nouveau-né comme l'ankyloglossie va occasionner des comportements compensatoires et une gêne à l'allaitement. Elles expliquent qu'une intervention chiropratique va aider à réguler les compensations mises en place et améliorer l'allaitement. L'étude de Holleman et al. (2011) montre d'ailleurs l'efficacité de séances avec un chiropracteur pour des nourrissons avec des difficultés à se nourrir au sein.

2.2.8.9 IBCLC : International Board Certified Lactation Consultant

Weisz et Marin (2021) insistent sur la complémentarité de l'intervention des IBCLC et des orthophonistes auprès des dyades mère-enfant atteint d'ankyloglossie. Le rôle de l'IBCLC va être d'accompagner et d'informer la mère dans son projet d'allaitement malgré les difficultés de son enfant. Il peut également orienter les familles vers un médecin adapté en fonction des affections qu'il reconnaît, dont le frein restrictif. Genna et Coryllos (2009) précisent que l'IBCLC prodigue des conseils sur les techniques de positionnement au sein, connaît le

fonctionnement de la lactation ainsi que les aptitudes de succion du nourrisson lors de la tétée. Il représente donc un acteur indispensable en cas de difficultés d'allaitement dues à une ankyloglossie.

2.3 RÔLE DE L'ORTHOPHONISTE

2.3.1 Champ de compétences de l'orthophoniste

Selon la loi du 26 janvier 2016 : « La pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement ... des fonctions oro-myo-faciales. » L'ankyloglossie ayant des conséquences sur ces fonctions, la prise en charge des patients présentant cette affection appartient bien au champ de compétences orthophoniques.

Selon l'Assurance Maladie (2022), l'orthophoniste peut donc effectuer un « bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité AMO 34 » ainsi que des séances de « rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité AMO 13,5 ».

D'après Sergent et al. (2006), l'orthophoniste peut être amené à prendre en charge des patients avec une ankyloglossie dans deux cas : soit pour des troubles de l'articulation causés par un défaut de mobilité ou de positionnement lingual, soit pour des troubles de déglutition. Cependant, après les différentes conséquences possibles entraînées par l'ankyloglossie que nous avons détaillées précédemment, nous pouvons élargir le champ d'intervention orthophonique dans le cadre des freins restrictifs. L'orthophoniste va avoir un rôle à jouer dans la rééducation et l'accompagnement de toutes les fonctions oro-myo-faciales impactées par l'ankyloglossie.

Le groupe de travail sur l'examen et la révision des documents relatifs à la dysphagie (2001) a défini les 12 fonctions et rôles de l'orthophoniste selon l'ASHA (American Speech Language Hearing Association). Parmi celles-ci, on note l'identification des nourrissons pouvant présenter des troubles d'alimentation, de déglutition ou de communication, leur évaluation clinique ainsi que leur prise en charge et l'accompagnement familial. En regard de ces fonctions, des orthophonistes proposent alors des items sur leurs rôles dans le cadre de l'ankyloglossie chez le nourrisson :

- évaluer et diagnostiquer des freins bucco-restrictifs avec une évaluation complète (anatomique, fonctionnelle et symptomatique) ;

- se concerter avec l'équipe pluridisciplinaire au sujet de la nécessité d'une intervention chirurgicale ;
- préparer l'enfant lorsque une intervention chirurgicale est envisagée (notamment en cas d'hypersensibilité orale) ;
- mettre en place une rééducation neuromusculaire et/ou une thérapie alimentaire ;
- restaurer la prise alimentaire, permettre une autonomie au niveau de l'alimentation ;
- prévenir et rééduquer les troubles des fonctions oro-myo-faciales ;
- sensibiliser, informer et accompagner les parents pour le développement harmonieux de leurs enfants concernant l'alimentation et les fonctions oro-myo-faciales (Amblard et Abadjian, 2021, p.113).

Les témoignages cliniques des orthophonistes s'accordent pour préciser qu'il faut différencier la prise en charge du nourrisson et celle de l'enfant avec ankyloglossie. En effet, les conséquences ne sont pas les mêmes selon l'âge du patient et, par conséquent, le contenu des séances orthophoniques varie.

2.3.2 Intervention orthophonique

2.3.2.1 Rééducation autour de la section du frein

L'étude de Caloway et al. (2019) montre qu'une évaluation et une intervention pluridisciplinaire précoces impliquant un orthophoniste sont essentielles et permettent de réduire le nombre de frénotomies.

Veyssièrre et al. (2015) définissent le suivi orthophonique comme indispensable. Ils expliquent qu'il permet de faire un bilan mais également de travailler sur les troubles phonatoires et de déglutition causés par un frein restrictif. Selon eux, pour des ankyloglossies légères ou modérées, l'orthophonie peut suffire et éviter une intervention chirurgicale. L'étude de Ferrés-Amat et al. (2017) montre d'ailleurs qu'une rééducation myofonctionnelle incluant des exercices intra et extra-oraux pour stimuler le réflexe de succion peut permettre de résoudre les difficultés d'allaitement et d'éviter une opération chirurgicale. Tout comme Veyssièrre et al. (2015), ils préconisent une prise en charge orthophonique précoce pour les nouveau-nés atteints d'ankyloglossie. Dans le cas où l'intervention est nécessaire, ils recommandent également la prise en charge orthophonique post-opératoire afin d'éviter les adhérences cicatricielles.

Sergent et al. (2006), quant à eux, estiment qu'il n'y a pas de risque de réaccolement post-chirurgical des muqueuses suturées et que, par conséquent, une rééducation orthophonique n'est

nécessaire qu'en cas d'ankyloglossie sévère. Ils précisent cependant que la rééducation est essentielle en cas de troubles articulatoires résiduels.

Plusieurs auteurs décrivent des protocoles de rééducation pré et post frénectomie en fonction de l'âge des patients (Ferrés-Amat et al., 2017 ; Baxter et al., 2020 ; Randon, 2006). Ils y détaillent la nature des exercices à réaliser ainsi que leurs durées et leurs fréquences. Le plus souvent, cela implique des massages endo-buccaux du frein et peut inclure de la cryothérapie. L'orthophoniste a un rôle de guidance parentale : il explique et fait la démonstration de ces exercices aux parents pour qu'ils puissent les réaliser eux-mêmes avec leur enfant. Cet aspect de la prise en charge s'appuie sur l'expérience clinique des professionnels mais souffre d'un manque de preuves et de bases scientifiques.

2.3.2.2 Rééducation des troubles de la succion du nourrisson

Weisz et Marin (2021) développent le contenu du bilan orthophonique en cas de trouble de succion chez le nourrisson. Selon elles, il comporte un entretien avec une anamnèse et la description de l'alimentation du bébé, ainsi qu'un examen fonctionnel des compétences nécessaires à la succion. Lecoufle (2021) rappelle qu'il faut différencier les suctions réflexe ou volontaire car leurs prises en charge sont différentes.

Selon Amblard et Abadjian (2021) :

Dans la prise en soins des freins buccaux restrictifs chez le nourrisson de moins de un an, les pré-requis à l'alimentation, l'accompagnement vers une alimentation sécuritaire, la rééducation neuromusculaire, la prévention des troubles myofonctionnels oro-faciaux et des aversions orales sont autant d'aspects de la rééducation orthophonique.

Lecoufle (2021) décrit les différents aspects de cette prise en charge autour des difficultés de succion qui peuvent résulter d'une ankyloglossie. Elle explique que, suite à son bilan, l'orthophoniste va pouvoir conseiller sur des positions facilitatrices pour l'allaitement maternel, sur le choix du lait et d'une tétine adaptée pour les biberons, des gestes de soutien et des stimulations aidantes pour le nourrisson. L'objectif principal étant de mettre en place une coordination de succion-déglutition-respiration efficace.

Des stimulations olfactives et tactiles peuvent également permettre d'améliorer les capacités de succion du nouveau-né (Deslandes, 2019 ; Barbier et Laurillot, 2019).

2.3.2.3 Rééducation autour de l'alimentation

D'après leur expérience clinique, Amblard et Abadjian (2006) évoquent de possibles difficultés lors de la diversification alimentaire pour les enfants ayant un frein restrictif. Elles expliquent que l'orthophoniste a alors un rôle d'accompagnement auprès des parents pour les aider à mettre en place les compétences requises à une alimentation fonctionnelle chez leur enfant. Si l'enfant souffre de trouble de l'oralité et/ou d'une hypersensibilité orale due à sa restriction linguale, la rééducation orthophonique devra également impliquer des stimulations à visée de désensibilisation.

2.3.2.4 Rééducation de la déglutition

Lejoyeux (2006) explique que la prise en charge de la déglutition est indissociable de celle de la respiration. Cette rééducation doit fonctionner comme « un système d'éducation fonctionnelle global associant travail conscient le jour et travail passif la nuit » (p.24). Le travail nocturne consiste à porter un appareil qui favorise une ventilation nasale tandis que le travail diurne comporte des exercices de mouvements linguaux.

2.3.2.5 Rééducation de la ventilation

Lecoufle (2021) s'appuie sur son expérience clinique pour détailler le rôle de l'orthophoniste dans la rééducation des fonctions oro-myo-faciales des nourrissons : le rétablissement de la ventilation nasale ainsi que la posture linguale de repos au palais qui peut être affectée par la présence d'un frein restrictif. Elle propose des conseils pour le mouchage, des massages de la base de langue ainsi que des stimulations de la fermeture buccale et du contact labio-labial.

2.3.2.6 Rééducation de l'articulation

Des études ont conclu qu'en cas d'ankyloglossie et de troubles articulatoires, une frénectomie couplée à une prise en charge orthophonique permettait de faire disparaître les troubles (Vinayaka et al., 2020 ; Sane et al., 2014). Lalakea et Messner (2002), quant à eux, expliquent que les troubles articulatoires secondaires à une ankyloglossie peuvent disparaître suite à une opération chirurgicale et que la rééducation orthophonique sera nécessaire uniquement s'ils persistent.

En conclusion, l'ankyloglossie est une affection pouvant engendrer des symptômes variés autour de la sphère buccale. L'orthophoniste peut agir sur la plupart de ses conséquences en travaillant au sein d'une équipe pluridisciplinaire mais il reste dépendant de l'orientation des autres professionnels.

3 PARTIE PRATIQUE

3.1 PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Les recherches théoriques ont permis d'établir que l'ankyloglossie est une anomalie congénitale. Elle se manifeste par la présence d'un frein lingual restrictif et implique des conséquences fonctionnelles. Ces conséquences, et *a fortiori* leurs prises en charge, sont sujets à controverse. Cependant les orthophonistes étant des spécialistes de la fonction linguale et de l'oralité, nous pouvons poser une première problématique : l'orthophoniste a-t-il un rôle dans la prise en charge de l'ankyloglossie ? Si oui, lequel ?

D'un autre côté, les médecins généralistes et les pédiatres sont les premiers interlocuteurs des parents, ainsi que les prescripteurs de tous les bilans et rééducations orthophoniques. Nous pouvons nous questionner sur leur expérience autour de l'ankyloglossie et sur leurs connaissances concernant la place de la rééducation orthophonique chez l'enfant entre 0 et 6 ans présentant cette affection. Ceci se traduit par trois problématiques supplémentaires : Quelle est l'expérience des médecins généralistes et des pédiatres autour de l'ankyloglossie ? Appréhendent-ils pleinement le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'ankyloglossie ? Si non, seraient-ils intéressés par une plaquette d'information sur le sujet ?

Face à ces problématiques et en lien avec les connaissances théoriques évoquées précédemment, nous pouvons émettre différentes hypothèses :

- Les orthophonistes ont une place essentielle dans la prise en charge des freins restrictifs.
- Leur rôle consiste à accompagner les parents, les conseiller et mettre en place des exercices pré et post-opératoires lorsque cela est nécessaire.
- Le questionnaire adressé aux médecins généralistes et aux pédiatres fait état d'une faible expérience clinique de l'ankyloglossie.
- Il démontre que ces derniers n'appréhendent pas l'intégralité du rôle orthophonique autour de cette affection.
- Enfin, leur participation témoigne de leur intérêt pour le sujet et suggère que la création d'une plaquette répond à un besoin.

3.2 METHODOLOGIE

Un questionnaire (Annexe 4, p. 56) à destination des médecins généralistes et des pédiatres a été élaboré et diffusé dans le cadre de ce mémoire. Grâce aux réponses obtenues, une plaquette d'information a ensuite été conçue (Annexe 5, p. 61). Voici la méthodologie utilisée.

3.2.1 Elaboration du questionnaire

3.2.1.1 La population

Le questionnaire s'adresse aux médecins généralistes et aux pédiatres. En effet, ce sont les premiers à être confrontés à l'ankyloglossie. Ils diagnostiquent cette affection et adressent l'enfant aux autres professionnels pour sa prise en charge. Il est donc primordial de questionner leurs représentations quant au rôle de l'orthophoniste dans cette prise en soin. Il n'y a pas de critères d'exclusion pour leur participation au questionnaire (excepté qu'un professionnel ne doit pas participer plusieurs fois pour ne pas fausser l'interprétation des résultats). Ils ont donc pu être contactés quelle que soit leur situation géographique.

3.2.1.2 L'outil choisi

Le questionnaire a été créé à l'aide du logiciel LimeSurvey, qui permet une auto-administration des professionnels en ligne. C'est un outil sécurisé et fiable qui permet de créer des questionnaires avec plusieurs paramétrages possibles. Il est aussi pratique d'utilisation, facile à diffuser et donne la possibilité d'analyser les résultats de façon lisible.

3.2.1.3 L'objectif du questionnaire

Il a été élaboré pour répondre aux problématiques précédemment posées : quelle est l'expérience des médecins généralistes et des pédiatres autour de l'ankyloglossie ? Appréhendent-ils pleinement le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'ankyloglossie ? Si non, seraient-ils intéressés par une plaquette d'information sur le sujet ?

Les questions ont donc été rédigées pour évaluer les représentations du rôle de l'orthophoniste chez les médecins généralistes et les pédiatres dans la prise en charge de l'ankyloglossie chez les enfants de 0 à 6 ans. Elles interrogent aussi leur intérêt pour la création d'un support d'information sur le sujet.

Les réponses au questionnaire ont également pour but d'orienter la création de la plaquette d'information pour mieux sélectionner les aspects méconnus à mettre en avant.

3.2.1.4 La construction du questionnaire

3.2.1.5 Le contenu

Le questionnaire débute par une rapide introduction pour présenter son objectif dans le cadre du mémoire. Les contacts sont donnés en cas de question et surtout on retrouve un rappel des droits des participants ainsi qu'un accord de consentement. Il est également précisé aux participants qu'ils sont libres de quitter le questionnaire à tout moment et qu'ils peuvent choisir d'enregistrer leurs réponses pour y revenir plus tard.

Il comporte 19 questions en tout qui sont structurées en trois groupes. Le premier groupe interroge sur l'ankyloglossie en général. Le second sur le lien entre ankyloglossie et orthophonie. Enfin le dernier porte sur les suites du questionnaire à savoir l'intérêt des participants pour la création d'une plaquette d'information.

La première partie permet d'appréhender les connaissances des professionnels sur l'ankyloglossie et leur expérience de cette affection. Elle comporte uniquement des questions factuelles sur des situations qu'ils ont ou non rencontrées et sur leur choix de prises en charge.

La seconde partie est axée sur le lien entre ankyloglossie et orthophonie. Les questions s'orientent sur l'opinion et l'expérience personnelle des participants concernant l'utilité d'une prise en charge orthophonique chez l'enfant présentant une ankyloglossie. Cette partie interroge le cœur du sujet de ce mémoire, les représentations qu'ont les médecins généralistes et les pédiatres quant au rôle de l'orthophoniste dans le cadre de l'ankyloglossie.

La dernière partie est courte et évalue l'intérêt que portent les participants à la création d'une plaquette d'information sur le sujet. Elle permet de recueillir l'adresse e-mail des professionnels intéressés par la transmission de ce support d'information.

3.2.1.6 La forme

Le nombre de questions a été volontairement restreint afin de limiter le temps de passation et, par conséquent, obtenir davantage de participations et le moins d'abandons possible. L'objectif était de ne pas dépasser 5 minutes de passation.

Ce questionnaire comporte une majorité de questions fermées à choix unique ou multiples. Les questions de type dichotomique ont l'avantage de permettre une réponse rapide pour les participants et une analyse quantitative plus facile. Les questions à choix multiples impliquent de proposer de nombreuses réponses possibles en cherchant à être exhaustif dans les

propositions. Pour éviter de limiter les réponses aux choix donnés, l'option « Autre » est proposée dans certains cas, ce qui aboutit à des questions semi-fermées puisque les participants peuvent ajouter une réponse non proposée.

Dans le cas où les questions portent non pas sur des faits (comme une prescription effectuée ou l'âge d'un patient suivi par exemple) mais plutôt sur des opinions ou des connaissances, la formulation inclut une expression de type « Selon vous » ou encore « Pensez-vous » pour éviter d'influencer la réponse et pousser à l'expression personnelle comme le suggère De Singly dans son ouvrage « L'enquête et ses méthodes, Le questionnaire » (2005). Si les participants ne savent pas quoi répondre, une réponse « Sans avis » est également proposée. Enfin, des questions ouvertes sont utilisées pour une analyse qualitative des représentations des professionnels.

L'outil Limesurvey permet de programmer l'apparition de questions sous conditions, c'est-à-dire que la réponse à une première question détermine l'apparition ou non de la suivante. Par exemple, une réponse positive à la question A3 « Avez-vous déjà diagnostiqué un frein restrictif ? » déclenche l'apparition de la question A4 : « Quel âge avait le patient lorsque vous avez posé ce diagnostic (ou quels âges avaient-ils ?) ». En cas de réponse négative, la question A4 n'est pas proposée au participant. Cette fonctionnalité permet d'approfondir certaines questions auprès des participants en fonction de leurs réponses.

Une fois le questionnaire créé, il a été testé pour vérifier le bon déroulé des questions, les propositions de réponses et leurs conditions d'affichage. Après ce pré-test, le questionnaire a été activé et rendu accessible aux participants.

3.2.1.7 La diffusion du questionnaire

Le questionnaire était accessible via un lien d'accès accompagné d'un message de présentation (Annexe 6, p. 63) du mémoire et de son objectif. Il a pu être diffusé de plusieurs façons :

- Il a été publié sur les réseaux sociaux comme Facebook sur différentes pages spécifiques : des groupes sur le thème du mémoire en orthophonie, des groupes de pédiatres, des groupes de médecins généralistes, des groupes d'orthophonistes.
- Il a également été communiqué aux syndicats et associations suivants : Syndicat Nationale des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG), Société Française de Médecine Générale (SFMG), Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA). Ces

organismes ont ensuite fait le choix de publier le lien du questionnaire sur leur site ou de le transmettre directement par mail à leurs adhérents.

- Enfin il a été transmis à 18 professionnels préalablement contactés par téléphone ayant accepté de recevoir un mail qui présente l'objectif du questionnaire et qui en donne l'accès (12 ayant refusé).

Ce questionnaire était accessible sur la période du 20 décembre 2021 au 31 mars 2022.

3.2.2 Elaboration de la plaquette d'information

Le guide « Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé » de la Haute Autorité de Santé (HAS) (2008) a été utilisé afin d'élaborer la plaquette d'information. Les différentes étapes sont suivies et constituent cette méthodologie. Elles permettent de structurer le support d'information en s'appuyant sur les recherches théoriques effectuées précédemment ainsi que sur le questionnaire créé dans le cadre de ce mémoire et les autres ressources déjà publiées.

3.2.2.1 Analyser la pertinence de la demande

Le questionnaire diffusé précédemment auprès des médecins généralistes et des pédiatres a permis de montrer un intérêt pour le sujet et la création d'une plaquette d'information. En effet, parmi les participants, 92,31 % ont indiqué vouloir la recevoir.

Il existe plusieurs supports d'informations récents qui traitent des freins restrictifs, une liste non exhaustive est jointe en Annexe 7 (p. 64). Ces différents documents sont tous diffusés via internet mais n'ont pas le même objectif que notre plaquette d'information. Les trois premiers ne traitent que des symptômes possibles de cette affection et s'adressent aux parents des enfants concernés. Le dernier support porte également sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge d'enfants atteints d'ankyloglossie mais n'est pas à destination des médecins généralistes et des pédiatres. Comme les premiers documents, il s'adresse aux parents. De plus, il restreint l'âge des patients entre 0 et 6 mois et ne détaille pas l'ensemble des symptômes possibles ou les prises en charge orthophoniques.

3.2.2.2 Définir le thème, le public cible et les objectifs spécifiques du document

La plaquette porte donc sur l'ankyloglossie et l'orthophonie. Elle s'adresse aux principaux professionnels responsables du diagnostic et de l'orientation des patients atteints de cette affection, à savoir les médecins généralistes et les pédiatres.

L'objectif principal de la création de cette plaquette d'information est de promouvoir la place de l'orthophoniste et les indications de prise en charge dans le cadre de l'ankyloglossie auprès des médecins généralistes et des pédiatres. Elle permettra également aux professionnels d'améliorer leur niveau de connaissances sur les symptômes possibles de cette affection afin de mieux la dépister. Finalement, le but est de rendre les prises en soin précoces plus fréquentes et aisées quand elles sont nécessaires, notamment grâce à une meilleure connaissance des compétences orthophoniques autour de l'ankyloglossie. Cela permettrait des prises en charge plus rapides et efficaces.

3.2.2.3 Elaborer une stratégie de diffusion et de mise à disposition du document

Les usagers cibles de la plaquette étant les médecins généralistes et les pédiatres, le document doit être facilement transmissible. C'est pourquoi la diffusion par internet semble la plus indiquée puisqu'elle permet de diffuser rapidement, à grande échelle et sans restriction géographique. Idéalement, la plaquette aurait été imprimée et envoyée aux professionnels par voie postale, cependant pour des raisons économiques cela ne pourra pas être réalisé.

Elle pourra également bénéficier aux orthophonistes qui méconnaissent cette affection et leur donner envie de se renseigner davantage afin de réaliser ces prises en charge.

Enfin, la plaquette peut apporter des informations supplémentaires aux parents des enfants concernés quant à la nature de l'ankyloglossie et aux prises en soin qui s'offrent à eux.

Elle sera donc diffusée de la même façon que le questionnaire, c'est-à-dire sur les réseaux sociaux, par le biais d'associations et de syndicats mais aussi par mail pour les professionnels en ayant fait la demande.

3.2.2.4 Définir le contenu du document

3.2.2.4.1 Identification des données de la littérature scientifique

La partie théorique de ce mémoire correspond à la recherche des données de la littérature scientifique. Elle a montré que la prise en charge de l'ankyloglossie est sujette à controverse et que le panel de ses conséquences est encore débattu. Cependant, ces recherches ont également mis en avant un manque d'informations sur le rôle de l'orthophoniste dans le cadre de cette affection.

3.2.2.4.2 Identification des documents à l'intention du public sur le thème

Les différents documents d'information qui traitent des freins restrictifs ont été cités précédemment. Cependant, aucun ne s'adresse aux médecins généralistes et aux pédiatres comme la plaquette que nous élaborons.

Il existe également des sites internet, des blogs professionnels ou de famille ainsi que des pages facebook, qui abordent l'ankyloglossie et, parfois, le rôle de l'orthophoniste dans sa prise en charge (Annexe 8, p. 65). Ils présentent leurs informations sous forme d'articles ou d'interviews mais aucun ne met à disposition une plaquette d'information synthétique. Tous ces sites représentent des sources d'informations sur le thème de l'ankyloglossie. Ils sont faciles d'accès pour le grand public mais n'ont pas de fiabilité scientifique suffisante. Le fait que ce sujet soit autant abordé sur les sites montre que c'est une problématique actuelle.

3.2.2.5 Identification des besoins et des attentes des usagers

D'après le questionnaire qui leur a été soumis, les médecins généralistes et les pédiatres sont intéressés par la création d'une plaquette portant sur l'ankyloglossie et l'orthophonie. Parmi leurs réponses, on remarque que 47,22 % d'entre eux ne connaissaient pas cette affection. De plus, seuls 16,67 % des participants orientent les patients atteints d'ankyloglossie vers un orthophoniste. Cela montre que c'est un sujet méconnu des professionnels et que, par conséquent, la plaquette va permettre d'améliorer leur niveau de connaissances. Elle doit présenter le rôle de l'orthophoniste mais également la nature de l'affection. Finalement, l'ensemble des réponses au questionnaire a permis de sélectionner les informations qui apparaissent sur la plaquette, en mettant en lumière les éléments les plus méconnus.

3.2.2.6 Choisir un support et concevoir une maquette

Selon les étapes de la HAS, les conseils de rédaction et de présentation de l'information ont été appliqués. Ainsi la forme d'un dépliant a été choisie pour faciliter l'accès au contenu de l'information, il est divisé en trois parties. Une fois imprimée, la plaquette doit être pliée pour obtenir un format tiers de A4 qui est idéal pour entrer dans une enveloppe et être envoyé aisément. La présentation de la plaquette se veut engageante, agréable à lire et facile à comprendre. Elle est donc synthétique, comporte des illustrations, des schémas et des termes accessibles au public ciblé.

3.2.2.7 Tester la compréhension et la présentation de l'information auprès d'un échantillon de patients et d'usagers

D'après le guide de la HAS :

Le degré de lisibilité d'après Rudolf Flesch est calculé de la manière suivante : $206,835 - (1,015 \times \text{NMM}) - (84,6 \times \text{NMS})$ où NMM est le nombre moyen de mots par phrase (les phrases longues ou de structure complexe sont souvent difficiles à comprendre) et NMS est le nombre moyen de syllabes par tranche de 100 mots consécutifs (les mots longs, souvent des mots rares, peuvent ne pas être compris par tous les lecteurs). (HAS, 2008).

Ainsi, nous avons appliqué la formule à notre plaquette et obtenu le degré de lisibilité de Flesch suivant : 37,170. Il correspond à un niveau de difficulté de lecture dit « difficile » (p.25) selon le guide de la HAS (2008). Nous pouvons l'expliquer par la forte occurrence des termes « ankyloglossie », « rééducation » ou encore « orthophoniste » qui sont longs et font donc diminuer le degré de lisibilité. Cependant, puisqu'il s'agit d'une plaquette d'information à destination de professionnels de santé, ce niveau de lisibilité ne pose pas de problème et semble adapté.

La plaquette a été présentée à plusieurs professionnels (médecins généralistes et orthophonistes) pour tester sa compréhension. Une formulation et un titre ont été remaniés pour gagner en clarté et des informations concernant la prescription du bilan orthophonique ont été ajoutées à la suite de cette démarche. La possibilité des prises en charge en urgence a été mentionnée. Des références supplémentaires ont également été citées sur la dernière page. Par ailleurs, les professionnels jugent que c'est un support coloré et attrayant qui n'est pas trop chargé.

3.2.2.8 Finaliser le document

La plaquette a été retravaillée en fonction des remarques et conseils des professionnels. Le support d'information est joint en Annexe 5 (p. 61) en version imprimable. Le visuel obtenu est le suivant :

Rôle de l'orthophoniste autour de la section du frein lingual

Certaines études ont montré qu'une prise en charge orthophonique précoce dès la naissance peut permettre d'éviter une opération chirurgicale (Caloway et al., 2019 ; Ferrés-Amat et al., 2017 ; Veyssière et al., 2015).

En cas de nécessité, le geste chirurgical peut varier en fonction du professionnel qui l'effectue ou de l'âge du patient, le plus souvent il s'agit d'une frénectomie.

Le rôle de l'orthophoniste autour de cette opération est sujet à controverse mais certains auteurs préconisent :

- Avant l'opération :
 - Accompagnement parental
 - Préparer l'entrée en bouche par le biais de massages endo-buccaux
- Après l'opération :
 - Rééducation myofonctionnelle
 - Stimulation du réflexe de succion
 - Massages pour éviter les adhérences cicatricielles
 - Cryothérapie

Prescription

La prise en charge de l'ankyloglossie fait partie des urgences et est traitée en priorité. En cas de besoin, l'ordonnance doit comporter la mention :

« Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire »

Prise en charge pluridisciplinaire

Plusieurs professionnels vont pouvoir intervenir dans la prise en charge de cette affection ou de ses conséquences et orienter les patients vers les autres spécialistes en fonction de leurs besoins :



Pour en savoir plus

- Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'ankyloglossie chez les enfants de 0 à 6 ans : réalisation d'un questionnaire pour évaluer les connaissances des médecins généralistes et des pédiatres sur le sujet puis création d'une plaquette d'information à leur intention. (Danvy, Y., 2022).

- Ankyloglossia and oral frena consensus statement. (Australian Dental Association, 2020)

Ankyloglossie et Orthophonie

Danvy Yvanna
CFUO Nantes 2022

L'ankyloglossie :

Cette affection correspond à un frein de langue restrictif. C'est-à-dire qu'il conduit à une restriction de la mobilité linguale ainsi qu'à plusieurs conséquences fonctionnelles possibles en fonction de sa sévérité.



Source photo Siagter et al., 2021

Prévalence :

Elle varie selon les études mais serait comprise entre 0,88 et 12,7%.

Diagnostic :

Le diagnostic doit être adapté en fonction de l'âge du patient. Il repose sur :

- L'aspect clinique du frein
- Ses répercussions fonctionnelles

L'ankyloglossie peut être dépistée par plusieurs professionnels : pédiatre, sage-femme, médecin généraliste, dentiste, orthophoniste.

Fonctions oro-myo-faciales prises en charge par l'orthophoniste pouvant être impactées par l'ankyloglossie

L'orthophoniste a un rôle dans le dépistage, l'évaluation et la rééducation des fonctions oro-myo-faciales.

Difficultés de succion pour l'allaitement	• Evaluation • Accompagnement parental • Stimulations des réflexes • Stimulations olfactives • Rééducation neuromusculaire
Difficultés de déglutition et d'alimentation	• Evaluation • Rééducation myofonctionnelle • Stimulation à visée de désensibilisation en cas d'hypersensibilité orale • Accompagnement parental
Ventilation buccale et apnées du sommeil	• Evaluation • Rééducation oro-myo-faciale • Posture linguale de repos au palais et contact labio-labial • Conseils pour le mouchage
Troubles d'articulation	• Evaluation • Exercices
Problèmes d'hygiène buccale	• Informations, conseils, orientation et accompagnement
Problèmes orthodontiques et de développement maxillo-facial	
Reflux gastro-oesophagien et pathologies ORL	
Tensions et troubles posturaux	
Troubles sociaux	

3.2.2.9 Diffuser le document

La plaquette a été diffusée comme prévu aux participants du questionnaire qui en ont fait la demande ainsi que sur les réseaux sociaux pour une meilleure visibilité par les professionnels concernés.

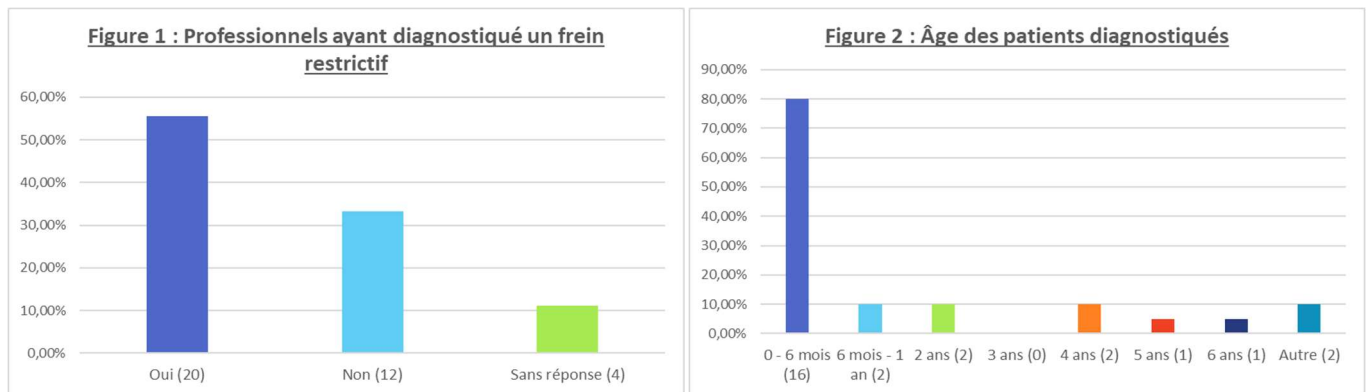
3.2.3 Résultats et analyse du questionnaire

Pendant la période d'ouverture du questionnaire, 44 réponses ont été recueillies dont 26 complètes et 18 partielles. Les participants avaient la possibilité d'interrompre la passation et de sauvegarder les réponses déjà données. Par conséquent, nous analyserons l'échantillon de l'ensemble des réponses collectées pour chaque question sur Excel afin d'avoir une interprétation généralisable et la plus représentative possible de la population des médecins généralistes et des pédiatres. Les participations sans validation de réponses ne seront pas prises en compte. L'ensemble des résultats est disponible sous forme de tableau en Annexe 9 (p. 65).

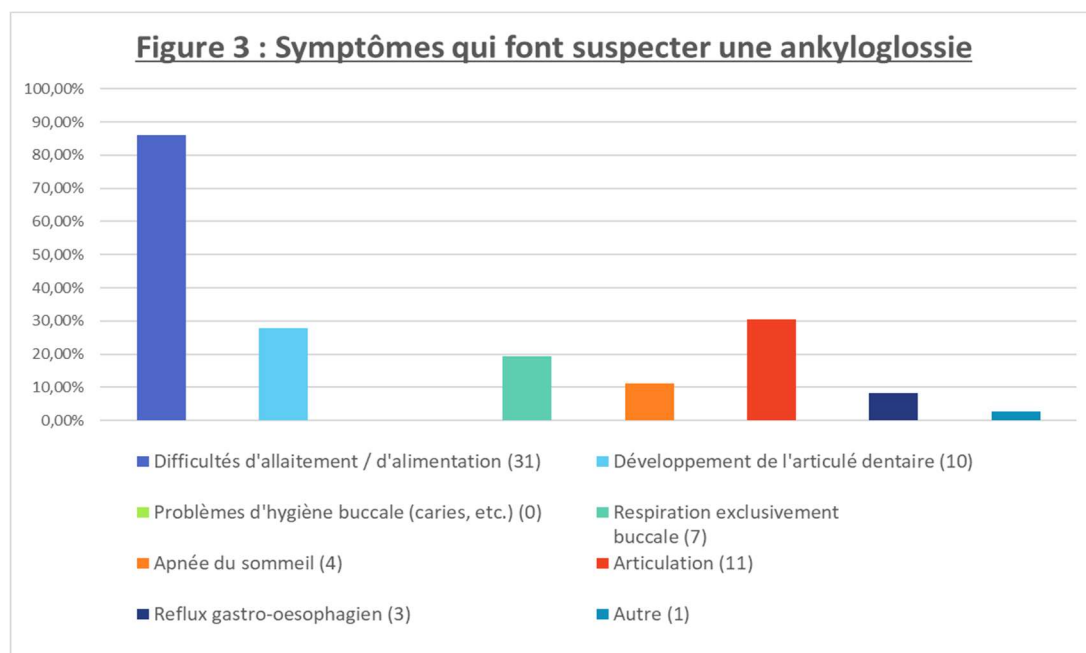
3.2.3.1 Partie A du questionnaire : Généralités sur l'ankyloglossie

Parmi les participants au questionnaire, 47,22 % répondent qu'ils ne connaissaient pas l'ankyloglossie tandis que 41,67 % indiquent en avoir déjà entendu parler. Le contexte dans lequel ils en ont eu connaissance est variable : en formation initiale (46,67 %), en formation supplémentaire ou optionnelle (33,33 %), sur les réseaux sociaux (13,33 %) ou lors de recherches personnelles (33,33 %). Quelques participants (26,67 %) ont coché la réponse « Autre » à cette question pour évoquer des expériences cliniques en maternité ou néonatalogie ainsi que des lectures d'ordre pédiatrique.

Le pourcentage de répondants ayant déjà diagnostiqué un frein restrictif s'élève à 55,56 % alors que 33,33 % n'ont jamais posé ce diagnostic (11,11 % n'ont pas souhaité répondre à cette question) (Figure 1). L'âge des patients diagnostiqué était majoritairement jeune, soit entre 0 et 6 mois (80 %) mais pouvait aller jusqu'à 10 ans (5 % qui correspond à la réponse « Autre » à cette question). Plus rarement le diagnostic a été posé pour des patients ayant entre 6 mois et 1 an (10 %), 2 ans (10 %), 4 ans (10 %), 5 ans (5 %) ou encore 6 ans (5 %). (Figure 2).

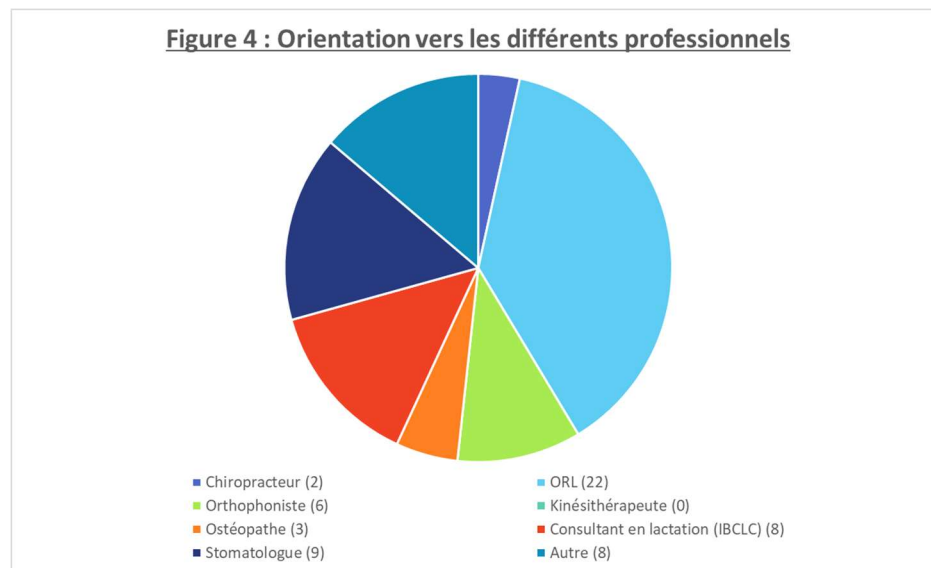


Dans 86,11 % des réponses, les difficultés d’allaitement ou d’alimentation sont le principal symptôme qui amène les professionnels à suspecter une ankyloglossie. Les troubles d’articulation (30,56 %), le développement de l’articulé dentaire (27,78 %) et une respiration exclusivement buccale (19,44 %) sont également des symptômes susceptibles d’alerter sur une ankyloglossie. D’autres symptômes sont moins évoqués comme les apnées du sommeil (11,11 %), des reflux gastro-oesophagien (8,33 %) ou une langue en cœur (2,78 % qui correspond à la réponse « Autre »). Les problèmes d’hygiène buccale comme les caries ne sont jamais cités comme étant une conséquence d’ankyloglossie (0 %). (Figure 3).



En cas de diagnostic d’ankyloglossie, les médecins généralistes et les pédiatres participants orientent majoritairement vers un ORL (oto-rhino-laryngologiste) (61,11 %). Les patients sont également adressés vers d’autres professionnels : le consultant en lactation (IBCLC) (25 %), le stomatologue (22 %), l’orthophoniste (16,67 %), l’ostéopathe (8,33 %) ou encore le

chiropracteur (5,56 %). 22,22 % des participants ont répondu « Autre » à cette question en ajoutant une orientation vers l'ergothérapeute ainsi qu'une section du frein directement effectuée par le pédiatre à la maternité. (Figure 4).



Parmi les répondants, 47,22 % ont déjà recommandé une intervention chirurgicale de l'ankyloglossie comme une frénectomie, une frénotomie ou une frényoplastie tandis que 41,67 % n'en ont jamais recommandé (11,11 % n'ont pas souhaité répondre à cette question).

Finalement, les médecins généralistes et les pédiatres ayant répondu à notre questionnaire semblent avoir déjà été confrontés à l'ankyloglossie pour la plupart mais leurs connaissances de cette affection sont assez hétérogènes. Il s'agit à présent d'analyser leurs conceptions du rôle que l'orthophoniste joue dans cette prise en charge.

3.2.3.2 Partie B du questionnaire : Ankyloglossie et orthophonie

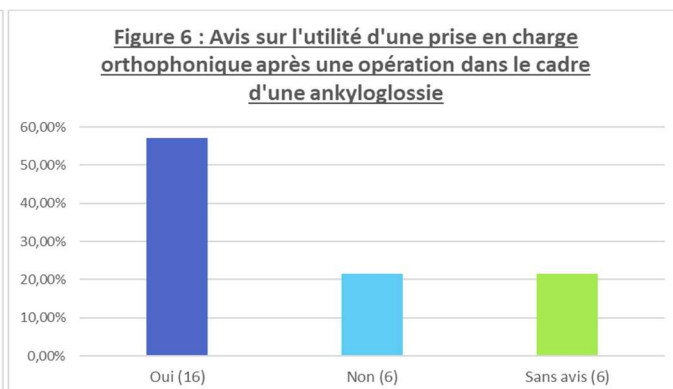
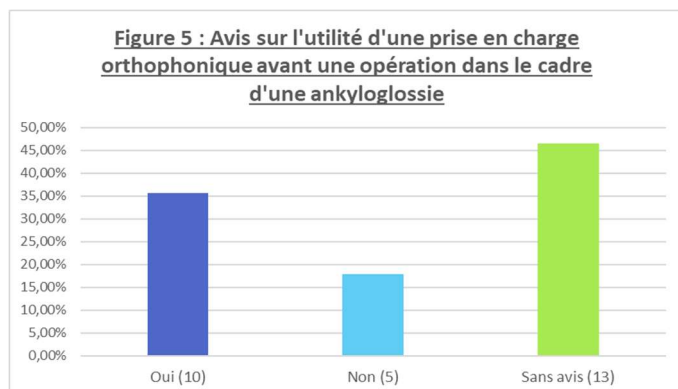
Seulement 10,71 % des participants au questionnaire ont déjà demandé un avis orthophonique pour poser un diagnostic d'ankyloglossie contre 85,71 % qui n'en ont jamais demandé (3,57 % n'ont pas souhaité répondre à cette question).

Parmi les répondants, 32,14 % pensent qu'une prise en charge orthophonique peut permettre d'éviter une intervention opératoire d'un frein restrictif lingual tandis que 21,43 % pensent le contraire et qu'une majorité (46,43 %) n'ont pas d'avis sur la question.

Très peu des participants ont déjà prescrit des séances orthophoniques suite à un diagnostic d'ankyloglossie (7,14 %) contre 92,86 % qui n'en ont jamais demandé.

Parmi les médecins généralistes et les pédiatres qui ont répondu au questionnaire, 35,71 % pensent qu'une prise en charge orthophonique est utile et pertinente avant une intervention chirurgicale en cas d'ankyloglossie (si celle-ci est nécessaire) contre 17,86 % qui pensent le contraire. 46,43 % ont choisi la réponse « Sans avis » à cette question (Figure 5). Parmi les répondants qui pensent que la prise en charge orthophonique est utile, 60 % ont expliqué ce qu'ils en attendent tandis que 40 % n'ont pas souhaité le décrire. Ils évoquent plusieurs rôles et objectifs orthophoniques que nous pouvons synthétiser :

- un rôle d'évaluation du degré d'ankyloglossie ;
- un rôle pré et post-opératoire que certains détaillent comme permettant de développer la proprioception et faciliter les suites opératoires ou encore comme une rééducation linguale ;
- avoir un impact sur les conséquences fonctionnelles de l'ankyloglossie ;
- un rôle dans l'éducation thérapeutique du patient et de ses parents ;
- faire un bilan d'oralité ;
- éviter le recours à la chirurgie avec une amélioration fonctionnelle ;
- améliorer l'alimentation et la phonation chez le patient.

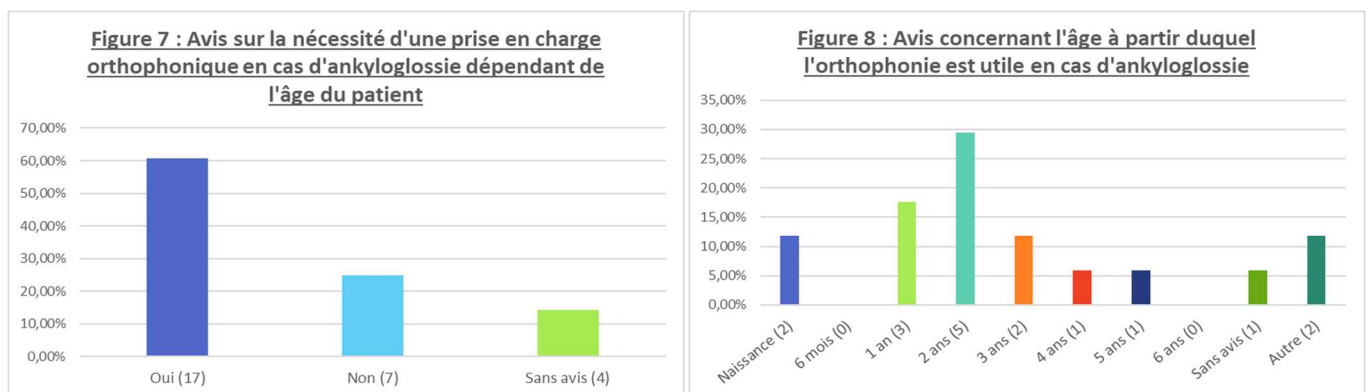


Concernant une prise en charge orthophonique après une intervention chirurgicale de l'ankyloglossie, 57,14 % des participants estiment qu'elle est nécessaire tandis que 21,43 % ne sont pas d'accord et que 21,43 % n'expriment pas d'avis (Figure 6). Parmi ceux qui pensent que l'orthophonie est nécessaire, 31,25 % ne détaillent pas son contenu et 68,75 % décrivent ce en quoi elle consisterait selon eux. Ils évoquent :

- une rééducation oro-faciale du positionnement de la langue,
- une rééducation de la parole et de l'alimentation,
- des améliorations fonctionnelles,

- une réduction des risques de fibroses et de récides,
- le tout en fonction de l'âge du patient et des attendus de ses acquis développementaux.

La plupart des participants (60,71 %) pensent d'ailleurs que la nécessité d'une prise en charge orthophonique dans le cas d'une ankyloglossie dépend de l'âge du patient. A l'inverse, 25 % pensent que l'âge n'a pas d'importance et 14,29 % n'ont pas souhaité répondre à cette question (Figure 7). Ceux qui pensent que le besoin d'orthophonie dépend de l'âge du patient estiment majoritairement cet âge à 2 ans (29,41 %). Les autres participants répartissent leurs réponses entre un besoin d'orthophonie à partir de la naissance (11,76 %), à partir d'1 an (17,65 %), à partir de 3 ans (11,76 %), à partir de 4 ans (5,88 %), à partir de 5 ans (5,88 %). 5,88 % ont choisi la réponse « Sans avis ». Les réponses « Autre » (11,76 %) expriment notamment un accord avec une prise en charge orthophonique dès la naissance, mais qui est entravée en raison de trop longues listes d'attente face à une demande urgente chez le nourrisson, ce qui conduit à une orientation directe chez l'ORL (Figure 8).



Les médecins généralistes et les pédiatres ayant participé au questionnaire n'ont pas tous la même vision de la prise en charge orthophonique de l'ankyloglossie. Ils ne sont pas d'accord quant au moment où elle est nécessaire et n'en attendent pas les mêmes résultats. Leurs connaissances du rôle de l'orthophoniste autour de l'ankyloglossie sont variables, cependant, c'est un sujet qui les intéresse.

3.2.3.3 Partie C du questionnaire : Suites du questionnaire

Cette dernière partie comporte deux questions en lien avec la création de la plaquette d'information. 92,31 % des participants ont indiqué être intéressés par ce support d'information et souhaitent le recevoir tandis que 7,69 % ont préféré décliner. Finalement, l'ensemble des participants souhaitant recevoir la plaquette ont communiqué leurs mails dans la dernière question.

Ces réponses témoignent de l'intérêt des professionnels pour le sujet ainsi que de leur volonté d'approfondir leurs connaissances.

3.3 DISCUSSION

3.3.1 Interprétation des résultats

Les réponses à notre questionnaire et l'étude de la littérature nous permettent de répondre à nos problématiques et de valider ou d'invalider nos hypothèses.

3.3.1.1 L'orthophoniste a-t-il un rôle dans la prise en charge de l'ankyloglossie ? Si oui, lequel ?

Nous avons émis l'hypothèse que les orthophonistes ont une place essentielle dans la prise en charge des freins restrictifs de par le champ de leurs compétences détaillé dans la loi du 26 janvier 2016 et leur rôle dans le soin oro-myo-facial. D'après nos recherches, nous pouvons valider cette hypothèse.

En effet, l'ankyloglossie peut entraîner de nombreuses conséquences autour de la sphère orale, ce qui rentre dans le champ de compétences des orthophonistes. De plus, si une opération est jugée nécessaire, certains auteurs recommandent une prise en charge orthophonique particulière qui inclut des stimulations et une rééducation myo-fonctionnelle. Cette indication théorique n'est pas pleinement connue et préconisée dans la pratique par les réponses à notre questionnaire puisque seulement un sixième des participants orientent les patients atteints d'ankyloglossie vers un orthophoniste.

Notre seconde hypothèse portait sur le rôle de l'orthophoniste qui consiste à accompagner les parents, les conseiller, mettre en place des exercices pré et post-opératoires (si nécessaire). Nous pouvons également valider cette hypothèse mais il est important de l'enrichir. En premier lieu, l'orthophoniste a un rôle de dépistage de l'ankyloglossie. Cela implique par la suite d'orienter les patients et leurs parents vers les spécialistes appropriés. L'étude de la littérature a montré que l'accompagnement parental est essentiel quelle que soit la prise en charge orthophonique. Concernant les exercices pré et post-opératoires, nous avons vu qu'ils ne font pas l'unanimité auprès des chercheurs et professionnels mais que certains les recommandent fortement. Il est nécessaire d'ajouter que l'orthophoniste a un rôle dans la prise en charge des symptômes et conséquences possibles entraînés par l'ankyloglossie. Ainsi, les troubles de succion, de déglutition, d'alimentation, de ventilation, et d'articulation sont à travailler en orthophonie lorsqu'ils sont présents.

Finalement le rôle de l'orthophoniste peut se résumer au dépistage et l'orientation, ainsi que l'accompagnement parental et la rééducation.

3.3.1.2 Quelle est l'expérience des médecins généralistes et des pédiatres autour de l'ankyloglossie ?

Notre hypothèse était que le questionnaire adressé aux médecins généralistes et aux pédiatres fait état d'une faible expérience clinique de l'ankyloglossie. La moitié des participants méconnaissent le terme d'ankyloglossie, ce qui tend à valider notre hypothèse.

Cependant, plus de la moitié des praticiens ont déjà diagnostiqué un frein restrictif. Nous pouvons présumer que ces professionnels connaissent donc l'affection sous cette autre appellation et que c'est le terme « ankyloglossie » qui leur était inconnu.

Les contextes dans lesquels l'ankyloglossie a été abordée auprès des participants sont variables. Moins de la moitié des répondants l'ont étudiée dans leur formation initiale, ce qui explique que c'est une affection peu connue parmi les praticiens. Afin d'améliorer un dépistage et une prise en charge précoces, il faudrait que l'ankyloglossie soit davantage présentée durant les formations initiales des professionnels. On remarque que c'est une affection principalement abordée dans des formations supplémentaires, mais cela implique une connaissance préalable de son existence de la part des professionnels. Le plus souvent, les praticiens sont confrontés à l'ankyloglossie dans leur expérience clinique, ce qui les entraîne à faire des recherches personnelles et à en apprendre davantage. Ils peuvent également découvrir cette affection sur les réseaux sociaux puisqu'elle est qualifiée de « à la mode » depuis quelques temps et qu'elle suscite beaucoup de débats. L'inconvénient des lectures sur les réseaux sociaux est leur manque de fiabilité.

La majorité des enfants ayant une ankyloglossie sont diagnostiqués de façon précoce avant leurs 6 mois. Cependant, il arrive que le diagnostic soit plus tardif et soit posé jusqu'à 10 ans selon les réponses à notre questionnaire. Nous pouvons nous demander pourquoi il est parfois posé aussi tardivement. Cela pourrait être expliqué par la rencontre de l'enfant avec un nouveau professionnel qui connaît mieux cette affection et est apte à la dépister. L'apparition de conséquences fonctionnelles plus tardives pourrait être une autre explication. Dans les deux cas, si le patient présente des atteintes fonctionnelles causées par l'ankyloglossie, il est important de pouvoir diagnostiquer cette affection afin d'engager une prise en charge adéquate quel que soit son âge.

Concernant la pluridisciplinarité, les patients sont orientés en priorité chez l'ORL et le pédiatre. Souvent, ces professionnels vont être responsables de la section du frein restrictif lingual. On note également des orientations vers le stomatologue, le consultant en lactation et parfois

l'orthophoniste. D'après les résultats du questionnaire, les médecins généralistes et les pédiatres sont peu nombreux à conseiller des prises en charge avec un chiropracteur ou un ostéopathe. Encore une fois cela peut s'expliquer par les débats portant sur l'ankyloglossie et ses symptômes. Les chercheurs ne sont pas tous d'accord sur les conséquences posturales et les tensions qui peuvent découler d'un frein restrictif, et par la suite, relever des compétences de ces professionnels. Ainsi la diversité des spécialistes intervenant dans la prise en charge de l'ankyloglossie est variée. Nous pouvons nous demander si les médecins généralistes et les pédiatres n'appréhendent pas les rôles potentiels de chaque professionnel au vu de la dispersion de leurs réponses ou s'ils n'estiment pas toutes les prises en charge nécessaires. Les informer sur la nature du rôle de chaque praticien permettrait de répondre à cette question et de justifier l'intérêt d'une prise en charge en équipe.

Quasiment la moitié des répondants ont déjà recommandé une intervention chirurgicale au cours de leur pratique. Les pédiatres exerçant en maternité sont d'ailleurs les acteurs de cette opération dès la naissance des nourrissons concernés. Les débats autour de l'ankyloglossie portent notamment sur l'excès d'interventions chirurgicales, les professionnels sont inquiets des pratiques abusives et non nécessaires. Cependant notre questionnaire ne valide pas ces craintes puisque les sections ne sont pas recommandées dans la moitié des cas d'ankyloglossie diagnostiqués.

D'après notre questionnaire, les difficultés d'allaitement et/ou d'alimentation représentent le symptôme d'alerte majeur pour suspecter une ankyloglossie. Ces difficultés sont repérées précocement dès les premiers jours de vie, ce qui expliquerait l'importance de ce symptôme dans le dépistage. Les médecins généralistes et les pédiatres sont également avertis par un mauvais développement de l'articulé dentaire ou des troubles d'articulation. Une respiration buccale, des apnées du sommeil ou un reflux gastro-oesophagien représentent des symptômes moins reconnus par les professionnels. Finalement, informer les professionnels sur l'ensemble des symptômes possibles permettrait de faciliter le repérage de l'ankyloglossie par une meilleure connaissance des conséquences possibles sans s'arrêter uniquement aux difficultés d'allaitement.

3.3.1.3 Les médecins généralistes et les pédiatres appréhendent-ils pleinement le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'ankyloglossie ? Si non, seraient-ils intéressés par une plaquette d'information sur le sujet ?

Concernant ces problématiques, nous pouvons valider les deux hypothèses que nous avons formulées.

En effet, le questionnaire montre que les médecins généralistes et les pédiatres ne semblent pas appréhender l'intégralité du rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin de l'ankyloglossie. Une minorité des participants oriente les patients atteints de cette affection vers un orthophoniste, et ils ne sont que très peu à avoir déjà demandé un avis orthophonique pour poser ce diagnostic. De plus, les séances d'orthophonie sont rarement prescrites suite à la pose d'un diagnostic d'ankyloglossie. Cela montre que les professionnels sont peu nombreux à penser que l'orthophoniste a un rôle à jouer dans la prise en charge de cette affection et donc qu'ils ne le connaissent pas.

Lorsqu'il est question d'une intervention chirurgicale de l'ankyloglossie (de type frénotomie, frénectomie ou frenyoplastie), la majorité des professionnels ne savent pas si la prise en charge orthophonique permettrait d'éviter cette opération. De plus, ils pensent que l'orthophonie serait plus utile après la section du frein plutôt qu'avant. La plupart des participants n'ont pas voulu ou su développer le contenu de la prise en charge orthophonique avant une intervention chirurgicale. Cependant, ils ont été plus nombreux à parler de rééducation de langue et de travail fonctionnel pour les suites de l'opération.

Ces résultats sont le reflet de la littérature scientifique puisqu'ils montrent les désaccords des professionnels qui portent sur cette prise en charge orthophonique autour de la section du frein lingual. La méconnaissance de la nature et des objectifs des séances d'orthophonie explique en partie le faible nombre de prescriptions dans ce cas particulier.

Le questionnaire rapporte une utilité de l'orthophonie dans les cas d'ankyloglossie dépendante de l'âge des patients. Peu des participants estiment que la prise en charge orthophonique débute à la naissance. La majorité pensent qu'elle commence autour de deux ans. Nous pouvons supposer que les professionnels assimilent cet âge à l'apparition du langage et par conséquent à des troubles articulatoires causés par l'ankyloglossie qui relèvent de la prise en charge orthophonique. Nous pourrions également interpréter qu'ils n'estiment pas que l'orthophoniste a un rôle dans la prise en charge des troubles de succion du nourrisson par exemple puisque c'est l'un des symptômes le plus fréquemment décrit en cas d'ankyloglossie.

Enfin, notre dernière hypothèse selon laquelle la participation des professionnels témoigne de leur intérêt pour le sujet et suggère que la plaquette qui en résulte répond à un besoin est également validée. Effectivement, la quasi-totalité des participants a indiqué vouloir recevoir la plaquette. Cela démontre que les médecins généralistes et les pédiatres ayant participé se sentent concernés par le rôle de l'orthophonie dans la prise en charge de l'ankyloglossie.

3.3.2 Limites

3.3.2.1 Limites du questionnaire

Ce questionnaire présente plusieurs limites :

- Le fait que la passation s'effectue en ligne ne permet pas de s'assurer que les participants correspondent à la population ciblée. Ainsi nous ne pouvons pas vérifier que les réponses proviennent exclusivement de médecins généralistes et de pédiatres.
- Les professionnels qui ont répondu au questionnaire étaient intéressés par son thème, ils y étaient donc sensibilisés. C'est un biais car la majorité des répondants avaient potentiellement des connaissances sur l'ankyloglossie avant de participer.
- L'utilisation de questions à choix multiples implique de donner des propositions aux participants ce qui peut induire leurs réponses. En effet, ils peuvent sélectionner des items auxquels ils n'auraient pas pensé, ou au contraire, ils vont oublier de proposer des réponses qui leurs sont propres face au choix affiché.
- Ce questionnaire n'était pas anonyme pour éviter plusieurs participations d'un même individu, de plus la dernière question interrogeait sur le mail du participant afin de lui transmettre la plaquette d'information. Nous pouvons donc postuler que le manque d'anonymat peut avoir un impact sur le nombre et la qualité des réponses obtenues.
- Le nombre de participations a été assez réduit malgré une diffusion massive du questionnaire. L'analyse des 26 réponses complètes et 18 partielles ainsi que leur généralisation sera donc à considérer avec précaution.
- Après l'obtention des réponses, il est apparu qu'il manquait plusieurs questions pour une analyse plus fine. Pour commencer il aurait fallu inclure une question portant sur la profession du participant afin de savoir si c'est un médecin généraliste ou un pédiatre. Cela nous aurait permis de réaliser une analyse comparative entre les réponses des deux groupes de praticiens pour évaluer les différences de leurs représentations du rôle orthophonique.

D'autre part, après la question B10 : « A partir de quel âge pensez-vous que l'orthophonie soit utile en cas d'ankyloglossie ? », il aurait été intéressant d'interroger les professionnels sur leur réponse. Il aurait fallu ajouter la demande « Pourquoi à cet âge-là plutôt qu'un autre ? ». Cette nouvelle question aurait permis d'éviter une conjecture sur le motif de l'âge choisi et de comprendre pourquoi les médecins généralistes et les pédiatres estiment que la prise en charge orthophonique dépend de l'âge du patient en cas d'ankyloglossie.

3.3.2.2 Limites de la plaquette

Le mode de diffusion représente la principale limite de la plaquette. En effet, elle aurait plus de portée si elle pouvait être imprimée et envoyée par voie postale dans tous les cabinets de médecins généralistes et de pédiatres. Le coût que cela impliquerait constitue un obstacle et rend ce projet inenvisageable. Seule la diffusion du format numérique est possible. Le fait de ne pas pouvoir imprimer et surtout plier la plaquette peut avoir un impact sur sa lisibilité. En effet, l'ordre de lecture des pages est indiqué par leur numéro mais ne suit pas une lecture classique de la première page apparente de gauche à droite puisqu'elle a été pensée dans l'idée d'être imprimée.

3.3.3 Intérêt orthophonique du mémoire et perspectives

Ce mémoire s'inscrit dans le champ des compétences orthophoniques selon la nomenclature générale des actes d'orthophonie rédigée par l'Assurance Maladie (2022). Il traite de la prise en charge des enfants et plus particulièrement des nourrissons atteints d'ankyloglossie avec des conséquences fonctionnelles ce qui correspond à de la rééducation des fonctions oro-myo-faciale couplée à de l'accompagnement.

La création d'une plaquette d'information sur le sujet vise à promouvoir les compétences orthophoniques auprès d'autres professionnels afin de favoriser la mise en place d'une prise en soin pluridisciplinaire et précoce. De plus, l'élaboration de cette plaquette appartient au référentiel d'activités des orthophonistes, il s'agit d'intervention précoce (Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, 2013).

Concernant les perspectives de ce mémoire, nous pourrions envisager de créer un nouveau questionnaire à destination des médecins généralistes et des pédiatres afin d'avoir leur avis sur la plaquette et surtout d'évaluer si leurs pratiques en sont modifiées. Nous pourrions supposer que les informations diffusées permettraient de promouvoir le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge des enfants atteints d'ankyloglossie entre 0 et 6 ans. Cette amélioration du niveau de connaissances des professionnels se traduirait par une augmentation des prescriptions pour de l'orthophonie dans ce cas précis ainsi que par un diagnostic plus aisé grâce à la description de l'affection.

4 CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était d'évaluer le niveau de connaissances des médecins généralistes et des pédiatres autour du rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'ankyloglossie chez les enfants de 0 à 6 ans. Le questionnaire qui leur a été adressé fait effectivement ressortir une méconnaissance de l'intégralité de ce rôle. Nous pouvons l'expliquer par le manque de communication sur la nature de cette prise en charge ainsi que par un sujet sensible qui fait débat auprès de la communauté scientifique. Notre plaquette semble donc répondre à un besoin puisqu'elle va pouvoir renseigner les professionnels sur le rôle de l'orthophoniste dans cette prise en soin en particulier.

Lors de nos recherches, nous avons constaté un manque de références théoriques tandis qu'il y a de nombreux témoignages cliniques autour de l'ankyloglossie. C'est une affection reconnue mais dont les critères diagnostics ne sont pas établis unanimement. L'évaluation du frein de langue est importante en termes anatomiques mais surtout fonctionnels pour décider de la prise en charge la plus adaptée et éviter une section inutile (qui constitue un geste chirurgical invasif).

L'ankyloglossie peut entraîner différents symptômes qu'il convient de savoir repérer pour mieux dépister et diagnostiquer cette affection. La prise en charge orthophonique se divise en plusieurs missions : le repérage de l'ankyloglossie, l'accompagnement parental et l'orientation vers d'autres spécialistes, la rééducation oro-myo-fonctionnelle ainsi que des stimulations et des exercices déterminés en fonction des symptômes présents et de leur sévérité.

La plaquette d'information qui a été réalisée et diffusée dans le cadre de ce mémoire s'adresse aux médecins généralistes et aux pédiatres. Elle peut également renseigner les autres professionnels acteurs de la prise en charge pluridisciplinaire autour de l'ankyloglossie ainsi que les parents des enfants concernés. Elle a pour but de promouvoir la place de l'orthophoniste. A terme, l'objectif est de faciliter les prises en soin précoces quand elles sont nécessaires par une meilleure connaissance des compétences orthophoniques dans le domaine de l'ankyloglossie.

D'autres études pourraient compléter ce travail en analysant l'efficacité de chaque type de rééducation afin de définir les exercices les plus pertinents à proposer en fonction des symptômes observés.

5 BIBLIOGRAPHIE

- Amblard, A.-S., & Abadjian, F. (2021). Les freins buccaux restrictifs chez le nourrisson de 0 à 1 an. In *Rééducation orthophonique : Le nourrisson* (Vol. 287, p. 97-119).
- Amir, L. H., James, J. P., & Donath, S. M. (2006). Reliability of the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. *International Breastfeeding Journal*, 1(1), 3.
<https://doi.org/10.1186/1746-4358-1-3>
- Araujo, M. da C. M., Freitas, R. L., Lima, M. G. de S., Kozmhinsky, V. M. da R., Guerra, C. A., Lima, G. M. de S., Silva, A. V. C. e, Júnior, P. C. de M., Arnaud, M., Albuquerque, E. C., & Rosenblatt, A. (2020). Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding. *Jornal de Pediatria*, 96(3), 379-385.
<https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.12.013>
- Association française de pédiatrie ambulatoire. (2022). Section de freins de langues chez les nourrissons et les enfants : Un collectif de professionnels de santé alerte sur des pratiques abusives. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 35(3), 155-156.
<https://doi.org/10.1016/j.jpp.2022.02.004>
- Assurance Maladie. (2022). *Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)*.
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP%2001.04.2022_defBIS.pdf
- Australian Dental Association. (2020). *Ankyloglossia and oral frena consensus statement*.
<https://www.ada.org.au/Ankyloglossia-Statement-Doc.aspx>
- Barbier, F., & Laurillot, M. (2019). *Effet des stimulations olfactives sur l'oralité de prématurés avec troubles respiratoires* [Mémoire d'orthophonie, Université de Paris]. HappyNeuron Science. <https://science.happyneuron.com/memoires/effets-des-stimulations-olfactives-sur-loralite-de-prematures-avec-troubles-respiratoires/>

- Baxter, R., Agarwal, R., Musso, M., Hughes, L., Lahey, L., Fabbie, P., Lovvorn, M., Emanuel, M., & Amblard, A.-S. (2020). *Frein De Langue : Comment une Petite Corde Sous la Langue Affecte l'Allaitement, la Parole, l'Alimentation et Plus Encore*. Alabama Tongue-Tie Center Inc.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*. Ortho Edition.
- Caloway, C., Hersh, C. J., Baars, R., Sally, S., Diercks, G., & Hartnick, C. J. (2019). Association of Feeding Evaluation With Frenotomy Rates in Infants With Breastfeeding Difficulties. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 145(9), 817.
<https://doi.org/10.1001/jamaoto.2019.1696>
- Campanha, S. M. A., Martinelli, R. L. de C., & Palhares, D. B. (2021). Position of lips and tongue in rest in newborns with and without ankyloglossia. *CoDAS*, 33(6), e20200069.
<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202020069>
- Chaïb Draa Tani, Z., Douzi, A., & Gana, M. D. (2014). *Les freins pathologiques : Diagnostic et traitement* [Thèse de doctorat, Université Abou Bekr Belkaid]. <http://dspace.univ-tlemcen.dz/handle/112/dspace.univ-tlemcen.dz/handle/112/7019>
- Chevalier, B., & Michel, R. (2010). *Document de référence en pédiatrie à l'usage des commissions de qualification*. Conseil National de l'Ordre des médecins. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_pediatrie.pdf
- Coryllos, E., Genna, C., & Salloum, A. C. (2004). Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. *American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding*, 1-6.

- Crippa, R., Paglia, M., Ferrante, F., Ottonello, A., & Angiero, F. (2016). Tongue-tie assessment : Clinical aspects and a new diode laser technique for its management. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 17(3), 220-222.
- Cuestas, G., Demarchi, V., Martínez Corvalán, M. P., Razetti, J., & Boccio, C. (2014). Surgical treatment of short lingual frenulum in children. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 112(6), 567-570. <https://doi.org/10.5546/aap.2014.567>
- Décret n° 2011-32 du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropraxie—Légifrance, Pub. L. No. Article 1 (2011).
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000023449809/
- De Peretti, F. (2010). *Manuel d'anatomie générale : Avec notions de morphogénèse et d'anatomie comparée : introduction à la clinique*. Ellipses.
- Deslandes, E. (2019). *Impact des stimulations olfactives couplées à des stimulations tactiles sur les aptitudes succionnelles et l'alimentation de nourrissons de 0 à 4 mois après intervention chirurgicale du frein de langue* [Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes]. Nantilus.
<http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=a21943ba-58a1-4419-b1c9-a2dca9a3a480>
- Dezio, M., Piras, A., Gallottini, L., & Denotti, G. (2015). Tongue-tie, from embriology to treatment : A literature review. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 4(1), e040101. <https://doi.org/10.7363/040101>
- Dysphagia Document Review and Revision Working Group. (2001). *Roles of Speech-Language Pathologists in Swallowing and Feeding Disorders : Technical Report* (N° TR2001-00150; p. TR2001-00150). American Speech-Language-Hearing Association.
<https://doi.org/10.1044/policy.TR2001-00150>

- Ferrés-Amat, E., Pastor-Vera, T., Rodriguez-Alessi, P., Ferrés-Amat, E., Mareque-Bueno, J., & Ferrés-Padró, E. (2017). The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona : A descriptive study. *The Prevalence of Ankyloglossia in 302 Newborns with Breastfeeding Problems and Sucking Difficulties in Barcelona: A Descriptive Study*, 4, 319-325. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2017.18.04.10>
- Fournier, M. (2006). Les priorités de la rééducation. In *Rééducation orthophonique : La déglutition dysfonctionnelle* (p. 63-73).
- Francis, D. O., Chinnadurai, S., Morad, A., Epstein, R. A., Kohanim, S., Krishnaswami, S., Sathe, N. A., & McPheeters, M. L. (2015). *Treatments for Ankyloglossia and Ankyloglossia With Concomitant Lip-Tie*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK299120/>
- Geddes, D. T., Kent, J. C., McClellan, H. L., Garbin, C. P., Chadwick, L. M., & Hartmann, P. E. (2010). Sucking characteristics of successfully breastfeeding infants with ankyloglossia : A case series. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 99(2), 301-303. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01577.x>
- Genna, C. W., & Coryllos, E. V. (2009). Breastfeeding and Tongue-Tie. *Journal of Human Lactation*, 25(1), 111-112. <https://doi.org/10.1177/08903344090250011501>
- González Jiménez, D., Costa Romero, M., Riaño Galán, I., González Martínez, M. T., Rodríguez Pando, M. C., & Lobete Prieto, C. (2014). Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. *Anales de Pediatría*, 81(2), 115-119. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.030>
- Guillemínault, C., Huseni, S., & Lo, L. (2016). A frequent phenotype for paediatric sleep apnoea : Short lingual frenulum. *ERJ Open Research*, 2(3), 00043-02016. <https://doi.org/10.1183/23120541.00043-2016>

- Hall, D. M. B., & Renfrew, M. J. (2005). Tongue tie. *Archives of Disease in Childhood*, 90(12), 1211-1215. <https://doi.org/10.1136/adc.2005.077065>
- Han, S.-H., Kim, M.-C., Choi, Y.-S., Lim, J.-S., & Han, K.-T. (2012). A Study on the Genetic Inheritance of Ankyloglossia Based on Pedigree Analysis. *Archives of Plastic Surgery*, 39(4), 329-332. <https://doi.org/10.5999/aps.2012.39.4.329>
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2008). *Guide méthodologique : Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf
- Herzhaft-Le Roy, J., Xhignesse, M., & Gaboury, I. (2016). Efficacy of an Osteopathic Treatment Coupled With Lactation Consultations for Infants' Biomechanical Sucking Difficulties : A Randomized Controlled Trial. *Journal of Human Lactation*. <https://doi.org/10.1177/0890334416679620>
- Hogan, M., Westcott, C., & Griffiths, M. (2005). Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 41(5-6), 246-250. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2005.00604.x>
- Holleman, A. C., Nee, J., & Knaap, S. F. C. (2011). Chiropractic management of breast-feeding difficulties : A case report. *Journal of Chiropractic Medicine*, 10(3), 199-203. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2011.01.010>
- Huang, Y.-S., Quo, S., Berkowski, J., & Guilleminault, C. (2015). *Short Lingual Frenulum and Obstructive Sleep Apnea in Children*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Short-Lingual-Frenulum-and-Obstructive-Sleep-Apnea-Huang-Quo/4b51b35700243a04c611b8e25979c62e840e8220>

- Ingram, J., Copeland, M., Johnson, D., & Emond, A. (2019). The development and evaluation of a picture tongue assessment tool for tongue-tie in breastfed babies (TABBY). *International Breastfeeding Journal*, 14(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0224-y>
- Ingram, J., Johnson, D., Copeland, M., Churchill, C., Taylor, H., & Emond, A. (2015). The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 100(4), F344-F349. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307503>
- Jagannathan, N. (2014). Assessment of Lingual Frenulum Lengths in Skeletal Malocclusion. *Journal of clinical and diagnostic research*. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/7079.4162>
- Jang, S.-J., Cha, B.-K., Ngan, P., Choi, D.-S., Lee, S.-K., & Jang, I. (2011). Relationship between the lingual frenulum and craniofacial morphology in adults. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 139(4), e361-e367. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2009.07.017>
- Kahn, T., Bosch, J., Levitt, M. F., & Goldstein, M. H. (1975). Effect of sodium nitrate loading on electrolyte transport by the renal tubule. *The American Journal of Physiology*, 229(3), 746-753. <https://doi.org/10.1152/ajplegacy.1975.229.3.746>
- Knox, I. (2010). Tongue Tie and Frenotomy in the Breastfeeding Newborn. *NeoReviews*, 11(9), e513-e519. <https://doi.org/10.1542/neo.11-9-e513>
- Kotlow, L. (2011). Infant Reflux and Aerophagia Associated with the Maxillary Lip-tie and Ankyloglossia (Tongue-tie). *Clinical Lactation*, 2(4), 25-29. <https://doi.org/10.1891/215805311807011467>
- Kremer, J.-M., Lederlé, E., & Maeder, C. (2016). *Guide de l'orthophoniste : Volume I : Savoirs fondamentaux de l'orthophoniste*. Lavoisier, médecine sciences.

- Kummer, A. W. (2005). Ankyloglossia : To Clip or Not to Clip? That's the Question. *The ASHA Leader*, 10(17), 6-30. <https://doi.org/10.1044/leader.FTR2.10172005.6>
- Lalakea, M. L., & Messner, A. H. (2002). Frenotomy and frenuloplasty : If, when, and how. *Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 13(1), 93-97. <https://doi.org/10.1053/otot.2002.32157>
- Landouzy, J.-M., Sergent Delattre, A. n. n. e., Fenart, R., Delattre, B., Claire, J., & Biecq, M. (2009). La langue : Déglutition, fonctions oro-faciales, croissance crânio-faciale. *International Orthodontics*, 7(3), 227-256. [https://doi.org/10.1016/S1761-7227\(09\)73500-4](https://doi.org/10.1016/S1761-7227(09)73500-4)
- Lecoufle, A. (2021). La prise en soins orthophoniques des troubles de la succion du nourrisson (0-4/6mois). In *Rééducation orthophonique : Le nourrisson* (Vol. 287, p. 153-178).
- Lejoyeux, E. (2006). La déglutition dysfonctionnelle : Quoi de neuf ? In *Rééducation orthophonique : La déglutition dysfonctionnelle* (Vol. 226, p. 15-24).
- Lichnowska, A., & Kozakiewicz, M. (2021). The Effectiveness of Frenotomy on Speech in Adults. *Applied Sciences*, 11(6), 2727. <https://doi.org/10.3390/app11062727>
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1)—Légifrance, Pub. L. No. Article 75 (2022). https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000023857681/2013-12-01/#LEGIARTI000023857681
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)—Légifrance, Pub. L. No. Article 126 (2016). https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913755
- Lumbroso, C. (2006). Réarmonisation des arcades dentaires. In *Rééducation orthophonique : La déglutition dysfonctionnelle* (p. 57-62).

- Marchesan, I. Q. (2005). Lingual frenulum : Quantitative evaluation proposal. *The International Journal of Orofacial Myology: Official Publication of the International Association of Orofacial Myology*, 31, 39-48.
- Martinelli, R., Marchesan, I., & Berretin-Felix, G. (2012). Lingual frenulum protocol with scores for infants. *The International journal of orofacial myology : official publication of the International Association of Orofacial Myology*, 38, 104-112. <https://doi.org/10.1891/2158-0782.8.3.135>
- McClellan, H. L., Kent, J. C., Hepworth, A. R., Hartmann, P. E., & Geddes, D. T. (2015). Persistent Nipple Pain in Breastfeeding Mothers Associated with Abnormal Infant Tongue Movement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 10833-10845. <https://doi.org/10.3390/ijerph120910833>
- McFarland, D. H. (2016). *L'anatomie en orthophonie : Parole, déglutition et audition*. Elsevier Masson.
- Messner, A. H., & Lalakea, M. L. (2002). The effect of ankyloglossia on speech in children. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 127(6), 539-545. <https://doi.org/10.1067/mhn.2002.129731>
- Messner, A. H., Lalakea, M. L., Aby, J., Macmahon, J., & Bair, E. (2000). Ankyloglossia : Incidence and Associated Feeding Difficulties. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 126(1), 36-39. <https://doi.org/10.1001/archotol.126.1.36>
- Mills, N., Pransky, S. M., Geddes, D. T., & Mirjalili, S. A. (2019). What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. *Clinical Anatomy*, 32(6), 749-761. <https://doi.org/10.1002/ca.23343>

- Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2013). *Annexe I—Certificat de capacité d'orthophoniste—Référentiel d'activités. Bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013*. https://cache.media.enseignementsuprecherche.gouv.fr/file/32/38/5/referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf
- Monnet-Corti, V., Pignoly, M., Goubbron, C., Fouque, C., Melloul, S., Lugari, H., Glise, J. M., & Vincent-Bugnas, S. (2019). Chirurgie plastique parodontale : Indications et techniques. *EMC Médecine buccale*. [https://doi.org/10.1016/S1877-7864\(19\)91573-4](https://doi.org/10.1016/S1877-7864(19)91573-4)
- Nicodeme, M. R., & Deau, X. (2008). *Document de Références en Médecine Générale à l'usage des Commissions de qualification du CNOM*. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_medecine_generale_.pdf
- Norton, N. S. (2009). *Précis d'anatomie clinique de la tête et du cou*. Elsevier Masson.
- Olivi, G., Signore, A., Olivi, M., & Genovese, M. D. (2012). Lingual frenectomy : Functional evaluation and new therapeutical approach. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 13(2), 101-106.
- Pompéia, L. E., Ilinsky, R. S., Ortolani, C. L. F., & Faltin, K. (2017). Ankyloglossia and its influence on growth and development of the stomatognathic system. *Revista Paulista de Pediatria*, 35, 216-221. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;2;00016>
- Randon, A. (2006). Glossoplastie et freinectomie du point de vue de l'orthophoniste. In *Rééducation orthophonique : La déglutition dysfonctionnelle* (Vol. 226, p. 95-99).
- Rowan-Legg, A. (2015). L'ankyloglossie et l'allaitement. *Paediatrics & Child Health*, 20(4), 214-218.

- Salle, A. (2015). *Les indications et les techniques de la frénectomie linguale* [Thèse de doctorat, Université de Nantes]. Nantilus. <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=b5e6b43c-25f3-4820-a973-4412b8bb10c7>
- Sane, V. D., Pawar, S., Modi, S., Saddiwal, R., Khade, M., & Tendulkar, H. (2014). Is Use of LASER Really Essential for Release of Tongue-Tie? *Journal of Craniofacial Surgery*, 25(3), e279-e280. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000000666>
- Sanquer, E. (2021). Frein de langue restrictif chez le nourrisson et l'enfant : Évaluation et prise en charge. In *Troubles oro-myo-fonctionnels chez l'enfant et l'adulte* (p. 32-36).
- Scoppa, F. (2005). Glosso-postural syndrome. *Annali de Stomatologia : A Journal of Odontostomatologic Science*, LIV(1), 27-34.
- Segal, L. M., Stephenson, R., Dawes, M., & Feldman, P. (2007). Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia : Methodologic review. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 53(6), 1027-1033.
- Sergent, B., Zbinden-Trichet, C., & Picard, A. (2006). Réponses de l'orthophoniste face à un frein de langue. In *Rééducation orthophonique : La déglutition dysfonctionnelle* (Vol. 226, p. 85-88).
- Siegel, S. A. (2016). Aerophagia Induced Reflux in Breastfeeding Infants With Ankyloglossia and Shortened Maxillary Labial Frenula (Tongue and Lip Tie). *International Journal of Clinical Pediatrics*, 5(1), 6-8.
- Singly, F. de. (2008). *L'enquête et ses méthodes : Le questionnaire*. Armand Colin.
- Slagter, K. W., Raghoobar, G. M., Hamming, I., Meijer, J., & Vissink, A. (2021). Effect of frenotomy on breastfeeding and reflux : Results from the BRIEF prospective longitudinal

cohort study. *Clinical Oral Investigations*, 25(6), 3431-3439. <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03665-y>

Talmant, J., Deniaud, J., & Nivet, M.-H. (2003). Définition de la « ventilation nasale optimale ». *L'Orthodontie Française*, 74(2), 201-225. <https://doi.org/10.1051/orthodfr/200374201>

Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2007). *Principes d'anatomie et de physiologie*. De Boeck.

Tow, J., & Vallone, S. (2009). Development of an integrative relationship in the care of the breastfeeding newborn : Lactation consultant and chiropractor. *J Clin Chiropr Pediatr*, 10, 626-632.

Vaz, A., & Bai, P. (2015). Lingual frenulum and malocclusion : An overlooked tissue or a minor issue. *Indian Journal of Dental Research*, 26(5), 488. <https://doi.org/10.4103/0970-9290.172044>

Veyssiere, A., Kun-Darbois, J. D., Paulus, C., Chatellier, A., Caillot, A., & Bénateau, H. (2015). Diagnostic et prise en charge de l'ankyloglossie chez le jeune enfant. *Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale*, 116(4), 215-220. <https://doi.org/10.1016/j.revsto.2015.06.003>

Villa, M. P., Evangelisti, M., Barreto, M., Cecili, M., & Kaditis, A. (2020). Short lingual frenulum as a risk factor for sleep-disordered breathing in school-age children. *Sleep Medicine*, 66, 119-122. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.09.019>

Vinayaka, A., Shivani, B., Triveni, M. G., & Gayathri, G. V. (2020). Treatment of Ankyloglossia-A Two Hemostat Guided Surgery. *South Asian Research Journal of Medical Sciences*, 02. <https://doi.org/10.36346/sarjms.2020.v02i02.001>

Walls, A., Pierce, M., Wang, H., Steehler, A., Steehler, M., & Harley, E. H. (2014). Parental perception of speech and tongue mobility in three-year olds after neonatal frenotomy.

International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 78(1), 128-131.

<https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2013.11.006>

Walsh, J., & McKenna Benoit, M. (2019). Ankyloglossia and Other Oral Ties. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 52(5), 795-811. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2019.06.008>

Walsh, J., & Tunkel, D. (2017). Diagnosis and Treatment of Ankyloglossia in Newborns and Infants : A Review. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 143(10), 1032-1039. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2017.0948>

Webb, A. N., Hao, W., & Hong, P. (2013). The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation : A systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 77(5), 635-646. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2013.03.008>

Weisz, J., & Marin, A. (2021). Prise en soins et accompagnement du bébé allaité ayant des troubles de succion : Regard croisé orthophoniste / consultante en lactation IBCLC, différences et complémentarité. In *Rééducation orthophonique : Le nourrisson* (Vol. 287, p. 135-151).

World Health Organisation, & Unicef. (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care*. <https://www.unicef.org/documents/baby-friendly-hospital-initiative>

Zaghi, S., Shamtoob, S., Peterson, C., Christianson, L., Valcu-Pinkerton, S., Peeran, Z., Fung, B., Kwok-keung Ng, D., Jagomagi, T., Archambault, N., O'Connor, B., Winslow, K., Lano, M., Murdock, J., Morrissey, L., & Yoon, A. (2021). Assessment of posterior tongue mobility using lingual-palatal suction : Progress towards a functional definition of ankyloglossia. *Journal of Oral Rehabilitation*, 48(6), 692-700. <https://doi.org/10.1111/joor.13144>

6 ANNEXES

Annexe 1 : Assessment Tool for Lingual Frenulum Function, Hazelbaker (2019)

Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF)™ © Alison K. Hazelbaker, PhD, IBCLC, FILCA, 1993, 2009, 2012, 2017	Function Item score: _____ Appearance Item score: _____ Combined Score: _____ / _____
Mothers Name: _____ Baby's name: _____ Baby's age: _____ Date of assessment: _____	
FUNCTION ITEMS	
Lateralization 2 Complete 1 Body of tongue but not tongue tip 0 None Lift of tongue 2 Tip to mid-mouth 1 Only edges to mid mouth 0 Tip stays at alveolar ridge OR tip rises only to mid-mouth with jaw closure AND/OR mid-tongue dimples Extension of tongue 2 Tip over lower lip 1 Tip over lower gum only 0 Neither of the above OR anterior or mid-tongue humps AND/OR dimples Spread of anterior tongue 2 Complete 1 Moderate OR partial 0 Little OR none	Cupping of tongue 2 Entire edge, firm cup 1 Side edges only OR moderate cup 0 Poor OR no cup Peristalsis 2 Complete anterior to posterior 1 Partial OR originating posterior to tip 0 None OR Reverse peristalsis Snap back 2 None 1 Periodic 0 Frequent OR with each suck
APPEARANCE ITEMS	
Appearance of tongue when lifted 2 Round OR square 1 Slight cleft in tip apparent 0 Heart shaped Length of lingual frenulum when tongue lifted 2 More than 1 cm OR absent frenulum 1 1 cm 0 Less than 1 cm Attachment of lingual frenulum to inferior alveolar ridge 2 Attached to floor of mouth OR well below ridge 1 Attached just below ridge 0 Attached to ridge	Elasticity of frenulum 2 Very elastic (excellent) 1 Moderately elastic 0 Little OR no elasticity Attachment of lingual frenulum to tongue 2 Occupies less than 50% of the tongue underside in the midline 1 Occupies 50-75% of the tongue underside in the midline 0 Occupies 75-100% of the tongue underside in the midline
ASSESSMENT	
14 = Perfect Function score regardless of Appearance Item score. Surgical treatment not recommended. 11 = Acceptable Function score only if Appearance Item score is ≥8. <11 = Function Score indicates function impaired. Frenotomy should be considered if management fails. Function score of 9-10 with an appearance score of 8-9 is considered borderline, all other management strategies should be exhausted before revision. Bodywork is indicated. Frenotomy necessary if Appearance Item score is < 8 AND Function Score is <8.	

ASSESSMENT TOOL FOR LINGUAL FRENULUM FUNCTION™

Annexe 2 : Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT), Ingram et al. (2015)

	0	1	2	Score
Tongue tip appearance	Heart shaped	Slight cleft/notched	Rounded	
Attachment of frenulum to lower gum ridge	Attached at top of gum ridge	Attached to inner aspect of gum	Attached to floor of mouth	
Lift of tongue with mouth wide (crying)	Minimal tongue lift	Edges only to mid-mouth	Full tongue lift to mid-mouth	
Protrusion of tongue	Tip stays behind gum	Tip over gum	Tip can extend over lower lip	

Annexe 3 : Tabby Tongue Assessment Tool, Ingram et al. (2019)

	0	1	2	SCORE
What does the tongue-tip look like?				
Where it is fixed to the gum?				
How high can it lift (wide open mouth)?				
How far can it stick out?				

© University of Bristol Design and Illustration: Hanna Oakes | oakshed.co.uk

Annexe 4 : Questionnaire

Rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'ankyloglossie chez les enfants de 0 à 6 ans

Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes et aux pédiatres. Il a été créé dans le cadre d'un mémoire de fin d'études au Centre de Formation en Orthophonie de Nantes. Son objectif est d'appréhender les connaissances sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge d'enfants entre 0 et 6 ans présentant une ankyloglossie. La finalité de ce questionnaire est la création d'une plaquette d'information sur le sujet.

Durée moyenne du questionnaire : 5 minutes

Mail de contact : yvanna.danvy@etu.univ-nantes.fr

Noms des orthophonistes encadrantes de ce mémoire : Hélène Brunel et Anne Esnault.

En cliquant sur « suivant », vous donnez votre consentement libre et éclairé.

Vous êtes libre d'arrêter le questionnaire à tout moment si vous le souhaitez.

Vos droits à la confidentialité

Les données d'expérimentation seront traitées avec la plus grande confidentialité, aussi la participation à une étude se fait dans le respect de l'anonymat. Aucun renseignement susceptible de révéler votre identité ne sera dévoilé. Un code aléatoire sera attribué aux données de chaque participant. Le document établissant la correspondance entre ce code et l'identité des participants sera conservé dans un lieu sécurisé, et accessible uniquement au responsable scientifique ou à des personnes autorisées. Ce document sera détruit après anonymisation des données pour l'analyse

Vos droits de poser des questions à tout moment

Vous pouvez poser des questions sur la recherche à tout moment (avant, pendant et après la procédure de recherche) en vous adressant au responsable scientifique dont les coordonnées sont rapportées ci-dessous.

Vos droits à vous retirer de la recherche à tout moment

Votre contribution à cette recherche est volontaire. Après avoir lu cette notice d'information, vous signerez un formulaire de consentement éclairé. Vous pourrez retirer ce consentement à tout moment et demander à ce que les données d'expérimentation soient détruites en vous adressant au responsable scientifique.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à vous adresser au(x) responsable(s) scientifique(s), dont les coordonnées figurent ci-dessus.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration.

Partie A: Généralités sur l'ankyloglossie

A1. Avez-vous déjà entendu parler d'ankyloglossie ?

Oui ☐

Non ☐

A2. Dans quel contexte avez-vous déjà entendu parlé d'ankyloglossie ?

Formation initiale ☐

Formation supplémentaire / optionnelle ☐

Sur les réseaux sociaux ☐

Lors de recherches personnelles ☐

Autre ☐

Autre

A3. Il n'y a pas de définition établie de l'ankyloglossie cependant les auteurs s'accordent pour dire qu'il s'agit d'un frein de langue restrictif ayant des conséquences fonctionnelles.

Avez-vous déjà diagnostiqué un frein restrictif ?

Oui ☐

Non ☐

A4. Quel âge avait le patient lorsque vous avez posé ce diagnostic ? (Ou quels âges avaient-ils ?)

0 - 6 mois ☐

6 mois - 1 an ☐

2 ans ☐

3 ans ☐

4 ans ☐

5 ans ☐

6 ans ☐

Autre ☐

Autre

A5. Quels symptômes vous amèneraient à suspecter une ankyloglossie ?

Difficultés d'allaitement / d'alimentation ☐

Développement de l'articulé dentaire ☐

Problèmes d'hygiène buccale (caries, etc.) ☐

Respiration exclusivement buccale ☐

Apnée du sommeil ☐

- Articulation ☐
- Reflux gastro-oesophagien ☐
- Autre ☐

Autre

A6. Vers quel(s) professionnel(s) orientez-vous un enfant avec une ankyloglossie ?

- Chiropracteur ☐
- ORL ☐
- Orthophoniste ☐
- Kinésithérapeute ☐
- Ostéopathe ☐
- Consultant en lactation (ICBL) ☐
- Stomatologue ☐
- Autre ☐

Autre

A7. Avez-vous déjà recommandé une intervention chirurgicale dans le cas d'une ankyloglossie ? (Frénectomie, frénotomie, frénioplastie)

- Oui ☐
- Non ☐

Partie B: Ankyloglossie et orthophonie

B1. Avez-vous déjà demandé un avis orthophonique pour poser un diagnostic d'ankyloglossie ?

- Oui ☐
- Non ☐

B2. Pensez-vous qu'une prise en charge orthophonique puisse permettre d'éviter une intervention opératoire d'un frein restrictif lingual ?

- Oui ☐
- Non ☐
- Sans avis ☐

B3. Avez-vous déjà prescrit des séances d'orthophonie à la suite d'un diagnostic d'ankyloglossie ?

- Oui ☐
- Non ☐

B4. Pensez-vous qu'une prise en charge orthophonique soit utile / pertinente avant l'intervention chirurgicale (si elle est nécessaire) ?

Oui ☐
Non ☐
Sans avis ☐

B5. Quels résultats attendez-vous de cette prise en charge ?

B6. Quel serait le contenu de cette prise en charge orthophonique pré-intervention ?

B7. Pensez-vous qu'une prise en charge orthophonique soit nécessaire après une intervention chirurgicale d'ankyloglossie ?

Oui ☐
Non ☐
Sans avis ☐

B8. En quoi consisterait cette prise en charge orthophonique post-opératoire selon vous ?

B9. Pensez-vous que la nécessité d'une prise en charge orthophonique dans le cas d'une ankyloglossie dépend de l'âge du patient ?

Oui ☐
Non ☐
Sans avis ☐

B10. A partir de quel âge pensez-vous que l'orthophonie soit utile en cas d'ankyloglossie ?

A partir de la naissance	☐
A partir de 6 mois	☐
A partir d'1 an	☐
A partir de 2 ans	☐
A partir de 3 ans	☐
A partir de 4 ans	☐
A partir de 5 ans	☐
A partir de 6 ans	☐
Sans avis	☐
Autre	☐

Autre

Partie C: Suites du questionnaire

C1. Une plaquette d'information portant sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge d'ankyloglossie chez les enfants entre 0 et 6 ans va être créée suite à ce questionnaire. Souhaitez-vous la recevoir par mail ?

Oui	☐
Non	☐

C2. A quelle adresse mail souhaitez-vous recevoir cette plaquette ?

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire ! La plaquette d'information qui en résulte vous sera envoyée si vous avez notifié être intéressé par ce document.

Bonne journée !

Rôle de l'orthophoniste autour de la section du frein lingual

Certaines études ont montré qu'une prise en charge orthophonique précoce dès la naissance peut permettre d'éviter une opération chirurgicale (Caloway et al., 2019 ; Ferrés-Anat et al., 2017 ; Veyssière et al., 2015).

En cas de nécessité, le geste chirurgical peut varier en fonction du professionnel qui l'effectue ou de l'âge du patient, le plus souvent il s'agit d'une frénectomie.

Le rôle de l'orthophoniste autour de cette opération est sujet à controverse mais certains auteurs préconisent :

- Avant l'opération :
 - Accompagnement parental
 - Préparer l'entrée en bouche par le biais de massages endo-buccaux
- Après l'opération :
 - Rééducation myofonctionnelle
 - Stimulation du réflexe de succion
 - Massages pour éviter les adhérences cicatricielles
 - Cryothérapie

Prise en charge pluridisciplinaire

Plusieurs professionnels vont pouvoir intervenir dans la prise en charge de cette affection ou de ses conséquences et orienter les patients vers les autres spécialistes en fonction de leurs besoins :

Prescription

La prise en charge de l'ankyloglossie fait partie des urgences et est traitée en priorité. En cas de besoin, l'ordonnance doit comporter la mention :

« Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire »

Ankyloglossie et Orthophonie

Danvy Yvanna
CFUO Nantes 2022

1

Ankyloglossie et Orthophonie

Danvy Yvanna
CFUO Nantes 2022

6

L'ankyloglossie :

Cette affection correspond à un frein de langue restrictif. C'est-à-dire qu'il conduit à une restriction de la mobilité linguale ainsi qu'à plusieurs conséquences fonctionnelles possibles en fonction de sa sévérité.



Source photo Slagter et al, 2021

Prévalence :

Elle varie selon les études mais serait comprise entre 0,88 et 12,7%.

Diagnostic :

Le diagnostic doit être adapté en fonction de l'âge du patient. Il repose sur :

- L'aspect clinique du frein
- Ses répercussions fonctionnelles

L'ankyloglossie peut être dépistée par plusieurs professionnels : pédiatre, sage-femme, médecin généraliste, dentiste, orthophoniste.

2

Fonctions oro-myo-faciales prises en charge par l'orthophoniste pouvant être impactées par l'ankyloglossie

L'orthophoniste a un rôle dans le dépistage, l'évaluation et la rééducation des fonctions oro-myo-faciales.

Difficultés de succion pour l'allaitement

- Evaluation
- Accompagnement parental
- Stimulations des réflexes
- Stimulations olfactives
- Rééducation neuromusculaire

Difficultés de déglutition et d'alimentation

- Evaluation
- Rééducation myofonctionnelle
- Stimulation à visée de désensibilisation en cas d'hypersensibilité orale
- Accompagnement parental

Ventilation buccale et apnées du sommeil

- Evaluation
- Rééducation oro-myo-faciale
- Posture linguale de repos au palais et contact labio-labial
- Conseils pour le mouchage

Troubles d'articulation

- Evaluation
- Exercices

Problèmes d'hygiène buccale

Problèmes orthodontiques et de développement maxillo-facial

Reflux gastro-oesophagien et pathologies ORL

Tensions et troubles posturaux

Troubles sociaux

- Informations, conseils, orientation et accompagnement

3

4

Annexe 6 : Message de présentation du questionnaire

[MEMOIRE : Ankyloglossie et orthophonie, questionnaire de 5min]

Bonjour,

Merci d'avoir accepté que je vous envoie ma demande par mail.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise un état des lieux des représentations du rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'ankyloglossie chez les enfants de 0 à 6 ans par les médecins généralistes et les pédiatres. Ce questionnaire a pour but d'évaluer les points les plus méconnus afin de les faire ressortir dans la plaquette d'information qui va être créée par la suite.

Le thème de l'ankyloglossie est récent et très controversé, c'est pourquoi j'ai choisi de m'intéresser au rôle de l'orthophoniste dans sa prise en charge. J'ai besoin d'autant de participations que possible à ce questionnaire pour avoir une idée plus précise des représentations qui existent actuellement. La passation est rapide et n'excède pas 5 minutes, le questionnaire sera ouvert jusqu'au 31 mars.

Je vous remercie d'avance de votre participation et de votre attention.

Lien du questionnaire :

<https://questionnaires.univ-nantes.fr/index.php/138472?lang=fr>

Cordialement,

Yvanna Danvy, étudiante en M2 au CFUO de Nantes

Annexe 7 : Liste non exhaustive de supports d'informations récents qui traitent des freins restrictifs

- Freins restrictifs : quels peuvent être les symptômes ? (Camille in the world ortho orthophoniste, s.d.)
- Signaux qui peuvent indiquer un frein restrictif (Ligue La Leche, 2021)
- Un frein restrictif buccal peut influencer... (Dominique Porret sage-femme, 2020)
- Le frein de langue restrictif et l'orthophonie chez les bébés de 0 à 6 mois (Caroline Mazeau et Axelle Prunet, 2021)

Annexe 8 : Liste non exhaustive des articles traitant de l'ankyloglossie sur des sites, blogs et réseaux sociaux

- <https://www.allo-ortho.com/mon-enfant-presente-des-difficultes-pour-teter-tirer-la-langue-et-si-cetait-le-frein/>
- <https://www.allo-ortho.com/je-narrive-pas-a-allaiter-mon-bebe-cest-le-frein-de-langue/>
- <https://www.magicmaman.com/,l-ankyloglossie-et-l-allaitement,69,2353337.asp>
- <https://mapetiteassiette.com/sante/les-freins-restrictifs-chez-bebe/>
- <https://mamanlune.com/index.php/2019/07/20/symptomes-de-freins-restrictifs-chez-le-bebe/>

Annexe 9 : Résultats du questionnaire

Nombre d'enregistrement(s) pour cette requête :	44	
Nombre total d'enregistrements pour ce questionnaire :	44	
Pourcentage du total :	100,00%	
Résumé pour A1		
Avez-vous déjà entendu parler d'ankyloglossie ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui	15	41,67%
Non	17	47,22%
Sans réponse	4	11,11%
Résumé pour A1bis		
Dans quel contexte avez-vous déjà entendu parlé d'ankyloglossie ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Formation initiale	7	46,67%
Formation supplémentaire / optionnelle	5	33,33%
Sur les réseaux sociaux	2	13,33%
Lors de recherches personnelles	5	33,33%
Autre	4	26,67%
Réponses Autre	expérience pédiatre maternité chez un patient lecture articles pédiatriques expérience clinique en néonatalogie et maternité	
Résumé pour A2		
Il n'y a pas de définition établie de l'ankyloglossie cependant les auteurs s'accordent pour dire qu'il s'agit d'un frein de langue restrictif ayant des conséquences fonctionnelles. Avez-vous déjà diagnostiqué un frein restrictif ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui	20	55,56%
Non	12	33,33%
Sans réponse	4	11,11%
Résumé pour A3		
Quel âge avait le patient lorsque vous avez posé ce diagnostic ? (Ou quels âges avaient-ils ?)		
Réponse	Décompte	Pourcentage
0 - 6 mois	16	80,00%
6 mois - 1 an	2	10,00%
2 ans	2	10,00%
3 ans	0	0,00%
4 ans	2	10,00%
5 ans	1	5,00%
6 ans	1	5,00%
Autre	2	10,00%
Réponses Autre	je ne sais plus l'âge des enfants concernés mais j'en ai diagnostiqué une demi-douzaine tout au long de ma carrière. 10 ans	

Résumé pour A4		
Quels symptômes vous amèneraient à suspecter une ankyloglossie ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Difficultés d'allaitement / d'alimentation	31	86,11%
Développement de l'articulé dentaire	10	27,78%
Problèmes d'hygiène buccale (caries, etc.)	0	0,00%
Respiration exclusivement buccale	7	19,44%
Apnée du sommeil	4	11,11%
Articulation	11	30,56%
Reflux gastro-oesophagien	3	8,33%
Autre	1	2,78%
Réponse Autre	Langue en cœur	
Résumé pour A5		
Vers quel(s) professionnel(s) orientez-vous un enfant avec une ankyloglossie ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Chiropracteur	2	5,56%
ORL	22	61,11%
Orthophoniste	6	16,67%
Kinésithérapeute	0	0,00%
Ostéopathe	3	8,33%
Consultant en lactation (IBCLC)	8	22,22%
Stomatologue	9	25,00%
Autre	8	22,22%
Réponses Autre	je suis pédiatre, je coupe le frein de langue en maternité	
	Je l'ai sectionné a la maternité	
	section par moi-même en maternité	
	vu qu'en maternité dans les premiers jours de vie alors frein coupé par le pédiatre	
	Ergothérapeute	
	Pédiatre	
	moi	
	pédiatre	
Résumé pour A6		
Avez-vous déjà recommandé une intervention chirurgicale dans le cas d'une ankyloglossie ? (Frénectomie, frénotomie, frényoplastie)		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui	17	47,22%
Non	15	41,67%
Sans réponse	4	11,11%
Résumé pour B1		
Avez-vous déjà demandé un avis orthophonique pour poser un diagnostic d'ankyloglossie ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui	3	10,71%
Non	24	85,71%
Sans réponse	1	3,57%

Résumé pour B2		
Pensez-vous qu'une prise en charge orthophonique puisse permettre d'éviter une intervention opératoire d'un frein restrictif lingual ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui	9	32,14%
Non	6	21,43%
Sans avis	13	46,43%
Sans réponse	0	0,00%
Résumé pour B3		
Avez-vous déjà prescrit des séances d'orthophonie à la suite d'un diagnostic d'ankyloglossie ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui	2	7,14%
Non	26	92,86%
Sans réponse	0	0,00%
Résumé pour B4		
Pensez-vous qu'une prise en charge orthophonique soit utile / pertinente avant l'intervention chirurgicale (si elle est nécessaire) ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui	10	35,71%
Non	5	17,86%
Sans avis	13	46,43%
Sans réponse	0	0,00%
Résumé pour B5		
Quels résultats attendez-vous de cette prise en charge ?		
Réponse	6	60,00%
Sans réponse	4	40,00%
Réponses	Évaluer degré d'ankyloglossie Pre opératoire permettre de développer ma proprioception, pour faciliter les suites opératoires et commencer à avoir un impact sur les conséquences fonctionnelles. Nous avons également un rôle dans l'éducation thérapeutique du patient et de ses parents. Bilan de l'oralité Aide pour la rééducation post intervention si elle est nécessaire Rééducation de la langue avant ou après opération Non recours à la chirurgie Amélioration fonctionnelle Amélioration des symptômes qui m'ont fait diagnostiquer l'ankyloglossie. Amélioration de l'alimentation, la phonation.	
Résumé pour B6		
Quel serait le contenu de cette prise en charge orthophonique pré-intervention ?		
Réponse	8	28,57%
Sans réponse	20	71,43%
Réponses	Nsp Éducation thérapeutique Développer la proprioception	

	Bilan des troubles de l'oralité	
	Je ne sais pas	
	Je ne connais pas assez les méthodes orthophoniques pour juger mais le rôle de l'orthophoniste pourrait être complémentaire voire limiter le recours à la chirurgie. Bon à savoir. Reste la question de l'accès à l'orthophoniste et de la sensibilisation des médecins à la question.	
	Rééducation les mouvements de la langue, mouvements articulaires de la mâchoire	
	il y a trop de difficultés d'allaitement qui sont imputé à un pseudo frein lingual... arrêtons de couper tous les freins chez les mauvais tétéeur, une recommandation orthophoniste/pédiatre a été faite en ce sens il y a 2mois	
	Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire (frein court)	
Résumé pour B7		
Pensez-vous qu'une prise en charge orthophonique soit nécessaire après une intervention chirurgicale d'ankyloglossie ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui	16	57,14%
Non	6	21,43%
Sans avis	6	21,43%
Sans réponse	0	0,00%
Résumé pour B8		
En quoi consisterait cette prise en charge orthophonique post-opératoire selon vous ?		
Réponse	11	68,75%
Sans réponse	5	31,25%
Réponses	Mise en place de la langue	
	Rééducation positionnement langue	
	Vérifier le bon fonctionnement de la langue	
	En post opératoire, continuer à travailler sur les conséquences fonctionnelles et éviter les risques de fibrose / récides	
	ça dépend de l'âge de l'enfant, si c'est après l'acquisition de la parole, je pense qu'il doit réapprendre à placer sa langue...???	
	Rééducation à la parole et à alimentation	
	Rééducation oro-faciale	
	Mobilité langue	
	Absence de récive	
	Je ne sais pas	
	Rééducation, amélioration fonctionnelle	
	Rééducation positionnement de la langue	
Résumé pour B9		
Pensez-vous que la nécessité d'une prise en charge orthophonique dans le cas d'une ankyloglossie dépend de l'âge du patient ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui	17	60,71%
Non	7	25,00%
Sans avis	4	14,29%
Sans réponse	0	0.00%

Résumé pour B10		
A partir de quel âge pensez-vous que l'orthophonie soit utile en cas d'ankyloglossie ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
A partir de la naissance	2	11,76%
A partir de 6 mois	0	0,00%
A partir d'1 an	3	17,65%
A partir de 2 ans	5	29,41%
A partir de 3 ans	2	11,76%
A partir de 4 ans	1	5,88%
A partir de 5 ans	1	5,88%
A partir de 6 ans	0	0,00%
Sans avis	1	5,88%
Autre	2	11,76%
Sans réponse	0	0,00%
Réponses Autre	Je pense qu'on peut faire de l'orthophonie dès la naissance mais les RDv orthophoniques sont d'un délais de 6mois-1an donc si j'ai un nouveau-né avec difficulté d'alimentation je vais l'envoyer chez l'ORL pour frenectomie et pas passer par orthophonique car il faut une prise en charge rapide chez ceux qui zozote, mais plus pour le zozotement que pour le frein	

Résumé pour Z1		
Une plaquette d'information portant sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge d'ankyloglossie chez les enfants entre 0 et 6 ans va être créée suite à ce questionnaire. Souhaitez-vous la recevoir par mail ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui	24	92,31%
Non	2	7,69%
Sans réponse	0	0,00%

Résumé pour Z2		
A quelle adresse mail souhaitez-vous recevoir cette plaquette ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Réponse	24	100,00%
Sans réponse	0	0,00%
Réponses	Mails donnés mais non partagés ici pour conserver l'anonymat des participants.	

Titre du Mémoire : Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'ankyloglossie chez les enfants de 0 à 6 ans : réalisation d'un questionnaire pour évaluer les connaissances des médecins généralistes et des pédiatres sur le sujet puis création d'une plaquette d'information à leur intention.

RÉSUMÉ

L'ankyloglossie se définit par un frein de langue restrictif qui entraîne des conséquences fonctionnelles. Sa prise en charge est réalisée par une équipe pluridisciplinaire et peut nécessiter une section du frein lingual selon la sévérité des symptômes présents. Il s'agit d'un sujet d'actualité qui fait débat parmi les professionnels, notamment en raison d'un manque de littérature scientifique. L'orthophoniste peut intervenir dans le dépistage de l'ankyloglossie, dans l'accompagnement parental des enfants concernés, mais aussi dans la rééducation des fonctions de la sphère orale atteintes par cette affection. Un questionnaire a été soumis aux médecins généralistes et aux pédiatres afin d'évaluer leurs représentations du rôle orthophonique dans la prise en charge de l'ankyloglossie chez les enfants de 0 à 6 ans. Finalement, il s'avère que ces professionnels n'appréhendent pas l'intégralité de ce rôle mais qu'ils s'y intéressent. Une plaquette d'information a donc été créée à leur intention pour promouvoir les compétences orthophoniques autour de l'ankyloglossie et favoriser des prises en charge précoces.

MOTS-CLÉS

Ankyloglossie - Information - Orthophonie - Pluridisciplinarité - Symptômes

ABSTRACT

Ankyloglossia is defined as a restrictive tongue-tie that has functional consequences. Its management is performed by a multidisciplinary team and may require a section of the lingual frenulum depending on the severity of the symptoms present. This is a current topic of debate among professionals, particularly due to a lack of scientific literature. The speech therapist can intervene in the diagnosis of ankyloglossia, in the parental support of the children concerned, but also in the rehabilitation of the functions of the oral sphere affected by this condition. A questionnaire was submitted to general practitioners and pediatricians in order to evaluate their representations of the role of speech therapy in the management of ankyloglossia in children aged 0 to 6 years. Finally, it appears that these professionals do not fully understand this role but are interested in it. An information booklet was therefore created for them to promulgate speech and language therapy skills around ankyloglossia and to promote early management.

KEY WORDS

Ankyloglossia - Information - Pluridisciplinarity - Speech therapy - Symptoms