

ÉTIREMENTS DE LA PLAIE SUITE À UNE FRÉNOTOMIE PAS UTILES.

Post by Analytical Armadillo. IBCLC. VO en anglais ci dessous.

<http://www.analyticalarmadillo.co.uk/2012/12/what-is-appropriate-aftercare-following.html>

Post by Analytical Armadillo. IBCLC.

Quels sont les soins appropriés après une opération d'un frein de langue ?

REMARQUE : Les freins de langue peuvent être traités chez les enfants pour diverses raisons, dont des problèmes dentaires ou de la parole. Cet article concerne le traitement du frein de langue chez les bébés (à savoir moins de 18 mois) à des fins d'alimentation.

PREMIÈRE PARTIE

Au Royaume-Uni, il y a actuellement un débat considérable sur les soins appropriés après une frénatomie (traitement du frein de langue). D'un côté l'abstention, parfois sans même donner aux parents un numéro à appeler. À l'autre extrême, un programme intensif qui consiste à soulever la langue, à l'étirer, à la masser, l'objectif étant de garder la plaie ouverte en utilisant la force pour éviter que les berges de la plaie se rapprochent en cicatrisant.

Entre ces deux extrêmes existent diverses pratiques : l'observation de la plaie sans la toucher sauf en cas de rétraction de la cicatrice vers le bas, exercices de la langue, balayage de la zone sans pression.

Il n'y a pas de consensus chez les parents ni chez les spécialistes de l'alimentation infantile. Que devraient-ils faire ?

J'ai divisé cette présentation en deux parties : la première est une discussion générale sur les soins post-opératoires et la deuxième partie portera sur d'autres points à considérer.

D'habitude, quand il s'agit d'une intervention, il incombe de prouver qu'il y a un avantage ; en l'occurrence que les étirements / massage etc. amènent un meilleur résultat que l'abstention ou l'observation. Nous allons regarder les avantages et les inconvénients et faire un choix éclairé.

Quels sont les éléments de preuve dont on dispose ?

C'est là tout le problème car à l'heure actuelle, il n'y a pas de preuve.

Certains praticiens peuvent affirmer que leur propre expérience clinique est une preuve, mais en réalité c'est anecdotique et subjectif (si quelqu'un croit que quelque chose marche ou ne marche pas, cela peut biaiser son jugement).

Leurs théories peuvent être exactes, mais sans la publication d'essais contrôlés, ce n'est pas de la recherche mais de la théorie .

Nous devons d'abord définir ce qu'est un frein de langue et quels sont les objectifs du traitement, afin de disposer d'une base selon laquelle on pourra évaluer les résultats.

Et c'est là que nous achoppons sur un deuxième problème.

Commençons donc par le commencement.

L'identification d'un frein de langue ne consiste pas simplement à identifier une membrane en supposant que tous les problèmes viennent de là.

Beaucoup de gens ont une sorte de frein sous la langue. C'est seulement quand il est serré ou court, empêchant la mobilité complète de la langue, qu'il peut être classé comme restrictif.

Pour rendre les choses plus intéressantes, même si il y a une mauvaise mobilité de la langue ce n'est pas toujours du au frein de langue, et même si il y a un frein de langue restrictif, ce n'est pas nécessairement la cause des problèmes d'alimentation.

Vous me suivez ?

Selon les recommandations britanniques (de la NICE, équivalent de la HAS en France) :

« Beaucoup de freins de langue sont asymptomatiques et causent pas de problèmes. Certains bébés avec des freins de langue ont des difficultés pour téter. La prise en charge non chirurgicale comprend des conseils d'allaitement et une évaluation minutieuse pour déterminer si le frein interfère avec l'alimentation et si une intervention est appropriée. »

et

" Il est reconnu que l'allaitement est une interaction complexe entre la mère et l'enfant et que de nombreux facteurs peuvent affecter la capacité à se nourrir. **Le soutien à l'allaitement par des personnes qualifiées fait partie intégrante de la prise en charge des difficultés d'allaitement.** "

Je voudrais répéter mille fois cette phrase, car beaucoup de gens supposent que la simple présence d'un frein est problématique (même si l'enfant tète sans problème) et qu'il suffit de le retirer pour qu'il n'y ait pas de problèmes.

C'est pourquoi je suppose qu'il y a maintenant des médecins qui traitent les freins de langue dès lors que les parents décrochent le téléphone pour le demander.

Au Royaume-Uni une justification est nécessaire pour effectuer une opération sur un frein de langue chez un bébé ; on ne peut simplement y aller allègrement. La question n'est pas seulement l'aspect du frein, mais son impact sur les problèmes d'alimentation. Nous sommes dans une situation où les gens font le traitement pour une raison d'alimentation, mais sans que les parents aient vue une seule personne qualifiée en matière de soutien à l'alimentation ! On ne s'assure pas que les problèmes d'alimentation sont évalués correctement et que ces mamans ont accès à quelqu'un qui se spécialise dans les questions d'alimentation.

Une fois le frein opéré, avons-nous des raisons de croire que la seule question post-opératoire est de s'assurer que pas un seul brin de tissu s'est recollé ? Si beaucoup de gens ont un frein, avons-nous suffisamment de preuves que le but est d'obtenir zéro attachement ? Non.

Deux cas me viennent à l'esprit. D'abord, la maman d'un bébé de quelques semaines et maman m'a contacté au sujet d'une troisième intervention. La mère avait été informée (après avoir montré une photo) que les deux opérations précédentes avaient apparemment échoué.

Pourtant, alors que le tissu avait en effet repoussé sur le site du frein sectionné et qu'il y avait encore des difficultés en fin de compte ce n'était pas le nouveau tissu qui en était la cause.

Si j'avais vu que le frein de langue avant tout traitement, je n'aurais pas jugé serré - alors

pourquoi faudrait-il appliquer une règle différente dans le cas d'une repousse ?

Le deuxième cas était un bébé un peu plus âgé. Ses problèmes s'étaient résolus après le traitement, mais la maman s'est inquiétée quand elle a vu une repousse en soulevant la langue. En effet, il y avait un frein, mais où est la logique pour traiter davantage quand tout va bien ?

Cela signifie que la recherche sur la prise en charge post-opératoire appropriée doit impérativement définir des critères.

Le but du traitement est-il de résoudre les problèmes d'alimentation, ou d'effacer toute trace de frein avec un succès mesuré sur la base de ce que nous pouvons voir ?

Quand il s'agit de promouvoir un suivi rigoureux, j'ai entendu l'argument que beaucoup d'interventions médicales ne sont pas fondées sur des preuves et marchent quand même, que le manque de preuves ne signifie pas un manque d'efficacité. En effet, c'est vrai, mais à l'inverse on ne peut nous garantir l'absence de préjudice.

Alors que la muqueuse buccale cicatrise avec de manière moins fibreuse que la peau, les soins post-opératoires qui consistent à " perturber la plaie " ne risquent-ils pas de créer des cicatrices plus profondes que ne rien faire, augmentant ainsi les risques de cicatrice palpable ou de ré-rattachement ?

Est-ce que tous les bébés, quelque soit leur âge et la position de leur frein, nécessitent les mêmes soins post-opératoires ? Ces soins peuvent-ils améliorer les résultats dans certains tout en entraînant des problèmes dans d'autres ?

Y a-t-il un risque que le frottement rigoureux d'une incision profonde cause des dommages ? Quel est le bénéfice des exercices de langue ? Comment se compare l'observation post-opératoire avec intervention différée avec les exercices en force dès le début ou à l'abstention complète ?

Y a-t-il un risque de provoquer une inflammation ? Y a-t-il un risque d'infection lorsqu'on frotte une blessure au point de la faire saigner sans gants ou mains stériles ?

Sommes-nous absolument sûr que ce soit nécessaire ?

Sans études, nous ne savons tout simplement pas. Il semble différents praticiens ont des théories différentes et personnellement j'ai besoin de plus d'assurance que " parce que je le dis ! "

Ce que je sais, c'est que beaucoup de bébés ont souffert d'un ré-attachement du frein même avec des soins post-opératoires « musclés » et d'autres non. De même, certains freins ne se ré-attachent jamais, même si la maman ne fait rien, tandis que d'autres le font.

Nous ne sommes tout simplement pas en mesure de dire avec certitude que le recollement ou le manque d'amélioration des problèmes d'alimentation sont dus à une insuffisance d'intervention par les soignants. Pour moi c'est pousser trop loin le sentiment de culpabilité.

2° partie

Maintenant, je vais que la prise en charge post-opératoire active est efficace à 100%, garantit qu'il n'y

a aucun problème de repousse du frein de lange (nous savons que ce n'est pas vrai, mais nous allons partir sur le scénario le plus favorable).

Est-ce que cela signifie forcément que nous devons recommander aux parents de la faire ?

La question pourra paraître ridicule à certains : si l'objectif est de supprimer le frein et que la prise en charge post-opratoire active garantie le succès, c'est une évidence. Mais pour moi, le traitement du frein de langue n'est pas seulement une question de supprimer un morceau de peau ; ce n'est qu'un aspect des grandes questions de l'alimentation. Il faut avoir une vue d'ensemble.

Certaines personnes veulent savoir ce qu'est le "soin post-opratoire rigoureux", donc voici pour l'illustrer un exemple assez standard à partir de YouTube - [lien](#) (notez que ce clip avait à l'origine le bruit d'un bébé qui pleure fort, mais le son semble maintenant avoir été retiré).

Si vous n'avez jamais vu la zone post-frenotomie, à savoir celle que les parents ont à frotter et étirer - [cliquez ici](#). Je pense que c'est un élément très important.

La fréquence de ce soin semble dépendre de ceux à qui vous demandez, entre 5-7 fois par jour pendant une semaine, jusqu'à après chaque alimentation pendant 2 semaines.

Beaucoup de bébés détestent le processus ci-dessus (comme c'est étrange...) , donc dans les faits vous demandez à une mère de rendre son bébé malheureux plusieurs fois par jour. Je rencontre des mamans tout simplement incapable d'effectuer les gestes, faut-il s'en étonner ? Le lien maternel est protecteur - l'instinct "maman ours" - et à mon avis nous devrions soutenir le développement de cette attachement. L'allaitement maternel est un lien intime entre la mère et le bébé et tout à coup la douleur et la gêne surviennent avant ou après le sein ?

Il est intéressant de noter que beaucoup de praticiens font sortir les parents de la salle pendant l'intervention, mais s'attendent à ce qu'ils supportent une telle détresse sur une base quotidienne.

D'autres parents parviennent à effectuer les soins parce qu'ils craignent ce qui se passera s'il ne le font pas, mais c'est souvent une expérience très négative et émotive quand ils la racontent.

En tant que consultante en lactation cela me dérange beaucoup : la clé est de soutenir la dyade. En outre, on nous apprend que la bouche d'un bébé est sensible et que les bébés qui ont eu plus d'interventions orales sont à risque accru d'aversion orales (c'est une des raisons pour lesquelles j'ai problème avec l'idée qu'il faut recherche un frein de langue chez tous les nouveaux-nés) .

La Leche League résumer ainsi les choses :

" Les enfants sont des créatures incroyablement orales. "

" La bouche est l'organe le plus sensible et celui sur lequel l'enfant a le plus de contrôle. " Quand les besoins sont satisfaits, il émerge un début de maîtrise sur l'environnement et les nouveau-nés apprennent que le monde est un bon endroit où ils sont en sécurité. **Ainsi, la bouche des nouveau-nés déroule la première étape clé de l'apprentissage de l'amour et de confiance "**.

" Klaus et Kennell affirment que « les liens affectifs peuvent être facilement altérés de façon irrémédiable pendant la période du post-partum immédiat » .

" Pour cette raison, la bouche d'un nouveau-né et le comportement alimentaire doivent être traités avec le plus grand respect. Alors que toute intervention orale est loin d'être idéale, une procédure qui est faite de façon agressive, même involontairement, se qualifie comme une invasion.

L'article explique également comment « tout type de contact oral mal toléré » ou traumatisme de la bouche, peut aboutir à une aversion orale.

Wolf et Glass affirment que les réponses d'hypersensibilité et d'aversion orale - tactile peuvent être causés par des « expériences orales - tactile désagréables. »

" L'aversion orale met le bébé en danger réel. Un nourrisson ayant une aversion orale ne peut rien prendre dans sa bouche : ni le sein, ni une tétine, un biberon, une cuiller ou un doigt. Certains nourrissons ne tolèrent même pas que quoi que ce soit touche leurs lèvres, comme une tasse. Les enfants ayant une aversion orale passent par une période de privation orale relative jusqu'à ce que l'aversion disparaisse. C'est une situation grave qu'il vaut mieux prévenir que guérir. L'aversion orale de l'enfant peut retentir sur la mère, en affectant sa perception de ses capacités maternelles. La forte réponse négative de l'enfant aux stimuli oraux peut conduire la mère à croire que son bébé la rejette. Le processus complexe de l'attachement pendant lequel la mère et du nouveau-né apprennent à se reconnaître l'un et l'autre par des voies orale, tactile et olfactive, est court-circuité. Klaus et Kennell notent que ces perturbations du lien mère -enfant peuvent influencer sur le comportement de la mère pour la première année de la vie de l'enfant, même lorsque le comportement d'aversion de l'enfant a cessé.

[Lien : lire l'article intégral ici](#)

Cette connaissance n'est pas nouvelle, voici une citation de Klaus 1976 :

« La bouche est son avenue pour la nourriture et l'amour, pour la communication et le confort. Cette sensibilité est la raison pour laquelle un bébé est si vivement affecté par tout ce qu'il éprouve avec sa bouche. Si la bouche est blessée, surtout avant qu'il n'ait établi une relation réconfortante d'allaitement avec sa mère, il peut réagir en refusant de téter. En plus de la perte de la relation d'allaitement, l'ensemble des relations mère-enfant peut être perturbé, même après la fin de l'aversion orale (Klaus, 1976).

Cela peut sembler dramatique, mais plusieurs mères ont signalé l'apparition d'une aversion orale après des soins post-frenotomie chez leurs nourrissons, dont un bébé plus âgé qui a nécessité une hospitalisation pour l'alimenter par sonde nasogastrique.

Il est également intéressant de noter que certains bébés se nourrissent mal pendant quelques jours après l'intervention, car la région est irritée quand la langue est utilisée ; les bébés peuvent choisir de ne pas utiliser leur langue complètement jusqu'à ce qu'elle soit à peu près cicatrisée. Une perturbation de la plaie peut provoquer une poursuite de la sensibilité dans la zone, parce qu'en pratique vous êtes en train d'empêcher la cicatrisation. Je sais que de nombreuses mamans qui ont trouvé que l'alimentation s'améliorait énormément dès qu'elles ont abandonné les soins actifs de la langue et que la langue a cessé d'être douloureuse !

Frottez et étirez votre propre frein lingual non traité, ce n'est pas la chose la plus agréable et pourtant c'est vous-même qui contrôlez ce qui se passe dans votre bouche. Maintenant, imaginez que quelqu'un vous le fasse.

Un adulte à qui j'ai parlé qui avait eu son frein opéré a dit que la douleur de se frotter / étirer la cicatrice était intense et cela semble certainement être l'expérience pour certains bébés.

Et nous n'avons même pas de preuve que ce soit mieux que de ne rien faire, ou d'observer en soulevant la langue une fois si elle ne commence à se rétracter (à faire par un praticien plutôt que par un parent).

Je voudrais terminer avec un commentaire d'une maman qui souhaite rester anonyme (en raison d'une plainte en cours) :

«Mon bébé a eu sa langue libérée 3 fois, non pas parce qu'il s'est « rattachée », mais pour aller plus profondément et son frein de lèvre a été sectionné deux fois (il s'est recollé chaque fois) puis a été décollé une fois (il ne s'est pas rattaché).

Nous avons fait des soins différents à chaque fois (en ne touchant pas la zone jusqu'au traitement agressif d'étirements). Je peux dire avec confiance que, dans notre cas, cela n'a fait aucune différence en ce qui concerne le rattachement.

Les soins agressifs ne paraissaient pas bien, mais l'un des nombreux professionnels que nous avons vu m'a convaincue en me faisant peur. Après 14 semaines, le dentiste qui a fait l'opération et moi avons décidé que je devais arrêter. Il a fallu 2 semaines pour guérir après j'ai arrêté de le toucher (seulement la lèvre s'est rattachée, pas la langue), dans les 4 semaines, en effet elle tétait mieux que depuis la première alimentation suivant l'intervention... Je pense qu'elle avait trop mal pour bien se nourrir.

Mon cœur s'est brisé quand mon bébé a montré la même expression de terreur que j'ai vu sur le visage des gens qui sont en train de se noyer - et elle ne s'est pas arrêtée lorsque les étirements ont cessé, elle revenait chaque fois que je la mettais dans la « position d'étirement » pendant près d'un an. Son frère lui a récemment demandé (17 mois après l'intervention) si elle se souvenait d'avoir son frein de langue coupé et étiré, j'ai été choqué et attristé par son expression terrifiée suivie de sanglots absolus . . . elle se souvient encore.

Je regrette profondément d'avoir fait les soins agressifs ; je souhaiterais avoir écouté mon cœur et mon bébé au lieu de la peur ".