DOSSIER

Freins de langue, freins de lèvre : des freins à l'allaitement

Christelle Farré
Animatrice LLLF
Conseillère en allaitement – Infirmière – Formatrice

Un peu d'histoire [32] *

Le traitement des freins linguaux et labiaux est source de controverse depuis les années 1700. Pour le *Practical manual of obstetrics* (1884), les freins doivent être corrigés immédiatement, comme les hernies, les « ***imperforate anus*** » et autres « défauts de naissance », car la succion du sein peut en être entravée.

Mais à partir du moment où l'« industrie médicale » prend en charge les accouchements, l'évaluation systématique de l'état des freins à la naissance est abandonnée. Les problèmes de freins sont alors ainsi décrits dans les ouvrages médicaux : « Les mères qui expliquent que leurs problèmes d'allaitement sont dus aux freins ont invariablement tort » (R.S. Illingsworth dans *The normal child*, 1972). En 1987, dans une déclaration de suivi, le même auteur dira n'avoir « jamais vu de difficultés d'alimentation dues aux freins dans la première année de vie ». Tous les problèmes d'allaitement sont alors mis sur le compte d'une physiologie du sein défaillante. À partir du moment où la décision d'abandonner l'évaluation systématique des freins à la naissance est prise, on ne trouve plus de transmission de cette connaissance dans les cursus des facultés de médecine.

La physiologie de la lactation, quant à elle, ne sera vraiment connue et comprise qu'à la fin du 20e siècle, grâce aux travaux des équipes de l'Australien Peter Hartmann.

Aujourd'hui, les définitions et les évaluations des freins varient. Toutefois, tous les auteurs qui s'intéressent au sujet sont d'accord pour dire que l'aspect de la langue ne dépiste pas de façon suffisamment précise un problème de frein. Les études disponibles montrent clairement que le critère fonctionnel surpasse de loin le critère d'apparence.

Selon les études actuelles, les freins de langue et de lèvre supérieure seraient responsables de 20 à 60 % des difficultés d'allaitement.

Qu'est-ce que les freins de lèvre et de langue ?

Ce sont des structures anatomiques constituées essentiellement d'un réseau très dense de fibres conjonctives lâches. Deux de ces freins vont nous intéresser plus particulièrement dans la conduite de l'allaitement, celui de la langue et celui de la lèvre supérieure.

Lorsque la structure anatomique des freins est suffisamment élastique, la langue du bébé peut être étirée assez loin à l'extérieur de la bouche pour une « bonne » prise du sein, et la lèvre supérieure peut être « ourlée » en appui sur l'aréole tout en gardant une grande souplesse.

Quand y a-t-il un problème et pourquoi ?

Les freins qui vont générer des problèmes dans la conduite de l'allaitement sont :

– ceux dont l'emplacement entraîne une modification de toute la fonctionnalité de la langue et du retournement de la lèvre ;

– et le frein de langue constitué d'une fibre dont la texture est modifiée, rendant le frein « serré », « rigide ».

Deux facteurs sont à l'origine de cette problématique :

– un facteur génétique est probablement en cause, dans la mesure où la présence d'un frein « serré » est souvent familiale ;

– un facteur lors de l'embryogenèse (c'est-à-dire le développement de

** Les chiffres entre crochets renvoient aux références en fin d'article.*

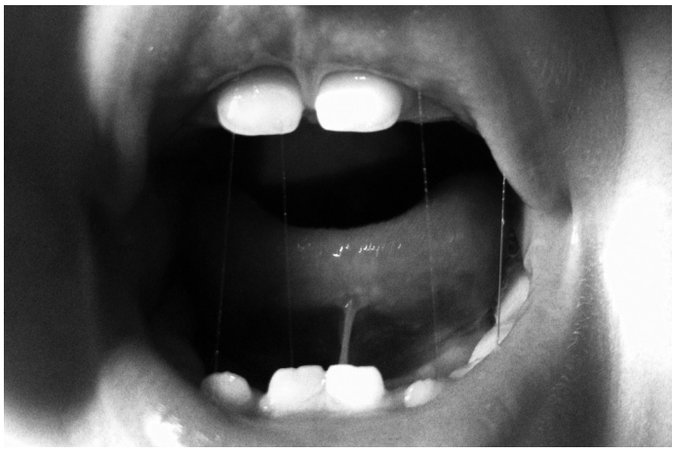


Figure 1

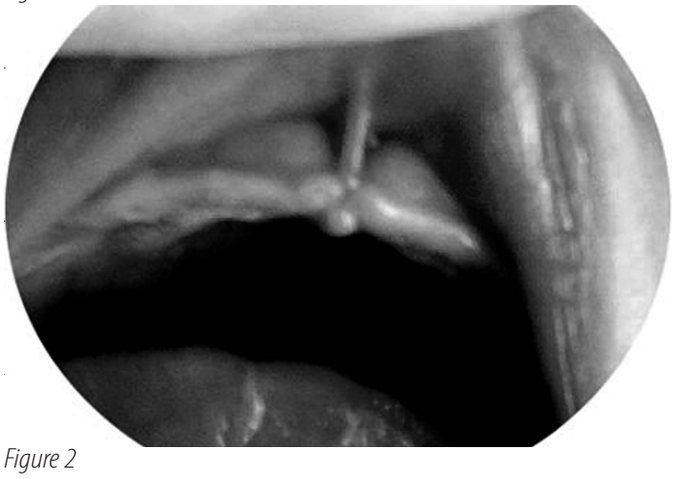


Figure 2

Figure 3

Figure 4

l'embryon) : un déficit de « mort cellulaire embryonnaire » (*apoptose*) aboutissant à une modification de la texture et de l'emplacement du/des freins.

Le terme médical utilisé pour le frein de langue serré est « ankyloglossie ».

On retrouve un problème de frein serré dans 25 à 60 % des difficultés d'allaitement [1]. Selon les études, 4 à 10 % des bébés ont un frein « serré », avec une prédominance chez les garçons (de 1,5 à 2,6 garçons pour 1 fille) [1-2-3].

Quand un enfant a un frein de lèvre d'implantation basse, celui-ci se cumule souvent avec un frein de langue serré (*Figure 1*).

Le frein de lèvre supérieure

Le frein de lèvre supérieure (*Figures 2 et 3*) va poser problème lors de la conduite de l'allaitement si son implantation est basse, voire pénétrante vers le palais. En effet, l'implantation basse d'un frein de lèvre réduit énormément la capacité du bébé à « ouvrir grand » la bouche (*Figure 4*).

Cette réduction d'amplitude d'ouverture de la bouche du bébé, due à la retenue que provoque le frein de lèvre supérieure « bas et serré », « rigidifie » la lèvre supérieure. Le contact du frein avec le sein est décrit par certaines femmes comme la sensation d'une « dent » qui appuierait sur leur sein.

Les conséquences tant pour la mère que le bébé seront en lien avec ces éléments.

Pour la mère :

– douleurs des mamelons (décrites comme des « brûlures ») ;

– crevasses dues au frottement du frein de la lèvre supérieure et/ou de la langue si la prise en bouche est vraiment « trop courte » ;

– risque d'engorgement par manque de stimulation avec une éjection insuffisante de lait ;

– canaux lactifères bouchés, provoqués soit par la force du contact du frein sur l'aréole, soit par insuffisance de drainage du sein à cause d'une prise en bouche trop « courte » ;

– mastites (idem) ;

– toutes les problématiques dues aux lésions du mamelon (*Candida albicans*, streptocoque). En effet, qu'il s'agisse de micro-blessures ou de crevasses visibles à l'œil, dès qu'une « porte d'entrée » existe, il y a risque ;

– parfois insuffisance de la lactation par manque de stimulation.

Pour le bébé :

– si insuffisance de lactation, bébé « insatisfait ».

Le frein de langue

Lorsque la langue est soulevée, elle dévoile sa face inférieure. On reconnaît en position centrale le frein ou filet de la langue : il s'agit d'un repli muqueux qui s'étend depuis la gencive linguale jusqu'à la langue. Cette membrane muqueuse médiane unit le plancher de la bouche à la langue, tout en permettant à la partie antérieure de celle-ci de se mobiliser librement.

Le frein de langue va provoquer des difficultés dans la conduite de l'allai-

ooo

tement si son emplacement et/ou sa texture limitent les **fonctionnalités de la langue**.
L'évaluation se fait à plusieurs niveaux : l'implantation du frein + la texture du frein + l'atteinte des fonctionnalités linguales.

L'aspect de la langue

L'implantation du frein et sa texture vont « retenir » la langue et lui donner des formes particulières.
Les freins dits « antérieurs » (dont l'insertion est à l'avant de la langue) sont très faciles à reconnaître, car ils retiennent tellement la langue que celle-ci va prendre la forme d'un « cœur » lors de l'étirement (*Figures 5 et 6*).
Pour les freins dits « postérieurs » (l'implantation est loin sous la langue ou invisible dans la muqueuse), l'évaluation est plus complexe. On peut avoir le sentiment que le bébé tire assez loin sa langue à l'extérieur de la bouche, car il peut, en général, la positionner jusque sur sa lèvre inférieure, voire plus loin. Mais la texture du frein « serré » va, au cours de la tétée, empêcher le bébé de garder cette position dans la durée.
Ce qui va aider à reconnaître ce style de frein, ce sont les éléments suivants : un aspect de la langue plutôt arrondie, comme si le bébé avait une « grosse » langue (*Figure 7*). Elle semble aussi « plate », avec parfois comme un « couloir » en son centre, les côtés peuvent « remonter » (le centre de la langue est retenu par le frein). La limitation des mouvements de la langue pour ces positions de freins est due à la texture « rigide » des fibres. Le diagnostic se fera par une évaluation digitale qui permettra de sentir un frein « ferme, dur » (*Figure 8*).
La langue ayant un rôle de « formatage » de la cavité buccale, on peut retrouver, chez les bébés ayant un frein de langue « serré », une forme particulière de la voûte palatine : très profonde et peu large (*Figures 9, 10 et 11*).

Les conséquences sur l'allaitement

Pour la mère [5-6-7-9-16-17-18-19] :
– douleurs aux mamelons, crevasses dues au frottement de la langue sur le mamelon ;
– toutes les problématiques dues aux lésions du mamelon (*Candida albicans*, streptocoque) ;
– engorgement, canaux lactifères obstrués : l'étirement trop « court » de la langue et la stimulation trop faible de l'aréole provoquent un drainage insuffisant du sein ;
– lactation inadaptée par manque de stimulation.
Pour le bébé [6-7-8-20] :
– succion inadéquate et inefficace (partiellement ou totalement) avec impossibilité de rester « fixé » sur le sein ;
– prise de poids lente, car le lait ne s'éjecte pas bien du sein (parfois cachée par un Réflexe d'Éjection Fort – REF – chez la mère) ;
– comportement d'insatisfaction (tétées interminables, fréquentes, ou alors le bébé fait le « choix » de « se préserver » et est plutôt calme) ;
– selles rares ou absence de selles, confondue avec de la constipation, par manque de transfert de lait maternel ;
– coliques, car le bébé avale de l'air au cours de la tétée ;
– rots abondants pour la même raison (le bébé avale de l'air), voire RGO ;
– signes de fatigue : présence de clonus, possibilité de trémors (tremblements de la langue, du menton) dus à une fatigue des muscles de la langue. En effet, le bébé ayant un frein de langue « serré » doit faire plus d'efforts musculaires pour étirer sa langue et essayer de se maintenir au sein.
Le frein de langue « serré » empêche le bébé de faire les mouvements nécessaires pour stimuler de manière optimale le sein. Pour dépasser les difficultés occasionnées par la présence de ce frein, le bébé développe des mouvements compensatoires :
– une pression excessive avec ses lèvres pour « mieux » adhérer au sein (cette forte pression peut provoquer des ampoules labiales au bébé) ;
– une compression des gencives contre le sein (qui entraîne des traumatismes, un mauvais drainage du sein favorisant l'apparition de difficultés pour la mère : mastite, canaux lactifères obstrués) ;
– une succion inadaptée : le bébé ouvre peu la bouche pour éviter que le sein ne lui échappe (là encore, ce mouvement compensatoire provoque un mauvais transfert du lait et un mauvais drainage du sein, favorisant l'apparition de douleurs et de difficultés pour la mère).

Autres conséquences d'un frein de langue serré

La langue intervient dans d'autres « missions » que la succion du sein. Lorsqu'un bébé a un frein de langue serré, ce sont toutes ces fonctions qui peuvent être atteintes, avec, immédiatement ou à long terme, des conséquences sur la santé. Certaines sont visibles rapidement et permettent de confirmer le diagnostic de frein « serré ».
L'évaluation des freins **doit** se faire en tenant compte des aspects modifiés des fonctions linguales [27].

La respiration [14-15-25-28-30-31-34-35] :
Le frein de langue « serré » maintient la langue plutôt au fond de la cavité buccale. Ce positionnement va entraîner plusieurs soucis. Tout d'abord, la respiration nasale devient difficile à cause de l'obstruction des voies aériennes supérieures (avec ronflement). Pour compenser ce problème, les personnes ayant un frein de langue « serré » ont tendance à avoir une respiration buccale. Les conséquences en sont des pathologies de la sphère ORL et dentaire. On trouve, pour la sphère ORL, un risque plus élevé d'affections oto-rhino-laryngologiques (y compris otites) par manque de filtration (nettoyage), d'humidification, de réchauffement de l'air inspiré (la respiration nasale permet, par la présence des capillaires nasaux, de réchauffer/humidifier l'air inspiré, et par la présence des poils du nez, de le filtrer et le nettoyer). Les risques de polyallergies sont probablement pour cela augmentés. On retrouve aussi plus de SAOS (Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil, en anglais OSA, Obstructive Sleep Apnea), et un état d'hypercapnie qui provoque un sommeil non réparateur, ayant pour conséquence une somnolence diurne, qui, chez l'enfant, va plutôt se manifester par des troubles du comportement et/ou émotionnels, une

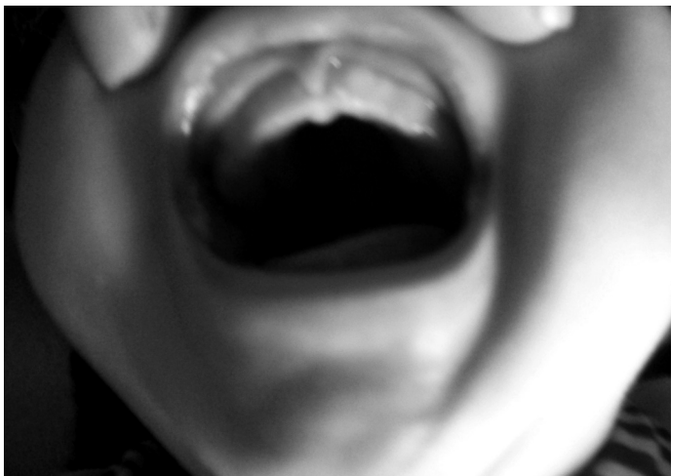
Figure 5

Figure 6

Figure 7

Figure 8 (ci-dessus)

Figure 9 (ci-dessous)



hyperactivité associée à des siestes occasionnelles et plutôt courtes, peut-être liées à de l'anxiété due aux apnées. Les risques de MSN (Mort Subite du Nourrisson) seraient aussi plus élevés pour les bébés porteurs de frein « serré ». Chez les enfants d'âge scolaire, on remarquera des troubles de la concentration et de la mémorisation. Pour la sphère dentaire, l'assèchement de la bouche par la respiration buccale amplifie vraisemblablement les risques de caries dentaires (la salive ayant un effet protecteur).

La digestion [9-10-11-12-13-26] :

La langue intervient à la fois sur les fonctions de mastication et de déglutition. Avec le frein de langue serré, ces deux fonctions sont atteintes. Les troubles occasionnés peuvent être des douleurs abdominales (avec des pleurs importants), l'émission de selles « explosives », un RGO (reflux gastro-œsophagien), une « fausse constipation ». On peut voir chez certains bébés un « décalage » de l'introduction des solides, ou un « choix » de certains aliments avec refus d'autres. En effet, les troubles de la mastication perturbent la capacité de ces bambins à modifier suffisamment leur « bol alimentaire ».

La phonation [21-24] :

La phonation nécessite une mobilité linguale. Là encore, un frein de langue serré va venir perturber cette capacité. On retrouve en séances d'orthophonie un certain nombre d'enfants pour lesquels la cause principale du défaut de prononciation est le frein serré non sectionné. Bien entendu, en fonction de l'âge de l'enfant à la section du frein, des séances de rééducation avec un orthophoniste pourront s'avérer nécessaires.

L'implantation dentaire, le développement maxillo-mandibulaire, le formatage de la cavité buccale et la croissance crânio-faciale [22-23-25-33] :

Le frein de langue « serré » va modifier le développement maxillo-mandibulaire par le manque de mobilité de la langue, ainsi que l'implantation dentaire par le fait entre autres de « tirer » vers l'intérieur de la bouche les incisives de la mâchoire inférieure (*Figure 12*). La croissance crânio-faciale est aussi dépendante de la mobilité linguale. On retrouvera chez les personnes avec un frein serré des problèmes tels qu'une sinusite chronique par modification des cavités sinusales, des tensions cervicales et dorsales. Un certain nombre d'adultes auront aussi des céphalées et des migraines.

Que faire ?

Les spécialistes vont réaliser une freinectomie, c'est-à-dire une ablation du frein, afin de libérer la langue dans toute son amplitude. La freinectomie est différente de la frénotomie, qui est une section du frein en son milieu. Cette dernière, souvent pratiquée en première intention sur les nouveau-nés et bambins, pourra ne pas suffire à libérer complètement la langue, entraînant le maintien des difficultés d'allaitement. La freinectomie, elle, va permettre des améliorations notoires tant dans la conduite de l'allaitement que dans toutes les fonctionnalités de la langue : meilleure succion du sein, moins ou plus du tout de douleurs des mamelons pour la mère, meilleure éjection du lait, augmentation de la lactation à distance du geste, meilleure prise de poids pour le bébé, meilleure tenue du bébé

au sein, meilleur sommeil, amélioration des troubles digestifs... [5-6-8-21-37-38-40-42-43-45-46]

En France, il n'existe qu'un petit nombre de spécialistes (ORL, dentistes) qui connaissent les problèmes d'allaitement occasionnés par les freins de lèvre supérieure et de langue, et pratiquent le geste sur les bébés.

Plusieurs s'accordent à dire que pour les « jeunes patients », la technique d'intervention au laser semble être bénéfique, car elle permet d'effectuer un geste complet, rapide, avec très peu d'inconfort pour le patient [36]. Une vidéo montrant une *frénotomie complète* sans pleurs et avec cautérisation immédiate grâce à cette technique, existe en ligne (vidéo et commentaires réalisés par Charlotte Yonge, consultante en lactation IBCLC et animatrice LLL Paris English) :

http://www.youtube.com/user/astharte2001/videos?view=0

Les suites opératoires sont assez simples, et la mise au sein se fait immédiatement après le geste. L'intérêt est double : ce sera la première fois que le bébé pourra téter avec une meilleure amplitude, et le lait maternel a des vertus anti-infectieuses. De plus, la mise au sein a un effet antalgique (qui réduit la douleur).

Des gestes sur la cicatrice peuvent être parfois demandés aux mères afin d'éviter les adhérences qui risqueraient de réduire à nouveau la capacité du bébé à étirer sa langue [47].

Bien entendu, ce sont les mises au sein répétées qui permettront au bébé de rééduquer sa technique de succion. À cela, on pourra ajouter le mimétisme, en lui faisant voir comment ouvrir « grand » la bouche et « tirer loin » la langue. Le peau à peau et le « biological nurturing© » (concept créé par le Dr Suzanne Colzon, voir : biologicalnurturing.com) seront des aides intéressantes pour permettre au bébé de réapprendre à téter.

Pour la mère, il faudra parfois aider à stimuler la lactation très rapidement, car le bébé ne faisant pas ce travail, l'offre de lait maternel risque de chuter par rapport à ses besoins (tire-lait double pompage, galactagogues).

Faute d'intervention ou en l'attendant, il faudra aider le bébé à optimiser son positionnement au sein de manière à ce qu'une grande partie de l'aréole entre dans sa bouche, afin de faciliter le transfert de lait et éviter à la mère les douleurs provoquées par la pression des gencives. La prise palmaire du sein (*Figure 13*) peut permettre au bébé de rester plus facilement sur le sein, car elle l'aide à contrôler sa mâchoire inférieure. Toutes les techniques qui vont permettre au bébé de recevoir suffisamment de lait seront aussi à envisager (compression du sein pour qu'il reçoive plus de lait lors des tétées, DAL...).

Conclusion

Pour la conduite de l'allaitement, mais aussi pour les conséquences à long terme d'un frein de langue « serré », il apparaît important de repérer, valider et agir sur cette problématique. Toutefois, cela nécessite la pose du diagnostic par un professionnel compétent, car même si le geste reste « simple », il s'agit quand même d'une intervention à ne pas banaliser, et tous les problèmes d'allaitement ne sont pas dus à un frein « serré ».

Février 2013

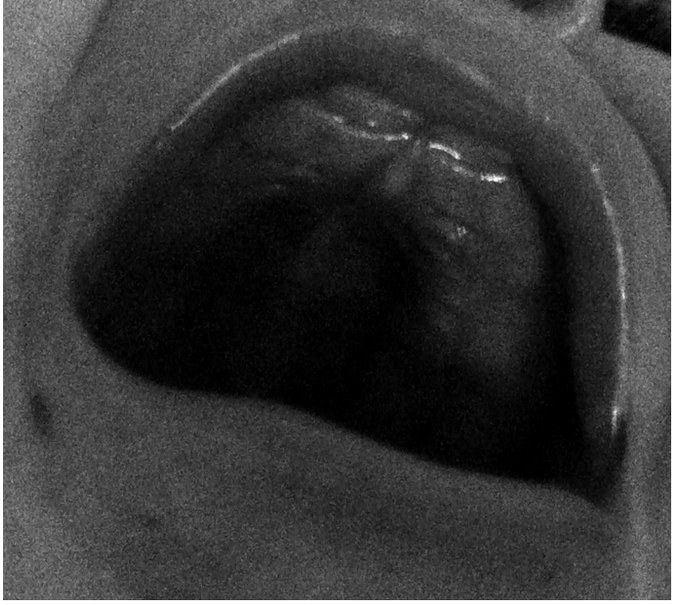


Figure 10

Figure 11

Figure 12 (ci-dessus)

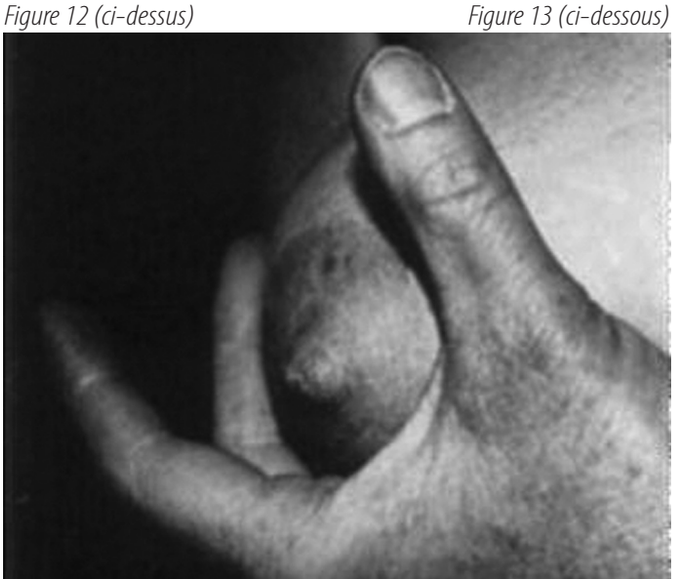


Figure 13 (ci-dessous)

Remerciements pour les crédits photo à Angélique, Clémence, Danielle, Isabelle et Pauline. Crédits photo pour les figures 5 et 6 : Standford School of Medicine, photo by Janelle Aby, MD.
Comité de relecture : Charlotte Yonge, Françoise Railhet, Roselyne Duché-Bancel, Sylvie Ricochon.

Références

[1] Hogan M, Westcott C and Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *Journal of Paediatric and Child Health* 2005 ; 41(5-6) : 246-250.
[2] Messner AH et al. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000 ; 126(1) : 36-9.
[3] Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. *Can Fam Physician* 2007 ; 53(6) : 1027-33.
[5] Hazelbaker AK. *The assessment tool for lingual frenulum function: use in a lactation consultant private practice*. Unpublished master's thesis, Pacific Oaks College, Pasadena CA, 1993.
[6] Marmet C, Shell E, Marmet R. Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems. *Journal of human lactation* 1990 ; 6(3) : 117-121.
[7] Watson Genna C. *Supporting sucking skills in infants*, Jones and Bartlett, 2008.
[8] Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002 ; 110(5) : e63.
[9] Fernando C. *Tongue tie: from confusion to clarity,* Tandem Publications, 1998.
[10] Defabianis P. Ankyloglossia and its influence on maxillary and mandibular development. *The functional orthodontist* 2000 ; 17(4) : 25-33.
[11] Coryllos E, Watson Genna C, Salloum AC. Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. *Breasfeeding: best for mother and baby newsletter* 2004, 1-6.
[12] Griffiths DM. Do tongue ties affect breastfeeding? *Journal of human lactation* 2004 ; 20(4) : 409-414.
[13] Furer R. Subfunctional tongue and upper lip release in nursing babies, 2008, http://roeefurer.blogspot.com
[14] Wolf RP, Glass LS. *Feeding and swallowing disorders in infancy : assessment and management*, Therapy Skill Builders, 1992.
[15] Mukai S, Mukai C, Asaoka K. Ankyloglossia with deviation of the epiglottis and larynx. *Annals of otolaryngology, rhinology and laryngology* 1991 ; 153 : 3-20.
[16] Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay DJ et al. Newborn tongue tie: prevalence and effect on breast-feeding. *J Am Board Fam Proct* 2005 ; 18 : 1-7.
[17] Woolridge MW. Aetiology of sore nipples. *Midwifery* 1986 ; 2(4) : 172-6.
[18] Amir LH, Pakula S. Nipple pain, mastalgia and candidiasis in the lactating breast. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1991 ; 31(4) : 378-80.
[19] Hamlyn B, Brooker S, Olienkova K et al. *Infant feeding survey*, The Stationery Office, 2000.
[20] Ramsay DT. *Ultrasound imaging of the effect of frenulotomy on breast feeding infants with ankyloglossia* (abstract). Paper presented at the 12th international conference of the International Society for Research in Human Milk and Lactation, Cambridge, UK, 2004.
[21] Messner AH, Lalakea ML. The effect of ankyloglossia on speech in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002 ; 127(6) : 539-545.
[22] Garliner D. *Myofunctional therapy in dental practice*. Institute for myofunctional therapy, 1974.
[23] Goldberger JM. Tongue thrust: report of cases. *Journal of the American Dental Association* 1973 ; 86(3) : 667-671.
[24] Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *A textbook of oral pathology*, WB Saunders, 1974.
[25] Couly G. La langue, appareil naturel d'orthopédie dento-faciale « pour le meilleur et pour le pire ». *Revue Orthop Dento-faciale* 1989 ; 23 : 9-17.
[26] Lejoyeux E. La déglutition dysfonctionnelle : quoi de neuf ? *Rééducation orthophonique* 2006 ; 226 : 22.
[27] Leloup G. Sémiologie de la déglutition dysfonctionnelle et des dysfonctions oro-faciales. *Rééducation orthophonique* 2006 ; 226 : 36.
[28] Thépaut G, Fournier M. Rééducation de la déglutition : intérêts et limites. *Rééducation orthophonique* 2006 ; 226 : 43.
[30] Palmer B. Allaitement et freins lingual et labial, décembre 2003.
[31] Palmer B. Snoring and spleep apnoea: how it can be prevented in childhood, 2010, http://www.brianpalmerdds.com
[32] Hazelbaker AK. *Tongue-tie. Morphogenesis, impact, assessment and treatment*, Aidan and Eva Press, 2010, p. xii.
[33] Talmant J. Ventilation et mécanique de l'oro-pharynx. *Revue Orthop Dento-faciale* 1998 ; 32 : 105-166.
[34] Challamel MJ. Le syndrome d'apnée du sommeil, du diagnostic au traitement. *Arch Pediatr* 2001 ; 8(suppl 2) : 377-379.
[35] Fournier M. Les priorités de la rééducation. *Rééducation orthophonique* 2006 ; 226 : 67.
[36] Kotlow LA. Using the Erbium : YAG Laser to correct an abnormal lingual frenulum attachment in newborns. *The journal of the academy of laser dentistry* 2004 ; 12(3) : 22-23.
[37] Geddes DT, Langton DB, Gollow I, Jacobs LA, Hartmann PE, Simmer K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008 ; 122(1) : e188-e194.
[38] Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics* 2011 ; 128(2) : 280-288.
[40] Masaitis NS, Kaempf JW. Developing a frenotomy policy at one medical centre: a case study approach. *Journal of Human Lactation* 1996 ; 12(3) : 229-232.
[42] Dollberg S, Botzer E, Grunis E, Mimouni FB. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. *Journal of pediatric surgery* 2006 ; 41(9) : 1598-1600.
[43] Wallace H, Clarke S. Tongue tie division in infants with breastfeeding difficulties. *International journal of pediatric otorhinolaryngology* 2006 ; 70(7) : 1259.
[45] Berry J, Griffiths M, Westcott C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. *Breastfeeding Medicine* 2012 ; 7(3) : 189-193.
[46] Malzacher A, Keel S, Losa M. Ankyloglossia: to cut or not to cut ? *Paediatrica* 2010 ; 21(3) : 32-34.
[47] Centre de médecine familiale Herzl, Clinique d'allaitement Goldfarb, Hôpital général juif, Montréal. *Frein de langue court ou ankyloglossie*, document à l'intention des patients, 2010, mise à jour 2012.