

Grille décisionnelle de la frénotomie chez la dyade d'allaitement

© 2020 Carole Dobrich¹

Veuillez vous lire et vous référer au Guide sur l'utilisation de la GDFDA

Date:	Évaluateur :			
Bébé:	Âge :	Parent:		
PARTIE 1 (Oui=1 / Non=0) cotez tous les choix qui s'appliquent			1	0
1. Mère/parent allaitant a de la douleur/blessure aux mamelons en allaitant				
2. Nourrisson ne peut maintenir la succion (bruit de claquement, lait qui coule, etc.)				
3. Tétées sont interminables selon la mère/parent allaitant (selon sa description)				
4. Peu de transfert de lait observé (ratio succion-déglutition élevé, peu de déglu. audibles)				
5. Nourrisson (> 5 jours) avec gain de poids < 20g/jour sans suppléments				
Total =			/5	
PARTIE 2 (Oui=1 / Non=0) cotez tous les choix qui s'appliquent			1	0
Le nourrisson a une membrane visible ou palpable, antérieure ou à la base de la langue, qui restreint les mouvements de la langue de la façon suivante :				
1. Incapacité à élever la langue au moins à mi-chemin de la bouche grande ouverte				
2. Incapacité de mouler ou de maintenir la succion avec la langue sous le sein ou le doigt				
3. Incapacité de sortir la langue au-delà de la gencive inférieure ou la langue s'étire avec une traction visible au bout de la langue (langue forme un creux ou pointe en cœur)				
4. Mouvements latéraux de la langue restreints				
5. Langue blanchâtre avec une absence de plaques blanches ailleurs (leucoplasie)				
Total =			/5	
PARTIE 3 (Oui=1 / Non=0) cotez tous les choix qui s'appliquent			1	0
Le nourrisson a une membrane labiale visible ou palpable au centre de la lèvre supérieure entre la lèvre et la gencive qui cause au moins un des effets suivants:				
1. Lèvre supérieure est repliée vers l'intérieur à la succion ou elle se replie vers l'extérieur seulement sur son contour. La lèvre est toujours serrée.				
2. Décoloration péri-orale et/ou des plis nasolabiaux				
3. Lèvres 2 couleurs (plus pâle vers l'intérieur de la lèvre)				
4. Cloques qui persistent sur la lèvre				
5. Blanchiment (tension) sur la gencive lorsque la lèvre est retournée vers le nez				
Total =			/5	

POINTAGE : Le pointage doit être positif dans au moins 2 parties (1 & 2 ou 1 & 3)

Partie 1 /5 + Partie 2 /5 = /10	≥ 2 nécessite éval. approfondie, traitement envisagé	☐oui ☐non
Partie 1 /5 + Partie 3 /5 = /10	≥ 2 nécessite éval. approfondie, traitement envisagé	☐oui ☐non

Nom de l'évaluateur _____

Signature _____

Frénotomie linguale effectuée	☐oui ☐non
Frénotomie labiale effectuée	☐oui ☐non

© 2020 Carole Dobrich¹, inspiré de: Srinivasan A., Dobrich C, Mitnick H., Feldman P. "Ankyloglossia in breastfeeding infants: the effect of frenotomy on maternal pain and latch." Dans Breastfeeding Medicine: 2006. 1(4): 216-224. Ce document ne peut être modifié en entier ou en partie sans l'accord de l'auteure. Il peut être reproduit et distribué sans permission à condition de ne pas être utilisé dans un contexte où le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions subséquentes ne sont pas respectés. Pour de plus amples informations, veuillez contacter Carole Dobrich à carole@health-e-learning.com (juin 2020)

Grille décisionnelle de la frénotomie chez la dyade d'allaitement

© 2020 Carole Dobrich¹

Veillez vous lire et vous référer au *Guide sur l'utilisation de la GDFDA*

Guide sur l'utilisation de la Grille décisionnelle de la frénotomie chez la dyade d'allaitement (GDFDA)

*****Imprimez le document pour vous en servir ultérieurement*****

L'allaitement étant le comportement alimentaire normal, il est important d'observer la dyade lors de l'allaitement. Les nourrissons peuvent avoir des freins visibles ou palpables qui n'interfèrent pas avec l'allaitement. Le simple fait de voir ou de palper un frein ne veut pas dire qu'il doit être traité. Les techniques de base en allaitement comme le contact peau à peau, l'allaitement instinctif (position de la prise du sein autonome) et les ajustements de la prise du sein doivent être tentés en premier lieu et les efforts pour protéger la production de lait doivent être mis en place lorsqu'un ou des freins posent problème.

Les familles qui ont un suivi avec des médecins, dentistes, IBCLC et autres types de thérapeutes physiques informés auront les meilleurs résultats.

La GDFDA est un outil qui aide les professionnels de la santé dans leur évaluation de l'allaitement lorsque le nourrisson présente un problème de frein lingual ou labial. La GDFDA constitue **une** partie seulement de l'évaluation du frein lingual ou labial. L'outil dirige la prise de décision en lien avec le frein problématique. L'allaitement est le résultat des comportements de 2 personnes alors on doit pouvoir évaluer la mère/parent allaitant et le nourrisson. L'outil est divisé en 3 parties. Les parties 1 et 2 font référence au frein lingual et la partie 3 au frein labial.

La partie 1 est une évaluation et une description de l'allaitement en regardant à la fois la mère/parent allaitant et le nourrisson.

1. **Mère/parent allaitant a de la douleur/blessure aux mamelons en allaitant.** La mère/parent allaitant décrit son niveau de douleur. La douleur est présente tout au long de la tétée et peut varier en intensité. L'ajustement de la prise du sein ne suffit pas à éliminer complètement la douleur. Il peut y avoir des crevasses ou des plaies sur ses mamelons provenant de l'irritation constante causée par le frein serré.
2. **Le nourrisson ne peut former un sceau sur le sein ou maintenir la succion, il fait des bruits de claquement ou du lait s'écoule de la bouche en tétant.** Certains bébés n'arrivent pas à prendre le sein dans leur bouche ou à ouvrir grand alors que d'autres ont une bonne prise initiale mais ils glissent rapidement vers une prise superficielle. Il peut y avoir un bruit de claquement quand l'enfant tète car la langue n'arrive pas à maintenir le sceau. Si la production de lait est abondante, il pourrait y avoir un écoulement de lait de la bouche lors de la tétée. Si un dispositif d'aide à l'allaitement est utilisé, il est possible que le bébé n'arrive pas à bien transférer le lait car la succion n'est pas maintenue.
3. **Les tétées sont interminables selon la mère/parent allaitant.** La mère/parent allaitant décrit les tétées ainsi : *“se succédant sans arrêt”, “je ne peux pas les compter car je ne sais jamais quand une commence ou qu'elle finit”, “les tétées durent des heures”, “mon bébé ne semble jamais satisfait”,* etc.
4. **Peu de transfert de lait observé (ratio succion/déglutition élevé).** Vous **devez observer** toute une tétée pour évaluer cet aspect. Vous remarquerez peut-être que le bébé fait beaucoup de mouvements de succion avec peu de déglutitions. Le mouvement ressemble à une mastication. Le bébé tend à se fatiguer au cours de la tétée et reste au sein MAIS ne transfère presque pas de lait. On doit évaluer l'élimination de l'urine et des selles. Si un dispositif d'aide à l'allaitement est utilisé, le bébé n'arrive pas à transférer de lait car il ne peut maintenir une succion assez forte pour tirer le lait hors du tube.

© 2020 Carole Dobrich¹, inspiré de: Srinivasan A., Dobrich C, Mitnick H., Feldman P. “Ankyloglossia in breastfeeding infants: the effect of frenotomy on maternal pain and latch.” Dans *Breastfeeding Medicine*: 2006. 1(4): 216-224. Ce document ne peut être modifié en entier ou en partie sans l'accord de l'auteur. Il peut être reproduit et distribué sans permission à condition de ne **pas** être utilisé dans un contexte où le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions subséquentes ne sont pas respectés. Pour de plus amples informations, veuillez contacter Carole Dobrich à carole@health-e-learning.com (juin 2020)

Grille décisionnelle de la frénotomie chez la dyade d'allaitement

© 2020 Carole Dobrich¹

Veillez vous lire et vous référer au *Guide sur l'utilisation de la GDFDA*

- 5. Le bébé (> 5 jours) prend moins de 20g/jour sans suppléments.** Les nourrissons se stabilisent généralement et commencent à prendre du poids au 5^e jour. Vous pouvez indiquer N/A si le bébé est âgé de < 5 jours. Le gain de poids varie avec l'âge et les grammes/jour varient aussi. Le bébé peut sembler maintenir son poids ou gagner juste un peu sous la moyenne. Certains bébés ont un arrêt de croissance et plusieurs sont incapables de maintenir un gain de poids moyen suffisant et des suppléments ont été recommandés. Certains bébés ont une croissance normale au début car la production de lait est sous le contrôle hormonale mais le poids devient problématique lorsque le bébé ne draine pas bien les seins et que la synthèse de lait ralentit.

La partie 2 est une évaluation et une description de l'anatomie orale du nourrisson par rapport à l'apparence, les mouvements et les restrictions de la langue.

Le nourrisson possède une membrane visible ou palpable antérieure ou à la base de la langue qui restreint les mouvements de la langue de la façon suivante :

- 1. Une incapacité à élever la langue au moins à mi-chemin de la bouche grande ouverte.** Lorsque le bébé ouvre la bouche, la langue peut-elle s'élever sans restriction? La mère/parent allaitant a-t-elle observé que la langue repose au palais à l'occasion? La langue du bébé reste-t-elle bien collée au bas de la bouche lorsque le bébé pleure?
- 2. Une incapacité pour la langue de rester moulée et de maintenir la succion sous le sein ou le doigt.** Certains bébés parviennent à prendre le sein en bouche mais ils glissent jusqu'au mamelon ou n'arrivent pas à maintenir le sceau. Il peut y avoir un retroussement de la langue (bosse) plutôt qu'une forme en C qui love le dessous du sein pendant la succion.
- 3. Une incapacité de sortir la langue au-delà de la gencive inférieure et/ou il y a un creux au centre de la langue lors de l'extension (en forme de bol ou pointe en forme de cœur).** La mère/parent allaitant aura peut-être remarqué que le bébé ne sort pas la langue ou que les rebords de la langue se retroussent vers le haut alors que la ligne médiane de la langue reste plus basse et forme une crevasse ou un cœur à l'extrémité.
- 4. Mouvements latéraux de la langue restreints.** La langue du bébé sera resserrée sur elle-même ou aura l'air plus épaisse lorsque le bébé tente de la bouger latéralement. Le bout de la langue ne bouge presque pas latéralement.
- 5. Langue blanchâtre avec une absence de plaques blanches ailleurs (leucoplasie).** Beaucoup ont remarqué que la langue à une couche blanche sur la moitié arrière de la langue et cette observation est souvent interprétée comme une infection avec du candida (muguet). La dyade est souvent traitée pour une mycose, sans amélioration.

On doit obtenir un pointage positif dans les 2 parties (1 & 2). Si le pointage total est ≥ 2 , une référence à un professionnel spécialisé en alimentation infantile est essentielle. La frénotomie pourrait être recommandée suite à une évaluation approfondie de l'allaitement. Plus le pointage est élevé, plus la frénotomie est probable.

© 2020 Carole Dobrich¹, inspiré de: Srinivasan A., Dobrich C, Mitnick H., Feldman P. "Ankyloglossia in breastfeeding infants: the effect of frenotomy on maternal pain and latch." Dans *Breastfeeding Medicine*: 2006. 1(4): 216-224. Ce document ne peut être modifié en entier ou en partie sans l'accord de l'auteure. Il peut être reproduit et distribué sans permission à condition de ne pas être utilisé dans un contexte où le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions subséquentes ne sont pas respectés. Pour de plus amples informations, veuillez contacter Carole Dobrich à carole@health-e-learning.com (juin 2020)

Grille décisionnelle de la frénotomie chez la dyade d'allaitement

© 2020 Carole Dobrich¹

Veillez vous lire et vous référer au *Guide sur l'utilisation de la GDFDA*

La partie 3 est une évaluation et une description de l'anatomie orale du nourrisson par rapport à la lèvre supérieure, de la membrane labiale et des gencives en termes d'apparence et de restrictions.

Le nourrisson a une membrane labiale visible ou palpable au centre de la lèvre supérieure entre la lèvre et la gencive qui cause au moins un des effets suivants :

- 1. La lèvre supérieure est repliée vers l'intérieur à la succion ou elle se replie vers l'extérieur seulement sur son contour. La lèvre est toujours serrée.** Le bébé n'arrive pas à former un sceau complet. Les lèvres ne forment pas un sceau également. Les mères/parents allaitants vont souvent dire qu'elles doivent elles-mêmes retrousser la lèvre du bébé vers l'extérieur.
- 2. Une décoloration péri-orale et/ou des plis nasolabiaux.** Le bébé a des marques blanches (décoloration) visibles au-dessus et en dessous des lèvres ou des traits rouges au niveau de la lèvre supérieure entre la lèvre et les joues pendant ou après la tétée.
- 3. Les lèvres 2 couleurs (plus pâles vers l'intérieur de la lèvre).** Il y a deux teintes visibles aux lèvres après la tétée qui n'étaient pas là avant la tétée.
- 4. Des cloques qui persistent sur la lèvre.** Elles peuvent être centrales au niveau de la lèvre supérieure ou même présentes sur les 2 lèvres.
- 5. Blanchiment (tension) sur la gencive lorsque la lèvre est retournée vers le nez.** Vous pourriez remarquer un changement de la couleur des gencives et/ou autour des restrictions de la lèvre lors du retroussement.

On doit obtenir un pointage positif dans les 2 parties (1 & 3). Si le pointage total est ≥ 2 , une référence à un professionnel spécialisé en alimentation infantile est essentielle. Une frénotomie labiale pourrait être recommandée suite à une évaluation approfondie de l'allaitement. Plus le pointage est élevé, plus la frénotomie est probable.