



## **Faire moins ou mieux les traitements ? Protocole pour la prise en charge du syndrome de restriction oro-maxillo-faciale.**

Un frein buccal restrictif est une condition où une membrane sous la langue ou sous la lèvre supérieure, un frénum, est suffisamment serré pour exercer une traction sur la langue et ou sur la mâchoire au point de restreindre les mouvements normaux. Cette condition peut affecter la succion, la déglutition, la respiration, la digestion, l'alimentation, l'orthodontie, les fonctions ORL, la parole et autres fonctions buccales. Dans certains cas, une intervention chirurgicale peut être nécessaire pour sectionner le frénum. Comment savoir si une intervention chirurgicale sur un frénum est utile ?

La majorité des bébés naissent avec des tensions structurelles qui vont le plus souvent se manifester après les 5 premiers jours. La croissance crânienne peut révéler des restrictions auparavant passées inaperçues en raison de la traction par un frein buccal, par des restrictions dans le fascia ou par des restrictions dans les cervicales, exercées H24 sur les structures. Si ces restrictions sont importantes, les fonctions les plus basiques, telles que manger, dormir et respirer peuvent être perturbées. Si les cervicales ou le fascia subissent une restriction, les muscles de la langue, et aussi peut-être des joues et les muscles orbiculaires (les muscles qui entourent la bouche), seront rigides au lieu de souples, ce qui peut avoir un impact sur le fonctionnement général de l'alimentation, la respiration et le sommeil. Puisque tous les systèmes sont interdépendants, un enfant peut rester en souffrance, incompris, jusqu'à ce que les restrictions soient traitées.

Le nerf vague est le plus long des nerfs, descendant jusqu'à l'estomac. Il n'est pas rare que des restrictions dans le palais et/ou autres structures de la sphère maxillo-faciale soient anormalement placées, comprimant ainsi le nerf vague, donnant un réflexe nauséux exagéré.

Passer une plume sur le visage ou autrement « habituer » l'enfant à ce réflexe nauséux exagéré ne va pas le soulager de la cause tant que les structures ne sont pas mobilisées de manière à ce que le nerf vague prenne sa place normale.

Les chiropracteurs pédiatriques sont formés pour mobiliser toutes les structures qui touchent au système nerveux. C'est la spécificité des chiropracteurs, la mobilisation des structures impliquées dans le système nerveux. Il existe des exercices que les parents peuvent pratiquer pour relâcher la restriction dans le fascia. Ces exercices sont à faire à la maison, prenant la forme d'un jeu. L'enfant doit être repu et engagé, ces jeux de langue et étirements du fascia buccal doivent être un moment de plaisir et de complicité avec le parent.

Si le bébé est allaité, la première personne à évaluer la situation est une consultante en lactation IBCLC. Une IBCLC est la professionnelle la plus qualifiée pour vérifier la bonne pratique de l'allaitement, vérifier que les positions d'allaitement soient adaptées et que la mère puisse mettre en place des techniques, approches et outils qui permettront une prise du sein profonde et une production lactée optimale malgré des restrictions maxillo-faciales, même si un frein entrave la mobilité linguale.

Une IBCLC pour l'allaitement, un chiropracteur pédiatrique ou un ostéopathe pour mobiliser les structures, ainsi que les parents, peuvent libérer la tension dans le fascia, s'ils savent comment faire.

Voilà le protocole court et simple pour écarter des causes possibles de restrictions maxillo-faciales, avant de conclure qu'il faut couper un frein lingual. Sans ces étapes, on ne peut pas dire si une frénotomie ou frénectomie soit une intervention nécessaire.

### **Le protocole de prise en charge des freins buccaux restrictifs :**

1. Dépistage
2. Examen anatomique
3. Bilan fonctionnel avec compte rendu écrit.
4. Rééducation pré-intervention
5. Intervention par un praticien formé
6. Rééducation post-intervention.



La langue est responsable du développement maxillo-facial. Un frein buccal est une membrane, sans innervation, qui parfois reste intacte ou partiellement intacte, au lieu de dégénérer dans la période du développement intra-utérine.

Si ce tissu conjonctif effectue une traction sur la langue, toutes les structures maxillo-faciales subiront cette tension. Ainsi une mobilité linguale entravée aura un impact sur le développement maxillo-facial. Les restrictions linguales et oro-faciales seront constatées par un ensemble de symptômes, mais tous les symptômes ne sont pas la preuve d'un frein buccal restrictif.

Une restriction dans la colonne vertébrale ainsi qu'une restriction dans le fascia (un système de tissu conjonctif qui enveloppe les muscles) peuvent aussi être la cause d'une dysfonction oro-faciale. Puisqu'une association cohérente et caractéristique des symptômes peut mener à un diagnostic, les symptômes liés à la restriction dans la sphère oro-faciale peuvent être qualifiés de **syndrome**.

Des symptômes de restriction oro-faciale, ou syndrome RMF s'il s'agit d'un frein buccal toujours intact ou partiellement intact ou des restrictions dans le fascia ou des restrictions dans les structures comprennent des difficultés à téter, des difficultés à mastiquer, des difficultés dans la déglutition, dans la respiration, de l'apnée du sommeil, des troubles de la digestion, RGO, malocclusion, mauvaise hygiène dentaire, des troubles de l'élocution, des migraines et maux de tête inexplicables, du bruxisme, des allergies alimentaires, les maux du dos, des torticolis chroniques et des troubles du comportement.

Les freins buccaux se trouvent sur la ligne médiane comme les fentes palatines ou fentes labiales. Faut-il traiter moins ou mieux les fentes palatines et fentes labiales ? Si un frein empêche un développement libre et normal, une prise en charge ne me semble pas discutable. Pourtant tous les jours des praticiens pratiquent des frénotomies incomplètes, c'est-à-dire au lieu de libérer la langue en coupant jusqu'au bout de la membrane sous la langue, seulement 1 ou 2 millimètres seront coupés, laissant l'enfant avec ses mêmes problèmes en moins aiguës, ce qui donne la réputation en France d'un acte inefficace.

Sans formation dans les dysfonctions oro-buccales, comment peut-on prétendre qu'un praticien de médecine peut imaginer un lien entre des troubles de l'alimentation, de la respiration et d'autres fonctions et un frein buccal restrictif ? Si le patient présentait une fente palatine ou fente labiale, le traiter serait évident, au contraire de ce petit fil sous la langue et sous la lèvre supérieure qui discrètement, de manière sournois, nuit à la santé.

**Le cœur du problème.** La prise en charge des freins restrictifs comprend une thérapie de soins manuels sur le fascia et sur les structures associées, telles que les cervicales, avant et après une intervention médicale sur un frein buccal. En effet, couper un frein lingual (une frénectomie ou frénotomie), ce qui est la partie médicale d'une prise en charge des restrictions oro-faciales, sans y associer une thérapie de soins manuels, a de fortes chances de donner des résultats partiels et ou temporaires.

En outre, couper un frein partiellement (pratique courante chez les praticiens n'ayant pas bénéficié d'une formation sur les freins restrictifs) et l'absence de soins manuels du corps du patient, constituent une prise en charge partielle. Les symptômes bien que moins prononcés chez le patient vont persister, tandis que les parents seront menés à croire qu'il ne reste plus rien à faire.

La vaste majorité des praticiens de médecine dans le monde, n'auront pas suivi une formation spécifiquement sur la prise en charge des freins buccaux avant d'en pratiquer. Sans prise en charge d'un frein restrictif incluant une consultation avec une consultante IBCLC pour les bébés allaités, une mobilisation des structures avec un thérapeute des soins manuels et le relâchement des restrictions du fascia par les parents ou un kinésithérapeute formé dans les freins restrictifs, il n'est pas surprenant de constater que de nombreux parents se plaignent du peu d'amélioration après une frénotomie. Prétendre que seule une frénotomie peut résoudre l'impact subi chez le patient est irréaliste.

Comment savoir si un frein buccal est vraiment responsable d'une mobilité entravée dès la naissance ? En effet il existe une poignée d'outils d'évaluation qui évaluent la mobilité de la



langue et l'aspect des freins, dont l'un d'eux, l'outil de Roberta Martinelli, est utilisé au Brésil dans chaque maternité et dans chaque hôpital à chaque naissance par décret depuis 2012.

Dépister un frein restrictif est libre à tous, mais un chirurgien sérieux va exiger un bilan écrit par un professionnel formé dans les freins restrictifs avant d'accepter une prise de RDV pour traitement d'un frein buccal. Si un frein restrictif est dépisté à la naissance, une frénotomie complète (aux ciseaux) pratiquée dans la maternité préviendrait une pléthore de pathologies, ce qui relève d'une approche de prévention. En revanche, poursuivre une approche curative plutôt qu'une approche préventive semble être ce vers quoi un certain nombre de professionnels du monde médical semblent tendre.

La pratique d'un acte de prévention est bénéfique pour tous. Quand un frein n'est pas traité ou traité que partiellement à la naissance, il incombe aux parents de percevoir des symptômes qui signalent la possibilité des restrictions.

Bien que les freins buccaux fussent traités depuis au moins Moïse (4 :10 Exode) et qu'on puisse lire les instructions du traitement des freins dans des textes médicaux depuis le premier canon de médecine, d'Avicenne de Perse, la pratique ancestrale fut abandonnée vers les années 50 lorsque les pratiques traditionnelles des sage-femmes furent interdites à l'accouchement.

Les accouchements devenus médicalisés, l'évaluation de la capacité à téter chez le nouveau-né fut abandonnée avec d'autres pratiques traditionnelles. Aujourd'hui à la naissance, la capacité de téter n'est toujours pas prise en compte. Puisqu'une bonne mobilité linguale est essentielle pour assurer le transfert du lait lors de la tétée, il me semble qu'une évaluation pratiquée par une professionnelle formée et compétente a une place primordiale si non pas à la naissance alors dans les jours et semaines suivant la naissance.

Aujourd'hui la formation qui prévaut dans le parcours de diplôme en médecine pédiatrique est un module obligatoire sur « l'alimentation infantile » offert gracieusement par Nestlé.

Ainsi depuis les années 60 des nouvelles spécialités naquirent tel que l'orthodontie, l'orthophonie, ORL, gastro-entérologue et médecine pédiatrique pour traiter des symptômes si souvent liés à un frein buccal restrictif, contribuant ainsi à la floraison des industries entières, en particulier l'industrie pharmaceutique et l'industrie d'alimentation « destinée aux enfants ».

Si des praticiens pratiquent des frénotomies partiellement et de plus n'assurent pas une prise en charge qui inclut une consultation avec une consultante IBCLC pour des bébés allaités et des thérapies de soins manuels, en effet on peut crier au scandale, mais on ne peut certainement pas prétendre qu'une frénotomie serait pratiquée en raison des mamelons douloureux.