

# Déclaration de principe de l'Academy of Breastfeeding Medicine sur l'ankyloglossie chez les dyades allaitantes

Academy of Breastfeeding Medicine position statement on ankyloglossia in breastfeeding dyads. Yvonne LeFort<sup>1</sup>, Amy Evans<sup>2,3</sup>, Verity Livingstone<sup>4</sup>, Pamela Douglas<sup>5,6</sup>, Nanette Dahlquist<sup>7</sup>, Brian Donnelly<sup>8</sup>, Kathy Leeper<sup>9</sup>, Earl Harley<sup>10</sup>, Susan Lappin<sup>11</sup>, and the Academy of Breastfeeding Medicine.

## Introduction

On a constaté ces dernières années un intérêt croissant pour l'ankyloglossie ou frein lingual, comme on peut le constater devant l'augmentation importante du nombre de publications sur le sujet (1). On a globalement constaté en parallèle une augmentation massive du diagnostic et du traitement de l'ankyloglossie (2-4). Malgré ces faits, il n'y a pas de consensus concernant le diagnostic et le traitement de l'ankyloglossie valable partout dans le monde et parmi les diverses professions de santé (5).

Le manque de preuves de qualité élevée, obtenues par des études randomisées contrôlées et des études longitudinales, et permettant d'aider les cliniciens à déterminer la gestion optimale de cette situation est problématique. En réponse à cette situation, l'Academy of Breastfeeding Medicine a réuni un groupe de travail constitué d'experts et de cliniciens ayant travaillé de façon intensive dans ce domaine, afin de rédiger une déclaration de principe résumant les preuves disponibles sur l'ankyloglossie. Nous espérons que tous ceux qui aident les mères allaitantes et leurs enfants vont prendre connaissance de ce document afin de mettre en œuvre une coopération cohérente dans les soins.

## Contexte

L'expérience clinique a identifié l'ankyloglossie ou « frein lingual » chez l'enfant allaité comme étant une source potentielle de problèmes d'inconfort maternel au niveau des mamelons et de lésions de ces derniers, ainsi que d'un moins bon transfert du lait à l'enfant, et donc constituant un facteur de risque de sevrage précoce (6).

Une ankyloglossie existe lorsque l'ampleur des mouvements de la langue est limitée, et en conséquence sa fonction, en raison de la présence d'un frein lingual restrictif. Des études anatomiques récentes sur la micro-anatomie du frein lingual ont montré que ce dernier n'est pas une structure histologique ou une bande distincte. Le frein sublingual est un repli tissulaire qui se forme lorsque la langue se soulève et exerce une tension sur le plancher buccal. Ce repli est toujours composé de muqueuse orale. Parfois, il contient également du fascia du plancher buccal ou du fascia du muscle génioglosse, cela restant dans le domaine des variations anatomiques normales (7, 8).

L'échographie a constaté que les mouvements spécifiques de la langue et la proximité positionnelle du mamelon maternel et de la limite entre le palais dur et le palais mou étaient associés à une tétée efficace et confortable. Lorsque la langue se lève et s'abaisse dans la cavité orale en fonction des mouvements de la mandibule, le niveau de pression négative se modifie, ce qui facilite le transfert du lait pendant la tétée. Une augmentation du vide ou de la pression négative survient lorsque la langue est abaissée, et inversement le niveau de dépression diminue lorsque la langue s'élève (9, 10). On a par ailleurs compris que la présence et la sensation tactile du tissu mammaire dans la cavité orale induit un abaissement réflexe de la mâchoire, que la langue suit, générant une dépression lorsque les lèvres appliquées sur le mamelon forment un joint étanche (11).

1. Milford Breastfeeding Clinic, Auckland, New Zealand.

2. Center for Breastfeeding Medicine, Community Regional Medical Center, Fresno, California, USA.

3. UCSF-Fresno, Fresno, California, USA.

4. Vancouver Breastfeeding Clinic, Department of Family Medicine, UBC, Vancouver, Canada.

5. Maternity Newborn and Families Research Collaborative MHIQ, Griffith University, Queensland, Australia.

6. Discipline of General Practice, University of Queensland, Queensland, Australia.

7. Westside Breastfeeding Center, Hillsboro Pediatric Clinic, Hillsboro, Oregon, USA.

8. General Pediatrician, Allegheny Health Network, Pediatrics Adjunct Professor Pediatrics, Carlow University, Clinical Instructor of Pediatrics, Duquesne University, Pittsburgh, Pennsylvania, USA.

9. Milkworks Non-profit Breastfeeding Center, Lincoln and Omaha, Nebraska, USA.

10. School of Medicine, Georgetown University, Washington, District of Columbia, USA.

11. Family Medicine, Dalhousie University, Director of Newborn Services, IWK Hospital and Medical Direct Collaborative Breastfeeding, Halifax, Canada.

## Considérations cliniques

Un frein sublingual restrictif limitant les mouvements de la langue peut causer une importante baisse fonctionnelle sur le plan d'une prise du sein par l'enfant, d'une succion et d'un transfert de lait efficaces, ainsi qu'un inconfort maternel au niveau des mamelons/aréoles et de la douleur pendant les tétées, avec pour résultat une augmentation du risque de sevrage précoce (6, 12).

Les plaintes subjectives rapportées par les mères qui allaitent un enfant présentant une ankyloglossie peuvent inclure des difficultés de mise au sein, des douleurs des mamelons, un mauvais drainage du sein, une augmentation de la durée des tétées et une insatisfaction du bébé lorsqu'il est nourri directement au sein. Les constatations objectives peuvent inclure une compression des mamelons et/ou des lésions des mamelons, une stase lactée au niveau des seins, et une prise de poids suboptimale chez le bébé en raison du manque d'efficacité du transfert de lait / des apports au sein de l'enfant. Comme ces problèmes ne sont pas inhabituels chez de nombreuses dyades allaitantes, il est important de noter qu'ils pourront être attribués à un frein sublingual anatomiquement normal qu'on aura catalogué comme « serré ». Il n'est certainement pas exagéré de souligner l'importance capitale de faire une évaluation clinique compétente de l'allaitement, incluant d'envisager des diagnostics différentiels et de prendre en compte ces facteurs confusionnels potentiels (17).

## Évaluation et diagnostic

Diverses échelles permettant d'évaluer les mouvements de la langue en présence d'un frein sublingual potentiellement restrictif ont été publiées dans le but d'aider les cliniciens à déterminer si un enfant particulier a besoin d'une intervention chirurgicale (18-23). Ces outils sont très variables sur le plan de ce qu'ils évaluent spécifiquement, de leur complexité et de leur fiabilité inter-évaluateurs. Aucun outil spécifique n'est destiné à être utilisé dans un cadre clinique comme étant le seul moyen de décider si une freinotomie est ou non indiquée. Cette décision doit uniquement être prise en conjonction avec une évaluation clinique compétente de l'allaitement (24).

Une évaluation clinique détaillée de l'allaitement, avant de prendre la décision de traiter une ankyloglossie, devrait inclure le recueil de l'historique maternel, un examen physique à la recherche de lésions des mamelons et d'un mauvais drainage du sein, le recueil de l'historique de l'enfant et un examen clinique de ce dernier en se focalisant sur l'anatomie orale détaillée. L'observation directe d'une tétée est essentielle. L'impact potentiel de n'importe quelle variation anatomique telle que l'ankyloglossie sur la capacité de l'enfant à obtenir du lait au sein nécessite une observation de la tétée avec évaluation du niveau maternel de confort et du transfert de lait constatée sur des mouvements de déglutition visibles et/ou audibles (25). Peser l'enfant avant et après une tétée sur une balance pédiatrique donnera des indications sur le volume de lait transféré lors d'une tétée spécifique, mais le résultat ne peut pas être extrapolé à toutes les tétées d'une dyade mère-enfant spécifique.

## Gestion conservatrice

De nombreux problèmes d'allaitement peuvent être gérés efficacement par un soutien compétent en matière d'allaitement. En modifiant la prise du sein et la position, en utilisant temporairement des bouts de sein et en exprimant du lait lorsque c'est nécessaire, de nombreux problèmes d'allaitement et de lactation peuvent être améliorés, voire résolus. Pendant ce temps, la capacité du bébé à prendre efficacement le sein peut s'améliorer avec sa croissance générale (26, 27). Toutefois, de même que nous manquons d'études de bonne qualité sur l'efficacité de la freinotomie en cas d'ankyloglossie, nous manquons de données concernant l'efficacité des stratégies non chirurgicales pour la résolution des problèmes rencontrés par les mères allaitantes, ainsi que sur leur suivi à long terme.

## Gestion chirurgicale

Parmi les nombreuses publications sur l'ankyloglossie de ces 20 dernières années, au moins 5 études randomisées contrôlées ont été menées, comparant l'impact d'un traitement chirurgical versus une gestion non chirurgicale chez des enfants présentant une ankyloglossie. Ces études ont été sélectionnées pour une méta-analyse de la Cochrane Database of Systematic Reviews, publiée en 2017 (28). La fiabilité de ces 5 études était limitée par plusieurs facteurs majeurs incluant le manque de définitions et de méthode de traitement standardisés de l'ankyloglossie, le fait que toutes portaient sur de petits échantillons, et qu'elles n'avaient pas effectué de suivi à long terme.

Toutefois, l'analyse du regroupement des données montrait que la freinotomie était associée à une baisse de la douleur rapportée par les mères allaitantes. Les auteurs soulignaient que de nombreuses questions restaient sans réponse, incluant le moment optimal pour effectuer une freinotomie et l'impact à long terme chez des enfants traités versus des enfants non traités.

## Indications de la freinotomie

Le frein classique est un repli de la muqueuse et parfois du fascia, visible à l'élévation de la langue et qui en limite la fonction. Si l'on constate qu'il restreint significativement les mouvements de la langue de l'enfant dans le contexte de l'allaitement, une freinotomie pourra être proposée.

Comme pour toute intervention, cette décision doit être prise conjointement par le clinicien et par la famille, en tenant compte des valeurs et préférences de cette dernière et en prenant en compte les risques et bénéfices de chaque alternative. Si une gestion conservatrice est choisie, un suivi sera effectué dans un lieu où l'allaitement peut être évalué et où une freinotomie sera pratiquée si le besoin s'en fait sentir par la suite, afin que l'intervention soit accessible pour la famille.

Comme l'ankyloglossie est un diagnostic fonctionnel, la présence isolée d'un frein sublingual, une variation anatomique courante et normale, n'est pas en soi une indication à une intervention chirurgicale (28-31). La section chirurgicale d'un frein sublingual restrictif, un frein « classique », peut s'avérer efficace en cas de mamelons douloureux chez la mère et/ou de mauvais transfert du lait à l'enfant qui n'ont pas pu être corrigés en temps opportun avec des mesures conservatrices (24, 32-38).

## Méthodes de freinotomie

Il existe plusieurs méthodes de freinotomie, qui peuvent être utilisées en fonction de l'expertise du clinicien. L'objectif général est d'effectuer la correction chirurgicale de la façon la moins invasive possible, et de sectionner efficacement le frein sublingual afin de relâcher la restriction de la langue et de restaurer une gamme adéquate de mouvements permettant des tétées efficaces et confortables. Tous les cliniciens qui effectuent des freinotomies doivent connaître les risques de la procédure qu'ils vont mettre en œuvre, et ceux-ci doivent être clairement communiqués aux parents et donner lieu à leur consentement informé et écrit. Ces cliniciens doivent être préparés à assurer la gestion post-chirurgicale immédiate et les soins qui pourront être nécessaires (30).

L'utilisation de ciseaux pour la section d'un frein « classique » chez les nourrissons allaités est une pratique clinique qui a une longue histoire et qui reste l'étalon-or. Par ailleurs, on utilise actuellement des scalpels, l'électro-cautérisation et le laser pour effectuer les freinotomies. Il n'existe pour le moment aucune étude publiée comparant ces instruments chirurgicaux ou les méthodes utilisées pour effectuer la freinotomie. Il existe toutefois quelques études sur des animaux concernant la chirurgie orale, dans lesquelles les incisions avec du matériel en acier cicatrisaient plus rapidement que les tissus traités par diode laser, peut-être en raison de l'agression thermique au niveau du frein et des tissus environnants lorsqu'un laser est utilisé (39, 40). Ces principes pourraient s'appliquer aux incisions de la muqueuse orale chez les humains.

Les incisions profondes du tissu oral chez les nourrissons allaités, au-delà de l'incision classique du frein, présentent des risques spécifiques et nécessitent un niveau élevé de compétence et une grande attention pour éviter le risque potentiel de saignement, de formation d'hématome, de dommages collatéraux tissulaires ou nerveux qui induiront une paresthésie ou une insensibilité linguale (42). Il n'est pas possible de visualiser toutes les branches du nerf lingual et les bébés sont incapables de signaler une quelconque perte de sensation au niveau de la langue (8). La douleur post-chirurgicale suite à une incision muqueuse extensive pourra induire une aversion orale chez le nourrisson (43, 44). Un cas d'aversion orale associée à une infection à staphylocoque de l'incision après freinotomie a été rapporté, et d'autres cas d'hémorragie potentiellement mortelle ont été publiés (45, 46), ce qui atteste de la possibilité de complications sérieuses liées à la freinotomie.

## Soins après la freinotomie

Les membres de ce groupe de travail croient qu'un suivi clinique est impératif lorsqu'une freinotomie a été pratiquée. Lors de ce suivi, le clinicien devrait évaluer l'efficacité de la chirurgie et documenter toute complication et tout effet secondaire expérimenté par le nourrisson, incluant un saignement prolongé, une douleur persistante,

une infection au niveau de l'incision et/ou une aversion orale manifestée par l'enfant, et noter toute détérioration ou arrêt de l'allaitement survenu après la procédure. Une aide supplémentaire sur le plan de l'allaitement devrait être disponible si la mère et l'enfant en ont besoin à ce moment.

Nous manquons de données pour encourager la prescription post-chirurgicale de manipulations ou d'étirements au niveau de l'incision ou près d'elle après la freinotomie. De même, il n'existe pas de preuves ou de données sur la sécurité de l'utilisation de topiques au niveau du site de l'incision après une freinotomie.

On ne dispose d'aucune donnée concernant l'impact du traitement chirurgical d'autres freins intrabuccaux ou péribuccaux autres que le frein sublingual sur l'amélioration du transfert du lait ou de l'amélioration des lésions sur les mamelons de la mère chez la dyade allaitante (41). Le frein labial supérieur en particulier est une structure normale, les données concernant un impact positif de sa section sur l'allaitement sont de mauvaise qualité, et on ne peut donc pas recommander sa section. De plus, les chirurgies pour relâcher un « frein buccal » ne devraient pas être pratiquées (47-50).

## En conclusion

En présence d'un frein sublingual restrictif, une freinotomie peut être un moyen efficace d'améliorer le confort maternel et le transfert de lait à l'enfant. Assurer ce service pourra prévenir un arrêt précoce de l'allaitement. Toutefois, la décision de traiter nécessite un niveau élevé de compétences cliniques, d'appréciation et de discernement.

Nous avons toujours besoin d'études de qualité élevée dans les domaines spécifiques en rapport avec le traitement de l'ankyloglossie :

1. Une définition claire de l'ankyloglossie permettant de la distinguer du frein sublingual normal.
2. L'importance de l'incision du frein sublingual nécessaire pour un impact optimal sur l'allaitement
3. Une documentation cohérente sur les effets secondaires immédiats et à long terme après une intervention chirurgicale selon n'importe laquelle des méthodes.
4. L'identification de l'instrument chirurgical et de la technique de freinotomie donnant les résultats optimaux.
5. L'impact à long terme après la freinotomie effectuée en présence d'un frein sublingual restrictif sur l'efficacité et la durée de l'allaitement.

## Déclaration de conflits d'intérêt

Les auteurs sont des cliniciens qui exercent dans le domaine de la médecine de l'allaitement, et ils ont tous contribué à ce document. Aucun d'entre eux n'a déclaré de conflit financier.

## Informations sur le financement

Aucun financement n'a été perçu pour la rédaction de cette déclaration de principe.

## Références

1. Bin-Nun A, Kasirer YM, Mimouni FB. A dramatic increase in tongue-tie related articles: A 67-year systematic review. *Breastfeed Med* 2014;12:410–414.
2. Joseph KS, Kinniburgh B, Metcalfe A, et al. Temporal trends in Ankyloglossia and frenotomy in British Columbia Canada 2004–2014: A population-based study. *CMAJ Open* 2016;4:E33–E40.
3. Kapoor V, Douglas P, Hill P, et al. Frenotomy for tongue-tie in Australian Children, 2006–2016, an increasing problem. *Med J Australia* 2018;208:88–89.
4. Walsh J, Links A, Boss E, et al. Ankyloglossia and lingual frenotomy: National trends in inpatient diagnosis and management in the United States, 1997–2012. *Oto Head Neck Surg* 2017;156:735–740.
5. Jin RR, Sutcliffe A, Vento M, et al. What does the world think of tongue tie? *Acta Paediatr* 2018;107:1733–1738.
6. Todd DA, Hogan MJ. Tongue-tie in the newborn: early diagnosis and division prevents poor breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev* 2015;23:11–16.

7. Mills N, Pransky S, Geddes D, et al. What is a tongue-tie? Defining the Anatomy of the in-situ Frenulum. *Clin Anatomy* 2019;32:749–761.
8. Mills N, Keough N, Geddes D, et al. Defining the anatomy of the neonatal frenulum. *Clin Anatomy* 2019;32:824–835.
9. Geddes DT, Langton D, Gollow I, et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e188–e194.
10. Geddes DT, Kent JC, McClellan HL, et al. Sucking characteristics of successfully breastfeeding infants with ankyloglossia: A case series. *Acta Paediatr (Oslo, Norway: 1992)* 2010;99:301–303.
11. Douglas P, Geddes D. Practice-based interpretation of ultrasound studies leads way to more effective clinical support and less pharmaceutical and surgical intervention for breastfeeding infants. *Midwifery* 2018;58:145–155.
12. Scott JA, Binns C, Oddy W, et al. Predictors of breastfeeding duration: Evidence from a Cohort Study. *Pediatrics* 2006;117:e646–e655.
13. Wright JE. Tongue-tie. *J Paediatr Child Health* 1995;31: 276–278.
14. Messener AH, Lalakea L, Aby J, et al. Ankyloglossia: Incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126:36–39.
15. Griffiths DM. Do tongue ties affect breastfeeding? *J Hum Lactat* 2004;4:409–414.
16. Ricke LA, Baker N, Madlon-Kay DJ, et al. Newborn tongue-tie: Prevalence and effect on Breastfeeding. *J Am Board Fam Pract* 2005;18:326.
17. Caloway C, Hersh C, Baars R, et al. Association of Feeding Evaluation with frenotomy rates in Infants with Breastfeeding Difficulties. *JAMA Oto Head Neck Surg* 2019;145:817–822.
18. Hazelbaker A. Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. Columbus, OH: Aiden and Eva Press, 2010.
19. Hazelbaker A. Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. Columbus, OH: Aiden and Eva Press, 2012.
20. Srinivasan A, Al Khoury A, Puzhko S, et al. Frenotomy in infants with breastfeeding problems. *J Hum Lactat* 2019;35:706–712.
21. Marchesan IQ. Lingual frenulum protocol. *Int J Orofac Myol* 2012;38:89–103.
22. Ingram J, Johnson D, Copeland M, et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2015;100:F344–F349.
23. Ingram J, Copeland M, Johnson D, et al. The development and evaluation of a picture tongue assessment tool for tongue-tie in breastfed babies (TABBY). *Int Breastfeed J* 2019;14:31.
24. Schlatter S-M, Schupp W, Otten J-E, et al. The Role of tongue-tie in breastfeeding problems—a prospective observational study. *Acta Paediatr* 2019;108:2214–2221.
25. Riordan J, Gill-Hopple K, Angeron J. Indicators of effective breastfeeding and estimates of breast milk Intake. *J Hum Lactat* 2005;21:406–412.
26. Lalakea ML, Messener AH. Ankyloglossia does it Matter? *Pediatr Clin North Am* 2003;50:381–397.
27. Douglas PS. Making sense of studies that claim benefit of Frenotomy in the absence of classic Tongue-tie. *J Hum Lactat* 2017;33:519–523.
28. O’Shea JE, Foster JP, O’Donnell CPF, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn Infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD011065.
29. Haham A, Marom R, Mangel L, et al. Prevalence of Breastfeeding difficulties in newborns with a lingual frenulum: Prospective cohort study. *Breastfeed Med* 2014;9:438–441.
30. Power RF and Murphy JF. Tongue-tie and frenectomy in infants with breastfeeding difficulties: Achieving a balance. *Arch Dis Child* 2015;100:489–494.
31. Walker R, Messing S, Rosen-Carole C, et al. Defining tip to frenulum length for Ankyloglossia and its impact on Breastfeeding: A Prospective Cohort Study. *Breastfeed Med* 2018;13:204–210.
32. Hogan M, Wescott C, Griffiths M. A Randomized controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health* 2005;41:246–250.
33. Srinivasan A, Dobrich C, Mitnick H, Feldman P. Ankyloglossia in breastfeeding infants: The effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. *Breastfeed Med* 2006;1:216–224.
34. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, Mimouni F. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breastfed infants with Ankyloglossia: A randomized prospective study. *J Plastic Surg* 2006;41:1598–1600.
35. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: A randomized trial. *Pediatrics* 2011;128:280.
36. Kumar M and Kalke E. Tongue-tie, breastfeeding difficulties and the role of Frenotomy. *Acta Paediatr* 2012;101:687–689.
37. O’Callahan C, Mccary S, Clemente, S. The effects of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding. *Int J Ped Otol* 2013;77:827–832.
38. Ramoser G, Guoth-Gumberger M, Baumgartner-Sigl S, et al. Frenotomy for tongue-tie (frenulum linguae breve) showed improved symptoms in the short and long-term follow up. *Acta Paediatr* 2019;108:1861–1866.

39. Morosolli ARC, Veeck EB, Niccoli-Filho W, et al. Healing process after surgical treatment with scalpel electrocautery and laser radiation. *Lasers Med Sci* 2010;25:93–100.
40. D’Arcangelo C, Di Maio FDN, Prospero GD, et al. A preliminary study of healing of diode laser versus scalpel incisions in rat oral tissue: A comparison of clinical, histological and immunochemical results. *Oral Surg Oral Path Oral Radiol Endodont* 2007;103:764–773.
41. Romeo U, Russo C, Palaia G, et al. Biopsy of different oral tissue lesions by KTP and diode laser: Histological evaluation. *Sci World J* 2014;6.
42. Varadan M, Chopra A, Sanghavi AD, et al. Etiology and clinical recommendations to manage complications following lingual frenectomy: A critical review. *J Stomatol Maxillofac Surg* 2019;120:549–553.
43. Walsh J, McKenna Benoit M. Ankyloglossia and other oral ties. *Otolaryngol Clin North Am* 2019;52:795–811.
44. Hale M, Mills N, Edmunds L, et al. Complications following frenotomy for ankyloglossia: A 24-month prospective New Zealand Paediatric Surveillance Unit study. *J Paediatr Child Health* 2019;56:557–562.
45. Reid N, Rajput N. Acute feed refusal followed by *Staphylococcus aureus* wound infection after tongue-tie release. *J Paediatr Child Health* 2014;50:1030–1031.
46. Kim DH, Dickie A, Shih ACH, Graham ME. Delayed hemorrhage following laser frenotomy leading to hypovolemic shock. *Breastfeed Med* 2021;346–348.
47. Messener AH, Walsh J, Rosenfeld RM, et al. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2020;162:597–611.
48. Rizeq N, Wasserteil N, Mimouni F, et al. Upper lip tie and breastfeeding: A systematic review. *Breastfeed Med* 2019;14:83–87.
49. Douglas P, Cameron A, Cichero J, et al. Australian Collaboration for Infant Oral Research ACIOR Position Statement: Upper lip tie, buccal ties and the role of frenotomy in infants. *Austr Dental Pract* 2018.
50. Santa Maria C, Aby J, Truong MT, et al. The Superior Labial Frenulum in Newborns: What is normal? *Global Pediatr Health* 2017;4:1–6.

Correspondance à adresser à :

Yvonne LeFort, MD, FRNZCGP, FCFP, FABM, IBCLC  
Milford Breastfeeding Clinic  
50 East Coast Rd Milford  
Auckland 0620  
New Zealand  
Email: milfordbreastfeedingclinic@gmail.com