

Recommandations pour l'allaitement des enfants présentant une fente labiale, palatine, ou labio-palatine

ABM Clinical Protocol #17 : Guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. Revised 2019. Boyce JO, Reilly S, Skeat J, Cahir P and the Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol Committee. Breastfeed Med 2019 ; 14(7) : 437-44.

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi de problèmes médicaux courants susceptibles d'avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants, et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins individuels du patient.

Contexte

En cas de fente labiale (FL), il existe une fente au niveau de la lèvre, et en cas de fente palatine (FP), les cavités buccale et nasales communiquent (voir Fig.1 pour une vue normale du palais et de la lèvre - 1). La fente labiale peut impliquer uniquement la lèvre, la lèvre et l'alvéole, ou la lèvre, l'alvéole et une partie du palais dur. L'atteinte du palais dur peut s'étendre jusqu'au foramen incisif (Fig.2 - 2). De même, une FP pourra toucher uniquement la luette (uvula bifide), la luette et le palais mou, ou traverser partiellement ou totalement le palais mou et le palais dur (Fig.3 - 1). En cas de fente complète du palais mou et du palais dur, il n'y a pas d'os ou de tissu musculaire séparant les cavités buccale et nasales. La FP peut être sous-muqueuse et elle pourra ne pas être immédiatement détectée par l'examen intra-oral superficiel si elle est discrète ou si elle n'induit pas de manifestations cliniques (1). Il est donc essentiel que les professionnels de santé recherchent une FP (ouverte ou sous-muqueuse) lors du premier examen de l'enfant, en inspectant et en palpant le palais. Cela devrait être fait en utilisant un abaisse-langue et une lampe permettant d'inspecter tout le palais jusqu'à la luette. Cet examen sera particulièrement indiqué si le nourrisson présente des problèmes d'alimentation ou si sa prise de poids est insuffisante.

La réparation chirurgicale des fentes peut impliquer plusieurs interventions en fonction de la nature et de la sévérité de la fente (FL unilatérale versus fente labio-palatine – FLP – bilatérale). Les interventions sont généralement effectuées dans les 18 premiers mois post-partum, la FL pouvant être réparée avant la FP entre 3 et 9 mois (3, 4).

Incidence

La prévalence mondiale des FL et/ou FP (FL/P) va de 0,8 à 2,7 pour 1 000 naissances (5, 6). Il existe des différences d'incidence en fonction des groupes ethniques et des zones géographiques, la prévalence la plus basse étant rapportée chez les Africains (environ 0,5 / 1000 – 6-8), et les Caucasiens (environ 1 / 1000 – 5), et la plus élevée chez les natifs américains (environ 3,5 / 1000) et les Asiatiques (environ 1,7 / 1000) (6, 7). Bien que les statistiques varient considérablement, on estime que sur le total des enfants nés avec une FL/P, environ 50 % combinent fente labiale et palatine (FLP – Fig.4), tandis que 30 % ont uniquement une FP et 20 % une FL, allant jusqu'à l'alvéole dans environ 5 % des cas (9). Les fentes sont habituellement unilatérales, mais dans environ 10 % des cas elles sont bilatérales (10). Dans environ 30 % des cas, la fente fait partie d'un syndrome identifié ou d'un ensemble de pathologies congénitales, comme par exemple la délétion 22q11, le syndrome de Van der Woude ou celui de Pierre Robin (6, 7). Dans 70 % des cas, la fente est isolée et survient sans autre problème identifié (6, 7).

L'allaitement en cas de FL/P

Dans ce texte, le terme « allaitement » correspond au fait que l'enfant se nourrit directement au sein, et l'expression « alimentation au lait maternel » au fait que l'enfant reçoit du lait maternel au biberon, au gobelet ou par tout autre

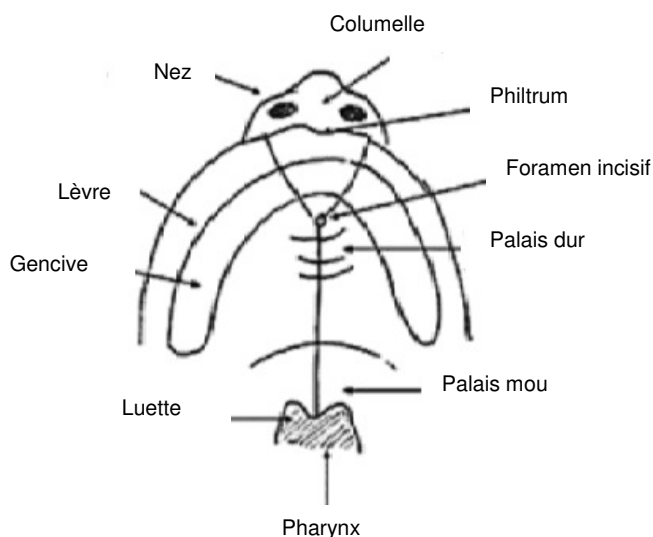


Fig.1 Vue de la lèvre et du palais normaux (pas de fente).

Cette illustration montre une vue inférieure du nez, de la lèvre supérieure, du palais mou et du palais dur normaux. Noter la suture en Y au niveau où la lèvre, l'alvéole et le palais ont fusionné pendant la grossesse. Pendant celle-ci, la ligne de suture démarre à partir du foramen incisif vers le philtrum et la lèvre (juste sous le nez) et à partir du foramen incisif vers la luette. Une fente survient lorsque cette fusion est incomplète ou qu'elle ne se fait pas (Illustration gracieusement fournie par Aiden Farrow, copyright 2018).

mais ceux qui ont une fente importante du palais mou et/ou dur pourront ne pas y arriver (15, 16). Par ailleurs, les nouveau-nés et les prématurés génèrent une aspiration plus faible que les bébés plus âgés (17, 18). Les bébés présentant une CP ou une FLP auront en général du mal à créer une aspiration parce que leur cavité orale n'est pas séparée adéquatement de la cavité nasale pendant la tétée (19, 20). Pour ces enfants, les conséquences négatives pourront inclure de la fatigue pendant la tétée au sein, un allongement de la durée des repas, des régurgitations par le nez, un reflux, un mauvais transfert du lait, une nutrition et une croissance insuffisantes (21, 22).

La littérature décrivant le déroulement de l'allaitement en cas de FL/P est limitée. Les données sont anecdotiques et parfois contradictoires, ce qui rend difficile la mise au point de recommandations appropriées (23). Des recommandations sont données plus bas, et les réponses aux questions les plus souvent posées sont détaillées dans l'Appendice A1.

Recommandations

La qualité des preuves pour chaque recommandation est notée entre parenthèses. Le niveau de qualité est coté de 1 à 5, le niveau 1 étant le plus élevé, selon les définitions du niveau de preuves du Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 (24).

Recommandations pour la pratique clinique

Sur la base des faits passés en revue, les recommandations suivantes sont faites :

A. Encourager les parents à allaiter et à donner à l'enfant du lait maternel autant que faire se peut.

1. Les parents devraient être informés sur les bénéfices protecteurs de l'allaitement. Des données suggèrent que l'allaitement protège ces enfants vis-à-vis des otites (25-27, niveau 2), dont la prévalence est élevée dans cette population. On a également montré que l'allaitement avait des bénéfices à long terme pour la santé et le développement par rapport aux laits industriels tant chez les enfants que chez les parents allaitants (28-30). Le don de lait maternel (au gobelet, à la cuillère, à la seringue, au biberon, etc.) devrait être privilégié par rapport au don de substituts du lait maternel si l'allaitement directement au sein n'est pas possible (21). Des biberons qui favorisent le transfert du lait pourront être nécessaires pour une utilisation à court ou à long terme si d'autres stratégies facilitant les repas ne sont pas suffisantes pour assurer une

moyen excepté le sein. Pour téter efficacement, les bébés utilisent la succion. La capacité à générer la succion est nécessaire pour la prise du sein, pour le maintien d'une position stable au sein, et, en conjonction avec le réflexe d'éjection, pour l'extraction du lait. Normalement, lorsque le bébé tète, ses lèvres sont fermement plaquées contre l'aréole, ce qui permet la fermeture antérieure de la cavité orale. Le palais mou s'élève et s'abaisse pour venir en contact avec les parois pharyngées et fermer postérieurement la cavité orale. Lorsque la mâchoire et la langue s'abaissent pendant un mouvement de succion, le volume de la cavité orale augmente, ce qui génère une aspiration qui fait sortir le lait du sein (11). La succion et le mouvement en vague de la langue favorisent le transfert du lait pendant la tétée (11-13).

Il y a une relation entre la nature et l'importance de la fente, la maturité de l'enfant, et l'importance de la pression orale générée pendant la tétée (13). Les enfants plus jeunes qui ont une fente importante exerceront une pression orale plus faible. La plupart des bébés présentant une FL isolée sont souvent capables de téter efficacement au sein car ils peuvent générer une succion correcte et une pression négative. Celle-ci sera générée par la compression du mamelon entre la langue et le maxillaire, ce qui expulsera le lait vers la cavité orale (14). Certains bébés qui ont une petite fente du palais mou pourront générer une dépression,

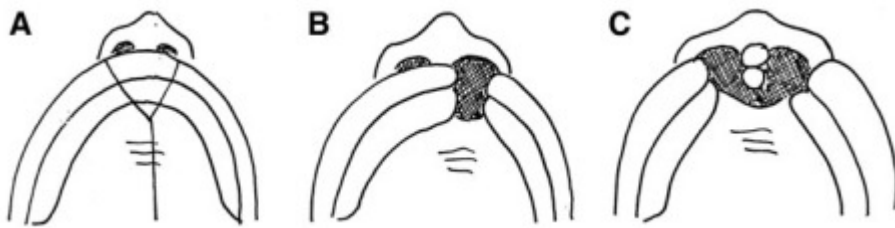


Fig. 2. Les fentes labiales (FL)
 Cette figure montre (A) une lèvre et un palais normaux (pas de fente), (B) une FL unilatérale et (C) bilatérale. Les FLs de B et C incluent la lèvre, l'alvéole et une petite encoche dans le palais dur. (Illustration gracieusement fournie par Aiden Farrow, copyright 2018).

bonne croissance de l'enfant. Plusieurs marques sont disponibles. Les parents devraient recevoir une aide préventive concernant les techniques efficaces d'expression du lait, ainsi que des informations sur la quantité de lait nécessaire et les méthodes de stockage (31, 32).

2. Les parents d'enfants souffrant de FLP devraient être informés sur ce à quoi ils doivent s'attendre en fonction de la nature de la fente de leur bébé et de ce qui a été documenté dans la littérature existante (31, 33). Le soutien devrait être fourni pendant la période anténatale et post-natale (34). Ce soutien devrait être assuré par des professionnels de santé ayant une expérience clinique dans l'alimentation des enfants souffrant de FLP (31, 33-35, niveau 4 et 5).
3. De plus, il existe des informations de fiabilité moyenne permettant de penser que les enfants présentant une FL pourraient générer une succion suffisante (19, niveau 4), et des articles descriptifs suggèrent que ces enfants sont souvent capables de réussir à se nourrir au sein (36-38, niveau 4-5). Il existe des données de fiabilité moyenne montrant que les enfants souffrant de FP ou de FL/P ont des difficultés à générer une succion intrabuccale suffisante (15, niveau 2) et pourront avoir une succion inefficace (16, niveau 3) par rapport aux enfants ne souffrant pas de fente. Globalement, les enfants souffrant de FP ou de FLP ont un taux plus bas de réussite de l'allaitement que les enfants souffrant de FL ou ne présentant pas de fente. Cela reste vrai même après la réparation chirurgicale de la fente (39, niveau 3). Toutefois, les essais de mises au sein pourront être bénéfiques pour le maintien de la production lactée si la mère tire son lait par ailleurs (15, 16). Les tétées peuvent également être source de réconfort et d'occasions de favoriser le lien mère-enfant, tout en permettant à l'enfant d'expérimenter les tétées au sein (40, 41).
4. Des données suggèrent que l'allaitement peut débuter / être repris immédiatement après réparation de la FL (3, 4, 41, niveau 2-3). L'allaitement peut débuter / être repris 1 jour après réparation chirurgicale de la FP en l'absence de complications au niveau de la plaie (4). Dans une étude menée auprès de chirurgiens concernant leurs pratiques post-opératoires après palatoplastie, les 2/3 permettaient aux mères d'allaiter immédiatement après la chirurgie (43, niveau 4). Toutefois, la réparation des fentes n'est pas pratiquée immédiatement après la naissance, et les enfants pourront avoir besoin d'un soutien spécifique pour apprendre comment téter au sein après réparation de leur fente. Les parents doivent donc être informés sur le fait que des alternatives pour l'alimentation de l'enfant pourront encore être nécessaires après la chirurgie afin d'optimiser les apports nutritionnels et la croissance de l'enfant (35). Un soutien personnel et social est important pendant cette période (31, 32).

B. Assurer une évaluation et un soutien en temps voulu

1. L'information et le soutien des parents devraient être fournis en temps voulu. Des études ont montré que les parents d'un enfant souffrant d'une FL, d'une FP ou d'une FLP souhaitent recevoir davantage d'informations sur les difficultés alimentaires aussi rapidement que possible. Cela devrait débuter dès la période prénatale et se poursuivre ensuite (32, niveau 4). Impliquer les proches et les autres personnes susceptibles de s'occuper de l'enfant dans le processus alimentaire est également recommandé (31).
2. Des études ont suggéré qu'il est bénéfique d'avoir accès à un professionnel de santé spécialisé dans les FL/P et l'allaitement, comme par exemple une infirmière spécialisée ou un spécialiste en allaitement (incluant les International Board Certified Lactation Consultants – IBCLC) pendant la période néonatale et

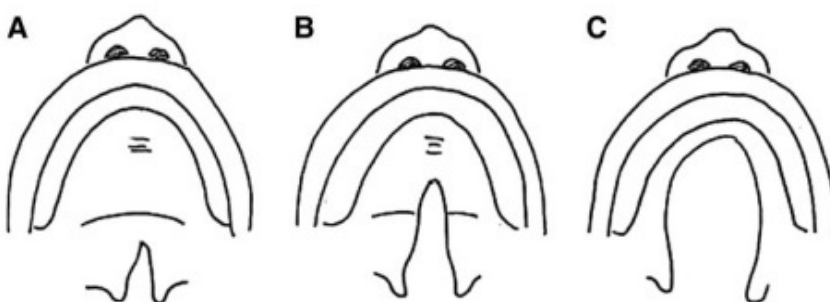


Fig.3. Les fentes palatines (FP)
 Cette figure illustre 3 présentations de FP. (A) fente du palais mou, (B) fente du palais mou et dur, et (C) importante fente en U typique d'un syndrome de Pierre Robin. (Illustration gracieusement fournie par Aiden Farrow, copyright 2018).

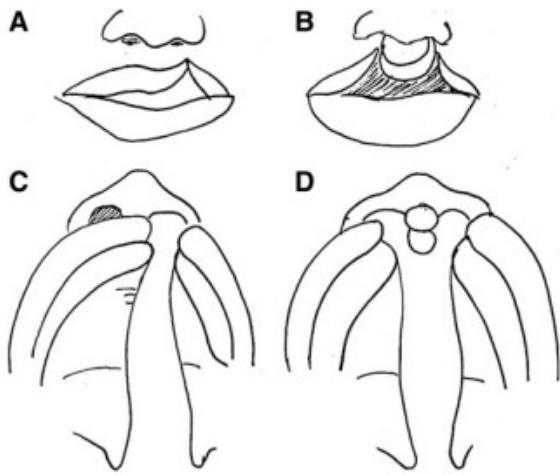


Fig.4. FLP unilatérale et bilatérale

Cette illustration montre (A) une FL unilatérale gauche, (C) accompagnée d'une FP unilatérale, (B) une FL bilatérale complète touchant également la gencive, la columelle étant présente, (D) accompagnée d'une fente complète du palais. (Illustration gracieusement fournie par Aiden Farrow, copyright 2018).

par la suite. Les spécialistes peuvent déterminer la faisabilité de l'allaitement et conseiller les parents sur la gestion de la production lactée et l'expression du lait pour la supplémentation. Le don précoce de conseils est capital, car les mères devraient être encouragées à débiter l'expression du lait dans les premières heures qui suivent la naissance (44). Les spécialistes peuvent également aider à mettre en œuvre des techniques favorisant l'allaitement (décrites dans la section sur les stratégies de soutien à l'allaitement) (31, 33, 45). Il est important de prendre en compte la taille et la localisation de la fente, l'anatomie mammaire, les souhaits des parents et leur expérience antérieure d'allaitement.

3. Les familles pourront bénéficier d'un soutien apporté par des pairs sur le plan de l'allaitement et du don de lait maternel exprimé, via des groupes locaux de soutien et des associations spécialisées dans le soutien des parents d'enfants souffrant de FL/P (46), en plus de celui apporté par des groupes de soutien à l'allaitement.
4. Le niveau d'hydratation et la prise de poids de l'enfant devraient être suivis pendant l'établissement d'une méthode d'alimentation. Si le seul don de lait maternel est insuffisant, des suppléments devront être introduits et leur volume augmenté si nécessaire (voir le protocole de l'ABM #3 : Recommandations pour le don de compléments en maternité chez le nouveau-né à terme et en bonne santé allaité, 2017, 47). Les enfants présentant une FL/P pourront avoir besoin de suppléments afin de maintenir une croissance et une nutrition adéquates (20, 38, niveau 4). Des données provenant d'une seule étude montraient qu'un soutien supplémentaire de la mère par une infirmière qualifiée et spécialisée pouvait à la fois améliorer la prise de poids et faciliter un renvoi précoce à un service approprié (48, niveau 4).



Fig.5. Position « en ballon de rugby »

Cette illustration montre la position « en ballon de rugby » qui peut être utilisée pour la mise au sein des enfants souffrant de FL, de FP ou de FLP. (Illustration gracieusement fournie par le Children's Minnesota Hospital)



Fig.6. Soutenir le menton du bébé pendant la tétée

Cette illustration montre comment une mère peut utiliser sa main libre pour soutenir le menton de l'enfant et/ou son sein pour maintenir une position semi-assise. Cela peut aider à stabiliser la mâchoire pendant la tétée et à s'assurer que le sein reste dans la bouche de l'enfant. (Illustration gracieusement fournie par le Children's Minnesota Hospital)

5. Lorsque la FL/P fait partie d'un syndrome plus complexe, la faisabilité de l'allaitement devrait être évaluée au cas par cas, en prenant en compte les caractéristiques de chaque syndrome susceptibles d'avoir un impact sur l'allaitement.
6. Si une prothèse palatine est utilisée pour favoriser un bon alignement avant la chirurgie, il est prudent d'informer les parents qu'il n'est pas pertinent d'utiliser ce type d'appareil pour faciliter l'allaitement. Les parents devraient plutôt être informés sur le fait que son utilisation est peu susceptible d'augmenter l'efficacité de l'enfant au sein et le volume de lait obtenu (49, 50, niveau 1-4).

C. Mise en œuvre de stratégies favorisant l'allaitement

1. Des modifications des positions d'allaitement pourront augmenter l'efficacité et le rendement de la tétée. Il existe diverses recommandations concernant le positionnement optimal de l'enfant pour faciliter l'allaitement, toutefois les preuves scientifiques les concernant sont peu fiables (expérience clinique ou opinion d'expert). Les recommandations qui devraient faire l'objet d'une évaluation sont :
 - a) Pour les enfants présentant une FL :
 - i. L'enfant devrait être tenu de façon à ce que la fente soit orientée vers le dessus du sein (50, 51, niveau 4). Par exemple, un enfant qui a une fente à droite pourra téter plus efficacement dans la position classique « en madone » pour téter le sein droit, et en position du « ballon de rugby » (le corps du bébé passe sous le bras de la mère du côté du sein tété plutôt que sur les genoux de sa mère, et ses épaules doivent être plus haut que le bas de son corps) pour prendre le sein gauche (Fig. 5) ;
 - ii. En cas de fente bilatérale, une position face à face pourra être plus efficace que d'autres positions d'allaitement (51, niveau 4).
 - b) Pour les enfants présentant une FP ou une FLP :
 - i. L'enfant devrait être mis dans une position semi-assise afin de limiter les régurgitations nasales, et le passage du lait dans les trompes d'Eustache (Fig. 6 – 51-55, niveau 4) ;
 - ii. Une position en « ballon de rugby » ou d'allaitement de jumeaux pourra être plus efficace que la position classique en madone (54, 55, niveau 4).
2. En plus des modifications de la position de l'enfant, les parents peuvent mettre en œuvre les stratégies suivantes. Ces stratégies sont fondées sur des données scientifiques tout aussi faibles (expérience clinique ou opinion d'expert) :
 - a) Pour les enfants souffrant de FP
 - i. Le parent peut boucher la fente labiale avec le pouce ou un autre doigt (51, 52) et/ou soutenir les joues de l'enfant pour limiter la largeur de la fente et améliorer la fermeture de la bouche de l'enfant autour du mamelon (56, niveau 4).
 - b) Pour les enfants souffrant de FP ou de FLP
 - i. Il pourra être utile de choisir une position dans laquelle le mamelon est dirigé vers le « plus grand segment » du palais, à savoir le côté opposé à celui de la fente, où il y a la plus grande superficie d'os intact. Cela pourra faciliter une compression plus efficace, et empêcher le mamelon d'être repoussé dans la fente (57, niveau 4) ;
 - ii. Si la fente est large, certains experts suggèrent de diriger la pointe du sein vers le bas, afin d'empêcher le mamelon d'être repoussé dans la fente (51, niveau 4) ;
 - iii. Les mères pourront avoir besoin d'exprimer manuellement du lait dans la bouche du bébé pour compenser l'absence de dépression et de compression, et pour stimuler le réflexe d'éjection (15, niveau 4).

Recommandations pour les futures recherches

Le problème le plus important pour les professionnels de santé qui travaillent avec des parents qui souhaitent allaiter leur enfant souffrant de FL/P est le manque de données fiables sur lesquelles fonder des décisions cliniques. Il est impératif de mener des études effectuées selon une méthodologie précise pour recueillir des données fiables qui permettront la rédaction des futures recommandations. Des recherches sont nécessaires afin de documenter le taux de succès de l'allaitement, les stratégies pour le gérer, l'impact économique de l'allaitement chez les enfants allaités souffrant de fentes et l'impact sur la santé et le développement des enfants présentant une FL/P (comme les capacités de communication, la satisfaction des parents et le taux d'infections respiratoires hautes). De plus, les auteurs doivent décrire avec précision les caractéristiques des enfants inclus et les techniques d'intervention utilisées, afin que les résultats de leurs études puissent être généralisés. Il est tout particulièrement important de bien différencier les types de fentes et leur importance chez ces enfants.

Remerciements

Nous remercions les relecteurs internationaux, le Dr Sandra Massry, le Dr Makiko Ohyama, et Aiden Farrow, BSc, Cert PPH, IBCLC pour la valeur de leur apport dans la révision de ce protocole. Nous remercions de plus Aiden Farrow et le Children's Minnesota Hospital pour leur autorisation d'utilisation de leurs illustrations.

Références

1. Allori AC, Mulliken JB, Meara JG, et al. Classification of cleft lip/palate : Then and now. *Cleft Palate Craniofac J* 2017 ; 54 : 175-188.
2. Fogh-Andersen P. *Inheritance of Harelip and Cleft Palate : Contribution to the Elucidation of the Etiology of the Congenital Clefts of the Face*. Copenhagen : Munksgaard, 1942.
3. de Ladeira PR, Alonso N. Protocols in cleft lip and palate treatment : Systematic review. *Plast Surg Int* 2012 ; 1-9.
4. Bessell A, Hooper L, Shaw WC, et al. Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 ; CD003315.
5. Conway H, Wagner KJ. Incidence of clefts in New York City. *Cleft Palate Craniofac J* 1996 ; 33 : 284-290.
6. WHO. *Global Registry and Database on Craniofacial Anomalies : Report of a WHO Registry Meeting on Craniofacial Anomalies*. Barú, Brazil : World Health Organization, Programme HG, 2001.
7. IPDTC Working Group. Prevalence at birth of cleft lip with or without cleft palate : Data from the International Perinatal Database of Typical Oral Clefts (IPDTC). *Cleft Palate Craniofac J* 2011 ; 48 : 66-81.
8. Croen LA, Shaw GM, Wasserman CR, et al. Racial and ethnic variations in the prevalence of orofacial clefts in California, 1983-1992. *Am J Med Genet* 1998 ; 79 : 42-47.
9. Mulliken JB. Repair of bilateral complete cleft lip and nasal deformity - State of the art. *Cleft Palate Craniofac J* 2000 ; 37 : 342-347.
10. Mossey PA, Modell B. Epidemiology of oral clefts 2012 : An international perspective. *Front Oral Biol* 2012 ; 16 : 1-18.
11. Brake SC, Fifer WP, Alfasi G, et al. The first nutritive sucking responses of premature newborns. *Infant Behav Dev* 1988 ; 11 : 1-19.
12. Weber F, Woolridge MW, Baum JD. An ultrasonographic study of the organisation of sucking and swallowing by newborn infants. *Dev Med Child Neurol* 1986 ; 28 : 19-24.
13. Reid J. *Feeding Babies with Cleft Lip and/or Palate : An Overrated Problem or a Neglected Aspect of Care?* Melbourne : La Trobe University, 2004.
14. Reid J, Reilly S, Kilpatrick N. Sucking performance of babies with cleft conditions. *Cleft Palate Craniofac J* 2007 ; 44 : 312-320.
15. Masarei AG, Sell D, Habel A, et al. The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared with healthy noncleft infants. *Cleft Palate Craniofac J* 2007 ; 44 : 321-328.
16. Mizuno K, Ueda A, Kani K, et al. Feeding behaviour of infants with cleft lip and palate. *Acta Paediatr* 2002 ; 91 : 1227-1232.
17. Mizuno K, Ueda A. Development of sucking behavior in infants who have not been fed for 2 months after birth. *Pediatr Int* 2001 ; 43 : 251-255.
18. Choi BH, Kleinheinz J, Joos U, et al. Sucking efficiency of early orthopaedic plate and teats in infants with cleft lip and palate. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991 ; 20 : 167-169.
19. Smedegaard L, Marxen D, Moes J, et al. Hospitalization, breast-milk feeding, and growth in infants with cleft palate and cleft lip and palate born in Denmark. *Cleft Palate Craniofac J* 2008 ; 45 : 628-632.
20. Abbott MA. Cleft lip and palate. *Pediatr Rev* 2014 ; 35 : 177-181.
21. Kaye A, Thaete K, Snell A, et al. Initial nutritional assessment of infants with cleft lip and/or palate : Interventions and return to birth weight. *Cleft Palate Craniofac J* 2017 ; 54 : 127-136.
22. Gottschlich MM, Mayes T, Allgeier C, et al. A retrospective study identifying breast milk feeding disparities in infants with cleft palate. *J Acad Nutr Diet* 2018 ; 11 : 2154-2161.
23. Reid J. A review of feeding interventions for infants with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2004 ; 41 : 268-278.
24. Levels of Evidence. 2011. Available at <https://www.cebm.net/2016/05/ocebm-levels-of-evidence> (accessed March 22, 2019).
25. Paradise JL, Elster BA, Tan L. Evidence in infants with cleft palate that breast milk protects against otitis media. *Pediatrics* 1994 ; 94 : 853-860.

26. Kuo CL, Tsao YH, Cheng HM, et al. Grommets for otitis media with effusion in children with cleft palate : A systematic review. *Pediatrics* 2014 ; 134 : 983-994.
27. Garcez LW, Giugliani ER. Population-based study on the practice of breastfeeding in children born with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2005 ; 42 : 687-693.
28. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century : Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016 ; 387 : 475-490.
29. Bernard JY, De Agostini M, Forhan A, et al. Breastfeeding duration and cognitive development at 2 and 3 years of age in the EDEN mother-child cohort. *J Pediatr* 2013 ; 163 : 36-42.
30. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; 8 : 1-139.
31. Lindberg N, Berglund AL. Mothers' experiences of feeding babies born with cleft lip and palate. *Scand J Caring Sci* 2014 ; 28 : 66-73.
32. Owens J. Parents' experiences of feeding a baby with cleft lip and palate. *Br J Midwifery* 2008 ; 16 : 778-784.
33. Alperovich M, Frey JD, Shetye PR, et al. Breast milk feeding rates in patients with cleft lip and palate at a north american craniofacial center. *Cleft Palate Craniofac J* 2017 ; 54 : 334-337.
34. Kaye A, Cattaneo C, Huff HM, et al. A pilot study of mothers' breastfeeding experiences in infants with cleft lip and/or palate. *Adv Neonatal Care* 2018 ; 1-11.
35. McGuire E. Cleft lip and palates and breastfeeding. *Breastfeed Rev* 2017 ; 25 : 17-23.
36. Merrow JM. Feeding management in infants with craniofacial anomalies. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2016 ; 24 : 437-444.
37. Goyal A, Jena AK, Kaur M. Nature of feeding practices among children with cleft lip and palate. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2012 ; 30 : 47-50.
38. Gil-Da-Silva-Lopes VL, Xavier AC, Klein-Antunes D, et al. Feeding infants with cleft lip and/or palate in Brazil : Suggestions to improve health policy and research. *Cleft Palate Craniofac J* 2013 ; 50 : 577-590.
39. Burianova I, Kulihova K, Vitkova V, et al. Breastfeeding after early repair of cleft lip in newborns with cleft lip or cleft lip and palate in a baby-friendly designated hospital. *J Hum Lact* 2017 ; 33 : 504-508.
40. Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, et al. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatr Clin North Am* 2013 ; 60 : 31-48.
41. Liu J, Leung P, Yang A. Breastfeeding and active bonding protects against children's internalizing behavior problems. *Nutrients* 2013 ; 6 : 76-89.
42. Lazarou S. Comparison of neonatal cleft lip repair to standard time repair done by same surgeon. *Cleft Palate Craniofac J* 2016 ; 53 : e107.
43. Darzi MA, Chowdri NA, Bhat AN. Breast feeding or spoon feeding after cleft lip repair : A prospective, randomised study. *Br J Plast Surg* 1996 ; 49 : 24-26.
44. Burca ND, Gephart SM, Miller C. A nurse's guide to promoting breast milk nutrition in infants with cleft lip and/or palate. *Adv Neonatal Care* 2016 ; 16 : 345-346.
45. Chuacharoen R, Ritthagol W, Hunsrisakhun J, et al. Felt needs of parents who have a 0- to 3-month-old child with a cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2009 ; 46 : 252-257.
46. Wide Smiles. Wide Smiles Website 2018. Available at [http : //widesmiles.org](http://widesmiles.org). Last accessed 22 Mar 2019.
47. Kellams A, Harrel C, Omage S, et al. ABM clinical protocol #3 : Supplementary feeding in healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017 ; 12 : 1-8. Texte français : [https : //www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1020-3-recommandations-pour-le-don-de-complements-en-maternite](https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1020-3-recommandations-pour-le-don-de-complements-en-maternite)
48. Danner SC. Breastfeeding the infant with a cleft defect. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992 ; 3 : 634-639.
49. Prah C, Kuijpers-Jagtman AM, Van 't Hof MA, et al. Infant orthopedics in UCLP : Effect on feeding, weight, and length : A randomized clinical trial (Dutchcleft). *Cleft Palate Craniofac J* 2005 ; 42 : 171-177.
50. Cohen M, Marschall MA, Schafer ME. Immediate unrestricted feeding of infants following cleft lip and palate repair. *J Craniofac Surg* 1992 ; 3 : 30-32.
51. Helsing E, King FS. Breastfeeding under special conditions. *Nurs J India* 1985 ; 76 : 46-47.
52. Bardach J, Morris HL. *Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate*. Philadelphia : WB Saunders Co, 1990.
53. Dunning Y. Child nutrition. Feeding babies with cleft lip and palate. *Nurs Times* 1986 ; 82 : 46-47.
54. McKinstry RE. Presurgical management of cleft lip and palate patients. In : *Cleft Palate Dentistry*, McKinstry RE, ed. Arlington : ABI Professional Publications, 1998, pp. 33-66.
55. Burca ND, Gephart SM, Miller C, et al. Promoting breast milk nutrition in infants with cleft lip and/or palate. *Adv Neonatal Care* 2016 ; 16 : 337-344.

56. Arvedson JC. Feeding with craniofacial anomalies. In : Pediatric Swallowing and Feeding : Assessment and Management, 2nd ed., Arvedson JC, Brodsky LB, eds. Albany, NY : Singular Publishing Group, 2002, pp. 527-561.
57. Glass RP, Wolf LS. Feeding management of infants with cleft lip and palate and micrognathia. *Infants Young Child* 1999 ; 12 : 70-81.
58. Masarei AG. An Investigation of the Effects of Pre-surgical Orthopaedics on Feeding in Infants with Cleft Lip and/or Palate. London : University College, 2003.

Jessica O. Boyce, PhD, lead author
Sheena Reilly, PhD
Jemma Skeat, PhD
Petrea Cahir, M (Sp Path)

Protocol Committee Members 2019 :

Michal Young, MD, FABM, Chairperson
Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson
Sarah Reece-Stremtan, Secretary
Melissa Bartick, MD, FABM
Sarah Calhoun, MD
Sarah Dodd, MD
Megan Elliott-Rudder, MD
Laura Rachael Kair, MD, FABM
Susan Lappin, MD
Ilse Larson, MD
Ruth A. Lawrence, MD, FABM
Yvonne Lefort, MD, FABM
Kathleen A. Marinelli, MD, FABM
Nicole Marshall, MD, MCR
Katrina Mitchell, MD, FABM
C. Murak, MD
Eliza Myers, MD
Adora Okogbule-Wonodi, MD
Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MSED
Susan Rothenberg, MD, FABM
Tricia Schmidt, MD
Tomoko Seo, MD, FABM
Natasha Sriraman, MD
Elizabeth K. Stehel, MD
Rose St. Fleur, MD
Nancy Wight, MD
Lori Winter, MD
Correspondance : abm@bfmed.org

Appendice A1. Questions fréquemment posées

Allaiter les enfants présentant une fente labiale (FL), une fente palatine (FP) ou une fente labiale et palatine (FLP).

Sauf en cas d'indication différente, le texte ci-dessous prend en compte les enfants présentant une FL/P non syndromique.

1. Les enfants souffrant de FL peuvent-ils être allaités avec succès ?

Il n'existe pas de données réellement fiables concernant l'allaitement des enfants souffrant de FL. Il existe des données moyennement fiables (niveau 2-3) sur la possibilité des enfants souffrant de FL d'avoir une succion efficace pendant la tétée (A1, A2). Des études descriptives (niveau 4) ont constaté un taux de réussite de l'allaitement proche de celui de la population générale (A3). Les experts (niveau 4) suggèrent que les enfants souffrant de FL peuvent trouver l'allaitement au sein relativement facile par rapport à l'alimentation au biberon, car le tissu mammaire est suffisamment souple pour obturer la fente plus efficacement qu'une tétine de biberon (A4, A5). Les experts suggèrent également que des modifications de la position de mise au sein peut faciliter l'allaitement de ces enfants (A6-A8).

2. Les enfants souffrant de FP peuvent-ils être allaités avec succès ?

Il n'existe pas de données réellement fiables concernant l'allaitement des enfants souffrant de FP. Il existe des données moyennement fiables (niveau 2-3) montrant que ces enfants ne peuvent pas avoir une succion efficace lorsqu'ils prennent le biberon (A1, A9). Certains enfants présentant une fente uniquement au niveau du palais mou pourront être capables d'avoir une succion efficace, mais ce n'est habituellement pas le cas (A1, A9). Des études descriptives et une étude systématique constatent que le taux de succès de l'allaitement est beaucoup plus bas lorsque l'enfant souffre d'une FP que lorsqu'il souffre d'une FL (A7, A10-A16). Il existe des données peu fiables (niveau 4) suggérant que l'allaitement partiel (avec une supplémentation) peut être obtenu et que la localisation de la fente et sa taille sont déterminantes pour le succès de l'allaitement (A5, A17, A18). Comme pour les enfants souffrant de FL, des stratégies de soutien et de compensation peuvent être utilisées pour augmenter le taux de succès de l'allaitement (A6, A7, A17, A18, niveau 4).

3. Les enfants souffrant de FLP peuvent-ils être allaités avec succès ?

Il n'existe pas de données réellement fiables concernant l'allaitement des enfants souffrant de FLP. Il existe des données moyennement fiables (niveau 2-3) montrant que ces enfants ne peuvent pas avoir une succion efficace lorsqu'ils prennent le biberon (A1, A2, A9, niveau 2-3) et des données peu à moyennement fiables suggérant que les enfants souffrant de FLP sont parfois capables de téter efficacement au sein (A14). Des études descriptives suggèrent que le taux de succès de l'allaitement directement au sein va de 0 à 40 % (A3, A13, A19). Des stratégies de soutien et de compensation recommandées par les experts pourraient augmenter le taux de réussite de l'allaitement (A6, A8, A17, A18, A20, A21, niveau 4). Il existe des données peu fiables montrant que le taux d'allaitement des enfants souffrant de FLP baisse fortement après 6 mois (A20).

4. Existe-t-il des données permettant de faciliter l'évaluation et la gestion de l'allaitement des enfants souffrant de FL/P ?

Il existe des données moyennement fiables montrant que le don d'informations sur la lactation est important pour favoriser le succès de l'allaitement des enfants souffrant de FL/P (A4, A22-A25, niveau 3-4). Ce soutien devrait être apporté par des professionnels ayant les connaissances et les compétences nécessaires en matière d'allaitement d'enfants souffrant de FL/P. Les autres données sont peu fiables et se focalisent sur (a) les points à surveiller, (b) les recommandations concernant les suppléments, (c) les stratégies de compensation et de soutien et (d) l'importance du don d'information pour encourager l'alimentation avec du lait maternel (A23, niveau 4).

5. Existe-t-il des données montrant que les plaques palatines favorisent le succès de l'allaitement chez les enfants souffrant de FP ou de FLP ?

La réussite de l'allaitement peut être affectée par l'utilisation d'une plaque palatine (qui bouche plus ou moins la fente pour tenter de « normaliser » la cavité orale pour l'alimentation, A26) ou par un appareil orthopédique (prothèse utilisée pour repositionner les parois de la fente avant la chirurgie). Ils sont collectivement dénommés « obturateurs » dans ce document. Il existe des données fiables montrant que les obturateurs ne facilitent pas l'alimentation ou la prise de poids chez les enfants allaités souffrant de FLP (A27) et qu'ils n'améliorent pas la capacité de l'enfant à prendre correctement le biberon (16, niveau 1-2). Il existe des données moyennement fiables montrant que les obturateurs ne facilitent pas la succion pendant la prise du biberon (A28, niveau 3). Cela est en

rapport avec le fait que ces obturateurs ne permettent pas de fermer totalement la fente du palais mou au niveau de la gorge pendant la tétée. Il existe des articles dont les conclusions sont différentes et qui encouragent l'utilisation d'obturateurs pour faciliter l'allaitement des enfants souffrant de FP ou de FLP, mais leurs sources sont beaucoup moins fiables (A4, A21, A29, niveau 3-4).

6. Existe-t-il des données montrant que l'allaitement présente des bénéfices supplémentaires chez les enfants souffrant de FL/P par rapport aux enfants qui n'en souffrent pas ?

Des données peu à moyennement fiables (niveau 3-4) existent, la majorité d'entre elles représentant l'opinion d'experts (niveau 4). Le fait que l'allaitement et le don de lait maternel présentent des bénéfices à la fois pour l'enfant et la mère dans la population générale est bien documenté. Concernant les enfants souffrant de FP, il existe des données peu à moyennement fiables montrant que l'allaitement les protège vis-à-vis des otites (A4, A30). Ces enfants ont un risque plus élevé d'otites que les enfants de la population générale en raison de leur musculature anormale au niveau du palais mou (A30). Il existe des données peu à moyennement fiables montrant que le lait humain peut améliorer le développement intellectuel et le niveau d'études atteint chez les personnes nées avec une fente (A31). De plus, des experts ont suggéré que la tétée au sein favorise le développement de la musculature orale et faciale (A21), du langage (A18, A21), du lien mère-enfant (A18), et qu'elle aide à calmer les enfants après la chirurgie réparatrice (A4, A21).

7. Existe-t-il des données concernant le délai après lequel le démarrage / la reprise de l'allaitement ne présente pas de danger après la chirurgie de réparation d'une fente labiale ou palatine ?

La réparation de la FL (cheiloplastie) est généralement effectuée dans les quelques mois qui suivent la naissance. La réparation de la FP (palatoplastie) est souvent effectuée entre 6 et 12 mois (A32). Il existe plusieurs études fournissant des données fiables sur le sujet. Il existe des données moyennement à très fiables (niveau 2-3) montrant qu'on peut recommander le démarrage / la reprise de l'allaitement immédiatement après la réparation d'une FL (A33, A34), et il existe des données moyennement fiables (niveau 3) montrant que le démarrage / la reprise de l'allaitement 1 jour après la palatoplastie ne présente pas de risque. Il existe des données très fiables montrant que la mise au sein immédiatement après la chirurgie est plus efficace que l'alimentation à la cuillère pour la prise de poids de l'enfant, et que cela abaisse le coût de l'hospitalisation (A34, niveau 1). Des études ont donné des résultats différents, mais leur qualité est nettement plus basse et les conclusions varient suivant les études (A8, A35, niveau 4).

8. Existe-t-il des données indiquant si les enfants souffrant d'une FP dans le cadre d'un syndrome plus large peuvent être allaités ?

Il existe plus de 340 syndromes dans lesquels une FP peut exister. Les passer en revue et faire des recommandations dans leur contexte dépasse le cadre de ce protocole. Toutefois, il existe quelques données pouvant être utilisées pour favoriser l'allaitement. Des données peu à moyennement fiables suggèrent que, comme l'existence d'une fente, les éventuelles autres anomalies orales ou faciales associées à un syndrome (comme l'hypotonie, la micrognathie ou la glossoptose) ont également un impact sur la réussite de l'allaitement (A13, A15, A17, A36). Il est important d'évaluer au cas par cas l'influence des autres anomalies structurelles et fonctionnelles sur l'alimentation et de déterminer un traitement individualisé en fonction de cette évaluation.

Références de l'appendice

- A1. Masarei AG, Sell D, Habel A, et al. The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared with healthy noncleft infants. *Cleft Palate Craniofac J* 2007 ; 44 : 321-328.
- A2. Smedegaard L, Marxen D, Moes J, et al. Hospitalization, breast-milk feeding, and growth in infants with cleft palate and cleft lip and palate born in Denmark. *Cleft Palate Craniofac J* 2008 ; 45 : 628-632.
- A3. Garcez LW, Giugliani ER. Population-based study on the practice of breastfeeding in children born with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2005 ; 42 : 687-693.
- A4. Paradise JL, Elster BA, Tan L. Evidence in infants with cleft palate that breast milk protects against otitis media. *Pediatrics* 1994 ; 94 : 853-860.
- A5. Gopinath VK, Muda WA. Assessment of growth and feeding practices in children with cleft lip and palate. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2005 ; 36 : 254-258.
- A6. Cohen M, Marschall MA, Schafer ME. Immediate unrestricted feeding of infants following cleft lip and palate repair. *J Craniofac Surg* 1992 ; 3 : 30-32.
- A7. Helsing E, King FS. Breastfeeding under special conditions. *Nurs J India* 1985 ; 76 : 46-47.
- A8. Bardach J, Morris HL. *Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate*. Philadelphia : WB Saunders Co., 1990.

- A9. Reid J, Reilly S, Kilpatrick N, eds. Breastmilk consumption in babies with clefts. In : 63rd Annual meeting of the American Cleft Palate-Craniofacial Association, Vancouver, 2006.
- A10. Kaye A, Thaete K, Snell A, et al. Initial nutritional assessment of infants with cleft lip and/or palate : Interventions and return to birth weight. *Cleft Palate Craniofac J* 2017 ; 54 : 127-136.
- A11. Gottschlich MM, Mayes T, Allgeier C, et al. A retrospective study identifying breast milk feeding disparities in infants with cleft palate. *J Acad Nutr Diet* 2018 ; 11 : 2154-2161.
- A12. Gil-Da-Silva-Lopes VL, Xavier AC, Klein-Antunes D, et al. Feeding infants with cleft lip and/or palate in Brazil : Suggestions to improve health policy and research. *Cleft Palate Craniofac J* 2013 ; 50 : 577-590.
- A13. Burianova I, Kulihova K, Vitkova V, et al. Breastfeeding after early repair of cleft lip in newborns with cleft lip or cleft lip and palate in a baby-friendly designated hospital. *J Hum Lact* 2017 ; 33 : 504-508.
- A14. Chuacharoen R, Ritthagol W, Hunsrisakhun J, et al. Felt needs of parents who have a 0- to 3-month-old child with a cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2009 ; 46 : 252-257.
- A15. de Vries IA, Breugem CC, van der Heul AM, et al. Prevalence of feeding disorders in children with cleft palate only : A retrospective study. *Clin Oral Investig* 2014 ; 18 : 1507-1515.
- A16. Galvao D, Lopes A, Martins C, et al. Breastfeeding children with cleft LIP and/or palate. *Atencion Primaria* 2014 ; 46 (Supplement 5) : 26.
- A17. Dunning Y. Child nutrition. Feeding babies with cleft lip and palate. *Nurs Times* 1986 ; 82 : 46-47.
- A18. McKinstry RE. Presurgical management of cleft lip and palate patients. In : *Cleft Palate Dentistry*, McKinstry RE, ed. Arlington : ABI Professional Publications, 1998, pp. 33-66.
- A19. Aniansson G, Svensson H, Becker M, et al. Otitis media and feeding with breast milk of children with cleft palate. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002 ; 36 : 9-15.
- A20. Goyal A, Jena AK, Kaur M. Nature of feeding practices among children with cleft lip and palate. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2012 ; 30 : 47-50.
- A21. Danner SC. Breastfeeding the infant with a cleft defect. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992 ; 3 : 634-639.
- A22. Lindberg N, Berglund AL. Mothers' experiences of feeding babies born with cleft lip and palate. *Scand J Caring Sci* 2014 ; 28 : 66-73.
- A23. Alperovich M, Frey JD, Shetye PR, et al. Breast milk feeding rates in patients with cleft lip and palate at a north american craniofacial center. *Cleft Palate Craniofac J* 2017 ; 54 : 334-337.
- A24. Kaye A, Cattaneo C, Huff HM, et al. A pilot study of mothers' breastfeeding experiences in infants with cleft lip and/or palate. *Adv Neonatal Care* 2018 ; 1-11.
- A25. McGuire E. Cleft lip and palates and breastfeeding. *Breastfeed Rev* 2017 ; 25 : 17-23.
- A26. Masarei AG. An Investigation of the Effects of Presurgical Orthopaedics on Feeding in Infants with Cleft Lip and/or Palate. London : University College, 2003.
- A27. Prah C, Kuijpers-Jagtman AM, Van 't Hof MA, et al. Infant orthopaedics in UCLP : Effect on feeding, weight, and length : A randomized clinical trial (Dutchcleft). *Cleft Palate Craniofac J* 2005 ; 42 : 171-177.
- A28. Choi BH, Kleinheinz J, Joos U, et al. Sucking efficiency of early orthopaedic plate and teats in infants with cleft lip and palate. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991 ; 20 : 167-169.
- A29. Goyal M, Chopra R, Bansal K, et al. Role of obturators and other feeding interventions in patients with cleft lip and palate : A review. *Eur Arch Paediatr Dent* 2014 ; 15 : 1-9.
- A30. Erkkila AT, Isotalo E, Pulkkinen J, et al. Association between school performance, breast milk intake and fatty acid profile of serum lipids in ten-year-old cleft children. *J Craniofac Surg* 2005 ; 16 : 764-769.
- A31. World Health Organization Health. Health factors which may interfere with breast-feeding. *Bull World Health Organ* 1989 ; 67 Suppl : 41-54.
- A32. Abbott MA. Cleft lip and palate. *Pediatr Rev* 2014 ; 35 : 177-181.
- A33. de Ladeira PR, Alonso N. Protocols in cleft lip and palate treatment : Systematic review. *Plast Surg Int* 2012 2012 : 1-9.
- A34. Bessell A, Hooper L, Shaw WC, et al. Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 ; Cd003315.
- A35. Arvedson JC. Feeding with craniofacial anomalies. In : *Pediatric Swallowing and Feeding : Assessment and Management*, 2nd ed., Arvedson JC, Brodsky LB, eds. Albany, NY : Singular Publishing Group, 2002, pp. 527-561.
- A36. Pandya AN, Boorman JG. Failure to thrive in babies with cleft lip and palate. *Br J Plast Surg* 2001 ; 54 : 471-475.