



## Introduction

L'ankyloglossie est une anomalie orale congénitale caractérisée par un frein lingual anormalement court et épais qui limite les mouvements de la langue.

Bien que l'ankyloglossie ne soit pas une affection grave, elle peut entraîner divers problèmes tels que : difficultés d'allaitement, troubles d'élocution, déglutition atypique, anomalies de croissance oro-faciale et malocclusion, entrave à l'hygiène et récession gingivale.

Ces complications peuvent influencer le comportement social compromettant la confiance en soi des enfants et des adolescents.

Par conséquent, la prise en charge de l'ankyloglossie doit être précoce afin de réduire le risque de complications latentes.

Cependant, l'ankyloglossie reste un sujet de controverse entre les professionnels de la santé.

## Cas cliniques

Famille algérienne avec ankyloglossie chez 13 membres répartis sur 4 générations. Deux membres de la 4<sup>ème</sup> génération ont été pris en charge.

**Motif de consultation:** fonctionnel: difficultés de prononciation (r, s, th)..

**ATCD familiaux:** cf. infra (arbre généalogique)

**ATCD généraux:** RAS.

**Examen clinique:** frein lingual court, limitation des mouvements de la langue (élévation et protraction), difficulté de prononciation des phonèmes « r, s, th »

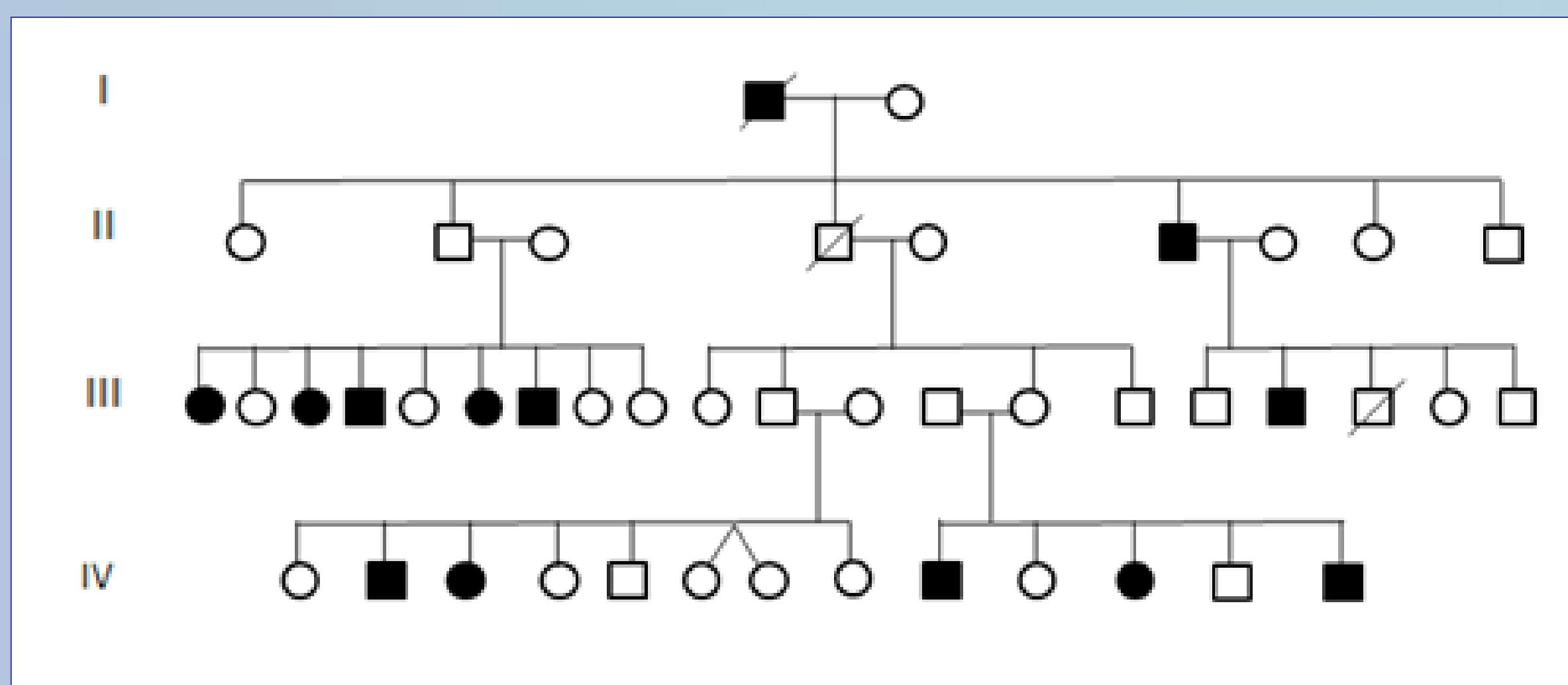
**Diagnostic:** ankyloglossie.

**Traitement:**

- Frénectomie linguale (technique conventionnelle = lame de bistouri).
- Enseignement d'exercices de rééducation de la mobilité linguale.
- Recommandation d'une rééducation orthophonique de la langue.



Patiente (IV.11): H. Sarah, 8 ans



Patiente (IV.13): H. Rezki, 5 ans



Élévation limitée: patiente resserre les dents



Protraction limitée: invagination de la pointe de la langue

## Résultats



1 semaine post-op: cicatrisation sans incident



1 semaine post-op: protraction linguale dépassant le vermillon



Élévation limitée: patient resserre les dents



Protraction limitée: pointe de la langue en « forme de cœur » (Heart shape)



Post-op immédiat: chirurgie conventionnelle (patiente IV.11)



3 mois post-op: cicatrisation complète  
Amélioration des troubles d'élocution  
Et des mouvements de la langue



Tester la libération du frein (per-op). Exercices de la langue (1e semaine) (patiente IV.11)

## Discussion

▪ Notre observation clinique rapporte la présence d'une ankyloglossie chez 13 membres d'une famille algérienne répartis sur 4 générations. Une prédisposition masculine est notée (8 ♂ / 5 ♀). Une transmission autosomique dominante pourrait être supposée basée sur la transmission verticale et l'atteinte des deux sexes. Cependant, une analyse génétique doit être entreprise afin de caractériser le mode de transmission et identifier le gène muté.

▪ Manifestement, l'ankyloglossie a tendance à sévir dans certaines familles. Quelques descriptions d'ankyloglossie familiale ont été publiées dans la littérature: une famille hollandaise (Keizer, 1952), une famille finlandaise (Klockars, 2007), une famille brésilienne (Acevedo *et al.*, 2010), une famille française (Lenormand *et al.* 2018).

▪ Dans la littérature, des antécédents familiaux d'ankyloglossie ont été notés chez 10 à 53 % des sujets présentant un frein lingual court. Cependant, la pathogenèse exacte de l'ankyloglossie reste inconnue à ce jour (Suter *et al.*). Toutefois, un rôle de la génétique avec l'implication possible du gène du récepteur couplé à la protéine G humaine (Lgr5) a été suggéré (Acevedo *et al.* 2010).

▪ Notre rapport de cas a également mis en évidence les conséquences fonctionnelles de l'ankyloglossie: limitation des mouvements de la langue, troubles de phonation. Après correction chirurgicale par frénectomie, une amélioration des troubles d'élocution et une libération de la langue dans ses mouvements a été observée. Ces constatations concordent avec celles rapportées par la littérature (Bakutra *et al.* 2017, Brinkmann *et al.* 2004, Camargo *et al.* 2013, Ito *et al.* 2015)

▪ En effet, les résultats de l'étude de Camargo *et al.* (2013) ont montré que la frénectomie linguale améliore la mobilité de la langue et les résultats de l'étude d'Ito *et al.* (2015) ont montré que l'acte chirurgical suivi d'exercices de la langue et d'une rééducation orthophonique permet la correction des troubles de la phonation.

## Conclusion

Cette série de cas met l'accent sur l'implication de la génétique dans le mécanisme étiopathogénique, encore mal identifié jusqu'à présent.

Elle permet également de confirmer l'efficacité de la frénectomie dans la libération des mouvements de la langue et l'amélioration des troubles de la phonation.

## Bibliographie

1. Keizer DP. Dominantly hereditary ankyloglossia. Ned Tijdschr Geneesk. 1952; 96:2203-2205.
2. Klockars T. Familial ankyloglossia (tongue-tie). Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2007; 71:1321-1324.
3. Acevedo AC, da Fonseca JA, Grinham J, Doudney K, Gomes RR, de Paula L, M., Stanier, P. Autosomal-dominant ankyloglossia and tooth number anomalies. Journal of Dental Research. 2010;89(2):128-132.
4. Lenormand A, Khonsari R, Corre P, Perrin JP, Boscher C, Nizon M, and al. Familial autosomal dominant severe ankyloglossia with tooth abnormalities. Am J Med Genet. 2018;00:1-4.
5. Brinkmann S, Reilly S, Meara JG. Management of tongue-tie in children: A survey of paediatric surgeons in Australia. J Paediatr Child Health (2004);40:600-605.
6. Suter V, Bornstein M. Ankyloglossia: Facts and Myths in Diagnosis and Treatment. J Periodontol. 2009;80:1204-1219.
7. Ito Y, Shimizu T, Nakamura T, Takatama C. Effectiveness of tongue-tie division for speech disorder in children. Pediatrics International. 2015; 57: 222-226.
8. Bakutra G, Vishnoi S, Desai J, Soni V. Management of ankyloglossia (tongue-tie)—Review and report of two cases. J Pierre Fauchard Acad (India Sect). 2017; 31:1-4.
9. Camargo ZA, Marchesan IQ, Oliveira LR, Svicero MA, Pereira LC, Madureira S. Lingual frenectomy and alveolar tap production: An acoustic and perceptual study. Logopedics Phoniatrics Vocology. 2013; Early Online: 1-10