

Stanowisko CNoL w sprawie wskazań do podcinania wędzidełka języka (frenotomii) u noworodków i niemowląt

w związku z narastającym problemem jakim jest nadrozpoznowalność skróconego wędzidełka języka i ankyloglosji jako przyczyn problemów z karmieniem piersią oraz narażania niemowląt na nieuzasadnione zabiegi.

6 grudnia 2021

1. Definicje

WĘDZIDEŁKO JĘZYKA jest pośrodkowym fałdem, który tworzy się z błony śluzowej, powięzi dna jamy ustnej oraz niekiedy przednich włókien mięśnia bródkowo-językowego, łączy dno jamy ustnej z dolną powierzchnią języka.

Jest normalną, dynamiczną strukturą anatomiczną o szerokim spektrum zmienności osobniczej. Dno jamy ustnej zapewnia równowagę pomiędzy stabilizacją a ruchomością języka.

ANKYLOGLOSSIA jest to ograniczona ruchomość języka spowodowana przez krótkie, nieelastyczne wędzidełko języka.

Wędzidełko języka nie jest jedyną przyczyną upośledzenia ruchomości języka.

Należy zwrócić uwagę, że ta przyjęta ogólnie definicja ankyloglosji jest nieprecyzyjna i pozwala na szeroką interpretację wskazań do zabiegu frenotomii. W diagnozowaniu należy doprecyzować, na czym polega skrócenie wędzidełka i jak wpływa na zaburzenia funkcji języka.

Wędzidełka tylne od kilku dekad budzą kontrowersje wśród ekspertów. W ostatnim konsensusie nie uzyskano zgody co do definicji tego typu wędzidełka oraz wskazań do frenotomii. Najnowsze badania anatomopatologiczne obaliły koncepcję wędzidełka jako pasma czy struny podśluzówkowej, a biomechanika języka w typie tylnym wymaga dalszych badań.

2. Występowanie

Częstość występowania skróconego wędzidełka w populacji wynosi od kilku do kilkunastu procent (4-11% populacji (*O'Shea 2017*), 1,5-3 razy częściej obserwowane jest u chłopców. Rozbieżności w danych pochodzących z różnych badań wynikają z braku uniwersalnej definicji skrócenia wędzidełka i stosowania różnych skal oceny.

U 12-44% dzieci ze skróconym wędzidełkiem języka stwierdzano trudności w karmieniu zarówno piersią, jak i w karmieniu butelką. Badania wskazują również, że część niemowląt z ankyloglosją, pomimo nieprawidłowej dynamiki ssania jest w stanie skutecznie pobierać mleko z piersi i nie powodować bólu brodawek u matki.

3. Problemy w karmieniu piersią

Problemy w karmieniu piersią, które mogą być spowodowane ankyloglosją to trudności w chwytaniu i ssaniu piersi i ich konsekwencje - bolesność, uszkodzenia brodawek u matki, nieefektywne ssanie, słaby przyrost masy ciała, niedobór pokarmu, zaburzenia przepływu pokarmu. Wszystkie te problemy mogą mieć wiele innych przyczyn, które należy rozpoznać, skorygować, wyleczyć albo wykluczyć. Dopiero w przypadku braku poprawy przy prawidłowym postępowaniu zachowawczym u niemowlęcia z ankyloglosją podejmuje się decyzję o frenotomii.

UWAGA: Nie leczy się wędzidełka tylko rozwiązuje się problemy laktacyjne matki i dziecka.

4. Kompleksowa ocena matki i dziecka

W przypadku trudności w karmieniu piersią, niezależnie od tego czy podejrzewa się ankyloglosję czy nie, należy przeprowadzić całą poradę laktacyjną. Rozpoznanie może być postawione po wnikliwej ocenie wszystkich informacji, których dostarczają:

- wywiad na temat przebiegu i skuteczności karmienia, stanu zdrowia i samopoczucia matki i dziecka, przebiegu ciąży, porodu, okresu adaptacyjnego, rodzaju doświadczanych problemów
- badanie dziecka z oceną budowy i funkcji jamy ustnej, a także ocena wędzidełka i ruchomości języka w wybranej skali
- badanie piersi matki z oceną chwytliwości kompleksu brodawka - otoczka oraz tempa wypływu mleka
- ocena aktu karmienia – technika, chwytanie, ssanie, szczelność, rytm, czas trwania, pobór pokarmu

Dopóki nie dysponujemy metodami mierzącymi obiektywnie zaburzenia funkcji języka w przypadku ankyloglosji należy przyjąć, że normą dla funkcji języka jest fizjologiczne karmienie piersią, czyli prawidłowe i skuteczne ssanie, dobry

przyrost masy ciała, rytm karmień mieszczący się w szerokim zakresie normy oraz komfort matki i dziecka.

5. Podstawowe interwencje

Wszystkie stwierdzone nieprawidłowości w karmieniu muszą być odpowiednio skorygowane, a podstawowe interwencje to:

- dobranie pozycji, instruktaż techniki karmienia, sposobu podania piersi
- dostosowanie tempa wyptywu mleka do możliwości dziecka
- poprawa chwytliwości brodawki i otoczki
- dostosowanie częstości karmień, aktywizowanie niemowlęcia
- ocena przyrostów masy ciała i oszacowanie dokarmiania jeśli są wskazania
- instruktaż odciągania pokarmu i dokarmiania dziecka w razie wskazań

UWAGA: Wykonanie frenotomii nie zastępuje wymienionych interwencji.

U części niemowląt z podejrzeniem ankyloglosji, w przypadku łagodnych form skrócenia, możliwe jest podjęcie obserwacji przez jakiś czas bez szkody dla zdrowia matki i dziecka. Szczególnie dotyczy to noworodków w pierwszych dobach życia, u których trudności w karmieniu mogą wynikać z zaburzeń okresu adaptacji czy urazu w czasie porodu.

Autorzy są raczej zgodni, że przy obecnym stanie wiedzy restrykcyjne wędzidełka upośledzające w znacznym stopniu ruchomość przedniej części języka powinny być korygowane we wczesnym okresie po urodzeniu.

6. Skale oceny

Istnieją różne skale klasyfikujące wędzidełka, oceniające funkcję języka lub ssanie. Większość z nich nie została sprawdzona pod względem trafności i rzetelności. W skalach przyznawane są punkty za różne elementy badania, jednak opierają się one na subiektywnej ocenie badającego. Dotychczas nie opracowano dostępnej szeroko metody mierzącej funkcję języka obiektywnie i ilościowo.

Skale anatomiczne (Coryllos, Kotlow) nie powinny być stosowane do podejmowania decyzji o frenotomii, ponieważ budowa wędzidełka nie koreluje z funkcją języka i problemami w karmieniu.

W klasyfikowaniu do frenotomii może być pomocna skala Hazelbaker w modyfikacji Amir (odpowiednia rzetelność dla trzech kryteriów funkcji).

Stosowanie skali wymaga treningu i doświadczenia. Punktacja za funkcję ≤ 4 wraz z punktacją za wygląd 0-7 jest argumentem za frenotomią, który rozpatruje się w powiązaniu z całym obrazem klinicznym.

7. Wskazania do frenotomii

Wskazaniem do frenotomii u niemowlęcia z ankyloglosją jest brak poprawy w trudnościach w karmieniu piersią pomimo podjęcia prawidłowych interwencji opartych na szczegółowej ocenie przebiegu karmienia oraz wykluczeniu innych przyczyn ze strony matki i dziecka.

8. Badania skuteczności frenotomii

W badaniach obserwowano po frenotomii poprawę zasięgu ruchu języka, zwiększenie poboru mleka, poprawę mechaniki języka w czasie ssania, zmniejszenie bolesności brodawek w ocenie matek. Większość prac stanowią doniesienia o niskiej i średniej jakości w hierarchii dowodów. Wykonano tylko pięć badań z randomizacją dotyczących skuteczności zabiegu, obejmujących łącznie 302 pacjentów. Żadne z tych badań nie dostarcza obserwacji długofalowych, lecz najdalej kilkudniowych. W ostatnim przeglądzie systematycznym (Visconti 2021), stwierdzono, że frenotomia zmniejsza ból brodawek u matek karmiących oraz wzmacnia matczyne poczucie skuteczności w karmieniu własnego dziecka (umiarkowanie silne dowody). Niemożliwe było ustalenie wpływu frenotomii na poprawę ssania piersi ze względu na rozbieżności pomiędzy badaniami w wykorzystanych klasyfikacjach, skalach, czasie zabiegu. Przegląd ten zakończony jest wnioskiem, że konieczne są badania z randomizacją, z metodologią wysokiej jakości, by ocenić efekt frenotomii. Badania powinny być tak zaprojektowane, by ustalić które dzieci, w jakim wieku, z jakim stopniem skrócenia odnoszą korzyść z zabiegu.

Pomimo wzrastającej liczby doniesień w piśmiennictwie precyzyjne ustalenie wskazań do frenotomii wędzidełka języka pozostaje niejasne i kontrowersyjne. Wobec braku mocnych dowodów na skuteczność frenotomii należy szczególnie uważnie i ostrożnie rozważać wskazania do zabiegu, po wyczerpaniu innych możliwości pomocy matce i dziecku.

9. Powikłania zabiegu

Zabieg frenotomii powszechnie uważany jest za bezpieczny. W metaanalizie O'Shea z 2017 obejmującej łącznie 302 niemowląt nie obserwowano powikłań. Jednak ze wzrostem liczby zabiegów obserwowanym na całym świecie pojawiają się również doniesienia o powikłaniach, wśród nich wymienia się nasilone

krwawienie, zakażenie rany, zrost, awersję do ssania z piersi lub butelki, zaburzenia oddychania spowodowane zapadaniem języka, uszkodzenie przewodów slinowych.

10. Masaż miejsca nacięcia?

Niektórzy specjaliści/autorzy na podstawie własnych obserwacji zalecają stosowanie masażu, unoszenie języka lub ćwiczenia rozciągające tkanki po zabiegu w celu zapobiegania zrostom rany. Nie ma dowodów naukowych wykazujących zasadność takiego postępowania.

Rodzice zgłaszali, że było to dla nich traumatyzujące doświadczenie. Inni autorzy zgłaszają obawy, że powtarzane manipulacje na ranie mogą spowodować awersję oralną.

UWAGA: Z małego problemu można wytworzyć duży problem w zakresie prawidłowego żywienia dziecka.

11. Frenotomia jako profilaktyka?

Na podstawie przeprowadzonych badań nie ma możliwości wyciągnięcia wniosków o wpływie frenotomii na rozwój wymowy (SR Visconti 2020), ponieważ badania prowadzono na małych grupach, bez obiektywnych narzędzi i bez randomizacji. Profilaktyczne podcinanie wędzidełka nie jest zalecane przez ekspertów.

12. Informacja dla rodziców

Rodziców dziecka należy poinformować, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną zabieg może nie rozwiązać problemów w karmieniu, nie ma badań dowodzących skuteczności masażu miejsca nacięcia oraz że profilaktyczne podcinanie wędzidełka nie jest zalecane.

Podsumowanie:

W przypadku dziecka z trudnościami w karmieniu nie wolno odstępować od porady laktacyjnej obejmującej wszystkie elementy. Wędzidełko języka jest małym fragmentem większej całości. Koncentrowanie uwagi specjalistów na wędzidełku języka wiąże się z ryzykiem zaniedbania innych problemów

zdrowotnych matki i dziecka i niejednokrotnie opóźnia podjęcie właściwej terapii.

Opracowanie:

dr n. med. Monika Żukowska -Rubik, współpraca dr n.med. Magdalena Nehring-Gugulska

Centrum Nauki o Laktacji, Warszawa

Piśmiennictwo:

1. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*. 2002 Nov;110(5):e63.
2. Caloway C, Hersh CJ, Baars R, Sally S, Diercks G, Hartnick CJ. Association of Feeding Evaluation With Frenotomy Rates in Infants With Breastfeeding Difficulties. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019 Jul 11;
3. Geddes DT, Kent JC, McClellan HL, Garbin CP, Chadwick LM, Hartmann PE. Sucking characteristics of successfully breastfeeding infants with ankyloglossia: a case series. *Acta Paediatr*. 2010 Feb;99(2):301–3.
4. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, Jacobs LA, Hartmann PE, Simmer K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics*. 2008 Jul;122(1):e188-194.
5. Hale M, Mills N, Edmonds L, Dawes P, Dickson N, Barker D, et al. Complications following frenotomy for ankyloglossia: A 24-month prospective New Zealand Paediatric Surveillance Unit study. *J Paediatr Child Health*. 2020 Apr;56(4):557–62.
6. Hill RR, Pados BF. Symptoms of problematic feeding in infants under 1 year of age undergoing frenotomy: A review article. *Acta Paediatr*. 2020 Dec;109(12):2502–14.
7. Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishman SL, Baldassari C, et al. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020 May;162(5):597–611.
8. Mills N, Keough N, Geddes DT, Pransky SM, Mirjalili SA. Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. *Clin Anat*. 2019 Sep;32(6):824–35.
9. O’Shea JE, Foster JP, O’Donnell CP, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 11;3:CD011065.
10. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child*. 2015 May;100(5):489–94.
11. Van Biervliet S, Van Winckel M, Vande Velde S, De Bruyne R, D’Hondt M. Primum non nocere: lingual frenotomy for breastfeeding problems, not as innocent as generally accepted. *Eur J Pediatr*. 2020 Aug;179(8):1191–5.
12. Visconti A i wsp. A systematic review: The effects of frenotomy on breastfeeding and speech in children with ankyloglossia. *Int J Speech Lang Pathol* 2021 Aug;23(4):349-358.