

Dr n. med. Magdalena Nehring-
Gugulska



**Krótkie wędzidełko języka u niemowląt karmionych
piersią – ciąć**

czy nie ciąć, oto jest pytanie!

Konferencja Krakowska Jesień Pediatria 2015

Fragmenty w/w wykładu do wykorzystania podczas
kursów CNoL za moją zgodą, z podaniem źródła

Badanie kliniczne noworodka obejmujące jamę ustną

a) symetrię, ruchomość i wielkość języka,

b) ocenę podniebienia,

c) ocenę poprawności odruchu ssania

dokonuje lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii, w obecności matki lub ojca, w ciągu 12 godzin życia noworodka

(Standardy Opieki Okołoporodowej, pkt. XII.10.5;

Dz. U. z 2012 r. poz. 1100)

Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M,

Stobnicka-Stolarska P, Paradowska B.

Protokół umiejętności ssania piersi.

Postępy neonatologii. 1(20) 2014:53-67

Ankyloglossia (Q 38.1) – upośledzony ruch i funkcja języka z powodu wrodzonej anomalii anatomicznej jaką jest hipertroficzne (krótkie, nieelastyczne) wędzidełko języka (frenulum, ang. Tongue-tie),

dotyczy od 2,1 do 10,7 % populacji (*Geddes DT, Acta Paediatrica 2009*)

anomalia genetyczna (mutacja genu LGR5) (*Acevedo AC et al. 2010*)

w med. starożytnej greckiej „crooked tongue” krzywy język, podobnie „crooked bite” krzywy zgryz

zajmują się specjaliści z wielu dziedzin – laryngolodzy, logopedzi, konsultanci laktacyjni, stomatolodzy, chirurdzy szczękowi, pediatrzy, lekarze rodzinni

Klasyfikacja dotycząca budowy wędzidełka języka:

przednie (typ 1-2) – 92% (3 x częściej chłopcy) ,
tylne (typ 3-4) – 8% (3 razy częściej dziewczynki)

Typ 1 – przyczep od czubka języka do dna jamy ustnej tuż przy wale dziąsłowym lub do wału dziąsłowego



Typ 2 - przyczep 2–4 mm od czubka języka, do dolnego wału dziąsłowego, potem do dna jamy ustnej



*Fot. Smith L.J. Comprehensive Lactation
Consultant Exam Review*



Figure 8-16 Type 2 tongue-tie.

*Watson-Genna C, Supporting Sucking Skills in
Breastfeeding Infants, Jones and Burtlet Publishers*

Typ 3 – przyczep od środkowej części dolnej powierzchni języka do dna jamy ustnej, czase język ma kształt serduszka



Język może unieść się, gdy usta lekko otwarte



Ale gdy usta szeroko otwarte, unieść może się tylko czubek języka

Typ 4 – zbyt dystalnie położony przyczep języka do dna jamy ustnej



Nie widać wędzidełka, a ruchomość języka upośledzona u zdrowego neurologicznie dziecka



Dziecko, aby unieść język, równocześnie unosi górną wargę i podniebienie

Watson-Genna C, Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants, Jones and Burtlet Publ

Badanie kliniczne funkcji języka

1. Wsuwanie

(po dotknięciu dolnej wargi – język wysuwa się, powinien pokrywać dolny wał dziąsłowy, też podczas ssania palca badającego)



2. Unoszenie

(min. 20 mm, powinno przekraczać środkową linię ust)

u zdrowego



3. Lateralizacja (język podąża na boki za palcem badającego, gdy ten dotyka dziąsła, nie zwija się, nie cofa)



*Hazelbaker AK, Watson-Genna C,
Mayer D, Scrinivasan A*



4. Zapadanie środkowej części - daszek

Obrazy z badania



Język nie pokrywa
dziąseł



Język nie lateralizuje tylko
roluje za dziąsła



Typ 2 - popularny



Typ 3 – kształt serduszka

Skala Hazelbaker do oceny wędzidełka języka (1998) w modyfikacji Amir L. (2006) tłum. Żukowska-Rubik M

Lateralizacja

2: pełna

1: trzon języka, ale szczyt nie

0: ani trzon, ani szczyt

Unoszenie języka

2: szczyt do połowy wysokości jamy ustnej

1: tylko krawędzie języka do połowy wysokości jamy ustnej

0: szczyt języka pozostaje przy wale dziąsłowym lub osiąga do połowy wysokości jamy ustnej przy przymknięciu jamy ustnej

Wysuwanie języka

2: szczyt poza dolną wargę

1: szczyt tylko do wału dziąsłowego

0: żadne z powyższych albo przednia lub środkowa część języka podwija się tworząc garb

Podcięcie wędzidełka wskazane jeśli ≤ 4 punkty

Częstość występowania Segal et al. 2007

Table 3. Prevalence of ankyloglossia

STUDY	YEAR	N	COUNTRY	TYPE OF STUDY	DIAGNOSTIC METHOD	DAYS POSTPARTUM	PREVALENCE N (%) (95% CONFIDENCE INTERVAL)
Messner et al ⁷	2000	1041	United States	Prospective trial	None; subjective impression with clinical correlate	Not applicable	50 (4.8) (3.6-6.3)
Ballard et al ⁸	2002	3036	United States	Uncontrolled case series	Hazelbaker's assessment tool ¹⁷ for lingual frenulum function	2-3	127 (4.2) (3.5-5.0)
Griffiths ⁶	2004	521	United Kingdom	Prospective uncontrolled cohort study	None; subjective impression with clinical correlate	18	All patients in study had ankyloglossia
Hogan et al ⁵	2005	1866	United Kingdom	Randomized controlled trial	None; subjective impression with clinical correlate	3-70 (median 15)	201 (10.7) (6.6-14.74)
Ricke et al ⁹	2005	3490	United States	Case-control study	Hazelbaker's assessment tool ¹⁷ for lingual frenulum function	Both 1 and 30 days	148 (4.24) (1.1-7.42)

Table 2. Criteria for diagnosing ankyloglossia

AUTHOR	YEAR	CRITERIA	Różne kryteria stosowane w badaniach, co podkreślają wszyscy dokonujący przeglądów
Hogan et al ⁵	2005	Frenulum extending along 25%-100% of tongues' total length	
Ricke et al ⁹	2005	Hazelbaker's assessment tool ¹⁷ for lingual frenulum function	
Griffiths ⁶	2004	Frenulum thick; tongue heart-shaped when protruded	
Ballard et al ⁸	2002	Hazelbaker's assessment tool ¹⁷ for lingual frenulum function	
Messner et al ⁷	2000	Frenulum abnormally short	
Messner and Lalakea ¹¹	2000	Frenulum abnormally short; decreased mobility of tongue tip	
Masaitis and Kaempf ³	1996	Tongue heart-shaped when protruded; inability to bring tongue over lower gum ridge; abnormally short, thick frenulum; maternal nipple trauma	
Harris et al ²⁰	1992	Frenulum short, thick, and fibrous; frenulum extends to the papillated surface of tongue	
Marmet et al ²	1990	Inability to bring tongue over lower gum ridge; normal breastfeeding sucking motion inhibited; tongue heart-shaped when protruded	
Notestine ¹²	1990	Frenulum <1 cm in length; tongue heart-shaped when protruded; tight feeling when finger placed under tongue along midline; tongue cannot reach gum line when protruded	
Fleiss et al ¹⁹	1990	Tongue tip cannot reach top of gums; tongue tip cannot swing from one corner of mouth to the other; tongue displays notching when protruded; tongue cannot be protruded beyond lower gum	
Jorgenson et al ²¹	1982	Frenulum prevents protrusion of tongue; frenulum extends to papillated surface of tongue; frenulum fissures tongue tip during normal movements	

Raportowane problemy u 25-80% niemowląt z wadą

- Ssanie piersi - trudności w utrzymaniu i stabilizacji piersi w ustach, nieefektywny pobór pokarmu, niedostateczny przyrost masy
- Karmicielka - bolesne/uszkodzone brodawki, obrzęk/zastój, zmniejszenie laktacji
- Mowa – głoski wymagające wysokiego uniesienia języka, zaburzenia artykulacji u 70% dzieci i 50% dorosłych (*Lalakea, Messner*), potrzeba więcej badań potwierdzających obserwacje
- Higiena jamy ustnej – słabsze rozprowadzanie śliny, słabsze usuwanie resztek jedzenia, utrudnione oblizywanie warg
- Socjalne – wypadanie jedzenia z ust, utrudnione całowanie

Hogan M. J Pediatr Child Health 2005

Segal et al. Can Fam Phis 2007

Geddes DT,

Acta Pediat 2009

Suter VG. J Peridontol 2009

Buryk et al. Pediatrics 2011

Berry et al. Breastfeeding Med. 2012

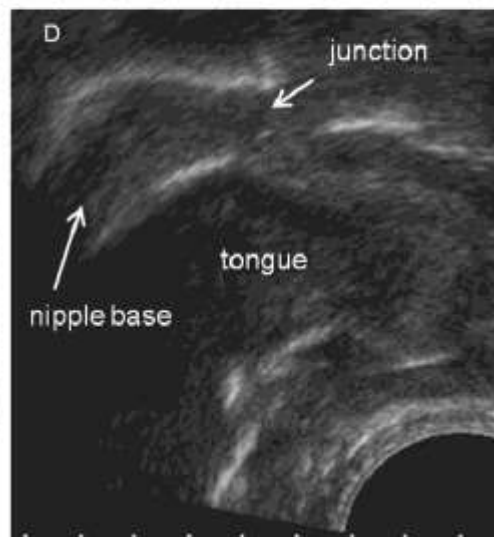
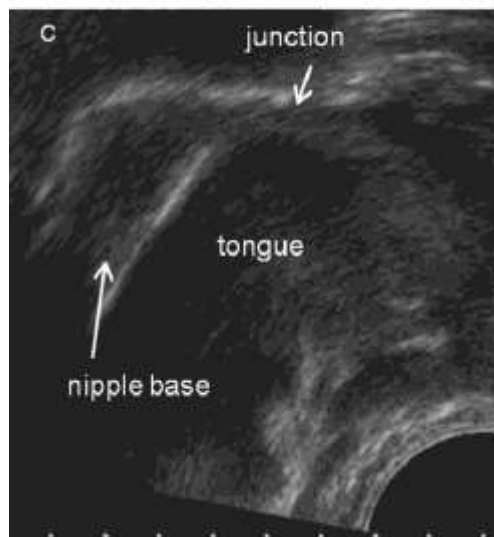
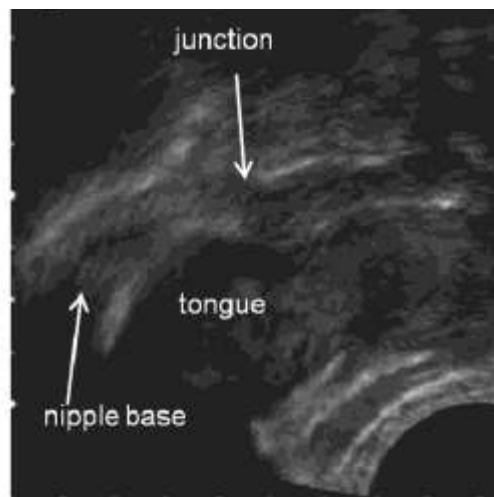
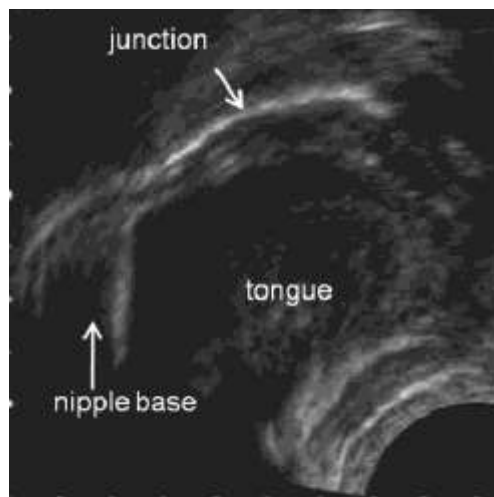
Obraz USG jamy ustnej podczas ssania piersi przez dziecko z ankyloglossią

Faza kompresji

(język w górze)

przed frenotomią,
ucisk szczytu
brodawki

po zabiegu język
dociera dalej, bliżej
połączenia
podniebienia
twardego z
miękkim,
brak ucisku



Faza zasysania

(język na dole)

przed frenotomią
brodawka mocno
spłaszczona
u podstawy,
mniejszy flow

po zabiegu,
brodawka okrągła
u podstawy,
większy flow

Część dzieci, pomimo nie prawidłowej dynamiki ssania, potrafi skutecznie opróżniać pierś, najadać się i nie ranić brodawek matki. Fenomen ten wymaga dalszych badań z użyciem zaawansowanych metod.

Geddes D et al. Acta Paediatrica 2010