

# FRENOTOMIE, EEN GEKNIPT IDEE!

WETENSCHAP

Scriptieprijs 2004 Kerkrade

Een te korte tongriem bij de neonat is soms de oorzaak van borstvoedingsproblemen.

In het kader van hun afstudeeropdracht deden Ellen Lemmens en Chantal Leveau een literatuuronderzoek om uit te zoeken of behandeling van ankyloglossia zinvol is. Ze werden hiervoor beloond met de scriptieprijs 2004. Uit het onderzoek blijkt dat het verrichten van een frenotomie<sup>[1]</sup> effectief is. Hun advies: Bij borstvoedingsproblemen als gevolg van ankyloglossia geniet het de voorkeur om in de eerste levensweek een frenotomie bij de neonat te verrichten.

*Ellen Lemmens en  
Chantal Leveau*

Verloskundigen zijn over het algemeen niet op de hoogte van het bestaan van een te korte tongriem en de problemen die hierbij kunnen optreden. Toch komt een te korte tongriem vrij regelmatig voor in de eerstelijns verloskundige praktijk. De incidentie in de literatuur verschilt sterk en varieert van 0,02 % tot 4,8 %.<sup>[1,2,3]</sup> Dit kan deels verklaard worden door een gebrek aan een uniforme definitie en een objectief classificatiesysteem. Als synoniemen voor een te korte tongriem worden ankyloglossia, tongue-tie en short lingual frenulum gebruikt. Het frenulum (tongriempje) is het membraan waarmee de tong vastzit aan de bodem van de mond. Er wordt gesproken van ankyloglossia wanneer het frenulum zo kort is of vastzit aan het puntje van de tong dat tongbewegingen worden beperkt.<sup>[1]</sup> De term ankyloglossia komt van het Griekse woord 'agkilos' ofwel kromgebogen en 'glossia' ofwel tong.

Ankyloglossia is een erfelijke aandoening die als een mid-line defect wordt geclassificeerd. In 44-50% van de gevallen van ankyloglossia blijkt er een positieve familieanamnese te bestaan voor deze aandoening.<sup>[3,4]</sup> Meestal betreft het een geïsoleerde anatomische variatie. Daarnaast komt het voor als onderdeel van een syndroom.

## Ankyloglossia en borstvoeding

Een strak frenulum kan de neonat beperken in het goed naar voren brengen van de tong. Dit bemoeilijkt het omvatten van de tepel en areola en het extraheren van de melk. Het vacuüm wordt dan snel verbroken, waardoor er een klikkend of smakkend geluid tijdens de voeding te horen is. Hierdoor ontstaat mogelijk onrust en frustratie bij de neonat wat kan leiden tot slecht drinken en onvoldoende groei.<sup>[5]</sup> Ondanks goed aanleggen van de neonat kunnen er door het veranderde zuigpatroon tepelkloven bij de moeder ontstaan. Door de slechte drainage van melk uit de borst kan er een mastitis ontstaan. Ook kan de melkproductie teruglopen door de verminderde zuigkracht van de neonat.<sup>[3]</sup>

Uit het onderzoek van Griffiths et al.<sup>[4]</sup> blijkt dat maar liefst 75% van de moeders met een neonat met ankyloglossia borstvoedingsproblemen aangeeft en dat bij slechts 16% de borstvoeding probleemloos verloopt.

## Verdere invloed van ankyloglossia

Logopedisten die kinderen met ankyloglossia onderzochten rapporteren spraakproblemen als gevolg van verminderde tongmobiliteit bij 71% van de kinderen. Er bestaan vooral moeilijkheden met de letters T, D, Z, S, TH, N en L. Ankyloglossia is gerelateerd aan articulatieproblemen, maar niet aan problemen met

## Opheffen van ankyloglossia: meest voorkomende methoden

### 1. Frenotomie

Frenotomie is het doorknippen van het frenulum. Deze methode wordt het meest gebruikt bij neonaten met ankyloglossia zich uitend in borstvoedingsproblemen. De procedure neemt 10-15 seconden in beslag en gaat als volgt. De neonat wordt (gewikkeld in een doek) met het hoofd naar de hulpverlener geplaatst. De rechtshandige hulpverlener neemt met de duim en wijsvinger van zijn linkerhand de tong aan de onderkant vast. De tong wordt omhoog getrokken om het frenulum in beeld te brengen. Een smalle steriele schaar wordt onder de top van de tong geplaatst en het frenulum wordt ingeknipt. Daarbij wordt naar posterior geknipt dicht tegen de tong aan, om letsel aan de onderliggende submandibulaire klieren te vermijden. Bij een strak frenulum wordt 2-3 keer tijdens de ingreep geknipt. Nabloeden is miniem. Pijnstilling en antibiotica zijn niet nodig. Zonodig kan de patiënt na 1-2 weken op nacontrole komen.<sup>[2]</sup>

### 2. Frenuloplastie

Frenuloplastie is het losmaken van het frenulum met plastisch herstel. Bij voorkeur uitgevoerd bij kinderen ouder dan 1-2 jaar.

*Ellen Lemmens en Chantal Leveau zijn de winnaars van de scriptieprijs 2004 van de Vroedvrouwenschool te Kerkrade, thans Maastricht; correspondentieadres: chantalleveau@hotmail.com*



*Een strak frenulum kan de neonaat beperken in het goed naar voren brengen van de tong. Dit bemoeilijkt het omvatten van de tepel en areola en het extraheren van de melk.*

de ontwikkeling van het spraakvermogen.<sup>[6]</sup>

Door de beperkte tongmobiliteit kan het moeilijk zijn het natuurlijke intra-oraal-toilet uit te voeren, zoals het likken langs de lippen en tanden. Hierdoor blijven etensresten makkelijker onder de tong zitten en kunnen er wondjes optreden. Ook de sociale problemen kunnen divers zijn, zoals het onvermogen een blaasinstrument te bespelen, problemen met likken aan een ijsje en niet in staat zijn tot tongzoenen. Verder zijn er volwassenen die aangeven zich te schamen voor deze aandoening en als kind gepest te zijn met deze conditie.<sup>[7]</sup>

Tevens kunnen er gebitsproblemen optreden, zoals een diastase van de middelste snijtanden in de onderkaak, als gevolg van druk door het strakke frenulum.<sup>[2,8]</sup>

## Behandeling

In de achttiende eeuw werd aanbevolen om een te strak zittend

frenulum bij de neonaat op te heffen. Dit om het geven van borstvoeding te vergemakkelijken. Het was zelfs de gewoonte van de vroedvrouwen om bij elke neonaat het frenulum met hun vingernagels door te snijden.<sup>[2]</sup> De tegenwoordig meest voorkomende chirurgische methoden vindt u in het kader. In de meerderheid van de onderzoeken komt naar voren dat frenotomie een makkelijke, pijnloze, veilige en meestal succesvolle procedure is. Griffiths<sup>[4]</sup> geeft aan dat een frenotomie voor de neonaat veel minder pijnlijk is dan bijvoorbeeld een vaccinatie. 40% van de neonaten huilde niet of sliep gedurende de ingreep. 60% huilde na de ingreep, waarvan 85% 20 seconden of minder en slechts 1% langer dan een minuut.

Anaesthesie is niet noodzakelijk bij kinderen met een leeftijd jonger dan 1 jaar, aangezien het frenulum dan nog weinig bloedvaten en zenuwen bevat.<sup>[2,3]</sup>

## Resultaten

Hogan et al<sup>[9]</sup> verrichtten recent een dubbelblinde randomized controlled trial met als doel te bepalen welke behandeling het beste effect heeft bij neonaten met ankyloglossia en voedingsproblemen. De interventiegroep onderging direct een frenotomie. In de controlegroep werd er hulp en advies geboden door een lactatiekundige. Indien dit geen positief effect opleverde binnen 48 uur kregen de ouders de keuze voorgelegd om het frenulum te laten dippen. In totaal werden 57 neonaten met ankyloglossia geïncludeerd waaronder 40 borstgevoede en 17 flesgevoede neonaten. Van de 28 neonaten uit de interventiegroep was er bij 27 verbetering van het voeden na frenotomie. Van de 29 neonaten uit de controlegroep was er bij 28 geen verbetering. Deze 28 neonaten ondergingen allemaal na 48 uur alsnog de ingreep, waarna er bij 27 een verbetering optrad.

In het geheel bleek dat frenotomie bij 54 van de 57 neonaten tot een verbetering van het voeden leidde. In de prospectieve cohort studie van Griffiths et al.<sup>[4]</sup> ervoer 57% van de moeders direct na de ingreep een verbetering. Dit percentage liep op tot 80% na 24 uur. Bij 19% van de neonaten bleven de voedingsproblemen bestaan. Een aantal van deze problemen zouden middels follow-up begeleiding door een lactatiekundige op te lossen zijn geweest. Bij 1% trad er een verslechtering in het drinkgedrag op. In totaal kreeg 64% van de neonaten tot minstens drie maanden na de ingreep borstvoeding. Concluderend volgt uit bovenstaande onderzoeken dat frenotomie bij een neonaat met ankyloglossia en borstvoedingsproblemen een positief resultaat tot gevolg heeft.

### Beschouwing

Er bestaat in Nederland geen consensus over het beleid en de behandeling van een te korte tongriem. Dit zowel tussen als binnen de betrokken specialismen zoals KNO-artsen, kinderartsen, huisartsen, logopedisten, lactatiekundigen en verloskundigen. Daarnaast is er geen enkel Nederlands onderzoek verricht naar de aandoening. Uit de onderzoeksliteratuur met de meeste wetenschappelijke waarde komt echter duidelijk naar voren dat een te korte tongriem in een meerderheid van de gevallen tot borstvoedingsproblemen kan leiden. Er dient meer bekendheid te worden gegeven aan het voorkomen van ankyloglossia, de mogelijke problemen en de positieve effecten van frenotomie. Daarbij is het van belang dat de verloskundige een te kort tongriempje opmerkt. Ons advies is dan ook om bij het neonataal onderzoek direct post partum de inspectie van de tong-

riem standaard te verrichten. Als de verloskundige ankyloglossia vaststelt dient zij de ouders volledig voor te lichten over deze aandoening, mogelijke gevolgen en behandelingsopties. Indien er problemen met de borstvoeding optreden, kan zij adequaat reageren door direct actie ondernemen. Veel huisartsen en een enkele verloskundige knippen een tongriem. Daarom is het aan te raden om (evt. na overleg met de huisarts en gynaecoloog) te onderzoeken wat regionaal de mogelijkheden cq afspraken zijn.

### Toekomstvisie

De verloskundige is bevoegd tot het verrichten van een aantal complexe vaardigheden zoals het zetten van een episiotomie en het inbrengen van een infuus. Een frenotomie is een zeer eenvoudige en gemakkelijk te realiseren ingreep. Verder verkeert de verloskundige in de beste positie om de borstvoeding te bevorderen na de ingreep. Wij pleiten er dan ook voor om de verloskundige de bevoegdheid te geven om een frenotomie te verrichten, mits zij hiertoe bekwaam is! □

### Noot van de redactie

Op dit moment zijn er in Nederland al verloskundigen die ankyloglossia zelf verhelpen door frenotomie. Er is echter geen sprake van officiële bevoegdheid, omdat het niet beschreven is in de taakomschrijving van verloskundigen. In Engeland hebben verloskundigen de bevoegdheid om de ingreep uit te voeren verkregen via certificering. (Zie ook TVV november 2004, pag. 31)

### Literatuur

1. Gorodzinsky F, Telch J. Ankyloglossia and breastfeeding. *Pediatrics and child-health* 2002; 7(4): 269-70.
2. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: Does it matter? *Pediatr*

*Clin Am* 2003; 50: 381-97.

3. Fitz-Desorgher R. All tied up, tongue tie and its implications for breastfeeding. *Pract Midwife* 2003 jan.

4. Griffiths DM. Do tongue-ties affect breastfeeding? [In press].

5. Newman J, Pitman T. Dr. Jack Newman's Guide to breastfeeding. Canada: HarperCollins, 2000.

6. Messner AH, Lalakea ML. The effect of ankyloglossia on speech in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002 nov; 127: 539-45.

7. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: The adolescent and adult perspective. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003 may; 128: 746-52.

8. Masaitis NS, Kaempf JW. Developing frenotomy policy at one medical center: A case study approach. *J. Hum Lact* 1996 march; 12 (3): 229-32.

9. Hogan M, Westcott C, Griffiths DM. A randomized controlled trial of division of tongue-tie in infant with feeding problems. [In press].