

Позиція Академії медицини грудного вигодовування: анкілоглосія у дітей, які знаходяться на грудному вигодовуванні

Yvonne LeFort,¹ Amy Evans,^{2,3} Verity Livingstone,⁴ Pamela Douglas,^{5,6} Nanette Dahlquist,⁷ Brian Donnelly,⁸ Kathy Leeper,⁹ Earl Harley,¹⁰ Susan Lappin¹¹; and the Academy of Breastfeeding Medicine

Вступ

Останні роки спостерігається дедалі більший інтерес до анкілоглосії або короткої вуздечки язика, про що свідчить значне збільшення наукових публікацій.¹ Одночасно це збігається з помітним зростанням кількості діагностичних та лікувальних заходів щодо короткої вуздечки язика на міжнародному рівні.²⁻⁴ Незважаючи на це, у всьому світі та серед представників різних медичних професій не існує єдиної думки стосовно діагностики та лікування анкілоглосії.⁵ Обтяжливим є відсутність високоякісних доказових досліджень, а саме рандомізованих контрольованих досліджень та лонгитудинальних даних, якими могли б керуватися лікарі при розробці оптимального методу лікування цього стану. У відповідь на цю ситуацію Академія медицини грудного вигодовування збрала групу експертів-клініцистів з великим досвідом роботи в цій галузі для того, щоб надати висновок, в якому узагальнюються наявні дані щодо короткої вуздечки язика. Сподіваємось, що усі, хто надає допомогу матерям, які годують, та їх немовлятам, ознайомляться з цим документом для досягнення спільного послідовного результату.

Актуальність

Клінічний досвід показав, що неонатальна анкілоглосія, або коротка вуздечка язика, у немовлят, які знаходяться на грудному вигодовуванні, є потенційною причиною дискомфорту та травмування сосків матері, а також фактором, який перешкоджає отриманню грудного молока малюком, і тому вважається фактором ризику передчасного завершення грудного вигодовування.⁶

Анкілоглосія діагностується, коли язик скутий в діапазоні рухів та наступних функціях через наявність обмежувальної вуздечки під язиком. Останні анатомічні дослідження мікроанатомії

під'язикової вуздечки говорять, що вона не є гістологічно окремою структурою або зв'язкою.

Під'язикова вуздечка являє собою складку тканини, яка з'являється при піднятті язика догори та утворює напругу на дні ротової порожнини. Ця складка завжди складається зі слизової оболонки ротової порожнини. Іноді складка може містити фасцію дна ротової порожнини або фасцію та підборідно-язиковий м'яз, які вважаються нормальними анатомічними варіаціями.⁷⁻⁸

Ультразвукове дослідження показало, що певні рухи язика та позиційна близькість соску матері стосовно з'єднання твердого та м'якого піднебіння немовля мають зв'язок з ефективним та комфортним грудним вигодовуванням. Коли язик рухається догори та вниз у ротовій порожнині, відстежується екскурсія нижньої щелепи, величина негативного тиску змінюється, що полегшує переміщення молока під час годування. Коли язик опускається, відбувається збільшення вакууму або негативного тиску, та, навпаки, зменшення негативного тиску відбувається при підйманні язика догори.⁹⁻¹⁰ Надалі треба розуміти, що наявність і тактильні відчуття тканини молочної залози в ротовій порожнині спричиняють рефлекторне відхилення нижньої щелепи, за яким слідує язик, що утворює вакуум з одночасним щільним контактом.¹¹

Клінічні рекомендації

Обмежувальна під'язикова вуздечка, яка приводить до зменшення рухливості язика, може стати причиною значної функціональної перешкоди для ефективного прикладання немовля, смоктання та отримання грудного молока, а також дискомфорту та травмування соска/ареолярної зони матері під час грудного вигодовування, що призводить до підвищеного ризику припинення грудного вигодовування.^{6,12}

Суб'єктивні скарги матерів, які годують немовлят з вуздечкою язика, можуть включати труднощі під час прикладання, біль в сосках, недостатнє спорожнення грудей, продовжена

¹ Milford Breastfeeding Clinic, Auckland, New Zealand

² Center for Breastfeeding Medicine, Community Regional Medical Center, Fresno, California, USA.

³ UCSF-Fresno, Fresno, California, USA.

⁴ Vancouver Breastfeeding Clinic, Department of Family Medicine, UBC, Vancouver, Canada.

⁵ Maternity Newborn and Families Research Collaborative MHIQ, Griffith University, Queensland, Australia.

⁶ Discipline of General Practice, University of Queensland, Queensland, Australia.

⁷ Westside Breastfeeding Center, Hillsboro Pediatric Clinic, Hillsboro, Oregon, USA.

⁸ General Pediatrician, Allegheny Health Network, Pediatrics Adjunct Professor Pediatrics, Carlow University, Clinical Instructor of Pediatrics, Duquesne University, Pittsburgh, Pennsylvania, USA.

⁹ Milkworks Non-profit Breastfeeding Center, Lincoln and Omaha, Nebraska, USA.

¹⁰ School of Medicine, Georgetown University, Washington, District of Columbia, USA

¹¹ Family Medicine, Dalhousie University, Director of Newborn Services, IWK Hospital and Medical Direct Collaborative Breastfeeding, Halifax, Canada.

тривалість окремих сеансів годування та недостатнє насичення дитини під час безпосереднього годування грудьми. Об'єктивні дані можуть включати здавлювання сосків та/або їх травмування, застій молока у грудях та затримка набору ваги немовляти через неефективну передачу/смоктання молока з грудей.¹³⁻¹⁶ Оскільки ця проблема не є рідкісною серед багатьох пар з грудним вигодовуванням, важливо відмітити, що вона може бути неправомірно віднесена до анатомічно нормальної під'язикової вуздечки, яка отримала назву «обмежена». Неможливо переоцінити першочергову важливість проведення ретельної кваліфікованої оцінки грудного вигодовування, яка включає диференційну діагностику та усунення цього потенційного фактора ризику.¹⁷

Оцінка та діагностика

Було опубліковано декілька посібників щодо рухів язика при наявності потенційно обмежувальної під'язикової вуздечки, з метою допомоги лікарям у питанні: чи потребує конкретна дитина хірургічного втручання.¹⁸⁻²³ Ці посібники значно відрізняються за своїми специфічними компонентами оцінки та ступенем складності, а також взаємною достовірною відповідністю інструментів. Жоден конкретний інструмент не призначений для використання в клінічних умовах як єдиний засіб прийняття рішення про те, чи показана френотомія. Таке рішення може бути прийнято тільки в поєднанні з кваліфікованою клінічною оцінкою грудного вигодовування.²⁴

Для детальної клінічної оцінки грудного вигодовування перед прийняттям рішення про лікування вуздечки язика рекомендується проводити збір анамнезу та об'єктивний огляд матері, пошук доказів травми сосків та недостатнього спорожнення грудей, а також збір анамнезу та фізичний огляд немовляти з акцентом на ретельні анатомічні дані ротової порожнини. Безпосереднє спостереження за процесом грудного вигодовування дуже важливе. Потенційний вплив будь-яких анатомічних змін, наприклад вуздечки язика, на здатність немовля добувати молоко з грудей потребує оцінки стану біля грудей, яка включає комфорт матері та передачу молока, про що свідчить чутне та/або видиме ковтання.²⁵ Контрольне зважування немовля до та після годування на цифрових дитячих вагах може дати уявлення щодо кількості молока, отриманого під час теперішнього епізоду грудного вигодовування, але не може бути інтерпретовано як метод застосування до всіх епізодів годування в даній парі мати та немовля.

Консервативна/вичікувальна тактика

Багато проблем грудного вигодовування можуть бути ефективно вирішені за допомогою кваліфікованої лактаційної підтримки. При корегуванні прикладання та положення дитини, а також при тимчасовому застосуванні захисних накладок для сосків та зцідженого грудного молока як догодовування при необхідності, можливо покращити, або навіть вирішити багато проблем під час грудного вигодовування та лактації. З часом здатність дитини до ефективного прикладання може покращитись під час зростання.^{26,27} Однак, як і в разі з відсутністю високоякісних доказів ефективності френотомії при анкілоглосії, так само обмежена і кількість аналогічних досліджень стосовно ефективності нехірургічної стратегії для низки проблем грудного вигодовування, з якими стикаються матері, та їхнього довгострокового спостереження.

Хірургічне лікування

Серед численних публікацій про вуздечку язика за останні 20 років було проведено не менше п'яти рандомізованих контрольованих досліджень, в яких порівнювались результати хірургічного та нехірургічного лікування немовлят з діагнозом «вуздечка язика». Ці відібрані дослідження були проаналізовані в Кокранівській базі даних систематичних оглядів 2017 року.²⁸ Усі п'ять досліджень були обмежені декількома ключовими факторами, які включали відсутність стандартизованого виявлення вуздечки язика та методу лікування, постійний невеликий розмір вибірки та відсутність даних довгострокового спостереження. Однак в об'єднаному аналізі, френотомія асоціювалась зі зменшенням болю у сосках, яку відчували матері що годують. Автори зазначають, що багато питань залишаються без відповідей, як, наприклад, оптимальні терміни проведення френотомії та довгострокові результати для немовлят, які пройшли лікування та які не пройшли його.

Показання до френотомії

Класична вуздечка язика – це складка слизової, а іноді фасції, яку видно при підйманні язика та яка обмежує його функції. Френотомія може бути запропонована у випадку значного обмеження функції язика немовляти вуздечкою язика при грудному вигодовуванні.

Як і при будь-якому втручанні, рішення має бути спільно прийнятим лікарем та родиною, що враховує цінності та вподобання родини, а також наявні ризики та переваги кожної альтернативи. Якщо вибрано консервативне лікування, необхідно забезпечити родині доступність подальшого спостереження в умовах, де буде

можливо оцінити грудне вигодовування та при наявності показань в майбутньому виконати френотомію.

Оскільки вуздечка язика це функціональний діагноз, наявність тільки однієї під'язикової вуздечки, звичайної та нормальної анатомічної структури, не є показанням до хірургічного втручання.²⁹⁻³¹ Хірургічне видалення обмежувальної під'язикової вуздечки, "класичної" вуздечки язика може бути ефективним, якщо біль у сосках та/або недостатнє надходження молока не можуть бути своєчасно усунені консервативними заходами.^{24,32-38}

Методики френотомії

Існують декілька методів френотомії, які можуть бути виконані залежно від кваліфікації лікаря. Загальна ціль полягає в тому, щоб провести операцію мінімально інвазійним способом, ефективно розділивши під'язикову вуздечку, зняти обмеження язика та відновити адекватний діапазон рухів, який дозволяє ефективно та комфортно здійснювати грудне вигодовування. Усі лікарі, які виконують френотомію, повинні бути обізнані про ризики, зв'язані з проведеною ними процедурою, які чітко доводяться до відома батьків та підтверджуються їхньою письмовою згодою. Ці лікарі повинні мати змогу забезпечити відповідне післяопераційне ведення та підтримку у разі необхідності.³⁰

Використання ножиць для лікування «класичної вуздечки язика» у немовлят має довгу клінічну історію та залишається золотим стандартом. Крім того, для проведення френотомії застосовуються скальпелі, електрокаутеризація та лазери. На сьогодні немає опублікованих досліджень, які б порівнювали ці хірургічні інструменти або методи, які використовуються при виконанні френотомії. Однак, є дослідження на тваринах, стосовно хірургії ротової порожнини, де було показано, що розрізи, зроблені холодною сталлю, загоюються швидше, ніж тканина, оброблена діодним лазером, що можливо пояснити термічною травмою вуздечки та навколишніх тканин при використанні лазера.^{39,40} Ці принципи можуть бути застосовані до розрізів слизової оболонки ротової порожнини у людини.⁴¹

Глибокі розрізи тканини ротової порожнини, крім класичного розрізу вуздечки язика, у дітей, які знаходяться на грудному вигодовуванні, пов'язані з окремою небезпекою та потребують високого рівня майстерності та уваги, для того, щоб запобігти можливим ризикам крововтрати, утворенням гематом, пошкодженню супутніх тканин або нервів з наступною парестезією або онімінням язика.⁴² Неможливо візуалізувати усі гілки язико-глоткового нерву, а також немовля не

може повідомити про втрату чутливості язика. Постпроцедурний біль від глибоких розрізів слизової оболонки може привести до відмови у немовляти, пов'язаної з ротовою порожниною.^{43,44} Є один опублікований випадок оральної відмови, пов'язаний з інфікуванням стафілококовою етіологією рани після френотомії, а також інші опубліковані випадки загрозливої життю крововтрати^{45,46}, які свідчать про можливі серйозні ускладнення френотомії.

Догляд після френотомії

Учасники цієї групи вважають, що клінічне спостереження після проведення френотомії є обов'язковим. При цьому лікар повинен оцінити ефективність операції та зафіксувати виникнення будь-якої побічної дії або ускладнення, з яким зіткнулося немовля, а саме довготривалу крововтрату, постійний біль, інфекцію у місці розрізу та/або відмову немовля від годування, а також відмітити будь-яке погіршення або завершення грудного вигодовування, яке відбулося після процедури. Подальша допомога по грудному вигодовуванні має бути забезпечена за потреби матері та дитини.

Відсутні дані, які підтверджують необхідність ручних маніпуляцій або розтягування в ділянці розрізу або поруч з ним, після операції френотомії. Аналогічно, не має рекомендації щодо безпечності та доказовості, які б підтримували використання речовин місцевої дії, які наносять на місце розрізу після френотомії. Практика хірургічної обробки тканин ротової порожнини за межами під'язикової вуздечки не має опублікованих доказів покращення передачі молока матері або зниження травматизації сосків у парі мама та малюк з грудним вигодовуванням.⁴¹ Вуздечка верхньої губи є нормальною структурою з низькою доказовою базою для втручання, яке б покращило грудне вигодовування, тому не може бути рекомендоване. Крім того, хірургічне втручання для звільнення «букальної вуздечки» (аномальна вуздечка на щоках) виконувати не варто.⁴⁷⁻⁵⁰

Висновки

При наявності обмежувальної під'язикової вуздечки френотомія може бути ефективним способом покращення комфорту матері та збільшення об'єму грудного молока, яке отримує дитина. Надання цієї послуги може запобігти передчасному завершенню грудного вигодовування.

Однак рішення про лікування потребує високого рівня клінічних навичок, оцінки ситуації, судження та проникливості.

Існує постійна потреба у високоякісних дослідженнях в цих конкретних галузях, які пов'язані з лікуванням вуздечки язика:

1. Чітке поняття «коротка вуздечка язика» в протилежність нормальній під'язиковій вуздечці.
2. Ступінь розрізу під'язикової вуздечки, необхідний для оптимального грудного вигодовування.
3. Послідовне документування безпосередніх та довгострокових несприятливих результатів після хірургічного втручання будь-яким методом.
4. Визначення оптимального хірургічного інструменту та техніки виконання френотомії.
5. Наступні довгострокові результати після френотомії на ефективність та тривалість грудного вигодовування.

Заява про розкриття інформації

Автори є лікарями, які практикують в галузі медицини грудного вигодовування, всі вони зробили свій внесок до підготовки цього документу. Автори не мають фінансових інтересів, що конкурують та про які можливо розповісти.

Інформація про фінансування

Фінансування на підготовку даного документу не поступало.

Переклали українською: Острягіна Оксана (Харків, Україна), Фадеева Анастасія (Харків, Україна)

Посилання

1. Bin-Nun A, Kasirer YM, Mimouni FB. A dramatic increase in tongue-tie related articles: A 67-year systematic review. *Breastfeed Med* 2014;12:410–414.
2. Joseph KS, Kinniburgh B, Metcalfe A, et al. Temporal trends in Ankyloglossia and frenotomy in British Columbia Canada 2004–2014: A population-based study. *CMAJ Open* 2016;4:E33–E40.
3. Kapoor V, Douglas P, Hill P, et al. Frenotomy for tongue tie in Australian Children, 2006–2016, an increasing problem. *Med J Australia* 2018;208:88–89.
4. Walsh J, Links A, Boss E, et al. Ankyloglossia and lingual frenotomy: National trends in inpatient diagnosis and management in the United States, 1997–2012. *Oto Head Neck Surg* 2017;156:735–740.
5. Jin RR, Sutcliffe A, Vento M, et al. What does the world think of tongue tie? *Acta Paediatr* 2018;107:1733–1738.
6. Todd DA, Hogan MJ. Tongue-tie in the newborn: early diagnosis and division prevents poor breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev* 2015;23:11–16.
7. Mills N, Pransky S, Geddes D, et al. What is a tongue-tie? Defining the Anatomy of the in-situ Frenulum. *Clin Anatomy* 2019;32:749–761.
8. Mills N, Keough N, Geddes D, et al. Defining the anatomy of the neonatal frenulum. *Clin Anatomy* 2019;32:824–835.
9. Geddes DT, Langton D, Gollow I, et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e188–e194.
10. Geddes DT, Kent JC, McClellan HL, et al. Sucking characteristics of successfully breastfeeding infants with ankyloglossia: A case series. *Acta Paediatr (Oslo, Norway: 1992)* 2010;99:301–303.
11. Douglas P, Geddes D. Practice-based interpretation of ultrasound studies leads way to more effective clinical support and less pharmaceutical and surgical intervention for breastfeeding infants. *Midwifery* 2018;58:145–155.
12. Scott JA, Binns C, Oddy W, et al. Predictors of breastfeeding duration: Evidence from a Cohort Study. *Pediatrics* 2006;117:e646–e655.
13. Wright JE. Tongue-tie. *J Paediatr Child Health* 1995;31: 276–278.
14. Messener AH, Lalakea L, Aby J, et al. Ankyloglossia: Incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126:36–39.
15. Griffiths DM. Do tongue ties affect breastfeeding? *J Hum Lactat* 2004;4:409–414.
16. Ricke LA, Baker N, Madlon-Kay DJ, et al. Newborn tongue-tie: Prevalence and effect on Breastfeeding. *J Am Board Fam Pract* 2005;18:326.
17. Caloway C, Hersh C, Baars R, et al. Association of Feeding Evaluation with frenotomy rates in Infants with Breastfeeding Difficulties. *JAMA Oto Head Neck Surg* 2019;145:817–822.
18. Hazelbaker A. Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. Columbus, OH: Aiden and Eva Press, 2010.
19. Hazelbaker A. Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. Columbus, OH: Aiden and Eva Press, 2012.
20. Srinivasan A, Al Khoury A, Puzhko S, et al. Frenotomy in infants with breastfeeding problems. *J Hum Lactat* 2019; 35:706–712.
21. Marchesan IQ. Lingual frenulum protocol. *Int J Orofac Myol* 2012;38:89–103.
22. Ingram J, Johnson D, Copeland M, et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2015;100: F344–F349.
23. Ingram J, Copeland M, Johnson D, et al. The development and evaluation of a picture tongue assessment tool for tongue-tie in breastfed babies (TABBY). *Int Breastfeed J* 2019;14:31.

24. Schlatter S-M, Schupp W, Otten J-E, et al. The Role of tongue-tie in breastfeeding problems—a prospective observational study. *Acta Paediatrica* 2019;108:2214–2221.
25. Riordan J, Gill-Hopple K, Angeron J. Indicators of effective breastfeeding and estimates of breast milk Intake. *J Hum Lactat* 2005;21:406–412.
26. Lalakea ML, Messener AH. Ankyloglossia does it Matter? *Pediatr Clin North Am* 2003;50:381–397.
27. Douglas PS. Making sense of studies that claim benefit of Frenotomy in the absence of classic Tongue-tie. *J Hum Lactat* 2017;33:519–523.
28. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CPF, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn Infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD011065.
29. Haham A, Marom R, Mangel L, et al. Prevalence of Breastfeeding difficulties in newborns with a lingual frenulum: Prospective cohort study. *Breastfeed Med* 2014;9: 438–441.
30. Power RF and Murphy JF. Tongue-tie and frenectomy in infants with breastfeeding difficulties: Achieving a balance. *Arch Dis Child* 2015;100:489–494.
31. Walker R, Messing S, Rosen-Carole C, et al. Defining tip to frenulum length for Ankyloglossia and its impact on Breastfeeding: A Prospective Cohort Study. *Breastfeed Med* 2018;13:204–210.
32. Hogan M, Wescott C, Griffiths M. A Randomized controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health* 2005;41:246–250.
33. Srinivasan A, Dobrich C, Mitnick H, Feldman P. Ankyloglossia in breastfeeding infants: The effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. *Breastfeed Med* 2006;1:216–224.
34. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, Mimouni F. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breastfed infants with Ankyloglossia: A randomized prospective study. *J Plastic Surg* 2006;41:1598–1600.
35. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: A randomized trial. *Pediatrics* 2011;128:280.
36. Kumar M and Kalke E. Tongue-tie, breastfeeding difficulties and the role of Frenotomy. *Acta Paediatr* 2012;101: 687–689.
37. O'Callahan C, Mccary S, Clemente, S. The effects of office based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding. *Int J Ped Otol* 2013;77:827–832.
38. Ramoser G, Guoth-Gumberger M, Baumgartner-Sigl S, et al. Frenotomy for tongue-tie (frenulum linguae breve) showed improved symptoms in the short and long-term follow up. *Acta Paediatr* 2019;108:1861–1866.
39. Morosolli ARC, Veeck EB, Niccoli-Filho W, et al. Healing process after surgical treatment with scalpel electrocautery and laser radiation. *Lasers Med Sci* 2010;25:93–100.
40. D'Arcangelo C, Di Maio FDN, Prosperi GD, et al. A preliminary study of healing of diode laser versus scalpel incisions in rat oral tissue: A comparison of clinical, histological and immunochemical results. *Oral Surg Oral Path Oral Radiol Endodont* 2007;103:764–773.
41. Romeo U, Russo C, Palaia G, et al. Biopsy of different oral tissue lesions by KTP and diode laser: Histological evaluation. *Sci World J* 2014:6.
42. Varadan M, Chopra A, Sanghavi AD, et al. Etiology and clinical recommendations to manage complications following lingual frenectomy: A critical review. *J Stomatol Maxillofac Surg* 2019;120:549–553.
43. Walsh J, McKenna Benoit M. Ankyloglossia and other oral ties. *Otolaryngol Clin North Am* 2019;52:795–811.
44. Hale M, Mills N, Edmunds L, et al. Complications following frenotomy for ankyloglossia: A 24-month prospective New Zealand Paediatric Surveillance Unit study. *J Paediatr Child Health* 2019;56:557–562.
45. Reid N, Rajput N. Acute feed refusal followed by Staphylococcus aureus wound infection after tongue-tie release. *J Paediatr Child Health* 2014;50:1030–1031.
46. Kim DH, Dickie A, Shih ACH, Graham ME. Delayed hemorrhage following laser frenotomy leading to hypovolemic shock. *Breastfeed Med* 2021;346–348.
47. Messener AH, Walsh J, Rosenfeld RM, et al. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2020;162:597–611.
48. Rizeq N, Wasserteil N, Mimouni F, et al. Upper lip tie and breastfeeding: A systematic review. *Breastfeed Med* 2019; 14:83–87.
49. Douglas P, Cameron A, Cichero J, et al. Australian Collaboration for Infant Oral Research ACIOR Position Statement: Upper lip tie, buccal ties and the role of frenotomy in infants. *Austr Dental Pract* 2018.
50. Santa Maria C, Aby J, Truong MT, et al. The Superior Labial Frenulum in Newborns: What is normal? *Global Pediatr Health* 2017;4:1–6.

Address correspondence to:

Yvonne LeFort, MD, FRNZCGP, FCFP, FABM,
 IBCLC
 Milford Breastfeeding Clinic
 50 East Coast Rd Milford
 Auckland 0620
 New Zealand Email:
 milfordbreastfeedingclinic@gmail.com