

Problematische borstvoeding door een te korte tongriem

Klinische les

Erica D.M. Post, Stijn W.M. Rupert en Tom W.J. Schulpen

Dames en Heren,
Het doorsnijden van een te korte tongriem is een eeuwenoude ingreep. Een abnormaal korte tongriem (ankyloglossie, 'tongue tie', frenulum breve) veroorzaakt soms problemen door een beperkte mobiliteit van de tong. Op zuigelingenleeftijd zijn dit problemen bij de borstvoeding. Op latere leeftijd treden problemen op bij onder andere articuleren, tandvleeshygiëne, ijsjes likken, bespelen van blaasinstrumenten, tongzoenen, en malocclusie in de orthodontie [Lalakea ML et al, 2003].

Door de toename van aandacht voor borstvoeden komt bij zuigelingen de korte tongriem weer in de belangstelling, vooral bij zorgverleners die hier nauw bij betrokken zijn. Problemen die bij de moeders kunnen optreden zijn tepelpijn, tepelkloven, stuwung of juist te weinig moedermelk, en mastitis. Bij zuigelingen met ankyloglossie ziet men 'failure to thrive', luidruchtig drinken met een klakkend geluid, frequent loslaten of weigeren van de borst, of juist continu willen drinken [Ballard JL et al, 2002; Messner AH et al, 2000].

Aan de hand van 2 casussen willen wij in deze les het belang van het tijdig herkennen van deze aandoening benadrukken. Daarnaast willen we het effect van behandeling middels frenulotomie illustreren.

Patiënt A, een jongen, wordt bij een amenorroeduur van 39 2/7e weken geboren middels een vacuümextractie. Zijn geboortegewicht is 3475 g. De moeder is in de eerste dagen opgenomen op de IC vanwege een HELLP-syndroom. Het patiëntje krijgt voeding via 'cup-feeding' (zie uitlegkader), maar dit lukt niet goed omdat hij zijn tong onvoldoende kan uitsteken. Daarom krijgt hij tijdelijk flesvoeding. Bij terugkomst van de moeder lijkt hij goed aan de borst te drinken. Dit ondanks een reeds

opgemerkte korte tongriem. Zijn gewicht bij ontslag op dag 4 bedraagt 3440 g.

Cup-feeding

Voeden via een bekertje dat met de rand tegen de beide mondhoeken van het kind wordt geplaatst en op de onderlip rust. De tong bevindt zich bij voorkeur in de beker. De melk raakt net de lippen en het kind nipt de melk of likt hem op.

Op de 16e dag volgt een heropname vanwege huilen en onvoldoende groei ondanks het frequent aanleggen aan de borst. Zijn gewicht is dan nog gelijk aan het geboortegewicht. Bij lichamelijk onderzoek zien we een dystroof kind. Afwijkingen worden niet gevonden, behalve een tongriem die reikt tot aan de tongpunt en die de tong tot een 'V' vormt bij optrekken (figuur 1a). Bij borstvoeding drinkt het patiëntje maximaal 40 ml per keer zodat bijvoeding met de fles nodig is. Hij wordt ter observatie opgenomen en behandeling via frenulotomie vindt kort na de opname plaats (zie figuur 1b). Binnen 12 uur na de ingreep is geen bijvoeding meer nodig, omdat hij minstens 70 tot 80 ml per keer uit de borst drinkt. Na 2 dagen is er een gewichtstoename van 100 g en in de daaropvolgende week neemt zijn gewicht met 400 g toe.

Patiënt B, een jongen, wordt bij een amenorroeduur van 37 2/7e weken geboren met een geboortegewicht van 3060 g. Al direct na de geboorte is het borstvoeden pijnlijk voor de moeder en op de derde dag heeft ze al flinke tepelkloven. Bij haar vorige kind zijn er geen borstvoedingproblemen geweest. Het patiëntje drinkt zeer krachtig aan de borst, laat de tepel regelmatig los en maakt soms klakkende geluiden tijdens het drinken. De moeder ondervindt gedurende de gehele voeding veel pijn en een abnormale druk op de tepel. De gewichtstoename van de patiënt is ongestoord en de moeder heeft voldoende moedermelk. Toch overweegt zij wegens de pijn te stoppen met borstvoeden. Nadat de verlos-

drs. E.D.M. Post en drs. A.W.M. Rupert, kinderartsen, Sint Antonius ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein, afd. kindergeneeskunde;
prof.dr. T.W.J. Schulpen, emeritus hoogleraar kindergeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht, afd. kindergeneeskunde.
Contactpersoon: drs. E.D.M. Post (epost@antoniusziekenhuis.nl).

Met toestemming van uitgever en auteurs overgenomen van
NTvG 2010;154:A918; gepubliceerd op: 10-02-2010

Figuur 1. Foto's van patiënt A met ankyloglossie: (a) vóór de behandeling is de tongpunt bij huilen V-vormig door een te korte tongriem; (b) direct na de frenulotomie tilt het patiëntje de tong goed op.



kundige een korte tongriem opmerkt, wordt de patiënt verwezen naar de polikliniek kindergeneeskunde. Bij lichamelijk onderzoek zien we een gezonde neonat van 4 dagen oud die actief en krachtig zuigt aan de borst en daarbij klakkende geluiden maakt. Bij inspectie van de mond reikt de insertie van de tongriem tot aan de tongpunt (figuur 2a) en wordt de tongcontour hartvormig bij het uitsteken van de tong (zie figuur 2b). Bij het optillen van de tong vormt zich een V-vorm. Een frenulotomie wordt verricht waarbij het kind direct voorafgaand en volgend op de ingreep ter afleiding borstvoeding krijgt (zie figuur 2c). Na de ingreep voelt de moeder meteen verschil in de wijze waarop hij aan de borst drinkt: het drinken is veel minder pijnlijk en identiek aan de wijze waarop haar eerste kindje destijds dronk. De tepelkloven verdwijnen binnen een week en het borstvoeden verloopt verder probleemloos.

Beschouwing

Wat is 'te kort'?

De tongriem (frenulum linguae) is een slijmvliesplooi die de tong met de mondbodem verbindt in de middenlijn aan de onderzijde van de tong. Tijdens bewegingen van de tong zorgt de tongriem voor verbetering van de speekselvloed door opening van de op de mondbodem gelegen glandulae sublinguales. Van ankyloglossie spreekt men als de tongriem ongebruikelijk strak of kort is of als deze te ver naar de tongpunt doorloopt. Standaard diagnostische criteria voor ankyloglossie ontbreken zodat getallen sterk uiteenlopen over de prevalentie bij zuigelingen, 3 tot 11%, gerelateerde klachten en effect van therapie [Messner, 2000]. De uitgebreidheid van de insertie, maar ook de dikte en de elasticiteit van de tongriem kunnen sterk variëren. Criteria voor een te korte tongriem zijn: insertie dicht

bij de tongpunt, vervorming van de tong tot V-vorm bij optillen en tot hartvorm bij uitsteken. Hierbij is niet alleen het aspect, maar vooral het effect van de tongriem op de tongfunctie en -mobiliteit van belang. Hiervoor bestaan verschillende scoringssystemen zoals de zeer uitgebreide 'Assessment tool for lingual frenulum function' [Hazelbaker A, 1993]. Een eenvoudiger systeem is de 'LATCH'-score (tabel) [Geddes DT et al, 2008], welke speciaal voor borstvoeden is ontwikkeld. Deze score kan worden gecombineerd met een beoordeling van het aspect van de tong en de tongriem.

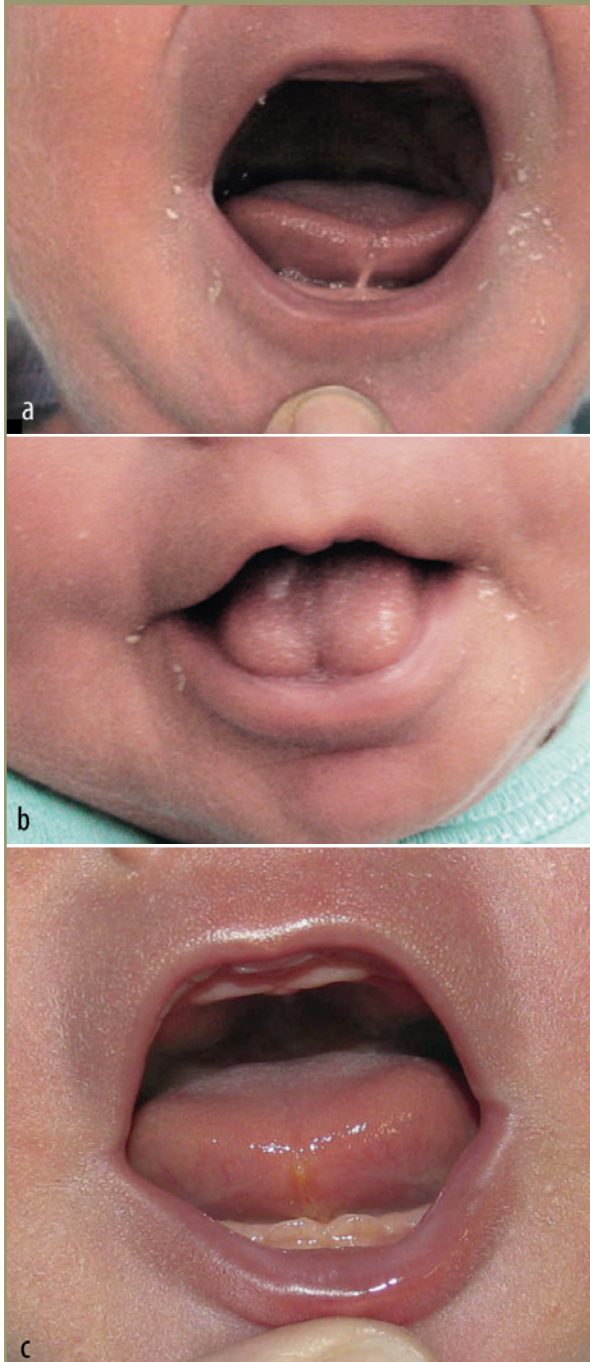
Gevolgen en beloop van ankyloglossie

Pijn aan de tepels is een veel voorkomend probleem gedurende de eerste dagen van borstvoeden, maar dit verdwijnt meestal binnen korte tijd. Persistierende tepelproblemen komen bij 36 tot 80% van de moeders van baby's met een korte tongriem voor [Messner et al, 2000]. Dit is slechts 3% bij de moeders van kinderen met een normale tongriem. Oorzaken voor deze problemen zijn in recent echografisch onderzoek aangetoond. Hieruit bleek dat de baby's met een korte tongriem de tepel en een deel van de tepelhof niet goed in de mond tegen het palatum durum kunnen comprimeren, maar slechts de tepelpunt, of tepelbasis [Geddes DT et al, 2008]. Aanlegproblemen komen bij een kwart van de aangedane groep voor.

Met een overstap naar flesvoeding verdwijnen de pijn- en voedingsklachten ten gevolge van een korte tongriem meestal snel. Slordig de fles drinken kan echter als klacht blijven bestaan [Hall DM et al, 2005]. Gedurende de eerste levensjaren treedt spontane verbetering van de tongmobiliteit vaak op. Dit komt waarschijnlijk door accidenteel oprekken of traumatisch scheuren van de tongriem. Op de lagere schoolleeftijd heeft nog hooguit

2% van alle kinderen een korte tongriem. Dit hoeft geen klachten te geven, maar de logopedische en psychologische problemen die sommige kinderen en volwassenen hierdoor kunnen hebben worden vaak onderschat [Cinar F et al, 2005]. Behandeling op latere leeftijd is dan ook niet ongebruikelijk. Dit gebeurt om alsnog alle bewegingen mogelijk te maken waarbij de tongpunt uit de mond komt en het gehele vestibulum oris met de tong kan worden gevolgd.

Figuur 2. Foto's van patiënt B met ankyglosie: 9A0 tongriem tot aan de tongpunt; (b) de tong is hartvormig bij het uitsteken; (c) direct na de behandeling door middel van frenulotomie is de tong vrij.



Figuur 3. Een niet-afwijkende tongriem bij een kind, zichtbaar bij het maximaal optillen van de tong, met aan weerszijden de V. sublingualis en op de bodem de glandulae sublinguales.



Behandeling

De behandeling van de korte tongriem bestaat uit frenulotomie. Hierbij wordt de tongriem, die vaak slechts uit een zeer dun vliesje bestaat, enkele millimeters ingeknipt en vervolgens verder uitgescheurd door het omhoogtrekken van de tongpunt. De veel dieper gelegen Vv. sublinguales worden zo gespaard (figuur 3) [Kupietzky A, 2005].

Vooraf wordt het kind door middel van inbakeren gefixeerd waardoor er een goed zicht op de tongbasis mogelijk is. Het is een korte en meestal nagenoeg onbloedige procedure, die na voeden binnen enkele seconden zonder problemen en zonder narcose kan worden verricht. Direct daarna wordt de baby weer met de borst gevoed. De pijnreactie tijdens en na de ingreep is doorgaans minimaal – ter onderbouwing verrichten we momenteel pijnmonitoring: de stressreacties lijken minder dan bij bijvoorbeeld een reguliere vaccinatie. Indien een nauwkeuriger chirurgische procedure nodig is, is anesthesie vereist.

Bij een goed verrichte ingreep is de V-vorm bij optillen van de tong direct verdwenen en is het goed uitsteken van de tong mogelijk. Hechtingen zijn niet nodig en de frequente bewegingen van de tong bij zuigelingen tijdens voeden voorkomen adhesievorming. Deze procedure is door de American Academy of Pediatrics, de Britse National Health Service en de Canadian Pediatric Society in een

richtlijn opgenomen [NHS, IPG 149, 2005; CPS, 2002]. Zelden is er sprake van een zo ernstige vorm van verkorte tongriem, dat een Z-plastiek van het frenulum nodig is [Heller J et al, 2005]. In dergelijke gevallen is algehele anesthesie noodzakelijk.

Bij oudere kinderen en volwassenen, bij wie de tongriem meestal stugger is dan bij de zuigeling, vindt frenulotomie over het algemeen onder lokale of algehele anesthesie plaats. Het is verstandig om ouders van kinderen die wel een korte tongriem, maar geen borstvoedingsklachten hebben en geen frenulotomie laten verrichten, voor te lichten over mogelijke klachten in de toekomst. Ook bij een te beperkt uitgevoerde frenulotomie komen kinderen zo eventueel in aanmerking voor een uitgebreidere ingreep op een later moment.

Effect van de behandeling

Aangezien een korte tongriem op latere leeftijd vaak spontaan of accidenteel kan verdwijnen zijn de klachten bij de meeste patiënten voornamelijk beperkt tot de periode van borstvoeding. In een gerandomiseerde gecontroleerde studie verdwenen de tepelproblemen bij 27 van de 28 moeders in de groep waarbij het kind werd behandeld met een frenulotomie. Dit gebeurde maar bij 1 van de 29 moeders uit de controlegroep. De overige 28 moeders uit de controlegroep besloten later alsnog, met goed resultaat, tot frenulotomie [Hogan M et al, 2005].

Recente echografische beelden laten bij 23 van de 24 kinderen na de ingreep een significante verbetering in tepelcompressie zien [Geddes DT et al, 2008]. In een

prospectieve, niet gerandomiseerde studie van 521 patiënten verbeterden de borstvoedingsklachten bij 80% binnen één dag na frenulotomie [Griffiths D, 2004].

In geen van de studies bij zuigelingen werden complicaties geconstateerd. Van de baby's onderging 18% de ingreep zelfs slapend, licht bloeden duurde 0-60 s en huilen 5-20 s. Nadelige effecten, zoals littekenvorming op de lange termijn, werden niet gezien. Wel wordt geadviseerd frenulotomie over te laten aan een daarin getrainde hulpverlener [Ballard JL et al, 2002].

Dames en Heren,

halverwege de vorige eeuw waren de inspectie van de tongriem en een frenulotomie standaardprocedures bij slecht aan de borst drinkende kinderen. Recente studies hebben aangetoond dat de zuigetechniek bij borstvoeden verbetert na frenulotomie bij ankyloglossie. Ook de maternale tepelpijn vermindert. De ingreep is eenvoudig, kort, nagenoeg pijnloos en complicaties worden niet gezien. Gezien de relatief hoge prevalentie van ankyloglossie bij zuigelingen is frenulotomie een nuttige en veilige ingreep bij borstvoedingproblemen. Dit ook gezien het hoge percentage van de moeders met tepelklachten en de sterke associatie tussen tepelpijn en stoppen met de borstvoeding. Uit onderzoek blijkt dat door een frenulotomie de mobiliteit van de tong en de zuigetechniek van de patiëntjes verbetert. Inspectie van de tongmobiliteit en de tongriem zou, vooral bij borstvoedingproblemen, weer tot de standaardprocedures bij het eerste lichamelijke onderzoek moeten horen, net zoals dit routinematig gebeurt in Angelsaksische landen.

Tabel 1. De 'LATCH'-score, een soort apgarscore om borstvoedingsproblemen bij zuigelingen te signaleren en kwantificeren.⁵

	'LATCH'-score*		
	0	1	2
borst pakken	- te slaperig - weigert de borst - laat steeds los	- herhaalde pogingen - houdt de tepel in de mond - moet gestimuleerd worden te drinken	- pakt de borst vlot - tong over de onderkaak - lippen naar buiten - ritmisch zuigend
slikken (hoorbaar)	- niet	- soms bij stimulatie	- spontaan en frequent
tepel	- ingetrokken	- vlak	- verheven (na stimulatie)
comfort (borst en tepel)	- gestuwd - tepelkloven - grote blaren - zeer pijnlijk	- gespannen - matig pijnlijk - rode plekken en/of - kleine blaartjes	- zacht - niet pijnlijk
houding en assistentie (nodig bij voeding)	- veel	- weinig	- geen

* 'LATCH'-score staat voor: 'latch' (borst pakken), 'audible swallowing' (hoorbaar slikken), 'mother's nipple type' (type tepel moeder), 'comfort' (mate van comfort voor de moeder), 'help' (de hoeveelheid hulp die de moeder of het kind nodig heeft).

Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de LATCH-score. Frenulotomie door een hierin ervaren deskundige, zoals een kinderarts, lactatiekundige, plastisch chirurg of kno-arts, kan vroegtijdig stoppen met borstvoeden voorkomen. In het Mesos Medisch Centrum (nu St. Antonius ziekenhuis, Utrecht/Nieuwegein) wordt deze ingreep al sinds de beginjaren tachtig van de vorige eeuw door de kinderartsen verricht tot grote tevredenheid van honderden moeders. Alleen al in de laatste 2 jaar zijn daar ruim 250 frenulotomieën verricht, zonder complicatie, bij zuigelingen met ankyloglossie verwezen vanuit heel Midden-Nederland. Lijsten met deskundigen op het gebied van frenulotomie in Nederland en België zijn inmiddels beschikbaar <http://www.borstvoeding.com/zoekskndgn/tongriempje-nl/nederland.html> en <http://www.borstvoeding.com/zoekskndgn/tongriempje-b/belgie.html>.

Leerpunten

Een korte tongriem bij de zuigeling kan leiden tot problemen met borstvoeding.

Deze problemen met borstvoeding kunnen bij het kind leiden tot failure to thrive en bij de moeder tot tepelproblemen en mastitis.

Inspectie van de tong en een goede borstvoedingsanamnese brengen deze aandoening eenvoudig aan het licht. Een frenulotomie, het inknippen van de tongriem, is bij een zuigeling een effectieve en zeer eenvoudige ingreep zonder risico op complicaties. ■

Literatuur

- Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*. 2002;110:e63.
- Canadian Pediatric Society. Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child Health*. 2002;7:269-90.
- Cinar F, Onat N. Prevalence and consequences of a forgotten entity: ankyloglossia. *Plast Reconstr Surg*. 2005;115:355-6.
- 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;122:e188-94.
- Griffiths D. Do tongue ties affect breastfeeding? *J of Human Lactation*. 2004;20:409-14.
- Hall DM, Renfrew M. Tongue tie. *Arch Dis Child*. 2005;90:1211-5.
- Hazelbaker A. The assessment Tool For Lingual Frenulum Function (ATLFF): Use in a Lactation Consultant Private Practice. [proefschrift]. Los Angeles CA: Pacific Oaks College; 1993.
- Heller J, Gabbay J, O'Hara C, Heller M, Bradley JP. Improved ankyloglossia correction with four-flap Z-frenuloplasty. *Ann Plast Surg*. 2005;54:623-8.
- Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health*. 2005;41:246-50.
- Kupietzky A, Botzer E. Ankyloglossia in the infant and young child: clinical suggestions for diagnosis and management. *Pediatr Dent*. 2005;27:40-6.
- Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: the adolescent and adult perspective. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;128:746-52.
- Messner AH, Lalakea ML. Ankyloglossia: controversies in management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2000;54:123-31.
- National Health Service. Guideline: Division of ankyloglossia (tongue-tie) for breastfeeding. *Interventional Procedure Guidance* 149. 2005. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/ip/PG149guidance.pdf>.

Horen, zien en....

Wat te doen, als je ziet dat je collega niet goed functioneert en suboptimale zorg verleent? De redactie van TvV wil in samenwerking met een juridisch medewerker van de KNOV een artikel maken over de ins and outs van dit onderwerp. Juridische, sociale en beroepsmatige aspecten zullen hierbij aan de orde komen. Bent u of is uw praktijk weleens in de situatie beland dat een collega kritiek had op uw functioneren, of heeft u zelf weleens voor de taak gestaan het disfunctioneren van uw collega bespreekbaar te maken? En wilt u uw ervaring delen voor het maken van dit artikel? Alle casus zullen onder strikte vertrouwelijkheid worden behandeld. Als zij voor publicatie geschikt zijn, zullen betrokkenen en praktijken onherkenbaar in beeld worden gebracht.

Reacties kunt u sturen naar de redactie van het tijdschrift: tvv@knov.nl



Dit beeldje is van Joke Hamminga (1946).

De laatste 15 jaar komen meer en meer werken in brons van haar hand. Binnenkort prijkt werk van haar op de cover.