

SKRÓCENIE WĘDZIDEŁKA JĘZYKA

Skrócenie wędzidełka języka u niemowląt i małych dzieci karmionych piersią może być przyczyną trudności w ssaniu oraz przedwczesnego odstawienia dziecka od piersi. Zdarza się, że dziecko ma również problemy z prawidłowym przemieszczaniem śliny, a w konsekwencji nadmiernym ślinieniem (ślinotokiem), a nawet kaszlem spowodowanym zachłystywaną śliną. W starszym wieku pojawiają się problemy z wymową, szczególnie głoski: d, t, n, r, l, sz, cz, rz, dż, s, z, c, dz, wady zgryzu, a nawet zaburzenia postawy ciała.

Wczesne wykrycie skrócenia wędzidełka języka (przednie lub tylne), pozwala wyeliminować problem na odpowiednim etapie rozwoju dziecka i uniknąć problemów z laktacją oraz nieskutecznością rehabilitacji.

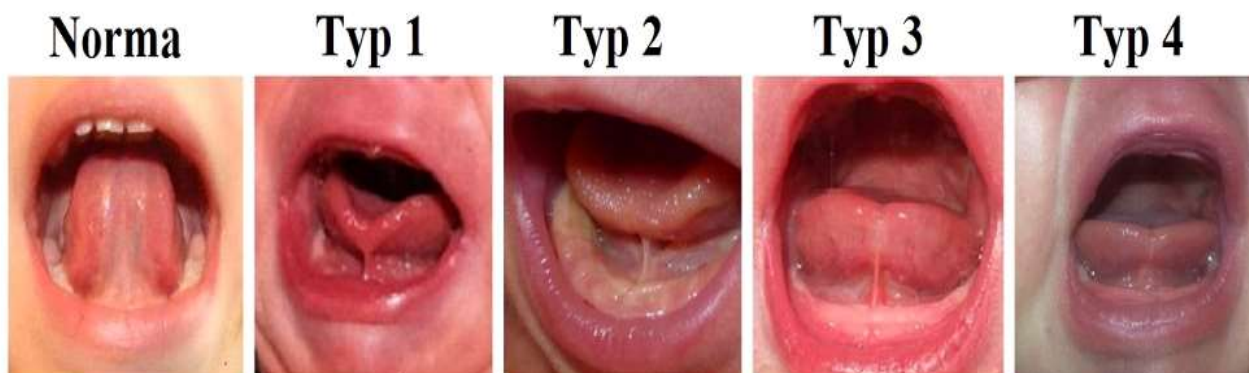
Typy nieprawidłowego wędzidełka języka:

Typ 1 : błona rozpoczyna się na czubku języka.

Typ 2 : błona rozpoczyna się kilka milimetrów dalej za końcem języka.

Typ 3 : błona rozpoczyna się z tyłu języka.

Typ 4 : błona nie jest widoczna, błona śluzowa jest blokiem, a język jest ledwo ruchomy (tzw. wędzidełko tylne).



Kiedy czas na zabieg?

Najlepszym wiekiem na zabieg skróconego wędzidełka języka wydaje się zatem pierwszy miesiąc, a nawet pierwszy tydzień życia. Niepotrzebne odkładanie wizyty u laryngologa w celu oceny i ewentualnego wykonania zabiegu w znieczuleniu miejscowym jest nie tylko niewskazane, ale wręcz szkodliwe!

Bardzo popularne wśród logopedów i doradców laktacyjnych jest stanowisko, że zabieg należy wykonać jak najszybciej, gdyż:

- jest on wtedy najmniej bolesny i najbardziej precyzyjny,
- wędzidełko jest wtedy najcieńsze,
- zapobiegamy powikłaniom zaniechania leczenia.

Opinie wśród lekarzy rodzinnych są bardzo zróżnicowane, ale nie można zapominać, że to laryngolog, doradca laktacyjny i logopeda powinni w takim przypadku współdecydować o konieczności zabiegu. Opinie laryngologów są w tym przypadku jednoznaczne: skrócenie wędzidełka języka trzeba skorygować!

Skąd tak różne opinie?

Kilkadzieści lat temu nagminne było korygowanie wędzidełka na bloku porodowym lub przed wypisem ze szpitala. Odkąd procedura taka nie jest przez neonatologów i położników wykonywana, wzrosła ilość dzieci z niepodciętym wędzidełkiem języka (a nie częstość występowania).

Laryngolodzy wiedzą jakie konsekwencje późne ma niepodcięte wędzidełko, stąd stanowiąc stanowisko „za zabiegiem”. Doradcy laktacyjni widzą problem głównie wtedy gdy odbija się to na karmieniu niemowlaka, ale w tej grupie zawodowej jest bardzo duża świadomość problemu i mało jest doradców bagatelizujących ten problem.

Lekarze rodzinni (POZ) opierają się na swoich doświadczeniach i stanowiska są tu też najbardziej podzielone (wynika to zapewne ze zróżnicowania napotykanych pacjentów).

Jak wygląda zabieg?

Podcięcie wędzidełka języka, czyli frenotomia jest zabiegiem wykonywanym prawie zawsze w znieczuleniu miejscowym. **Zabieg oczywiście można wykonać w każdym wieku.** Po zabiegu pojawia się bardzo mała ilość krwi, a niebezpieczeństwo tej procedury w dobrze wyposażonym gabinecie praktycznie nie istnieje. Znieczulenie wymaga aplikacji śladowej ilości aerozolu, a przy bardzo grubych wędzidełkach odrobiny leku w zastrzyku.

Przy bardzo dużych wadach wędzidełka języka konieczna może się okazać tzw. frenektomia czyli zabieg wycięcia wędzidełka, połączony z założeniem szwów i plastyką, wykonywany w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym - jest to problem skrajnie rzadki.

Wnioski:

- każde skrócenie wędzidełka języka wymaga podcięcia, a przynajmniej badania i prawidłowej kwalifikacji pacjenta,
- brak jest uzasadnienia dla odraczania zabiegu z powodu przekonania, iż problem rozwiąże się sam,
- korzyści z podcięcia wędzidełka języka są nieproporcjonalnie większe, niż potencjalne ryzyko zabiegu w znieczuleniu miejscowym.

Skrócenie wędzidełka języka- Piśmiennictwo:

Gwóźdź-Jeziarska M. Nie ignorujmy krótkiego wędzidełka języka. XXI Dni Otolaryngologii Dziecięcej, Poznań 9-11 maja 2019r.

Sioda T. Krótkie wędzidełko języka jedną z przyczyn trudności w karmieniu piersią. Postępy Neonatol 2007;1:52–57. 3

Ostapiuk B. Poglądy na temat ruchomości języka w ankyloglosji a potrzeby artykulacyjne. Ann Acad Med. Stet 2006;52 (Suppl 3):37–47.

Geddes DT, Sakalidis VS, Hepworth AR i wsp. Tongue movement and intraoral vacuum of term infants during breastfeeding and feeding from an experimental teat that released milk under vacuum only. Early Hum Dev 2011; doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.10.012. 9

Messner AH, Lalakea ML. Ankyloglossia: controversies in management. Int J Ped Otorhinolaryng 2000;54:123–131.

Srinivasan A, Dobrich C, Mitnick H i wsp. Ankyloglossia in breastfeeding infants: The effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. Breastfeed Med 2006;216–224.

Geddes DT, Langton DB, Gollow I i wsp. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. Pediatrics 2008;122:188–194 .

Dollberg S, Botzer E, Grunis E i wsp. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. J Pediatr Surg 2006;41:1598–1600.

Hansen R, MacKinlay GA, Manson WG. Ankyloglossia intervention in outpatients is safe – our experience. Arch Dis Child 2005;90:1211–1215 doi:10.1136/adc.2005.077065.