

Tungbandsklippning hos barn med ankyloglossi och svårt att ammas

Enkel metod som tycks ge bra resultat



JENNIE OREDSSON, med dr, ST-läkare

jennie.oredsson@ltkalmar.se

ANNIKA TÖRNGREN, med dr,

överläkare; båda öron-, näs- och halskliniken, Länssjukhuset i Kalmar

annika@ltkalmar.se

Ankyloglossi innebär rörlighetsbegränsning av tungan som en följd av utvecklingsanomali med förkortat frenulum linguae (tungband).

Redan på 1700-talet skrevs det om hur effektiv tungbandsklippning var för att barnet skulle kunna ammas ordentligt. Det finns också beskrivet hur tungbandet ibland delades med hjälp av en av operatörens fingernaglar, som sparades lång för denna uppgift [1].

De två vanligaste kirurgiska procedurerna i dag för att korrigera ankyloglossi är

- frenulotomi/tungbandsklippning, enkel delning av tungbandet
- frenuloplastik/tungbandsplastik, med delning av tungbandet och förlängningsplastik.

Hos spädbarn är tungbandsklippning vanligast, eftersom spädbarn har ett tunt, litet och membranöst tungband. Obehaget vid en sådan tungbandsklippning bedöms vara mycket litet utan bedövning. De flesta som utövar denna operation anser att infiltrationsanestesi i tungbotten alternativt i tungbandet medför mer smärta än själva ingreppet. Den allmänna uppfattningen är att barn över 1 års ålder med ankyloglossi som behöver åtgärdas oftast kräver generell anestesi. Barn över 1 år är ofta kandidater för tungbandsplastik. I vissa fall krävs en mindre delning av musculus genioglossus för att få tillräcklig effekt på tungrörligheten, där det skapade diamantformade såret behöver sys ihop. Barn över 6 år som är samarbetsvilliga samt vuxna kan opereras i lokalbedövning.

Prevalensen anges vanligen vara 4 procent

Prevalensen för ankyloglossi anges vanligen till omkring 4 procent, men i litteraturen finns rapporter från 0,02 procent till 10 procent. Orsaken till detta är att det inte finns någon validerad klinisk metod för diagnostiken [2, 3].



Foto: Frank Widlind, Länssjukhuset i Kalmar

Figur 1. Treårig pojke med obehandlad ankyloglossi och karakteristisk hjärtformad tunga. Han kunde sträcka ut tungan 12 mm, mätt från undre tandraden till tungspetsen. Som spädbarn kunde han inte ammas utan blev matad med flaska. Föräldrarna sökte hjälp på grund av att pojken hade svårighet att slicka på glassar.

Ankyloglossi är vanligare hos pojkar, med förhållandet pojkar mot flickor 3:1 [3].

Rapporter finns om en familj med isolerad autosomalt nedärvd ankyloglossi, men någon defekt gen är ännu inte identifierad [4, 5].

För att objektivt kunna dokumentera tungans mobilitet och definiera hur stramt tungbandet är kan man mäta tungan i utsträckt läge från undre tandraden till tungspetsen.

Ankyloglossi definieras ofta som oförmåga att räkka ut tungan mer än 15 mm, medan barn utan denna rörlighetsbegränsning kan räkka ut tungan 20–25 mm eller mer [3].

Tungan utgör ett av de mobila elementen i artikulationssystemet för att åstadkomma ljud. Vissa ljud är mer beroende av tungrörlighet än andra. Ljud som kräver tungrörlighet är alveolara konsonanter som tungspets-R, L, S, Z, T, TH, D, N.

Språkstörningar orsakade av enbart förkortat tungband anses ovanliga, eftersom man tror att tungan oftast utvecklar kompensatoriska artikulationsrörelser under talorganets utmognad [6].

Differentialdiagnostiskt har barn med förstörade tonsiller ibland svårt att artikulera ljud som formas i bakre svalget som K, G och NG samt ibland även läspningstendens.

Behovet av tungbandsklippning omdebatterat

Behovet av tungbandsklippning på grund av ankyloglossi är omdebatterat. Amningssvårigheter är den vanligaste indika-

■ sammanfattat

Ankyloglossi definieras som en rörlighetsbegränsning av tungan till följd av en utvecklingsanomali med förkortat frenulum linguae (tungband). **En studie** har gjorts i syfte att dels få svar på om tungbandsklippning hos spädbarn med ankyloglossi minskar amningsproblem, dels postoperativt följa upp tungans funktion och status.

Totalt 35 spädbarn med ankyloglossi och amningsproblem behandlades med tung-

bandsklippning i Kalmar 2004–2008.

Två till tre veckor efter ingreppet gjordes en uppföljande telefonintervju.

Våren 2009 gjordes en postoperativ statuskontroll på 32 barn.

De flesta föräldrar tyckte att den totala amningssituationen förbättrades efter ingreppet.

Ingen patient hade ärrläkning eller recidiv vid den postoperativa kontrollen.

tionen för tungbandsklippning i spädbarnsåldern och upp till 1 års ålder [7].

Ankyloglossi har rapporterats ge negativ effekt vid amning, men man har inte kunnat se problem vid matning med flaska eller intag av fast föda hos dessa patienter. Ett kort tungband kan ge mekaniska problem med svårighet att rengöra tänderna och slicka sig runt munnen samt orsaka skav under tungan. Ankyloglossi kan också orsaka sociala problem, tex oförmåga att spela blåsinstrument, slicka på en glass eller kyssas [3].

Syftet med denna studie var att få svar på om tungbandsklippning på spädbarn med ankyloglossi minskar amningsproblem och att postoperativt följa upp tungans funktion och status.

METOD

Vid amningsproblem och tecken till förkortat tungband skickar barnläkarna på Länssjukhuset i Kalmar remiss till öron-, näs- och halskliniken för ställningstagande till tungbandsklippning.

Vi registrerade alla barn med amningssvårigheter och förkortat tungband födda på Länssjukhuset i Kalmar mellan januari 2004 och oktober 2008 (totalt 35 patienter).

Tungbandet var förkortat och stramt vid inspektion, och i flertalet fall var tungan hjärtformad (Figur 1).

Vid undersökningen och tungbandsklippningen fick barnet ligga i sin förälders famn. Operatören höll i tungans främre del med hjälp av en kompress så att den fibrösa delen av tungbandet tydligt synliggjordes. Utan bedövning gjordes ett eller flera små klipp med en liten rak, steril sax i tungbandet så att tungan fick en tydligt förbättrad rörlighet. Tungbandet klipptes i sin övre fria begränsning och inåt-bakåt direkt under tungan för att undvika skada på utförsångarna av submandibularis i munbotten.

Den peroperativa blödningen uppskattades till maximalt 2 droppar blod och stillades med kompression. Incisionen krävde inga suturer.

Barnet reagerade inte nämnvärt på ingreppet, och vissa barn sov under hela proceduren. Direkt efter ingreppet kunde barnet ammas.

I samband med tungbandsklippningen fick modern svara på om hon hade besvär med såriga/ömme bröstvårtor, om barnet släppte taget om bröstvårtan, om barnet verkade ha svårt att greppa runt bröstvårtan och om amningen gick långsamt; hon fick också ange eventuella andra amningsförsvärande omständigheter.

Ett uppföljande telefonsamtal gjordes inom 2 till 3 veckor för att kontrollera om amningen förbättrats och om föräldrarna var nöjda med ingreppet.

Vintern 2009 gjordes en retrospektiv journalgenomgång av de 35 ankyloglossipatienterna som kallades till en frivillig efterundersökning av tungans rörlighet och funktion. De som uteblev fick en ny kallelse. Alla patienter, utom tre, kom till efterundersökningen och blev kontrollerade av en läkare. Orsaken till bortfallet var att en patient hade flyttat utomlands och att två patienter avböjde att delta. Dessa tre patienter (två pojkar och en flicka) exkluderades. Det totala antalet studiepatienter blev därmed 32 (22 pojkar och 10 flickor). Kontrollerna genomfördes i februari till april 2009.

Vid kontrollen fick föräldrarna svara på frågor, och barnet undersöktes i munhålan.

För att få en tillförlitligare bedömning av talutveckling och

»... 78 procent av föräldrarna tyckte att den totala amningssituationen förbättrades av ingreppet ...«

artikulation undersöktes barn över 1,5 års ålder tillsammans med logoped.

Barn under 1,5 år bedömdes ha normal talutveckling och artikulation om de hade ett varierande »jollerspråk« och om omgivningen inte reagerat på språkförseening.

Barn över 1,5 år uppmanades att säga »la-la-la-la« och »pappersdocka« två gånger samt »paket-paket«. Dessa ord kräver god tungrörlighet. Om ett barn hade svårt för någon specifik bokstav noterades detta separat.

Tungmotoriken kontrollerades och ansågs normal om barnet kunde sträcka ut tungan, lyfta tungan upp i hårda gommen, föra tungan från mungipa till mungipa och slicka sig runt munnen på begäran. Barn under 1,5 års ålder observerades under besöket och ansågs ha normal motorik om de kunde röra tungan obehindrat i munhålan.

Vid kontrollen av tungans utseende noterades tungans form vilande i munhålan och vid utsträckning med definitionen normalt avlång eller hjärtformad. Fria tungspetsens längd mättes med en linjal i utsträckt läge, från undre tandraden till tungspetsen i millimeter. På de mindre barnen var detta inte möjligt på grund av oförmåga att medverka.

En inspektion gjordes av kvarvarande tungband och munbotten för att se eventuell ärrläkning eller stramhet. Vid anamnes på dregling, sväljningsbesvär eller snarkning med apnéer undersöktes patienten med fullständigt status för att utesluta adenoidhypertrofi och/eller tonsillhypertrofi.

Förstorade tonsiller och bettanomalier kan också påverka tungans position och är en differentialdiagnos, därför undersöktes tonsillstorlek och bett.

RESULTAT

Totalt 19 av de 32 tungbanden klipptes första levnadsveckan. Inom 3 veckor var 30 av de 32 tungbanden klippta. De återstående två patienterna klipptes vid 39 dagar respektive 85 dagar.

Två patienter (tvillingar) var prematura och födda i vecka 34 + 1, medan resterande barn var fullgångna.

Det vanligaste problemet vid amning var att barnet hade svårt att få ett bra tag om bröstvårtan: 29 mödrar angav greppsvårighet (91 procent), medan 22 mödrar angav besvär med att barnet släppte taget om bröstvårtan (69 procent). Totalt 15 mödrar hade besvär med ömma och såriga bröstvårtor (47 procent). Endast 12 angav besvär med att amningen tog lång tid (38 procent). Två barn hade dålig viktuppgång, som tecken på otillräckligt intag vid amningen.

Före ingreppet amrades 18 barn helt, 12 barn amrades delvis och två barn matades med flaska.

Vid telefonintervjun 2–3 veckor efter ingreppet amrades 16 barn helt, 11 barn amrades delvis och fem barn matades med flaska.

Tre mammor angav att barnet verkade ta nappflaskan bättre och valde därför att pumpa och ge på flaska även om amningen gick bättre.

En mamma ville inte amma, och en annan mamma hade sinande mjölk, varför barnet behövde tillägg.

Två mammor var sjuka (HELLP-syndrom/mastit), vilket krävde matning med flaska.

Amningssituationen som helhet uppfattades förbättrad hos 25 mödrar (78 procent), medan den förblev oförändrad hos 6

»Ingen av patienterna hade något tecken till ärrläkning eller recidiv vid den postoperativa kontrollen.«

mödrar enligt den uppföljande telefonintervjun. Ingen tyckte att amningssituationen hade försämrats. (En telefonintervju saknas av oklar anledning.)

Alla föräldrarna (100 procent) var nöjda med ingreppet som helhet.

Vid den uppföljande kontrollen våren 2009 varierade barnens ålder från 4 månader till 5 år och 3 månader.

Totalt 23 barn var helt friska, och de andra nio barnen hade lättare sjukdomar i sin anamnes.

Vid mätning av den fria tungspetsens längd var den mellan 16 och 26 mm hos 19 barn (medellängd 21,5 mm). Hos 13 barn gick det inte att mäta tungan.

Sammanlagt 28 barn hade en avlång form på sin tunga både vilande i munhålan och vid utsträckning. Sex barn i olika åldrar hade en lätt hjärtform på sin tunga då den vilade i munhålan. Alla kunde sträcka ut tungan och få en normal avlång form på sin tunga vid rörelse.

Tungmotoriken bedömdes helt normal hos 30 barn. Ett barn kunde inte slicka sig runt munnen men klarade resterande rörelseuppgifter. Ett annat ville inte delta i detta moment av undersökningen och kunde därför inte bedömas.

Vid undersökning av munbotten och tungan kunde man inte notera någon ärrläkning i munbotten eller patologisk förtyjckning av kvarvarande tungband.

Talutvecklingen uppfattades som normal för respektive ålder hos 28 barn, medan tre barn hade talförsening och etablerad kontakt med logoped före vår undersökning. Ett barn upptäcktes ha en lättare språkförsening. Alla fyra barn med språkförsening hade normal motorik och form på tungan.

Fyra barn hade dreglingsbekymmer, och i alla dessa fall var tänderna på väg att komma fram.

Två barn snarkade (adenoidhypertrofi hos båda), och en uppgav sväljningsbesvär vid svärtuggad mat (tonsillhypertrofi). Den senare patienten var den enda med tydlig tonsillhypertrofi. De resterande 31 barnen hade små oretade tonsiller, som upptog mindre än 50 procent av bakre svalget.

Alla hade normalt bett, utom en liten gosse med underbett.

DISKUSSION

Något som bör belysas är att 78 procent av föräldrarna tyckte att den totala amningssituationen förbättrades av ingreppet, även om det var kvantitativt fler mödrar som ammade sina barn före (18 helt och 12 delvis) än efter (16 helt och 11 delvis) tungbandsklippningen. Kanske berodde detta på mammornas ovilja att fortsätta försöka amma då det initialt var problem?

I avsaknad av kontrollgrupp är det svårt att uttala sig om huruvida ingreppet har någon säker effekt på amningsproblemen i denna grupp.

I en studie från Australien 2008 med 24 studiepatienter konstaterade man att mjölkintag, hastigheten för mjölktransport, greppförmågan runt bröstvärtan och smärtor hos mammor förbättrades signifikant hos alla efter tungbandsklippning [8].

Alla fria tungspetsar som mättes postoperativt var längre än 15 mm, vilket enligt tidigare studier ska räcka för att få god rörlighet på sin tunga [3].

I vår studie hade fyra barn språklig försening. Två av dessa patienter var tvillingar där vi inte kunde mäta fria tungspetsens längd, men tungmotoriken testades och var normal. Den tredje patienten hade en fri tungspets som var 26 mm lång och med normal motorik. Den fjärde med lättare språklig försening hade en fri tungspets som var 21 mm lång; även här var motoriken normal.

Språkförseningen hos dessa fyra patienter tolkas därför vara oberoende av ankyloglossi.

Dialektala R i Kalmar och Småland formas normalt i bakre svalget och används mer än tungspets-R, därför bedömdes inte svårighet med R-ljud som språkförsening.

En brist i studien var svårigheten att göra en säker mätning av den fria tungspetsens rörlighet och längd hos barnen som var yngre än 1,5 år. Detta skulle troligen ha krävt anestesi, som vi inte hade tillgång till. Våra postoperativa undersökningar gjordes hos barn i olika åldrar, varför det är svårt att säga något om längden i jämförelse mellan barnen.

I vår studie hade 6/32 barn kvarvarande hjärtform på tungan i vila trots god rörlighet av tungan. Ska detta betraktas som ett resttillstånd till behandlad ankyloglossi och är hjärtformen reversibel över tid?

Resultatet i denna studie bör ses i ljuset av att detta är en okontrollerad pilotstudie. Hypoteser om tungbandsklippning bör prövas vidare i en kontrollerad studie.

SLUTSATS

Ingreppet uppfattas som enkelt och lindrigt för barnet. Alla föräldrar (100 procent) tyckte att resultatet av tungbandsklippningen var positivt.

Ingen av patienterna hade något tecken till ärrläkning eller recidiv vid den postoperativa kontrollen. I vana händer kan det vara värt att pröva tungbandsklippning utan att problem av ingreppet behöver befaras.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se

REFERENSER

- Horton CE, Craford HH, Adamson JE, Ashbell TS. Tongue-tie. Cleft Palate J. 1969;6:8-23.
- Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. Can Fam Physician. 2007;53(6):1027-33.
- Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: does it matter? Pediatr Clin N Am. 2003;50:381-97.
- Klockars T. Familial ankyloglossia (tongue-tie). Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2007;71(8):1321-4.
- Klockars T, Pitkaranta A. Inheritance of ankyloglossia (tongue-tie) [letter]. Clin Genet. 2009;75:98-9.
- Notestine GE. The importance of the identification of ankyloglossia (short lingual frenum) as a cause of breastfeeding problems. J Human Lact. 1990;6:113-5.
- Karabulut R, Sönmez K, Türkyilmaz Z, Demirogullari B, Ozen IO, Bagbanci B, et al. Ankyloglossia and effects on breast-feeding, speech problems and mechanical/social issues in children. B-ENT. 2008;4(2):81-5.
- Geddes DT, Langton DB, Gollow I, Jacobs LA, Hartman PE, Simmer K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on milk removal and sucking mechanism as image by ultrasound. Pediatrics. 2008;122(1):188-94.