

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH ĐÍNH LƯỠI VÀ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT TẠO HÌNH PHANH LƯỠI Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Ngọc Lan¹, Võ Trương Như Ngọc², Lê Hưng³,
Nguyễn Đình Phúc⁴ và Lê Thị Thuỳ Linh² ✉

¹Bệnh viện Nhi Trung ương, ²Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đống Đa, ⁴Bệnh viện Việt Nam Cu Ba

Dính lưỡì là một tình trạng mà đầu lưỡì không thể đưa ra ngoài răng cửa hàm dưới do phanhh lưỡì ngắn. Dính lưỡì làm trẻ khó hoạt động lưỡì, gây ra các vấn đề như khó ăn, khó bú, rối loạn phát âm và các vấn đề xã hội. Nghiên cứu được tiến hành trên 166 trẻ dưới 24 tháng tuổi tại phòng khám của khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7/2019 đến tháng 3/2020. Trẻ được thu thập thông tin về tiền sử bú mẹ, khám lâm sàng giải phẫu chức năng lưỡì và quan sát hoạt động bú mút theo thang điểm của Martinelli. Kết quả cho thấy tỷ lệ trẻ được chỉ định phẫu thuật chiếm 72,3%. Nghiên cứu cũng nhận thấy trẻ nhỏ có bệnh dính lưỡì rất khó thăm khám và không dễ đưa ra chỉ định phẫu thuật bằng các phân độ của trẻ lớn. Vì vậy cần khai thác và chấm điểm tiền sử bú mẹ, khám lâm sàng, quan sát hoạt động bú mút để đưa ra chỉ định phẫu thuật phù hợp.

Từ khóa: Dính lưỡì, bú khó, trẻ nhỏ, phẫu thuật tạo hình phanhh lưỡì

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lưỡì là một cơ quan quan trọng, giúp con người thực hiện các chức năng vùng miệng mặt như mút, nhai, nuốt, phát âm, ngôn ngữ. Lưỡì có nhiều chuyển động khác nhau bao gồm: nâng lên, hạ xuống, kéo ra sau, đưa ra trước, đưa sang hai bên.¹

Dính lưỡì là một tình trạng mà đầu lưỡì không thể đưa ra ngoài răng cửa hàm dưới do phanhh lưỡì ngắn. Trong nha khoa, dính lưỡì là một tình trạng phức tạp liên quan đến nhiều chuyên ngành khác nhau từ răng trẻ em, nha chu tới phẫu thuật trong miệng.^{2,3}

Tỷ lệ dính lưỡì theo y văn là từ 0,88% đến 12,8%. Tỷ lệ này cao hơn ở trẻ sơ sinh (1,72% - 10,7%), ở người lớn là 0,1 - 2,08%.^{4,5}

Chẩn đoán và quản lý bệnh dính lưỡì ở trẻ

em từ lâu vẫn là chủ đề gây nhiều tranh cãi. Dính lưỡì làm trẻ khó hoạt động lưỡì, gây ra các vấn đề như khó ăn, khó bú, rối loạn phát âm và các vấn đề xã hội...^{6,7}

Có rất nhiều cách phân loại mức độ dính lưỡì như phân loại của Horton (1969), Kottlow (1999), Garcia Pola (2002), Ruffoli (2005), Martinelli (2012).^{8,9} Các cách phân loại này áp dụng cho các độ tuổi khác nhau

Phân loại tậ dính lưỡì của Martinelli cho trẻ nhỏ dựa trên đặc điểm giải phẫu của phanhh lưỡì và các chức năng bú mút, nuốt, hoạt động phối hợp. Phân loại này có rất nhiều ưu điểm trong chẩn đoán và chỉ định can thiệp phẫu thuật.

Hiện tại, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá ảnh hưởng của vị trí bám phanhh lưỡì đến các chức năng quan trọng ở trẻ nhỏ như bú, mút, nuốt. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu “*Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh dính lưỡì và chỉ định phẫu thuật tạo hình phanhh lưỡì ở trẻ em tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Nhi*

Tác giả liên hệ: Lê Thị Thuỳ Linh

Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - ĐH Y Hà Nội

Email: lethuylinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 28/04/2020

Ngày được chấp nhận: 14/06/2020

Trung ương.”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

166 trẻ bị bệnh dính lưỡi được chọn vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: là các bệnh nhân đến khám bệnh dính lưỡi có tuổi ≤ 2 với các lý do như gia đình phát hiện thấy trẻ khó bú, khó đẩy lưỡi ra trước, chậm nói, nói ngọng, trẻ được chuyển từ các chuyên khoa khác.^{10,11}

Tiêu chuẩn loại trừ: là những trẻ có bệnh nghe kém, tăng động, tự kỷ, rối loạn hành vi, trẻ có các bất thường lưỡi mắc phải do tai nạn, khối u, viêm nhiễm, trẻ không còn bú, trẻ có các hội chứng sọ mặt bẩm sinh.^{4,12}

2. Phương pháp

Phương pháp thu thập mẫu bệnh nhân

Tất cả các bệnh nhân đến khám tại khoa Răng Hàm Mất, bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ tháng 7/2019 đến tháng 3/2020, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được chọn vào tham gia nghiên cứu.

Việc thu thập số liệu được tiến hành qua 3 bước và cho điểm

Phòng vấn mẹ về tiền sử bú: phỏng vấn theo bộ câu hỏi

Khám lâm sàng miệng và lưỡi: được thực hiện tại phòng khám với sự giúp đỡ của mẹ và trợ thủ theo các bước quan sát trẻ ở tư thế nghỉ, quan sát lưỡi khi trẻ khóc, giữ trẻ để khám phanh lưỡi

Đánh giá hoạt động bú: quan sát trẻ bú 5 phút^{2,2}. *Các tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu*

- Sử dụng thang điểm của Martinelli (2013)⁹

A. Đánh giá vận động giải phẫu chức năng

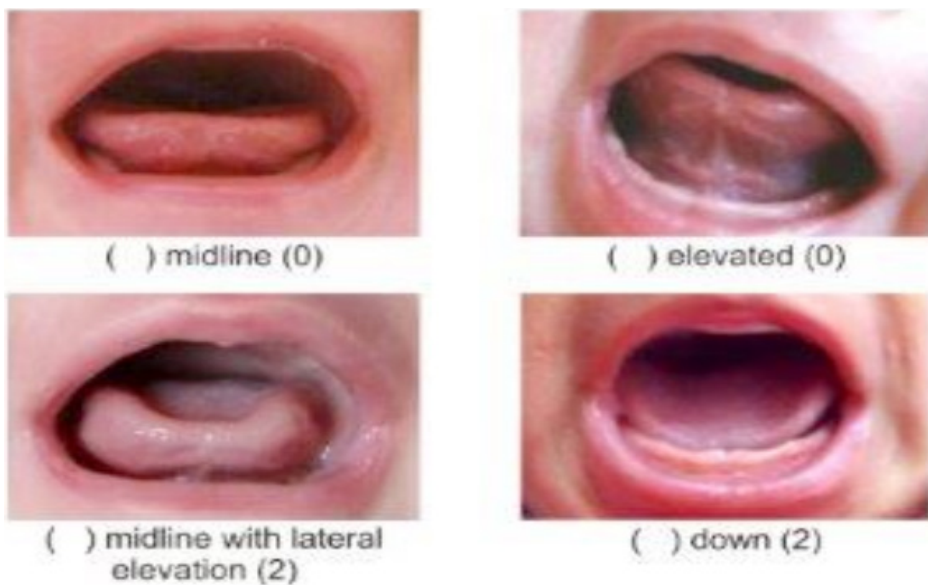
Vị trí miệng ở tư thế nghỉ

Miệng ngậm kín	0 điểm
Miệng nửa há	1 điểm
Miệng há hoàn toàn	1 điểm



Tư thế lưỡi lúc trẻ khóc

Lưỡi nằm giữa	0
Lưỡi nâng lên	0
Lưỡi nằm giữa và 2 bên cuộn lên	2
Lưỡi hạ xuống	2



Hình dạng đầu lưỡi khi trẻ nâng lưỡi lúc khóc

Hình tròn hoặc vuông	0
Hình chữ V	2
Hình trái tim	3



Phanh lưỡi

Nhìn rõ phanh lưỡi	Đánh giá hoạt động bú mút
Không nhìn rõ	
Nhìn rõ phanh lưỡi khi dùng hai ngón trở nâng và đẩy ra sau	



Độ dày phanh lưỡi

Mỏng	0 điểm
Dày	2 điểm

*Độ bám của phanh lưỡi vào bụng lưỡi*

Bám vào bụng lưỡi	0 điểm
Bám vào gần đầu lưỡi	2 điểm
Bám vào đầu lưỡi	3 điểm

*Độ bám của phanh lưỡi vào sàn miệng*

Bám vào sàn miệng	0 điểm
Bám vào mào xương	1 điểm

*Điểm vận động giải phẫu chức năng: Tính tổng điểm 4 mục*

Không dính lưỡi	0
Dính lưỡi nhẹ	$1 \leq \text{điểm} \leq 6$
Dính lưỡi làm hạn chế vận động	≥ 7
Dính lưỡi nặng	12

B. Đánh giá hoạt động bú mót (quan sát 5 phút)

Nhịp điệu bú	Mút vài lần rồi nghỉ ngắn	0
	Mút vài lần rồi nghỉ dài	1
Nhai núm vú	Không	0
	Có	1
Tiếng click lúc bú	Không	0
	Có	1
Phối hợp động tác lưỡi	Hợp lý	0
	Không hợp lý (không đẩy được lưỡi ra trước)	1
Phối hợp giữa mút, nuốt, thở	Hợp lý (mút, nuốt, thở cân bằng, trẻ ko mệt)	0
	Không hợp lý (Ho tím, nuốt có tiếng kêu, họng nghẹn, khó thở, dễ nôn trớ)	1
Điểm hoạt động bú mót		
Lưỡi bình thường		0
Lưỡi hạn chế vận động		≥ 2
Dính lưỡi nặng		5

- Chỉ định phẫu thuật:
- + Theo thang điểm Martinelli [3]:
 - Điểm tiền sử ≥ 4
 - Điểm giải phẫu chức năng ≥ 7
 - Điểm động tác bú mót ≥ 2
 - Tổng điểm (tiền sử và lâm sàng) ≥ 13
- + Không mắc các bệnh cấp tính toàn thân
- + Đủ điều kiện gây mê

3. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0 tính toán các tỷ lệ và điểm trung bình, có sử dụng các test phi tham số Chi-square dành cho biến định tính để so sánh sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các tỷ lệ và Binomial test để đánh giá khác biệt với tỷ lệ của các nghiên cứu trước.

4. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả cha mẹ và người giám hộ của bệnh nhân được giải thích đầy đủ về mục đích, yêu

cầu và nội dung của nghiên cứu, ưu nhược điểm của phương pháp điều trị. Cha mẹ và người giám hộ được đọc và ký vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu theo mẫu.

III. KẾT QUẢ

Trong 166 bệnh nhân đến khám, nam có 117 chiếm tỷ lệ 70,5%. Nữ có 49 chiếm tỷ lệ 29,7%. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 12,3 tháng; trong đó tuổi lớn nhất là 24 tháng, tuổi nhỏ nhất là 1 tháng. Nhóm tuổi dưới 6 tháng chiếm 32,5% và nhóm tuổi trên 6 tháng chiếm 67,5.

Về tiền sử gia đình và tiền sử bú mẹ theo bảng 1. Tỷ lệ gia đình có tiền sử dính lưỡi chiếm 19,9%. Tỷ lệ bú mẹ là 16,9%, thời gian giữa các bữa bú dưới 1h chiếm tỷ lệ 27,7%. Tỷ lệ trượt núm vú chiếm 53%, tỷ lệ nhai núm vú chiếm 59,6%. Điểm tiền sử trung bình là 3,05 ± 241.

Bảng 1. Đặc điểm tiền sử bú mẹ

		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Điểm trung bình ($x \pm s$)
Gia đình có người có tật dính lưỡi	Có	33	19,9%	
	Không	133	80,1%	
Thời gian bú	3h	25	15,1%	0,55 \pm 0,89
	2h	95	57,2%	
	< 1h	46	27,7%	
Bú mẹ	Có	28	16,9%	0,18 \pm 0,4
	Không	138	83,1%	
Bú ít rồi ngủ	Có	68	41%	0,41 \pm 0,51
	Không	98	59%	
Trượt núm vú	Có	88	53%	0,53 \pm 0,51
	Không	78	47%	
Nhai núm vú	Có	99	59,6%	1,2 \pm 0,98
	Không	67	40,4%	

Về các đặc điểm giải phẫu chức năng lưỡi: kết quả tại bảng 2 cho thấy miệng ngậm kín chiếm tỷ lệ 47% và miệng nửa há chiếm 45,2%. Đầu lưỡi hình dạng chữ V chiếm tỷ lệ cao 56%. Về độ dày phan lưỡi, tỷ lệ phan lưỡi mỏng là 56,6% và phan lưỡi dày là 43,4%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ phan lưỡi bám sàn miệng hay bám mào xương. 88,6% trong nhóm trẻ nghiên cứu có nhìn rõ phan lưỡi. Điểm giải phẫu chức năng lưỡi trung bình là $7,77 \pm 3,29$.

Bảng 2. Đặc điểm giải phẫu chức năng lưỡi

		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Điểm trung bình ($x \pm s$)
Miệng ở tư thế nghỉ	Ngậm kín	78	47%	0,52 \pm 0,5
	Nửa há	75	45,2%	
	Há hoàn toàn	13	7,8%	
Tư thế lưỡi khi khóc	Ở giữa	9	5,4%	1,71 \pm 0,7
	Nâng lên	15	9%	
	Cuộn lên	63	38%	
	Hạ xuống	79	47,6%	
Hình dạng đầu lưỡi khi khóc	Tròn/vuông	19	11,4%	2,09 \pm 0,88
	Chữ V	93	56%	
	Trái tim	54	32,5%	

		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Điểm trung bình (x ± s)
Độ dày phanh lưỡi	Mỏng	94	56,6%	0,86 ± 0,99
	Dày	72	43,4%	
Điểm bám phanh lưỡi vào bụng lưỡi	Bụng lưỡi	26	15,7%	2 ± 0,98
	Gần đầu lưỡi	87	52,4%	
	Đầu lưỡi	53	31,4%	
Điểm bám phanh lưỡi vào sàn miệng	Sàn miệng	75	45,2%	0,55 ± 0,5
	Mào xương	91	54,8%	

Kết quả đánh giá các đặc điểm hoạt động bú mút của trẻ theo bảng 3 khi quan sát trẻ bú 5 phút: 72,9% trẻ có lưỡi di chuyển không hợp lý; 62% trẻ có nhai nướu vú và 63,3% trẻ có tiếng click khi bú. Tỷ lệ bú nghỉ dài là 19,9%, mút nướu thờ không hợp lý là 9,1%. Điểm hoạt động bú mút trung bình là $2,32 \pm 1,52$. Tổng điểm trung bình là $3,14 \pm 6,17$. Trong 166 trẻ đến khám bệnh dính lưỡi, có chỉ định phẫu thuật là 120 trẻ chiếm 72,3% và không có chỉ định phẫu thuật là 46 trẻ chiếm tỷ lệ 27,7%.

Bảng 3. Đặc điểm hoạt động bú mút

		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Điểm trung bình (x ± s)
Phối hợp di chuyển lưỡi	Hợp lý	45	27,7%	0,73 ± 0,45
	Không hợp lý	121	72,9%	
Nhịp điệu bú	Nghỉ ngắn	133	80,1%	0,2 ± 0,4
	Nghỉ dài	33	19,9%	
Phối hợp nướu, mút, thờ	Hợp lý	151	91%	0,09 ± 0,29
	Không hợp lý	15	9%	
Nhai nướu vú	Có nhai	103	62%	0,62 ± 0,49
	Không nhai	63	38%	
Tiếng click khi bú	Có	110	63,3%	0,66 ± 0,47
	không	56	33,7%	

Bảng 4. Chỉ định phẫu thuật tạo hình phanh lưỡi

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có chỉ định phẫu thuật	120	72,3%
Không có chỉ định phẫu thuật	46	27,7%
Tổng	166	100%

IV. BÀN LUẬN

Phân bố bệnh nhân theo giới có nam chiếm 70,5% và nữ chiếm 29,5%. Kết quả tương tự trong nghiên cứu của E.Ferres Amat 2017¹³ khám 1102 trẻ dưới 6 tháng, 302 trẻ có khó bú, 171 trẻ có

dính lưỡi trong đó 60 trẻ nữ (35%) và 111 trẻ nam (64,9%).

Chúng ta thấy tuổi đến khám bệnh dính lưỡi trung bình (12,3 tháng) là khá cao. Điều này khác với các nghiên cứu trên thế giới. Như nghiên cứu của tác giả ở Brazil, thành phố Recife¹⁴, tất cả các trẻ sinh ra đều được khám và chẩn đoán có dính lưỡi không dù trẻ bú tốt hay bú kém. Nghiên cứu khác của tác giả Yasuo Ito tại bệnh viện Atami - Nhật Bản¹⁵ năm 2014 khám 3025 trẻ sơ sinh, sau đó chẩn đoán 58 trẻ có dính lưỡi cần can thiệp phẫu thuật.

Do tuổi đến khám cao nên lý do đến khám cũng theo lứa tuổi. Chỉ 13,25% đến khám với lý do bú khó; 30,12% đến với lý do gia đình quan sát lưỡi trẻ; 55,42% đến với lý do chậm nói.

Tỷ lệ gia đình có tiền sử dính lưỡi chiếm 19,9% gần tương tự nghiên cứu của tác giả E.Ferres Amat năm 2017¹³ có tỷ lệ là 25,1%.

Kết quả về tiền sử bú mẹ cho thấy trẻ đều có dấu hiệu khó bú như nhai núm vú (59,6%), trượt núm vú (53%). Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng 25 - 80% trẻ nhỏ có dính lưỡi đều có khó bú như gây cho mẹ đau, sang chấn núm vú và mất thời gian gấp 2,5 đến 3 lần để bú.

Điểm tiền sử trung bình nhóm nghiên cứu của chúng tôi ($3,05 \pm 2,41$) thấp hơn nghiên cứu của Martinelli 2015⁹ ($5,62 \pm 1,08$). Nguyên nhân có thể do chúng tôi đánh giá trên tất cả các trẻ đến khám bệnh dính lưỡi còn tác giả Martinelli đánh giá điểm trên trẻ đã chẩn đoán có dính lưỡi sau khám lâm sàng [3].

Về đặc điểm giải phẫu chức năng lưỡi, thể lâm sàng hay gặp là miệng ngậm kín hoặc miệng nửa há (47% và 45,2%). Trẻ sơ sinh thường có miệng nửa há, trẻ lớn hơn dù dính lưỡi mức độ nặng đôi khi vẫn có miệng ngậm kín. Đầu lưỡi hình dạng chữ V chiếm tỷ lệ cao nhất (56%), đây cũng là thể lâm sàng hay gặp nhất. Về độ dày phanh lưỡi, tỷ lệ phanh lưỡi mỏng hay gặp hơn phanh lưỡi dày. Không có

sự khác biệt về tỷ lệ phanh lưỡi bám sàn miệng hay bám mào xương. 88,6% trong nhóm trẻ nghiên cứu có nhìn rõ phanh lưỡi. Điểm giải phẫu chức năng lưỡi trung bình là $7,77 \pm 3,29$. Nghiên cứu của chính tác giả Martinelli năm 2015⁹ trên 16 trẻ dính lưỡi có điểm trung bình giải phẫu chức năng lưỡi là $8,00 \pm 1,56$.

Chúng tôi nhận thấy 72,9% trẻ có lưỡi di chuyển không hợp lý; 62% trẻ có nhai núm vú và 63,3% trẻ có tiếng click khi bú. Tỷ lệ bú nghỉ dài hay mút nuốt thở không hợp lý thấp, chỉ gặp ở các trẻ sơ sinh có phanh lưỡi dày, dính đầu lưỡi. Điểm hoạt động bú mút trung bình là $2,32 \pm 1,52$. Tổng điểm trung bình là $13,14 \pm 6,17$.

Trong 166 trẻ đến khám bệnh dính lưỡi, có chỉ định phẫu thuật là 120 trẻ chiếm 72,3% và không có chỉ định phẫu thuật là 46 trẻ chiếm tỷ lệ 27,7%. Nghiên cứu của tác giả Nour Bundogji - Steven Zamora (2020)¹⁰ ở khoa tai mũi họng bệnh viện Rady, California. Ông phỏng vấn 343 bà mẹ có rắc rối khi cho con bú và sau khi khám các con của họ, chẩn đoán được 314 trẻ (91,5%) có dính lưỡi cần can thiệp phẫu thuật (theo phân loại của Coryllos)¹⁶

V. KẾT LUẬN

Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ rất khó để có chẩn đoán chính xác bệnh dính lưỡi và khó đưa ra chỉ định phẫu thuật. Không chỉ dựa vào phân loại mức độ dính lưỡi trên lâm sàng như trước đây để đưa ra chỉ định phẫu thuật mà cần phải kết hợp hỏi, khám và quan sát trẻ bú, cho điểm cả ba thành phần để đưa ra chỉ định phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngọc VTN. *Răng trẻ em*. Nhà xuất bản giáo dục; 2013.
2. Nakhash R, Wasserteil N, Mimouni FB, Kasirer YM, Hammerman C, Bin - Nun A. Upper Lip Tie and Breastfeeding: A Systematic Review. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*. Mar

2019;14(2):83 - 87.

3. Ngọc VTN. *Răng Trẻ em*. Nhà xuất bản Đại Học Huế; 2015.

4. Power RF, Murphy JF. Tongue - tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Archives of disease in childhood*. May 2015;100(5):489 - 494.

5. Mahmood B, Trolle W, Hounsgaard ML, Kirchmann M. [Treatment for tongue - tie]. *Ugeskrift for læger*. Apr 15 2019;181(16).

6. Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, et al. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngology - head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. May 2020;162(5):597 - 611.

7. Marchesan IQ, Martinelli RL, Gusmao RJ. Lingual frenulum: changes after frenectomy. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2012;24(4):409 - 412.

8. Martinelli RL, Marchesan IQ, Berretin - Felix G. Lingual frenulum protocol with scores for infants. *The International journal of orofacial myology : official publication of the International Association of Orofacial Myology*. Nov 2012;38:104 - 112.

9. Martinelli RL, Marchesan IQ, Gusmao RJ, Honorio HM, Berretin - Felix G. The effects of frenotomy on breastfeeding. *Journal of applied oral science : revista FOB*. Mar - Apr 2015;23(2):153 - 157.

10. Bundogji N, Zamora S, Brigger M, Jiang W. Modest benefit of frenotomy for infants with ankyloglossia and breastfeeding difficulties. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. Jun 2020;133:109985.

11. Caloway C, Hersh CJ, Baars R, Sally S, Diercks G, Hartnick CJ. Association of Feeding Evaluation With Frenotomy Rates in Infants With Breastfeeding Difficulties. *JAMA otolaryngology - head & neck surgery*. Jul 11 2019.

12. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, et al. Frenotomy for tongue - tie in newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*. Mar 11 2017;3:Cd011065.

13. Ferrés - Amat TP - V, P. Rodriguez - Alessi. The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona: a descriptive study. *EuropEan Journal of paediatric dentistry* 2017; 18/4:319 - 325.

14. do Rego Barros de Andrade Fraga M, Azoubel Barreto K, Barbosa Lira TC, Aparecida de Menezes V. Is the Occurrence of Ankyloglossia in Newborns Associated with Breastfeeding Difficulties? *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*. Feb 2020;15(2):96 - 102.

15. Ito Y. Does Frenotomy Improve Breastfeeding Difficulties in Infants with Ankyloglossia? *Journal of the Japan Pediatric Society* 2014(118):462 - 474.

16. Hale M, Mills N, Edmonds L, et al. Complications following frenotomy for ankyloglossia: A 24 - month prospective New Zealand Paediatric Surveillance Unit study. Apr 2020;56(4):557 - 562.

Infants with *Pediatric Society* 2014(118):462 - 474. 16. Hale M, Mills N, Edmonds L, et al. Complications following frenotomy for ankyloglossia: A 24 - month prospective New Zealand Paediatric Surveillance Unit study. Apr 2020;56(4):557 - 562.

Summary

CLINICAL CHARACTERISTIC OF INFANTS WITH ANKYLOGLOSSIA AND SURGICAL INDICATIONS

Ankyloglossia is characterized by tongue tip hypomobility where the tip cannot reach over mandibular incisors due to short lingual frenulum. Ankyloglossia can interfere with tongue movements leading to breastfeeding difficulty, speech disorder and social problems. This study was carried out on 166 infants under 24 months old at the Maxilla - facial department of the National Pediatric Hospital from July, 2019 to March, 2020. The evaluations include breast feeding history, glossal functional anatomy and sucking activity according to the protocol proposed by Martinelli. The rate of surgical intervention is 72,3%. This study shows that it is difficult to apply the protocol designed for older children in evaluating and making decision for surgical intervention for infants with ankyloglossia. Therefore, breastfeeding history, clinical examination, and observation of suckling activities are necessary to make appropriate surgical interventions.

Keywords: Ankyloglossia, sucking difficulty, infants, lingual frenectomy