

Yenidoğan dil frenulumunda güvenli ve etkili bir teknik: Frenotomi

Safe and effective technique in newborn tongue-tie: Frenotomy

Mehmet Ali Özen[®], Egemen Eroğlu[®]

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Öz

Amaç: Bu çalışmada, yenidoğan döneminde dil frenulumu belirlenen ve cerrahi kararı verilen hastalarda kullandığımız tekniği ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: 2015 ile 2019 yılları arasında Koç Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniğinde dil frenulumu nedeniyle yenidoğan döneminde frenotomi yapılan bebeklerin kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Bebekler klinik prezentasyon, cerrahi endikasyon, teknik ve sonuçları bakımından değerlendirildi.

Bulgular: Dört yıllık süre zarfında toplam 41 bebeğe dil frenulumu nedeniyle frenotomi yapıldı. Başvuru yakınmaları sıklık sırasına göre dili dışarı çıkaramama, anne memesini emmede güçlük, biberon ile beslenme gereksinimi, memeyi tutamama, emzirirken bebeğin başını sürekli arkadan destekleme gereksinimi ve meme ucunda ağrı olması şeklindeydi. Takiplerinde hastalarda kanama, hematoma veya enfeksiyon gözlenmedi. Takiplerinde ikinci kez işlem gereken olgu olmadı. Kırk bir hastada emme ile ilgili sorunda belirgin düzelme saptandı. Emme yanında meme başı ağrısı olan 11 annenin 9'unda düzelme saptandı.

Sonuç: Biberon ile beslense dahi annesini ememeyen ve fizik muayenede dil frenulumu ile uyumlu görünüm saptanan olgularda frenotomi tekniği ile güvenli, başarılı ve kolay bir şekilde bu sorun fonksiyonel ve kozmetik açıdan çözülebilir.

Anahtar kelimeler: Dil frenulumu, yenidoğan, frenotomi

ABSTRACT

Objective: In this study, we aimed to present the surgical technique and results of the the technique we used in patients diagnosed with tongue-tie in newborn period.

Method: Between 2015 and 2019, the records of infants who underwent frenotomy in the Koç University Hospital Pediatric Surgery Clinic during the newborn period due to tongue-tie were examined retrospectively. The infants were evaluated in terms of clinical presentation, surgical indication technique, and outcomes.

Results: During the four-year period, a total of 41 babies had undergone frenotomy for tongue-tie. The presenting complaints in decreasing frequency were the inability to take out tongue, difficulty in sucking the mother's breast, need for bottle-feeding, inability to maintain breastfeeding, need to support the baby's head from behind during the breastfeeding and having nipple pain. During the follow-up period, bleeding, hematoma, or infection was not observed in patients. None of the patients required re-intervention during follow-up. In 41 patients, there was a significant improvement in the sucking problem. In addition, nipple pain of 9 out of 11 mothers during breastfeeding resolved.

Conclusion: Tongue-tie problem can be resolved in a safe, successful and easy way with the use of the frenotomy technique in infants with tongue-tie detected during physical examination who can not be breastfed even though they can be bottle-fed.

Keywords: Tongue-tie, newborn, frenotomy

Alındığı tarih: 14.06.2019

Kabul tarihi: 05.08.2019

Yayın tarihi: 31.12.2019

Atrf vermek için: Özen MA, Eroğlu E. Yenidoğan dil frenulumunda güvenli ve etkili bir teknik: Frenotomi. Çoc. Cer. Derg. 2019;33(3):126-9.

Mehmet Ali Özen
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı,
İstanbul - Türkiye
✉ maozen@kuh.ku.edu.tr
ORCID: 0000-0002-7012-5410

ORCID Kayıtları

E. Eroğlu 0000-0002-8897-5835

Giriş

Ankiloglossi inferior ya da sık kullanılan isimlendirmeleriyle dil frenulumu veya dil altı bağı sık olmamakla birlikte, nadir de olmayan konjenital bir anomalidir. Yenidoğan dönemindeki insidansı genelde %4,4 ile %4,8 arasında değişmekle beraber, %1'den daha az ve %11'e kadar çıkan oranlarda mevcuttur⁽¹⁻⁴⁾. Erkek, kız oranı ise 3:1 şeklinde bildirilmektedir^(3,5,6). Dil frenulumu çoğunlukla izole bir anomali şeklindedir^(1,4). Anomali morfolojik olarak ağız tabanından dilin uç kısmına doğru uzanan, değişen kalınlıklarda olabilen frenulum ile karakterizedir. Fonksiyonel olarak ise dil hareketlerinin kısıtlanması ve genelde dilin dışarıya çıkarılamaması gözlenmektedir. Genelde dil, diş eti hizasını geçemez. Dil ucunun serbest olmaması yaş aralığına bağlı olarak memeyi yakalama ve emmede başarısızlık, yutmada güçlük, diş arklarının gelişimini tetiklemede yetersizlik ve konuşma bozukluğu gibi semptomlara yol açabilmektedir^(1,2,7).

Bu anomalinin klinik önemi, tedavi gereksinimi, tedavi edilecekse zamanlaması ve uygulanacak cerrahi tekniğin seçimi gibi konular halen belirsizliğini korumaktadır^(1,2,8). Bu çalışmada, yenidoğan döneminde belirlediğimiz ve cerrahi kararı aldığımız hastalarda kullandığımız yöntemi ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Mevcut çalışma için Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokal Etik Kurulundan onay alındıktan sonra (Onay No: 2019.186.IRB2.049), Kasım 2015 ile Ocak 2019 yılları arasında dil frenulumu nedeniyle yenidoğan döneminde cerrahi girişim yapılan bebeklerin kayıtları incelendi. Bebekler klinik prezentasyon, cerrahi endikasyon, uygulanan teknik ve sonuçları bakımından değerlendirildi.

Cerrahi teknik: Tüm yenidoğanlarda uygulanan cerrahi yöntem standart olarak genel ya da lokal anestezi uygulamadan gerçekleştirildi. Önce fistül probunun (grooved director) yardımıyla dil yukarı damağa doğru asıldı, sonrasında dile paralel olarak, değişik kalınlıktaki nispeten beyaz görünümdeki dil frenulumu klemp yardımıyla eklaze edildi. Son olarak da eklaze hat üzerinden cerrahi makasla frenulum kesildi (Resim 1). İşlem sonrasında 30 saniye süre ile dil altına gazlı bez yardımıyla baskı uygulandı. Kanama kontrolü sonrasında bebeğin en kısa süre içerisinde annesini

emmesi, beslenmesi sağlandı.



Resim 1. Üç günlük yenidoğanın dilinde kalp şeklinde görünüme yol açan frenulum, frenulum eklazyonu, lineer kesi ve frenotomi sonrası görünüm.

Bulgular

Dört yıllık süre zarfında toplam 41 bebeğe dil frenulumu nedeniyle cerrahi işlem yapıldı. En küçük bebek 1, en büyük ise 14 günlüktü (ortalama yaş 6 gün). Başvuru yakınmaları sıklık sırasına göre dili dışarı çıkaramama, anne memesini emmede güçlük, biberon ile beslenme gereksinimi, memeyi tutamama, emzirirken bebeğin başını sürekli arkadan destekleme gereksinimi ve meme ucunda ağrı olması şeklindeydi (Tablo 1). Bebeklerde beslenme isteksizliği yoktu. Bebeklerin tümünde fizik muayenede, dilin dışarı çıkarılmaya çalışıldığında ya da dışarıya çekildiğinde kalp şeklini aldığı görüldü. Cerrahi endikasyon bütün olgularda beslenme, emme güçlüğü nedeniyle konul-

Tablo 1. Bebeklerin başvuru sırasındaki yakınma ve bulguları.

Yakınma	n (%)
Dili dışarı çıkaramama	41 (%100)
Dilin kalp şeklinde olması	41 (%100)
Anne memesini emmede güçlük	41 (%100)
Biberon ile beslenme gereksinimi	26 (%63,4)
Memeyi tutamama	22 (%53,6)
Bebeğin başını emerken arkadan destekleme gereksinimi	12 (%29,2)
Meme ucunda ağrı	11 (%26,8)

du. Tüm olgulara günübürlük olacak şekilde yukarıda tanımlanan yöntemle işlem gerçekleştirildi.

Takip ve kontrol süresi işlem sonrası 1. hafta, 4. hafta ve 12. hafta kontrolü şeklindeydi. Takiplerinde hastalarda sızıntı şeklinde kanama dışında belirgin bir kanama, hematoma veya enfeksiyon gözlenmedi. Takiplerinde ikinci kez işlem gereken olgu olmadı. Kırk bir hastada emme ile ilgili sorunda belirgin düzelme saptandı. Bebeklerin kilo alımı beklenen düzeydeydi. Emzirmeye çalışırken meme başı ağrısı olan 11 annenin 9'unda düzelme saptandı.

Tartışma

Dil frenulumunun tedavi endikasyonlarına yönelik tartışmalar halen devam etmektedir. Bununla birlikte, bu durumun tedavi edilmediği takdirde beslenme güçlüğüne, konuşma ve ağız içi hijyen bozukluğuna, psikososyal sorunlara yol açabildiği bildirilmektedir⁽¹⁻⁴⁾. 1950'li yıllara kadar dil frenulumunun rutin olarak kesildiği bildirilmektedir⁽⁹⁾. Sonrasında ise dil frenulumunun tanısı, klinik önemi ve müdahalenin gerekliliği konusunda farklı görüşler belirginleşmiştir. Müdahale kararı verildiğinde ise işlemin yapılacağı zaman ve cerrahi teknik konusunda farklılıklar ortaya çıkmıştır⁽¹⁻⁴⁾. Zamanlama konusunda eğer bebeğin beslenme ve kilo alma sorunu yoksa anatomik olarak dil frenulumu görünümü olsa dahi müdahalenin bebek 6 aylık oluncaya kadar ertelenmesi görüşü mevcuttur⁽²⁾. Bunun nedeni olarak da bu süre içerisinde dil frenulumunun spontan olarak düzelebileceği belirtilmektedir⁽²⁾. Mevcut çalışmadaki tüm bebeklerin annelerini emmede güçlük ve başarısızlık olmakla beraber, bazılarının biberon ile beslenebildikleri görülmüştür. Biberon ile besleme cerrahinin ertelenmesi için bir çözümmüş gibi görünse de, annenin bebeğini emzirememesi anne bebek ilişkisini etkilemekte ve bağlanma sorunlarına yol açabilmektedir. Dil görünümü, bebeklerin hepsinde dili dışarı çıkarmak istediklerinde ya da dil dışarıya çekildiğinde kalp şeklinde gözlenmiştir. Bu çalışmadaki hastaların ön plandaki yakınmaları dil görünümü ile beraber annelerini emme ve beslenme yetersizliği olması nedeniyle, tüm bebeklere yenidoğan döneminde müdahale edilmiştir.

Dil frenulumunu 18. yüzyılda ebelerin keskin tırnakları ile ayırdıkları bildirilmektedir^(10,11). Günümüzde ise

çok çeşitli cerrahi teknikler kullanılmaktadır^(10,12,13). Çeşitli yöntemlerinin kullanılmasının nedeni hemoraji, skar, enfeksiyon, ülser, dil yaralanması ve nüks gibi komplikasyonların önüne geçmektir^(1,3,12,14,15). Ancak ideal cerrahi teknik ile ilgili bir görüş birliği yoktur. Kanamaya engel olduğu düşünülerek monopolar, bipolar diatermi, diode veya erbium:yttrium-aluminium-garnet (Er:YAG) gibi lazer yöntemleri kullanılmıştır^(1,12,15). Daha komplike frenuloplasti gibi yöntemler de (z plasti, flep uygulamaları) tercih edilmiştir^(3,10). Ancak, kompleks yöntemlerin daha basit yöntemlere göre üstünlüğünü gösteren veriler mevcut değildir^(2,16). Bu çalışmada uygulanan basit lineer frenotomi yöntemi, makas kullanıldığı için skar açısından daha az risk taşımakta ve kesme öncesinde eklazyon işlemi de yapıldığı için özellikle kalın frenulum olan olgularda belirgin kanamanın önüne geçmektedir. Fistül probu da olası dil yaralanmalarına, dilin dip damarlarının zarar görmesine karşı koruyucu görev görmekte ve insizyon hattı için kılavuz olmaktadır. Genel anestezi hatta lokal anestezi gerektirmemesi de diğer bir avantajıdır.

Bu çalışmada, cerrahi endikasyon olarak fonksiyonel kısıtlama olmakla beraber, tüm bebeklerdeki ortak morfolojik bulgu dilin kalp şeklinde olması ve diş hizasından dışarı çıkarılamaması şeklindeydi. Daha az invaziv olan bu teknikte hem fonksiyonel hem de morfolojik sorun çözülebilmektedir.

Sonuç olarak, postnatal erken dönemde bebeğin annesini emmesi büyük öneme sahiptir. Emme isteği olan ancak beslenemeyen, bu nedenle meme yerine biberondan beslenen bebeklerde dil frenulumu akla getirilmelidir. Biberon ile beslenme anne bebek arasındaki ilişkiyi bozup, bağlanma sorunu yaratabilmektedir. Bu nedenle annesini ememeyen ve fizik muayenede dil frenulumu saptanan olgularda biberon ile beslenmesi dahi yukarıda tanımlanan frenotomi tekniği ile güvenli, başarılı ve kolay bir şekilde bu sorun fonksiyonel ve kozmetik açıdan çözülebilir.

Etik Kurul Onayı: Koç Üniversitesi Etik Kurulu onayı alınmıştır (2019.186.IRB2.049).

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Bu çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Hasta Onamı: Hastaların onamları işlem yapılmadan önce alınmıştır.

Kaynaklar

1. Hooda A, Rathee M, Yadav S, Gulia J. Ankyloglossia: A Review of Current Status. *Journal of Otorhinolaryngology* 2009;12:2. <https://doi.org/10.5580/23fc>
2. Johnson PRV. Tongue-tie - exploding the myths. *Infant* 2006;2(3):96-9.
3. Junqueira MA, Cunha MNO, Silva LLC, Araújo LB, Moretti ABS, Couto Filho CEG, Sakai VT. Surgical techniques for the treatment of ankyloglossia in children: a case series. *J Appl Oral Sci* 2014;22(3):241-8. <https://doi.org/10.1590/1678-775720130629>
4. Becker S, Mendez MD. Ankyloglossia. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019-2019 Mar 5.
5. Friend GW, Harris EF, Mincer HH, Fong TL, Carruth KR. Oral anomalies in the neonate, by race and gender, in an urban setting. *Pediatr Dent* 1990;12(3):157-61.
6. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126(1):36-9. <https://doi.org/10.1001/archotol.126.1.36>
7. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. *Can Fam Physician* 2007;53(6):1027-33.
8. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: Does it matter? *Pediatr Clin North Am* 2003;50:381-97. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(03\)00029-4](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(03)00029-4)
9. 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(5-6):246-50. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2005.00604.x>
10. Heller J, Gabbay J, O'Hara C, Heller M, Bradley JP. Improved ankyloglossia correction with four-flap Z-frenuloplasty. *Ann Plast Surg* 2005;54(6):623-8. <https://doi.org/10.1097/01.sap.0000157917.91853.be>
11. Lau JT, Ong GB. A grooved table-spoon for tongue-tie release and hernial neck transfixion. *Aust NZ J Surg* 1983;53(1):61-2. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.1983.tb02397.x>
12. Aras MH, Göregen M, Güngörmüş M, Akgül HM. Comparison of diode laser and Er:YAG lasers in the treatment of ankyloglossia. *Photomed Laser Surg* 2010;28(2):173-7. <https://doi.org/10.1089/pho.2009.2498>
13. Puthussery FJ, Shekar K, Gulati A, Downie IP. Use of carbon dioxide laser in lingual frenectomy. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2011;49(7):580-1. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2010.07.010>
14. Tuli A, Singh A. Monopolar diathermy used for correction of ankyloglossia. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2010;28:130-3. <https://doi.org/10.4103/0970-4388.66757>
15. Vercò PJ. Case report and clinical technique: Argon beam electrosurgery for tongue ties and maxillary frenectomies in infants and children. *Eu Arch Paediatr Dent* 2007;8(1):15-9. <https://doi.org/10.1007/BF03262604>
16. McBride C. Tongue-tie. *J Paediatr Child Health* 2005;41:242. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2005.00681.x>

Yorum

Bebeklik döneminde sık rastlanılan dil bağı (Ankiloglossi), cerrahi tedavisi görece kolay minör bir sorundur. Klasik olarak, doğumdan birkaç ay sonra cerrahi kesi ile tedavi edilir. Bu çalışmada dil bağına görece erken yaşta müdahale edilmiştir. Bu kadar erken dönemde dil bağına kesilmesi; hele de emme ve beslenme sorununa yol açmıyorsa, bebek için gereksiz bir risk oluşturur. Ayrıca çalışmada anestezi kullanılmadığı izlenmiştir. Anestezisiz dil bağı kesilerinde; ağlayan ve kıpırdayan hastada, özellikle deneyimsiz ellerde; istenmeyen komşu doku yaralanmaları, durmayan kanamalar ve yetersiz veya aşırı frenotomi gibi sorunlar oluşabilir. Yine çalışmada, homeostaz olarak uyanık hastada yalnızca bası yöntemi kullanılmış. Bu da kıpırdayan, ağlayan hastada olası bir kanamanın durdurulmasını güçleştirir ve ağız içi kan ve salyanın akciğere aspirasyonuna neden olarak solunum sıkıntısı gibi ciddi sorunlara neden olabilir. Bu nedenlerle, çalışmada önerilen yöntemte ihtiyatla yaklaşılmalı; bir sorun olasılığına karşın acil müdahale koşullarının hazır bulundurulmasına özen gösterilmelidir.

Burak Tander