

VENLA LOHI

LL, korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri
OYS, Korva-, nenä ja kurkkutaudit yliopisto-opettaja
PEDEGO tutkimuskeskus ja MRC Oulu, Oulun yliopisto

ANTTI SIPPOLA

LL, lastentauteihin erikoistuva lääkäri
OYS, Lapset ja nuoret

OUTI AIKIO

LT, lastentautien ja neonatologian erikoislääkäri
OYS, Lapset ja nuoret
PEDEGO tutkimuskeskus ja MRC Oulu, Oulun yliopisto

TUOMAS KLOCKARS

dosentti, kliininen opettaja, korva-, nenä-, kurkkutautien erikoislääkäri
HY ja HUS

KIRJALLISUUTTA

- Walsh J, Links A, Boss E, Tunkel D. Ankyloglossia and lingual frenotomy: National trends in inpatient diagnosis and management in the United States, 1997-2012. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2017;156:735-40.
- Lisonek M, Liu S, Dzakpasu S, Moore AM, Joseph KS. Changes in the incidence and surgical treatment of ankyloglossia in Canada. *Canadian Perinatal Surveillance System. Paediatr Child Health* 2017;22:382-6.
- Kapoor V, Douglas PS, Hill PS, Walsh LJ, Tennant M. Frenotomy for tongue-tie in Australian children, 2006-2016: an increasing problem. *Med J Aust* 2018;208:88-9.
- Dixon B, Gray J, Elliot N, Shand B, Lynn A. A multifaceted programme to reduce the rate of tongue-tie release surgery in newborn infants: Observational study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2018;113:156-63.
- Haham A, Marom R, Mangel L ym. Prevalence of breastfeeding difficulties in newborns with a lingual frenulum: A prospective cohort series. *Breastfeed Med* 2014;9:438-41.
- Walsh J, Tunkel D. Diagnosis and treatment of ankyloglossia in newborns and infants: A Review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2017;143:1032-9.

Kireä kielijänne ja hämmentävä huulijänne – pitääkö hoitaa?

- Imetyksen parantamiseksi tehtävät vauvan kielijänteen leikkaukset ovat yleistyneet useissa maissa, viime aikoina myös ylähuulijänteen leikkaukset.
- Asiasta käydään vilkasta keskustelua sosiaalisessa mediassa.
- Kireyden arviointiin ei ole olemassa hyvää kliinistä luokittelua. Toimenpidekäytännöt vaihtelevat alueittain.
- Tutkimusnäytön perusteella kielijänne kannattaa katkaista, jos jänne rajoittaa kielen liikkeitä.
- Ylähuulijänteen vaikutuksesta imemiseen ei ole näyttöä.

Kireä kielijänne on tämän vuosituhannen muotidiagnooseja. Yhdysvalloissa tehdyn selvityksen mukaan diagnoosit ja jänteen toimenpiteet (sairaalassa tehdyt) ovat kymmenkertaistuneet 15 vuoden aikana (1997–2012) (1). Selvityksen perusteella diagnoosi- ja toimenpideherkkyydessä on suuria alueellisia eroja, ja toimenpiteen todennäköisyys on suurempi hyvätuloisten perheiden lapsilla, jotka ovat yksityisen vakuutuksen piirissä (1).

Kyseessä on ainakin jossain määrin globaali trendi, koska vastaava on havaittu myös muualla: Kanadassa kielijännetoimenpiteet nelinkertaistuivat vuosien 2002 ja 2016 välisenä aikana (2). Alueelliset erot ovat kärjistyneet Australiassa, jossa Canberran alueella toimenpiteiden määrä lisääntyi kymmenessä vuodessa (2006–2016) lähes 40-kertaiseksi, kun toisessa osavaltiossa, Tasmaniassa, lisäystä ei vastaavana aikana ollut lainkaan (3). Suomessa toimenpiteet vaikuttavat lisääntyneen (taulukko 1).

On ilmeistä, että kyse ei ole lisääntyneestä tautitaakasta, vaan voimakkaasti muuttuneista diagnostiikka- ja hoitokäytännöistä.

Imeväisille tehtävien kieli- ja huulijännetoimenpiteiden tarkoitus on edesauttaa imetystä. Ylidiagnostiikka ja -hoitaminen eivät kuitenkaan ole lasten, äitien eivätkä yhteiskunnan etu. Tähän on havahduttu esimerkiksi Uudessa-Seelannissa, jossa Canterburyn alueella käynnistettiin moniammatillinen projekti, jonka tavoitteena oli tukea imetystä ja vähentää tarpeettomia kielijännetoimenpiteitä. Projektin ansiosta toimenpiteiden yleisyys väheni parissa vuodessa 11,3 prosentista 3,5 prosenttiin (2015–2017) ilman negatiivista vaikutusta imetykseen (4).

Kireä kielijänne

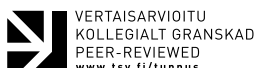
Kielijänne on normaali anatominen rakenne, joka löytyy lähes kaikilta (5). Jos se rajoittaa kielen liikkeitä, puhutaan kireästä kielijänteestä (ankyloglossia, Q38.1). Sitä voidaan perustellusti pitää lievänä rakennepoikkeavuutena.

Kireän kielijänteen ulkonäkö on erilainen eri potilailla (kuvat 1 ja 2). Se vaihtelee läpikuultavasta limakalvopoimusta aina erittäin harvinaiseen täydelliseen ankyloglossiaan, jossa kieli on sulautunut suunpohjaan. Diagnoosi on subjektiivinen, mikä selittää tutkimuksissa havaitut erot esiintyvyydessä (0–12 %) (6). Subjektiivisuuden vähentämiseksi on esitetty lukuisia erilaisia luokitteluita, joista osa perustuu anatomiaan, osa toimintaan ja osa näihin molempiin.

Hazelbaker Assessment Tool -luokittelu (HAT) ottaa anatomisten löydösten lisäksi huomioon kielen toiminnan (7). Luokittelu on suhteellisen työläs ja aikaa vievä, ja luotettavuus eri tutkijoiden tekemien arvioiden välillä on vain kohtalainen. Näin ollen työkalu ei sovellu hyvin käytännön työhön tai tutkimukseen.

HAT-luokittelusta on muokattu yksinkertaisempi Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) (8). Siinä pisteytetään kielen muoto, jänteen kiinnittymiskohta, kielen nousu itkiessä sekä kielen protrusio. Yksinkertaisempi luokittelu antaa yhdenmukaisempia arvioita, mutta arvioiden yhteyttä imettämistä vaikeuksiin ei ole tutkittu. Näin ollen luokittelua ei voi sellaisenaan käyttää kliinisessä päätöksenteossa.

Kielen kärjen ja kielijänteen kiinnittymiskohdan välistä etäisyyttä ja sen merkitystä imetykselle on tutkittu. Etäisyyden mittaaminen on objektiivista, joskaan ei aina kovin helppoa. Mitattu etäisyys ei suoraan kuvaa jänteen





TAULUKKO 1.

Diagnosoituid kireät kielijänteet ja niiden leikkaustoimenpiteet

Oulun yliopistosairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka

	2013	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
Diagnoosien (Q38.1) lukumäärä	33	40	43	58	112	79
Paikallisuudutuksessa tehtyjen toimenpiteiden lukumäärä (EJC20)	29	37	37	55	81	62
Yleisanestesiassa tehtyjen toimenpiteiden lukumäärä (EJC20)	0	0	5	13	8	7

¹19.12.2018 saakka

- 7 Hazelbaker AK. The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF): Use in a lactation consultant private practice. Thesis. Pasadena, CA: Pacific Oaks College; 1993.
- 8 Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H, Emond A. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2015;100:F344–8.
- 9 Walker RD, Messing S, Rosen-Carole C, McKenna Benoit M. Defining tip-frenulum length for ankyloglossia and its impact on breastfeeding: A prospective cohort study. Breastfeed Med 2018;13:204–10.
- 10 Coryllos E, Watson Genna C, Salloum AC. American Academy of Pediatrics. https://www.researchgate.net/publication/301346077_Congenital_tongue-tie_and_its_impact_on_breastfeeding
- 11 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.
- 12 Ballard JL, Auer CE, Khoury JE. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. Pediatrics 2002;110:e63.
- 13 Dollberg S, Botzer E, Grunis E, Mimouni FB. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. J Pediatr Surg 2006;41:1598–600.
- 14 Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. Pediatrics 2011;128:280–8.
- 15 Berry J, Griffiths M, Westcott C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. Breastfeed Med 2012;7:189–93.

kireyttä tai kielen toimintaa. Walker ym. (9) osoittivat, että mitattu etäisyys kuitenkin korreloi äidin kokeman imetyskivun kanssa. Tulokset tosin oli tilastollisesti merkitsevä ainoastaan äideillä, joilla lapsi ei ollut ensimmäinen, eli joilla jo oli kokemusta imettamisestä. Käytännön työkaluksi menetelmästä tuskin on.

Coryllosin luokittelussa (10) kireä kielijänne ryhmitellään neljään luokkaan jänteen kiinnitysmiskohdan ja ulkonäön perusteella. Tämä luokittelu on viime aikoina ollut paljon esillä ns. posteriorisesta kielijänteestä käytävän keskustelun vuoksi. Posterioriselle kielijänteelle ei ole selkeää määritelmää, ja sen kategorisoinnin mielekkyyteen suhtaudutaan ristiriitaisesti.

Posteriorisesta kielijänteestä puhutaan, kun jänne ei ole näkyvässä, mutta se on tunnettavissa kiristävänä jänteenä suunpohjassa. Määrittelyn merkitys on kyseenalaistettu, koska tällainen palpoitava jänne löytyy jopa 60 %:lta imeväisistä. Lisäksi sen arviointi on tutkitusti epäluotettavaa (9). Coryllosin luokittelua ei muutakaan sovellu kliiniseen tai tutkimuskäyttöön, koska on osoitettu, että luokittelu ei korreloi imetysvaikeuksien kanssa (5).

Luokitteluja siis on, mutta niihin kaikkiin liittyy käytännön ongelmia ja epäselvyyksiä. Koska luokitteluista ei tutkitusti ole apua kielijännetoimenpiteiden tarpeen arvioinnissa, niitä ei tulisi siihen käyttää. Luokitteluiden epämääräisyys hankaloittaa paitsi kliinistä päätöksentekoa, myös tutkimusta ja hoitosuosituksen antamista.

Kireä kielijänne ja imetys

Kireän kielijänteen ajatellaan huonontavan imuotetta. Huonon maidonsiirron lisäksi tämän on esitetty aiheuttavan lisääntynyttä kuolaamista ja ilmavaivoja vauvalle sekä imetyskipua äidille (11). Nämä haitat voivat aiheuttaa imetyksen lopettamisen ennenaikaisesti.

Epidemiologisia tutkimuksia kireän kielijänteen aiheuttamista syömiso ongelmista on tehty vähän. Englantilaisessa tutkimuksessa 10 %:lla vastasyntyneistä todettiin kireä kielijänne, ja imemiso ongelmia heistä oli 44 %:lla (11). Yhdysvaltalais tutkimuksessa kireän kielijänteen arvioitiin selittävän 12,8 % kaikista imetysongelmista (12).

Kielijänteen katkaisun merkitys

Suurin osa kielijänteen katkaisua käsittelevistä julkaisuista on tapausselostuksia tai koskee potilassarjoja ilman verrokkiryhmää. Satunnaisesti, kontrolloituja tutkimuksia on tehty viisi, ja niihin on osallistunut yhteensä 302 äiti-vauvaparia. Kolmessa tutkimuksessa kielijänneleikkauksista on verrattu lumeleikkaukseen (13–15). Tutkimuksissa on arvioitu erilaisilla mittareilla imetyksen onnistumista yleensä, imuotetta ja imetyskipua. Seuranta-ajat ovat pääsääntöisesti olleet lyhyitä: arviointi on tehty välittömästi toimenpiteen jälkeen (11,13,14) tai enintään viiden vuorokauden kuluttua siitä (17).

Lumeleikkaukseen verrattuna kielijänneleikkauksella vähensi välittömästi imetyskipua (13,14), paitsi Berryn ym. tutkimuksessa (15), jossa imetyskipu kyllä väheni enemmän leikkaus- kuin lumeleikkauksryhmässä, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tutkijoiden mukaan huono imuote voi lisätä kitkaa nännin ja kielen välillä, mikä voi aiheuttaa nänniin pienen trauman (15). Rinnan parantuminen traumasta ei tapahdu hetkessä, ja siten kipu ei välttämättä heti helpota. Lisäksi kireä kielijänne on vain harvoin ainoa tekijä imetykseen liittyvän kivun taustalla (16).

Kielijänteen katkaisulla on myönteinen vaikutus myös imuotteeseen ja imetyksen yleiseen onnistumiseen (11,14,15). Yhdessä tutkimuksessa todettiin imuotteen selvä paraneminen myös ulkopuolisen, sokkoutetun tutkijan havaitsemana (15).

Emondin ym. tutkimuksessa verrattiin äidille annettavan imetysohjauksen ja vauvan kielijänneleikkauksen vaikutuksia vauvoilla, joilla kielijänne arvioitiin lievästi tai keskivaikeasti kireäk-

KUVA 1.

Kahden kuukauden ikäinen poikavauva lähetettiin kielijänteen leikkausarvioon. Kielijänne nähdään kielen kärjen ja suunpohjan välissä.

Arviossa kieli tuli spontaanisti alahuulen päälle, mutta ei yli. Vauvalla tai äidillä ei kuitenkaan ollut imetykseen liittyviä ongelmia, joten tässä vaiheessa toimenpiteestä pidättäytyttiin.



- 16 Kent JC, Ashton E, Hardwick CM ym. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12:12247–63.
- 17 Emond A, Ingram J, Johnson D ym. Randomised controlled trial of early frenotomy in breastfed infants with mild-moderate tongue-tie. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2014;99:F189–95.

si (17). Imetyksivussa tai imetyksen onnistumisessa ei havaittu eroa ryhmien välillä. Ainoa ero oli se, että ne äidit, joiden vauvan kielijänne oli leikattu, kokivat imetykseen liittyvän itseluottamuksen (self-efficacy) paremmaksi viiden vuorokauden kohdalla kuin pelkkää imetysohjausta saaneet äidit. Tästä tutkimuksesta suljettiin pois vauvat, joiden kielijänne arvioitiin vaikeasti kireäksi. Heille tehtiin leikkaus välittömästi.

Kielijännetoimenpiteiden pidempiaikaisia hyötyjä tai mahdollisia haittoja ei ole pystytty tutkimaan. Julkaistuissa tutkimuksissa valtaosalle verrokkiryhmien vauvoista on nimittäin tehty jännetoimenpide vanhemman toiveesta tutkimuksen varhaisessa vaiheessa (11,14,15). Tutkimuksiin osallistuneilla rintaruokinta on kuitenkin jatkunut pidempään verrattuna muihin väestöön (14,15,18).

Kielijännetoimenpiteistä tehdyn Cochrane-katsauksen johtopäätös on, että tähänastisten tutkimusten laatu on heikko ja parempia tarvitaan (19). Nykyisen tiedon perusteella kireä kielijänne kannattanee katkaista, jos imetys on ongelmallista ja etenkin, jos äidillä on imetyksi-pua eikä imetysohjauksella saada tilanteeseen apua. Toisaalta optimaalista ajankohtaa toimenpiteelle ei tiedetä.

Toimenpide on yleensä hyvin siedetty eikä merkittäviä komplikaatioita ole raportoitu (19). Mahdollisen arpikurouman ehkäisemiseksi suositellaan usein erilaisia jälkihoitoja, esimerkiksi arven hierontaa tai haavan sulkemista ompelulla. Hieromisen tai muiden jälkihoitojen vaikutuksesta ei kuitenkaan ole näyttöä. Sillä, laitetaanko ompelut (frenuloplastia) vai tehdäänkö pelkkä katkaisu (frenotomia) ei ole todettu olevan vaikutusta uusintatoimenpiteen tarpeeseen (20).

Leikkauksen vaikutus puheeseen ja ääntämiseen

Kielijänteen leikkaus voi olla aiheellinen äännevirheiden vuoksi leikki-ässä tai sen jälkeen. Jos kielen liikkuvuus on rajoittunut, eikä kielen kärki nouse hammasvallin taakse, on esimerkiksi r-, l-, t- ja d-äänteiden sanominen hankalaa. Tutkimuksia aiheesta on kuitenkin vähän, ja niiden yhteenlaskettu potilasmäärä on pieni (21–23).

Messner ja Lalakea (22) osoittivat, että kielen mitattu liikkuvuus parani kielijänneleikkauksen jälkeen. Tutkimuksen viidestätoista potilaasta yhdeksällä ääntämisen arvioitiin parantuneen. Neljällä ei ollut äännevirheitä eikä muutosta havaittu, ja kahdella lapsella äänneongelmat jatkuivat. Vanhempien arvioima puheen ymmärrettävyys parani merkitsevästi. Tutkimusnäyttö äännevirheiden ja kireän kielijänteen yhteydestä on sen verran heikko, ettei ennaltaehkäisevää toimenpidettä voi suositella (23).

- 18 Billington J, Yardley I, Upadhyaya M. Long-term efficacy of a tongue tie service in improving breast feeding rates: A prospective study. *J Pediatr Surg* 2018;53:286–8.
- 19 O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, Davis PG. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD011065. doi: 10.1002/14651858.CD011065.pub2
- 20 Klockars T, Pitkäranta A. Pediatric tongue-tie division: Indications, techniques and patient satisfaction. *Int J of Pediatr Otorhinolaryngol* 2009;73:1399–401.
- 21 Dollberg S, Manor Y, Makai E, Botzer E. Evaluation of speech intelligibility in children with tongue-tie. *Foundation Acta Paediatrica* 2011;100:e125–e127.
- 22 Messner AH, Lalakea ML. The effect of ankyloglossia on speech in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;127:539–45.
- 23 Webb AN, Hao W, Hong P. The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation: a systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2013;77:635–46.
- 24 Kotlow LA. The influence of the maxillary frenum on the development and pattern of dental caries on anterior teeth in breastfeeding infants: prevention, diagnosis, and treatment. *J Hum Lact* 2010;26:304–8.
- 25 Kotlow, LA. Diagnosing and understanding the maxillary lip-tie (superior labial, the maxillary labial frenum) as it relates to breastfeeding. *J Hum Lact* 2013;29:458–464.
- 26 Santa Maria C, Aby J, Truong MT, Thakur Y, Rea S, Messner A. The superior labial frenulum in newborns: What is normal? *Glob Pediatr Health* 2017;4:1–6.
- 27 Flinck A, Paludan A, Matsson L, Holm A-K, Axelsson I. Oral findings in a group of newborn Swedish children. *Int J Paediatr Dent* 1994;4:67–73.
- 28 Pransky SM, Lago D, Hong P. Breastfeeding difficulties and oral cavity anomalies: The influence of posterior ankyloglossia and upper-lip ties. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2015;79:1714–7.
- 29 Ghaheri BA, Cole M, Fausel SC, Chuop M, Mace JC. Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: A prospective cohort study. *The Laryngoscope* 2017;127:1217–23.
- 30 Ghaheri Ba, Cole M, Mace JC. Revision lingual frenotomy improves patient-reported breastfeeding outcomes: A prospective cohort study. *J Hum Lact* 2018;34:566–574.

Kireä huulijänne

Kireä ylähuulijänne ilmestyi lääketieteelliseen kirjallisuuteen noin kymmenen vuotta sitten amerikkalaisen hammaslääkärin Lawrence Kotlow'n julkaisuissa (24,25). Kireän ylähuulijänteen esitettiin huonontavan imuotetta ja vaikeuttavan imemistä, jolloin vastasyntynyt nielisi runsaasti ilmaa, imuote saattaisi irrota ja imeminen voisi aiheuttaa äidin nännien kipeytymistä.

Kotlow jakoi ylähuulijänteet neljään luokkaan kiinnittymisen ja ulkonäön perusteella siten, että korkeampi luokitus ennustaisi imetysoongelmia. Sittemmin tämä hypoteesi on osoitettu vääräksi – kaikilla lapsilla on ylähuulijänne, ja sen ulkonäkö on riippuvainen iästä (26).

Aiemmin ilmestyneessä ruotsalaisessa väitöskirjassa arvioitiin suun rakennepoikkeavuuksia yli tuhannella vastasyntyneellä: Kotlow'n luokittelun perusteella jopa 93 %:lla olisi leikkausta vaativa huulijänne (27). Lisäksi Kotlow'n luokittelu on subjektiivinen. Sen tutkijakohtainen arvioiden yhdenmukaisuus on noin 70 %, mutta eri tutkijoiden arvioiden välinen yhdenmukaisuus vain 8 % (26).

Toistaiseksi ainoa pelkästään ylähuulijänteen merkitystä selvittänyt julkaisu oli 14 lapsen retrospektiivinen kyselytutkimus ilman verrokki-ryhmää tai sokkoutusta (28). Muissa julkaistuisissa potilassarjatutkimuksissa huulijänteen katkaisu on yhdistetty kielijänteen katkaisuun, joten huulijänneleikkauksen itsenäistä vaikutusta ei niiden perusteella voi arvioida (29–31). Kireä ylähuulijänne saattaa vaikuttaa imetykseen, mutta tästä ei ole tutkimusnäyttöä, eikä ylähuulijännetoimenpiteitä voida pitää tieteellisesti perusteltuina (32).

Imetyksen luonnollinen kulku, imetysohjaus ja tutkimusasetelman merkitys

Ei tiedetä, voiko kireä kielijänne muuttua tai ventyä lapsen kasvaessa (33). Niistä suurin osa ei kuitenkaan aiheuta vauvoille imemisongelmia (11). Kokemuksen mukaan lapsi voi alkaa syödä rinnasta hyvin, vaikka kielijänne näyttää tiukalta. Haitallinen kireys lienee vaikeammin diagnosoitavissa.

Tutkimushaasteena voidaan pitää leikkauskriteerien löytämistä. Tämä tarkoittaisi kriteerejä, joiden avulla moninaisten, ulkonäöltään kiireiltä vaikuttavien löydösten seasta voitaisiin havaita luotettavasti ne poikkeavuudet, jotka tule-

KUVA 2.

Kireän kielijänteen aiheuttama ”herttakieli” päivän ikäisellä vauvalla.



vat aiheuttamaan toiminnallista haittaa. Tällaiset diagnostiset kriteerit puuttuvat vastasyntyneiden tavanomaisesta kotiinlähettötarkastuksesta.

Suomessa suositellaan nykyisin täysimetystä 4–6 kuukauden ikään asti (34). Tämä ei kuitenkaan aina toteudu. Vuonna 2010 vain kolmannes kolmen kuukauden ikäisistä lapsista oli täysimetettyjä (35). Asiaan perehtyneen terveydenhoitajan, sairaanhoitajan tai kättilön antama imetysohjaus ratkaisee pääosan ongelmista ja tutkitusti parantaa imetystä (36). Vauvan suun rakennepoikkeavuudet, kuten kireä kielijänne, edustavat imetykseen liittyviä erityisongelmia. Näissä tapauksissa ongelman selvittely ja hoito kuuluvat asiantuntijalle, joka voi olla asiaan perehtynyt neuvolalääkäri, lastenlääkäri tai korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri.

Tutkimusasetelma vaikuttaa suuresti saatujen tulosten luotettavuuteen. Kontrolloitu asettelma on välttämätön lääketieteellisessä tutkimuksessa. Lumehoitoa tulisi käyttää aina, kun tavoitteena on selvittää uuden hoidon tehoa ja turvallisuutta. Lumeleikkaus on nykyisin osa

- 31 O'Callahan C, Macary S, Clemente S. The effects of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2013;77:827–832.
- 32 Nakhsh R, Wasserteil N, Mimouni FB, Kasirer YM, Hammerman C, Bin-Nun A. Upper lip tie and breastfeeding: a systematic review. *Breastfeed Med* 2019. DOI: 10.1089/bfm.2018.0174.
- 33 Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Pediatrics* 2015;135:e1458–66.
- 34 Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille. THL 2019. <http://um.fi/> URN:ISBN:978-952-343-254-3
- 35 Uusitalo L, Nyberg H, Pelkonen M, Sarlio-Lähteenkorva S, Hakulinen-Viitanen T, Virtanen S. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. THL Raportteja, 8/2012.
- 36 Douglas P. Making sense of studies that claim benefits of frenotomy in the absence of classic tongue-tie. *J Hum Lact* 2017;33:519–523.
- 37 Jordan B, Heine RG, Meehan M, Catto-Smith AG, Lubitz L. Effect of antireflux medication, placebo and infant mental health intervention on persistent crying: a randomized clinical trial. *J Paediatr Child Health* 2006;42:49–58.

protokollaa myös laadukkaimmissa leikkaushoitotutkimuksissa.

Tästä huolimatta on lukuisia diagnooseja ja toimenpiteitä, joita tehdään ilman tieteelliseen näyttöön perustuvaa hyötyä. Niitä perustellaan usein kliinisellä kokemuksella ja oletamuksilla. Kieli- ja ylähuulijännetoimenpiteisiin liittyy erityispiirteitä, jotka lääkärin on hyvä tiedostaa lukiessaan kollegoiden kokemuksia, tapausseloituksia ja sokkouttamattomia potilassarjatutkimuksia.

Imetykseen vaikuttavat lukemattomat tekijät, joista osa on riippuvaisia äidistä, osa lapsesta ja osa ympäristöstä. Imetys (maidonsiirto) ja imettävän äidin ”minäpystyvyys” (self-efficacy) lisääntyvät ajan kuluessa. Imetyksivun taas on todettu vähenevän kokemuksen karttuessa.

Lumeella voi olla suuri vaikutus pienen vauvan vanhempiin. Sen on havaittu vähentävän esimerkiksi vanhempien arvioimaa vauvan koliikki-itkun määrää jopa 40 % (37). Myös kieli-jännetoimenpiteisiin liittyy huomattava lumevaikutus (14,15,17). Onkin aiheellista kysyä, mikä näiden toimenpiteiden todellinen vaikutus on ja kuinka suuri osa oletetusta vaikutuksesta aiheutuu imetysohjauksesta, lumeesta tai imetykokemuksen lisääntymisestä.

Lopuksi

Vauvan selvästi kireän ja kielen liikkuvuutta estävän kielijänteen leikkaamista voidaan pitää perusteltuna erityisesti silloin, kun se aiheuttaa

äidille imetyskipua. Käsityksemme mukaan korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäreiden ja vastasyntyneiden kotiinlähtötarkastuksia tekevien lastenlääkäreiden arvioon kieli- ja huulijännetoimenpiteiden tarpeellisuudesta vaikuttavat kuitenkin enemmän muut seikat kuin lääketieteellinen näyttö toimenpiteiden tehosta ja turvallisuudesta. Näitä voivat olla esimerkiksi työpisteen perinteet ja vanhempien esittämät toiveet. Käytännöt vaihtelevat maassamme suuresti: paikoin lääkärit kieltäytyvät toimenpiteistä ja paikoin niitä tehdään runsaasti. Sosiaalisen median voimistunut rummutus ja vanhempien toiveet voivat lisätä yksittäisten lääkäreiden paineita toimenpiteisiin, joiden lääketieteelliset perusteet ovat hatarat.

Kyse on eettisestä ongelmasta. Kalvomaisen jänteen leikkaaminen ei ole mikään suuri operaatio, mutta onko oikein tehdä pienäkään toimenpidettä, jos lääketieteellinen näyttö sen hyödystä puuttuu? Vanhempien toiveet toimenpiteestä eivät poista ongelmaa, sillä lain mukaan lääkärin tulee päättää lääketieteellisestä hoidosta, ja ratkaisujen tulee olla eettisesti hyväksyttäviä ja lääketieteellisesti perusteltuja.

Jotta voisimme tehdä perusteltuja hoitopäätöksiä lasten ja perheiden parhaaksi, soisimme sosiaalisen median keskustelun, diagnoosien lisääntymisen ja leikkauspaineiden lisäävän alan tutkimusta ja tieteellisesti pätevän tiedon määrää. ●

ENGLISH SUMMARY | www.laakarilehti.fi | in english

Tight lingual frenulum and upper lip frenulum – what do they cause and do they require treatment?

SIDONNAISUUDET

Venla Lohi, Antti Sippola, Outi Aikio ja Tuomas Klockars:
Ei sidonnaisuuksia.

VENLA LOHI
M.D., ENT specialist
Department of
Otorhinolaryngology, Oulu
University Hospital
University Teacher
PEDEGO Research Unit and MRC
Oulu, University of Oulu

ANTTI SIPPOLA
OUTI AIKIO
TUOMAS KLOCKARS

Tight lingual frenulum and upper lip frenulum – what do they cause and do they require treatment?

Tongue-tie or ankyloglossia is a mild, congenital malformation in which the lingual frenulum is short or thick and restricts the movements of the tongue. This is thought to cause breastfeeding problems in infancy or articulation problems later in childhood. The prevalence of tongue-tie varies between 0% and 12% in different studies. Frenotomies and upper lip frenulum release procedures have become more common in many countries in order to improve breastfeeding. Several classifications for tongue-tie have been made, but they have poor both inter-rater and intra-rater reliability. There is controversy even among experts concerning the definition and classification of tongue-tie, as well as the indications for frenotomy. There is some evidence that frenotomy can improve breastfeeding and relieve the breastfeeding mother's nipple pain. The normal appearance of the upper lip frenulum and its significance in breastfeeding is even more controversial and there is no evidence of benefits of the release procedure.