

Neonatološki aspekti frenotomije u novorođenčadi s ankiloglosijom

Zora Zakanj*

Ankiloglosija ili prirastao jezik anomalija je karakterizirana kratkim frenulumom jezika, što može dovesti do kratkoročnih i dugoročnih ograničenja u pokretima jezika. U novorođenačkoj dobi uzrokuje teškoće hranjenja. Cilj rada je prikazati ankiloglosiju prema kliničkoj i funkcionalnoj prezentaciji u inače zdrave novorođenčadi, utvrditi u kojoj mjeri ona s ankiloglosijom ima teškoće s dojenjem te procijeniti učinkovitost frenotomije. Retrospektivnom analizom obuhvaćeno je 2872-je zdrave novorođenčadi. Klinički je procijenjena ankiloglosija, utvrđene su teškoće dojenja te učinkovitost frenotomije u novorođenčadi s teškim oblikom ankiloglosije. Učestalost ankiloglosije je 3,76%. Omjer dječaka i djevojčica je 3,1:1. Blaga ankiloglosija je nađena u 27-ero (25%) novorođenčadi, u 32-je (29,63%) umjerena, dok ih je 49-ero (45,37%) imalo tešku ankiloglosiju. Prolazne teškoće s dojenjem u novorođenčadi s blagom i umjerenom ankiloglosijom otklonjene su pravodobnom stručnom pomoći pri dojenju, bez potrebe za frenotomijom. U 37,04% od ukupnog broja djece s ankiloglosijom samo u novorođenčadi s teškom ankiloglosijom i s istodobnim teškoćama dojenja (40 od 49 slučajeva) učinjena je frenotomija. Najzastupljenija teškoća je bol pri dojenju (75%), teškoće stavljanja na prsa u 22,5%, a oštećenje bradavica u 2,5%. Intenzitet boli prije frenotomije iznosio je $7,38 \pm 1,53$, a poslije frenotomije $1,75 \pm 1,11$ ($p < 0,0001$). Pravilna procjena stupnja ankiloglosije i potrebe za frenotomijom u novorođenačkoj dobi mogu ukloniti najčešće teškoće s dojenjem. Frenotomija u novorođenačkoj dobi je pošten, brz i siguran zahvat koji se može provesti u prvim danima života, a dugoročnu učinkovitost bi trebalo potvrditi kontroliranim randomiziranim studijama.

Ključne riječi: ankiloglosija; novorođenče; neonatologija; jezik

UVOD

Prirastao jezik ili ankiloglosija (grč. *ankylos*, srastao i *glossa*, jezik) prirođena je anomalija kod koje je frenulum jezika previše kratak, zadebljan i neelastičan (Slika 1), zbog čega je ograničena pokretljivost i funkcija jezika. Ovisno o stupnju ankiloglosije, najčešće su ograničeni pokreti jezika prema gore, pa on nedovoljno dotiče nepce, uzrokujući teškoće s hranjenjem već u prvim satima i danima života, a u kasnijoj dobi probleme s oralnom higijenom, izgovorom i socijalnom prilagodbom (1).

Ankiloglosija je uglavnom izolirana „minor-malformacija“ u inače zdrave novorođenčadi (2), a rjeđe je udružena s nekim od malformacijskih sindroma, npr. Beckwith-Wiedmannovim, Simosinim (blefarofimoza, telekantus, mikrostomija, anomalije uha), Simpson-Golabi-Behmelovim, Bulldogovim ili orofaciiodigitalnim sindromom, te drugim kraniofacijalnim sindromima i nekim bolestima koje se nasljeđuju X-vezano (3).

Anomalija je potpuna kad je jezik u cijelosti prirastao za dno usne šupljine, što je izuzetno rijetko. Stoga se u literaturi najčešće pod pojmom ankiloglosije podrazumijeva djelomična ankiloglosija, koja je mnogo češća (4). Incidenciju nije moguće precizno utvrditi zbog neujednačenih kriterija za procjenu ankiloglosije. Podatci u literaturi se kreću od 0,02% do 4,8%, uz trostruko veću učestalost u dječaka nego u djevojčica (5).

Klinička dijagnoza se potvrđuje kada dijete ne može isplaziti jezik preko ruba donje čeljusti, ni vrhom jezika dotaknuti nepce. Vrh jezika je najčešće srčolikog oblika. Objektivne lje-

* KBC „Sestre milosrdnice“, Klinika za ginekologiju i porodništvo, Zagreb, Hrvatska

Adresa za dopisivanje:

Prof. dr. sc. Zora Zakanj, dr. med., Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Klinika za ginekologiju i porodništvo, Vinogradska cesta 29, 10000 Zagreb, E-mail: zora.zakanj@hotmail.com

Primljeno/Received: 21. 1. 2013., Prihvaćeno/Accepted: 5. 3. 2013.



SLIKA 1. Jezik je srcolik, a frenulum kratak, zadebljan i neelastičan

stvice za ankiloglosiju uglavnom se temelje na procjeni cjelokupne funkcije jezika, a manje na njegovu izgledu. Ankiloglosija može biti blaga, umjerena i teška, a u neonatološkoj praksi često se primjenjuju Hazelbakerovi kriteriji (6). Vršujući funkcionalne i morfološke osobitosti, dobiva se objektivna procjena ankiloglosije, koja uključuje tri kategorije: potpuno zadovoljavajuća (funkcija jezika je ocijenjena sa 14 bodova), prihvatljiva (funkcija jezika je najmanje 11, a izgled najmanje 10 bodova) te funkcionalno ugrožavajuća (funkcija jezika je manja od 11 bodova). Frenotomiju je nužno učiniti kad funkcija jezika ima manje od 11 bodova, a njegov izgled manje od 8 bodova (7).

Terapijske mogućnosti kod ankiloglosije uključuju opservaciju, logopedsku terapiju i nekoliko kirurških mogućnosti: frenotomiju, frenektomiju i frenuloplastiku. Frenotomija je najjednostavniji postupak i obavlja se presijecanjem kratkog frenuluma. Za ovaj se postupak u literaturi često rabi izraz frenulotomija, što su dvije jednoznačnice istog pojma. Frenektomija je potpuna ekscizija frenuluma, a frenuloplastika je najsloženiji kirurški postupak, uz oslobađanje jezika i korekciju okolnih anatomskih struktura (8, 9).

U novorođenačkoj dobi frenotomija je minimalni kirurški zahvat presijecanja prednjeg dijela frenuluma sterilnim škarama ili skalpelom, bez primjene lokalne i/ili opće anestezije. Budući da je u toj dobi frenulum vrlo slabo prokrvljen, nakon zahvata najčešće nema krvarenja, a majka odmah nakon zahvata može dobiti dijete (10). Frenotomija nije novost u liječenju ankiloglosije novorođenčeta, a podatci u literaturi navode da se zahvat činio još u 18. stoljeću, prije svega radi olakšavanja dojenja (11).

Problem ankiloglosije i frenotomije pedijatri su podcijenili i predmet je brojnih kontroverzi, zbog čega još i danas nema usuglašanih smjernica. Ovom problemu su mnogo više usmjerene druge specijalnosti, posebno otorinolaringolozi i

logopedi (12). Savjetnici za dojenje također ističu važnost ranog prepoznavanja funkcijski ugrožavajuće ankiloglosije, ali i frenotomije koja značajno podiže kakvoću hranjenja i otklanja moguće teškoće za majku i dijete, čemu u prilog govore i neke novije randomizirane kontrolirane studije (13, 14).

ISPITANICI I METODE

Provedeno je retrospektivno istraživanje učestalosti ankiloglosije u populaciji zdrave novorođenčadi, koja je tijekom jedne kalendarske godine rođena u rodilištu Kliničkog bolničkog centra „Sestre milosrdnice“. Od ukupno 3096 porođaja u 2012. godini pregledano je 2 872-je zdrave novorođenčadi, u koje je obavljena procjena ankiloglosije prema Hazelbakerovim kriterijima u jednu od triju kategorija. Za lakšu kliničku orijentaciju potpuno zadovoljavajuća ankiloglosija ocijenjena je kao blaga (funkcija jezika je ocijenjena sa 14 bodova), prihvatljiva (funkcija jezika je najmanje 11, a izgled najmanje 10 bodova) kao umjerena te funkcionalno ugrožavajuća (funkcija jezika je manja od 11 bodova) kao teška.

Majke novorođenčadi kojima je bila potrebna frenotomija potpisale su obavijesni pristanak za frenotomiju i dobile detaljne usmene i pisane informacije o ankiloglosiji i frenotomiji. Frenotomija je učinjena u novorođenčadi s teškim oblikom ankiloglosije, ali ne u sve, nego samo u one kod koje su uočene teškoće dojenja.

Osim kliničke procjene ankiloglosije, provedeno je promatranje podoja i pregled dojki u majki čija su djeca kod rođenja imala ankiloglosiju, a posebno u majki novorođenčadi kojoj je bilo potrebno učiniti frenotomiju.

Frenotomiju novorođenčadi u rodilištu naše ustanove provodimo bez primjene analgezije i/ili anestezije, kao što to opisuju većina autora (15). Dijete se prije zahvata postavi na



SLIKA 2. Frenotomija u novorođenčeta

čvrstu podlogu uz dobro osvjetljenje. Osim liječnika koji provodi zahvat, potreban je još jedan asistent koji priprema potrebne instrumente (sterilne škare i nekoliko komada sterilne gaze) i pridržava dijete. Liječnik drži djetetu otvorena usta tako da svojim palcem nedominantne ruke učvrsti donju čeljust, kažiprstom prikaže i učvrsti frenulum, a u dominantnu ruku uzima škare i učini inciziju frenuluma u jednom aktu, duljine od 2 do 3 mm (Slika 2). Ako se dijete pravilno drži i ako je zahvat izveden pravilno, ono najčešće ne plače, a krvarenja nema ili je vrlo oskudno. Eventualnih nekoliko kapi krvi može se ukloniti sterilnom gazom. Pri likom incizije treba biti oprezan zbog mogućih oštećenja baze jezika, mišića genioglossusa i okolne sluznice. Dijete se odmah nakon zahvata stavlja na prsa, ili mu se ponudi obrok mliječne formule ako ne doji.

Za objektivnu procjenu učinkovitosti frenotomije majkama je prije i poslije zahvata utvrđen intenzitet boli na ljestvici od 0 (nema boli tijekom podoja) do 10 (vrlo jaka, nepodnošljiva bol tijekom podoja).

REZULTATI

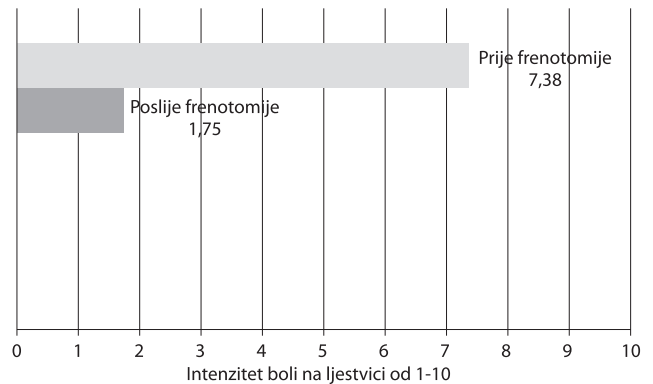
Između 2872-je zdrave novorođenčadi ankiloglosija je nađena u njih 108-ero, pa je incidencija ankiloglosije u našem istraživanju 3,76%. Nađena je u 82 (75,92%) muške i 26 (24,08%) ženske djece. Omjer između dječaka i djevojčica je 3,1:1. Nijedno dijete s ankiloglosijom nije imalo drugih prirođenih anomalija, a sva su pregledana djeca rođena iz jednodjelnih trudnoća. Nisu zamijećene sezonske varijacije u pojavi ankiloglosije. U tablici 1 prikazana je klinička procjena ankiloglosije prema spolu novorođenčeta. U 27-ero (25%) novorođenčadi nađena je blaga ankiloglosija, a njih 32-je (29,63%) imalo je umjerenu ankiloglosiju. Težak oblik ankiloglosije imalo je 49-ero (45,37 %) novorođenčadi.

U novorođenčadi s blagom i umjerenom ankiloglosijom nije učinjena frenotomija, već je ona opservirana, uz češću stručnu pomoć majkama pri dojenju, tako da kod otpusta iz rodilišta u te novorođenčadi nije bilo teškoća s hranjenjem.

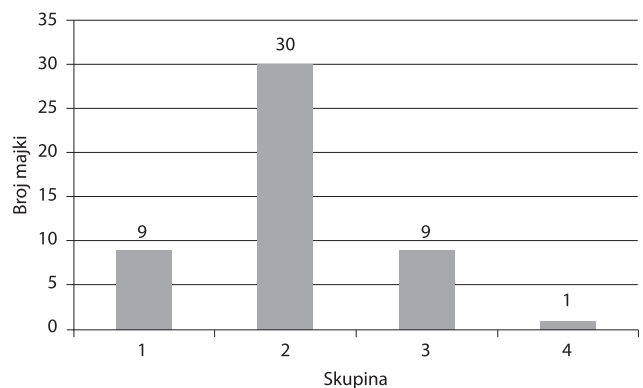
TABLICA 1. Klinička procjena novorođenčadi s ankiloglosijom

Klinička procjena ankiloglosije	Spol		
	Muški n (%)	Ženski n (%)	Ukupno n (%)
Blaga	24 (29,27)	3 (11,54)	27 (25)
Umjerena	19 (23,17)	13 (50)	32 (29,63)
Teška	39 (47,56)	10 (38,46)	49 (45,37)
Ukupno	82 (100)	26 (100)	108 (100)

Bol pri dojenju prije i poslije frenotomije



GRAFIKON 1. Teškoće s dojenjem u novorođenčadi s teškim oblikom ankiloglosije



Skupina 1 - bez teškoća s dojenjem
2 - bol pri dojenju
3 - stavljanje na prsa
4 - oštećenje bradavica

GRAFIKON 2. Objektivna procjena učinka frenotomije

Vodeće teškoće s dojenjem u novorođenčadi s teškom ankiloglosijom prikazane su u tablici 2. Svaka je majka navela jedan od vodećih simptoma: bol pri dojenju, teškoće stavljanja na prsa, oštećenje bradavica. Od 49 slučajeva teške ankiloglosije njih 9 (18,37%) nije imalo teškoća s dojenjem, a teškoće su zamijećene u 40 slučajeva (81,63%). Od teškoća s hranjenjem najzastupljenija je bol pri dojenju (75%), potom teškoće stavljanja na prsa (22,5%), a oštećenje bradavica u jednom slučaju (2,5%).

U 40-ero novorođenčadi s teškom ankiloglosijom i s prisutnim teškoćama dojenja učinjena je frenotomija (40 od 108 ili 37,04%). Čak 38 (95%) majki odlučilo je osobno prisustvovati zahvatu. Intenzitet boli prije frenotomije iznosio je $7,38 \pm 1,53$ (najmanje 4, najviše 10, raspon 6), a poslije frenotomije $1,75 \pm 1,11$ (najmanje 0, najviše 4, raspon 4), što je statistički značajna razlika ($p < 0.0001$) (Grafikon 2).

RASPRAVA I ZAKLJUČCI

Povratak kulturi dojenja u posljednjim desetljećima dvadesetog stoljeća ponovo je pokrenuo rasprave o utjecaju ankiloglosije na dojenje i potrebi frenotomije u novorođenčeta (9, 16, 17).

Ankiloglosiju je moguće procijeniti pomoću kliničkih kriterija, posebno onih Hazelbakerovih koji se često spominju u neonatološkoj literaturi (18). Uspješnost dojenja procjenjuje se promatranjem podoja, primjenom LATCH bodovnog sustava (*Lactation, Audible swallowing, Type of nipple, Comfort, and Hold*) (19), kao i ultrazvučnim praćenjem (20). U našem istraživanju služili smo se kliničkom procjenom ankiloglosije na blagu, umjerenu i tešku, uz opservaciju uspješnosti podoja. Ballard (21) navodi očekivanu pojavnost teškoća s dojenjem u 12,8 do 44% novorođenčadi s ankiloglosijom, a naše je istraživanje pokazalo da su se teškoće s dojenjem u novorođenčadi s ankiloglosijom javile u 37,04% slučajeva, te da su teškoće s dojenjem kod blage i umjerene ankiloglosije u cijelosti otklonjene pravodobnom stručnom pomoći.

U slučaju teškoća s dojenjem frenotomiju se preporuča učiniti što ranije, kako bi se omogućilo zadovoljavajuće hranjenje i spriječilo nenapredovanje na masi. Osim toga, inicijacija frenuluma nakon rođenja je brza, poštena, bezbolna i jednostavna metoda koja se izvodi bez anestezije, s odmah vidljivim rezultatima, uz smanjenje ili potpuno uklanjanje mogućih utjecaja na djetetov kasniji razvoj (22). Dosad je objavljen mali broj kontroliranih randomiziranih studija koje uspoređuju frenotomiju s ostalim metodama koje mogu utjecati na pokretljivost jezika u novorođenčeta (npr. trening), što bi trebao biti poticaj kliničarima za provođenje takvih studija (14, 23). Objavljene studije, posebno s aspekta uspješnog dojenja, uglavnom zagovaraju ranu frenotomiju u novorođenčeta. Neke je studije teško objektivizirati zbog primjene neadekvatnih mjernih ljestvica za procjenu učinka frenotomije, a nekima nedostaje kontrolna skupina za usporedbu. Ipak, zaključno se može reći da većina autora preporučuje frenotomiju u novorođenčeta kao zahvat niskog rizika, kad ga provode educirani zdravstveni djelatnici (24). Rijetko se opisuju komplikacije frenotomije u novorođenčadi, ali su opisani slučajevi teškog krvarenja s hipovolemičkim šokom i prijetećom životnom ugroženošću, pa je preporuka da se osoblje educira za frenotomiju (25).

Prema kliničkim smjernicama Engleskog nacionalnog instituta za zdravlje i kliničku izvrsnost (NICE) frenotomija u novorođenčeta je opravdana ako postoji mogućnost kliničke procjene ankiloglosije, ako zahvat obavlja educirano osoblje te ako je nakon zahvata moguće procijeniti njegov učinak (26). U našem istraživanju poštovali smo sve preporuke NICE-a.

U novorođenčadi se frenotomija provodi bez analgezije, dok se u starije djece provodi u općoj anesteziji, uz sedmo-

dnevno postoperacijsko praćenje i jednomjesečni potpuni oporavak kretnji jezika (27). Ako frenotomija nije učinjena u rodilištu, može se izvesti bez anestezije u dojenčeta do četvrtog mjeseca života. Prema tome, ako nije uočena u rodilištu, može se učiniti i u ordinaciji liječnika primarne zdravstvene zaštite. U dobi između 1.-3. godine života u većini slučajeva zahvat se izvodi uz opću anesteziju (28). Zaključno se može reći da neonatolog, pedijatar u bolničkoj i primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ili savjetnik za dojenje trebaju razmišljati o postojanju ankiloglosije u slučaju teškoća s dojenjem, jer ona može biti jedan od razloga neuspješnog dojenja.

NOVČANA POTPORA/FUNDING

Nema/None

ETIČKO ODOBRENJE/ETHICAL APPROVAL

Nije potrebno/None

DOPRINOSI AUTORA/DECLARATION OF AUTHORSHIP

Zakanj Z. – u cijelosti sama izradila rad/*entirely alone produced paper*

SUKOB INTERESA/CONFLICT OF INTEREST

Autori su popunili *the Unified Competing Interest form* na www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (dostupno na zahtjev) obrazac i izjavljuju: nemaju potporu niti jedne organizacije za objavljeni rad; nemaju financijsku potporu niti jedne organizacije koja bi mogla imati interes za objavu ovog rada u posljednje 3 godine; nemaju drugih veza ili aktivnosti koje bi mogle utjecati na objavljeni rad./*All authors have completed the Unified Competing Interest form at www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (available on request from the corresponding author) and declare: no support from any organization for the submitted work; no financial relationships with any organizations that might have an interest in the submitted work in the previous 3 years; no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.*

LITERATURA

1. Hong P. Ankyloglossia (tongue-tie). *CMAJ*. 2013;185:128.
2. Rosseger H, Rollett HR, Arrugateugui M. Routine examination of the mature newborn infant. Incidence of frequent „minor findings“. *J Wien Klin Wochenschr*. 1990;102:294-9.
3. Emmanouil-Nikoloussi E, Kerameos-Foroglu C. Congenital syndromes connected with tongue malformations. *Bull Assoc Anat*. 1992;76:67-72.
4. Dollberg S, Botzer E. Neonatal tongue-tie: myths and science. *Harefauh*. 2011;150:46-9.
5. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: does it matter? *Pediatr Clin North Am*. 2003;50:381-97.
6. Hazelbaker AK. Newborn tongue-tie and breast-feeding. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18:326-7.
7. Felc Z. Letno poročilo Odseka za neonatalno pedijatrijo Ginekološko porodniškega oddelka Splošne bolnišnice Celje za leto 2005. Celje: Splošna bolnišnica; 2006.
8. Kupietzky A, Botzer E. Ankyloglossia in the infant and young child: clinical suggestion for diagnosis and treatment. *Pediatr Dent*. 2005;27:40-6.
9. Suter VG, Bornstein MM. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. *J Peridontol*. 2009;80:1204-19.
10. Canadian Paediatric Society. Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child Health*. 2002;7:269-70.
11. Catlin FI, De Hann V. Tongue-tie. *Arch Otorhinolaryngol*. 1971;94:548-57.
12. Messner AH, Lalakea ML. Ankyloglossia: Controversies in management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2000;54:123-31.

13. Griffiths DM, Westcott C, Hogan M. A randomised, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *Arch Dis Child*. 2004;89:A2 (1).
14. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics*. 2011;128:280-8.
15. Amir LH, James JP, Beatty J. Review of tongue-tie release at a tertiary maternity hospital. *J Paediatr Child Health*. 2005;41:243-5.
16. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia. Incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Surg*. 2000;126:36-9.
17. Zakarija-Grković I. Ujecaj ankiloglosije na dojenje. U: Krželj V, ur. Zbornik, Hrvatska proljetna pedijatrijska škola, XXIII. seminar. Split: HPPŠ, 2006:126-8.
18. Hazelbaker AK. The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF): Use in a Lactation Consultant Private Practice. Pacific Oaks College: Pasadena, CA 1993; Thesis.
19. Kumar SP, Mooney R, Wieser LJ, Havstad S. The LATCH scoring and prediction of breastfeeding duration. *J Hum Lact*. 2006;22:391-7.
20. Geddes DT, Langton D, Gollow I, Jacobs L, Hartman PE, Simmer K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics*. 2008;122:e188-94.
21. Ballard JL, Auer CE, Khouri JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breast-feeding dyad. *Pediatrics*. 2002;110:e63.
22. Oredsson J, Torngern A. Frenotomy in children with ankyloglossia and breast-feeding problems. A simple method seems to render good results. *Lekartningen*. 2010;107:676-8.
23. Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Pediatr Child Health*. 2005;41:246-50.
24. Obladen M. Much ado about nothing: two milenia of controversy on tongue-tie. *Neonatology*. 2012;97:83-9.
25. Opara PI, Gabriel-Job N, Opara K. Neonates presenting with severe complications of frenotomy: a case series. *J Med Case Rep*. 2012;6:77.
26. www.nice.org.uk; pristupljeno 18.12.2012.
27. Manfro AGR, Manfro R, Bortoluzzi C. Surgical treatment of ankyloglossia in babies-case report. *Int J Oral Maxillofac*. 2010;39:1130-44.
28. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Fedelman P. Prevalence, diagnosis and treatment of ankyloglossia. *Can Fam Physician*. 2007;53:1027-33.

SUMMARY

Neonatological aspects of frenotomy in children with ankyloglossia

Zora Zakanj

Ankyloglossia or tongue-tie is a congenital anomaly characterized by a short lingual frenulum, which can lead to short- and long-term restrictions of tongue movements. In newborns it can cause feeding difficulty. The aim of the study was to identify ankyloglossia by clinical and functional presentation in otherwise healthy newborns, to establish the degree of breastfeeding difficulties in infants with ankyloglossia, and to evaluate the effectiveness of frenotomy. This retrospective analysis included 2872 healthy newborns. Ankyloglossia was estimated clinically, difficulties in breastfeeding were identified, and efficacy of frenotomy in newborns with severe ankyloglossia was assessed. The frequency of ankyloglossia was 3.76%, with the male to female ratio 3.1:1. Mild ankyloglossia was found in 27 (25%), moderate in 32 (29.63%) and severe in 49 (45.37%) infants. Transient difficulties in breastfeeding in infants with mild and moderate ankyloglossia were resolved through timely professional help during breastfeeding, without the need of frenotomy. In 37.04% of the total number of children with ankyloglossia, only infants with severe ankyloglossia and associated difficulties in breastfeeding (40 of 49 cases) underwent frenotomy. The most common difficulty was nipple pain during breastfeeding (75%), attachment to the breast (22.5%), and nipple damage (2.5%). Pain intensity before frenotomy was 7.38 ± 1.53 and after frenotomy 1.75 ± 1.11 ($p < 0.0001$). In conclusion, proper assessment of the degree of ankyloglossia and the need of frenotomy in newborns can resolve most difficulties with breastfeeding. Frenotomy in newborns is a mild, rapid and safe procedure that can be performed in the first days of life, and its long-term effectiveness should be confirmed by randomized controlled trials.

Keywords: ankyloglossia; infant, newborn; neonatology; tongue