

Korte tongriem

Bron: www.borstvoeding.com

Bewerkt door: verloskundigenpraktijk Oegstgeest

Bij de normale ontwikkeling van een foetus hoort de groei van een stukje weefsel dat tongriem (frenulum) wordt genoemd. Dit verbindt de tong aan de bodem van de mond. We worden allemaal geboren met een tongriem, maar bij sommige baby's is deze zo strak of kort dat deze de tong beperkt om naar behoren te kunnen bewegen. Dit betekent dat het weefsel dat tijdens de embryonale ontwikkeling vooraan de tongpunt begint en langzaam moet verdwijnen, niet ver genoeg wordt afgebroken. Het weefsel blijft dan vooraan de tong zitten. Dit kan van invloed zijn op de vaardigheid van een baby om aan de borst te drinken. Soms lukt het een baby zelfs niet goed om uit een fles te drinken of op een fopspeen te zuigen. Een te korte tongriem kan ook andere negatieve effecten op de gezondheid hebben.

Waarom en hoe kan dit de borstvoeding beïnvloeden?

Baby's met een te korte tongriem hebben problemen om met het aanhappen een goed vacuüm aan de borst te creëren. Het kan zijn dat ze overcompenseren door extra hard te zuigen: ze veroorzaken dan pijn en beschadigen de tepels. Als ze het vacuüm aan de borst niet meer kunnen vasthouden, hoor je soms een klakkend geluid waarbij ze het vacuüm gedeeltelijk of geheel verliezen of de borst loslaten. Dit kan niet alleen pijn bij de moeder veroorzaken, maar kan er ook voor zorgen dat de baby de borst niet goed kan leegdrinken. Dit kan weer leiden tot problemen met de melkproductie en/of de groei van de baby. In ernstige gevallen kan het zelfs zijn dat een baby echt helemaal niet in staat is om aan te happen en de borst in de mond te nemen.

Weetjes over te korte tongriemen

- Het is mogelijk dat een kind een combinatie heeft van verschillende soorten korte tongriempjes, zowel voorliggend als achterliggend (zichtbaar als minder goed zichtbaar, ook wel 'verborgen tongriempjes'). Sommige tongriempjes lijken verband te houden met een hartvormige tong; bij een verborgen tongriem kan de tong er rond of vierkant uitzien (ook wel ten onrechte gediagnosticeerd als een korte tong).
- Oudere baby's met een korte tongriem kunnen problemen hebben met het doorslikken van vaste voeding. Hun tong is soms niet bewegelijk genoeg om het voedsel naar achteren te bewegen naar de keelholte.
- Sommige moeders van een baby met een korte tongriem hebben in het begin meer dan genoeg melk voor hun baby. Wanneer de baby de borsten echter niet effectief kan leegdrinken en stimuleren, kan dit ervoor zorgen dat haar melkproductie terugloopt. Als gevolg daarvan kan haar kindje na verloop van tijd te weinig melk binnenkrijgen en onvoldoende groei laten zien.
- Omdat de vertering van de melk in de mond begint, kunnen tongriemproblemen reflux en koliekachtige darmkrampen tot gevolg hebben.
- Korte tongriempjes kunnen leiden tot spraakproblemen. Het kan ervoor zorgen dat een kind later gaat praten dan gebruikelijk en ook dat het sommige geluiden en woorden minder goed kan uitspreken.
- Het lijkt misschien onbelangrijk, maar baby's met korte tongriempjes worden kinderen met korte tongriempjes en vervolgens volwassenen die niet goed aan een ijsje kunnen likken of kunnen tongzoenen.
- Het is veel gemakkelijker, veiliger en minder traumatisch om een te korte tongriem te behandelen bij een jonge baby dan te wachten tot het kind groter is of zelfs volwassen.

Wat is eraan te doen?

Een frenulotomie. Dit is het klieven van de tongriem, een kleine ingreep waarbij de tongriem gedeeltelijk ingeknipt wordt. Zo ontstaat er meer bewegingsruimte voor de tong. Het klieven is binnen een paar seconden gebeurd, vaak is er maar een enkel druppeltje bloed te zien

Je baby kan huilerig of mopperig reageren op de ingreep. Maar dat is meestal maar van korte duur, als je het gevoel hebt dat je baby pijn heeft dan kun je paracetamol geven (zetpilletje, raadpleeg arts, apotheek of drogist voor de juiste dosis). Het wondje heelt over het algemeen snel, maar kan nog een beetje nabloeden. Zo kan er ook bloed in zijn spuug zitten, wat kan resulteren in een zwarte verkleuring in de luier (verteerd bloed).

Er is een zeer kleine kans op een nabloeding of infectie van het wondje. Het is van belang dat het kindje vitamine k toegediend heeft gekregen na de geboorte en er geen stollingsstoornissen bij het kindje bekend zijn (contra-indicaties voor de ingreep).

Wat zijn de kosten?

We vragen een bedrag van €25,- voor het hele proces rondom en van het klieven. Sommige verzekeraars zullen dit bedrag vergoeden, we raden jullie daarom aan om de factuur altijd op te sturen naar de verzekeraar.

Welke nazorg is er nodig?

- Het is goed om het aanleggen direct weer te proberen, de toegenomen bewegingsvrijheid van de tong kan zo gelijk geoefend en gebruikt worden. Er kan enige zwelling zijn, wat het aanleggen tijdelijk moeilijker kan maken.
- Verder belangrijk: het tegengaan van weer vastgroeien. Hier zijn een paar oefeningen voor:
 - Masseer het gehemelte (rubbing palate)
 - Stimuleer het vingerzuigen: trek een beetje met je vinger als je kindje er goed aan zuigt, zodat hij nog steviger probeert vast te houden ('tug of war'- spelletje)
 - Wrijf het midden van de tong. Beweeg je vinger naar links en rechts en naar buiten om het cuppen van de tong te stimuleren. Hiermee stimuleer je dat hij de tepel goed leert vastpakken.
 - Masseer zijn kaken. Doe alsof je tandenpoetst met de top van je vinger, om het zijwaarts bewegen (lateraliseren) van de tong te stimuleren. De tong wil je vinger goed leren volgen, maak daar gebruik van.
 - Raak achtereenvolgens zijn kin, neuspunt en bovenlip aan, en stimuleer daarmee het wijd openen van zijn mondje.

Een effectieve nazorg duurt ongeveer 15 à 30 seconden. Zorg voor korte nagels en schone vingers. Een koude vinger is juist prettig voor je kindje. We raden je aan de eerste vier dagen in combinatie met elke voeding de oefeningen te doen, en daarna om de voeding gedurende ongeveer twee weken. Hoe jonger je kindje, hoe sneller je resultaat zult zien. Een aantal dagen na de ingreep kan het wondje er wit- of geelkleurig, en zelfs bijna pus-achtig uitzien. Dit is normaal.



Auteurs

Tineke de Backer lactatiekundige IBCLC en Verloskundige, in samenwerking met Maaïke van Broekhove lactatiekundige IBCLC Geerte Clifford-van den Broek, lactatiekundige IBCLC Stefan Kleintjes lactatiekundige IBCLC & Kinderdiëtist. Versie: oktober 2014