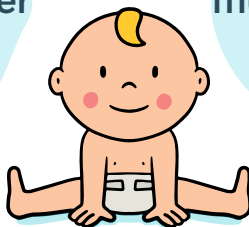


DR. UGO D'ALOJA

Il frenulo disfunzionale nel lattante

Chirurgia
mininvasiva per
i nostri piccoli
pazienti



Un approccio
multidisciplinare
per il benessere
dei bambini.

Hodos Ortodonzia Specialistica e Odontoiatria

Direttore Sanitario
Dr. Ugo d'Aloja

Ortodonzia, Odontoiatria Conservativa, Pedodonzia, Medicina Preventiva e Riabilitativa
STUDIO CERTIFICATO UNI-EN ISO 9001:2015



- 1 Intervenire o non intervenire? p. 4
- 2 Perché scrivo e mi occupo di questo argomento? p. 7
- 3 La lingua legata e lo squilibrio muscolare oro-facciale p. 14
- 4 La parola dei genitori di piccoli pazienti sottoposti a Frenulotomia p. 18
- 5 Considerazioni finali p. 24
- 6 Esame della letteratura scientifica ed EBM p. 26

L'importanza dell'argomento, la metodologia della Frenulotomia e l'impatto del trattamento.

Questa guida esplora l'importanza di un approccio multidisciplinare nella diagnosi e nel trattamento del FRENULO disfunzionale nei lattanti. L'utilizzo di tecniche avanzate come la Frenulotomia assistita da laser è discusso, insieme agli impatti sulla qualità della vita di neonati e genitori.

Un approccio collaborativo per garantire benessere e sviluppo

Questa guida è pensata per genitori, logopedisti, osteopati, pediatri, ortodontisti, consulenti di allattamento, ostetriche per comprendere il ruolo della Frenulotomia.

PREMESSA

#1

Devo fare una doverosa premessa: necessariamente questo capitolo non sarà breve e nonostante ciò non sarà neppure esaustivo. Ma non scoraggiarti; come premessa rasserenante sappi che se avrai la forza di arrivare fino in fondo sarai in grado di avere alcune idee abbastanza chiare sull'argomento.

PREMESSA

#2

Senza la pretesa di voler scolpire una eterna verità sulla pietra, il proposito che mi pongo scrivendo queste pagine è quello di sensibilizzare in maniera equilibrata sull'argomento del FRENULO RESTRITTIVO gli operatori sanitari che mi onorano della loro fiducia collaborando con me, i genitori che si rivolgono speranzosi alle porte del mio studio e chiunque abbia un interesse su questa materia.



1

**Intervenire o
non intervenire?**

Le note che state leggendo dovrebbero **aiutare a comprendere** come e perché sia importante affrontare il **frenulo del lattante** con l'auspicio di aprire la visione di chi legge evitando sia l'accanimento terapeutico ("overtreatment"), che l'inazione ("undertreatment"), o addirittura il "no treatment".

Quando un argomento è controverso, non solo in medicina, ma soprattutto in medicina, come nel caso del **frenulo corto** del lattante, l'operatore che su quel **frenulo** corto si accinge ad intervenire ha sulle proprie spalle una enorme responsabilità.

Si tratta della responsabilità di chi interviene, chirurgicamente, nella bocca di un bambino piccolo; è la responsabilità di chi agisce e quindi di chi fa scelte operative destinate a incidere sulla qualità della vita di un bambino, della sua mamma e dell'intera famiglia; si tratta di una responsabilità da non sottostimare.

La nostra mente è incline a pensare che non facendo non si possa sbagliare, quindi chi non fa non commette errori, si pensa che commettere sia peggio che omettere. Frutto di questo atteggiamento è il famoso detto ippocratico: *"Medico, nel dubbio astieniti"*, prendi tempo piuttosto di sbagliare nella fretta. **Ma in un caso come quello del frenulo del lattante il tempo non aiuta, per cui il non fare, l'omettere, può diventare un grave errore.**

Nonostante ciò la decisione di intervenire su di un neonato non può essere improvvisata, essa deve basarsi su **scienza e coscienza**, quindi sulla consapevolezza di cosa dice la letteratura scientifica corrente, su cosa dice la propria coscienza e sulla propria esperienza clinica.

Ogni approccio basato su posizioni preconcepite, basate su un pregiudizio più assimilabile al tifo calcistico che non ad un approccio medico, deve essere evitato. **Non è facile** sfuggire alla spirale del pregiudizio di questi tempi oscuri perché cedervi è più facile che interrogarsi.

Come vedremo più avanti, la letteratura scientifica sull'argomento è controversa; in caso di **frenulo** corto, c'è chi interverrebbe sempre e c'è chi accusa, addirittura senza mezzi termini, di disonestà chi interviene.

Noi operatori abbiamo l'obbligo deontologico di essere informati su quello che viene sostenuto all'interno della comunità scientifica e di conseguenza dobbiamo informare i genitori di questa situazione controversa.

Invidio coloro che vivono di certezze fideistiche, io non ne ho, per cui devo sempre scavare nei problemi alla ricerca di una bussola che mi guidi. Ho un'unica certezza: la cosa più sicura nella vita è il dubbio. Per questo **prima di intervenire mi attengo al dovere di valutare** con attenzione il quadro dei miei pazienti caso per caso e nel frattempo **mi informo** su cosa si scrive sull'argomento e **studio** anche ciò che d'istinto mi potrebbe dispiacere.

La diagnosi deve sempre precedere la terapia e il riconoscimento e la valutazione dei fattori eziologici di una malocclusione sono questioni dai quali non dobbiamo mai prescindere. In presenza di un **frenulo** corto, una volta che sia stata effettuata la diagnosi, l'**opzione chirurgica**, che va sempre considerata all'interno di un corretto piano riabilitativo, può **diventare risolutiva**.



2

Perché scrivo e mi occupo
di questo argomento?

Sono un medico, specialista in ortodonzia da oltre 30 anni e da altrettanti anni il mio interesse professionale è incentrato sul ruolo della funzionalità linguale e del suo ruolo nel determinare o meno lo sviluppo armonico del cavo orale e del sistema stomatognatico in cui la lingua è inserita.

In determinate condizioni una scorretta attività linguale può contribuire all'instaurarsi di una malocclusione; per questo motivo la presenza di un **frenulo disfunzionale** è una condizione che deve essere sempre **valutata attentamente dallo specialista in Ortodonzia**.

A queste considerazioni deve essere aggiunto che l'attività linguale ha enormi implicazioni nell'equilibrio della funzione neuromuscolare di ciascuno di noi, quindi ancor più importante essa sarà nel bambino che poi diventerà l'adulto che auspichiamo sia sano a lungo. Non è questa la sede per affrontare tutti gli aspetti relativi a questo argomento salvo citare le ricerche del dottor Antonio Ferrante che mi ha aperto un orizzonte sterminato a questo proposito.

Una lingua libera è il prerequisito per uno sviluppo armonico. Di questo si dovrebbe occupare ogni ortodontista. Devo purtroppo constatare con dispiacere che la categoria che fa più resistenza ad affrontare le conseguenze di un **frenulo** corto è quella alla quale appartengo anch'io.

L'intervento con il LASER.

Va premesso che la chirurgia del **frenulo**, meglio se minimamente invasiva, solitamente ha un decorso post operatorio velocissimo, le reazioni avverse sono trascurabili e il recupero di una normale attività, nella maggior parte dei casi, è immediata o quasi. Questo avviene soprattutto impiegando uno strumento quale il L.A.S.E.R. a diodo: i vantaggi di questa tecnologia rispetto al bisturi tradizionale, alla forbice o al termocauterio, sono **l'assenza di sanguinamento, nessuna necessità di suture, l'assenza di carbonizzazione dei tessuti, un processo di guarigione più rapido, una riduzione del rischio di sovra infezioni.**

Il caso di Elia : la mia prima volta.

La prima volta che mi sono trovato di fronte ad un **frenulo** corto di un lattante mi sono trovato in serio imbarazzo.

Il **frenulo** in questione era evidente nella bocca spalancata di Elia (*sto usando un nome di fantasia*), un meraviglioso bimbo di 45 giorni al quale si è sicuramente ispirato chi ha progettato "Ciccibello". I genitori disperati lo avevano portato in visita presso il mio studio aspettandosi che risolvessi tutti i problemi che loro erano sicuri dipendessero dalla presenza di un **frenulo** vistosamente corto. Qualcuno li aveva convinti che nelle mie mani fosse concentrato un potere taumaturgico. In cuor mio non volevo proprio saperne di intervenire nella bocca di un bambino così piccino, il mio disappunto era causato dal fatto che fino ad allora non lo avevo mai preso in considerazione.



Come è facile cadere nella trappola del pregiudizio!

Parto dall'esempio della suzione del pollice dei bambini: essa provoca una interferenza disfunzionale che spesso può sfociare in quadri di malocclusione; ci sono casi in cui mi è stato possibile di individuarla perfino nelle ecografie fetali delle gestanti. Questa diagnosi ultra precoce mi ha comportato "addirittura l'accusa" di occuparmi di "ortodonzia fetale", cosa della quale sono sempre stato orgoglioso.

La mia vanagloriosa lungimiranza non mi aveva aiutato a notare ciò che era evidente: gli effetti del **frenulo** corto si manifestano fin dal parto (e probabilmente anche ben prima).

Non sapevo ancora come avrei potuto risolvere il caso di Elia, ma una cosa era certa: non potevo ignorarlo!

Da quando ne sono diventato consapevole, ho capito che il **frenulo** corto, come la plagiocefalia, devono essere diagnosticati e affrontati il prima possibile.

Troppo a lungo ho trascurato questo aspetto a proposito dei neonati, per cui dopo aver recitato il mea culpa ed essermi cosperso il capo di cenere mi sono risolto ad intervenire sui frenuli disfunzionali tra i quali il **frenulo** di Elia. Non ero ancora sicuro di come procedere, ma sapevo che avrei dovuto affrontare il problema.

Dopo aver analizzato attentamente la situazione e consultato la letteratura, ho deciso di procedere: non avevo solo bisogno di una spinta, ma di un vero e proprio calcio professionale per uscire dalla mia zona di comfort!

L'intervento, pur delicato, mi ha mostrato per la prima volta quanto la chirurgia possa cambiare immediatamente la vita di una famiglia.

Elia è cresciuto, e anch'io.

Fu proprio Elia a segnare l'inizio di una trasformazione che non immaginavo così profonda. Quel giorno, il caso di Elia mi ha messo di fronte a una realtà che non potevo più ignorare: la mia stessa resistenza al cambiamento stava limitando non solo me, ma anche i miei pazienti più piccoli.

Dal suo caso le cose sono andate bene, così come poi lo è stato nel caso di molti altri neonati e lattanti. Negli ultimi 20 anni mi sono talmente appassionato ad intervenire sui frenuli linguali “corti” di bambini non neonati affetti da malocclusione, da definire questo quadro come la **“sindrome del frenulo linguale corto”** (in ragione delle molteplici problematiche connesse alla presenza di un **frenulo** disfunzionale). A posteriori mi rendo conto che l’atteggiamento di preclusione nell’affrontare i neonati era del tutto irrazionale e miope (direi stupido) da parte mia.

Possedevo gli strumenti ma mi mancava la visione; guardavo e non vedevo.

Non saprei descrivere la mia posizione di allora se non come frutto di ignoranza, di pregiudizio, esito della mancanza di consuetudine professionale con i neonati e non ultima come una forma di pretestuosa protezione genitoriale nei confronti di bambini piccini e indifesi. Questi sentimenti mi avevano accecato facendomi scordare il detto popolare che recita: “il medico pietoso non guarisce la piaga”.

Dietro un atteggiamento di questo genere si nasconde sempre l’inconfessabile (al paziente) speranza “che il Signore ce la mandi buona” e che “qualche santo in paradiso provvederà”.

Nel caso del **frenulo** corto non accade mai, eppure se le cose non si risolvono c’è chi riesce comunque a rifugiarsi dietro l’alibi del destino avverso o chi si nasconde dietro quella orribile parola che è fatalità. Proprio perché il destino e la fatalità sono due entità che avverso, dopo aver aperto gli occhi, mi sono risolto ad agire per non indugiare nel brodo dell’ignavia, dell’accidia (sono vizi capitali) e della rassegnazione.

Grazie a Elia, ho imparato che ogni caso merita la nostra piena attenzione e che la consapevolezza, più degli strumenti, è il primo passo per fare la differenza nella vita dei nostri piccoli pazienti.

Lo stimolo è arrivato anche grazie a varie figure professionali con le quali ho collaborato e mi sono confrontato

È stato anche grazie allo stimolo fornitomi da alcune figure professionali che si occupano di sostenere le mamme durante l'allattamento che sono riuscito ad ampliare la mia visione sull'argomento. Si tratta di logopediste, ostetriche, consulenti dell'allattamento ed osteopati; ognuno di loro di fronte alla difficoltà ad allattare il bambino da parte delle mamme a causa di un **frenulo** linguale corto ed evidentemente disfunzionale, oltre a constatarlo non erano in grado di fare molto di più perché l'approccio riabilitativo in questi casi deve comprendere anche una competenza medico-chirurgica.

Con il loro contributo, per prima la dottoressa Monica Checchin, ho aperto gli occhi ed ho iniziato ad agire; non mi mancava molto per farlo. Mi è bastata una spinta. In quel momento ho fatto autocritica, mi sono documentato e ho iniziato la mia opera.

Possedere gli strumenti ma mancare di visione è una frequente condizione umana che talvolta affligge pure la classe medica. Il meccanismo mentale che si instaura in questi casi porta a quella frequente condizione in cui è più facile, di fronte ad un problema del quale non conosciamo la soluzione, negarne l'esistenza piuttosto che cercarla.



3

**La lingua legata e lo
squilibrio muscolare
oro-facciale**

Come può una sottile membrana fibrosa posta sotto il ventre della lingua riuscire a condizionare l'allattamento, la nutrizione, il linguaggio, il corretto sviluppo del cavo orale, l'armonia del sistema stomatognatico, la postura e...molto altro?

Dott. R. Baxter

Il **frenulo** linguale è una membrana fibrosa più o meno sottile che collega il ventre della lingua al pavimento della bocca; già prima della nascita esso dovrebbe riassorbirsi spontaneamente, ma in certi bambini questo processo di apoptosi cellulare (morte cellulare spontanea "un processo naturale in cui alcune cellule si dissolvono durante lo sviluppo fetale") è difettoso, quindi il riassorbimento non si realizza completamente e lo fa solo in parte. Di conseguenza il **frenulo** rimane in sede condizionando la mobilità linguale e le varie funzioni ad essa collegate.

In molti casi la capacità di adattamento del bambino, che è una peculiare caratteristica biologica molto sviluppata nella nostra specie, è in grado di compensare i limiti morfologici imposti dal **frenulo** corto, mettendo comunque il bambino in condizione di svolgere le funzioni primarie nutritive e fonetiche senza particolari difficoltà apparenti che una attenta anamnesi ed un esame obiettivo approfondito dovrebbero comunque valutare. In altri casi non è così.



A Quali sono i sintomi riconoscibili?

Tutta una serie di sintomi legati all'allattamento materno si manifestano fin da subito ed è a questi che bisogna porre una particolare attenzione. Tra queste difficoltà si segnalano: **dolore e ragadi al capezzolo materno, suzione intermittente e dolorosa per la mamma, fatica ad allattare, aerofagia, rigurgiti, per arrivare fino a un ritardo rispetto ai percentili previsti dalla curva di crescita dei coetanei.**

Un argomento di studio futuro dovrebbe indagare su quanto la presenza di questa condizione disfunzionale influenzi l'instaurarsi di una **malocclusione** e una situazione di **squilibrio muscolare oro facciale** (prendo in prestito questa definizione dalla logopedia, così come molte altre cose relative a questo argomento).

B È corretto utilizzare il termine **frenulo** linguale corto in questi casi?

La risposta secca è un bel **NO**: definire corto un **frenulo** può essere fuorviante.

Non è corretto parlare di **frenulo** corto perché alcuni dei sintomi che abbiamo descritto possono presentarsi a prescindere dalla morfologia del **frenulo** stesso. Per questo motivo il quadro da considerare non dovrebbe essere solamente quello morfologico, ma ciò che dovrebbe essere valutato è soprattutto il quadro della funzionalità della suzione e dell'allattamento (la principale attività svolta dal lattante). Di conseguenza è più corretto parlare di **frenulo** disfunzionale o **frenulo** restrittivo (dal linguaggio medico francese).

In ogni caso nel linguaggio corrente questo quadro disfunzionale è abitualmente definito come **frenulo** linguale corto e temo che si continuerà a fare così nonostante le corrette distinzioni di chi si occupa in maniera professionale di questa sindrome.

C Esiste una classificazione morfologica della brevità dell'inserzione del frenulo sul ventre linguale?

Si **esiste**, anzi, ne esistono numerose tra le quali quella di Kotlow e quella ottima di Roberta Martinelli di Sao Paulo do Brazil, ma va considerato che si tratta di una classificazione anatomica e perciò anch'essa può essere fuorviante. Concordo in pieno con chi, anche se generalizza, per rendere più chiara la comunicazione con gli utenti/pazienti/genitori, afferma che **non esiste una gradazione del problema**: il **frenulo** non può essere un po' corto, **o è corto o non lo è!**

E. Prendy

C Perché funziona la Frenulotomia?

Alla luce di ciò che sostiene la letteratura scientifica la Frenulotomia nel lattante non troverebbe indicazioni assolute, eppure l'**evidenza clinica** e quanto riferito dai genitori i cui bambini sono stati sottoposti a questa procedura, sono di diverso avviso. Questo non deve stupire; in medicina non esiste procedura che possa garantire il pieno successo in ogni caso. Si definisce **Gold Standard** il **trattamento più affidabile** per risolvere una problematica, gold standard non significa il 100% di successo. I migliori gold standards raramente superano l'80% di successo finale.

4

La parola dei genitori di
piccoli pazienti sottoposti
a Frenulotomia

Questa serie di messaggi mi sono stati inviati attraverso un'applicazione di messaggistica telefonica che ha in sé sia il pregio dell'immediatezza che quello della spontaneità. Per mantenere sia l'una che l'altra ho trascritto i messaggi così come mi sono giunti mediante il copia incolla.

Messaggio inviato il giorno dopo la Frenulotomia di Cesare

Buongiorno Dottore, ieri la giornata è stata tranquilla fino al pomeriggio, quando molto probabilmente Cesare ha accusato un po' di male o fastidio perché ha pianto molto. Data la tachipirina poi ha riposato fino a sera tardi.

Le poppate della notte sono state serene, mi sembra che faccia meno fatica, con meno pause.

La ringrazio e le auguro una buona giornata.

13/9/2024

Messaggio inviato un mese dopo la Frenulotomia di Cesare

Buonasera Dottore, come da accordi la aggiornerò su questo primo mese.. le confermo che giorno per giorno mi accorgo che Cesare sta **rendendo l'attacco al seno più funzionale**, abbiamo praticamente **eliminato l'aggiunta di latte** formula durante il giorno. Sta più tempo attaccato, con meno pause e **meno stress**.

I movimenti della lingua sembrano essere più ampi, ma vorrei che li valutasse anche lei alla visita di controllo fra 10 giorni.

La ringrazio e le auguro un buon lavoro.

14/10/2024

Messaggio inviato il giorno successivo alla Frenulotomia di Brando

Buon pomeriggio Dottore, volevo farle sapere che Brando sta bene, si attacca meglio al seno e non perde più il capezzolo come prima. **La suzione è già più efficace.** Per quanto mi riguarda a distanza di un giorno **il dolore nell'allattamento si è notevolmente ridotto.** Già dalle prime poppate andava molto meglio, ora va decisamente meglio. Volevo chiederle se oltre ad attaccarlo al seno ci sia altro che posso fare per aiutarlo a riscoprire i movimenti della lingua o se sarà un percorso che farà da solo. Ci aggiorniamo presto, grazie ancora.

03/6/2024

Messaggio inviato ad un mese dalla frenotomia di Brando

Buon giorno Dottore, a distanza di 45 giorni la situazione è la seguente:

- 1. Il dolore** che era presente durante e dopo l'allattamento **è sparito quasi del tutto**, direi per un buon 90%. Il rimanente è dato dall'attacco del bambino che è ancora un po' chiuso.
- 2. La durata della poppata si è ridotta** da 35-45 minuti a 10-20 minuti
- 3. Nel mese dopo l'operazione Brando è aumentato di 1 kg** a differenza dei mesi precedenti che con poppate più lunghe era aumentato di ca 900g

In conclusione, mi sento di affermare che l'intervento, abbinato ad un post operatorio di trattamento osteopatico, sia stato risolutivo rispetto ai problemi che mi stavano portando a valutare il passaggio all'uso del latte artificiale.

23/7/2024

Messaggio inviato il giorno successivo alla Frenulotomia di Thiago

Buongiorno Dottore,

Thiago sta bene, ogni tanto ha difficoltà con la suzione ma credo sia perché abbia un po' di fastidio dovuto all'operazione, non sono riuscita a vedere bene sotto **la lingua**, ma noto che **la tira fuori molto di più rispetto a prima.**

Buona giornata

24/5/2024

Messaggio inviato tre giorni dopo la frenotomia di Thiago

Buonasera Dottore,

l'allattamento va molto meglio, Thiago sta bene, purtroppo non riesco a fare una foto perché muove sempre la lingua.

Sono stata dalla osteopata questa mattina e mi ha detto "tutta un'altra cosa rispetto a prima"; felice anche lei di questa collaborazione. E anche per me.

Buona serata

27/5/2024

Messaggio inviato dalla mamma di Filippo 1 mese dopo la frenotomia

Buona sera dottore, Ci siamo rivolti a lei post suggerimento di una consulente IBCLC in quanto Filippo non riusciva ad attaccarsi al seno causa **frenulo** restrittivo. Post taglio (ma purtroppo eravamo già passati al biberon), la situazione è notevolmente e positivamente cambiata. **Suzione più tranquilla** e meno rumorosa, **attaccamento alla tettarella in maniera perfetta** e quindi senza più ingurgitare aria ad ogni poppata. Filippo è sicuramente più sereno e non piange più dal dolore del volersi nutrire ma senza riuscire a farlo. Abbiamo fatto anche sedute dall'osteopata post taglio per far abituare la lingua al nuovo modo di muoversi/mangiare. Direi che non potevamo esser indirizzati con scelta migliore che da lei. **A noi ci ha cambiato la vita** il taglio del **frenulo**. Grazie.

Un caro saluto da tutti noi!

02/7/2024

Messaggio inviato un mese dalla Frenulotomia di Alvise

Buongiorno Dottore sono Giulia mamma di Alvise le scrivo per darle un po' di aggiornamenti post frenulectomia.

Alvise sta molto bene la ferita si è rimarginata molto bene ha avuto solo un po' di fastidio il pomeriggio dopo l'intervento ma poi tutto nella norma.

Ora la **suzione** al seno è completamente **migliorata** e con lo svezzamento va molto bene non ha più mille risvegli e malessere.

Ci vediamo la settimana prossima per il controllo. Grazie ancora

15/2/2024

Messaggio inviato ad un mese dalla frenotomia di Carlo Alberto

Buongiorno dottore, Le riassumo in poche parole la nostra esperienza.

Dalla nascita avevamo riscontrato alcuni problemi, in particolare la **difficoltà nell'attacco al seno, continui ingorghi, le poppate erano molto lunghe e frequenti**, Carlo Alberto chiedeva spesso il seno e piangeva molto, aveva **difficoltà nella deglutizione** e a me si formavano in continuazione **ragadi** ed avevo inoltre riscontrato la classica linguetta a forma di cuore.

Con la valutazione da parte dell'osteopata che ci segue sin dalla nascita, e consigliati dall'ostetrica esperta in allattamento, ci siamo rivolti a Lei per un consulto ulteriore.

Ne è risultato che effettivamente il **frenulo** linguale era corto.

L'intervento è stato eseguito nello stesso giorno presso la vostra struttura con un sistema all'avanguardia ed è durato davvero pochi minuti, tant'è che a scopo terapeutico e riabilitativo, mi avete consigliato di attaccarlo subito al seno per allattarlo.

Nei giorni seguenti ho notato in Carlo Alberto dei lievi **miglioramenti** che si sono confermati sempre di più con il passare delle settimane.

Ha iniziato ad **allungare la linguetta** e ad avere **maggior mobilità**, cosa che prima non faceva, è iniziata fin da subito la salivazione, l'allattamento è cambiato completamente in positivo, man mano che passavano i giorni Carlo Alberto imparava ad **attaccarsi correttamente** e si riduceva quindi il tempo della poppata. Ho notato un cambiamento nelle nostre giornate: Carlo Alberto ha iniziato ad essere meno nervoso, ha iniziato ad **ingurgitare meno aria** e quindi ad avere sempre **meno coliche**, di conseguenza è più **rilassato ed interattivo**.

Ringrazio Lei Dottore e tutto il Suo staff, per la professionalità ma soprattutto per l'empatia e la vostra vicinanza dimostrata anche nei giorni seguenti all'intervento, mi sono sentita accompagnata e seguita sin dal primo istante.

Un caro saluto.

28/6/2024

Risultati successivi all'intervento di Frenulotomia laser assistita secondo l'esperienza delle mamme.



Risoluzione delle ragadi del capezzolo



Diminuzione del dolore durante l'allattamento



Riduzione della durata della poppata portandola a tempi ragionevoli



Incremento della curva di crescita ponderale



Ritardo nel passaggio all'allattamento artificiale

5

Considerazioni finali

Nel caso del trattamento del frenulo disfunzionale queste le mie considerazioni.

La letteratura scientifica non è concorde rispetto all'intervento precoce sul **frenulo** linguale disfunzionale, le revisioni sistematiche e le meta analisi non forniscono argomenti univoci a favore di questa procedura anche se alcune delle più recenti sono più possibiliste. A mio avviso la ragione principale per queste risultanze apparentemente discordanti è da ricondurre ad un Bias metodologico: **il criterio di inclusione utilizzato è prevalentemente di tipo morfologico e non di tipo funzionale.**

Nell'osservazione clinica ci sono moltissimi bambini che presentano un **frenulo** morfologicamente corto senza alcuna rilevabile disfunzionalità. La gran parte delle ricerche e delle pubblicazioni includono bambini con queste caratteristiche che inquinano i risultati.

Per questo motivo è essenziale selezionare con attenzione il bambino candidato all'intervento di Frenulotomia.

Per intervenire non basta che il genitore noti la presenza di un **frenulo** corto o che lo faccia un operatore sanitario come l'ostetrica/o, la/il logopedista, l'osteopata, il/la consulente dell'allattamento o qualsiasi altra figura medica a prescindere dalla sua bravura, esperienza e competenza.

È indispensabile, fosse anche solo per motivi di ordine medico legale, che da parte dell'operatore che si accinge ad intervenire venga effettuata nel corso della prima visita una **anamnesi approfondita**, un **esame obiettivo accurato**, una **completa raccolta di immagini fotografiche** e soprattutto è imprescindibile che si utilizzi e compili un **adeguato strumento TOOL di valutazione** che consenta una discriminazione tra i casi che si presentano alla nostra osservazione.

La responsabilità è tutta in capo a chi opera.

6

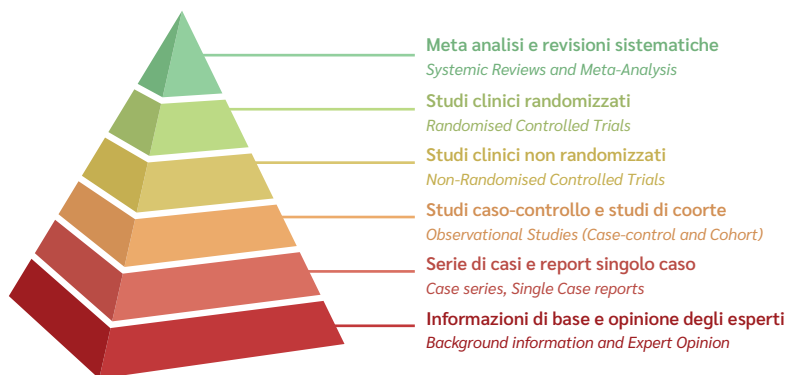
Esame della letteratura scientifica ed EBM - *Evidence Based Medicine* -

Revisione della letteratura.

Una completa revisione della letteratura è una impresa difficile. Inserendo la keyword *tongue tie* in PubMed (il motore di ricerca della letteratura scientifica in campo medico) il giorno in cui scrivo, dalla ricerca risultano 851 articoli. In queste condizioni è sempre difficile giungere a conclusioni univoche. Chi è scettico darà enfasi agli articoli che sono a sostegno della propria tesi, altrettanto farà chi è sostenitore della Frenulotomia ad ogni costo.

Questo fenomeno è stato descritto bene dal professor William R. Profit, detto Bill, autore di un testo ortodontico “sacro”. Il fenomeno è noto come “Literature Cherry Picking”, cioè scegliere gli articoli più consoni al proprio pregiudizio per dare forza alle proprie posizioni. Si tratta di una mal pratica più diffusa di quanto tu possa pensare; infatti accade sempre!

Per limitare questo odioso fenomeno, la ricerca in campo medico ha elaborato la EBM (Evidence Based Medicine), si tratta di un metodo che è in grado di assegnare un grado progressivo di evidenza scientifica agli articoli pubblicati sulle riviste scientifiche in campo medico. In cima alla piramide dell’evidenza si posizionano le “revisioni sistematiche” e le “metanalisi”; esse sono basate su un metodo statistico che analizza tutto ciò che è stato scritto su di un determinato argomento, valutando gli eventuali Bias o errori procedurali e metodologici escludendo ciò che non è consono.



Tra i lavori che rispecchiano queste caratteristiche di “maggiore credibilità” ne ho estrapolato alcuni in ordine cronologico di pubblicazione.

Se hai fretta vai subito al terzo!

01. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 11;3(3)

“Frenotomy for tongue-tie in newborn infants”

Joyce E. O'Shea, Jann P. Foster, Colm P. O'Donnell, Deirdre Breathnach, Susan E. Jacobs, David A. Todd, Peter G. Davis

La **Cochrane Library** è un ente indipendente che effettua ricerche e revisioni sistematiche molto serie e soprattutto indipendenti: sappi che in campo medico, e non solo, il conflitto di interessi incombe come un macigno in bilico sul ciglio del burrone in una giornata di tempesta.

L'articolo conclude che

“...la frenotomia riduce il dolore alla suzione del capezzolo materno a breve termine. I ricercatori non hanno riscontrato un effetto consistentemente positivo sull'allattamento al seno. Non sono state riscontrate complicazioni significative, ma il numero dei trial limita la certezza su questi risultati. Ulteriori ricerche di qualità metodologica elevata sono necessarie per determinare gli effetti della frenotomia”.

Non c'è molto da commentare; per avere certezze la ricerca deve proseguire. E nel frattempo?

02. Otolaryngol Head Neck Surg.2022 May;166(5):976-984

“Objective Improvement After Frenotomy for Posterior Tongue-Tie: A Prospective Randomized Trial”

Bobak A. Ghaheri, Douglas Lincoln, Tuyet Nhi T Mai, Jess C. Mace

Questo è un ulteriore studio prospettico allo scopo di dare una maggiore evidenza “non faziosa” sugli effetti dell’intervento sul PTT (**frenulo** corto posteriore).

“Conclusioni: La valutazione a 10 giorni dalla frenotomia in caso di PTT (frenulo corto posteriore) evidenzia che i lattanti migliorano i parametri di allattamento utilizzando un parametro oggettivo basato su di un sistema di allattamento con il biberon... la presenza di un PTT è un tema di preoccupazione clinica e l’intervento su di esso può migliorare sia i sintomi materni che quelli riferiti al bambino. “

Questo studio è decisamente interessante, l’unico aspetto rispetto al quale nutro alcune perplessità (sicuramente legate ad un mio limite/bias cognitivo) è legato a questo: come è funzionalmente possibile effettuare una diagnosi differenziale tra un **frenulo** disfunzionale/restrittivo/corto e un PTT (**frenulo** corto posteriore)? Insisto sulla necessità di dare la precedenza all’aspetto funzionale rispetto a quello morfologico. Nel primo caso, che prevalentemente è quello che porta alla mia osservazione i lattanti, la distinzione morfologica è secondaria; l’unica cosa che conta è dare un vantaggio al bambino e alla mamma.

03. **Pediatr Res. 2024 Jan;95(1):34-42.**
doi:10.1038/s41390-023-02784-y.Epub 2023 Aug 22

“Quantitative impact of frenotomy on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis”

Holly Cordray, Nikhila Raol, Geethanjeli N. Mahendran, Ching Siong Tey, John Nemeth, Alastair Sutcliffe, Jenny Ingram, William G.Sharp

Questo lavoro è sia una meta-analisi che una revisione sistematica della letteratura sull'argomento; ha il pregio di essere molto recente e di comparire su una rivista dall'Impact Factor molto alto (si tratta di un criterio per determinare la credibilità di una rivista scientifica basato sul tipo di selezione da parte del comitato scientifico a cui vengono sottoposti gli articoli che chiedono di essere pubblicati).

Abstract

Background: Symptoms related to infant ankyloglossia/tongue-tie may deter mothers from breastfeeding, yet frenotomy is controversial.

Methods: Databases included PubMed, Embase, CINAHL, PsycINFO, Web of Science, and Google Scholar from 1961-2023. Controlled trials and cohort studies with validated measures of surgical efficacy for breastfeeding outcomes were eligible. Meta-analyses synthesized data with inverse-variance weighting to determine standardized mean differences (SMD) between pre-/postoperative scores.

Results: Twenty-one of 1568 screened studies were included. Breastfeeding self-efficacy improved significantly post-frenotomy: medium effect after 5-10 days (SMD 0.60 [95% CI: 0.48, 0.71; $P < 0.001$]), large effect after 1 month (SMD 0.91 [CI: 0.79, 1.04; $P < 0.001$]). Nipple pain decreased significantly post-frenotomy: large effect after 5-15 days (SMD -1.10 [CI: -1.49, -0.70; $P < 0.001$]) and 1 month (SMD -1.23 [CI: -1.79, -0.67; $P = 0.002$]). Frenotomy had a medium effect on infant gastroesophageal reflux severity at 1-week follow-up (SMD -0.63 [CI: -0.95, -0.31; $P = 0.008$]), with continued improvement at 1 month (SMD -0.41 [CI: -0.78, -0.05; $P = 0.04$]). From LATCH scores, breastfeeding quality improved after 5-7 days by a large SMD of 1.28 (CI: 0.56, 2.00; $P = 0.01$).

Conclusions: Providers should offer frenotomy to improve outcomes in dyads with ankyloglossia-associated breastfeeding difficulties.

Protocol registration: PROSPERO identifier CRD42022303838 .

Impact: This systematic review and meta-analysis showed that breastfeeding self-efficacy, maternal pain, infant latch, and infant gastroesophageal reflux significantly improve after frenotomy in mother-infant dyads with breastfeeding difficulties and ankyloglossia. Providers should offer frenotomy to improve breastfeeding outcomes in symptomatic mother-infant dyads who face challenges associated with ankyloglossia.

03. *Pediatr Res.* 2024 Jan;**95**(1):34-42. doi:10.1038/s41390-023-02784-y.Epub 2023 Aug 22

Ho inserito l'intero l'Abstract (riassunto) in lingua originale affinché tu che mi leggi possa renderti conto di come vengono selezionati i lavori scientifici posti in cima alla piramide dell'evidenza scientifica secondo i parametri dell'EBM (Evidence Based Medicine). In caso di tuo interesse segnalo il metodo con cui questo articolo è stato redatto: individuate le parole chiave (key words in termini scientifici anglosassoni) sono state individuate 1568 (*millecinquecentosessantotto!!!*) pubblicazioni dalle quali è stato estrapolata una statistica che sorregge le conclusioni finali.

Per evitare eventuali ed inutili polemiche con chi potrebbe obiettare qualcosa sul tema scrivo subito che lo so che qualcosa che non è evidente scientificamente (con questi criteri) lo potrebbe diventare domani in base ai risultati di nuove ricerche e che già oggi l'assenza di evidenza (con questi criteri) non esclude l'evidenza clinica su questo argomento.

In ogni caso la ricerca conclude che "... gli operatori dovrebbero offrire la frenotomia per migliorare l'allattamento di mamme che presentano problemi di allattamento associati ad anchiloglossia-frenulo corto)".

Aggiungo qui con rammarico un'affermazione forte ma a questo punto doverosa: **la conclusione di questo recente articolo è attualmente ignorata del tutto dalla parte maggioritaria degli operatori sanitari italiani alla cui osservazione vengono neonati e lattanti le cui madri lamentano problemi di allattamento.**

04. **Acta Otorhinolaryngologica Italica**
 doi: 10.1038/s41390-023-02784-y.Epub 2023 Aug 22DOI:
 Reviews Published: 2022-12-29

“Outcomes of tongue-tie release by means of tongue and frenulum assessment tools: a scoping review on non-infants”

Martina Arena Alessandro Micarelli Federico Guzzo Ilaria Misici Diana Jamshir
 Beatrice Micarelli Alberto Castaldo Adriano Di Benedetto Marco Alessandrini

Results. The systematic search retrieved 603 (Pubmed), 893 (Scopus), and 739 (ISI Web of Science) articles from January 2011 to December 2021. A total of 50 articles were retrieved for full-text review of which 7 were selected and included based on inclusion criteria. The majority of treatment options have been found to significantly improve the anatomical limitation of the tongue with clear benefits on descending functionality.

Conclusions. The review highlights an overall improvement in terms of clinical and functional outcomes when using validated tongue assessment tools both before and after frenulum release. This highlights the need for their rigorous implementation in research and clinical practice.

Aggiungo questo lavoro tra quelli utili perché esso inquadra in maniera riassuntiva alcuni aspetti relativi ad alcuni degli strumenti utilizzati per inquadrare l'entità morfologica e funzionale dei frenuli di cui ti parlerò al punto “5”

05. Gli strumenti per lo screening e la diagnosi

Il quinto punto è doverosamente ed interamente dedicato a tre persone che allo studio del **frenulo** corto hanno dedicato la loro esistenza professionale. Le prime due sono due logopediste brasiliane: si tratta di **Roberta Lopes de Castro Martinelli** di Sao Paulo do Brazil coautrice con **Irene Queiroz Marchesan** (pure lei paulista) di un imprescindibile strumento pubblicato nel 2012 che è il **Lingual Frenulum Protocol With Scores For Infants**.

Questo strumento prezioso è stato sottoposto a numerose revisioni, migliorie e traduzioni. Nel 2015 è stato pubblicato il **Neonatal Tongue Screening Test** e da Martinelli tra il 2015 e il 2017 il **Lingual Frenulum Protocol For Infants**.

Da un certo momento in poi, intorno al 2015, per motivi che non ho mai avuto nessuna voglia di indagare, le strade di Martinelli e di Marchesan sembrano essersi divise. Da allora esiste sia il protocollo Martinelli che il protocollo di Marchesan. Del primo ne esiste una traduzione in italiano a cura di Anna Beghetto, del secondo una traduzione a cura dello **SMOF** (*Squilibrio Muscolare Oro Facciale*, è il nome di una società scientifica di Logopediste/i) tradotto da Alfina Chiarenza. Per vanità personale aggiungo che ad uno dei primi congressi dello **SMOF** sono stato invitato ad esporre una relazione sull'**Ortodonzia Pediatrica**: il più bel mestiere del mondo.

Di base, questi **TOOLS** o **Strumenti Di Screening Diagnostici**, che l'articolo al punto 4 si augura vengano implementati, sono strumenti di impiego comune da parte degli operatori che si occupano di inquadrare il **frenulo** disfunzionale nel lattante e che utilizzo anche io. Essi mi consentono di seguire una check-list quando devo inquadrare un bambino. Il loro utilizzo routinario mi aiuta ad esaminare secondo un metodo schematico la funzionalità e la morfologia di ogni bambino. Il mio è un metodo, come quello del pilota prima di decollare; nulla deve sfuggire. Altrimenti possono essere guai.

05. Gli strumenti per lo screening e la diagnosi

Un ulteriore indispensabile strumento è stato concepito dalla terza persona importante in questo campo e che ha dedicato la propria esistenza a questo tema.

Si tratta di **Carol Dobrich**, che non è brasiliana ma è nata e cresciuta in Australia per poi trasferirsi e sviluppare tutta la propria attività professionale a Montreal in Canada. Carol ha sviluppato il **Frenotomy Decision Tool For Breastfeeding Dyads** pubblicato nel 2016.

Carol è una operatrice certificata del settore sanitario che si occupa di allattamento: la sua è una figura semi sconosciuta nel nostro paese. Ci sono paesi, il nuovo corso politico dovrebbe farli scrivere nazioni, dove le normative prevedono che ogni nuovo nato sia valutato da una specialista in Miologia Oro-facciale, più o meno l'equivalente di una nostra laureata in Logopedia, allo scopo di facilitare l'allattamento materno.

06. Richard Baxter “Tongue-Tied”

Nel 2018 è stato scritto un ottimo libro da Richard Baxter (che recentemente è stato tradotto in italiano dal dottor Stefano Colasanto) sul tema della restrizione della funzione linguale. Il libro si chiama **Tongue Tied**: lo ritengo una pietra miliare sull'argomento. Chiunque affronti questa materia non dovrebbe prescindere la lettura. Il libro è completo; in 300 pagine esso affronta ogni aspetto di questa tematica.

È interessante scoprire quante figure professionali dovrebbero essere coinvolte nell'affrontare il **frenulo** restrittivo, a partire dall'ostetrica e dal ginecologo, a seguire la consulente per l'allattamento, la logopedista, l'osteopata, il pediatra e l'ortodontista, nel caso in cui si renda necessario intervenire direttamente sul **frenulo**.

07. JCO 7/2023 , Journal of Clinical Orthodontics

Degno di nota è l'editoriale dedicato al PTT da Neal Kravitz sul numero 7/2023 del JCO, Journal of Clinical Orthodontics. Il JCO è la rivista scientifica più diffusa al mondo in campo ortodontico. Il titolo dell'articolo è significativo: **THE POSTERIOR TONGUE LIE**. Giocando con le parole, il riferimento è al **POSTERIOR TONGUE TIE**, il **PTT**, e il titolo dell'articolo si potrebbe tradurre così: “La bugia del **frenulo** posteriore”.

Nell'articolo in questione, Kravitz richiama una polemica presente nei paesi anglosassoni tra gli Ortodontisti Specialisti e alcuni Dentisti che sostengono che “il **frenulo** corto provochi infiammazioni tonsillari, respirazione orale, postura linguale bassa correlata con un palato ogivale, retrognazia mandibolare e che tutto ciò sia alla base dell'OSAS (acronimo inglese della Sindrome delle Apnee Notturme nel Sonno)”.

L'articolo nomina la convergenza tra queste posizioni e quelle di coloro che sostengono l'**ORTHOTROPICS** che è una corrente ortodontica affatto scientifica che impiega dei particolari dispositivi di gomma (attivatori polifunzionali) come apparecchi ortodontici tuttofare. Orthotropics è molto osteggiata dal mondo accademico e mainstream in campo ortodontico. Kravitz è inoltre preoccupato “dalle complicanze chirurgiche in cui incorrerebbero questi dentisti, che non posseggono un'adeguata attrezzatura nei loro studi, e che incorrerebbero in complicanze tra le quali infezioni, sanguinamento, ostruzione delle vie aeree, danni ai dotti salivari e ai nervi”.

Per sostenere questa tesi Kravitz cita un articolo in cui nel 2020, 34 pazienti avrebbero riportato 47 complicazioni. Pare che la maggioranza delle complicazioni siano capitate proprio a dentisti. A questo punto dell'articolo, siamo all'ultimo paragrafo; Kravitz sferra il colpo del K.O. e scrive: “*se tu non sei ancora convinto, sappi che lo sono già gli specialisti in ORL (otorinolaringoiatria) americani che sostengono sul loro giornale che il PTT non esiste come entità anatomica*”. “Gli stessi sentimenti- continua Kravitz- sono condivisi nel regno Unito (U.K.) dove il PTT non è riconosciuto dal locale Servizio Sanitario Nazionale e dove un eminente ORL inglese, la dottoressa Lyndsay Frazer conclude che il PTT è un'industria lucrativa basata su poca evidenza”

Ti confesso che nutro molta simpatia e stima per il dr Neal Kravitz, non solo perché porta il cognome dell'omonimo e ben più famoso Lenny, ma perché di solito scrive sempre cose sensate.

Questo articolo dice alcune cose vere ed altre meno credibili, in alcune parti pare spinto da una dose di animosità degna di miglior causa; non affermo questo perché sono parte in causa, opero sui frenuli disfunzionali, ma perché mi pare che Kravitz si sia voluto iscrivere, forse senza rendersene conto e probabilmente senza aver mai operato il **frenulo** disfunzionale di un lattante, al partito di coloro che osteggiano pregiudizievolemente l'intervento su bambini dall'allattamento disfunzionale "perché tanto la crescita metterà tutto a posto".

Senza addentrarmi nelle spiegazioni tecniche contenute nell'articolo, ho deciso di citarlo perché è indicativo di un certo clima che non posso definire altrimenti che ostile nei confronti di chi tratta il **frenulo** disfunzionale. Indubbiamente Kravitz si è fatto prendere la mano, è vero che ci sono operatori che non hanno la competenza tecnica per operare con il laser in maniera appropriata, è vero che ci sono operatori sanitari che fanno promesse impossibili da mantenere.

In altre parole ci sono bravi medici e medici meno bravi; alcuni di questi ultimi sono molto attivi sui social media e il lavoro di marketing on line fornisce loro una visibilità che compensa le loro notevoli falle tecniche e la cosa infastidisce, così come accade sempre quando la pubblicità ha successo a discapito del merito.

Alla fine della fiera la mia sensazione è che questo articolo volendo gettare l'acqua sporca riesce a buttar via pure il bambino e che nelle tre citazioni bibliografiche Kravitz sia caduto nell'effetto "*Cherry Picking Literature*" di cui sopra. Ho già scritto del PTT e di come per me sia difficile fare una diagnosi differenziale tra il **frenulo** Disfunzionale/Restrittivo e il PTT e di come mi sembri una questione di lana caprina voler distinguere tra i due quando l'unico obiettivo è che la mamma possa allattare meglio.

08. The Journal of Contemporary Dental Practice, Volume X Issue

“Relationship between Breastfeeding Difficulties, Ankyloglossia, and Frenotomy: A Literature Review”

Gleice C Colombari, Matheus R Mariusso, Ludmila TC Ercolin, Sergio Mazzoleni,
Edoardo Stellini, Francesco S Ludovichetti

Cito questo articolo perché è stato scritto da un team basato tra Treviso e Padova e perché esprime l'incertezza che tuttora regna sul tema leggendo la letteratura. Le risultanze dopo aver esaminato più di 500 articoli, averne considerati 138 alla luce dei criteri di esclusione e inseriti solo 16 nella revisione sistematica sono le seguenti:

Results: The literature does not assure that the frenotomy is the “standard conduct” to be adopted in cases of difficulty in breastfeeding and ankyloglossia.

Conclusion: Further studies are needed on the different types of ankyloglossia and their direct influence on the sucking function and lactation difficulties.

Come spesso accade in campo medico le ricerche concludono che *“ulteriori studi sono necessari...”* ed il clinico ed i pazienti si chiedono: *“e nel frattempo che si fa?”*

Questa è la domanda a cui ho cercato di dare una risposta in questo articolo e quindi non ti resta che leggere le conclusioni di pagina 14.

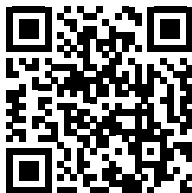


Persone. Storie. Sorrisi.

Per saperne di più o per prenotare una
consulenza, contattaci!

 **041 986661 - 389 8545954**

 **segreteria@hodosortodonzia.it**



 **www.hodosortodonzia.it**

 **Via Torre Belfredo, 73 - 30174 Mestre-Venezia IT**