

Das zu kurze Zungenband

Beurteilung und Begleitung Autorinnen: Márta Guóth-Gumberger, Daniela Karall



Abb. 1: Das anteriore zu kurze Zungenband beginnt an der Zungenspitze und verursacht eine herzförmige Zungenspitze.



Abb. 2: Das posteriore zu kurze Zungenband beginnt weiter hinten an der Zungenunterseite, die Zungenspitze bleibt rund.

Abb. 3: Unter der Schleimhaut verborgenes posteriores zu kurzes Zungenband, Zungenspitze rund

Abb. 4: Die Brust nicht gut erfasst bei zu kurzem Zungenband

Das zu kurze Zungenband taucht in zwei verschiedenen Formen auf: Das anteriore zu kurze Zungenband beginnt an der Zungenspitze und verursacht eine Kerbe oder Herzform der Zungenspitze (Abb. 1). Das posteriore zu kurze Zungenband beginnt weiter hinten an der Zungenunterseite, die Zungenspitze ist daher rund und unauffällig (Abb. 2). Das Zungenband kann unter der Schleimhaut verborgen und nicht sichtbar sein (Abb. 3). All diese Formen können dieselben Einschränkungen der Zungenbeweglichkeit und dieselben Folgeprobleme verursachen, auch Begleitung und Behandlung sind gleich.

Seit 2009 begleiten wir gemeinsam Familien von Babys mit einem zu kurzen Zungenband. Wir sehen relativ selten anteriore zu kurze Zungenbänder und haben den Eindruck, dass diese im deutsch-

sprachigen Raum an vielen Orten früh behandelt werden. Die vielen posterioren zu kurzen Zungenbänder, die wir aus einem großen Umkreis sehen, deuten darauf hin, dass diese im deutschsprachigen Raum in der Regel verkannt und nicht behandelt werden, wenn es auch in anderen Ländern die problematische Situation von zu häufigen Frenotomien ohne sorgfältige Stillberatung mit zu wenig oder nicht angemessener Nachbehandlung geben mag.

Wir möchten das Beurteilungs- und Begleitungskonzept für ein zu kurzes anteriore oder posteriore Zungenband vorstellen, das sich in unserer Zusammenarbeit herauskristallisiert hat.

Als wichtigste Faktoren kombinieren wir für eine Diagnose und die Empfehlung einer Frenotomie folgende Aspekte, **die auf ein zu kurzes Zungenband hinweisen** können:

Folgende Beobachtungen beim Stillen:

- › Stillhäufigkeit von 5–6 ×/Tag oder 12–14 ×/Tag,
- › Schwierigkeiten anzudocken, „Ran-Weg-Verhalten“,
- › nicht effektives Erfassen der Brust (nur wenig Brustgewebe erfasst, die Schläfenmuskulatur bewegt sich nicht, Abb. 4),
- › keine Zeichen von Milchtransfer,
- › nur kurzes, kein ausdauerndes Saugen,
- › insgesamt eine stressige, schwierige Stillsituation.

Typische Beobachtungen an der Brust:

- › Schmerzen der Mamillen,
- › gequetschte Mamillen,
- › Brust nicht weicher nach dem Stillen,
- › Stau, Mastitis, Abszess.

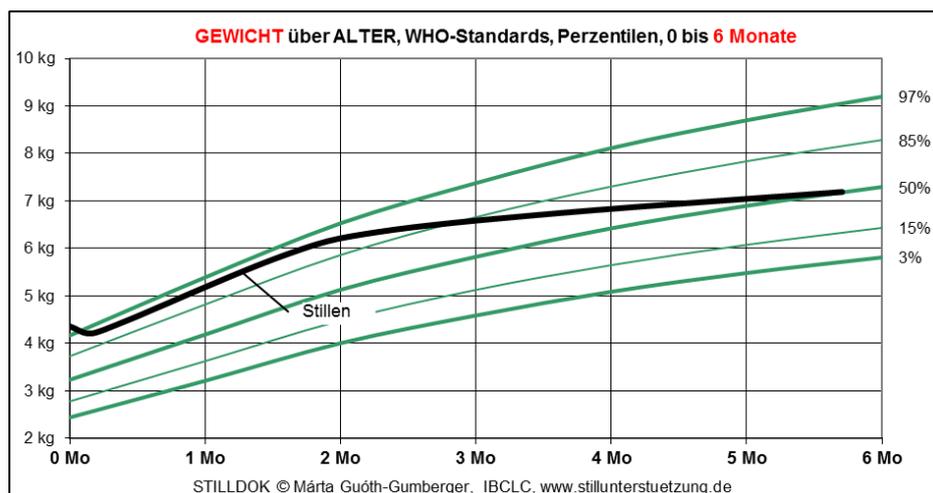


Abb. 5: Gewichtsverlauf zuerst perzentilenparallel wegen reichlicher Milchbildung der Mutter, dann sinkt die Kurve ab, weil die Milchbildung herunterreguliert wird.

Typische Gewichtsverläufe sind:

- › -7% nach der Geburt (normal), dann langsam in den Perzentilen nach unten kreuzend,
- › -7% nach der Geburt (normal), dann entlang einer Perzentile für 4–6 Wochen (normal), dann langsam in den Perzentilen nach unten kreuzend (Abb. 5),
- › -7% nach der Geburt (normal), dann entlang einer Perzentile (normal), ABER Zufütterung per Flasche oder Brusternährungsset,
- › selten: -7% nach der Geburt (normal), dann entlang einer Perzentile (normal) – und trotzdem ein zu kurzes Zungenband.

Die Milchbildung:

- › kommt manchmal nach der Geburt nicht gut in Gang,
- › oder nach der Geburt (endogen) angemessen und wird später herunterreguliert,
- › erfordert manchmal Pumpen, um sie aufzubauen oder aufrechtzuerhalten.

Zufütterung, wenn:

- › überhaupt Zufütterung per Flasche oder Brusternährungsset erforderlich ist,
- › 100% gepumpte Muttermilch per Flasche oder BES gefüttert wird (das bedeutet, dass das Baby nicht in der Lage ist, sich die Milch selbst zu holen).

Auch das Trinken aus der Flasche kann bei nicht gestillten Babys beeinträchtigt sein:

- › Manchmal kann ein Baby mit einem zu kurzen Zungenband angemessen aus der Flasche trinken, weil die Milch leicht läuft.
- › Bei anderen: Eltern kämpfen, damit das Baby genug trinkt,
- › das Baby trinkt am Ende der Mahlzeit schlechter,
- › verliert Milch im Mundwinkel,
- › kann kein Vakuum aufrechterhalten, deswegen kann die Flasche leicht aus dem Mund gezogen werden,
- › der Schnuller kann leicht aus dem Mund gezogen werden.

Essen fester Kost kann beeinträchtigt sein:

- › Manche Babys kommen mit dem Essen auch bei einem zu kurzen Zungenband zurecht.
- › Bei anderen: Essen wird zum Kampf, die Eltern sind besorgt, versuchen zum Essen zu drängen,
- › das Baby isst nur winzige Mengen,
- › würgt,
- › kann Nahrung nicht im Mund behalten,
- › oder kommt auf Dauer nur mit fein püriertem Essen zurecht.

Typisch sind auch folgende **Verhaltensweisen**: das Baby weint sehr viel, ist schwer zu beruhigen, nie zufrieden ODER zurückgezogen, sehr pflegeleicht. Die Eltern haben manchmal das Gefühl, irgendetwas passt nicht.

Wenn ein oder mehrere der oben genannten Punkte beobachtet werden, ist es sinnvoll und notwendig, die Beweglichkeit der **Zunge** zu überprüfen. All diese Punkte können andere Ursachen haben – aber ein zu kurzes Zungenband trägt häufig zu diesen Problemen bei.

Beobachtung der Zunge, Foto- und Videoaufnahmen und deren Auswertung geben Aufschluss über die Zungenbeweglichkeit. Letztere eignen sich auch, um den eigenen Blick zu schulen. Eine weitere Möglichkeit ist eventuell eine Untersuchung mit dem Finger. Der Screeningbogen zur Funktion des Zungenbandes von Alison Hazelbaker (ATLFF, Assessment Tool for the Lingual Frenulum Function) ist eine Möglichkeit, die Zungenfunktion umfassend zu beurteilen. Dabei ist die Funktion der Zunge wichtiger als ihr Aussehen.

Folgende Bewegungen sollte die Zunge ausführen können, um ihre Aufgaben für die Entwicklung – saugen an der Brust, gedeihen, Milchbildung der Mutter aufbauen und erhalten, feste Nahrung essen, die Zähne säubern, Kieferleisten und Gaumen formen, sprechen, schlecken usw. – angemessen erfüllen zu können.

Die erforderliche Zungenbeweglichkeit für eine normale Funktion umfasst:

- › Zunge von einem Mundwinkel zum anderen führen,
- › den Mund weit öffnen können (beim Weinen, Gähnen),
- › dabei die Zunge mit Leichtigkeit mindestens halb hoch führen (am leichtesten beim Weinen zu beobachten; die Beweglichkeit ist eingeschränkt, wenn die Zunge immer flach im Mund liegen bleibt und Grübchen hat, Abb. 6),
- › die Zunge über die Unterlippe strecken,
- › die Zunge beim Hinausstrecken ausbreiten können wie einen Fächer (wichtig beim Stillen),
- › mit einem guten Saugschluss kräftig saugen und das Vakuum aufrechterhalten können,



Abb. 6: Zunge beim Weinen flach im Mund, in der Mitte ein Grübchen, Zungenspitze rund



Abb. 7 Ausgeprägte Saugbläschen, weil die Lippen die Brust zu halten versuchen



Abb. 8: Rutschbahnform der Zunge, Zungenspitze rund

- › eine peristaltische Wellenbewegung durchführen können (dabei ist die Bewegung des Schläfenmuskels sichtbar),
- › ohne den Saugschluss zu verlieren ausdauernd saugen können (ohne schnalzende Geräusche – bei jedem Schnalzgeräusch verliert das Baby den Saugschluss und muss neu ansaugen).

Weitere Hinweise auf eine eingeschränkte Zungenbeweglichkeit können sein:

- › Saugbläschen auf der Lippe (Abb. 7),
- › ungewöhnliche Zungenformen,
- › Rutschbahnform der Zunge (Abb. 8),
- › Zungenbuckel,
- › trapezförmiger Rand,
- › häufiges Aufstoßen,
- › viele Blähungen,
- › Schluckauf,
- › Die Zunge spielt nie außerhalb des Mundes.

Die Entscheidung über Diagnose und Therapieempfehlung ist unter Berücksichtigung aller oben genannten Aspekte und der sozialen Situation immer eine Einzelfallentscheidung. Beispielsweise ist eine Frenotomie zu empfehlen, wenn die Zunge zwei oder mehr der erforderlichen Funktionen nicht ausführen kann UND die Gewichtskurve absinkt ODER 300 ml/Tag oder mehr zugefüttert werden UND/ODER die Brustwarzen schmerzen. Die Diagnose wird bestärkt, wenn mehrere Hinweise beobachtet werden.

Beratung

In einer ausführlichen Stillberatung geht es zunächst um Verbesserung des Stillmanagements, Ausprobieren unterschied-

licher Positionen, wenn nötig, um Zufütterung an der Brust, eventuell Pumpen usw. Das zurückgelehnte Stillen oder das asymmetrische Anlegen mit der Unterlippe zuerst ermöglichen gerade bei Zungenband oft ein günstigeres Saugverhalten, sind aber je nach Anatomie oder Gesamtsituation nicht immer möglich. Bei Hinweisen auf eine eingeschränkte Zungenbeweglichkeit ist eine genauere Untersuchung erforderlich. Es spielt auch eine Rolle, was für die Eltern realistisch machbar ist: Wie weit ist der nächste Arzt, der ein posteriores Zungenband behandelt? Sind Fahrt, evtl. Cranio- oder Osteopathiebehandlung für die Eltern machbar? Sind sie nach einer ausführlichen Beratung dazu bereit? Falls ja, schickt die Stillberaterin eine Zusammenfassung der Informationen mit Gewichtskurve an den Arzt.

Die Beurteilung, Aufklärung und Beratung der Eltern erfordern Zeit, der Eingriff selbst ist sehr kurz. Stillen vorher und nachher ist möglich und erwünscht. Der Kopf muss festgehalten werden, die Zunge wird mit einem sterilen Zungenbandspatel angehoben und das Zungenband darunter gelöst. Die Empfindung ist dabei vergleichbar mit einem Biss in die Wange. Die Babys weinen wegen des Festgehaltenwerdens, die meisten beruhigen sich sehr schnell im Arm oder an der Brust der Mutter. Manche sind einen Tag lang unruhig, manche nicht.

Nachbetreuung

Die Stillberaterin erhält nach dem Eingriff den Arztbrief und betreut die Familie bei weiterem Stillen, Verbesserung der Positionierung, langsamer Reduktion der Zufütterung, Gewichtskontrollen, spielerischen Zungenübungen und

nach Möglichkeit Cranio- oder Osteopathiebehandlung. Die Zusammenarbeit zwischen Stillberaterin und behandelndem Arzt ist die Basis einer guten Begleitung.

Mögliche Verläufe nach Frenotomie

Bei sorgfältiger Stillberatung, Behandlung, anschließend fortgesetzter Stillberatung bei enger Zusammenarbeit von Still- und Laktationsberaterin IBCLC und Ärztin IBCLC kommt es häufig zu sehr erfreulichen Verläufen: Fortführung des Stillens, Umstellung von 100% Ernährung per Flasche auf ausschließliches Stillen, nach länger nicht ausreichender Zunahme angemessenes Gedeihen, Reduzierung der Zufütterungsmenge, verändertes Essverhalten bei fester Kost, angemessenes Trinken an der Flasche. Bei sehr vielen sind diese Veränderungen ausgeprägt, bei wenigen ist nur wenig Verbesserung zu beobachten, vor allem, wenn schwerwiegende andere beeinträchtigende Faktoren vorliegen.

Mögliche Langzeitverläufe ohne Frenotomie

Was geschieht, wenn aus verschiedenen Gründen ein zu kurzes Zungenband nicht oder nicht früh behandelt wird?

Bei einigen wenigen Stillpaaren kann das Stillen fortgeführt werden. Das ist in der Regel der Fall, wenn die Einschränkung der Zungenbeweglichkeit nicht umfassend war, die Mutter veranlagungsbedingt eine sehr reichliche Milchbildung hatte, das Saugen eventuell mit Cranio- oder Osteopathiebehandlung unterstützt wurde, und die Mutter in der Lage war, sehr sehr häufige Stillmahlzeiten in ihr Leben zu integrieren.

Häufig jedoch ist die Folge abstillen, und meist nehmen die Babys zu, weil die künstliche Milchmenge nicht wie Muttermilch beim nicht effektiven Entleeren der Brust „herunterreguliert“ wird. Andere füttern über Monate gepumpte Muttermilch mit der Flasche. Bei anderen ist die Gewichtszunahme über Monate schleichend zu wenig, das Baby gewöhnt sich bedenklich an die knappe Nahrungszufuhr „als Normalzustand“. Wir sahen auch ausgeprägte Gedeihstörungen, deren auslösende Ursache ein zu kurzes Zungenband gepaart mit anderen Faktoren war, ebenso Essstörungen als Sekundärproblem mit langfristigen Folgen, wenn das Baby wegen der Zungenbeweglichkeit auch mit fester Kost Probleme hatte. Manche Kinder werden im Grundschulalter von Logopäden oder Kieferorthopäden wegen Zahnfehlstellungen zur Frenotomie geschickt.

Vorgehen ohne Frenotomie

Wenn aus verschiedenen Gründen bei klarer Diagnose eine Behandlung des zu kurzen Zungenbandes dennoch nicht möglich ist, sind alle anderen Maßnahmen sinnvoll. Kann damit keine angemessene Gewichtszunahme sichergestellt werden, wird künstliche Nahrung unumgänglich sein, um die Langzeitfolgen von mangelnder Gewichtszunahme zu vermeiden.

Der Eingriff, den das zu kurze Zungenband erforderlich macht, und die kurze Beinträchtigung sind im Vergleich zu Nicht-Stillen, dem Schmerz einer Gedeihstörung oder dem psychischen Schmerz, trotz aller Anstrengung nicht satt werden zu können, in die Waagschale zu legen. Offensichtlich ist, dass nicht die Frenotomie allein den Unterschied macht, sondern die Kombination mit einer sorgfältigen Stillberatung vorher und nachher.



Márta Guóth-Gumberger
IBCLC in freier Praxis mit den Schwerpunkten besondere Stillsituationen, zu wenig Milch, zu wenig Gewichtszunahme, zu kurzes Zungenband, Adoption, LKGS und Autorin von Publikationen für Eltern und Fachpersonal.
www.stillunterstuetzung.de



Daniela Karall
Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde, tätig an der Medizinischen Universität Innsbruck, Klinik für Pädiatrie, Habilitation 2004, IBCLC 2006: Schwerpunkte: Medikamente in der Stillzeit, zu kurzes anteriores und posteriores Zungenband



LITERATUR

- › Ballard, J., Auer, C., Khoury, J. (2002). **Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad.** *Pediatrics* 2002;110:e63. DOI: 10.1542/peds.110.5.e63; <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/5/e63>
- › Buryk, M. Bloom, D. Shope, T. (2011). **Efficacy of Neonatal Release of Ankyloglossia: A Randomized Trial.** *Pediatrics* 2011; 128;280; originally published online July 18, 2011; DOI: 10.1542/peds.2011-0077; <http://pediatrics.aappublications.org/content/128/2/280.full.html>
- › Coryllos, E., Watson-Genna, C. Salloum, A.C. (2004). **Congenital Tongue-Tie and its Impact on Breastfeeding.** AAP
- › Dollberg, S., Marom, R., Botzer, E. (2014). **Lingual Frenotomy for Breastfeeding Difficulties: A Prospective Follow-up Study.** *Breastfeeding Medicine*, Volume 9, Number 6, 2014 © Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/bfm.2014.0010
- › Edmunds, J., Hazelbaker, A., Murphy, J., Philipp, B. (2012). **Roundtable Discussion: Tongue-Tie.** *JHL* 2012 28 (1) 14-17
- › Forlenza, G.P., Black, N.M., McNamara, E.G., Sullivan, S.E. (2010). **Ankyloglossia, Exclusive Breastfeeding, and Failure to Thrive.** *Pediatrics* 2010;125:e1500-e1504
- › Furtenbach, M. (2007). **Das Zungenbändchen: die interdisziplinäre Lösung,** Praesens Verlag, Wien 2007
- › Geddes, D., Langton, D., Gollow, I., Jacobs, L., Hartmann, P., Simmer, K. (2008). **Frenulotomy for Breastfeeding Infants With Ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound.** *Pediatrics* 2008;122:e188-e194; originally published online June 23, 2008; DOI: 10.1542/peds.2007-2553; <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/122/1/e188>
- › Guóth-Gumberger, M. (2010). **Case Reports of Tongue Tie in the Private Practice of an IBCLC – Influencing Factors, Problems and Different Outcomes,** VELB-ILCA Conference, Vienna 2010
- › Guóth-Gumberger, M. (2011). **Gewichtverlauf und Stillen.** Mabuse Verlag Frankfurt, p.89-91
- › Guóth-Gumberger, M. (2014). **Was versteht man unter dem posterioren Zungenband?** *Laktation & Stillen* 2014/1
- › Guóth-Gumberger, M. (2014). **What is understood by “posterior tongue tie”?** *ELACTA magazine* 2014/04
- › Hazelbaker, A. (2010). **Tongue-tie, Morphogenesis, Impact, Assessment and Treatment,** Aidan and Eva Press, Columbus, Ohio
- › Hogan, M, Westcott, C., Griffiths, M. (2005). **Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems.** *J. Paediatr. Child Health* (2005) 41, 246-250
- › Karall, D. Springer, S. (2007). **Das zu kurze Zungen- (und Lippen) bändchen in der Kinderheilkunde und Stillberatung,** in: Furtenbach, M. *Das Zungenbändchen: die interdisziplinäre Lösung,* Praesens Verlag, Wien, 2007, p.119-140
- › Mayer, D. (2012). **Frenotomy for breastfed tongue-tied infants: a fresh look at an old procedure.** *AAP News* 2012;33;12. DOI: 10.1542/aapnews.2012331-12; <http://aapnews.aappublications.org/content/33/1/12>
- › Watson Genna C., Coryllos, E. (2008). **Breastfeeding and Tongue-Tie.** *ILCA's Inside Track, a resource for breastfeeding mothers.*
- › Watson-Genna, C. (2012). **Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants,** Jones & Bartlett Learning, Burlington, MA, 2012, p.197-217