

Bewegliche Zunge – gesundes Leben

Katja Rösen Ein zu kurzes Zungenbändchen sollte möglichst früh diagnostiziert und therapiert werden, doch Therapie heißt nicht in erster Linie sofortige Frenotomie. Diese ist ein Baustein in einem Prozess, der unterschiedlich lang sein kann und auch eine unterschiedliche Intensität der Begleittherapie benötigt. Dazu braucht es ein gut informiertes Team, das in engem Austausch steht.

Ankyloglossie oder Frenulum linguae breve ist eine angeborene anatomische Fehlbildung. Die Zungendysfunktion wird durch ein zu kurzes Zungenband verursacht, das durch einen embryologischen Geweberest auf der Mittellinie zwischen der Unterseite der Zunge und dem Mundboden entsteht. In Fachkreisen ist Ankyloglossie mittlerweile weitläufig als Ursache vieler Stillhindernisse und oft als Grund des frühzeitigen Abstillens bekannt.

Das Vorkommen ist familiär gehäuft, die Angaben in der Fachliteratur schwanken zwischen 2 und 25 Prozent. Diese erhebliche Variation lässt sich durch die unterschiedlichen diagnostischen Kriterien erklären. Die tatsächliche Zahl scheint deutlich höher zu

sein, da die meisten Studien nur die direkt augenfälligen zu kurzen Zungenbänder berücksichtigen. Das Verständnis über zusammenhängende Folgen steigt, dennoch wird dringend weitere Aufklärung auch in Bezug auf die Behandlungsstrategie benötigt.

Hinweise, die den Verdacht erhärten

Bekannte prägnante Hinweise sind die möglichen Beeinträchtigungen der Brust und der Mamillen, die sich auch durch ein optimiertes Stillmanagement nicht dauerhaft beheben lassen. Auch Behinderungen der Milchproduktion und des Milchflusses mit Milchstau und Mastitis als Folge des ineffek-

tiven Entleerens der Brust werden deutlich früher gedeutet. Dabei werden nicht nur die Symptome behoben, es wird auch nach der Ursache gesucht.

Weniger bekannte Anzeichen in diesem Zusammenhang können sein: mechanischer Vasospasmus, Milchbelag, der besonders auf dem hinteren Zungenrücken auftritt und in der Regel keine Pilzinfektion ist, ungewöhnliche Zungenform, ausgeprägtes Lippenbläschen, ungenügende Mundöffnung, eingestülpte Lippen, verkürztes Lippenband, Milchverlust aus dem Mundwinkel, Verschlucken, verstärktes Luftschlucken und daraufhin Blähungen, Koliken und luftbedingter Reflux sowie ein unphysiologisches Atemmuster (durch die in-

Katja Rösen



1 Zustand im Alter von vier Jahren ohne Begleittherapie



2 Vor Frenotomie nach myofunktionellen Übungen und Osteopathie. Die Zunge kommt höher

korrekte Zungenruhelage) mit Apnoen. Diese Zusammenhänge sollten einer fachkompetenten Person weitläufig bekannt sein, sie sollte diese deuten und erklären können.

Der schnelle Schnitt als Rettung der Stillbeziehung?

Erfreulicherweise wird seit geraumer Zeit bei Problemen rund um das Stillen das Augenmerk schon vermehrt auf orale Restriktionen gerichtet, nach Ursachen geforscht und dementsprechend frühzeitig gehandelt. Dass allerdings eine zügige Behandlung nicht immer mit der sofortigen Durchtrennung des Zungenbandes allein das beste Ergebnis erzielt, ist weniger bekannt. Worauf es wirklich ankommt, sind der richtige Zeitpunkt im Ablauf für die medizinische Intervention und die Begleitung drum herum.

Die betroffenen Mütter sind frustriert, dass die Lösung der Stillprobleme nach dem Schneiden nicht direkt und in schwerwiegenden Fällen sogar überhaupt nicht eintritt.

Sie fühlen sich oftmals als Rabenmütter, weil sie zugelassen haben, dass ihren Babys diese übergriffige Behandlung angetan wurde. Nicht selten klagen die Mütter nach dem »schnellen Schnitt« nach einer kurzzeitigen Linderung über die gleichen Probleme wie davor. Der Schnitt brachte nicht die erhoffte Erleichterung der Stillbeziehung, es wird abgestillt. Die Frauen sind einerseits frustriert und haben Schuldgefühle, dass sie ihre Babys nicht mit ihrer Milch ernähren können. Andererseits werden mit der Einführung der Flaschenfütterung nur einige Symptome beseitigt, doch das Grundproblem der nicht ausreichend beweglichen Zunge und der inkorrekten Zungenruhelage wird nur kurzzeitig umgangen.

Warum es ein kompetentes Team braucht

Ein Teil dieser Frauen begibt sich in letzter Hoffnung auf eine glückliche Stillbeziehung zu einer der wenigen fachversierten Stillbera-

terinnen. Hier werden dann Babys vorgestellt mit entweder nur gelöstem anterioren Anteil des Bändchens, mit einem zwar vollständig gelösten, aber wieder mit dem Mundboden verklebten Zungenband oder einer »gelösten« Zunge, die sich trotzdem nicht frei und optimal bewegen kann, da zum Beispiel die Kompensationsmuster noch stark überwiegen.

Die Stillenden wurden in so einem Fall ohne fachkundige Stillbegleitung, vorbereitende Körperarbeit oder begutachtende und therapierende Logopädie an einen Arzt überwiesen, der im schlimmsten Fall nur einen Teil des Bändchens durchgetrennt und den posterioren Anteil des Frenulums stehen gelassen hat. Ebenso fehlte die Unterstützung in der Nachbehandlung.

In Wirklichkeit sollten Vorbereitung und Nachbehandlung interdisziplinär stattfinden. Eine Störung im orofazialen Bereich muss ganzheitlich betrachtet und behandelt werden. Neben der manuellen Untersuchung des Mundbereichs mit Erfassen der Zungen- und Lippenfunktion durch Screenings sind

Kajja Rösen



3 Zwei Tage nach Frenotomie



4 Drei Wochen nach Frenotomie und Begleittherapie



5 Sechs Wochen nach Frenotomie und Begleittherapie



6 Zustand nach Reattachment nach erster unvollständiger Frenotomie ohne Begleittherapie (Alter 16 Monate)



7 Zehn Tage nach der zweiten Frenotomie



8 Direkt nach Frenotomie

eine gründliche Anamnese der Dyade und eine Zusammenarbeit im Team unentbehrlich.

Jedes anterior ansetzende Zungenband hat einen posterioren Zungenbandanteil, der bei der Trennung mitbedacht werden sollte. Um zu verstehen, dass die eigentliche Ursache der Problematik typischerweise am posterioren Anteil liegt, also an dem Bereich der Zunge, der beim Blick in den Mund nicht eindeutig beurteilbar ist, sind Kenntnisse über die Zusammenhänge und die Bewegungsabläufe des komplexen Stillvorgangs notwendig.

Von großer Bedeutung ist das Vakuum bei der Milchentleerung der Brust. Diese hält der Säugling mit dem vorderen Anteil der Zunge fest, sie folgt seinem Unterkiefer in Auf- und Abwärtsbewegungen. Die Lippen helfen dabei, den Mund gegen die Brust abzudichten.

Die Zunge muss dafür die Fähigkeit besitzen, einen löffelförmigen Verschluss um die Mamille zu legen und sie an den hinteren Teil des harten Gaumens zu drücken. Um Kompression und wellenförmige Bewegungen in Abwechslung auszuüben, muss sich gleichzeitig der mittlere und der hintere Teil der Zunge frei heben und senken können. Nur so kann effektiv Milch aus der Brust entnommen werden.

Da dieses konkrete Wissen zum Stillen im Medizinstudium nur am Rande behandelt wird, ist es von Vorteil für die Frenotomie, einen fachkundigen Arzt zu finden, der sich in diesem Bereich speziell fortgebildet hat und nach internationalem Standard den minimal invasiven Eingriff mit Schere oder Laser auch ohne Vollnarkose in jedem Alter vornehmen kann. Vor allem sollte er in einem Team zusammen mit der Stillberatung und den anderen Therapeuten den Prozess begleiten, in dem die Frenotomie nur ein Baustein ist.

In der Stillberatung gilt es, den aktuellen Zustand der Dyade im Stillmanagement mit Anlegeposition, Pumpstillen, Aufrechterhaltung der Milchmenge und stillfreundlichem Zufüttern zu optimieren und auch seelische Unterstützung zu geben. Ebenso ist es wichtig, die Mutter gründlich über eine mögliche Frenotomie aufzuklären – mit allen Herausforderungen wie dem Schmerz- und Wundmanagement. Die Beraterin muss auch die Wichtigkeit der Therapie im Netzwerk klarmachen, bei der Suche adäquater Fachleute behilflich sein oder direkt Kontakte herstellen.

Erfolg in vielen komplexen Schritten

Das aktive Wundmanagement ist von großer Bedeutung. Es soll der primären Wundheilung vorbeugen, um das sogenannte Reattachment zu verhindern. Bei der primären Wundheilung heilen beide Seiten des Einschnittes zusammen und versuchen, das ursprüngliche Erscheinungsbild des Gewebes wiederherzustellen. Diese Art der Wundbehandlung soll beiden Wundrändern separate und unabhängige Heilung ermöglichen, um die volle Beweglichkeit und Funktionalität ausschöpfen zu können.

In die Begleitung sollte auch die Einführung der »Dehnübungen« eingebunden werden, die die sekundäre Wundheilung in der Nachbehandlung begünstigen sollen. Über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen muss das Dehnen direkt nach der Frenotomie vier- bis sechsmal täglich in den Tagesablauf eingebaut werden, es sollte mit entspannender und gleichwohl muskelstärkender Gesichtsmassage unterbaut werden. Es ist unabdingbar, die Eltern schon möglichst in der Vorbereitungszeit an diese Art der unterstützenden Therapie heranzuführen. So erlangen sie früh Sicherheit und Geschicklichkeit im Umgang mit Mund und Gesicht ihres Babys. Das vermittelt den kleinen Wesen Vertrauen, und sie können sich leichter darauf einlassen.

Der Körper würde in seinen ganzheitlichen Kompensationsmechanismen bleiben, wenn diese nicht unterstützend abgebaut und in ihrer Funktion umstrukturiert würden. Die Muster korrigieren sich in den meisten Fällen nicht von selbst, sie müssen reorganisiert werden. Dafür braucht es spezialisierte Körpertherapie für diese Altersgruppe.

Ein sehr wichtiges Ziel der Therapie besteht ebenfalls darin, Blockaden zu lösen und die Zungenruhelage am Gaumendach mit einem Lippenschluss zu erreichen. Wie sehr die Problematik der oralen Dysfunktion ganzheitlich die Muskelspannung beeinflusst hat, wird in der Osteopathie von einer fachversierten Person genau betrachtet und daraufhin behandelt. Dazu gehört auch das Training der Bauchlage.

In der Logopädie wird parallel die Funktion des Zungenrückens gestärkt sowie stabilisiert und der Weg geebnet für die Zungenruhelage am Gaumen und das physiologische Saug- und Schluckmuster. Die Prozedur beginnt je nach Befund vorbereitend einige Termine vor der Bändchendurchtrennung und wird danach zusätzlich zu den anderen Therapien mit dem aktiven Wundmanagement unterstützt.

In diesem komplexen Prozess, der unterschiedlich lang sein kann und unterschiedliche Intensität der Begleittherapie benötigt, ist die Frenotomie nur ein Baustein. Das Frenulum linguae breve sollte möglichst früh diagnostiziert und therapiert werden. Säuglinge und ihre Eltern profitieren von einem gut informierten Team, das sich koordiniert und in engem Austausch steht.

Quellen

- Baxter R: Tongue Tied. Alabama Tongue-Tie Centre, 1. Aufl. 2018
- Baxter R: Don't get that tongue-tie clipped or snipped ... Get a full release instead. <https://tonguetieal.com/get-a-full-release/>
- Elad D: Biomchanics of milk extraction during breastfeeding. <https://blog.pnas.org/2014/04/the-mechanics-of-breastfeeding/>
- Ghaheer B et al.: Breastfeeding Improvement Following Tongue-Tie and Lip-Tie Release: A Prospective Cohort Study. *Laryngoscope* 2017; 127: 1217–1223
- Huang Y et al.: Short Lingual Frenulum and Obstructive Sleep Apnea in Children. *Int J Pediatr Res* 2015; 1: 003
- Kotlow, L: Tethered oral tissues as a differential diagnostic tool in infants and toddlers presenting with obstructive sleep apnoea and air induced reflux. *AMJ* 2019; 12: 131–137
- Kotlow, L: The significance of tongue and lip ties and why you should consider correcting them. www.kiddsteeth.com/assets/pdfs/articles/ttfactsheet.pdf
- Kotlow L: Infant Reflux and Aerophagia Associated with the Maxillary Lip-tie and Ankyloglossia (Tongue-tie). www.kiddsteeth.com/assets/pdfs/articles/aerophagia_2011.pdf
- Martinelli R, Marchesan I et al.: Histological Characteristics of Altered Human Lingual Frenulum. *Int J Pediatr Child Health* 2014; 2: 5–9
- Moghtader D: Trennung von Zungenbändchen und Lippenbändchen. <https://oppenheim-zahnarzt.de/zungen-lippenbandtrennung/>

Katja Rösen, Fachkinderkrankenschwester,

Still- und Laktationsberaterin IBCLC und Mutter von zwei von Ankyloglossie betroffenen Söhnen.

Kontakt: stillberatung@katja-roesen.de

Rösen K: Bewegliche Zunge – gesundes Leben. *Hebammenforum* 10/2019; 20: 1095–1098