Evaluierung von Stillproblemen bei einem Zungenbändchen

Sara-Maria Simon

Misserfolg beim Stillen stellt ein häufiges Problem auf Wochenstationen dar. Die Rolle eines Zungenbändchens bzw. einer Ankyloglossie als Stillhindernis wird in der wissenschaftlichen Literatur und im klinischen Alltag kontrovers diskutiert. Eine richtige Diagnose und zeitnahe Therapie können Müttern und Neugeborenen größere Stillprobleme ersparen. Daher sollte dieses relevante und behandelbare Stillhindernis in den Geburtskliniken und pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen berücksichtigt werden.

Grundlagen zur Ankyloglossie und zum Stillen

Definition Ankyloglossie

Ein Zungenbändchen (Frenulum linguae) spannt sich als dünnes, teilweise auch fibröses Band zwischen Mundboden und Zungengrund (► **Abb. 1**). Bei einer Ankyloglossie handelt es sich um eine angeborene Entwicklungsstörung der Zunge. Dabei wird die Zunge durch ein zu kurzes oder zu straffes Zungenbändchen am Mundboden fixiert. Dieses restriktive Zungenbändchen setzt häufig zu weit vorne an der Zungenspitze und an der Zahnleiste an [1].

Des Weiteren gibt es auch dorsale Zungenbändchen, die bei der Inspektion wenig auffällig erscheinen. Bei der Palpation können sich diese jedoch als verdicktes oder submuköses Frenulum darstellen, das die Beweglichkeit an der Basis der Zunge behindert. Die posteriore Form ist dadurch schwieriger zu diagnostizieren [1,2].

Nach der rein morphologischen Bewertung eines restriktiven Zungenbändchens sollten auch funktionelle Kriterien berücksichtigt werden, die ein erfahrener Untersucher anhand der eingeschränkten Mobilität der Zunge erkennt [3].

Merke

Bei der Inspektion des Mundes sieht man immer einen Zungenbändchenrest, im medizinischen Alltagsgebrauch ist mit dem Begriff „Zungenbändchen“ jedoch häufig bereits das „restriktive Zungenbändchen“ gemeint.

PRAXIS

Woran erkenne ich ein auffälliges Zungenbändchen?

- leichte Kerbe an der Zungenspitze oder herzförmige Zungenspitze
- kranialer Ansatz des Frenulums an oder nahe der Zungenspitze
- kaudaler Ansatz des Frenulums an oder auf der unteren Zahnleiste

Embryologie

Die Zungenentwicklung findet zwischen der 4. und der 8. Schwangerschaftswoche statt. Initial ist die Zunge fest mit dem Mundboden verwachsen. Während der Ablösung des vorderen Teils der Zunge vom Mundboden bleibt das Zungenbändchen als einziges Überbleibsel der ursprünglichen Anheftung in der Mittellinie an der Unterseite der Zunge bestehen. Störungen in dieser Phase der Apoptose verursachen ein restriktives Zungenbändchen oder eine Ankyloglossie [4].

ABKÜRZUNGEN

ATLFF	Assessment Tool for Lingual Frenulum Function
BMI	Body Mass Index
WHO	World Health Organization

► **Abb. 1** Erscheinungsbild einer Ankyloglossie beim Säugling.

FALLBEISPIEL

Fall 1

Ein weibliches Neugeborenes (40 + 2 T SSW) wird spontan entbunden und direkt in den ersten Lebensstunden angelegt. Die Mutter, eine 24-jährige Erstgravida, berichtet am 2. Lebenstag von Stillproblemen. Das Kind nehme die Brustwarze nicht gut und rutsche beim Trinken immer wieder ab. Der Mutter sei außerdem ein lautes Schnalzen beim Saugen aufgefallen. In der Stillberatung fällt auf, dass das Kind die Zunge nicht über die Unterlippe hinausstrecken kann und die peristaltische Welle beim Saugen hinter der Zungenspitze abflacht. Die Verdachtsdiagnose lautet Ankyloglossie.

Das Neugeborene wird daher zur Mitbeurteilung in die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie überwiesen. Dort wird das Frenulum problemlos durchtrennt. Direkt im Anschluss wird das Neugeborene erneut angelegt. Das Stillen funktioniert nun deutlich besser. Die Mutter berichtet, dass die Brust besser stimuliert werde und ist erleichtert, den kurzen und einfachen Eingriff durchführen lassen zu haben.

Risikofaktoren des Stillens

Da das Stillen zahlreiche gesundheitliche Vorteile für Mutter und Säugling bietet, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) allen Müttern das ausschließliche Stillen ihrer Kinder in den ersten 6 Lebensmonaten [5]. Nach einer initialen Stillquote von 85–87% werden die Empfehlungen der WHO aktuell jedoch nur in 11–40% [6, 7] umgesetzt. Dem frühzeitigen Abrechen des Stillens gehen meistens Stillschwierigkeiten voraus.

Eine unzureichende Milchaufnahme ist der häufigste Grund für ein frühzeitiges Beenden des Stillens. Sehr selten ist eine unzureichende mütterliche Milchproduktion die tatsächliche Ursache dafür, z. B. aufgrund von mütterlichen Erkrankungen, endokrinen Störungen oder laktationshemmenden Medikamenten [8, 9]. Viel häufiger entsteht der mangelhafte Milchtransfer jedoch durch ein gestörtes Saugverhalten des Säuglings, z. B. bei einem schlechten Andocken oder Schläfrigkeit des Säuglings in den ersten Tagen. Der unzurei-

chende Milchtransfer hat einen Circulus vitiosus zur Folge, wobei die fehlende Energiezufuhr zu einem reduzierten Trinkverhalten und letztlich auch zu einem reduzierten Milchtransfer führt [10].

Schmerzen an Brust und Brustwarzen sind der zweithäufigste Grund für ein vorzeitiges Abstillen. Ein unzureichendes Andocken des Säuglings zu Beginn des Stillens verursacht vielfach wundte Brustwarzen mit Einblutungen, Rhagaden oder Blasen, was oft durch ungünstige Stillpositionen, ungenügende Mundöffnung des Kindes oder das Hinauszögern von Stillmahlzeiten begünstigt wird. Orale Fehlbildungen, wie z. B. Spaltbildungen (Lippe und/oder Kiefer und/oder Gaumen) oder eine Ankyloglossie bei den Säuglingen sind eine weitere Ursache für wundte Brustwarzen [11, 12].

Merke

Häufig entstehen Stillprobleme und Schmerzen an Brust und Brustwarzen durch ein ungenügendes Saugverhalten des Säuglings.

Weitere relevante prognostische Faktoren des Still Erfolgs sind eine fehlende Still erfahrung, Untergewicht oder Frühgeburtlichkeit des Säuglings sowie ein Kaiserschnitt statt einer Spontangeburt, wie u. a. Ergebnisse einer multivariaten Analyse des Freiburger Geburtenkollektivs von 2014–2015 zeigten [13]. Ein erfolgreiches Stillen kann durch weitere Variablen wie z. B. eine lange Geburtsdauer > 14 Stunden, frühes Zufüttern, Verwendung von Flaschenkost und Schnullern, flache oder eingezogene Brustwarzenformen, mütterliches Übergewicht (BMI > 27 kg/m²) oder Zweifel an der Milchmenge negativ beeinflusst werden [10, 14].

Saugmechanismus

Merke

Das erfolgreiche Stillen basiert auf einem komplexen Zusammenspiel von Mutter und Kind, sowie der korrekten kindlichen Koordination von Saugen, Schlucken und Atmen.

Eine erstgebärende Mutter muss die korrekte Anlegetechnik beim Stillen zunächst lernen. Hingegen wird dem Neugeborenen die instinktive Nahrungsaufnahme durch frühkindliche Reflexe erleichtert. Durch eine Stimulation der Mundregion wird der „Suchreflex“ ausgelöst. Daraufhin dreht der Säugling den Kopf in Richtung der Berührung und öffnet gleichzeitig den Mund, um an die Brust anzudocken. Durch die Berührung des Gaumens wird der „Saugreflex“ initiiert. Er ermöglicht zusammen mit dem „Schluckreflex“ die erfolgreiche Nahrungsaufnahme an der Brust [15].

Ein nutritives Saugen besteht aus einem rhythmischen Wechsel zwischen Saugen und Auspressen der Brustwarze. Dabei wird die Brustwarze vollständig mitsamt Warzenvorhof in die Mundhöhle aufgenommen. Der Zunge kommt dabei eine besondere Bedeutung während des Saugmechanismus zu. Sie muss während des Sagens folgende Bewegungen ausführen:

- eine Vorwärtsbewegung,
- die Ausbreitung in seitlicher Richtung,
- das Verdünnen der Zungenspitze vor der Bildung des Saugschlusses um die Brustwarze,
- das Anheben der Zungenspitze,
- eine Wellenbewegung in Richtung Rachen.

Gleichzeitig werden der Unterkiefer angehoben und die Milchgänge komprimiert. Dabei findet eine „Melkdruckbewegung“ statt, d. h. die Brustwarze wird gegen den harten Gaumen gepresst und dadurch Milch ausgedrückt, die sich im Mund-Rachen-Raum sammelt. Zur Auslösung des Schluckreflexes wird der hintere Teil der Zunge gegen den weichen Gaumen gedrückt, wodurch sich die Gaumensegel heben und die Nasen-Rachen-Höhle abdichten. Zuletzt sinkt der hintere Teil der Zunge ab, wodurch ein Vakuum erzeugt wird. Dieses bewirkt zum einen, dass sich die Brustwarze erneut mit Milch füllt, außerdem wird sie dadurch weiter in die Mundhöhle gezogen [15].

Merke

Eine eingeschränkte Zungenbeweglichkeit, z. B. durch eine Ankyloglossie, kann zu einem gestörten Saugmechanismus und zu Stillproblemen führen.

Ankyloglossie als Stillrisiko

Ein straffes, kurzes Zungenbändchen wird mit folgenden funktionellen Stillproblemen assoziiert [16]:

- mütterliche Brustwarzendefekte,
- Brustschmerzen,
- geringer Milchfluss,
- Gedeihstörungen,
- Verweigerung der mütterlichen Brust.

Merke

Als wesentlicher Mechanismus für Stillprobleme bei Ankyloglossie gilt ein unzureichendes Andocken an der Brust [17, 18].

Neugeborene mit einer Ankyloglossie und eingeschränkter Zungenmobilität sind nicht in der Lage, einen ausreichenden Saugschluss zu bilden. Um beim Stillen die Brust im Mund zu halten, wird somit der eigene Kiefer und das Wangenfettpolster genutzt [16]. Dies kann zu starken Schmerzen und Verletzungen der Brustwarzen führen. Die eingeschränkte Vorwärtsbewegung der Zunge beeinträchtigt den Start der peristaltischen Welle. Um ein Vakuum herzustellen, wird

häufig die Unterlippe eingezogen. Schnalzgeräusche und ein häufiges Loslassen deuten auf ein unvollständiges Vakuum hin.

Da Brustwarze und Brustwarzenhof nicht vollständig eingesaugt werden können, wird die Melkdruckbewegung auf die Milchgänge behindert [19]. Daraus folgen wiederum ein mangelhafter Milchtransfer und ggf. ein daraus resultierender Gewichtsverlust des Säuglings [17]. Außerdem kann ein Milchstau entstehen, wenn die Brust nicht vollständig entleert oder nicht optimal stimuliert wird, sodass keine ausreichende Milchmenge produziert werden kann. Folge davon können ausgedehnte Stillzeiten sowie eine häufige Umstellung auf Flaschenernährung sein [19].

Merke

Hinweise auf einen gestörten Saugmechanismus finden sich bei einer Ankyloglossie durch ein starkes Zusammenpressen des Kiefers, Einziehen der Unterlippe, Schnalzgeräusche beim Saugen oder ein häufiges Loslassen der Brust.

Epidemiologie von Ankyloglossie und Stillproblemen

In der wissenschaftlichen Literatur variiert die Inzidenz von Ankyloglossie zwischen 1 und 15% [16]. Die breite Streuung kann durch das Fehlen diagnostischer Standards sowie einer einheitlichen Definition der Ankyloglossie erklärt werden. Männliche Neugeborene sind häufiger betroffen, wie das Geschlechterverhältnis von 1,5:1 bis 2,6:1 in entsprechenden Studien zeigt [17, 18].

Auch die Inzidenz von Stillproblemen bei Säuglingen mit Ankyloglossie schwankt zwischen 25 und 80% [18, 20]. Im Freiburger Geburtenkollektiv traten zwischen 2014 und 2015 bei etwas mehr als der Hälfte aller Neugeborenen mit restriktivem Zungenbändchen (55%) Stillprobleme auf, signifikant häufiger als bei Neugeborenen ohne restriktives Zungenbändchen, deren Mütter nur in 42% Stillprobleme angaben [13].

Merke

Insbesondere schwere Stillprobleme sind bei Ankyloglossie mit 29% signifikant häufiger als bei einem „normalen“ Zungenbändchen (14%) [13].

Diagnostik

Klassifikation der Ankyloglossie: das „Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function“ (ATLFF) als Screeningtool

Die objektive Bewertung des Zungenbändchens kann mithilfe des „Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function“ (ATLFF) durchgeführt werden. Das Tool wurde von Alison Hazelbaker 1993 entwickelt und bewertet neben Kriterien zum Erscheinungsbild von Zunge und Zungenbändchen auch die Funktion der Zungenbeweglichkeit. Jede Untereinheit des Scores wird mit 0 bis 2 Punkte bewertet, wobei maximal 10 Punkte für ein unauffälliges Erscheinungsbild sowie 14 Punkte für eine perfekte Funktion der Zungenbeweglichkeit vergeben werden können [21] (► Abb. 2).

Nachfolgend werden die Untereinheiten des ATLFF-Scores mit der zugehörigen Untersuchungstechnik erklärt.

Erscheinungsbild

Das Erscheinungsbild wird durch das Anheben der Zunge mit einer Hohlsonde untersucht (► Abb. 3). Dabei untersucht man die Form der Zungenspitze, die Länge und Elastizität des Zungenbändchens bei angehobener Zunge. Außerdem wird der Ansatz des Zungenbändchens an der unteren Zahnleiste und der Zunge bewertet.

Funktion

- **Lateralisation (Seitbewegung der Zunge):** Der „transversale Zungenreflex“ wird ausgelöst, indem der Finger des Untersuchers entlang der Zahnleiste bis an die lateralen Zungenränder streicht. Die Zungenspitze folgt dadurch dem Finger nach rechts und links. Auf diese Weise kann die Seitbewegung der Zunge beurteilt werden.
- **Anheben der Zunge:** Dies kann zum einen beim schreienden Neugeborenen oder durch ein vorsichtiges Hochdrücken der Zunge mit dem Finger bei geöffnetem Mund beobachtet werden.
- **Extension (Herausstrecken der Zunge):** Streicht man die Unterlippe vertikal in Richtung Kinn aus, wird ein „Extensionsreflex“ ausgelöst. So kann das Herausstrecken der Zunge erfasst werden.
- **Ausbreitung der Zunge:** Dieser Parameter beschreibt, wie sich die Zunge zu Beginn des Saugschlusses gleichmäßig verdünnt und nach vorne ausbreitet.
- **Saugschluss und Peristaltik:** Durch die Berührung der Lippen in einer Auf- und Abwärtsbewegung wird der „Suchreflex“ ausgelöst. Das Neugeborene öffnet daraufhin den Mund, eine Berührung des Gaumens mit dem kleinen Finger löst den „Saugreflex“ aus.

Dadurch werden gleichzeitig Saugschluss und Peristaltik beurteilt.

- Beim Item Saugschluss wird beschrieben, wie eng sich die Zunge um den Finger legt.
- Für die Peristaltik wird die Wellenbewegung der Zunge, die von der Zungenspitze ausgeht, bewertet.

- **Zurückschnalzen der Zunge:** Ein unfreiwilliges Zurückziehen der Zunge während des Saugens erzeugt schnalzende Geräusche. Diese werden während des Saugens und durch zusätzliches Befragen der Mutter beurteilt.

Merke

Fast alle Parameter des ATLFF-Funktion-Scores sind auch Teil des korrekten Saugmechanismus eines Säuglings.

Therapie

Der natürliche Verlauf eines unbehandelten Zungenbändchens ist umstritten. Manche Autoren vermuten, dass dieses durch eine zunehmende Dehnung und Beanspruchung wachsen könne [22]. Andere, wie A. Hazelbaker, nehmen an, dass sich das Zungenbändchen zwar proportional zum Zungenwachstum verlängere, die Restriktion der Zunge jedoch immer persistiere [21].

FALLBEISPIEL

Fall 2

Ein männliches Neugeborenes (38 + 3 T SSW) kommt per primärer Sectio auf die Welt. Am 4. Lebenstag berichtet die 32-jährige Zweitgravida von Stillproblemen. Sie habe starke Schmerzen und bereits blutige Brustwarzen. Obwohl sie ihr erstes Kind erfolgreich gestillt habe, überlege sie, abzustillen, da sie die Schmerzen kaum aushalte. In der Untersuchung der Mundhöhle im Rahmen der U2 fällt auf, dass die Zungenspitze auffällig herzförmig ist und das Neugeborene beim Saugen vermehrt den Kiefer zusammenpresst. Die Verdachtsdiagnose lautet Ankyloglossie.

Das Neugeborene wird zur Mitbeurteilung in die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie überwiesen. Dort wird das Frenulum durchtrennt. In den Tagen danach zeigt sich eine Besserung der wunden Brustwarzen, und die Mutter berichtet über deutlich geringere Schmerzen beim Stillen.

Screeningbogen zur Funktion des Zungenbandes (ATLFF – Assessment Tool for Lingual Frenulum Function) © Alison K. Hazelbaker 2017		Name der Mutter: _____ Name des Babys: _____ Alter des Babys: _____ Datum der Untersuchung: _____
KRITERIEN ZUR FUNKTION		
Lateralisation 2 vollständig 1 Zungenkörper, aber nicht die Zungenspitze 0 keine Anheben der Zunge 2 Zungenspitze bis zur halben Höhe des Mundes 1 nur die Ränder bis zur halben Höhe des Mundes 0 Zungenspitze bleibt bei der Oberkante der unteren Zahnleiste ODER Zungenspitze geht nur beim Schließen der Kiefer nach oben UND/ODER Grübchen in der Zungenmitte Herausstrecken der Zunge 2 Zungenspitze über der Unterlippe 1 Zungenspitze nur über der unteren Zahnleiste 0 keiner dieser ODER Buckelbildung der vorderen Zunge oder der Zungenmitte UND/ODER Grübchen Die Zunge breitet sich nach vorne aus und wird dünn 2 vollständig 1 mäßig ODER teilweise 0 kaum ODER gar nicht	Saugschluss 2 starker Saugschluss, Zunge umschließt mit ganzem Zungenrand 1 Zunge hält nur mit den seitlichen Zungenrändern ODER mäßiger Saugschluss 0 schwacher ODER kein Saugschluss Peristaltik 2 vollständig von vorne nach hinten, beginnend an der Zungenspitze 1 schwache Peristaltik ODER Peristaltik beginnt hinter der Zungenspitze 0 keine ODER Peristaltik in umgekehrter Richtung Zurückschnalzen der Zunge 2 nie 1 ab und zu 0 häufig ODER bei jeder Saugbewegung	BEHANDLUNGSEMPFEHLUNG ANHAND DER PUNKTZAHL 14 Perfekte Funktion, unabhängig von der Punktzahl für das Erscheinungsbild. Kein chirurgischer Eingriff empfohlen. 11 Akzeptable Funktion nur, wenn die Punktzahl für das Erscheinungsbild ≥ 8 ist. <11 Die Punktzahl für die Funktion weist darauf hin, dass die Funktion eingeschränkt ist. Frenotomie kommt in Frage, wenn das Management das Problem nicht löst. Frenotomie ist erforderlich, wenn die Punktzahl für das Erscheinungsbild < 8 ist.
KRITERIEN ZUM ERSCHEINUNGSBILD		
Erscheinungsbild der Zunge, wenn angehoben 2 rund ODER eckig 1 leichte Kerbe an der Zungenspitze zu sehen 0 herzförmige Zungenspitze Länge des Zungenbandes bei angehobener Zunge 2 länger als 1 cm ODER Zungenband fehlt 1 1 cm lang 0 kürzer als 1 cm Ansatz des Zungenbandes an der unteren Zahnleiste 2 am Mundboden ODER deutlich unter der Oberkante der Zahnleiste (deutlich unter dem Alveolarkamm) 1 direkt unter der Oberkante der Zahnleiste 0 an der Oberkante der Zahnleiste	Elastizität des Zungenbandes 2 sehr elastisch (ausgezeichnet) 1 mäßig elastisch 0 wenig ODER überhaupt nicht elastisch Ansatz des Zungenbandes an der Zunge beansprucht 2 weniger als 50% der Mittellinie der Zungenunterseite 1 50-75% der Mittellinie der Zungenunterseite 0 75-100% der Mittellinie der Zungenunterseite	
PUNKTZAHL Punktzahl Funktion: _____ Punktzahl Erscheinungsbild: _____ Kombinierte Punktzahl: _____ / _____		

Übersetzung: Márta Guóth-Gumberger, IBCLC; Rückübersetzung: Elizabeth Hormann, IBCLC; genehmigt: Dr. Alison Hazelbaker, 2015

► **Abb. 2** Screeningbogen zur Funktion des Zungenbändchens. (ATLFF – Assessment Tool for Lingual Frenulum Function) © Alison K. Hazelbaker 2014. Übersetzung: Márta Guóth-Gumberger, IBCLC; Rückübersetzung: Elizabeth Hormann, IBCLC; genehmigt: Dr. Alison Hazelbaker, 2015 [rerif]

► **Abb. 3** Kriterien des ATLFF-Scores („Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function“) zum Erscheinungsbild der Zunge. **a** Untersuchung des Zungenbändchens mit einer Hohlsonde, Darstellung der Länge des Zungenbändchens. **b** Form der Zungenspitze: Zungenspitze mit Kerbe. **c** Herzförmige Zungenspitze.

Operative Verfahren

Stillprobleme im Säuglingsalter, später auch Artikulationsprobleme sowie mechanische oder soziale Probleme können Indikationen für eine operative Therapie sein [22].

Merke

Eine operative Therapie der Ankyloglossie soll die Zungenbeweglichkeit verbessern.

Am häufigsten wird bei Säuglingen eine Frenulotomie oder Frenotomie, d. h. die Durchtrennung des dünnen, membranösen Zungenbändchens angewandt (s. ► **Abb. 4a** sowie **Fallbeispiel 1 u. 2**). In der Regel wird diese Methode ohne Lokalanästhesie durchgeführt. Dabei wird das Zungenbändchen mithilfe einer sterilen Schere durchtrennt, sie kann jedoch auch durch eine Laserablation durchgeführt werden [17, 22, 23].

Eine weitere operative Methode ist die Frenuloplastie (s. ► **Abb. 4b**). Diese umfasst die vertikale oder horizontale Durchtrennung des Zungenbändchens mit anschließender plastischer Rekonstruktion der betroffenen Strukturen. Diese Methode wird unter Allgemeinanästhesie und vorrangig bei älteren Kindern oder komplexen Fehlbildungen angewandt [24].

► **Abb. 4** Operative Techniken zur Durchtrennung des Zungenbändchens. **a** Frenulotomie. **b** Frenuloplastie.

Komplikationen, wie minimale und kurze Blutungen, treten laut Studienergebnissen selten bei den Eingriffen auf [25]. Auch Schmerzen, Begleitverletzungen oder Rezidive mit der Notwendigkeit für Reoperationen sind sehr selten [12, 20, 26, 27].

Merke

Trotz des schnellen, einfach erscheinenden Eingriffs und der geringen Komplikationsrate sollte eine Frenulotomie von qualifizierten Ärzten, z. B. Mund-Kiefer-GesichtschirurgenInnen oder HNO-ÄrztInnen, durchgeführt werden.

Studienlage

Die Effizienz sowie die Indikationsstellung einer Operation bei einer Ankyloglossie sind wissenschaftlich weiterhin umstritten. Der Großteil der Untersuchungen, darunter auch randomisiert-kontrollierte Studien, die mögliche Outcomes bezüglich einer Verbesserung der Stilldauer, -qualität oder Zungenmobilität erforschten, wurden mit einem „ungenügenden Evidenzgrad“ bewertet. Mit einem „niedrigen Evidenzgrad“ wurden lediglich der positive Effekt einer Operation auf Brustschmerzen und Stillerfolg ausgezeichnet [1]. Unklar bleiben langfristige Folgen und der Einfluss auf objektive Outcomes, z. B. auf Stillskalen [28]. Somit besteht für den positiven Effekt einer Frenulotomie aufgrund bedeutsamer Limitation der Studien bisher maximal ein „niedriger Evidenzgrad“. Aus diesem Grund werden weitere größere Studien sowie klare Diagnostikkriterien gefordert, um eine eindeutige Empfehlung auszusprechen [1, 24, 29].

Unserer Erfahrung nach profitieren diejenigen Neugeborenen mit restriktivem Zungenbändchen mit einem niedrigen ATLFF-Funktions-Score sowie signifikanten Stillproblemen von einer frühzeitigen Frenulotomie. Diese Neugeborenen hatten im Follow-up nach ca. 14

Tagen signifikant weniger Stillprobleme als diejenigen, bei denen keine Frenulotomie durchgeführt wurde. Diejenigen Neugeborenen mit Ankyloglossie ohne jegliche Stillprobleme benötigen jedoch keine Intervention [13].

Merke

Eine Frenulotomie erfordert eine gezielte Indikationsstellung.

Evaluierung von Stillproblemen bei Ankyloglossie

- Wie kann man im klinischen Alltag durch ein frühzeitiges Screening relevanter Risikofaktoren den Stillserfolg verbessern?
- Woran erkennt man, welcher Säugling mit Ankyloglossie ein erhöhtes Risiko für Stillprobleme hat?

Stillprobleme treten bei etwas mehr als der Hälfte aller Neugeborenen mit Ankyloglossie auf. Da eine Ankyloglossie ein behandelbares Stillhindernis darstellt, sollte die Ankyloglossie unbedingt als solches berücksichtigt werden. Stillprobleme können dabei primär durch die Funktionseinschränkung der Zunge induziert sein, die Bedeutung der Zungenbeweglichkeit für einen erfolgreichen Saugmechanismus ist einleuchtend.

Gleichzeitig können Stillprobleme bei Säuglingen mit Ankyloglossie aber auch multifaktoriell bedingt sein. Die Berücksichtigung multipler Risikofaktoren bildet den Stillserfolg bei Ankyloglossie nach unseren Daten daher besser ab als die alleinige Bewertung der Ankyloglossie. Ein Screeningtool, welches neben dem Zungenbändchen-spezifischen ATLFF-Score auch weitere Stillhindernisse miteinschließt, wies nach unseren Daten eine höhere Sensitivität und Spezifität auf als die Bewertung des Zungenbändchens mit dem ATLFF-Score allein (►Abb. 5).

►Abb. 6 zeigt auf der Grundlage dieser Daten ein mögliches Screeningtool. Dieses könnte es dem medizinischen Personal in Geburtskliniken und in der ambulanten postpartalen Betreuung erleichtern,

- Stillrisiken und Stillprobleme früher zu erkennen,
- durch gezielte Stillförderungsmaßnahmen das Stillverhalten zu verbessern und
- in indizierten Fällen eine frühzeitige Intervention einzuleiten.

In einem ersten Schritt sollten hierfür bereits im Rahmen der U1-Vorsorgeuntersuchung mögliche Risikofaktoren für Stillprobleme erfasst werden (s. ►Tab. 1). Gleichzeitig sollte bei der Untersuchung der Mundhöhle ein erster Blick auf das Zungenbändchen geworfen werden. Trifft einer dieser Risikofaktoren zu oder ist

►Abb. 5 Vorhersage des Stillserfolgs bei Ankyloglossie mithilfe verschiedener Scores (ROC = Kurve zum Outcome: „schwere Stillprobleme“; AUC = Area under the Curve = neuer Score 0,8***; Gesamt Funktions-Score 0,6*, Gesamt Erscheinungsbild-Score 0,5*; n = 116; *: $p \leq 0,05$, **: $p \leq 0,01$, ***: $p \leq 0,001$). Der Gesamt-Funktions-Score und der Gesamt-Erscheinungsbild-Score sind Teile des ATLFF-Scores (►Abb. 2). Der neue Score (s. a. ►Abb. 6) umfasst folgende Faktoren: fehlende Stillserfahrung, Untergewicht des Säuglings, Gesamt Funktions-Score < 11 Punkte im ATLFF (Assessment Tool for Lingual Frenulum Function), pathologische Peristaltik (Untereinheit des ATLFF-Funktions-Scores) (s. ►Tab. 1 und ►Tab. 2). (Quelle: S.-M. Schlatter: Zungenbändchen und Stillserfolg – eine prospektive Studie. Dissertation, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; 2018).

das Zungenbändchen morphologisch auffällig, sollte frühzeitig eine Stillberatung in die Wege geleitet werden.

Merke

Durch eine frühzeitige Stillberatung könnten Stillprobleme aufgrund von äußeren Faktoren, wie z. B. einer fehlenden Stillserfahrung, vorgebeugt bzw. abgemildert werden.

Spätestens bei der U2-Vorsorgeuntersuchung sollten dann gezielte Stillprobleme thematisiert werden. Dabei sollten mögliche Probleme beim Andocken, Schmerzen beim Stillen sowie wund Brustwarzen erfragt werden. Im Rahmen der körperlichen Untersuchung sollte der ATLFF-Score zur Bewertung der Zungenbeweglichkeit und des Saugmechanismus des Neugeborenen angewendet werden (►Tab. 2, ►Abb. 6).

Eine Gesamtpunktzahl des ATLFF-Funktions-Scores < 11 Punkten sowie eine pathologische Peristaltik der Zunge sprechen dabei für eine relevante Funktionsstörung (►Tab. 2). Diese Kohorte profitiert bei signifikanten Stillproblemen insbesondere trotz erfolgter Stillbera-

► **Tab. 1** Screening bei der U1: Mögliche Risikofaktoren.

Variable	Ausprägung
Still Erfahrung	ja
	nein
Untergewicht	Gewicht > 2500 g
	Gewicht ≤ 2500 g
Frühgeburtlichkeit	≥ 37 + 0 T SSW
	< 37 + 0 T SSW
Ankyloglossie	nein
	ja
Kaiserschnitt	nein
	ja

► **Tab. 2** Screening bei der U2: Indikation zur Frenulotomie?

Variable	Ausprägung
Stillprobleme	nein
	ja
pathologische Peristaltik	vollständig von vorne nach hinten, beginnend an der Zungenspitze
	schwache Peristaltik oder Peristaltik beginnt hinter der Zungenspitze
	keine oder Peristaltik in umgekehrter Richtung
ATLFF-Funktions-Score (Assessment Tool for Lingual Frenulum Function), Gesamtpunktzahl	≥ 11 Punkte
	< 11 Punkte

tung am ehesten von einer frühzeitigen Intervention. Liegen demnach gleichzeitig Stillprobleme sowie eine Ankyloglossie mit einer eingeschränkten Zungenmobilität vor, sollte nun eine Frenulotomie indiziert werden. Die Frenulotomie stellt bei Durchführung durch einen qualifizierten Arzt einen einfachen und sicheren Eingriff dar. Daher sollte im Zweifel bei einem funktionell bedeutsamen Zungenbändchen zu einer Frenulotomie geraten werden, auch wenn die Ankyloglossie nur einer von mehreren Faktoren ist, die den Stillerfolg behindern.

FALLBEISPIEL

Fall 3

Ein männliches Neugeborenes (36 + 1 T SSW) kommt per primärer Sectio auf die Welt. Die 30-jährige Erstgravida berichtet von Anfang an von starken Stillproblemen. Sie habe heftigste Schmerzen und habe sich das Stillen einfacher vorgestellt. Sie beginnt daher, das Neugeborene mit der Flasche zuzufüttern. In der Untersuchung der Mundhöhle im Rahmen der U2 fällt eine Ankyloglossie auf, eine Frenulotomie wird empfohlen. Die Mutter entscheidet sich gegen den Eingriff, da sie ihrem Neugeborenen keine Schmerzen zufügen möchte. Stattdessen entscheidet sie sich, am 5. Lebenstag abzustillen.

Schlussfolgerungen

Zur klinischen Relevanz des Zungenbändchens gibt es bisher keinen interdisziplinären und interprofessionellen Konsens. Während laut Messner et al. die Mehrzahl der befragten StillberaterInnen (69 %) glauben, dass ein Zungenbändchen häufig Stillprobleme verursacht, vertreten nur 10 % der PädiaterInnen bzw. 30 % der HNO-ÄrztInnen diese Meinung [18].

Nach unserer Erfahrung hat das Zungenbändchen tatsächlich einen signifikanten Einfluss auf den Stillerfolg. Es konnte gezeigt werden, dass mehr als die Hälfte aller Neugeborenen mit Zungenbändchen Stillprobleme haben und dass ein Zungenbändchen ein relevanter Risikofaktor, insbesondere für schwere Stillprobleme, darstellt [13]. Deshalb sollte es im Rahmen von Stillförderungsmaßnahmen in den Geburtskliniken und in der ambulanten postpartalen Betreuung von Mutter-Kind-Paaren als mögliches Stillhindernis berücksichtigt werden.

Um eine Ankyloglossie als Stillhindernis zu beseitigen, sollte eine frühzeitige Diagnose erfolgen. Die Einführung eines allgemeinen Screenings auf Zungenbänd-

chen und weiterer Stillhindernisse wäre daher ein wichtiger Schritt, um den Stillerfolg zu verbessern und ein längeres ausschließliches Stillen zu fördern.

Dabei könnte unser Screeningtool zur Identifizierung von Stillproblemen eingesetzt werden, da es neben dem Zungenbändchen-spezifischen ATLFF-Score auch diverse weitere Stillhindernisse integriert und nach unseren Daten bei Säuglingen mit Ankyloglossie eine höhere Sensitivität und Spezifität aufweist als die alleinige Anwendung des ATLFF-Scores. Durch eine feste Aufnahme des Screenings in die Vorsorgeuntersuchungen U1 und U2 könnten frühzeitig Probleme identifiziert werden.

Es bleibt zu überprüfen, ob ein Teil der Risikofaktoren durch eine konsequentere Stillberatung kompensiert werden kann. In indizierten Fällen sollte bei der U2 eine Frenulotomie initiiert werden, die bei qualifizierter Durchführung eine einfache, sichere und erfolgreiche Therapie darstellt.

Zukünftig braucht es für mehr Klarheit in der kontroversen Diskussion um die Relevanz und Therapie der Ankyloglossie eine standardisierte, klar verständliche und einfach anzuwendende Definition. Des Weiteren sind qualitativ hochwertige randomisiert-kontrollierte Studien unbedingt erforderlich, um einen Konsens in Bezug auf Indikation, Zeitpunkt und Methode der operativen Therapie zu erreichen.

KERNAUSSAGEN

- Eine Ankyloglossie bezeichnet eine angeborene Entwicklungsstörung der Zunge, bei der ein zu straffes oder zu kurzes Zungenbändchen die Zunge am Mundboden fixiert. Dieses setzt häufig zu weit vorne an der Zungenspitze und an der Zahnleiste an und behindert so die Beweglichkeit der Zunge.
- Stillprobleme werden häufig durch ein gestörtes Saugverhalten des Neugeborenen verursacht. Eine eingeschränkte Zungenbeweglichkeit kann den korrekten Saugmechanismus behindern.
- Eine Ankyloglossie ist ein relevanter, behandelbarer Risikofaktor für ein nicht erfolgreiches Stillen und sollte daher als solcher berücksichtigt werden.
- Zur Bewertung der Ankyloglossie kann der ATLFF-Score mit besonderer Berücksichtigung der Zungenfunktion empfohlen werden. Eine Gesamtpunktzahl des ATLFF-Funktions-Scores < 11 Punkte sowie eine pathologische Peristaltik der Zunge sprechen dabei für eine relevante Funktionsstörung.
- Neben dem Zungenbändchen-spezifischen ATLFF-Score spielen auch weitere Risikofaktoren wie die fehlende Stillführung, Untergewicht oder Frühgeburtlichkeit des Neugeborenen eine wichtige Rolle bei ausbleibendem Stillerfolg. Diese Faktoren sollten daher in den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen ebenso erfasst werden.
- Eine Stillberatung sollte als erste und wichtigste Maßnahme bereits bei Vorliegen von Risikofaktoren eingeleitet werden.
- Bei einer Ankyloglossie mit relevanter Einschränkung der Zungenbeweglichkeit und Stillproblemen sollte eine Frenulotomie indiziert werden. Diese stellt bei qualifizierter Durchführung eine einfache, sichere und erfolgreiche Therapie dar.

Schlüsselwörter

Ankyloglossie, Zungenbändchen, Stillprobleme

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein.

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren

Sara-Maria Simon

Dr. med. Jahrgang 1991. 2010–2017 Studium der Humanmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. 2017–2019 Assistentin in Weiterbildung in der Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin am St. Josefskrankenhaus Freiburg, seit 2019 am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Freiburg.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sara-Maria Simon
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Freiburg
Mathildenstr. 1
79106 Freiburg
Deutschland
E-Mail: sara-maria.simon@uniklinik-freiburg.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Dr. med. Sara-Maria Simon, Freiburg.

Literatur

- [1] Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of Ankyloglossia and Breastfeeding Outcomes: A Systematic review. *Pediatrics* 2015; 135: e1458–e1466
- [2] O'Callahan C, Macary S, Clemente S. The effects of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2013; 77: 827–832
- [3] Hentschel R. Breastfeeding problems should be the only relevant criteria for deciding whether to carry out a frenotomy in infancy. *Acta Paediatr* 2018; 107: 1697–1701
- [4] Bath-Balogh M, Fehrenbach MJ. Illustrated dental embryology, histology, and anatomy. 4th edn. Missouri: Elsevier Health Sciences; 2016
- [5] Victora CG, Bahl R, Barros AJ et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387: 475–490
- [6] Brettschneider A-K, von der Lippe E, Lange C. Stillverhalten in Deutschland – Neues aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2018; 61: 920–925
- [7] Brettschneider A-K, Weikert C, Abraham K et al. Still-monitoring in Deutschland – Welchen Beitrag können die KiGGS-Daten leisten? *Journal of Health Monitoring* 2016; doi:10.17886/RKI-GBE-2016-038
- [8] World Health Organization, Unicef. Breastfeeding and maternal medication: recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs. 2002: Im Internet (Stand: 05.08.2020): <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62435/55732.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [9] Carlsen SM, Jacobsen G, Vanky E. Mid-pregnancy androgen levels are negatively associated with breastfeeding. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89: 87–94
- [10] Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ et al. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003; 112: 607–619
- [11] Srinivasan A, Dobrich C, Mitnick H et al. Ankyloglossia in breastfeeding infants: the effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. *Breastfeed Med* 2006; 1: 216–224
- [12] Dollberg S, Botzer E, Grunis E et al. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. *J Pediatr Surg* 2006; 41: 1598–1600
- [13] Schlatter S-M, Schupp W, Otten J-E et al. The role of tongue-tie in breastfeeding problems – A prospective observational study. *Acta Paediatr* 2019; 108: 2214–2221
- [14] Rasenack R, Schneider C, Jahnz E et al. Einflussfaktoren auf die Stilldauer im Freiburger Geburtenkollektiv (FreiStill). *Geburtsh Frauenheilkd* 2012; 72: 1–7
- [15] Woolridge MW. The „anatomy“ of infant sucking. *Midwifery* 1986; 2: 164–171
- [16] Suter VGA, Bornstein MM. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. *J Periodontol* 2009; 80: 1204–1219
- [17] Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002; 110: e63–e63
- [18] Messner AH, Lalakea ML. Ankyloglossia: controversies in management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 54: 123–131
- [19] Karall D. Das zu kurze Zungenband. *Pädiat Pädol* 2014; 49: 28–33
- [20] Griffiths DM. Do tongue ties affect breastfeeding? *J Human Lactat* 2004; 20: 409–414
- [21] Hazelbaker AK. The Assessment tool for lingual frenulum function [master's thesis]. Pasadena (CA): Pacific Oaks College; 1993
- [22] Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: does it matter? *Pediat Clin North Am* 2003; 50: 381–397
- [23] Fiorotti RC, Bertolini MM, Nicola JH et al. Early lingual frenectomy assisted by CO2 laser helps prevention and treatment of functional alterations caused by ankyloglossia. *Int J Orofac Myol* 2004; 30: 64–71
- [24] Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Frenectomy for the correction of ankyloglossia: a review of clinical effectiveness and guidelines. CADTH Rapid Response Reports; 2016: Im Internet (Stand: 05.08.2020): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK373454/>
- [25] Berry J, Griffiths M, Westcott C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. *Breastfeeding Medicine* 2012; 7: 189–193
- [26] Emond A, Ingram J, Johnson D et al. Randomised controlled trial of early frenotomy in breastfed infants with mild-moderate tongue-tie. *Arch Dis Childhood Fetal Neonat Edn* 2014; 99: F189–F195
- [27] Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health* 2005; 41: 246–250
- [28] O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017: doi:10.1002/14651858.CD011065.pub2

- [29] Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol 11: guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. 2004: Im Internet: <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/11-neonatal-ankyloglossia-protocol-english.pdf>

Bibliografie

Neonatalogie *Scan* 2021; 10: 59–71

DOI 10.1055/a-1019-2774

ISSN 2194-5462

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar.

Den genauen Einsendeschluss finden Sie unter <https://cme.thieme.de>.

Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter <https://eref.thieme.de/CXDWDBK> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests.

VNR 2760512021160213561

Frage 1

Welcher dieser Faktoren stellt *kein* relevantes Stillrisiko dar?

- A Frühgeburtlichkeit
- B fehlende Stillerrfahrung
- C Untergewicht
- D Spontangeburt
- E Ankyloglossie

Frage 2

Wodurch ist die Epidemiologie der Ankyloglossie gekennzeichnet?

- A Weibliche Neugeborene sind häufiger betroffen.
- B Die Inzidenz einer Ankyloglossie variiert in der wissenschaftlichen Literatur aufgrund fehlender diagnostischer Standards.
- C Schwere Stillprobleme treten bei Ankyloglossie in maximal 10% der Fälle auf.
- D Die Inzidenz einer Ankyloglossie liegt zwischen 20 und 85%.
- E Stillprobleme treten bei Neugeborenen mit Ankyloglossie nicht häufiger auf als bei Neugeborenen ohne Ankyloglossie.

Frage 3

Welche Stillprobleme werden *nicht* direkt mit einer Ankyloglossie in Verbindung gebracht?

- A wunde Brustwarzen
- B Probleme beim Andocken
- C schlechter Milchtransfer, Gedeihstörungen
- D unzureichende mütterliche Milchproduktion
- E Brustschmerzen

Frage 4

Bei welchem ATLFF-Kriterium (ATLFF = Assessment Tool for Lingual Frenulum Function) zum Erscheinungsbild des Zungenbändchens wird die *volle* Punktzahl vergeben, das heißt der Befund ist normal?

- A eine Länge > 1 cm bei angehobener Zunge
- B eine herzförmige Zungenspitze
- C ein Ansatz des Zungenbändchens unter der Oberkante der Zahnleiste
- D ein Ansatz des Zungenbändchens, der mehr als 50% der Mittellinie der Zungenunterseite beansprucht
- E mäßige Elastizität des Zungenbändchens

Frage 5

Einer der folgenden Parameter gehört *nicht* zum ATLFF-Funktions-Score. Welcher?

- A Lateralisation der Zunge
- B Zurückschnalzen der Zunge beim Saugen
- C Peristaltik der Zunge
- D rhythmisches Saugen
- E Anheben der Zunge

Frage 6

Welche Aussage zum korrekten Saugmechanismus ist *falsch*?

- A Der Saugreflex wird durch Berührung des Gaumens ausgelöst.
- B Während des Saugens wird lediglich der vorderste Teil der Brustwarze in die Mundhöhle aufgenommen.
- C Ein nutritives Saugen besteht aus einem rhythmischen Wechsel zwischen Saugen und Auspressen der Brustwarze.
- D Eine gute Zungenbeweglichkeit ist eine Voraussetzung für den korrekten Saugmechanismus.
- E Ein korrektes Saugverhalten erfordert die Koordination aus Saugen, Schlucken und Atmen.

Frage 7

Bei welchem Befund werden beim ATLFF-Funktions-Score Punkte *abgezogen*?

- A Die Zungenspitze hebt sich bis zur halben Höhe des Mundes.
- B Die peristaltische Welle beginnt hinter der Zungenspitze.
- C Die Zunge breitet sich vor der Bildung eines Saugchlusses vollständig aus und wird dünn.
- D Der Saugschluss ist stark, mit ganzem Zungenrand.
- E Die Zungenspitze wird über die Unterlippe herausgestreckt.

Frage 8

Welches Kriterium gehört *nicht* zum Screeningtool im Rahmen der U1 zur Evaluierung von Stillproblemen bei Ankyloglossie?

- A Erfassung von Stillproblemen wie z. B. wundte Brustwarzen oder Brustschmerzen
- B Untersuchung des Zungenbändchens
- C Erfassung des Geburtsmodus
- D Erhebung der Milchmenge
- E Erfassung des Gestationsalters

Frage 9

Welche Aussage zur Frenulotomie bei Ankyloglossie ist *richtig*?

- A Eine Frenulotomie ersetzt eine frühzeitige Stillberatung.
- B Eine Frenulotomie ist eine einfache und sichere Therapieoption, die von jedem Arzt durchgeführt werden kann.
- C Eine Frenulotomie sollte unter Allgemeinanästhesie durchgeführt werden.
- D Bei einer Ankyloglossie mit gleichzeitig bestehenden Stillproblemen kann eine Frenulotomie indiziert sein.
- E Eine Frenulotomie sollte bei jedem auffälligen Zungenbändchen zur Vorbeugung von späteren Sprachproblemen durchgeführt werden.

Frage 10

Ein männliches Neugeborenes wird in der 40. Schwangerschaftswoche spontan entbunden. Die Mutter ist Erstgravida, bei der U1 wird ein auffälliges Zungenbändchen festgestellt. Was ist die erste und *wichtigste* Maßnahme?

- A Erhebung des ATLFF-Funktions-Scores
- B Durchführung einer Stillberatung
- C Durchführung einer Frenulotomie
- D keine Maßnahme, bis Stillprobleme auftreten
- E frühzeitiges Zufüttern mit Flaschennahrung