

# Das obere Lippenband und seine Auswirkungen auf das Stillen

## Ist die Trennung des oberen Lippenbands gerechtfertigt, um Stillprobleme zu lösen?

**Zusammenfassung der systematischen Übersichtsarbeit „Upper Lip Tie and Breastfeeding – a Systematic Review“ (von Nakhash R, Wasserteil N, Mimouni FB, Kasirer YM, Hammerman C, Bin-Nun A), erschienen in Breastfeeding Medicine, 2019[1].**

Zusammengefasst von Gina Weissmann, DMD, RN, IBCLC und Yael Dubester David, DMD, IBCLC

**I**n den letzten Jahren ist die Bedeutung des Frenulum labii superioris und seiner möglichen Auswirkungen auf das Stillen zunehmend ins Bewusstsein der Fachleute gerückt. Obwohl unterschiedliche Klassifizierungssysteme vorgeschlagen worden sind, gibt es bis heute keine Einigkeit bezüglich der normalen Dicke, Größe und des normalen Ansatzpunkts des Lippenbands bei Neugeborenen, Kindern und Erwachsenen. Es ist unklar, ob bestimmte Ausprägungen des Frenulum labii superioris eine normale anatomische Variation oder eine korrekturbedürftige Form („verkürztes“ Lippenband; upper lip-tie; ULT) darstellen.

Um die Entscheidung zu erleichtern, ob ein Lippenband korrekturbedürftig ist, hat Kotlow ein Klassifizierungssystem entwickelt, welches den Ansatzpunkt des Lippenbands am Zahnfleisch berücksichtigt (Tab. 1)<sup>[2,3]</sup>.

Laut Kotlow können die Lippenbandklassen II bis IV das Stillen beeinträchtigen und sollten ohne Verzögerung durchtrennt werden, wenn Anlegeprobleme, Schmerzen beim Stillen oder wund Mamillen in der Anamnese und die klinische Beurteilung der Säuglingsanatomie ergeben, dass die Trennung des Lippenbands erforderlich

ist<sup>[3]</sup>. Nach seiner Ansicht behindert ein zu großes oder straffes Lippenband das Aufstülpen der Lippen während des Stillens<sup>[2,3]</sup>, was als eine Voraussetzung für die Aufrechterhaltung des Vakuums gesehen wird.

Fotos, welche die Lippenband-Klassen nach Kotlow illustrieren, werden in der Abbildung 1 dargestellt. Unter den zahlreichen untersuchten Patienten konnten wir keine einzige Person mit Kotlow-Klasse I finden.

Basierend auf Kotlows Arbeit sind viele Fachpersonen der Überzeugung, dass Stillprobleme durch die Trennung des oberen Lippenbands im Zuge der Zungenbandtrennung gelindert werden können. Andere Fachpersonen glauben jedoch nicht, dass das obere Lippenband Stillprobleme verursachen kann. Um herauszufinden, ob das obere Lippenband das Stillen tatsächlich beeinträchtigen und ob dessen Trennung das Stillen verbessern kann, haben Nakash und Kollegen vor Kurzem eine systematische Übersichtsarbeit mit dem Titel „Upper Lip tie and Breastfeeding: A Systematic review“ durchgeführt, welche in der Zeitschrift Breastfeeding Medicine erschienen ist.<sup>[1]</sup>

Die Übersichtsarbeit von Nakash und Kollegen nahm die vorhandene medizinische Fachliteratur über das Frenulum labii

superioris in Bezug auf das Stillen unter die Lupe<sup>[1]</sup>. Sie durchkämmten Medline, Google Scholar und Embase aus den Jahren von 1948 bis 2018. Sie hinterfragten die Aussagen der identifizierten Literatur, setzten sich mit ihrer Methodik und der Validität ihrer Schlussfolgerungen kritisch auseinander. Sie identifizierten 15 Artikel, welche für die Beantwortung der Fragen von Relevanz waren. Von diesen Artikeln war einer eine systematische Übersichtsarbeit, sechs waren Übersichten von chirurgischen Techniken für die Lippenband-Trennung, vier waren prospektive Kohortenstudien über die Inzidenz von verkürztem Lippenband, zwei waren Fallbeispiele und zwei waren retrospektive Kohortenstudien. Es ist bemerkenswert, dass keine einzige randomisiert-kontrollierte Studie über eine eigenständige Lippenband-Trennung identifiziert werden konnte<sup>[1]</sup>, was jedoch für eine Evidenz-basierte Beurteilung erforderlich wäre. >

**Frenulum Klasse 2:  
13 Monate altes Kleinkind nach dem Durchbruch der Zähne. Das nach unten gerichtete Wachstum des Oberkiefers während des Zahnens ist für den relativen Anstieg des Frenulumansatzes verantwortlich.**

Tabelle 1: Klassifizierung des oberen Lippenbands nach Kotlov<sup>[2]</sup>

Klasse	Beschreibung
I	Hoher Ansatzpunkt des Lippenbands ohne Verbindung zwischen Lippe und Zahnfleisch; keine Beeinträchtigung des Stillens
II	Ansatzpunkt des Lippenbands an der Grenze zwischen unbefestigter (dunkelrot) und befestigter (blassrosa) Gingiva
III	Ansatzpunkt des Lippenbands zwischen der Eruptionsstelle der zukünftigen Incisiven und der Kieferkammermitte (Kauleistenmitte)
IV	Tiefer Ansatzpunkt des Lippenbands zwischen der Kieferkammermitte (Kauleistenmitte) und dem harten Gaumen



Foto: © Gina Weissmann

Die mitberücksichtigte prospektive Kohortenstudie von Santa Maria und Mitarbeitern<sup>[4]</sup> – deren Methodologie Nakash et al. positiv beurteilen und für zukünftige Studien empfehlen – zeigt auf, dass alle Neugeborenen ein Lippenband haben, und zwar bei den meisten am Zahnfleischrand angewachsen (83%). Außerdem stellen Santa Maria et al. aufgrund der aufgezeigten schwachen Intra- und Interrater-Reliabilität die Reproduzierbarkeit von Kotlows Klassifizierung in Frage.<sup>[4]</sup>

Nakash et al. kritisieren, dass keine der vier Kohortenstudien, die den Effekt der Lippenbandtrennung auf das klinische Outcome untersuchen, randomisiert waren oder eine Kontrollgruppe hatten.<sup>[1]</sup> Außerdem hatten die meisten eingeschlossenen Patienten sowohl eine Zungen- als auch eine Lippenband-Trennung. So konnte der zusätzliche Effekt der Lippenbandtrennung nicht evaluiert werden. Sechs der identifizierten Artikel stammen von Kotlow selbst (Fallbeispiele mit einzelnen Säuglingen, Übersichtsarbeiten von chirurgischen Methoden und Klassifizierung vom Lippenband) und stellen seine persönlichen Erfahrungen vor, ohne die methodischen Details, wie er zu seinen Schlussfolgerungen gelangt, darzustellen. Des Weiteren machen Nakash et al. auf mögliche Interessenkonflikte aufmerksam, da Kotlow in CO<sub>2</sub>-Laser-Systeme investiert, Honorare und Geräte annimmt.<sup>[1]</sup>

Nakash und Kollegen kritisieren das Klassifizierungssystem von Kotlow scharf, weil kein einziges Neugeborenes bei der Erarbeitung des Systems herangezogen worden ist (die Untersuchungsteilnehmer waren zwischen 8 Monate und drei Jahre alt, viele von ihnen hatten bereits Zähne),

weil kein einziger Versuch unternommen worden war, die Anatomie des oberen Lippenbands mit der Prävalenz von Stillproblemen zu korrelieren, und weil das Klassifizierungssystem nie auf einer funktionellen Basis validiert worden ist.<sup>[1]</sup>

Wir sehen es wie Nakash und Kollegen.: Bislang gibt es keine Rechtfertigung für die routinemäßige Trennung des oberen Lippenbands bei Säuglingen mit Saug Schwierigkeiten. Es ist weitere Forschung von hoher methodischer Qualität erforderlich, um herauszufinden, ob ein „verkürztes“ Lippenband das Stillen tatsächlich beeinträchtigt und welche Auswirkungen eine Trennung des oberen Lippenbands auf den Stillerfolg, auf Mamillenschmerzen und weitere Outcomes hat. Randomisiert-kontrollierte Studien sind für dieses Ziel unverzichtbar.



#### REFERENZEN:

- > <sup>[1]</sup> Nakhsh R, Wasserteil N, Mimouni FB, Kasirer YM, Hammerman C, Bin-Nun A: **Upper lip tie and Breastfeeding: A systematic review.** Breastfeed Med 2019 Mar;14(2):83-87. doi: 10.1089/bfm.2018.0174
- > <sup>[2]</sup> Kotlow LA: **Oral Diagnosis of abnormal frenulum attachments in neonates and infants.** J Academy Laser Dentistry, 2005;13(1):26-28.
- > <sup>[3]</sup> Kotlow LA: **Diagnosing and understanding the maxillary lip-tie (superior labial, the maxillary labial frenum) as it relates to breastfeeding.** J Hum Lact. 2013 Nov;29(4):458-64.
- > <sup>[4]</sup> Santa Maria C, Aby J, Truong MT, et al. **The superior labial frenulum in newborns: What is normal?** Glob Pediatr Health 2017;4:1-6.

**Frenulum Klasse 3:**  
Dickes, zeltartiges, verkürztes Frenulum – Stillen ohne Probleme



Foto: © Gina Weissmann

**Frenulum Klasse 4:**  
Verdicktes, wie ein Segel flatterndes Frenulum; keine Stillprobleme nach Laktationsberatung



Foto: © Gina Weissmann

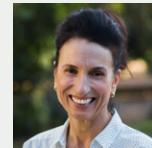
**Frenulum Klasse 4:**  
Verdicktes, kurzes Frenulum; die Oberlippe kann problemlos aufgerollt werden.



Foto: © Gina Weissmann

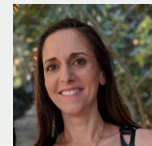


#### ÜBER DIE AUTORINNEN



#### Dr. Gina Weissman

Zahnärztin, Doctor of medical Dentistry (DMD), examinierte Krankenschwester, IBCLC seit 1999; Laktationsberaterin, Krankenschwester im Laniado Hospital und Leiterin des HalavM Breastfeeding Clinic and Lactation Consultant Education Program für Fachkräfte.



#### Dr. Yael Dubester David

Zahnärztin, Doctor of medical Dentistry (DMD), Still- und Laktationsberaterin IBCLC