

Management von Stillpathologien

Möglichkeiten der Prävention und Behandlung

Die Schweiz hat eine hohe initiale Stillrate von 95%. Jedoch nur noch die Hälfte der Neugeborenen wird in den ersten 12 Lebenswochen ausschliesslich gestillt, und nach 31 Wochen sind 50% der Kinder bereits wieder abgestillt (1). Im Folgenden wird erörtert, welche Probleme zu einem frühzeitigen Abstillen führen können und welche Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

ROSEMARIE BURIAN

Rahmenbedingungen des Stillens in der Schweiz

WHO und Unicef unterstützen das Stillen seit 1991 durch ihre Baby-friendly-Hospital-Initiative (2). Die Schweiz setzt seit 1993 – wie zirka 150 weitere Länder – die Initiative um. Im Juni 2015 wies sie über 30 als babyfreundlich zertifizierte Spitäler und Einrichtungen auf. Die Stiftung zur Förderung des Stillens (2000 gegründet, 2015 umbenannt in Stillförderung Schweiz) stellt unterstützend produkt- und firmenunabhängige Informationen rund um das Stillen bereit. Seit 1995 werden in den ersten 10 Tagen postpartal bis zu 10 Hebammenbesuche von den Krankenkassen rezeptfrei übernommen. Die Hebamme betreut die Wöchnerin im Rahmen der Nachsorge auch bei Fragen zum Stillen.

Die Stillhäufigkeit und die Stilldauer in der Schweiz wurden in den Jahren 1994, 2003 und zuletzt 2014 durch drei Querschnittsstudien zu Stillen und Säuglingsernährung erfasst.

Swiss Infant Feeding Study

Die Swiss Infant Feeding Study (SWIFS) wurde 2014 vom Schweizerischen Tropen- und Public-Health-Institut (Swiss TPH) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durchgeführt. Sie belegt eine nach wie vor hohe initiale Stillprävalenz von 95% sowie einen deutlichen Anstieg der Stillprävalenz im Alter

von 16 Wochen von 60% im Jahr 1994 auf 80% im Jahr 2014. Die Querschnittsstudie zeigt zudem, dass so gut wie jede stillende Mutter nach der Geburt durch Hebammen oder Stillberaterinnen zu ihrer Zufriedenheit zu folgenden Themen beraten wird: Stillpositionen (85%), Anlegen des Kindes (80%), Brustwarzenpflege (68%), Brustmassage (64%), Ausstreichen von Muttermilch (42%) und Abpumpen von Muttermilch (38%) (1).

Für ein primäres Abstillen nennt die SWIF-Studie als häufigen Grund Stillprobleme beim vorherigen Kind. Folgende anfängliche Stillschwierigkeiten wurden von rund zwei Dritteln aller stillenden Frauen in absteigender Häufigkeit angegeben (Tabelle 1): Nachwehen (92%), wund Brustwarzen (87%), Saug Schwierigkeiten des Kindes (81%), Milchstau (56%), zu wenig Milch (56%) und Erschöpfung (56%).

Für ein sekundäres Abstillen wurden unter anderem folgende Gründe in absteigender Häufigkeit genannt (Tabelle 2): zu wenig Milch (51%), kindlicher Hunger (30%), Kind wollte nicht mehr (so oft) an die Brust (21%), nicht vereinbar mit beruflicher Tätigkeit (20%), Erschöpfung (17%), Probleme mit den Brustwarzen (11%) sowie Mastitis puerperalis (6%) (1).

Hinsichtlich des Aspekts der Nichtvereinbarkeit mit dem Beruf bleibt abzuwarten, wie die am 1. Juni 2014 in Kraft getretene Revision des Arbeitsgesetzes (ArGV 1) die Vereinbarkeit von Stillen und beruflicher Tätigkeit erleichtern und verbessern wird. Seit Inkrafttreten dieser Revision werden Stillzeiten in Abhängigkeit der Gesamttagesarbeitszeit (bis 4 Stunden Arbeitszeit: 30 Minuten bezahlte Stillpause; ab 4 Stunden Arbeitszeit: 60 Minuten; ab 7 Stunden Arbeitszeit: 90 Minuten) entlohnt.

Stillphysiologie

Mit der ersten Schwangerschaft reift die Brust aus, und das Drüsenepithel proliferiert und differenziert sich in Vorbereitung der Stillzeit unter den Schwan-

Merkmale

Wichtig für Prävention und Behandlung bei Stillproblemen sind:

- **Frühzeitiges Eingehen auf den Stillwunsch** schon in der Schwangerschaft und Eruiieren möglicher subjektiver und objektiver Stillhindernisse.
- **Wohlwollende emotionale Unterstützung.**
- **Frühzeitige Stillberatung** postpartal.
- **Frühzeitiges Stillmanagement** postpartal.

gerschaftshormonen Östrogen, Progesteron und Prolaktin aus. Der erste Schritt der Milchbildung, die Laktogenese I, setzt ab der 16. Schwangerschaftswoche (SSW) ein. Fällt postpartal mit der Geburt der Plazenta das Progesteron weg, kann das Prolaktin wirken, und die Laktogenese II beginnt. Für das Stillen sind die beiden Hormone Prolaktin und Oxytozin zentral. Der postpartal absinkende Prolaktinlevel wird mit jeder taktilen Stimulation (Stillen, Abpumpen, Ausstreichen per Hand) der Brustwarze erhöht. Die Ausschüttung des Oxytozins wird mit allen Sinnen stimuliert: auditiv durch die Stimme des Kindes, visuell durch den Anblick des Kindes, olfaktorisch durch den Geruch des Kindes, taktil durch die Berührung des Kindes und auch allein durch die gedankliche Beschäftigung mit dem Kind.

Still Schwierigkeiten

Subjektive und objektive Hypogalaktie

Die häufig *subjektive Hypogalaktie* (die Milchmenge der Mutter erscheint unzureichend für ihr Kind) ist noch vor den Brustwarzenschmerzen der häufigste Grund für ein sekundäres Abstillen (1). Die Sorge der stillenden Mutter, ihrem Kind würde es an Nahrung mangeln, basiert häufig auf unklaren oder auch unrealistischen Vorstellungen über das normale Stillverhalten eines Säuglings. Eine Stillberatung zum normalen Stillverhalten kann hier Klärung und Sicherheit bringen. Normal können sein: häufiges Stillen in kurzen Abständen, besonders bei hohen Temperaturen im Sommer, abendliches Dauerstillen (Clusterfeeding), intensiver Bedarf nach Körperkontakt, keine oder nur geringe Mengen beim Abpumpen sowie weiche Brüste.

Der Massstab ist der Säugling

Ein aufgewecktes Baby mit einem guten Muskeltonus und glatter Haut ist ausreichend genährt. Zusätzliche objektivierbare und auch quantifizierbare Anzeichen für eine ausreichende Milchproduktion sind zudem:

- häufiges Stillen (8–12 x/24 h)
- hörbares Schlucken
- ab dem 4. postpartalen Tag 6 nasse Windeln/24 h
- in den ersten 4 Lebenswochen 3- bis 4-mal Stuhlgang/24 h
- ein Wiedererreichen des Geburtsgewichts innerhalb von 10 Tagen.

Mögliche begünstigende Faktoren für eine Hypogalaktie können sein: inkorrektes Anlegen, ineffektive Saugtechnik oder routinemässiges Zufüttern sowie Trennung von Mutter und Kind mit zu spätem oder zu seltenem Abpumpen. Eine *objektivierbare Hypogalaktie* mit tatsächlich unzureichender Ernährung des Säuglings kann mütterlicherseits begründet oder auch begünstigt sein durch:

- Plazentaresten mit einem andauernden prolaktinhemmenden Progesteronspiegel

Tabelle 1:

Anfängliche Stillschwierigkeiten nach Häufigkeit der Nennung (Gross K, 2014)

Gründe für anfängliche Stillschwierigkeiten	
Nachwehen	92%
Wunde Brustwarzen	87%
Saug Schwierigkeiten des Kindes	81%
Milchstau	56%
Zu wenig Milch	56%
Erschöpfung	56%

Tabelle 2:

Gründe für ein sekundäres Abstillen nach Häufigkeit der Nennung (Gross K, 2014)

Gründe für das Abstillen bei Müttern, die ihr Kind gestillt haben	
Zu wenig Milch	51%
Kind hatte Hunger	30%
Kind wollte nicht mehr (so oft) an die Brust	21%
Nicht vereinbar mit beruflicher Tätigkeit	20%
Erschöpfung	17%
Alter des Kindes	15%
Wunsch nach Spielraum für sich selbst und den Partner	14%
Probleme mit den Brustwarzen	11%
Kind bekam Zähne	7%
Mastitis puerperalis	6%

- starken peripartalen Blutverlust
- Hypophysen- oder Schilddrüsenerkrankungen
- Brustoperationen oder/und
- Nikotinabusus.

Kindliche Gründe für eine Hypogalaktie können sein:

- Frühgeburtlichkeit
- Infektion mit geringerer Nahrungsverwertung
- ein erhöhter Bedarf bei geringem Geburtsgewicht.

Auch anatomische Besonderheiten können das Stillen und die Stimulation der Laktogenese erschweren und einschränken, beispielsweise ein kurzes Zungenbändchen oder eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte.

Prävention und Therapie

Prävention und Therapie beginnen mit einer genauen Stillanamnese und gegebenenfalls einer Stillbeobachtung. Die Wöchnerin wird beim Stillmanagement unterstützt, zum Hautkontakt ermuntert, der Gewichtsverlauf wird überprüft, und vor allem wird das Selbstvertrauen der Stillenden in ihre Stillfähigkeit gestärkt. Braucht es noch weitere Massnahmen, um eine ausreichende Ernährung des Säuglings zu erzielen, kann mit einem Brusternährungsset an der Brust zugefüttert werden.

Medikamentös stehen als Galaktogogen die Dopaminantagonisten Domperidon (Motilium®) und Metoclopramid (Paspertin®) zur Verfügung. Diese erhöhen die Prolaktinsekretion, indem sie den Dop-

aminrezeptor D2 in der vorderen Hypophyse blockieren. Domperidon überschreitet nicht die Blut-Hirn-Schranke und hat daher recht wenige zentrale Nebenwirkungen. Darüber hinaus geht es aufgrund seiner hohen Eiweissbindung kaum in die Muttermilch über und kann nach 3 bis 4 Wochen eine Steigerung der Milchmenge um zirka 30% erreichen. Ist die Domperidontherapie indiziert und sind Vorerkrankungen ausgeschlossen, wird mit der Einstiegsdosis (3 x 10 mg/Tag) begonnen. Nach einer Woche wird der Effekt auf die Milchsteigerung evaluiert und bei Bedarf die Dosis auf maximal 3 x 20 mg/Tag erhöht (3–5). Grundsätzlich gilt: geringe Dosis und kurze Therapiedauer (6, 7).

Hypergalaktie

Diese ist ebenfalls eine klinisch gestellte Diagnose und begünstigt ein frühes Abstillen. Klinisch leidet die Stillende unter ständig prallen Brüsten, auslaufender Milch, Milchstau, Mastitiden und Schmerzen. Das Baby hustet, weint und wehrt sich gegen die Brust. Möglicherweise läuft ihm Milch aus den Mundwinkeln, es muss häufig aufstossen und ist von Blähungen geplagt. Mögliche Ursache ist eine mechanische Überstimulation: durch häufiges Seitenwechseln, zu häufiges Leerpumpen nach jedem Stillen oder zu langes Stillen nach der Uhr und nicht nach kindlichem Bedarf. Hier kann es helfen, dem Kind pro Stillzeit nur eine Brust anzubieten und die zweite per Hand oder Pumpe gerade so weit zu entlasten, dass sie weich bleibt. Zusätzlich kann es helfen, die Brust nach dem Stillen zu kühlen. Wird mit diesem Stillmanagement die Milchmenge unzureichend reduziert, kommen als Erstes die bekannten Hausmittel wie Salbei- oder Pfefferminztee zum Einsatz. Bleibt eine Milchreduktion aus, stehen dem Homöopathen *Phytolacca Globuli* zur Verfügung. Wird ein Medikament erforderlich, stehen die bekannten Dopaminagonisten (Bromocriptin oder Cabergolin) oder als Mittel letzter Wahl ein östrogenhaltiges Kontrazeptivum (über 5–7 Tage) zur Verfügung.

Empfindliche und schmerzhaft Brustwarzen

Diese sind nach der subjektiven Hypogalaktie ein häufiger Grund zum Abstillen und meist mechanisch bedingt. Aus empfindlichen Brustwarzen können wunde oder gar infizierte Brustwarzen werden. Das führt häufig zum Zufüttern, zu reduzierter Milchbildung und zum Abstillen. Präventiv achtet man frühzeitig auf ein korrektes Anlegen und Positionieren, auf ein rasches Auslösen des Milchspendereflexes (ggf. bereits vor dem Anlegen), und man entlastet die Brustwarze durch das Wechseln der Stillpositionen. Die Stillende stillt nach Bedarf (lange genug, häufig genug), achtet auf Hygiene, massiert die Brust, was das Anlegen bei Schwellung erleichtert

und den Milchfluss anregt. Ist die *Brustwarze wund*, wird sie zusätzlich sanft mit warmem Wasser und milder Seife gereinigt sowie mit Muttermilch, Lanolin- oder *Mercurialis-perennis*-Salbe gepflegt und vor Reizen wie Druck, Reibung, Hitze oder Kälte geschützt.

Eine *verstärkte initiale Brustdrüsenanschwellung* tritt meist beidseits etwa 3 bis 5 Tage postpartal auf. Ursächlich ist ein Lymphödem. Die Brüste schmerzen, sind geschwollen und gerötet. Der Milchfluss ist gestört, und die Stillende hat eine erhöhte Temperatur. Differenzialdiagnostisch gilt es, an einen Milchstau, eine Mastitis, eine Allergie oder eine Neurodermitis oder auch ein inflammatorisches Mammakarzinom zu denken. Therapiert wird die Brustdrüsenanschwellung mit konsequenter regelmässiger Entleerung der Brust, die den venösen und lymphatischen Abfluss entlastet – sei es durch Stillen, nach sanfter Mamilienmassage, um dem Kind das Anlegen zu erleichtern, durch Abpumpen oder per Hand (8–12 x/24 h). Eine frühzeitige und regelmässige Analgesie und ein Kühlen der Brust können symptomatisch die Beschwerden lindern (10).

Ein *Milchstau* schmerzt lokal, und die Brust fühlt sich verhärtet an. Die Stillende ist afebril und bei Wohlbefinden. Möglicherweise ist ein Milchgang blockiert, oder die Brust wird unzureichend entleert.

Mastitis puerperalis

Diese tritt bei bis zu 10% der Wöchnerinnen meist einseitig und in den ersten Wochen postpartal auf (8). Häufiger betroffen sind Erstgebärende und Raucherinnen (9). Die Brust ist lokal gerötet, überwärmt, geschwollen und verhärtet. Die Stillende fühlt sich schwer krank und hat hohes Fieber. Eine Mastitis puerperalis entsteht infolge wunder Brustwarzen, durch die die Keime der kindlichen Mundflora in die Brust eindringen, ferner auf dem Boden eines Milchstaus oder einer verstärkten initialen Brustdrüsenanschwellung.

Therapiert wird sie, indem die Stillende die Brust regelmässig entleert (6), das Fieber mit Antipyretika gesenkt wird und die Schmerzen mit Analgetika gelindert werden. Unterstützend wirken körperliche Ruhe und Entlastung der Stillenden. Bessern sich die Symptome nach 24 Stunden nicht, wird Muttermilch gewonnen und zur Keimbestimmung inklusive Antibiogramm eingeschickt. Anschliessend wird eine 10- bis 14-tägige Antibiose begonnen. Die häufigsten Erreger der Mastitis puerperalis sind *Staphylococcus aureus* und *betahämolyisierende Streptokokken*. Diese werden mit Cefalosporinen der ersten oder zweiten Generation (Cefuroxim) oder einem Betalaktamase-Inhibitor-geschützten Penizillin (Floxapen®, Augmentin®) therapiert (11). In 3 bis 10% der Fälle abszediert eine Mastitis puerperalis. Dann wird der Abszess unter sonografischer Kontrolle punktiert

(12–14) und antibiotisch behandelt. Im Schnitt können fünf sonografisch gesteuerte Abszesspunktionen erforderlich sein. Nur falls es nicht zu vermeiden ist, wird der Abszess gespalten und drainiert (13).

Brustsoor

Ein *Brustsoor* ist eine lokale Candidainfektion im Bereich der Mamille und ist meist eine klinische Diagnose. Begünstigt wird ein Brustsoor durch mütterliche Müdigkeit, Stress, eine vorangegangene Antibiose, wunde Mamillen, Diabetes oder fehlende oder übertriebene Hygiene. Klinisch juckt, brennt und schmerzt die Mamille. Die Areola glänzt pink, die Haut wirkt schuppig-trocken, und die wunden Mamillen heilen über Wochen nicht ab. Der Säugling hat möglicherweise eine weiss belegte Wangenschleimhaut, aufgrund der Schmerzen ein verändertes Trinkverhalten oder auch Windelsoor.

Beide, Stillende und Säugling, werden mit einem lokalen Antimykotikum (z.B. Miconazol [Daktarin®] 3 x/Tag) behandelt (15). Diese Behandlung sollte innerhalb von 24 Stunden eine erste Besserung zeigen und nach 14 Tagen zum Abheilen führen. Eventuell abgepumpte Milch kann direkt verfüttert werden. Zur Vermeidung einer Re-Infektion sollte die abgepumpte Milch jedoch nicht zu einem späteren Zeitpunkt verwendet werden.

Eine *Soormastitis* ist eine Candidainfektion der Brust. Äusserlich wirken die Mamillen unauffällig. Zu dieser meist rein klinisch gestellten Diagnose (16) führen brennende, anhaltend stechende Schmerzen, die von der Mamille in die Brust und zum Teil bis in den Rücken ausstrahlen. Sie beginnen typischerweise mit Einsetzen des Milchspendereflezes. Die Soormastitis wird therapiert mit Fluconazol (z.B. initial 400 mg, danach 100–200 mg/Tag) (17–19). Diese Therapie erfolgt über das Abklingen der Symptome hinaus und ist häufig langwierig (meist 14–21 Tage). ■



Dr. med. Rosemarie Burian
Universitäts-Frauenklinik
Universitätsspital Basel
4031 Basel
E-Mail: rosemarie.burian@usb.ch

Interessenkonflikte: keine.

Quellen:

1. Gross K: SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr. Basel 2014.
2. WHO: *Baby-Friendly Hospital Initiative*. Revised, updated and expanded for integrated care. Genf 2009 (WHO, UNICEF).
3. Grzeskowiak LE et al.: Pharmacological management of low milk supply with domperidone: separating fact from fiction. *MJA* 2014; 201 (5).
4. Osadchy A et al.: Effect of domperidone on insufficient lactation in puerperal women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obstet Gynecol Int* 2012; 642893.
5. Zuuppa AA et al.: Safety and efficacy of galactagogues: substances that induce, maintain and increase breast milk production. *J Pharm Pharm Sci* 2010; 13: 162–174.
6. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #4: mastitis. Revision. *Breastfeed Med* 2008; 3: 177.
7. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #9: Use of Galactagogues in Initiating or Augmentating the Rate of Maternal Milk Secretion (First Revision January 2011).
8. Kvist LJ et al.: Factors related to breast abscess after delivery: a population-based study. *BJOG* 2005; 112: 1070.
9. Dener C et al.: Breast abscesses in lactating women. *World J Surg* 2003; 27: 130.
10. Dixon JM et al.: Treatment of breast infection. *BMJ* 2011; 342: d396.
11. Jahanfar S et al.: Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (2:CD005458).
12. Dixon JM et al.: Breast Abscess. *Br J Hosp Med* 2007; 68: 315.
13. Eryilmaz R et al.: Management of lactational breast abscesses. *Breast* 2005; 14: 375–379.
14. Dixon JM: Repeated aspiration of breast abscesses in lactating women. *BMJ* 1988; 297:1517.
15. Heller MM et al.: Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. *Int J Dermatol* 2012; 51: 1149–1161.
16. Betzold CM: Results of microbial testing exploring the etiology of deep breast pain during lactation: A systematic review and meta-analysis of nonrandomized trials. *J Midwifery Womens Health* 2012; 57: 353–364.
17. Chetwynd EM: Fluconazole for postpartum candidal mastitis and infant thrush. *Hum Lact* 2002; 18: 168–171.
18. Hanna L et al.: Candida mastitis: a case report. *Perm J* 2011; 15: 62–64.
19. Moorhead AM et al.: A prospective study of fluconazole treatment for breast and nipple thrush. *Breastfeed Rev* 2001; 19: 25–29.