Wenn das Stillen schmerzt

Autor(en): **Both, Denise**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **118 (2020)**

Heft 6

PDF erstellt am: **04.06.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-949069

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Wenn das Stillen schmerzt

Auf die Schwangerschaft und die Geburt folgt als natürliche Fortsetzung die Stillzeit. Leider kann jedoch «natürlich» nicht immer mit «problemlos» gleichgesetzt werden. Mehr als ein Drittel der Mütter berichtet von Stillproblemen. Stillförderung bedeutet daher, Schwierigkeiten beim Stillen vorzubeugen und allenfalls auftretende Stillprobleme frühzeitig zu erkennen und wirkungsvoll zu behandeln.

TEXT:
DENISE BOTH

Schmerzen beim Stillen können vielfältige Ursachen haben, die eine genaue Evaluation erfordern. Eine rechtzeitige Behandlung von Stillproblemen und den damit verbundenen Schmerzen kann ein vorzeitiges Abstillen verhindern. Um Frauen mit Schmerzen beim Stillen helfen zu können, ist es notwendig, ihnen gut zuzuhören, die richtigen Fragen zu stellen und genau hinzusehen, um die Ursache der Schmerzen zu ergründen und gezielt behandeln zu können. Ziel der einfühlsamen Begleitung und Behandlung ist ein gut gedeihendes Kind und eine gute Mutter-Kind-Beziehung.

Wunden und schmerzenden Mamillen auf der Spur

Ganz generell gilt, dass Stillen nicht weh tun sollte und Schmerzen beim Stillen ein Hinweis darauf sind, dass ein Anlege- und oder Saugproblem vorliegen kann. In den ersten Tagen postpartum kann jedoch eine gewisse Empfindlichkeit der Mamillen durchaus normal sein, sodass die Mutter das Stillen als schmerzhaft empfindet, obwohl das Kind korrekt angelegt ist und gut an der Brust trinkt. Dabei liegt der Höhepunkt dieser initialen Empfindlichkeit in der Regel zwischen dem dritten und sechsten Tag postpartum. Nach dem Einsetzen des Milchspendereflexes verringern sich diese schmerzhaften Empfindungen in der Regel, sie sind nicht mit einem Hautdefekt verbunden und sollten innerhalb von zwei Wochen nach der Geburt vollständig abgeklungen sein.

Wurden die Frauen darauf vorbereitet, dass das Stillen in den ersten Tagen unangenehm sein kann und dass dies nicht zwangsläufig auf ihr persönliches Versagen zurückzuführen ist, können sie meist sehr viel besser mit der initialen Empfindlichkeit der Mamillen und der Brust umgehen. Um jedoch zu verhindern, dass das Pendel ins Gegenteil umschlägt und Frauen unnötig leiden, weil «es am Anfang immer weh tut», ist es wichtig, darüber aufzuklären, was nicht mehr normal ist: Anhaltendes Wundsein der Mamillen und Schmerzen während des Stillens und zwischen den Stillmahlzeiten, intensiver Schmerz sowie Wundsein mit Hautdefekt erfordern in jedem Fall eine Evaluation und Behandlung.

Ursachenforschung

Die Ursachenforschung bei wunden Mamillen beginnt daher mit einer Inspektion der Brust vor dem Stillen, einer sorgfältigen Beobachtung einer Stillmahlzeit und der Inaugenscheinnahme der Mamillen, unmittelbar nachdem das Kind die Brust losgelassen hat bzw. von der Brust abgenommen wurde. Insbesondere die Verletzungsmuster und auch die Art und Weise, wie die Mamille evtl. verformt ist, wenn sie aus dem Mund des Kindes kommt, geben wichtige Hinweise und können eine Indikation für Inspektion des Mundraumes und eine Untersuchung des Saugverhaltens des Kindes sein. Eine solche Untersuchung erfolgt nur mit Zustimmung der Mutter/Eltern durch eine entsprechend geschulte Fachperson und unter Einhaltung der Hygienestandards.

Pralle, gespannte Brüste können vom Kind nicht gut erfasst werden. Daher können die initiale Brustdrüsenschwellung ebenso wie ein Milchstau oder eine Brustentzündung wunden Mamillen Vorschub leisten und damit die ohnehin schon bestehenden Schmerzen und Stillprobleme verstärken. Linderung können in diesem Fall häufiges Anlegen, Kühlen, die Anwendung der Reverse-Pressure-Softening-Technik und Lymphdrainage schaffen. Bei Bedarf können auch nichtsteroidale Antiphlogistika eingesetzt werden.

Hautreizungen und Verletzung

Hautreizungen und Verletzungen können eine Vielzahl von Ursachen haben. So kann eine Naht im Büstenhalter scheuern, die Mutter hat möglicherweise beim Waschen der Brust zu stark gerieben oder in vermeintlich guter Absicht versucht, die Brust durch Bürsten, Rubbeln oder die Verwendung von Zitronensaft oder ähnlichem «abzuhärten». Eine allergische Reaktion auf Körperpflegemittel, Cremes oder Salben

In den ersten Tagen postpartum kann jedoch eine gewisse Empfindlichkeit der Mamillen durchaus normal sein, sodass die Mutter das Stillen als schmerzhaft empfindet, obwohl das Kind korrekt angelegt ist und gut an der Brust trinkt.

Franziska Egli, aus «Stillen kompakt»

Eine Mamille mit ausgeprägte Candidose mit zusätzlicher bakterieller Infektion.

Von kindlicher Seite können eine kurze Zunge oder ein kurzes Zungenbändchen zu Abschürfungen, Rissen und blutgefüllten Bläschen an der Mamille führen.

zur Brustwarzenpflege oder Wäschepflegemittel kann ebenfalls zu wunden Mamillen führen.

Von kindlicher Seite können eine kurze Zunge oder ein kurzes Zungenbändchen zu Abschürfungen, Rissen und blutgefüllten Bläschen an der Mamille führen. Gleiches gilt für ungewöhnliche Gaumenformen (hoher oder gefurchter Gaumen), eine aussergewöhnlich lange Zunge, knöcherne Vorwölbungen auf dem Alveolarkamm – oft scharfe Kante des zahnlosen Knochenbogens am Kieferkörper – oder dem Gaumen, die an der Mamille reiben.

In Zahnungsphasen kann die veränderte Zusammensetzung des kindlichen Speichels zu Hautreizungen führen. Mit einer verstopften Nase einhergehende Erkältungen beim Kind können nicht nur zu einem veränderten Saugverhalten führen, der Nasenschleim kann auch die Haut der Brust reizen. Sobald feste Nahrung eingeführt wurde, kann es zu allergischen Reaktionen oder Hautreizungen durch im Mund des Babys befindliche Nahrungspartikel kommen.

Soorinfektionen

Insbesondere auf vorgeschädigter Haut sind Infektionen mit Bakterien, Viren oder Pilzen möglich. Weit verbreitet sind Soorinfektionen (Candida albicans). Dabei können sowohl die Diagnosestellung als auch die Therapie einer Soorinfektion der Milchgänge eine Herausforderung darstellen, da eine vollständige Eliminierung von Candida nicht möglich ist und Rezidive nicht selten vorkommen. Unterstützend zur medikamentösen Therapie sind entsprechende Hygienemassnahmen zwingend notwendig.

Noch gibt es keine klar evidenzbasierte Therapieempfehlung. Es gilt die Expertenkonsensusempfehlung, dass bei dem Verdacht auf einen Milchgangsoor ein Behandlungsversuch mit einem Antimykotikum unternommen werden sollte. Für die systemische Therapie wird Fluconazol empfohlen. Dauer und Dosierung der Therapie werden kontrovers diskutiert. Das Lactation Education Accreditation and Approval Review Committee et al. (2018) empfehlen 14 Tage Dauer der lokalen (an der Brust) und der peroralen Therapie (im Mund des Säuglings), andere nur 6 bis 10 Tage; im Rezidivfall manchmal Therapie während Wochen. Abou-Dakn (2006) empfiehlt eine orale Fluconazolbehandlung für zwei bis drei Wochen bzw. für bis zu zwei Wochen nach Symptombesserung mit einer Anfangsdosis von 400 mg Fluconazol am ersten Tag und danach 100 bis 200 mg/Tag bei gleichzeitiger antimykotischer Behandlung des Kindes.

Nach jedem Stillen sollten die Mamillen mit klarem Wasser, evtl. auch einer milden Seifenlösung abgespült werden. Die Empfehlung, bei wunden Mamillen nach dem Stillen die Milchspeichelreste auf der Brust trocknen zu lassen, gilt nicht bei einer Soorinfektion.

Virusinfektionen

Bei den Virusinfektionen sind v. a. Herpes-simplex-Infektionen zu erwähnen. Sie stellen ein hohes gesundheitliches Risiko für Neugeborene dar. Falls bei einer Frau der Verdacht besteht, dass sie eine Herpesinfektion an der Brust mit Läsionen hat, sollte sie nur dann an der betroffenen Seite weiter stillen, wenn die Läsionen sicher abgedeckt werden können, sodass das Kind nicht damit in Kontakt kommen kann. Befinden sich die Läsionen an der Mamille, Areola oder einen anderen Teil der Brust, mit dem das Kind beim Stillen in Kontakt kommen kann, sollte die Mutter die Milch an der betroffenen Brust abpumpen und verwerfen, bis die Läsionen abgeheilt sind. Eine medikamentöse Behandlung muss mit einer Ärztin / einem Arzt abgesprochen werden. Dies gilt auch für die Behandlung von bakteriellen Infektionen sowie von Ekzemen und Psoriasis. Wunde Mamillen er-

Antje Kroll Witzer

fordern in aller Regel kein Abstillen, eine vorübergehende Stillpause kann in manchen Fällen allerdings hilfreich sein (siehe Kasten).

Bei Milchstau/Mastitis weiterstillen

Die Grenzen zwischen Milchstau und Mastitis sind fliessend und beides kann zu jedem Zeitpunkt in der Stillzeit auftreten. Abstillen ist in der Regel kontraproduktiv. Weiterstillen und damit eine regelmässige Entleerung der Brust fördern die Genesung. Physikalische Massnahmen wie die Anwendung von Wärme vor dem Stillen/Entleeren der Brust und Kühlen der Brust nach dem Stillen/Entleeren gelten als hilfreich, sollten aber gemäss dem Empfinden der Mutter eingesetzt werden.

Übermüdung und Überlastung der stillenden Mutter sind wesentliche Auslöser von Mastitiden.

Übermüdung und Überlastung der stillenden Mutter sind wesentliche Auslöser von Mastitiden. Deshalb ist es wichtig, dafür zu sorgen, dass sich die Frau ausruht und lange genug schont. Zusätzlich ist bei Bedarf eine entsprechende medikamentöse Behandlung erforderlich. Ausführliche Informationen bietet das «ABM Clinical Protocol Nr. 4: Mastitis» (Amir, 2014).

Was tun bei starkem Milchspendereflex?

V. a. in der ersten Zeit nach der Geburt spüren manche Frauen einen scharfen, stechenden, sich strahlenförmig ausbreitenden Schmerz oder Krampf beim Einsetzen des Milchspendereflexes, während das Kind an der Brust trinkt. V. a. Frauen mit einer sehr reichlichen Milchbildung sind davon betroffen. Ein starker Milchspendereflex kann Schmerzen durch die Dehnung der Milchgänge verursachen, während die Milch hindurchfliesst. Je weiter die Milchgänge gedehnt werden, umso stärker wird der Schmerz empfunden. Entspannungsübungen können der Frau helfen, mit diesem Schmerz umzugehen. Wenn notwendig kann ein Schmerzmittel verordnet werden, um zu verhindern, dass der Milchspendereflex schliesslich durch die Schmerzen blockiert wird oder die Frau aus Angst vor den Schmerzen nicht mehr stillen will. Meist verschwinden diese Schmerzen innerhalb des ersten Monats.

Vasospasmus und Mammary Constriction Syndrome

Ein Vasospasmus oder Gefässkrampf ist eine abrupt auftretende krampfartige Verengung eines Blutgefässes (Vasokonstriktion). Typischerweise beginnt der Vasospasmus der Mamille dann, wenn das Kind die Brust loslässt. Dies ist wahrscheinlich auf den Kältereiz zurückzuführen, der von der im Vergleich zur Mundhöhle niedrigeren Aussentemperatur ausgelöst wird.

Es hat sich als hilfreich erwiesen, Kälte zu vermeiden. Warme Kompressen und eine leichte Massage mit warmem Öl können lindernd wirken. Ausserdem ist es sinnvoll, auf Koffein, Nikotin und andere gefässverengende Substanzen zu verzichten. Bei Bedarf können stillverträgliche Schmerzmittel zum Einsatz kommen. Auch die Einnahme von Magnesium und Calcium wird empfohlen. Als letzte Möglichkeit kommt der Einsatz eines Medikamentes zur Vasodilatation (Nifedipin) gemäss ärztlicher Anweisung in Betracht.

Kernerman und Park (2014) haben die Hypothese aufgestellt, dass Schmerzen in der Brust beim Stillen aufgrund von verstärkten und anhaltenden Verspannungen der oberen Thoraxmuskulatur entstehen können.

Therapiekonzept bei wunden Mamillen

- Anwendung feuchter Wärme zur Auslösung des Milchspendereflexes (vor dem Anlegen des Kindes oder dem Entleeren der Brust).
- Vor dem Anlegen evtl. Entlastung bei prall gefüllter Brust und dadurch abgeflachten Mamillen.
- Optimale Positionierung und korrektes Anlegen des Kindes.
- Evtl. Einsatz von Stillhütchen (muss gut begleitet werden).
- Stillpause (manuelle Entleerung der Brust oder Abpumpen).
- Feuchte Wundheilung.
- Behandlung eines Infektes (insbesondere Soor).
- Lasertherapie (Evidenz kontrovers).
- Striktes Einhalten einer guten Händehygiene bei Mutter und Fachpersonal.
- Bei starken Schmerzen kann der Einsatz eines stillverträglichen Schmerzmittels erwogen werden.

Als Therapie für diese von ihnen als Mammary Constriction Syndrome bezeichneten Schmerzursache werden Massage und Dehnungsübungen der Brustmuskeln – v. a. des Musculus pectoralis major und des Musculus serratus anterior – vor und/oder nach dem Stillen vorgeschlagen.

Literatur

Abou-Dakn, M. (2006) Stillen. In: Kainer, F. (Hrsg.), Facharzt Geburtsmedizin, 1091–1111. Urban & Fischer.

Amir , L. H. (2014) ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised March 2014. *Breastfeeding Medicine;* Band 9, Nr. 5. doi.org/10.1089/bfm.2014.9984.

Both, D. (2015) Wenn das Stillen weh tut. *Fachjournal für Stillen und Laktation;* 1:14–17.

Kernerman, E. & Park, E. (2014) Severe Breast Pain Resolved with Pectoral Muscle Massage. *J Hum Lact.* doi: 10.1177/0890334414535842.

Lactation Education Accreditation and Approval Review Committee, Hetzel Campbell, S., Lauwers, J. & Mannel, R. (2018) Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care. Jones & Bartlett Learning.

Weitere Quelle

Berens, P. (2016) ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine;* Band 11, Nr. 2. doi.org/10.1089/bfm.2016.29002.pjb.

AUTORIN

Denise Both,
IBCLC, freiberufliche Still- und Laktationsberaterin, Stillberaterin LLL, Mitglied der Nationalen Stillkommission in Deutschland.