

Mastitis Puerperalis : diagnostische und therapeutische Aspekte

Autor(en): **Gyr, T.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **87 (1989)**

Heft 11

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951126>

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.

Mastitis Puerperalis: diagnostische und therapeutische Aspekte

Dr. Th. Gyr, Oberarzt Kant. Frauenspital, Bern

Wir können zwischen puerperaler und non-puerperaler Mastitis unterscheiden, d.h. zwischen der Brustentzündung während der Stillzeit und ausserhalb der Stillzeit. Ursache, Erregerspektrum und Diagnostik der beiden Krankheitsbilder haben wenig Gemeinsamkeiten und auch die Behandlung der beiden Krankheitsbilder ist unterschiedlich. Die Mastitis puerperalis, die Brustentzündung in der Stillzeit wurde in der medizinischen Literatur lange Zeit etwas stiefmütterlich behandelt. Neue Denkanstösse kamen vor allem aus der veterinärmedizinischen Literatur, da eine Störung der Laktation für die Milchwirtschaft zu einem existentiellen Problem werden kann.

In unserem Patientengut treten 80% der Wochenbettmastitiden im Anschluss an das eigentliche Wochenbett in der dritten bis vierten Woche nach Geburt auf. 1-2% der stillenden Mütter werden befallen, wobei Erstgebärende häufiger betroffen sind wie Mehrgebärende. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass es mehr Erstgebärende gibt und damit, dass die Mehrgebärenden meistens bereits über eine Stillfahrung verfügen.

Bei 85% der Wochenbettmastitiden finden wir keinen spezifischen Erreger, wir bezeichnen diese als nicht-infektiös. Bei den infektiösen Mastitiden umfasst das Erregerspektrum in abnehmender Häufigkeit *Staphylococcus aureus*, *Bacteroides fragilis*, *E. Coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus faecalis* und B-hämolyisierende Streptokokken.

Diagnostik

Klinische Untersuchung

Die entzündete Brust weist in der Regel eine diffuse oder lokalisierte Hautrötung ev. mit Hautödem auf und ist überwärmt. Die Mamille kann Fissuren oder Schrunden aufweisen und leicht nassen. Im Drüsenkörper lässt sich ein mässig bis deutlich dolenter Tastbefund abgrenzen. Die axillären Lymphknoten sind oft vergrössert und

schmerzhaft. Es treten häufig febrile Temperaturen von mehr als 38°C auf.

Ultraschall

Die Ultraschalluntersuchung hat sich bei jungen Frauen als sehr aussagefähige und nach heutigem Wissen unschädliche Methode erwiesen. Voraussetzung ist ein modernes hochauflösendes Gerät mit einem hochfrequentem Schallkopf. Sonografisch lassen sich im dichten Drüsenkörper der Stillphase einschmelzende, abszedierende Befunde mit grosser Sicherheit gegenüber diffusen Brustveränderungen abgrenzen.

Mammografie

Die radiologische Mammografie ist die Methode der Wahl in der Diagnose der klinisch nicht erkennbaren Brusterkrankungen. Bei den meist jungen stillenden Frauen mit klinischen Zeichen einer Mastitis ist, von therapieresistenten Ausnahmefällen abgesehen, eine Mammografie nicht sinnvoll, zumal die Aussagekraft der Mammografie von laktierenden, dichten Brüsten nicht befriedigend ist. Nebenbei sei bemerkt, dass wir bei unter 30-jährigen Frauen praktisch keine Indikation für eine Mammografie sehen.

Laboruntersuchungen

Weisses Blutbild

Wir finden im Blut von Stillenden mit einer Mastitis meist eine Leukozytose mit einer Linksverschiebung. Diese Veränderungen sind eindrücklich, wenn auch unspezifisch und differentialdiagnostisch kaum verwertbar.

Leukozyten der Milch

Leukozyten finden wir auch in der Milch von Frauen ohne Entzündungszeichen. Wir wissen aber, dass die Anzahl der Leukozyten/ml Milch mit dem Schweregrad einer entzündlichen Brusterkrankung korreliert. Der quantitative Nachweis der Leukozyten in der Milch ist nicht ganz einfach, da sich in der fettreichen Muttermilch

die Fetttropfen ähnlich darstellen wie die weissen Blutkörperchen. In spezialisierten veterinärmedizinischen Instituten oder am Frauenspital Bern können die Fetttropfen jedoch gelöst und die Leukozyten ausgezählt und diagnostisch verwertet werden.

Bakteriologische Untersuchung der Milch

In praktisch allen Muttermilchproben finden wir Bakterien, welche meist ohne pathologische Bedeutung sind. Bei der Entnahme der Milch für die bakteriologische Untersuchung ist darauf zu achten, dass die Proben nicht bakteriell kontaminiert werden und keine bakteriostatischen Lösungen zur Reinigung der Mamille vor Entnahme der Probe verwendet werden. Beides kann die Ergebnisse verfälschen. Wir reinigen die Mamille lediglich mit einer isotonen Kochsalzlösung und arbeiten bei der Entnahme steril. Die Milchproben werden in einem flüssigen Transportmedium (Portagerm) zur differenzierten Bearbeitung und Beurteilung in ein mikrobiologisches Institut geschickt.

Differentialdiagnose

Wir können drei Unterformen der puerperalen Mastitis unterscheiden:

1. Milchstau,
2. nicht-infektiöse Mastitis
3. infektiöse Mastitis

Aufgrund des klinischen Erscheinungsbildes können die drei Formen nicht unterschieden werden, sie manifestieren sich unter Umständen in genau gleicher Weise. Ein hochroter, dolenter, umschriebener Tastbefund, Axilläre Lymphome, Fieber und Leukozytose treten beim Milchstau wie bei der infektiösen Mastitis auf und sind keine sicheren Zeichen eines beginnenden Infektes. Zur Differenzierung der drei Unterformen müssen wir weitere Laborparameter beachten. Von Bedeutung sind die Leukozyten und die Anzahl der Bakterien in der Milch. Bei $\ll 10^6$ Leukozyten/ml Milch sprechen wir von einem Milchstau. Finden sich $\geq 10^6$ Leukozyten/ml Milch, handelt es sich um eine Mastitis. Die nicht-infektiöse Form weist dabei $\ll 10^3$ Bakterien/ml Milch auf, während bei der infektiösen Mastitis $\geq 10^3$ Bakterien/ml Milch gefunden werden.

Bei 1/3000 – 10000 Frauen treten Mammakarzinome während der Stillzeit auf, welche klinisch mit einer Mastitis verwechselt werden können. Therapieresistente Mastitiden müssen deshalb stets sorgfältig abgeklärt werden.

Behandlung

Milchstau und nicht-infektiöse Mastitis

Die Unterscheidung der drei Unterformen der Mastitis hilft uns bei der Planung der Behandlung. Die nicht-infektiösen Formen können durch gute Stilltechnik und unterstützenden Massnahmen gebessert werden. Beim Stillen ist darauf zu achten, dass die Brust vollständig geleert wird. Die Mutter muss über Ansetztechniken und das manuelle Leermassieren der Brust instruiert werden. In Ausnahmefällen kann zusätzlich der Gebrauch einer Pumpe notwendig werden. Zu den unterstützenden Massnahmen gehören die Applikation von Kälte in Form von Wickeln (Alkohol/Wasser, Eis oder kommerziell erhältliche Wickel) und die Brustkompression durch einen gut sitzenden, straffen Büstenhalter. Zusätzlich kann bei vermehrtem Milchfluss die Brust mit Kampfersalbe eingerieben und ev. hochgebunden werden. Die medikamentöse Reduktion der Milchbildung durch Bromocriptin ist Ausnahmefällen vorbehalten und hat bei weiterem Stillwunsch mit grösster Vorsicht zu geschehen.

Infektiöse Mastitis

Bei der infektiösen Mastitis werden oben beschriebene Massnahmen in gleicher Weise durchgeführt. Zusätzlich ist es unumgänglich, Antibiotika zu geben, um einer Abszessbildung vorzubeugen. Wir verwenden in erster Wahl Flucloxacillin (Floxapen). Bei Penicillinallergie stehen uns Cefadroxil (Duracef) oder Clindamycin (Dalacin) zur Verfügung. Prinzipiell kann eine Mutter mit infektiöser Mastitis normal weiter stillen, da bei richtiger Dosierung der Medikamente keine negativen Auswirkungen auf das Kind zu befürchten sind. Wir empfehlen in der Regel, die Milch während den ersten 24 Stunden der Behandlung zu verwerfen, um eine Ansteckung des Kindes bei hoher Bakterienkonzentration der Milch zu vermeiden.

Ohne antibiotische Behandlung kann sich eine bakterielle Entzündung phlegmonös unter der Haut ausbreiten und unter Umständen zu einer Sepsis führen. Häufiger wie die Phlegmone sehen wir eine Gewebseinschmelzung im Sinne eines Abszesses. Bei klinischem oder sonografischem Verdacht auf einen Abszess sollte ein mit dem Problem vertrauter Arzt konsultiert werden. In seltenen Fällen kann ein kleiner Abszess in der Brust durch Punktion drainiert werden. Meistens ist jedoch eine operative Drainage unumgänglich,

was einen Spitalaufenthalt von 2-5 Tagen mit sich bringt. Bleibt ein Abszess der Brust unerkannt, kommt es zu flächigen Hautnekrosen mit einer Spontanperforation, welche eine schlechte Heilungstendenz aufweist, und zu flächigen Defektheilungen mit Verstümmelung der Brust führen kann.

Falls kein Labor verfügbar ist, welches die komplexen Untersuchungen der Milch vornehmen kann, ist man gezwungen, bei der Planung der Behandlung anders vorzugehen. Da die infektiöse Mastitis lediglich 15% aller Mastitiden darstellt, können alle Fälle ohne klinische oder sonografische Zeichen einer Abszessbildung während 24 Stunden zunächst wie ein Milchstau bzw. wie eine nicht-infektiöse Mastitis behandelt werden. Bei Persistenz der Symptomatik, insbesondere bei persistierenden Temperaturen $\geq 38^{\circ}\text{C}$ sollte die Erkrankung nach 24 Stunden als infektiös angesehen und mit Antibiotika behandelt werden.

Zusammenfassung

Die Mastitis puerperalis, die Brustentzündung in der Stillzeit kann in drei Unterformen unterteilt werden: den Milchstau, die nicht-infektiöse Mastitis und die infektiöse Mastitis. Die Diagnose wird klinisch und vor allem aufgrund der Anzahl der Leukozyten und Bakterien in der Milch gestellt. Milchstau und nicht-infektiöse Mastitis werden durch korrekte Stilltechnik und unterstützende, vorwiegend physikalische Massnahmen behandelt. Die infektiöse Form ist relativ selten, verdient aber wegen der hohen Komplikationsrate besondere Beachtung. Die infektiöse Mastitis muss mit Antibiotika therapiert werden, um einer Abszessbildung vorzubeugen. Kommt es dennoch zu einem Abszess, werden chirurgische Massnahmen unumgänglich. Die meisten Mütter mit Mastitis werden bei korrekter Behandlung weiter stillen können.

Literatur

Gyr Th, Meier D., Almendral AC (1988) Probleme der Mammadiagnostik bei der Jungen Frau, *Swiss Med* 10, 15-17
Schalm OW, Carroll EJ, Jain MC (1971) Bovine mastitis, Lea & Febinger, Philadelphia 1-360
Thomsen AC, Hansen B, Moller BR (1983) Leukocyte counts and microbiologic cultivation in the diagnosis of puerperal mastitis, *Am J Obstet Gynecol* 146, 938-941.

Mastitis – Mütter Berichten

Christel Bollhalder

Ich gebar unser drittes Kind durch Kaiserschnitt, und war überzeugt, es zu stillen. Leider hatte ich schon im Spital Schwierigkeiten. Nach zwei Tagen sagten sie mir, ich solle abstillen. Ich wehrte mich dagegen und versuchte es dann mit den bekannten Saughütchen, mit Pumpen etc. Am achten Tag bekam ich Probleme mit meiner Dammschnitt, die wegen einer Fadenallergie wieder aufging. All das zusammen führte zu einer gewissen Stresssituation, die das Stillen natürlich nicht förderte. Ich hatte einen Kampf gegen meine Spitalkolleginnen – ich bin selber Krankenschwester – sagte mir aber: wenn ich zu Hause bin, mache ich es ganz anders. Als ich am 14. Tag endlich zu Hause war, ging meine Wunde wieder auf. Darauf folgte ein Hin und Her vom Spital und nach Hause. Nach fünf Tagen bekam ich eine Brustentzündung. Ich versuchte es mit Umschlagen, häufigem Ansetzen und anderem. Meine Kraft war auch etwas am Ende. Aber ich hatte das Gefühl, dass eine Besserung eintrat. Leider bekam ich nach weiteren fünf Tagen hohes Fieber, Schüttelfrost, die Brust war sehr hart, hoch entzündet und ich hatte sehr starke Schmerzen. Unser kleines Mädchen wollte nicht mehr trinken, denn sie konnte die Brustwarze fast nicht mehr fassen. Der Vertreter meines Arztes sagte sofort, ich müsse abstillen. Ich wehrte mich dagegen, und er sagte, wir können es zwei Tage mit «Clamoxyl» und häufigem Stillen versuchen, aber wenn es dann nicht gut sei, müsse ich abstillen. Das Fieber sank nicht und nach zwei Tagen sagte er mir, es bleibe nichts anderes übrig als abzustillen und gab mir «Parlodel». Heulend und wütend schluckte ich widerwillig diese Tabletten. Ich war enttäuscht über mich selbst.

Nach einiger Zeit musste ich mit unserem grösseren Jungen zum Kinderarzt. Ich erzählte ihm die ganze Geschichte. Er sagte mir (ich selber hatte es auch schon gelesen), dass es möglich sei, wieder mit stillen zu beginnen. Ich sagte ihm, das ich gerne wieder stillen wolle. Die Brust sei jetzt wieder gesund. Er sagte mir, er würde mich unterstützen, wenn ich den Mut und die Kraft hätte, nochmals anzufangen. Er klärte

in der Firma ab, wie die Halbwertszeit des Medikamentes sei. Nun brauchte es zwar sehr viel Geduld und Kraft um die ganze Sache durchzuziehen, aber nach drei Wochen konnte ich meine Tochter voll stillen.

Cinzia Valletta

Meine Mastitis begann mit einer kleinen Rötung an der Hautoberfläche, die sich langsam zu einem Abszess entwickelte. Ich habe diese Entzündung am Anfang unterschätzt und ging erst nach etwa zehn Tagen zum Arzt. Wir haben eine Behand-

lung begonnen mit Wickeln und Neo-Décongestine. Das alles hat nichts genützt. Nachher haben wir es zwei Wochen lang mit «Clamoxyl» versucht, was auch nichts genützt hat. Mit der Zeit hatte ich auf der Brust eine Rötung von etwa zehn Zentimeter Durchmesser mit klar ersichtlichem Eiter unter der Haut. Jetzt kam nur noch eine Operation in Frage. Wir entschieden uns für eine ambulante Operation, da meine Tochter erst drei Monate alt war. Nach der Operation war meine Brust leider ganz verbunden, und ich konnte weder abpumpen noch stillen. Ausserdem hatte ich eine Drainage; ein kleines Schläuchlein, das an zwei Stellen aus der Brust kam. Wieder zu Hau-

se konnte ich 36 Stunden weder abpumpen noch stillen. Meine Brust war riesig und die Schmerzen waren sehr stark.

Nachdem der Verband abgenommen wurde, konnte ich die Milch abpumpen. Mit Hilfe eines Urikultes untersuchte ich sie nach Bakterien. In der Zwischenzeit bewahrte ich die Milch im Kühlschrank auf und konnte dann die saubere und wahrscheinlich bakterienfreie Milch meiner Tochter mit einer Flasche geben. Nach fünf Tagen konnte der Arzt die Drainage entfernen. Ich habe weiterhin abgepumpt. Nach einer Woche war die Brust fast vollkommen verheilt und ich konnte mein Kind wieder voll weiterstillen.

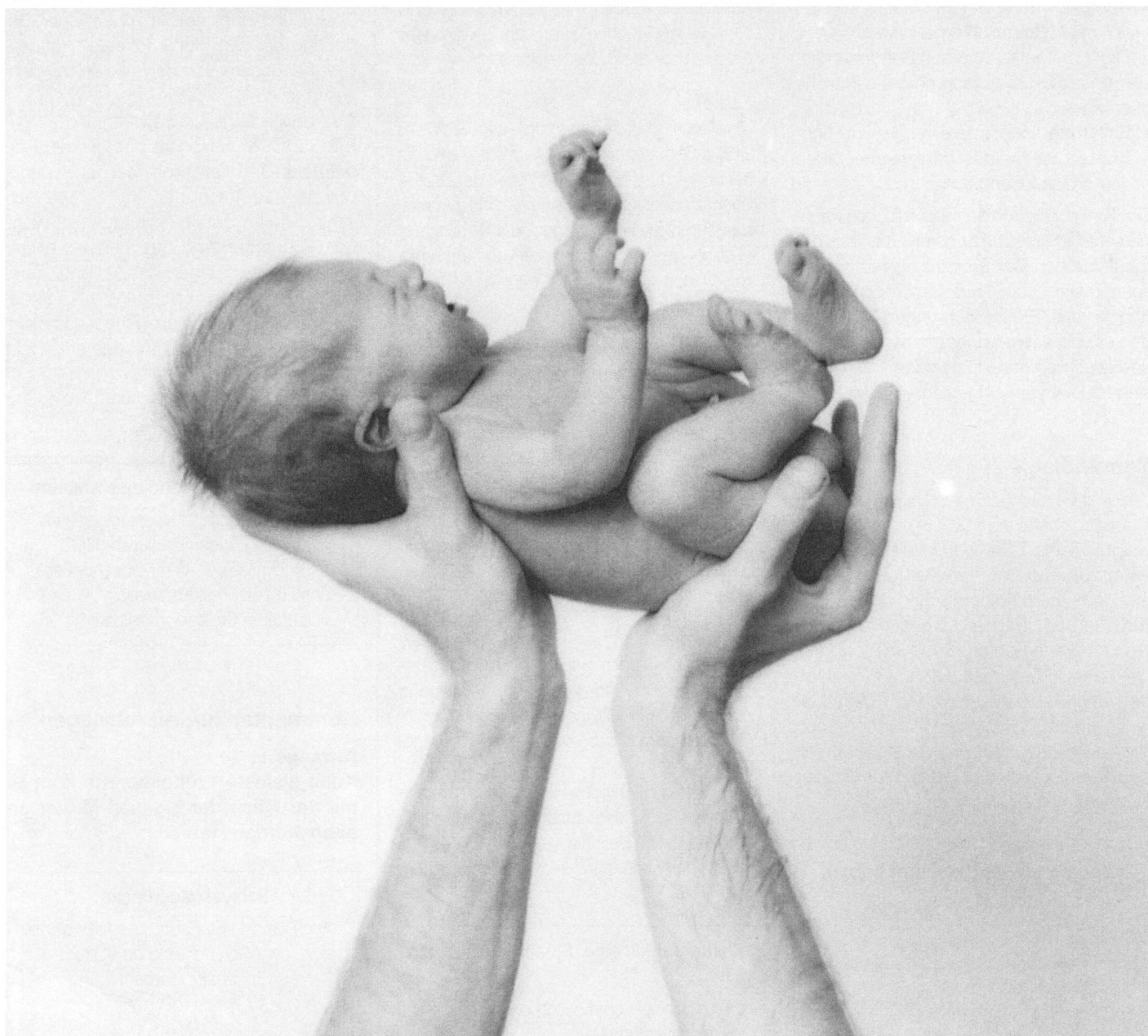


Photo: Paul Blanca