

Schmerzen beim Stillen

# Vielfältige Ursachen erfordern sorgfältige Abklärung

Stillen ist die physiologische Form der Säuglingsernährung mit vielen Vorteilen für Mutter und Kind. Dennoch ist es eine Fertigkeit, die erlernt werden muss, was sich nicht zuletzt daran zeigt, dass bei mehr als einem Drittel der Mütter in der ersten Zeit nach der Geburt Stillprobleme auftreten (1).

**L'allaitement est la forme physiologique de l'alimentation du nourisson. Celle-ci présente de nombreux avantages pour la mère et l'enfant. Cependant, allaiter est une compétence qu'il faut acquérir. Ceci explique le fait que plus d'un tiers des mères ont des problèmes d'allaitement les premières semaines après la naissance (1).**

Hauptursachen für ein vorzeitiges Abstillen sind Schmerzen beim Stillen und zu wenig Milch. Wobei es sich nicht immer um einen echten Milchmangel handeln muss, auch das Empfinden der Mutter, «nicht genug Milch zu haben» kann dazu führen, dass die Frau abstillt (2). Die beste Stillförderung besteht daher darin, Stillproblemen so gut wie möglich vorzubeugen und dennoch auftretende Stillschwierigkeiten so schnell wie möglich zu erkennen und effektiv zu behandeln.

Die optimale Stillförderung beginnt nicht erst im Kreissaal. Mütter, die bereits vor der Geburt korrekte Informationen über das Stillen und das normale Verhalten eines Neugeborenen erhalten haben, haben seltener Stillprobleme. Der frühzeitige Kontakt mit einer Stillberaterin und der Besuch von Stillgruppen bereits während der Schwangerschaft wirken sich positiv auf den Stillbeginn und die Stildauer aus.

## Der Stillbeginn

Ein guter Stillbeginn braucht Zeit und Ruhe. Mutter, Vater und Kind finden nach der Geburt zu einer fein abgestimmten Kommunikation – wenn sie nicht gestört werden. Achtsamkeit, Ruhe und Reizarmut sind sicher wegweisend für ein gelungenes Sich-Kennenlernen von Mutter (Eltern) und Kind. Und damit sind wir schon beim ersten Stolperstein für eine gelungene Stillbeziehung: Die aktuelle Sectiorate liegt bei mehr als 30 Prozent und daher verläuft für etwa ein Drittel aller Eltern das Bonding nach der Geburt vielfach unter suboptimalen Bedingungen. Doch es ist möglich, diese wichtige Kennenlernzeit und das Bonding nicht nur im Kreissaal, sondern auch im Operationssaal zu verbessern. Zum Beispiel durch Reizarmut (Geräuschpegel senken), abgedimmtes Licht, Bonding-Tuch, warme Tücher und intraoperative Wärmedecken.

Lässt sich eine Trennung von Mutter und Kind direkt nach der Geburt nicht vermeiden oder verlief das erste Kennenlernen nach der Geburt nicht gut, kann das Bonding nachgeholt werden. Für ein solches Re-Bonding, braucht es nicht viel:



**Denise Both, IBCLC**  
Füssen-Weissensee



**Dr. med. Franziska Krähenmann, IBCLC**  
Zürich

### Checkliste 1: Bondingförderung bei der Sectio

- Wenn möglich Regionalanästhesie
- Hebamme gibt Baby zur Mutter
- Falls eine Untersuchung respektive Versorgung des Kindes stattfinden muss, wird diese möglichst in der Nähe der Eltern durchgeführt
- Kindsvater sitzt neben der werdenden Mutter
- Werdende Mutter trägt Bondingtuch
- Wärmedecke
- EKG-Elektroden sind lateral angelegt
- Arme werden zum gegebenen Zeitpunkt losgebunden
- Stimmen werden leise gehalten
- Licht minimal
- ist die Patientin in Intubationsnarkose, übernimmt der Mann das Bonding

Einen gut temperierten Raum, warme Tücher, wenig Lärm, wenig Licht, keine Störung, nur die Anwesenheit der notwendigen Personen. Das Baby wird entweder nackt auf den nackten Oberkörper der Mutter gelegt oder es wird gebadet und anschliessend noch feucht und nackt im Haut-zu-Haut-Kontakt auf den nackten Oberkörper der Mutter gelegt.

Hierzu sind insbesondere die ambulant betreuenden Hebammen, Pflegefachfrauen und Stillberaterinnen in den ersten Tagen nach der Entlassung aus dem Spital gefragt. Sie können noch vor der Kinderarzt-Visite und der Visite beim betreuenden Arzt/der betreuenden Ärztin, als erste erkennen, ob ein Re-Bonding als sinnvolle Massnahme zur Förderung der Mutter-Kind-Beziehung angeregt werden sollte.

### Stillen darf nicht wehtun

Immer wieder hört und liest man «Stillen verursacht normalerweise keine Schmerzen, und wenn doch, dann läuft etwas nicht richtig». Diese Aussage ist jedoch nur teilweise richtig. In den ersten paar Tagen kann eine gewisse Empfindlichkeit der Mamillen normal sein, so dass das Stillen von der Mutter als schmerzhaft empfunden werden kann. Hieraus ergeben sich zwei wichtige Punkte: 1. Die Frauen müssen darüber aufgeklärt werden, dass das Stillen in den ersten Tagen als unangenehm empfunden werden kann, dies jedoch zwei Wochen postpartum vorüber sein sollte. 2. Das Fachpersonal muss in der Lage sein, zu unterscheiden, ob die Schmerzen durch diese anfängliche, normale Empfindlichkeit verursacht werden oder ob ein Problem vorliegt, das ein Eingreifen erfordert. 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.

In unserer eigenen Statistik zeigen sich wunde Mamillen schon in den ersten Tagen in 30,5 Prozent der Fälle. Ausserdem waren Mamillen-Läsionen ein häufiger Grund für weitere Stillprobleme, für Mastitis und letztendlich für das Abstillen (4).

Um geeignete Massnahmen zur Behandlung von wunden Mamillen ergreifen zu können, ist es wichtig, die Ursache aufzudecken und zu beheben. Einen Leitfaden für die Ursachenforschung bietet Checkliste 2.

#### Checkliste 2: Wunde Mamillen

- Stillpositionen und Anlegetechnik (als Stillberaterin Stillmahlzeit beobachten), gegebenenfalls Pumpmanagement überprüfen
- Schmerzen: Lokalisation und Charakter beschreiben lassen
- Aussehen von Brust und Mamille (pralle Brust durch verstärkte initiale Brustdrüsenanschwellung, besondere Mamillenformen)
- Orale Anatomie des Kindes (Zungenbändchen, Gaumenform, Retrognathie)
- Bisherige Massnahmen
- Mögliche Trigger: «Saugtyp» des Kindes, Zufüttern, Wechsel eines Kosmetikartikels, Menstruationsbeginn, neue Schwangerschaft

Das Therapiekonzept bei wunden Brustwarzen umfasst (nach Erkennen und Behebung der Ursachen):

- Anwendung feuchter Wärme zur Auslösung des Milchspendereflezes (vor dem Anlegen des Kindes oder dem Entleeren der Brust)
- vor dem Anlegen eventuelle Entlastung bei prall gefüllter Brust und dadurch abgeflachten Mamillen (manuell oder mit Pumpe)
- optimale Positionierung und korrektes Anlegen des Kindes
- eventuell Einsatz von Stillhütchen (muss gut begleitet werden)
- Stillpause (manuelle Entleerung der Brust oder Abpumpen)
- feuchte Wundheilung
- Behandlung eines Infektes (insbesondere Soor)
- Lasertherapie (erfahrungsgemäss sehr beliebt, Evidenz kontrovers)
- striktes Einhalten einer guten Händehygiene bei Mutter und Fachpersonal
- bei starken Schmerzen kann der Einsatz eines stillverträglichen Schmerzmittels erwogen werden.

ABB. 1

Tiefe Rhagade am Übergang von Mamille zu Areola; zusätzlich Vasospasmus (3)



### Schmerzen ohne sichtbaren Befund

Klagt eine Frau über stechende, brennende Schmerzen, die tief in die Brust ausstrahlen, eventuell erst nach dem Stillen auftreten und länger anhalten, ohne dass eine äusserliche Ursache erkannt werden kann, können eine Soorinfektion oder ein Vasospasmus der Brustwarze ursächlich sein. Auch in diesem Fall ist eine genaue Inspektion der Brust, unbedingt auch unmittelbar nach dem Stillen, unerlässlich. Die Diagnose einer Soorinfektion ohne äussere Anzeichen gestaltet sich schwierig. Ist die Diagnose gesichert, wird eine Behandlung von Mutter und Kind eingeleitet. Ist der Soor nur an der Brust-Oberfläche, erfolgt die Therapie lokal; berichtet die Mutter über Stechen in der Brust, erfolgt diese systemisch. Die Wirksamkeit der Therapie scheint begrenzt, eine vollständige Eliminierung von Candida ist nicht möglich, Rezidive sind nicht selten. Unterstützend zur medikamentösen Therapie sind entsprechende Hygienemassnahmen (Abwaschen der Brust, Verwendung von häufig zu wechselnden Einmalstilleinlagen, Kleidung möglichst heiss waschen, Sauger und Pumpzubehör auskochen usw.) zwingend notwendig.

Die International Lactation Consultant Association (ILCA) empfiehlt 14 Tage Dauer der lokalen (an der Brust) und der peroralen Therapie (im Mund des Säuglings) (5), andere nur 6–10 Tage; im Rezidivfall manchmal Therapie während Wochen. Für die systemische Therapie wird Fluconazol empfohlen. Dauer und Dosierung der Therapie werden kontrovers diskutiert. Abou-Dakn empfiehlt eine orale Fluconazolbehandlung für 2–3 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/d bei gleichzeitiger antimykotischer Behandlung des Kindes (6).

#### Checkliste 3: Massnahmen bei systemischem oder rezidivierendem Soorinfekt

- Kohlenhydrate und Zucker meiden
- Auskochen der Textilien, der Stillhilfsmittel, des Nuggis
- Einsatz von Probiotika
- Aktive Suche von Vaginalinfekten und lokale Behandlung
- Wegwerfen angebrochener Kosmetika, z.B. Deodorants
- Zahnbürsten auswechseln
- Suche von Pilzinfektionen bei Haustieren

Beim Auftreten des Trikolore-Phänomens (Abblassen der Mamille, Blaufärbung, anschliessende Rötung) ist eine Therapie mit Magnesium und Kalzium, ggf. Nifedipin als Kalziumantagonist (Vasodilatator) in Betracht zu ziehen (7).

**Denise Both, IBCLC**

Johann Heel Str. 15  
D-87629 Füssen-Weissensee  
Denise.Both@allgaeu.org

**Dr. med. Franziska Krähenmann IBCLC**

Klinik für Geburtshilfe  
UniversitätsSpital Zürich  
Frauenklinikstr. 10, 8091 Zürich  
Franziska.Kraehenmann@usz.ch

**+** **Interessenskonflikt:** Die Autorinnen haben keine Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

**Literatur:**

1. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham K: Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study Pediatrics, Apr 2006; 117: e646 - e655.
2. B. Rebhan, M. Kohlhuber, U. Schwegler, B. Koletzko, H. Fromme: Stillfrequenz und Stillprobleme - Ergebnisse der Bayerischen Stillstudie. Das Gesundheitswesen 2008; 70 (S.1): S. 8-12
3. Both D, Frischknecht K. Stillen kompakt. Atlas zur Diagnostik und Therapie in der Stillberatung. München: Elsevier, 2007.
4. Gubler T, Krähenmann F, Roos M, Zimmermann R, Ochsenbein-Kölble N: Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: a Swiss university hospital observational study Journal of Perinatal Medicine. Band 41, Heft 3, Seiten 331–339, ISSN (Online) 1619-3997, ISSN (Print) 0300-5577, DOI: <https://doi.org/10.1515/jpm-2012-0102>, October 2012
5. International Lactation Consultant Association (ILCA): Core Curriculum for Lactation Consultant Practice, ILCA, 2013
6. Abou-Dakn M: Stillen. In: Kainer F (Hrsg.) Facharzt Geburtsmedizin. München: Urban & Fischer 2006, S. 1091–111
7. Page SM, McKenna DS: Vasospasm of the nipple presenting as painful lactation. Obstet Gynecol 2006; 108 (3 Pt 2): 806–8

**Take-Home Message**

- ◆ 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
- ◆ Wichtig ist eine kompetente und einfühlsame Begleitung und Behandlung mit dem Ziel eines gesunden, gut gedeihenden Kindes und einer guten Mutter-Kind-Beziehung

**Messages à retenir**

- ◆ La douleur pendant l'allaitement peut avoir de nombreuses causes, d'où la nécessité d'une évaluation minutieuse
- ◆ Un traitement rapide des problèmes d'allaitement et des douleurs associées peut prévenir le sevrage prématuré
- ◆ Un accompagnement et une prise en charge compétents et empathiques sont importants. Les objectifs sont un enfant en bonne santé qui se développe bien et une relation mère-enfant harmonieuse