

# Ernährung mit pasteurisierter Muttermilch bei mütterlicher HIV-Infektion

Regine Gresens, IBCLC

*Als freiberufliche Hebamme und Still- und Laktationsberaterin ist es mir sehr wichtig, bereits durch die Informationen in meinen Geburtsvorbereitungskursen einen soliden Grundstein für die Stillzeit zu legen. So berichte ich dort natürlich von den immunologischen Vorteilen der Muttermilch und erwähne gelegentlich in diesem Zusammenhang auch die Möglichkeit der Pasteurisation von Muttermilch bei Müttern mit Infektionen u.ä.*

Nach einem Wochenend-Geburtsvorbereitungskurs Anfang Oktober 1999 meldete sich daraufhin eine der Teilnehmerinnen noch einmal telefonisch bei mir. Sie sei HIV-positiv und würde gerne ihr Kind mit ihrer pasteurisierten Muttermilch ernähren, benötige aber schriftliche Unterlagen über Hintergründe und praktisches Vorgehen des Verfahrens, um das Einverständnis ihrer Ärzte zu gewinnen.

Die Schwangerschaft von Frau R. war ungeplant eingetreten und erst etwa in der 19.SSW festgestellt worden. Zudem sei sie älter als 35 Jahre und nach intravenösem Drogenmissbrauch seit mehr als 10 Jahren HIV-positiv. Ihre Viruslast betrug zum Zeitpunkt der Schwangerschaft <400 Kopien/ml in PCR. Eine AIDS-Erkrankung war noch nicht zum Ausbruch gekommen.

Ich begann also in meinen Unterlagen, mit Hilfe von Kolleginnen und über das Internet, Informationen zu dieser Problematik zusammen zu tragen. Diese stellte ich der Mutter in schriftlicher Form zur Verfügung, darüber hinaus besprachen

wir ein mögliches Pumpregime, die Holder-Pasteurisation, d.h. Erhitzung auf 56-62,5°C für 30 Minuten und anschließende schnelle Abkühlung und kühle Aufbewahrung, sowie die Notwendigkeit der Tiefkühlung, falls die pasteurisierte Muttermilch nicht binnen 48 Std. verbraucht würde.

Dieser Plan von Frau R. stieß, weniger bei den niedergelassenen Kinderärzten, als vielmehr bei den auf die Behandlung von HIV-positiven Schwangeren und deren Kindern spezialisierten Ärzten, größtenteils auf deutliche Ablehnung. Anfangs wurde noch versucht sie umzustimmen, später wurde sie heftigst kritisiert und sogar beschimpft, falls sie es wagen würde, „das Kind mit dieser wertlosen Flüssigkeit zu vergiften und auf die garantiert allergenarme Ersatzmilch zu verzichten - nachdem das Kind alle Segnungen der Medizin erfahren hatte.“

Diesen Widerständen zum Trotz entschied sich Frau R. aufgrund der ihr vorliegenden Informationen und der von den behandelnden Fachärzten favorisierten Routine zu folgendem Vorgehen:

Sie nahm routinemäßig ab der 32. SSW 2 x täglich 250 mg AZT (Retrovir®) p.o. Bereits vor dem festgelegten Op-Termin mietete sie eine elektronische Intervallpumpe mit Doppelpumpset. Darüber hinaus besorgte sie sich ein Haushalts-Thermometer (zum Einwecken) sowie einen entsprechenden Topf bzw. hohe Pfanne, Fläschchen, Zange etc. für die Pasteurisation.

Ca. 4. Wochen vor dem ET wurde sie durch eine primäre Sectio Caesarea in Peridural-Anästhesie von einer kleinen Tochter entbunden. Unter der Entbindung erhielt sie Retrovir® i.v.

Die kleine Jana, Geburtsgewicht: 2340g, Apgar: 9/9/10, wurde nach der Geburt

gründlich abgesaugt und erhielt ebenfalls in den ersten 10 Tagen stationär alle 6 Std. Retrovir® i.v. für 30 Minuten.

Frau R. begann sofort nach der Geburt ihre Brüste regelmäßig abzupumpen. Jana wurde in dieser Zeit mit Formula ernährt, weil Frau R. ihre abgepumpte Muttermilch aus hygienischen Gründen nicht in der Stationsküche pasteurisieren durfte und ein Transport der abgepumpten Milch zur Heimpasteurisation und zurück logistisch nicht durchführbar war. Die Milchbildung kam dennoch gut in Gang, die abgepumpte Muttermilch wurde während des 10-tägigen Klinikaufenthalts verworfen.

Nach der Klinikentlassung begann eine anstrengende Zeit für Frau R. und ihren Partner. Jana schrie überdurchschnittlich viel. Frau R. musste alle 4 Stunden ihre Brüste abpumpen, anschließend das Pumpzubehör reinigen und sterilisieren sowie einmal täglich die abgepumpte Milch pasteurisieren, und natürlich, wenn Jana hungrig war, die pasteurisierte Muttermilch aufwärmen und füttern. Häufige Arztbesuche sowie vierteljährliche, traumatische Blutentnahmen für die Serologie von Jana vergrößerten noch den Stress für die gesamte Familie.

In der täglichen Praxis erwiesen sich dabei verschiedene Dinge als vorteilhaft, 1. ein Vaporisator zum automatisierten Sterilisieren der gereinigten Flaschen, Sauger und Pumpenteile, und 2. eine gut funktionierende, transportable Intervallpumpe mit Umhänge-Kühltasche, die Frau R. trotz des Pumpens Beweglichkeit und Flexibilität ermöglichte.

Bei all diesen Schwierigkeiten hat Frau R. es dennoch geschafft, 6 Monate lang abzupumpen und ihre abgepumpte Muttermilch zu pasteurisieren. Ab dem 4. Monat bekam Jana zusätzlich zur Muttermilch noch Mandelmilch, da Frau R.

wegen Janas untröstlichem Schreien das Gefühl hatte, die von ihr abgepumpten 720 ml Muttermilch würden nicht ausreichen.

Schwierig waren für sie zusätzlich die Fragen des Bekanntenkreises, warum sie denn nicht einfach stillen würde, denn nicht bei allen Mitmenschen war es möglich, einfach die Wahrheit zu sagen, so dass Frau R. manches Mal eine Notlüge erfinden musste.

Rückblickend sagt Frau R., die Zeit des Pumpens und Pasteurisierens sei für sie zwar unglaublich anstrengend gewesen, aber sie würde es wieder so machen. Denn Jana hat nun nach vielen, für sie traumatischen Blutabnahmen im Abstand von 3 Monaten (wie erwartet) die erste negative Serologie nach über 24 Monaten, was darauf schließen lässt, dass keine Übertragung des HI-Virus von Mutter zu Kind stattgefunden hat.

Ihre Erlebnisse und Überlegungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt von Jana möchte Frau R. in einem Buch mit dem Titel „Jana und die Muttermilch“ veröffentlichen, um sie einer breiteren Öffentlichkeit und vor allem anderen Betroffenen zugänglich zu machen.

*Anschrift der Autorin:*

*Regine Gresens, Hebamme,  
Still- und Laktationsberaterin IBCLC  
in freier Praxis,*

*Braamwisch 4, D22175 Hamburg  
E-Mail: R.Gresens@t-online.de*