

Schmerzende Brustwarzen sollten kein Grund für ein vorzeitiges Abstillen sein

Regine Gresens, Hebamme – Still- & Laktationsberaterin IBCLC, Hamburg

Eine gute Unterstützung der stillenden Mutter ist eine der wichtigsten Aufgaben der Hebamme in der Wochenbettbetreuung. Dabei gilt es, frühe Stillprobleme möglichst von vornherein zu vermeiden. Für eine effektive Behandlung wunder Brustwarzen ist es notwendig, ihre Ursachen zu erkennen. Denn ohne Diagnose ist eine wirksame Therapie nicht möglich. Die wichtigsten Schritte im Überblick.

Befragt man Mütter nach dem Grund für ein vorzeitiges Abstillen, so nennen sie am häufigsten Probleme mit den Brüsten und/oder den Brustwarzen in den ersten Wochen nach der Geburt sowie den Eindruck, dass ihr Baby beim Stillen nicht genug Nahrung erhält [1]. Wunde Brustwarzen sind zudem ein Risikofaktor für weitere Stillprobleme wie Milchstau und Mastitis. Die damit einhergehenden Schmerzen steigern darüber hinaus das Risiko für postpartale Depressionen [2].

Wunde Brustwarzen entstehen in den meisten Fällen durch suboptimales Anlegen, bei dem die Mamille nicht tief genug im Mund des Kindes liegt, und mangelnden Milchfluss, sodass sie von einem zu starken Vakuum und Reibung am harten Gaumen belastet und auf Dauer verletzt wird [3].

Die wichtigsten Fragen an die Mutter

Für die effektive Behandlung wunder Brustwarzen ist es notwendig, zunächst die Ursachen zu erkennen. Zur **Diagnostik** gehört nach der allgemeinen Anamnese auch das Erfragen des Geburtsverlaufs und des bisherigen Stillmanagements sowie früherer Brustwarzen- oder Hautprobleme. Die wichtigsten Fragen an die Mutter lauten:

- Wie alt ist das Baby jetzt?

- Seit wann schmerzen die Brustwarzen oder sind sie wund?
- Gab es Besonderheiten oder Veränderungen der Stillsituation vor dem Einsetzen der Schmerzen? (Stillposition, Schnuller, Stillhütchen, Pumpen, Zufüttern, Beikostbeginn, Zahnen, Soor, neue Schwangerschaft?)
- Wann setzen die Schmerzen ein und wie lange dauern sie an? (Beim Ansaugen, während der gesamten Stillmahlzeit, nach dem Stillen, bereits bei kleinsten Berührungen?)
- Wo tut es weh? (Brustwarzenspitze, Übergang zum Warzenhof, Warzenhof, in der Brust?)
- Wie ist der Schmerzcharakter? (Stechend, brennend, pochend, dumpf, ausstrahlend?)
- Wie stark ist der Schmerz auf einer Skala von 0 bis 10? (0 = „keine Schmerzen“ und 10 = „die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können“?)
- Welche therapeutischen Maßnahmen sind bisher erfolgt? Mit welchem Erfolg?
- Wie entwickelt sich das Gewicht des Kindes bis jetzt? Scheidet es normal aus?

Inspektion der Brüste

Die Untersuchung der Brüste beginnt zunächst mit einer Betrachtung des freien Oberkörpers der Mutter aus etwa zwei

bis drei Metern Entfernung. Danach werden die Brüste abgetastet. Anschließend werden die Mamillen bei guter Beleuchtung auf Veränderungen inspiziert, eventuell auch mithilfe einer Lupe.

- Gibt es anatomische Besonderheiten? (Form und Größe der Brüste und der Brustwarzen, Flach-, Schlupf- oder Hohlwarzen, Operationsnarben, Brustwarzenpiercing?)
- Wie ist der Tastbefund? (Weich, prall, Verhärtungen, Ödeme, Rötung?)
- Sind Veränderungen oder Verletzungen der Mamillen sichtbar? (**Abb. 1**) (Lage, Form, Größe, Schweregrad, Beläge, Absonderungen?)

Untersuchung des Kindes

Zum **Ausschluss kindlicher Faktoren**, die das gute Anlegen erschweren können,



Abb. 1 Verletzung der Mamille (Foto aus Schüllner H, „Wunde Brustwarzen“ in DHV (2012): Praxisbuch Besondere Stillsituationen. Hippokrates).

Schweregrade der Verletzungen nach dem Nipple Trauma Score (NTS) [4]:

- **Grad 0:** keine makroskopischen Veränderungen
- **Grad 1:** Erythem, Ödem oder Bläschenbildung oder eine Kombination daraus, ohne weitere Hautverletzungen
- **Grad 2 (2a):** oberflächliche Hautverletzung (Erosion, nur die oberen Epidermisschichten betroffen) mit oder ohne Schorfbildung kleiner als 25% der Mamillenfläche
- **Grad 3 (2b):** oberflächliche Hautverletzung mit oder ohne Schorfbildung größer als 25% der Mamillenfläche
- **Grad 4 (3a):** tiefe Hautwunde (Exkoration, Ulkus, alle Schichten der Epidermis betroffen) mit oder ohne Schorfbildung kleiner als 25% der Mamillenfläche
- **Grad 5 (3b):** tiefe Hautwunde mit oder ohne Schorfbildung größer als 25% der Mamillenfläche.

sollte auch das Kind auf körperliche Besonderheiten untersucht werden. Hat es ein verkürztes Zungen- oder Lippenbändchen, Hexenzähnnchen, Mundsoor, einen kleinen Mund (relativ zur Mamillengröße) oder einen erhöhten Muskeltonus, Asymmetrien der Körperhaltung und/oder des Schädels, eine eingeschränkte oder asymmetrische Mundöffnung beim Gähnen oder Schreien?

Ein Abtasten des Mundes auf problematische Gaumenformen und eine Untersuchung des Saugverhaltens, etwa auf Zungenstoßen oder Kieferklemmen, ist nur erforderlich, wenn kein suboptimales Anlegen zu beobachten ist oder nach einer Optimierung desselben keine deutliche bis vollständige Verbesserung der Symptome erfolgt.

Beobachtung eines Stillvorgangs

Anschließend ist es notwendig, einen Stillvorgang vollständig von Anfang bis Ende zu begleiten und dabei auf folgendes zu achten:

- Hat die Mutter eine bequeme, gut abgestützte Stillposition?
- Liegt das Baby stabil und eng an ihren Körperkonturen?
- Befindet sich die Mamille vor dem Anlegen auf Höhe seiner Nase oder des Philtrums? (Furche zwischen Nase und Oberlippe)
- Formt die Mutter die Brust mit der Hand parallel zu den Lippen des Kindes flach, damit sie seinen Mund gut mit Brust füllen kann?
- Richtet sie die Mamille mehr in Richtung Stirn statt in Richtung Mund oder gar Kinn des Babys?
- Öffnet das Kind mit leicht gestrecktem Kopf den Mund weit und erfasst es mehr Brust mit dem Unterkiefer?

Während das Kind an der Brust liegt

- Werden Kinn und Unterlippe des Babys von der Brust verdeckt? Liegt seine Nase frei oder berührt höchstens leicht die Brust?
- Ist das Ansaugen des Babys schmerzfrei? Oder lässt ein leichter Ansaugschmerz spätestens nach 20 bis 30 Sekunden nach?
- Beginnt das Baby nach anfänglichen kurzen, schnellen Saugbewegungen mit tiefen, langsamen Saugzügen deutlich hörbar zu schlucken?
- Gibt es Auffälligkeiten während der Stillmahlzeit? Fehlende Schluckgeräusche, Einschlafen, Unruhe, Loslassen, Weinen, Schnalzen, Schmatzen, Klicken?
- Falls sie Schmerzen hat: Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10?

Nach dem Stillen

- Löst die Mutter das Vakuum korrekt, bevor sie das Baby von der Brust nimmt?
- Wie lange hat die Stillmahlzeit gedauert?



Abb. 2 Vasospasmen können auf ein falsches Anlegen hindeuten (Foto: Christa Herzog. Aus Köster HR, „Weiße Mamille“ in DHV (2012) Praxisbuch Besondere Still-situationen. Hippokrates).

- Wirkt das Baby anschließend satt und zufrieden?
- Ist die Brust weich(er)?

Direkt nach dem Lösen des Babys von der Brust sollte außerdem die Mamille sofort auf Form- und Farbveränderungen inspiziert werden, die auf suboptimales Anlegen hinweisen.

- Ist die Mamille nach dem Stillen verformt?
- Ist die Mamille an der zur Zunge zeigenden Seite flach gedrückt?
- Verläuft ein Kompressionsstreifen („Bügel falte“) quer über die Mamille?
- Gibt es Rötungen, Blasenbildung, Hämatome oder Vasospasmen? (**Abb. 2**)

Labor

Laboruntersuchungen, wie etwa ein Abstrich und eine Kultur von den Mamillen, der Muttermilch oder dem Mund des Kindes, sind **nur bei einem Verdacht auf eine Infektion** mit Bakterien oder Pilzen erforderlich.

Ursachen und Therapie

Je nach den erhobenen Befunden lassen sich **mögliche Ursachen identifizieren oder ausschließen** und die entsprechen-

den Maßnahmen zur Linderung der Symptome und zur Behebung der Ursachen einleiten. Eine schnelle und effektive Behandlung ist von immenser Bedeutung für das Stillpaar, da jeder Tag mit Schmerzen das Risiko des vorzeitigen Abstillens in den ersten drei Wochen um mehr als 10% erhöht [5].

Suboptimales Anlegen

Beim aufmerksamen Beobachten des Stillvorgangs sind oft kleine Fehler erkennbar, die durch eine **Veränderung der Position von Mutter und Kind** schnell korrigiert werden können und nicht selten die Schmerzsymptome sofort deutlich verbessern.

Gerade in der Anfangszeit ist das Anlegen in einer zurückgelehnten „intuitiven Stillposition“ der Mutter mit dem Säugling auf ihr liegenden Baby meist einfacher. Denn dabei werden die angeborenen Suchreflexe des Kindes besser ausgelöst. Es geht so aktiv und mit weit geöffnetem Mund an die Brust. Die Verantwortung für das richtige Andocken liegt nicht mehr ausschließlich bei der Mutter und sie kann sich beim Stillen besser entspannen [6].

Die „asymmetrische Anlegetechnik“ ist eine weitere effektive Möglichkeit, suboptimales Anlegen zu korrigieren. Sie ermöglicht in allen Stillpositionen ein tiefes Erfassen der Brust und reduziert somit unmittelbar die Belastung der Mamille, was in vielen Fällen sogar mit wunden Brustwarzen ein nahezu schmerzfreies Stillen ermöglicht [7].

Geringer Milchfluss

Mit dem Einsetzen des Milchflusses reduziert sich der Unterdruck im Mund des Kindes und die Mamille wird entlastet. Tritt er verspätet oder überhaupt nicht ein, bleibt die anfängliche hohe Belastung weiter bestehen, was schmerzhaft ist und die Brustwarzen strapaziert.

Bei ausreichender Milchbildung sind hier **Maßnahmen zur Unterstützung des Milchspendereflezes** angezeigt: bequeme Stillposition, Wärme, Entspannung, Brustmassage zur Oxytocinausschüttung nach Rueda oder Marmet [8], Schulter-, Nacken- und Rückenmassagen, Schmerz- und Stressreduktion sowie die Optimierung des Anlegens.

Bei unzureichender Milchbildung sollte eine Zufütterung an der Brust per Sonde oder Brusternährungsset eingeleitet werden, um den Nahrungsbedarf des Babys zu decken, während es gleichzeitig die Brust stimuliert, die Mamillen jedoch nicht überstrapaziert werden.

Schwellungen der Brüste

Ein verzögerter Stillbeginn und zu seltene und unzureichende Brustentleerungen in den ersten Tagen können zu einer verstärkten initialen Brustdrüsenanschwellung mit flach ausgezogenen Mamillen führen. Über einen längeren Zeitraum während der Geburt verabreichte, intravenöse Infusionen, verursachen häufig Ödeme der Brüste und der Warzenhöfe, die das Anlegen zusätzlich erschweren [9].

Neben den bekannten Kühltechniken und dem Faktor Zeit ist hier oft eine **sanfte Tiefdruckmassage** entlastend. Ödeme können kurz vor dem Anlegen mit der *Reverse Pressure Softening* Methode nach Cotterman aus dem Warzenhof in tiefere Gewebsschichten zurückgedrückt werden, sodass die Mamille stärker hervortritt und das Anlegen erleichtert wird [8]. Für diese Methode werden die Fingerkuppen einer Hand nah der Brustwarze ringförmig auf den Warzenhof gesetzt und sanft mindestens 60 Sekunden in Richtung Brustkorb gedrückt. Dann werden sie etwa 1 cm versetzt und wieder mindestens 60 Sekunden auf den Warzenhof gedrückt, sodass an der Brustwarzenbasis nebeneinander mehrere „Eindellungen“ entstehen. Alternativ können auch beide Daumen oder Zeigefinger parallel flach neben der Brustwarze jeweils mindestens 60 Sekunden

lang zunächst waagrecht und anschließend noch einmal senkrecht auf den Warzenhof gedrückt werden.

Saugstörungen

Neugeborene, die als Erstes das Saugen an einer Säuglingsflasche, mit einem Stillhütchen oder auch per Fingerfeeding gelernt haben, öffnen oft später beim Anlegen an die Brust den Mund nicht mehr weit. Es ist dann für die Mutter schwierig bis unmöglich, ihn gut mit ihrer Brust zu füllen, so dass das Baby nur an der Brustwarze saugt und diese entsprechend stark belastet wird, ohne dass ein ausreichender Milchfluss stattfindet. In diesen Fällen kann das Anlegen häufig dennoch wie oben beschrieben optimiert werden, wenn die Situation nicht allzu lange bestanden hat und die angeborenen Suchreflexe noch nicht konditioniert sind. Ist dies nicht möglich, sollte die Mutter von einer dafür ausgebildeten Fachperson zu einem **individuellen Saugtraining** angeleitet werden.

Anatomische Besonderheiten

Anatomische Besonderheiten bei Mutter oder Kind, die das Anlegen erschweren können, sind nur in einigen Fällen kurzfristig zu korrigieren, wie etwa durch das Durchtrennen eines zu kurzen Zungenbändchens (*Frenektomie*). Wenn möglich, sollte es daher umgehend durchgeführt werden [10].

Manchmal bringt nur die Zeit eine Verbesserung, etwa weil der anfänglich noch kleine Mundraum des Babys größer wird und nach einigen Wochen mehr Brust aufnehmen kann und eine (relativ) große Brustwarze somit tiefer in den Mund gelangen kann. Oder weil Flach- oder Schlupfwarzen im Verlauf der Stillzeit elastischer werden und beim Saugen besser in die Länge gezogen werden können.

Bei einer ungewöhnlichen Beschaffenheit des Gaumens, zum Beispiel einem

hohen Gaumen, können die mütterlichen Symptome eventuell durch eine Optimierung der Anlegetechnik nur gelindert werden. Dennoch erleichtert es die Mutter meist, zu erfahren, dass sich ihre Symptome trotzdem langsam bessern können und nicht durch Fehler beim Anlegen verursacht werden.

Vasospasmen

Vasospasmen (*Blanching*) können eine Ursache für schmerzende Brustwarzen sein. Sie treten meist schubweise wenige Minuten nach dem Stillen auf und können verschiedene Gründe haben. Gehen sie mit Schmerzen beim Stillen, Verletzungen und Verformungen der Mamillen nach dem Stillen einher, sind sie durch suboptimales Anlegen bedingt und hören nach einer **Korrektur des Anlegens** üblicherweise auf [11].

Magnesiummangel, der oft etwa 14 Tage nach Absetzen einer hochdosierten Magnesiumgabe wegen vorzeitiger Wehen auftritt, ist eine weitere mögliche Ursache. Die Therapie besteht in diesem Fall aus 1000 mg Magnesium/Tag und 2000 mg Calcium/Tag, getrennt einzunehmen und langsam auszuschleichen.



Abb. 3 Pilzinfektionen der Mamillen gehen meist mit heftiger Berührungsempfindlichkeit und länger anhaltenden, brennenden und juckenden Schmerzen nach dem Stillen einher (Foto: Edeltraud Hertel. Aus Hertel E, „Brustsoor“ in DHV (2012): Praxisbuch Besondere Stillsituationen. Hippokrates).

Auch Medikamente, wie zum Beispiel Betablocker, Ergotamine, Bromocriptin, Cabergolin sowie manche Antidepressiva und Amphetamine, können Gefäßkrämpfe hervorrufen oder verstärken.

Eine weitere Ursache kann ein primäres Raynaud-Phänomen sein. Darunter leiden etwa 7–12 Prozent der Bevölkerung, überwiegend Frauen. Die Beschwerden treten oft familiär gehäuft auf, zum Beispiel in Form von Migräne, und beginnend, bereits in der Pubertät. Bei Kälte kommt es dabei zu einer symmetrisch auftretenden, plötzlichen Verfärbung der Finger, die meist von weiß über blau zu rot reicht und mit Taubheitsgefühl und Schmerzen einhergeht. Die Behandlung erfolgt mit Nifedipin nach ärztlicher Anordnung [12].

Weitere Therapiemaßnahmen sind: Wärme vor dem Stillen, Meidung von gefäßverengenden Substanzen (Koffein, Nikotin, Medikamente), Förderung der Durchblutung (Weglassen des Still-BHs, Massagen), 150–200 mg Vitamin B6/Tag für 4 Tage, danach 25 mg Vitamin B6/Tag sowie Steigerung der Zufuhr essenzieller, ungesättigter, langkettiger Fettsäuren, wie zum Beispiel 12 Kapseln Nachtkerzenöl à 500 mg/Tag.

Infektionen

Bakterielle Infektionen von verletzten Brustwarzen werden meist von Staphylococcus aureus und von beta-hämolyisierenden Streptokokken verursacht und steigern erheblich das Risiko einer daraus folgenden Mastitis. Symptome sind starke Schmerzen, gelbliche Beläge, eitriges Exsudat, übler Wundgeruch und verzögerte Wundheilung. Neben der Korrektur der Verletzungsursache (meist suboptimales Anlegen) und strenger Hygienemaßnahmen ist bei einer bakteriellen Mamilleninfektion eine ärztlich angeordnete, stillverträgliche Antibiotikatherapie angezeigt. Eine **systemische Behandlung, eventuell kombiniert mit einer antibiotischen Salbe**, ist dabei einer rein lokalen Behandlung vorzuziehen, da

sie schneller wirkt und dadurch besser vor einer Mastitis schützt [3]. Kommt es unter der Antibiose nicht innerhalb von zwei bis drei Tagen zu einer Besserung der Symptome, sollte eine Bakterienkultur zur genauen Bestimmung der beteiligten Keime angesetzt werden.

Pilzinfektionen der Mamillen, meist mit *Candida albicans* (Soor, **Abb. 3**), treten typischerweise erst nach einer beschwerdefreien Stillperiode auf. Sie gehen meist nicht mit Verletzungen durch suboptimales Anlegen einher, sondern zeigen sich vor allem durch ein- oder beidseitige starke Rötung der Mamillen und der Areolen, heftigste Berührungsempfindlichkeit und nach dem Stillen länger anhaltende, brennende und juckende Schmerzen. Auch Vasospasmen der Mamillen können mit Soor assoziiert sein.

Soorinfizierte Mamillen sollten für mindestens 14 Tage (oder bis mehrere Tage nach Abklingen der Symptome) mehrmals täglich **lokal mit einer antimykotischen Creme oder Salbe** behandelt werden. Antimykotisches Mundgel ist für die Brustwarzen ungeeignet. Auch das Kind sollte auf Soor im Mundraum oder Windelbereich untersucht und bei Symptomen entsprechend behandelt werden. Eine Umstellung der Ernährung sowie allgemeine Maßnahmen zur Senkung des Risikos einer Re-Infektion und zur Steigerung der Abwehrkräfte sind ebenfalls zu empfehlen. Hat sich die Soorinfektion bereits in den Milchgängen ausgebreitet, muss die Mutter systemisch mit Fluconazol behandelt werden.

Eine prophylaktische Behandlung des Kindes ohne Soorsymptome mit antimykotischem Mundgel zur Vermeidung eines „Ping-Pong-Effekts“ wird heute kontrovers diskutiert.

Mischinfektionen müssen mit einer **Kombinationstherapie** behandelt werden.

Allergische Reaktionen

Ein Ekzem oder eine Dermatitis der Mamillen und Areolen kann als allergische Reaktion auf Körperpflege- oder Waschmittel, Stilleinlagen, Silikon- oder Plastikteile, Speichelveränderungen des Stillkindes oder auch auf Bestandteile der Beikost auftreten. **Wenn möglich, sollte das Allergen gemieden werden**, ansonsten ist auch eine lokale Behandlung mit Hydrocortison nach dem Stillen möglich. Mögliche Salbenreste auf der Brustwarze sollten vor dem nächsten Stillen abgewaschen werden.

Seltene Ursachen

Sehr selten werden Wunden Mamillen in der Stillzeit durch Neurodermitis, Psoriasis (Schuppenflechte) oder eine bösartige Erkrankung, wie Morbus Paget oder ein Mamma-Karzinom verursacht.

Pflegemaßnahmen bei Wunden Mamillen

- Im Umgang mit offenen Wunden, aber auch während der gesamten Stillzeit, sind die allgemeinen Regeln der Händehygiene unbedingt einzuhalten. Die Hände sollten regelmäßig mit Wasser und Seife gewaschen werden, nach jedem Toilettengang, nach dem Wechseln der Windel und vor jedem Stillen. Anschließend sollten die Hände an einem sauberen Handtuch bzw. Einmalhandtuch abgetrocknet werden.
- In der Klinik sollten die Hände anschließend mit einem geeigneten Händedesinfektionsmittel, zum Beispiel Sterilium®, desinfiziert werden, um eine Übertragung von resistenten Krankenhauskeimen zu verhindern.
- Die Brüste sollten mindestens ein- bis zweimal täglich mit warmem Wasser und einer milden pH-neutralen Seife gereinigt und anschließend mit einem sauberen Handtuch abgetrocknet werden.
- Wunden Mamillen sollten nach dem Waschen und nach jedem Stillen mit steriler, physiologischer Kochsalzlösung (0,9%) gut gespült oder für circa 60 Sekunden in einer kleinen Schüssel mit warmem Salzwasser gebadet werden, um Milch- und Speichelreste gründlich zu entfernen. Es bildet sich sonst binnen Stunden in der Wunde ein mikrobieller Biofilm aus Bakterien und Pilzen, die in eine schleimige Schutzschicht aus Proteinen und komplexen Zuckern (*Polysacchariden*) eingebettet sind. Dieser Biofilm steigert die Toleranz der Mikroorganismen gegenüber Bioziden, erhöht somit das Risiko einer Mastitis und verzögert die Wundheilung [13, 14].

- Infizierte Mamillen können zusätzlich mit einem Schleimhautdesinfektionsmittel, zum Beispiel Octenisept®, desinfiziert werden.
- Nachdem die Mamillen anschließend an der Luft gut getrocknet sind, kann für eine feuchte Wundheilung das Auftragen von hochgereinigtem Lanolin empfohlen werden. Im Vergleich zur trockenen bringt eine feuchte Wundheilung signifikant schnellere Heilungserfolge, da die Wundfläche besser durchblutet und mit Nährstoffen versorgt wird und der Wundschorf sowie die darunter liegenden neuen Hautzellen nicht erneut bei jedem Anlegen schmerzhaft abgerissen werden. Diese Empfehlung basiert für die Therapie wunder Brustwarzen zwar (noch) nicht auf einer ausreichenden Datenlage, bildet aber einen Expertenkonsens aus langjähriger praktischer Erfahrung [3].
- Die Effektivität weiterer Maßnahmen, wie Heilsalben, sterilen Hydrogel-Auflagen, Teebeutel-Auflagen, Low-Level-Laser-Behandlung, Silber- oder Zinnhütchen, ist nicht ausreichend wissenschaftlich belegt. Sie lösen in der Regel nicht die Ursachen und können daher allenfalls zur Unterstützung der Heilung beitragen, wenn sie von der Mutter toleriert werden.
- Eine Hohllagerung der Mamillen wird von vielen Müttern als entlastend



Abb. 4 Zur entlastenden Hohllagerung der Mamillen können sogenannte Brust-Donuts aus einer zum Ring gewickelten Mullbinde selbst hergestellt werden (Foto aus Schüllner H, „Wunde Brustwarzen“ in DHV (2012): Praxisbuch Besondere Still-situationen. Hippokrates).

empfundene, da sie die Wunden vor Druck durch Kleidung und vor dem Festkleben der Stilleinlagen schützt (Abb. 4). Die sogenannten „Brust-Donuts“ können schnell und preiswert hergestellt werden, zum Beispiel aus einer zum Ring gewickelten Mullbinde oder mehreren übereinandergelegten Einmal-Stilleinlagen mit ausgeschnittenem Loch in der Mitte und einem Schlauchverband. Fertige Brustschilder aus Plastik oder Silikon müssen regelmäßig gereinigt und sterilisiert werden (Mastitisgefahr). Auch sollten sie nicht durch einen zu engen BH auf die Brust drücken.

- Stillhütchen sind als „Therapie“ von wunden Brustwarzen nicht geeignet, da sie normalerweise nicht die Ursachen lösen. Auch können sie selten als „Schutz“ für die Wunden dienen, da das Anlegen mit einem Stillhütchen bei wunden Mamillen für die Mutter häufig ebenso oder sogar noch schmerzhafter ist als ohne. Zudem können sie das Auslösen des Milchflusses erschweren und reduzieren. Darüber hinaus können sie zusätzliche Keime auf die Wunden übertragen. Gelegentlich können Stillhütchen aber auch die letzte Option vor einem vorzeitigen Abstillen darstellen. Dann ist es wichtig, die Mutter über die korrekte Anwendung und die Sicherung ihrer Milchbildung und der kindlichen Gewichtszunahme beim Einsatz der Hütchen zu informieren sowie ihr auch die Möglichkeiten aufzuzeigen, die Stillhütchen frühzeitig wieder abzugewöhnen.
- Zu vermeiden sind austrocknende Maßnahmen wie etwa alkoholische Tinkturen, Rotlicht oder Trockenföhen. Cremes und Salben mit Paraffinen, Vaseline und anderen Inhaltsstoffen sind auf ihre Effektivität und Verträglichkeit kaum erforscht und müssen daher vor dem Stillen abgewaschen werden. Honig, Traubenzucker oder Mehl bieten pathogenen Keimen beste Nahrungsgrundlage und gehören nicht in die moderne Wundpflege.

Stillmanagement bei schmerzenden Mamillen

- Eine bequeme Stillposition und gutes Anlegen sind das A und O bei schmerzenden Mamillen.
- Vor dem Anlegen den Milchspendereflex auslösen durch (feuchte) Wärme, Entspannung, Brustmassage, Ausdrücken von etwas Milch per Hand.
- Das Baby sollte bereits bei den ersten Hungerzeichen angelegt werden, statt zu warten, bis es ganz erwacht und hungrig ist, da es dann noch entspannt ist und weniger stark saugt.
- Die weniger schmerzende Brust sollte zudem immer als erstes angeboten werden, damit das Kind an der zweiten Seite schon etwas gesättigt und entspannter ist.
- Während des Stillens kann die Belastung der Brustwarze durch einen Anstieg des Vakuums mit der sogenannten Brustkompression – einem sanften, konstanten Zusammendrücken der Brust zwischen Daumen und Fingern beim Nachlassen des Milchflusses – reduziert werden.
- Stilleinlagen sollten mindestens täglich, bei Bedarf auch öfter, gewechselt werden.
- Zur Linderung von Schmerzen beim Stillen kann mindestens 30 Minuten vor dem zu erwartenden Anlegen Ibuprofen oder Paracetamol eingenommen werden. Dies birgt jedoch die Gefahr, dass die Mutter ein suboptimales Anlegen nicht deutlich genug spürt und die Mamillen wiederholt verletzt werden. Ist das Kind wirklich gut angelegt, sind die Schmerzen auch für viele Mütter mit Rhagaden ohne Schmerzmittel durchaus zu tolerieren [15]. Die Gabe von (auch frei verkäuflichen) Schmerzmitteln bei schmerzenden Brustwarzen sollte grundsätzlich kritisch hinterfragt werden. Denn neben bekannten körperlichen Nebenwirkungen (wie zum Beispiel Magen-Darm-Störungen, Leberfunktionsstörungen, Überempfindlichkeitsreaktionen) haben neueste Studien ergeben, dass

Paracetamol, ASS und Ibuprofen nicht nur Schmerzen dämpfen, sondern auch zu einer Gefühlsdämpfung führen, was gerade nach einer Geburt die emotionale Einstimmung einer Mutter auf ihr Neugeborenes erschweren kann [17].

- Bei sehr tiefen Wunden und/oder großer Angst der Mutter vor dem Anlegen, kann eine Stillpause von einigen Tagen sinnvoll sein. Zur Entleerung der Brüste ist die Handexpression dem Pumpen überlegen, da das Pumpvakuum die Mamillen weiter zusätzlich belastet und die Heilung verzögert. Bei guter Anleitung und mit etwas Übung können Mütter ihre Brüste per Hand zudem effektiver entleeren als mit einer Pumpe. Wenn überhaupt Pumpe, dann sollte eine (große) Klinikpumpe auf Rezept angewandt werden (auf passende Brustglocke achten, angenehme Vakuumstufe einstellen, vor dem Pumpen Milchspendereflex auslösen und nur solange pumpen, wie Milch kommt). Die gewonnene Milch sollte dem Baby mit einer stillfreundlichen Zufütterungstechnik, wie zum Beispiel einem Becher, Löffel oder Softcup, verabreicht werden [16].

Fazit

Wunde Brustwarzen sind in der Regel vermeidbar, vorausgesetzt, Schmerzen beim Anlegen werden nicht ignoriert, sondern als Warnsignal ernst genommen. Erfolgt in diesen Fällen eine eingehende Diagnostik, lässt sich die Ursache meist gezielt und schnell beheben, sodass die Mutter das Stillen bald (wieder) beschwerdefrei genießen kann und die schmerzenden Mamillen keinen Grund für ein ungewolltes vorzeitiges Abstillen mehr darstellen. Andere Faktoren spielen eher eine untergeordnete Rolle, sollten aber überprüft und ausgeschlossen werden, wenn durch eine Optimierung des Anlegens keine kurz- bzw. mittelfristige Verbesserung erreicht wird.

Literatur

- Schöch G, Dulon M, Kerstin M. Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland – die „SuSe“-Studie. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Hrsg. Ernährungsbericht 2000. DGE, Frankfurt a. M. 2000, 81–95
- Amir LH, Dennerstein L, Garland SM, Fisher J, Farish SJ. Psychological aspects of nipple pain in lactating women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996; 17 (1): 53–58
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGOG). S3-Leitlinie: Therapie entzündlicher Brusterkrankungen in der Stillzeit (02/2013) Online verfügbar: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-0711_S3_Therapie_entz%C3%BCndlicher_Brustentz%C3%BCndungen_Stillzeit_2__2013-02_01.pdf
- Wöckel A, Schumann M, Abou-Dakn M. Entwicklung eines Wundscores zur Beurteilung von stillabhängigen Mamillenveränderungen. *Arch Gyn Obst* 2004; Supp 1, 270: 213
- Schwartz K, D'Arcy HJS, Gillespie B, Bob J, Longway M, Foxman B. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J Fam Pract* 2002; 51: 430–444
- Gresens R. Macht unsere Anleitung das Stillen so schwierig? Mittels „Biological Nurturing“ können viele der anfänglichen Stillprobleme vermieden werden. *Laktation & Stillen* 2014; 2: 14–15
- Gresens R. Den Mund voll Brust durch asymmetrisches Anlegen. *Hebammenforum* 2012; 5: 414–416
- Europäisches Institut für Stillen und Laktation. Brustmassage. Online verfügbar: <http://www.stillen-institut.com/de/brustmassage.html>
- Smith LJ. Impact of Birthing Practices on Breastfeeding. Sudbury, MA, USA 2010
- Schönfeldt A. Stillen bei einem verkürzten Zungenbändchen. In: Deutscher Hebammenverband, Hrsg. Praxisbuch: Besondere Stillsituationen. Stuttgart, Hippokrates Verlag, 2012, 118–123
- Gresens R. Schmerzende Mamillen – Warnsignale hören. *DHZ* 2014; 9: 15–18
- Abou-Dakn M. Schmerzen beim Stillen – Raynaud-Phänomen als Ursache? *DHZ* 2013; 6: 49–51
- Phillips PL, Wolcott RD, Fletcher J, Schultz GS. Biofilme Einfach erklärt. *Wounds Intern* 2010; 1 (3): 1–5
- Harriott MM, Noverr MC. Candida albicans and Staphylococcus aureus Form Polymicrobial Biofilms: Effects on Antimicrobial Resistance. *Antimicrob Agents Chemother* 2009; 53 (9): 3914–3922
- Gresens R. Prävention von Mamilleninfektionen in der Stillzeit. *Hebamme* 2013; 26 (2): 106–112
- Nationale Stillkommission. Zufütterungstechniken für gestillte Säuglinge. (2015) Online verfügbar: <http://www.bfr.bund.de/cm/343/zufuetterungstechniken-fuer-gestillte-saeuglinge.pdf>
- Mischkowski D, Crocker J, Way BM. From painkiller to empathy killer: acetaminophen (paracetamol) reduces empathy for pain. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2016; 11 (9): 1345–1353



Regine Gresens

Hebamme – Still- & Laktationsberaterin IBCLC, Heilpraktikerin für Psychotherapie (HPG)
Braamwisch 4
22175 Hamburg
E-Mail: r.gresens@stillkinder.de