

ABM-Protokolle

Ein zentrales Ziel der „Academy of Breastfeeding Medicine“ ist die Entwicklung klinischer Protokolle für den Umgang mit häufigen medizinischen Problemen, welche den Stillerfolg beeinflussen können. Diese Protokolle dienen nur als Richtlinien für die Versorgung stillender Mütter und Kinder und beschreiben nicht die einzig mögliche Behandlung oder dienen nicht als Standards der medizinischen Versorgung. Veränderungen in der Behandlung können in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen des individuellen Patienten angebracht sein.

Klinisches Protokoll Nr. 4: Mastitis

1. Einleitung

Mastitis ist bei stillenden Frauen eine häufig auftretende Erkrankung: Innerhalb der ersten 6 Monate nach der Geburt sind ca. 20 % der stillenden Frauen davon betroffen. In der Mehrzahl der Fälle entwickelt sich die Erkrankung während ersten 6 Wochen pp., aber eine Mastitis kann zu jedem beliebigen Zeitpunkt in der Stillzeit vorkommen. Es gibt sehr wenige Forschungsergebnisse auf diesem Gebiet.

2. Definition und Diagnose

Die gebräuchliche klinische Definition von Mastitis beschreibt ein hartes, warmes geschwollenes, keilförmiges Areal der Brust mit Fieber (38 °C oder mehr), Schüttelfrost, Grippegefühl und allgemeines Krankheitsgefühl. Jedoch heisst Mastitis wörtlich: „Entzündung der Brust“ und ist auch dadurch definiert. Diese Entzündung kann, muss aber keine bakterielle Infektion beinhalten. Rötung, Schmerzen und Überwärmung können auch vorhanden sein, wenn ein Areal der Brust gestaut oder blockiert ist, aber eine Infektion noch nicht zwangsläufig vorhanden ist.

3. Prädisponierende Faktoren

Die folgenden Faktoren können eine stillende Frau anfällig dafür machen, eine Mastitis zu entwickeln. Mit Ausnahme der Faktoren, die in einem Milchstau resultieren, konnte die Rolle der anderen Faktoren nicht schlüssig bewiesen werden

- Unregelmässiges Füttern oder planmässiger Rhythmus und Dauer der Stillmahlzeiten
- Ausgefallene Stillmahlzeiten

- Unkorrektes Anlegen, das zu einer unzureichenden Entleerung der Brust führt
- Verletzte Brustwarzen, besonders wenn diese mit *Staphylococcus aureus* kolonialisieren sind
- Erkrankung von Mutter oder Kind
- Überangebot von Milch
- Druck auf die Brust (z.B. BH, Autogurt)
- Weisser Punkt auf der Brustwarze oder blockierter Ausführungsgang, bzw. Milchgang durch: Milchbläschen, granuläres Material, Candida
- Mütterlicher Stress und Müdigkeit
- Mütterliche Fehlernährung oder Anämie

4. Untersuchungen

Laboruntersuchungen und andere diagnostische Prozeduren werden bei Mastitis normalerweise nicht benötigt oder routinemässig durchgeführt. Die WHO-Veröffentlichung über Mastitis schlägt Milchkulturen und Sensitivitätstestungen vor: „...sollten unternommen werden, wenn innerhalb von 2 Tagen kein Ansprechen auf Antibiotika erfolgt, bei wiederkehrender Mastitis, wenn die Mastitis im Krankenhaus erworben wurde oder in schwierigen oder ungewöhnlichen Fällen“.

Eine Milchkultur kann durch Sammlung einer von Hand exprimierten Milchmittelstrahlprobe, in einem sterilen Urinröhrchen angelegt werden. Dabei wird eine kleine Menge der zu Beginn ausgepressten Milch verworfen, um eine Kontamination der Probe mit Hautkeimen zu vermeiden. Die nachfolgende Milch wird in das sterile Röhrchen ausgestrichen, wobei darauf geachtet werden muss, dass die Innenseite des Gefässes nicht berührt wird. Eine Reinigung der Brustwarze vor der Probenentnahme kann zusätzlich die Kontamination durch Hautkeime reduzieren und falsch-positive Resultate vermeiden.

5. Management

(a) Effektive Entleerung der Brust

Weil ein Milchstau oft der auslösende Faktor für eine Mastitis ist, ist der wichtigste Behandlungsschritt die regelmässige und effektive Milchentleerung.

Mütter sollten ermutigt werden, häufiger, beginnend mit der betroffenen Brust, zu stillen. Wenn die Schmerzen den Milchspendereflex (MSR) verhindern, kann das Stillen an der gesunden Brust begonnen werden, wobei der Wechsel, sobald der MSR ausgelöst

wurde, stattfinden sollte. Die Positionierung des Kindes an der Brust mit Kinn oder Nase in Richtung der Blockade, hilft, das betroffene Areal zu entleeren. Eine Massage der Brust während des Stillens mit einem Speiseöl oder einem ungiftigen Gleitmittel kann auch hilfreich sein. Die Massage sollte vom gestauten Areal hin in Richtung der Brustwarze erfolgen. Nach dem Stillen kann das Ausdrücken der Milch von Hand oder mit Hilfe einer Pumpe zusätzlich den Abfluss verbessern und die Lösung des Problems beschleunigen (6). Ein gibt keine Untersuchung, die belegt, dass für ein gesundes reifes Neugeborenes, beim Fortsetzen des Stillens ein gesundheitliches Risiko besteht (4). Frauen, die nicht in der Lage sind, das Stillen fortzusetzen, sollten die Brust von Hand oder mit einer Pumpe entleeren, weil das plötzliche Beenden des Stillens mit einem grösseren Risiko einer Abszessentwicklung einhergeht als das Fortführen des Stillens (7).

(b) Unterstützende Massnahmen

Ruhe, adäquate Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sowie praktische Hilfe im Haushalt sind essentielle Massnahmen. Wärmeapplikation vor dem Stillen kann den Milchfluss verbessern, z.B. durch eine warme Dusche oder einen warmen Umschlag. Nach dem Stillen und/oder Entleeren können kühlende Umschläge aufgelegt werden, um Schmerzen und Schwellung zu reduzieren.

Die Aufnahme ins Krankenhaus sollte in Fällen von schwerer Erkrankung oder mangelnder häuslicher Unterstützung und Pflege erwogen werden. „Rooming-In“ des Kindes mit der Mutter ist zwingend, damit das Stillen fortgesetzt werden kann. In einigen Krankenhäusern setzt „Rooming-In“ die Aufnahme des Kindes ins Krankenhaus voraus.

(c) Pharmakologisches Management

Obwohl stillende Frauen der Einnahme von Medikamenten skeptisch gegenüberstehen, sollten Frauen mit Mastitis dazu ermutigt werden, die verordneten Medikamente, wie folgt einzunehmen:

(i) Analgesie

Die Analgesie kann den Milchspendereflex verbessern und sollte empfohlen werden. Ein anti-inflammatorischer Wirkstoff wie Ibuprofen, kann die Entzündungssymptome effektiver reduzieren, als ein einfaches Analgetikum wie Paracetamol/

Acetaminophen. Ibuprofen wurde bei Dosierungen von bis zu 1,6 g/d nicht in der Milch nachgewiesen und wird als mit dem Stillen vereinbar angesehen (8).

(ii) Antibiotika

Wenn die Symptome der Mastitis mild sind und seit weniger als 24 Stunden bestehen, kann die konservative Mastitisbehandlung (effektive Milchentleerung und unterstützende Massnahmen) ausreichend sein. Wenn die Symptome sich nicht innerhalb von 12 bis 24 Stunden bessern oder die Frau akut erkrankt ist, sollte eine Antibiotika-Therapie begonnen werden (4).

Der am weitesten verbreitete Auslöser einer infektiösen Mastitis ist penicillin-resistenter *S.aureus*. (6;9). Weniger häufig finden sich Streptokokken oder *E.coli* (6). Die bevorzugten Antibiotika sind normalerweise penicillinase-resistente Penicilline (2), wie Dicloxacillin oder Flucloxacillin 500 mg qid (10). Cephalexin ist normalerweise bei Frauen mit Verdacht auf eine bestehende Penicillinallergie eine sichere Alternative, aber Clindamycin wird bei Fällen mit schwerer Penicillin-Überempfindlichkeit vorgeschlagen (10). Dicloxacillin scheint eine geringere Rate hepatischer Nebenwirkungen als Flucloxacillin zu haben (11), tendiert allerdings bei i.v.-Gabe dazu, Phlebitiden zu verursachen, so dass ihm für die orale Behandlung der Vorzug gegeben wird, aber nicht wenn eine i.v.-Behandlung nötig ist. Viele Fachleute empfehlen eine 10- bis 14tägige Behandlungsdauer (12, 13), obwohl dies nicht in kontrollierten Studien untersucht wurde.

6. Follow up

Das klinische Ansprechen auf o.g. Behandlung ist typischerweise rasch und dramatisch. Wenn die Symptome der Mastitis sich nicht innerhalb weniger Tage angemessener Behandlung, einschl. Antibiotika-Therapie zurückbilden, sollten andere Differentialdiagnosen erwogen werden. Weitere Untersuchungen können durchgeführt werden, um resistente Bakterien, eine Abszessbildung, einen zugrunde liegenden Tumor, oder inflammatorische oder duktales Karzinome zu sichern. Mehr als 2 oder 3 Rückfälle im selben Brustareal rechtfertigen auch Untersuchungen, um einen zugrunde liegenden Tumor auszuschliessen.

7. Komplikationen

(a) Frühes Abstillen

Mastitis kann so überwältigende akute Symptome hervorrufen, dass Frauen erwägen, deshalb abzustillen. Eine effektive Milchentleerung ist jedoch ein essentieller Bestandteil der Therapie (4). Ein sofortiges Abstillen kann die Mastitis verschlimmern und das Risiko für eine Abszessbildung erhöhen. Deshalb ist eine effektive Behandlung und Unterstützung durch das Gesundheitspersonal und die Familie in dieser Zeit wichtig. Müttern muss zugesichert werden, dass die Antibiotika, welche sie während der Stillzeit einnehmen, für sie und ihr Kind ungefährlich sind.

(b) Abszess

Wenn ein umschriebenes Gebiet der Brust, trotz angemessener Therapie hart, rot und gespannt bleibt, besteht der Verdacht auf einen Abszess. Dabei können sich die initialen systemischen Krankheitszeichen und das Fieber aufgelöst haben. Ein diagnostischer Brust-Ultraschall kann eine Flüssigkeitsansammlung zeigen. Diese kann oft durch Nadel-Aspiration, welche sowohl diagnostisch als auch therapeutisch eingesetzt wird, entleert werden. Wiederholte Punktionen können erforderlich sein (14). In einigen Fällen ist eine ultraschall-gesteuerte Nadel-Aspiration notwendig. Bei multiplen oder sehr grossen Abszessen kann eine chirurgische Ausräumung nötig sein. Das Stillen sollte im Anschluss an die chirurgische Behandlung fortgesetzt werden und eine Antibiotika-Therapie sollte folgen.

(c) Candida-Infektion

Eine Candida-Infektion muss vermutet werden, wenn eine Patientin nach einer Mastitisbehandlung über brennende Brustwarzenschmerzen und/oder kreisförmig ausstrahlende Brustschmerzen klagt (12). Eine Pilzinfektion kann, entweder als Primärinfektion oder als Komplikation einer Antibiotika-Behandlung gegen Mastitis, auftreten. Die Diagnose kann, wenn die Brustwarzen und Brüste bei der Untersuchung normal erscheinen, schwierig sein und die Milchkultur ist nicht sicher. Eine anti-fungale Behandlung ist für beide, Mutter und Baby, nötig.

8. Prävention (5)

(a) Effektive Behandlung von überfüllten Brüsten und Milchstau

- Müttern sollte dabei geholfen werden, das Anlegen des Kindes an die Brust zu verbessern.
- Die Fütterungszeiten sollten nicht eingeschränkt werden.
- Mütter sollten in der Entleerung der Brüste von Hand unterwiesen werden, wenn die Brüste zu voll sind, um das Baby anzulegen oder wenn das Baby die gefüllten Brüste nicht entlastet.

(b) Sofortige Aufmerksamkeit für sämtliche Anzeichen eines Milchstaus

- Mütter sollten darin unterwiesen werden, ihre Brüste auf Knoten, Schmerzen und Rötung zu untersuchen.
- Wenn die Mutter Anzeichen eines Milchstaus bemerkt, benötigt sie Ruhe, häufiges Anlegen des Kindes, Wärmeapplikationen und eine Massage des knotigen Areals
- Mütter sollten, wenn die Symptome sich nicht innerhalb von 24 Stunden gebessert haben, medizinische Hilfe suchen.

(c) Sofortige Aufmerksamkeit für andere Schwierigkeiten beim Stillen

- Qualifizierte Hilfe wird für Mütter mit beschädigten Brustwarzen einem unruhigen Kind oder wenn sie glauben, nicht genug Milch zu haben, benötigt.

(d) Ruhe

- Da Müdigkeit oft ein Vorbote von Mastitis ist, sollte das Gesundheitspersonal stillende Mütter dazu ermutigen, sich Ruhe zu gönnen.

9. Literatur

1. Kinlay JR, O'Connell DL, Kinlay S 1998. Incidence of mastitis in breastfeeding women during the six months after delivery: a prospective cohort study. *Med J Aust*; 169: 310-12.
2. Lawrence RA 1990. The puerperium, breastfeeding, and breast milk. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*; 2: 23-30.
3. Inch S, Renfrew M. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Ed. Chalmers I, Enkin M, Keirse MJN. Oxford: Oxford University Press 1989: 1377-78.
4. World Health Organization 2000. Mastitis: Causes and management. Department of Child and Adolescent Health and Development. WHO/FCH/ CAH/00.13, Geneva.
5. Walker M 1999. Mastitis in lactating women. Unit 2/ Lactation Consultant Series Two. Schaumburg IL: LLLI.
6. Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S 1984. Course and treatment of milk stasis, noninfectious

inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. Am J Obstet Gynecol 149: 492-95.

7. Marshall BR, Hepper JK, Zirbel CC 1975. Sporadic puerperal mastitis: an infection that need not interrupt lactation. JAMA 233: 1377-79.

8. Hale T 2000. Medications and Mother's Milk, 9th Ed. Texas: Pharmasoft Medical Publishing: 345-346. Final Draft February 2, 2002 5

9. Niebyl JR, Spence MR, Parmley TH 1978. Sporadic (nonepidemic) puerperal mastitis. J Reprod Med 20: 97-100.

10. Therapeutic Guidelines: Antibiotic 1998. 10th Ed. North Melbourne, Australia: Therapeutics Guidelines Limited: 178-79.

11. Olsson R, Wiholm BE, Sand C et al 1992. Liver damage from flucloxacillin, cloxacillin and dicloxacillin. J Hepatol 15: 154-61.

12. Lawrence RA, Lawrence RM 1999. Breastfeeding: A guide for the medical profession. 5th Ed. St Louis, USA; C.V.Mosby Company: 277-81.

13. Neifert MR 1999. Clinical aspects of lactation: promoting breastfeeding success. Clinics in Perinatology 26: 281-306.

14. Dixon JM 1988. Repeated aspiration of breast abscesses in lactating women. Br Med J 297:1517-8.

Danksagung:

Diese Übersetzungsarbeit wäre nicht ohne die engagierte Hilfe von Mitarbeitern der „Aktionsgruppe Babynahrung“ zu Stande gekommen. Ich danke Herrn Harald Manninga für die rasche und kompetente Übernahme der notwendigen Rückübersetzung dieses Protokolls und Frau Marina Weidenbach für die Korrektur und die vielen wertvollen Änderungsvorschläge bei der Übersetzung.

Geprüfte Übersetzung: Diese Übersetzung ist von der Academy of Breastfeeding Medicine anerkannt worden

ÜBERSETZUNG: Ute Taschner

RÜCKÜBERSETZUNG: Harald Manninga

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.