

Wunde Brustwarzen in der Stillzeit – Ursachen, Prävention und Therapie

Empfehlung der Nationalen Stillkommission vom 1. August 2007

Schmerzen beim Stillen sind eine häufige Ursache für frühzeitiges Abstillen. Daher ist es wichtig, Ursachen, Prophylaxe und Therapie von wunden Brustwarzen zu kennen.

Zu Beginn der Stillzeit klagen etwa 96 % der Frauen über Schmerzen im Bereich der Brustwarzen. Als Ursache wird eine erhöhte Empfindlichkeit der Brustwarzen infolge verstärkter Durchblutung durch die mechanische Belastung des Gewebes vermutet. Außerdem spielen wahrscheinlich die Dehnung des Areola- und Mamillengewebes beim Einsaugen sowie der negative Druck in den Milchgängen während des Saugens bis zum Einsetzen des Milchflusses eine Rolle. Mit zunehmender Elastizität des Gewebes und rasch einsetzendem Milchspendereflex verschwinden diese Schmerzen innerhalb weniger Tage weitgehend. Länger anhaltende Schmerzen beim Anlegen, vor allem wenn sie während des Stillens und danach fortbestehen, sollten Anlass zur Klärung der Ursache sein.

Im Folgenden gibt die Nationale Stillkommission Empfehlungen zur Prävention und Therapie von wunden Brustwarzen während der Stillzeit.

Häufigkeit

Etwa ein Drittel stillender Frauen hat in den ersten Wochen nach der Geburt wunde Brustwarzen.

Symptomatik

- Schmerzen
- Rötung
- Schwellung
- Hautabschürfungen
- Tiefe Rhagaden
- Krustige Beläge
- Bläschen

Prävention

Die einzig wirksame Prävention ist im korrekten Anlegen und korrekten Saugen des Kindes zu sehen. Weder Haut- oder Haarfarbe, eine Vorbereitung („Abhärtung“) der normalen Brustwarzen in der Schwangerschaft, noch eine Begrenzung der Anlegezeiten am Beginn der Stillbeziehung haben einen nachweisbaren Einfluss auf die Häufigkeit des Auftretens von wunden Brustwarzen.

Ursachen

Nicht korrektes Positionieren des Kindes beim Stillen und nicht korrektes Saugen des Kindes.

Mechanische Gründe

- a) Das Kind erzeugt einen **starken Unterdruck**.

- Wenn wenig Milch in die Milchgänge fließt (vor Einsetzen des Milchspendereflezes, oder wenn dieser z.B. durch Schmerzen, Stress, Nikotin etc. vermindert ist).
- Bei behindertem Milchfluss, wie er z.B. durch die Schwellung im Rahmen des initialen Milcheinschusses vorübergehend auftreten kann.
- Wenn das Kind sehr gierig saugt. Daher bei „frühen Hungerzeichen“ das Kind anlegen.

b) Das Brustwarzengewebe wird komprimiert.

Bei unkorrektem Anlegen werden Brustwarzen, Areola und Brustgewebe nicht richtig in den Mund des Kindes aufgenommen. Die Brustwarze wird dadurch verzerrt und verformt. Sie wird zwischen den Kieferleisten des Kindes eingeklemmt. Infolge dessen wird sie an einzelnen Stellen mechanisch stark belastet, oft sichtbar an Druckstreifen auf der Oberfläche der Brustwarze. Die so entstehende Behinderung des Milchflusses hat wiederum stärkeres Saugen des Kindes mit noch stärkerem Unterdruck zur Folge (s.o.).

Weitere Ursachen, die ebenfalls zur einer Kompression des Brustwarzengewebes führen können:

- Das Kind öffnet den Mund nicht weit genug und „kaut“ mit den Kieferleisten auf der Brustwarze.
- Anatomische Besonderheiten, wie z.B. die Ankyloglossie (= zu kurzes Zungenbändchen). Die Zunge kann infolge dessen die untere Kieferleiste nicht bedecken, so dass diese das Brustwarzengewebe einkerbt.
- Besondere Formen des kindlichen Gaumens, z.B. „Glockengaumen“ oder Gaumenfurchen nach langdauernder Intubation.
- Anatomische Besonderheiten der Brustwarze (z.B. bei Hohlwarzen) können dazu führen, dass das Kind diese nicht korrekt in den Mund platzieren kann.
- Der verstärkte initiale Milcheinschuss kann durch ödematöse Anschwellung der Areola dazu führen, dass das Kind nicht korrekt an der Brust anliegen (andocken) kann.
- Ein zu starker Milchfluss kann sehr selten dazu beitragen, dass das Kind sich vor dem Verschlucken durch mechanisches Zusammendrücken der Brustwarze schützt. Das Kind sollte in diesem Fall auf dem Bauch der Mutter mit dem Gesicht nach unten liegend angelegt werden („Australia-Position“).

c) Beim abrupten Lösen des Kindes von der Brust kann die Brustwarze mechanisch geschädigt werden.

Andere (auch seltene) Ursachen

Neben den oben genannten mechanischen Ursachen treten wunde Brustwarzen auch häufiger bei Müttern mit depressiver Stimmungslage und unsicherem Stillwunsch als **Ausdruck einer psychosomatischen Störung** auf.

Infizierte wunde Brustwarzen (Hauptkeim: *Staphylococcus aureus*) – erkennbar an gelblichen, eitrigen Belägen („Impetigo“) – sollten Anlass für eine orale Therapie der Mutter mit einem staphylokokkenwirksamen Antibiotikum (Cephalosporin der 2. und 3. Generation) sein. Diese Behandlung ist kein Grund zum Abstillen.

Wunde Brustwarzen stellen ein hohes Infektionsrisiko dar und führen sehr oft zur Mastitis. Daher ist eine sorgfältige Händereinigung der Mutter und eine hygienische Händedesinfektion des Betreuungspersonals unabdingbar.

Auch an seltenere Infektionen der Brustwarze muss gedacht werden.

Pilzinfektionen, vor allem mit Candida (Soor), führen an der Brustwarze meist nicht zu der starken Rötung und zu den weißlichen Belägen, die bei Befall von Schleimhäuten charakteristisch sind. Die Mamillen- und Areolahaut ist allenfalls etwas gerötet oder pinkfarben verändert, gelegentlich fällt sie nur durch einen besonderen Glanz auf. Aber auch hier können die typischen weißlichen Beläge auftreten. Die Infektion ist meistens **sehr schmerzhaft**. Sie wird vor allem klinisch, seltener durch kulturellen Nachweis diagnostiziert. Aufgrund des Laktoterringehaltes der Muttermilch wachsen Pilze auf den üblichen Nährböden kaum. Es sollten daher eisengepufferte Nährböden verwendet werden.

Die Mundschleimhaut des Kindes ist bei entsprechendem Verdacht zu untersuchen, da sich hier meist typische Anzeichen für eine Soorinfektion finden. Risikofaktoren, wie eine Antibiotikatherapie der Mutter, sind zu ermitteln. Eine lokale fungizide Therapie behandelt die Brustwarze der Mutter und den Mund des Kindes gleichermaßen.

Weitere seltenere Differentialdiagnosen können in Frage kommen: Kontakt-Allergie, Psoriasis, Morbus Paget und Mammakarzinom sowie beim älteren Kind Probleme durch Beikost (z.B. Brotkrümel) und Beißen.

Therapie

Die wirksamste Therapie besteht darin, die Ursache für die wunden Brustwarzen zu ermitteln und zu beseitigen.

- Das **korrekte Positionieren und Abnehmen des Kindes** ist nicht nur die wichtigste Prophylaxe, sondern auch die Therapie die Wahl. Von Anfang an, also schon beim ersten Anlegen im Kreißsaal, muss darauf geachtet werden, da einmal unkorrektes Saugen des Kindes die Brustwarze erheblich schädigen kann.
- Zur **lokalen Behandlung** einer wunden Brustwarze ist das Antrocknenlassen eines Tropfens von der Hintermilch Mittel der ersten Wahl. Nicht routinemäßig, sondern nur bei extrem trockener Hautoberfläche mit Rissen, Rhagaden und Krusten kann hoch gereinigtes Wollwachs lokal aufgetragen werden. Die Anwendung von Hydrogeldressings auf Polyurethanbasis kann bei entsprechend hygienischer Anwendung zur Schmerzlinderung beitragen. Das Anwenden von anderen Salben unterschiedlichster Art und von anderen Substanzen ist nicht nur unwirksam, sondern für das Brustwarzengewebe oder für das Kind (z.B. paraffinhaltige Salben) schädlich und sollte daher unterlassen werden.
- Ziel ist es, trotz wunden Brustwarzen das Kind weiter korrekt zu positionieren und **weiter zu stillen**, gegebenenfalls zuvor Muttermilch mit der Hand zu entleeren, um zu erreichen, dass das Mamillen- und Areolagewebe elastischer und somit für den Säugling besser fassbar wird. Häufiges Wechseln der Anlegeposition belastet das Gewebe gleichmäßiger. Bei der Verwendung von Pumpen und Stillhilfen ist zu beachten, dass auch diese, unkorrekt positioniert, das Mamillen- und Areolagewebe beschädigen können.

- Sehr heftige Schmerzen können gelegentlich zu einer **Anlegepause** an der betroffenen Seite zwingen. In diesem Fall ist es wichtig, die Brust so häufig – wie sonst gestillt würde – manuell oder mechanisch zu leeren. Bluthaltige Milch ist kein Grund für eine Stillpause.
- **Saugtraining** unterstützt das Kind beim korrekten Saugen (z.B. den Mund weit genug zu öffnen und nicht auf der Brustwarze zu kauen).

Weiterführende Literatur

- American Academy of Pediatrics (1997) Red Book . Report of the committee on infections diseases. Elk Grove Village IL :AAP;163
- Amir L , Hoover, K (2002). Candidiasis and Breastfeeding . Lactation Consultant Series Two, Unit 6 No 1172-19 , La Leche International
- Amir L (1991). Candida and the lactating breast: predisposing factors. J Hum Lact 7:177-181
- Amir L, Garland SM, Dennerstein L, Farish SJ (1996). Candida albicans: is it associated with nipple pain in lactating women? Gynecol Obstet Invest 41: 30-34.
- Amir LH (2003). Breast pain in lactating women – mastitis or something else? Austral Family Physician 32: 141-145
- Ballard JL, Auer CE, Khoury JC (2002). Ankyloglossia: assessment, incidence and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. Pediatrics 110: (5); e53.
- Bodley V, Powers D (1997). Long-term treatment of a breastfeeding mother with Fluconazole-resolved nipple pain caused by yeast: a case study. J Hum Lact 13: 307-311.
- Brent N, Rudy SJ, Redd B, Rudy TE, Roth LA (1998). Sore nipples in breastfeeding women. Arch Pediatr Adolesc Med 152:1077-1082.
- Cable B, Stewart M, Davis J (1997). Nipple wound care: a new approach to an old problem. J Hum Lact 13: 313-318.
- Coates M.-M. Nipple pain related to vasospasm in the nipple? J Hum Lact 8: 153
- Dodd V, Chalmers C (2003). Comparing the use of hydrogel dressings to lanolin ointment with lactating mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 32(4): 486-94
- Enkin M et al. (2002). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford university press : 439-456
- Foxman B, D’Arcy H, Gillespie B, Bobo JK, Schwartz K (2002). Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. Am J Epidemiol 15: 103-114.

- Hazelbaker AK (1993). The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF) : Use in a lactation consultant private practice. Master's Thesis , Pacific Oaks College, Pasadena, Kalifornien.
- Huggins KE, Billon SF (1993). Twenty cases of persistent sore nipples: collaboration between lactation consultant and dermatologist. *J Hum Lact* 9(3) : 155-160.
- Lawrence RA (2005). Breastfeeding. A guide for the medical profession. CV Mosby, St. Louis, Missouri.
- Livingstone N, Stringer J (1999). The treatment of Staphylococcus aureus infected sore nipples. A randomized comparative study. *J Hum. Lact* 15(3) : 241-246
- Marmet C, Shell E, Marmet R (1990). Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems. *J Hum Lact* 6: 117-121.
- Mohammadzadeh A, Farhat A, Esmaeily H (2005). The effect of breast milk and lanolin on sore nipples. *Saudi Med J* 26: 1231-1234.
- Morrill JF, Pappagianic D, Heinig MJ, Lonnerdal B, Dewey KG (2003). Detecting Candida albicans in human milk. *J Clin Microbiol* 41: 475-478.
- Spangler A, Hildebrand E (1993). The effect of modified lanolin on nipple pain damage during the first 10 days of breastfeeding. *Int J Childbirth* 8: 15-18.
- Springer S (2000). Kurzes Zungenbändchen und Still Schwierigkeiten. *Monatsschr Kinderheilk* 148: 642-643.
- Tamminen TM, Salmelin RK (1991). Psychosomatic interaction between mother and infant during breastfeeding. *Psychother Psychosom* 56: 78-84.
- Wilson-Clay B , Hoover K (2002) . The Breastfeeding Atlas. AP Publishers, Lactation News Press, Manchaca, Texas.
- Wolf L, Glass RP (1992). Feeding and swallowing disorders in infancy : Assessment and Management . Tucson, AZ: Therapie Skill Builders , pp. 85-157.2
- Woolridge MW (1986). Aetiology of sore nipples. *Midwifery* 2: 172-176.
- Ziemer M (1990). Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women. *West J Nurs Res* 12: 732-744.