



## Neuigkeiten aus der Forschung - Anlage zum Newsletter April 2013

### **Bakterien oder Pilze – was macht die Schmerzen in und auf der Brust?**

Es gibt viele mögliche Gründe für Schmerzen an der Mamille oder in der Brust – häufig findet sich die Ursache in einer Verletzung der Mamille, die vor allem auf Anlegeprobleme zurück zu führen ist, oder es bestehen Symptome von Milchstau/ Mastitis mit Rötung, Erwärmung, Schwellung etc. Manchmal jedoch sind Schmerzen vorhanden, die durch äußerlich sichtbare Merkmale nur schwer zu erklären sind und die eine bestimmte Schmerzcharakteristik vorweisen. Diese Schmerzen, die den betroffenen Frauen das Stillen unmöglich machen können, werden häufig als brennend, sich ausbreitend, manchmal bis in den Rücken strahlend beschrieben. Schon länger ist eine Diskussion über die Ursachen dieser speziellen Symptomatik im Gange. Während einige Ärzte und Wissenschaftler vermuten, dass ein Befall mit *Candida*, also Pilzen, dafür verantwortlich ist (was dann gemeinhin mit dem Begriff Brustsoor belegt wird), glauben andere, dass eher ein Befall mit Bakterien, namentlich mit *Staphylococcus aureus*, die Beschwerden verursacht. Je nach vermuteter Ursache lautet dementsprechend die Therapieempfehlung entweder Antibiotikum oder Fungizid.

Eine australische Studie unter der Leitung von Lisa H. Amir, die im März 2013 veröffentlicht wurde, befasst sich erstmals prospektiv und gleichzeitig mit beiden Ansätzen. Sie erfasste nicht nur die klinischen Symptome, sondern untersuchte auch umfangreich und mit besonders aufwändigen labortechnischen Methoden Gewebe- und Flüssigkeitsproben der teilnehmenden Mütter und Babys. Die 340 Erstgebärenden, die die Studie vollendeten, wurden in zwei australischen Kliniken bereits in der Schwangerschaft rekrutiert und dann in den ersten 8 Wochen pp begleitet. Es wurde der äußerlich sichtbare Zustand der Mamillen und Brüste dokumentiert sowie ein Schmerzbefragungsbogen ausgefüllt. Ebenso wurden Laborproben von Nasenschleim, Muttermilch aus beiden Brüsten, Brustabstrich und kindlichem Mund- und Nasenschleim genommen.

Nachgewiesen wurde im Falle eines Pilzbefalls meist *Candida albicans*, in einem Fall wurde *Candida glabrata* entdeckt. Andere *Candida*-Varianten wurden ebenfalls gefunden, jedoch kein Fall von *Candida krusei* oder *Candida kefyr*.

Um zwischen „normalen“ Anpassungsschmerzen der ersten Tage und besonderen Schmerzen aufgrund eines vermuteten Befalls mit Erregern zu unterscheiden, wurden die Ergebnisse sowohl für die Wochen 1 – 8 pp als auch für die Wochen 2 – 8 pp erhoben und unterschieden. Nach der ersten Woche zeigte sich, dass eine signifikante Zahl von Frauen, die über brennende, ausstrahlende Schmerzen auf oder in der Brust berichteten, auch einen Befall mit *Candida* in einer der von ihr/ ihrem Baby entnommenen Proben hatten. Frauen, deren Proben mit *Staphylococcus aureus* befallen waren, klagten hingegen nicht häufiger über Schmerzen als Frauen ohne diesen Befall. Generell waren ca. 50% der untersuchten Frauen 4 Wochen pp von *Staphylococcus aureus* befallen, was die Ergebnisse früherer Studien bestätigt, die diese hohe und zugleich symptomfreie Verbreitung bereits nachweisen konnten. Frauen mit einem *Candida*-Befall in einer ihrer Proben hatten dagegen ein um 87% höheres Risiko, im Verlauf der Untersuchungszeit die beschriebenen Schmerzsymptome zu erleben als Frauen ohne einen *Candida*-Befall.

Die Autoren der Studie beschreiben, dass die speziellen Labortechniken, die sie für den *Candida*-Nachweis verwendet haben, für den normalen Klinikalltag ungeeignet sind und dass auch keineswegs die Milchproben alleine für ihre Befunde ausreichend waren (tatsächlich konnten sie mit den Standard-Methoden keinen *Candida*-Befall in der Muttermilch nachweisen, wie bereits in früheren Studien gezeigt). Es bleibt ungeklärt, an welcher Stelle genau der *Candida*-Befall in oder auf der Brust (in den Milchgängen? im Brustgewebe? auf der Haut?) stattfindet und wie die Symptome im Einzelnen zustande kommen.

Außerdem warnen die Forscher davor, jeden Schmerz, der mit „brennend, ausstrahlend“ beschrieben wird, automatisch mit einem Soor zu assoziieren: auch offensichtliche äußerliche Läsionen der Mamille, ohne einen *Candida*-Befall, wurden von vielen Müttern auf diese Weise beschrieben. Es scheint so, dass sowohl Verletzungen der Mamille als auch *Candida*-Befall unabhängig voneinander und jede für sich diese Schmerzen verursachen kann. Die Studienautoren empfehlen daher, auch weiterhin mittels guter Anamnese und klinischer Beobachtung die Situation zu beurteilen, dabei auch ein Augenmerk auf einen möglichen Vasospasmus als Differenzialdiagnose zu legen sowie kindliche Mundanomalien und vor allem Anlegefehler nicht zu vergessen. Die These, dass die Symptomatik durch bakterielle Erreger hervorgerufen wird, konnte jedoch widerlegt werden.

Die vollständige Studie (englisch) kann [hier](#) nachgelesen werden.

## Direkter Hautkontakt als Mittel bei Anlegeproblemen

Erfahrene StillberaterInnen wenden schon lange ein einfaches Prinzip an, wenn ein Mutter-Kind-Paar große Schwierigkeiten beim Anlegen hat oder sich das Baby beim Anlegen sträubt: sie ermutigen Mütter, sich und das Baby auszuziehen und gemeinsam im direkten Hautkontakt über eine entspannte Position „ins Stillen zu finden“. Dass diese auch als „Bonding-Situation“ bekannte Methode in den ersten Stunden nach der Geburt große positive Effekte hat, hat sich bereits herumgesprochen und wird in vielen Kliniken heute auch so praktiziert. Im weiteren Verlauf des Wochenbetts jedoch wird Müttern noch immer viel zu selten zu dieser Maßnahme geraten – manchmal wird Anlegeproblemen durch „Handanlegen“ der Fachkraft begegnet und der Mutter empfohlen, das Kind durch einen Griff in den Nacken an die Brust zu bringen. Manche Babys reagieren auf diese Vorgehensweise durch heftige Abwehr und Verweigerung der Brust.

Eine im März 2013 veröffentlichte schwedische Studie hat untersucht, inwiefern ausgedehnter direkter Hautkontakt auch in der Zeit nach den allerersten Tagen Schwierigkeiten beim Anlegen beheben könnte. Dazu wurden 103 Mutter-Kind-Paare im Alter von 1 – 16 Wochen pp, die von schweren Anlegeproblemen berichteten, in zwei Gruppen unterteilt. Die Kontrollgruppe erhielt übliche Hinweise zum Anlegen inklusive Unterstützung durch Kissen usw., Kinder und Mütter der Kontrollgruppe waren voll bekleidet. Die Mütter aus der Experimentalgruppe wurden in einer halbliegenden Position mit nacktem Oberkörper und von Kissen unterstützt platziert. Die nackten Babys wurden in aufrechter Position bäuchlings zwischen ihre Brüste gelegt und Mutter und Kind wurden bei Bedarf zugedeckt. Die Mütter beider Gruppen erhielten den Auftrag, nach Wunsch und Bedarf mit ihrem Kind zu kommunizieren, es zu streicheln oder zu beruhigen, wenn es weinte.

Direkt nach dieser initialen Anlegesituation wurden die Mütter mittels eines Fragebogens zu ihren Erfahrungen, zu eventuellen Schmerzen während des Stillens sowie zu ihrer emotionalen Situation befragt. Sie wurden ermutigt, das soeben durchgeführte Verfahren zuhause fortzuführen. Nach einer Woche und nochmals mit 4 Monaten pp wurde der Vorgang wiederholt.

Es zeigte sich, dass insgesamt in der Experimentalgruppe nicht mehr Anlegeproblemfälle gelöst wurden als in der Kontrollgruppe. Die Dauer bis zur Lösung war jedoch bei der Experimentalgruppe kürzer (ca. 2 Wochen schneller) und 94% der Babys, die besonders heftig auf einen Griff in den Nacken oder ähnliche Maßnahmen reagierten, stillten innerhalb von 3 Wochen problemlos, wenn sie der Experimentalgruppe angehörten. Babys aus der Kontrollgruppe mit solch starker Reaktion stillten nur zu 33% nach 3 Wochen problemlos. Generell erlebten die Mütter in der Experimentalgruppe die Stillsituation emotional befriedigender als in der Kontrollgruppe.

Die Studie kann im Original (englisch) [hier](#) nachgelesen werden.