

## NEUES AUS DER WISSENSCHAFT ZUM THEMA BRUSTENTZÜNDUNG

Es ist erstaunlich, wie oft wir Empfehlungen weitergeben, die zwar schon sehr lange existieren, die aber nicht, wie das so schön heißt, „evidenzbasiert“ sind. Das bedeutet nicht, dass sie nicht wirken, das bedeutet einfach: Niemand hat hier genauer hingeguckt, ob es auch Beweise gibt, dass das, was wir empfehlen, auch wirklich sinnvoll ist. Leider ist das bei Gesundheitsthemen, die Frauen betreffen, sehr häufig der Fall, denn hier wird deutlich weniger geforscht als bei Gesundheitsthemen, die Männer betreffen. Eine Erklärung dafür ist, dass bis vor kurzem die Mehrzahl der Forscher männlich waren, und offener, mehr interessiert waren, an Themen, die sie selbst betrafen.

Ein Gebiet, wo das ganz deutlich ist, ist das Stillen. Die Inhaltsstoffe der Muttermilch werden mittlerweile relativ gut erforscht (damit lässt sich durch die Muttermilchersatznahrungsindustrie gutes Geld verdienen), aber es trifft vor allem zu für den Einfluss des Stillens auf die Gesundheit der Frau. So ist es erstaunlich, wie wenig Forschung uns zum Thema Mastitis (Brustentzündung) zur Verfügung steht. Bereits bei der Erstellung der Leitlinie „Entzündliche Brusterkrankungen“ aus 2013 **(1)**, woran ich beteiligt war, war aufgefallen, dass uns hier wenige gute Daten zur Verfügung standen. Zum Glück gab es seitdem einige gute Forschungsarbeiten und Übersichtsstudien **(2, 4, 5, 7)**, allerdings bleiben noch große Lücken in unserem Verständnis von Mastitis und bei den Auswirkungen der Empfehlungen, die wir betroffenen Frauen geben können.



Die Academy of Breastfeeding Medicine, eine weltweite Ärzte-Organisation, die zum Ziel hat, auch Ärzte fachgerecht über Stillen zu informieren, hat jetzt eine neue Leitlinie zu diesem Thema herausgebracht „The Mastitis Spectrum“ **(1)**. Dr. Katrina Mitchell ist hier die erste Autorin. Sie ist Brustchirurgin und hat sich auf das Stillen spezialisiert. Sie hat ihre Erfahrungen und ihr Verständnis von Anatomie und Physiologie der Brust hier mit eingebracht und hat einige neue Elemente bei der Ursache und bei der Behandlung von Mastitis benannt. Diese neuen Gedanken werden demnächst auch in „Basiswissen für die Stillberatung“ bei den Themen

„Milchstau“ und „Brustentzündung“ ergänzt.

In dieser Leitlinie wird noch mal betont, dass viele Brustentzündungen nicht durch Bakterien, sondern durch Milchstaus verursacht werden. Diese Milchstaus können verschiedene Gründen haben. So spielt zu viel Milch hier eine deutliche Rolle, die u. a. durch zu viel Pumpen entstehen kann. Und natürlich: alles was abdrückt und klemmt, kann eine Milchstau verursachen. Dabei ist klar, dass es sich dabei nicht um einen Milchstau in nur einen Milchgang handeln kann. Denn: Diese Milchgänge sind so klein, dass wir das gar nicht spüren würden,

wenn nur einen Gang betroffen wäre. Meistens ist aber ein ganzes Gebiet betroffen. Wenn die Milch sich staut, dann wird durch den Druck auch Milch ins umliegende Gewebe gepresst. Und hier verursacht diese Milch eine Reizreaktion mit Wärme, Rötung und Schmerzen – auch wenn keine Bakterien vorhanden sind. Wenn der Stau behoben wird, das Überangebot behandelt wird und die Milch wieder gut fließt, verschwinden auch die Symptome wieder.

Ein zusätzlicher Faktor kann die Zusammensetzung der Bakterien in der Brust sein. Normalerweise befindet sich im Brustgewebe eine gesunde Mischung von Pilzen und Bakterien, die im Gleichgewicht sind. Übrigens: Diese Kombination von Pilzen und Bakterien nennt sich Mikrobiom. Nun kann es, durch verschiedene Ursachen, zu einem Ungleichgewicht (Dysbiosis) dieses Mikrobioms kommen, z. B. wenn die Mutter rundum die Geburt Antibiotika nehmen musste. Dann kann es sein, dass manche Bakterien ungehemmt wachsen und einen Biofilm in den Milchgängen formen. Dadurch werden diese Milchgängen verengt und auch hier kann dann Milch ins umliegende Gewebe gedrückt werden. Auch hier können dann Entzündungszeichen auftreten.

Es gibt ein paar allgemeine Empfehlungen, die Stillberaterinnen, mit Einhalten der Grenzen der Stillberatung in jeden Fall geben können:

- Auf Nachfrage stillen. Kein Zwang, die Brüste „leertrinken zu lassen“. Ein zu viel an Milch wird damit oft vermieden.
- Die Frauen sollten ermutigt werden, nicht oder weniger abzupumpen.
- Eventuell kann zur Entlastung die Milch von Hand gewonnen werden.
- Kühlung, damit Ödeme behoben werden und die Milch besser fließt
- Vermeidung von Brusthütchen
- Keine tiefe Massage – hier wird womöglich noch mehr Milch ins umliegende Gewebe gedrückt, was die Situation noch verschlimmern kann.

Natürlich müssen manchmal auch spezifische therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden.

Hier stößt eine AFS-Stillberaterin jedoch sehr schnell an ihren Grenzen und es ist einen Hinweis auf Ärzten, Hebammen oder Laktationsberaterinnen IBCLC hilfreich. Es werden dann oft schmerzstillende, entzündungshemmende Medikamente (NSAID wie Ibuprofen, Paracetamol) eingesetzt. Die Leitlinie empfiehlt nur beschränkte Gaben von Antibiotika. Die Rolle von Probiotika, obwohl momentan stark beworben, ist noch unklar. Es kann auch sein, dass die „klassischen“ Mittel, die oft bei rezidivierenden Milchstaus eingesetzt werden, wie Lecithin und Nachtkerzensamenölkapseln, das Mikrobiom ebenfalls positiv beeinflussen und sie vielleicht darum wirken.

Dabei ist zu bedenken, dass dieses Thema noch keinesfalls abgeschlossen ist. Die Definition der Mastitis ist Thema einer wissenschaftlichen Diskussion (5, 6), und auch die Pathophysiologie (Verengung der Milchgänge) und Therapiemöglichkeiten (Probiotika, Lecithin) wurden kontrovers diskutiert (6). Weitere Forschung ist absolut notwendig. Eine abschließende Beurteilung Mastitis ist noch nicht möglich: Die Diskussion wird fortgesetzt.



*Elien Rouw*  
 - Niederländische Ärztin  
 - Fellow und Vorstandsmitglied der Academy of Breastfeeding Medicine  
 - Mitglied der Nationalen Stillkommission  
 - Mitglied Medizinischer Beirat AFS  
 - Gesellschafterin DAIS  
 - Fortbildungen für Pflegepersonal

## Literatur:

1. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. BFMed 2022; 17(5): 360-376.
2. Amir L, Griffin L, et.al.: Probiotics and mastitis: evidence-based marketing? Int BF Journal 2016; 11(19). <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-016-0078-5>
3. Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2013). Leitlinie Therapie entzündlicher Brusterkrankungen in der Stillzeit
4. Baeza C: Acute, Subclinical and Subacute Mastitis. Clinical Lactation 2016; 7(1): 7-10.
5. Baeza C: Chronic Mastitis, Mastalgia and Breast Pain. Clinical Lactation 2016; 7(1): 11-17.
6. Baeza C. et.al.: Letter to Clinical Protocol #36. BFMed 2022; 17(11): 970-971
7. Cullinane M, Amir L, Donath S, Garland S, Tabrizi S (2015). Determinants of mastitis in women in the CASTLE study: a cohort study. BMC Family Practice 16:181