



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2013

Muttermilch: Menschenrecht oder "riskantes Produkt"?

Krähenmann, Franziska

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-93043>

Journal Article

Originally published at:

Krähenmann, Franziska (2013). Muttermilch: Menschenrecht oder "riskantes Produkt"? Laktation und Stillen, (1):4-8.

Liebe Leserinnen, liebe Leser,



Denise Both

alles im Leben hat seine Zeit und wir haben festgestellt, dass für uns die Zeit gekommen ist, „Laktation und Stillen“ Lebewohl zu sagen.

Wir danken Ihnen für Ihre Anregungen, Ihre Kritik und Ihr Lob und das Vertrauen, das Sie uns seit 2002 entgegengebracht haben und wünschen Ihnen eine gute Zeit.

Das Team von „Laktation und Stillen“



Christa Müller-Aregger



Gabi Eugster Kaufmann



Nicole Ritsch



Kerri Frischknecht



Ute Taschner



Gabriele Lahner



Foto: detailblick@fotolia.de

ELACTA
Europäische
Laktationsberaterinnen
Allianz

Impressum

Herausgeber:
ELACTA Europäische Laktationsberaterinnen Allianz
www.elacta.org
ELACTA – Vereinsnummer
Zentrales Vereinsregister ZVR-Nr: 708420941

Administration
E-Mail: laktationundstillen@velb.org

Chefredakteurin:
Denise Both, IBCLC,
Postfach 1101, D-87453 Pfronten
Tel: +49(0)8362-941278, Fax: +49(0)8362-39298,
E-Mail: Redaktion@velb.org

Redaktion:
Gabi Eugster Kaufmann

Medizinische Beratung:
Prof. Dr. med. Daniela Karall, Innsbruck, A
Dr. med. Gabriele Kewitz, Berlin, D
Dr. med. Franziska Krähenmann, Zürich, CH
Dr. med. Angela Kuck, Richterswil, CH
Dr. med. Christof Schaefer, Berlin, D
Gudrun von der Ohe, Ärztin, Hamburg, D

Fotos:
Kerri Frischknecht 4, Gabriele Lahner 1,
Kay Hoover, Barbara Wilson Clay 1

Abonnements:
Für ELACTA Mitglieder, d.h. Mitglieder der
Landesverbände
BDL, BSS, VSLÖ und VSL im Mitgliederbeitrag inbegrif-
fen (Mitgliedschaften über die Landesverbände)

Abonnements für Nichtmitglieder:
Karin Hehr, Posastr. 25, D-04349 Leipzig,
Tel: +49(0)3 41- 9 21 39 86
E-Mail: Abodienst@velb.org
Jahresabonnement Schweiz: 59,80 CHF
andere Länder: 38,- €
Einzelnummern Schweiz: 16,00 CHF andere Länder 11,- €

Inserate:
Denise Both, IBCLC, Adresse s. o.

Satz und Gestaltung:
Computergrafik Gabriele Lahner, Nürnberg
E-Mail: Satz@velb.org

Lektorat:
Dr. med. Nicole Ritsch, IBCLC, Morter, Italien

Druck:
Kaiser Medien, Nürnberg

Auflage: 3000
Erscheinungsweise: 4-mal jährlich,
jeweils Ende März, Juni, September und Dezember

Redaktionsschluss:
15. Januar, 15. April, 15. Juli, 15. Oktober
Alle Rechte vorbehalten, Nachdruck, auch auszugsweise,
nur mit Genehmigung von ELACTA.

Die Beiträge geben die Meinung der Autorinnen wieder
und stimmen nicht unbedingt mit der Meinung der
Redaktion und von ELACTA überein.
Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen
übernimmt die Redaktion keinerlei Haftung

Muttermilch: Menschenrecht oder „riskantes Produkt“?

Kommentar von Denise Both, IBCLC

Die Lebenssituation vieler Mütter bringt es mit sich, dass sie ihre Kinder immer früher immer häufiger in eine Betreuungseinrichtung geben. Der ab August 2013 in Deutschland bestehende Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für Kinder ab einem Jahr (in einigen Bundesländern unter Umständen auch schon früher) wird die Zahl der Kinder, die bereits im frühen Kleinkindalter eine Kindertagesstätte besuchen werden, noch weiter ansteigen lassen.

Alle Kinder haben einen Anspruch darauf, optimal ernährt zu werden und zur optimalen Ernährung gehört für Babys und Kleinkinder unbestritten Muttermilch. Trotz einer Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen zur Bedeutung der Muttermilch und den bekannten Empfehlungen von zahlreichen Institutionen wie Weltgesundheitsorganisation und Fachgesellschaften für Kinderheilkunde usw. hat nun die Ge-

meinde Schwielowsee entschieden, dass Kinder, die in ihrer Kindertagesstätte untergebracht werden, keine abgepumpte Muttermilch mehr erhalten dürfen.

Eltern müssen folgenden Zusatz zum Betreuungsvertrag mit der Gemeinde akzeptieren: „In unseren Kindereinrichtungen wird nur mit Muttermilchersatz gefüttert. Eine Verabreichung von mitgebrachter Muttermilch ist nicht zulässig.“ Aus Gründen der Hygiene, wird die Annahme der Muttermilch verweigert. Muttermilch wird als hohes Gesundheitsrisiko beschrieben und sogar mit den aus China importierten Erdbeeren verglichen, die im vergangenen Jahr für die Erkrankung an Brechdurchfall bei mehr als 10.000 Personen in Deutschland verantwortlich waren. Ein nicht nur deshalb unpassender Vergleich, weil die Muttermilch nur die eigenen Kinder der Mütter und nicht noch weitere Personen erhalten.

Wie wenig die für diese Neuregelung verantwortlichen Personen über die Risiken und Nachteile der künstlichen Säuglings-

nahrung wissen, zeigt auch die Aussage der Bürgermeisterin von Schwielowsee: „Die Vorgabe aus dem Kitagesetz, die gesunde Ernährung zu gewährleisten, werde derweil auch mit Ersatzmilch gewährleistet“.

Dass es offensichtlich auch anders geht, zeigt u.a. der Landesverband evangelischer Tageseinrichtungen für Kinder in Bremen. In seiner Broschüre „Hygiene in der Verpflegung - Anleitung für eine gute Hygienepaxis in der Krippe“ wird im Kapitel „Umgang mit abgepumpter Muttermilch, Säuglingsmilchnahrung und Lebensmitteln für die Beikost“ (S. 10ff) detailliert beschrieben, wie mit Muttermilch in der Krippe umgegangen werden soll und es gibt sogar ein Extrablatt zur Aufklärung für die Mütter (S. 42). Die gesamte Broschüre findet sich unter www.kirche-bremen.de/downloads/landesverband_konzept_hygiene.pdf.

Es ist an der Zeit, eine kinderfreundliche bundeseinheitliche Regelung zu schaffen!

WHA Resolution 65.6

Neue Resolution zur Säuglings- und Kleinkindernährung: Interessenkonflikte

Die Weltgesundheitsversammlung (WHA) hat Mitte vergangenen Jahres den „WHO Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Child Nutrition (the Plan)“ verabschiedet. Das berichtet der neuste „Legal Update“ von IBFAN. Dabei hatten Swaziland und Uganda einen Resolutionsentwurf eingebracht, den „PLAN“ anzunehmen, zugleich aber vor sogenannten „Public-Private Partnerships“ (PPP) zu warnen.

Kanada und die USA legten daraufhin einen eigenen Entwurf vor, der diese Warnung nicht enthielt, sondern nur eine Annahmempfehlung. Es folgten mehrtägige Auseinandersetzungen über die Formulierung der Resolution, die in die Annahme eines Kompromisses mündete, der als Resolution WHA 65.6 [2012] verabschiedet wurde.

Der „PLAN“, wie er durch diese Resolution bestätigt wird, legt das Hauptaugenmerk auf Mikronährstoffe und technische (Produktions-)Probleme, wobei allerdings die Forderung nach Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens nahezu überschattet wird. Während der Versammlung äußerten mehrere Mitgliedsländer daher Befürchtungen, dass das Stillen und nahrhafte, kulturell angemessene sowie regionale Nahrungsmittel aus nachhaltigem Anbau untergraben würden. Viele von ihnen waren in Sorge, dass marktgeleitete Maßnahmen zur Verhinderung von Mangel- und Fehlernährung mit Hilfe von PPPs die doppelte Bürde der Nahrungsproblematik, nämlich Unter- wie Überernährung sogar verschlimmern könnten.

Die Resolution WHA 65.6 fordert daher nun von den WHO-Mitgliedsländern die Errichtung von Mechanismen zum Schutz gegen potentielle Interessenkonflikte. Davon verspricht man sich ein wirksames Werkzeug zur Beobachtung von Unternehmungen mit

mehreren Beteiligten (sog. „multi-stakeholder initiatives“), damit sichergestellt wird, dass sie wirklich im Interesse der Kindergesundheit stattfinden.

Solche Mechanismen werden z.B. wichtig angesichts der geradezu explosionsartig sich ausbreitenden „multi-stakeholder initiatives“, die sich des Ernährungsproblems annehmen. Viele von ihnen drücken z.B. vorgefertigte Babynahrung auf den Markt, wodurch die Aufgabe, Fehlernährung zu überwinden, ein Multimilliardengeschäft wird.

Die Resolution fordert außerdem von der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO), für „Klärung und Führung beim Thema der unangemessenen Werbung für Nahrungsmittel für Säuglinge und Kleinkinder“ zu sorgen.

IBFAN/Aktionsgruppe Babynahrung



Brustkrebs

4

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen nach dem 25. Lebensjahr. Insgesamt müssen in Europa inzwischen mehr als zehn Prozent der Frauen damit rechnen, an Brustkrebs zu erkranken, Tendenz steigend, insbesondere bei Frauen vor der Menopause.



Allergische Proktokolitis

11

In den letzten Jahrzehnten wurde eine Gruppe von ausschließlich gestillten Säuglingen beschrieben, die blutige Stühle entwickeln, ansonsten jedoch gesund erscheinen.



Zu wenig Milch

25

„Als Hypogalaktie wird die ungenügende Milchsekretion der Wöchnerin in der Laktationsperiode bezeichnet. Die primäre Hypogalaktie ist selten und wiederholt sich nach allen Geburten, da sie konstitutionell bedingt ist. Dagegen ist die sekundäre Hypogalaktie vorwiegend auf exogene Ursachen zurückzuführen.“

Editorial/Impressum.....	1
Forum	2
Inhalt	3

Titelthema

Brustkrebs	4
------------------	---

Aktuelles Thema

Betreuung von gesunden reifen Neugeborenen.....	9
---	---

Fachwissen

Klinisches Protokoll 24: Allergische Proktokolitis	10
--	----

Termine

.....18

Buchbesprechungen

Über-Lebensbuch Brustkrebs	20
Arzneimittel und Mikronährstoffe	20

Kurzmeldungen

.....22

Know-How

Zu wenig Milch	25
----------------------	----

ELACTA

..... 29

Landesverbände

..... 30

Aus der Praxis

Frühe Hilfen	33
--------------------	----

ILCA

.....35

Wichtiger Hinweis: Erkenntnisse und Wissen in der Medizin sind ständigen Veränderungen unterworfen. Die Autorinnen und Autoren der Artikel in „Laktation und Stillen“ sowie die Redaktion achten mit großer Sorgfalt darauf, dass die Angaben dem aktuellen Wissensstand entsprechen. Dennoch kann keine Gewähr für Therapien, Dosierungsempfehlungen und Anwendungsformen übernommen werden.

Brustkrebs

Diagnose, Therapie und Auswirkungen auf das Stillen

Dr. med. Franziska Krähenmann, IBCLC, Denise Both, IBCLC

Zunehmend treffen wir in der Stillberatung auf Frauen, die an Brustkrebs erkrankt waren, bevor sie schwanger wurden oder bei denen der Brustkrebs in der Schwangerschaft oder Stillzeit entdeckt wurde. Diese Frauen brauchen neben einer adäquaten Behandlung beziehungsweise Nachsorge eine fachkundige Stillberatung, die sie in ihrer besonderen Situation unterstützt.

Die Diagnose Krebs bedeutet – unabhängig davon, welches Organ oder Organsystem betroffen ist – dass es zu einer unkontrollierten, ungebremsten Vermehrung von Zellen gekommen ist. Diese „entarteten Zellen“ breiten sich in das umliegende Gewebe aus und können es zerstören. Über Blut- und Lymphbahnen können sie zudem in andere Körperregionen gelangen und dort Tochtergeschwülste bilden. Mammakarzinome beginnen im Drüsenanteil der Brust, meist von den Milchgängen (duktales Mammakarzinom), seltener von den Drüsenläppchen (lobäres Mammakarzinom). Die Ursache für Krebserkrankungen ist multifaktorell, bei einigen Krebsarten, darunter auch dem Mammakarzinom, spielen hormonelle Einflüsse eine Rolle. Körpereigene sowie von außen zugeführte Hormone können das Erkrankungsrisiko bei diesen Krebsformen erhöhen.

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen nach dem 25. Lebensjahr. Insgesamt müssen in Europa inzwischen mehr als zehn Prozent der Frauen damit rechnen, an Brustkrebs zu erkranken, Tendenz steigend, insbesondere bei Frauen vor der Menopause. Gleichzeitig steigt das Alter der Erstgebärenden ebenfalls an. Diese beiden Entwicklungen führen dazu, dass immer mehr Frauen mit der Diagnose in der Schwangerschaft oder der Stillzeit konfrontiert werden bzw. nach Erkrankung einen (weiteren) Kinderwunsch haben.



Foto: Kerri Frischknecht

Schwangerschaftsassozierte Mammakarzinome

Unter schwangerschaftsassozierten Mammakarzinomen (S-a-M) werden Brustkrebserkrankungen verstanden, die während der Schwangerschaft oder der Stillzeit oder innerhalb von einem Jahr nach der Geburt bzw. dem Abstillen auftreten. Mit einer Inzidenz von 1 : 3.000 – 10.000 aller schwangeren Frauen stellt das Mammakarzinom die dritthäufigste Krebserkrankung in der Schwangerschaft dar. Insgesamt werden etwa drei Prozent aller Brustkrebserkrankungen in der Schwangerschaft diagnostiziert. Histologisch gibt es keine Unterschiede zwischen S-A-M und Mammakarzinomen von nicht schwangeren/nicht stillenden Frauen. Die schwangerschaftsbedingten Veränderungen der Brust führen häufig dazu, dass Karzinome übersehen oder falsch interpretiert werden. Auch in der Stillzeit ist die diagnostische Beurteilung von knotigen Veränderungen durch vermehrte Wassereinlagerungen und eine erhöhte Dichte des Brustdrüsengewebes erschwert. Das führt dazu, dass sich die

Diagnose um Wochen bis Monate verzögern kann. Diese Verzögerungen der Diagnose haben zur Folge, dass schwangere und stillende Frauen sich bei Diagnosestellung häufig bereits in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien befinden, was zu einer schlechteren Prognose führt. Bei Frauen mit S-a-M wird deutlich seltener das Stadium I diagnostiziert. Es besteht eine um den Faktor 2,5 erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass es bei der Feststellung der Erkrankung bereits zur Metastasierung gekommen ist. Die meisten Studien zeigen keinen Unterschied im Gesamtüberleben, aufgrund der späteren Diagnosestellung und dem daraus resultierendem fortgeschrittenen Stadium, ist die Prognose bei S-a-M allerdings schlechter. Bei Diagnosestellung im gleichen Stadium besteht kein Unterschied.

Aus dem oben gesagten ergibt sich, dass jedem Verdacht auf eine bösartige Neubildung nachgegangen werden muss. Ergibt die Palpation einen Rundherd, der nicht in ein paar Tagen verschwindet, der gegen Oberfläche oder Unterlage fixiert ist, der keine schön definierten Ränder besitzt, der (rosafarben) leicht geschwollen ist, und

trotz häufiger Entleerung der Brust und trotz anti-infektiöser und entzündungshemmender Therapie nicht verschwindet, muss abgeklärt werden.

Das Persistieren eines Befundes ist das wichtigste Indiz zur Klärung. Selbstverständlich soll jeglicher Zeitverlust vermieden werden, andererseits steht ein Befund wahrscheinlich schon mehrere Wochen bis Monate oder noch länger, bis er eine tastbare Größe erreicht hat. Aufgrund der Krebsbiologie enthält ein Rundherd von 1 cm Durchmesser schon eine riesige Zellmenge, und die Wahrscheinlichkeit, dass sich Krebszellen aus dem Verband gelöst haben, ist damit erheblich.

Vorsicht: Ein Rückgang eines Tastbefundes genügt nicht zum Beweis eines gutartigen Befundes; denn anti-inflammatorische Behandlung und Antibiotika können durch Rückgang der Umgebungsreaktion zur Verkleinerung führen. Jeder Tastbefund muss nachkontrolliert werden, bis er ganz verschwunden ist.

Verdächtige Befunde in der Brust müssen auch während Schwangerschaft und Stillzeit sofort mittels bildgebender Verfahren und gegebenenfalls Biopsie (Gewebeprobe) untersucht werden.

Diagnostik

Folgende diagnostische Methoden stehen zur Verfügung:

- Feinnadelpunktion: Entnahme von einzelnen Zellen aus einem Tumor durch Punktion mit einer sehr feinen Kanüle. Man erhält zum Teil lose Zellen oder Zellen im Verband. Das Ergebnis liegt in der Regel noch am gleichen Tag vor. Ein bösartiger Befund stellt eine sichere Diagnose dar, ein gutartiger Befund ist nicht immer sicher. Das Risiko der „Krebszellverschleppung“ ist zu vernachlässigen gegenüber des Gewinnes zur Sicherung der Diagnose.
- (Stanz)Biopsie: Mit einem Stanzgerät werden unter Ultraschallkontrolle mit einer circa 1,6 mm dicken Kanüle mehrfach Gewebestücke entnommen. Ein bösartiger Befund stellt eine sichere Diagnose dar, ein unauffälliges Ergebnis wird mit hinreichender Sicherheit als Beweis für die Gutartigkeit betrachtet.
- Entfernung des Knotens: Muss mit einer Sicherheitszone erfolgen, wegen der bekannten Krebsfußchen (radiäre

Take Home Message Mamma-Karzinom

Entdeckung des Karzinoms in der Schwangerschaft

- In der Schwangerschaft entdecktes Karzinom kann operativ angegangen werden, inklusive Sentinel-Lymphknotenbiopsie. Wird eine Brust-erhaltende Chirurgie durchgeführt, dann muss die Brust nachbestrahlt werden. Dies wird postpartum durchgeführt. Wird eine Mastektomie durchgeführt (Entfernung der ganzen Brust), entfällt die Nachbestrahlung.
- Je nach Lymphknoten-Befall und Aggressivitätsfaktoren (Karzinom-Typus, Differenzierung, etc), wird seitens des Onkologen eine Chemotherapie empfohlen: diese kann auch in der Schwangerschaft durchgeführt werden, (2./3. Trimenon); nur ausgewählte Chemotherapeutika, mit gewissem Risiko für Zell-Wachstums-Hemmung beim Kind
- Falls Chemotherapie erforderlich, wird die Haupt-Chemotherapie-Behandlung nach der Geburt durchgeführt, in dieser Zeit wird nicht gestillt (meistens abgestillt, weil so lange verwerfen, mühsam ist), ggf. später Re-Laktation
- Keine Hormontherapie während der Schwangerschaft
- Monoklonale Antikörper (wie Herceptin®), Trastuzumab sind kritisch zu betrachten, wahrscheinlich kein/wenig Übertritt durch Plazenta in Frühschwangerschaft, in Spätschwangerschaft verabreicht, führt es zu Oligohydramnie.
- Keine Hormontherapie während dem Stillen

Entdeckung des Karzinoms nach der Geburt

- Zeitverlust bis zur Operation minimieren
- Bei jedem Knoten sofortige Kontrolle
- Falls Chemotherapie erforderlich: nicht stillen

Stillen nach Karzinom

- Brust nur operiert: stillen
- Bestrahlte Brust meist fibrotisch und besser nicht stillen; an der nicht betroffenen Brust kann gestillt werden
- Keine Verschlechterung der Prognose durch Stillen (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists)

Hinweis für die Frau nach Mamma-Karzinom

Ebenso wie bei den Männern manchmal bei Krebs die Kryopräservierung von Spermien sinnvoll ist, kann die Kryopräservierung von Eizellen u.U. sinnvoll sein.

Ausläufer). Kann bei entsprechendem Befund direkt zur weitergehenden Operation ausgedehnt werden.

- Ultraschall: Manchmal schwierig, die Gutartigkeit oder Bösartigkeit (Überbegriff: die Dignität) zu evaluieren.
- Mammographie: In der Laktationsperiode besteht aufgrund der Dichte des Brustdrüsenorgans eine erhöhte Rate an falsch negativen Befunden.
- Magnetresonanztomographie (MRI): Es sind falsch positive Befunde möglich. Das heißt, aufgrund des Bildes wird

Krebs diagnostiziert, obwohl dies nicht der Fall ist.

Wie man sieht, bringt letztlich nur die sogenannte invasive Technik Gewissheit. Allerdings kann auch die invasive Technik versagen, es kann beispielsweise vorkommen, dass am Befund vorbei punktiert wird.

Alle oben beschriebenen Diagnoseverfahren sind sowohl in der Schwangerschaft als auch in der Stillzeit möglich. In der Schwangerschaft ist bei einer Mammographie zur Minimierung des Strahlenrisikos

für den Fetus der Bauch abzuschirmen. Eine Mammographie in der Stillzeit erfordert keine besonderen Maßnahmen und auch keine Stillpause.

Minimalinvasive Gewebeentnahmen wie Feinnadelbiopsie oder (Hochgeschwindigkeits)Stanzbiopsie haben in der Stillzeit nur eine geringe Komplikationsrate (leicht erhöhtes Risiko für Nachblutungen, eventuell Bildung von Milchgangfisteln).

Besondere Situationen

Insbesondere in der Stillzeit können das inflammatorische Karzinom und Morbus Paget Schwierigkeiten in der Diagnostik bereiten, da sie mit anderen in der Stillzeit typischen Brustproblemen verwechselt werden können.

Ein inflammatorisches Mammakarzinom ist eine Brustkrebsform, die mit einer diffusen, unregelmäßig begrenzten Hautrötung und anderen Entzündungszeichen einhergeht. Gleichzeitig besteht meist eine Gewebeverhärtung mit knotigen Bezirken. Die Tumorzellen streuen schnell über die Lymphbahnen der Haut. Die Prognose ist eher ungünstig.

Morbus Paget ist eine Spezialform des duktales In-situ-Karzinoms mit folgenden Symptomen:

- einseitige Ekzem-ähnliche Veränderung
- Beginn auf der Mamillenspitze, dann auf die Mamille fortschreitend
- in 60% kann darunter ein Tastbefund, eine Masse getastet werden
- nebst Blutabgang auch Abgang von serösem Sekret
- manchmal eingezogene Mamille (neu)

Allerdings ist nicht jede Absonderung aus der Mamille gleichbedeutend mit einem Karzinom. Für die Frauen sind solche Absonderungen, vor allem außerhalb von Schwangerschaft und Stillzeit, jedoch vielfach sehr beunruhigend. Die meisten Absonderungen aus der Mamille, die seltsam erscheinen, haben gar keinen Krankheitswert. Die Absonderungen können zytologisch untersucht werden, das heisst die Flüssigkeit aus der Mamille wird auf einen Objektträger ausgestrichen und wie der Krebsabstrich fixiert. Es gibt auch spezielle Medien wie thin prep, die für die Gewinnung von Material für die zytologische Diagnostik eingesetzt werden können. Insbeson-

dere verdächtig ist ein seltsamer Abgang von Flüssigkeit, z. B. blutigem Sekret aus einem speziellen Ductus. Sollte eine derartig verdächtige Absonderung im Rahmen der Stillberatung festgestellt werden, ist eine Überweisung an eine Ärztin oder einen Arzt dringend anzuraten.

Therapie

Auch wenn selbstverständlich so wenig Zeit wie möglich bis zum Beginn einer Therapie verloren werden sollte, ist eine Brustkrebserkrankung in der Regel kein medizinischer Notfall, bei der die Behandlung praktisch noch am Tag der Diagnose beginnen muss. Auf ein paar Tage kommt es für die Planung und den Beginn der Behandlung normalerweise nicht an, die Frau kann sich also die Zeit nehmen, zunächst einmal die Diagnose und deren Tragweite zu verstehen und sich zu informieren. Wichtig für die schwangere oder stillende Frau: Es gibt keinen Beleg dafür, dass die Krebserkrankung auf ihr Kind übertragen werden kann. Zudem weisen Studien darauf hin, dass eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft, die zu einer erhöhten Morbidität des Kindes sowie den damit verbundenen längerfristigen Problemen führt, keinen Vorteil bringt und daher unnötig ist. Die Entbindung sollte erst bei ausreichender Reife des Kindes angestrebt werden. Der Geburtsmodus hat keinen Einfluss auf den Verlauf der Krebserkrankung. Auch wenn eine Metastasierung in die Plazenta selten vorkommt, sollte die Plazenta postpartum histologisch untersucht werden.

Der gesundheitliche Zustand der Kinder war in den Gruppen mit und ohne Chemotherapie während der Schwangerschaft vergleichbar. Gleiches gilt für den Vergleich der Frauen, die während der Schwangerschaft eine Chemotherapie erhielten bzw. bei denen die Chemotherapie erst nach der Geburt begonnen wurde. Daraus wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass die Behandlung von schwangeren Brustkrebspatientinnen so rasch wie möglich gemäß dem Standard für nicht schwangere Frauen erfolgen sollte.

Prinzipiell lässt sich die Therapie des Mammakarzinoms in drei Bereiche gliedern: Operation, Strahlentherapie und medikamentöse Therapie (Chemotherapie, Hormontherapie, Therapie mit mononuklearen Antikörpern). Alternative Therapieformen

können unter Umständen begleitend zur Anwendung kommen.

Operation

Angestrebt wird in aller Regel eine brusterhaltende Operation (BET). Voraussetzung für eine BET ist, dass der Tumor mit einem ausreichenden Sicherheitsabstand zum Gesunden entfernt werden kann und dass sich ein kosmetisch akzeptables Ergebnis erzielen lässt. Im Einzelfall kann eine Mastektomie mit anschließender Brustrekonstruktion ein kosmetisch besseres Ergebnis erzielen als eine BET. Ist der Tumor bereits so groß oder liegt er so ungünstig, dass eine sichere Entfernung im gesunden Gewebe nicht mehr möglich ist oder liegen mehrere Tumore in der Brust vor, ist eine brusterhaltende Operation meist nicht möglich. Bei Tumoren, die größer als zwei Zentimeter sind, wird daher unter Umständen versucht, den Tumor durch eine neoadjuvante Chemotherapie zum Schrumpfen zu bringen, um doch noch brusterhaltend operieren zu können.

Bei einem inflammatorischen Mammakarzinom, das beim S-a-M vergleichsweise häufiger vorkommt, ist eine brusterhaltende Operation in der Regel nicht möglich. Das Gleiche gilt, wenn eine nachfolgende Bestrahlung nicht durchführbar sein sollte oder trotz mehrfachem Nachoperieren eine vollständige Entfernung des Tumors nicht gelingt. Auch bei Frauen mit genetisch bedingtem Mammakarzinom (BRCA1/-2-Mutations-trägerinnen) ist eine Mastektomie ratsam, um das Rezidivrisiko so gering wie möglich zu halten.

Die Entscheidung für eine Mastektomie kann neben den oben genannten Gründen auch auf Wunsch der Frau fallen, die sich davon möglicherweise eine größere Sicherheit verspricht oder eine anschließende Bestrahlung vermeiden möchte. Insbesondere bei schwangeren Frauen kann die Empfehlung zur modifizierten Mastektomie ausgesprochen werden, da eine Strahlentherapie aufgrund der Risiken für den Fetus vermieden werden sollte. Eine Operation gilt nach der 12. Schwangerschaftswoche als sicher.

Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (Wächterlymphknotenbiopsie, SLN) wird zeitgleich mit der Operation zur Entfernung des Tumors durchgeführt und soll dazu dienen festzustellen, wie weit sich der Krebs bereits

Selbsthilfegruppen für betroffene Frauen

- mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e. V.: www.mamazone.de
- PONS-Stiftung: www.pons-stiftung.org
- Bundesverband der Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V.: www.frauenselbsthilfe.de
- Frauenselbsthilfe nach Krebs – Vorarlberg: www.frauenselbsthilfe.at
- Leben wie zuvor, Schweizer Verein Brustoperierter Frauen: www.leben-wie-zuvor.ch

ausgebreitet hat. Dabei wird der vor der Operation radioaktiv markierte erste vom Tumor aus erreichte Lymphknoten in der Achselhöhle entfernt. Ist der Wächterlymphknoten nicht befallen, kann in vielen Fällen auf die Entfernung weiterer Lymphknoten verzichtet werden. Im Gegensatz zu der früher praktizierten Methode gleich eine große Zahl von Lymphknoten zu entfernen, fallen die unangenehmen Nebenwirkungen wie Lymphabflussstörungen mit dieser Methode deutlich geringer aus.

Es scheint so, dass die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie auch in der Schwangerschaft unbedenklich ist, wenn auf die Anwendung von Patentblau verzichtet wird. Es muss jedoch daran gedacht werden, dass die lymphatischen Abflusswege in der Schwangerschaft verändert sein können und die alleinige Darstellung des Sentinel-Lymphknotens mittels Technetium 99m eine verringerte Detektionsrate aufweist. In der Stillzeit gilt die Methode als sicher für Mutter und Kind.

Strahlentherapie

Im Anschluss – seltener im Vorfeld – der operativen Behandlung wird in vielen Fällen eine Behandlung mit radioaktiven Strahlen durchgeführt. Das Wirkprinzip der Strahlentherapie beruht auf der Tatsache, dass Tumorzellen im Vergleich zu gesunden Zellen weniger dazu in der Lage sind, die durch die energiereichen Strahlen verursachten Schäden in ihrer DNA zu reparieren und dadurch die Fähigkeit, sich

weiter zu teilen und zu vermehren, verlieren und absterben. Als lokale Therapieform wirkt die Strahlentherapie nur dort, wo die Strahlen auftreffen, deshalb wird vor der Anwendung genau bestimmt, welche Bereiche bestrahlt werden und mit welcher Intensität die Bestrahlung durchgeführt wird. Trotzdem können Nebenwirkungen nicht ausgeschlossen werden. Zu diesen Nebenwirkungen gehört eine Gewebefibrose und eine Zerstörung von Brustdrüsen- und Milchganggewebe, die zur Folge haben, dass die Milchbildung und der Milchfluss an der bestrahlten Brust beeinträchtigt sind. Wie sehr sich diese Veränderungen der Brust auswirken, lässt sich nicht vorhersagen. In der Regel wird jedoch empfohlen, zur Vermeidung von Komplikationen auf das Stillen an der betroffenen Seite zu verzichten. Ist nur eine Seite betroffen, ist es in aller Regel möglich, das Kind an der gesunden Brust ohne Probleme (ausschließlich) zu stillen. In der jüngsten Literatur wird ein Fall beschrieben, in dem es einer Frau nach einseitiger Mastektomie gelungen ist, Zwillinge einige Zeit nach der Geburt ausschließlich mit ihrer eigenen Milch zu ernähren und insgesamt zwei Jahre zu stillen.

In der Schwangerschaft wird die Strahlentherapie nicht empfohlen, falls sie unumgänglich sein sollte, muss der Fetus entsprechend abgeschirmt werden. Auch in der Stillzeit wird derzeit geraten, von einer Strahlentherapie abzusehen.

Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie beinhaltet die Chemotherapie, die endokrine Therapie und die Therapie mit Biologicals.

Chemotherapie

Bei der Chemotherapie wird zwischen der neoadjuvanten Therapie (ergänzende Chemotherapie vor der Entfernung eines Tumors), der adjuvanten Therapie (ergänzende Behandlung nach Entfernung eines Tumors) sowie der palliativen Therapie (Behandlung zur Verlangsamung des Tumorwachstums, zur Linderung von Symptomen und zur Verhütung von Komplikationen) unterschieden.

In allen Fällen werden Medikamente eingesetzt, die das Wachstum von Zellen verhindern bzw. Zellen zum Absterben bringen. Diese so genannten Zytostatika wirken jedoch leider nicht gezielt nur auf Tumorzellen, sondern auf alle Zellen. Sich schnell teilende

Zellen, zu denen Tumorzellen, aber auch Haarzellen, Schleimhautzellen und Zellen im Knochenmark gehören, sind besonders empfindlich auf Zytostatika, wodurch sich die häufig auftretenden Nebenwirkungen der Chemotherapie erklären lassen.

Im ersten Schwangerschaftsdrittel sollte keine Chemotherapie durchgeführt werden. Im zweiten und dritten Schwangerschaftsdrittel kann eine Chemotherapie durchgeführt werden, wobei sich die verwendeten Substanzen und Dosen nicht von denen zur Behandlung nicht-schwangerer Frauen unterscheiden. Vorläufige Ergebnisse der Untersuchungen der German Breast Group/Breast International Group weisen darauf hin, dass die Gabe von Zytostatika nach dem ersten Schwangerschaftsdrittel keine Beeinträchtigungen beim Kind hervorrufen. Nach der 35. Schwangerschaftswoche sollte keine Chemotherapie mehr durchgeführt werden, um das Risiko, dass es zu Blutbildveränderungen beim Kind kommt, zu verringern. Zwischen Chemotherapie und Geburt sollte möglichst ein Intervall von mindestens drei Wochen eingehalten werden. Während der Chemotherapie wird vom Stillen abgeraten, mit einem Abstand von zwei bis vier Wochen nach Chemotherapie ist das Stillen möglich.

Endokrine Therapie

Tumore können hormonabhängig wachsen und sogar selbst Hormone bilden. Entstehen Tumore aus hormonempfindlichen Geweben, weisen sie möglicherweise selbst Hormonrezeptoren auf und reagieren auf die passenden Hormone mit noch weiter verstärktem Wachstum. Etwa 75% der Mammakarzinome reagieren auf weibliche Geschlechtshormone. Bei den betroffenen Frauen wird versucht, mittels endokriner Therapie durch Antihormone dem Tumorwachstum gegenzusteuern, indem entweder die körpereigene Produktion dieser Hormone gestoppt oder deren Wirkung blockiert wird.

Endokrine Therapien sind in Schwangerschaft und Stillzeit kontraindiziert.

Biologicals

Bei Brustkrebs werden verschiedene Behandlungsstrategien (targeted therapy/zielgerichtete Therapie) auf molekularbiologischer Ebene eingesetzt. Dazu gehören Antikörpertherapie, Tyrosinkinase-Hemmer, PARP-Hemmer und mTOR-Kinase-Hemmer.

Zur zielgerichteten Therapie in der Schwangerschaft und Stillzeit liegen bislang wenige Daten vor. Unter dem Einsatz von Trastuzumab wurde als Nebenwirkung ein Oligohydramnion beobachtet. Zu Lapatinib gibt es bislang einen Fallbericht, bei dem keine Schädigung des Kindes beobachtet wurde, andere Berichte beschreiben gehäuft Aborte, intrauterine Wachstumsretardierung, Skelettfehlbildungen und Nabelschnuranomalien. Eine antiangiogenetische Therapie ist in der Schwangerschaft streng kontraindiziert.

Fertilität nach Brustkrebsbehandlung

Zum einen steigt das Alter der Erstgebärenden sowie der Frauen, die schwanger werden wollen überhaupt, zum anderen ist die Überlebenswahrscheinlichkeit nach Brustkrebs zunehmend angestiegen. Außerdem treten genetisch bedingte Mammakarzinome häufig bereits in sehr jungen Jahren auf. Dies führt dazu, dass es immer mehr Frauen mit Kinderwunsch nach Mammakarzinom gibt. Insgesamt lässt sich sagen, dass eine nachfolgende Schwangerschaft weder die Rückfallrate noch die Überlebenswahrscheinlichkeit der Frau negativ beeinflusst. Im Gegenteil, es scheint sogar eine höhere Überlebensrate bei Frauen zu geben, die nach einer Brustkrebserkrankung eine Schwangerschaft ausgetragen haben. Diese Beobachtung ist jedoch mit Vorsicht zu betrachten, da hier der „healthy mother-Bias“ eine Rolle spielen könnte. Empfohlen wird ein Abstand von mindestens zwei Jahren nach dem Abschluss der Behandlung, ehe eine Schwangerschaft angestrebt werden soll.

Eine der wesentlichen Nebenwirkungen der Chemotherapie bei Brustkrebs ist jedoch ein vorzeitiges Eintreten der Wechseljahre. Bislang gibt es noch keine Methode, die die Eierstöcke während der Chemotherapie wirksam schützen kann. Versuche mit Entnahme von Eierstockgewebe, das tiefgekühlt aufbewahrt und anschließend reimplantiert wurde, zeigen derzeit nur eine relativ geringe Erfolgschance. Eine etwas höhere Erfolgsrate hat die gezielte Entnahme von Eizellen (mit oder ohne vorangegangene Stimulation). Auf alle Fälle ist es sinnvoll im Rahmen der Therapieplanung ein Gespräch über fertilitätserhaltende Maßnahmen mit den betroffenen Frauen zu führen.

Bedeutung des Stillens für die Psyche der Mutter

Die Diagnose Brustkrebs stellt für jede Frau einen gravierenden Einschnitt in ihr Leben dar. Neben der Angst davor, in absehbarer Zeit sterben zu müssen, fühlen sich nicht wenige Frauen durch die Therapie in ihrer Weiblichkeit beschnitten, nicht mehr als vollwertige Frau. Kühling von Kaisenberg fasst in ihrem Artikel zum Thema Stillwunsch nach Mammakarzinom perfekt zusammen, welche heilende Wirkung, das Stillen nach einer Brustkrebserkrankung haben kann:

„Übereinstimmend berichteten (...) Patientinnen von der herausragenden Bedeutung, die das Stillen gerade für sie hatte. Zu den üblichen positiven Eigenschaften für Mutter und Kind kam ein wichtiger Punkt hinzu: Die Versöhnung mit der Brust, welche wieder als sinnvolles, funktionierendes Organ erlebt werden konnte.“

Quellen:

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V.: Brustkrebs - Patientenratgeber zu den AGO-Empfehlungen 2012. http://www.ago-online.de/fileadmin/downloads/pdf/2012/AGO_Patienten_2012_Buch.pdf

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V.: Diagnostik und Therapie primärer und metastasierter Mammakarzinome. http://www.ago-online.de/fileadmin/downloads/leitlinien/mamma/oktober2012/pdf/AGO_Version_2012_D.pdf

Crohns C, Mundhenke C: Das hereditäre Mammakarzinom. *Gynäkologe* 2009 · 42:665–670 DOI 10.1007/s00129-009-2360-8

Fischer D, Dittmer C, Bündgen N, Diedrich K, Thill M, Röder K: Einsatz neuer Substanzen in der Schwangerschaft. *Der Gynäkologe*. September 2009, Volume 42, Issue 9, pp 688-693

Goldhirsch A, Wood WC, Coates AS, et al. Strategies for subtypes: dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011. *Ann Oncol*. 2011;22:1736-47

Groten T, Adler-Ganal S, Reister F: Mammakarzinom in der Schwangerschaft und Stillzeit. S. 358-363 in: Kreienberg (Hrsg): *Mammakarzinom: Interdisziplinär*. Springer 2010

Kühling-von Kaisenberg H, Jonat W: Stillwunsch nach Mammakarzinom. *Der Gynäkologe*. February 2005, Volume 38, Issue 2, pp 167-169

Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und Deutschen Krebshilfe e.V.: Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. <http://www.senologie.org/fileadmin/downloads/S3-Brustkrebs-v2012-OL-Langversion.pdf>

Loibl S, Amant F, Kaufmann M, Ring A, Han S, Giermek J, Fehm T, Bontenbal M, Heinrigs M, Lenhard M, Mehta K, von Minckwitz G: 313 patients with breast cancer during pregnancy – a prospective and retrospective registry (GBG-20 / BIG02-03) San Antonio Breast Cancer Symposium - Cancer Therapy and Research Center at UT Health Science Center – December 8-12, 2010 http://german-breastgroup.de/images/stories/Pregnancy/ASCO_2010_BCP.pdf 10. Januar 2013

Loibl S: Mammakarzinom in der Schwangerschaft. *Onkologie* 2012 · 18:338–343. DOI 10.1007/s00761-012-2219-9

Marth C: Schwangerschaft und Brustkrebs. Vortrag gehalten am 15.10.2011 in Bozen 4. Brustkrebs-Akademie Diplompantin. <http://www.mamazone.it/diplompantin/2011/vortraege/vortrag-christian-marth/>

Michaels AM, Wanner H.: Breastfeeding twins after mastectomy. *J Hum Lact*. 2013 Feb;29(1):20-2. doi: 10.1177/0890334412468790.

Orelli S von: Junge Frauen und Brustkrebs - Brustkrebs und Fertilität. Vortrag anlässlich der Nationalen Tagung der Krebsliga im Seminarhotel Spirgarten, Zürich-Altstetten, 19. Oktober 2006. http://www.brustkrebs-verlauf.info/Artikel/krebsligatagung/fertilitaet_vonorelli.html

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Breast Cancer, Pregnancy and (Green-top 12). March 2011

Salmen J, Huober J, Janni W: Chemotherapie in der Schwangerschaft - Beispiel Mammakarzinom. *Gynäkologe* 2012 · 45:933–938 DOI 10.1007/s00129-012-3029-2

Schmalfeldt B, Anthuber C, Bauerfeind I et al.: Mammakarzinom und Schwangerschaft. In: *Manual Mammakarzinome – Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge*. Tumorzentrum München, 11. Aufl. Zuckschwerdt, München 2007, 222–229)

Strauss, A: Guter Hoffnung und vom Tode bedroht – krebskrank und schwanger. *Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe* 28 (2010), Nr. 4, S. 8-19

Strauss, A: Krebserkrankungen – Einfluss des Stillens. *FRAUENARZT* 53(2012), 7, 624-629

Thill M, Röder K, Dittmer C, Lüdders D, Diedrich K, Fischer D: Mammakarzinom in der Schwangerschaft: Systemtherapie. *Der Gynäkologe* 04/2012; 42(9):681-687. DOI:10.1007/s00129-009-2361-7

Varga D, Wöckel A., Debatin I, Kreienberg R: Brustkrebs: die junge Patientin. *Gynäkologe* 2009 · 42:671–674 DOI 10.1007/s00129-009-2358-2

Webb JAW, Thomsen HS, Morcos SK: The use of iodinated and gadolinium contrast media during pregnancy and lactation. *European Radiology* June 2005, Volume 15, Issue 6, pp 1234-1240

AWMF-Leitlinie 024/005 „Betreuung von gesunden reifen Neugeborenen in der Geburtsklinik“

Anmerkungen aus Sicht der Stillberatung

Denise Both, IBCLC

„Bei der postnatalen Betreuung des gesunden Neugeborenen soll darauf geachtet werden, Mutter und Kind nach der Geburt nicht zu trennen und diagnostische Maßnahmen beim Kind auf das Notwendige zu beschränken, ohne jedoch die Überwachung des Kindes während der postnatalen Adaptation zu vernachlässigen.“

Dies sind die einleitenden Sätze der im September 2012 veröffentlichten, Konsens basierten Leitlinie (S2k) (1), deren Anwenderzielgruppe sich entsprechend der beteiligten Fachgesellschaften aus Kinder- und Jugendärzten/innen darin eingeschlossen Neonatologen/Neonatologinnen, Gynäkologen/Gynäkologinnen, darin eingeschlossen Perinatologen/Perinatologinnen sowie Hebammen und Entbindungsspflegern zusammensetzt. Für eine in fünf Jahren anstehende Bearbeitung ist es überlegenswert, noch weitere Fachgesellschaften einzubeziehen, wie zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie, da nicht selten auch Vertreter dieser oder weiterer Fachrichtungen in die Betreuung von fraglich gesunden Kindern einbezogen werden und daher über Kenntnis dieser Leitlinie verfügen sollten.

Die Leitlinie spricht gleich zu Beginn einen überaus wichtigen Aspekt an: Die oberste Prämisse lautet „keine unnötige Trennung von Mutter und Kind“ und die Formulierung „...den Wünschen des Neugeborenen angepasstes...“ fällt besonders positiv auf. Erinnern diese Worte doch daran, dass die Bedürfnisse des Neugeborenen im Vordergrund der postnatalen Betreuung stehen sollten.

Unter der Prämisse, „diagnostische Maßnahmen beim Kind auf das Notwendige zu beschränken“, hätte man sich jedoch im Rahmen der postnatalen Betreuung auf das Wiegen beziehungsweise die Feststellung des Körpergewichtes beschränken können und die Messung von Länge und Kopfumfang bei klinisch unauffälligen Kindern auf die U2 verschieben können.

Auch ist durchaus zu diskutieren, ob der Aussage, dass „das Wiegen des Kindes vor und nach dem Anlegen zur Ermittlung der Trinkmenge ist nach Absprache mit Kinderarzt oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)/Hebamme nur in Ausnahmefällen sinnvoll“ sei, zugestimmt werden kann. Aus langjähriger Erfahrung lässt sich dies wohl eher verneinen. Die Trinkmengen pro Mahlzeiten variieren stark: von Mutter zu Mutter, von Kind zu Kind, von Mahlzeit zu Mahlzeit und steigen in den ersten 14 Tagen von Tag zu Tag an!

Die Untersuchungen von Hartmann et al. (2) haben ergeben, dass es Mütter gibt, die viel Milch in der Brust speichern können, was bedeutet, dass deren Kinder die Möglichkeit haben, größere Mengen pro Mahlzeit zu trinken und daher unter Umständen seltener an der Brust trinken. Andere Frauen können weniger Milch speichern, woraus sich ergibt, dass ihre Kinder häufiger kleinere Portionen trinken müssen. Trinkmengen pro Mahlzeit und die Trinkfrequenz unterliegen im Tagesverlauf erheblichen Schwankungen. Selbst wenn man die Mutter über 24 Stunden vor und nach der Stillmahlzeit wiegen lässt und die Mengen addiert, weiß man zwar die Milchmenge, die das Kind an diesem einen Tag zu sich genommen hat, aber welchen Nutzen kann man aus diesem Wissen ziehen? Der alleine ausschlaggebende Punkt ist ja nicht, wie viel das Kind trinkt, sondern wichtig ist, dass das Kind zunimmt. Wenn der Gewichtsverlust zu groß ist oder die Gewichtszunahme zu gering, muss gehandelt werden, ganz gleich wie

viel das Kind getrunken hat. Um handeln zu können, muss die Ursache gefunden werden. Wir müssen uns also fragen:

- Ist das Kind krank?
- Gibt es ein Stillhindernis beim Kind?
- Gibt es ein Stillhindernis bei der Mutter (physisch oder psychisch oder umweltbedingt?)
- Ist die Stillförderung ausreichend?
- Und: Muss das Kind akut zu gefüttert werden?

Da Maßnahmen der Stillförderung vielfach frühestens nach 24 Stunden Erfolg zeigen, ist vorausschauende Planung unerlässlich. Ein Zeitverlust durch Messung der getrunkenen Milchmenge ist daher wenig effektiv und zielführend.

Die Ziele, die zu erreichen sind, sind:

- Ein Gewichtsverlust von 10% des Geburtsgewichts verhindern, denn dann muss zu gefüttert werden (d.h. es ist besser aufmerksam zu werden, wenn das Kind bereits 6 oder 7 % Gewicht verloren hat)
- Das Geburtsgewicht wird spätestens am 14. Lebenstag wieder erreicht (meist lässt sich bereits am 10. Tag abschätzen, ob dieses Ziel erreicht werden kann.)

Und noch eine letzte Anmerkung: Sicher wiegt die Verantwortung der Geburtshelfer für das Kind schwer, doch die Verantwortung für das gesunde Neugeborene liegt letztlich wohl doch bei den Eltern und nicht ausschließlich „grundsätzlich bei der Geburtshelferin oder dem Geburtshelfer“.

Quellen:

1 http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-005l_S2k_Betreuung_von_gesunden_reifen_Neugeborenen_2012-10.pdf

2 Jacqueline C. Kent, Leon Mitoulas, David B. Cox, Robyn A. Owens and Peter E. Hartmann (1999). Breast volume and milk production during extended lactation in women. *Experimental Physiology*, 84, pp 435-447.

ABM Klinisches Protokoll Nr. 24: Allergische Proktokolitis beim ausschließlich gestillten Säugling

Protokoll-Komitee der Academy of Breastfeeding Medicine

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 noch dienen sie als Standards der medizinischen Versorgung. Veränderungen in der Behandlung können in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen des individuellen Patienten angebracht sein.



Foto: Kerri Frischknecht

Ziel dieses klinischen Protokolls ist die Erforschung der wissenschaftlichen Grundlagen, pathologische Aspekte und des klinischen Managements der allergischen Proktokolitis bei gestillten Säuglingen aufgrund des derzeitigen Verständnisses dieser Erkrankung. Zusätzlich soll abgeklärt werden, welcher Forschungsbedarf auf diesem Gebiet besteht. Auch wenn es eine Vielzahl von allergischen Reaktionen auf Nahrungsmittel gibt, wird sich dieses Protokoll auf diejenigen fokussieren, die den Magen-Darm-Trakt des gestillten Säuglings betreffen, insbesondere die allergische Proktokolitis.

Definitionen

- **Ausschließliches Stillen:** Der Säugling hat ausschließlich Muttermilch von der Mutter oder abgepumpte Muttermilch erhalten; keine weiteren Flüssigkeiten oder feste Nahrung außer Vitamin- und Mineralpräparate oder Medikamente in Tropfen- oder Sirupform.(1,2)

- **Nahrungsmittelallergie:** Eine gesundheitsschädigende Wirkung aufgrund einer spezifischen Immunreaktion, die bei Exposition gegenüber einem bestimmten Nahrungsmittel reproduzierbar auftritt.(3)

Hintergrund

In den letzten Jahrzehnten wurde eine Gruppe von ausschließlich gestillten Säuglingen beschrieben, die blutige Stühle entwickeln, ansonsten jedoch gesund erscheinen. Diese Erscheinung wurde mit verschiedenen Bezeichnungen betitelt: von allergischer Kolitis über benigne Protein-Proktitis über eosinophile Proktitis bis hin zu muttermilchinduzierte Proktokolitis.(4) In diesem Dokument wird der Begriff allergische Proktokolitis beim ausschließlich gestillten Säugling verwendet. Das Wissen über den klinischen Verlauf und die mit der Entwicklung dieser Erkrankung zusammenhängenden Faktoren ist unerlässlich, um den Stillerfolg zu optimieren und das Gedeihen und die Gesamtgesundheit des Kindes zu unterstützen.

Inzidenz

Die Inzidenz von gesundheitsschädigenden Reaktionen auf Nahrungsmittelleiweiße beim ausschließlich gestillten Säugling ist schlecht definiert. Prospektive Daten zeigen, dass etwa 0,5-1% der ausschließlich gestillten Säuglinge allergische Reaktionen gegenüber in die Muttermilch übergegangene Kuhmilchproteine entwickeln.(5) Ausgehend von der Tatsache, dass Kuhmilcheiweiß in 50-65% der Fälle, das auslösende Antigen darstellt (4,6) scheint die Gesamtinzidenz von Lebensmittelallergien beim ausschließlich gestillten Säugling etwas höher als 0,5-1% zu sein. Im Vergleich dazu scheinen Säuglinge, die Muttermilch erhalten, eine geringere Inzidenz für allergische Reaktionen auf Kuhmilcheiweiß zu haben, als Säuglinge, die mit kuhmilchbasierter Formulanahrung ernährt werden.(7) Die könnte dem relativ geringen Anteil von in die Muttermilch übergehendem Kuhmilcheiweiß (8), immunmodulierenden Substanzen in der Muttermilch und/oder Unterschieden in der Darmflora von

gestillten und mit künstlicher Säuglingsnahrung ernährten Säuglingen zuzuschreiben sein. (9-12)

Klinisches Bild

Die häufigsten Symptome in Zusammenhang mit einer nahrungsmittelinduzierten allergischen Erkrankung beim ausschließlich gestillten Säugling sind Hautreaktionen (Ekzeme) und gastrointestinale Symptome. (5) Schwere Erscheinungsformen von Nahrungsmittelallergien sind extrem selten. Das am weitesten verbreitete gastrointestinale Symptom ist das Auftreten von blutigen Stühlen. (13-15) Typischerweise treten diese im Alter zwischen zwei und sechs Wochen auf. (6) Allerdings gibt es auch einige Berichte, in denen die Symptome bereits am ersten Lebenstag begonnen haben. (16, 17) In der Mehrzahl der Fälle sind Proteine aus der Nahrung, die in die Muttermilch übergehen, verantwortlich und lösen eine entzündliche Reaktion des Rektums und distalen Sigmas aus, die als allergische Proktokolitis bezeichnet wird. (18) Es sollte betont werden, dass gestillte Säuglinge mit allergischer Proktokolitis abgesehen von dem Auftreten von Blut im Stuhl allgemein „gesund erscheinen“. Der Blutverlust ist üblicherweise mäßig, kann aber gelegentlich eine Anämie und/oder eine Hypoalbuminämie auslösen. In sehr seltenen Fällen, können die Symptome zu einer Gedeihstörung führen. (19-21) Systemische Erscheinungsformen wie Erbrechen, drastischer Durchfall oder Blähbauch sind selten und können auf andere allergische Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes wie zum Beispiel nahrungsmittelleiweißinduzierte Enterokolitis oder Enteropathie hinweisen (diese werden in diesem Protokoll nicht abgehandelt).

Zusätzliche Laboruntersuchungen können in Erwägung gezogen werden, sind aber oft nicht notwendig, um die Diagnose einer allergischen Proktokolitis zu stellen. Die Eosinophilenzahl im peripheren Blut kann erhöht sein, doch dies ist für einen individuellen Patienten nur schwach aussagekräftig. (21-23) Es wird häufig davon berichtet, dass ein Stuhlabstrich zur Suche nach einer erhöhten Eosinophilenzahl negativ ausfällt. (18) Enthält der Stuhlabstrich keine nachweisbaren Leukozyten, ist er für eine Schleimhautzytologie nicht verwertbar und der Ausschluss von Eosi-

nophilen ist nicht verlässlich (T. Takama-su, persönliche Mitteilung am 9. Juni 2011). Stuhlkulturen sind negativ auf pathogene Keime, und bildgebende Untersuchungen schließen eine nekrotisierende Enterokolitis aus. (6, 24) Die Gesamtkonzentration sowie die antigenspezifische Konzentration an

Serum-Immunglobulin E ähneln denen von nicht betroffenen Säuglingen und müssen daher nicht gemessen werden. (13) Schwere oder langwierige Verläufe, die auf eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten nicht ansprechen, können eine endoskopische Abklärung rechtfertigen.

Pathophysiologie

Entsprechend dem Mechanismus der Immunantwort (Immunglobulin E versus zellvermittelt) und der Lokalisierung des betroffenen Darmabschnitts variieren die Symptome und der Schweregrad der Nahrungsüberempfindlichkeit. (6, 25) Die allergische Proktokolitis beim gestillten Säugling ist eine zellvermittelte Überempfindlichkeitsstörung des distalen Dickdarms, die durch Schleimhautschwellung, fokale Erosionen des Epithels und eosinophile Infiltration des Epithels sowie der Lamina propria charakterisiert ist. (14,18,19,26,27). Biopsieproben sind typischerweise durch Eosinophilenzahlen über 20 im Hauptgesichtsfeld (Anmerkung: HPF (High Power Field) sichtbarer Ausschnitt eines Präparats bei insgesamt 400facher Vergrößerung) gekennzeichnet. (21,28,19) Für die Mehrzahl der Fälle ist der Übergang von Nahrungsmittelleiweißen in die Muttermilch verantwortlich, (30) und die Eliminierung des auslösenden Stoffs aus der mütterlichen Ernährung führt normalerweise innerhalb von 72-96 Stunden zu einem Verschwinden der Symptome. (6) In einigen Fällen muss die Eliminationsdiät bis zu zwei bis vier Wochen eingehalten werden, bis eine Besserung bemerkbar wird. (12,31) In einer Veröffentlichung mit 95 gestillten Säuglingen mit blutigen Stühlen wurde festgestellt, dass diese auf Aufnahme von Kuhmilch (65%), Ei (19%), Mais (6%) und Soja (3%) durch die Mutter zurückgeführt werden konnten. (4,6)

Es bleibt unklar, wann die Sensibilisierungsphase für allergische Proktokolitis auftritt. Es wurde von einigen Säuglingen

berichtet, die auf Nahrungsmittelleiweiße, die in die Muttermilch übergingen, bereits am ersten Lebenstag reagierten. (16,17) Es ist offenkundig, dass Antigene aus der Nahrung und der Umwelt die Plazentaschranke überwinden (32) oder in das Fruchtwasser, das vom Fötus geschluckt wird, eindringen können. (33) Diese Erkenntnisse legen die Möglichkeit einer Sensibilisierung in utero aufgrund von mütterlicher Antigenexposition während der Schwangerschaft nahe. (34) Alternativ scheinen Unterschiede in der Konzentration von verschiedenen immunmodulatorischen Substanzen in der Muttermilch den schützenden Effekt des Stillens gegen Allergien zu beeinflussen. (35-38) Muttermilch enthält lebende Leukozyten, die bei der Antigenprozessierung und -präsentation an neonatalen Lymphozyten im Darm eine Rolle spielen. (39,40) Damit ist es möglich, dass die Aufnahme von in die Muttermilch übergetretenen Nahrungseiweißen, begleitet durch physiologische Bedingungen, die immunogenetische Reaktionen begünstigen (beim Neugeborenen oder in der Muttermilch), zu einer allergischen Sensibilisierung führen. Allerdings gibt es derzeit keine ausreichenden Daten, um eine Nahrungsmittelleinschränkung während der Schwangerschaft und/oder Stillzeit als Präventionsmaßnahme gegen Allergien zu empfehlen. (3,41) Stillen sollte bei allen Neugeborenen gefördert werden, auch wenn kleine Mengen an Nahrungsmittelallergenen in der Milch vorhanden sein können. Tatsächlich weisen kürzlich erhobene Daten in Tiermodellen darauf hin, dass die Aufnahme von geringen Mengen an in die Muttermilch übergegangenen Allergenen in Anwesenheit des antiinflammatorischen Zytokin-transformierender Wachstumsfaktor Beta, die Nachkommen vor nachfolgenden allergischen Reaktionen auf dasselbe Allergen im späteren Leben schützen. (42-44)

Mütterliche Eliminationsdiät

Wenn bei einem ausschließlich gestillten Säugling eine allergische Kolitis klinisch nachgewiesen ist, besteht die erste Behandlungsform in einer Eliminationsdiät der Mutter, bei der die Nahrungsmittel vermieden werden, die das wahrscheinlichste Allergen, Kuhmilcheiweiß, enthalten. Für eine junge Mutter, die sich nicht nur in die Rolle einfinden muss, gerade Mutter geworden zu sein und zu stillen,

sondern auch mit den Sorgen wegen der Symptome ihres Babys zurecht kommen muss, kann es extrem schwierig sein, sich der Tatsache zu stellen, eine strenge Diät einzuhalten.

Eliminationsdiätplan

Vorschläge für verschiedene Vorgehensweisen:

1. Um es so einfach wie möglich zu machen, kann zunächst damit begonnen werden, die wahrscheinlichsten Verdächtigen für Allergien eines nach dem anderen wegzulassen (z.B. Kuhmilch [und Kuhmilchprodukte wie Käse, Butter, Eiscreme und andere Milchprodukte], Soja, Zitrusfrüchte, Eier, Nüsse, Erdnüsse, Weizen, Mais, Erdbeeren und Schokolade). Die Mütter werden instruiert, ein Nahrungsmittel oder eine Nahrungsmittelgruppe (z.B. Milchprodukte) nach dem anderen wegzulassen und mindestens zwei bis hin zu vier Wochen zu warten. Die meisten Fälle zeigen innerhalb von 72 – 96 Stunden eine Besserung. (6)

2. Sollten sich die Symptome beim Säugling innerhalb dieses Zeitraums nicht verändern, kann die Mutter in der Regel diese Nahrungsmittel wieder in ihren Speiseplan aufnehmen und ein anderes Nahrungsmittel bzw. Nahrungsmittelgruppe aus der Liste weglassen. Dies wird so lange weitergeführt, bis sie alle der aufgelisteten Nahrungsmittel weggelassen hat. Bei der Eliminationsdiät muss die Mutter auch daran denken, alle anderen Nahrungsmittel wegzulassen, die dieses Produkt enthalten (z.B. wenn Kuhmilch weggelassen wird, alles was mit Kuhmilch hergestellt wird, nicht zu vergessen, die spezifischen Eiweißkomponenten wie Kasein, Molke, Laktoglobulin usw.; es ist wichtig, die Etiketten sorgfältig in Hinblick auf diese anderen Inhaltsstoffe zu lesen). Oftmals denken Mütter nicht daran, dass andere Nahrungsmittel diese Produkte enthalten. Die Zusammenfassung des Expertengremiums der USA empfiehlt, dass Personen mit Lebensmittelallergie und ihre Pflegepersonen darin geschult werden, die Zutatenlisten auf Lebensmitteletiketten zu interpretieren und wie sie die Kennzeichnung von als Zutaten für Lebensmittel verwendete Nahrungsmittelallergene erkennen. Das Expertengremium empfiehlt zudem, dass Produkte mit Warnhinweisen wie zum Beispiel „dieses Produkt kann

Spuren von Allergenen enthalten“ gemieden werden,(3) Es sollte auch nicht vergessen werden, dass manche Medikamente, Vitamine und sogar Impfstoffe allergene Inhaltsstoffe haben können.

3. Wenn das Weglassen von jedem dieser Nahrungsmittel das Problem nicht löst, könnte der nächste Schritt darin bestehen, die Mutter ein sehr umfassendes Ernährungstagebuch für zwei Werkstage und ein Wochenende führen zu lassen, um ihre üblichen Essgewohnheiten zu erfahren. Durch eine sorgfältige Analyse ihres Ernährungstagebuchs kann möglicherweise das auslösende Nahrungsmittel festgestellt werden.

Geographische Unterschiede

Von anderer Seite wird das Weglassen der wahrscheinlichsten Ursache für Allergien, Kuhmilcheiweiß, sowie jeglicher anderer wahrscheinlicher Allergene unter Berücksichtigung der Region, in der das Kind lebt, empfohlen.(12) So ist zum Beispiel in einigen Regionen Hühnerfleisch die zweithäufigste Ursache für Allergien, während in anderen Gegenden, wie den USA, Großbritannien und einigen Gebieten in Europa, Erdnüsse ein verbreitetes Allergen sind. (12)

Schwierige Fälle

Der nächste Schritt, eine Diät einzuhalten, die Fisch, Weizen und andere glutenhaltige Getreideprodukte ausschließt, ist für eine Mutter sehr schwierig und erhöht die Gefahr, dass sie sich ungesund ernährt. Die Risiken, die eine außerordentlich eingeschränkte Eliminationsdiät für die Mutter mit sich bringt, müssen gegen die potentiellen Vorteile für das Kind abgewogen werden. In einem zweiten Schritt verlangt der zusätzliche Verzicht auf Weizen und Fisch und/oder anderen wesentlichen Bestandteilen der mütterlichen Ernährung die Beratung durch eine erfahrene Ernährungsberaterin, um sicher zu stellen, dass eine angemessene Nährstoffaufnahme gewährleistet ist.(12)

Bei Babys mit eindeutigeren Symptomen kann die Mutter auf eine sehr allergenarme Diät mit Nahrungsmitteln wie Lamm, Birnen, Kürbis und Reis gesetzt werden. Auch hier gilt wieder, dass diese Vorgehensweise eine fortlaufende Beratung durch

eine erfahrene Ernährungsberaterin erfordert. Sobald die Symptome beim Kind verschwinden, können andere Nahrungsmittel eines nach dem anderen wieder auf den Speiseplan der Mutter aufgenommen werden. Dabei sollte ausreichend Zeit zwischen der Wiedereinführung (mindestens eine Woche) verschiedener Nahrungsmittel eingehalten werden, um nach einem erneuten Auftreten der Symptome beim Kind Ausschau zu halten. Wenn die Symptome wieder auftreten, wird das kürzlich wieder eingeführte Nahrungsmittel erneut abgesetzt und ist wahrscheinlich der Auslöser. Andere Nahrungsmittel können ebenfalls in Verdacht geraten. Es erlaubt der Mutter, ihre Ernährung etwas freier zu gestalten, wenn weiterhin ein Nahrungsmittel nach dem anderen wieder auf ihren Speiseplan aufgenommen wird.

Einsatz von Pankreasenzymen

Es gibt einige Veröffentlichungen (45,46) und einige anekdotenhafte Diskussionen über eine neue Behandlung der allergischen Proktokolitis – der Einsatz von Pankreasenzymen bei der Mutter. Dahinter steckt die Theorie, dass durch die Verabreichung von Pankreasenzymen an die Mutter der Proteaseanteil den weiteren Abbau der potentiellen Eiweißallergene im Magen-Darm-Trakt der Mutter unterstützt, bevor diese in ihren Blutkreislauf aufgenommen und in die Milch ausgeschieden werden. Die spezifische Dosierung muss erst noch definiert werden, aber allgemein wird mit der geringsten Dosis Pankreasenzym (z.B. Prancrelipase Creon®(6) [in den USA] Kreon® [Europa] Abbott Laboratories Park, Illinois) begonnen (die Stärke basiert auf dem Lipasegehalt, in diesem Fall 6.000 USP Einheiten Lipase; außerdem sind 19.000 USP Einheiten Protease und 30.000 USP Einheiten Amylase enthalten), um die, wenn auch selten vorkommenden, Nebenwirkungen bei der Mutter möglichst gering zu halten.

Die Dosierung kann mit zwei Kapseln zu den Mahlzeiten und einer bei Zwischenmahlzeiten begonnen und, falls die gewünschte Wirkung nicht erzielt wird, verdoppelt werden. Von Schweinen gewonnene proprietäre Enzyme sollten von Menschen, die allergisch auf Schweineprodukte reagieren, vermieden werden. Alternativ gibt es aus Pflanzen gewonnene Enzyme, doch deren Dosierung ist weniger

eindeutig, da es schwierig ist, ihre Wirkungskraft vergleichend zu bestimmen (A. Repucci, persönliche Mitteilung, 1. Mai 2011). Die Berichte zu diesem Ansatz sind generell positiv. Diese Vorgehensweise wird gewöhnlich als Ergänzung zu einer Auslassdiät genutzt und kann in Situationen, in denen die Inhaltsstoffe von Nahrungsmitteln nicht sicher bekannt sind – wie zum Beispiel bei Gerichten in einem Restaurant – zum Einsatz kommen.

Evaluation und Management

Der Grad der Evidenz für jede der Empfehlungen (gemäß Definition der U.S. Preventive Task Force Guideline(47)) ist in Klammern angegeben (I, II-2 und III).

Die Erstuntersuchung des ausschließlich gestillten Säuglings mit blutigen oder auf okkultes Blut positiven Stuhl sollte eine umfassende Anamneseerhebung und eine körperliche Untersuchung beinhalten:

- Besonderes Augenmerk sollte auf eine starke Belastung in der Familienanamnese hinsichtlich Allergien (biologische Eltern oder Geschwister) gelegt werden, die für den Säugling ein hohes Risiko dafür birgt, Allergien zu entwickeln.(3,12,41)
- Es ist wichtig, sich zu vergewissern, dass der Säugling tatsächlich ausschließlich Muttermilch erhält, da die Vorgehensweisen für gestillte und mit künstlicher Säuglingsnahrung ernährte Säuglinge unterschiedlich sind.
- Eine Untersuchung auf zusätzliche Symptome einer nahrungsmittelinduzierten allergischen Erkrankung ist unumgänglich. Viele Säuglinge mit einer allergischen Proktokolitis zeigen auch Hautreaktionen (Ekzeme).(5)
- Es sollte eine genaue Beurteilung des Gedeihens (Gewichtszunahme und Längenwachstum) sowie der Herz- und Atemfrequenz erfolgen.
- Durchführung einer ausführlichen abdominalen Untersuchung. Säuglinge mit allergischer Proktokolitis machen üblicherweise einen „guten Gesamteindruck“, weder aufgebläht noch berührungsempfindlich.
- Inspektion auf perianale Fissuren oder signifikanten Ausschlag.



Foto: Kay Hoover, Barbara Wilson Clay

- Laboruntersuchungen sind in der Regel überflüssig. In Fällen, in denen eine moderate bis schwere allergische Proktokolitis vermutet wird, können die Bestimmung des Hämoglobinwertes überlegt werden, um auf Blutverlust zu untersuchen, sowie die Bestimmung des Serumalbumins, das sich bei einer Eiweißverlustenteropathie verringert.

Empfehlungen

1. Wenn aufgrund der folgenden Symptome eine schwere allergische Proktokolitis vermutet wird:

- Gedeihstörung
- Moderaten bis großen Blutmengen im Stuhl bei abnehmenden Hämoglobinspiegel
- Eiweißverlustenteropathie

i. Der Säugling sollte an einen spezialisierten Pädiater (Allergologe oder pädiatrischer Gastroenterologe) zur Diagnose und Behandlung überwiesen werden.(III) (47)

ii. während der Wartezeit bis zu dem Termin beim Spezialisten, wird die Mutter auf eine Auslassdiät eingestellt. Dabei nimmt sie weiterhin ihre täglichen Vitamingaben, wie sie für alle stillenden Mütter empfohlen werden. Zusätzlich wird Kalzium supplementiert (1.000 mg pro Tag, auf mehrere Dosen pro Tag verteilt).(12) (s.o. Mütterliche Eliminationsdiät)(II)(47)

iii. Bei der Mehrzahl der Patienten ist es sinnvoll und sicher, während des Eliminationsprozesses während der Wartezeit auf den Termin beim Spezialisten weiter zu stillen und so das Stillen zu schützen. Sollten die Hämoglobin- oder Albuminwerte signifikant erniedrigt sein (basierend auf altersentsprechenden offiziellen Normwerten), kann der Einsatz einer hypoallergenen Säuglingsnahrung erwogen werden,(III) (47)

2. Wenn aufgrund des im Folgenden beschriebenen eine moderate allergische Proktokolitis vermutet wird:

- Stuhltest positiv auf Blut oder kleine Mengen sichtbaren Bluts im Stuhl.
- Gewichtszunahme und Wachstum sind normal.
- Untersuchung des Abdomens ist unauffällig; kein Blähbauch oder wiederkehrendes Erbrechen.
- Stabile Hämoglobin- und Albuminspiegel (falls überprüft).

i. Der Säugling sollte weiter gestillt werden. Die Mutter sollte mit einer Eliminationsdiät beginnen. Dabei nimmt sie weiterhin ihre täglichen Vitamingaben, wie sie für alle stillenden Mütter empfohlen werden. Zusätzlich wird Kalzium supplementiert (1.000 mg pro Tag, auf mehrere Dosen pro Tag verteilt).(12) (II-2)(47)

ii. Der Versuch der Eliminationsdiät sollte für jedes einzelne Nahrungsmittel oder Nahrungsmittelgruppe für einen Zeitraum von mindestens zwei bis vier Wochen weitergeführt werden. In den meisten Fällen wird innerhalb von 72-96 Stunden eine Besserung eintreten.(6)(II-2)(47)

3. Wenn eine milde bis moderate allergische Proktokolitis vermutet wird, die mit einem Abklingen der Symptome auf die mütterliche Eliminationsdiät anspricht:

- Eine Wiedereinführung des Allergens in den Speiseplan der Mutter erwägen. (I)(47)
- Wenn die Symptome wieder auftreten, sollte das in Verdacht stehende Nahrungsmittel aus dem Speiseplan der Mutter (und des Kindes) gestrichen werden, bis das Kind 9-12 Monate alt ist, und mindestens für sechs Monate. 12,13,48 (II-2)(47) Die meisten Säuglinge werden das auslösende Allergen sechs Monate „nach Diagnosestellung“ tolerieren, wenn sie mindestens neun Monate alt sind. Zum Beispiel, wenn die Diagnose bei einem Säugling mit 2 Wochen gestellt wird, dann sollte dieses Nahrungsmittel vermieden werden, bis der Säugling 9-12 Monate alt ist. In den seltenen Fällen, in denen ein Säugling im Alter von fünf bis sechs Monaten eine allergische Kolitis entwickelt, sollte die Betreuungsperson volle sechs Monate (nach Diagnosestellung) mit der Wiedereinführung abwarten. Das heißt, bis mindestens zum Alter von zwölf Monaten, nicht mit neun Monaten, oder bis die Mutter sich zum Abstillen entscheidet, je nachdem, was als erstes eintritt.(12,13,48)(II-2)(47)

4. Wenn eine milde bis moderate allergische Proktokolitis vermutet wird, die nicht mit einem Abklingen der Symptome auf die mütterliche Eliminationsdiät anspricht:

- Die Elimination anderer Allergene in Betracht ziehen.(II-2)(47)
- Es kann unter Überwachung von Gewichtszunahme und Wachstum weiter gestillt werden.(II-2)(47)
- Die Hämoglobin- und Albumin-Werte weiterhin kontrollieren, falls weiterhin ein moderater Blutverlust (sichtbares

Blut im Stuhl) über den Stuhl erfolgt. (II-2)(47)

- Den Einsatz von Pankreasenzymen bei der Mutter in Betracht ziehen. Die Dosierung besteht üblicherweise aus ein bis zwei Kapseln bei Zwischenmahlzeiten und zwei bis vier Kapseln zu Mahlzeiten nach Bedarf und entsprechend den Symptomen des Säuglings (s.o. Einsatz von Pankreasenzymen). (45,46)(III)(47)
- In schweren Fällen, bei denen das Gedeihen beeinträchtigt ist, der Hämoglobinwert sinkt oder der Albuminwert absinkt, sollte der Einsatz einer hypoallergen Formulanahrung erwogen werden. Es sollte an einen Spezialisten überwiesen werden.(III)

Empfehlungen für zukünftige Forschungen

1. Feststellung der aktuellen Inzidenz von allergischer Kolitis bei ausschließlich gestillten Säuglingen

Die meisten verfügbaren epidemiologischen Daten sind mehr als 20 Jahre alt. Wir wissen, dass die Inzidenz von anderen atopischen Erkrankungen (z.B. Asthma) in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen hat. Dazu kommt, dass die Ergebnisse vieler Studien zur allergischen Kolitis bei gestillten Säuglingen durch den Einschluss von Säuglingen, die zusätzlich zur Muttermilch künstliche Säuglingsnahrung auf der Basis von Kuhmilch erhalten haben, schwierig sind. Es wäre zudem interessant, nach familiären Mustern zu suchen, wie z.B. ein Risiko für eine Wiederholung bei der gleichen Mutter bei einem weiteren Kind.

2. Bestimmung des Einfluss von mütterlicher oder neonataler Immunität auf die Entwicklung der allergischen Proktokolitis.

Es ist klar, dass von der Mutter aufgenommene und über die Muttermilch zu gestillten Kindern übertragene Antigene für die klinische Manifestation der allergischen Proktokolitis verantwortlich sind. Es ist jedoch ungewiss, ob der Fetus für diese Antigene während der Schwangerschaft oder als Neugeborenes durch den wiederholten Kontakt über die Muttermilch sensibilisiert wurde. Der exakte Beitrag der auf die Nachkommen übertragenen mütterlichen Immunfaktoren während der pre- und/oder postnatalen Phase zur Entwicklung von allergischen Reaktionen

beim Neugeborenen ist unklar. Es sind weitere Untersuchungen notwendig, um den immunologischen Mechanismus zu bestimmen, der mit den spezifischen Faktoren hinsichtlich Genetik, Entwicklung und Umwelt bei Mutter und Kind in Zusammenhang steht. Genauere Einblicke in diese Faktoren würden gezieltere Bemühungen zur Prävention ermöglichen.

3. Feststellung der Sicherheit und Wirksamkeit des Einsatz von Pankreasenzymen bei der Mutter zur Linderung der Symptome der allergischen Kolitis; und wenn sich dieser Ansatz als wirkungsvoll erweist, unter welchen Bedingungen sollten sie eingesetzt werden

Die derzeitigen Daten sind entweder anekdotenhaft oder beruhen auf kleinen Fallstudien, die besagen, dass der Einsatz von Pankreasenzymen bei der Mutter sicher und wirkungsvoll ist. Sollte sich dies in breiter angelegten Studien bestätigen, müsste festgestellt werden, ob dieser Zusatz zur mütterlichen Eliminationsdiät nur als letzter Ausweg genutzt werden sollte, wenn sich die Eliminationsdiät der Mutter als nicht wirksam erweist, oder möglicherweise als früher eingesetzter Zusatz, der das Einhalten der Diät für die Mutter weniger beschwerlich macht.

4. Sollten gestillte Säuglinge mit einer Vorgeschichte von allergischer Proktokolitis die Konfrontation mit anderen wesentlichen Nahrungsmittelallergenen verzögern oder meiden, um zu versuchen, der Entwicklung zusätzlicher Nahrungsmittelallergien vorzubeugen?

Da Kleinkinder, die auf Kuhmilcheiweiß allergisch reagieren, ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung anderer Nahrungsmittelallergien haben,(49) wurde es früher empfohlen, dass die Hauptnahrungsmittelallergene wie zum Beispiel Erdnüsse, Baumnüsse, Fisch und Meeresfrüchte (Schalentiere) bis zum Alter von drei Jahren gemieden werden.(50) Aktuell gibt es keinen Beleg dafür, dass es sich dabei um einen erfolgreichen Ansatz zur Verhütung von späteren Allergien handelt. Daher werden in Übereinstimmung mit kürzlich veröffentlichten Richtlinien für die Diagnose und den Umgang mit Nahrungsmittelallergien in den USA (3,41) Säuglinge mit einer allergischen Proktokolitis in ihrer Vorgeschichte keinen Einschränkungen in Hinblick auf andere Hauptnahrungsmittelallergene unterworfen. Die Kinder und ihre stillenden Mütter sollten lediglich das Allergen meiden, das

während der Eliminationsdiät als Auslöser erkannt wurde, bis das Kind neun bis zwölf Monate alt ist bzw. mindestens für einen Zeitraum von sechs Monaten. Dies ist derzeit ein aktiver Forschungsbereich. Weiterführende Untersuchungen können substantiellere Belege zur Unterstützung oder Abänderung dieser Empfehlungen liefern. (III) (47)

5. Den Nutzen von zusätzlichen Laboruntersuchungen zur Diagnose der allergischen Proktokolitis feststellen

Laboruntersuchungen können in Erwägung gezogen werden, sind jedoch häufig unnötig, um die Diagnose allergische Proktokolitis zu stellen. In einem neueren Fallbericht wurde bei einem Kind, das in Zusammenhang mit der Verabreichung einer auf Kuhmilch basierenden künstlichen Säuglingsnahrung eine Hämatochezie entwickelt hat, eine selektive Erhöhung von Interleukin 5 (eine T-Helfer-Zelle vom Typ 2 Zytokin) im Serum gefunden. (51) Zurzeit bleibt es ungeklärt, ob die Messung von inflammatorischen Zytokinen im Serum hilfreich bei der Diagnose der allergischen Proktokolitis beim ausschließlich gestillten Säugling ist.

Danksagung

Diese Veröffentlichung wurde teilweise durch einen Zuschuss des Maternal and Child Health Bureau, U.S. Department of Health and Human Services unterstützt. Wir danken Lisa H. Akers, M.S. und Jeanne Blankenship, M.S. von der American Dietetic Association für ihre hilfreichen Vorschläge und Einblicke.

Quellen:

1. Labbok MH, Krasovec K. Towards consistency in breastfeeding definitions. *Stud Fam Plan* 1990;21:226–230.
2. WHO Division of Child Health and Development. Indicators for Assessing Breastfeeding Practices. Report of an Informal Meeting in June 1991, Geneva. www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/data_source_inclusion_criteria/en/index.html (accessed October 25, 2011).
3. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: Summary of the NIAID-Sponsored Expert

Panel Report. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126:1105–1118.

4. Lake AM. Food-induced eosinophilic proctocolitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;30(Suppl):S58–S60.

5. Host A, Husby S, Osterballe O. A prospective study of cow's milk allergy in exclusively breast-fed infants. Incidence, pathogenetic role of early inadvertent exposure to cow's milk formula, and characterization of bovine milk protein in human milk. *Acta Paediatr Scand* 1988;77:663–670.

6. Lake AM. Dietary protein enterocolitis. *Immunol Allergy Clin North Am* 1999;19:553–561.

7. Muraro A, Dreborg S, Halcken S, et al. Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children. Part III: Critical review of published peer-reviewed observational and interventional studies and final recommendations. *Pediatr Allergy Immunol* 2004;15:291–307.

8. Host A, Husby S, Hansen LG, et al. Bovine beta-lactoglobulin in human milk from atopic and non-atopic mothers. Relationship to maternal intake of homogenized and unhomogenized milk. *Clin Exp Allergy* 1990;20:383–387.

9. Walker WA. The dynamic effects of breastfeeding on intestinal development and host defense. *Protecting Infants Through Human Milk* 2004;554:155–70.

10. Newburg DS, Ruiz-Palacios GM, Morrow AL. Human milk glycans protect infants against enteric pathogens. *Annu Rev Nutr* 2005;25:37–58.

11. Penders J, Vink C, Driessen C, et al. Quantification of *Bifidobacterium* spp., *Escherichia coli* and *Clostridium difficile* in faecal samples of breast-fed and formula-fed infants by realtime PCR. *FEMS Microbiol Lett* 2005;243:141–147.

12. Vandenplas Y, Koletzko S, Isolauri E, et al. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. *Arch Dis Child* 2007;92:902–908.

13. Lake AM. Food Protein-Induced Proctitis, Enteropathy, and Enterocolitis of Infancy. *UptoDate_ 3.1.* 2010. www.uptodate.com (accessed October 25, 2011).

14. Dupont C, Badoual J, Le Luyer B, et al. Rectosigmoidoscopic findings during isolated rectal bleeding in the neonate. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1987;6:257–264.

15. Goldman H, Proujansky R. Allergic proctitis and gastroenteritis in children. Clinical and mucosal biopsy features in 53 cases. *Am J Surg Pathol* 1986;10:75–86.

16. Kumar D, Repucci A, Wyatt-Ashmead J, et al. Allergic colitis presenting in the first day of life: report of three cases. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;31:195–197.

17. Feiterna-Sperling C, Rammes S, Kewitz G, et al. A case of cow's milk allergy in the neonatal period—evidence for intrauterine sensitization? *Pediatr Allergy Immunol* 1997;8:152–155.

18. Odze RD, Bines J, Leichtner AM, et al. Allergic proctocolitis in infants: A prospective clinicopathologic biopsy study. *Hum Pathol* 1993;24:668–674.

19. Sampson HA. 9. Food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2003;111(2 Suppl):S540–S547.

20. Sampson HA. Update on food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2004 May;113:805–819.

21. Machida HM, Catto Smith AG, Gall DG, et al. Allergic colitis in infancy: Clinical and pathologic aspects. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994;19:22–26.

22. Winter HS, Antonioli DA, Fukagawa N, et al. Allergy-related proctocolitis in infants: Diagnostic usefulness of rectal biopsy. *Mod Pathol* 1990;3:5–10.

23. Chang JW, Wu TC, Wang KS, et al. Colon mucosal pathology in infants under three months of age with diarrhea disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;35:387–390.

24. Arvola T, Ruuska T, Keranen J, et al. Rectal bleeding in infancy: Clinical, allergological, and microbiological examination. *Pediatrics* 2006;117:e760–e768.

25. Sampson HA. Food allergy. Part 2: Diagnosis and management. *J Allergy Clin Immunol* 1999;103:981–989.
26. Sierra Salinas C, Blasco Alonso J, Olivares Sañchez L, et al. [Allergic cilitis in exclusively breast-fed infants]. *An Pediatr (Barc)* 2006;64:158–161.
27. Hwang JB, Park MH, Kang YN, et al. Advanced criteria for clinicopathological diagnosis of food protein-induced proctocolitis. *J Korean Med Sci* 2007;22:213–217.
28. Sampson HA, Anderson JA. Summary and recommendations: Classification of gastrointestinal manifestations due to immunologic reactions to foods in infants and young children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;30(Suppl):S87–S94.
29. Kumagai H, Masuda T, Maisawa S, et al. Apoptotic epithelial cells in biopsy specimens from infants with streaked rectal bleeding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001;32:428–433.
30. Kilshaw PJ, Cant AJ. The passage of maternal dietary proteins into human breast milk. *Int Arch Allergy Appl Immunol* 1984;75:8–15.
31. Jakobsson I. Food antigens in human milk. *Eur J Clin Nutr* 1991;45(Suppl 1):29–33.
32. Szepfalusi Z, Loibichler C, Pichler J, et al. Direct evidence for transplacental allergen transfer. *Pediatr Res* 2000;48:404–407.
33. Holloway JA, Warner JO, Vance GH, et al. Detection of house-dust-mite allergen in amniotic fluid and umbilical cord blood. *Lancet* 2000;356:1900–1902.
34. Sicherer SH, Wood RA, Stablein D, et al. Maternal consumption of peanut during pregnancy is associated with peanut sensitization in atopic infants. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126:1191–1197.
35. Duchon K, Gu Y, Bjorksten B. Atopic sensitization during the first year of life in relation to long chain polyunsaturated fatty acid levels in human milk. *Pediatr Res* 1998;44:478–484.
36. Bottcher MF, Jenmalm MC, Garofalo RP, et al. Cytokines in breast milk from allergic and nonallergic mothers. *Pediatr Res* 2000;47:157–162.
37. Laitinen K, Arvola T, Moilanen E, et al. Characterization of breast milk received by infants with gross blood in stools. *Biol Neonate* 2005;87:66–72.
38. Jarvinen KM, Laine ST, Jarvenpaa AL, et al. Does low IgA in human milk predispose the infant to development of cow's milk allergy? *Pediatr Res* 2000;48:457–462.
39. Jarvinen KM, Juntunen-Backman K, Suomalainen H. Relation between weak HLA-DR expression on human breast milk macrophages and cow milk allergy (CMA) in suckling infants. *Pediatr Res* 1999;45:76–81.
40. Jarvinen KM, Suomalainen H. Leucocytes in human milk and lymphocyte subsets in cow's milk-allergic infants. *Pediatr Allergy Immunol* 2002;13:243–254.
41. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: The role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2008;121:183–191.
42. Verhasselt V, Milcent V, Cazareth J, et al. Breast milk-mediated transfer of an antigen induces tolerance and protection from allergic asthma. *Nat Med* 2008;14:170–175.
43. Mosconi E, Rekima A, Seitz-Polski B, et al. Breast milk immune complexes are potent inducers of oral tolerance in neonates and prevent asthma development. *Mucosal Immunol* 2010;3:461–474.
44. Puddington L, Matson A. Breathing easier with breast milk. *Nat Med* 2008;14:116–118.
45. Repucci A. Resolution of stool blood in breast-fed infants with maternal ingestion of pancreatic enzymes [abstract]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999;29:500A.
46. Schach B, Haight M. Colic and food allergy in the breastfed infant: Is it possible for an exclusively breastfed infant to suffer from food allergy? *J Hum Lact* 2002;18:50–52.
47. U.S. Preventive Services Task Force. Quality of Evidence. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (accessed October 25, 2011).
48. Bock SA. Prospective appraisal of complaints of adverse reactions to foods in children during the first 3 years of life. *Pediatrics* 1987;79:683–688.
49. Host A, Halken S. A prospective study of cow milk allergy in Danish infants during the first 3 years of life. Clinical course in relation to clinical and immunological type of hypersensitivity reaction. *Allergy* 1990;45:587–596.
50. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. *Pediatrics* 2000;106:346–349.
51. Koike Y, Takahashi N, Yada Y, et al. Selectively high level of serum interleukin 5 in a newborn infant with cow's milk allergy. *Pediatrics* 2011;127:e231–e234
- s. http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol24_English_120211.pdf
- Protokolle der ABM verlieren fünf Jahre nach dem ihrer Veröffentlichung ihre Gültigkeit. Innerhalb von fünf Jahren oder, bei signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Evidenz, früher, erfolgen evidenzbasierte Überarbeitungen.

Mitwirkende:

*Adam P. Matson, M.D.

*Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM

Protokollkomitee

Maya Bunik, M.D., MSPH, FABM

Caroline J. Chantry, M.D., FABM

Cynthia R. Howard, M.D., M.P.H., FABM

Ruth A. Lawrence, M.D., FABM

*Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM, Chairperson

Larry Noble, M.D., FABM, Translations Chairperson

Nancy G. Powers, M.D., FABM

Julie Scott Taylor, M.D., M.Sc., FABM

*Hauptautorin

Korrespondenzadresse: abm@bfmd.org

Übersetzung: Denise Both, IBCLC

Rückübersetzung:

Christine Bruni, MD, IBCLC



AKTUELLE VERANSTALTUNGEN AUF EINEN BLICK

SEMINARREIHE INTENSIV „Qualifikation zur Still- und Laktationsberaterin IBCLC“

- 2013/14 finden Seminarreihen statt in:
- **Deutschland (Nord . West . Süd)**
 - **Österreich (Wien-Gröbming)**
 - **Schweiz (in französischer Sprache)**
- **Schweiz – NEUES ANGEBOT! (in deutscher Sprache)**
In Kooperation mit der Berner Fachhochschule Gesundheit kann ein Certificate of Advanced Studies CAS in Still- und Laktationsberatung IBCLC erlangt werden. 18 Studientage, August 2013 bis Mai 2014.

- Anmeldung über unserer Sekretariate oder über die Homepage (www.stillen-institut.com . **Seminare . Seminarreihe Intensiv**)
- Bestellen Sie sich die dazugehörigen Seminarprogramme beim jeweiligen Sekretariat.
- Bei Fragen zur Seminarreihe oder anderer Angebote stehen Ihnen unsere Sekretariate gerne auch telefonisch zur Verfügung.



INTERDISZIPLINÄRE FACHTAGUNG STILLLEN

Berlin – 08. Juni 2013

Diese Fachtagung bietet Ihnen interessante Themen, erfahrene Referenten und die Möglichkeit zur Netzwerkbildung mit KollegInnen aus der Region.

Onlineanmeldung: www.stillen-institut.com . **Seminare . Fachtagungen**

Informationen: Petra Schwaiger, IBCLC . Telefon +49 (0)89 44439080 . pe.schwaiger@t-online.de

ÄRZTESEMINARE „Stillen – Evidenz basiertes Wissen für Klinik und Praxis“

Ein-Tages-Fortbildungen

- **Würzburg**, 06. April 2013
- **Berlin**, 15. Mai 2013
- **Wien (Österreich)**, 13. Mai 2013

Bestellen Sie unseren **Online Newsletter!** www.stillen-institut.com im Menü „Aktuelles“

Onlineanmeldung: www.stillen-institut.com . **Ärztseminare . 1-Tages FB**

Informationen: Deutschland: Heike Menzel, IBCLC . Telefon +49 (0)5341 59284 . heike.menzel@stillen-institut.com
Österreich: Anne-Marie Kern, IBCLC . Telefon +43 (0)2236 72336 . annemarie.kern@stillen-institut.com

DEUTSCHLAND NORD/OST

Telefon: +49 (0)5341 592 84
heike.menzel@stillen-institut.com

DEUTSCHLAND SÜD

Telefon/Fax: +49 (0)8071 3428
christa.kebinger@stillen-institut.com

DEUTSCHLAND WEST

Telefon: +49 (0)5157 9591995
simone.lehwald@stillen-institut.com

GRUNDLAGENSEMINARE 2013

- **D-Nord**, 05.–08. Mai 2013, Springe bei Hannover
- **D-Süd**, 13.–16. Juni 2013, München Oberschleißheim
- **D-West**, 27.–30. Juni 2013, Köln-Longerich
- **Österreich**, 14.–17. Mai 2013, Wien, Don Bosco Haus

Informationen sowie Anmeldung zu den **Grundlagen- und Basisseminaren:** www.stillen-institut.com . **Seminare . Basisseminare oder Grundlagenseminare**

BASISSEMINARE 2013

... werden laufend in **Deutschland** und **Österreich** angeboten. Bitte informieren Sie sich über Details und aktuelle Termine auf unserer Homepage oder bei unseren Sekretariaten.

ÖSTERREICH

Telefon/Fax: +43 (0)2236 72336
annemarie.kern@stillen-institut.com

SCHWEIZ

Deutsch
Telefon: +41 (0)32 672 49 72
therese.roethlisberger@stillen-institut.com

Französisch

Telefon: +41 (0)78 835 49 28
ursi.hagenbuechle@allaiter-institut.com

BRUSH-UP KURSE „Cerps sammeln – Wissen auffrischen – Rezertifizieren – Vorbereitung zum Examen“

- | | |
|--------------------|---|
| Deutschland | 04.–05. April 2013, München/Oberschleißheim |
| | 06.–07. Juni 2013, Springe bei Hannover |
| Österreich | 24.–25. Mai 2013, Gröbming/Österreich |
| Schweiz | 31. Mai – 01. Juni 2013, Tagungszentrum diaconis, Haus Blumenberg, Bern (deutsch) |
| | 23.–24. Mai 2013, Villars-sur-Glâne (französisch) |

Onlineanmeldung und Informationen: www.stillen-institut.com . **Seminare . Brush-Up Kurse**

ITALIEN/SÜDTIROL

Italienisch und Deutsch
Telefon: +39 333 235 95 89
astrid.dibella@allatare-istituto.com

www.stillen-institut.com
www.allaiter-institut.com
www.allattare-istituto.com

Fotos: www.karlgrabherr.at . Europäisches Institut für Stillen und Laktation



HAND IN HAND

www.kongress-stillen.de

KONGRESS STILLLEN & LAKTATION
FULDA, 26./27. APRIL 2013

HAND IN HAND – Kongress Stillen & Laktation

26./27. April 2013

Fulda

Info und Anmeldung:
www.kongress-stillen.de

BSS Kongress 2013 Laktation und Stillen – Ein Wunder der Natur

13./14. September 2013

Olten (Schweiz)

Info und Anmeldung: www.stillen.ch

Growing Together - Zusammen wachsen

25. - 26. April 2014

ELACTA Stillkongress

BDL-Regionaltreffen:

Baden-Württemberg

Heilbronn/Bad Friedrichshall

Info und Anmeldung bei
Ilse Karle, IBCLC
Tel: +49(0)7136-22288
E-Mail: Azubi-Bene@gmx.de

Jeweils um 19.30 Uhr in
Bad Friedrichshall

Ulm

Info und Anmeldung:
Andrea Landowske, IBCLC
Tel: +49(0) 7306-921846
E-Mail: andrea.landowske@arcor.de
oder
Ingeborg Herget, IBCLC
Tel: +49(0)731-7130610
E-Mail: ing.herget@t-online.de

Freiburg

Infos und Anmeldung:
Sabine Harnisch, IBCLC
Tel: +49(0) 7641-5718 48

Bayern

München und Umgebung

Freitag, 28. Juni 2013

Info und Anmeldung:
Petra Schwaiger, IBCLC
pe.schwaiger@t-online.de

Taufkirchen

Mittwoch, 19. Juni 2013

Mittwoch, 9. Oktober 2013

Info und Anmeldung:
Marlene Rachl, IBCLC
Tel: +49 (0)8084-25 72 99 oder
+49(0)8742-9 17 07
E-Mail: marlene.rachl@t-online.de
oder
Anne Franckenstein
Tel.: +49(0)811-83 69 54
E-Mail: anne@franckenstein.net

Nürnberg, Erlangen und Umgebung

Mittwoch, 17. April 2013

Mittwoch, 10. Juli 2013

Mittwoch, 9. Oktober 2013

jeweils um 18 Uhr in Erlangen-Spardorf,
Buckenhofer Str. 4 (am Ärztehaus
Seiteneingang links, gelbes Vordach)

Infos und Anmeldung:
Ingrid Löffelmann, IBCLC
Tel: +49(0)9195 9 22 05 53
E-Mail: ingrid.1@web.de
oder Gaby Sonntag, IBCLC
Tel: +49(0)9131-20 54 81
E-Mail: gy.sonntag@web.de

Mainfranken, Würzburg

Infos und Anmeldung:
Anne Wirz
Tel: +49(0)931-2 30 06 58
E-Mail: anne.wirz@gmx.de

Berlin

Mittwoch, 20. Februar 2013

18 - 21.30 Uhr

im Vivantes Humboldt Klinikum

Info und Anmeldung:
Luise Nowak
Tel: +49(0)30-45031416
E-Mail: info@babys-nahrung.de

Bremen

Info und Anmeldung:
Claudia Seidel, IBCLC
Tel: +49(0) 4431-9486115
E-Mail: seidel-claudia@arcor.de

Hamburg

Hamburg Nord

Info und Anmeldung:
Petra Affeldt, IBCLC
Tel: +49(0)40-2 29 04 93
E-Mail: affeldt.frauen@marienkranken-
haus.org

Hamburg Altona

Dienstag, 4 Juni 2013

Dienstag, 3. September 2013

Dienstag, 3. Dezember 2013

Info und Anmeldung:
bei Anja Abbasi, IBCLC
Tel: 040-18 18 81 16 80 (8:00-16:00)
E-Mail: anja.abbasi@asklepios.com

Hessen

Kassel und Umgebung

Infos und Anmeldung:
Jeanette Vocht, IBCLC,
Kampweg 21
34376 Immenhausen
Tel: +49(0)5673-913667
E-Mail: jeanette@vocht.name
(Adresse auf Anfrage)

Rhein-Main-Gebiet

Interessenten melden sich bitte bei
Ellen Drescher, IBCLC
Ponsstr. 60
64546 Mörfelden-Walldorf
Tel: +49(0)6105-70 74 80
E-Mail: drescher@arrangement.de

Fulda, Bad Hersfeld, Kassel, Hünfeld und Eisenach

Samstag, 29. Juni 2013 in Hünfeld

Samstag, 26. Oktober in Bad Salzungen

Infos und Anmeldung:
Ute Hornung, IBCLC
E-Mail: u.hornung@web.de

Hessen-Mitte

Gießen, Marburg, Wetzlar, Lich

Montag, 13 Mai 2013

Montag, 19. August 2013

Montag, 11. November 2013

jeweils um 15.30 Uhr

Info und Anmeldung:
Daniela Littgen IBCLC,
Tel: +49 (0)6449-92 14 04
E-Mail: daniela@littgen.de

Niedersachsen

Hannover

Mittwoch, 12. Juni 2013

Mittwoch, 11. September 2013

Mittwoch, 11. Dezember 2013

jeweils 16.30 Uhr - 19.00 Uhr
in Frauenklinik der
Medizinischen Hochschule Hannover

Info und Anmeldung:
Gaby Jellen, IBCLC
Tel: +49 (0)176 15328559
E-Mail: jellen.Gaby@mh-hannover.der

Hildesheim und Umgebung

Info und Anmeldung:
Sylvia Krüger, IBCLC
Tel: +49(0)5121-26 34 35

Nordrhein-Westfalen

Gütersloh/Paderborn

Infos und Anmeldung:
Christiane Sellemerten, IBCLC,
Tel. +49(0)2944-43 89 89
E-Mail: christiane.sellemerten@web.de

Beckum

im Mütterzentrum in Beckum
Infos und Anmeldung:
Tatjana Kirko, IBCLC
E-Mail: Kirko@helinet.com

Herford

Infos und Anmeldung:
Heike Dreistadt, IBCLC
Tel: +49(0)5221-12 77 11
E-Mail: heidrei@t-online.de

Düsseldorf

Infos und Anmeldung:
Gudrun Maciejewski,
E-Mail: grmac@arcor.de

Niederrhein/Moers

Infos und Anmeldung:
Dagmar Jack, IBCLC
Tel: +49(0)2842 6 00 69 oder
+49(0)2842 90 90 77
E-Mail: DagmarJack@gmx.de

Recklinghausen

Infos und Anmeldung:
Silvia Struckholt
Tel: +49(0)2361-8 84 13 oder
Mobil: +49(0)172-5 14 79 35
E-Mail: silvia.struckholt@arcor.de

Köln

Infos und Anmeldung:
Elke Vogt, IBCLC
Tel: +49 (0) 178-6105989
Email: regionaltreffen-koeln@hotmail.de

Bonn

Mittwoch, 8. Mai 2013
Mittwoch, 31. Juli 2013
Mittwoch, 30. Oktober 2013

Infos und Anmeldung:
Helga Densing, IBCLC
Tel: +49(0)228-9 28 87 86
E-Mail: Helga.Densing@t-online.de

Stolberg

Infos und Anmeldung:
Astrid Dreyling, IBCLC
Tel: +49 (0)2463 90 49 70
E-Mail: ottmar.dreyling@t-online.de

Rheinland-Pfalz

Speyer und Umgebung

Infos und Anmeldung:
Caroline Münchbach, IBCLC
Tel: +49(0)6232-29 25 24
E-Mail: c.muenchbach@gmx.de und
Karin Szallies, IBCLC
Tel: +49(0)6232-7 05 23
E-Mail: karin@macnews.de

Trier und Luxemburg

Montag, 24. September 2012
im ÖVK Marien KH Trier -Ehrang

Infos und Anmeldung:
Silvia Pallien, IBCLC
Tel: +49(0)6585-300
E-Mail: silviapallien@gmx.de

Sachsen

Leipzig und Umgebung

Mittwoch, 10. April 2013
Mittwoch, 17. April 2013
Mittwoch, 12. Juni 2013
Mittwoch, 18. September 2013
jeweils ab 16.00 Uhr

Infos und Anmeldung:
Tina Kilian, IBCLC
Tel: +49(0)341-6 81 38 21
E-Mail: tinakilian@freenet.de

Schleswig Holstein

Dienstag, 28. Mai 2013 in Kiel
Dienstag, 3. September 2013
in Bad Segeberg
Dienstag, 19. November 2013
in Neumünster
jeweils um 19.00 – 22.00 Uhr

Infos und Anmeldung:
Grete Schmidt, IBCLC
Tel: +49(0)4334-606
E-Mail: greteschmidt@web.de

VSLÖ-Regionaltreffen

Innsbruck:

im Leipzigerhof
Amraserstraße, Innsbruck

Info und Anmeldung:
Verena Markt, IBCLC
Tel: +43(0)664-4 95 18 67
E-Mail: verena.markt@msn.com

BSS-Regionaltreffen

Region Solothurn

Bürgerspital Solothurn, Station F,

Info und Anmeldung:
Therese Röthlisberger, IBCLC
Erlenweg 13
CH-4562 Biberist
Tel: +41(0) 32 672 49 72
E-Mail: stillinfo@stillinfo.ch

Kanton Bern

Mittwoch, 29. Mai 2013
in der Klinik Linde in Biel

Donnerstag, 14. November 2013 im
Inselspital Bern, Frauenklinik B 326

Die Treffen beginnen
jeweils um 19.30 Uhr

Infos und Anmeldung:
Anita Dombon
Tel: +41(0) 33 345 57 61
E-Mail: dombon.am@bluewin.ch

Ursula Goldmann-Posch,
Rita R. Martin

Über-Lebensbuch Brustkrebs

Die Anleitung zur aktiven Patientin – In Abstimmung mit international anerkannten Brustkrebs-Experten



Schattauer; 5., aktualisierte Auflage. (20. März 2012)

ISBN-10: 379452862X
ISBN-13: 978-3794528622
€ 39,95

Nein, ich hätte mir das „Über-Lebensbuch Brustkrebs“ nach meiner Brustkrebsdiagnose nicht gekauft – leider, denn ich hätte hier genau das gefunden, was ich gesucht habe. Aber vor einem Kauf hätte mich zunächst das Format abgehalten.

Es ist unnötigerweise viel zu groß und schwer (knappe 1,5 Kilogramm), das ist weder hilfreich, wenn man im Bett liest, noch einfach in die Tasche zu stecken. Zusätzlich ist die Aufmachung eine Mischung aus medizinischem Sachbuch mit etwas Reißerischem. Auch ein Blick ins Inhaltsverzeichnis hätte mich von einem Kauf abgeschreckt: „Strahlentherapie – die Angst vor dem inneren Fukushima...“ – Ich suchte nach verständlicher, klarer

Information ohne Panikmache und bin damals an einem dicken, unscheinbaren Taschenbuch hängen geblieben, das mir völlig unspektakulär wichtige Informationen bot, die ich überall auch ohne Signalwirkung auf meine Umwelt lesen konnte.

Wenn man diese ersten Eindrücke überwindet, findet man in dem jetzt schon in der aktualisierten fünften Auflage vorliegenden „Über-Lebensbuch Brustkrebs“ ein außerordentlich gründlich bearbeitetes und – für die teils sehr komplexe Materie – verständlich geschriebenes Werk, das ohne Pathos auskommt.

Die beiden Autorinnen vermitteln ihre eigene Erfahrung mit Brustkrebs, ihr Erleben, nicht als Betroffenheitslektüre, sondern so einfühlsam und unaufdringlich, dass man sich auch gerne selbst darin wiederfindet oder das Verhalten anderer Erkrankter besser verstehen lernt. Dazu trägt auch der Hintergrund der Autorinnen bei: Ursula Goldmann-Posch ist Sachbuchautorin und hat die Patientinnen-Initiative „mamazone“ und zwei Stiftungen ins Leben gerufen. Rita Rosa Martin ist Ärztin, seit 2001 Medizinjournalistin und engagiert sich seit ihrer Brustkrebsdiagnose beruflich und ehrenamtlich im Kampf gegen Brustkrebs.

Sie verbinden ihr klar und umfassend in acht Blöcken aufgebautes Buch, das sich an dem üblichen Therapieaufbau orientiert, nicht mit abwertenden Urteilen über Methoden und Verhaltensweisen, aber mit sanften und hilfreichen Hinweisen zu deren kritischer Hinterfragung, und haben dabei möglichst alle Bereiche berücksichtigt. Nach dem ersten Verdacht wird der Weg zur endgültigen Diagnose beschrieben; Operation, Chemo-, Antihormon-, Psycho- und Strahlentherapie werden detailliert erläutert, bevor sich Hinweise zur Nachsorge und grundlegende Aspekte zum sozialen Umfeld anschließen.

Alle Kapitel beinhalten farbig unterlegte Tipps der Autorinnen und Aussichten auf zukünftige Entwicklungen. Abschließend findet man im Anhang hilfreiche Vorlagen für Gesprächsnotizen mit den entsprechenden Fachärzten, wichtige Adressen auch für einen Expertenrat, ein verständliches Glossar und ein umfangreiches Sachregister. Zusätzlich nützlich ist das Angebot auf der ergänzenden Internetseite (www.ueber-lebenbuch.de): „Mein persönliches Therapie-Tagebuch“, da man sich viele Aufzeichnungen macht, mit dieser Hil-

festellung aber problemlos alle wirklich wichtigen Details erfasst.

Ich würde dem Buch eine ansprechendere Aufmachung wünschen, so dass Ratsuchende eher zugreifen, denn es erscheint mir für Brustkrebspatienten ausgesprochen hilfreich zu sein und auch medizinisches Fachpersonal dürfte davon profitieren, weil der sachliche Blickwinkel Betroffener sehr anschaulich vermittelt wird. Mir hat es auch drei Jahre nach meiner Diagnose wichtige Informationen gegeben, obwohl ich mich bislang durchaus um Aufklärung bemüht habe.

Gudrun Windisch
Lechbruck (D)

Uwe Gröber

Arzneimittel und Mikronährstoffe

Medikationsorientierte Supplementierung

Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart

2., neu bearb. und erw. Auflage
2011 (22. September 2011)

ISBN-10: 3804727794
ISBN-13: 978-3804727793
€ 49,00



Wie wirken sich Medikamente auf die Aufnahme von Mikronährstoffen aus? Diese Frage wird viel zu selten gestellt, ja oftmals ganz vergessen. Auch die Beeinflussung der Wirksamkeit von Medikamenten durch Nahrungsmittel wird vielfach nur am Rande gestreift, etwa mit der Bemerkung, dass bestimmte Antibiotika nicht mit Milch zusammen eingenommen werden sollten, oder dass Grapefruitsaft negative Auswirkungen auf bestimmte Medikamente haben könne.

Über den Einfluss des oben bereits erwähnten Grapefruitsafts über Johanniskraut und Lakritze bis hin zu tyraminreichen Nahrungsmitteln (dazu gehört zum Beispiel Käse) finden sich ebenso detaillierte In-

formationen wie über die Auswirkungen bestimmter Medikamente auf die Nahrungsaufnahme (z.B. Appetitverlust, Geschmacksstörungen, Erbrechen usw.) oder eben spezielle Interaktionen zwischen Arzneimitteln und Mikronährstoffen.

Ein Kapitel widmet sich zudem den besonderen Bedürfnissen von Frauen mit Kinderwunsch sowie schwangeren Frauen (stillende Frauen finden leider nur sehr am Rande Erwähnung), älteren Menschen und chronisch kranken Patienten.

Durch die genaue Erklärung der biochemischen Mechanismen im gegenseitigen Wechselspiel zwischen Nahrung und Medikamenten in „Arzneimittel und Mikro-

nährstoffe“ trägt das Buch ganz wesentlich dazu bei, dass medikamenteninduzierte Störungen des Mikronährstoffhaushaltes hoffentlich gar nicht erst entstehen bzw. ihnen rechtzeitig gegengesteuert werden kann. Denn auch wenn ein ansonsten gesunder Mensch, der sich vielseitig und ausgewogen ernährt, vermutlich nur selten durch eine kurzfristige Medikamenteneinnahme Probleme mit seinem Mikronährstoffstatus zu erwarten hat, kann dies bei chronisch kranken Menschen oder Menschen, die ohnehin schon unzureichend mit Nährstoffen versorgt sind, recht schnell der Fall sein.

Denise Both
Füssen (D)

Weltstillwoche 2013

BREASTFEEDING SUPPORT:
CLOSE TO MOTHERS

Liebe Feiernde und Unterstützer der Weltstillwoche,

Grüße vom WABA-Sekretariat,

Wir möchten allen, die die Weltstillwoche in mehr als 170 Ländern erfolgreich gefeiert haben, danken. Wir haben weltweit 290 Zusagen für Veranstaltungen erhalten, an denen mehr als 107.990 Feiernde beteiligt waren. Gratulation an alle Beteiligten!

WABA freut sich nun, das Motto für die Weltstillwoche 2013 „Breastfeeding support: Close to mothers“ mit dem Schwerpunkt auf Peer Counseling bekannt zu geben. Das Thema wurde auf dem vom 5. bis 6. Dezember 2012 in Dehli stattfindenden WABA Global Breastfeeding Partners Meeting (GBPM) diskutiert und beschlossen.

Die von Anne Batterjee geleitete WABA Mother Support Task Force hat Key Writer für den Weltstillwochenkalender und Aktionsmappe eingestellt; sie wird mit einem kleinen Team von Mitgliedern der WABA SC und Repräsentanten der Hauptpartner zusammen arbeiten.

Wie Anne anmerkt: „Vor 56 Jahren trafen sich sieben stillende Mütter und stellten fest dass ihre Fähigkeit, ihre eigenen Kinder zu stillen, daher rührten, dass ihnen Information, Fortbildung und gegenseitige emotionale Unterstützung zur Verfügung stand. Dass viele weitere Mütter, die sich danach sehnten zu stillen, dazu befähigt werden könnten, wenn nur die um sie herum, ihre Kolleginnen und Freundinnen, über das Wissen und die Fähigkeit zur Unterstützung verfügen.“

La Leche League International wurde gegründet und eine Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppe war geboren... Die sozialen Netzwerke von Frauen haben einen großen Einfluss auf ihre Entscheidungen im Gesundheitsbereich. Frauen zieht es häufig zu anderen Frauen, mit denen sie ihre Lebenserfahrungen teilen können, insbesondere, wenn es sich dabei um Erfahrungen als Eltern handelt. Wenn junge Mütter jemanden haben, der ihre Erfahrungen verstehen und sich mit ihnen identifizieren kann, können sie die Elternschaft besser genießen und meistern.

Eine Peer Counselor ist eine unbezahlbare Partnerin für Mütter in ihrer Reise durch die Elternschaft, die sie dabei unterstützen, Zutrauen in ihre Stillfähigkeit zu gewinnen. Peer Counselor sind ein Modell für die Vorstellung Informationen bei anderen zu suchen, die Müttern helfen, zu erkennen,

dass die Reise durch die Stillzeit ein Lernprozess für alle von uns ist...“

Der Kalender sollte ab Januar 2013 zur Verteilung bereitstehen. Halten sie danach Ausschau.

Jennifer Mourin
WBW Koordinatorin

- **Videos**
- **Dias**
- **Fachbücher**

In Deutsch und Englisch und anderen Sprachen suchen ein neues Zuhause

Elizabeth Hormann möchte Teile ihrer Sammlung an Unterrichtsmaterialien und Fachliteratur abgeben.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an elizhorman@aol.com

Was der Schlafplatz mit dem Testosteronspiegel zu tun hat

Möglicher Zusammenhang zwischen Elternverhalten und Testosteron gefunden

Je näher Väter bei ihren Kindern schlafen, desto niedriger ist ihr Testosteronspiegel. Das hat jetzt eine Studie amerikanischer und philippinischer Forscher auf den Philippinen gezeigt. Teilen sich Vater und Kind eine Schlaffläche, so ist die Konzentration des Geschlechtshormons im Blut der Männer deutlich niedriger als bei Vätern, deren Sprössling im Nebenraum schläft. Das könnte laut den Wissenschaftlern mit dem Elternverhalten zusammenhängen. Die genauen Ursachen sind jedoch noch nicht geklärt.

Menschen gehören zu den wenigen Arten aus der Gruppe der Säuger, bei denen Männer an der Betreuung der Kinder beteiligt sind. Damit die Väter den Anforderungen des Kindes gerecht werden können, müssen Männer ihr Verhalten und ihre Prioritäten verändern, sobald sie Nachwuchs bekommen. Dabei spielt das männliche Sexualhormon Testosteron eine große Rolle, denn es steuert einen Großteil des männlichen Verhaltens, insbesondere in Bezug auf das weibliche Geschlecht. Neben den körperlichen Faktoren, wie dem Muskelaufbau, beeinflusst es zum Beispiel das Verhalten im Wettbewerb um eine Frau. Viel Testosteron steht in Verbindung mit sozialer Dominanz, erhöhter Risikobereitschaft, Aggressivität, Drogen- und Alkoholsucht und häufig wechselnden Sexualpartnern. Diese Merkmale stehen oft im Konflikt mit gutem väterlichen Verhalten.

Um das Wohl des Kindes zu fördern, wird daher offenbar das Hormonlevel bei Vätern im Vergleich zu Männern ohne Kinder heruntergefahren, konnten die Forscher nun nachweisen. Das Team um Lee Gettler von der University of Notre Dame hatte dazu im Jahr 2009 bei 362 Vätern die Testosteronwerte mithilfe einer Speichelprobe morgens und abends gemessen und verglichen. Die Männer waren im Durchschnitt 26 Jahre alt und lebten alle auf den Philippinen. Die Auswertung zeigte: 92 Prozent der Väter schliefen mit dem Nachwuchs in einem „Bett“ beziehungsweise auf einer Schlaffläche, da die wenigsten Philippiner ein Bett besitzen, wie wir es in Deutschland kennen. Diese Männer hatten im Vergleich weniger Testosteron als diejenigen, die mit ihrem Kind nur im gleichen Raum schliefen. Am meisten war im Speichel

derjenigen enthalten, deren Sprössling im Raum nebenan schlief.

Die Männer hatten allesamt bereits 2005 an einer Testosteron-Studie der Wissenschaftler teilgenommen. Damals war die Forschung jedoch nicht auf Väter beschränkt. Im Vergleich zeigte sich, dass die Männer, die zum Zeitpunkt der ersten Studie noch keine Väter waren, nach der Geburt ihres Kindes weniger Testosteron im Speichel hatten als 2005. Dies unterstütze laut den Forschern andere Studien, denen zufolge verheiratete Männer und Väter einen niedrigeren Testosteronspiegel aufweisen als Singles. Da die Untersuchungen von Gettler und seinen Kollegen jedoch auf den Philippinen gemacht wurden und dort eine ganz andere Kultur herrscht, kann man die Ergebnisse nicht automatisch auf Deutschland übertragen.

Lee T. Gettler (University of Notre Dame) et al.: PLoS One; doi: 10.1371/journal.pone.0041559

www.wissenschaft.de 05.09.2012 -
Biologie

Wertvolle Bakterien in der Muttermilch

Muttermilch enthält neben Nährstoffen, Vitaminen, Spurenelementen und Immunstoffen auch Bakterien. Doch diese sind keineswegs nur als Gefahr zu sehen, im Gegenteil.

Bis heute ist es nicht gelungen alle Inhaltsstoffe der Muttermilch vollständig zu identifizieren und bei den bereits bekannten Komponenten ist keineswegs immer klar, welche Funktion sie haben. Studien haben nun ergeben, dass Muttermilch mehr als 700 verschiedene Bakterienarten enthalten. Das klingt auf den ersten Blick beängstigend, denn mit dem Begriff „Bakterien“ ist allgemein die Vorstellung von Schmutz und Krankheit verbunden.

Doch Bakterien haben auch eine nützliche Seite, die nicht unterschätzt werden darf. Die positiven Auswirkungen der Muttermilch auf die Darmflora und damit auch die langfristigen Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit des Kindes, die bis weit ins Erwachsenenalter nachgewiesen sind, dürften nicht zuletzt auf die in der Muttermilch enthaltenen Bakterien zurückzuführen sein.

Die mikrobielle Besiedelung des Darms des Neugeborenen hängt davon ab, mit welchen Mikroorganismen es zuerst in

Kontakt kommt und damit eindeutig davon, welche Nahrung der Kind als erstes erhält. Ist es – was der Normalfall sein sollte – Muttermilch, kommt das Kind in den Genuss der in ihr enthaltenen nützlichen Bakterien. Und nun wird es spannend. Eine Untersuchung von Parker und Kollegen hat deutliche Unterschiede ergeben, wie sich Bakterien in verschiedenen Umgebungen verhalten: In Muttermilchproben wuchsen die Bakterien zu einem zusammenhängenden Biofilm als wichtige Schicht der Darmflora, die als Barriere gegenüber pathogenen (krankmachenden) Keimen und Infektionen wirkt.

Wurden Proben von Kuhmilch oder künstlicher Säuglingsnahrung mit den gleichen Bakterien geimpft, wuchsen die Bakterien ebenfalls und vermehrten sich, blieben aber wie Plankton im Meer einzelne Individuen statt eine zusammenhängende Schicht zu bilden. Interessant in diesem Zusammenhang ist die Beobachtung, dass eine Probe aus isoliertem SIgA aus der Muttermilch ebenfalls keinen Biofilm wachsen ließ, es muss also in der Muttermilch noch weitere Substanzen geben, die eine Rolle spielen, damit die Darmwand geschützt wird.

Doch es wird noch interessanter: Wie viele und welche Bakterien in der Muttermilch vorhanden sind unterscheidet sich davon, zu welchem Zeitpunkt die Muttermilch gebildet wird und zusätzlich vom Gewicht der Mutter und vom Geburtsmodus. Dass sich die Zusammensetzung des Muttermilchmikrobioms (Gesamtheit aller Mikroorganismen in der Muttermilch) im Verlauf der Stillperiode verändert ist schon länger bekannt und nicht wirklich erstaunlich. Interessant sind jedoch die Feststellungen, dass dieses Mikrobiom unter anderen auch davon abhängt, welches Gewicht die Mutter hat.

So konnte in der Milch von übergewichtigen Frauen im Vergleich zu normalgewichtigen Müttern ein erhöhter Anteil von Bakterien aus der Gruppe der Staphylokokken sowie der Akkermansia muciniphila. Dieser erhöhte Anteil stand in Beziehung mit einem ebenfalls erhöhten Konzentration an Interleukin-6 und einem geringeren Anteil an Bifidusbakterien. Möglicherweise spielen diese Unterschiede eine Rolle für das spätere Übergewichtsrisiko des Kindes.

Auch der Geburtsmodus spielt eine Rolle für das Mikrobiom. Allerdings lässt sich aus den Ergebnissen der Untersuchungen keine genereller Unterschied der sich generell

mit einer Geburt per Kaiserschnitt ableiten lässt. Vielmehr zeigten sich Unterschiede zwischen der Milch von Frauen, die einen geplanten Kaiserschnitt hatten und den Frauen, die einen sekundären Kaiserschnitt oder eine vaginale Geburt hatten. Es scheint also nicht die Operation als solche Einfluss auf die Keimbeseidlung zu nehmen, sondern es müssen andere Faktoren, vielleicht hormonelle Signale oder physiologische Stressreaktionen, eine Rolle spielen.

WirbelWind 2/2013

Techniker Krankenkasse unterstützt werdende Mütter: Kasse übernimmt Kosten für die Hebammen-Rufbereitschaft

Die Techniker Krankenkasse (TK) übernimmt künftig die Kosten für die sogenannte Hebammen-Rufbereitschaft. Das hat der Verwaltungsrat der Kasse heute beschlossen.

Viele schwangere Frauen möchten bei der Geburt von einer persönlich ausgewählten Hebamme betreut werden. Für die letzten Schwangerschaftswochen (in der Regel 38. bis 42. Woche) können werdende Mütter und freiberuflich tätige Hebammen deshalb eine Rufbereitschaft vereinbaren. Das heißt: Die Hebamme stellt sicher, dass sie für die Schwangere 24 Stunden am Tag erreichbar ist. Sie steht den werdenden Müttern für alle Fragen zur Verfügung und ist zur Stelle, wenn sich das Kind ankündigt.

Diese Leistung wird grundsätzlich als Pauschale berechnet. Die TK erstattet für Geburten ab dem 1. Januar 2013 die Kosten bis zu einem Betrag von 250 Euro. Dazu muss die Schwangere lediglich die Rechnung der Hebamme im Original bei der Kasse einreichen.

tk news aktuell, 14.12.2012

Chemotherapie bei Brustkrebs – ja oder nein? Biomarker-Test bietet Entscheidungshilfe

Haarausfall, Übelkeit, Gewichtsverlust – eine Chemotherapie ist für viele der rund 70.000 Frauen, die in Deutschland jährlich an Brustkrebs erkranken, eine Tortur. Doch nicht immer ist die Behandlung, die nach der Entfernung des Tumors das Risiko von Metastasen reduzieren soll, medizinisch sinnvoll. Experten schätzen, dass dies nur auf etwa ein Drittel der Patientinnen zutrifft. Damit Betroffene mehr Klarheit erhalten, ermöglicht die Techniker Krankenkasse (TK) ihren Versicherten, den sogenannten

Biomarker-Test durchführen zu lassen. „Mit diesem hochwertigen Diagnoseverfahren bekommen die Patientinnen eine professionelle Entscheidungshilfe an die Hand“, sagt Dr. Thomas Ruprecht, Arzt bei der TK. Kooperationspartner des Versorgungsangebots sind die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) sowie Krankenhäuser und niedergelassene Fachärzte aus der Region Hannover, die während der gesamten Behandlung eng vernetzt zusammen arbeiten.

Bei dem Test wird die Konzentration spezieller Eiweiße im Tumorgewebe analysiert. „Ist ihr Anteil niedrig, haben Patientinnen mit Brustkrebs im Frühstadium, bei denen keine Lymphknoten befallen sind, besonders gute Heilungschancen“, erläutert Ruprecht. Überschreitet der Anteil einen bestimmten Schwellenwert, ist eine Chemotherapie ratsam. Wichtig ist, dass sich die Patientinnen vor der geplanten Operation vom Facharzt aufklären und beraten lassen. „Er gibt danach die Informationen an den Chirurgen in der Klinik weiter, da der Biomarker-Test nur an frischem Tumorgewebe durchgeführt werden kann“, so Ruprecht.

„Die Erkenntnisse in der Medizin schreiten zum Glück immer weiter voran. Wir greifen diese neuen Möglichkeiten in der Versorgung gerne auf und versuchen, diese unseren Versicherten – sofern sie im Alltag sinnvoll und umsetzbar sind – so schnell wie möglich anzubieten“, betont Ruprecht. Außer den gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen entstehen keine Kosten für die Patientinnen. Informationen zum Angebot finden Interessierte im Internet auf www.tk.de (Webcode 461798). Dort lässt sich auch der Flyer „Biomarker“ mit ausführlichen Hinweisen downloaden (Webcode 461850). Darüber hinaus beantworten Spezialisten unter der Rufnummer 0800-285 00 85 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands) Fragen zum Angebot.

Pressemitteilung TK 31.10.12

Übergewicht beginnt im Mutterleib

Lebensstil der Mutter prägt Veranlagung für späteres Gewicht

Die Veranlagung zu Übergewicht wird bereits vor der Geburt geprägt. Das haben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Charité – Universitätsmedizin Berlin in einer internationalen Studie nachgewiesen, die im Fachjournal Plos One* erschienen ist. Die Studie zeigt: Kinder mit einem Geburtsgewicht von mehr als 4.000 Gramm haben in ihrem späteren Leben ein doppelt

so hohes Risiko, übergewichtig zu werden, wie normalgewichtige Neugeborene.

Die Ergebnisse der Studie belegen, dass das lebenslange Risiko für Übergewicht wesentlich vom Lebensstil der werdenden Mutter beeinflusst wird. Prof. Andreas Plagemann von der Klinik für Geburtsmedizin an der Charité hat die Studie geleitet. Er erklärt: „Der Verlauf der Schwangerschaft erweist sich noch mehr als bisher als entscheidender Weichensteller für die Gesundheit des Kindes in seinem ganzen Leben.“ Übergewicht, Überernährung, Bewegungsmangel und daraus resultierende Stoffwechselerkrankungen während der Schwangerschaft können zu einem hohen Geburtsgewicht führen. Um den Zusammenhang zwischen dem individuellen Gewicht bei der Geburt und dem Risiko einer späteren Übergewichtigkeit zu untersuchen, hat das Forscherteam um Prof. Plagemann 66 Studien ausgewertet, die hierzu weltweit durchgeführt wurden. Insgesamt wurden die Daten von mehr als 640.000 Probandinnen und Probanden im Alter von bis zu 75 Jahren aus 26 Ländern und 5 Kontinenten in die Meta-Analyse einbezogen.

Die zunehmende Übergewichtigkeit und Fettleibigkeit breiter Bevölkerungsschichten gehört zu den größten gesundheitsrelevanten Problemen weltweit, auch in Deutschland. Über die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung ist mittlerweile übergewichtig und 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen sind bereits betroffen. Eine Vielzahl medizinischer, sozialpolitischer und gesundheitsökonomischer Probleme und Belastungen sind die Folge. So ist Übergewicht einer der Hauptrisikofaktoren für Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Erkrankungen des Bewegungsapparates und auch psychischer Probleme. „Die neuen Erkenntnisse zeigen, dass eine Prävention von Übergewicht für das gesamte spätere Leben schon vor der Geburt möglich ist“, betont Prof. Plagemann.

* Schellong, Karen; Schulz, Sandra; Harder, Thomas; Plagemann, Andreas: Birth Weight and Long-Term Overweight Risk: Systematic Review and a Meta-Analysis Including 643,902 Persons from 66 Studies and 26 Countries Globally. In: Plos One, Volume 7, Issue 10, October 2012. Doi: 10.1371/journal.pone.0047776.t001.

Charité-Universitätsmedizin Berlin
10.01.2013

Asthma und Ekzeme durch Fast Food – neuseeländische Studie beweist Zusammenhänge

Wenn Kinder und Jugendliche drei Mal oder häufiger pro Woche Fast Food essen, erhöht sich ihr Risiko, an schwerem Asthma, Nasenschleimhautentzündungen und Ekzemen zu erkranken. Auf diesen Zusammenhang lässt nun eine groß angelegte internationale Studie unter der Leitung von Professor Innes Asher und Philippa Ellwood von der Fakultät für Kinder- und Jugendmedizin der University of Auckland in Neuseeland schließen.

Die Untersuchungsergebnisse wurden Mitte Januar 2013 in der Onlineausgabe des Wissenschaftsjournals „Thorax“ veröffentlicht und bestätigten außerdem, dass man seinem Körper etwas Gutes tut, wenn man drei Mal oder häufiger pro Woche Obst isst.

Im Rahmen der Untersuchung wurden Daten von mehr als 319.000 Jugendlichen im Alter von 13-14 Jahren aus 107 Gesundheitszentren in 51 Ländern und von mehr als 181.000 Kindern im Alter von 6-7 Jahren aus 64 Zentren in 31 Ländern ausgewertet, die bereits an der so genannten „International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)“ teilgenommen hatten. Dabei handelt es sich um ein internationales Forschungsprojekt, dem die University of Auckland seit nunmehr 20 Jahren vorsitzt. Mittlerweile umfasst dieses Projekt Daten aus mehr als 100 Ländern und von fast zwei Millionen Kindern und gilt somit als die größte Studie ihrer Art.

Die teilnehmenden Kinder und Eltern machten Angaben darüber, wie häufig bestimmte Krankheitssymptome, wie schweres Atmen bei Asthma oder eine laufende/verstopfte Nase und juckende/tränende Augen bei der allergischen Rhinokonjunktivitis, eine Art Heuschnupfen, auftraten. Außerdem informierten sie das Forscherteam über aufgetretene Ekzeme und über ihre wöchentlichen Essgewohnheiten.

Beim Auswerten der Daten achteten die Forscher besonders auf die Schwere der Symptome in den vergangenen zwölf Monaten. Ihr Augenmerk lag dabei beispielsweise auf der Häufigkeit der Symptome und wie sich die Symptome auf das tägliche Leben und/oder das Schlafverhalten ausgewirkt hatten. Außerdem konzentrierte sich das Team auf Nahrungsmittel, wie Fleisch, Fisch, Obst und Gemüse, Hülsenfrüchte, Zerealien, Brot und Pasta, Reis, Butter, Margarine, Nüsse, Kartoffeln, Milch, Eier und Fast Food/Hamburger, deren positive oder negative Auswirkung auf die Gesundheit bereits

bekannt ist. Deshalb gaben die Teilnehmer in folgenden Kategorien an, wie häufig sie die Nahrungsmittel gegessen hatten: nie, gelegentlich, ein bis zwei Mal pro Woche, drei Mal oder häufiger pro Woche.

Unter Berücksichtigung bestimmter Faktoren, die die Ergebnisse beeinflussen können, zeigte die Auswertung der Daten, dass sich nur Fast Food in gleichem Maße negativ auf die beiden teilnehmenden Altersgruppen auswirkte. So schlussfolgerten die Forscher, dass „eine solche Einheitlichkeit die mögliche Kausalität des Zusammenhangs verstärkt“.

Unter den Jugendlichen konnte Fast Food durchweg mit akuten und schweren Symptomen der drei oben genannten Erkrankungen in Verbindung gebracht werden und zwar in allen Gesundheitszentren der teilnehmenden Länder, unabhängig vom Geschlecht und der finanziellen Situation der Probanden.

Unter den Kindern im Alter von 6 und 7 war der Kausalzusammenhang zwar nicht so eindeutig, die auftretenden Symptome konnten dennoch auch in dieser Altersgruppe teilweise auf das Essen von Fast Food zurückgeführt werden. Laut der Forscher könnte der Unterschied zwischen den Altersgruppen dadurch zu erklären sein, dass jüngere Kinder bei ihrer Essensauswahl weniger Freiraum haben als Jugendliche.

Stand bei den Testteilnehmern drei Mal oder häufiger pro Woche Fast Food auf dem Speiseplan, erhöhte sich das Risiko, an schwerem Asthma zu erkranken, bei den Jugendlichen um 39 Prozent und bei den Kindern um 27 Prozent. Auch das Auftreten von Ekzemen und der Schweregrad von Nasenschleimhautentzündungen erhöhten sich insgesamt.

Im Rahmen der Studie kamen die teilnehmenden Gesundheitszentren außerdem zu dem Ergebnis, dass man durch den Verzehr von Obst den drei oben genannten Krankheiten vorbeugen kann. Aßen die Testteilnehmer drei Mal oder häufiger pro Woche Obst, verringerte sich die Schwere der Symptome bei den Jugendlichen um 11 und bei den Kindern um 14 Prozent.

Das Forscherteam weist darauf hin, dass es zwei plausible Erklärungen für die Untersuchungsergebnisse gibt: Fast Food enthält einen hohen Anteil an gesättigten und trans-Fettsäuren, die unser Immunsystem beeinträchtigen, während Obst reich an Antioxidantien und weiteren nützlichen Inhaltsstoffen ist.

Australisch-Neuseeländischer Hochschulverbund/Institut Ranke-Heinemann
24.01.2013

Kinderhilfswerk und UNICEF starten bundesweite Initiative „Kinderfreundliche Kommunen“

Kinderhilfswerk und UNICEF starten bundesweite Initiative „Kinderfreundliche Kommunen“

Ausgewählte Städte und Gemeinden in Deutschland können erstmals das Siegel „Kinderfreundliche Kommune“ beantragen. Auf der bundesweiten Auftaktveranstaltung des Vorhabens am 31. Januar in Berlin wurden dazu die erforderlichen Standards und Bausteine vorgestellt. Mit dem Siegel unterstützen das Deutsche Kinderhilfswerk und UNICEF Deutschland das Engagement zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention auf lokaler Ebene. Der dazu gegründete Verein „Kinderfreundliche Kommunen e.V.“ wird das Siegel an Städte und Gemeinden vergeben, die unter der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen einen Aktionsplan für die lokale Umsetzung von Kinderrechten verabschiedet haben. Das Siegel „Kinderfreundliche Kommune“ bietet den Kommunen die Möglichkeit, die Rechte von Kindern und damit den besonderen Schutz, die Förderung und die Beteiligung von jungen Menschen zu stärken. Die Pilotphase ist auf vier Jahre begrenzt, in dieser Zeit nehmen sieben Kommunen teil. Das Konzept der Initiative setzt folgende Schwerpunkte: die breite Beteiligung von Kindern und Jugendlichen, ein international erprobtes und vergleichbares Verfahren anhand klarer Kriterien sowie die Nachhaltigkeit durch eine langfristig angelegte Prozessbegleitung. Bisher haben Hanau, Regensburg, Senftenberg, Weil am Rhein und Wolfsburg die entsprechenden Vereinbarungen unterzeichnet, weitere teilnehmende Städte sind voraussichtlich Halle (Saale) und Köln.

„In den Kommunen werden Kinderrechte konkret. Wir freuen uns, dass sich zunächst sieben Kommunen aus verschiedenen Regionen Deutschlands zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention auf lokaler Ebene verpflichtet haben. Sie haben damit die Chance, mit dem Siegel ‚Kinderfreundliche Kommune‘ ausgezeichnet zu werden und sind Vorreiter bei der Verwirklichung der Kinderrechte“, betont Anne Lütkes, Vorstandsvorsitzende des Vereins „Kinderfreundliche Kommunen e.V.“

Fortsetzung auf Seite 32

Zu wenig Milch

Ursachen der Hypogalaktie

Denise Both, IBCLC

Fast jede Mutter stellt sich irgendwann die Frage, ob sie genügend Milch für ihr Kind haben wird oder aktuell hat. Die Mehrzahl aller Frauen wird diese Frage mit „ja“ beantworten können oder es kann ihnen bei eventuellen Problemen mit der Milchmenge geholfen werden. Doch es wird immer wieder Frauen geben, deren Milchmenge nicht ausreicht: etwa 3 bis 5% aller Mütter wird es nicht möglich sein, dass sie ihr Kind (ausschließlich) mit ihrer Muttermilch ernähren können.

In einer 1983 in Österreich veröffentlichten Untersuchung(1) war „schwere Hypogalaktie“ mit einem Anteil von 25,6% die zweithäufigste Ursache für das Nicht-Stillen. Auch neuere Studien zeigen, dass „zu wenig Milch“ eine der Hauptursachen für das frühzeitige Abstillen ist (2,3) Dabei ist die Hypogalaktie keineswegs ein Problem der jüngeren Zeit, wie sich aus dem folgenden Zitat aus einer Veröffentlichung aus der „Zeitschrift für Kinderheilkunde“ von 1921(4) ablesen lässt:

„Die Hypogalaktie wird eingeteilt in eine konstitutionell und eine konditionell bedingte. Sie kann primär (vor dem zweiten Monat) oder sekundär auftreten, quantitativer oder qualitativer oder beider Natur sein. ... Die Therapie der Hypogalaktie besteht in den ersten 2 Monaten unbedingt in Zuwarten, Regelung der Stilltechnik, evtl. Aufnahme einer Amme mit deren Kind und wechselseitigem Anlegen, nach dem zweiten Monat in Zuführung künstlicher Nahrung in der Form, daß bei jeder Mahlzeit angelegt und das fehlende Quantum durch künstliche Nahrung ergänzt wird. In sämtlichen beobachteten Fällen gelang es auf diese Weise, die Brusternährung durchschnittlich bis zum ersten Halbjahr neben der künstlichen Nahrung zu erhalten.“



Foto: Kerri Frischknecht

Interessant ist dabei, wie sehr sich dieser Text zum Thema Hypogalaktie und ein Auszug aus einem Gynäkologiefachbuch aus dem Jahr 2011 gleichen: „Als Hypogalaktie wird die ungenügende Milchsekretion der Wöchnerin in der Laktationsperiode bezeichnet. Die primäre Hypogalaktie ist selten und wiederholt sich nach allen Geburten, da sie konstitutionell bedingt ist. Dagegen ist die sekundäre Hypogalaktie vorwiegend auf exogene Ursachen zurückzuführen. Demzufolge darf die Diagnose der primären Hypogalaktie erst nach Ausschluss äußerlicher Faktoren und nach den ersten 10 Wochenbetttagen gestellt werden, da sich nach der Entlassung aus der Klinik die normale, bedarfsgerechte Laktation noch einstellen kann ... Die Hypogalaktie kann durch Motivation, Erlernen der Stilltechnik und durch die Behandlung mit Prolaktinsekretion-steigernden Pharmaka behoben werden.“(5)

Es war also bereits vor rund 100 Jahren bekannt, dass der richtigen Stilltechnik eine wesentliche Rolle für den Stillterfolg zukommt und es ist schön zu lesen, dass in einem modernen Fachbuch mit dem

Titel „Praktische Hormontherapie in der Gynäkologie“ darauf hingewiesen wird, dass vor einer eventuellen medikamentösen Therapie zunächst „immer versucht werden sollte, durch natürliche Maßnahmen, wie die Erhöhung der Stillfrequenz, reichliches Trinken besonders von Stilltee [Anmerkung: für diese Empfehlung gibt es keine echte Evidenz], ausreichend Schlaf und äußere Ruhe, die unzureichende Laktation zu verbessern“. Erst wenn „die Laktogenese durch Motivation und Verbesserung der Stilltechnik nicht gefördert werden kann, kann die Pharmakotherapie in Erwägung gezogen werden“. Noch schöner wäre natürlich in diesem Zusammenhang ein Hinweis auf die Betreuung der Frau durch eine kompetente Stillberaterin.

Um ausreichend Milch für ihr Kind bilden zu können, müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:(6)

- Die Frau verfügt über ausreichend Brustdrüsengewebe.
- Die Nervenbahnen und Milchgänge in ihrer Brust sind intakt.

- Hormonproduktion und Hormonrezeptoren funktionieren regelrecht.
- Die Brust wird durch häufige und effektive Entleerung zur Milchbildung stimuliert.

Sind einer oder mehrere dieser Punkte nicht erfüllt, ist mit Schwierigkeiten beim Stillen und mit der Milchmenge zu rechnen. Außerdem können schwere mütterliche Erkrankungen die Stillfähigkeit beeinträchtigen.

Zu wenig Brustdrüsengewebe

Frauen mit kleinen Brüsten haben oftmals Sorgen, dass sie nicht genügend Milch bilden könnten. Doch die Größe der Brust sagt keineswegs zwingend etwas darüber aus, wie viel Drüsengewebe vorhanden ist. Keine Frau wird absolut gleich große Brüste haben, doch bereits vor oder während der Schwangerschaft deutlich unterschiedliche Brüste können auf zu wenig Brustdrüsengewebe und damit auf zukünftige Stillprobleme hinweisen. Sollte nur eine Brust nicht oder nicht zur vollen Milchbildung in der Lage sein, kann die Frau in der Regel dennoch an der anderen Brust stillen, wenn in dieser Brust ausreichend Brustdrüsengewebe vorhanden ist. Frauen mit kleinen Brüsten müssen u.U. häufiger stillen, da ihre Brust ein geringeres Fassungsvermögen hat.

Tubuläre Brüste sind ein Hinweis auf zu wenig Brustdrüsengewebe. Rees und Aston(7) beschreiben die Merkmale von tubulären (tuberösen) Brüsten folgendermaßen: Schmale Brustbasis, geringe vertikale Ausdehnung des Drüsengewebes, große Areola, häufig Pseudohernie von Brustdrüsengewebe in die Areola, Hypoplasie der unteren Quadranten, Mamillendysplasie und obligate Handfehlbildungen wie Brachydaktylie, Oligodaktylie oder Syndaktylie. Durch die unzureichende Ausbildung des Brustdrüsengewebes können Frauen mit dieser Fehlbildung häufig nicht (voll) stillen.

Das Poland-Syndrom (Amazonensyndrom) ist eine angeborene, in der Regel einseitig auftretende Fehlbildung der Brustdrüse und des Brustmuskels sowie der Haut- und Anhangsgebilde, wobei auch Rippen- und Handfehlbildungen auftreten können. Frauen mit Poland-Syndrom haben eine gesunde und eine unterentwickelte oder

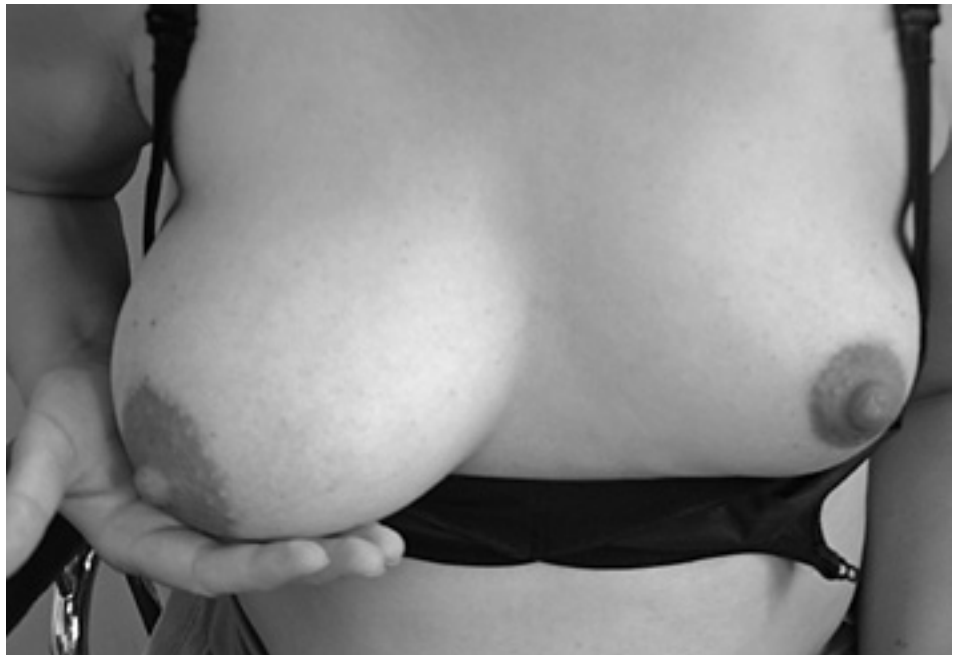


Foto: Kerri Frischknecht

fehlende Brust. Die Stillfähigkeit an der nicht betroffenen Brust ist in der Regel normal.(8)

Unzureichendes Brustdrüsengewebe kann erblich bedingt sein. Fällt bei einer Frau eine solch ungewöhnliche Brustform auf und berichtet sie, dass andere weibliche Verwandte Stillprobleme hatten oder sich ihre Brust in der Schwangerschaft kaum oder gar nicht verändert hat, ist eine engmaschige Betreuung der Mutter nach der Geburt erforderlich, um gegebenenfalls rechtzeitig eingreifen zu können.

Intakte Nervenbahnen und Milchgänge

Nach Brustoperationen oder Verletzungen können Milchgänge und Nervenbahnen in unterschiedlichem Ausmaß durchtrennt oder geschädigt sein. Verletzte Nerven und der damit verbundene Sensibilitätsverlust behindern, die Weiterleitung der Nervenimpulse von der Mamille an die Hypophyse und damit das Auslösen der Oxytocinausschüttung, die für das Einsetzen des Milchspendereflexes notwendig ist. Durchtrennte Milchgänge können so vernarbt sein, dass die Milch nicht mehr entleert werden kann, was letztlich zu einer Verringerung der Milchmenge führt. Die Chancen, dass eine Frau nach einer Brustoperation stillen kann, sind umso geringer je mehr Brustgewebe entfernt wurde und je

mehr Nerven und Milchkanäle durchtrennt wurden (eine Versetzung der Mamille sollte möglichst vermieden werden). Allerdings können Milchgänge sich im Verlauf einer Schwangerschaft regenerieren. Die Regeneration der Nerven ist ebenfalls möglich und verläuft unabhängig von den hormonellen Veränderungen einer Schwangerschaft.

Nach einer Reduktionsplastik können nur etwa ein Drittel der Frauen so lange ausreichend stillen, wie sie möchten, eine Hypogalaktie ist häufig zu beobachten. Bereits in der Schwangerschaft sollten geeignete Methoden zur Zufütterung mit der Frau besprochen werden, nach der Geburt ist eine sorgfältige Begleitung durch eine Stillberaterin anzuraten. Nach einer Augmentationsplastik hängt die Stillfähigkeit davon ab, wie viel Brustdrüsengewebe vorhanden ist (eine mögliche Ursache für die Vergrößerung kann eine kleine Brust durch zu wenig Brustdrüsengewebe sein). Etwa zwei Drittel der Frauen nach einer Augmentationsplastik können ausreichend Milch für ihr Kind bilden.(9)

Hormone

Mammogenese und Laktogenese werden von Hormonen gesteuert.(10) Die in der Pubertät beginnende Entwicklung der Brust wird durch Östrogene, Wachstumshormone und adrenale Steroide (DHEAS), sowie

durch Progesteron und Prolaktin stimuliert. Die Laktogenese beginnt bereits in der Schwangerschaft. Dabei wirken Humanes Plazentalactogen (HPL), Prolaktin, Insulin, Östradiol und adrenale Steroide eine Rolle. Vor der Geburt verhindert ein hoher Östrogenspiegel den Milcheinschuss. Der nach der Geburt einsetzende Abfall von Östrogen, Progesteron und HPL ist verantwortlich für den Beginn der reichlichen Milchbildung. Für die weitere Milchbildung sind dann zunächst Oxytocin und Prolaktin wichtig. Die anfängliche endokrine Kontrolle der Milchbildung wird schließlich von der autokrinen oder lokalen Kontrolle abgelöst, so dass der Einfluss der Hormone bei gut eingespielter Milchproduktion zurückgeht.

Die weltweit häufigste Ursache für Hypogalaktie postpartum ist die Plazentaretenation. Die effektorischen Hormone der Plazenta wirken auf den Prolactin inhibiting factor (PIF), so dass die Prolaktinausschüttung gehemmt und die Milchbildung gehemmt wird.

Seltenes Saugen an der Brust führt ebenfalls zu einem sinkendem Prolaktinspiegel und dem damit verbundenen Milchmangel. Eine weitere Möglichkeit für ein Absinken des Prolaktinspiegels sind erhöhte Katecholamine. (9) Ein erhöhter Katecholaminspiegel kann durch Stress während der Geburt, eine Notsectio sowie durch Schmerzen und Unruhe im Wochenbett verursacht werden.

Da die hormonellen Regelkreise im Körper niemals isoliert betrachtet werden können, gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, wie hormonelle Störungen sich negativ auf die Milchbildung auswirken können. Dazu gehören Hypothyreose, Polycystisches Ovarial Syndrom (PCOS), Diabetes (die Laktogenese II ist insulinabhängig) und das (sehr seltene) durch massive postpartale Blutungen ausgelöste Sheehan Syndrom.

Häufige Entleerung der Brust

Laut der Hormonrezeptor-Theorie(11) werden umso mehr Prolaktinrezeptoren ausgebildet, je höher der Prolaktinspiegel der Mutter in den ersten zwei Wochen postpartum ansteigt. Wird die Brust in diesem Zeitraum nur ungenügend entleert und stimuliert, werden weniger Prolaktinrezeptoren

aktiviert und die Fähigkeit zur Milchbildung für die aktuelle Laktationsperiode dauerhaft eingeschränkt. Nach der Geburt eines weiteren Kindes, können die Rezeptoren neu aktiviert werden.

Wie viel und wie schnell Milch gebildet wird, hängt auch davon ab, wie voll die Brust ist. Verkürzt gesagt bildet eine volle Brust langsamer Milch. Mit zunehmender Füllung der Brust steigt die Konzentration des Molkeproteins FIL (Feedback Inhibitor of Lactation), was zu einer Verlangsamung der Milchbildung führt. Der interne Druck durch die Milch in der Brust kann den Blutfluss in der Brust verringern und eine Kompression der Alveolen verursachen, was ebenfalls zu einer Verringerung oder sogar zu einem Stopp der Milchproduktion führt. (12, 13)

Mütterliche Erkrankungen

Schwere bakterielle Infektionen wie zum Beispiel Sepsis, Endomyometritis oder Pneumonie, peripartale Hämorrhagie mit nachfolgender Anämie und Bluthochdruck können sich negativ auf die Stillfähigkeit der Mutter auswirken. Ist die Mutter auf Medikamente angewiesen, insbesondere solche mit Einfluss auf den Prolaktinspiegel, kann dies ebenfalls zu Problemen mit der Milchmenge führen.

Übergewicht ist ein weiterer Risikofaktor für zu wenig Milch. Je höher der BMI vor der Geburt, desto später beginnt die Laktogenese II. Außerdem ist bei adipösen Müttern mit einer verminderten Prolaktinantwort auf das Saugen des Kindes zu rechnen. Letztlich muss bei adipösen Müttern der Grund für das Übergewicht erforscht werden. So kann das oben bereits erwähnte PCOS nicht nur die Fruchtbarkeit, sondern auch die Stillfähigkeit beeinträchtigen. (14) Insgesamt lässt sich beobachten, dass Frauen nach Fruchtbarkeitsbehandlungen vermehrt auch Probleme mit der Milchbildung haben können.

Ganz gleich was die Ursache für zu wenig Milch ist: Für die Mutter ist es eine enorme Belastung, ihr Kind nicht ausreichend ernähren zu können. Sie braucht einfühlsame Begleitung und auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmte Hilfe und die Gewissheit, dass sie auch dann eine „gute Mutter“ ist, wenn sie ihr Kind nicht (aus-schließlich) stillen kann.

Quellen:

Gerstner, G. Kucera, H., Kubista, E.: Stillgewohnheiten vor und nach Einführung eines partiellen Rooming-in-Systems. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 43 (1983) 156-159

M. Kohlhuber, B. Rebhan, U. Schwegler, B. Koletzko, H. Fromme (2008) Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *British J Nutr* 99, 1127-1132

M. Kersting, M., Dulon, M.: Fakten zum Stillen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. October 2002, Volume 150, Issue 10, pp 1196-1201

Lederer, R.: Über Hypogalaktie. *Zeitschrift für Kinderheilkunde*. 10. Dezember 1921, Volume 31, Issue 3-4, pp 141-149

Göretzlehner, G. et al.: Praktische Hormontherapie in der Gynäkologie. De Gruyter 6. Auflage 2012 S. 371f

Mohrbacher, N.: *Breastfeeding Answers Made Simple: A Guide for Helping Mothers*. Hale Publishing 2010 S. 390ff

Rees, T.D., Aston, S.J. The tuberous breast. *Clin Plast Surg* 1976; 3: 339 – 347

Ahlers, R., Menke, H.: Fehlbildungen der weiblichen Brust Problemstellung und plastisch-chirurgische Therapieoptionen. *Hessisches Ärzteblatt* 2004(11) 647-649

Kuck, A.: Mütterliche Gründe für mangelnde Milchbildung. Vortrag LLL Fachtagung am 22.09.2012 in Zürich

Leidenberger, F. et al.: Klinische Endokrinologie für Frauenärzte. Springer 4. Auflage 2009, S. 187

De Carvalho, M. et al. Effect of frequent breastfeeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics* 1983; 72:307-11

Wilde, C.J. et al.: Autocrine regulation of milk secretion by a protein in milk. *Biochem J*. 1995 January 1; 305(Pt 1): 51–58

Daly, S.E.J., Owens, R.A., and Hartmann, P.E. The short-term synthesis and infant-regulated removal of milk in lactating women. *Exp Physiol* 1993 Mar; 78(2): 209-20.

Hilson, J., Rasmussen, K., Kjolhede, C.: High prepregnant body mass index is associated with poor lactation outcomes among white, rural women independent of psychological and demographic correlates. *J Hum Lact.* 2004;20:18-29

Firmenportrait „Hoppediz“

In meiner Schwangerschaft habe ich mir so meine Gedanken gemacht, wie es denn wohl sein würde, wenn mein Baby endlich da ist. An Tipps von Freundinnen, Eltern, Schwiegereltern usw. mangelte es nicht. Als ich jedoch eine Frau mit Ihrem Baby im Tragetuch beim Einkaufen gesehen habe, wusste ich sofort: Das will ich auch. Aber keiner im Bekannten- und Freundeskreis hatte ein Tragetuch. Jetzt fing das Debakel richtig an. Woher bekomme ich so ein Tuch? Wie bindet man es richtig? Wie teuer ist es?

Nach langem Suchen, Informieren, Vergleichen und einem Schock wegen der Preise war ich es leid. Auf der einen Seite wollte ich kein kleines Vermögen für ein Tragetuch ausgeben. Auf der anderen Seite wollte ich aber auch nicht darauf verzichten. Ich habe lange Zeit in der Textilbranche gearbeitet und kenne daher natürlich auch gute Lieferanten, die gewebte Baumwolle verarbeiten. Den Besten von ihnen habe ich angesprochen. Ich habe ihm erklärt, dass ich ein langes Baumwolltuch haben möchte, das durch seine spezielle Webart diagonal dehnbar sein muss, aber nicht „ausleiert“ und das Kind, das es trägt, richtig stützt. Nach einigen Wochen kam dann das erste Muster, das aber viel zu starr und zu wenig dehnbar war.

Das zweite Tragetuch war zwar schon wesentlich besser, aber lange nicht gut genug. Noch einmal habe ich einige „Eigenschaften“ bemängelt und hatte die Hoffnung, dass das dritte Tragetuch endlich o.k. ist und noch vor der Geburt von Jan bei mir eintrifft. Leider war dem nicht so. Jan kam zur Welt und ich hatte zwar viel vorbereitet und geplant, aber das ultimative Tragetuch war noch nicht da.

Weil Jan ein „Tragling“ war, sich nur auf dem Arm so richtig wohlfühlt hat und ansonsten geschrien hat, habe ich ihn die ersten beiden Wochen sehr viel getragen – ohne Tragetuch! Ich hatte das Gefühl, dass meine Arme immer länger werden und ich nichts mehr auf die Reihe bekomme.

Dann kam endlich das lang ersehnte Paket und ich war damals mit dem Tuch zufrieden. Ab mit dem Tuch in die Waschmaschine, dann in den Trockner und rein mit dem Kind ins Tuch.

Aber wie? Jetzt hatte ich zwar ein super Tragetuch, aber keine brauchbare Anleitung. Einige Tage nach Eintreffen des Tuches ist ein Angebot für einen Tragetuchkurs in die Hände gefallen. Der Kurs wurde von einer erfahrenen Tragetuchmutter gegeben und nach ihren Erklärungen und Übungen mit dem Tragetuch fluppte es auf einmal. Binden und Tragen kann so einfach sein, wenn es richtig erklärt wird!

Seit diesem Tag habe ich Jan viel im Tragetuch getragen. Er hat sich super wohl darin gefühlt, meine Nerven erholten sich auch schnell und ich konnte endlich mal wieder die Wohnung ein bisschen intensiver aufräumen und auf Vordermann bringen – obwohl ich sonst nicht so der Putzteufel bin. Auch mein Mann Ingo hatte nach anfänglichen Anlaufschwierigkeiten richtig Gefallen am Tragen und Kuscheln mit Jan im Tuch. Manchmal hilft halt doch die Holzhammermethode ;-).

Im „Krabbelkurs“ haben die befreundeten Mütter gesehen, wie schön und einfach es ist, sein Kind im Tuch zu tragen und wollten auch ein Tuch haben. Die nächsten 10 Tücher bestellte ich dann für die „Krabbelgruppe“ und einige Freunde. Als dann weitere Nachfragen kamen, habe ich erst einmal ein Gewerbe angemeldet: Hoppediz war geboren!

Inzwischen gebe ich selbst Tragetuchkurse und lerne immer noch dazu von Müttern, die mehr getragen haben als ich. Es gibt bestimmt auch noch viele Tragemöglichkeiten, die ich noch nicht kenne und ich würde mich freuen, wenn Sie mir Ihre Ideen und Tricks zukommen lassen würden, damit ich sie auf diesem Wege weitergeben kann und noch mehr Leute Spaß am Tragen entwickeln.

Bis heute haben wir uns immer intensiver in die Materie „Tragetuch“ eingearbeitet und Fortbildungen besucht. Inzwischen ist schon die ganze Familie involviert und wir haben gute Geister, die uns im Büro unterstützen und Partner, die uns mit Rat und Tat zur Seite stehen.

Dank positiver Mundpropaganda wird unsere Fangemeinde täglich größer. Die Idee, ein gutes Tuch zu einem guten Preis anzubieten, hat mittlerweile eine Eigendynamik entwickelt, mit der wir so nicht gerechnet haben.



Da ich die kreative Chaotin bin, kümmere ich mich um die Kollektion, die Tragetuchkurse und das Telefon (hier ist wieder das Vorurteil bestätigt, dass Frauen kommunikativer sind als Männer). Ingo, der gradliniger ist und auch strukturierter arbeiten kann, kümmert sich um die Messen/Veranstaltungen und das Kaufmännische. Jan, den wir zu vielen Messen und Tagungen mitnehmen, bewacht, wenn wir mal kurz weg sind, unseren Stand und will jedem, der sich nähert, ein Tragetuch verkaufen (eben ein richtiges Tragekind).

Auch die Produktion wird ständig verbessert. Die Weber haben sich auf die verbesserte Qualität/Webart und Verarbeitung eingestellt und werden stetig von uns kontrolliert. Das spiegelt das positive Ergebnis von ÖKO-Test im Jahrbuch für Kleinkinder 2006 wieder. Hier haben wir das Testurteil „SEHR GUT“ erhalten.

Im Mai 2007 wurde unsere Tochter Nina geboren. Sie ist ein ganz besonderes Kind und wir sind froh, dass sie den Weg zu uns gefunden hat. Nina hat das Down-Syndrom! Durch unsere Nina tragen wir wieder ganz intensiv und diese Zeit genießen wir – und auch sie – sehr. Besonders bei Nina merken wir, was das Tragen und die damit verbundene Nähe bewirken kann.

Parallel mit Nina haben wir ein zweites Baby „auf die Welt gebracht“ - unseren BONDOLINO® – die ergonomische Komforttrage für Babys und Eltern. Nina gab auch den Anstoß für die Entwicklung unseres Trinkbechers CamoCup®.

CamoCup® ist speziell für Säuglinge, Kinder und Erwachsene mit sensomotorischen Einschränkungen entwickelt* worden – ganz besonders bei Saug-, Trink- und Schluckstörungen. Er ist aber als Trinklernbecher für alle Kinder bestens geeignet.

Wir freuen uns sehr, dass wir Ihnen mit unseren Ideen und Produkten das Leben mit Ihren Kleinen verschönern können.

Annette & Ingo Schröder

Dear colleagues,

First of all we like to wish you all the best for a new year as well in your private life as in your professional life.



ELACTA board had a personal meeting in München at the end of October 2012/ beginning of November and will have another meeting in Vienna at the end of January 2013.

We would like to give you a short update of the issues that we are working on.

Website

We contracted Die Wilden Kaizer (a website builder from Austria) to make a new website for ELACTA. Stefanie Franck is the representative from ELACTA board and has a very intensive contact to build this website: the design is already finished. At our next board meeting we will make the content of the website and try to use information from the former one.

Planning to be back online at the end of January 2013.

Laktation und Stillen

At our board meeting last October we had an informative meeting with Denise Both, chef-editor of Laktation und Stillen. In addition to the German journal, there will be an English version online. Because Denise Both doesn't have enough time to organize this, we already found a journalist to do this job.

Finances Basel Conference

Most of the persons who had outstanding BASEL payments were contacted to inform ELACTA when and how they paid for this conference. Some persons already paid there invoices. At this moment around a fifth of the lost money is back.

GROWING TOGETHER – BREASTFEEDING CONFERENCE COPENHAGEN 2014

The Conference will be held at Bella Center at Center Boulevard 5 in Copenhagen at 25-26 April 2014.

Organizing a conference is a continuing story: at the moment we are inviting guest speakers.

Legal/judicial information is required about the content of contracts with speakers for the Conference.

This time we will give you some information of the city. It is simply worth the trip!

Copenhagen is the capital city of one of the world's leading countries within breastfeeding tradition and support. Copenhagen is also a very clean city with many green areas, canals, lakes and a harbour - even clean and save enough to swim. The capital of one of the oldest kingdoms in the world is easily accessible and visitors experience a flourishing cultural life and a vibrant atmosphere in which they meet open-minded Copenhageners.

You will get information about the Conference-program and speakers very soon.

WHO-Code Issues

The board of ELACTA is pleased to have a new member Juanita Jauer Steichen, IBCLC from France. She is a specialist in issues



concerning the WHO-code (The International Code of Marketing Breast milk-substitutes) and Code of professional conduct (IBCLC)

There is a lot of misunderstanding in Europe how to interpret those codes and we want to make a start to clarify what our professional point of view is in a certain positions in our professional life.

Boardmeeting

At the end of January 2013 we will have a personal meeting in Vienna where we will work on all the above mentioned issues.

We are looking forward working for Elacta, for all lactation consultants in Europe. Please feel free to inform us about interesting issues, ask questions about issues that you find important.

With kind regards,

Marga Wapenaar, president of Elacta
Netherlands, Leiden, January 2013



Deutschland

BDL DEUTSCHLAND



**Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe BDL Mitglieder.**

IBCLC erreichen - informieren – begleiten bei einem guten Start ins Leben

Dieser Titel eines neuen BDL Flyers zur Information für Mütter über das Angebot der IBCLC ist das kreative Ergebnis einer Vorstandstagung am Jahresanfang, bei der weitere Projekte entwickelt wurden:

Wir haben ein neues BDL Infoblatt erstellt zum Einfluss der Geburt auf Bindungsaufbau und Stillbeziehung, das euch die Beratung der Mütter erleichtern soll. Der neue Block wird erstmalig auf dem BDL/EISL Kongress am 26./27.04. in Fulda zu erwerben sein.

Wir werden im Rahmen des Kongresses eine Fragebogenaktion durchführen, um konkrete Informationen über eure Bedürfnisse und Wünsche an uns als Vorstand zu bekommen. Unterstützung bei der Evaluation eurer Antworten erhalten wir vom Fachbereich angewandte Sozialwissenschaften der Fachhochschule Dortmund.

Da wir den direkten Kontakt mit euch für besonders wichtig halten, möchten wir an dieser Stelle dafür werben, dass ihr zahlreich an unserer Mitgliederversammlung und der anschließenden Kongressparty am 25.04. teilnehmt, um im Anschluss zwei tolle Kongresstage mit BDL und EISL zu verbringen unter dem Motto „Hand in Hand“. Wir hoffen, dass auch Kolleginnen aus den umliegenden Nachbarländern unter unseren Gästen sein werden, denn gerade der Austausch über die Grenzen in Europa hinaus ist so wertvoll; können doch Anregungen aus anderen Landesverbänden dazu beitragen, dass gute Ideen aufgegriffen und weiterentwickelt werden.

Gebt uns in Fulda die Gelegenheit, euch zu erreichen – zu informieren – zu begleiten.

Im Namen des BDL Vorstands

Elke Cramer
1. Vorsitzende des BDL

BDL Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC e.V.

BDL-Sekretariat:
Hildesheimer Straße 124 E
30880 Laatzen
Tel. +49(0)511-87 64 98 60
Fax +49(0)511-87 64 98 68
E-mail: bdl-sekretariat@t-online.de
Website: www.bdl-stillen.de

8. & 9. 7.: Kostenloses ONGKG Workshop mit dem Schwerpunkt Kommunikation mit Müttern (BFHI)

<http://www.ongkg.at/workshop-training/bfhi-trainingsworkshop-2013.html>

Nicht vergessen: Noch bis August läuft das ONGKG-Preisausschreiben mit der Chance, die Zertifizierungsgebühr zu gewinnen: <http://www.ongkg.at/baby-friendly/preisausschreiben.html>

Österreich

VSLÖ Österreich



Aktuelles vom VSLÖ

Im Rahmen der insgesamt gut besuchten internen Fortbildung des VSLÖ im November des Vorjahrs wurde auch ein neuer Vorstand des VSLÖ gewählt, wobei die meisten der bisherigen Mitglieder inkl. der Präsidentin Eva Bogensperger auch in der neuen Funktionsperiode zur Verfügung stehen. Vielen Dank für dieses Engagement! Erstmals wurde bei der Vollversammlung eine Erhöhung des Mitgliedsbeitrags beschlossen, der in den letzten Jahren bis auf eine geringfügige Erhöhung aufgrund eines höheren Beitrag für VELB (ELACTA) immer gleich geblieben ist. Besonders betont wurde in diesem Zusammenhang, dass der Erfolg und die Kontinuität der Arbeit des VSLÖ vor allem auch auf dem unermüdlichen ehrenamtlichen Engagement der Mitglieder des Vorstands, des Redaktionsteams, der Regionalkoordinatorinnen sowie der IBCLCs basiert, die sich bei Vorbereitung und Umsetzung von Fortbildungen und Kongressen einbringen.

VSLÖ-Weiterbildungstermine 2013 im Ausblick:

3. 5., 10 - 18: Workshop: Ethik in die Praxis umsetzen (Infos auf www.stillen.at)

23. 5.: VSLÖ-Fachtagung interdisziplinäre Fortbildung Stillen in Innsbruck (s. u.)

15. - 16. 11.: VSLÖ-Kongress, Wien

Weitere Terminhinweise:

8. 3. & 9. 3.: Fachtagung zu Stillen & Neonatologie in Salzburg (SALK / Europäisches Institut für Stillen)

Interdisziplinäre Fortbildung Stillen am 23. 5. in Innsbruck

Es ist gelungen, ein interessantes Programm zusammenzustellen, das sowohl für Ärzte, Mitarbeiterinnen im Krankenhausbereich, als auch für alle, die Mütter und Kinder nach der Entlassung aus dem Krankenhaus betreuen, interessante Themen bietet: (Ent-)Bindung – Bindung ist das Thema von Dr. Michael Scheele aus Hamburg. Der Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind nach der Schwangerschaft beginnt direkt nach der Geburt. Mutter und Kind sind von der Natur her bestens dafür ausgestattet, dass in diesen ersten Minuten und Stunden das Band geknüpft werden kann. Allerdings sollten die Voraussetzungen dafür stimmen.

Dr. Gabi Kussmann, IBCLC aus Stuttgart, hat der Einfluss des Stillens auf die Epigenetik fasziniert. Denn Gene sind lebenslang in Bewegung und beeinflussbar, besondere sensibel für Veränderungen sind sie während der Schwangerschaft, nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren sowie in der Pubertät. Gesunde Ernährung, Stillen und Bindungserfahrungen sind dementsprechend prägend für das ganze Leben.

Dr. Michael Rohde, IBCLC und Chefarzt aus Bregenz spricht über den Einfluss der modernen Geburtsmedizin auf das Stillen. Ein erklärtes Ziel der modernen Geburtsmedizin ist der bestmögliche Schutz von Mutter und Kind. Der Start ins Leben sollte für das Kind sicher und „sanft“ sein und für die Mutter schmerzfrei. Ein hohes Maß an Sicherheit und Schmerzfreiheit bei der Geburt ist nicht immer gleichbedeutend mit einem gelingenden Stillstart. Manchmal sind die Schmerzen nur ins Wochenbett verlagert und es erfordert besonderen

Einsatz der Hebammen und Pflegenden, damit das Stillen gut gelingt.

Besonders interessant für Kinderärzte wird das Thema von Gudrun von der Ohe, Ärztin und IBCLC aus Hamburg sein. Was ist nötig für einen guten Start von Babys diabetischer Mütter? Schwangere sollten auf einen Schwangerschaftsdiabetes gescreent und entsprechend gut eingestellt werden. Dann sind weitere Startschwierigkeiten in den ersten Tagen geringer. Durch frühes und häufiges Stillen können niedrige kindliche Blutzuckerspiegel vermieden werden, Kolostrum ist zur Stabilisierung des Blutzuckers am besten geeignet.

Eine weitere spannende Frage der ersten Tage beantwortet Univ. Prof. Dr. Daniela Karall, IBCLC aus Innsbruck. Nämlich ob ein zu kurzes Zungenbändchen tatsächlich ein Problem ist. Ein zu kurzes Zungenbändchen des Babys kann der Mutter beim Stillen große Schmerzen bereiten und zu beeinträchtigtem Gedeihen des Babys führen, da die Brust nicht korrekt erfasst und entleert werden kann. Diese Zusammenhänge werden oft nicht erkannt. Daraus ergibt sich, dass ein zu kurzes Zungenbändchen nicht als medizinisches Problem gilt und daher Mütter nicht die notwendige Hilfe finden.

Die Direktorin des Europäischen Institutes für Stillen und Laktation Gabriele Nindl, IBCLC, spannt den Bogen vom Säugling zum Kleinkind. Denn Stillen ist nicht nur ein Thema der ersten Tage. Das Stillverhalten verändert sich parallel zur Entwicklung des Kindes. Es gibt auch später intensive Zeiten, in denen das Baby besonders viel Zuwendung und damit verbunden häufiges Stillen von der Mutter braucht. Für Eltern tun sich in dieser Zeit immer wieder neue Fragen auf, die eine einfühlsame und kompetente Beratung und Begleitung erfordern.

**VSLÖ Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs
IBCLC**

A-2362 Biedermannsdorf
Lindenstrasse 20
Tel:+43(0)699 15 47 91 30
E-Mail: info@stillen.at
Website: www.stillen.at

VSLS

VSLS Südtirol



VSLS Neuwahlen

Am 23. November haben auf unserer Generalversammlung die Neuwahlen für das VSLS Vorstandsteam stattgefunden. Hier möchte ich die Namen des neuen Vorstandsteams bekanntgeben:

Präsidentin: Karin Planker

Vizepräsidentin: Ottilie Gander

Kassiererin: Martina Zingerle

Schriftführerin: Rosmarie Gruber

1.Beirätin und Verantwortliche des Verbandssekretariats: Kathrin Plattner

2.Beirätin - Übersetzungen: Sara Ottaviani

Unsere Homepage wird weiterhin von Astrid di Bella und der Bücherstand von Elfriede Ebner betreut.

Als Referenten stehen uns Barbara Walcher, Astrid di Bella, Elfriede Ebner und Evelyn Mayr weiter zur Verfügung. Ein großes Dankeschön dafür.

Gemeinsam werden wir für die nächsten 3 Jahre die Ziele und Anliegen unseres Verbandes weiterführen.

Die Zusammenarbeit und Mitsprache aller VSLS Mitglieder soll auch in Zukunft für uns an vorderster Stelle stehen.

Einen herzlichen Dank den ehemaligen Vorstandsmitgliedern Barbara Walcher, Evelyn Mayr, Astrid Di Bella und Elfriede Ebner für ihren jahrelangen Einsatz im VSLS.

Die Kinderärztin Dr. Marina Astengo ist neue Präsidentin des AICPAM. Sie hat die IBCLC Ausbildung in Südtirol absolviert. Wir werden mit ihr sicher eine gute Zusammenarbeit haben.

Eines unserer großen Ziele, neben der Förderung des Stillens, wird es sein, die Babyfreundliche Initiative ins Territorium zu bringen.

Vorläufige Fortbildung 2013

Am 07.06.2013 findet erneut aufgrund der großen Nachfrage das Seminar „Kaiserschnitt, der andere Weg?“ im Bildungshaus Kloster Neustift statt. Referentinnen: Dr. Ingrid Zittera, Elfriede Ebner und Astrid Di Bella

Rosmarie Gruber

**VSLS
Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Südtirols**

Sekretariat
Mozartallee 19
I-39042 Brixen
Tel. +39 338-7518731
E-Mail: info@stillen.it
Info: www.stillen.it



links oben Rosmarie Gruber, Karin Planker, Martina Zingerle, - links unten Ottilie Gander, Sara Ottaviani und Kathrin Plattner mit Maximilian.

Schweiz



BSS/ASCL Schweiz

BSS Fortbildungsprogramm 2013

Anmeldung für die Fortbildungen siehe unter: www.stillen.ch

Pro Fortbildungstag werden jeweils 5,5 Cerps vergeben (ausgenommen FB vom 16.03.2013, 2 Cerps).

Der BSS behält sich vor, die Fortbildung bei ungenügender Teilnehmerinnenzahl abzusagen.

16. März 2013

Sonderregelungen für schwangere und stillende Arbeitnehmerinnen im privatrechtlichen Arbeitsverhältnis

Anschliessend an die Generalversammlung 2013

Referentin: Angela Hensch, Fachanwältin SAV Arbeitsrecht

Inhalte: Rechtliche Grundlagen IBLCE Reg. Nr. 31302CH

4. Mai 2013

Zwischenmenschliche Herausforderungen im Arbeitsalltag - Kooperation als Lösung?

Referent: Ueli Glatthard, Erwachsenenbildung aeB, GORDON-Trainer, Trainer für

Gewaltfreie Kommunikation, systemische Lösungsarbeit nach G.A. Porret

Inhalte: Wie Kooperation entsteht und was Sie dazu beitragen können
Die Grundsätze hilfreichen Helfens und wo jeweils die Verantwortung und die Kompetenz liegt

Mütter-Coaching: Handle nie ohne Auftrag!!!

Beraten und begleiten durch zuhören und fragen

Was tun, wenn es nicht so läuft, wie wir uns das vorstellen?

IBLCE Reg. Nr. 31303CH

13./14. September 2013 BSS Kongress

IBLCE Reg. Nr. 31304CH

09. November 2013

Manuelle Lymphdrainage in der Stillberatung

Referentinnen: Katrin Salsano, Dipl. Physiotherapeutin, Still- und Laktationsberaterin IBCLC

Petra Uffer, Dipl. Physiotherapeutin

Inhalte: Einführung ins Thema durch Wahrnehmungsschulung
Anatomische und physiologische Grundlagen des Lymphgefässsystems

Anwendungsbereiche

Die Technik der manuellen Lymphdrainage in Theorie und Praxis

Instruktionen zum Selbstmanagement anhand unseres Demofilms

IBLCE Reg. Nr. 31305CH

Alle Fortbildungen finden im Hotel Arte, Riggensbachstr. 10, 4600 Olten, www.konferenzhotel.ch, statt.

Eine französischsprachige Fortbildung (1 ½ Tage) ist in Planung. Diese wird im Sommer stattfinden.

Für den Vorstand

Regula Arnitz

BSS/ASCL

Berufsverband Schweizerischer Stillberaterinnen IBCLC

Association Suisse des Consultantes en Lactation IBCLC

Postfach 696/case postale 686

CH-3000 Bern 25

Tel: +41(0)41 671 01 73

Fax: +41(0)41 671 01 71

E-mail: office@stillen.ch

Website: www.stillen.ch

Fortsetzung von Seite 24

Das Siegelverfahren erfolgt auf der Grundlage internationaler Standards. Bereits seit 1996 setzt sich die Child Friendly Cities Initiative dafür ein, dass Kommunen kinderfreundlicher gestaltet werden. Dazu hat das UNICEF Innocenti Research Centre in Florenz Standards und Instrumente entwickelt, die ein partizipatives kommunales Management unterstützen. Die Grundlage bilden neun Bausteine: die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen, die kinderfreundliche Rahmgebung, der übergreifende Aktionsplan, die Interessenvertretung für Kinder, der Vorrang des Kindeswohls, ein ausgewiesener Kinder- und Jugendetat, der regelmäßige Bericht der Kommune, die Information über Kinderrechte und die Unterstützung von Kinderrechtsorganisationen. Zu diesen neun Bausteinen müssen sich die Kommunen bekennen.

Der Prozess beginnt mit einer Standortbestimmung anhand eines Fragebogens. Die Entwicklung und Auswertung der Indikatoren wurde gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Workshops mit Kindern und Jugendlichen ermitteln ihre Wünsche und Vorschläge, die in einen Aktionsplan einfließen. Darin sind die Ziele, Zeitpläne und Verantwortlichkeiten festgehalten. Der Aktionsplan wird vom Stadtrat beschlossen. Aus dem Aktionsplan wird eine Zielvereinbarung entwickelt, die zwischen der Verwaltung und dem Verein abgeschlossen wird und zur Vergabe des Siegels führt. In dem Vorhaben wird also kein Ergebnis zertifiziert, sondern ein Prozess. Dieser wird vom Verein begleitet und von einer Sachverständigenkommission aus Experten unterstützt und nach zwei und vier Jahren evaluiert.

Das Siegel wird für vier Jahre vergeben und kann danach durch einen neuen Aktionsplan verlängert werden. Der Vorteil für eine Kommune besteht darin, dass sie an einem international erprobten Verfahren teilnimmt. In Abgrenzung zu ähnlichen Verfahren verfolgt diese neue Initiative einen kinderrechtlichen Ansatz, der die Meinung von Kindern und Jugendlichen explizit mit einbezieht. Die Kommunen werden in der lokalen und nationalen Öffentlichkeitsarbeit unterstützt und können das Siegel für das Stadtmarketing nutzen. Die Teilnahme am Verfahren bietet die Möglichkeit der Vernetzung und des Erfahrungsaustausches.

Weitere Informationen unter www.kinderfreundliche-kommunen.de

Gemeinsame Pressemitteilung des Deutschen Kinderhilfswerks und UNICEF vom 31.1.2013

Frühe Hilfen

Aktionsprogramm GESunder Start ins Leben

Dagmar Heerten, IBCLC

Zahlreiche Studien belegen die prägende Bedeutung der frühen Kindheit für das gesamte Leben eines Menschen. Damit Kinder gesund und unbeschwert aufwachsen können, brauchen Eltern Unterstützung, nicht von ungefähr gibt es den Satz „es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind zu erziehen“. Insbesondere für Familien in schwierigen Lebenssituationen ist Hilfe notwendig und zwar je früher umso besser. Und um wirklich wirkungsvoll zu sein, sollte diese Hilfe vernetzt sein.

Mit dem Ziel eine Senkung der Säuglingssterblichkeit zu erreichen, wurde das Netzwerk „GESunder Start ins Leben“ gegründet, in dem die folgenden Institutionen Mitglied sind:

- Gelsenkirchener Geburts- und Kinderkliniken
- Niedergelassene Pädiater
- Niedergelassene Gynäkologen
- Niedergelassene Hebammen, Familienhebammen des Referates
- Schwangerschaftsberatungsstellen
- Jugendamt
- Familienzentren und Träger von Integrationskursen
- Referat für Gesundheit, Kinder- und Jugendmedizinischer Dienst
- Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod GEPS-NRW

Darin einbezogen ist auch das Projekt MiMi – Migrantinnen für Migrantinnen, das sich zum Ziel gesetzt hat „bei Menschen mit Migrationshintergrund die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und für Maßnahmen zur Prävention zu stärken und langfristig einen Beitrag zur Reduzierung



Foto: Gabriele Lahner

von Ungleichheiten bezüglich der Gesundheitschancen zu leisten, indem ihnen die gleichberechtigte Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten der Regelversorgung sowie der Zugang zu relevanten Gesundheitsinformationen ermöglicht bzw. erleichtert wird“. Dazu gibt es folgende Angebote:

- Mehrsprachige Informationsveranstaltungen, darüberhinaus
- Betreuung von schwangeren Migrantinnen
- Schulung von Migrantinnen im Bereich Gesundheitsvorsorge
- Schwangerschaftsvorsorge als Unterrichtseinheit von Integrationskursen

Um die Gesundheit von schwangeren Frauen, Müttern und Kindern maßgeblich zu verbessern, empfahl die Gesundheitskon-

ferenz 2007 die Umsetzung des „Aktionsprogramms GESunder Start ins Leben“. Vor dem Hintergrund einer überdurchschnittlich hohen Säuglingssterblichkeit ist es übergeordnetes Ziel der einzelnen Maßnahmen, die Frühgeburtenrate und den Plötzlichen Säuglingstod (SIDS) zu reduzieren.

Stillberatung und -unterstützung sind ein wesentlicher Aspekt, wenn es um das gesunde Aufwachsen und die langfristige Gesundheit der Kinder geht und so kommt dem Thema „Stillen“ eine nicht geringe Bedeutung zu, wenn es um die interdisziplinäre Zusammenarbeit im „Aktionsprogramm GESunder Start ins Leben“ geht.

Erste Anlaufstelle ist in vielen Fällen bei Fragen zum Stillen der Frauenarzt oder die Frauenärztin, die die werdende Mutter betreut. Daher ist es wichtig, dass hier

bereits eine frühzeitige Information über das Stillen erfolgt. Die Weichen für oder gegen das Stillen werden bereits im ersten Drittel der Schwangerschaft gestellt und die Frauen müssen daher frühzeitig wissen, wo sie fundierte Informationen erhalten, z. B. in Stillgruppen, bei Stillinformationsabenden, in Geburtsvorbereitungskursen.

Infoblätter für werdende Mütter sollten die folgenden Botschaften enthalten:

- Informieren Sie sich frühzeitig über das Stillen. Wenden Sie sich z. B. an Stillgruppen, besuchen Sie Stillinformationsabende, Geburtsvorbereitungskurse...
- Fragen Sie nach Hilfestellung zur Rauchentwöhnung, Nikotin senkt den Prolaktinspiegel.
- Stillen beginnt sofort nach der Geburt. Ausführlicher Hautkontakt von Anfang an gibt dem Kind Nähe und Geborgenheit. Je länger ununterbrochener Hautkontakt ermöglicht wird, desto besser klappt es mit dem Stillen. Das Baby muss nicht sofort gewogen werden, es kann auf dem Bauch der Mutter versorgt werden.
- Auch nach einer Sectio ist Bonding sofort möglich und besonders wichtig
- Lassen Sie sich korrektes Anlegen und eine gute Stillposition zeigen.
- Lassen Sie in der Schwangerschaft die Brust und die Brustwarzen von ihrem Arzt begutachten.
- Stillen nach Bedarf des Kindes, häufig und ausreichend lange (8 bis 12 Mal stillen in 24 Stunden ist normal).
- Informieren Sie sich über die Vorteile des 24 Std, Rooming- in.
- Stillen soll nicht schmerzen. Adressen von Fachpersonal sollten in jeder Praxis ausliegen. Abstillen ist nicht die beste Alternative.
- 6 Monate ausschließlich stillen wird weiterhin von der WHO empfohlen. Beikost sollte frühestens nach dem 4. Monat eingeführt werden. Die Entwicklung des Kindes muss hierbei beachtet werden. Weiterstillen, wie Mutter und Kind es wünschen bei entsprechender Beikost bis zum 2. Geburtstag
- Wichtig ist die Unterstützung durch eine Hebamme. Die Krankenkassen bezahlen Hausbesuche vom Beginn der

Zusammenfassung der bisher umgesetzten Maßnahmen und Projekte im Rahmen des Aktionsprogramms **GESUNDER START ins Leben:**

1. Frühe Intervention und Hilfen durch den Einsatz von Familienhebammen im Referat Gesundheit
2. Mehrsprachige Informationsveranstaltungen
3. Aufsuchende Betreuung von schwangeren Migrantinnen
4. Reduzierung der Frühgeburtenrate durch Screening von Infektionen
5. Handlungsstrategien gegen Alkohol- und Nikotinkonsum in der Schwangerschaft
6. Jedem Baby einen Schlafsack!
7. Stillkampagne als gesundheitsfördernde Maßnahme für Mutter und Kind

http://stadt.gelsenkirchen.de/de/Rathaus/Gesundheit/Gesundheitskonferenz/Gesunder_Start/

Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit.

- Stillen verbessert die Gesundheit von Mutter und Kind z.B.:
 - Mutter: rasche Rückbildung der Gebärmutter, Schutz vor Osteoporose, Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs
 - Kind: Schutz vor Infekten der oberen Luftwege, Schutz vor Magen-Darm-Infekten
- Damit (werdende) Eltern nicht durch sich widersprechende Aussagen verwirrt werden, sind interdisziplinäre Fortbildungen wichtig, in denen die folgenden Themen aufgegriffen werden können
- Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft – Möglichkeiten der Einflussnahme
 - Die erste Stunde zählt – weshalb ein guter Stillbeginn so wichtig ist
 - Gesunder Start ins Leben – Gesund im ersten Lebensjahr
 - Der gesunde Start ins Leben! Wie können wir effektiv unterstützen?

In Gelsenkirchen ist es gelungen, einen Sponsor für einen Schlafsack für alle in der Stadt geborenen Kinder für ein Jahr zu finden (insgesamt 2.500 Schlafsäcke). So konnte den Eltern eines jedem Neugeborenen in allen Gelsenkirchener Geburtskliniken ein Schlafsack als Geschenk überreicht werden. In den Kliniken schlafen die Babys ausschließlich in Schlafsäcken, es werden

keine Decken oder Kissen verwendet. Diese Maßnahme dient der Prävention von SIDS.

Weiteres Ziel neben der Verringerung des Risikos für SIDS und Frühgeburten ist die frühzeitige Erkennung und Begleitung von Risikofamilien. Nach der Geburt des ersten Kindes werden alle Eltern von einem Mitarbeiter des Jugendamtes besucht. Neben nützlichen Geschenken (u.a. ein Lätzchen mit dem Schalke-Emblem) erhalten die Eltern einen Ordner mit Informationen, Adressen und Telefonnummern von Einrichtungen, Tipps z.B. zur Ernährung, zum Schlafen. Nach und nach erhalten sie zudem weitere Infoblätter, passend zum Entwicklungsstand ihres Kindes.

Familienhebammen mit einer sozialpädagogischen Zusatzausbildung unterstützen Eltern, Mütter und Väter in besonderen Lebenslagen von Beginn der Schwangerschaft bis zu einem Jahr nach der Geburt und bieten beispielsweise Begleitung bei Ämtergängen und Arztbesuchen und Unterstützung bei der Sicherstellung der Grundausstattung.

Von 65 Projekten, die eingereicht wurden, haben wir mit unserem Projekt „GESUNDER START ins Leben“ den 1. Preis am 6.12.2010 von NRW Gesundheitsministerin Barbara Steffens erhalten. Zwischen 2004 und 2009 konnte die Säuglingssterblichkeitsrate von 10,2 % auf 7,1 % gesenkt werden.

ILCA

International Lactation Consultant Association (ILCA)

2501 Aerial Center Parkway, Suite 103
Morrisville, NC 27560
Tel: +1(0)919.861.5577
Fax : +1(0) 919-459-2075
E-Mail: info@ilca.org



Born to Breastfeed: A Global Public Health Imperative

July 25-28, 2013

2013 Conference & Annual Meeting International Lactation Consultant Association

The ILCA Annual Conference is the premier lactation education and professional development event of the year. The Conference provides a rich learning environment for lactation professionals, midwives, child and family health nurses, general practitioners or GPs, physicians, dietitians and nutritionists, breastfeeding counsellors, researchers, pharmacists, nurses, doulas and others who assist mothers and babies with breastfeeding. It offers current and aspiring International Board Certified Lactation Consultants (IBCLCs) information on cutting-edge evidence-based practice and research in optimal breastfeeding care and support for mothers and babies.

Online registration will open in February 2013. ILCA Members will receive a hardcopy of the Conference Registration Brochure in the mail. Please email registrar@ilca.org if you are not a current member of ILCA and would like a copy of the program.

Register by May 15, the Early Bird deadline, for considerable cost savings!

Wer ist ILCA und was sind ihre Ziele?

In der Stillwelt gibt es eine Vielzahl von Organisationen und es ist nicht immer leicht, den Überblick über all die Namen und Abkürzungen zu behalten und zu wissen, welche Aufgaben sich die jeweiligen Vereinigungen gestellt haben und welche Ziele von ihnen vertreten werden.

ILCA – die Internationale Vereinigung der LaktationsberaterInnen wurde 1985 in den USA gegründet. Ihr Ziel ist es, ein

weltweites Netzwerk von professionellen StillberaterInnen zu schaffen und die Stillberatung als Berufsbild weltweit voranzubringen. Zu diesem Zweck pflegt ILCA Kontakte und sowohl die Zusammenarbeit mit Organisationen, die sich rein auf das Stillen und die Stillförderung spezialisiert haben, als auch mit Organisationen, deren Schwerpunkt auf den Themen Geburt und Müttergesundheit liegt, sowie mit WHO und UNICEF. Bei WHO und UNICEF hat ILCA den Status einer nichtstaatlichen Organisation (NGO).

Neben den berufspolitischen Aktivitäten setzt sich ILCA durch die Veröffentlichung der Fachzeitschrift „Journal of Human Lactation“ sowie der Veröffentlichung von Publikationen wie dem „Core Curriculum for Lactation Consultant practice“ oder den „Klinischen Leitlinien zur Etablierung des ausschließlichen Stillens“ (erhältlich in Englisch, Deutsch, Spanisch und Französisch), der Ausrichtung von Konferenzen und der Bereitstellung von Stipendien für die Forschungsarbeit für die Verbreitung von fachlich korrektem Wissen über das Stillen und die Laktation ein. Welche internationale Verbreitung die Publikationen von ILCA erreichen, zeigt sich nicht nur daran, dass sie zum Teil in verschiedene Sprachen übersetzt werden, sondern auch daran, dass 42% der Leser und Leserinnen des „Journals of Human Lactation“ in Europa wohnen!

Abstracts aus dem Journal of Human Lactation

Aufbau einer Online-Präsenz und Präsenz in sozialen Medien-Netzwerken für Ihre IBCLC-Praxis

(Establishing an Online and Social Media Presence for Your IBCLC Practice)

Amber D. McCann, BA, IBCLC, Jeanette E. McCulloch, BA, IBCLC

Frauen im gebärfähigen Alter, insbesondere in den Industrienationen, nutzen soziale Mediennetzwerke in Rekordzahl und suchen online Informationen über Schwangerschaft, Geburt und Stillen. Soziale Medien sind eine Kommunikationsform, die es Online-Communities ermöglicht Ideen, Informationen und persönliche Nachrichten auszutauschen. Diejenigen, die stillende Mütter Unterstützung bieten, sind

auf einzigartige Weise mit Informationen, Anleitung und Ermutigung für junge Mütter ausgestattet. Stillfachkräfte, Stillbefürworter und ehrenamtliche Beraterinnen sollten sich bewusst sein, dass Mütter das internetbasierte Kommunikationsmöglichkeiten nutzen, um Informationen über das Stillen zu erhalten.

Diejenigen, die stillende Mütter unterstützen können ebenfalls lernen, diese Methoden zu verwenden, um sich online in der Stillgemeinde zu engagieren. Unabhängig von der gewählten Plattform sind soziale Medien dann am erfolgreichsten, wenn das Engagement mit dem Zielpublikum fördert. Facebook, Twitter, Blogs und Pinterest wurden als nützliche Plattformen erkannt, um mit stillenden Müttern in Verbindung zu treten.

Keywords: blog, breastfeeding, engagement, Facebook, lactation, Pinterest, social media, Twitter

Journal of Human Lactation 28(4) 450–454

Assoziation des Raynaud Phänomens der Mamille mit der Verwendung von Labetalol

(Raynaud's Phenomenon of the Nipple Associated with Labetalol Use)

Naomi McGuinness, MBChB, Vicky Cording, MRCOG

Raynaud Phänomen an der Mamille ist eine ungewöhnliche Ursache für starke Mamillenschmerzen. Bekannte Auslöser für das Raynaud Phänomen sind kalte Temperaturen, Koffein und emotionaler Stress. Mamillenschmerzen werden am häufigsten als Grund für das Abstillen genannt. Es ist wichtig, dass Stillberaterinnen und anderes Gesundheitspersonal das Raynaud Phänomen an der Mamille und die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten kennen.

Es handelt sich hier um den Fall einer 37jährigen Frau, Gravida 2, Para 1, die sich zum ersten Mal in der 34. Schwangerschaftswoche in der Klinik vorgestellt hat. Die Diagnose Raynaud Phänomen an der Mamille wurde gestellt nachdem sie angefangen hatte Labetalol aufgrund von schwangerschaftsinduzierter Hypertonie einzunehmen. Das Phänomen war in beiden vorangegangenen Schwangerschaften mit Beginn der Einnahme von Labetalol aufge-

treten und nach Geburt mit Beendigung der Medikamenteneinnahme verschwunden.

Wir wollen ein Bewusstsein wecken sowohl für die Krankheit als solche als auch die potentielle Rolle von Labetalol für die Entwicklung des Raynaud Phänomen an der Mamille.

Keywords: labetalol, nipple pain, Raynaud's phenomenon

Journal of Human Lactation 29(1) 17–19

Humanes Kolostrum und Frauenmilch enthalten hohe Konzentrationen an Tumornekrosefaktor-verwandter Apoptose-induzierender Ligand (TRAIL)

(Human Colostrum and Breast Milk Contain High Levels of TNF-Related Apoptosis-Inducing Ligand (TRAIL))

Riccardo Davanzo, MD, PhD, Giorgio Zauli, MD, PhD, Lorenzo Monasta, MSc, DSc, Liza Vecchi Brumatti, MSc, Maria Valentina Abate, MD, Giovanna Ventura, MD, Erika Rimondi, MSc, PhD, Paola Secchiero, MSc, PhD, and Sergio Demarini, MD

Hintergrund: Tumornekrosefaktor-verwandter Apoptose-induzierender Ligand (TRAIL) ist ein pleiotropes Zytokin, das eine Schlüsselrolle sowohl für das Immunsystem als auch bei der Kontrolle der Apoptose und der Proliferation verschiedener Organe und Gewebe spielt.

Ziel: Untersuchung der Präsenz und der Konzentrationen von löslichem TRAIL in humanem Kolostrum und Frauenmilch.

Methoden: Die Konzentrationen von löslichem humanem TRAIL wurden in humanem Kolostrum (zwei Tage postpartum) und Frauenmilch (Tag 5 postpartum) gemessen. Zusätzlich wurde das Vorkommen von TRAIL in künstlicher Säuglingsnahrung bestimmt.

Ergebnisse: Die Konzentrationen an TRAIL waren im Kolostrum und in der reifen Frauenmilch 400- bzw. 1000fach höher als im humanen Serum. In künstlicher Säuglingsnahrung konnte kein TRAIL nachgewiesen werden.

Schlussfolgerung: Lösliches humanes TRAIL kommt in extrem hohen Konzentrationen in humanem Kolostrum und Frauenmilch vor und könnte eine wesentliche Rolle bei

der Vermittlung der Anti-Krebs-Aktivität der Frauenmilch spielen.

Keywords: anti-cancer activity, breast milk, colostrum, immune regulation, TRAIL

Journal of Human Lactation 29(1) 23–25

Vorhandensein von IL-9 in gepaarten Stichproben von humanem Kolostrum und transitorischer Muttermilch

(Presence of IL-9 in Paired Samples of Human Colostrum and Transitional Milk)

Annalisa Marcuzzi, PhD, MSc, Liza Vecchi Brumatti, MSc, Lorenzo Caruso, PhD, MSc, Marco Copertino, MD, Riccardo Davanzo, MD, Oriano Radillo, MD, Manola Comar, PhD, MSc, Lorenzo Monasta, DSc, MSc

Hintergrund: Es ist bekannt, dass humanes Kolostrum und Frauenmilch hohe Gehalte an Zytokinen, Zytokinrezeptoren und Chemokinen aufweisen.

Ziel: Das Vorhandensein von löslichen Zytokinen in gepaarten Proben von humanem Kolostrum und Frauenmilch zu untersuchen und die Konzentrationen zu vergleichen.

Methoden: Die Konzentrationen von 27 Zytokinen wurden in neun gepaarten Proben von humanem Kolostrum (Tag 2 postpartum) und Frauenmilch (Tag 4 oder 5 postpartum) mittels Multiplextechnik bestimmt.

Ergebnisse: Die Mehrheit der untersuchten Zytokine und Chemokine wurden bereits früher in Kolostrum und/oder Frauenmilch beschrieben. Zum ersten Mal beschrieben wir das Vorkommen von IL-9 sowohl in Kolostrum als auch in reifer Frauenmilch. Von den 27 untersuchten Zytokinen fehlte nur IL-5 in Kolostrum, nicht jedoch in Frauenmilch. Generell enthielt Kolostrum höhere Zytokinkonzentrationen verglichen mit Frauenmilch.

Schlussfolgerung: Unsere Daten bestätigen und erweitern vorangegangene Studien, die zeigen, dass humanes Kolostrum und Frauenmilch reich an Zytokinen und Chemokinen, einschließlich IL-9 sind, was zur Entwicklung des Immunsystem des Neugeborenen beitragen könnte.

Keywords: breast milk, chemokines, colostrum, cytokines, cytokine receptors, human milk, IL-9

Journal of Human Lactation 29(1) 26–31

Überprüfung des Einsatzes von Domperidon als Galactogogum an einem australischen Lehrkrankenhaus der Maximalversorgung

(Audit of Domperidone Use as a Galactogogue at an Australian Tertiary Teaching Hospital)

Luke E. Grzeskowiak, PhD, Sze Wen Lim, BPharm(Hons), Alicia E. Thomas, BPharm, Usha Ritchie, BPharm(Hons), Andrea L. Gordon, PhD)

Hintergrund: Domperidon wird häufig eingesetzt, um die Laktation bei Frauen mit Stillschwierigkeiten zu fördern.

Ziel: Die Untersuchung der Verschreibungs- und Abgabepaxis von Domperidon am Women's and Children's Hospital (WCH), Adelaide.

Methoden: Es wurde eine retrospektive Überprüfung der Abgabe von Domperidon an Frauen mit Einlingsschwangerschaften, die am WCH zwischen Januar 2000 und Juli 2010 entbunden hatten, durchgeführt. Anhand der Abgabeprotokolle der Apotheke des WCH wurden Frauen identifiziert, an die Domperidon ausgegeben wurde. Die klinischen Daten von Mütter und Kindern wurden aus der statistischen Datensammlung des WCH entnommen.

Es wurde eine Durchsicht der papierbasierten Krankenakten für eine Zufallsstichprobe von 261 Mutter-Kind-Paaren durchgeführt, um die Verschreibungsdaten und zusätzliche klinische Daten zu erfassen.

Ergebnisse: In der Zeit zwischen 2000 und 2010 wurde an 1.605 Frauen Domperidon abgegeben. Es gab einen stetigen Anstieg des Anteils der Frauen, an die Domperidon abgegeben wurde; von 0,5% in 2000 auf mehr als 5% aller Schwangerschaften am WCH in 2010. Von den Frauen, denen Domperidon verordnet wurden, blieb der Anteil mit mehr als einer Vorordnung im Laufe der Zeit konstant (20%). Das Gleiche galt für den Median der Zeitdauer in Tagen von der Geburt bis zur ersten Verordnung.

Mehrgebärende erhielten mit höherer Wahrscheinlichkeit innerhalb von drei Tagen nach der Geburt Domperidon als Erstgebärende (8% vs 4%; $P < 0,01$). Die meisten Frauen (80%) erhielten Anweisungen zur Einnahme gemäß einer standardmäßig abnehmenden Dosis über einen Zeitraum von zwölf Tagen. Bemerkenswert ist, dass bei 60% der Frauen keine Beurteilung durch eine Laktationsberaterin dokumentiert war.

Schlussfolgerung: Von 2000 bis 2010 konnte eine beträchtliche Zunahme der Abgabe von Domperidon verzeichnet werden. Aufgrund der fehlenden klinischen Evidenz zum Gebrauch scheint die derzeitige Praxis auf anekdotenhafter Evidenz zu basieren.

Keywords: domperidone, galactogogues, lactation

Journal of Human Lactation 29(1) 32–37

Auswirkungen von zwei verschiedenen Dosen Domperidon auf die mütterliche Milchbildung

(The Effect of Two Different Domperidone Doses on Maternal Milk Production)

David C. Knoppert, MScPhm1, Andrea Page, MD, Joanne Warren, IBCL5, Jamie A. Seabrook, MSc2, Michelle Carr, IBCLC, Michelle Angelini, IBCLC, Diane Killick, IBCLC, Orlando P. daSilva, MD

Hintergrund: Die Vorteile von Muttermilch für den neugeborenen Säugling sind gut belegt. Die Gesellschaft der Kanadischen Kinderärzte empfiehlt ausschließliches Stillen für gesunde, termingeborene Säuglinge in den ersten sechs Lebensmonaten. Mütter von Frühgeborenen können jedoch Probleme haben, eine angemessene Milchmenge bereitzustellen. Domperidon wird offiziell als prokinetischer Wirkstoff eingesetzt.

Doch es wird auf der ganzen Welt häufig als Galactogogum eingesetzt. Trotz der weitverbreiteten Verwendung als Galaktogogum haben nur eine kleine Anzahl von Forschern Domperidon für diese Indikation untersucht.

Ziele: Zweck dieser Studie war es, die optimale Dosis für Domperidon als Galaktogogum zu bestimmen.

Methoden: Geeignete Probandinnen wurden randomisiert und erhielten über

einen Zeitraum von vier Wochen entweder 10 mg Domperidon drei Mal täglich oder 20 mg Domperidon drei Mal täglich. In der fünften Woche wurde die Dosierung in beiden Gruppe auf zweimal täglich reduziert und in der sechsten Woche schließlich auf einmal täglich.

Ergebnisse: Während der gesamten ersten vier Wochen gab es eine signifikante Zunahme der täglichen Milchmenge bei beiden Gruppe ($P < 0,01$). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war in diesem Zeitraum zwar nicht statistisch signifikant, aber klinisch signifikant. Außerdem gab es keinen signifikanten Unterschied innerhalb der Gruppen bzw. zwischen den Gruppen in der fünften und sechsten Woche.

Schlussfolgerung: Eine Dosis von 20 mg Domperidon drei Mal täglich statt 10 mg drei Mal täglich war mit einer klinisch, aber nicht statistisch, signifikanten Steigerung der Milchmenge verbunden.

Keywords: breast milk, galactogogues, premature infants

Journal of Human Lactation 29(1) 38–44

Stillen und Gewichtsverlust beim Neugeborenen bei gesunden, termingeborenen Säuglingen

(Breastfeeding and Neonatal Weight Loss in Healthy Term Infants)

Riccardo Davanzo, PhD, MD, Zemira Canioto, MD, Luca Ronfani, PhD, MD, Lorenzo Monasta, DSc, MSc, Sergio Demarini, MD

Hintergrund: Gewichtsverlust beim Neugeborenen ist allgemein bekannt, aber nur wenig verstanden. Es existiert nur ein begrenzter Konsens darüber, wie die Untergrenze eines sicheren Gewichtsverlusts definiert ist.

Ziel: Unser Ziel war die Beurteilung des Ausmaßes der Gewichtsabnahme bei Neugeborenen und ihrem Zusammenhang mit klinischen Variablen bei gesunden, voll ausgetragenen Säuglingen, die gemäß einem spezifischen Protokoll zu Gewichtsverlust versorgt wurden.

Methoden: Wir berücksichtigten retrospektiv 1.003 Säuglinge, die fortlaufend in unserer normalen Kinderkrippe des Institute for Maternal and Child Health „Burlo Garofolo“

(Triest, Italien) aufgenommen wurden. Wir untersuchten den Zusammenhang zwischen ausgewählten Variablen und neonatalem Gewichtsverlust, wie er während des Klinikaufenthaltes dokumentiert wurde. Zusätzlich analysierten wir alle Wiederaufnahmen im ersten Lebensmonat aufgrund von Gewichtsverlust und dessen Komplikationen.

Ergebnisse: Wir beobachteten einen durchschnittlichen absoluten Gewichtsverlust von 228 g +/- 83 g und einen durchschnittlichen prozentualen Gewichtsverlust von 6,7% +/- 2,2%. Ein Gewichtsverlust von $\geq 10\%$ und $> 12\%$ konnte in 6% bzw. 0,3% beobachtet werden. In einer multivariaten logistischen Regression waren Geburt per Sectio, heiße Jahreszeit, jegliche Zufütterung von künstlicher Säuglingsnahrung sowie Neugeborenenengelbsucht, die keine Fototherapie erforderte, unabhängig mit einem neonatalen Gewichtsverlust von $\geq 8\%$ assoziiert.

Im Gegensatz dazu war ein geringes Schwangerschaftsalter bei Geburt mit geringerem Gewichtsverlust assoziiert. Eine erneute stationäre Aufnahme aufgrund von Dehydrierung im ersten Lebensmonat kam bei 0,3% der Säuglinge vor.

Schlussfolgerung: Im Vergleich zur Ernährung mit künstlicher Säuglingsnahrung scheint Stillen kein Risikofaktor für eine höhere frühe neonatale Gewichtsabnahme zu sein. Dies gilt zumindest in Kontexten, in denen das Gewicht routinemäßig überwacht wird, das Stillen wiederholt beurteilt und entsprechend unterstützt wird und Zufütterung sorgsam verordnet wird, um übermäßige Gewichtsabnahme und damit verbundene Komplikationen zu begrenzen und sofort zu behandeln.

Keywords: breastfeeding, neonates, protocol, weight loss

Journal of Human Lactation 29(1) 45–53

Wie Mütter in den USA ihre abgepumpte Muttermilch aufbewahren und behandeln

(How US Mothers Store and Handle Their Expressed Breast Milk)

Judith Labiner-Wolfe, Sara B. Fein

Hintergrund: Viele Mütter pumpen ihre Milch ab und bewahren sie auf, damit sie

ihre Kinder zu einem späteren Zeitpunkt damit füttern können. Gesundheitsorganisationen geben Empfehlungen zum Umgang und zur Aufbewahrung von abgepumpter Muttermilch, da diese Vorgehensweise die Qualität und Sicherheit der Milch beeinflussen kann. Es gibt jedoch nur wenig Informationen darüber, was die Mütter in den USA praktizieren.

Ziele: Die Beschreibung der Art und Weise, wie Mütter von gesunden Säuglingen in den USA ihre abgepumpte Milch aufbewahren und behandeln und der Vergleich ihrer Vorgehensweisen mit den Empfehlungen.

Methoden: Mütter, die in der Zeit von 2005 bis 2010 an der Infant Feeding Practices Study II teilnahmen und Milch abpumpten, bildeten die Kohorte für diese Analyse (n = 436 – 1.060, abhängig vom Alter des Kindes). Teilnehmerinnen an dieser schriftlichen Longitudinalstudie wurden über einen Verbraucherumfragepool gewonnen und beantworteten Fragen über das Abpumpen von Milch etwa zwei, fünf und sieben Monate postpartum. Die Daten wurden unter Anwendung eines Frequenzverfahrens querschnittsmäßig analysiert. In der Analyse wurden Mütter verglichen, die abgepumpte Milch plus zusätzlicher künstlicher Säuglingsnahrung und ohne zusätzliche Säuglingsnahrung fütterten verglichen.

Ergebnisse: Nur wenige Mütter bewahrten ihre Milch länger auf als empfohlen. Bei den Müttern der jüngsten Kinder dieser Untersuchung erhitzen 12% ihre Milch in einer Mikrowelle und 17% spülten die Flaschensauger nur mit Wasser vor der erneuten Verwendung. Die Anteile waren mit zunehmendem Alter der Kinder ähnlich. Diese Vorgehensweisen können für die Gesundheit des Säuglings riskant sein. Im Vergleich mit den Müttern, die keine künstliche Säuglingsnahrung gaben, erhitzen Mütter, die sowohl abgepumpte Milch als auch künstliche Säuglingsnahrung verabreichten, die Milch mit höherer Wahrscheinlichkeit in der Mikrowelle. Bei den Müttern mit den jüngsten Säuglingen war es zudem wahrscheinlicher, dass sie die Flaschensauger zwischen dem Gebrauch nur mit Wasser abspülten.

Schlussfolgerung: Verbraucherschulung sollten auf sicherer Erwärmung und Reinigungsverfahren für die Fütterung von abgepumpter Milch hinweisen.

Keywords: bottle feeding, breast milk, breast milk expression, breast milk storage, breastfeeding, Infant Feeding Practices Study II

Journal of Human Lactation 29(1) 54–58

In welchem Ausmaß beeinflusst das Nichteinhalten der Zehn Schritte für das erfolgreiche Stillen die Stilldauer?

(The Extent that Noncompliance with the Ten Steps to Successful Breastfeeding Influences Breastfeeding Duration)

Nathan Christopher Nickel, MPH, PhD, Miriam H. Lobbok, MD, MPH, IBCLC, Michael G. Hudgens, MS, PhD, Julie L. Daniels, MPH, PhD

Hintergrund, Ziele: Die Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen sind bislang nicht die Norm in den Vereinigten Staaten von Amerika. Diese Studie untersuchte, wie die Nichteinhaltung eines jeden der Schritte und Kombinationen aus zwei Schritten die Dauer des Stillens an der Brust beeinflussen.

Methoden: Die Daten stammten aus der nationalen Infant Feeding Practices Study II. Das Ergebnis war die Dauer von jeglichem Stillen an der Brust. Risikoscores bildeten die Wahrscheinlichkeit gegenüber dem Fehlen von einem oder mehr der Zehn Schritte ab. Umgekehrte Wahrscheinlichkeitsgewichtung diente als Kontrolle gegen Confounder. Überlebensanalysen schätzten die Beziehung zwischen dem Fehlen eines Schrittes und der Stilldauer.

Ergebnisse: Das Fehlen von Schritt Nr. 6 (keine Muttermilchersatzprodukte) stand in Zusammenhang mit einer kürzeren Stilldauer verglichen mit der Einhaltung des Schritt 6 (Abnahme um 10,5 Wochen). Wurden sowohl Schritt 4 (Stillen innerhalb von einer Stunde nach der Geburt) als auch Schritt 0 (Beruhigungssauger) nicht eingehalten, war die stärkste Verkürzung der Stilldauer zu beobachten (Abnahme um 11,8 Wochen). Die Beobachtungen unterstützen eine dosisabhängige Beziehung: Das Einhalten von sechs Schritten war mit der durchschnittlich längsten Stilldauer verbunden (48,8 Wochen), gefolgt von vier oder fünf Schritten (39,8 Wochen) und zwei oder drei Schritten (36,4 Wochen).

Schlussfolgerung: Die vorherrschenden Pflegepraktiken in Wochenstationen in den USA umfassen bislang nicht alle der

Zehn Schritte. Dieser Mangel in der Betreuung kann mit der schlechten Etablierung der physiologischen Feedback-Systeme zusammenhängen, die längeres Stillen unterstützen. Stillen an der Brust wird gefährdet, wenn spezielle Kombinationen der Schritte nicht eingehalten werden. Bemühungen zur Erhöhung der Umsetzung von spezifischen Schritten und Kombinationen von Schritten können mit einer erhöhten Stilldauer assoziiert sein.

Keywords: Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI), breastfeeding barriers, breastfeeding duration, epidemiology, health care, infant feeding, Ten Steps to Successful Breastfeeding

Journal of Human Lactation 29(1) 59–70

Art der Säuglingsernährung und das Auftreten von Husten/Keuchen (Asthma) während des ersten Lebensjahres

(Modes of Infant Feeding and the Occurrence of Coughing/Wheezing in the First Year of Life)

Nelís Soto-Ramírez, MS, MPH, PhD, Wilfried Karmaus, MD, MPH, Hongmei Zhang, PhD, Susan Davis, MS, Saroochi Agarwal, MSPH, Alycia Albergottie, BS

Hintergrund: Die Kontroversen hinsichtlich Säuglingsernährung und Asthma könnten sich aus der ungenügenden Unterscheidung zwischen verschiedenen Ernährungsmethoden ergeben.

Ziele: Wir führten prospektive Analysen zum Zusammenhang zwischen wiederholten Bestimmung der Ernährungsweise und Asthma in der Kindheit durch.

Methoden: Die Infant Feeding Practices Study II (2.833 Kinder) lieferte Daten über Husten/Asthma-Episoden (CWE) zu acht Zeitpunkten und Ernährungsformen zu neun Zeitpunkten in der Zeit zwischen einem und zwölf Monaten. Die Ernährungsformen wurden kategorisiert in direktes Stillen, indirektes Stillen (IBF, Muttermilch aus der Flasche), Formulaernährung (FF) und deren Kombinationen. In parallelen und zeitversetzten Modellen wurden wiederholte Messungen genutzt und die Relativen Risiken (RR) und ihre 95%-Konfidenzintervalle (95% CI) von verschiedenen Ernährungsformen für CWEs abgeschätzt. In den zeitversetzten Modellen wurden nur

Säuglinge ohne Symptome als risikobehaftet für nachfolgende CWE betrachtet.

Ergebnisse: In einem Modell mit einer einmonatigen Zeitverzögerung zeigte jegliche andere Ernährungsform verglichen mit dem direkten Stillen ein statistisch signifikantes Risiko für CWEs (IBF: RR = 1,69, 95% CI [1,05, 2,72]; FF: RR = 1,26, 95% CI [1,08, 1,47]; Kombination direktes Stillen plus FF: RR = 1,25, 95% CI [1,01, 1,55]; und FF und direktes Stillen: RR = 1,38, 95% CI [1,14, 1,68]). In einem parallel laufenden Wirkungsmodell waren FF, die Kombination von FF und IBF sowie Zwiemilchernahrung in Kombination mit Formulanahrung Risikofaktoren (RR = 1,38, 95% CI [1,19, 1,59], RR = 1,83, 95% CI [1,27, 2,63], und RR=1,35, 95% CI [1,11, 1,65]).

Schlussfolgerung: Jegliche Ernährungsform, die künstliche Säuglingsnahrung oder Muttermilch aus der Flasche beinhaltet, scheint ein moderates Risiko für Husten oder Asthmaepisoden in den ersten zwölf Lebensmonaten darzustellen.

Keywords: asthma, bottle-feeding, breast-feeding, feeding mode, indirect breastfeeding, pumping, wheezing

Journal of Human Lactation 29(1) 71–80

Schwankungen der Zusammensetzung der Muttermilch hinsichtlich Fett, Laktose und Proteingehalt im Verlauf von 24 Stunden: Zusammenhänge mit dem kindlichen Stillverhalten

(Variation in Fat, Lactose, and Protein Composition in Breast Milk over 24 Hours: Associations with Infant Feeding Patterns)

Sadaf Khan, MSc, Anna R. Hepworth, BSc (Hons), Dip Ed, Danielle K. Prime, PhD, Ching T. Lai, PhD, Naomi J. Trengove, PhD, Peter E. Hartmann, PhD

Hintergrund: Daten bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Zusammensetzung der Muttermilch und dem Stillverhalten des Kindes (Häufigkeit und aufgenommene Muttermilchmenge) würde dazu beitragen, die Regulation der Nahrungsaufnahme von gestillten Säuglingen zu verstehen.

Ziele: Die Studie untersuchte die Beziehung zwischen den Konzentrationen von Makronährstoffen der Muttermilch und dem

Muster der Milchaufnahme bei gestillten Säuglingen über einen Zeitraum von 24 Stunden.

Methoden: Mütter von gesunden, termingeborenen Säuglingen (n = 15) sammelten über einen Zeitraum von 24 Stunden bei jeder Stillmahlzeit aus jeder Brust Muttermilchproben vor und nach dem Anlegen. Die Muttermilchproben wurden auf die Gehalte an Fett, Laktose, Gesamtprotein, Kasein und Molkeeiweiß analysiert. Der Energiegehalt einer jeden Mahlzeit wurde berechnet.

Ergebnisse: Stillmuster und Zusammensetzung der Milch waren individuell sehr unterschiedlich. Der Fettgehalt der Milch unterschied sich über 24 Stunden signifikant (P = 0,01), wohingegen die Konzentrationen von Laktose und Protein gleich blieben. Es bestand eine inverse Relation zwischen durchschnittlichen 24-Stunden-Gesamtprotein-, Molkeeiweiß- und Kaseinaufnahme (P < 0,01) und der Anzahl der Stillmahlzeiten pro Tag. Demgegenüber bestand eine positive Relation zum Laktosegehalt und der Anzahl der Stillmahlzeiten pro Tag (P = 0,03). Keine Beziehung konnte beobachtet werden zwischen Fett- oder Energiegehalt und Stillverhalten. Die durchschnittliche (SD) Konzentration an Fett, Laktose und Gesamtprotein über die 24-Stunden-Periode betrug 43 (12) g/l, 68 (7) g/l und 13 (2) g/l.

Schlussfolgerung: Der Zusammenhang zwischen Proteinaufnahme und Stillhäufigkeit weist darauf hin, dass die Proteinaufnahme eine Rolle für die Appetitkontrolle des Kindes spielen könnte,

Keywords: breastfeeding, energy, fat, feeding patterns, lactose, milk intake, protein

Journal of Human Lactation 29(1) 81–89

Ernährungspaten: Eine Strategie zur Unterstützung des sicheren Stillen für HIV-positive Mütter

(Infant Feeding Buddies: A Strategy to Support Safe Infant Feeding for HIV-Positive Mothers)

Jennifer Andreson, ARNP, MSN, Nobanzi Dana, MSc, Barbara Hepfer, ARNP, MSN, Eugenia King'ori, Jecinter Oketch, PhD,

Danuta Wojnar, PhD, Karen Cowgill, PhD, Kiersten Israel-Ballard, DrPH

Hintergrund: Vor 2010 empfahl die Weltgesundheitsorganisation, dass HIV-positive Mütter in den ersten sechs Lebensmonaten ausschließlich stillen sollten, es sei denn Ersatznahrung war akzeptabel, möglich, erschwinglich, nachhaltig und sicher. Gruppendruck, Zwiemilchernahrung bzw. gemischte Fütterung durchzuführen, mangelndes Wissen über sichere Ernährung und Scham hinsichtlich des HIV-Status halten Mütter vom ausschließlichen Stillen ab und tragen zu den niedrigen Raten (7%) des ausschließlichen Stillens bei Säuglingen unter sechs Monaten in Südafrika ab.

Ziele: Diese Pilotstudie erforschte die Durchführbarkeit der Umsetzung eines Ernährungspatensystems, um Mütter dabei zu unterstützen ihre Säuglingsernährungsziele zu erreichen.

Methoden: Eine Stichprobe von 14 HIV-positiven Müttern und ihren Paten wurden an der Butterworth Gateway Clinic in Südafrika rekrutiert. Die HIV-positiven Mütter wählten eine Patin, die sie bei Klinikbesuchen und Beratungstreffen über sichere Säuglingsernährung begleitete. Das Forscherteam führte zu drei Zeitpunkten ausführliche Interviews durch, um qualitative Informationen über die Erfahrungen der Teilnehmerinnen zu erhalten.

Ergebnisse: Die Wahl der Patin wurde durch die Beziehung der Mutter zur Patin, Vertrauen und vorangegangene Offenlegung des HIV-Status beeinflusst. Die drei am häufigsten genannten Unterstützungsformen waren die Verlässlichkeit des Paten, Anleitung und Hilfe bei der korrekten Säuglingsernährung.

Schlussfolgerung: Die Paten waren erfolgreich integriert in die routinemäßigen Besuche zur Vorbeugung der Mutter-zu-Kind-Übertragung. Die Studienteilnehmerinnen bestätigten, dass die Existenz eines Paten eine hilfreiche Unterstützung für HIV-positive Mütter darstellte.

Keywords: Africa, AIDS, breastfeeding attitudes, breastfeeding barriers, breastfeeding difficulties, exclusive breastfeeding, mixed Feeding

Journal of Human Lactation 29(1) 90–93

Stillen von Zwillingen nach Mastektomie

(Breastfeeding Twins after Mastectomy)

Allyson M. Michaels, BSN, RN, IBCLC, Helen Wanner, MSN, RN, IBCLC

Aufgrund der Zunahme der Fruchtbarkeitsbehandlungen, gibt es zunehmend mehr Mehrlingsgeburten. Ziel dieser Fallstudie ist die Beschreibung der Bemühungen einer Frau nach vorangegangener einfacher Mastektomie, die gesamte erforderliche Menge an Muttermilch für ihre Zwillinge mit ihrer einen funktionstüchtigen Brust bereitzustellen. Eine Review des kumulativen Index der Fachliteratur für Pflege und verwandte Gesundheitsbereiche sowie von PubMed bestätigte, dass diese Situation

in der aktuellen Literatur bislang nicht diskutiert wurde.

Die Mutter arbeitete mit IBCLCs und anderen Gesundheitsfachkräften zusammen, um ihr Ziel zu erreichen. Mit aktiver Unterstützung und Planung, engmaschiger Nachsorge nach der Entlassung und Unterstützung zu Hause konnte diese Mutter ihr Ziel nach drei Monaten erreichen und stillte mehr als zwei Jahre lang weiter. IBCLCs sollten frühzeitig und offen mit Frauen mit Mastektomie sprechen und sie aktiv durch Information und Strategien unterstützen, damit sie ihre Ziele erreichen.

Keywords: breastfeeding, mastectomy, twins

Journal of Human Lactation 29(1) 20–22



Computergrafik
Gabriele Lahner

VISUELLE IDENTITÄT
GESCHÄFTSPAPIERE
WERBUNG
FACHZEITSCHRIFTEN

Gabriele Lahner
Bulmannstraße 33
90459 Nürnberg

Tel: 0911 45 44 14
Fax: 0911 45 44 13
Internet: www.lahner-net.de
computergrafik@lahner-net.de

Abonnementbestellung

Die deutschsprachige Fachzeitschrift erscheint 4-mal jährlich. Der Preis für ein Abonnement beträgt 38,- Euro und 59,80 CHF in der Schweiz. Das Abonnement bezieht sich auf ein volles Kalenderjahr. Abonnements laufen mindestens ein Kalenderjahr und verlängern sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht vier Wochen vor Abonnementsablauf schriftlich gekündigt wird. Für Mitglieder der Landesverbände ist der Bezugspreis im Mitgliederbeitrag enthalten.

Meine Adresse lautet:

Bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben

Name, Vorname:

Beruf:

Adresse:

Land, PLZ, Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

Ich interessiere mich für weitere Angebote des ELACTA. Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

Ausbildungsprogramm zur Vorbereitung auf das Examen Still- und Laktationsberaterin IBCLC
Deutschland Österreich Schweiz deutsch/französisch Niederlande
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Landesverbände
Deutschland Österreich Schweiz Südtirol/Italien Frankreich Niederlande
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Fortbildungen zum Thema Stillen
Deutschland Österreich Schweiz deutsch/französisch Niederlande
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Datum, Unterschrift:

Einsenden an: Karin Hehr, Posastr.25, D-04349 Leipzig, E-Mail: Abodienst@velb.org