

Erkennen von Problemsituationen im Wochenbett und deren Behandlung (Teil 2)

Barbara Lardi

Nach der Geburt muss sich nicht nur der Körper der Mutter, sondern auch jener des Neugeborenen in-nerst kürzester Zeit auf die neuen Gegebenheiten einstellen. Im ersten Teil des Artikels wurden die physiologischen und pharmakokinetischen Veränderungen besprochen. Im zweiten Teil werden pathologische Zustände und deren Behandlung betrachtet.

Auch die physiologischen Umstellungen eines Neugeborenen, und zwar bereits in den ersten Minuten seines Lebens, sind beeindruckend. Bei 90 % der Neugeborenen funktioniert diese Adaption gut, aber es gibt immer wieder Neugeborene, die teilweise ohne vorher erkennbare Risikofaktoren Probleme haben: 10 % aller Neugeborenen benötigen in den ersten Minuten respiratorische Unterstützungsmassnahmen und 1 % benötigt weiterführende Massnahmen (Konsensuspapier des Swiss Medical Forum).

Ein neueres Phänomen ist der «Sudden Unexpected Postnatal Collapse» (SUPC), der plötzliche unerwartete Tod oder Zusammenbruch eines sonst gesunden Neugeborenen aufgrund von Sauerstoffmangel, und dies oftmals auf den Armen oder dem Bauch der Eltern. 50 % der Neugeborenen mit SUPC sterben, 50 % der Überlebenden haben neurologische Spätfolgen. Die SUPC-Inzidenz ist bedenklich stark angestiegen, seitdem der Handygebrauch im Gebärsaal zugenommen hat (kausaler Zusammenhang konnte nicht bewiesen werden). Den Hebammen und Stillberaterinnen kommt hier eine sehr wichtige Aufklärungsaufgabe zu (siehe Kasten).

Referat von Dr. med. Susanne Burth.



Während der Schwangerschaft und Stillzeit treten grosse hormonelle Veränderungen in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse auf, welche die besondere Vulnerabilität der Frauen in dieser Periode teilweise erklären können. © Adobe Stock

Pathologisches Wochenbett: Mastitis und Stillprobleme

Mastitis

Je nach Studie und Land leiden 3–20 % der stillenden Frauen an einer Mastitis mit warmem, geschwellenem Areal der Brust, Fieber und allgemeinem Krankheitsgefühl. Rötung, Schmerzen und Überwärmung treten auch auf, wenn eine Milchdrüse verstopft ist. Der Übergang von Milchstau zu nicht-infektiöser und infektiöser Mastitis verläuft fliessend. Der erste und wichtigste Behandlungsschritt besteht in der Entleerung der Brust.

Merke: Kein sofortiges Abstillen bei einer Brustentzündung, da sonst die Entleerung der Brust nicht gewährleistet ist und das Risiko einer Abszessbildung steigt.

Eine Analgesie fördert den Milchspendereflex, wobei Ibuprofen die Entzündungssymptome am effektivsten reduziert und aufgrund der hohen Proteinbindung und dem geringeren

Empfehlungen zur Vorbeugung von SUPC

- Regelmässige Überwachung in den ersten beiden Lebensstunden, idealerweise durch eine Pflegeperson.
- Richtige Lagerung des Neugeborenen: Gesicht und obere Atemwege frei (Merke: Gesicht rosa und positioniert).
- Beobachten des ersten Still-Versuchs und des ersten Haut-zu-Haut-Kontakts (ohne Ablenkung wie z. B. durch Handy).
- Bei Müdigkeit der Mutter soll das Kind ins eigene Bettchen gelegt werden.

Tipps aus der Phytotherapie

- Bei Milchstau und Mastitis: Nach dem Stillen lokale Umschläge mit Quark und Arnika-Essenz (20 %).
- Feuchte Umschläge oder Salbe mit Bingelkraut (z. B. Mercurialis perennis Salbe Weleda® oder Wala®).
- In der Abheilungsphase warme Umschläge mit Eucalyptus comp. Paste Weleda®.

Referat von Dr. med. Angela Kuck.

Übertritt in die Muttermilch bevorzugt werden sollte (bis 1,6 g pro Tag). Reichen die symptomatischen Massnahmen nicht aus, muss eine antibiotische Therapie mit Betalaktamantibiotika in Erwägung gezogen werden.

Treten die Symptome gleichzeitig an beiden Brüsten auf, muss davon ausgegangen werden, dass die Infektion auf dem «Blutweg» entstanden ist. In diesem Fall findet man oft Streptokokken der Gruppe A oder B oder MRSA. Wichtig ist, dass nun auch das Kind überwacht wird, da es diese Keime über die Milch vermutlich bereits aufgenommen hat.

Candida-Infektionen sind mit brennenden oder sternförmig ausstrahlenden Schmerzen verbunden und oftmals schwierig zu diagnostizieren. Es sollte ein Behandlungsversuch mit einem Antimykotikum (Fluconazol: 1. Tag 200 mg, 2.–14. Tag: 100 mg) unternommen werden.

Raynaud-Syndrom beim Stillen

Wenn die Brustwarze weisslich verfärbt ist und nach dem Absetzen starke Schmerzen auftreten, kann es sich um eine lokale Vasokonstriktion der Gefässe in der Brustwarze handeln (Raynaud-Syndrom beim Stillen). In diesem Fall helfen Wärmeanwendung und die Einnahme von Magnesiumsalzen. Aus theoretischen Überlegungen kann auch ein Calciumantagonist in Erwägung gezogen werden. Hierzu gibt es jedoch noch keine Evidenz, aber die Erfahrungswerte sind gut. Allerdings muss beachtet werden, dass der Blutdruck während des Wochenbetts aus physiologischen Gründen bereits am Sinken ist.

Zu viel oder zu wenig Milch

In manchen Ländern wird hochdosiertes Domperidon als «Hausmittel» zur Milchbildung empfohlen. Fachgesellschaften warnen aber vor dem unkritischen Einsatz von Domperidon. Auch wenn Frauen im Wochenbett ohne weitere Risikofaktoren vermutlich kein grosses Risiko für gefährliche QT-Verlängerungen aufweisen, darf diese Gefahr, insbesondere bei Frauen mit ventrikulären Arrhythmien in der Anamnese, hohem BMI vor der Schwangerschaft, hohen Domperidon-Dosen und der gleichzeitigen Einnahme von CYP3A4-Inhibitoren nicht unterschätzt werden; die Therapie soll deshalb so kurz wie möglich gehalten werden.

Bromocriptin und Cabergolin dienen zum medizinisch indizierten Abstillen. Auch hier ist Vorsicht geboten bei Frauen mit bekannten Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Risikofaktoren für dieselben.

Referat von Dr. med. Franziska Krähenmann; IBCLC.

Kardiale Erkrankungen im Wochenbett

Frauen mit vorbestehenden Herzerkrankungen werden während der Schwangerschaft engmaschig überwacht. Die meisten unvorhersehbaren Herz-Kreislauf-Komplikationen treten im Wochenbett auf, wobei die meisten Diagnosen erst unter der Geburt oder während des Wochenbetts oder sogar erst post mortem gestellt werden. Es gilt also, diejenigen Frauen nicht zu verpassen, welche noch gar nichts von ihrer Herzkrankheit wissen und nun während des Wochenbetts einem erhöhten

Risiko ausgesetzt sind. Hierzu soll ein verbessertes prä- und postpartales Screening mittels eines definierten Algorithmus eingesetzt werden. Schwangere mit einem erhöhten Risiko sollen 7–14 Tage post partum gescreent werden.

Ein hilfreicher Laborparameter in der Diagnostik von Herzerkrankungen während der Schwangerschaft ist das NT-proBNP (N-terminal pro-B-type natriuretic peptide; Marker für Herzinsuffizienz), da dieser zwar schwangerschaftsbedingt ansteigt, jedoch noch in der Norm bleibt und erst bei Dyspnoe peripartal wegen Herzinsuffizienz oder hypertensiven Erkrankungen (inklusive Präeklampsie) über die Norm ansteigt. Auch das hochsensitive Troponin T (Marker für Herzmuskelschaden) bleibt während der Schwangerschaft vergleichbar zur allge-

Screening ante partum: Risikofaktoren für kardiale Erkrankungen

- Schwarze nicht-hispanischer Abstammung.
- Alter über 40 Jahre.
- Übergewicht.
- Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (Präeklampsie, Eklampsie, Hämolyse, erhöhte Leberenzyme, Thrombozytopenie).
- Chronische Erkrankungen wie chronische Hypertonie oder vorbestehender Diabetes mellitus.
- Obstruktive Schlafapnoe.
- Frühgeburtlichkeit in der Anamnese.
- Herzerkrankungen in der Familienanamnese.
- Einnahme von kardiotoxischen Arzneimitteln.

Screening postpartal: Risikofaktoren und medizinische Abklärungen

- Lebensgewohnheiten abklären: Rauchen, körperliche Aktivität, Ernährungsgewohnheiten, Stillen (hat positive Effekte auf arterielle Hypertonie, Lipid- und Hormonstoffwechsel etc.).
- Hypertonie, Diabetes mellitus oder kardiovaskuläre Erkrankungen in der Anamnese.
- Verwandte ersten Grades mit Hypertonie, kardiovaskulären Erkrankungen oder Diabetes.
- Blutdruck, Herzfrequenz, BMI und Taillenumfang messen.
- Cholesterollipidprofil, Nüchternblutglucose und Proteine im Urin messen.
- Bei Bedarf Follow-up während der nächsten drei Monate.

meinen Bevölkerung und soll immer gemessen werden bei Thoraxschmerzen. Das hochsensitive Troponin T ist leicht erhöht bei schwerer Präeklampsie, akuter Lungenembolie und chronischer Niereninsuffizienz. Die Messung des D-Dimers (Marker für Thrombose oder Lungenembolie) wird post partum jedoch nicht empfohlen, da die Werte nicht verlässlich sind.

Alle Frauen mit bekannter Herzkrankheit und erhöhtem Risiko für Herzkrankheiten (siehe oben) sollen auch postpartal ein Screening erhalten.

Referat von PD Dr. med. Daniel Tobler.

Psychische Erkrankungen im Wochenbett

Während der Schwangerschaft und Stillzeit treten grosse hormonelle Verände-

rungen in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse von engl. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis) auf, welche die besondere Vulnerabilität der Frauen in dieser Periode teilweise erklären können. Bei Stress wird über die HPA-Achse die Ausschüttung von Cortisol aus der Nebennierenrinde ausgelöst, welches für die notwendigen Anpassungen des Körpers auf diese Stress-Situation verantwortlich ist. Es scheint, dass gestresste Schwangere zu einer minderaktiven HPA-Achse neigen, die sich postpartal nur langsam wieder erholt. Mehrere Studien haben gezeigt, dass eine postpartale Depression mit einer tieferen Cortisol-Plasmakonzentration einhergeht. Der Körper scheint aufgrund der tieferen Cortisolspiegel weniger gut auf Stresssituationen reagieren zu können und ist dementsprechend anfälliger für depressive Erkrankungen. Die

pränatale Messung des Cortisols und Progesterons in den Haaren (Langzeit-speicher) könnte daher einen Hinweis auf die spätere Entwicklung einer postnatalen Depression geben und als Screeningmethode verwendet werden (Studie des Referenten, 2019 im Journal of Clinical Medicine).

Die typischen Symptome einer postpartalen Depression sind depressive Stimmung und Ängstlichkeit, emotionale Labilität und Reizbarkeit, Gefühl der Gefühlllosigkeit und Freudlosigkeit, Insuffizienz- und Schuldgefühle, Erschöpfung, Antriebsmangel, Schlafstörungen und Appetitstörungen.

Ebenso korrelieren Schlafstörungen – welche sowohl in der Schwangerschaft als auch im Wochenbett häufig sind – mit der Depressivität. Oft entwickelt sich aus Schlaflosigkeit und der folgenden Erschöpfung ein Teufelskreis.

Die Frage nach dem Schlaf und Stresssituationen ist daher sehr wichtig und hilfreich. Als erste Interventionsmöglichkeit gilt die Entlastung von unnötigem Stress, soziale Unterstützung und eine Verbesserung der Schlafqualität. In manchen Fällen ist auch eine Psychopharmakotherapie angezeigt oder eine Hospitalisation von Mutter und Kind nötig. Antidepressiva können während der Schwangerschaft angewendet werden (vgl. Tab. 1), führen u. U. zu einem neonatalen Anpassungssyndrom, welches aber selbstlimitierend verläuft.

Referat von PD Dr. med. Thorsten Mikoteit.

Literatur auf Anfrage

Korrespondenzadresse

Dr. sc. nat. Barbara Lardi-Studler
Seeblickstrasse 11
8610 Uster
E-Mail: barbara.lardi@gmail.com

Kommende Fortbildung der SAPP

- 29.11.2020: Tagung: Ernährung von Mutter und Kind.

Programm und Anmeldung unter www.sappinfo.ch

Phytotherapie bei Schlafstörungen

- Über die Anwendung von Bryophyllum pinnatum (Bild) bei Schlafstörungen während der Schwangerschaft existieren bereits etliche Studien. Die Erfahrungen im Wochenbett sind ebenfalls positiv und eine gute Schlafqualität kann viel zur Prophylaxe einer postpartalen Depression beitragen.
- Baldrian (nicht-alkoholische Zubereitungen).



Referat von Dr. med. Angela Kuck.

© Forest & Kim Starr/Wikipedia

Tabelle 1. Antidepressiva während Schwangerschaft und Stillzeit.

Wirkstoff	Bemerkungen	Rel. Dosis beim gestillten Kind (gemäss www.embryotox.de)
Sertralin*	1. Wahl bei Neueinstellungen während der Schwangerschaft	2%
Amitriptylin	Alternative zu Sertralin, ebenfalls 1. Wahl 10–225 mg/Tag	1–2.5%
Nortriptylin	Alternative zu Sertralin, ebenfalls 1. Wahl Geringste kindliche Serumkonzentration der AD	1–3%
Escitalopram	2. Wahl wegen ungünstigerer Daten zum Stillen	5.2%
Paroxetin*	Inkonsistente Daten über kardiale Missbildungen => eher nicht im 1. Trimenon; sehr gute Daten in der Stillzeit	0.5–2%
Fluoxetin	Wegen langer HWZ eher nicht geeignet	6.5–17%
Venlafaxin	Datenlage schlecht	3.2–13.3%
Mirtazapin	Gut bei Übelkeit und Schlafstörungen	0.4–1.5%

* 1. Wahl-Medikamente für die Stillzeit gemäss Therapieempfehlung der SAPP zusammen mit Citalopram und Fluvoxamin.