

Anlegeschmerz bei stillenden Frauen: die Auswirkungen auf den Stillerfolg

Zusammenfassung

Hintergrund Schmerzende Brustwarzen sind ein häufiges Problem stillender Mütter und können ohne Behandlung zu einem frühzeitigen Abstillen beitragen.

Ziele Die Untersuchung der Erfahrungen von Müttern in Bezug auf schmerzende Brustwarzen, der Lösungen für die Bewältigung ihrer Probleme und der wahrgenommenen Auswirkungen auf den Stillerfolg unter besonderer Berücksichtigung von Anlegeschmerz ohne eine klare zugrunde liegende Ursache.

Methoden Die Daten wurden mittels Online-Befragung von im Vereinigten Königreich ansässigen Frauen erhoben ($n = 1\,084$).

Ergebnisse Anlegeschmerz wurde von 52 % der befragten Mütter empfunden und war somit das häufigste Problem. Es wurden verschiedene Lösungen für die Bewältigung des Anlegeschmerzes eingesetzt. Die Verwendung von HPA® Lanolin zur Bewältigung von Anlegeschmerz wurde mit einer deutlichen Verlängerung der Stilldauer in Verbindung gebracht (im Durchschnitt 33,2 Wochen im Vergleich zu 26,5 Wochen bei Frauen, die HPA® Lanolin nicht verwendeten).

Diskussion HPA® Lanolin ist eine entscheidende, von Müttern zur Bewältigung von Anlegeschmerz eingesetzte Lösung mit in ihrer Wahrnehmung äußerst positiven Auswirkungen auf die körperlichen Symptome und Schmerzen in Verbindung mit Brustwarzentraumata. Die Verwendung von HPA® Lanolin wurde auch mit einer deutlichen Verlängerung der Stilldauer in Verbindung gebracht, die Frauen letztlich dabei hilft, ihre persönlichen Stillziele zu erreichen, und die allgemeinen Stillraten verbessert.

Schlagwörter

Stillen | schmerzende Brustwarzen | Lanolin | Stilldauer

Katie Bourdillon (korrespondierende Autorin)
Abteilung für Innovation und Neuproduktentwicklung,
Lansinoh Laboratories, Leeds
katie@lansinoh.co.uk

Tom McCausland
Abteilung für Innovation und Neuproduktentwicklung,
Lansinoh Laboratories, Leeds

Stephanie Jones
Abteilung für Innovation und Neuproduktentwicklung,
Lansinoh Laboratories, Leeds

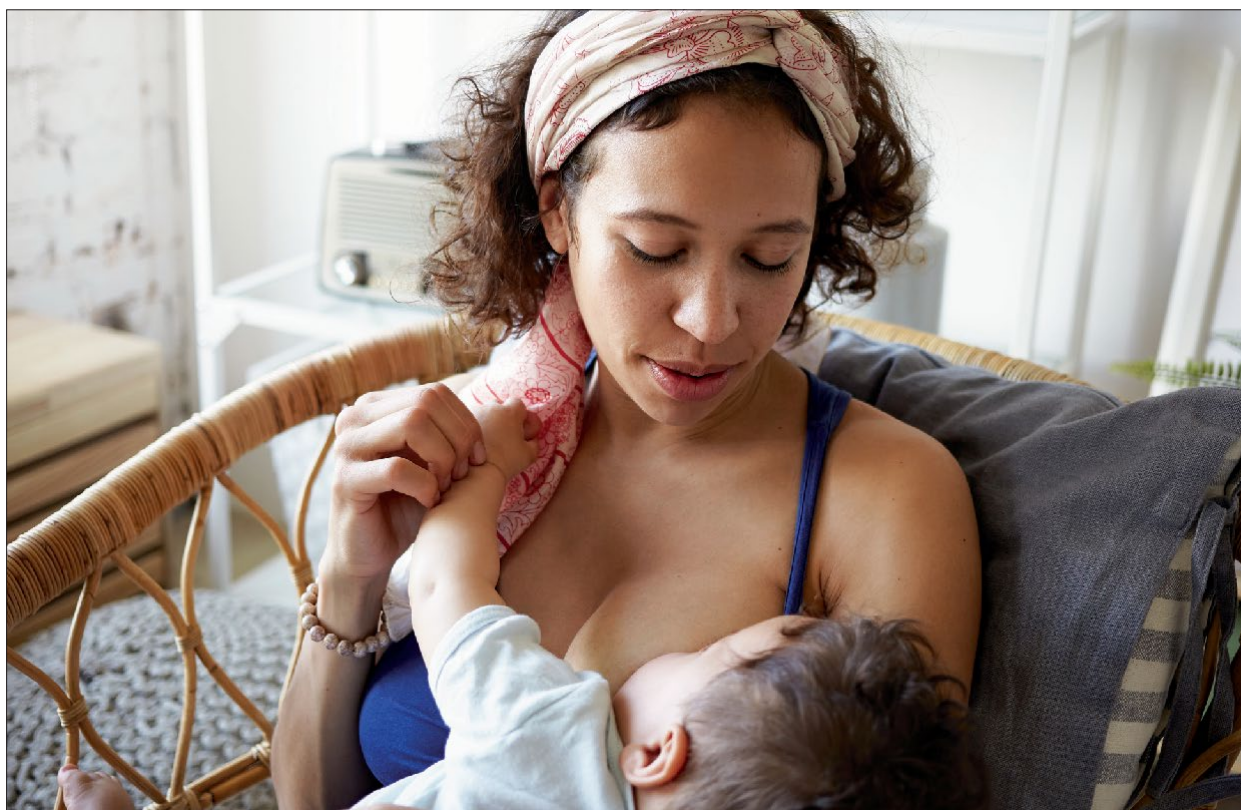
Dies ist ein Open-Access-Artikel, der unter den Bedingungen der Creative Commons Attribution verbreitet wird. Keine kommerzielle Nutzung (CC BY-NC 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Die Stillraten im Vereinigten Königreich gehören weiterhin zu den niedrigsten der Welt. Die Weltgesundheitsorganisation (2020) empfiehlt, Säuglinge in den ersten sechs Monaten ausschließlich zu stillen, gefolgt von Muttermilch zusammen mit geeigneter Beikost bis zu einem Alter von zwei Jahren oder darüber hinaus. Die letzte landesweite Befragung zum Thema Säuglingsernährung ergab jedoch, dass sechs Wochen nach der Geburt weniger als 25 % der Befragten noch ausschließlich stillten (unmittelbar nach der Geburt waren es 81 %) (IFF Research, 2013).

Die Gründe für ein vorzeitiges Abstillen in dieser ohnehin für Mütter sehr emotionalen Zeit sind komplex und vielfältig. Wunde und schmerzende Brustwarzen stellen frischgebackene Mütter am Anfang der Stillzeit häufig vor Herausforderungen und werden oft als Grund für ein früher als geplant erfolgreiches Abstillen genannt (Morland-Schultz und Hill, 2005; Dennis et al., 2014). Schmerzende Brustwarzen werden oftmals dem suboptimalen Positionieren und Anlegen des Säuglings zugeschrieben (Righard, 1998; Kent et al., 2015). Andere häufige Ursachen beziehen sich auf die Physiologie von Mutter oder Säugling, z. B. Flach- und Hohl- bzw. Schlupfwarzen, ein verkürztes Zungenbändchen/palatale Anomalien des Säuglings oder eine zugrunde liegende Infektion (L'Esperance, 1980; Snyder, 1997; Messner et al., 2000; Tait, 2000; Walker, 2008; Amir et al., 2013).

In vielen Fällen gibt es bei wunden, verletzten oder schmerzenden Brustwarzen jedoch keine klar zugrunde liegende Ursache. Diese Probleme treten am häufigsten am Anfang der Stillzeit auf und bessern sich mit der zunehmenden Erfahrung von Mutter und Säugling von selbst. Sie lassen sich eventuell zum Teil darauf zurückführen, dass das Saugverhalten des Säuglings ein Vakuum erzeugt, wodurch es zu einem Aufreiben der Brustwarze kommt. Das führt zu Gewebeschäden und schließlich Schmerzen (Tait, 2000; McClellan et al., 2008; Walker, 2008; Perrella et al., 2015). Für die Zwecke dieser Studie verwenden die Autoren den Ausdruck *Anlegeschmerz*, wenn von schmerzenden Brustwarzen ohne zugrunde liegende physiologische Ursache die Rede ist.

Verschiedene Hilfsmittel und Lösungen helfen Müttern dabei, verletzte oder schmerzende Brustwarzen zu behandeln.



Abbie Stock/shutterstock.com

Wunde Brustwarzen und Gewebeschäden treten am häufigsten am Anfang der Stillzeit auf

Es ist umfassend belegt, dass eine Schulung in Bezug auf das korrekte Positionieren und Anlegen des Säuglings in den meisten Fällen zu einer Schmerzlinderung und einer Verlängerung der Stilldauer führt (Cadwell et al., 2004; Darmangeat, 2011). Anderen Studien zufolge führte eine in den ersten Tagen nach der Geburt erfolgte Schulung in Bezug auf das richtige Positionieren und Anlegen des Säuglings jedoch nicht zu einer Verlängerung der Stillzeit oder zu einer Verringerung der Stillprobleme (Labarere, 2003; De Oliveira, 2006; Henderson et al., 2011). Das heißt, dass das falsche Positionieren und Anlegen nicht die einzigen Ursachen für schmerzende Brustwarzen sind (Kent et al., 2015).

In der Vergangenheit wurde Müttern geraten, ihre Brustwarzen nach dem Füttern mit Muttermilch einzureiben. Es wird angenommen, dass die Muttermilch aufgrund ihrer intrinsischen immunologischen Eigenschaften die Heilung fördert (Witkowska-Zimny et al., 2019). Muttermilch steht zudem allen Müttern kostenlos zur Verfügung. Zur Unterstützung der Vermeidung und Behandlung verletzter und dadurch schmerzender Brustwarzen werden zudem verschiedene kommerzielle Lösungen angeboten, einschließlich Cremes, Salben, Hydrogel-Kompressen und Stillhütchen. Zu diesen Produkten gehört hochaufgereinigtes HPA® Lanolin (Lansinoh® Laboratories).

Lanolin ähnelt in seiner Struktur Lipiden, die in der Haut und insbesondere im *Stratum corneum* vorkommen. Diese Lipide unterstützen die Integrität

der Hautbarriere (Kligman, 2000). Lanolin ist ein ausgezeichneter Feuchtigkeitsspender und Weichmacher und bildet eine stabile Wasser-in-Öl-Emulsion, die Verdunstung verhindert und Feuchtigkeit zurückhält (Harris, 2000). Darüber hinaus haben verschiedene Studien gezeigt, dass Lanolin die Heilungsrate oberflächlicher Hautwunden verbessern kann, da es ein feuchtes Wundheilungsklima bildet (Chvapil et al., 1988; Brent et al., 1998; Büyükyavuz et al., 2010). Aufgrund dieser Eigenschaften empfiehlt medizinisches Fachpersonal zur Behandlung von Brustwarzentrainata und zur Linderung trockener und gereizter Brustwarzen oftmals Lanolin, insbesondere am Anfang der Stillzeit (Jackson und Dennis, 2017). Lanolin ist – abgesehen von der eigenen Muttermilch – die einzige von der *La Leche Liga*, dem größten globalen, gemeinnützigen Unterstützungsnetzwerk für stillende Frauen, kontinuierlich empfohlene Behandlungsmaßnahme. Lanolin wird auch von den *International Board Certified Lactation Consultants* empfohlen, die es in ihr Kerncurriculum für Still- und Laktationsberater/-innen aufgenommen haben (Mannel et al., 2008; Jackson und Dennis, 2017). Da Lanolin ein natürlich vorkommender, ungiftiger Stoff ist, müssen sich Mütter nicht um das versehentliche Verschlucken durch den Säugling sorgen. Darüber hinaus ist es geschmacks- und geruchsneutral und minimiert jegliche Auswirkungen auf die Stillfähigkeit des Säuglings und dessen Anlegen. HPA® Lanolin ist hochreines Lanolin, das ein einzigartiges und umfassendes Filterverfahren durchläuft, in dem alle verbleibenden Umweltschadstoffe aus dem Rohmaterial entfernt werden, wodurch die Sicherheit des Produkts für die gezielte Behandlung der Brustwarzen stillender Mütter gewährleistet wird (LactMed, 2018). Ziel dieser Studie war es, das Auftreten und die Ursachen schmerzender Brustwarzen bei stillenden Müttern zu untersuchen, unter besonderer Berücksichtigung des Anleges Schmerzes: schmerzende Brustwarzen ohne klare zugrunde liegende medizinische oder physiologische Ursache.

Tabelle 1. Stilldauer aller Teilnehmerinnen der Befragung, ausschließlich stillender Mütter und Mütter, die von Anfang an zusätzlich auch Formula fütterten

Stilldauer	Alle Teilnehmerinnen (n = 1 084)	Teilnehmerinnen, die von Geburt an auch Formula fütterten (n = 172)	Ausschließlich stillende Teilnehmerinnen (n = 480)
	100 %	100 %	100 %
Stillten nach 1 Monat noch	76 %	71 %	88 %
Stillten nach 3 Monaten noch	62 %	45 %	77 %
Stillten nach 6 Monaten noch	46 %	23 %	63 %
Stillten nach 9 Monaten noch	28 %	11 %	41 %
Stillten nach 12 Monaten noch	15 %	5 %	26 %
Durchschnittliche Stilldauer	28 Wochen	15 Wochen	35 Wochen

Daten wurden außerdem erhoben, um zu verstehen, welche Ratschläge, Hilfe und Lösungen Mütter mit diesem Problem gesucht hatten und wie hilfreich diese Lösungen ihrer Meinung nach dabei waren, ihnen das längere Stillen zu ermöglichen.

Methoden

Die Daten wurden mittels Online-Befragung von im Vereinigten Königreich lebenden Frauen über einen Zeitraum von einem Monat erhoben. Die Teilnehmerinnen hatten alle innerhalb der vergangenen 24 Monate ihr jüngstes Kind zur Welt gebracht, mit dem Stillen begonnen und ihre Stillzeit abgeschlossen (n = 1 084). Fragen und Struktur der Befragung sowie die anschließende Analyse und Auswertung der Daten wurden von den Autoren abgeleitet bzw. durchgeführt. Die Online-Befragung erfolgte durch eine spezialisierte Forschungsagentur.

Das Projekt nutzte quantitative Methoden der Online-Marktforschung, um die Durchführung einer ausreichend großen und repräsentativen Stichprobe zu gewährleisten. Die Teilnehmerinnen stammen aus einem Panel junger britischer Familien und wurden mittels dessen Standardprozessen ausgewählt. Dazu gehört die Einhaltung der Richtlinien der *Market Research Society* und der DSGVO-Standards. Das Panel besteht aus vor allem offline angeworbenen schwangeren britischen Frauen und Müttern, die dem Beitritt zum Panel und dem Empfang von Umfrageeinladungen zugestimmt haben. Die demographischen Standarddaten der Teilnehmerinnen wurden festgestellt, darunter Kinderzahl, Alter, sozioökonomische Gruppe und geographischer Standort. Die demographischen Daten wurden geprüft, um zu gewährleisten, dass sie die britische Bevölkerung repräsentieren (innerhalb der Gruppe, die sich aus Frauen mit Kleinkindern zusammensetzt). Alle 1 084 der Teilnehmerinnen gaben an, ihr jüngstes Kind gestillt und vor kurzem abgestillt zu haben. Es musste unbedingt sichergestellt werden, dass die Studienpopulation nur aus Frauen bestand, die schon abgestillt hatten, um zu gewährleisten, dass die Analyse mit Daten aus der gesamten Stillzeit durchgeführt wurde. Die Einbeziehung der Teilnehmerinnen erfolgte ausschließlich auf Basis der oben genannten Kriterien. Die Vertrautheit mit bzw. das Bewusstsein einer bestimmten Marke waren nicht Teil des Screening-Prozesses, und die Teilnehmerinnen waren sich zu keinem Zeitpunkt über den Sponsor der Studie bewusst.

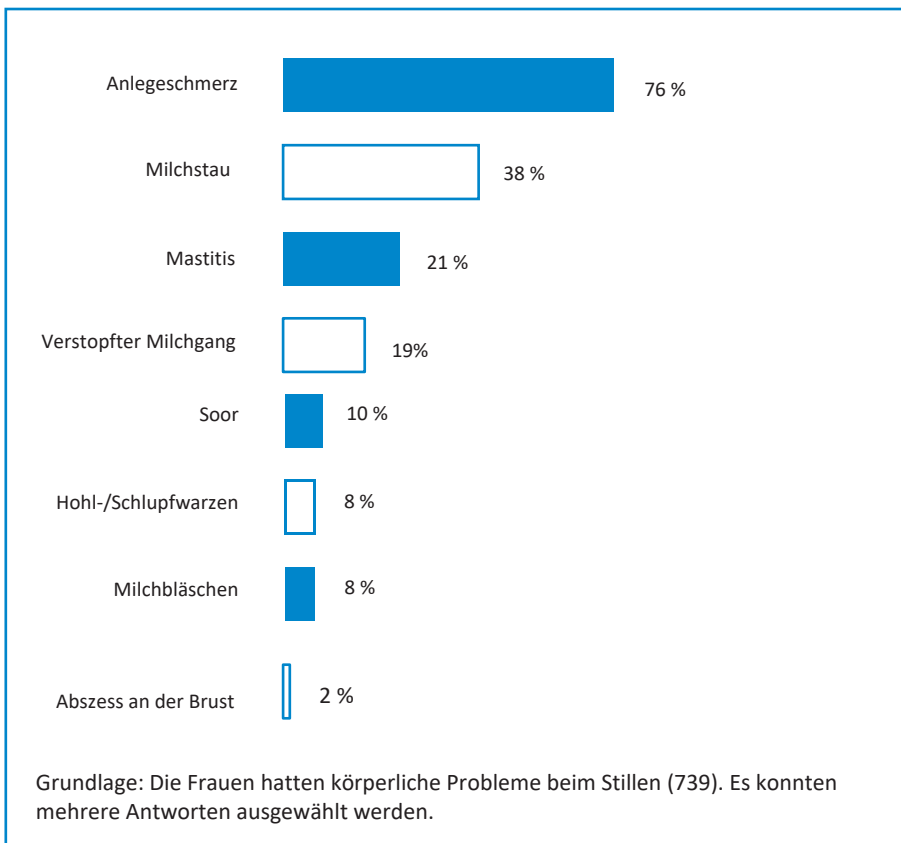


Abbildung 1. Frage: Welche der folgenden Probleme haben Sie während des Stillens schon einmal erlebt?

Stilldauer und die Auswirkungen von Formula 76 % der befragten 1 084 Mütter gaben an, einen Monat nach der Geburt noch gestillt zu haben. Die Anzahl der Teilnehmerinnen, die nach sechs Monaten noch stillten, lag bei 46 %. Die Anzahl verringerte sich nach zwölf Monaten auf 15 % (Tabelle 1). Die durchschnittliche Dauer der Stillzeit betrug 28

Wochen (Tabelle 1). Innerhalb dieses Datenpunkts gab es jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Müttern, die ausschließlich stillten (durchschnittliche Stillzeit von 35 Wochen), und den Müttern, die vom Anfang der Stillzeit an zusätzlich Formula fütterten (durchschnittliche Stillzeit von 15 Wochen).

Probleme mit Auswirkungen auf das Stillen

Von den 1 084 an der Studie beteiligten Frauen gaben 68 % an, schon einmal körperliche Probleme beim Stillen erlebt zu haben. Davon litten 76 % an Anlegescherz (n = 537), 38 % an Milchstau (n = 279), 21 % an Mastitis (n = 157) und 19 % an einem verstopften Milchgang (n = 143) (Abbildung 1). 10 % oder weniger der befragten Frauen litten an anderen Problemen (Soor, Hohl-/Schlupfwarzen, Milchbläschen, Abszess an der Brust), d.h., diese traten deutlich weniger häufig auf.

Der Befragung zufolge hatte Anlegescherz deutliche Auswirkungen auf den Stillerfolg: 19 % der Teilnehmerinnen gaben an, dass der Anlegescherz sie zum vollständigen Abstillen veranlasste. 29 % hörten kurzfristig mit dem Stillen auf und/oder erhöhten die Menge der gefütterten Formula (Abbildung 2). 70 % der Mütter, die aufgrund von Anlegescherz abstillten, taten dies während des ersten Monats (Daten nicht gezeigt). Die in Verbindung mit Anlegescherz erlittenen Symptome waren empfindliche und wunde Brustwarzen (96 %), Rhagaden (74 %) und gerötete Brustwarzen (37 %), Schorfbildung (36 %), nässende/blutende Brustwarzen (33 %) und Hohl-/Schlupfwarzen bzw. Flachwarzen (11 %).

Anlegescherz behandeln

Abbildung 3 und Abbildung 4 befassen sich mit den Behandlungsmethoden, die Mütter im Zusammenhang mit Anlegescherz versuchten. Die Teilnehmerinnen baten verschiedene Quellen um Unterstützung und Rat, darunter Freunde und Familie, das Internet und medizinische Fachpersonen. Obwohl 16 % „Sonstiges“ auswählten, wiesen die in Verbindung mit dieser Auswahl gegebenen wörtlichen Antworten darauf hin, dass beinahe alle Teilnehmerinnen, die diese Option auswählten, eine spezielle medizinische Fachperson um Unterstützung baten. Die tatsächlichen sonstigen Antworten betragen nur 3 % aller Antworten (Abbildung 3).

Für die Frage, welche Hilfsmittel oder Lösungen die Teilnehmerinnen zur Behandlung des Anlegescherzes einsetzten, stand ihnen anstelle einer Multiple-Choice-Liste ein Feld für freien Text zur Verfügung. HPA® Lanolin war die am häufigsten verwendete Lösung (31 %), gefolgt von Stillhütchen (21 %) und Cremes/Salben (unspezifizierter Art) (20 %) (Abbildung 4). Zu den außerdem genannten Lösungen gehörten die Unterstützung beim Positionieren und Anlegen des Säuglings durch medizinische Fachpersonen, Behandlungen gegen Soor/Mastitis und Hydrogel-

Kompressen. Die Daten wurden analysiert, um festzustellen, ob die Wahl der verwendeten Lösung für den Anlegescherz Auswirkungen auf den Stillerfolg hatte. Es wurde festgestellt, dass die Auswirkungen des Anlegescherzes deutlich geringer waren, wenn HPA® Lanolin als Lösung verwendet wurde: 11 % der Teilnehmerinnen, die HPA® Lanolin als Lösung verwendeten, stillten vollständig ab. Ohne HPA® Lanolin waren dies 19 % (Abbildung 5). Darüber hinaus hatten 59 % der Mütter, die an Anlegescherz litten, aber dennoch ohne Auswirkungen weiterstillten, HPA® Lanolin als Lösung verwendet, im Vergleich zu 44 % jener, die eine alternative Lösung verwendet hatten (Abbildung 5).

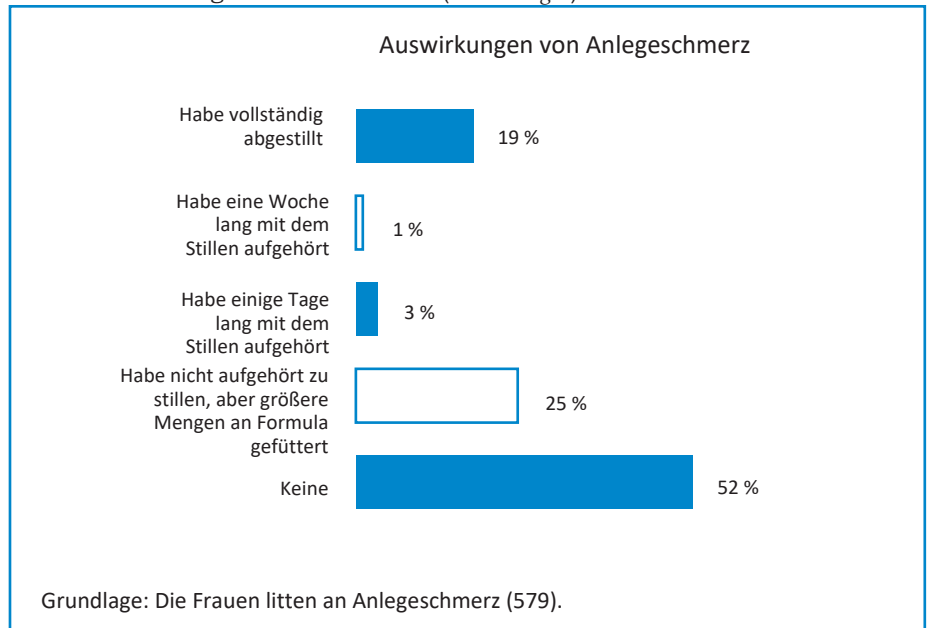


Abbildung 2. Frage: Hatte der Anlegescherz Auswirkungen auf Ihre Stillfähigkeit?

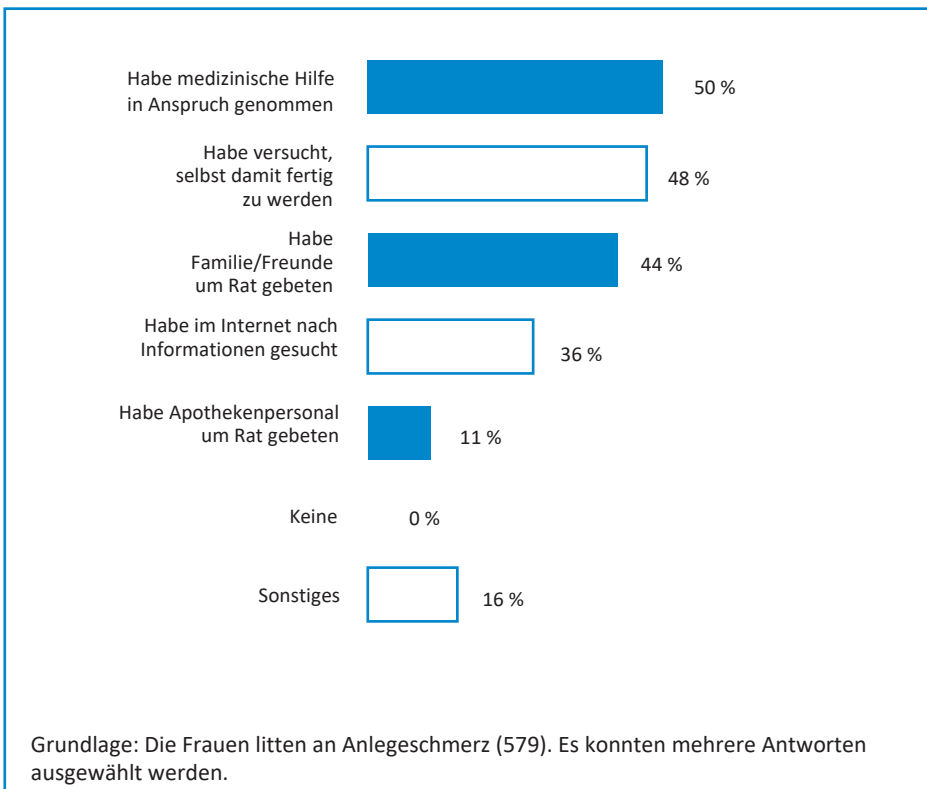


Abbildung 3. Frage: Welche der folgenden Methoden haben Sie zur Behandlung des Anlegescherzes versucht?

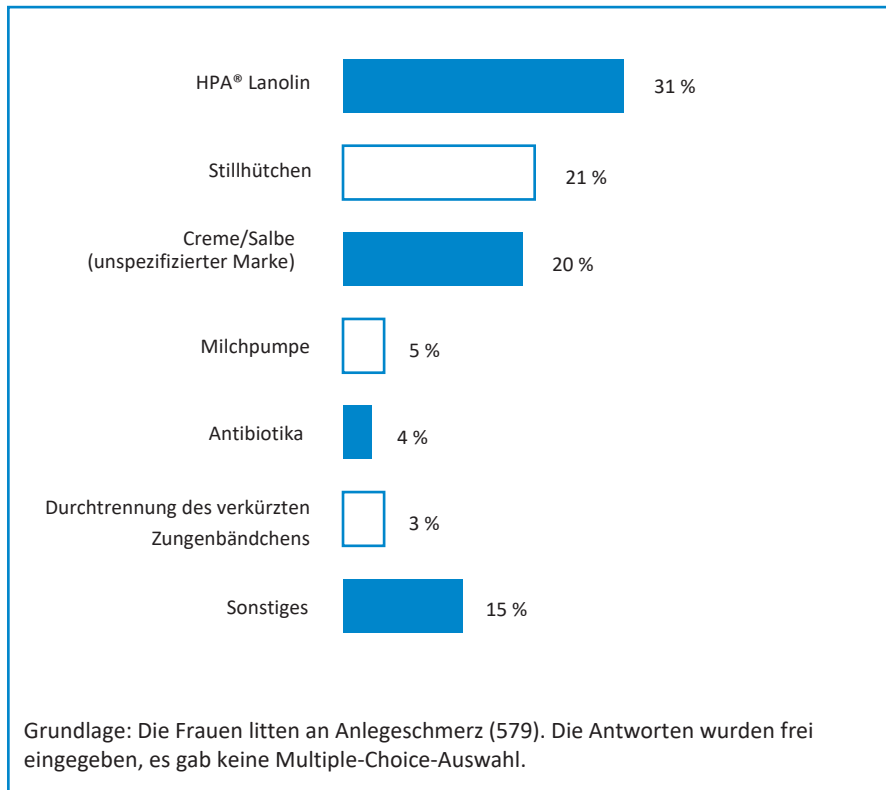


Abbildung 4. Frage: Welche Medikamente/Hilfsmittel/Geräte etc. haben Sie zur Unterstützung der Behandlung des Anlegescherzes verwendet?

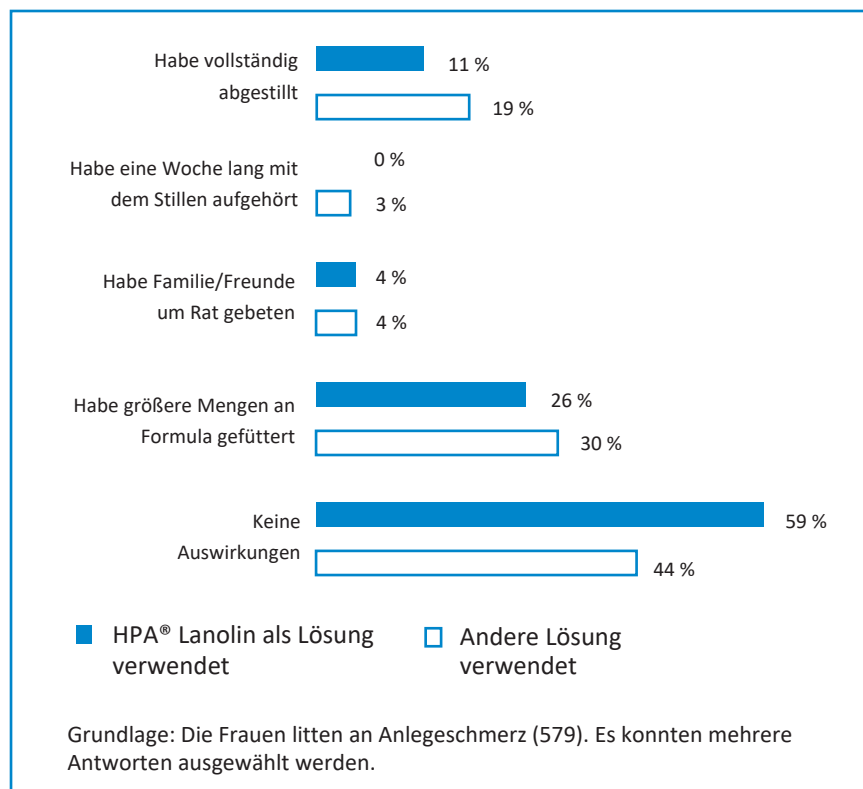


Abbildung 5. Auswirkungen von Anlegescherz auf den Stillserfolg, wenn HPA® Lanolin als Lösung verwendet bzw. eine alternative Lösung verwendet wurde

Die Daten wurden auch daraufhin analysiert, ob die Wahl der verwendeten Lösung für Anlegescherz Auswirkungen darauf hatte, wie lange die Symptome im Zusammenhang mit dem Anlegescherz bestehen blieben. Es wurde festgestellt, dass die Symptome schneller abklangen, wenn HPA® Lanolin als Lösung für Anlegescherz verwendet wurde (5,1 Wochen im Vergleich zu 5,8 Wochen, wenn HPA® Lanolin nicht als Lösung verwendet wurde) (Tabelle 2). Aufgeschlüsselt nach den einzelnen Symptomen in Verbindung mit Anlegescherz klang jedes erlittene Symptom schneller ab, wenn HPA® Lanolin als Lösung verwendet wurde. Noch wichtiger war jedoch, dass – abhängig von der verwendeten Lösung – auch ein Unterschied hinsichtlich der Gesamtdauer der Stillzeit der Mütter, die an Anlegescherz litten, festgestellt wurde. Mütter, die HPA® Lanolin als ihre Lösung verwendet hatten, stillten länger: Die durchschnittliche Stilldauer betrug für diese Frauen 33,2 Wochen im Vergleich zu 26,5 Wochen für Frauen, die HPA® Lanolin nicht als Lösung verwendeten (Tabelle 2).

Diskussion

Mütter stehen beim Aufbau einer gesunden Stillbeziehung mit ihrem Säugling vor einer Reihe verschiedener Herausforderungen, selbst wenn sie von Anfang an entschlossen sind, zu stillen. Probleme während des Stillens selbst führen zu einer Schädigung der Brustwarzenepidermis, wodurch im Endeffekt eine oberflächliche Wunde verursacht wird, die zu Schmerzen führt. Im Gegensatz zu anderen Wunden, die geschützt werden und heilen können, verursacht das Stillen eine wiederholte Verletzung des beschädigten Gewebes, wodurch sich das Problem verschlimmert. Die Heilung wird verzögert, die Schmerzen nehmen zu. Einige Ursachen schmerzender Brustwarzen können durch eine Schulung in Bezug auf das Positionieren und Anlegen des Säuglings bzw. durch die Behebung einer zugrunde liegenden körperlichen oder medizinischen Ursache beseitigt werden (Cadwell et al., 2004; Darmangeat, 2011; Kent, 2015). Viele Mütter stillen jedoch während der ersten Tage und Wochen nach der Geburt aufgrund von Anlegescherz ohne klare zugrunde liegende Ursache ab.

Die hier präsentierten Daten decken sich mit den zuvor veröffentlichten Daten (IFF Research, 2013; Bourdillon et al., 2020): hohe Raten bezüglich des Stillbeginns, gefolgt von einem drastischen Rückgang der Prävalenz des Stillens in den Wochen nach der Geburt. Es wurden Unterschiede bei der Stilldauer festgestellt: In der Gruppe ausschließlich stillender Mütter betrug sie im Durchschnitt 35 Wochen, in der Gruppe der Mütter, die von Anfang an auch Formula fütterten, betrug sie im Durchschnitt 15 Wochen.

Tabelle 2. Aufgrund von Anlegescherz erlittene Symptome, Dauer der Symptome und Stilldauer für Mütter, die HPA® Lanolin als Lösung für Anlegescherz verwendeten, und für Mütter, die eine andere Hauptlösung verwendeten

Problem/ Symptom	% derer mit Problemen	HPA® Lanolin als Lösung verwendet				Andere Lösung verwendet			
		Beginn des Problems (Wochen i. D.)	Ende des Problems (Wochen i. D.)	Dauer des Problems (Wochen i. D.)	Stilldauer (Wochen i. D.)	Beginn des Problems (Wochen i. D.)	Ende des Problems (Wochen i. D.)	Dauer des Problems (Wochen i. D.)	Stilldauer (Wochen i. D.)
Anlegescherz – alle Symptome	76,5	1,9	7	5,1	33,2	1,3	7,1	5,8	26,5
Anlegescherz – empfindliche/wunde Brustwarzen	75,5	1,9	6,5	4,6	33,5	1,3	7,3	6	26,2
Anlegescherz – Rhagaden	57,9	1,2	6,6	5,4	31,6	1,4	7,4	6	25,6
Anlegescherz – gerötete Brustwarzen	28,8	0,9	7,3	6,4	31,9	1,4	8,4	7	27,2
Anlegescherz – Schorfbildung	28,2	0,7	5,9	5,2	24,2	1,2	8,2	7	30,3
Anlegescherz – nässende (verklebte/ blutende) Brustwarzen	25,7	0,8	6,1	6,1	27,1	1,4	7,3	5,9	24,9

Dies ist zwar interessant, aber wenig überraschend, da die Mütter, die von Anfang an neben der Muttermilch auch Formula fütterten, wahrscheinlich auch die Mütter mit den meisten Problemen waren. Die Einführung von Formula kann auch zu einer Verringerung der Milchproduktion führen, wodurch es noch schwieriger wird, das Stillen aufrechtzuerhalten (Walker, 2015). Neben der Ansicht, dass die Einführung von Formula unmittelbar nach der Geburt zu einem früher als geplanten Abstillen führte, gibt es auch die Ansicht, dass es ohne das Füttern von Formula als Ergänzung zur Muttermilch während am Anfang der Stillzeit erlebter Schwierigkeiten zu einem noch früheren Abstillen gekommen wäre oder die Mütter gar nicht erst mit dem Stillen begonnen hätten.

Von den 1 084 an der Studie beteiligten Frauen gaben 68 % an, schon einmal körperliche Probleme beim Stillen erlebt zu haben. Anlegescherz war das häufigste Problem: 76 % derer mit Problemen litten unter Anlegescherz ($n = 562$). Das entspricht 52 % aller befragten Mütter. Auch Milchstau, Mastitis und verstopfte Milchgänge wurden von vielen Teilnehmerinnen als Probleme genannt, während Soor, Milchbläschen, Hohl-/Schlupfwarzen und Abszesse an der Brust weniger häufig auftraten. Anzumerken ist, dass sich diese Studie auf körperliche Probleme in Bezug auf die Brust selbst fokussierte und keine anderen Faktoren berücksichtigte, die eventuell Auswirkungen auf die Stillfähigkeit hatten. Dazu gehören Schmerzen durch die Geburt, psychosoziale Faktoren und sozioökonomische Zwänge und Probleme. Diese gelten zunehmend als für die Stilldauer relevante Faktoren (Li et al., 2008; IFF Research, 2013; Odom et al., 2013; Bourdillon et al., 2020). Anlegescherz hatte deutliche

Auswirkungen auf den Stillserfolg: 19 % der Teilnehmerinnen gaben an, dass Anlegescherz sie zum vollständigen Abstillen veranlasste. 29 % hörten kurzfristig mit dem Stillen auf und/oder erhöhten die Menge der gefütterten Formula. Der Großteil der Mütter, die vollständig abstillten, tat dies innerhalb des ersten Monats. 52 % der Teilnehmerinnen mit Anlegescherz vermeldeten „Keine Auswirkungen“ auf den Stillserfolg. In diesem Zusammenhang wurde die Option von Müttern gewählt, die trotz Anlegescherz weiter und ohne eine Änderung ihrer Stilltechnik stillten. Eine weitere veröffentlichte Studie zu den Auswirkungen geburtsbedingter Schmerzen auf das Stillen, die mithilfe derselben Methodik und derselben Teilnehmerdemographie durchgeführt wurde, umfasste eine weitere Option: „Es gab keine Auswirkungen auf das Stillen, aber negative Auswirkungen auf meine psychische Gesundheit“ (Bourdillon et al., 2020). Im Vergleich zu „Keine Auswirkungen“ wurde diese Option von beinahe doppelt so vielen Teilnehmerinnen gewählt. Es ist möglich, dass die von dieser Kohorte erlebten Stillprobleme ähnliche psychologische Auswirkungen hatten. Diese Daten wurden in dieser Studie jedoch nicht erfasst. Die Teilnehmerinnen, die unter Anlegescherz litten, baten mehrere und verschiedene Quellen um Unterstützung und Informationen, darunter medizinische Fachpersonen, Freunde, Familie und das Internet. Auf die Frage nach den von ihnen zur Behandlung des Anlegescherzes verwendeten Hilfsmitteln und Lösungen war HPA® Lanolin die am häufigsten gegebene Antwort (31 %), gefolgt von Stillhütchen (21 %) und anderen Cremes/Salben (einschließlich anderer als

HPA® Lanolin) (20 %). Einige Teilnehmerinnen nannten mehrere Lösungen. Es wurden jedoch keine Daten dazu erhoben, ob diese nacheinander oder zusammen verwendet wurden. Bei der Untersuchung der Daten daraufhin, ob die Wahl der Lösung bei denjenigen mit Anlegescherz zu Unterschieden in Bezug auf den Stillterfolg führte, wurde festgestellt, dass HPA® Lanolin deutlich positive Auswirkungen hatte. Nur 11 % der Teilnehmerinnen mit Anlegescherz, die HPA® Lanolin als Lösung verwendeten, stillten vollständig ab, im Vergleich zu 19 % derjenigen, die andere Lösungen verwendeten. Darüber hinaus war der Anteil der Teilnehmerinnen mit Anlegescherz, die HPA® Lanolin als Lösung verwendeten, aber ihre Stilltechnik nach eigenen Angaben nicht änderten, größer als der Anteil derer, die eine andere Lösung verwendeten (59 % im Vergleich zu 44 %).

Auf die Frage nach der Dauer der aufgrund von Anlegescherz erlittenen Symptome gaben die Teilnehmerinnen, die HPA® Lanolin verwendeten, eine kürzere Dauer an als die, die eine andere Lösung verwendeten. Diejenigen Teilnehmerinnen, die HPA® Lanolin als Lösung für Anlegescherz verwendeten, stillten im Durchschnitt 6,7 Wochen länger als diejenigen, die eine andere Lösung verwendeten (33,2 Wochen im Vergleich zu 26,5 Wochen). Dies stellt im Vergleich zu denjenigen, die HPA® Lanolin nicht verwendeten, eine deutliche Verlängerung der Stilldauer um 25 % dar. Im Vergleich zur durchschnittlichen Dauer von 28 Wochen für alle 1 084 Teilnehmer stellt dies eine Steigerung von 19 % dar.

Diese Daten sind äußerst interessant, insbesondere aufgrund der widersprüchlichen Ergebnisse und Schlussfolgerungen früherer Studien zur Verwendung von Lanolin für Stillprobleme. Mehrere Studien ergaben einen ähnlichen klinischen Nutzen der Verwendung von Lanolin: Abou-Dakn und Kollegen (2011) verglichen die Behandlung mit HPA® Lanolin mit der Behandlung mit der eigenen Muttermilch und stellten fest, dass die Gruppe, die HPA® Lanolin verwendete, schneller heilte, weniger Komplikationen und Schmerzen sowie einen verbesserten Stillterfolg nach 14 Tagen erlebte als die Gruppe, die ihre eigene Muttermilch verwendete. Eine zweite Studie von Neto et al. (2018) ergab, dass die Behandlung von Schmerzen und Brustwarzentraumata mit HPA® Lanolin zu besseren Ergebnissen führte als die Behandlung mit der eigenen Muttermilch, diesmal nach sieben Tagen. Auch in mehreren anderen Studien wurde festgestellt, dass sich Lanolin positiv auf die klinischen Ergebnisse bei Brustwarzenwunden auswirkte und im Vergleich mit der Vergleichslösung einen Nutzen zeigte (Brent et al., 1998; Tanchav et al., 2004; Coca et al., 2008). Alle außer eine der Studien verwendeten HPA® Lanolin. In anderen Studien wurde jedoch im Vergleich mit der Vergleichslösung bzw. einer Kontrollgruppe kein klinischer Nutzen von HPA® Lanolin, sondern stattdessen eine ähnliche Verbesserung in allen Behandlungsgruppen festgestellt (Cadwell, 2004; Dennis, 2014; Jackson und Dennis, 2017).

In einer Studie von Mohammedzadeh et al. (2006) wurden drei Behandlungsgruppen untersucht: Die erste Gruppe wurde mit Lanolin behandelt, die zweite mit der eigenen Muttermilch und die Kontrollgruppe erhielt keine Behandlung (alle Gruppen erhielten jedoch Unterstützung bei der Korrektur der Stilltechnik). Der Autor berichtete, dass es in der mit Lanolin behandelten Gruppe länger dauerte, bis es zu einer Verbesserung des Schmerzes bzw. einer Heilung kam, als in der mit Muttermilch behandelten Gruppe bzw. in der Kontrollgruppe. Die Teilnehmerinnen wurden jedoch angewiesen, ihre Brustwarzen vor dem Stillen zu waschen, um das Lanolin zu entfernen (die anderen Gruppen wurden nicht angewiesen, sich zu waschen). Durch diesen unnötigen Schritt ließen sich die Gruppen nicht länger direkt vergleichen. In der Tat kann das wiederholte Waschen der verletzten Brustwarzen zu der in dieser Kohorte berichteten Heilungsverzögerung beigetragen haben.

Die hier präsentierten Daten zeigen das breite Spektrum der Probleme, die von Müttern am Anfang der Stillzeit erlebt werden. Dies ist der Schlüssel zum Verständnis der etwaigen Unstimmigkeiten in puncto Lanolin und anderer Behandlungen in den veröffentlichten Daten. Die Stillprobleme der in solchen Studien erfassten Mütter haben die verschiedensten – und ganz individuellen – zugrunde liegenden Ursachen. Daher hängt der Erfolg der zur Heilung verletzter Brustwarzen verwendeten Lösung und der Unterstützung der Schmerzlinderung von einer Vielzahl exogener Faktoren ab, die sich nicht gut kontrollieren lassen. Wird die Grundursache nicht erkannt und behoben, ist die Lösung weniger wirksam. Eine Schulung bezüglich der Stilltechnik trägt dazu bei, dies anzusprechen. Die Störfaktoren – insbesondere im Zusammenhang mit physiologischen Aspekten von Mutter oder Säugling – lassen sich jedoch nur schwer identifizieren und möglicherweise niemals vollständig lösen. Selbst so einfache Faktoren wie eine Steigerung der Anzahl der Stillmahlzeiten pro Tag oder eine einzige Stillmahlzeit, bei der das Positionieren und das Anlegen des Säuglings nicht optimal waren, können sich auf den Stillterfolg einzelner Mütter und die Schlussfolgerungen von Vergleichsstudien auswirken, insbesondere bei kleinen Stichprobengrößen.

Die beachtliche Stichprobengröße dieser Studie macht sie zu einer wertvollen Momentaufnahme der körperlichen Herausforderungen, die Mütter am Anfang der Stillzeit erlebten, und wie sich diese ihrem Empfinden nach auf ihren Stillterfolg auswirkten. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte der retrospektive Charakter des Studiendesigns berücksichtigt werden. Da die Datenerhebung auf Selbsteinschätzung und retrospektiver Erinnerung basierte, ist es möglich, dass die Mütter ihre Erlebnisse falsch darstellten. Dies muss bei jeder Studie, die sich auf eine retrospektive Befragung stützt, berücksichtigt werden. Es ist hervorzuheben, dass die Mütter nicht gefragt wurden, ob sie zuvor schon einmal gestillt hatten. Obwohl bekannt ist, dass sich dies auf die Stillterfahrung auswirkt, wird nicht davon ausgegangen, dass sich die Auslassung dieser Frage auf die hier präsentierten Schlussfolgerungen auswirkt. Es ist wichtig anzuerkennen, dass der Anlegescherz einiger Frauen in dieser Studie wahrscheinlich eine zugrunde liegende Ursache hatte, deren Behebung das Problem hätte verbessern können. Wichtig ist jedoch, dass die Teilnehmerinnen im Rückblick auf ihre Stillzeit die schmerzenden Brustwarzen, an denen sie litten, selbst als Anlegescherz identifizierten, der sich von anderen medizinischen Ursachen für schmerzende Brustwarzen, die als Optionen vorgegeben waren, unterschied.

Kontinuierliche Schulung, Rat und Unterstützung durch medizinische Fachpersonen in Bezug auf das korrekte Positionieren und Anlegen des Säuglings sind für die positive Beeinflussung des Still Erfolgs unerlässlich. Jedoch kann es sein, dass diese Unterstützung nicht immer verfügbar oder zugänglich ist, wenn sie gebraucht wird. HPA® Lanolin ist eine weitere Lösung, die in den ersten Tagen und Wochen der Stillzeit häufig verwendet wird. Obwohl Lanolin keine direkten schmerzstillenden Eigenschaften hat, wie sie andere Lösungen wie z. B. eine Wärme-/Kältetherapie oder Hydrogele besitzen, behandelt es auf wirksame Weise den Schmerz – die verletzten Brustwarzen –, indem es eine okklusive Barriere bildet, die natürliche feuchte Wundheilung unterstützt und somit den Schmerz lindert, den eine Mutter während der Heilung ihrer Brustwarzen spürt.

Bei vielen Frauen hatte der Anleges Schmerz, unter dem sie litten, keine klare zugrunde liegende Ursache, die „korrigiert“ werden konnte. Die Aussicht, auf unbestimmte Zeit mit diesem Schmerz zu stillen, kann entmutigend oder sogar nicht zu bewältigen sein. Das Fehlen einer konkreten Ursache für den empfundenen Schmerz kann in einer Zeit, in der die psychische Gesundheit frischgebackener Mütter anfällig ist, auch zu Gefühlen der Schuld oder des Scheiterns führen. Interessanterweise wurde in einigen der Studien, in denen in puncto Heilung oder Schmerzendpunkte keine Überlegenheit von HPA® Lanolin über die Vergleichsbehandlung festgestellt wurde, berichtet, dass die Frauen, die HPA® Lanolin verwendeten, zufriedener mit ihrer Still Erfahrung und zufriedener mit ihrer Behandlung waren (Dennis et al., 2014; Jackson und Dennis, 2017). Für die Unterstützung von Müttern bei ihren Stillproblemen sind Lösungen und Rat von entscheidender Bedeutung, um es ihnen zu ermöglichen, so lange wie geplant stillen zu können. Die hier präsentierten Daten zeigen, dass HPA® Lanolin eine entscheidende, von Müttern zur Bewältigung von Anleges Schmerz eingesetzte Lösung mit in ihrer Wahrnehmung äußerst positiven Auswirkungen auf die körperlichen Symptome und Schmerzen in Verbindung mit Brustwarzentraumata ist. Die Verwendung von HPA® Lanolin wurde auch mit einer deutlichen Verlängerung der Stilldauer in Verbindung gebracht, die Frauen letztlich dabei hilft, ihre persönlichen Stillziele zu erreichen, und die allgemeinen Stillraten verbessert. **BJM**

Danksagung: Die Autoren danken Mumsviews Ltd. für die Durchführung und Verwaltung der Online-Befragung und für die Erhebung der Daten für diese Studie.

Review: Dieser Artikel wurde einem Doppelblindgutachten (double-blind peer review) unterzogen und zur Publikation am 1. Juni 2020 angenommen.

Wichtigste Erkenntnisse

- Viele Frauen leiden am Anfang ihrer Stillzeit an Anleges Schmerz – schmerzende Brustwarzen ohne klare zugrunde liegende Ursache.
- HPA® Lanolin war die am häufigsten verwendete Lösung zur Behandlung der Ursachen von Anleges Schmerz. HPA® Lanolin bildet eine okklusive Barriere und unterstützt die natürliche feuchte Wundheilung.
- In der Wahrnehmung von Müttern, die HPA® Lanolin verwendeten, zeigte es äußerst positive Auswirkungen auf die körperlichen Symptome und Schmerzen in Verbindung mit Brustwarzentraumata.
- Die Verwendung von HPA® Lanolin wurde im Vergleich zu denjenigen Müttern, die andere Lösungen zur Behandlung des Anleges Schmerzes verwendeten, mit einer Verlängerung der Stilldauer um 25% in Verbindung gebracht.

- Abou-Dakn M, Fluhr JW, Gensch M, Wöckel A. Positive effect of HPA® lanolin versus expressed breastmilk on painful and damaged nipples during lactation. *Skin Pharmacology and Physiology*. 2011; 24(1):27–35. <http://doi.org/10.1159/000318228>
- Amir LH, Donath SM, Garland SM, Tabrizi SN, Bennett CM, Cullinane M, Payne MS. Does candida and/or Staphylococcus play a role in nipple and breast pain in lactation? A cohort study in Melbourne, Australia. *BMJ Open*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002351>
- Bourdillon K, McCausland T, Jones S. The impact of birth-related injury and pain on breastfeeding outcomes. *British Journal of Midwifery*. 2020; 28(1):52–61. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.1.52>
- Brent N, Rudy SJ, Redd B, Rudy TE, Roth LA. Sore nipples in breastfeeding women: a clinical trial of wound dressings vs conventional care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 1998; 152(11):1077–1082. <https://doi.org/10.1001/archpedi.152.11.1077>
- Büyükyavuz B, Savas Ç, Duman L. Efficacy of lanolin and bovine type I collagen in the treatment of childhood anal fissures: a prospective, randomized, controlled clinical trial. *Surg Today*. 2010; 40:752–756. <https://doi.org/10.1007/s00595-009-4141-3>
- Cadwell K, Turner-Maffei C, Blair A, Brimdyr K, Maja McInerney Z. Pain reduction and treatment of sore nipples in nursing mothers. *Journal of Perinatal Education*. 2004; 13:29–30
- Chvapil M, Gaines JA, Gilman T. Lanolin and epidermal growth factor in healing of partial-thickness pig wounds. *Journal of Burn and Care Research*. 1988; 9(3):279–284. <https://doi.org/10.1097/00004630-198805000-00009>
- Coca KP, Abrã AC. An evaluation of the effect of lanolin in healing nipple injuries. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008; 21(1):11–16. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000100002>
- Darmangeat V. The frequency and resolution of nipple pain when latch is improved in a private practice. *Clin Lact*. 2011; 2: 22–24
- Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Review*. 2014; 12
- De Oliveira LD, Giugliani ER, do Espirito Santo LC, Franca MC, Weigert EM, Kohler CV, de Lourenzi Bonilha AL. Effect of intervention to improve breastfeeding technique on the frequency of exclusive breastfeeding and lactation-related problems. *Journal of Human Lactation*. 2006; 22:315–321. <https://doi.org/10.1177/0890334406290221>
- LactMed. Drugs and lactation database. 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501842/> (accessed 9 April 2020)

Reflexionsfragen zur Weiterbildung

- Stillprobleme und schmerzende Brustwarzen treten am häufigsten am Anfang der Stillzeit unmittelbar nach der Geburt auf. Gewährleisten Sie, dass Mütter auf Quellen für Unterstützung und Informationen hingewiesen werden, sodass diese wissen, an wen sie sich wenden können, sobald ein Problem auftritt?
- Wenn die zugrundeliegende Ursache für schmerzende Brustwarzen nicht klar ist, kann dies in einer Zeit, in der die psychische Gesundheit frischgebackener Mütter anfällig ist, zu Gefühlen der Schuld oder des Scheiterns führen. Welche offenen Fragen könnten Sie Müttern stellen, um sicherzustellen, dass sie all ihre Bedenken mit Ihnen teilen?
- HPA® Lanolin ist eine von vielen Lösungen, die Müttern zur Behandlung des Anleges Schmerzes zur Verfügung stehen. Beraten Sie Mütter proaktiv zu den für ihre spezifischen Stillprobleme am besten geeigneten Lösungen?
- Ein vorzeitiges Abstillen war insbesondere bei Müttern verbreitet, die von Geburt an zusätzlich Formula fütterten. Unterstützen Sie diese Mütter besonders, um ihnen dabei zu helfen, weiter zu stillen?

Harris I, Hoppe U. Lansolin. Dry skin and moisturizers: chemistry and function. In: Marie Lodén M, Howard I (eds). FL: CRC Press; 2000

Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth*. 2001; 28:236–242. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00236.x>

IFF Research. Infant feeding survey, 2010. UK Data Service. 2013. <http://doi.org/10.5255/UKDA-SN-7281-2>

Jackson K, Dennis C. Lanolin for the treatment of nipple pain in breastfeeding women: a randomized controlled trial. *Maternal and Child Nutrition*. 2016. 13(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.12357>

Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, Rowan MK, Chia ES, Fairclough KA, Menon LL, Scott C, Mather-McCaw G, Navarro K, Geddes DT. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *Int J Environ Res Public Health*. 12(10):12247–12263. <https://doi.org/10.3390/ijerph121012247>

Kligman A. Introduction. Dry skin and moisturizers: chemistry and function. In: Lodén M, Howard I (eds). FL: CRC Press; 2000

Labarere J, Bellin V, Fourny M, Gagnaire JC, Francois P, Pons JC. Assessment of a structured in-hospital educational intervention addressing breastfeeding: a prospective randomised open trial. *BJOG*. 2003; 110:847–852. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2003.02539.x>

L'Esperance, CM. Pain or pleasure: the dilemma of early breastfeeding. *Birth*. 1980; 7:21–26. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1980.tb01361.x>

Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*. 2008; 122(2):S69–S76. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1315i>

Mannel R, Martens PJ, Walker M. Core Curriculum for Lactation Consultant Practice, 2nd edn. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2008.

McClellan HL, Geddes DT, Kent JC, Garbin CP, Mitoulas LR, Hartmann PE. Infants of mothers with persistent nipple pain exert strong sucking vacuums. *Acta Paediatr*. 2008; 97: 1205–1209. <http://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00882.x>

Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2000; 126:36–39. <http://doi.org/10.1001/archotol.126.1.36>

Morland-Schultz K, Hill PD. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. *Journal of Obstetric*

Gynecologic and Neonatal Nursing. 2005; 34(4):428–437.

<https://doi.org/10.1177/0884217505276056>

Neto MC, de Albuquerque RS, de Souza SC, Giesta RO, Fernandes APS, Mondin B. Comparative study of the use of HPA® lanolin and breast milk for treating pain associated with nipple trauma. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2018; 40(11):664–672.

<https://doi.org/10.1055/s-0038-1675180>

Odom E, Li R, Scanlon KS Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*. 2013; 131(3):e726–e732.

<https://doi.org/10.1542/peds.2012-1295>

Perrella SL, Lai CT, Geddes DT. Case report of nipple shield trauma associated with breastfeeding an infant with high intra-oral vacuum. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15(155).

<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0593-1>

Righard L. Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth*. 1998; 25: 40–44.

<https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.1998.00040.x>

Snyder JB. Bubble palate and failure to thrive: a case report. *Journal of Human Lactation*. 1997; 13: 139–143. <https://doi.org/10.1177%2F089033449701300215>

Tait P. Nipple pain in breastfeeding women: causes, treatment, and prevention strategies. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2000; 45:212–215. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(00\)00011-8](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(00)00011-8)

Tanchev S, Vulkova S, Georgieva V, Gesheva Iu, Tsvetkov M. Lansinoh in the treatment of sore nipples in breastfeeding women. *Akush Ginekol (Sofia)*. 2004; 43(3):27–30

Walker M. Conquering common breast-feeding problems. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2008; 22: 267–274.

<https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000341356.45446.23>

Walker M. Formula supplementation of breastfed infants: helpful or hazardous? *ICAN: Infant, Child, and Adolescent Nutrition*. 2015; 7(4):198–207. <https://doi.org/10.1177%2F1941406415591208>

World Health Organization. Exclusive breastfeeding. 2020.

https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/ (accessed 9 April 2020)

Witkowska-Zimny M, Kaminska-El-Hassan E, Wróbel E. Milk therapy: unexpected uses for human breast milk. *Nutrients*. 2019; 11(5):944. <https://doi.org/10.3390/nu11050944>

Sie haben eine Idee für das BJM?



bjm@markallengroup.com



@BJMidwifery

