



Mögliche medizinische Ursachen für tatsächlichen Milchmangel

Autorin: Gudrun von der Ohe, Ärztin und Still- und Laktationsberaterin IBCLC, Hamburg

Der weitaus häufigste Grund für tatsächlichen Milchmangel ist ein unzureichendes Stillmanagement! Deshalb sollte als Erstes das Stillmanagement genau überprüft werden und auch ein Plazentarest und/oder ein sehr niedriger Hb-Wert ausgeschlossen werden.

In seltenen Fällen kann eine unzureichende Milchproduktion durch eine Erkrankung der stillenden Mutter verursacht werden. Dabei ist unbedingt zu berücksichtigen, dass jegliches Stillen wertvoll ist. Frauen sollten immer eine wertschätzende kompetente Unterstützung und Begleitung erhalten, auch wenn in manchen Fällen nur ein Teilstillen möglich sein wird.

- **Plazentarest:** Progesteron, das in der Schwangerschaft von der Plazenta produziert wird, verzögert die Laktogenese II (sekretorische Aktivierung), weil Progesteron als wichtigster Hemmer noch Wirkung hat (*Lawrence, 2022:550*).
- **Abnorm starke postpartale Blutungen:** betrifft ca. 0,5% der Geburten (*Drayton et al., 2016; Chessman et al., 2018*). Die Milchmenge kann anfangs geringer sein, bis sich die Mutter wieder erholt hat. Die Qualität bleibt auch bei vorübergehend geringerer Milchmenge jedoch erhalten. Das Stillmanagement in den ersten Tagen ist dabei besonders wichtig.
- **Sheehan-Syndrom** (Synonym: postpartale Hypophysennekrose): Inzidenz ist sehr gering. Es handelt sich dabei um den seltenen, nach einer Entbindung auftretenden, vollständigen oder teilweisen Funktionsausfalls des Hypophysenvorderlappens aufgrund einer massiven postpartalen Blutung mit hypovolämischem Schock. Es fehlt somit unter anderem auch Prolaktin, das unabdingbar für die Initiation der Milchbildung ist. Wenn es eine Teilnekrose ist, kann sich der Hypophysenvorderlappen eventuell wieder erholen. (*Lawrence, 2022:550; Nawroth, Ziegler, 2001*).
- **Ältere erstgebärende Mütter** (ab ca. 40 Jahre) haben ein Risiko, nicht ausschließlich stillen zu können. Die Ursache ist nicht ganz geklärt und multifaktoriell, eventuell durch ein höheres Gewicht oder eine relative Insulinresistenz mitbedingt (*Core Curriculum LEAARC, 2023/2024:482ff*). Das bedeutet, dass gerade für diese Frauen ein gutes Stillmanagement notwendig ist.
- **Starkes Übergewicht der Mutter** (BMI >27): vor allem bei frühem Auftreten vor oder während der Pubertät. Eine geringere Entwicklung der Brustdrüse in der Schwangerschaft sowie ein schlechter Stillbeginn durch den erhöhten Östrogenspiegel bedingt durch Körperfett wird beschrieben. Ein langsamerer Abfall von Progesteron sowie ein verringerter Anstieg von Prolaktin durch das Stillen scheinen damit einherzugehen, kürzere Stillzeiten sind oft die Folge (*Rasmussen, 2007, 2012 und später; Core Curriculum LEAARC, 2023/2024:482ff*). Da gerade auch diese Frauen und deren Kinder vom Stillen profitieren, sollten sie unbedingt eine gute Stillunterstützung und Beratung bekommen.
- **Bluthochdruck, Schwangerschaft-induzierte Hypertonie, HELLP-Syndrom:** eine Hämolyse, erhöhter Leberwerte und niedrige Thrombozytenwerte können sich auf die Menge der Milch auswirken (*Core Curriculum LEAARC, 2023/2024:482ff*). Stillen wirkt kardioprotektiv.
- **Insulindysregulation** jeden Typs: kann potenziell die Brustdrüsenentwicklung und die Milchbildung stören. Siehe auch unter verspätete Laktogenese II (*Core Curriculum LEAARC, 2023/2024:482ff*). Deswegen sollten Schwangere mit einem Diabetes mellitus die Anleitung zur präpartalen Kolostrumgewinnung erhalten.

- **Schilddrüsendiffunktionen** beeinflussen sowohl Oxytocin als auch Prolaktin. Eine subklinische oder Borderline-Schilddrüsendiffunktion wird manchmal als erstes durch Stillprobleme sichtbar (*Core Curriculum LEAARC, 2023/2024:482ff*). Eine Kontrolle des TSH-Spiegels und der normalen Schilddrüsenwerte, eventuell mit einer medikamentösen Behandlung, sind somit notwendig für eine gute Laktation!
 - Eine **Hypothyreose** wirkt sich negativ auf die Freisetzung von Prolaktin und Oxytocin aus und hemmt zusätzlich auch die Prolaktin-Signalübertragung durch verringerte Prolaktinrezeptoren. Das kann zu einer vorzeitigen Rückbildung der Milchdrüsen und somit zum Milchmangel führen.
 - Eine **Hyperthyreose** kann zur beschleunigten Entwicklung der Brustdrüsen und frühzeitigem Beginn der Laktation führen, Es kommt jedoch zu einer Beeinträchtigung von Oxytocin und damit zur Minderung des Milchflusses. Die Milch hat gegebenenfalls einen verminderten Fettgehalt. Hilfreich sind deshalb Brustmassage und Brustkompression.
 - Eine **postpartum Thyreoiditis** kommt vor allem im ersten Jahr nach der Geburt vor und ist meist vorübergehend. Dies betrifft ca. 5% der Frauen. Daraus kann sich später manchmal eine Hashimoto-Thyreoiditis entwickeln.
 - **TSH:** Normwert für Frauen im gebärfähigen Alter: 0,2-2,5 mU/l
- **Prolaktinom:** Da Prolaktin für den Beginn der Laktation notwendig ist (*Lawrence, 2022:70ff*), können Probleme mit der Prolaktin-Sekretion einerseits zu höherer, andererseits auch zu niedrigerer oder fehlender Laktation führen (*Core Curriculum LEAARC, 2023/2024:482ff*). Eine Hypolaktation kann entstehen, wenn das Prolaktinom ein fehlerhaftes Molekül bildet oder auch wenn Serum-Autoantikörper gegen die Prolaktin-bildenden Zellen vorhanden sind.

Prolaktinspiegel	Von-bis (ng/ml)	Durchschnittlich (ng/ml) <i>(Umrechnungsfaktor: ng/ml x 32,5 = µU/ml)</i>
Frauen vor Pubertät u. nach Menopause	2-8	---
Erwachsene Frauen	8-14	10
Schwangerschaft zum Entbindungstermin	200-500	200
Stillzeit		Reaktion auf Stimulation
Erste 10 Tage	Baseline 200	Spitzen bis zu 400
10-90 Tage	Baseline 60-110	Spitzen bis zu 70-220
90-180 Tage	Baseline 50	Spitzen bis zu 100
180-365 Tage	Baseline 30-40	Spitzen bis zu 45-80

- **Fertilitätsstörungen** in der Anamnese: Manche Frauen haben laut Literatur nach künstlicher Befruchtung mehr Probleme mit der Laktation und stillen kürzer als Vergleichsgruppen. Ein **polyzystisches Ovarial-Syndrom (PCO)** ist die Hauptursache für Fertilitätsstörungen bei Frauen. Mehr als die Hälfte haben einen hohen BMI und oft einen niedrigen Progesteronspiegel, eine Insulinresistenz, erhöhte Östrogenwerte und im Einzelfall einen Hyperandrogenismus. Diese Faktoren haben einen negativen Effekt auf die Laktation (*Marasco, 2000; Core Curriculum LEAARC, 2023/2024:482ff*).
- **Theca-Luteinzysten** in der Schwangerschaft: Ein damit einhergehender zu hoher Gestagenspiegel erschwert die Laktation (*Hoover, 2002*).
- **Kollagenosen** (systemische Autoimmunerkrankungen) wie z.B. Systemischer Lupus Erythematodes, Mischkollagenosen oder andere: Die Ursachen sind noch nicht ganz geklärt, voraussichtlich ist der gestörte Hormonhaushalt eine Ursache (*Lawrence, 2022:561*). Auch Frauen mit einem Sjögren-Syndrom betrifft dies, in manchen Fällen wirkt eine Hydroxychloroquin-Therapie günstig (*Core Curriculum LEAARC, 2023/2024:482ff*).
- **Anlagestörungen, Brusterkrankungen oder Brustoperationen**
 - Anlagebedingt zu wenig Brustdrüsengewebe (*Lawrence, 2022:574; Neifert et al, 1985*)
 - Tubuläre Brust, Polandsyndrom (*Lawrence, 2022:574*)
 - Zustand nach Brust-Reduktionsoperationen (*Lawrence, 2022:590ff*)
 - Zustand nach Augmentation, wenn die Schnittführung periareolär erfolgte und Milchgänge durchtrennt und Drüsengewebe verletzt wurden. (*Lawrence, 2022:590ff*)
 - Zustand nach Brustkrebsbehandlung mit Quadrantenresektion oder auch nach Bestrahlung der Brust (*ABM Clinical Protocol #34, 2020*)

Erkrankungen und Situationen, die mit einer verspäteten Laktogenese II einhergehen können

- **Diabetes mellitus Typ 1:** Bei Insulinmangeldiabetes kann der Beginn der Laktogenese II um ca. 24 Stunden verzögert sein. Wenn der Diabetes nicht gut eingestellt ist, reduziert es die Milchbildung generell (*Core Curriculum LEAARC, 2023/2024: 482ff*) – siehe auch unter <https://www.stillen-institut.com/de/hypoglykaemie.html>
- **Diabetes mellitus Typ 2:** Insulinresistenz-Diabetes mit und ohne Insulinbedarf und ein **Gestations-Diabetes** sind assoziiert mit Schwierigkeiten bei der Initiation und dem weiteren Verlauf der Laktation.

Die Therapie mit Metformin, einem Insulin-sensibilisierenden Medikament, hilft einigen Frauen, bei denen Diabetes mellitus auf Grund eines PCOs auftritt, die Milchbildung zu verbessern, wie Placebo-vergleichende Studien zeigten. Weitere Forschung ist dazu noch notwendig (*Core Curriculum LEAARC, 2023/2024:482ff*). Dies ist ein weiterer Grund, weswegen Schwangere mit einem Diabetes mellitus die Anleitung zur präpartale Kolostrumgewinnung erhalten sollten.

- **Serotoninwiederaufnahme-Hemmer** (Antidepressiva): da die Freisetzung von Prolaktin durch Serotonin in Verbindung mit Katecholaminen mitbedingt wird. (*Lawrence, 2022*)
- **Kaiserschnitt** in Verbindung mit weniger Oxytocinausschüttung und eventuell zu geringer Unterstützung (*Hobbs 2016; Wallenborn 2017*). Ein gutes Bonding während und nach Kaiserschnitt sind notwendig, um körpereigenes Oxytocin ausschütten zu können. Nach der Operation benötigen die Frauen vermehrt Unterstützung beim Stillen.

Referenzen

- Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) & Helen M. Johnson, Katrina B. Mitchell: Clinical Protocol #34: Breast Cancer and Breastfeeding, 2020. Breastfeeding Medicine 2018. Volume 15, Number 7. <https://www.bfmed.org/protocols>
- Chessman J, Patterson H, Nippita TA, et al. Haemoglobin concentration following postpartum haemorrhage and the association between blood transfusion and breastfeeding: a retrospective cohort study. BMC Res Notes. 2018;11(1):686. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3800-0>
- Core Curriculum LEAARC: Spencer B., S. Hetzel Campbell, K. Chamberlain (Hrsg.): Core Curriculum; Interdisciplinary Lactation Care, 2nd Edition; Jones & Barlett, 2024; Chapter 22
- Drayton BA, Patterson JA, Nippita TA, Ford JB. Red blood cell transfusion after postpartum haemorrhage and breastmilk feeding at discharge: a population-based study. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2016;56(6):591-598. <https://doi.org/10.1111/ajo.12485>
- Hobbs A.J. et al.: The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum; BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16:90. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
- Lawrence/ Lawrence: Breastfeeding; A Guide for the Medical Profession; Elsevier, 9. Edition, 2022; Chapter 3,15,16
- Marasco, L., C Marmet, E Shell: Polycystic ovary syndrome: a connection to insufficient milk supply? J Hum Lact. 2000 May;16(2):143-8; DOI: 10.1177/089033440001600211 https://www.researchgate.net/publication/12176826_Polycystic_Ovary_Syndrome_A_Connection_to_Insufficient_Milk_Supply
- Nawroth P. P., R. Ziegler (Hrsg.): Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg u. a., 2001
- Rasmussen, K. M.: Association of maternal obesity before conception with poor lactation performance; Annu Rev Nutr 2007;27:103-21; DOI: 10.1146/annurev.nutr.27.061406.093738 https://www.researchgate.net/publication/6465943_Association_of_Maternal_Obesity_Before_Conception_with_Poor_Lactation_Performance
- Rasmussen, K. M.: Maternal Obesity - A Problem for Both Mother and Child; Obesity Research Journal, 2012. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000043. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4862374/>
- Wallenborn, J.T., W.C. Graves, S.W. Masho: Breastfeeding Initiation in Mothers with Repeat Cesarean Section: The Impact of Marital Status; Breastfeeding Medicine Vol. 12, No. 4, 2017. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0205>