

## EDITORIAL

Als mein erster Sohn geboren wurde, war für mich klar, dass ich ihn für die ersten sechs Monate mit Muttermilch versorgen wollte. Das bedeutete für mich nach dem üblichen Mutterschaftsurlaub noch rund zwei Monate regelmässig abpumpen. Ein Abenteuer in unserem Schweizer Kontext: Ich pumpte also fleissig, möglichst im 2- bis 3-Stundentakt, in verschliessbaren Räumen ab. Das bedeutete meistens in der Damentoilette im Zug auf dem Weg nach Hause, auf der Abteilung im Spital im nicht abschliessbaren Schulungsraum in der Lavabonische mit Vorhang, in der Dusche am Büroarbeitsplatz oder in einem toten Winkel im dunklen, selten benutzten Treppenhaus. Frau wird erfinderisch.

Einen Raum, der mir extra dazu zur Verfügung gestellt wurde, habe ich nie angeboten erhalten. Das Thema Abpumpen wurde gar nie angesprochen. Weil ich eine seltene Ausnahme bin, da die meisten berufstätigen Frauen beim Wiedereinstieg abgestillt haben? Ich habe mich selber informiert, dass die Abpumpzeit als Arbeitszeit gilt und meine Pump-Pausen entsprechend eingeplant. Die grösste Herausforderung war mein Job in der Praxis. Man stelle sich einen hektischen Spätdienst als Pflegefachfrau auf der Chirurgie vor, da war es wirklich sehr schwierig, ausser in den regulären zwei Pausen, dazwischen abzupumpen. Ich war extrem froh, dass meine Teamkolleginnen mich jeweils vertraten, aber es war nicht immer einfach darum zu bitten. Die schlimmste Erfahrung war, dass mir im Zug mehrmals zur Kontrolle die Türe von aussen aufgeschlossen wurde, da vermutlich eine Schwarzfaherin erwischt werden wollte. Die Situationen waren aber auch lustig, z.B. an der Universität zwischen den Vorlesungen in der Toilette kommentierten die Studentinnen das Geräusch meiner elektrischen Pumpe mit wilden Spekulationen... Ich habe also auch beim zweiten Kind abgepumpt und werde das beim Dritten tun. Bin gespannt, was ich da noch erlebe!

Antoinette Conca

Antoinette Conca,  
Pflegefachfrau und Mutter

## Nationale Umfrage

# Anwendung von

**Der Beginn einer Stillbeziehung zwischen Mutter und Kind und das dauerhafte Stillen sind zuweilen problematisch. Aus unterschiedlichen, häufig komplexen Gründen kann es bei stillenden Müttern zu einer Verringerung der Milchbildung kommen. In diesen Fällen können verschiedene Methoden zur Anregung der Milchbildung angeboten werden. Die Autorinnen haben sich mit einer nationalen Umfrage an in der Schweiz tätige Hebammen gewandt, um die in der täglichen Praxis angebotenen Behandlungsmethoden zu erfassen. Die Ergebnisse dieser Umfrage wurden im Mai 2009 auf dem Hebammenkongress in Appenzell als Poster präsentiert und mit dem 2. Preis ausgezeichnet.**

**Yvonne Meyer**  
**Ursula Winterfeld**  
**Alice Panchaud**

ren (Ernährung, Stress, Stilltechnik usw.) beeinflusst.

## Fördermassnahmen zur Milchbildung

Die mütterliche Milchbildung ist ein komplexer physiologischer Prozess. Die Milchbildung teilt sich in zwei Phasen auf: die erste Phase, in der die Zelldifferenzierung und die für die Bildung einer geringen Menge Milch benötigten enzymatischen Veränderungen stattfinden, wird auch Laktogenese I genannt; mit der Geburt führen hormonelle Veränderungen zu einer vollen Milchbildung (Laktogenese II) (Hurst 2007). Die mütterliche Milchbildung ist ein Vorgang, bei dem körperliche, emotionale und hormonale/endokrine Faktoren eine Rolle spielen. Das Aufrechterhalten der Milchbildung erfolgt unter anderem durch das regelmässige und gründliche Entleeren der Brüste und wird von mütterlichen Fakto-

ren (Ernährung, Stress, Stilltechnik usw.) beeinflusst. Die Milchbildung kann durch zahlreiche Faktoren beeinträchtigt werden. Dies kann zu einer verspäteten Laktogenese oder einer verringerten Milchproduktion führen. Eine frühzeitige Identifizierung und Korrektur solcher Faktoren führt zu einer Förderung der Stillleistung (Hurst 2007). Internationale Initiativen zur Förderung des Stillens haben zu einer Entwicklung von Leitlinien für die optimale Versorgung stillender Mütter geführt (WHO 1989; UNICEF 1992; National Institute for Health and Clinical Excellence 2006; Department of Health 2007). Die in diesen Leitlinien empfohlene Stillberatung sollte Frauen mit Stillproblemen vorrangig angeboten wer-



**Yvonne Meyer**, Hebamme, HECVSanté – Filière sages-femmes, Lausanne; **Ursula Winterfeld** und **Alice Panchaud**, Apothekerinnen, Swiss Teratogen Information Service, Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques du CHUV, Lausanne, [www.swisstis.ch](http://www.swisstis.ch).

# Galaktagoga in der Schweiz



Fotos: Judith Fahner

den. Andere milchbildungsfördernde Methoden können ebenfalls angewendet werden. Galaktagoga sind Mittel zur Förderung der Milchbildung. Zahlreiche Heilpflanzen und Nahrungsmittel werden traditionell als Galaktagoga angewandt. Bestimmte Medikamente werden ebenfalls in dieser Indikation verschrieben.

Hebammen spielen bei der Versorgung stillender Mütter eine sehr wichtige Rolle. Um die von Hebammen in der Schweiz angebotenen Behandlungsmethoden einer ungenügenden Milchbildung zu untersuchen, wurde eine nationale Umfrage durchgeführt.

## Internet-Umfrage

Allen Mitgliedern des Schweizerischen Hebammenverbandes und allen frei praktizierenden Hebammen wurde im

März 2009 per E-Mail ein Online-Fragebogen zugesendet. Im April 2009 folgte ein erneuter Aufruf zur Teilnahme an der Umfrage. Der Fragebogen war auf Deutsch und Französisch verfügbar. Die Anonymität der Teilnehmerinnen (TN) wurde garantiert und die Umfrage vom Schweizerischen Hebammenverband unterstützt.

## Jede zweite Hebamme nahm teil

Geschätzte 700 in der Schweiz praktizierende Hebammen erhielten den Fragebogen und 351 (50%) nahmen an der Umfrage teil. 66% der TN kommen aus der deutschen, 30% aus der französischen und 4% aus der italienischen Schweiz. Ein Drittel der Hebammen gab an, eine Aus- oder Weiterbildung als Stillberaterin genossen zu haben (Weiterbildung oder Ausbildung zur Stillberaterin IBCLC).

## Viele benötigen Galaktagoga

Die Mehrheit der TN (n=327, 93%) gab an, dass ihre Klientinnen Galaktagoga benötigen. Folgende Indikationen zur Anwendung von Galaktagoga wurden genannt (mehrere Antworten waren möglich): zu geringe Milchbildung zu Beginn des Stillens (79%), Gewichtsverlust des Neugeborenen grösser als 10% des Geburtsgewichtes (58%), Verringerung der Milchbildung nach mehreren Wochen (50%), erfolgloses Abpumpen der Milch (41%), Zweifel der Mutter an ihrer Fähigkeit zu stillen (38%), räumliche Trennung von Mutter und Kind (31%), Brustoperation (25%), makrosomes Kind, niedriges Geburtsgewicht, frühgeborenes Kind (23%), Erkrankung der Mutter (21%), Erkrankung des Kindes (19%), ununterbrochenes Weinen des Kindes (13%), Relaktation nach erfolgtem Ab-

stillen (9%) und Stillen eines Adoptiv- oder Pflegekindes (1%).

### Behandlungsmethoden

Folgende Behandlungsmethoden bei unzureichender Milchbildung wurden von den TN empfohlen (mehrere Antworten waren möglich): Stillberatung und andere Methoden (100%), Heilpflanzen/Nahrungsmittel (96%), homöopathische Arzneimittel (57%), Akupunktur (39%) und Medikamente (16%) (siehe Tabelle 1). Zu den anderen Methoden, die von den TN empfohlen wurden, gehören (n=348, mehrere Antworten waren möglich): häufigeres Stillen (96%), Brustmassage (77%), Milchpumpe (71%), ätherische Öle (42%), Brustwarzen- und Warzenhofmassage (22%), Kataplasmen (8%).

Insgesamt 16% der TN gaben an, ihren Klientinnen den Gebrauch von Arzneimitteln zu empfehlen (Tabelle 1). Diese TN wiesen mehrheitlich eine IBCLC-Ausbildung aus (77% versus 27% der TN, die diese Medikamente nicht empfehlen;  $p=0,02$ ,  $\chi^2$ ). Folgende Dosierung wurde von den TN empfohlen (Mittelwert  $\pm$  Standardabweichung): für Oxytocin  $4,9 \pm 1,7$  UI/Still-

mahlzeit (Minimum = 4 UI/Stillmahlzeit, Maximum = 8 UI/Stillmahlzeit), für Domperidon  $44,2 \pm 23,5$  mg/Tag (Minimum = 20 mg/Tag, Maximum = 80 mg/Tag) und für Metoclopramid  $18,0 \pm 13,1$  mg/Tag (Minimum = 4 mg/Tag, Maximum = 30 mg/Tag).

Nur 14% der befragten Hebammen haben angegeben, mit klinischen Protokollen oder Leitlinien zu arbeiten. Die von den TN zitierten Protokolle oder Leitlinien stammen von der WHO, der IBCLC, der La Leche League (LLL), oder es handelt sich um interne Klinikprotokolle.

Die persönliche Erfahrung der TN mit der Anwendung der verschiedenen Galaktogoga wird in Abbildung 1 und 2 präsentiert. Mit Ausnahme der Medikamente hielten 2/3 der TN die Galaktogoga aus den verschiedenen Kategorien für wirksam.

### Polemik zu Galactogoga

Diese Umfrage gibt einen Überblick über die von Schweizer Hebammen angebotenen Methoden zur Einleitung und Anregen der Milchbildung. Der Anteil der Teilnehmerinnen aus allen drei Sprachre-

gionen entspricht den vom Schweizerischen Bundesamt für Statistik veröffentlichten Zahlen (Eidgenössische Volkszählung 2000). Die Mehrheit der TN hat angegeben, dass sie regelmässige Klientinnen mit einer Indikation für die Anwendung von Galaktogoga sehen.

Eine Hebamme lehnte jedoch die Teilnahme an unserer Umfrage ab und berief sich dabei auf folgendes Argument: «Sobald man einer Frau ein Produkt zur Anregung ihrer Milchbildung empfiehlt, gibt man ihr zu verstehen, dass sie nicht genug Milch hat. Dies führt dazu, dass die Mutter an ihrer Fähigkeit zu stillen zweifelt, und dieser Zweifel führt zu einer Verringerung der Milchbildung. Daher sage ich schon aus Prinzip keiner Frau, dass sie ein Galaktogogum nehmen soll. Ich lasse ihr Zeit und versuche ihr Vertrauen zu vermitteln. Ich beobachte die Gewichtszunahme des Säuglings und die Stillmahlzeiten. Ich löse die technischen Probleme... Für mich sind Zeit und Vertrauen wirksamer für die Anregung der Milchbildung als Galaktogoga».

Dieser Kommentar zeigt die Polemik auf, die bezüglich der Anwendung von Galaktogoga besteht. In der Tat empfehlen die wenigsten Leitlinien die Anwendung von Galaktogoga. Für einige Hebammen stellen Galaktogoga keine therapeutische Alternative dar. Gelegentlich werden sie sogar als gefährlich für die Mutter-Kind-Beziehung erachtet.

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen jedoch, dass Galaktogoga in der täglichen Praxis angewendet werden. Aus diesem Grund haben wir eine Literaturrecherche sowohl zu Anwendungsempfehlungen als auch zu Daten von Wirksamkeit und Toxizität der verschiedenen Galaktogoga durchgeführt.

### Methoden zur Anregung der Milchbildung

Wie eingangs erwähnt, existieren mehrere Leitlinien zur optimalen Versorgung stillender Mütter. Folgende Empfehlungen gelten für alle stillenden Mütter und sind in schwierigen Situationen besonders wichtig: erstes Anlegen an die Brust innerhalb einer Stunde nach der Geburt; Stillen auf Verlangen des Kindes, ohne Einschränkung der Dauer oder Häufigkeit der Stillmahlzeit; optimale Position beim Stillen; Zufütterung nur bei medizinischer Indikation; keine Anwendung von Schnullern; Mutter-Kind-Kontakt 24 Stunden am Tag; Aufklärung der Mutter bezüglich Abpumptechniken und der Indikatoren dafür, dass das Kind gut trinkt; im Falle von notwendiger Zufütterung Anwendung bevorzugter Fütterungsmethoden

Tabelle 1: Von den Teilnehmerinnen empfohlene Behandlungsmöglichkeiten zum Auslösen oder Anregen der Milchbildung

Empfohlene Galaktogoga	Anzahl von Antworten (%)
<b>Heilpflanzen/Nahrungsmittel<sup>1</sup> (n = 338)</b>	
Fertigprodukte	294 (87)
Fenchel	269 (80)
Bier	181 (54)
Anis	159 (47)
Rivella®	125 (37)
Gerste	122 (36)
Geissraute	107 (32)
Mandel	74 (22)
Bockshornklee	49 (15)
Basilikum	25 ( 7)
Andere	83 (25)
<b>Homöopathische Arzneimittel<sup>1</sup> (n = 160)</b>	
Fertigprodukte	113 (71)
Pulsatilla	59 (37)
Urtica urens	30 (19)
Ricinus	21 (13)
Calcarea carbonica	10 ( 6)
Andere	52 (33)
<b>Medikamente<sup>1</sup> (n = 55)</b>	
Oxytocin	43 (78)
Domperidon	14 (26)
Metoclopramid	9 (16)

<sup>1</sup> mehrere Antworten möglich

(Brusternährungsset, Pipettenfütterung, Becherfütterung).

Optimales Stillmanagement war die von den TN am häufigsten vorgeschlagene Behandlungsmöglichkeit bei unzureichender Milchbildung. Dies zeigt, dass die Empfehlung von Leitlinien in der Praxis Anwendung findet, obwohl nur ein geringer Prozentsatz der TN angegeben hat, mit Protokollen oder Leitlinien zu arbeiten.

Für den Fall, dass eine Stillberatung nicht den gewünschten Erfolg gebracht hat, und trotz der Tatsache, dass ihr Gebrauch selten in den Leitlinien erwähnt wird, empfiehlt die Mehrheit der Hebammen die Anwendung verschiedener Galaktagoga (Heilpflanzen/Lebensmittel, Homöopathie, Akupunktur, Medikamente).

### Heilpflanzen und Nahrungsmittel

Heilpflanzen, Nahrungsmittel und homöopathische Arzneimittel sind die von den Hebammen am häufigsten empfohlenen Galaktagoga. Mit Ausnahme von Gerste und Malz (Inhaltsstoffe von Bier) ist die Wirksamkeit von Heilpflanzen zur Anregung der Milchbildung bisher nicht systematisch untersucht worden.

Insgesamt 54% der Hebammen haben angegeben, ihren Klientinnen zur Anregung der Milchbildung den Konsum von Bier (alkoholhaltig und alkoholfrei) zu empfehlen.

Traditionell hat Bier den Ruf, ein Galaktagogum zu sein. Bier ist ein alkoholisches Getränk, das durch Gärung aus Wasser, Malz (Gerste) und Hopfen hergestellt wird. Die laktagoge Wirkung von Gerste und Malz wurde bei Ratten und Schafen nachgewiesen: Inhaltsstoffe dieser Pflanzen stimulieren die Ausschüttung von Prolaktin, Wachstumshormonen und  $\beta$ -Kasein (Koletzko et al. 2000). Aus diesem Grund wird angenommen, dass Gerste und Bier die Milchbildung begünstigen können. Alkohol geht jedoch in die Muttermilch über und die Alkoholkonzentrationen in der Milch entsprechen den Plasmakonzentrationen der Mutter. Die von einem gestillten Kind aufgenommene Alkoholmenge entspricht in etwa 10% der auf das Gewicht bezogenen mütterlichen Dosis (Bennett 1996). In einer Studie wurde von psychomotorischen Entwicklungsstörungen von gestillten Kindern berichtet, deren Mütter regelmässig zwei Gläser eines alkoholhaltigen Getränkes pro Tag konsumiert hatten (Little et al. 1989). Aus diesen Gründen scheint es angebracht, ausschliesslich alkoholfreies Bier zu empfehlen. Speisen auf Grundlage von Gerste oder Malz können ebenfalls empfohlen werden.

Abbildung 1: Subjektive Beurteilung der Wirksamkeit von Galaktagoga zur Anregung der Milchbildung

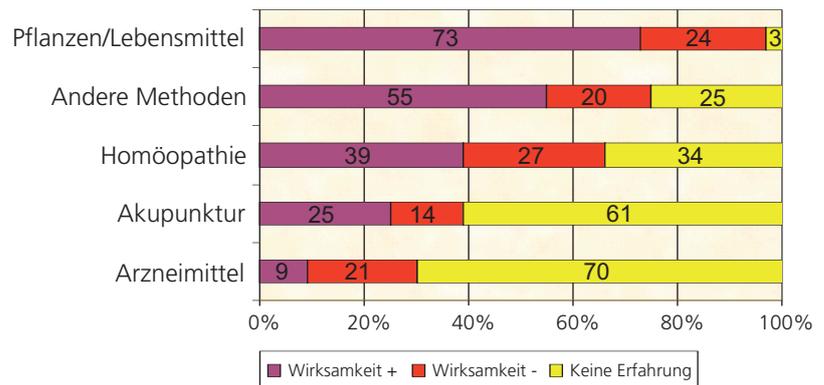
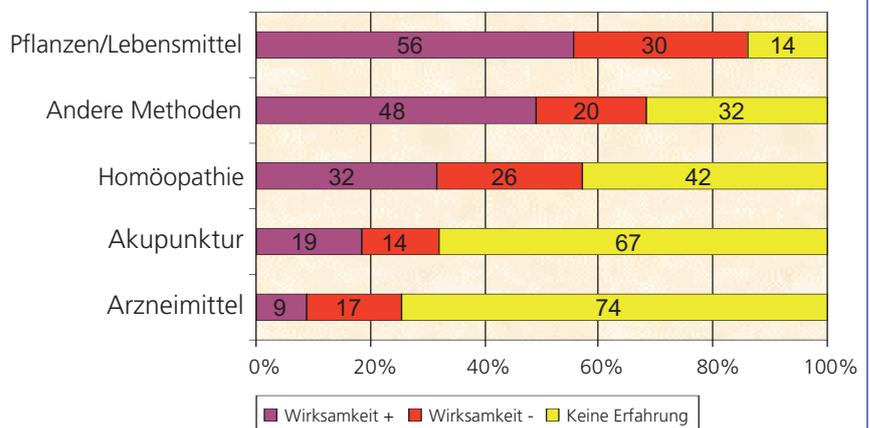


Abbildung 2: Subjektive Beurteilung der Wirksamkeit von Galaktagoga zur Einleitung der Milchbildung



Die Wirksamkeit homöopathischer Arzneimittel sowie anderer Heilpflanzen und Nahrungsmittel, die traditionell als Galaktagoga angewendet werden (Fenchel, Anis, Geissraute, Basilikum, Kümmel, Mandel (*prunus amygdalus dulcis*), Bockshornklee), wurde bisher nicht wissenschaftlich untersucht. Die weit verbreitete traditionelle Anwendung dieser Heilpflanzen lässt jedoch den Schluss zu dass, ihr Konsum sicher und eventuell auch effektiv ist (Academy of Breastfeeding Medicine, 2004). Es ist jedoch wichtig, kontrollierte Präparate anzuwenden, um die Toxizität eventuell kontaminierender Substanzen zu vermeiden.

### Akupunktur

Insgesamt 39% der Hebammen hat angegeben, Akupunktur zur Anregung der Milchbildung zu empfehlen. In der traditionellen chinesischen Medizin gibt es für die Anregung der Milchbildung zwei

Akupunkturpunkte (Shaoze und Tan-zhong) (Youzhai 1989). Mehrere randomisierte Studien, in denen die Wirksamkeit der Stimulierung dieser beiden Akupunkturpunkte im Vergleich zu anderen Akupunkturpunkten oder der Einnahme von traditionellen Kräuteraufgüssen untersucht wurde, zeigten einen Anstieg der Milchmenge und des Prolaktinserumspiegels (Wang et al. 2007; He et al. 2008; Wei et al. 2008).

### Aurikulotherapie

Eine randomisierte Studie hat gezeigt, dass eine Aurikulotherapie zur Behandlung einer verzögerten Milchbildung nach Kaiserschnitt zu einem Anstieg der Milchbildung führen kann (Zhou et al. 2009).

### Arzneimittel

Folgende Medikamente wurden von den Teilnehmer/innen als Galaktagoga emp-



extrapyramidal-motorische Störungen und Epilepsie.

#### *Domperidon (Motilium®)*

Domperidon ist ebenfalls ein Dopaminantagonist. Dieser Arzneistoff wird üblicherweise zur Behandlung von Erbrechen und Übelkeit und zur Anregung der Peristaltik angewendet. Die maximale empfohlene Tagesdosis ist 80 mg pro Tag. Domperidon wird auch zur Steigerung der Milchbildung eingesetzt, wobei klare Empfehlungen zur Dosierung und Therapiedauer sowie Studien zum Beleg der Wirksamkeit weitgehend fehlen. Nur eine plazebo-kontrollierte Studie hat einen signifikanten Anstieg der Milchproduktion bei 20 stillenden Müttern von Frühgeborenen gezeigt (da Silva et al. 2001).

Die American Academy of Pediatrics hat Domperidon als für die Stillzeit unbedenklich eingestuft. Domperidon geht nur in sehr geringen Mengen in die Muttermilch über und ein voll gestillter Säugling nimmt nicht mehr als 0.4% der mütterlichen gewichtsbezogenen Dosis auf (Hofmeyr et al. 1985). Über Symptome bei gestillten Kindern wurde bisher nicht berichtet. Die U.S. Food and Drug Administration (FDA) hat im Juni 2004 eine Warnung gegen den Gebrauch dieses Arzneimittels veröffentlicht und den Import in die USA verboten. Diese Warnhinweise bezogen sich auf nach i.v. Gabe von hohen Dosen Domperidon beschriebenen kardialen Arrhythmien mit Todesfolge. Bei normalen Dosen und oraler Therapie sind diese unerwünschten Wirkungen jedoch nicht zu erwarten.

#### **Fazit**

Die Wirksamkeit von Galaktogoga ist bisher wissenschaftlich nicht ausreichend belegt und eine Vielzahl der Studien wurde ohne eine begleitende Stillberatung durchgeführt. Für die Mehrheit der Patientinnen können Stillprobleme durch eine Stillberatung behoben werden. Daher sollte der Gebrauch von Galaktogoga bei geringer Milchbildung auf keinen Fall eine Stillberatung ersetzen.

#### **Einschränkung**

Eine mögliche Einschränkung der Interpretation der Ergebnisse könnte dadurch gegeben sein, dass die Hebammen, die an der Studie teilgenommen haben, nicht unbedingt repräsentativ für die gesamte Berufsgruppe in der Schweiz sind. Freiberuflich tätige Hebammen sind in unserer Umfrage überrepräsentiert. Die Umfrage war ausserdem auf Hebammen mit Internetzugang beschränkt. Weiterhin ist nicht auszuschliessen, dass vorwiegend Heb-

fohlen: Oxytocin, Domperidon und Metoclopramid. Die Wirksamkeit dieser Medikamente zur Anregung der Milchbildung wurde nur in einer geringen Anzahl von methodologisch einwandfreien Studien (randomisierte, doppelblinde plazebo-kontrollierte Studien mit angemessenem Stillmanagement) untersucht.

#### *Oxytocin (Syntocinon®)*

Oxytocin Nasalspray ist in der Förderung der Milchentleerung und in der Mastitis-Prophylaxe indiziert. Die empfohlene Dosierung ist ein Sprühstoss (0.1 ml Nasalspray Lösung zu 4 U.I. Oxytocin) in eine der beiden Nasenöffnungen, 5 Minuten vor dem Stillen oder Abpumpen der Milch. Zur Anwendung von Oxytocin als Galaktogogum konnte in zwei randomisierten, doppelblinden, plazebo-kontrollierten Studien keine Wirksamkeit gezeigt werden (Luhman 1963; Fewtrell et al. 2006). Nur eine plazebo-kontrollierte Studie mit Oxytocin Nasalspray hat einen signifikanten Anstieg der Milchmenge bei 12 stillenden Müttern von Frühgeborenen gezeigt (Ruis et al. 1981).

#### *Metoclopramid*

#### *(Primperan®, Maxeran®, Paspertin®)*

Metoclopramid ist das mit 14 klinischen Studien und einer Vielzahl an publizierten Fallberichten am besten untersuchte Galaktogogum. Es unterstützt die Milchbildung, indem es der Dopaminfreisetzung im Zentralnervensystem entgegenwirkt und so die Prolaktinsekretion steigert. Die maximal empfohlene Tagesdosis ist 30 bis 40 mg pro Tag. Nur eine geringe

Anzahl der durchgeführten klinischen Studien zur Wirksamkeit dieses Medikamentes wurde methodologisch einwandfrei durchgeführt. Zwei ältere randomisierte plazebo-kontrollierte Studien konnten eine signifikante Zunahme der Milchmenge bei den behandelten stillenden Frauen zeigen (Kauppila et al. 1981a; de Gezelle et al. 1983). Dieses Ergebnis konnte jedoch in neueren Studien nicht bestätigt werden (Lewis et al. 1980; Seema et al. 1997; Hansen et al. 2005).

Metoclopramid geht in die Muttermilch über. Maximal 4,7% einer gewichtsbezogenen Kinderdosis erhält ein Säugling, dessen Mutter über mehrere Wochen mit täglichen 3 x 10 mg behandelt wird (Kauppila et al. 1983). In Einzelfällen wurden abdominelle Symptome oder erhöhte Prolaktinwerte bei Säuglingen nach Metoclopramid-Einnahme von stillenden Müttern beschrieben (Kauppila et al. 1981a; Kauppila et al. 1981b; Kauppila et al. 1983). Die am häufigsten beschriebenen unerwünschten Wirkungen von Metoclopramid sind Nervosität, Schläfrigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen und Diarrhöe. Extrapyramidale motorische Nebenwirkungen, erhöhter oder erniedrigter Blutdruck, Obstipation und Depression sind seltener beschrieben. Agranulozytose, Herzrhythmusstörungen und malignes neuroleptisches Syndrom sind seltene unerwünschte Wirkungen. Bei folgenden Erkrankungen sollte Metoclopramid nicht oder mit Vorsicht angewendet werden: Phäochromocytom, Magen-Darm Blutungen oder Darmverschluss, medikamentös bedingte

ammen, die sich für die Anwendung von Galaktogoga interessieren, an der Umfrage teilgenommen haben. Schliesslich ist noch anzumerken, dass die Aussagen der Teilnehmerinnen nicht zwangsläufig mit der Praxis übereinstimmen.

## Perspektiven

Diese Studie gibt einen Überblick über von Hebammen in der Schweiz empfohlene Methoden zur Einleitung oder Anregung der Milchbildung. Die Ergebnisse der Umfrage haben gezeigt, dass die von den TN empfohlenen Behandlungen mit den aktuellen Leitlinien übereinstimmen. So konnte gezeigt werden, dass der Gebrauch von Galaktogoga grundsätzlich Situationen vorbehalten bleibt, in denen sowohl die gründliche Untersuchung auf behandelbare Ursachen, als auch eine Stillberatung (mit einer Steigerung der Häufigkeit des Stillens und des Abpumpens) nicht den gewünschten Erfolg gebracht hat. Ein weiteres Ergebnis der Umfrage ist, dass zahlreiche Galaktogoga (Heilpflanzen, homöopathische und allopathische Arzneimittel) in der Praxis angewendet werden, ohne dass deren Wirksamkeit und Sicherheit wissenschaftlich ausreichend nachgewiesen ist. Weitere Studien zur Untersuchung der Wirksamkeit der verschiedenen Galaktogoga scheinen notwendig, um Hebammen und anderen Spezialisten des Gesundheitswesens klare Empfehlungen zur Anwendung in der Praxis zu liefern. ▶

## Literatur

*Academy of Breastfeeding Medicine (2004).* «Protocole n°9 d'utilisation des galactogènes pour l'induction ou l'augmentation de la secretion lactée.», aus <http://www.lllfrance.org/Demarrer-telechargement/Protocoles-de-l-Academy-of-Breastfeeding-Medicine/175-Protocole-ABM-9.pdf.html>.

*Academy of Breastfeeding Medicine (2006).* «DA 66: Les galactogogues, Dossiers de l'Allaitement 66.» de <http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA-66-Les-galactogogues.html>.

*Bennett (1996).* *Drugs and Human Lactation.* Amsterdam, New York, Oxford, Elsevier.

*da Silva O.P., D.C. Knoppert, M.M. Angelini and P.A. Forret (2001).* «Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.» *CMAJ* 164 (1): 17–21.

*de Gezelle H., W. Ooghe, M. Thiery and M. Dhont (1983).* «Metoclopramide and breast milk.» *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 15 (1): 31–6.

*Department of Health, U.K. (2007).* «Birth to five. Your complete guide to parenthood and the first five years of your child's life.», aus [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsand-statistics/Publications/PolicyAnd-Guidance/DH\\_074924](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsand-statistics/Publications/PolicyAnd-Guidance/DH_074924).

*Fewtrell M.S., K.L. Loh, A. Blake, D. A. Ridout and J. Hawdon (2006).* «Randomised, double

**Swiss Teratogen Information Service – STIS**  
 Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques  
 1011 Lausanne-CHUV  
 Tél.: +41 21 314 42 67  
[www.swisstis.ch](http://www.swisstis.ch)



## Wir beantworten Fragen bezüglich der Sicherheit der Arzneimittelanwendung in der Schwangerschaft und Stillzeit

Unser Informationsdienst steht allen Spezialisten des Gesundheitswesens in der Schweiz zur Verfügung.

Sie helfen die Kenntnisse sowohl zu den Risiken als auch zur Sicherheit der Medikamente in der Schwangerschaft und Stillzeit zu verbessern, indem Sie uns für eine Beratung kontaktieren und über den weiteren Verlauf der Schwangerschaft, die Geburt und die Gesundheit des Kindes informieren.

- blind trial of oxytocin nasal spray in mothers expressing breast milk for preterm infants.» *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 91(3): F169–74.
- Hansen W.F., S. McAndrew, K. Harris and M.B. Zimmerman (2005).* «Metoclopramide effect on breastfeeding the preterm infant: a randomized trial.» *Obstet Gynecol* 105 (2): 383–9.
- He J. Q., B. Y. Chen, T. Huang, N. Li, J. Bai, M. Gu, M. Yu, X. P. He and H. Y. Wang (2008).* «[Randomized controlled multi-central study on acupuncture at Tanzhong (CV 17) for treatment of postpartum hypolactation].» *Zhongguo Zhen Jiu* 28 (5): 317–20.
- Hofmeyr G., B. Van Iddekinge and J. Blott (1985).* «Domperidone: secretion in breast milk and effect on puerperal prolactin levels.» *Br J Obstet Gynaecol* 92 (2): 141–4.
- Hurst N.M. (2007).* «Recognizing and treating delayed or failed lactogenesis II.» *J Midwifery Womens Health* 52 (6): 588–94.
- Kauppila A., P. Arvela, M. Koivisto, S. Kivinen, O. Ylikorkala and O. Pelkonen (1983).* «Metoclopramide and breast feeding: transfer into milk and the newborn.» *Eur J Clin Pharmacol* 25 (6): 819–23.
- Kauppila A., S. Kivinen and O. Ylikorkala (1981a).* «A dose response relation between improved lactation and metoclopramide.» *Lancet* 1 (8231): 1175–7.
- Kauppila A., S. Kivinen and O. Ylikorkala (1981b).* «Metoclopramide increases prolactin release and milk secretion in puerperium without stimulating the secretion of thyrotropin and thyroid hormones.» *J Clin Endocrinol Metab* 52: 436–439.
- Koletzko B. and F. Lehner (2000).* «Beer and breastfeeding.» *Adv Exp Med Biol* 478: 23–8.
- Lewis P.J., C. Devenish and C. Kahn (1980).* «Controlled trial of metoclopramide in the initiation of breast feeding.» *Br J Clin Pharmacol* 9 (2): 217–9.
- Little R.E., K.W. Anderson, C.H. Ervin, B. Worthington-Roberts and S.K. Clarren (1989).* «Maternal alcohol use during breast-feeding and infant mental and motor development at one year.» *N Engl J Med* 321 (7): 425–30.
- Luhman L.A. (1963).* «The effect of intranasal oxytocin on lactation.» *Obstet Gynecol* 21: 713–7.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2006).* «Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies.», aus [www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG037fullguideline.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG037fullguideline.pdf).
- OMS. (1989).* «Les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel.», aus <http://action.allaitement.free.fr/pages/apa04.html>.
- Ruis H., R. Rolland, W. Doesburg, G. Broeders and R. Corbey (1981).* «Oxytocin enhances onset of lactation among mothers delivering prematurely.» *Br Med J (Clin Res Ed)* 283 (6287): 340–2.
- Seema A.K. Patwari and L. Satyanarayana (1997).* «Relactation: an effective intervention to promote exclusive breastfeeding.» *J Trop Pediatr* 43 (4): 213–6.
- UNICEF. (1992).* «Initiative pour des hôpitaux amis des bébés.» aus <http://action.allaitement.free.fr/pages/apa04.html>.
- Wang H.C., J. M. An, Y. Han, L. N. Huang, J. W. Zhao, L. X. Wei, L. Dong, G. R. Zhai, X. P. Li, A. J. Yang and M. Gu (2007).* «[Multicentral randomized controlled studies on acupuncture at Shaoze (SI 1) for treatment of postpartum hypolactation].» *Zhongguo Zhen Jiu* 27 (2): 85–8.
- Wei L., H. Wang, Y. Han and C. Li (2008).* «Clinical observation on the effects of electroacupuncture at Shaoze (SI 1) in 46 cases of postpartum insufficient lactation.» *J Tradit Chin Med* 28 (3): 168–72.
- Youzhai Y. (1989).* Yan Youzhai's clinical experience. Application of qi inducing method and making herbal fumigator. Essentials of contemporary Chinese acupuncturists' clinical experiences. F. L. Press. Beijing: 608–626.
- Zhou H. Y., L. Li, D. Li, X. Li, H. J. Meng, X. M. Gao, H. J. Jiang, L. R. Cao and Y. L. Zhu (2009).* «Clinical observation on the treatment of postcesarean hypogalactia by auricular points sticking-pressing.» *Chin J Integr Med* 15 (2): 117–20.
- Französische Fassung: *Hebamme.ch* 10/2009, Seite 40–45. Übersetzung aus dem Französischen: Ursula Winterfeld.