

Stanowisko Centrum Nauki o Laktacji dotyczące Protokołu ABM nr 36 i modelu mechanobiologicznego Pameli Douglas

Kliniczny Protokół nr 36 dotyczący leczenia problemów ze spectrum zapalenia piersi, opublikowany przez **Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) w 2022 roku** wywołał liczne kontrowersje w środowisku medycznym i laktacyjnym na całym świecie, również w Polsce. Zawiera on szereg koncepcji dotyczących etiopatogenezy i leczenia zapalenia piersi, z którymi — jako Centrum Nauki o Laktacji — nie możemy się w pełni zgodzić. Wiele zaleceń protokołu opartych jest na pojedynczych opisach przypadków, niskiej jakości przeglądach literatury oraz teoretycznych modelach, które nie zostały potwierdzone w randomizowanych badaniach klinicznych.

Choć doceniamy próbę nowego spojrzenia na mechanizmy zapalne towarzyszące laktacji, pragniemy wyrazić naszą **ostrożność wobec rezygnacji z klasycznego podejścia opartego na modelu infekcyjnym**, a także zakwestionować niektóre zalecenia przedstawione w tym protokole.

Najważniejsze zastrzeżenia CNoL:

1. **Ograniczenie możliwych przyczyn zapalenia piersi do dysbiozy przewodów mlecznych i hiperlaktacji.** Dysbioza jako czynnik zwężający przewody mleczne i wywołujący stan zapalny jest ciekawą koncepcją, która może tłumaczyć rozwój zapalenia w części przypadków, ale nie jest wyjaśnieniem uniwersalnym, podobnie jak hiperlaktacja. Hiperlaktacja definiowana jako produkcja pokarmu nadmierna do potrzeb karmionego dziecka występuje u niektórych kobiet z zapaleniem piersi, ale wiele z nich ma produkcję prawidłową. Nie uwzględniono wśród przyczyn urazów piersi, które w praktyce klinicznej są również obserwowane jako czynnik wywołujący zapalenie piersi.
2. **Podważenie infekcyjnej natury zapalenia piersi** — protokół ABM neguje możliwość zakażenia gruczołu piersiowego przez zakażoną ranę brodawki. Praca, która jest przywołana przez autorów na podparcie tej tezy (Kim 2020) dotyczy jednak mikrobiomu przewodów mlecznych u zdrowych kobiet i nie odpowiada na pytanie czy bakterie z rany wnikają do gruczołu, czy też nie. Jednocześnie wiadomo, że spośród 42 analizowanych czynników ryzyka zapalenia piersi - uszkodzenia brodawek są najsilniej związane z zapaleniem piersi (Wilson 2020). Wyjaśnienie w jakim mechanizmie się tak dzieje nie znalazło się w Protokole.

W praktyce widzimy pacjentki z objawami miejscowego zakażenia skóry i tkanki podskórnej lub gruczołu piersiowego, które mają typowy obraz zapalenia szerzącego się drogą wstępującą z zakażonej rany brodawki. Zlekceważenie tej drogi zakażenia może prowadzić do poważnych powikłań, w tym ropni.
3. **Zalecenie, by nie zwiększać częstości karmień lub odciągania podczas zapalenia — by nie spowodować hiperlaktacji** - może być błędnie zrozumiane. Przede wszystkim postępowanie należy odnieść do sytuacji klinicznej. Jeśli dziecko karmione na żądanie zgłasza się do piersi z częstością w granicach fizjologicznego rytmu, najada się i przybywa prawidłowo na wadze, to prawdopodobnie poradzi sobie z utrzymaniem przepływu mleka przez gruczoł piersiowy. Nie należy w tej sytuacji zalecać dodatkowego odciągania lub zwiększania częstości karmień.
Jeśli jednak popełniane są błędy w postępowaniu — brak odpowiednio częstych karmień (i brak odciągania w to miejsce), brak rozpoznania nieefektywnego ssania — przepływ mleka będzie upośledzony. To postępowanie może doprowadzić do nasilenia zastoju, stanu zapalnego i obrzęku, a w konsekwencji do powikłań lub przedwczesnego zakończenia karmienia piersią.

W zapaleniu piersi kluczowym postępowaniem terapeutycznym jest odpowiednio częste karmienie/odciąganie z chorej piersi (odwzorowujące fizjologię, czyli 8-12x/dobę).

4. **Nieuzasadnione rekomendacje dotyczące stosowania wysokich dawek ibuprofenu** — protokół ABM zaleca dawki 3x 800 mg ibuprofenu dziennie w oparciu o pracę (*Bushra 2010*) — która jest pracą poglądową, a nie oryginalną i dotyczy zupełnie innych chorób. Nie ma badań skuteczności i bezpieczeństwa wysokich dawek ibuprofenu w zapaleniu piersi. Należy dostosowywać dawkę do indywidualnych potrzeb pacjentki i stanu klinicznego, pamiętając o zasadzie „minimum skutecznej dawki”. Zaproponowane dawkowanie przekracza standardowe zalecenia producentów leków opisane w CHPL i potencjalnie zwiększa ryzyko działań niepożądanych, takich jak zaburzenia żołądkowo-jelitowe, uszkodzenia błony śluzowej przewodu pokarmowego, nefrotoksyczność i obciążenia układu sercowo-naczyniowego. Wysoka dawka ibuprofenu 2400 mg/d jest zalecana do stanów ostrych i ciężkich — w przypadku zapalenia piersi stan ostry i ciężki, to septyczne zapalenie z wysoką gorączką, mocno wyrażonymi objawami miejscowymi. Taka pacjentka przede wszystkim wymaga pobrania mleka na posiew, oznaczenia wskaźników stanu zapalnego i podania w I rzucie antybiotyku empirycznego.
5. **Szerokie rekomendowanie metod terapeutycznych słabo** sprawdzonych w wiarygodnych badaniach naukowych lub metod, co do których doniesienia są sprzeczne lub potwierdzają pewien efekt tylko w obręku piersi lub w zastoju (masaże drenażowe, terapeutyczne ultradźwięki). Niektóre proponowane metody mogą być trudno dostępne, czasochłonne (dojazd), kosztowne, ponadto nie zastępują właściwego leczenia.

Na tym tle doceniamy ABM za jednoznaczne odradzanie intensywnych, bolesnych masaży i stosowania masażerów do piersi, co pozostaje zgodne z zaleceniami EBM i obserwacjami praktyków.
6. **Kategoryczne odradzanie kapturków** — badania wykazują, że umiejętne stosowanie kapturków w przypadku wcześniaków, trudnych brodawek czy bólu brodawek może być skuteczne i wspierać karmienie piersią. Warunkiem skuteczności jest dobór kapturka do wskazań oraz jego higieniczne stosowanie — zaniedbanie higieny może prowadzić do infekcji. Istnieją już dane potwierdzające skuteczność nakładek piersiowych w przypadku bólu brodawek i trudności w ssaniu, co zostało pominięte w protokole ABM. Sugerowanie ich nieskuteczności może ograniczyć pomoc dla kobiet w trudnych sytuacjach laktacyjnych.
7. **Odradzanie laktatorów** — jeśli założymy, że wskazania do odciągania mleka były słuszne, nie możemy powiedzieć „Nie odciągać, nie używać laktatora, minimalizować odciąganie” matce wcześniaka, który nigdy nie zaczął ssać piersi, matce noworodka z poważnymi zaburzeniami funkcji ssania, który pomimo prawidłowej pomocy nie pobiera efektywnie mleka z piersi. Użycie kapturków czy laktatorów rzeczywiście nie jest fizjologicznym karmieniem, ale często jedynym sposobem, by ratować laktację.
8. **Odradzanie mycia brodawek** — nie doprecyzowano o jakim myciu jest mowa. Rozsądne wydaje się, by przy okazji toalety całego ciała brodawki również były umyte, traktujemy to jako standardową higienę. Nie zaleca się mycia brodawek przed każdym karmieniem czy po każdym karmieniu. Szczególną sytuacją jest obecność trudno gojącej się rany brodawki, która wymaga odpowiedniego postępowania z zastosowaniem lawaseptyków i antyseptyków.
9. **Zalecenie ciepłych okładów na gruczoł w stanie zapalnym** jest działaniem niekorzystnym, powodujących przekrwienie, które może prowadzić do nasilenia choroby. Praca, którą podparto

rekomendację (Wessinger 2011), dotyczy zapalenia tkanki podskórnej w przebiegu owrzodzeń żylnych lub przewlekłych ran chirurgicznych.

10. **Zalecanie stosowania lecytyny doustnej bez mocnych podstaw naukowych** — choć lecytyna jest czasem stosowana w zapobieganiu nawrotom zastoju miejscowych, nie istnieją przekonujące dowody kliniczne potwierdzające jej skuteczność w leczeniu zapalenia piersi lub jego zapobieganiu. Praca przytoczona w protokole dotyczyła dodawania lecytyny do mleka odciąganego, nie podawania doustnego ani też działania przeciwzapalnego (Chan 2003). Rekomendacja ta w protokole ABM może prowadzić do nadmiernego stosowania suplementów bez jasno określonych korzyści.
11. **Nieprecyzyjna terminologia** — brak jasnych definicji takich pojęć jak „inflammatory mastitis”, „subacute mastitis”, „infected galactoceles” czy „phlegmon” może wprowadzać zamieszanie kliniczne i skutkować nadużywaniem antybiotyków lub niepotrzebnych badań obrazowych.

Odnosząc się do komentarza dr Pameli Douglas i jej modelu mechanobiologicznego:

Z uznaniem odnosimy się do interdyscyplinarnego podejścia Pameli Douglas, która zwraca uwagę na znaczenie sił mechanicznych oraz napięć wewnątrzgruczołowych jako możliwych przyczyn stanu zapalnego piersi. Model ten wnosi cenny głos do naukowej debaty, szczególnie w kontekście fizjologii piersi i roli mikrobiomu w homeostazie gruczołu sutkowego. Jest zgodny z wiedzą ogólną o patomechanizmach stanów zapalnych.

Jednakże pragniemy podkreślić, że:

- Model mechanobiologiczny nie wyklucza istnienia infekcji bakteryjnych jako czynnika zapalnego, ale raczej przedstawia je jako etap wtórny. Tymczasem w praktyce klinicznej infekcja tkanki bywa czynnikiem pierwotnym i dominującym.
- Propozycja, by ograniczyć interwencje medyczne wyłącznie do wsparcia mechanizmów fizjologicznych, może okazać się niewystarczająca w cięższych przypadkach wymagających leczenia przeciwzapalnego i antybiotykoterapii.

Podsumowanie:

Centrum Nauki o Laktacji zaleca ostrożność w implementacji nowego protokołu ABM i proponuje jego **krytyczną analizę w kontekście warunków polskiej praktyki klinicznej** oraz medycyny opartej na faktach (EBM). Jako środowisko profesjonalistów, apelujemy o zdroworozsądkowe podejście do nowości oraz dalsze badania kliniczne wysokiej jakości.

Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Lek. Debora Barbay

Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

„Medycyna nie rzuca się na nowości z nadgorliwością neofity”

— dr n. med. Monika Żukowska-Rubik