

Varför välja bröstmjolk från den egna mamman framför donerad bröstmjolk?

Om bröstmjolk från barnets egen mamma (BMe) inte finns tillgänglig, har standardtåtgärden blivit att ge pastöriserad donerad bröstmjolk (BMD)^{1,2}. Både BMe och BMD benämns som "bröstmjolk", men det finns avsevärda skillnader mellan dem, inte bara när det gäller bioaktivitet, utan även i fråga om hälsoeffekter, bröstkörtelns mognadsgrad (prematurmjolk eller mjolk från moder till fullgångnet barn), laktationsstadier (colostrum, övergångsmjolk eller mogen bröstmjolk) och matningskostnader².

Bröstmjolk från den egna mamman (BMe)

Donerad bröstmjolk (BMD)

Förbättrad hälsa

BMe minskar risken att drabbas av flera sjukdomstillstånd, bland andra nekrotiserande enterokolit (NEC), sepsis, bronkopulmonell dysplasi (BPD), försämrad näthinneutveckling (ROP), nedsatt neurologisk utveckling och återinläggning på sjukhus³⁻⁷, jämfört med mjölkersättning.

BMD istället för mjölkersättning har visats minska förekomsten av NEC, men inte risken att drabbas av andra sjukdomstillstånd^{2,8}.

Snabbare tillväxt

Med BMe sker tillväxten snabbare än med BMD. BMe kräver avsevärt mindre beräkning för att åstadkomma denna tillväxt än BMD^{2,9}.

Spädbarn som matats med BMD får en långsammare tillväxt än de som matats med BMe. BMD behöver berikas kraftigt med komjölkprotein för att tillväxttakten ska förbättras^{2,9}.

Lämpligare sammansättning

Prematurmjolk innehåller fler beståndsdelar för immunologisk och näringsmässig programmering än mjölken från mödrar till fullgångna barn. Färsk prematurmjolk (colostrum och övergångsmjolk) är det bästa valet för det för tidigt födda barnet^{2,9-13}.

BMD tas vanligen från mödrar som producerar mjolk till fullgångna barn. Fryst, pastöriserad BMD från mödrar till fullgångna barn innehåller minst mängd skyddande beståndsdelar^{2,10,11,14}.



Laktoferrin i färsk prematur-colostrum



Laktoferrin i pastöriserad, fryst bröstmjolk från mödrar till fullgångna barn

Bättre bevarad bioaktivitet

Endast några få moment krävs för att få tillgång till färsk urpumpad BMe. Detta innebär att de levande cellerna och bioaktiviteten i bröstmjölakens beståndsdelar bevaras^{2,11,14,15}.

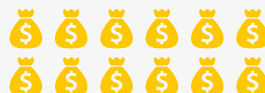
Många moment krävs för att få tillgång till BMD. Förvaring, frysnings- och upptinningscykler, värme och i synnerhet pastörisering påverkar bioaktiviteten negativt och förstör de levande cellerna^{2,16,17}.



Högre kostnadseffektivitet

BMe minskar kostnaderna som uppstår i samband med NEC och flera andra sjukdomstillstånd. Dessutom är BMe ca 2,5 gånger billigare än mjölkersättning och ca tolv gånger billigare än BMD då modern matar 300-399 ml dagligen^{2,18}.

Kostnaderna för att få tillgång till BMD är avsevärt högre än för BMe om modern matar minst 100 ml per dag. Jämfört med mjölkersättning bidrar BMD för övrigt endast med kostnadsminskningar relaterade till NEC^{2,18}.



Bröstmjolk från den egna mamman ska vara högsta prioritet på neonatala intensivvårdsavdelningar

Tillgång till BMe bör alltid främjas före tillgång till BMD¹. BMD är förvisso en värdefull resurs för hälsosvaga spädbarn då den är överlägsen mjölkersättning, men den kan inte anses vara lika bra som BMe². Alla insatser för att hjälpa mammor till för tidigt födda och hälsosvaga spädbarn att initiera, bygga upp och upprätthålla en effektiv produktion av den egna bröstmjölken bör prioriteras.

Referenser

1 Moro, G.E. et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 61 S16-S19 (2015).
2 Meier, P. et al. J Pediatr 180, 15-21 (2017).
3 Corpeleijn, W.E. et al. Neonatology 102, 276-281 (2012).
4 Patel, A.L. et al. Arch Dis Child Epub, F1-F6 (2016).
5 O'Connor, D.L. et al. JAMA 316, 1897-1905 (2016).
6 Zhou, J. et al. Pediatrics 136, e1576-e1586 (2015).

7 Vohr, B.R. et al. Pediatrics 118, e115-e123 (2006).
8 Quigley, M. & McGuire, W. Cochrane Database Syst Rev (2014).
9 Collado, M.C. et al. Nutrients 7, 8577-8591 (2015).
10 Marx, C. et al. J Hum Lact 30, 54-61 (2014).
11 Dvorak, B. et al. Adv Exp Med Biol 554, 407-409 (2004).
12 Ronayne, de Ferrer, P.A. et al. J Am Coll Nutr 19, 370-373 (2000).

13 Rai, D. et al. Crit Rev Food Sci Nutr 54, 1539-1547 (2014).
14 Ballard, O. & Morrow, A.L. Pediatr Clin North Am 60, 49-74 (2013).
15 Jeurink, P.V. et al. Benef Microbes 4, 1730 (2013).
16 Vieira, A.A. et al. Early Hum Dev 87, 577-580 (2011).
17 Henderson, T.R. et al. J Pediatr 132, 876-878 (1998).
18 Jegier, B.J. et al. J Hum Lact 29, 390-399 (2013).