

Allattamento adottivo in Italia: reale e misconosciuto

M. Ersilia Armeni*, Giulia Bellettini**

*Pediatra, IBCLC, Roma; **Pediatra, IBCLC, ASL Milano, Milano

Abstract

Adoptive breastfeeding in Italy: unrecognized and real

Pediatricians and health care operators are not aware that women can breastfeed an adoptee after 'lactation induction', as recommended by the AAP guidelines. This case reports about an adopted newborn breastfed by a mother coached through by an International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC). This professional may follow adoptive mothers towards the chosen direction, as well as collaborate with pediatricians, obstetricians and other health care providers committed to support these special mothers.

Quaderni acp 2011; 18(3): 125-127

Key words Lactation induction. Adoptive mothers. International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC)

Pediatr e operatori sanitari sono all'oscuro della possibilità di allattare al seno un bambino non biologico tramite l'induzione della lattazione, come raccomandato dalle linee guida AAP. Il caso descritto illustra come una neonata adottata sia stata allattata al seno da una madre guidata da una Consulente Professionale in Allattamento Materno (IBCLC). Tale professionista può accompagnare nel loro percorso le madri adottive e inoltre lavorare in squadra con pediatri, ginecologi e altri operatori sanitari che si dedichino a sostenere queste mamme speciali.

Parole chiave Induzione della lattazione. Madri adottive. Consulente Professionale in Allattamento Materno (IBCLC)

Introduzione

La diffusione in Italia dei corsi OMS/Unicef sul counselling in allattamento materno ha reso molti operatori sanitari capaci di aiutare le madri a ripristinare un allattamento interrotto. Riportare al seno i bambini dopo un periodo di alimentazione artificiale, cui si è fatto ricorso per sospensione intempestiva, ospedalizzazione del lattante o nascita pretermine, separazione per malattia materna o motivi di lavoro, cioè la ripresa della produzione lattea anche a distanza di tempo, si definisce *rilattazione* [1]. Viceversa è molto più raro che gli operatori assistano le madri a raggiungere l'obiettivo di allattare in assenza di gravidanza, o *induzione della lattazione*, nonostante la pratica sia riconosciuta e avallata da un Policy Statement dell'American Academy of Pediatrics [2]. Pertanto c'è il rischio che le famiglie siano tenute all'oscuro di questa possibilità e che madri già avviate lungo un simile percorso si trovino in difficoltà a rintracciare un operatore che le accompagni nella dire-

zione voluta, una delle prime tappe dell'*empowerment*. Il caso descritto riguarda una madre adottiva che aveva incominciato ad allattare con successo nel suo paese d'origine, e ha potuto seguirlo a farlo in Italia grazie al sostegno di una Consulente Professionale in Allattamento Materno (IBCLC).

Il caso

Paula (nome fittizio) ha 32 anni, è sana e non ha mai avuto figli. Suo marito è sterile e insieme decidono di adottare un neonato subito dopo il parto, secondo un percorso legale riconosciuto in Oregon (USA). Entrambi credono che le qualità del latte materno e l'intimità della relazione d'allattamento fra madre e figlio rappresentino valori per cui valga la pena investire tempo ed energie. Si documentano sulla possibilità di una madre adottiva di allattare al seno su un noto sito web che fornisce vari percorsi di lattazione e, fra i piani d'allattamento, scelgono il percorso che impiega tiralatte e farmaco galattogogo [3]. Quattro setti-

mane prima del parto Paula noleggia un tiralatte professionale a doppio attacco e lo applica 6 volte al giorno, per 10 minuti a seduta. Allo stesso tempo incomincia ad assumere domperidone 10 mg, 4 volte al giorno. Un mattino, alla fine della terza settimana, compaiono le prime gocce di latte. Il secreto mammario delle prime due sedute al tiralatte corrisponde a qualche millilitro, che diventano 15 ml alla fine della giornata. Da quel momento la produzione aumenta giorno per giorno.

Alice (nome fittizio) nasce a termine da parto eutocico, pesa 2,750 kg ed è in buona salute. Non riesce però ad attaccarsi al seno della madre adottiva, la cui presenza è ammessa nel Punto Nascita. Dal secondo giorno incomincia a ricevere con il biberon, su suggerimento della Consulente IBCLC, anch'essa presente nella struttura, piccole quantità di latte artificiale e di latte che Paula aveva in precedenza raccolto e conservato. Nell'ambito di una strategia di passaggio dal biberon al seno, la Consulente IBCLC consiglia l'uso temporaneo del succhietto.

Già con l'arrivo a casa alla fine della seconda giornata Alice incomincia ad attaccarsi al seno ogni 2 ore di giorno e 2 volte di notte, totalizzando 8 poppate nelle 24 ore.

Per incrementare la produzione di latte la madre applica il tiralatte ogni due poppate, per un totale di 4 sedute. Il latte così tirato, insieme al latte artificiale, è fornito alla bimba con un dispositivo di allattamento integrativo mentre succhia al seno materno. Questo si compone di un contenitore appeso al collo, da cui fuoriescono due sondini che terminano in corrispondenza dei capezzoli [4]. Soddisfacendo così il suo fabbisogno con 2/3 di latte umano, al seno e tirato, e 1/3 di latte artificiale, la bambina recupera il peso della nascita dopo 1 settimana e raggiunge i 3,700 kg alla fine del mese di vita. Il domperidone è stato portato a 80 mg (20 mg 4 volte al giorno).

Per corrispondenza:
M. Ersilia Armeni
e-mail: siliadoc@fastwebnet.it

esperienze

All'inizio del secondo mese la famiglia si trasferisce a Roma, dove il ginecologo e l'ostetrica cui si rivolge non sanno di allattamento adottivo né a chi inviarla. La madre allatta Alice ogni 2-3 ore di giorno e 2 volte di notte. Per difficoltà legate al trasloco, ha smesso di tirare il latte e di usare il dispositivo e sta adoperando un biberon di circa 90 ml di latte artificiale al dì. Tramite internet si rivolge a una pediatra e Consulente IBCLC di Roma, che la riporta all'uso regolare del tiralatte e aumenta il domperidone a 90 mg (30 mg 3 volte al giorno).

Dopo 4-5 giorni la quantità di latte materno estratta si attesta intorno a 120-180 ml, rendendo superflua l'aggiunta di latte artificiale. Dalla fine del secondo mese Alice, che ha sempre trascorso le notti nella culla accanto al lettone, dorme 6-7 ore a notte. Nei mesi seguenti la madre smette di tirare il latte, reintroducendo così un biberon di 60 ml di latte artificiale al dì. Questo rimane anche quando Alice compie il sesto mese e inizia a mangiare alimenti solidi. Pure il domperidone è mantenuto, anche se ridotto gradualmente a 60 mg al dì. A nove mesi di vita Alice si alimenta regolarmente con cibi solidi e continua a poppare al seno. La produzione di latte materno è associata all'uso saltuario sia di un biberon da 90-120 ml di latte artificiale sia del succhietto, che mordicchia – nota la madre – quando ha fame.

All'inizio del dodicesimo mese di vita Alice si attacca al seno per cibo e per conforto. La madre ha progressivamente, ma definitivamente sospeso l'assunzione di domperidone e si appresta a sospendere l'allattamento, paga di aver raggiunto l'obiettivo di allattare per un anno. Alice accetta lo svezzamento di buon grado. La sua crescita in peso e lunghezza, misurata sulle curve OMS per i bambini allattati al seno, ha oscillato dal 15° pct (primo mese) al 50° pct (secondo-dodicesimo mese di vita) [5]. La circonferenza cranica e lo sviluppo neuro-comportamentale sono sempre stati adeguati e non ci sono state patologie.

Discussione

L'ormone chiave dell'allattamento è la prolattina, che promuove lo sviluppo dell'epitelio ghiandolare e la secrezione di

colostro, ed è sintetizzata nell'adenoipofisi dopo stimolazione del capezzolo da parte del lattante [4]. Per produrre latte è quindi necessario che la mammella di una donna dotata di un asse ipotalamo-ipofisario-mammario intatto riceva frequenti suzioni da parte di un bambino affamato o, in mancanza di questo, adeguata spremitura meccanica o manuale. Quest'ultima strategia, insieme a un opportuno sostegno familiare e professionale, funziona egregiamente nell'induzione della lattazione nei Paesi non occidentali in cui l'allattamento è norma culturale [6]. Nei Paesi occidentali sembra invece che la donna, oltre a richiedere counselling competente e frequenti stimolazioni mammarie, abbia anche bisogno di un supporto farmacologico. Nel caso non sia mai stata gravida, si prescrivono ormoni estroprogestinici che simulano i cambiamenti ormonali della gravidanza e dello sviluppo mammario [3]. La produzione di latte appare dopo pochi giorni dall'interruzione della terapia, che si fa coincidere con l'arrivo del piccolo. Non solo non ci sono studi controllati a sostegno di tale pratica, ma il latte può arrivare, come in questo caso, solamente con spremitura mammaria e assunzione di domperidone. Tale farmaco, che innalza la prolattina sierica agendo come antagonista periferico della dopamina, è l'unico il cui effetto galattogogo sia stato provato con uno studio controllato e in doppio cieco in puerpere con difficoltà a produrre latte [7]. Da qui il suo uso è stato estrapolato all'allattamento non puerperale. Sebbene la sua sicurezza in termini di salute del lattante e qualità del latte estratto sia stata testata solo per periodi brevi non sono stati notati effetti indesiderati né nella madre né nella bimba [8]. Fermo restando che occorrono altri studi per identificare quali protocolli terapeutici siano indicati e in quali madri adottive (mai gravide, puerpere che non hanno mai allattato o che l'hanno fatto in passato), lo scopo di questo case report è di sollevare l'interesse dei pediatri e degli altri operatori sanitari verso la plasticità della funzione latte delle donne e la fattibilità dell'allattamento in molteplici occasioni (analogo è il caso della bambina abbandonata in ospedale per un mese, poi adottata e

allattata al seno, oggetto della comunicazione personale della dott.ssa B. Dalla Barba, Padova).

Inoltre è importante che gli operatori sanitari siano a conoscenza della presenza sul territorio dei Consulenti IBCLC, professionisti che hanno le competenze per seguire tali percorsi di lattazione [9]. Nel caso riportato i diversi tentativi di ridurre il dosaggio del domperidone comportavano l'apparente diminuzione della disponibilità di latte. Questo spiega il ricorso al latte artificiale per gran parte del percorso d'allattamento. Non sappiamo però se una più intensa stimolazione del seno, come avviene nel contatto pelle-a-pelle, e la condivisione del sonno, suggerite ma declinate dai genitori, e l'eliminazione dell'uso sia pure moderato del succhietto avrebbero potuto avviare a questa duplice dipendenza. Benché questo caso sembri dimostrare, in linea con le affermazioni di molti Autori, che per una madre adottiva produrre latte in quantità tale da sostenere un allattamento esclusivo sia irrealizzabile, Gribble afferma il contrario. Mentre per una madre biologica è possibile produrre latte a sufficienza anche allattando poche volte, per la madre adottiva la piena produzione di latte comporta l'adozione di uno stile d'allattamento più congruo con la fisiologia della lattazione [5]. Nel caso in questione i genitori adottivi, informati dalla Consulente IBCLC sul comportamento alimentare normale e fisiologico dei lattanti e dei pro e dei contro dello stile d'allattamento e accudimento prescelti, si reputavano pienamente soddisfatti di essere riusciti ad allattare al seno in modo parziale e a bassa intensità di aggiunte di latte artificiale, ma fino all'anno di vita. Allattare al seno a sufficienza un bambino adottivo probabilmente è associato con esiti rilevanti nella relazione d'attaccamento con la madre, oltre che con quelli già noti di salute fisica materno-infantile [10].

Conclusioni

Molte madri e operatori sanitari pensano che allattare al seno un bambino non biologico sia impossibile. Le evidenze scientifiche mostrano il contrario. I metodi per arrivare a un'adeguata produ-

zione di latte includono la motivazione materna e un adeguato sostegno professionale, uniti a un opportuno piano di stimolazione dei capezzoli, semplice o abbinata a galattogoghi, o preceduta dall'uso preparatorio di estro-progestinici. Chiaramente sono necessari nuovi studi controllati al riguardo.

È auspicabile che anche in Italia l'allattamento adottivo sia incluso nelle linee guida di pediatri e ginecologi e che questa raccomandazione sia disseminata fra tutti gli operatori che vengono in contatto con le donne, cioè medici, ostetriche, infermiere, psicologi, educatrici d'infanzia. La neonata professione di IBCLC è la professionalità cui possono fare riferimento sia le donne desiderose di allattare in queste circostanze speciali, sia gli altri operatori sanitari o i consulenti volontari o i *peer counselors*. ♦

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Bibliografia

- [1] World Health Organisation Relactation: Review of Experience and Recommendations for Practice. World Health Organisation 1998, Geneva.
- [2] American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005;115:496-506 (in italiano: Allattamento al seno-manuale per i medici, a cura di G. Bona. Minerva Medica, 2008).
- [3] www.asklenore.info Accesso maggio 2010.
- [4] Lawrence RA. Breastfeeding. A guide for the medical profession. Sixth Ed, Mosby 2005.
- [5] http://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_age/en/index.html Accesso maggio 2010.
- [6] Gribble KD. The influence of context on the success of adoptive breastfeeding: developing countries and the west. Breastfeeding Rev 2004;12(1):5.
- [7] da Silva OP, Knoppert DC, Angelini MM, Forret PA. Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. CMAJ 2001; 164:17-21.
- [8] Campbell-Yeo ML, Allen AC, Joseph KS, et al. Effect of domperidone on the composition of preterm human breast milk pediatrics 2010;125:e107-14.
- [9] <http://www.aicpam.org/>.
- [10] Gribble KD. Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. Int Breastfeed J 2006;1:5.

GLI ARGONAUTI XII "L'Approdo alla Terra delle Sirene"

9-10-11 giugno 2011
Villa Fondi, Piano di Sorrento (Napoli)

Giovedì 9 giugno

- ore 15,00 Apertura Convegno con saluto del Sindaco
Un'esperienza in Albania:
un ecografo per l'Ospedale di Valona (L. Maresca)
Moderano: C. Corchia, G. Cirillo
- ore 15,30-16,10 Caso clinico: "... improvvisamente giallo" (S. Manetti, L. Iorio, G. Ranucci)
- ore 16,10-16,40 Caso clinico: "... uno strano corpo estraneo e non solo..."
(F. Antonelli, P. Siani)
- ore 17,10-17,30 Pausa caffè
- ore 17,30-18,00 Panoramica sui progetti di sostegno alla genitorialità in Puglia e in Campania: cosa funziona davvero?
(S. Chiarappa, C. Di Maio)
- ore 18,20-18,40 Caso clinico: La toxoplasmosi congenita: saper fare (S. Sabatino)

Venerdì 10 giugno

- Seduta del mattino *Moderano: L. de Seta, A. Spataro*
- ore 9,00- 9,20 I segni precoci nei disturbi del comportamento alimentare (L. Iaconopelli)
- ore 9,20- 9,40 Disturbi specifici dell'apprendimento: l'esperienza della Regione Molise nell'ambito delle cure primarie pediatriche (S. Zarrilli)
- ore 10,10-10,30 Celiachia: le nuove linee-guida ESPGHAN, raccontate dal presidente dell'ESPGHAN (R. Troncone)
- ore 11,00-11,30 Pausa caffè
- ore 11,30-12,45 Casi clinici o... molto di più (A. Ventura)
- ore 12,45 Pausa pranzo
- Seduta del pomeriggio *Moderano: S. Conti Nibali, R. Vitiello*
- ore 14,30-14,50 L'Ecosistema del neonato a rischio sociale (A. Moschetti)
- ore 15,10-15,30 Il bambino che sviene: quando consultare il cardiologo (R. Paladini)
- ore 15,50-16,10 Lettura. La valutazione neurologica in età pediatrica (E. Del Giudice)
- ore 16,30-18,30 Gruppi di Lavoro:
- Gli 8 passi + 1 per le vaccinazioni (R. Cavallo)
- Diagnosi e terapia delle IPLV (L. de Seta)
- Saper fare: gli strumenti auxologici utili in ambulatorio (M. R. Licenziati)
- Saper fare: la valutazione neurologica in pediatria (E. Del Giudice)

Sabato 11 giugno

- Moderano: L. Mottola, G. Biasini*
- ore 9,00- 9,20 Caso clinico: "... piccola fin da piccola" (P. Marzuillo)
- ore 9,40-10,00 Il ruolo del pediatra delle cure primarie nel maltrattamento (C. Berardi)
- ore 10,20-10,40 Lettura. Scampia e i bambini: una scommessa difficile? (L. Greco)
- ore 10,40-11,00 Pausa caffè
- ore 11,00-12,00 *Moderano: G. Primavera, M. F. Siracusano*
Un nuovo vaccino nel calendario: mancava qualcosa? (R. Cavallo)
Pro e contro il vaccino antipneumococco e antimeningococco (R. Cavallo)
Pro e contro l'antinfluenzale (R. Cavallo)
Pro e contro il vaccino antipapillomavirus-antitrotavirus (R. Russo)
- ore 12,30-13,00 La sintesi (G. Biasini)
Compilazione quiz

Segreteria e informazioni:

Claudia Fortunato - tel. 081402093 - info@defla.it

CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA" IV Edizione

Le foto dovranno avere come tema i bambini in riferimento ai temi del Convegno e dovranno essere accompagnate da didascalia, nome, cognome, recapito postale, e-mail, telefono e qualifica dell'autore e della liberatoria della persona eventualmente fotografata. Potranno essere fornite in formato digitale e inviate al seguente indirizzo: li.dimaio@alice.it specificando in oggetto: CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA". Il giudizio sulle foto sarà dato da una giuria scelta dagli organizzatori del Convegno. Nel corso del Convegno verranno segnalati il vincitore e 5 foto meritevoli.