

Il sostegno dell'allattamento al seno: fisiologia e falsi miti

Sergio Conti Nibali

Pediatra di famiglia, Messina

Introduzione

L'allattamento al seno non è un semplice atto nutritivo, ma rappresenta un insieme di comportamenti materni che esaltano il legame tra madre e bambino attraverso uno stretto contatto fisico e favoriscono le interazioni diadiche che avvengono attraverso i gesti e le espressioni del volto, primo momento per la costruzione dell'intersoggettività, atto fondante la conoscenza dell'altro. L'allattamento può contribuire allo sviluppo di una serie di comportamenti materni più interattivi e a un'augmentata modulazione del sistema nervoso autonomo parasimpatico, con una migliore risposta allo stress e un minor numero di sintomi depressivi. Le donne con scarsa istruzione, di basso livello socio-economico o di giovane età, hanno meno probabilità di allattare al seno e più probabilità di abbandonare precocemente l'allattamento. Se l'allattamento al seno per i primi sei mesi venisse adeguatamente sostenuto, promosso e protetto verrebbero ridotte le disuguaglianze nella salute materno-infantile nella famiglie a basso reddito. L'abbandono precoce dell'allattamento al seno è correlato con la personale scarsa confidenza delle donne, ancora in gravidanza, sulle proprie capacità di allattare. Vi sono evidenze che un adeguato *counselling* e un'altrettanta competente informazione, sia in gravidanza che nel post-partum, insieme con l'applicazione delle buone pratiche per il sostegno dell'allattamento al seno nei punti nascita, migliorano nelle donne la propria capacità di allattare e la prevalenza di allattamento.

Obiettivo di questa FAD è:

- descrivere alcuni aspetti della fisiologia della lattazione e dell'allattamento, perché la gran parte dei problemi che la madre incontra sono risolvibili solo se il pediatra, o altro consulente al quale la madre si rivolge, hanno ben chiari questi concetti;
- fornire gli strumenti utili per la pratica professionale;
- sfatare alcuni miti che possono ostacolare o disincentivare l'allattamento.

Anatomia

L'unità funzionale di base della mammella è l'alveolo che consiste di circa 100 lattociti che, stimolati dalla prolattina, sintetizzano e secernono il latte.

Gli alveoli sono avvolti da cellule mioepiteliali che presentano una attività contrattile, stimolata dall'ossitocina. Gruppi di 10-100 alveoli formano i lobi, i quali a loro volta si riuniscono in lobi (figura 1). All'interno del lobo, piccoli dotti raccolgono le secrezioni degli alveoli fino a formare un unico dotto, il dotto galattoforo, che drena verso il capezzolo; ogni lobo ha il suo dotto galattoforo che termina con il proprio orifizio al capezzolo indipendentemente dagli altri lobi. La mammella può avere da 4 a 19 dotti (media 9-10). I dotti sono superficiali e comprimibili senza sforzo, rendendo facile la loro occlusione e il rischio di ostruzione, per esempio in caso di utilizzo di reggiseni che comprimono, facilitando in questo modo l'instaurarsi di un blocco di un dotto che può portare a una mastite. L'area alla base del capezzolo è ricca di tessuto ghiandolare: il 70% di questo tessuto è contenuto entro 3 cm di profondità dal capezzolo: circa il 67% del volume della mammella è costituito da tessuto ghiandolare men-

tre il restante 33% è costituito da grasso e connettivo di sostegno, con un'ampia variabilità. La taglia e la forma del seno non sono in relazione in alcun modo con la produzione di latte, la disponibilità, l'immagazzinamento o la sensazione del grado di ripienezza della mammella. Non vi è alcuna correlazione quindi tra volume o forma del seno e abilità a raggiungere o mantenere un efficace allattamento (*falso mito*).

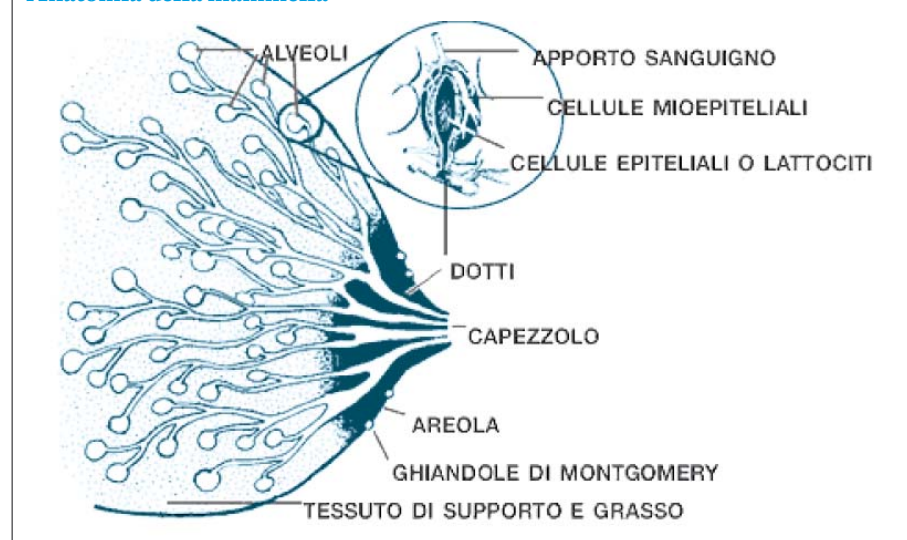
Sviluppo del seno

Durante la prima metà della gravidanza vi è un intenso accrescimento alveolare-lobulare (mammogenesi); il graduale aumento di prolattina stimola la differenziazione cellulare negli alveoli.

Intorno alla 24^a settimana di gestazione avviene una maturazione nelle capacità secretive (**lattogenesi I**): le cellule epiteliali si differenziano in lattociti divenendo capaci di produrre e secernere le specifiche componenti del latte; da questo momento può essere presente il colostro. L'incremento del volume della mammella si completa nella maggior parte delle donne verso la 22^a settimana di gestazione. Nelle madri che partoriscono pretermine (< 28^a settimana) si può interrompere lo sviluppo del seno;

figura 1

Anatomia della mammella



questo può influire sull'efficienza della produzione di latte e presentare anche un ritardo nell'attivazione delle capacità a secernere latte (**lattogenesi II**) con una conseguente riduzione della produzione nella prima settimana dal parto.

La produzione di latte – lattazione – lattogenesi II

La lattogenesi II consente una rapida regolazione di sintesi del latte e si verifica in genere 48-72 ore dopo il parto ed è in relazione a una diminuzione del progesterone circolante causato dall'espulsione della placenta e da un ulteriore aumento dei livelli di prolattina. Questo ormone presenta livelli elevati durante le fasi iniziali dell'allattamento e gradualmente diminuisce con il progredire dell'allattamento. Il colostro è di solito presente per i primi 3-5 giorni dopo il parto, seguito da latte di transizione fino a circa 2-3 settimane; dopo questo tempo il latte materno è considerato maturo.

Il colostro ha una composizione che fornisce una maggiore protezione immunologica, oltre che un sostegno allo sviluppo del neonato; oltre a immunoglobuline, oligosaccaridi, lattoferrina e cellule immunitarie vitali, il colostro contiene, infatti, fattori di stimolazione per la proliferazione cellulare, responsabili della maturazione dell'apparato gastrointestinale del neonato, dell'ematopoiesi e della stimolazione immunitaria. Il colostro, inoltre, presenta un contenuto proteico superiore (30-70 g/l) rispetto al latte materno maturo (7-25 g/l), che rappresenta un ulteriore vantaggio nei primi giorni dopo la nascita. Sono presenti delle modificazioni nella composizione del latte durante le diverse poppate della giornata. Un lattante assume in media il 67% del latte disponibile a ogni poppata, mostrando così che l'ingestione di latte non è legata alla quantità di latte disponibile ma piuttosto alla richiesta del bambino, e il grasso, presente in maggiore quantità alla fine della poppata, potrebbe rappresentare un segnale di stop per il lattante.

Le prime settimane sono determinanti per la produzione del latte; la prima suzione andrebbe favorita sin dalla sala parto, offrendo alla madre assistenza per il contatto pelle a pelle; nella prima giornata i neonati succhiano da 0 a 5 ml di colostro. Per i primi due giorni dopo la nascita l'intake di colostro può variare da 37 a 169 ml/die. I lattanti alimentati con

solo latte materno dovrebbero emettere il meconio entro 24 ore dalla nascita; in seguito il colore delle feci sarà verde fino a circa 6 giorni per poi passare a giallo oro. Dai 2 ai 5 giorni dopo la nascita i neonati possono perdere fino al 10% del loro peso; più frequenti saranno le poppate, minore sarà il calo di peso. Dal sesto giorno dopo la nascita i lattanti assumono da circa 500 ml a 700 ml/die di latte e aumentano di peso con un ritmo di circa 15-30 grammi/die. È dimostrato che le frequenti poppate nei primi giorni dalla nascita (almeno 8-12/die) hanno un effetto positivo sulla produzione di latte. Il consolidamento dell'allattamento avviene entro il primo mese e mezzo di vita (periodo della calibrazione); la produzione media di latte per una mamma che allatta esclusivamente al seno è di 750-800 ml/die (dai 440 ai 1220 ml/die) da 1 mese a 6 mesi di età del bambino. Questa produzione costante di latte è in accordo con le richieste energetiche del lattante che sono decrescenti con l'avanzare dell'età; infatti, tra 1 e 6 mesi la richiesta di energia giornaliera diminuisce da 103 a 79 kcal/kg.

La frequenza delle poppate

È utile consigliare di allattare cercando di rispondere ai segnali di fame del bambino; il pianto è l'ultimo dei segnali di fame che il bambino lancia; andrebbero valorizzati e soddisfatti i primi segnali, cioè quando comincia a sollevare le palpebre, protrudere la lingua, girare la testa a destra e sinistra. In media un lattante lancia questi segnali da 8 a 12 volte al giorno e questo è utile per la calibrazione.

Più numerose sono le poppate in una giornata, meno latte viene assunto per ogni poppata, con una variabilità tra circa 50 e oltre 200 ml di latte materno per pasto. Pertanto, i lattanti che richiedono di essere allattati più o meno frequentemente rispetto alla media, non necessariamente indicano un problema di allattamento; tuttavia particolare attenzione dovrà essere dedicata alle situazioni nelle quali il numero di poppate si allontana dalla media. Se è la madre a imporre poppate brevi a orario (per esempio 10 minuti per mammella - **falso mito** dei "10 minuti per mammella"), il bambino potrebbe assumere solo la prima parte del latte per ogni mammella, che è povero di grassi, in questo caso richiederà di mangiare con notevole fre-

quenza perché non ha potuto assumere una poppata completa con tutti i grassi di cui aveva bisogno. In questa situazione il bambino sembrerà costantemente "affamato" e le sue feci, cariche di lattosio, saranno verdi. Basterà spiegare alla mamma che non deve porre limiti alla suzione da una mammella, permettendo al bambino di prendere tutti i grassi di cui ha bisogno, e il bambino avrà una frequenza di suzioni normale e le feci assumeranno il colore giallo che testimonia la presenza di grassi nelle feci.

L'allattamento notturno è la norma: i pasti notturni possono essere abbondanti fino a coprire il 20% del fabbisogno giornaliero (**falso mito**: "i bambini dalle 24 alle 6 non devono mangiare"). La durata della poppata può variare da circa 10 minuti a poco più di 1 ora; non c'è relazione tra durata della poppata e quantità di latte assunto. Le madri che hanno accettato il consiglio di allattare 10 minuti per mammella (**falso mito**) molto probabilmente allatteranno per poco tempo, in quanto non riusciranno a calibrare il quantitativo di latte per soddisfare il bambino nei periodi successivi.

Come succhia il lattante

I lattanti alternano suzioni non nutritive, durante le quali i neonati stanno con gli occhi chiusi e di tanto in tanto stimolano con movimenti brevi e rapidi di suzione il rilascio di ossitocina, a suzioni nutritive, durante le quali si ha l'ondata di latte per cui i neonati aprono gli occhi, la suzione diventa più lenta e profonda, e si avverte il classico rumore della deglutizione.

Una poppata efficace è il risultato di una sincronizzazione dinamica tra i movimenti ritmici della mandibola e della lingua del bambino con il riflesso di eiezione del latte (**box 1**). Il bambino si attacca in modo da coprire capezzolo e parte dell'areola (la quantità di areola introdotta dipende dalle dimensioni dell'areola); il capezzolo viene portato in fondo tra palato duro e molle; laddove questo non avviene, per un cattivo attacco, il capezzolo, compresso contro il palato duro, sarà sottoposto a un trauma continuo e si formeranno le ragadi (**figura 2**). I movimenti peristaltici della lingua aiutano a trasportare il latte che arriva nella parte posteriore dell'orofaringe dove viene deglutito. Tutte queste fasi (suzione, deglutizione e respirazione) sono coordinate dal sistema nervoso

centrale in modo da consentire l'alimentazione continua senza interrompere la respirazione.

L'andamento dell'allattamento può essere estremamente variabile e si deve rassicurare la madre sulle diverse modalità di allattamento che può avere ogni diade. Se le evidenze cliniche indicano che il bambino sta assumendo una sufficiente quantità di latte, si dovrebbe suggerire alla madre di osservare e rispondere alle richieste del bambino piuttosto che seguire indicazioni basate su programmi o tabelle che riportano dati di frequenza o quantità di assunzione "standard" (falso mito). Quando la mamma ha la percezione di una scarsa capacità di produzione di latte, oppure non vi sono indicatori clinici che possano confermare una adeguata produzione di latte, è necessario fare sia una valutazione del bambino e della madre, che un'osservazione della poppata.

Cause di non adeguata assunzione di latte o di produzione di latte non sufficiente

Bambino

Un scarsa crescita del bambino può essere causata da una malattia che influenza uno o tutti i riflessi fisiologici del neonato (ricerca del seno, suzione e deglutizione) o la sua capacità di assumere latte a sufficienza (per esempio ittero, ipotiroidismo, cardiopatia, palatoschisi, neuropatie) o da un'aumentata richiesta metabolica o da un malassorbimento. Tutte queste sono cause molto rare; il più delle volte è un cattivo attacco del bambino al seno che causa una non adeguata assunzione di latte.

Mamma

Insufficienza primaria

Una produzione sufficiente di latte richiede la presenza di un adeguato tessuto mammario, dotti drenanti il latte e innervazione con normale funzionalità e un'adeguata concentrazione di tutti gli ormoni coinvolti. Il 5% delle mamme può avere un'incapacità primaria di produrre il latte, dovuta a un tessuto ghiandolare inadeguato per ipoplasia della ghiandola mammaria o per esiti chirurgici di rimozione di tessuto mammario o ancora per impianto di protesi mammarie. Anche una chirurgia minore come il *piercing* del capezzolo può produrre una lesione all'innervazione o ai dotti galattofori. Altre cause possono essere importanti emorragie post-partum, in-

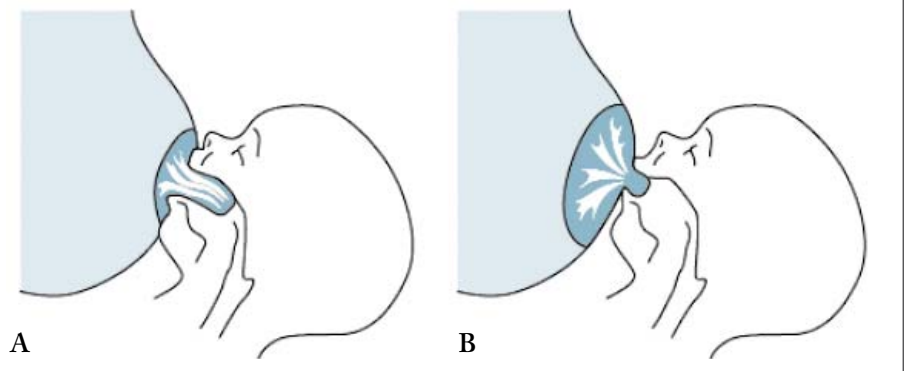
box 1

Il riflesso di eiezione del latte

Il latte viene trasportato dagli alveoli al capezzolo attraverso il riflesso di eiezione. La suzione del bambino stimola i nuclei paraventricolare e sovraottico dell'ipotalamo, con la conseguente produzione di ossitocina. Questa a sua volta stimola la contrazione delle cellule mioepiteliali che circondano gli alveoli. L'aumento della pressione provoca il deflusso del latte dagli alveoli ai dotti. Questa risposta ossitocinica può essere condizionata, oltre che dalla suzione, da stimoli esterni; tutte le emozioni positive aumentano il rilascio di ossitocina (per esempio il solo sentire il vagito del bambino); in queste situazioni ci può essere la fuoriuscita di latte anche in assenza di suzione da parte del bambino.

figura 2

Attaccamento corretto (A) e attaccamento non corretto (B)



fezioni o ipertensione arteriosa. Anche la presenza di un eccesso di progesterone, dovuto alla ritenzione di frammenti di placenta, può inibire o ritardare la lattazione.

Insufficienza secondaria

Segni attendibili di una scarsa assunzione di latte sono un aumento di peso che si discosta dalla curva di crescita costruita sui pesi registrati in precedenza. In questo caso si raccomanda la valutazione della crescita attraverso le curve WHO espressamente costruite per bambini sani allattati al seno (box 2). Un metodo indiretto, ma abbastanza attendibile, è la valutazione della frequenza delle minzioni del bambino, che in genere emette un'urina trasparente almeno 6 volte nelle 24 ore a partire dal terzo giorno di vita, mentre un bambino che non prende abbastanza latte urina meno e in genere le urine sono gialle. Segni possibili, ma non attendibili, possono essere il pianto eccessivo del bambino, un aumento nella frequenza delle suzioni, una durata lunga delle poppate, scarse evacuazioni, sensazione di mammella non piena; in tutti questi casi andrà rivalutata la storia dell'allattamento e si avrà cura di osservare una poppata. C'è un solo modo per aumentare la produzione di latte:

aumentare la frequenza delle poppate, dopo essersi accertati che il bambino ha un attacco adeguato; l'aumento della frequenza delle poppate nel periodo della calibrazione del latte (4-6 settimane dalla nascita) fa aumentare la prolattina e di conseguenza la produzione del latte. Tuttavia, senza il riflesso di eiezione da parte dell'ossitocina, la quantità di latte disponibile sarebbe scarsa. Per cui, per aumentare la disponibilità di latte per il lattante, bisogna anche aiutare la mamma a superare eventuali situazioni di stress o dolore o preoccupazioni che interferiscono con il riflesso ossitocinico. Le madri che si sentono stressate in riferimento alla loro produzione di latte dovrebbero essere incoraggiate a usare tecniche di rilassamento, a cercare momenti di piacere per se stesse, ascoltare musica, scegliere i cibi o le bevande preferite, dopo avere verificato che il bambino abbia un corretto attacco e una suzione efficace.

Controllo della produzione di latte

La produzione di latte materno dipende dalla richiesta del lattante. Sebbene la produzione di latte sia in relazione con la concentrazione di prolattina nel sangue (almeno nel periodo della calibrazione), si sa che quanto più la mammella

viene svuotata tanto più latte si produce; questo fatto è dovuto alla presenza del FIL (Fattore Inibente la Lattazione), una proteina contenuta nel latte che interferisce con i recettori della prolattina presente nelle cellule alveolari; per cui quanto più latte viene estratto dalla mammella, tanto meno FIL ci sarà dentro gli alveoli, e quindi la prolattina potrà svolgere in pieno la sua azione. Conseguentemente, alle madri con insufficiente produzione di latte, dovrà essere consigliato di far succhiare a lungo il bambino in modo da favorire un buon drenaggio della mammella e di spremere il seno per aumentare la produzione di latte. Un drenaggio efficace del latte dal seno è fondamentale se l'obiettivo è l'aumento di produzione del latte.

Per favorire la produzione adeguata di latte sono indispensabili tre aspetti:

- 1) il contatto pelle a pelle; lasciando il lattante pelle a pelle prono sul petto della mamma, si stimola la sua istintiva ricerca del capezzolo e si favorisce l'attacco; è un potente stimolatore dell'ossitocina e può contribuire a calmare e alleviare lo stress in una diade in difficoltà e nelle situazioni nelle quali si stanno ancora "imparando" le modalità di allattamento al seno;
- 2) rassicurare e sostenere le capacità della madre, sia dal punto di vista fisico che psicologico;
- 3) garantire che il bambino sia tenuto in una posizione confortevole e il suo corpo sia di fronte a quello della madre (pancia contro pancia), e che l'attacco consenta al bambino di assumere quanto più tessuto mammario dentro la bocca. Non c'è una posizione giusta o sbagliata di principio; se al neonato è permesso di stare sdraiato sul torace della mamma, che a sua volta è comodamente sdraiata, sarà egli stesso a trovare la posizione del corpo migliore per potere ben succhiare, mentre se la mamma è seduta con il bambino tra le braccia, allora sarà la mamma che dovrà garantirgli una buona posizione e un buon attacco.

Per favorire la produzione di latte vengono frequentemente utilizzati molti preparati perlopiù a base di erbe. Per la maggior parte di essi non vi sono prove di efficacia (**falso mito**), se non aneddotiche, e mancano informazioni sul meccanismo farmacologico, sulla farmacocinetica e, soprattutto, controlli

box 2

Le curve di crescita

Fino al 2006 le curve di crescita più utilizzate erano quelle del CDC (*Center Disease and Control* di Atlanta, USA) che raccoglievano misurazioni di bambini eseguite dal 1963 al 1994. Tuttavia solo una piccola parte di questi bambini era allattata al seno; al 4° mese solo il 21% era allattato al seno.

Nel 2006 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato le curve di crescita 0-24 mesi basandosi su coorti di bambini allattati al seno in Brasile, Ghana, India, Norvegia, Oman e Stati Uniti, in situazioni territoriali favorevoli alla nutrizione e alla crescita, con inizio dell'alimentazione complementare a 6 mesi di vita e allattamento al seno fino al 12° mese; le madri erano in stato di buona salute e nutrizione, e senza l'abitudine al fumo di sigaretta. La comparazione tra le due curve di crescita mostra una riduzione della velocità di crescita dal 4° mese nei bambini allattati al seno delle curve dell'OMS rispetto a quella dei bambini alimentati con formula o con modalità mista. Utilizzare curve di crescita costruite su popolazioni di bambini non allattati al seno potrebbe erroneamente far sospettare una scarsa velocità di crescita in peso o una diagnosi di sottopeso. Questo fatto, accompagnato a una maggiore reattività e irrequietezza tipiche di questa età, può condurre alla erronea diagnosi di ipogalattia e indurre ad anticipare in modo ingiustificato i tempi dell'alimentazione complementare oppure a consigliare l'aggiunta di una formula artificiale.

sulla sicurezza e sugli effetti avversi di questi preparati.

La sulpiride e il domperidone sono farmaci che presentano come effetto secondario un innalzamento dei livelli di prolattina e, per questo motivo, è stato proposto il loro utilizzo come galattagoghi. Anche se il domperidone è spesso impiegato per questo scopo, nessuna autorità sanitaria ha approvato questa indicazione di utilizzo. Gli studi scientifici effettuati a oggi non sono sufficienti a stabilire l'efficacia del domperidone per la produzione di latte e a stabilirne il livello di sicurezza; gli studi eseguiti hanno dimostrato un passaggio del farmaco nel latte senza evidenziare effetti avversi nel lattante, anche se il farmaco è responsabile della sindrome del QT lungo. Nessuna bevanda in particolare stimola la produzione di latte (come alcune credenze popolari suggeriscono), tanto meno la birra (**falso mito**) che invece è controindicata in allattamento per il suo contenuto alcolico.

Stile di vita della mamma che allatta

La gran parte delle proscrizioni che vengono imposte alle mamme che allattano sono inappropriate. Non è necessario modificare la dieta durante l'allattamento; non ci sono motivi scientifici per sospendere determinati cibi dall'alimentazione della mamma per il rischio di un'allergia (**falso mito**). Il fatto che

diversi alimenti presentino molecole odorose che sono veicolate nel latte è considerato un vantaggio per quando il lattante inizierà ad assaggiare i cibi solidi. La dieta materna influisce sul contenuto di vitamine e sulla qualità degli acidi grassi contenuti nel latte, mentre le altre sostanze sono sintetizzate direttamente dal lattocita, indipendentemente dalla dieta.

Come in gravidanza anche in allattamento deve essere proscritto l'alcol, che passa con estrema facilità nel latte e, quindi, ingerito dal neonato.

È un **falso mito** che bisogna bere latte per produrne di più. Durante l'allattamento le mamme possono fare tranquillamente attività sportiva, avere rapporti sessuali, fare la tintura ai capelli; possono assumere la gran parte dei farmaci essenziali (**box 3**). L'unica procedura diagnostica che può arrecare danno al bambino è la scintigrafia con l'utilizzo di un mezzo di contrasto radioattivo; in questi casi la madre dovrà tirare ed eliminare il latte per un tempo corrispondente a 5 emivite dell'isotopo. Non c'è bisogno di sospendere temporaneamente l'allattamento e gettare il latte spremuto dopo un'indagine radiologica con mezzo di contrasto. Questa misura può essere riservata ai casi in cui l'indagine radiologica sia stata eseguita con mezzi di contrasto a base di gadolinio della categoria "ad alto rischio di fibrosi sistemica nefrogenica" (gadopentetato dimeglumina, gadodiamide e gadoversetamide). In tutti gli altri casi,

e quindi nella maggioranza dei casi, il bambino allattato può riprendere da subito i pasti al seno.

Nonostante i metodi barriera anticoncezionali rappresentino una prima scelta in corso di allattamento al seno e nelle prime 3-6 settimane dal parto, i metodi ormonali sono sicuri in corso di allattamento al seno, ma vanno avviati non prima di 6 settimane dal parto, preferibilmente dopo 6 mesi dal parto.

La pillola di solo progestinico rappresenta la prima scelta nella donna che allatta, ma è utilizzabile in sicurezza anche l'associazione estro-progestinica (la scelta deve tener conto anche di fattori di rischio trombotico individuali). Il metodo dell'amenorrea da lattazione rappresenta una concreta opzione, in particolare quando la coppia non voglia ricorrere ad altri metodi contraccettivi nell'ambito della pianificazione familiare delle nascite (figura 3).

Non è infrequente il verificarsi dell'allattamento al seno mentre la mamma sta portando avanti una gravidanza. Non è presente una specifica controindicazione all'allattamento in questi casi. La composizione del latte appare essere diversa, con un colore che ricorda quello del colostro. Una recente revisione della letteratura in materia ha dimostrato che allattare in gravidanza non produce un aumentato rischio di aborto; in un Paese industrializzato come l'Italia, nel quale le donne gravide sono generalmente sane e ben nutrite, non vi è un aumentato rischio di ritardo di crescita intrauterino (IUGR), né di malnutrizione materna; non è documentato che la suzione al seno collegata all'allattamento possa determinare un parto pre-terminale per attivazione delle contrazioni uterine (falso mito).

Allattare non produce un danno estetico al seno (falso mito); al contrario, le donne devono essere informate sulla protezione dell'allattamento nei confronti di alcuni tumori, tra cui quello al seno (box 4).

Come aiutare ad allattare una mamma che lavora

Le madri lavoratrici possono continuare ad allattare, se informate sia sulle possibilità di utilizzare i permessi e/o le riduzioni orarie per l'allattamento, sia sulle modalità di spremitura (sia manuale che meccanica) che di conservazione del latte materno (box 5, 6 e 7).

box 3

Farmaci durante l'allattamento

La richiesta di informazioni da parte della mamma sulla possibilità di assumere farmaci durante l'allattamento è un evento molto frequente. Non sempre il medico ha a disposizione nel suo *background* formativo le informazioni corrette per offrire il consiglio appropriato. Nel dubbio, alcuni clinici potrebbero consigliare una sospensione dell'allattamento con i conseguenti esiti negativi per la salute della diade madre-bambino (falso mito: "una mamma che allatta non può prendere farmaci"). Per ovviare a questo rischio si può utilizzare una risorsa del *U.S. National Library of Medicine*, LactMed, un database aggiornato mensilmente da un panel di esperti e presente gratuitamente sul web. Questo database contiene informazioni sui principi attivi dei farmaci e su sostanze chimiche a cui può essere esposta una mamma che allatta. Il database segnala gli effetti avversi riscontrati nei bambini e i livelli che raggiungono tali sostanze nel sangue materno e del lattante (<http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>).

Recentemente anche il Ministero della Salute italiano ha messo a disposizione di operatori e famiglie un sito web informativo sull'uso appropriato dei farmaci in gravidanza e in allattamento (www.farmaciegravidanza.gov.it).

figura 3

Metodo dell'amenorrea da lattazione

Fare in modo che la madre risponda a queste tre domande:

1. Le sono tornate le mestruazioni?

SI →

NO ↓

2. Sta dando aggiunte o ci sono lunghi intervalli tra una poppata e l'altra, di giorno o di notte?

SI →

NO ↓

3. Suo figlio ho più di sei mesi?

SI →

NO ↓

Le probabilità di restare incinta sono solo dell'1-2% al momento

Se la risposta è sì a una qualsiasi di queste domande, la probabilità di restare incinta aumenta. Per una protezione continua, e per intervallare le nascite, è necessario usare un metodo complementare di pianificazione familiare, e continuare ad allattare.

box 4

Allattamento, fertilità e cancro

La suzione sostiene dei picchi di produzione di prolattina e contemporaneamente riduce i livelli di GnRH e LH. I livelli persistentemente elevati di prolattina favoriscono l'amenorrea da lattazione. Tuttavia questo fenomeno è contrastato dalla massa grassa della nutrice: in presenza di un elevato BMI aumentano i livelli di leptina, responsabili di un aumento dei livelli di estrogeni, progesterone luteale e di LH, ormoni favorevoli all'ovulazione e, quindi, alla fertilità.

Una conseguenza dell'amenorrea da lattazione per la donna è il beneficio sul rischio di cancro alla mammella e all'ovaio. Infatti, è presente una relazione direttamente proporzionale tra numero di cicli mestruali e rischio di carcinoma mammario: RR=1,00 con un numero di cicli inferiore a 403 e un RR=1,56 se il numero di cicli complessivo è maggiore di 501; un più alto numero di cicli mestruali complessivi riflette una più lunga esposizione agli estrogeni endogeni con un incremento del rischio di tumore al seno. Inoltre, ogni anno ovulatorio aumenta del 2,5% il rischio di cancro ovarico. Il rischio relativo di cancro al seno diminuisce del 4,3% (IC 95%: 2,9-5,8; p<0,0001) per ogni 12 mesi di allattamento al seno, oltre a un calo del 7% (IC 95%: 5,0-9,0; p<0,0001) per ogni nascita. Inoltre, le donne che presentano un cancro al seno hanno avuto, in media, meno gravidanze (2,2 vs 2,6); nelle pluripare il rischio è più elevato se non avevano allattato al seno (71% vs 79%) o se il periodo di allattamento era più breve (9,8 vs 15,6 mesi).

Conclusioni

Il testo, lungi dal poter essere esaustivo, può essere un utile strumento per aiutare le mamme a capire i meccanismi fisiologici che portano alla produzione del latte e quindi per sostenerle nella loro scelta consapevole con consigli appropriati e, al contempo, evitare di intralciare l'allattamento con consigli ingannevoli, che devono essere considerati dei falsi miti.

Corrispondenza

serconti@glaucio.it

• Allattamento al seno durante la gravidanza. Raccomandazioni della Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP) e del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare per la Promozione dell'Allattamento al Seno del Ministero della Salute, 18 marzo 2013. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2136_allegato.pdf.

• Blyth R, Creedy DK, Dennis CL, et al. Effect of Maternal Confidence on Breastfeeding Duration: An Application of Breastfeeding Self-Efficacy Theory. *Birth* 2002;29: 278-84.

• Clavel-Chapelon F; E3N Group. Cumulative number of menstrual cycles and breast cancer risk: results from the E3N cohort study of French women. *Cancer Causes Control* 2002;13:831-8.

• Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 2002;360:187-95.

• Cosentino R, Conti Nibali S. Come usare il tiralatte. *Quaderni acp* 2001;8:2.

• Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 refeeding Policy Statement. *Breastfeed Med* 2012;7: 323-4.

• Flaherman VJ, Lee HC. "Breastfeeding" by Feeding Expressed Mother's Milk. *Pediatr Clin N Am* 2013;60:227-46.

• Hassiotou F, Geddes D. Anatomy of the human mammary gland: current status of knowledge. *Clin Anatomy* 2013;26:29-48.

• Kent JC, Prime DK, Garbin CP. Principles for Maintaining or Increasing Breast Milk Production. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011 Dec 12 (in press).

• Khan S, Hepworth AR, Prime DK, Lai CT, Trengove NJ, Hartmann PE. Variation in fat, lactose, and protein composition in

box 5

Spremitura manuale del seno

Insegnare a una madre come spremere manualmente il seno è importante:

- per incoraggiare il neonato ad attaccarsi al seno, spremendo un po' di latte sul capezzolo o spremendolo direttamente in bocca al neonato se la suzione è debole;
- per il benessere del seno: per alleviare un ingorgo o un dotto ostruito, per ammorbidire l'areola di un seno troppo pieno e facilitare l'attacco del lattante; per spalmarne qualche goccia di latte come lenitivo in caso di ragade del capezzolo;
- per mantenere la produzione di latte quando il bambino non succhia (pretermine, neonato malato, suzione inefficace, palatoschisi);
- per aumentare la produzione di latte;
- per avere latte a disposizione quando la madre e il bambino sono separati, o per donare latte ad altri bambini.

Il momento migliore per insegnare a una madre a spremere il seno è, appena possibile, subito dopo la nascita del bambino, in quanto è più facile spremere il seno quando è ancora morbido (se possibile entro le 6 ore dal parto).

Tecnica della spremitura manuale del seno

Alcuni atti iniziali servono ad attivare il riflesso dell'ossitocina, l'ormone che agisce prima e durante la poppata e che permette la fuoriuscita del latte:

- tenere il seno caldo, con impacchi o una doccia;
- sedersi comodamente;
- massaggiare con le dita e allungare delicatamente i capezzoli;
- massaggiare leggermente il seno con un movimento rotatorio in direzione del capezzolo tenendo la mano chiusa.

A questo punto, dopo un accurato lavaggio delle mani, la mamma deve:

- sedersi comodamente e tenere un contenitore di plastica a bocca larga vicino al seno;
- porre il pollice sopra l'areola alla distanza di 2 dita dal capezzolo e l'indice con il medio o l'anulare al di sotto, sempre alla distanza di 2 dita dal capezzolo (formando con le dita una lettera C);
- premere pollice e indice leggermente all'indietro verso la parete toracica, per 1-2 cm;
- spremere fermamente tra l'indice e il pollice la parte del seno che sta sotto l'areola;
- premere e rilasciare molte volte, senza provocare dolore (se il riflesso dell'ossitocina è attivo, il latte fluisce sin dall'inizio; altre volte occorre attendere qualche minuto prima che fuoriesca);
- ripetere più volte la spremitura, ruotando di volta in volta la mano in modo da spremere il latte da tutto il seno;
- spremere il seno per almeno 3-5 minuti, fino a quando il flusso rallenta e il latte incomincia a gocciolare;
- procedere poi allo stesso modo con l'altro seno; ripetere l'operazione due o tre volte per lato.

Un'adeguata spremitura del latte richiede, specialmente nei primi giorni, 20-30 minuti. La mamma può usare entrambe le mani per ogni seno, o cambiare mano quando si sente stanca.

Molte madri preferiscono la spremitura manuale al tiralatte perché:

- le mani sono sempre disponibili;
- può essere molto efficace e rapida dopo un po' di esperienza;
- stimolazione più gradita attraverso la pelle delle mani piuttosto che dalla plastica e il rumore del tiralatte;
- è generalmente più delicata di quella del tiralatte soprattutto se c'è una ragade;
- c'è un minor rischio di infezione (meno attrezzi da sterilizzare).

È documentata una maggiore durata dell'allattamento al seno nelle madri che hanno iniziato precocemente la spremitura manuale rispetto a chi ha usato nelle prime settimane il tiralatte.

breast milk over 24 hours: associations with infant feeding patterns. *J Hum Lact* 2013; 29:81-9.

- La contraccezione per la donna che allatta. Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento al seno. Ministero della Salute, 15 settembre 2014. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2212_allegato.pdf.

- L'uso dei mezzi di contrasto nella donna che allatta. Raccomandazioni della Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM), Società Italiana di Pediatria (SIP), Società Italiana di Neonatologia (SIN) e del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento al Seno del Ministero della Salute, 18 marzo 2014. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2133_allegato.pdf.

- McKechnie AC, Eglash A. Nipple Shields: A Review of the Literature. *Breastfeed Med* 2010;5:309-14.

- NICE public health guidance 11. Maternal and child nutrition Issued: March 2008 last modified: November 2014. <http://www.nice.org.uk/guidance/ph11/resources/guidance-maternal-and-child-nutrition-pdf>.

- Otsuka K, Taguri M, Dennis CL, et al. Effectiveness of a Breastfeeding Self-efficacy Intervention: Do Hospital Practices Make a Difference? *Matern Child Health J* 2014; 18:296-306.

- Ramsay DT, Kent JC, Hartmann RA, Hartmann PE. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *J Anat* 2005;206:525-34.

- Riordan J, Wambach K (Eds). *Breastfeeding and Human Lactation* Jones & Bartlett Pub, 2009.

- Schiff M, Algert CS, Ampt A et al. The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J* 2014;9:17.

- Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare per la Promozione dell'Allattamento al Seno del Ministero della Salute. 18 marzo 2014. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2113_allegato.pdf.

- UNICEF: manuale del corso per promozione dell'allattamento al seno. http://www.unicef.it/Allegati/Manuale_partecipante_Corso_20_ore1_7ott10.pdf.

- Verzellini P, Crosignani P, Somigliana E, et al. The 'incessant menstruation' hypothesis: a mechanistic ovarian cancer model with implications for prevention. *Hum Reprod* 2011;26:2262-73.

- World Health Organization. The WHO Child Growth Standards. www.who.int/childgrowth/en/.

box 6

Tiralatte

Quando una mamma ha difficoltà a spremere il latte con le mani, o quando deve spremere il latte per un lungo periodo, può utilizzare un "tiralatte". Il tipo "a pompa", o manuale, è più indicato per occasionali svuotamenti del seno (esempio uscite di qualche ora senza il lattante), mentre quello elettrico, con kit mono o bilaterale, è più indicato per un uso regolare e prolungato. È importante informare la madre che la quantità di latte estratto con il tiralatte non sempre corrisponde a quella che il neonato riesce a estrarre con una corretta suzione, e soprattutto aumenta con il ripetersi delle sessioni di estrazione; a volte la visione di scarse quantità di latte potrebbe indurre la madre a convincersi di non poterne produrre abbastanza.

Pulizia e sterilizzazione del tiralatte:

- Rimuovere la valvola della coppa per il seno, togliere la membrana e risciacquarla con cura insieme alla coppa, anche capovolta.
- Al primo utilizzo e in seguito una volta al giorno, tutte le parti che vengono a contatto con il seno e con il latte devono essere smontate, lavate, risciacquate e poste in una pentola sufficientemente grande, riempita con acqua fredda finché tutti i pezzi siano ben coperti. I tubi, non venendo a contatto con il latte, devono essere bolliti solo quando presentano tracce di latte.
- Portare a bollire l'acqua per tre minuti.
- Scolata l'acqua, i pezzi bollenti vanno raffreddati e fatti asciugare su un panno pulito.

In alternativa alla bollitura, i pezzi smontati possono essere lavati in lavastoviglie con il programma standard completo. Dopo ogni uso, le parti che vengono in contatto con il latte materno devono essere lavate in acqua tiepida contenente un detersivo delicato, risciacquate in acqua fredda e lasciate asciugare all'aria sopra un panno pulito. Le tubazioni devono essere appese per asciugare all'aria.

box 7

Come conservare il latte materno

Bambino sano a casa

Latte materno fresco

- a 25-37°C per 4 ore;
- a 15-25°C per 8 ore;
- a meno di 15°C per 24 ore;
- non conservare a più di 37°C;
- refrigerato (2-4°C): fino a 8 giorni;
- mettere il contenitore nella parte più fredda del frigorifero. Molti frigoriferi non mantengono una temperatura costante. È preferibile usare il latte entro 3-5 giorni o congelare quello che non si userà entro 5 giorni, se c'è un congelatore.

Latte materno congelato

- nel comparto congelatore di un frigorifero: 2 settimane;
- nel comparto congelatore di un frigorifero congelatore: 3 mesi;
- in un congelatore separato a bassa temperatura: 6 mesi;
- scongelato lentamente in un frigorifero: 24 ore (non ricongelare), o mettendo il contenitore in una pentola o terrina con acqua calda per uno scongelamento più rapido.

Bambino ammalato in ospedale

Latte materno fresco

- a temperatura ambiente (fino a 25°C): 4 ore;
- refrigerato (2-4°C): 48 ore.

Latte materno congelato

- nel comparto congelatore di un frigorifero: 2 settimane;
- nel comparto congelatore di un frigorifero congelatore o in un congelatore separato a bassa temperatura (-20°C): 3 mesi;
- scongelato lentamente in un frigorifero: 12 ore (non ricongelare).