

La scheda di Iscrizione è disponibile online alla pagina [www.aicpam.org](http://www.aicpam.org)

#### Quote di partecipazione

Entro 30 settembre 2014

Per i Soci AICPAM/VELB/ELACTA

Giornata Soci € 50,00

Giornata + Workshop Soci € 75,00

Per i non soci

Giornata di Studio non soci € 60,00

Giornata + Workshop non soci € 90,00

Dopo il 1 ottobre 2014

Per i Soci AICPAM/VELB/ELACTA

Giornata Soci € 60,00

Giornata + Workshop Soci € 85,00

Per i non soci

Giornata di Studio non soci € 70,00

Giornata + Workshop non soci € 100,00

CHIUSURA ISCRIZIONI 15 ottobre 2014

#### Modalità di pagamento:

Bonifico bancario intestato a:

AICPAM, Via Lungarno della Zecca Vecchia 22,  
50122 Firenze

Banca del Centroveneto Filiale di Torreglia PD

IBAN IT49 F085 9063 0800 0008 1024 430

Inviare per fax o email copia della ricevuta del versamento.

L'eventuale disdetta di partecipazione dovrà essere comunicata in forma scritta alla segreteria di AICPAM oppure via email entro il 15 ottobre 2014.

Le disdette che pervengono entro tale termine daranno diritto ad un rimborso pari al 50% della quota. Non sarà possibile alcun rimborso per disdette successive al 15 ottobre 2014.

#### RESPONSABILE SCIENTIFICO:

Dott.ssa Marina Astengo

#### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

Dalle 9.00-12.00 e dalle 14.00-16.00

Miriam Lelli 3384528345

Giuliana Panero 3388128257

Email: [segreteria@aicpam.org](mailto:segreteria@aicpam.org)

fax 055 3909970

## Come raggiungerci



#### IN METRO:

M1 Linea rossa – fermate Buonarroti e Pagano.

#### IN AUTOBUS:

Linea 61 – fermata Wagner M1, Pagano M1.

Linea 67 – fermata Pagano M1.

#### IN AUTO:

Autostrada A4 Milano – Venezia, svincolo Fiorenza,  
direzione Fiera Milano City – centro città.

C/O AUDITORIUM

DON GIACOMO ALBERIONE

VIA GIOTTO 36, 20145 MILANO



**VI GIORNATA STUDIO AICPAM  
SOSTENERE L'ALLATTAMENTO OGGI:  
IL BENESSERE DELLA DONNA E  
LA PUBBLICITÀ  
25 Ottobre 2014**

C/O AUDITORIUM  
DON GIACOMO ALBERIONE  
VIA GIOTTO 36, 20145 MILANO

Con il patrocinio del Comitato

Italiano per l'UNICEF



## Workshop 24 Ottobre

14:00 – 16:30

### Il frenulo corto: ancora una controversia. Esperienze a confronto

Il workshop vuole esplorare i segni e i sintomi della restrizione della mobilità linguale per identificare i neonati la cui restrizione del frenulo linguale potrebbe risultare in problemi di allattamento ed attivare un confronto di esperienze sulle strategie da mettere in atto.

Micaela Notarangelo

Maria Ersilia Armeni

17:00 – 19:00

### Assemblea dei soci

## GIORNATA STUDIO 25 Ottobre

### Prima sessione

### Sostenere l'allattamento ed il benessere della donna

8:00 - 8:30 Registrazione e saluti delle autorità

8:30 - 9:30 I benefici dell'allattamento per la salute della donna: l'esempio del carcinoma mammario.

F. Peccatori

9:30 - 10:30 Per mamme più in salute, più allattamento al seno.

M.E. Bettinelli

10:30 - 10:45 Pausa caffè

10:45 - 11:45 Analgesia in travaglio per la donna che allatta: le evidenze ed oltre

R. Wetzl

11:45 - 12:45 I farmaci e l'allattamento:

dove trovare le informazioni aggiornate e come collaborare con gli specialisti.

A. Giusti

12:45 - 13:30 Pausa Pranzo

## GIORNATA STUDIO 25 Ottobre

### Seconda sessione

### La pubblicità e le violazioni del Codice nel mondo reale e virtuale

13:30 - 14:30 La percezione della pubblicità da parte delle donne in gravidanza e delle mamme in Italia

A.Cattaneo, C. Carletti, C. Guidetti, M. Guidetti, V. Mutti, P.Pani.

14:30 - 15:30 Violazioni del Codice e loro sanzioni: a che punto siamo

S. Cosano

15:30 - 16:30 Le trappole dei social network e le violazioni del Codice

L. Mondo

Discussione

16:30 - 17:00 Post test e chiusura dei lavori

Per la giornata di studio, sono stati richiesti gli ECM per tutte le figure professionali.

Sono stati richiesti CERP dall'IBLCE per la giornata e per il Workshop.

AICPAM: VI Giornata di studio.  
Sostenere l'allattamento oggi. Milano 25 ottobre 2014

## **Analgesia in travaglio per la donna che allatta: le evidenze ... e oltre**

**Roberto G Wetzl**

Anestesista Rianimatore, IBCLC  
robertowetzl@libero.it

### **L'analgesia farmacologica in travaglio: terreno di scontro ideologico**

Il rapporto tra analgesia farmacologica in travaglio e allattamento è oggetto di opinioni contrastanti. Non si tratta di discussioni futili, perché le opinioni espresse incidono concretamente e profondamente sulla coesione dell'équipe che in sala parto assiste la diade madre-neonato e, pertanto, sugli esiti, in termini di successo o meno, dell'allattamento al seno del neonato.

In letteratura le posizioni esistenti possono essere raggruppate in quattro filoni principali. Ci sono anzitutto due filoni "radicali" e violentemente contrapposti.

- Da un lato i sostenitori dell'assoluta incompatibilità (Linda Smith, IBCLC: "farmaci analgesici somministrati alla madre in travaglio hanno una vasta gamma di effetti negativi sulla madre, sul bambino e sull'allattamento" <sup>1</sup>);
- dall'altro quelli che sostengono l'assoluta compatibilità tra le due pratiche, addirittura intravedendo possibili vantaggi per le donne che praticano l'analgesia farmacologica in travaglio (Felicity Reynolds, anestesista: "l'analgesia potrebbe migliorare il benessere fetale" <sup>2</sup>).

Tra questi due estremi si collocano posizioni "ragionevolmente intermedie", più aperte e dialoganti:

- quella ("contraria ma tollerante") di Ian Riordan (IBCLC: "l'analgesia può determinare ritardo e minore efficacia della suzione del neonato <sup>3</sup>... ma se si usano basse dosi può essere resa compatibile con l'allattamento" <sup>4</sup>);
- e quella ("possibilista ma con cautele") di Anne Montgomery (pediatra dell'Accademy of Breastfeeding Medicine <sup>5</sup>), su cui ci soffermeremo più a fondo, in quanto, tra le posizioni in campo, appare essere quella meglio fondata su evidenze scientifiche.

Osservo che mentre le colleghe IBCLB (sia la Smith che la Riordan) segnalano "problemi tecnici" nelle donne che hanno praticato l'analgesia e vogliono allattare (e perciò sono entrambe, in linea di massima, contrarie), i colleghi medici (sia la Reynolds che la Montgomery) negano che ve ne siano di sostanziali (e perciò sono entrambe, in linea di massima, favorevoli). All'interno dei due campi, poi (medici, da un lato, e IBCLC, dall'altro), la divisione si pone in termini di opportunità dell'analgesia farmacologica in travaglio: opportunità di non negarla "a priori, in un campo (IBCLC: Riordan versus Smith); opportunità di non proporla "a prescindere", nell'altro campo (medico: Montgomery versus Reynolds).

Questa grande divaricazione di posizioni probabilmente è destinata a perpetuarsi, per alcune non superabili circostanze:

- l'impossibilità di studi che randomizzano "le partorienti con la potenzialità del parto naturale" a realizzare (per motivi "di studio") un parto cesareo elettivo, versus un parto in analgesia su richiesta materna, versus un parto, appunto, naturale: ciò costringe a progettare gli studi come "studi caso/ controllo", che rappresentano sempre un modello debole di studio epidemiologico;

- la conseguente necessità di ricorrere in gran parte a studi osservazionali, che al massimo rilevano “associazioni tra fenomeni”, ma non sono in grado di cogliere il nesso causa-effetto dei fenomeni stessi.

Rilevato che ciò spiega l'aspetto prevalentemente ideologico della contrapposizione in atto, osservo anche che, se l'obbiettivo non è, in astratto, “la scoperta scientifica per meritare il Nobel per la medicina” (e poi, magari, lucrarci sopra con un bel brevetto!), quanto piuttosto il miglioramento degli esiti di salute della popolazione a noi afferente, rilevare le associazioni tra due fenomeni senza sapere quale dei due sia la causa e quale l'effetto è tutt'altro che irrilevante: in termini assistenziali, infatti, una volta individuata un'associazione, sappiamo per lo meno dove rivolgere la nostra attenzione e il nostro sostegno per cercare di risolvere il problema. Si tratta di un atteggiamento “sintomatico” all'intervento assistenziale che noi anestesisti conosciamo molto bene e che pratichiamo largamente in rianimazione (trattiamo i sintomi, in genere senza conoscere le cause).

Sul piano pratico, rilevato che per motivi etici non è possibile “definire la performance del riferimento assoluto”, ossia del parto naturale (oggi non si può infatti negare a una donna che desideri partorire senza dolore il diritto di farlo), osservo che, in realtà, finora tutti gli studi effettuati confrontano tra loro tecniche diverse di analgesia (in genere, tecniche perimidollari versus petidina EV/IM). Ricordo che da molto tempo (fin dagli Settanta) è ben noto che la petidina è il peggior analgesico per il neonato (che non è capace di metabolizzare la nor-petidina, con rischio addirittura di convulsioni <sup>6, 7, 8</sup>).

### **Analgesia farmacologica in travaglio e allattamento: le evidenze scientifiche**

Veniamo al Protocollo Numero 15 dell'Accademy of Breastfeeding Medicine, che, soprattutto nella più recente revisione (2012), rappresenta a mio avviso quanto di più aggiornato e documentato esiste sull'argomento.

Il Protocollo ABM parte da alcune premesse.

- Travaglio, nascita e allattamento rappresentano (con Jean Liedloff) un continuum che va il più possibile preservato.
- Il dolore del travaglio, finché rimane tale (algos: dolore gestito, dolore intermittente, dolore con recupero) può essere gestito efficacemente con tecniche ostetriche.
- Se il dolore della donna si trasforma in sofferenza (pathos: dolore subito, dolore continuo, dolore senza pause) può diventare fonte di trauma e va trattato, anche farmacologicamente.

Il Protocollo ABM si articola poi in 10 punti.

Di questo vero e proprio “Decalogo”, sei “Comandamenti” non rappresentano (o non dovrebbero rappresentare) in alcun modo terreno di contrapposizioni di sorta, in quanto dovrebbero essere tranquillamente condivisi da tutti gli operatori che assistono una diade madre-neonato.

- 1) Il trattamento farmacologico del dolore in travaglio va preparato con una discussione approfondita nel periodo prenatale, ben prima dell'inizio del travaglio. In tale sede vanno affrontati argomenti come gli effetti della varie modalità di controllo del dolore sulla progressione del parto, sui rischi connessi di parto operativo e chirurgico, sui possibili effetti sul neonato e sull'allattamento.
- 2) Un sostengo intrapartum in “rapporto uno a uno” riduce il tasso di parti operativi e chirurgici e, pertanto, va favorito al massimo.
- 3) Esistono e, se disponibili, vanno attivamente proposte, alternative non farmacologiche al trattamento del dolore su cui ci sono evidenze scientifiche di efficacia (ossia, per ora, solo 4: ipnosi, agopuntura, acqua e massaggi). Altre metodiche su cui non esistono prove di efficacia possono essere accettate perché innocue, se proposte dalla donna, ma non possono essere attivamente offerte da

operatori sanitari che basino il loro comportamento, come è necessario, su evidenze scientifiche.

- 4) E' opportuno limitare la somministrazione intrapartum di liquidi per via endovenosa: questi liquidi infatti, spesso somministrati senza una reale indicazione, possono influenzare il peso del neonato alla nascita, indurre errori di valutazione in termini di calo ponderale eccessivo nelle prime ore dopo il parto e determinare ingorghi mammari. Limitare le restrizioni all'assunzione di liquidi EV al minimo realmente indispensabile in termini di sicurezza. Gran parte degli effetti negativi spesso attribuiti all'analgisia farmacologica (per es., la riduzione dell'intensità delle contrazioni uterine dopo l'induzione dell'analgisia) in realtà dipendono dal carico idrico eccessivo cui viene sottoposta la donna trattata.
- 5) Limitare al massimo il ricorso a somministrazione parenterale di oppioidi. Nel caso, meglio il ricorso a oppioidi a breve durata come il fentanil e il sufentanil o, addirittura, il remifentanil. Cercare di evitare, se possibile, petidina e morfina intrapartum. Attenzione alla durata, al timing e al numero di somministrazioni. Come antidoto alla somministrazione di tali farmaci in travaglio, cercare di intensificare lo Skin-to-Skin.
- 6) Le tecniche analgesiche inalatorie (protossido di azoto: Entomox) e quelle locali (blocchi periferici: paracervicale e pudendo) sono meno efficaci, difficili da realizzare e tassate da complicità in numero elevato di casi.

Limitato il campo del discorso alla sola analgesia perimidollare, veniamo ora ai punti su cui la discussione è invece aperta. Sono quattro.

- 1) L'analgisia farmacologica è in grado di ridurre la sofferenza materna e lo stress neonatale?
- 2) Può comportare aumento del rischio di distocia in travaglio e di separazione madre-neonato?
- 3) Può comportare il rischio di depressione neonatale?
- 4) Analgesia farmacologica perimidollare e allattamento al seno sono compatibili?

In merito al primo punto controverso, secondo l'ABM l'analgisia farmacologica è in grado di alleviare la sofferenza materna e lo stress neonatale. Osserva che le donne differiscono tra loro per la soglia di tolleranza al dolore e che il dolore del travaglio, intensificato dall'ansia e dalla paura, può superare la capacità della donna a farvi fronte con le sue sole forze.

Secondo l'ABM la sofferenza della donna che travaglia:

- può determinare distocie in travaglio,
- può determinare esiti psicologici negativi <sup>9</sup>,
- può aumentare il rischio di depressione postpartum <sup>10</sup>,
- e può trasmettere al neonato le manifestazioni dello stress fisiologico estremo, determinando un'alterazione della sua capacità di essere pronto alla suzione,

tutti fenomeni che possono incidere negativamente sul successo dell'allattamento al seno. Come fonte di quest'ultimo presunto vantaggio per il neonato dell'analgisia farmacologica viene citato uno studio dell'autorevole anestesista che ho già ricordato all'inizio, Felicity Reynolds, e in proposito, da IBCLC, mi permetto di dissentire da una mia illustre collega anestesista (e anche dall'ABM che ne riporta il parere). Non penso infatti che si possa migliorare il parto naturale e penso che questo supposto vantaggio sia un vero e proprio abbaglio. Tecnicamente, il vantaggio supposto dalla Reynolds sarebbe "un Eccesso di Basi meno negativo" nei bambini di donne trattate con analgesia farmacologica rispetto a quelli di donne che realizzano il parto naturale. Ossia il bambino nato da peridurale

avrebbe meno “acidosi metabolica” di quello nato da parto naturale. Il problema è che, supposto che ciò sia vero (i dati del nostro Centro nascita divergono), è tutto da dimostrare che ciò sia un vantaggio nel contesto concreto della nascita. Tanto per dirne una: i bambini che nascono da parto cesareo elettivo hanno “un Eccesso di Basi ancora meno negativo” (spesso addirittura positivo!), rispetto ai bambini nati da parto vaginale, ma proprio per questo ...spesso non riescono neanche a fare il primo respiro e finiscono in patologia neonatale!

Anche a proposito degli esiti psicologici negativi che la sofferenza in travaglio può indurre nella donna, come IBCLC avanzo alcune obiezioni: la fonte citata si riferisce al possibile rapporto tra un atteggiamento psicologico del tutto particolare (“catastrophizing pain”, ossia una “visione catastrofica del proprio dolore”) e una successiva tendenza alla depressione postpartum. Il sottinteso è che le donne che chiedono l’analgisia potrebbero essere donne con questa visione particolare del proprio dolore e che, in tal caso, l’analgisia potrebbe ridurre questa tendenza negativa. Il problema è che, invece, uno studio recente sulle motivazioni che portano alla scelta dell’analgisia farmacologica in travaglio<sup>11</sup> ha dimostrato che questa tendenza del tutto particolare al vissuto del dolore non porta la donna che lo manifesta a chiedere l’analgisia con maggiore frequenza della donna che vive il proprio dolore con atteggiamento psicologico diverso. Tra le motivazioni che portano a scegliere l’analgisia farmacologica in travaglio lo studio citato ne individua due positive (ossia che raddoppiano il ricorso all’analgisia perimidollare: l’aspirazione a un parto indolore e un’esperienza positiva di analgesia farmacologica riportata da amici o conoscenti) e due negative (ossia che dimezzano il ricorso all’analgisia perimidollare: la paura delle complicanze e la parità, nel senso che la peridurale è in genere realizzata dalle primipare). La donna che ha una “visione catastrofica del proprio dolore in travaglio” ha anche una “visione catastrofica del possibile dolore creato dalla puntura lombare” e finisce in una lacerante posizione di stallo psicologico, combattuta tra due paure. Per aiutarla, diventa fondamentale il ruolo rassicurante e non ideologico del personale che assiste il parto.

Invece per quanto riguarda il rischio di depressione postpartum creato dal “dolore vissuto come sofferenza” in travaglio, ritengo che si tratti di una recente e importantissima acquisizione che deve farci riflettere: lo studio citato dall’ABM è molto serio, il paese in cui è stato realizzato (la Svezia) non ha alcuna particolare “propensione culturale” per l’analgisia in travaglio (vi si fanno appena il 25-30% di analgesie peridurali) e, data la gravità e la rilevanza del problema della depressione postpartum nella società attuale, la conclusione indicata non può che indurci a una riconsiderazione del possibile ruolo positivo dell’analgisia farmacologica in corso di travaglio di parto.

**Conclusione sui possibili effetti positivi materni e neonatali dell’analgisia in travaglio (“Terzo Comandamento ABM”):** anche se in merito ad alcuni supposti vantaggi (soprattutto riguardanti il neonato) sembra più che lecito avanzare qualche dubbio, la vera novità è che l’ABM riconosce come dimostrato scientificamente un possibile primo importante vantaggio dell’analgisia farmacologica in travaglio (protezione della donna dal rischio di depressione postpartum). Rilevante anche il fatto che l’ABM ritenga che il dolore della donna in travaglio non trattato può essere fonte di distocia.

La seconda questione controversa riguarda il possibile rischio di distocia e separazione indotta dall’analgisia farmacologica in travaglio.

L’ABM inizia affermando che travagli prolungati, parti operativi, parti cesarei e separazione tra madre e neonato possono influenzare negativamente l’avvio dell’allattamento al seno<sup>12, 13, 14</sup>. L’ultimo studio citato, in realtà, riguarda il costo (in termini di avvio e di “tenuta” a 6 settimane dell’allattamento) della scelta in fase espulsiva tra parto vaginale operativo e parto cesareo, e conclude affermando che neanche la scelta “più pesante”

(quella del parto cesareo) è in grado di modificare il successo dell'allattamento (probabilmente in un contesto di forte sostegno).

Il secondo passaggio dell'ABM è la citazione della meta-analisi Cochrane sull'analgesia perimidollare in travaglio<sup>15</sup>, che in effetti afferma:

- che l'analgesia perimidollare garantisce migliore qualità analgesica (NB: rispetto alla parenterale con petidina),
- ma può aumentare il ricorso a parti vaginali operativi,
- può allungare i tempi del secondo stadio del travaglio
- e può aumentare il ricorso a cesareo urgente per distocia,
- senza tuttavia aumentare comunque il tasso totale dei cesarei.

In questa meta-analisi solo 5 dei 38 studi citati confrontano analgesia perimidollare con parto naturale e di questi studi uno addirittura conclude che il parto in peridurale in primipare ha tempi più brevi del parto naturale<sup>16</sup>. L'insieme degli altri 33 studi, in realtà, confronta l'analgesia perimidollare con il peggior riferimento possibile (ossia con l'analgesia con oppioidi parenterali, nella stragrande maggioranza dei casi con la giustamente vituperata petidina). Pertanto, questa meta-analisi dice poco ai fini del confronto del rischio di distocia tra analgesia farmacologica in travaglio e parto naturale. In effetti è la stessa ABM a suggerire che, anche se gli effetti dell'analgesia sull'inizio dell'allattamento potrebbero essere dovuti non tanto all'azione diretta dei farmaci quanto agli effetti indiretti di questi sulla progressione del travaglio, tuttavia l'evoluzione della tecnica perimidollare di analgesia è così rapida e multiforme che studi realizzati solo pochi anni fa possono non riflettere più la pratica attuale. A questo proposito mi permetto di aggiungere la segnalazione che, rispetto al rischio di aumento della durata del secondo stadio del travaglio indotto dall'analgesia perimidollare, in realtà è dimostrato che la tecnica più recente (la cosiddetta spino-peridurale), nel 10% delle primipare è addirittura in grado di ridurre (e non di poco!) la durata del travaglio rispetto alla peridurale classica<sup>17</sup>.

**Conclusione sul rischio di distocia indotto dall'analgesia perimidollare in travaglio ("Secondo Comandamento ABM"):** non è chiaro se sia l'analgesia farmacologica ad aumentare il rischio di distocia, o se, al contrario, sia una distocia in travaglio ad aumentare la richiesta di analgesia farmacologica (cosa più che probabile, che introduce un pesante bias di selezione in tutti gli studi sull'argomento): ricordiamo infatti che la stessa ABM aveva appena sostenuto che anche il dolore non trattato può essere fonte di distocia in travaglio. Tuttavia, non si può negare che l'associazione tra distocia e analgesia in effetti sembra confermata e, con essa, i possibili effetti negativi sull'avvio dell'allattamento: Tuttavia, l'evoluzione della tecnica anestesiologicala sta rapidamente riducendo il rischio di distocia in travaglio a livelli che anche all'ABM oggi appaiono tutto sommato più che accettabili.

La terza questione controversa riguarda il possibile rischio di depressione neonatale indotta dall'analgesia in travaglio. L'ABM osserva che, in linea con la moderna visione, il successo dell'allattamento dipende in maniera significativa dal comportamento del neonato. In proposito viene citato uno studio giapponese che dimostra che fin dall'inizio è possibile identificare in ciascun neonato un preciso "stile di suzione" che risulta essere predittivo della durata dell'allattamento a sei mesi<sup>18</sup>. Se i farmaci somministrati alla madre in travaglio indebolissero o solo ritardassero la suzione ci potrebbe essere ritardo o soppressione della lattogenesi II con rischio di incremento del calo ponderale del neonato. Circa la consistenza di questo rischio l'ABM cita uno studio di Kathryn G. Dewey<sup>19</sup>. Lo studio valuta 3 indicatori (calo ponderale  $\geq 10\%$ , suzione incoordinata e ritardo lattogenesi II  $> 72h$ ) in primipare e pluripare. Riscontra che tasso di suzione incoordinata e ritardo di lattogenesi II non sono influenzate dalla realizzazione o meno dell'analgesia in travaglio, né nelle primipare, né nelle pluripare. La Dewey riscontra invece un aumento di

RR di calo ponderale eccessivo solo nelle pluripare che fanno analgesia in travaglio (RR =4.51).

**Conclusione sul rischio di depressione neonatale indotto dall'analgesia perimidollare in travaglio ("Sesto Comandamento ABM"):** si tratta di un'idea largamente diffusa tra gli operatori del settore, ma l'ABM indica che in letteratura i riscontri sono molto labili e ben circoscritti. In proposito, sono anche opportune alcune precisazioni. Il tasso di neonati con calo ponderale in terza giornata  $\geq 10\%$  (cd calo patologico) nello studio della Dewey è molto alto (12%): per confronto, nel nostro Centro nascita, su 5.373 parti, un calo patologico riguarda solo il 4,6% dei neonati. Inoltre, nel nostro Centro nascita i neonati di pluripare che hanno richiesto l'analgesia presentano un RR = 1,24 di calo ponderale in terza giornata  $\geq 10\%$  (3,1% nelle 160 pluripare con analgesia vs 2,5% nelle 1120 pluripare con parto naturale senza analgesia). Non sembra pertanto che la depressione del neonato per i farmaci somministrati alla madre in travaglio possa rappresentare un problema significativo.

La quarta e ultima questione controversa riguarda direttamente la compatibilità tra analgesia perimidollare in travaglio e allattamento. L'ABM inizia con una precisazione metodologica: non sarà mai possibile confrontare l'esito di allattamento di donne che praticano l'analgesia con quello di donne che hanno avuto un parto naturale, dato che oggi negare l'analgesia per motivi di studio non viene considerato etico. A proposito di alcuni studi che in passato attribuivano all'analgesia perimidollare in travaglio un possibile impatto negativo sull'allattamento, l'ABM ne contesta la validità (per l'alto tasso di cross-over e per problemi nel gruppo di controllo), osservando anche che, per il loro disegno, non si può escludere che, in realtà, le donne sottoposte ad analgesia in travaglio non avessero già in partenza una minore propensione all'allattamento. Per questi motivi, l'ABM elimina dalla letteratura di riferimento alcuni studi pur citati nella precedente versione del Protocollo<sup>20, 21, 22, 23</sup>; tra gli studi eliminati, quello più citato in letteratura è quello della Henderson, che sostiene come dimostrato che, in termini di allattamento, primipare che partoriscono con analgesia perimidollare manifestano a 2 e 6 mesi un tasso di abbandono dell'allattamento statisticamente superiore a donne che partoriscono in modo naturale. Ricordati senza particolare rilievo tra i possibili effetti dell'analgesia quello di una possibile riduzione del livello di ossitocina in travaglio e di quello di ossitocina e prolattina nella seconda giornata dopo il parto, l'ABM indica come riferimenti in materia tre trials recenti (tutti di area anestesiologicala) che mostrano assenza di differenza di tasso di allattamento in donne sottoposte ad analgesia perimidollare.

- Nello studio prospettico randomizzato di Beilin<sup>24</sup>, l'ABM osserva che, in pluripare che avevano già allattato un precedente figlio per almeno 6 settimane, solo a dosi di fentanil intrapartum superiori a 150 mcg (una dose in effetti molto elevata) possono comparire a distanza di sei settimane dal parto difficoltà di proseguire l'allattamento del proprio bambino.
- Un secondo ampio studio prospettico randomizzato realizzato in UK dimostra che primipare sottoposte a varie tecniche perimidollari di analgesia non manifestano differenze statisticamente significative di tasso di avvio e di durata di allattamento rispetto a un gruppo di controllo di donne senza analgesia<sup>25</sup>.
- Infine uno studio prospettico di coorte ben disegnato realizzato in Canada non dimostra riduzione di tasso di allattamento in donne sottoposte ad analgesia perimidollare in una popolazione con alto tasso di allattamento e valido sostegno all'allattamento (ossia, un numero congruo di agguerrite IBCLC!)<sup>26</sup>.

L'ABM conclude che, in base ai dati della letteratura aggiornata sull'argomento, l'analgisia perimidollare non sembra di per sé influenzare negativamente il tasso di allattamento, purché:

- si abbia l'accortezza di ridurre al minimo la dose di farmaci somministrati e il blocco motorio;
- si evitino dosi di fentanil intrapartum superiori a 150 mcg;
- si evitino somministrazioni prolungate e un numero eccessivo di dosi di analgesici;
- si preferisca, se possibile, la tecnica spino-peridurale;
- si preferisca l'auto-somministrazione delle dosi da parte della partorientente;
- si garantisca alla donna che ha richiesto l'analgisia un efficace sostegno all'allattamento durante l'ospedalizzazione e un adeguato follow-up dopo la dimissione.

**Conclusione sulla compatibilità tra analgesia perimidollare e allattamento (“Nono Comandamento ABM”):** non si può che condividere la risposta sostanzialmente positiva che l'ABM dà al problema sollevato, esplicitamente eliminando dai propri riferimenti studi che sollevavano problemi di segno opposto.

**Riassunto della posizione ABM** sui quattro punti controversi:

- 1) L'ABM individua alcuni precisi vantaggi ai fini del successo dell'allattamento nelle donne che praticano l'analgisia farmacologica. Tra questi, almeno la protezione dal rischio di depressione precoce in caso di trauma da parto sembra meritevole di attenzione.
- 2) Irrisolta la questione se sia l'analgisia a causare distocia o la distocia a aumentare la richiesta di analgesia farmacologica. Il giudizio dell'ABM è che il primo rischio (quello che l'analgisia provochi distocia) sembra essere molto ridotto con le tecniche attuali di analgesia.
- 3) Circa il rischio di depressione neonatale, vale la stessa considerazione: le tecniche attuali di analgesia sembrano scongiurare in maniera significativa un rischio reale di depressione neonatale.
- 4) Circa la compatibilità dell'analgisia farmacologica perimidollare e allattamento, l'ABM limita volutamente la letteratura significativa sull'argomento a quella di area anestesologica e interpreta i riscontri che ne emergono in senso favorevole alla compatibilità.

**Conclusioni generali dell'ABM:**

- “Se la donna è determinata ad allattare e ha sostegno tecnicamente competente, l'analgisia perimidollare non comporta pressoché alcun effetto negativo sull'allattamento;
- nelle donne che hanno una motivazione fragile all'allattamento, invece, l'analgisia perimidollare potrebbe rappresentare una scelta più delicata”. Per queste donne il sostegno peripartum deve perciò essere più intenso e prolungato.

In sostanza: per l'ABM il problema principale non sembra essere l'analgisia di per sé, quanto la motivazione della donna ad allattare!

Allora tutto a posto? Non proprio.

**Analgisia farmacologica in travaglio e allattamento: ...oltre le evidenze**

In realtà, studiando cosa succede in termini di allattamento alla dimissione partendo dai vari “scenari di nascita” in un'Azienda Ospedaliera che da 25 anni realizza l'analgisia farmacologica in travaglio e che negli ultimi 5 anni è stata accreditata come BFHI



dall'UNICEF Italia, vediamo che, rispetto a bambini di mamme che hanno realizzato un parto naturale (che da noi sono il 31,5%), i bambini di donne che hanno realizzato in corso di travaglio l'analgesia perimidollare (che da noi sono il 17,9%) hanno una minore probabilità di uscire dall'ospedale con allattamento al seno esclusivo senza integrazioni durante la degenza in ospedale (74,5% IC 95% 71,3-77,7 vs 90,0% IC 95% 88,5-91,4). Il confronto tra gli intervalli di confidenza mostra che, già sui nostri numeri, tale differenza ha significatività statistica.

<b>AOSTA 2010-14 (al 30 giugno 2014)</b>					
<b>Parti totali</b>	5373				
<b>Nati vivi tot</b>	5424				
<b>Esclusi BFHI</b>	514 (9,5%: prematuri/ ricoverati TIN)		<b>BFHI si</b>	<b>% BFHI</b>	<b>IC 95%</b>
	<b>BFHI tot</b>	<b>4910</b>	<b>3979</b>	<b>81,0%</b>	<b>79,9-82,1</b>
<b>Neonati...</b>	<b>da parti naturali</b>	<b>1695</b>	<b>1525</b>	<b>90,0%</b>	<b>88,5-91,4</b>
	con oxyto/ episio/ ventosa	618	522	84,5%	81,6-87,3*
	da parti vaginali indotti	374	303	81,0%	77,0-85,0*
	da parti vaginali in analgesia	726	541	74,5%	71,3-77,7*
	solo analgesia	511	391	76,5%	72,8-80,2*
	decisa a priori	177	125	70,6%	63,9-77,3*
	dec. in travaglio	334	266	79,6%	75,3-84,0*
	induzione +analgesia	215	150	69,8%	63,6-75,9
	da parti cesarei	1497	1088	72,7%	70,4-74,9*
	urgenti in travaglio	463	336	72,6%	68,5-76,6*
	elettivi	672	504	75,0%	71,7-78,3*
	non programmati, a freddo	362	248	68,3%	63,5-73,1*

La differenza tuttavia si annulla se si tiene conto delle donne che in travaglio hanno realizzato l'analgesia e vengono dimesse con allattamento esclusivo ma, per difficoltà di avvio della lattazione, hanno necessitato che ai loro bambini venissero date integrazioni intraospedaliere (per lo più per motivi medici: ipoglicemie, iperbilirubinemia con rischio di scarsa assunzione di latte).

Dato che si tratta di uno studio osservazionale, sappiamo che questi dati definiscono un'associazione tra fenomeni, ma non il rapporto causa-effetto tra i fenomeni. Perciò, non sto dicendo in alcun modo che sia l'analgesia a "causare" il problema.

- In prima istanza, abbiamo visto che anche l'ABM indica come più che probabile che la popolazione di donne che ricorre all'analgesia sia fin dall'inizio meno motivata ad allattare: in effetti, nella nostra popolazione, abbiamo verificato che le donne che hanno già deciso di ricorrere all'analgesia prima del travaglio hanno già scelto di non allattare in una percentuale pari al 9,6% dei casi (IC 95% 5,3-13,9), mentre quelle che realizzano un parto naturale hanno scelto già di non allattare in una percentuale molto inferiore, pari al 2,3% dei casi (IC 95% 1,6-3,0). Il confronto tra gli intervalli di confidenza indica che la differenza è statisticamente significativa.
- In seconda istanza, è più che probabile che sia il tipo di travaglio (distocia fisica) o, (che è poi lo stesso), il tipo di preparazione della donna al travaglio ("distocia psicologica") a giustificare prima la richiesta di analgesia e successivamente a spiegare le eventuali difficoltà di allattamento.

In sostanza, l'analgesia più che la "causa" del problema sembra essere solo un "marker" di una situazione problematica. Dato che quello evidenziato è comunque un problema, quanto appena detto non esime chi non si limiti a praticare una tecnica di analgesia, ma ne voglia verificare i risultati a breve e lungo termine, dal trovare e porre in atto adeguati correttivi. Tra questi sicuramente non c'è quello di non praticare l'analgesia alla donna che la richieda, perché non sortirebbe alcun effetto positivo. Il miglior correttivo è implementare tecniche personalizzate e competenti di sostegno postpartum.

Per approfondire la dinamica e la portata del problema individuato rispetto all'obiettivo dell'esclusività di allattamento a sei mesi, stiamo raccogliendo i dati di un follow up

telefonico a 13 gg, 6 settimane e 6 mesi nelle nostre partorienti. Dai primi dati raccolti risulta che:

- le donne che in travaglio hanno realizzato l'analgia, hanno necessitato di integrazioni intraospedaliere ma sono state dimesse con allattamento esclusivo mantengono l'esclusività di allattamento con la stessa frequenza delle donne per cui non è stata necessaria alcuna integrazione (dato già segnalato in letteratura<sup>27</sup>);
- per le donne che hanno realizzato l'analgia in travaglio le difficoltà di avvio dell'allattamento già indicate in fase intraospedaliera si prolungano anche nel primo periodo successivo alla dimissione (ossia attorno ai 10-13 gg dal parto);
- in accordo con quanto già rilevato in uno studio della Riordan<sup>28</sup>, a sei settimane dalla nascita (ossia alla fine della fase di calibrazione della lattazione) le performances di allattamento dei bambini nati nei diversi "scenari di nascita" tendono invece a convergere, perdendo le differenze che avevamo evidenziato alla dimissione dall'ospedale. Ossia, bimbi di madri che hanno realizzato un parto naturale e un parto in analgesia hanno la stessa probabilità di essere ancora allattati esclusivamente al seno (nella nostra realtà tale probabilità a sei settimane è del 65%).

Una sorpresa non positiva del nostro studio (ancora in atto) è che il livellamento riscontrato non avviene verso l'alto, per un miglioramento della performance di allattamento delle madri che hanno realizzato l'analgia in travaglio, ma verso il basso, per una forte crisi nelle donne che viceversa hanno realizzato un parto naturale e che non avevano manifestato grandi difficoltà nella fase di avvio dell'allattamento al seno del loro bambino. Ciò sembra indicare che, in materia di allattamento al seno, è necessario rifuggire dalle semplificazioni interpretative e che, nella società attuale, probabilmente, gli ormoni e l'esperienza positiva dell'avvio dell'allattamento, da soli, non bastano a sostenere nel tempo un'attività complessa che comporta così tante interazioni come l'allattamento del proprio bambino prolungato nel tempo.

Quanto fin qui affermato fa anche capire quanto la situazione attuale sia contraddittoria per gli anestesisti In Italia oggi: da un lato essi, giustamente, si sono battuti da anni, e con successo, perché anche in Italia la donne che ne facevano richiesta vedessero riconosciuto il loro diritto di poter realizzare un'analgia farmacologica in travaglio; dall'altro, se lavorano in ospedali BFHI o comunque si trovano a condividere gli obiettivi di promozione di salute posti dall'UNICEF e recepiti dal Ministero della Salute, cercano di non incrementare indebitamente con un nuovo intervento medico la quota di parti a vario titolo già troppo "medicalizzati".

I dati del paese che in campo materno-infantile ha le performance di riferimento a livello mondiale, la Svezia, dimostrano che i due diritti (diritto della donna a vedere trattato il suo dolore in travaglio e diritto del neonato di essere nutrito con il latte della sua mamma) sono compatibili<sup>29</sup>. Anche in varie regioni italiane (la Lombardia e la Toscana, per tutte) i due obiettivi (implementazione pratica dell'analgia farmacologica e sostegno e promozione dell'allattamento) sono entrambi perseguiti attivamente con azioni concrete.

E' ovvio che perché ciò possa realizzarsi è necessario che tutti gli operatori che operano sulla diade madre-neonato adottino un comportamento preciso e conseguente, superando posizioni frutto di anacronistici steccati ideologici.

## BIBLIOGRAFIA

---

- <sup>1</sup> Smith L. Impact of Birthing practices on breastfeeding. 2<sup>o</sup>ed, Jones & Bartlett, Boston, 2010.
- <sup>2</sup> Reynolds F. Labour analgesia and the baby: good news is no news. *Int J Obstet Anaesth* 2011; 20:38-50
- <sup>3</sup> Riordan J, Wambach K. Breastfeeding and Human Lactation. 4th ed, Jones and Bartlett, Boston, 2011
- <sup>4</sup> Chang ZM et al. Epidural analgesia during labor and delivery: effects on the initiation and continuation of effective breastfeeding. *J Hum Lact* 2005; 21:305-314.
- <sup>5</sup> Montgomery A, Hale T. ABM clinical protocol #15. Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother. Revised 2012. *Breastfeeding Medicine* 2012;7:547-553.
- <sup>6</sup> Hodgkinson R, Bhatt M, Wang CN. Doubleblind comparison of the neurobehaviour of neonates following the administration of different doses of meperidine to the mother. *Can Anaesth Soc J* 1978; 25:405-11.
- <sup>7</sup> Hodgkinson R, Husain FJ. The duration of effect of maternally administered meperidine on neonatal neurobehaviour. *Anesthesiology* 1982; 56:51-2.
- <sup>8</sup> Belsey EM, Rosenblatt DB, Lieberman BA, Redshaw M, Caldwell J, Notarianni L, Smith RL, Beard RW. The influence of maternal analgesia on neonatal behaviour: I. pethidine. *Br J Obstetr Gynaecol* 1981; 88:398-406.
- <sup>9</sup> Ferber SG, Ganot M, Zimmer EZ. Catastrophizing labor pain compromised later maternity adjustments. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:826–831.
- <sup>10</sup> Hiltunen P et al. Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:257-61
- <sup>11</sup> Van der Busche E, Crombetz G, Eccleston C, Sullivan MJL. Why women prefer epidural analgesia during childbirth: The role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *Eur J Pain*, 2006, Elsevier.
- <sup>12</sup> Rajan L. The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breastfeeding. *Midwifery* 1994;10:87-103
- <sup>13</sup> Tamminen T et al. The influence of perinatal factors on breastfeeding. *Acta Paediatr Scand* 1983;7:9-12.
- <sup>14</sup> Patel RR et al. Effect of operative delivery in the second stage of labor on breastfeeding success. *Birth* 2003;30:255-260.
- <sup>15</sup> Amin-Somuah, Smyth RMD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub3
- <sup>16</sup> Morgan-Ortiz F et al. Evolution and quality of care of labour and delivery in primiparous patients who underwent obstetrics analgesia. *Gynecol Obstet Mex* 1999;67:522-6.
- <sup>17</sup> Tsen LC et al. Is combined spinal-epidural analgesia associated with more rapid cervical dilation in nulliparous patients when compared with conventional epidural analgesia? *Anesthesiology* 1999;91:920-925.
- <sup>18</sup> Mizuno K et al. Sucking behavior at breast during the early newborn period affects later breast-feeding rate and duration of breast-feeding. *Pediatr Int* 2004; 46:15-20
- <sup>19</sup> Dewey K et al. Risk factors for suboptimal infant breast-feeding behavior, delayed onset of lactation and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003; 112:607.
- <sup>20</sup> Volmanen P, Valanne J, Alahuhta S. Breast-feeding problems after epidural analgesia for labour: a retrospective cohort study of pain, obstetrical procedures and breast-feeding practices. *Int J Obstet Anaesth* 2004; 13:25-29
- <sup>21</sup> Wiener PC, Hogg MI, Rosen M. Neonatal respiration, feeding and neurobehavioral state: Effects of intrapartum bupivacaine, pethidine, and pethidine reversed by naloxone. *Anaesthesia* 1979; 34:996-1004.
- <sup>22</sup> Henderson J, Dickinson JE, Evans SF, et al. Impact of intrapartum epidural analgesia on breast-feeding duration. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 2003; 43:372-7.
- <sup>23</sup> Baumgarder DJ, Muehl P, Fisher M, et al. Effect of labor epidural anesthesia on breast-feeding of healthy full-term newborns delivered vaginally. *JAPEB* 2003; 16:7-13
- <sup>24</sup> Beilin Y et al. Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breastfeeding. *Anesthesiology* 2005;103:1200-7. 2005
- <sup>25</sup> Wilson MJA et al. Epidural analgesia and breastfeeding: a randomized controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. *Anaesthesia* 2010;65:145-153
- <sup>26</sup> Halpern S et al. Effect of labor analgesia on breastfeeding success. *Birth* 1999;26:83-87.
- <sup>27</sup> Flaherman VJ, AbyJ, Burgos AE, Lee KA, Cabana MD, Newman TB. Effect of Early Limited Formula on Duration and Exclusivity of Breastfeeding in At-Risk Infants: An RCT. *Pediatrics* 2013; 31:1059-65.
- <sup>28</sup> Riordan J, Gross A, Angeron J, Krumwiede B, Mehr J. The effect of labor pain relief medication on neonatal suckling and breastfeeding duration. *J Hum Lact* 2000; 16:7-12
- <sup>29</sup> Odland V, Haglund B, Pakkanen M, Otterblad Olausson P. Deliveries, mothers and newborn infants in Sweden, 1973–2000. Trends in obstetrics as reported to the Swedish Medical Birth Register. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82:516-528.