

Allattamento al seno e contraccezione

Position Paper della Società Medica Italiana
per la Contraccezione e del Tavolo Tecnico sull'allattamento
al seno del Ministero della Salute

Emilio Arisi*
Riccardo Davanzo**
Maria Vicario[^]
Giuseppe Canzone^{^^}

*Ostetrico-Ginecologo,
Presidente SMIC (Società Medica
Italiana per la Contraccezione)

**Neonatologo, Neonatologia e
Terapia Intensiva Neonatale
IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

[^] Ostetrica, Università Federico
II, Napoli

^{^^} Ostetrico-Ginecologo,
Divisione di Ostetricia e
Ginecologia, Termini Imerese (PA);

[°]Tavolo Tecnico
sull'allattamento al seno del
Ministero della Salute

La Società Medica Italiana per la Contraccezione (Smic), in collaborazione con la Sigo e l'Agoi e con la Task Force sull'Allattamento al Seno del Ministero della Salute, ha esaminato la letteratura scientifica per determinare quali metodi contraccettivi utilizzare in caso di allattamento di lunga durata, e ha prodotto questo Position Paper.

Ovviamente il metodo anticoncezionale scelto nel post partum nel periodo dell'allattamento dipenderà dai problemi clinici contingenti, dalle scelte personali della donna o della coppia, dalla frequenza della attività sessuale, dal numero di figli già presenti, dall'età della donna e della coppia, da fattori sociali e culturali. L'eventuale scelta del metodo va fatta possibilmente discutendo con la donna prima che lasci l'ospedale, meglio ancora se la donna o la coppia ne hanno già discusso nel corso della gravidanza (21, 30).

Gravidanze ravvicinate o indesiderate pongono dei rischi sia alla madre, che al bambino. Spaziare le gravidanze di almeno due anni può evitare il 30% delle morti materne, il 10% delle morti infantili ed il 20% delle morti tra uno e 4 anni (36).

Le indagini demografiche nei paesi in via di sviluppo indicano che il 95% delle donne vorrebbe evitare le gravidanze per almeno due anni ma il 65% di loro non usa contraccezione nella quasi totalità dei casi perché mancano dei mezzi materiali per procurarla (29). Nell'Africa Sub-Sahariana tale dato sale al 75% delle donne nel post partum. Ovviamente questi dati sono decisamente migliori nei paesi industrializzati, che pur mantengono fasce più o meno ampie di popolazione in situazioni comparabili a quelle descritte per le popolazioni immigrate (ogni nazione ha il suo Sud del mondo!).

Un'adeguata informazione aiuta ogni singola madre e ogni coppia a pianificare al meglio la propria fecondità. Tale informazione è particolarmente auspicabile nelle madri adolescenti, alle quali conviene consigliare un metodo contraccettivo di lungo periodo (Long-Acting Reversible Contraception o LARC). I LARC comprendono lo IUD-CU, lo IUS-LNG, gli impianti sottocutanei, la pillola in uso esteso senza interruzioni, le iniezioni intramuscolo di medrossi-progesterone acetato.

I dati della letteratura e dell'esperienza dicono che la maggior parte delle donne inizia i rapporti sessuali già entro sei settimane dal parto.

Raccomandazioni disponibili su allattamento e contraccezione

La contraccezione nel post partum pone la sua attenzione sulla prevenzione delle gravidanze indesiderate e di quelle molto ravvicinate nei primi 12 mesi dopo un parto.

Le organizzazioni internazionali che si occupano di salute e le organizzazioni scientifiche del settore della riproduzione hanno affrontato il problema con specifiche pubblicazioni (2, 5, 35, 37). L'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Ministero della Salute e le Società Scientifiche Pediatriche raccomandano l'allattamento al seno con modalità esclusiva per 6 mesi e in seguito, una volta introdotti nella dieta del bambino gli alimenti diversi dal latte materno, anche oltre il secondo anno di vita.

Qualunque sia il metodo anticoncezionale scelto è possibile e opportuno continuare l'allattamento per i benefici dose-dipendenti che l'allattamento reca sia al bambino che a sua madre, come per esempio è il caso della riduzione del cancro al seno (10). Il metodo utilizzato non deve influenzare negativamente né l'allattamento, né la salute del bambino, né quella della donna.

Il counselling contraccettivo per la donna che allatta

Il medico deve valutare le specifiche esigenze contraccettive in relazione a scelte personali sul piano della fecondità familiare, alla attività sessuale più o meno presente/frequente, al tempo intercorso dal parto, al ritorno o meno delle mestruazioni, al tipo di allattamento (esclusivo o no), a fattori sociali (come la ripresa della atti-

- **L'allattamento al seno è stato ampiamente riconosciuto come un comportamento sano con benefici a breve e a lungo termine, sia per la mamma che per il bambino, e tale pratica è oggi fortemente sostenuta dalle autorità sanitarie, dagli enti di governo e dalle associazioni scientifiche.**

Ciò ha contribuito alla promozione di una cultura più diffusa dell'allattamento al seno nella popolazione generale, e questa pratica è costantemente in aumento in molti paesi industrializzati. Di conseguenza un numero sempre maggiore di donne allatta per un periodo più lungo dopo il parto, per cui spesso si rende necessaria una contraccezione al fine di evitare una gravidanza non desiderata.

In questo contesto, agli operatori sanitari viene spesso posto il quesito su quale sia il metodo contraccettivo più idoneo nel corso di un allattamento di lunga durata.

vità lavorativa) e culturali o religiosi, a precedenti esperienze con metodi anticoncezionali, allo stile di vita (fumo), ma anche a fattori medici (rischi di trombo-embolia, trombo-embolia pregressa, ipertensione, diabete, precedente malattia trofoblastica, epatopatia, farmaci in atto, ecc.) (8).

Nel colloquio va valutata la potenzialità inibitoria sull'ovulazione da parte dei ritmi di suzione del bambino, che varia con il procedere dei mesi.

Si cercherà infine di facilitare il mantenimento dell'allattamento al seno per i positivi riflessi socioeconomici e per quelli sulla salute materno infantile (10, 20, 36).

Gli effetti dell'allattamento su ovulazione e fertilità

La donna deve essere informata che l'allattamento ritarda il ritorno della ovulazione, sia per la persistenza di alti livelli di prolattina, sia perché la suzione modifica la pulsatilità delle gonadotropine (9). Per questa ragione tutti i metodi contraccettivi utilizzati hanno un numero di insuccessi minore rispetto ad altri momenti della vita fertile. Comunque alla riduzione del

TABELLA 1. Categorie di rischio per l'uso della contraccezione secondo OMS/WHO

Categoria	Descrizione	Conclusione
1	Condizione nella quale non ci sono restrizioni nell'uso	Si può usare sempre
2	Condizione nella quale i vantaggi d'uso superano gli eventuali svantaggi	Si può usare sempre, ma con cautela
3	Condizione nella quale i rischi teorici o provati superano i vantaggi	Non si deve usare, se non in condizioni particolari nelle quali non ci siano alternative accettabili
4	Condizione che rappresenta un rischio inaccettabile per la salute se il metodo viene usato	Non si deve usare

(Fonte: 35, modificato)

numero delle suzioni fa seguito un aumento delle possibilità ovulatorie.

Nelle donne che non allattano l'ovulazione può avvenire dopo circa un mese dal parto; invece in quelle che allattano al seno può avvenire già dopo tre mesi dal parto.

L'incidenza delle mestruazioni a sei mesi valutate con le life-table in tredici studi variava tra 11.1% e 39.4% (33).

Studi prospettici hanno mostrato che il ritorno delle mestruazioni avviene in media dopo 28 settimane dal parto nelle donne che allattano (24). Se alla mestruazione si abbina anche l'ovulazione, la donna è a rischio di gravidanza non desiderata.

I metodi contraccettivi utilizzabili nel post partum

I metodi utilizzabili sono di tipo chirurgico (sterilizzazione), di barriera (condom maschile o femminile), chimici, meccanici (IUD-Cu), ormonali (contraccezione orale, cerotto, anello, POP, IUS-LNG, impianto sottocutaneo, iniettabile), naturali.

Ciascun metodo ha indicazioni, controindicazioni, vantaggi e svantaggi nell'utilizzo post-partum, sia nella donna che allatta che in quella che non allatta. Dal punto di vista pratico l'uso di metodi contraccettivi in certe condizioni biologiche o cliniche implica una certa categoria di rischio (vedi Tabella 1), che ne condiziona l'utilizzo come indicato dalla Oms (35).

Ogni metodo ha un preciso tempo nel post partum nel quale se ne può ipotizzare l'inizio di utilizzo con un buon grado di sicurezza (vedi Tabella 2).

Lactational Amenorrhea Method (LAM)

Che la amenorrea post partum fosse correlata con la impossibilità di concepire era un fatto conosciuto da tempo immemorabile e in molte culture. Nel periodo post partum le donne sono temporaneamente incapaci di concepire, ma in grado variabile. In assenza di allattamento al seno tale periodo dura circa sei settimane. Se la donna allatta, questo periodo può durare anche molti mesi.

Dagli anni '80 alcuni ricercatori hanno cominciato a studiare i percorsi biodemografici attraverso i quali l'allattamento influenza la fertilità della donna (22,23). Questi ricercatori hanno scoperto che è l'atto della suzione piuttosto che la produzione del latte a fornire lo stimolo per la soppressione della ovulazione nella madre. Essi conclusero che la frequenza delle popolate e la durata dell'allattamento erano fattori importanti nel preservare una transitoria infertilità, e che l'ovulazione riprendeva al diminuire dell'entità della suzione, ma che comunque poteva di nuovo essere soppressa se le suzioni riaumentavano.

È sulla base di queste valutazioni che alla fine degli anni '80 è stato definito un nuovo metodo, il Metodo della Amenorrea Lattazionale (LAM

TABELLA 2. Momento in cui si può iniziare un metodo contraccettivo nel post partum nella donna che allatta

Momento dopo il parto	Metodo
Subito	<ul style="list-style-type: none"> • Condom M e F • LAM
	<ul style="list-style-type: none"> • IUD-Cu • Sterilizzazione tubarica (durante TC)
Entro 4 settimane	<ul style="list-style-type: none"> • POP • Impianto sottocutaneo di etonogestrel • EC (contraccezione di emergenza) con LNG
Dalle 4 settimane in poi	<ul style="list-style-type: none"> • IUD-Cu • IUS-LNG
Dalle 6 settimane in poi	<ul style="list-style-type: none"> • Contraccezione ormonale (orale, cerotto, anello) • Diaframma • Sterilizzazione tubarica (laparoscopia)

Dagli anni '80 alcuni ricercatori hanno cominciato a studiare i percorsi biodemografici attraverso i quali l'allattamento influenza la fertilità della donna

TABELLA 3. Gravidanza non pianificata in donne sessualmente attive durante il primo anno d'uso della contraccezione

Metodo	Percentuale annua approssimativa di gravidanze
Nessun metodo	85%
Spermidici	18-29%
Diaframma	6-16%
Preservativo maschile	2-15%
Pillola estroprogestinica o progestinica	0.3-8%
Spirale	0.6-0.8%
Sterilizzazione femminile	0.5%
Vasectomia	0.10-0.15%
In allattamento al seno	15-40%
In allattamento e amenorroiche	5-15%
In allattamento, amenorroiche, nei primi 6 mesi	2%
LAM	0.2%

(Da: 2, 20, modificato)

- Lactational Amenorrhea Method) (17, 19) dopo una riunione di consenso tenutasi a Bellagio nel 1988. Tale riunione ne ha chiarito le basi scientifiche e la elevata sicurezza, a patto che la donna aderisca a 3 semplici criteri base del metodo: 1) essere nei primi 6 mesi dal parto, 2) essere in stato di amenorrea, 3) essere in allattamento esclusivo al seno con intervalli fra le poppate mai superiori alle 6 ore di notte e alle 4 ore di giorno (6,7,17,26).

Per una valutazione clinica corretta bisogna quindi porre alla donna le tre seguenti domande:

1. sono ritornate le mestruazioni? Ai fini del LAM la mestruazione è definita come un qualsiasi sanguinamento che si verifichi dopo i primi 56 giorni (8 settimane) post partum o qualsiasi sanguinamento che duri per più di 2 giorni consecutivi.
2. Il suo bambino ha più di 6 mesi?
3. Gli sta dando forse alimenti complementari o liquidi in aggiunta al seno?

Se la risposta è negativa a tutte e tre le domande, la coppia madre-bambino soddisfa i 3 criteri per attendersi che il LAM sia efficace.

Il LAM è stato incluso in molti programmi di formazione in varie parti del mondo, e viene utilizzato da alcune centinaia di milioni di donne sia nei paesi in via di sviluppo, che nei paesi sviluppati. Si tratta di un metodo semplice, senza effetti negativi, che dà piuttosto una serie di vantaggi a madre e bambino, perché permette di spaziare le gravidanze e allo stesso tempo di continuare l'allattamento al seno. Necessita di poche e chiare informazioni, soprattutto rispetto al momento nel quale eventualmente virare su un altro metodo contraccettivo, quando vengano a mancare i presupposti base del LAM (34).

L'esigenza di apprendere, iniziare e continuare il metodo LAM è particolarmente evidente nei

paesi in via di sviluppo, ove per ragioni culturali e socioeconomiche la durata del periodo di allattamento è decisamente superiore a quella dei paesi sviluppati, raggiungendo i 28 mesi in Ruanda e Bangladesh. Vi sono però rilevanti differenze geo-

grafiche nella durata della amenorrea da allattamento, che sarebbe di 6.5 mesi in America Latina, di 8.5 mesi nella Africa del Nord e di 13.9 mesi nella Africa Sub-Sahariana, secondo dati raccolti negli anni '90 (13,25). Queste differenze potrebbero essere vere anche per le donne immigrate in Italia da queste aree e che siano in allattamento.

Va considerato che le modalità di alimentazione nel primo anno di vita condizionano potentemente il periodo di lattazione. Quanto maggiore in un bambino allattato esclusivamente al seno è la frequenza delle poppate tanto più elevato sarà il livello della prolattinemia fra le poppate, e, conseguentemente, maggiore risulterà la possibilità di una soppressione dell'ovulazione. Un bambino, pur allattato esclusivamente al seno, non aiuterà più la mamma a tenere soppressa l'ovulazione nel momento in cui inizierà, magari spontaneamente, a fare degli intervalli prolungati fra le poppate. Inoltre quanto più precoce è l'introduzione di alimenti diversi dal latte materno (ossia dello svezzamento o più correttamente dell'alimentazione complementare) tanto più probabile è la ripresa dell'ovulazione.

Queste informazioni sulle modalità di allattamento al seno (quanto realmente esclusivo? con quali intervalli fra poppate?) vanno quindi raccolte per capire se il LAM è ancora capace di avere un effetto contraccettivo. Se le 3 condizioni sopra indicate sono garantite, il livello di efficacia del LAM può essere anche del 98% (4,18).

Un'ampia revisione della letteratura ha mostrato una incidenza di gravidanze valutate a sei mesi con le life-table variabile tra 0.45 e 2.45% in studi controllati e tra zero e 7.5% in studi non controllati (vedi **Tabella 3**) (33).

La donna va ovviamente avvisata che se si riduce il numero delle poppate, se si superano i

Il LAM è stato incluso in molti programmi di formazione in varie parti del mondo e viene utilizzato da alcune centinaia di milioni di donne sia nei paesi in via di sviluppo che nei paesi sviluppati

Il ricorso ai metodi naturali implica una precisa motivazione della donna e della coppia capace di guidare un comportamento sessuale talora limitato

sei mesi o se ritornano le mestruazioni, l'efficacia del metodo si riduce o scompare. Il non rispetto di queste condizioni spiega la cattiva reputazione contraccettiva, che il LAM ha nella cultura popolare (2, 20).

Alcune donne, anche native italiane, potrebbero, per motivi culturali o religiosi, non voler ricorrere a metodi contraccettivi che non siano naturali. Risulta quindi prezioso, per un counselling adeguato, disporre delle informazioni sopra citate in cui il LAM è affidabile. In realtà molte sono le donne che al LAM sovrappongono altri metodi.

Altri metodi naturali

A parte il LAM, i metodi naturali (Ogino-Knaus, Billings, temperatura basale, sintotermico, tecnologici, altri) possono essere seguiti da quando si è stabilizzato il ciclo. Il loro utilizzo va preceduto da un corretto addestramento con personale specializzato e implica una precisa motivazione della donna e della coppia capace di guidare un comportamento sessuale talora limitato.

Metodi chirurgici

I metodi chirurgici vanno utilizzati nei casi in cui il piano riproduttivo di coppia sia concluso o vi siano controindicazioni all'uso di altri metodi. Vanno pensati ovviamente come scelta "presumibilmente definitiva", se escludiamo l'isterectomia, che è "categoricamente definitiva". L'avverbio "presumibilmente" deriva da almeno due considerazioni: innanzitutto la sterilizzazione tubarica non è sicura al 100%, in particolare se eseguita durante il taglio cesareo (TC) o nell'immediato post partum; in secondo luogo perché un tentativo di ricanalizzazione può essere eseguito con successo, sia pure con bassa probabilità di risultato, con tecniche di microchirurgia nei casi in cui ci sia un ripensamento. Il ripensamento, secondo le casistiche, può avvenire tra l'1% e il 26% dei casi, in particolare nelle donne più giovani (15).

La sterilizzazione tubarica può essere effettuata durante un TC o nell'immediato dopo parto. Alcune donne-coppie scelgono, su consiglio dell'ostetrico, un'attesa di 24-48 ore per avere evidenza della normale condizione fisica del neonato.

Durante il TC è preferita la tecnica di Pomeroy,

classica (legatura con sezione e rimozione dei due monconi tubarici) o modificata (es. tecnica di Madlener, che prevede la sola legatura della tuba). Sono talora praticate altre procedure simili (Parkland, Irving). La donna va adeguatamente informata sul possibile ripensamento (3, 27) e sulle possibilità di insuccesso, che risultano attorno all'1% a distanza di 10 anni.

Dopo un parto vaginale si preferisce la sterilizzazione tubarica laparoscopica con clips metalliche rivestite di silastic (Hulka, Filshie, o simili). La loro sicurezza è molto elevata, con un impegno clinico modesto (11). Talora viene utilizzata la coagulazione bipolare, che distrugge parte della tuba. Recentemente è entrata nella pratica clinica anche la sterilizzazione tubarica trans cervicale utilizzando un isteroscopio che posiziona un micro dispositivo metallico in ognuna delle due tube.

Non va dimenticata l'opzione di una sterilizzazione maschile (vasectomia).

Metodi di barriera e chimici locali

I metodi di barriera (preservativo maschile e femminile, diaframma vaginale) hanno il grande pregio di difendere anche dalle malattie a trasmissione sessuale, e in ogni caso non influenzano in alcun modo la salute della madre o del bambino, non avendo effetti sistemici.

Il preservativo maschile e quello femminile possono essere liberamente usati dopo il parto alla prima ripresa dell'attività sessuale. Non influenzano la lattazione, e possono essere affiancati ad altri metodi quando la donna eventualmente li utilizzi dopo avere abbandonato il LAM. Il diaframma ha l'esigenza che l'involuzione uterina e cervicale sia completata, il che richiede almeno 6 settimane dal parto. In Italia, oggi, questo metodo è a dire il vero piuttosto trascurato.

Gli spermicidi locali (creme o ovuli), in genere contenenti 9-nonoxinolo, da soli sono poco efficaci. Vanno eventualmente associati a un diaframma, ma esistono anche preservativi maschili con aggiunta di 9-nonoxinolo. Vanno evitati nelle donne che siano a rischio di malattie sessualmente trasmesse (38).

Metodi ormonali in generale

La contraccezione di tipo ormonale nella don-

na che allatta induce il dubbio sugli effetti degli ormoni sulla quantità e qualità del latte, sul passaggio degli ormoni al bambino, e sugli effetti di questi ormoni sulla crescita e sulla eventuale alterazione delle caratteristiche sessuali del lattante. In realtà gli ormoni utilizzati nell'ambito della contraccezione vengono escreti nel latte in minima quantità, che non supera l'uno per cento della dose assunta dalla madre. Ciò è stato verificato sia con gli estrogeni-progestinici, che con la pillola di solo progestinico, ma anche con la spirale al levonorgestrel (IUS-LNG) e con gli impianti sottocutanei di etonogestrel. L'imaturità metabolica del neonato potrebbe teoricamente portare un accumulo di progesterone e di metaboliti. Ma nella pratica non ne può derivare nessun danno (16).

Le valutazioni su quantità e composizione del latte, durata dell'allattamento, crescita e sviluppo del bambino, forniscono dati tranquillizzanti sia con i moderni anticoncezionali ormonali a basso dosaggio estrogenico che con la pillola di solo progestinico (32).

Gli strumenti ormonali a disposizione in Italia sono la pillola di solo progestinico al desogestrel, pillole estrogeno-progestiniche per via orale di varia composizione, cerotto, anello, spirale intrauterina al levonorgestrel (IUS-LNG), impianto sottocutaneo all'etonogestrel. Nel nostro paese il medrossiprogesterone acetato (MAP) intramuscolo solitamente non viene utilizzato come contraccettivo se non in alcuni particolari casi, ed è comunque off-label per questa indicazione.

Contraccezione ormonale estrogeno-progestinica (orale, cerotto, anello vaginale)

Secondo vecchi dati della letteratura la quantità del latte potrebbe essere negativamente influenzata dall'estrogeno presente nella pillola estrogeno-progestinica (EP), senza giungere ad influenzare la crescita del neonato. In uno studio Who/Oms le donne che usavano una pillola EP con 30 microgrammi di EE (etinilestradiolo) e 150 microgrammi di levonorgestrel hanno avuto un calo del volume del latte dopo sei settimane dall'inizio del trattamento. Dopo 18 settimane la riduzione superava il 40% (31). Per questa ragione la pillola può compromettere la prosecuzione di un allattamento al seno, qualora la produzione di latte materno sia già al limite

inferiore. Per le stesse ragioni la pillola estrogeno-progestinica può essere usata senza particolare preoccupazione qualora la donna voglia progressivamente abbandonare l'allattamento.

Comunque la pillola EP, sotto qualunque forma (orale, cerotto, anello), non va iniziata prima di 6 settimane dal parto (WHOMECA categoria 4) (35), per il possibile correlato rischio tromboembolico di questo periodo, rischio che comunque diminuisce decisamente dopo 21 giorni (3 settimane) dal parto. Nel periodo compreso tra 6 settimane e 6 mesi la pillola va utilizzata con prudenza, solo se non ci sono alternative, perché i rischi potrebbero superare i benefici (WHOMECA categoria 3), mentre dopo 6 mesi dal parto non ci sono problemi di utilizzo (WHOMECA categoria 2), sempre che la donna non abbia altre condizioni che ne controindichino l'uso.

Secondo gli UKMEC 2009 (5) la contraccezione EP è categoria 4 nelle prime 6 settimane dopo il parto, poi diventa categoria 3 tra 6 settimane e 6 mesi se la donna allatta in modo esclusivo, mentre è categoria 2 se allatta in modo parziale; dopo i 6 mesi è categoria 1 in ogni caso.

Secondo USMEC (2) la contraccezione EP in allattamento viene considerata categoria 3 (da usare con estrema prudenza, se non ci sono alternative) nel primo mese dopo il parto, mentre diventa categoria 2 dopo il primo mese e resta tale anche dopo i 6 mesi.

POP (Progestin Only Pill)

La pillola di solo progestinico (in Italia esiste solo quella di desogestrel) ha il vantaggio di non influenzare negativamente né la coagulazione, né la pressione, né il livello dei lipidi. Inoltre non influisce sulla lattazione. È la contraccezione ormonale di prima scelta nelle donne che stiano allattando e che non abbiano controindicazioni al suo uso. Comunque viene sconsigliata nelle prime sei settimane dopo il parto (WHOMECA categoria 3), mentre diventa categoria 1 dopo le 6 settimane. Secondo gli USMEC è categoria 2 nel primo mese dopo il parto e poi diventa categoria 1. Per gli UKMEC è categoria 1 da subito dopo il parto.

Impianto sottocutaneo

L'unico impianto in commercio in Italia rilascia etonogestrel. Non vi sono studi che dimostrino una azione negativa su quantità e qualità del

Gli ormoni utilizzati nell'ambito della contraccezione vengono escreti nel latte in minima quantità, che non supera l'uno per cento della dose assunta dalla madre

La scelta di un metodo contraccettivo per l'immediato post partum va discussa con la donna possibilmente già in corso di gravidanza, per fare una scelta meditata ed adeguata ai bisogni della coppia

latte, né sullo sviluppo del neonato (28). Comunque viene sconsigliato nelle prime sei settimane dopo il parto (WHOMEc categoria 3), mentre diventa categoria 1 dopo le 6 settimane, e tale resta anche in seguito. Secondo gli USMEC è invece categoria 2 nel primo mese dopo il parto, poi diventa categoria 1. Infine secondo gli UKMEC è categoria 1 da subito dopo il parto.

IUS-LNG (Sistema intrauterino al levonorgestrel)

Non vi sono azioni negative del levonorgestrel dismesso quotidianamente in cavità uterina dallo IUS-LNG, né sul latte, né sulle funzioni dell'allattamento, né sullo sviluppo neonatale.

Il suo inserimento in utero viene comunque sconsigliato nelle prime 4 settimane dopo il parto (WHOMEc categoria 3), mentre diventa categoria 1 e quindi liberamente utilizzabile dopo le 4 settimane.

Gli USMEC lo pongono in categoria 1 se utilizzato entro 10 minuti dalla espulsione della placenta, lo collocano poi in categoria 2 nel primo mese dopo il parto, e successivamente viene posto in categoria 1. Gli UKMEC non prendono in considerazione le prime 48 ore dopo il parto. Da 48 ore a 4 settimane lo mettono in categoria 3, dopo le 4 settimane va in categoria 1.

IUD-Cu (Intra Uterine Device - spirale al rame)

La spirale al rame (IUD-Cu) può essere inserita in maniera soddisfacente nell'immediato post-secondamento. Questo vale in particolare per il TCu380A.

Potrebbe essere inserita durante un TC o durante un parto vaginale, ma vi è un ritmo di espulsioni piuttosto elevato, che può essere tollerabile solo se il ritorno ai servizi sanitari risulta difficoltoso o impedito per ragioni geografiche, economiche o sociali. Questa esperienza non è seguita in Italia, ove si preferisce l'attesa di almeno 4-6 settimane dal parto, possibilmente dopo il capoparto. A quel momento può essere anche applicato uno IUS-LNG (vedi).

I WHOMEc mettono lo IUD-Cu in categoria 1, se inserito in utero entro 48 ore dal parto; resta in categoria 1 anche successivamente.

Gli UKMEC lo mettono in categoria 3 se usato da 48 ore a 4 settimane dopo il parto; viene poi

messo in categoria 1 dopo le 4 settimane. Gli USMEC mettono lo IUD-Cu utilizzato entro 10 minuti dalla espulsione della placenta in categoria 2, che resta tale fino a 4 settimane; oltre le 4 settimane diventa categoria 1.

La contraccezione di emergenza

Le donne che allattano vanno informate che un rapporto non protetto o il fallimento di qualche mezzo contraccettivo nelle prime 3 settimane dal parto (21 giorni) non costituiscono indicazione all'uso di una contraccezione di emergenza (EC) di tipo ormonale con levonorgestrel (LNG). Un suo possibile uso è razionale oltre le tre settimane dal parto.

La contraccezione di emergenza con LNG 1.5 mg per via orale in unica somministrazione può essere utilizzata senza alcuna restrizione (WHOMEc 1). Non c'è dimostrazione che il passaggio di una modesta quantità di LNG nel latte possa risultare dannoso per il bambino.

Non si hanno dati sulla possibile escrezione nel latte materno dell'ulipristal acetato (UPA) 30 mg per via orale (la cosiddetta "contraccezione di emergenza dei 5 giorni"), mentre è noto come esso venga escreto nel latte di ratto (14). Tuttavia si tratta di uno steroide con concentrazione nel latte materno probabilmente bassa. Il foglietto illustrativo dell'AIFA chiede di evitare l'allattamento per una settimana (1), ma Hale inserisce l'ulipristal acetato nella categoria di rischio L2 in corso di lattazione, ossia della categoria dei farmaci "safer". A scopo informativo Hale considera L1 i farmaci "safest", L3 i farmaci probabilmente sicuri, L4 i farmaci possibilmente rischiosi ed L5 quelli realmente controindicati.

Una contraccezione di emergenza con IUD-Cu va utilizzata solo dopo 4 settimane dal parto. La sua efficacia è molto elevata e sfiora il 100 %, oltre ad esserci il vantaggio che lo IUD-Cu può essere lasciato in utero come contraccettivo di lungo periodo (12). Lo IUS-LNG non è raccomandato come contraccettivo di emergenza.

Rispetto alla eventuale adozione di una contraccezione di emergenza, nel caso di una donna che abbia iniziato una contraccezione ormonale, gli eventuali problemi di uso (dimenticanze, vomito, diarrea, interferenze farmacologiche) vanno considerate e trattate come nelle donne che non stiano allattando.

Conclusioni

La scelta di un metodo contraccettivo per l'immediato post partum va discussa con la donna possibilmente già in corso di gravidanza, per fare una scelta meditata ed adeguata ai bisogni della coppia.

Dal momento che l'avvio dell'allattamento al seno è in aumento a livello mondiale e in Italia la scelta contraccettiva per la donna che allatta è diventato un problema clinico comune e importante.

Oltre i metodi di barriera (prima scelta in corso di allattamento al seno), anche il LAM rappresenta una concreta opzione da inserire nella pianificazione familiare. Vi sono vari motivi per cui una donna potrebbe scegliere il LAM: può preferire di vivere un periodo senza prendere

farmaci o senza usare mezzi contraccettivi, può aver bisogno di darsi del tempo prima di scegliere un metodo di lunga durata o permanente, o può voler ricorrere a qualcosa che sia naturale, basato sulla fisiologia.

Ormai abbiamo sufficienti informazioni scientifiche e raccomandazioni da parte di fonti autorevoli che si occupano di salute pubblica (CDC, OMS) per concludere che anche i metodi ormonali (pillola di solo progestinico o anche di combinazione) sono sicuri in corso di allattamento al seno, anche se vanno avviati dopo le prime 3-6 settimane dal parto.

In conclusione, possiamo affermare che l'allattamento al seno è compatibile con il ritorno ad una vita sessuale normale, che preveda una sicura contraccettazione per evitare gravidanze indesiderate.

I metodi ormonali sono sicuri in corso di allattamento al seno, anche se vanno avviati dopo le prime 3-6 settimane dal parto

PER SAPERNE DI PIÙ

1. AIFA, Banca dati farmaci https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFileName=footer_002235_039366_FI.pdf&retry=0 (come visto 8 dicembre 2013)
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010". Adapted from the World Health Organization Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4th edition, Morbidity and Mortality Weekly Report, 59, No. RR-4, 2010 (www.cdc.gov/mmwr)
3. Eisenberg D. Postpartum sterilisation procedures. Glob Libr Women's Med (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10145
4. Fabic MS, Choi Y. Assessing the quality of data regarding use of the lactational amenorrhea method. Studies in Family Planning 2013; 44 (2):205-221
5. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 2009 (www.fsrh.org).
6. Family Health International (FHI). Lactational Amenorrhea Method (LAM)", Contraceptive Technology Update Series, Research Triangle Park, NC, USA: FHI; and Institute for Reproductive Health, Georgetown University, Washington, DC, 1994
7. Farrell E. Lactational Amenorrhea and Breastfeeding Support. Watertown, MA, USA, Pathfinder International Medical Services 1997
8. FFPRHC Guidance (July 2004), "Contraceptive choices for breastfeeding women", J Fam Plann Reprod Health Care 2004; 30(3)181-189
9. Glazier A, Mc Neilly AS, Howie PW. Hormonal background of lactational infertility. Int J Fertil 1988; 33:32-34
10. González-Jiménez E, García PA, Aguilar MJ, Padilla CA, Alvarez J. Breastfeeding and the prevention of breast cancer: a



PER SAPERNE DI PIÙ

- ▶retrospective review of clinical histories. *J Clin Nurs.* 2013 Aug 13. doi: 10.1111/jocn.12368
- 11. Green LR, Laros RK. Postpartum sterilization. *Clin Obstet Gynecol* 1980;23 (2):647-659
- 12. Grimes D et al. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. Update of Cochrane Database Systematic Reviews 2001; CD003036; PMID: 11406064, Cochrane Database of Systematic Reviews 200; CD003036
- 13. Haggerty PA, Rutstein SO. Breastfeeding and Complementary Infant Feeding, and the Postpartum Effects of Breastfeeding. DHS Comparative Studies No. 30, Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA 1999. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/CS30/CS30.pdf> (come visto 5 dicembre 2013)
- 14. Hale T. Medications and mothers' milk. A manual of lactational pharmacology. 15th Edition, Hale Publishing Amarillo, Texas (USA) 2012
- 15. Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, et al. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization *Obstet Gynecol* 1999;93:889-895
- 16. Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception* 2010;82(1):17- 37
- 17. Kennedy KI, Rivera R, McNeilly AS. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception* 1989; 39(5):477-496
- 18. Labbock MH et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM): 1. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception* 1997; 55 (6) 327-336
- 19. Labbock MH, Perez A, Valdes A et al. The Lactational Amenorrhea Method (LAM): A postpartum introductory family planning method with policy and program implications. *Advances in Contraception* 1994; 10(2):93-109
- 20. Labbock M. Breastfeeding, birth spacing and family planning. In: Hale & Hartmann's Textbook of Human Lactation 1994; Hale Publishing. Amarillo, Texas (USA) 2007
- 21. Lopez LM, Hiller JE, Grimes DA, Chen M. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; CD001863.pub3
- 22. McNeilly AS. Breastfeeding and fertility. In: Biomedical and demographic determinants of reproduction", ed Grey RH, Leridon H, Spira A, Clarendon Press, Oxford 1993
- 23. McNeilly AS, Tay CCK, Glazier A. Physiological mechanisms underlying lactational amenorrhea. In: Human reproductive ecology: interactions of environment, fertility, ad behaviour. Ed Campbell KL, Wood JW. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1994; 709:145-155
- 24. McNeilly AS, Howie PW, Houston MJ, et al. Fertility after childbirth: adequacy of post-partum luteal phases. *Clin Endocrinol* 1982; 17:609-615
- 25. Perez-Escamilla R. Child feeding

- practices and lactational amenorrhea in developing countries: results from DHS II and III (come visto il 7 dicembre 2013).
26. Peterson AE et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) III: effectiveness, duration, and satisfaction with reduced client-provider contact. *Contraception* 2000; 62 (5) 221-230
27. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, et al. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174 (4):1161-1168; discussion 1168-70
28. Reinprayoon D, Taneepanichskul S, Bunyavejchevin S, et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon) on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. *Contraception* 2000; 62(5)239-246
29. Ross J.A., Winfrey W.L., "Contraceptive Use, Intention to Use and Unmet Need During the Extended Postpartum Period", *International Family Planning Perspectives* 2001; 27 (1):20-27
30. Speroff L, Mishell DR Jr. The postpartum visit: it's time for a change in order to optimally initiate contraception. *Contraception* 2008; 78:90-98
31. Tankeyoon M, Dusitsin N, Chalapati S et al. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. WHO special programme of research, development and research training in human reproduction task force on oral contraceptives. *Contraception* 1984; 30(6):505-522
32. Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Hormonal contraception during lactation. Systematic review of randomized controlled trials. *Contraception* 2003;68 (4) 233 -238
33. Van der Wijden C, Brown J, Kleijnen J. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; CD001329
34. Vekemans M. Postpartum contraception: the lactational amenorrhea method. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 1997; 2 (2) 105-111
35. World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th edition, Geneva, Switzerland, WHO 2009
36. World Health Organization (WHO). Programming Strategies for Postpartum Family Planning. World Health Organization, Geneva 2013; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93680/1/9789241506496_eng.pdf , (come visto 10 dicembre 2013)
37. World Health Organization (WHO). Selected practice recommendations for contraceptive use. Geneva, Switzerland, WHO 2002.
38. World Health Organisation (WHO). WHO/CONRAD Technical consultation on nonoxinol-9", Geneva 9-10 October 2001; Summary report; http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_RHR_03.08.pdf, (come visto il 4 dicembre 2013)