

ALLATTAMENTO ESCLUSIVO AL SENO: QUALE CALO PONDERALE ATTENDERSI?

A. Volta, C. Capuano, E. Ferraroni, D. Novelli

Servizio Salute Donna e Infanzia e Assistenza Neonatale,
Distretto di Montecchio Emilia, AUSL di Reggio Emilia

Indirizzo per corrispondenza: alessandro.volta@ausl.re.it

BREASTFEEDING: WHAT WEIGHT LOSS SHOULD BE EXPECTED?

Key words Newborn, Breastfeeding, Neonatal weight loss,
Dehydration, Supplementation, Baby Friendly Hospital Initiative

Summary

Aim - Among the "Ten steps to successful breastfeeding" the sixth one suggests "Give newborn infants no food or drink other than breast milk, unless medically indicated". This paper aims at answering the following questions: how long and in which way is it possible to adopt exclusive breastfeeding?

Materials and methods - A group of 300 full-term, healthy and normal weight newborn infants were monitored with regard to weight loss by assessing their weight during the hospital stay and two days after dismissal.

Result - The average weight loss was 6.3% from birth weight; a weight loss higher than 10% was found in 4.3% of the observed newborn infants; the greatest weight loss was 12.8%. Two days after dismissal 92.3% of the observed infants had increased their weight of an average of 3.2%; 13.3% had regained their birth weight. None of the observed newborn infants was in need of hospitalization because of dehydration, neonatal jaundice or hypoglycaemia.

Conclusions - In order to prevent excessive weight loss in newborn infants an early start of breastfeeding, frequent nursing (8-12 per day) along with controlled hospital dismissal and early check up (48 hours after dismissal) are needed. In this way it is possible to rapidly assess and identify newborns with problems of low milk supply and take action when the hydration level is still uncritical. Supporting the starting of breastfeeding does not require relevant technical and financial resources but rather organisational efforts, and a great deal of patience and commitment.

Introduzione - Tra i dieci passi proposti per favorire l'alimentazione al seno il 6° chiede di "non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che per precisa prescrizione medica". Negli ultimi anni l'uso di integrazioni, sotto forma di latte formulato o di altri liquidi (soluzioni glucosate, camomilla, acqua), è stata prassi comune e in alcuni ospedali continua a essere praticata. Molti pediatri e neonatologi, ma anche molte infermiere e puericultrici delle *nursery*, sentono forte la responsabilità della salute dei neonati a loro affidati e temono i rischi di disidratazione, ipoglicemia e ittero come conseguenza di un'alimentazione troppo carente nei primi giorni dopo il parto. È

quindi giusto porsi la seguente domanda: fino a quando, e con quali concrete modalità, è possibile tenere i neonati con una alimentazione esclusiva al seno?

Materiali e metodi - La casistica presa in considerazione in questo lavoro riguarda i nati del punto nascita di Montecchio Emilia (Reggio Emilia), dove nascono circa 900 neonati ogni anno. Nella nostra realtà il 6° passo è routine assistenziale da alcuni anni, a seguito di un percorso formativo che ha coinvolto tutto il personale di assistenza e la successiva formazione di un gruppo di lavoro sulla promozione e il sostegno dell'allattamento materno. Non utilizziamo né camomilla né glucosata, e soltanto in casi selezionati (basso peso, prematurità, ipoglicemia, specifiche terapie materne) facciamo uso di integrazione con latte artificiale. L'attacco precoce al seno è diventata routine sia nei parti spontanei che nei parti da cesareo (30% nella nostra realtà) e la frequenza delle poppate nel corso della degenza è così elevata da non essere facilmente quantificabile; la degenza prevede un regime di *rooming-in* completo.

In un gruppo di 300 neonati a termine, sani e di peso appropriato, consecutivamente nati nel nostro punto nascita, abbiamo monitorato il calo ponderale, valutando il peso nel corso della degenza e poi durante un controllo eseguito a due giorni dalla dimissione (a 48 ore per i parti spontanei e a 72 ore per i tagli cesarei). I dati rilevati sono stati analizzati valutando la parità, la partecipazione a un corso nascita prima del parto, la modalità del parto, il regime alimentare seguito, eventuali problemi del seno.

Risultati - Nel periodo di degenza considerato 248 neonati (82,6%) sono stati allattati esclusivamente al seno (AES), 52 (17,4%) hanno seguito un allattamento complementare, nessuno è stato allattato esclusivamente con formula né in modo predominante.

Alla maggior parte dei neonati al momento della dimissione sono state sospese le integrazioni utilizzate durante la degenza, pertanto il tasso di AES è salito al 97,4%. Al controllo due giorni dopo la dimissione il 92,3% dei neonati risultava in crescita con un incremento ponderale medio del 3,2%, e il 13,3% di loro aveva già raggiunto o superato il peso della nascita. Alla fine della prima settimana di vita dei 300 neonati, 286 (95,3%) erano AES, 12 (4%) erano a regime complementare, 2 (0,7%) si alimentavano soltanto con formula. Mediamente il calo ponderale è stato del 6,3% del peso alla nascita; un calo superiore al 10% è stato rilevato nel 4,3%. Il calo ponderale massimo è stato del 12,8%. Nessun neonato dopo la dimissione ha necessitato di ricovero per disidratazione, ittero o ipoglicemia.

Sono stati valutati distintamente i neonati che hanno assunto soltanto latte materno (N = 248) e quelli che hanno necessitato di integrazione (N = 52).

Nel *primo gruppo* il calo medio è risultato del 6,2% e soltanto il 3,2% ha mostrato un calo superiore al 10%; al controllo post-dimissione a 7 di loro (2,9%) si prescriveva integrazione. Nel *secondo gruppo* il calo medio è risultato del 6,9% (i neonati calati più del 10% sono stati il 9,6%). Valutando le caratteristiche tra i due gruppi, è emerso che nel primo gruppo la percentuale

di ragadi è stata del 16%, mentre nel secondo gruppo del 30%; il tasso di parto cesareo nel primo gruppo del 22% e nel secondo gruppo del 50% ($\chi^2 < 0,001$). La nascita con taglio cesareo produce un avvio più difficoltoso dell'allattamento, ma attraverso l'impegno delle mamme con il sostegno del personale anche la maggior parte di questi neonati può essere allattata con successo.

Discussione - Evitare il digiuno post-natale attraverso un precoce attaccamento al seno, mantenere un elevato numero di poppate sia di giorno che di notte attraverso un allattamento a richiesta, eliminare l'interferenza di altri alimenti liquidi con una rigida selezione di chi ne ha veramente bisogno, hanno consentito di avere cali ponderali contenuti. Complessivamente il 95,7% dei nostri neonati è calato meno del 10%. L'AES e a domanda permette di concentrare tutto il calo nei primi due giorni di vita, producendo una veloce ripresa del peso della nascita già nel corso della prima settimana di vita. Nessun neonato ha presentato segni e/o sintomi di disidratazione, e pertanto non è stato necessario eseguire il dosaggio degli elettroliti; riteniamo che questa assenza di disidratazioni ipernatremiche sia da imputare alla precocità e alla frequenza delle poppate (sia diurne che notturne) e soprattutto alla pratica di dimissione protetta che prevede un controllo post-dimissione molto ravvicinato (48 ore); in

questo modo è possibile valutare precocemente i rari casi diarente assunzione di latte e intervenire quando ancora lo stato di idratazione del neonato non risulta compromesso. In letteratura sono presenti studi, per lo più retrospettivi, che analizzano la relazione esistente tra disidratazione ipernatremica e AES.

Sono noti e ben documentati i benefici dell'allattamento al seno fin dal momento della nascita; è altrettanto dimostrata l'inutilità dell'utilizzo di supplementazioni ai neonati cosiddetti fisiologici; relativamente al calo ponderale dei primi giorni e alla fase di recupero del peso possiamo ritenere infondati i timori che l'AES possa aumentare il rischio di patologie quali la disidratazione ipernatremica, l'ittero, l'ipoglicemia. Occorre però garantire routine assistenziali adeguate, seguendo quanto indicato dalle raccomandazioni del *Baby Friendly Hospital Initiative* e dell'*American Academy of Pediatrics*. In particolare occorre favorire poppate frequenti (8-12 al giorno) fin dalla prima ora dal parto e garantire controlli clinici (con valutazione del peso e dello stato di idratazione) entro 48-72 ore dalla dimissione, e comunque non oltre la prima settimana di vita. Queste indicazioni sono state esplicitate dall'AAP già dal 1998, ma sono ancora applicate con difficoltà e spesso in maniera parziale. Sostenere la fase di avvio dell'AES non richiede investimenti tecnologici ed economici rilevanti, ma soltanto un po' di organizzazione, abbastanza pazienza e molta passione.

ALI DI FARFALLA

E. Rizzello, A. Taddio, F. Poropat

Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Indirizzo per corrispondenza: rizzello.elisa@libero.it

S. è una bambina di 2 anni con cardiopatia su base malformativa (aneurisma del setto interatriale e pervietà del forame ovale), diagnosticata alla nascita, del tutto asintomatica. Fin dai primi mesi di vita la mamma riferisce che la piccola vomita dopo i pasti e ha un prurito importante. Le indagini di laboratorio rilevano un'iperlipidemia (colesterolo totale 473 mg/dl; vn < 180 mg/dl; trigliceridi 236 mg/dl; vn 30-100 mg/dl), associata a un moderato aumento di bilirubina diretta (0,66 mg/dl; vn < 0,5 mg/dl), AST (206 U/l; vn 8-20 U/l), ALT (139 U/l; vn 8-20 U/l), γ -GT (506 U/l; vn 4-90 U/l), fosfatasi alcalina (2082 U/l; vn 110-550 U/l). L'ecografia epatica è risultata nella norma; l'ecocardiografia rileva una moderata stenosi periferica dell'arteria polmonare. Pensando a un quadro sindromico, viene valutata la presenza di eventuali alterazioni ossee mediante un Rx torace che mostra una fusione dell'arco vertebrale anteriore di T8, conosciuto come *vertebra a farfalla* (Figura). Tutti i segni e sintomi descritti hanno quindi suggerito la diagnosi di *sindrome di Alagille*, in seguito confermata dall'indagine genetica.

La **sindrome di Alagille** è un disturbo multisistemico che colpisce 1/70.000 nati vivi ogni anno; la sua diagnosi si basa sui criteri clinici stabiliti nel 1975, che includono paucità dei dotti biliari alla biopsia epatica, associata ad almeno tre delle cinque principali manifestazioni cliniche: colestasi cronica, difetti car-

diaci congeniti, anomalie vertebrali, anomalie oculari e facies caratteristica. La malattia è provocata da mutazioni (riarrangiamenti e delezioni) del gene JAGGED1 localizzato sul braccio corto del cromosoma 20. La colestasi è presente nella quasi totalità dei pazienti; si manifesta solitamente nei primi 2 anni di vita con la comparsa di ittero, epatosplenomegalia, feci acoliche, urine ipercromiche e malassorbimento, associati a un aumento degli indici di colestasi e iperlipidemia. La metà dei casi evolve in ipertensione portale. Nell'80% dei casi è presente difetto di crescita (il più severo tra tutte le forme di colestasi). La conferma diagnostica è data dalla biopsia epatica (paucità dei dotti biliari) e dalla ricerca delle mutazioni genetiche.

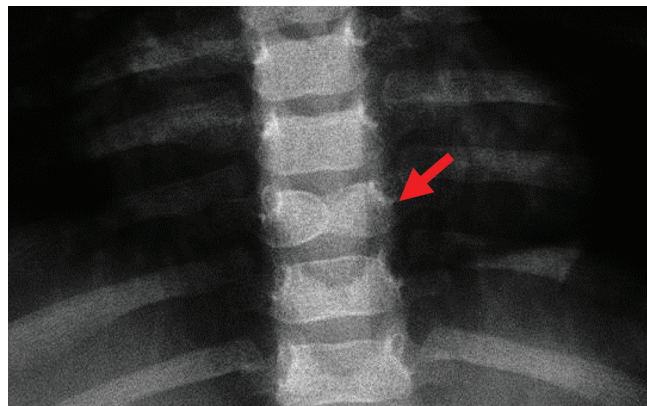


Figura. Rx torace con evidenza di fusione dell'arco anteriore di T8 (vertebra a farfalla).

Le **pagine elettroniche (pagine verdi)** riportano in breve le ricerche e i casi clinici che compaiono per esteso sul **sito web** della rivista (www.medicocobambino.com). Il sommario delle pagine elettroniche è riportato a pag. 209. La ricerca di questo mese affronta il tema del calo di peso del neonato allattato al seno: fino a che punto è possibile e doveroso nutrire esclusivamente al seno i neonati? In **"Appunti di terapia"** vengono riportati i risultati di uno studio sull'efficacia e la sicurezza del topiramato per la prevenzione dell'emicrania nell'adolescenza. Si discute poi del ruolo patogenetico dello pneumococco sierotipo 19A come causa di otite media acuta. **"Pediatra per l'ospedale"** offre un approfondimento su un'evenienza comunissima, ma su cui forse ciascuno di noi ha qualcosa da imparare: l'epistassi. Nella rubrica **"Occhio all'evidenza"** vengono affrontati due argomenti di sicuro interesse: si discute della terapia dell'asma e della complessità di interpretazione delle risposte cliniche ottenibili negli studi clinici nel braccio di pazienti trattati con placebo. Riprende la rubrica **"Pediatra per immagini"** che questo mese, insieme ai **"Casi indimenticabili"**, segue il filo conduttore della rivista cartacea: le patologie gastroenterologiche. Non perdetevi dunque questa ulteriore carrellata di casi clinici che spaziano dalla malattia di Crohn alla sindrome di Alagille! E infine, ma non meno interessanti, il **quiz** del mese e la consueta panoramica sul mondo offerta da **"Striscia... la notizia"**.