



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE PER L'IGIENE E LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI E LA NUTRIZIONE
UFFICIO V

15 settembre 2014

La contraccezione per la donna che allatta

Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento al seno

Premessa sulla fertilità in corso di allattamento al seno

L'amenorrea post-partum, in assenza di allattamento al seno, può durare fino a circa sei settimane. Se la donna allatta, questo periodo può durare anche molti mesi.

L'allattamento al seno riduce la fertilità della donna, ma non rappresenta un metodo di controllo delle nascite sempre affidabile. In un regime di rapporti sessuali liberi sono quindi da attendersi nuove gravidanze fin dal primo anno dopo il parto.

Per questo motivo la contraccezione rappresenta un tema d'interesse anche per la donna che allatta al seno.

È possibile, in base al desiderio della coppia, ricorrere a un metodo contraccettivo fin dalle prime settimane dopo il parto.

Il ginecologo e l'ostetrica sono le figure professionali dalle quali la coppia può ricevere le informazioni adeguate alle proprie esigenze.

I vari metodi contraccettivi utilizzabili nel post-partum

I metodi contraccettivi utilizzabili sono di vario tipo e la scelta dipende dai bisogni della coppia, dalle sue preferenze e dal consiglio professionale. Esistono vari metodi fra i quali quelli di barriera, i metodi ormonali e i naturali.

Metodi di barriera e chimici locali

I metodi di barriera (principalmente preservativo maschile e femminile, diaframma vaginale) non influenzano in alcun modo la salute della madre o del bambino. Il preservativo (maschile o femminile) può essere liberamente usato dopo il parto alla prima ripresa dell'attività sessuale. Il diaframma può essere usato dopo almeno 6 settimane dal parto, perché bisogna attendere che l'utero ritorni ad avere un volume del tutto sovrapponibile al periodo pregravidico. Al diaframma dovrebbero essere associate anche sostanze spermicide locali (creme od ovuli) che possano aumentare l'efficacia contraccettiva del metodo. Questa è comunque assicurata solo in caso di corretto utilizzo del metodo (il diaframma, per esempio, non va rimosso per alcune ore dopo il rapporto, ecc).

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

La quantità del latte può essere negativamente influenzata dall'estrogeno presente nella pillola estrogeno-progestinica. Le conseguenze di questo eventuale calo di produzione di latte potrebbero essere maggiormente rilevanti nei primi 6 mesi di lattazione in donne con produzione di latte già di per sé limitata. In questi casi alla pillola estrogeno-progestinica potrebbe essere preferita quella contenente solo progestinico.

In generale però l'uso della pillola estrogeno-progestinica non influenza la crescita ponderale del neonato, né reca manifestazioni cliniche estrogeno-correlabili nei bambini esposti (negata, per esempio, l'ipotizzata femminilizzazione).

L'associazione estrogeno-progestinica, sotto qualunque forma (COC o combined oral contraceptive, cerotto, anello), può essere utilizzata con sicurezza in donne che allattano dopo 6 mesi dal parto (per gli effetti seppur discussi degli ormoni estrogeno-progestinici sulla lattazione). Invece in donne che non allattano le associazioni estrogeno-progestiniche possono essere utilizzate a partire da 3 settimane dal parto. Infatti, il rischio di trombo-embolia venosa è elevato non solo durante la gravidanza, ma anche nelle prime 3 settimane dopo il parto, mentre diminuisce lentamente dopo 3 settimane e torna ai valori basali entro le 6 settimane.

Se esiste un aumentato rischio trombotico (pregressa trombo-embolia venosa, trombofilia, taglio cesareo, emorragia e/o trasfusione post-partum, preeclampsia, obesità, fumo, lungo periodo di immobilità nel post-partum come in caso di allattamento), l'associazione estrogeno-progestinica andrebbe posticipata ed avviata dopo 6 settimane dal parto, piuttosto che dopo 3 settimane.

Queste informazioni orientative possono essere modificate in base ad un'eventuale nota

predisposizione alla trombosi nella donna.

Infine, i COC possono essere assunti immediatamente dopo l'aborto sia del 1° che del 2° trimestre.

Pillola di solo progestinico (POP)

È la contraccezione ormonale di prima scelta nella donna che allatta. La pillola di solo progestinico ha il vantaggio di non aumentare il rischio di trombosi e di non influire sulla lattazione. In studi su animali (ratti), è stato documentato come il progesterone influisca sullo sviluppo del cervello. Per questo motivo la POP viene prudenzialmente evitata nella donna che allatta nelle prime 6 settimane dopo il parto, anche se il suo uso clinico non ha mostrato effetti negativi nei lattanti esposti attraverso il latte materno. Può essere assunta dalla donna che allatta dopo le prime 6 settimane dal parto. Nella donna che non allatta l'assunzione può iniziare anche prima delle 3 settimane dal parto.

Impianto sottocutaneo

L'unico impianto in commercio in Italia rilascia etonogestrel. Non influenza quantità e qualità del latte, né lo sviluppo del neonato. Similmente alla pillola di solo progestinico, viene consigliato dopo le prime 6 settimane dal parto.

Sistema intrauterino al levonorgestrel

Non vi sono azioni negative del levonorgestrel liberato quotidianamente in cavità uterina, né sull'allattamento, né sullo sviluppo neonatale. Il suo inserimento nell'utero viene consigliato dopo le prime 4 settimane dal parto.

Spirale al rame

Potrebbe essere inserita durante un taglio cesareo o durante un parto vaginale. Le raccomandazioni OMS consigliano l'inserimento almeno a 4-6 settimane dal parto, e possibilmente dopo la ripresa delle mestruazioni.

Metodo dell'Amenorrea Lattazionale (LAM)

La mancanza di mestruazioni (amenorrea) dopo il parto, in assenza di allattamento al seno, dura circa 6 settimane. Se la donna allatta, questo periodo può durare anche molti mesi.

Sulla base di queste valutazioni è stato definito il metodo della amenorrea da allattamento (LAM). La sicurezza nell'inibire la fertilità è del 98% a patto che siano soddisfatte contemporaneamente tre condizioni:

- 1) non siano superati i primi 6 mesi dal parto
- 2) manchi la ricomparsa delle mestruazioni (amenorrea)
- 3) l'allattamento al seno sia ancora esclusivo (nessun ricorso al latte artificiale o a tisane, ecc...) con intervalli fra le poppate mai superiori alle sei ore di notte ed alle quattro ore di giorno. Qualora l'allattamento non sia più esclusivo o qualora gli intervalli fra le poppate siano allungati, come avviene per un eventuale, anche singolo episodio di sonno notturno prolungato, viene meno la sicurezza contraccettiva.

Metodi naturali

I metodi naturali (Ogino-Knaus, Billings, temperatura basale, altri) possono essere suggeriti da quando si è stabilizzato il ciclo. Il loro utilizzo va preceduto da un corretto addestramento con personale specializzato.

La contraccezione di emergenza

Un suo possibile uso per via orale è razionale oltre le prime 3 settimane dal parto.

Conclusioni

1. I metodi di barriera rappresentano una prima scelta in corso di allattamento al seno e nelle prime 3-6 settimane dal parto.
2. I metodi ormonali sono sicuri in corso di allattamento al seno, ma vanno avviati nella donna che allatta dopo alcune settimane dal parto; in particolare:
 - a. non prima di 6 settimane dal parto
 - b. preferibilmente dopo 6 mesi dal parto
3. La pillola di solo progestinico rappresenta la prima scelta nella donna che allatta (inizio d'uso a 6 settimane del parto), ma è utilizzabile in sicurezza anche l'associazione estro-progestinica. La scelta fra associazione estro-progestinica e pillola di solo progestinico deve tener conto quindi non solo dell'allattamento, ma anche di fattori di rischio trombotico individuali.
4. Il metodo dell'amenorrea da lattazione rappresenta una concreta opzione, in particolare quando la coppia non voglia ricorrere ad altri metodi contraccettivi nell'ambito della pianificazione familiare delle nascite.

Con la collaborazione di:

- Emilio Arisi, Presidente, Società Medica Italiana per la Contraccezione (SMIC)

- Giuseppe Canzone, Ginecologo-Ostetrico, Divisione di Ostetricia e Ginecologia, Termini Imerese (PA)
- Francesco De Seta, Ginecologo-Ostetrico, IRCCS Burlo Garofolo, Università degli Studi di Trieste, Società Italiana di Contraccezione (SIC)
Maria Vicario, Ostetrica, Seconda Università degli Studi di Napoli, DAI Materno-Infantile
- Riccardo Davanzo, neonatologo, Dipartimento Materno-neonatale, IRCCS Burlo Garofolo; Presidente del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento al Seno del Ministero della Salute

Bibliografia

1. Arisi E, Davanzo R, Vicario M, Canzone G. Allattamento al seno e contraccezione. Position paper della Società Medica Italiana per la Contraccezione (SMIC) e del Tavolo Tecnico sull'Allattamento al Seno del Ministero della Salute. Rivista di ostetricia ginecologia pratica e medicina perinatale. 2014, Vol XXIX, N°1 2014, pag 40-50.
2. Medical eligibility criteria for contraceptive use – 4th ed. World Health Organization 2010