



A szoptató anya segítése speciális helyzetekben.

I. A laktáció szupressziója – Ablaktálás

II. Várandósság és szoptatás

VÁRADY ERZSÉBET DR.¹, TÓTH ZOLTÁN DR.²

¹Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság

²Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Tóth Zoltán dr., egyetemi tanár)

Összefoglalás

A közlemény célja, hogy a laktáció szupressziója és a várandósság alatt folytatott szoptatás kérdéskörével kapcsolatban összefoglalja a témával kapcsolatos ismereteket és a nemzetközi gyakorlatot.

I. Az ablaktálásra ritkán van szükség. Számos országban az ablaktálás nem gyógyszerrel történik és a bromocriptin javallatainak köréből több, mint egy évtizede kivonták az ablaktálást, a szedése kapcsán ritkán fellépő súlyos szövődmények miatt. Ismertetjük a laktáció szupressziójának konzervatív menedzsmentjét, ami eltér a tejbelövellés előtt és a szoptatás időszakában.

II. A várandósság alatt folytatott szoptatás kapcsán felmerül, folytatható-e a szoptatás, van-e negatív hatása a várandósság kimenetelére, az anya, a magzat, a szoptatott gyermek és a laktáció szempontjából. Speciális esetektől eltekintve várandósság alatt a szoptatás folytatható és nincs bizonyítottan káros hatása.

Kulcsszavak: laktáció, szupresszió, bromocriptin, konzervatív ellátás, szoptatás, várandósság, potenciális kockázatok

VÁRADY E, TÓTH Z:

Support of the lactating mother in special circumstances.

I. Lactation suppression.

II. Breastfeeding during pregnancy.

Summary

The purpose of the publication is to review the present knowledge, views and international practice concerning issues of lactation suppression and breastfeeding during pregnancy.

I. Lactation suppression is rarely necessary. In many countries ablactation is managed by non pharmacological methods and bromocriptine has not been used for more than a decade for lactation suppression because of rare, but serious complications. The conservative management of lactation suppression is presented, which is different before milk comes in and during established lactation.

II. In relation to breastfeeding during pregnancy the following issues are raised: what are the lactation related signs, the mother observes, can she continue breastfeeding, does it have any negative effect on the present pregnancy, the breastfeeding mother, the fetus, the breastfed child and on lactation. Apart from special circumstances breastfeeding can be continued during pregnancy and does not have any proven negative effect.

Key words: lactation suppression, indications, bromocriptine, conservative management breastfeeding, pregnancy, lactation related signs, potential risks

I. A laktáció szupressziója – Ablaktálás

A laktáció szupressziója, az ablaktálás ritkán ugyan, de szükségessé válhat.

Az ablaktálás javallatai [1]

1. Az anya döntése (2009-ben Magyarországon az anyák 97%-a elkezdte a szoptatást)
2. Az anya lemond gyermekéről, örökbe adja
3. A szoptatás tartósan ellenjavallt (pl. anya kezelése antimetabolittal, anyai HIV-fertőzés, galaktozémia a csecsemőben)
4. Késői vetélés (16–20.hét)
5. Halvaszülés
6. A csecsemő halála az intenzív újszülöttosztályon, otthon, vagy kórházi újrafelvétel kapcsán

Az ablaktálás célja:

A laktáció szupressziójának elérése mellett a diszkomfort enyhítése, valamint a fájdalom és gyulladás megelőzése [1, 2].

Az ablaktálás menedzsmentje

A menedzsment aszerint változik, hogy a laktáció szupressziójára a tejbelövellés előtt, vagy a már beindult tejtermelés időszakában kerül sor. Az általános gyakorlat országonként bizonyos különbségeket mutat, elsősorban abban, hogy legtöbb országban a laktáció szupresszió gyógyszeres módszereit egyáltalán nem, vagy csak ritkán használják.

I. NEM farmakológiai módszerek

A. Közvetlen posztpartális időszak, a tejbelövellés előtt
Ha közvetlenül a szülés után történik döntés a laktáció szupressziójáról, legtöbbször elegendő a mell stimulációjának elkerülése, azonban ilyenkor is kialakul a tejbelövellés. A tútelitődés 1–2 nap alatt, a diszkomfort az első posztpartum hét végére elmúlik. A komfortérzés eléréséig valamennyi tej kiürítésére szükség lehet.

B. Szoptatással, vagy fejéssel fenntartott tejtermelés időszakában

Ez esetben a tejtermelés hirtelen felfüggesztése súlyos tútelitődéshez, tejcsöpögéshez, diszkomfortérzéshez, extrém mellfájdalomhoz és emlőgyulladásokhoz vezethet. Az anyának ahhoz kell segítséget kapnia, hogy *fokozatosan* csökkentse a tejtermelést.

A 2009-ben közzétett Cochrane review szerint a kérdéssel foglalkozó elemzett tanulmányok a kis esetszámok és minőségi kifogások miatt nem alkalmasak arra, hogy a posztpartum laktáció szupressziójának evidenciákon alapuló egységes irányelvének alapjául szolgáljon [3].

A laktáció szupresszió ajánlott menedzsmentje [1]

1. A mell teltségének fenntartása mellett a kellemetlen tünetek (fájdalom) és szövődmények (elzáródott tejvezeték, emlőgyulladás) elkerülése. A telt mellben ugyanis a Feedback Inhibitor of Lactation (FIL) nevű fehérje halmozódik fel. A FIL felhalmozódása, a csökkent véráramlás a kapillárisokban (a prolaktin nem jut el az emlőben levő receptorokhoz), továbbá a tejtermelő mirigyálmány involúciója a tejtermelés szupressziójához vezet [4].

A mell teltségének fenntartásával elérhető a laktáció gyors szupressziója.

A fájdalmas tútelitődés a következő protokoll követésével előzhető meg [2]: Annyi tejet kell csak lefejni, hogy csökkentse a feszülést, de nem annyit, hogy a mell kiürüljön. Ez fokozatosan csökkenti a tejtermelést anélkül, hogy az anyánál kellemetlen tüneteket okozna. A fejések ajánlott gyakorisága attól függ, hogy mennyi tej termelődik, az anya korábban milyen gyakran ürítette ki a mellét és mennyi idő telt el gyermeke születése óta. A fejés történhet kézzel, vagy mellszívóval. Az anya addig fej, amíg nincs komfortérzése, miközben növeli az időközöket a fejések között és rövidíti a fejések időtartamát.

Egy korábban kb. 3 óránként szoptató, ill. fejő nőnél például a következő terv javasolt: az első napon fejés 4-5 óránként 5 percig, a második napon 6 óránként 3-5 percig, a 3-7. napon csak addig fej, amíg a kellemetlen feszülés meg nem szűnik, majd a fejést azután hagyja abba, amikor eljutott a napi egyszeri fejésig.

2. Egyéb eljárások az anya támogatására [1]

- megfelelő melltartó viselése éjjel-nappal
- meleg zuhany, ami a mell stimulálása nélkül tejfolyást eredményez és csökkenti a feszülést
- hideg alkalmazása, ami csökkenti a fájdalmat és duzzanatot
- fájdalomcsillapító (ibuprofen vagy acetaminophen)
- figyeljük, hogy nem mutatkoznak-e emlőgyulladás jelei
- amennyiben infektív mastitis lép fel, antibiotikus kezelés javasolt 10-14 napig
- bizonyos fiziológias jelenségekről való felvilágosítás:
 - azután, hogy abbahagyta a fejést, ill. szoptatást, akár hetekig, hónapokig tejcsöpögés lehet a mellből, amely normális jelenség.
 - a posztpartális időszakban fejés közben lochia ürülhet.
- pszichológiai támogatás – ha az ablaktálásra a gyermek halála miatt kerül sor, ez részévé válik a gyász megélésének.

- amennyiben az anya úgy dönt gyermeke halála után, hogy tejét a tejgyűjtő állomásnak ajánlja fel, támogatni kell a fejésben [2]

II. Tejtermelés gyógyszeres csökkentése

– Biztonságosabb gyógyszer nélkül!

Bromocriptin [1]

Ergot származék, dopaminreceptor-agonista, szignifikánsan csökkenti a prolaktin plazmaszintjét, hatékonyan csökkenti a tejtermelést. A posztpartum időszakban adva a betegek 23%-ánál fellépett legalább egy enyhe, vagy közepes súlyos mellékhatás; fejfájás, szédülés, hányinger, hányás, hipotenzió.

- Szélesebb körű alkalmazása után az USA-ban 72 súlyos szövödményt jelentettek. Habár ezek összefüggését a bromocriptin adásával nem tudták egyértelműen bizonyítani, a szövödmények nagy száma miatt az FDA 1995-ben törölte a bromocriptin javallatai közül a laktáció szupresszióját a gyógyszer adásával társuló anyai myocardialis infarktus, stroke és görcskockázat növekedése miatt [5,6]. Arra is felhívták a figyelmet, hogy a görcsöt és stroke-ot megelőző órákban, vagy napokban súlyos fejfájás és látászavar (homályos látás, átmeneti kortikális vak-ság) jelentkezhethet.
- 1995 után további, a posztpartum időszakban a laktáció szupressziója céljából adott bromocriptinnel összefüggésbe hozható súlyos szövödményről (szív-izom-infarktus, cerebrovaszkuláris szövödmény) számoltak be [7-13].
- Számos ország az USA-hoz hasonlóan törölte a bromocriptin javallatai közül a laktáció szupresszióját (Kanada, Olaszország, Ausztrália stb), míg mások óvatos

alkalmazást egyedi esetekben megengednek. Ha egyáltalán alkalmazásra kerül, közvetlenül szülés után, a tejbelövellés előtt hatékony és nem a tejtermelés beindulása után, különösképpen nem hasznos hetekkel, hónapokkal a szülés után, amikor már alacsony a prolaktinszint.

Ezideig Magyarországon a bromocriptin regisztrált indikációs területei között szerepel a laktáció szupressziója, a Pharmindex zsebkönyvben [14] még hozzá első helyen említik a javallatok sorában, 14 napig napi 5mg dózisban adva. Megemlítik, hogy a gyógyszeradás befejezése után az esetek 40%-ában rebound túltelítődés megfigyelhető.

Cabergolin – ergot származék, dopamin-agonista, hosszabb hatású, mint a bromocriptin, egyszerűbb az adagolása: 1 mg az első posztpartális napon, majd 2x 250 mikrogramm további 2 napig, ha a laktáció szupresszió orvosi javallata fennáll.

Mellékhatások: hányinger, hányás, fejfájás, szédülés előfordulnak, de ritkábban, mint a bromocriptin adásakor. Magyarországon nincs forgalomban.

Ösztrogének – Csökkentik a tejtermelést, azonban használatuk a posztpartum időszakban a mell túltelítődésének megelőzésére nem javasolt a tromboembóliás szövödmények megnövekedett kockázata miatt. Ezt a javallatot az FDA 1998-ban törölte [15].

Egyéb, korábban használatos gyógyszerek, amelyeket ma már egyáltalán nem használnak, mivel hatásuk a laktáció szupresszióra nem bizonyított: diuretikumok, nagydózisú pyridoxin [1].

II. Várandósság és Szoptatás

Azokban az országokban, ahol nem elterjedt a családtervezés, a szoptatás a termékenységet befolyásoló legfontosabb tényező. Így nem meglepő, hogy egyes országokban a szoptató nők akár 12–50%-a lesz várandós, mialatt még szoptat.

A legtöbb anya, aki a várandósság alatt folytatja a szoptatást, arról számol be, hogy elsősorban gyermekük szoptatással kapcsolatos érzelmi igénye miatt határoznak így és szeretnék, ha gyermekük „döntene” az elválasztódásról.

Az az anya, aki a szoptatás alatt várandós lesz, a következő jeleket, vagy ezek valamelyikét észleli [1,2]:

- a mellbimbó, vagy a mell érzékenysége – hormonális hatásra (emelkedett progeszteronszint), a szokásos „praktikák” általában nem használnak. A kellemetlenség enyhítésére megkísérelhető a szoptatás megkezdése előtt a tejleadó reflex stimulálása.

- egyes nők elmondják, hogy a szoptatás során belső nyugtalanságát, irritáltságot éreznek.
- anyai fáradtság, nagyobb lesz az alvási igény – hormonális hatásra következik be, nem a szoptatás okozza és a várandósság előrehaladtával csökken.
- tejtermelés csökkenése – az anyák 70%-a számol be erről.
- a tej ízének változása – a hormonális változások hatására a tejben a laktóz mennyisége csökken, a nátrium mennyisége nő.
- méhösszehúzódások; a szoptatás fokozhatja a Braxton-Hicks kontrakciókat.
- elválasztódás – sok csecsemő elválasztódik, aminek oka lehet a tej mennyiség csökkenése, megváltozott íze, az anya ölének fokozatos „eltűnése”.

Gyakran feltett kérdések

1. Biztonságos-e a szoptatás folytatása a várandósság alatt

A várandósság alatti szoptatással kapcsolatban ez ideig bizonyítékokon alapuló ellenjavallatokat nem sikerült felállítani. Általában elmondható, hogy komplikált várandósság esetén (súlyvesztés, iker-, vagy többes terhesség, vérzés, fenyegető koraszülés jelei) illetve ha az anamnézisben vetélés vagy koraszülés szerepel, a gondozó orvos bevonásával mérlegelendő a szoptatás folytatásának kérdése.

Egyéb esetben az egyéni helyzettől függően választható

- a szoptatás folytatása
- a szoptatások gyakoriságának csökkentése
- elválasztás

Az elválasztás nem gyógyszeres módszerrel javasolt. Bromocriptin adása több okból is elvetendő. Eleve csak a posztpartum időszakban csökkenti hatékonyan a tejtermelést, amikor még magas a prolaktin szintje. A legtöbb országban az elválasztás egyébként sem szerepel a gyógyszer indikációi között, hanem elsősorban hiperprolaktinémia szindrómák kezelésére használják. A várandósság alatt azonban a bromokriptinkezelés felfüggesztése javasolt az anyai kardiovaszkuláris szövődmények megnövekedett kockázata miatt.

Szoptatás és vetélés/fenyegető koraszülés kockázata

Ez gyakori aggodalom, azonban a várandós méhvel kapcsolatos kutatás arra utal, hogy *normális lefolyású várandósság esetén* ennek az aggodalomnak nincs elméleti bizonyítéka, ugyanis a méhnek számos olyan mechanizmusa van, ami védi attól, hogy a szoptatáskor felszabaduló oxitocin erős reakciót váltson ki:

- A várandósság alatti magas progeszteronszint a simaizmok ellazulását okozza.
- A mell stimulálása/szopás kapcsán a laktáció későbbi szakában alacsonyabb oxitocinszintek alakulnak ki, mint a korai posztpartum időszakban.
- Az oxitocinreceptorok koncentrációja a méhizomzatban a 13-17. héten alacsony, a 37-41. hétre 12-szeresére nő. A szülés megindulásakor a receptorok száma tovább nő [4].
- Arra is fény derült, hogy az oxitocinreceptorok expresszióját a méhizomzat feszülése indítja be (nagyobb méhűri tartalom okoz feszülést) [6].

Megjegyzendő, hogy oxitocinfelszabadulással jár a szexuális aktivitás és testedzés is, és általában nem ellenjavalltak a várandósság során.

Egy 2009-es tanulmányban 110 szoptató és 774 nem szoptató várandós nőnél vetették össze a spontán vetélés gyakoriságát [7]. A vizsgálati csoportban a nőknek volt egy érett gyermeke, nem volt az anamné-

zisükben vetélés, vagy koraszülés, a kontrollcsoportban levő nők legalább 3 hónappal a teherbeesést megelőzően abbahagyták a szoptatást. A spontán abortusz incidenciája 7.3, ill. 8.4% volt a szoptatott, ill. kontrollcsoportban. Ennek alapján a szerzők azt javasolják, hogy a szoptatás a várandósság alatt folytatódjon, amíg természetes elválasztódás nem következik be. További kutatást tartanak szükségesnek annak feltárására, hogy van-e összefüggés a korai fájástevékenység és a szoptatás között.

A harmadik trimeszterben sokszor nehéz megkülönböztetni a Braxton-Hicks kontrakciókat a fájástevékenységtől. Braxton-Hicks kontrakció valószínűsíthető, ha a szoptatás befejezése után a kontrakciók megszűnnek.

2. A várandós anya egészsége

Nincs bizonyíték arra, hogy a jól táplált és kielégítően táplálkozó anyánál a szoptatás bármilyen nutricionalis kockázatot jelentene. A tapasztalat szerint általában elmondható, hogy ha az egészséges anya az éhségérzetét kielégíti, annyi folyadékot fogyaszt, ami a szomját oltja és eleget pihen, ezzel elegendő az a kalóriamennyiség, amit magához vesz „mindhármuk” számára [1].

A szoptatás nem növeli az anyánál a csonttritkulás rizikóját akkor sem, ha a várandósság alatt szoptat. A hosszabb ideig folytatott szoptatás csökkenti az emlőrák (minden szoptatással eltöltött 12 hónap 4.2%-os kockázatsökkenést eredményez) és a későbbi kardiovaszkuláris morbiditás kockázatát is [8,9].

Speciális dietetikai megfontolás azoknál az anyáknál szükséges, akik

- anaemiások
- nem fogyasztanak tejterméket
- „vegan” diétát tartanak
- vaspótlásban részesülnek
- nem képesek elegendő kalóriamennyiséget fogyasztani

Vegyük fontolóra, hogy adjunk:

vaskészítményt
kalciumot

B12-vitamint
cinket, de más időpontban
kalóriadús kiegészítést
és vegyük fontolóra az
elválasztást

Ha az anya multivitamin-készítményt szed, az ajánlott napi egy tablettánál ne vegyen be többet.

3. A szoptatott csecsemő egészsége

A csecsemő számára előnyt jelent a szoptatás a második életévben és azon túl. A tej biztonságos táplálék a várandósság alatt is, azonban a várandósság alatt a tejmenyi-

ség csökken, ami az anyát és csecsemőt is motiválhatja az elválasztásra, illetve elválasztódásra. A várandósság következtében csökkent tejbevitel arányosan csökkenti azokat az egészségügyi előnyöket, amiket a szoptatás jelent.

4. A születendő gyermek egészsége

Ha az anya alultáplált, a várandósság alatti szoptatás problémát jelenthet, de ez nem áll fenn jól táplálkozó anyák esetében. Várandósság alatt szoptató, ugyanakkor normális határon belül gyarapodó és megfelelően táplálkozó anyák esetében azt találták, hogy az újszülöttjük normális határon belüli születési súllyal jött világra.

5. Biztonságos-e a fejés a várandósság alatt

Ha a fejés azt célozza, hogy tejet biztosítson a gyermek számára, mialatt az anya távol van tőle, nem jelent nagyobb problémát, mint a szoptatás, azonban számolni kell azzal, hogy a tej mennyisége a várandósság alatt csökken.

Folyamatos és intenzív fejéssel kapcsolatban nincsen tapasztalat és nem ajánlott.

A szülés előtti fejés nem növeli a tejtermelést a szülés után.

A 38. héten és azután a mellbimbó stimulálása a méhnyakéréséhez és a szülés indukciójához vezethet.

Irodalom

I. A laktáció szuppressziója – Ablaktálás

- [1] Lactation Suppression. In: Breastfeeding management in Australia. Third ed. Riverwood, NSW: Ligare Pty Ltd; 2004. 219-24.
- [2] Moore DB, Catlin A. Lactation suppression: forgotten aspect of care for the mother of a dying child. *Pediatr Nurs.* 2003;29:383-4.
- [3] Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD005937. DOI: 10.1002/14651858.CD005937.
- [4] Walker, M. Breastfeeding and engorgement: *Breastfeeding Abstracts*, 20, 11-12.
- [5] Iffy L. Lethal cardiovascular complications in patients receiving bromocriptine for ablactation. *Med. Law.* 1995;14:99-104.
- [6] Food and Drug Administration. Sandoz Pharmaceutical Corp.: Bromocriptine mesylate (Parlodel): withdrawal of approval of the indication for the prevention of physiological lactation. Docket No.94N-0304, Fed.Regist..1995;60:3404-5.
- [7] Hopp L, Haider B, Iffy L: Myocardial infarction postpartum in patients taking bromocriptine for the prevention of breast engorgement *Int J Cardiol.* 1996;57:227-32.
- [8] Dutt S, Wong F, Spurway JH. Fatal myocardial infarction associated with bromocriptine for postpartum lactation suppression. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 1998;38:116-9.
- [9] Iffy L, McArdle JJ, Ganesh V, Hopp L.: Bromocriptine related atypical vascular accidents postpartum identified through medicolegal reviews. *Med. Law.* 1996;15:127-34.
- [10] Iffy L, O'Donnell J, Correia J, Hopp L.: Severe cardiac dysrhythmia in patients using bromocriptine postpartum. *Am J Ther.* 1998;5:111-5.
- [11] Kirsch C, Iffy L, Zito GE, McArdle JJ.: The role of hypertension in bromocriptine-related puerperal intracranial hemorrhage. *Neuroradiology.* 2001;43:302-4.
- [12] Loewe C, Dragovic LJ. Review, Acute coronary artery thrombosis in a postpartum woman receiving bromocriptine. *Am J Forensic Med Pathol.* 1998; 19:258-60.
- [13] Barroso B, Bigou P, Martin K, Lippa A, Chabouni L. Reversible postpartum cerebral angiopathy associated with bromocriptine therapy *Rev Neurol.* 2004;160:1191-3.
- [14] Pharmindex zsebkönyv CMP Medica Információs Kft,2007
- [15] Food and Drug Administration: Estrogens for postpartum breast engorgement; withdrawal of approval of the labeled indication for postpartum breast engorgement in estrogen containing drug products; final order Docket No T8N-0280 Fed Regist 1998;63,69631-2.

II. Várandósság és szoptatás

- [1] Kennedy KI: Fertility, sexuality and contraception during lactation. In: Riordan J, Wambach K: *Breastfeeding and Human Lactation* 4th ed, 2010.
- [2] Reproductive function during lactation, pp. 735-760 In: Lawrence R, Lawrence R.M. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, Mosby 2005
- [3] Flower, H: *Adventures in Tandem Nursing: Breastfeeding during Pregnancy and Beyond*, (© 2003, LLLI)
- [4] Fuchs AR, Fuchs F, Husslein P, Soloff MS: Oxytocin receptors in the human uterus during pregnancy and parturition. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;150:734.

- [5] *Feldman, S*: Nursing through pregnancy in: „New Beginnings” 2000 <http://www.lli.org/NB/NBJulAug00p.116html>
- [6] *Terzidou V, Sooranna SR, Kim LU, Thornton S, Bennett PR, Johnson MR*: Mechanical stretch up-regulates the human oxytocin receptor in primary human uterine myocytes J Clin Endocrinol Metab 2005;90: 237–246,
- [7] *Ishii H.*: Does breastfeeding induce spontaneous abortion? J Obstet Gynaecol Res. 2009; 35:864-8.
- [8] *Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al.* Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment no. 153. (AHRQ Publication no. 07-E007. Rockville,MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
- [9] *Stuebe AM, Michels KB, Willett WC, Manson JE, Rexrode K, Rich-Edwards JW*: Duration of lactation and incidence of myocardial infarction in middle to late adulthood. Am J Obstet Gynecol. 2009;200:138.e1-138.e8.

Levelezés:

Dr. Várady Erzsébet

Cím: 1068 Budapest, Benczúr u. 39/A.

e-mail: benzcure@yahoo.com