

ABM Protocol
Protocollo ABM

ABM Clinical Protocol #17: Guidelines for Breastfeeding Infants with Cleft Lip, Cleft Palate, or Cleft Lip and Palate, Revised 2013

**Protocollo clinico n.17 dell'Academy of Breastfeeding Medicine:
Linee guida per l'allattamento di bambini con schisi del labbro,
del palato o labiopalatoschisi, revisionato nel 2013**

Sheena Reilly,^{1,2} Julie Reid,^{1,3} Jemma Skeat,² Petrea Cahir,¹ Christina Mei,² Maya Bunik⁴ e The Academy of Breastfeeding Medicine

Uno degli obiettivi centrali dell'Academy of Breastfeeding Medicine è lo sviluppo di protocolli clinici per la gestione di problemi medici comuni che potrebbero avere un impatto sulla buona riuscita dell'allattamento. Questi protocolli servono unicamente come linee guida per la cura delle madri nutrici e dei bambini allattati e non delineano un piano terapeutico esclusivo né fungono da standard di assistenza sanitaria. Variazioni al trattamento possono essere appropriate in base ai bisogni del singolo paziente.

¹ Speech Pathology Department, Royal Children's Hospital, Melbourne, Victoria, Australia.

² Murdoch Children's Research Institute, Melbourne, Victoria, Australia.

³ La Trobe University, Melbourne, Victoria, Australia.

⁴ Department of Pediatrics, University of Colorado, Aurora, Colorado.

Definizioni

Quando si verifica una labioschisi (LS) il labbro non è contiguo, quando si verifica una palatoschisi (PS) c'è comunicazione tra le cavità orali e nasali.¹ Le schisi possono variare di importanza da una semplice indentazione nel labbro superiore ad un'apertura completa del labbro che si estende nel pavimento della cavità nasale interessando l'alveolo e il forame incisivo.² Allo stesso modo una PS può coinvolgere solo il palato molle o estendersi parzialmente o completamente attraverso il palato duro e molle.¹ Nella PS l'alveolo rimane intatto. Una PS può essere sottomucosa e non essere facilmente rilevata se non ci sono corrispondenti segni o sintomi clinici o se questi sono molto tenui.¹

Contesto

Incidenza

La prevalenza a livello mondiale di LS e/o PS (L/PS) varia da 0.8 a 2.7 casi per 1000 nati vivi.³ Ci sono differenze nei tassi di incidenza tra diversi gruppi etnici, con l'incidenza più bassa riportata tra la popolazione Afro-Americana (circa 0.5 per 1000 nati vivi)^{4,5} e incidenza maggiore tra i Nativi Americani (circa 3.5 casi per 1000)⁶ e Asiatici (approssimativamente 1.7 per 1000).⁷

Anche se i rapporti variano considerevolmente, si stima che, nel numero totale di bambini con L/PS, approssimativamente il 50% abbia una combinazione di schisi del labbro e del palato, mentre il 30% abbia PS isolata, e il 20% LS isolata; la labioschisi che interessa anche l'alveolo si presenta nel 5% circa dei casi.⁸ Le schisi sono solitamente unilaterali (Fig. 1); comunque, all'incirca nel 10% dei casi sono bilaterali.⁹

Allattamento e L/PS

In queste linee guida, l'espressione *allattamento* viene usata per indicare l'attacco del bambino direttamente al seno per l'alimentazione, mentre *alimentazione con latte materno* si riferisce alla somministrazione di latte materno con biberon, tazza, cucchiaino o qualsiasi altro mezzo, ad esclusione del seno. I bambini utilizzano sia la suzione sia la compressione per poppare con efficacia. La capacità di generare vuoto è necessaria per l'attacco al seno, per il mantenimento di una posizione stabile per la poppata, e, insieme al riflesso di emissione, per l'estrazione del latte. Normalmente, quando un bambino sta poppando, le sue labbra aderiscono saldamente attorno all'areola, sigillando anteriormente la cavità orale. Il palato molle si alza verso la parte posteriore arrivando a contatto

con le pareti della faringe e sigilla il cavo orale posteriormente. La lingua e la mandibola si abbassano durante la suzione, determinando una espansione della cavità orale che genera vuoto ed estrae latte dal seno.¹⁰ La compressione si verifica quando il bambino preme il seno tra la lingua e la mandibola. Suzione e compressione favoriscono il trasferimento del latte durante l'allattamento.¹⁰⁻¹²

C'è una relazione tra la quantità di pressione orale generata durante l'allattamento e la dimensione-tipo di schisi e maturità del bambino.¹³ Per questo motivo, i bambini con LS hanno maggiori probabilità di poppare con successo rispetto a quelli con PS e LPS.¹⁴ Alcuni bambini con piccole schisi del palato molle sono in grado di generare vuoto,¹⁵ ma altri con schisi grandi del palato molle e/o duro potrebbero non riuscirci.^{15,16} I neonati o i prematuri generano livelli di vuoto più bassi rispetto ai bambini più grandi.^{13,17,18} I bambini con PS o LPS hanno difficoltà a creare il vuoto¹⁹ perché la cavità orale non può essere adeguatamente separata dalla cavità nasale durante la poppata. Per questi bambini, questa difficoltà può avere effetti negativi come l'affaticamento durante l'allattamento, i tempi di alimentazione prolungati, le limitazioni nella crescita e nella nutrizione.



Fig. 1. Schisi unilaterale del labbro. Foto del dott. John A. Giroto.

La letteratura che descrive gli esiti dell'allattamento è limitata e le evidenze sono aneddotiche e contraddittorie, cosa che rende complesso formulare le seguenti raccomandazioni.²⁰

Raccomandazioni

La qualità dell'evidenza (livelli di evidenza I, II-1, II-2, II-3 e III) per ogni raccomandazione come definita nel U.S. Preventive Services Task Force Appendix A Task Force Ratings²¹ è annotata tra parentesi.

Sintesi delle raccomandazioni per la pratica clinica

Sulla base delle evidenze esaminate, si propongono le seguenti raccomandazioni:

1. Le madri dovrebbero essere incoraggiate a fornire latte materno per i suoi molteplici effetti protettivi. L'evidenza suggerisce come l'allattamento protegga contro l'otite media, molto diffusa in questa popolazione.^{22,23} (II-2) L'alimentazione con latte materno (tramite tazza, cucchiaino, biberon, ecc.) dovrebbe essere promossa rispetto all'alimentazione con formula artificiale. Inoltre, vi sono informazioni congetturali su possibili benefici dell'alimentazione al seno rispetto al biberon per quanto riguarda lo sviluppo del cavo orale.

2. Allo stesso tempo, le madri dovrebbero essere informate sulle possibilità di successo dell'allattamento. Quando è improbabile che l'allattamento al seno possa essere l'unico metodo di alimentazione, dovrebbe essere sostenuta l'importanza dell'alimentazione con latte materno spremuto, e, quando appropriato, dovrebbe essere discussa la possibile transizione successiva al seno.

3. L'allattamento nei bambini con L/PS dovrebbe essere valutato su base individuale. In particolare, è importante prendere in considerazione la dimensione e la posizione della schisi di labbro e palato, come anche i desideri della madre e la sua eventuale precedente esperienza di allattamento. Ci sono evidenze moderate che suggeriscono che bambini con LS siano in grado di creare il vuoto necessario alla suzione¹⁹ (III) e resoconti descrittivi suggeriscono che questi bambini siano spesso in grado di poppare con successo.²⁴ (III) Ci sono evidenze moderate che i bambini con PS o LPS abbiano difficoltà a creare il vuoto per la suzione¹⁵ (I) e abbiano pattern di suzione inefficiente¹⁶ (I) rispetto a bambini normali. Le percentuali di successo per l'allattamento al seno in neonati con PS o LPS risultano inferiori a quelle osservate per i bambini con LS o senza schisi.^{14,24} (III) (Vedi Appendice)

4. Come per i casi di allattamento normale, un sostegno competente è importante. Le mamme che desiderano allattare dovrebbero avere accesso immediato ad uno specialista in allattamento che le aiuti con la posizione, la gestione della produzione di latte, l'estrazione di latte da usare come integrazione. Diversi studi hanno mostrato che le famiglie trovano utile, perché ne sentono il bisogno, avere accesso ad un professionista sanitario specializzato in L/PS, come ad esempio un infermiere clinico specializzato, durante i periodi neonatale/infantile per consulenza specifica su come alimentare un

bambino con L/PS, così come sono utili i rinvii a servizi esterni appropriati.²⁵ Interviste a genitori di bambini con L/PS o PS hanno riportato il desiderio di ricevere il più presto possibile maggiori indicazioni sulle problematiche dell'alimentazione.²⁶ (III)

5. Le famiglie possono ricevere aiuto per quanto riguarda l'alimentazione al seno o con latte materno da gruppi di sostegno tra pari che si possono trovare tramite associazioni di genitori di bambini con schisi come Wide Smiles,²⁷ oltre che dal rimando di *routine* a gruppi di sostegno per l'allattamento.

6. È importante monitorare l'idratazione e l'aumento ponderale del neonato mentre si determina il metodo di alimentazione. Se sono inadeguati, bisogna iniziare o aumentare le integrazioni (vedere "ABM clinical protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009."²⁸). Neonati con L/PS possono avere bisogno di integrazioni per una crescita e nutrizione adeguate.²⁴ Uno studio ha dimostrato come il sostegno aggiuntivo alla madre da parte di una figura specializzata possa sia migliorare i risultati della crescita ponderale sia facilitare il rimando a servizi esterni appropriati.²⁹ (III)

7. Modifiche delle posizioni di allattamento possono migliorarne l'efficienza e l'efficacia. Posizioni che sono state raccomandate sulla base di evidenze deboli (esperienza clinica o opinione di esperto), e delle quali perciò va valutato il risultato, sono:

a. Per bambini con LS:

- I. Il bambino dovrebbe essere tenuto in modo che la LS sia orientata verso la parte superiore del seno^{30,31} (per esempio, un bambino con una schisi [destra] del labbro potrebbe poppare in modo più efficiente in una posizione a culla sul seno destro e in una posizione a rugby sul seno sinistro) (III)
- II. La madre può occludere la schisi del labbro con il pollice o con un altro dito^{31,32} e/o sostenere le guance del bambino per diminuire l'ampiezza della schisi e migliorare la chiusura attorno al capezzolo.³³ (III)
- III. Per una schisi del labbro bilaterale, una posizione a cavalcioni "frontale" potrebbe essere più efficace di altre posizioni di allattamento.³¹ (III)

b. Per neonati con PS o LPS:

- I. La posizione dovrebbe essere semi-verticale per ridurre i rigurgiti nasali e il reflusso di latte nelle trombe di Eustachio.^{31,32,34-36} (III)
- II. La posizione a rugby (il corpo del bambino a fianco della madre, piuttosto che sul suo grembo, e con le spalle del bambino più alte

del suo corpo) può funzionare meglio della posizione a culla.³⁶ (III)

- III. Per neonati con schisi del palato, può essere utile posizionare il seno in modo che punti verso il “segmento di palato maggiore” – il lato del palato con la parte ossea intatta più ampia. Questo può facilitare una miglior compressione ed evitare che il capezzolo venga spinto nell'interno della schisi.³⁷ (III)
- IV. Alcuni esperti suggeriscono di sostenere il mento del neonato per stabilizzare la mandibola durante la suzione³² e/o sostenere il seno in modo che resti nella bocca del bambino.^{33,38} (III)
- V. Se la schisi è ampia, alcuni esperti suggeriscono che il seno venga puntato verso il basso per evitare che il capezzolo venga spinto nella schisi.³⁰ (III)
- VI. Le madri potrebbero dover spremere manualmente il seno nella bocca del bambino per compensare l'assenza di formazione di vuoto e compressione e per stimolare il riflesso di emissione.³⁸ (III)

8. Se viene utilizzata una protesi per l'allineamento ortopedico in previsione dell'intervento chirurgico, si dovrebbe esercitare cautela nel suggerire ai genitori che questi ausili possano facilitare l'allattamento, dato che esistono forti evidenze che essi non aumentino in modo significativo l'efficienza o l'efficacia dell'alimentazione.^{39,40} (III)

9. Le evidenze suggeriscono che l'allattamento possa cominciare/ricominciare subito dopo la riparazione delle schisi del palato e che l'allattamento al seno potrebbe essere leggermente più vantaggioso dell'alimentazione al cucchiaino.^{41,42} (I) L'allattamento può cominciare/ricominciare 1 giorno dopo la riparazione delle schisi del palato senza complicazioni alla ferita.⁴¹ In una indagine sui protocolli postoperatori della palatoplastica, è emerso che due terzi dei chirurghi permettono alle madri di allattare al seno immediatamente dopo l'intervento.⁴³ (III)

10. La valutazione della capacità di poppare al seno per bambini in cui la schisi è parte di una sindrome/sequenza dovrebbe essere effettuata caso per caso, prendendo in considerazione le caratteristiche aggiuntive della sindrome, che possono avere un impatto sul successo dell'allattamento.

Raccomandazioni per la Futura Ricerca

La questione più urgente per gli operatori sanitari che lavorano con le madri che desiderano allattare i propri figli con L/PS è la mancanza di evidenze su cui basare decisioni cliniche. Sono

indispensabili studi ben progettati, ricerche basate sui dati che documentino il tasso di successo dell'alimentazione, le strategie di gestione e i relativi risultati nel caso di bambini con L/PS. Inoltre, i ricercatori devono descrivere chiaramente il proprio campione di neonati e le tecniche di intervento in modo che i risultati delle ricerche possano così essere generalizzati.

Ringraziamenti

Questo lavoro è stato in parte sostenuto da un contributo del *Maternal and Child Health Bureau, US Department of Health and Human Services*.

Riferimenti

1. Shprintzen RJ, Bardach J. *Cleft Palate Speech Management: A Multidisciplinary Approach*. Mosby, St. Louis, 1995.
2. Shah CP, Wong D. Management of children with cleft lip and palate. *Can Med Assoc J* 1980;122:19–24.
3. Conway H, Wagner KJ. Incidence of clefts in New York City. *Cleft Palate Craniofac J* 1996;33:284–290.
4. Croen LA, Shaw GM, Wasserman CR, et al. Racial and ethnic variations in the prevalence of orofacial clefts in California, 1983–1992. *Am J Med Genet* 1998;79:42–47.
5. Niswander JD, Barrow MV, Bingle GJ. Congenital malformations in the American Indian. *Soc Biol* 1975;22:203–215.
6. Cleft Lip and Palate Association of Ireland. The incidence of clefts. 2003. www.cleft.ie/what-is-a-cleft/incidence-of-clefts (accessed April 26, 2013).
7. Young G. Cleft lip and palate. UTMB Department of Oto-laryngology Grand Rounds. 1998. www.utmb.edu/otoref/Grnds/Cleft-lip-palate-9801/Cleft-lip-palate-9801.htm (accessed April 26, 2013).
8. Mulliken JB. Repair of bilateral complete cleft lip and nasal deformity - State of the art. *Cleft Palate Craniofac J* 2000;37:342–347.
9. Wolf LS, Glass RP. *Feeding and Swallowing Disorders in Infancy: Assessment and Management*. Therapy Skill Builders, Tucson, AZ, 1992.
10. Brake S, Fifer WP, Alfasi G, et al. The first nutritive sucking responses of premature newborns. *Infant Behav Dev* 1988;11:1–9.
11. Weber F, Wooldridge MW, Baum JD. An ultrasonographic study of the organization of sucking and swallowing by newborn infants. *Dev Med Child Neurol* 1986;28:19–24.
12. Reid JA. Feeding difficulties in babies with cleft lip and/or palate: An overrated problem or a neglected aspect of care? [PhD thesis]. La Trobe University, Melbourne, 2004.
13. Reid JA, Reilly S, Kilpatrick NM. Breastmilk consumption in babies with clefts. Presented at the 63rd Annual Meeting of the American Cleft Palate-Craniofacial Association, Vancouver, BC, Canada, 2006.

14. Reid J, Reilly S, Kilpatrick N. Sucking performance of babies with cleft conditions. *Cleft Palate Craniofac J* 2007;44:312–320.
15. Maserai AG, Sell D, Habel A, et al. The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared with healthy noncleft infants. *Cleft Palate Craniofac J* 2007;44:321–328.
16. Mizuno K, Ueda A, Kani K, et al. Feeding behaviour of infants with cleft lip and palate. *Acta Paediatr* 2002;91:1227–1232.
17. Mizuno K, Ueda A. Development of sucking behavior in infants who have not been fed for 2 months after birth. *Pediatr Int* 2001;43:251–255.
18. Choi BH, Kleinheinz J, Joos U, et al. Sucking efficiency of early orthopaedic plate and teats in infants with cleft lip and palate. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991;20:167–169.
19. Smedegaard L, Dorthe Marxen MJ, Glassou EN, et al. Hospitalization, breast-milk feeding, and growth in infants with cleft palate and cleft lip and palate born in Denmark. *Cleft Palate Craniofac J* 1998;45:628–632.
20. Reid J. A review of feeding interventions for infants with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2004;41:268–278.
21. U.S. Preventive Services Task Force Appendix A Task Force Ratings. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (accessed April 26, 2013).
22. Aniansson G, Svensson H, Becker M, et al. Otitis media and feeding with breastmilk of children with cleft palate. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002;36:9–15.
23. Garcez LW, Giuliani ER. Population-based study on the practice of breastfeeding in children born with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2005;42:687–693.
24. da Silva Dalben G, Costa B, Gomide MR, et al. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2003;40:84–87.
25. Chuacharoen R, Ritthagol W, Hunsrisakhun J, et al. Felt needs of parents who have a 0- to 3-month-old child with a cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2009;46:252–257.
26. Owens J. Parents' experiences of feeding a baby with cleft lip and palate. *Br J Midwifery* 2008;16:778–784.
27. Wide Smiles. 1996. www.widesmiles2.org (accessed April 26, 2013).
28. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeed Med* 2009;4:175–182.
29. Beaumont D. A study into weight gain in infants with cleft lip/palate. *Paediatr Nurs* 2008;20:20–23.
30. Danner SC. Breastfeeding the infant with a cleft defect. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992;3:634–639.
31. Biancuzzo M. Clinical focus on clefts. Yes! Infants with clefts can breastfeed. *AWHONN Lifelines* 1998;2:45–49.
32. Helsing E, King FS. Breastfeeding under special conditions. *Nurs J India* 1985;76:46–47.
33. Bardach J, Morris HL. *Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate*. WB Saunders Co., Philadelphia, 1990.
34. Arvedson JC. Feeding with craniofacial anomalies. In: Arvedson JC, Brodsky LB, eds. *Pediatric Swallowing and Feeding: Assessment and Management*, 2nd ed. Singular Publishing Group, Albany, NY, 2002:527–561.
35. Glass RP, Wolf LS. Feeding management of infants with cleft lip and palate and micrognathia. *Infants Young Child* 1999;12:70–81.
36. Dunning Y. Child nutrition. Feeding babies with cleft lip and palate. *Nurs Times* 1986;82:46–47.
37. McKinstry RE. Presurgical management of cleft lip and palate patients. In: McKinstry RE, ed. *Cleft Palate Dentistry*. ABI Professional Publications, Arlington, VA, 1998:33–66.
38. Lehair-Yenchik J. Cleft palates. *AWHONN Lifelines* 1998;2:11–12.
39. Masarei AG. An investigation of the effects of pre-surgical orthopaedics on feeding in infants with cleft lip and/or palate [PhD thesis]. University College, London, 2003.
40. Prah C, Kuijpers-Jagtman AM, van't Hof MA, et al. Infant orthopedics in UCLP: Effect on feeding, weight, and length: A randomized clinical trial (Dutchcleft). *Cleft Palate Craniofac J* 2005;42:171–177.
41. Cohen M, Marschall MA, Schafer ME. Immediate unrestricted feeding of infants following cleft lip and palate repair. *J Craniofac Surg* 1992;3:30–32.
42. Bessell A, Hooper L, Shaw WC, et al. Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(2):CD003315.
43. Katzell EB, Basile P, Koltz PF, et al. Current surgical practices in cleft care: Cleft palate repair techniques and postoperative care. *Plast Reconstr Surg* 2009;124:899–906.
44. Darzi MA, Chowdri NA, Bhat AN. Breastfeeding or spoon feeding after cleft lip repair: A prospective, randomised study. *Br J Plast Surg* 1996;49:24–26.
45. Cleft Lip and Palate Association. Breastfeeding a baby with cleft lip and/or palate. 2009. www.clapa.com/antenatal/faq/184 (accessed April 26, 2013).
46. Gopinath VK, Muda WA. Assessment of growth and feeding practices in children with cleft lip and palate. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2005;36:254–258.
47. Paradise JL, Elster BA, Tan L. Evidence in infants with cleft palate that breastmilk protects against otitis media. *Pediatrics* 1994;94:853–860.
48. Erkkila AT, Isotalo E, Pulkkinen J, et al. Association between school performance, breastmilk intake and fatty acid profile of serum lipids in ten-year-old cleft children. *J Craniofac Surg* 2005;16:764–769.
49. World Health Organization Health. Factors which may interfere with breastfeeding. *Bull World Health Organ* 1989; 67(Suppl):41–54.
50. Pierre Robin Network. Feeding your child. 2012. www.pierrerobin.org (accessed April 26, 2013).
51. Pandya AN, Boorman JG. Failure to thrive in babies with cleft lip and palate. *Br J Plast Surg* 2001;54:471–475.

I Protocolli dell'ABM scadono 5 anni dopo la data di pubblicazione.

Revisioni basate sulle evidenze scientifiche vengono realizzate entro 5 anni o prima, se ci sono cambiamenti significativi nelle evidenze.

Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee

*Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Chairperson
Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-Chairperson*

*Larry Noble, MD, FABM, Translations
Chairperson*

Nancy Brent, MD

Amy E. Grawey, MD

Alison V. Holmes, MD, MPH, FABM

Ruth A. Lawrence, MD, FABM

Tomoko Seo, MD, FABM

*Traduzione di Micaela Notarangelo,
Consulente LLL*

*Revisione di Elena Fumagalli e Carla Scarsi,
Consulenti LLL*

Appendice: Domande Frequenti (FAQ)

L'allattamento dei neonati con LS, PS o LPS

Con le eccezioni segnalate, la letteratura presa in esame riguarda neonati con schisi non sindromiche del labbro e/o del palato.

1. I neonati con LS possono essere allattati con successo?

Non ci sono evidenze solide riguardo l'allattamento dei bambini con schisi del labbro. C'è evidenza moderata (II-2) che i bambini con schisi del labbro possano creare vuoto durante la poppata.^{15,19} Studi descrittivi (III) hanno mostrato tassi di successo nell'allattamento simili a quelli della popolazione normale.²³ L'opinione degli esperti (III) suggerisce che neonati con una LS possano riuscire a poppare relativamente più facilmente al seno che non al biberon perché il tessuto del seno si conforma alla schisi e occlude l'apertura meglio di una tettarella artificiale.⁴⁴⁻⁴⁶ L'opinione degli esperti indica che modifiche della posizione possono facilitare l'allattamento per questi neonati.³⁰⁻³³

2. I neonati con PS possono essere allattati con successo?

Non ci sono evidenze solide riguardo l'allattamento dei bambini con schisi del palato. C'è evidenza moderata (II-2) che i bambini con schisi del palato non possano creare vuoto quando alimentati al biberon.^{15,19} Anche se neonati con schisi del palato molle possono

Certified Translation: this translation has been approved by the Academy of Breastfeeding Medicine.

Traduzione certificata: questa traduzione è stata approvata dall'Academy of Breastfeeding Medicine.

Per comunicazioni: abm@bfmed.org

BREASTFEEDING MEDICINE

Volume 8, Number 4, 2013

© Mary Ann Liebert, Inc.

DOI: 10.1089/bfm.2013.9988

Tradotto nel Gennaio 2017

essere in grado di creare il vuoto, questa non è la situazione più comune.^{13,15} Studi descrittivi indicano che il successo dell'allattamento di bambini con schisi del palato è molto inferiore a quello dell'allattamento di bambini con schisi del labbro.^{25,31} Ci sono deboli evidenze (III) che suggeriscono che si possa realizzare un allattamento parziale (con integrazione) e che la dimensione e la localizzazione della schisi siano fattori determinanti per il successo dell'allattamento.^{35, 36,45} Come per i bambini con schisi del labbro, è stato riportato che modifiche della posizione di allattamento possano migliorarne l'esito.^{30,31,34-36} (III)

3. I neonati con LPS possono essere allattati con successo?

Non ci sono evidenze solide riguardo l'allattamento dei bambini con labiopalatoschisi. C'è evidenza moderata (II-2) che i bambini con LPS non siano in grado di creare vuoto quando alimentati al biberon^{13,15,19} e ci sono evidenze moderate o deboli che a volte i bambini con LPS possano essere allattati con successo.²⁶ Studi descrittivi indicano che il tasso di successo dell'allattamento varii tra lo 0% e il 40%.^{22, 23} Gli esperti raccomandano modifiche della posizione di allattamento per migliorarne l'esito.^{29, 30,32,35, 36, 38} (III)

4. Ci sono evidenze per guidare la valutazione e la gestione dell'allattamento di bambini con L/PS?

Oltre a evidenze solide riguardo l'uso delle placchette palatali (considerate a parte), ci sono evidenze moderate (II-3) che l'educazione

sull'allattamento sia importante nel facilitare l'efficienza nell'alimentazione dei neonati con L/PS.⁴⁶ Il resto delle evidenze è debole (III) e si focalizza principalmente su (a) le aree di monitoraggio e (b) le raccomandazioni per le integrazioni.

5. Ci sono evidenze che le placchette facilitino il successo dell'allattamento di bambini con LPS o PS?

Gli esiti dell'allattamento possono essere influenzati dall'uso di placchette per l'alimentazione (che occludono parte della schisi nel tentativo di "normalizzare" la cavità orale per l'alimentazione)³⁹ o protesi ortopediche pre-chirurgiche (protesi per riposizionare i segmenti della schisi prima dell'intervento). Il presente testo si riferisce collettivamente a queste placchette come "placchette". Ci sono forti evidenze (I) che le placchette non facilitino l'alimentazione o l'accrescimento ponderale nei bambini con LPS³⁹ e che non migliorino la velocità dell'alimentazione al biberon.⁴⁰ Ci sono evidenze moderate (II-2) che le placchette non facilitino la creazione del vuoto durante l'alimentazione al biberon.¹⁸ Questo avviene perché queste placchette non facilitano una completa chiusura del palato molle contro la parete della gola durante l'alimentazione. Esistono evidenze contraddittorie che supportano l'uso di placchette per facilitare l'allattamento al seno in bambini con PS o LPS, ma derivano da fonti molto più deboli.^{29,44,46} (II-2, III)

6. Ci sono evidenze che l'allattamento dia benefici aggiuntivi ai bambini con L/PS rispetto alla popolazione normale?

Esistono diversi studi con livello di evidenza moderato o debole (II-2), la maggior parte dei quali sono opinioni di esperti (III). È ampiamente riconosciuto come l'allattamento e l'alimentazione con latte materno portino benefici positivi sia alla madre che al bambino. Ci sono evidenze deboli o moderate che nel caso di neonati con PS l'alimentazione con latte materno protegga i neonati da otite media.^{22,47} Questi bambini ne sono maggiormente soggetti rispetto alla popolazione generale a causa della muscolatura anomala del palato molle.⁴⁷ Ci sono evidenze deboli o moderate che il latte materno possa promuovere lo sviluppo intellettuale e i risultati scolastici nei bambini con schisi.⁴⁸ Gli agenti antibatterici nel latte materno favoriscono la guarigione postoperatoria e riducono l'irritazione della mucosa (in confronto con la formula artificiale).⁴⁹ (III) Inoltre, gli esperti hanno suggerito che l'allattamento al seno faciliti lo sviluppo della muscolatura orofacciale,²⁹ del linguaggio,^{29,36} del *bonding*,³⁶ e sia di consolazione ai bambini nel postoperatorio.^{29,45}

7. Ci sono evidenze che indichino quando sia sicuro iniziare/ricominciare ad allattare al seno dopo l'intervento al labbro o al palato?

La cheiloplastica (riparazione della schisi del labbro) viene effettuata solitamente a pochi mesi dalla nascita,⁷ e la palatoplastica (riparazione del palato) spesso avviene tra i 6 e i 12 mesi di età. Ci sono numerosi studi che forniscono forti evidenze in quest'area (I, II-2). Ci sono evidenze da moderate a forti (I, II-2) che sia sicuro iniziare/ricominciare l'allattamento al seno immediatamente dopo la riparazione della LS,^{41,42} e ci sono evidenze moderate (II-2) a favore dell'inizio dell'allattamento un giorno dopo la riparazione delle PS.⁴¹ Ci sono forti evidenze (I) che l'allattamento al seno immediatamente dopo l'intervento sia più efficace, rispetto all'alimentazione col cucchiaino, in termini di aumento ponderale, con minori costi di ospedalizzazione.⁴¹ Ci sono evidenze contrarie, ma da fonti più deboli (III) e le raccomandazioni sono divise.³²⁻³⁴

8. Ci sono evidenze che indichino se i bambini in cui la PS è parte di una sindrome/sequenza possano essere allattati?

Ci sono più di 340 sindromi in cui si può presentare una L/PS.³⁵ Eccede lo scopo di questo protocollo farne una rassegna e avanzare raccomandazioni per tutte nei dettagli. Vengono comunque qui presentati alcuni dati chiave che possono guidare le scelte pratiche per allattamento. Evidenze da deboli a moderate suggeriscono che, oltre alla schisi, le altre anomalie facciali associate con queste sindromi (per es. ipotonia, micrognazia, glossoptosi) abbiano influenza sul successo dell'allattamento.^{35,50,51}

È importante esaminare l'influenza sull'alimentazione di tutte le anomalie e decidere un trattamento tenendole presenti.