

The Academy of Breastfeeding Medicine

Protocolli ABM

Un obiettivo centrale dell'**Academy of Breastfeeding Medicine** è rappresentato dall'elaborazione di protocolli clinici rivolti al trattamento di problemi medici frequenti che possono contrastare il successo dell'allattamento al seno. Questi protocolli sono usati soltanto come linea guida per la cura di mamme che allattano e di neonati, e non indicano un tipo esclusivo di trattamento né servono come standard di cure mediche. Molte variazioni possono essere indicate nel trattamento in base alle necessità di un singolo paziente.¹

Protocollo n°9

Uso di Galattogoghi per favorire l'inizio o l'aumento della produzione materna di latte

Premessa

I galattogoghi (o lattogoghi) sono farmaci o altre sostanze ritenuti di aiuto nell'inizio, nel mantenimento o nell'aumento della produzione materna di latte. Poiché la scarsa produzione di latte rappresenta una delle ragioni più frequenti per interrompere l'allattamento al seno,¹ sia le madri che i medici si sono rivolti alla medicina per risolvere questo problema. La produzione di latte materno è un processo fisiologico complesso che coinvolge fattori fisici ed emotivi e l'interazione di molti ormoni, il più importante dei quali si ritiene che sia la prolattina. Con il parto e l'espulsione della placenta, i livelli di progesterone calano bruscamente ed inizia una copiosa produzione di latte (Lattogenesi II).² Attraverso l'interazione con l'ipotalamo e l'ipofisi anteriore, i dopaminergici inibiscono, mentre gli anti-dopaminergici aumentano la secrezione di prolattina e quindi la produzione di latte (controllo endocrino). In seguito, i livelli di prolattina diminuiscono gradualmente ma la produzione di latte viene mantenuta od aumentata da meccanismi locali di feed-back (controllo autocrino).³ Pertanto, è necessario un aumento nei livelli di prolattina per incrementare, ma non per mantenere, la produzione di latte. Se le mammelle non sono svuotate regolarmente e completamente la produzione di latte cala. Allo stesso modo, lo svuotamento più frequente e completo del seno determina caratteristicamente un aumento nella produzione lattea. L'uso dei galattogoghi per un'insufficiente produzione di latte in genere dovrebbe essere riservata a situazioni nelle quali, dopo un'accurata valutazione di cause trattabili (ad esempio ipotiroidismo materno od utilizzo di farmaci) e l'aumentata frequenza di poppate od il ricorso a tiralatte o spremitura, non ha dato successo.

Indicazioni per l'uso dei Galattogoghi

Le indicazioni più comuni per l'uso dei galattogoghi sono l'allattamento dei piccoli adottati (cioè l'induzione della lattazione in una donna che non ha portato in grembo il bambino), la rilattazione (cioè ristabilire la produzione di latte dopo lo svezzamento), e l'aumento di una produzione insufficiente di latte a causa di malattie di madre o bambino, o di separazione. Le madri che non allattano direttamente ma che spremono il latte manualmente o lo tirano spesso vanno incontro ad una riduzione

nella produzione di latte dopo parecchie settimane. Una delle indicazioni più frequenti per i galattogoghi è l'aumento di una produzione in calo di latte in madri di piccoli prematuri o malati in TIN.

Come si deve procedere ?

1. Prima di usare qualsiasi sostanza per cercare di aumentare la produzione di latte, è d'obbligo una valutazione completa dell'attuale produzione materna di latte e dell'efficacia del "trasferimento" di latte. Deve essere posta particolare attenzione alla valutazione ed all'aumento della frequenza e dell'accuratezza del trasferimento di latte. Ciò si può ottenere attraverso l'aumento della frequenza e della durata dell'allattamento (se il bambino si è dimostrato capace di svuotare le mammelle) o dal tiraggio del latte. E' consigliato un tiralatte a ciclo automatico, capace di drenare contemporaneamente entrambe le mammelle, se disponibile. Dovrebbero poi essere corretti problemi quali frequenza e durata delle poppate, integrazione non adeguata, separazione madre/figlio, attacco non efficace e trasferimento inadeguato del latte.

2. Le donne dovrebbero essere informate su tutti i dati (o sulla loro mancanza) riguardanti efficacie, sicurezza ed epoca d'utilizzo dei galattogoghi. Con l'eccezione dell'allattamento dei piccoli adottati, dove i galattogoghi vengono iniziati prima della nascita del bambino, non esiste alcuna ricerca che suggerisce che sia efficace iniziare i galattogoghi entro la 1° settimana post-partum.

3. Le mamme dovrebbero essere attentamente valutate alla ricerca di controindicazioni verso farmaci o sostanze scelte, ed informate sui possibili effetti collaterali. Sebbene un consulente della lattazione possa consigliare il farmaco o l'erba officinale, è responsabilità del medico prescrivere farmaci e seguire la mamma ed il bambino.

4. Il medico che prescrive il farmaco è obbligato a seguire di persona sia la madre che il bambino ed assicurarne un follow-up adeguato riguardo la produzione di latte ed ogni tipo di effetto collaterale. In pratica, molte volte sono l'infermiera, il pediatra od il neonatologo quelli a cui viene chiesta la prescrizione di un galattogogo e non l'ostetrico ginecologo. Come si verifica di frequente quando ci si occupa di lattazione, i medici di famiglia rivestono una posizione ottimale per trattare questa fase.

5. Per alcune di queste sostanze è stato valutato un utilizzo per breve tempo (1-3 settimane), mentre l'uso prolungato non è stato ancora studiato. Descrizioni aneddotiche non suggeriscono alcun incremento degli effetti collaterali con i farmaci più frequentemente utilizzati (metoclopramide, domperidone, fieno-greco), ma non sono noti gli effetti a lungo termine sulla madre o sul bambino.

GALATTOGOGHI SPECIFICI

Sono stati consigliati come galattogoghi molti farmaci, cibi e terapie con erbe. I farmaci usati esercitano spesso i loro effetti attraverso l'antagonismo dei recettori della dopamina, determinando così un aumento della prolattina. In molti casi il/i meccanismo/i d'azione sono sconosciuti.

Metoclopramide

La metoclopramide risulta il farmaco meglio studiato ed usato più di frequente per indurre od aumentare la lattazione negli USA. Essa favorisce la lattazione svolgendo azione antagonista sulla liberazione di dopamina a livello del sistema nervoso centrale, aumentando così i livelli di prolattina.⁴ E' un antiemetico ed è anche frequentemente usato per il reflusso gastro-esofageo nel lattante. Sebbene i livelli

evidenziati nel latte materno siano risultati più alti rispetto a quelli del siero materno, i livelli nel bambino sono risultati non evidenziabili oppure ben al disotto dei livelli terapeutici infantili, senza effetti collaterali descritti.⁵ La metoclopramide non sembra alterare in modo significativo la composizione del latte.⁽⁶⁻⁷⁾ Molti studi hanno dimostrato la sua efficacia nell'induzione e nell'aumento della produzione di latte.⁽⁸⁻¹⁹⁾ Comunque, c'è un solo studio clinico controllato che non è riuscito a dimostrarne l'efficacia.²⁰

Nella madre possono comparire irrequietezza, sonnolenza, stanchezza e diarrea, ma di solito non richiedono la sospensione del farmaco.⁽⁴⁻¹⁵⁾ Il farmaco dovrebbe essere sospeso alla comparsa di uno qualsiasi dei rari effetti collaterali extrapiramidali (insonnia, cefalea, confusione, vertigini, depressione psichica o sensazione d'ansietà o agitazione). Le reazioni distoniche acute sono molto rare (<0.5%) e possono richiedere il trattamento con difenydramina (Benadryl). La metoclopramide non dovrebbe essere usata in pazienti affetti da epilessia o in trattamento anticonvulsivante, in caso di depressione significativa o di trattamento con antidepressivi, in pazienti affetti da feocromocitoma o ipertensione non controllata, in caso di emorragia od occlusione intestinali oppure in caso di allergia nota o precedente reazione alla metoclopramide.⁴ La metoclopramide passa nel latte, ma la ricerca non ha dimostrato alcun effetto collaterale nei figli delle madri che assumono metoclopramide,⁽⁸⁻¹⁹⁻²¹⁾

Il dosaggio usato comunemente varia da 30 a 45 mg/die in tre o quattro dosi refratte, con un effetto dose-risposta fino a 45 mg al giorno.¹³ Di solito viene somministrata per un periodo di 7-14 giorni a dosaggio pieno, con una riduzione graduale fino alla sospensione in 5-7 giorni. Periodi d'uso più prolungati possono essere associati ad un'aumentata incidenza di depressione.

Occasionalmente la produzione materna di latte diminuirà quando viene ridotto il dosaggio, e la dose efficace più bassa è stata continuata per periodi più lunghi con successo. Alcuni esperti consigliano anche un incremento graduale all'inizio della terapia.

Domperidone

Anche il domperidone è un antagonista della dopamina che è disponibile fuori degli USA per il trattamento del reflusso gastro-esofageo e del vomito.²² A causa delle sue caratteristiche farmacologiche, è meno probabile che il domperidone attraversi la barriera emato-cerebrale materna, determinando così minori effetti collaterali di tipo extrapiramidale rispetto alla metoclopramide. E' anche meno probabile che il domperidone passi nel latte materno rispetto alla metoclopramide.¹¹ La somministrazione di domperidone determina aumento significativo nei livelli medi di prolattina nel siero in donne normali.^(24,25) Il domperidone è l'unico galattagogo valutato in uno studio clinico randomizzato che si è dimostrato sicuro ed efficace nell'aumentare la produzione di latte materno.²⁴

Gli effetti collaterali sono molto rari e comprendono secchezza delle fauci, cefalea (risolta con dosaggio ridotto), e crampi addominali.²² Un trattamento cronico con domperidone ad alte dosi nei roditori è stato associato ad un numero aumentato di tumori mammari. Questo dato non è stato descritto nell'uomo. Il domperidone è controindicato in pazienti con sensibilità nota al farmaco ed in situazioni nelle quali una stimolazione gastrointestinale potrebbe risultare pericolosa (ad esempio, emorragia gastrointestinale, occlusione meccanica, o perforazione). Nonostante il fatto che il domperidone sia approvato per l'uso nella maggior parte del mondo e che sia stato utilizzato per molti anni con un eccellente indice di sicurezza, la Food and Drug Administration (F.D.A) negli USA ha pubblicato un avvertimento contro il suo uso

negli USA che si basa sui possibili problemi di sicurezza in caso di utilizzo endovenoso o sui rischi associati all'importazione del farmaco.⁴⁰ Non ci sono evidenze che la somministrazione orale è associata a tossicità sia nella madre che nel bambino.⁴⁰

La dose consueta varia tra 10 e 20 mg, 3-4 volte al giorno per un periodo di 3-8 settimane. La maggior parte delle donne rispondono entro 3-4 giorni, alcune rispondono in 24 ore, mentre altre richiedono 2-3 settimane per raggiungere il massimo effetto.²⁵

Sulpiride e Clorpromazina

La sulpiride è un farmaco anti-psicotico (neurolettico) non disponibile negli USA che agisce come galattagogo attraverso l'aumento dell'ormone di rilascio della prolattina dall'ipotalamo. Due studi hanno dimostrato un aumento della produzione latte in confronto al placebo. Gli effetti collaterali materni possono comprendere gli effetti extrapiramidali sopraelencati per la metoclopramide ed un possibile aumento di peso. La dose suggerita è 50 mg 2-3 volte al giorno.^(26,28)

Gli psichiatri da lungo tempo hanno notato la comparsa di galattorrea sia nei maschi che nelle femmine in terapia con Clorpromazina (un altro neurolettico). Una dose orale di 25 mg per tre volte al giorno per una settimana si è dimostrata utile per aumentare la produzione di latte.

Dal momento che sia la sulpiride che la clorpromazina determinano l'aumento dei livelli di prolattina attraverso il blocco dei recettori della dopamina (e quindi l'azione di inibizione della prolattina esercitata dalla dopamina), sono nuovamente possibili effetti collaterali extrapiramidali.²⁹

Ormone umano della crescita (HGH)

Uno studio randomizzato, a doppio cieco, controllato con placebo condotto con la somministrazione di HGH per via sottocutanea alla dose di 0.1u.i./kg/die ha notato un incremento significativo nel volume del latte a partire dal 7° giorno in 16 donne sane che allattavano. Non si sono riscontrate variazioni documentate nella composizione del latte né sono stati descritti effetti collaterali nelle madri. L'utilità di questo galattagogo iniettabile e molto costoso sembra comunque limitata.^(21,30)

Ormone di rilascio della tiotropina (TRH)

L'ormone di rilascio della tiotropina (TRH) viene usato negli USA per valutare la funzione tiroidea. Esso determina il rilascio da parte dell'ipofisi sia dell'ormone che stimola la tiroide (TSH) che della prolattina. Lo studio più recente suggerisce che l'uso per breve tempo è sicuro ed efficace, mentre quello per periodi prolungati non è stato valutato. Il dosaggio era di un puff spray (1mg TRH) 4 volte al giorno.³¹

Altri studi hanno utilizzato la via e.v. (200 µg) ed orale (5mg).³² Il TRH non viene usato di frequente.

Galattogoghi a base di erbe/naturali

Nel corso della storia del nostro mondo le donne hanno usato erbe o cibi particolari per aumentare la loro produzione di latte. La maggior parte di queste sostanze non hanno ricevuto una valutazione scientifica ma l'uso tradizionale ne suggerisce la sicurezza ed una certa efficacia. Per tutte le sostanze i meccanismi di azione sono sconosciuti. Le erbe comunemente indicate come galattogoghi comprendono il finogreco, ruta caprina, cardo del latte, anice, basilico, cardo benedetto, semi di finocchio, malva ed altre. In certe culture si usa comunemente la birra, ma l'alcool può ridurre la produzione di latte e non c'è alcuna evidenza a sostegno del fatto che i lieviti contenuti nella birra siano galattogoghi efficaci.

Si deve notare che alle erbe ed agli integratori della dieta è stato consentito da parte del *Federal 1994 Dietary Supplement Act* di evitare la rigorosa valutazione della

Food and Drug Administration Statunitese richiesta per i farmaci. La composizione degli integratori a base di erbe e dietetici che possono talvolta contenere sostanze tossiche è sconosciuta. Ciò è vero in maniera particolare per le erbe provenienti dalla Cina. Non ci sono dosi, preparazioni o composizioni standard, ed un pericolo può essere rappresentato dalle preparazioni fraudolenti.

Fieno Greco (*Trigonella Foenum-Graecum*): è il galattagogo erbaceo consigliato più frequentemente, cui è stata attribuita alta considerazione come spezia o medicinale in India e nel Medio Oriente da migliaia di anni. Fa parte della famiglia dei piselli, ed è catalogata dalla F.D.A Statunitense come GRAS (cioè considerata in genere sicura). La dose consueta varia da 1 a 4 capsule (580-610 mg) tre o quattro volte al giorno, sebbene non esista come per la maggior parte dei rimedi a base di erbe un dosaggio standard. Il più elevato di questi dosaggi può essere richiesto in caso di madri che riprendano di nuovo ad allattare o che abbiano adottato un bambino. In alternativa può essere assunta come una tazza di infuso filtrato tre volte al giorno (1/4 di cucchiaino di semi messi in infusione in 240 ml di acqua per 10 minuti).³³ Huggins³⁴ ha descritto l'uso del fienogreco in almeno 1200 donne con un successivo aumento di produzione latte entro 24-72 ore. Gli effetti collaterali sono rari: odore simil acero nel sudore, nel latte e nell'urina; diarrea ed aumento dei sintomi asmatici. Se ne sconsiglia l'uso in gravidanza a causa dei suoi effetti stimolanti sull'utero. E' nota anche la sua capacità di abbassare la glicemia, per cui se ne consiglia cautela nell'uso. Due recenti lavori preliminari ne suggeriscono l'efficacia.^(35,36)

Ruta Caprina (*Galega Officinalis*): è un galattagogo tradizionale, ampiamente consigliato in Europa, sulla base dell'osservazione di un aumento della produzione di latte quando le mucche la assumevano come alimento nel '900. Non sono stati effettuati studi clinici controllati sull'uomo, ne sono stati descritti effetti collaterali, ad eccezione del seguente; il consumo materno di un infuso favorente la lattazione che conteneva estratti di liquirizia (*Glycyrrhiza Glabra*), finocchio, anice, e ruta caprina era legato alla comparsa di sonnolenza, ipotonia, letargia, vomito e suzione debole in due neonati allattati al seno. Risultavano negative le analisi per escludere una infezione, e segni e sintomi scomparivano dopo la sospensione dell'infuso e l'interruzione per due giorni dell'allattamento al seno.³⁷ L'infuso non era stato esaminato per la ricerca di contaminanti o adulteranti, e non sono stati descritti altri effetti collaterali in Europa o Sud America, dove l'erba viene usata anche come ipoglicemizzante. Si usa di solito come infuso (1 cucchiaino di foglie essiccate messo in infusione in 240ml di acqua per 10 minuti), con l'assunzione di una tazza tre volte al giorno.³³

Cardo del Latte (*Silibum Marianum*)

Storicamente è stato utilizzato in tutta Europa, ma non esistono studi clinici controllati per avvalorare il suo uso. La pianta è ancora comunemente nota con il nome di Cardo di S.Maria in onore della Vergine Maria. I primi cristiani credevano che le venature bianche presenti sulle foglie rappresentassero il simbolo del suo latte materno. L'associazione Americana dei Prodotti a base di Erba gli assegna un punteggio di 1; il che significa che l'erba può essere consumata con sicurezza se usata in modo appropriato e non ne controindica l'uso in corso di allattamento.³⁸ Viene utilizzata come infuso filtrato (far bollire lentamente 1 cucchiaino di semi macinati in 240ml di acqua per 10 minuti), assumendone 2 o 3 tazze al giorno.³³

Conclusioni

Tra le sostanze utilizzate per indurre, mantenere od aumentare la produzione di latte, il domperidone e la metoclopramide sembrano le più efficaci sul piano clinico. Prima di usare qualsiasi galattagogo, ci si dovrebbe indirizzare alla valutazione ed alla

correzione di ogni fattore suscettibile di modifica, quali la frequenza e la completezza dello svuotamento mammario. Un medicinale non dovrebbe mai sostituire la valutazione ed il counseling di fattori che possono essere modificati o la rassicurazione, quando indicata. Come per ogni farmaco somministrato a donne che allattano, è essenziale un attento follow-up della madre e del bambino.

Bibliografia

1. Sjolín S, Hofvander Y, Hillervik C: Factors Related to Early termination of Breastfeeding: A Retrospective Study in Sweden. *Acta Paediatr Scand* 66:505–511, 1977.
2. Neville MC, Morton J, Unemura S: Lactogenesis: Transition from pregnancy to lactation. *Ped Clin North Am* 48:45–52, 2001.
3. Lawrence RA, Lawrence RM: *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 5th ed. St. Louis, Mosby, 1999.
4. Murray L (ed): *Physicians' Desk Reference*, 56th ed. Montvale, NJ, Medical Economics, 2002.
5. Kauppila A, Arvel P, Koivisto M, et al. Metoclopramide and breastfeeding: Transfer into milk and the newborn. *Eur J Clin Pharm* 25:619–623, 1983.
6. Ertl T, Sulyok E, Ezer E, et al. The influence of metoclopramide on the composition of human breastmilk. *Acta Paediatr Hung* 31:415–422, 1991.
7. deGezelle H, Ooghe W, Thiery M, et al. Metoclopramide and breast milk. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 15:31–36, 1983.
8. Sousa PLR, Barros FC, Pinheiro GNM, et al: Reestablishment of lactation with metoclopramide. *J Trop Pediatr Environ Child Health* 21:214, 1975.
9. Guzman V, Toscano G, Canales ES et al: Improvement of defective lactation by using oral metoclopramide. *Acta Obstet Gynecol Scand* 58:53–55, 1979.
10. Lewis PJ, Devenish C, Kahn C: Controlled trial of metoclopramide in the initiation of breast feeding. *Br J Clin Pharmacol* 9:217–219, 1980.
11. Tolino A, Tedeschi A, Farace R, et al: The relationship between metoclopramide and milk secretion in puerperium. *Clin Exp Obstet Gynecol* 8:93–95, 1981.
12. Kauppila A, Kivinen S, Ylikorkala O: Metoclopramide increases prolactin release and milk secretion in puerperium without stimulating the secretion of thyrotropin and thyroid hormones. *J Clin Endocrinol Metab* 52:436–439, 1981.
13. Kauppila A, Kivinen S, Ylikorkala O: A dose response relation between improved lactation and metoclopramide. *Lancet* 1(8231):175–157, 1981.
14. deGezelle H, Ooghe W, Thiery M, et al: Metoclopramide and breast milk. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 15(1):31–36, 1983.
15. Kauppila A, Anunti P, Kivinen S, et al: Metoclopramide and breast feeding: efficacy and anterior pituitary responses of the mother and child. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 19:19–22, 1985.
16. Gupta AP, Gupta PK: Metoclopramide as a lactagogue. *Clin Pediatr* 24:269–272, 1985.
17. Ehrenkrantz RA, Ackerman BA: Metoclopramide effect on faltering milk production by mothers of premature infants. *Pediatrics* 78:614, 1986.
18. Liu JH, Lee DW, Markoff E: Differential release of prolactin variants in postpartum and early follicular phase women. *J Clin Endocrinol Metab* 71:605–610, 1990.
19. Budd SS, Erdman SH, Long DM, et al: Improved Lactation with metoclopramide. A case report. *Clin Pediatr* 32:53 1993.
20. Lewis PA, Devenish C, Kahn C: Controlled trial of metoclopramide in the initiation of breast feeding. *Brit J Clin Pharmacol* 9:217–219, 1980.
21. Gabay MP. Galactagogues: Medications that induce lactation. *J Hum Lact* 18:274–249, 2002.
22. Hutchinson TA, Shahan DR, Anderson ML, eds: *DRUGDEX®system*, Healthcare Series 121, Englewood, Colo: MICROMEDIX. Edition expires September 30, 2004.
23. Hofmeyr GJ, van Iddekinge B. Domperidone and lactation. *Lancet* 1983;1(8235):647.
24. daSilva OP, Knoppert DC, Angelini MM, Forret P.: Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Can Med Assoc J* 164:17–21; 2001.
25. Newman J. Handout #19:Domperidone, January 1998. Retrieved 7/16/04, from <http://bfirc.com/newman/lbreastfeeding/domperid.htm>
26. Aono T, Ari T, Koike K, et al. Effect of Sulpiride on poor puerperal lactation. *Am J Obstet Gynecol* 143:927, 1982.

27. Ylikorkali O, Kauppila A, Kivinen S, et al: Sulpiride improves inadequate lactation. *Br Med J* 285:299,1982.
28. Ylikorkali O, Kauppila A, Kivinen S, et al: Treatment of inadequate lactation with oral Sulpiride and buccal oxytocin. *Obstet Gynecol* 63:57, 1984.
29. Brown RE: Relactation: An overview. *Pediatrics* 60:116, 1977.
30. Caron RW, Janh GA, Deis RP: Lactogenic actions of different growth hormone preparations in pregnant and lactating rats. *J Endocrinol* 142:535, 1994.
31. Bose CL, D'Ercole J, Lester AG, et al. Relactation by mothers of sick or premature infants. *Pediatrics* 67:565, 1981.
32. Tyson JE, Perez A, Zanartu J: Human lactational response to oral thyrotropin releasing hormone. *J Clin Endocrinol Metab* 43:760–776, 1976.
33. Low Dog T: Lactogogues. Presentation at International Lactation Consultants Association (ILCA) Annual Meeting, August 2001.
34. Huggins KE: Fenugreek: One remedy for low milk production. Retrieved 7/16/04 from <http://www.breastfeedingonline.com/fenuhugg.shtml>
35. Swafford S, Berens P: Effect of fenugreek on breast milk volume. Abstract, 5th International Meeting of the Academy of Breastfeeding Medicine, September 11–13, 2000, Tucson, Ariz.
36. Co MM, Hernandez EA, Co BG: A comparative study on the efficacy of the different galactogogues among mothers with lactational insufficiency. Abstract, AAP Section on Breastfeeding, 2002 NCE, October 21, 2002.
37. Rosti L, Nardini A, Bettinelli ME, Rosti D: Toxic effects of an herbal tea mixture in two newborns. *Acta Pediatr* 83:683, 1994.
38. McGuffin M, Hobbs C, Upton R, Goldberg A (eds): *American Herbal Products Association's Botanical Safety Handbook*. Boca Raton, FL, CRC Press, 1997, p 107.
39. U.S. Food and Drug Administration, FDA Talk Paper. June 7, 2004, www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2004/ANS01292.html

*Copyright protected © 2004 The Academy of Breastfeeding Medicine, Inc
Approved July 30, 2004*

*The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee
Caroline J. Chantry MD, FABM, Co-Chairperson
Cynthia R. Howard MD, MPH, FABM, Co-Chairperson*

**Anne Montgomery*

**Nancy Wight MD, FABM*

Supported in part by a grant from the Maternal and Child Health Bureau, Department of Health and Human Services.

**Lead Author(s)*

*A cura del dr. Mario Cirulli pediatra IBCLC.
(un ringraziamento particolare per la traduzione al dr. Enrico Baiocchi)*