

# ZÁSTAVA LAKTACE

**MUDr. Tomáš Fait, PhD.**

*Gynekologicko-porodnická klinika I. LF UK a VFN, Praha*

Mateřské mléko je optimální výživa pro kojence. Zatímco ve svém nutričním obsahu je nahraditelné, v oblasti imunologie a dlouhodobého prospívání nikoli. Kojení je spojováno s řádným psychosociálním vývojem jedince. Pro matku má kojení výhody logistické, finanční i zdravotní. Kojení snižuje následné riziko vzniku karcinomu prsu. Ve studii Engera (4) je 16měsíční kojení spojeno s odds ratio pro karcinom prsu 0,66, tedy snížením rizika o 34 %.

Přesto existují v souvislosti s těhotenstvím respektive jeho ukončením od poloviny druhého trimestru do konce gravidity stavy, kdy je indikována zástava laktace.

## 1 Indikace

Indikace k zástavě laktace (*tab. 1*) jsou obecně známé.

**Tab.1** Indikace k zástavě laktace

• úmrtí novorozence, porod mrtvého plodu
• potrat v druhém trimestru
• onemocnění prsu: těžká forma mastitis puerperalis stav po operaci prsu s narušením mlékovodů
• těžké celkové onemocnění matky
• užívání léků či drog, které přestupují do mléka a jsou pro plod nežádoucí
• přání matky, dítě k adopci

Obdivuhodné snižování perinatální úmrtnosti v České republice je v posledních letech dosahováno již jen dalším zlepšováním časné novorozenecké úmrtnosti, zatímco mrtvorozenost stagnuje.

Se zkvalitňováním prenatalní diagnostiky a možností bezpečného ukončení těhotenství při výskytu závažné vrozené vývojové vady je častější indikace dopaminergních agonistů v prevenci nástupu laktace po indukovaném potratu v druhém trimestru.

Většinu *mastitid* lze zvládnout správnou antibiotickou léčbou s řádným odstříkáváním zbylého mléka. Mastitida obecně není kontraindikací kojení. V těžších případech je doporučováno kojení ze zdravého prsu a odstříkávání prsu postiženého. Vzhledem k tomu, že dominantním patogenem je zlatý stafylokok, je lékem volby baktericidní penicilin stabilní vůči  $\beta$ -laktamázám *oxacilin*, který není při kojení kontraindikován. Ten není poslední dobou u nás dostupný, a tak za lék volby považujeme cefalosporin širokospektré antibiotikum II. generace cefalosporinů *cefuroxim* v dávce 500 mg dvakrát denně po 5–10 dní. U závažných abscedujících či k léčbě rezistentních *mastitid* pomáhá zástava laktace k zvládnutí stavu.

Kosmetické *augmentace* prsů jsou většinou prováděny vkládáním implantátů pod mléčnou žlázu a nejsou kontraindikací kojení. U zmenšovacích či jiných operací se řídíme vyjádřením mamologa.

Vzhledem k vysoké energetické náročnosti tvorby mléka je zástava laktace vhodná u žen v *kritickém celkovém stavu*. Také poranění v oblasti hrudníku a horních končetin může kojení natolik ztížit, že je zástava laktace vhodná.

Celkové onemocnění souvisí rovněž s *podáváním léků*, které přechází do mléka a jsou potenciálně škodlivé pro kojence. Příkladem medikace neslučitelné s laktací jsou: atropin, chloramfenikol, cimetidin, kodein, cyproteronacetát, diazepam, erytromycin, imipramin, jodid, lithium, linkomycin, medroxyprogesteronacetát, methotrexát, metoclopramid, metronidazol, phenylbutazon, prokainamid, senna, sulfamethoxazol, theophyllin, trimethoprim, verapamil (11).

Přetrvávajícím mýtem je tzv. *laktační psychóza*. Výraz „laktační psychóza“ zahrnuje různé typy poporodních psychóz, které se zlepšují po zástavě sekrece mléka, v odborné literatuře se již nepoužívá, uvádí Fuchs (5). Tento výraz nepoužívají ani klasické učebnice porodnictví první poloviny 20. století (8), ani učebnice recentní (2). Stejně tak není zástava laktace jako specifická léčba poporodních psychóz uváděna v učebnicích psychiatrie (7). Poporodní psychózy se vyskytují s frekvencí 1 na 400 porodů zejména u prvorodiček ve věku 25–35 let. Klinické projevy nejsou jednotné. V prvních dvou dnech po porodu nevznikají vůbec, 3.–4. den se u většiny žen objevuje psychická labilita zvaná poporodní blues. Mohou se ale objevit i stavy amentní, delirantní a expresivně manické charakteru exogenní psychózy. Těžké psychózy tohoto typu mohou trvat až 3 měsíce. Mezi 10.–30. dnem po porodu se objevují psychózy typu endogenní deprese. Pozdní typ psychózy nastupující 3–4 měsíce po porodu mívá schizofrenní formu. Terapie se nijak neliší od terapie psychóz v jiných životních obdobích. Kojení není kontraindikováno, leda z organizačních důvodů nebo pro přestup léků do mléka (lithium, benzodiazepiny a inhibitory reuptake serotoninu). Preventivní zástava laktace může mít dokonce negativní vliv na psychiku ženy (3). U duševních poruch dbáme rozhodnutí psychiatra.

Přání matky ukončit kojení nebo předejít jeho nástupu je důsledkem patologických společenských zvyklostí nebo selháním osvěty.

Ukončení laktace při odmítnutí dítěte je obdobné stavům při jeho nechtěné ztrátě.

## 2 Léčba a její principy

Po porodu nastává rychlý pokles koncentrací estrogenů i progesteronu v cirkulaci, odpadá progesteronový blok účinku prolaktinu a ten se stává hlavním hormonem mléčné syntézy. Princip zástavy laktace tedy spočívá v snížení hladiny prolaktinu. Provádí se stejným způsobem jako u hyperprolaktinémie mimo těhotenství (**tab. 2**). V podstatě jde o léčbu fyziologické hyperprolaktinémie.

**Tab. 2** Inhibice sekrece prolaktinu

<b>bromokriptin</b>	Parlodel, Serocriptin, Medocriptin	2,5 mg tbl
<b>cabergolin</b>	Dostinex	0,5 mg tbl
<b>tergurid</b>	Mysalfon	0,5 mg tbl
<b>quinagolid</b>	Norprolac	75 nebo 150 mg tbl

Prolaktin vzniká v acidofilních buňkách předního laloku hypofýzy. Jeho produkce je řízena hlavně inhibicí dopaminem přes D2-receptor, ale i stimulací prolaktin releasing hormonem hypotalamu. Plasmatická hladina prolaktinu je u mužů a netěhotných žen do 5 ng/ml, během těhotenství stoupá na 200 a při laktaci na 300 ng/ml (9).

Jestliže se kojící ženě podá dopaminový centrální agonista, snižuje se produkce prolaktinu v hypofýze a produkce mléka postupně klesá. Agonisté dopaminergních receptorů jsou s výjimkou quinagolidu deriváty námelových alkaloidů. Dříve užívané podávání terguridu 10–14 dní v dávce 2× denně 0,5 mg, nebo 3× denně první 2 dny a dále 10 dní 2× denně je nahrazováno jednorázovým podáním dvou tablet 0,5 mg cabergolinu, který má nižší výskyt nežádoucích účinků (**tab. 3**) a delší biologický poločas (72 hod). Ultrakrátké (jednorázové) podávání cabergolinu také výrazně zvyšuje compliance pacientky s léčbou. Je-li laktace již v běhu, prsy odstříkáme a ochladíme. Vždy připojujeme jejich kompresi (např. elastickou bandáž).

**Tab. 3** Nežádoucí účinky při léčbě dopaminergními agonisty (1)

• nausea, zvracení, nechutenství
• zvýšené pocení
• ortostatická hypotenze
• bolesti hlavy
• svalové křeče
• zácpa
• psychické změny: dysforie, agitovanost, poruchy koncentrace, nespavost

Dnes již neužíváme zapařující obklady ani klasickou terapii vysokou dávkou estrogenů (Agofolin inj, Estrofem forte tbl) (2), opuštěnou pro nízkou účinnost a nebezpečí tromboembolické nemoci.

Srovnání zástavy laktace v druhém trimestru pomocí 1 mg cabergolin jednorázově s 10 denní aplikací terguridu v denní dávce 1,5 mg provedl Pavlišta (10). V souboru 84 pacientek prokázal signifikantně nižší výskyt nežádoucích účinků pro léčbu cabergolinem při srovnatelné účinnosti.

Zástava laktace může být někdy obtížná u žen, které užívají léky zvyšující hladinu prolaktinu (**tab. 4**). Zejména psychofarmaka v sobě často spojují indikaci k ukončení laktace s příčinou její neúspěšnosti.

**Tab. 4** Farmakologické zvyšování sekrece prolaktinu (6)

• psychofarmaka (tricyklická antidepresiva; velké trankvilizéry: fenothiaziny, reserpiny, butyrofenony)
• methyldopamin
• estrogeny
• metoklopramid
• blokátory receptorů pro histamin (cimetidin)

• verapamil
• narkotika
• opiáty

### 3 Závěr

Přes nesporná pozitiva kojení existují stavy, které jsou indikací k ukončení laktace. Lékem volby jsou agonisté dopaminu s preferencí preparátů s minimem vedlejších účinků.

### Literatura:

1. Cibula, D., et al.: Základy gynekologické endokrinologie. Grada, Praha, 2002, s. 340
2. Čech, E., et al.: Porodnictví. Grada, Praha 1999, s. 432
3. Čepický, P.: Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Mod. Gyn. Por. 8:163,1999
4. Enger, S.M., Ross, R.K., et al: Breastfeeding history, pregnancy experience and risk of breast cancer. Br. J. Cancer, 76:118,1997
5. Fuchs, V.: Nemoci v těhotenství. Avicenum, Praha 1985
6. Horský, J., Presl, J.: Gynekologická endokrinologie. Avicenum, Praha 1978, s. 556
7. Hoschl, C, Litinger, J., Švestka, J.: Psychiatrie. Tigris, Praha 2002, s. 895
8. Klaus, K.: Porodnictví II - Pathologie. Vesmír, Praha 1940, s. 649
9. Lüllmann, H., Mohr, K., Wehling, M.: Farmakologie a toxikologie. Grada, Praha 2002, s. 694
10. Pavlišta, D., Calda, P., Živný, J.: Zástava laktace po potratu ve II. trimestru. Čes. Gynek. 68:46, 2003
11. Rhabe, T.: Memorix Porodnictví. Scientia medica, Praha 1993, s. 300

*T. Fait  
Apolinářská 18  
128 00 Praha 2*