

Contraccezione d'emergenza

tutto quello che le donne (e le coppie) vogliono sapere

Alessandra
Graziottin

“Contraccezione d'emergenza (EC, Emergency Contraception) è qualsiasi metodo femminile, farmacologico o no, utilizzato dopo un rapporto presunto fecondante, con lo scopo di impedire una gravidanza indesiderata”: così

puntualizza il Consortium for Emergency Contraception, nel 1995, riassumendo concisamente tutte le caratteristiche di questo tipo di intervento.

Lo scenario di vulnerabilità

Innanzitutto, da dove nasce l'emergenza? Da un fatto perentorio: dopo 30-60 secondi dall'eiaculazione gli spermatozoi sono già nel canale cervicale e corrono come razzi all'interno dell'utero verso il terzo esterno della tuba dove, in caso di ovulazione, avverrà l'incontro fatale, con la fecondazione. Nello stesso tempo, gli spermatozoi sanno aspettare: giunti nel luogo convenuto da millenni di biologia,

aspettano l'amata (la cellula riproduttiva femminile, l'ovocita) anche per 72 ore. Secondo alcuni studi, possono attendere, restando fecondanti, fino ad una settimana.

Questa capacità di attesa, restando fertili, ci spiega un altro dato che molte donne conoscono per esperienza personale: si può restare incinte anche con un rapporto a ridosso della mestruazione. La capacità di attesa degli spermatozoi, in altri termini, è coerente con il dato di Dixon, ricercatore che ha cercato di definire la probabilità di concepimento rispetto ad un'ovulazione in 14^a giornata. Se il giorno zero è quello dell'ovulazione, la massima probabilità di concepimento è per il rapporto avvenuto il giorno prima. Tuttavia la percentuale è ancora alta (2,5%) per un rapporto avuto sei giorni prima dell'ovulazione, quindi in 8^a giornata dall'inizio del flusso. E una probabilità, ancorché minima, esiste anche per rapporti in giorni precedenti, specie se nel ciclo reale l'ovulazione anticipa un po'.

Nello stesso tempo, un minimo di probabilità (1%) esiste fino a tre giorni dopo l'ovulazione.

L'emergenza nasce dunque dalla necessità di agire presto, prima che gli spermatozoi arrivino a bersaglio.

In che modo è possibile effettuare la contraccezione d'emergenza?

I metodi possibili sono sostanzialmente quattro:

a) estroprogestinici ad alte dosi, o metodo Yuzpe, dal ginecologo canadese che per primo introdusse questa modalità nella pratica clinica nel lontano 1974. In pratica, con le vecchie pillole, a più alto livello di estrogeni, si somministravano due pillole appena possibile dopo il rapporto a rischio, e due pillole dopo 12 ore; oppure, con pillole più leggere, quattro subito e quattro dopo dodici ore, e una bella dose di anti-nausea per sopportare il tutto.

b) levonorgestrel (ossia un progestinico) ad alte dosi, la vera pillola di emergenza, oggi la più usata in Italia. Si tratta di due compresse da 0,750 milligrammi. Originariamente l'assunzione proposta era di una compressa appena possibile dopo il rapporto a rischio, e una dopo 12 ore. Oggi, per evitare assunzione incomplete, per esempio per dimenticanza della seconda pillola, si raccomanda di assumerle tutte e due insieme, appena possibile dopo il rapporto a rischio;

c) una spirale al rame inserita in utero (IUD, Intra Uterine Device), fino a sette giorni dopo il rapporto;

d) il Mifepristone, un antiprogesterone, noto anche dalla sigla come RU486, il più efficace in assoluto come contraccezione d'emergenza, secondo l'ultima Cochrane review (Cheng et Al, 2008). Questo farmaco tuttavia non è disponibile in Italia con questa indicazione.

È frequente l'emergenza?

Purtroppo sì: nel 2007 sono state vendute 370.000 confezioni di pillola d'emergenza al levonorgestrel, di cui il 59,5% tra i 14 e i 20 anni. In sei anni, le giovanissime consumano dunque più contraccezione d'emergenza delle donne nei trent'anni successivi. Questo dato indica due elementi critici: da un lato il fallimento dell'educazione contraccettiva, e sentimentale, per le nuove generazioni, dall'altro l'alta vulnerabilità delle nostre ragazze a contrarre malattie sessualmente trasmesse, visto che mancata contraccezione significa anche mancata autoprotezione.

Quante sono le gravidanze non desiderate?

Nel mondo occidentale, cosiddetto ad alto reddito, si stima che il 50% delle gravidanze inizi con un concepimento "accidentale", "per caso", dovuto a

mancata contraccezione o a fallimento del metodo usato (per esempio rottura del profilattico o fallimento di un metodo naturale). Di queste gravidanze non pensate e non volute, il 50% circa termina con l'interruzione di gravidanza, l'altro 50% viene accolto dalla donna, non sempre serenamente. Idealmente, con una contraccezione efficace, dovremmo arrivare ad avere un numero molto maggiore di gravidanza e bambini desiderati. Con la contraccezione d'emergenza è invece possibile ridurre drasticamente il numero di concepimenti che si concluderebbero altrimenti con una interruzione volontaria di gravidanza.

Quanto contano i maschi in questo fallimento contraccettivo?

Molto: i dati di vendita dei profilattici sono impietosi. Nel 1995 la vendita era intorno ai 98.200.000 pezzi. È salita a quasi 115.000.000 nel 1999, anno in cui è stata massima l'allerta, anche mediatica, sui rischi dell'infezione da HIV (Human Immunodeficiency Virus, virus dell'immunodeficienza acquisita) e quindi dell'AIDS. Successivamente, con la comparsa dei nuovi farmaci che hanno modificato il destino della malattia, da fatale a cronica, l'allerta si è abbassata: nel 2005, il consumo di profilattici in

Contracezione d'emergenza

Italia, ridotto a circa 100.224.000, era quasi tornato ai livelli del 1995. Ora è in risalita. Tuttavia, in questi ultimi anni l'incremento della promiscuità è stato imponente. È evidente come una promiscuità in aumento, e non protetta, amplifichi in modo drammatico i rischi di malattie a trasmissione sessuale, che infatti sono aumentate da 6 a 10 volte, negli ultimi quindici anni, a seconda della malattia considerata, dell'area geografica in esame e del tipo di popolazione esaminata.

È quindi indispensabile responsabilizzare i maschi, giovani e meno giovani, con un'educazione mirata, sia sul fronte delle malattie sessualmente trasmesse, che della contraccezione, per limitare i danni che questa mancata assunzione di responsabilità comporta per la donna, e per se stessi.

Contracezione d'emergenza al Levonorgestrel

Su questo tema sono frequenti gli scontri ideologici, che spesso non tengono conto nemmeno del meccanismo d'azione della contraccezione d'emergenza, base ineludibile su cui fondare poi ogni argomentazione. È opportuno rivedere quindi le caratteristiche essenziali di questo principio farmacologico, rispondendo alle domande che più

frequentemente le donne pongono al loro ginecologo di fiducia.

Come funziona la pillola al Levonorgestrel?

Il meccanismo d'azione è articolato. Sono documentate tre azioni principali:

- a) inibizione dell'ovulazione, se questa non si è ancora verificata: questo è l'effetto più potente e dominante. In questo senso il levonorgestrel è un vero e proprio contraccettivo;
- b) interferenza con la funzionalità degli spermatozoi e la loro risalita nelle vie genitali femminili: è il secondo effetto cardinale;
- c) inibizione della fecondazione di un ovulo già rilasciato, impedendo l'incontro tra ovocita e spermatozoi, ad ovulazione già avvenuta: altro effetto chiaramente contraccettivo, perché, come i precedenti, avviene prima della fecondazione.

Il quarto meccanismo d'azione, relativo alla possibile modificazione dell'endometrio, che impedirebbe l'impianto dell'ovulo fecondato, è più controverso. Tuttavia, se l'impianto è già avvenuto, perché in realtà il rapporto fecondante era un altro, avvenuto una settimana prima o più, il levonorgestrel non ha più effetto, non è quindi abortivo. Anzi, semmai, come tutti i progestinici, può avere un'azione pro-gestagena,

ossia favorevole al proseguimento di una gravidanza già avviata, e quindi diventa antiabortivo.

Quanto funziona la pillola d'emergenza?

Tutto dipende dall'intervallo di tempo tra il rapporto a rischio e l'assunzione. L'efficacia è massima (99,5%) se la pillola è assunta entro le 12 ore dal rapporto, è dell'85% se entro le 24 ore, ma cala al 58% se assunta circa 72 ore dopo il rapporto. Ecco perché il farmaco dovrebbe essere prescritto al più presto, e consegnato dalla farmacia altrettanto velocemente. È corretto usare poi un profilattico fino al ciclo successivo: questo per evitare di esporsi ad altri rapporti a rischio di concepimento.

Il levonorgestrel può causare malformazioni?

No. In caso di gravidanza già iniziata, o di fallimento del metodo, non esiste alcuna evidenza di un possibile ruolo malformativo del levonorgestrel. Le ragioni sono molteplici: il farmaco viene assunto in unica dose, o in due dosi in 12 ore, e viene poi rapidamente eliminato dal sangue. Questo è già tranquillizzante in sé. Perché un farmaco manifesti un'azione malformativa dovrebbe infatti essere somministrato

più a lungo, e a partire dalla terza settimana dal concepimento, oppure quinta gestazionale, contando, come si fa, dal primo giorno dell'ultima mestruazione. Manca quindi proprio il presupposto biologico e farmacologico perché il levonorgestrel possa avere qualsiasi effetto negativo sull'embrione, per l'evidente sfasamento tra momento della assunzione e fase della gravidanza in cui inizia la vulnerabilità agli effetti eventualmente malformativi di un farmaco. L'innocuità rispetto al rischio malformativo è stata confermata anche da studi recentissimi.

Tuttavia, va ricordato che il 3% dei neonati italiani, con punte del 5% in aree ad alto inquinamento ambientale, presenta malformazioni spontanee di varia gravità, anche quando la madre non ha assunto alcun farmaco durante tutta la gravidanza.

In quali situazioni si può usare la contraccezione d'emergenza?

In tutti i casi in cui la donna teme di aver avuto un rapporto potenzialmente fecondante, in una situazione emotiva personale o di salute che sconsiglia il proseguimento di un'eventuale gravidanza, come suggeriscono le Linee guida per la contraccezione d'emergenza, pubblicate già nel 1995. In caso cioè di:

- rapporti non programmati e non protetti: per esempio perché avuti senza alcuna contraccezione; oppure perché il coito interrotto non è stato tale; oppure in caso di eiaculazione sui genitali esterni femminili (sono descritte gravidanze anche in donne con imene integro: quando gli spermatozoi sono vivaci possono risalire le vie femminili anche partendo da molto più lontano!); errore nei calcoli dei giorni infertili in un metodo cosiddetto naturale;
- rottura o uso improprio dei contraccettivi di barriera (profilattico o diaframma);
- uso di solo spermicida (notoriamente inefficace);
- dimenticanza della pillola contraccettiva o interruzione nell'uso della pillola o di altro contraccettivo ormonale: il 50% delle donne dimentica almeno una pillola al mese e il 20% più di una!;
- espulsione di uno IUD (spirale intrauterina) mal posizionato o rimozione di IUD;
- dopo una violenza sessuale: in tal caso potrebbe essere proposto subito dopo la denuncia o l'arrivo in pronto soccorso, perché la donna è spesso talmente sotto shock da non pensare che la violenza possa avere un'ulteriore conseguenza così pesante;
- uso recente o in corso di farmaci

potenzialmente teratogeni: per esempio i retinoidi, in caso di acne molto aggressiva, o di chemioterapici a basso dosaggio, in caso di malattie autoimmuni quali l'artrite giovanile o l'artrite reumatoide, o di terapie post trapianto di midollo o d'altri organi. Per inciso, in caso di uso di farmaci teratogeni andrebbe sempre proposta una contraccezione ormonale preventiva, per evitare concepimenti ad alto rischio di malformazioni!

Quali sono i momenti di massimo uso della contraccezione dell'emergenza?

Quelli in cui è massima la frequenza di rapporti, e la probabilità di essere in uno stato di eccitazione emotiva, o sotto l'effetto di alcool o droghe, che abbassano la soglia di auto protezione, aumentando così il rischio sia di concepimenti indesiderati sia di malattie sessualmente trasmesse.

I momenti caldissimi sono: i fine settimana, la notte, le festività, le vacanze scolastiche, il periodo estivo e, in generale, i grossi eventi giovanili. In tutti questi periodi i servizi di pronto soccorso dovrebbero fornire un'adeguata contraccezione d'emergenza per potenziarne l'azione contraccettiva e l'efficacia.

Contracezione d'emergenza

Quando non si può usare la contraccezione d'emergenza?

Ovviamente in caso di gravidanza in atto, perché in tal caso, come si è detto, è del tutto inefficace. È sconsigliata in caso di sanguinamenti genitali di origine sconosciuta, perché bisogna innanzitutto diagnosticarne la causa; in caso di cancro ginecologico in atto; e in caso di allergia nota a uno o più dei componenti, per esempio gli eccipienti.

Servono esami particolari prima di assumerla?

No. Non sono necessari né la visita ginecologica, né esami di laboratorio o test di gravidanza.

Servono invece alcune informazioni cliniche essenziali: la data dall'ultima mestruazione, il giorno e l'ora del rapporto a rischio, anche per capire se si sia ancora in tempo per un'azione contraccettiva efficace, e se i rapporti a rischio siano stati più d'uno. Questo perché la gravidanza potrebbe essere già iniziata in un rapporto precedente.

In caso di ritardo mestruale superiore ai cinque giorni, effettuare un test di gravidanza, per escludere che vi sia una gravidanza, o che fosse già iniziata al momento della prescrizione.

È invece essenziale iniziare sempre il discorso per una contraccezione ormonale efficace, affinché l'emergenza

non si ripeta, e per una maggiore attenzione all'uso in parallelo del profilattico, da parte del partner, per proteggersi anche dal rischio di malattie sessualmente trasmesse.

Quali sono gli effetti collaterali più frequenti della contraccezione d'emergenza con Levonorgestrel?

In genere il farmaco è ben tollerato. Il disturbo più riportato è la nausea, che varia dal 14 al 24% dei casi a seconda degli studi. Altri effetti collaterali includono dolori addominali, affaticamento, capogiri, vomito, ritardo mestruale e mestruazioni abbondanti. Oltre i 5 giorni di ritardo è bene effettuare un test di gravidanza.

Contracezione d'emergenza con la spirale intrauterina (IUD)

A volte la donna chiede la contraccezione d'emergenza quando sono già trascorse oltre 72 ore dal rapporto a rischio, oppure ha superato questa soglia temporale limite per il tempo perduto disperatamente nel cercare di ottenere la prescrizione in diversi pronto soccorso. In entrambi i casi, la contraccezione d'emergenza con farmaci (sia con le pillole estroprogestiniche ad alto dosaggio secondo il metodo Yuzpe, come si faceva in passato, sia con l'attuale

levonorgestrel) perde di efficacia.

Nel caso la donna abbia già avuto un figlio, e desideri poi scegliere comunque un metodo contraccettivo sicuro a lungo termine, è allora possibile utilizzare la spirale al rame. Possibilità proposta per la prima volta da Lippes nel 1976. La spirale può essere inserita in utero fino a 5-7 giorni dopo la presunta ovulazione, anche se si sono avuti più rapporti sessuali non protetti nel periodo a rischio. È efficace nel 99,8% dei casi.

Può essere usata come seconda scelta, dopo la pillola al levonorgestrel, se si sono avuti più rapporti a rischio, se, come si è detto, sono passate più di 72 ore dal rapporto, se la donna intenda poi comunque usare una spirale come contraccettivo, se dopo l'uso del levonorgestrel ha avuto vomito, con possibile perdita di efficacia del farmaco.

Agisce causando modificazioni dell'endometrio che impediscono l'annidamento dell'uovo eventualmente fecondato.

Non è indicata in caso di partner multipli, e/o in caso di frequenti vaginiti, per il rischio di causare un'infezione pelvica.

Implicazioni medico legali nella contraccezione d'emergenza

Si tratta di un tema di forti implicazioni

medico legali. Tre sono i punti che più frequentemente richiedono specifica attenzione:

- È possibile prescriberla anche a ragazze minorenni, tra i 14 e i 18 anni, secondo la Legge 194, del 2 maggio del 1978; le minori possono richiederla personalmente, per esempio presso i consultori familiari;
- La contraccezione d'emergenza va considerata urgenza, proprio per la necessità di rispettare tempi brevi di assunzione rispetto al rapporto a rischio. Se non somministrata, il medico può incorrere nell'accusa di omissione di atti d'ufficio, secondo l'art. 328 del Codice Penale;
- Occorre il consenso della donna, orale e meglio ancora scritto: questa prescrizione non può essere richiesta dal partner o dai genitori.

Conclusioni

La contraccezione d'emergenza è una realtà in rapida crescita in Italia. Presenta il pregio di un'azione eminentemente contraccettiva, di alta efficacia, che aiuta a prevenire le gravidanze indesiderate e quindi a ridurre le interruzioni volontarie di gravidanza. Tuttavia, il massiccio ricorso a questa metodica va letto come un semaforo rosso sulla strada

dell'educazione contraccettiva e dell'autoprotezione.

È indispensabile un maggiore impegno educativo nei confronti di giovani e adolescenti, maschi e femmine, per aumentare il ricorso ad una più efficace contraccezione ormonale (pillola, cerotto o anello vaginale) e al parallelo uso del profilattico. Così da ottimizzare l'autoprotezione sul fronte procreativo e della salute generale e sessuale, e aumentare la consapevolezza etica sui propri comportamenti e le loro conseguenze.

Per saperne di più:

Bastianelli C, Farris M, Benagiano G
Emergency contraception: a review.
Eur J Contracept Reprod Health Care
13(1):9-16. Review, 2008

Cheng L, Gulmezoglu AM Piaggio G et Al.
Interventions for emergency contraception
Cochrane DataBase Syst Rev. 16(2):
CD001324, 2008

Sanfilippo J, Downing D.
Emergency contraception: when and how to use it
J Fam Pract. 57(2 Suppl Emergency):S25-36, 2008

Task Force on postovulatory Methods of Fertility Regulation
Randomized controlled trial of levonorgestrel versus Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception
Lancet 352; 428-433, 1998

Ringraziamenti: al Prof. Emilio Arisi, Ginecologo di alto profilo umano e professionale ed Amico prezioso, per la crescita culturale e scientifica condivisa in molti anni di impegno comune sul fronte della contraccezione