

Contracezione: indicazioni, controindicazioni, effetti collaterali, vantaggi per la salute

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

Lo scenario contraccettivo italiano è oggi molto articolato e contraddittorio. A fronte di eccellenti opportunità nella scelta contraccettiva esistono latitanze educative e nell'assunzione di responsabilità nei confronti della propria sessualità che si traducono in un ricorso crescente all'uso della contraccezione di emergenza (precedentemente nota come "pillola del giorno dopo") e in un aumento dell'aborto nelle giovani italiane al di sotto dei vent'anni e nelle immigrate tra i 20 e i 30 anni. Nello specifico, nel 2007 sono state acquistate in Italia oltre 360.000 confezioni di pillole per la contraccezione d'emergenza, con un incremento del 59,5% rispetto all'anno di introduzione sul mercato, il 2001. Dal 2009 questo consumo è lievemente in calo. **Ben il 55% delle donne che ha fatto ricorso a questo farmaco è costituito da ragazze al di sotto dei 20 anni.** Questo significa che in questa fascia d'età – tra i 14 e i 20 anni, dunque – si utilizza il farmaco in misura molto superiore rispetto a tutti i trent'anni successivi (20-50 anni). La crescente promiscuità non protetta causa infatti sia un aumento dei concepimenti indesiderati, sia delle malattie sessualmente trasmesse.

La relazione presenterà:

- 1) **le caratteristiche dei diversi tipi di contraccettivi ormonali** oggi disponibili: pillole contraccettive, cerotti contraccettivi e anelli vaginali; dispositivi intrauterini al levonorgestrel; contraccezione d'emergenza; e pillola abortiva. In particolare:
 - a) la **contraccezione ormonale** include innanzitutto la pillola contraccettiva "classica", che costituisce l'unica vera prevenzione nei confronti dei concepimenti indesiderati. Contiene estrogeni e progestinici. Va assunta quotidianamente, con pausa mensile di una settimana (o meno, a seconda del tipo) in cui compaiono le mestruazioni. E' finalizzata a impedire l'ovulazione mettendo a riposo l'ovaio e garantendo al corpo femminile un equilibrato apporto di ormoni. Con gli stessi principi attivi (estrogeni e progestinici) agiscono anche il cerotto contraccettivo e l'anello vaginale. Il primo, che va cambiato una volta alla settimana per tre settimane al mese, e re-iniziato dopo una settimana di pausa durante la quale compare il ciclo, ha il pregio di ovviare il rischio più frequente di fallimento della contraccezione orale, ossia la dimenticanza di assumere una o più pillole al mese. Il secondo, che va inserito dalla donna in vagina, rimosso dopo 21 giorni e re-inserito dopo sette giorni di pausa durante i quali compare il flusso, ha lo stesso vantaggio "anti-dimenticanza" del cerotto, ma richiede una maggiore confidenza della donna con i propri genitali. La spirale al levonorgestrel va inserita in utero dal ginecologo, resta in sede per 5 anni, e libera in modo costante una minima quantità di progestinico che svolge un'azione contraccettiva locale molto efficace, oltre che terapeutica nei confronti delle metrorragie;
 - b) la **contraccezione d'emergenza** comporta l'uso di due compresse di levonorgestrel, un progestinico ad alta dose (750 microgrammi, 20-30 volte in più rispetto ad una compressa di pillola contraccettiva). Le compresse vanno assunte insieme, o a distanza di dodici ore l'una dall'altra, entro 48 ore, max 72, da un rapporto a rischio

di concepimento. Impedisce l'ovulazione e la fecondazione, forse anche il trasporto dell'uovo eventualmente fecondato e l'annidamento in utero (su quest'ultimo punto i dati sono controversi);

- c) esiste poi la "**pillola abortiva**", chiamata RU486 (mifepristone), che provoca l'aborto farmacologico dopo che l'embrione si è impiantato nell'utero. Si tratta quindi di un aborto chimico a tutti gli effetti. Per l'RU486 è stata da poco chiesta la registrazione anche in Italia. Il suo uso rientrerebbe nella legge 194 del 1978, per l'interruzione volontaria di gravidanza. Verrà utilizzato solo in ospedali pubblici.

Idealmente, l'obiettivo comune, di laici e cattolici, dovrebbe essere di ridurre a zero il numero di aborti volontari. Obiettivo perseguibile con un'educazione affettiva, sentimentale e contraccettiva adeguata.

2) le **indicazioni, controindicazioni, effetti collaterali, vantaggi per la salute**, e in particolare:

- a) **le indicazioni sono contraccettive e non contraccettive.** Queste ultime includono i molti vantaggi terapeutici che la contraccezione ormonale può dare. Viene infatti prescritta, in associazione o indipendentemente dall'indicazione contraccettiva, per:
- **curare i cicli mestruali abbondanti, la dismenorrea e prevenire l'anemia;**
 - ridurre il **rischio di cisti ovariche** e le **recidive di endometriosi ovarica;**
 - **rallentare la progressione dell'endometriosi** e ridurre il dolore pelvico cronico;
 - prevenire e **curare l'acne** e l'irsutismo associati alla sindrome da micropolicistosi ovarica;
 - **ridurre la sindrome premestruale e i disturbi associati;**
 - **ridurre la sintomatologia premenopausale;**
- b) **le controindicazioni più importanti includono:** stato di gravidanza accertata o presunta; tumori ormonodipendenti alla mammella o all'utero, flebiti o flebotrombosi, epatiti acute o croniche in atto; emicrania con aura; il fumo se più di 15 sigarette al dì;
- c) **gli effetti collaterali** possono includere: nausea; ritenzione idrica, modesto aumento ponderale (peraltro non superiore al placebo negli studi controllati); cefalea; perdite di sangue intermestruali ("spotting"); riduzione marcata del flusso fino alla sua scomparsa; modesto incremento del rischio di trombosi in soggetti portatori di rischio genetico (es. fattore V di Leiden) (che peraltro è da 4 a 8 volte più alto in gravidanza, a seconda degli studi!);
- d) **i vantaggi per la salute sono molteplici:** contraccezione sicura significa sessualità senza rischi di aborto e gravidanze scelte quando desiderate; significa protezione della fertilità. Oltre ai vantaggi summenzionati relativi alle indicazioni terapeutiche, molti studi scientifici hanno evidenziato come la contraccezione ormonale, tra l'altro: riduca del 50% i rischi di tumore dell'endometrio dopo 5 anni d'uso; riduca del 5% per ogni anno d'uso il rischio di cancro dell'ovaio, con un effetto benefico cumulativo che arriva ad una riduzione dell'80% dopo 10 anni d'uso. Si calcola che grazie alla pillola contraccettiva in Europa siano stati evitati 200.000 carcinomi dell'ovaio e salvata la vita a 100.000 donne. Di fatto la contraccezione ormonale costituisce l'unica **chemioprevenzione** possibile nei confronti di un cancro, quale quello dell'ovaio, ancor oggi gravato da alta mortalità. L'effetto sulla mammella è neutro (né aumento né riduzioni). Sul carcinoma del collo dell'utero il modesto incremento di rischio è associato al Papillomavirus oncogeno, contratto perché la donna che usa la pillola tende a non far usare il profilattico al partner. Uno studio prospettico effettuato in Gran Bretagna su migliaia di donne seguite per 39 anni ha dimostrato che nelle utilizzatrici di pillola la mortalità è ridotta del 12% globale rispetto alle non utilizzatrici, con un benefico effetto complessivo anche sulla morbilità cardiovascolare.