

Graziottin A. Busacca M.

### **La pillola contraccettiva**

Conferenza stampa di presentazione del sondaggio nazionale su "Le ragazze italiane: sessualità e contraccezione", realizzato dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), Milano, 20 maggio 2013

## **La pillola contraccettiva**

### **Prof.ssa Alessandra Graziottin**

Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano

### **Prof. Mauro Busacca**

Ordinario di Ginecologia e Ostetricia, Università di Milano

La ***pillola estroprogestinica*** è un farmaco con un'associazione di due ormoni femminili: un estrogeno e un progestinico. Il contraccettivo orale agisce fermando l'ovulazione attraverso il blocco della sintesi di due ormoni (FSH e LH). Genera inoltre un ispessimento del muco cervicale e un assottigliamento dell'endometrio (la mucosa dell'utero), che diventa quindi meno adatto all'eventuale impianto di un ovulo. Esiste anche la pillola "naturale", che contiene lo stesso estrogeno prodotto dall'ovaio (estradiolo) in associazione a un progestinico. La ***variante progestinica***, invece, è costituita solo da un ormone progestinico.

Sul mercato sono disponibili diverse formulazioni che variano in base a tipo e dosaggio ormonale, modalità di assunzione ed effetti extra contraccettivi. La pillola deve essere assunta una volta al giorno a partire dall'inizio del flusso mestruale, per la durata di 3 settimane. Segue una pausa di 7 giorni, in cui si verifica un flusso pseudomestruale, in genere a 48-72 ore dall'ultimo confetto. Esistono anche altri regimi di assunzione con una sospensione minore, durante la quale vanno prese delle pillole placebo (inerti): 24 confetti contraccettivi + 4 placebo, o 26 con principio attivo + 2 placebo.

La pillola ha un'efficacia prossima al 100% e la sicurezza dipende dal suo corretto utilizzo. La contraccezione orale non protegge però dalle malattie sessualmente trasmesse (MST). Quindi, in condizioni di rischio, è necessario associare un metodo barriera, come il preservativo. In tutto il mondo, si calcola che circa 100 milioni di donne ogni anno la utilizzino.

### **I benefici per la salute e il benessere femminile**

L'assunzione della pillola può regolare e ridurre il flusso mestruale e alleviare il dolore associato alle mestruazioni (dismenorrea). Secondo le statistiche, una donna su due sperimenta flussi mestruali abbondanti (FMA) ad un certo punto della propria vita. Questo disturbo a lungo andare può causare gravi inconvenienti nella vita quotidiana, oltre a malattie come l'anemia da carenza di ferro. Grazie al contraccettivo, per effetto del riequilibrio ormonale, si osserva una riduzione della frequenza dei disturbi legati al periodo premestruale, quali depressione e irritabilità.

La contraccezione orale ha dimostrato un ruolo protettivo nello sviluppo della PID (Pelvic Inflammatory Disease), la causa più frequente di gravidanza extrauterina, sterilità da occlusione tubarica, dispareunia

profonda e dolore pelvico cronico. Aumentando la densità del muco cervicale, la pillola riduce la probabilità della risalita di germi dalla vagina e il rischio d'infezioni batteriche.

Molte donne temono che la pillola possa aumentare il rischio di cancro: in realtà la contraccezione ormonale riduce la probabilità di essere colpiti da alcuni tumori. Secondo gli ultimi studi scientifici, infatti, l'uso continuo e prolungato della contraccezione orale diminuisce il rischio di molte neoplasie, con un effetto protettivo tanto maggiore quanto più prolungata è stata la durata dell'assunzione. In particolare, vi è una **riduzione** del 12% di sviluppare ogni forma di tumore, del 20% il cancro del colon-retto e del 29% per endometrio e ovaio. Dopo 5 anni d'uso, il rischio di cancro ovarico e dell'endometrio si riduce del 50%; dopo 10 il rischio di carcinoma ovarico scende dell'80%. Si rimane protetti contro queste malattie anche dopo che si è interrotta l'assunzione del farmaco. In sintesi, più a lungo si assume la contraccezione ormonale, maggiore sarà la protezione.

### **I possibili effetti collaterali**

I disturbi di **minore entità** comunemente segnalati includono nausea, seno gonfio o mal di testa, che generalmente si presentano in forma blanda e di solito durano soltanto per i primi mesi. Nella realtà, la maggior parte delle donne non soffre di alcun evento avverso. Minori effetti collaterali dopo la prima assunzione sono assolutamente normali, ma è preferibile consultare il proprio medico di famiglia se i sintomi persistono o nei casi in cui se ne verificano di più gravi.

Le **conseguenze gravi** sono molto rare. Queste includono:

- tromboembolia venosa (TEV). L'incidenza della TEV è di 3-9 casi su 10.000. Racchiude due condizioni interconnesse: trombosi venosa profonda (Deep Vein Thrombosis, un coagulo di sangue che ostruisce una vena, solitamente della gamba) ed embolia polmonare (Pulmonary Embolism, un trombo che si stacca dal vaso periferico e va a embolizzare una vena del polmone). La possibilità di svilupparla aumenta in presenza di suscettibilità genetica. Altri fattori di rischio per la TEV includono: operazioni chirurgiche con degenza a letto, fratture degli arti inferiori che comportino ingessature e immobilità dell'arto, malattie prolungate. Tutte condizioni che aumentano di per sé la produzione di citochine infiammatorie e di fattori della coagulazione ("protrombotici"), incrementando quindi il rischio di trombi. Ecco perché in questi casi la contraccezione ormonale va sospesa fino al recupero della mobilità degli arti (in caso di ingessatura) e generale. Sono fattori predisponenti alla trombosi anche lunghi periodi di immobilità (voli aerei), gravidanza e parto, invecchiamento e aumento di peso. Nelle donne che assumono la pillola, la tromboembolia si verifica in 3-9 donne su 10.000 che per un anno utilizzano il contraccettivo. Il rischio di TEV in donne che assumono la pillola cresce all'aumentare del peso e dell'età. Il periodo più favorevole al suo sviluppo è nei primi mesi successivi all'inizio dell'assunzione della pillola. Se si passa da un tipo contraccettivo orale a un altro senza interruzione, il rischio di TEV

**La pillola contraccettiva**

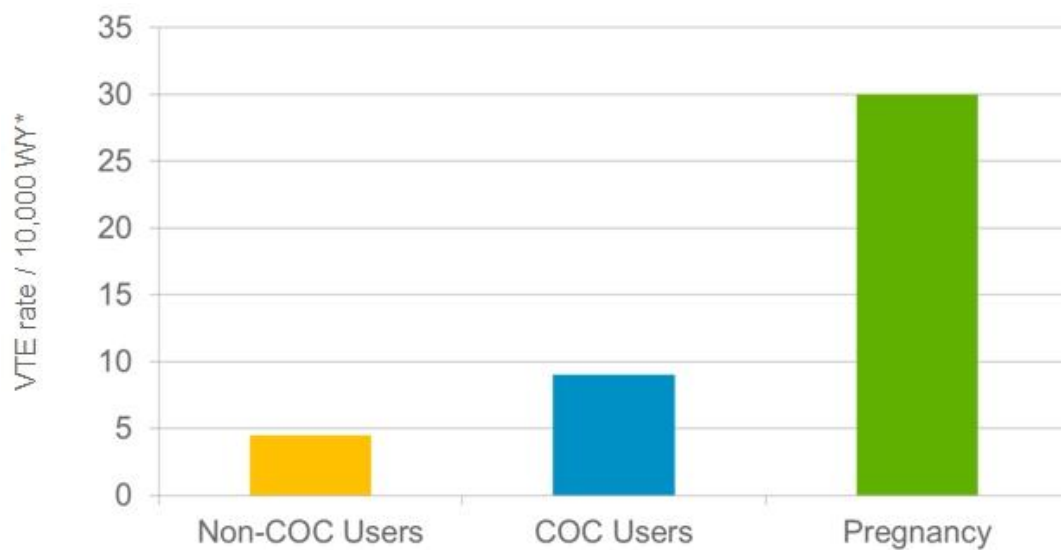
Conferenza stampa di presentazione del sondaggio nazionale su "Le ragazze italiane: sessualità e contraccezione", realizzato dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), Milano, 20 maggio 2013

non incrementa; se invece si ricomincia la stessa pillola o una differente dopo una pausa di quattro o più settimane, la probabilità aumenta;

- tromboembolia arteriosa (TEA): è un altro rarissimo effetto collaterale in donne che assumono i moderni contraccettivi a dosi ridotte. Comprende attacchi di cuore (infarto miocardico) e ictus. Fumo, obesità, alta pressione sanguigna e diabete mellito aumentano il rischio basale di TEA, che resta molto basso nelle donne al di sotto dei 45 anni d'età.

La probabilità di esserne colpite aumenta esponenzialmente durante la gravidanza e il parto, che restano le condizioni fisiologiche di massima vulnerabilità a trombosi venose e arteriose, con un rischio di molto superiore a quello della contraccezione (la gravidanza aumenta la probabilità di TEV fino a 6-10 volte di più rispetto al rischio basale di ogni donna, a seconda degli studi).

**Tassi d'incidenza di TEV nelle donne in età riproduttiva**



\*WY= women-years

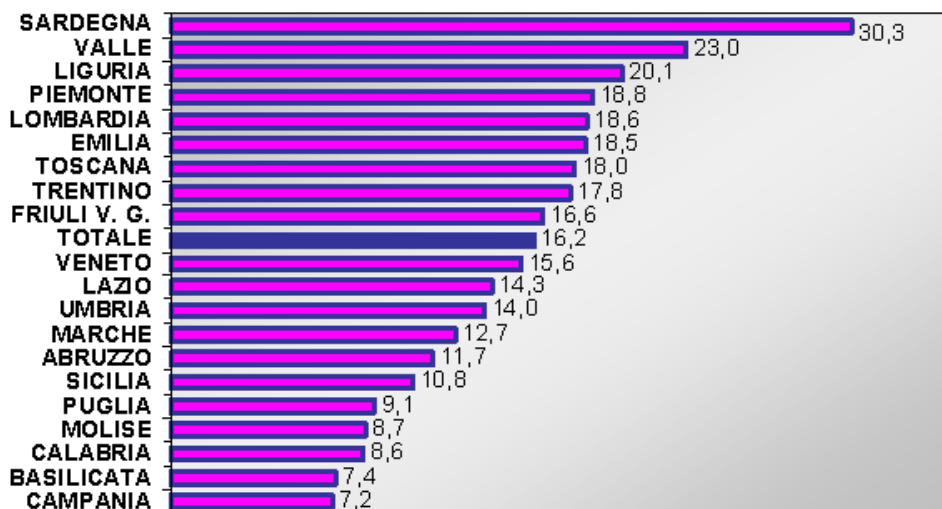
**Fonte: Heit et al 2005, Ann Intern Med 143, 697-706**

Conferenza stampa di presentazione del sondaggio nazionale su "Le ragazze italiane: sessualità e contraccezione", realizzato dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), Milano, 20 maggio 2013

## I numeri della contraccezione

### In Italia

Nel nostro Paese la contraccezione ormonale è utilizzata dal 16,2% della popolazione, un dato fra i più bassi in Europa. Fra le regioni, al primo posto si trova la Sardegna, seguita da quelle settentrionali (tutte sopra la media italiana ad eccezione del Veneto).



Fonte ISTAT+IMF, aggiornata a giugno 2011

### In Europa e nel mondo

Di seguito i dati di utilizzo della pillola in alcuni Paesi d'Europa e del mondo

Paese	Utilizzo	Paese	Utilizzo
Portogallo	58,9%	Danimarca	26,0%
Germania	52,6%	Iran	25,1%
Algeria	45,9%	Australia	23,8%
Belgio	44,8%	Canada	21,0%
Francia	41,5%	Nuova Zelanda	20,7%
Marocco	40,1%	Spagna	17,2%
Olanda	40,0%	USA	16,3%
Tailandia	36,7%	Mauritius	16,0%
Svizzera	34,1%	Iraq	14,6%
Norvegia	31,0%	Tunisia	14,5%
Austria	30,8%	Botswana	14,3%
Bangladesh	28,5%	Gibuti	13,6%
Regno Unito	28,0%	Mongolia	11,5%
Svezia	27,4%	Finlandia	11,3%

**La pillola contraccettiva**


Conferenza stampa di presentazione del sondaggio nazionale su "Le ragazze italiane: sessualità e contraccezione", realizzato dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), Milano, 20 maggio 2013

**In Lombardia**

La Lombardia è la quinta regione italiana per utilizzo della pillola anticoncezionale, con il 18,6% di donne che la assume regolarmente.

In Regione si sono registrati nel 2009 1.289 parti da mamme under 19.

**Nati per classi di età della madre, regione e ripartizione geografica**

REGIONI	Classi di età della madre								Totale madri		Madri italiane		
	< 18	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 e +	Tot.	< 25	> 40	< 25	> 40
	valori assoluti								valori percentuali				
Piemonte	100	407	3.517	8.536	13.958	10.104	2.360	141	39.123	10,29	6,39	5,82	7,30
Valle d'Aosta/Valleée d'Aoste	3	10	131	299	432	335	91	7	1.308	11,01	7,49	7,61	8,36
 Lombardia	250	1.039	8.583	21.411	35.291	26.047	5.798	373	98.792	9,99	6,25	4,97	7,28
Bolzano/Bozen	17	54	473	1.294	1.812	1.292	278	12	5.232	10,40	5,54	8,09	6,14
Trento	13	73	461	1.184	1.965	1.323	324	13	5.356	10,21	6,29	5,59	7,35
Trentino-Alto Adige	30	127	934	2.478	3.777	2.615	602	25	10.588	10,30	5,92	6,85	6,74
Veneto	104	435	4.166	10.429	16.940	12.556	2.932	120	47.682	9,87	6,40	4,85	7,82
Friuli-Venezia Giulia	24	107	874	2.198	3.703	2.919	611	32	10.468	9,60	6,14	5,48	6,89
Liguria	42	136	937	2.226	4.352	3.645	935	56	12.329	9,04	8,04	5,19	9,02
Emilia-Romagna	113	472	4.073	9.080	14.598	11.087	2.576	118	42.117	11,06	6,40	5,58	7,68
Toscana	58	299	2.797	6.431	11.642	8.894	2.159	100	32.380	9,74	6,98	4,70	8,11
Umbria	27	87	738	1.737	2.819	2.018	436	17	7.879	10,81	5,75	5,91	6,52
Marche	31	150	1.366	3.240	5.299	3.714	773	47	14.620	10,58	5,61	5,98	6,48
Lazio	113	472	3.889	10.505	19.517	15.840	4.077	288	54.701	8,18	7,98	5,91	8,77
Abruzzo	32	117	985	2.550	4.102	2.941	633	42	11.402	9,95	5,92	6,94	6,52
Molise	6	24	162	529	886	613	131	9	2.360	8,14	5,93	6,56	6,10
Campania	452	1.105	6.850	16.782	20.196	11.570	2.510	181	59.646	14,09	4,51	13,70	4,57
Puglia	293	717	3.763	9.387	13.710	8.177	1.857	91	37.995	12,56	5,13	11,84	5,23
Basilicata	11	39	353	1.045	1.767	1.216	279	19	4.729	8,52	6,30	7,12	6,40
Calabria	77	250	2.044	4.863	6.184	3.676	865	54	18.013	13,16	5,10	12,10	5,20
Sicilia	613	1.224	6.328	12.763	16.366	9.647	2.114	162	49.217	16,59	4,62	16,00	4,73
Sardegna	55	166	1.076	2.512	4.611	3.939	1.082	67	13.508	9,60	8,51	9,04	8,83
Nord-ovest	395	1.592	13.188	32.472	54.033	40.131	9.184	577	151.552	10,00	6,44	5,24	7,45
Nord-est	271	1.141	10.047	24.185	39.018	29.177	8.721	295	110.855	10,34	6,33	5,38	7,58
Centro	229	1.008	8.790	21.913	39.277	30.488	7.445	452	109.580	9,15	7,21	5,57	8,13
Sud	871	2.252	14.157	35.156	48.845	28.193	8.275	398	134.145	12,88	4,97	12,07	5,08
Isole	668	1.390	7.404	15.275	20.977	13.588	3.198	229	62.725	15,08	5,48	14,50	5,81
<b>ITALIA</b>	<b>2.434</b>	<b>7.383</b>	<b>53.586</b>	<b>129.001</b>	<b>200.150</b>	<b>141.553</b>	<b>32.821</b>	<b>1.949</b>	<b>588.857</b>	<b>11,14</b>	<b>6,11</b>	<b>8,32</b>	<b>6,73</b>

Fonte: "Rapporto ISTAT, Natalità e fecondità della popolazione residente, anni 2009 e 2010, pubblicato il 14 settembre 2011"