La nuova pillola: tanto rumore per nulla

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Una nuova pillola contraccettiva (Lybren), da usare in modo continuativo per 365 giorni, è stata approvata dalla potente e rigorosa Food and Drug Administration (FDA) statunitense. Un coro di critiche sull'ennesima "sperimentazione sulle donne" ha occupato le pagine di giornali, e i vari altri media, con affermazioni spesso emotivamente o ideologicamente distorte, e al tempo stesso carenti di conoscenze scientifiche sulla realtà del prodotto. Un'informazione medica corretta sulle caratteristiche di questa nuova opportunità contraccettiva è essenziale perché ciascuno possa poi formulare un giudizio personale fondato sul merito e non su opinioni o pregiudizi.

Dov'è lo scandalo, innanzitutto? Questa pillola può essere assunta per l'appunto continuativamente per un anno, o più, evitando quindi di avere il flusso mestruale. Dà all'organismo gli ormoni per inibire l'ovulazione e per mantenere il benessere di organi e tessuti, come gli altri contraccettivi ormonali, ma consente di eliminare il ciclo: ed è questa opportunità ad aver scatenato il putiferio per "lesa femminilità". Perché disturba così tanto, questa possibilità? Quali sono i vantaggi e quali i rischi che quest'opportunità comporta per la donna e per il suo medico?

Innanzitutto, non c'è nessuna sperimentazione sui principi attivi. Questa pillola contiene due sostanze presenti già da decenni nei contraccettivi ormonali usati da decine di milioni di donne in tutto il mondo, e di cui sono state dimostrate efficacia e sicurezza: un estrogeno (etinilestradiolo) e un progestinico (levonorgestrel), a basso dosaggio. Tutto il casus belli è dunque sull'eliminazione del ciclo durante la sua assunzione. E' questa una novità assoluta? No, nemmeno questa.

In realtà, infatti, la possibilità di somministrare un contraccettivo ormonale (pillola, cerotto o anello vaginale) in modo continuo e non sequenziale (ossia con la pausa di sette o quattro giorni) è praticata già da decenni dai ginecologi più colti di tutto il mondo con indicazioni cliniche, ossia terapeutiche, precise. La più frequente è la necessità medica di ridurre il numero di flussi in caso di dolori mestruali invalidanti ("dismenorrea" severa), che interferiscono cioè con la vita quotidiana della donna per più giorni al mese. L'obiettivo è non solo di eliminare un dolore altrimenti non controllabile con i normali analgesici, ma anche di prevenire la progressione della patologia più frequentemente associata alla dismenorrea severa, ossia l'endometriosi. Malattia impegnativa, in netto aumento nei Paesi occidentali, che può causare infertilità, dolori cronici addominali e pelvici ingravescenti, dolore ai rapporti, e perfino menopausa anticipata, quando la sua gravità comporti la necessità di asportare le ovaie. Attualmente l'uso in continua di un contraccettivo ormonale è considerato il "gold standard", ossia la cura di prima scelta in questa situazione clinica. Un'opzione dunque indiscutibilmente a vantaggio delle donne che ne soffrono. La stessa indicazione ad un uso continuo vale per le donne che soffrono di epilessia "catameniale", in cui l'attacco compare durante le mestruazioni a causa della caduta dei livelli di estrogeni, per la cefalea "catameniale", che esplode durante il ciclo, e la sindrome premestruale grave.

Indicazioni più legate alla richiesta della donna riguardano invece momenti particolari della sua vita: ogni ginecologo sa che in questa stagione aumentano le richieste di "saltare una

mestruazione o più", "perché ho gli esami all'università e quando ho il ciclo sono meno concentrata"; "perché mi sposo e mi viene il ciclo proprio quel giorno"; "perché vado in vacanza e avrò le mestruazioni proprio quando sarò al mare". Ed è prassi normale che il medico consigli di assumere due o più confezioni di seguito, senza pausa, senza che succeda alcun problema. Al massimo il controllo del ciclo può non essere perfetto, nel senso che può comparire qualche piccola perdita ("spotting") in circa il 10 per cento delle donne. Evenienza che si può verificare anche con quest'ultima pillola in continua.

Le controindicazioni di questa pillola restano le stesse di tutti i contraccettivi ormonali: non va prescritta, né assunta, in caso di tumori ormonodipendenti, di tromboflebiti pregresse, di epatiti in corso, e va usata con cautela in caso di emicrania con aura.

E allora, quali sono le preoccupazioni che restano sul tappeto? La prima è biologica: che il ciclo non riprenda alla sospensione della pillola. In realtà sia gli studi già condotti sia l'esperienza clinica, anche con altri contraccettivi ormonali, mostrano che il ciclo riprende regolarmente, indipendentemente dalla durata dell'amenorrea indotta, a meno che non ci siano stati durante l'assunzione o brusche riduzioni di peso per diete eccessive o sbilanciate, o un forte stress emotivo o fisico. In tal caso tuttavia il problema non nasce dalla pillola ma da fattori intercorrenti legati alla vita della donna. Il secondo è psicologico: che le donne "si mascolinizzino" negando un aspetto cardinale della loro femminilità. In realtà, anche questa preoccupazione nasce più da paure e proiezioni di ansie di identità che non da un rischio reale.

E allora, dov'è la novità? Sta semplicemente nel fatto che l'assunzione in continua è ora approvata e possibile, negli USA, più avanti anche in Italia, non più a discrezione del medico e in casi particolari, ma su richiesta della donna. Che può preferire questa opzione per varie ragioni, che variano da Paese a Paese, in rapporto al vissuto che la donna ha del flusso stesso. Un'indagine condotta nei principali Paesi dei cinque continenti ha infatti mostrato una notevole variabilità nel modo in cui le donne vivono oggi questo aspetto della loro femminilità biologica. Per esempio, le italiane amano le loro mestruazioni, e le vivono come un segno di salute fisica ed emotiva, e di femminilità, nel 59% dei casi, contro il 21% delle tedesche, il 22% delle statunitensi e il 37% delle spagnole. E vorrebbero eliminare il flusso "per praticità" (e non per fare i maschi mancati), riducendolo a due flussi l'anno nel 14% dei casi contro il 29% delle spagnole e delle tedesche.

Nella sostanza, dunque, nulla di nuovo sotto il sole. Nessuna minaccia alla salute della donna, ma un'opportunità in più da usare con intelligenza clinica, come ogni altro farmaco. Davvero, tanto rumore per nulla.