

**Il trattamento ormonale è sicuro nel controllo delle nascite**

*Restano dubbi e ricerche contrastanti sulle conseguenze trombotiche nel drospirenone. Gli esperti: molto dipende da dosi e storia personale*

# Pillola

## Rischi, costi, benefici anche l'ultima arrivata ora va sotto esame

ELVIRA NASELLI



assunto da cui partire è che, per evitare una gravidanza, la contraccezione più sicura è quella ormonale. I preparati estro-progestinici (pillola, anello, cerotto), però, aumentano, seppure in misura inferiore ad una gravidanza, i rischi tromboembolici, nessuno escluso. Non fa eccezione neppure una delle pillole ultime arrivate, di quarta generazione, che ha come progestinico il drospirenone, molecola con un lieve effetto diuretico che dovrebbe aiutare a combattere la ritenzione idrica. Una pillola che ha avuto un enorme successo in tutto il mondo e che adesso sale sul banco degli imputati. È bene premettere che gli studi non sono a senso unico: nel 2008 la *European Active Surveillance Study* segnalò un aumento del rischio rispetto alle pillole di precedente generazione. Studi successivi, però, non confermarono differenze statisticamente significative.

A fine 2011, infine, il *British Medical Journal* ha pubblicato due lavori che indicano invece un aumento del rischio trombotico, tanto che la Fda americana, paese in cui il preparato al drospirenone è usatissimo, non ha ancora emesso una "sentenza" ma ha già indicato un aumento del rischio trombotico che va da 6 donne su diecimila tra le utilizzatrici delle pillole precedenti (con levonorgestrel o altri progestinici) a 10 su diecimila per quella con drospirenone, soprattutto per le meno giovani o le obese. Numeri non elevatis-

simi, ma tutt'altro che insignificanti, se si tiene conto che nel mondo utilizzano la pillola circa cento milioni di donne e che molte si sono convertite alla nuova anche per la sua efficacia nel trattare la sindrome premestruale e l'acne. Il consiglio – secondo la Fda – non è di sospendere la pillola, ma di parlarne con il medico. A cominciare dalla prescrizione. «Occorre un'anamnesi molto accurata - premette Chiara Benedetto, direttore della struttura complessa universitaria di Ginecologia e Ostetricia al Sant'Anna di Torino – per accertare se la donna ha in famiglia casi di embolia polmonare o altri eventi trombotici, ictus, anomalie genetiche che aumentano il rischio trombotico o iperlipidemie familiari o ancora se fuma, ha pressione alta, diabete, una storia di emicrania con aura o è in soprappeso. Solo a quel punto il medico è in grado di valutare la prescrizione. E se ci sono eventi tromboembolici in famiglia o precedenti eventi personali le linee guida della società italiana trombotosi ed emostasi specificano che bisogna prescrivere lo screening trombofilico».

Anna Maria Fulghesu, responsabile dell'ambulatorio di Ginecologia dell'infanzia ed adolescenza dell'università di Cagliari, lo screening lo prescrive, soprattutto alle adolescenti. Anche perché in Sardegna - da sempre - il bacino di utilizzatrici è quasi doppio rispetto alla media nazionale. «Prescrivo sempre la ricerca delle mutazioni trombofiliche – precisa – perché è l'unico test davvero predittivo del rischio e dunque il solo esame che ha senso richiedere. Le mutazioni sono cinque diverse, ma ognuna riguarda tra il 5 e il 7 per cento della popolazione, come quella di Leyden, dunque una per-

centuale non insignificante. Direi che non si può proporre come screening di massa, per una questione di costi. Dal canto mio continuerò a prescri-

vere la pillola con il drospirenone, perché non vedo alternative e perché l'aumento del rischio è molto basso. Comunque dopo il test». E poi c'è la questione del dosaggio. «Gli studi presi in esame dalla Fda – precisa la professoressa Benedetto – si riferiscono al preparato con 30 mcg di drospirenone. Da noi si utilizzano anche pillole con un dosaggio di 20 mcg, che potrebbe-

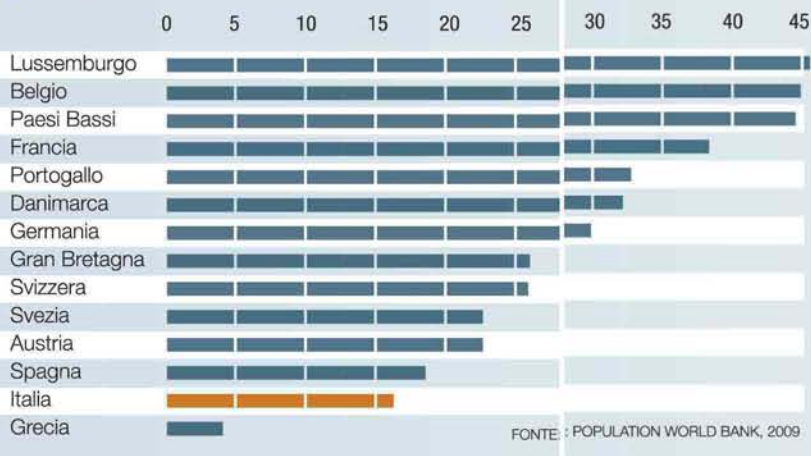
ro non presentare lo stesso rischio. In ogni caso abbiamo a disposizione un tale ventaglio di sistemi contraccettivi ormonali che bisogna solo scegliere il più adatto in base alle esigenze della donna. E consiglio di non sospendere la pillola per paura, anche perché gli eventuali eventi avversi avvengono in genere entro il primo anno di assunzione, e dopo i primi sei mesi di utilizzo è consigliabile un controllo dal ginecologo. Insomma, anche i contraccettivi ormonali vanno cuciti su misura di chi li richiede».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

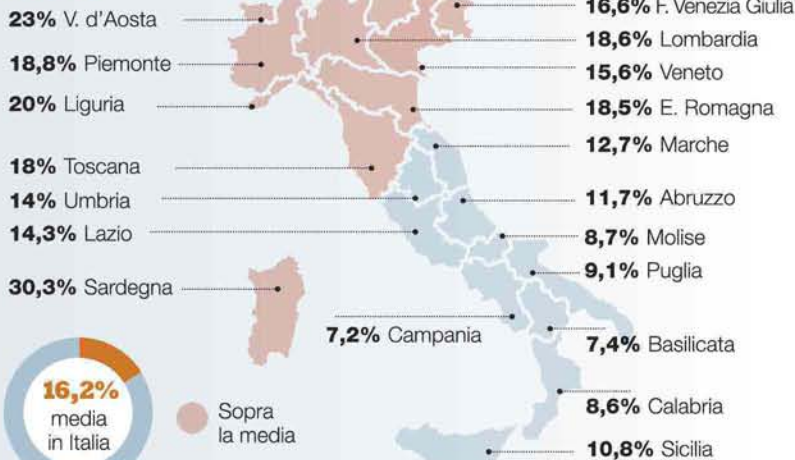
www.ecostampa.it

## LA PILLOLA ANTICONCEZIONALE % di utilizzo

### IN EUROPA



### IN ITALIA





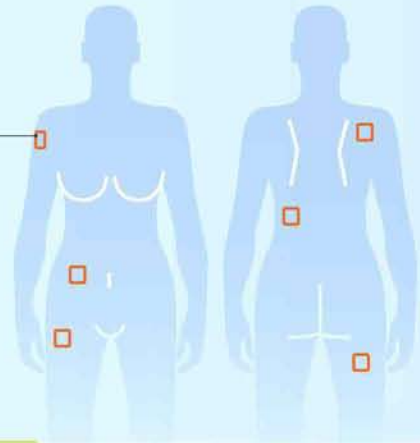
## CONTRACCETTIVI ORMONALI CEROTTO

Oltre alla "pillola" ci sono altri contraccettivi a base di ormoni femminili. Contengono ormoni femminili (estrogeni e progestinici, o soli progestinici) capaci di inibire l'ovulazione oppure l'impianto dell'ovulo. Hanno un'alta percentuale di efficacia e aiutano a regolarizzare il ciclo ma non proteggono dalle malattie a trasmissione sessuale



**Cerotto adesivo**  
Rilascia in modo graduale una bassa dose di ormone. Si applica sulla cute del corpo

### Zone dove si applica



## ANELLO VAGINALE

Viene mantenuto in posizione ininterrottamente per 3 settimane

L'anello rilascia gradualmente ormoni femminili

Vagina

Viene inserito ed estratto senza l'ausilio medico



**Anello**  
È di plastica flessibile

5,4cm

## SPIRALE AL PROGESTERONE

Evita l'impianto dell'embrione nell'utero



Viene inserito nell'interno dell'utero dal ginecologo

Vagina

**Spirale**  
È in plastica, rilascia progesterone in piccole quantità.

## CANNULA SOTTOCUTANEA

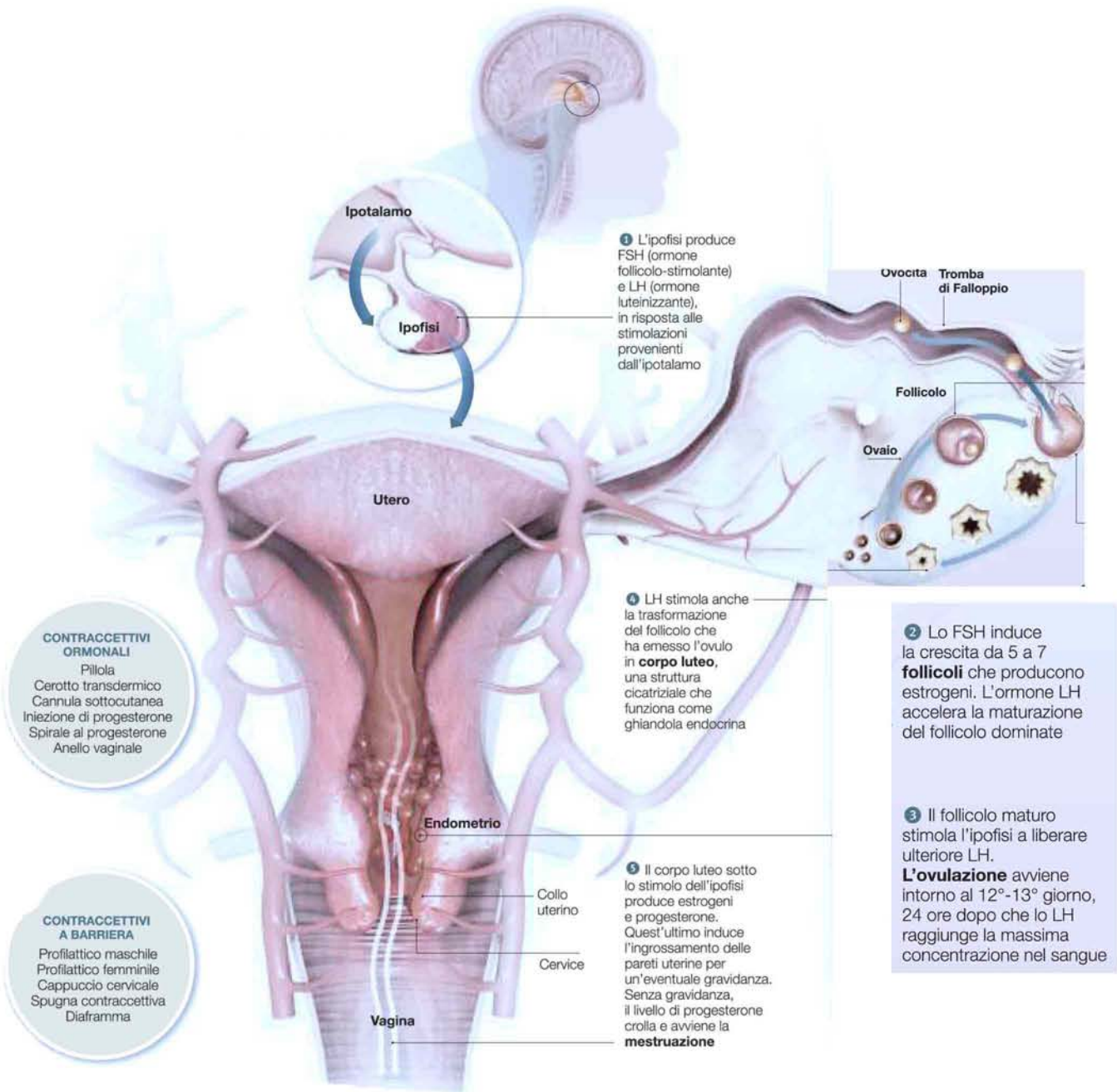
È funzionante 24 ore dopo l'impianto. Ha una durata di 3 anni.



**Cannula**  
È fatta di un polimero sottile e flessibile. Si impianta sotto la pelle e rilascia gradualmente progesterone

4cm

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI



1 L'ipofisi produce FSH (ormone follicolo-stimolante) e LH (ormone luteinizzante), in risposta alle stimolazioni provenienti dall'ipotalamo

2 Lo FSH induce la crescita da 5 a 7 follicoli che producono estrogeni. L'ormone LH accelera la maturazione del follicolo dominante

3 Il follicolo maturo stimola l'ipofisi a liberare ulteriore LH. **L'ovulazione** avviene intorno al 12°-13° giorno, 24 ore dopo che lo LH raggiunge la massima concentrazione nel sangue

4 Il corpo luteo sotto lo stimolo dell'ipofisi produce estrogeni e progesterone. Quest'ultimo induce l'ingrossamento delle pareti uterine per un'eventuale gravidanza. Senza gravidanza, il livello di progesterone crolla e avviene la **mestruazione**

**CONTRACCETTIVI ORMONALI**  
 Pillola  
 Cerotto transdermico  
 Cannula sottocutanea  
 Iniezione di progesterone  
 Spirale al progesterone  
 Anello vaginale

**CONTRACCETTIVI A BARRIERA**  
 Profiltattico maschile  
 Profiltattico femminile  
 Cappuccio cervicale  
 Spugna contraccettiva  
 Diaframma

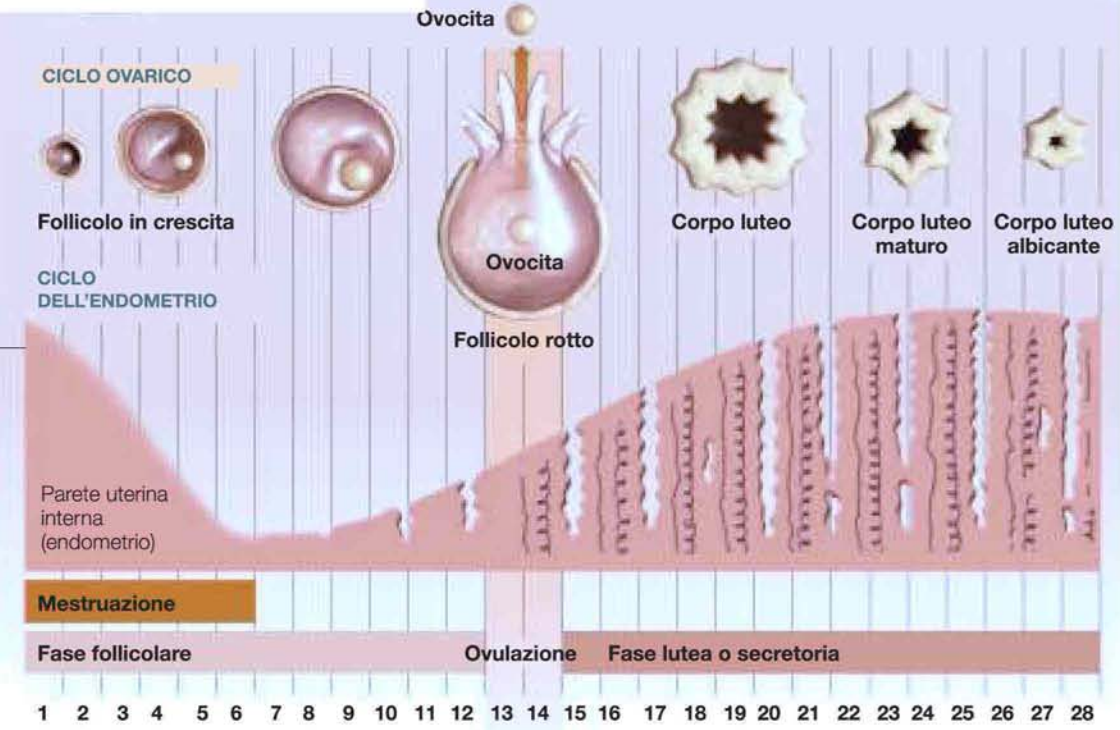
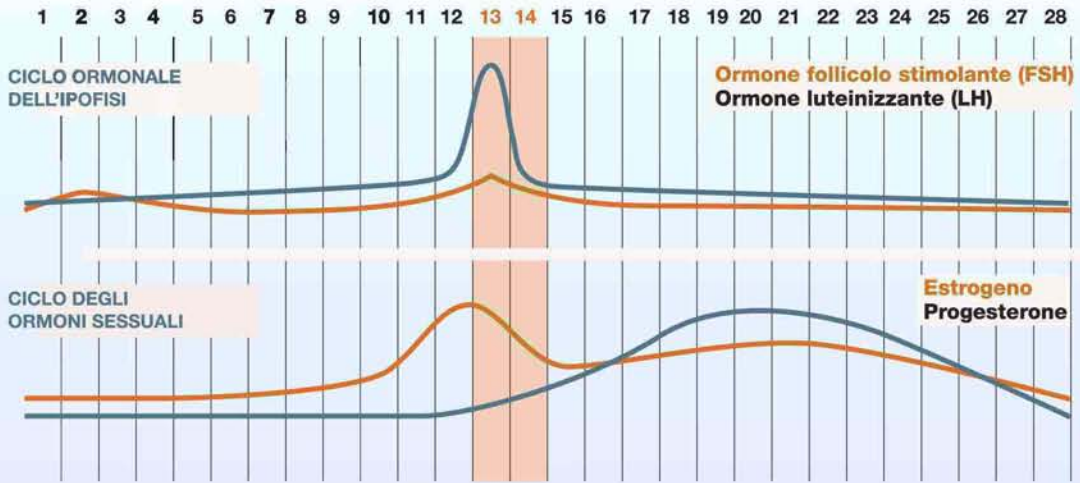
**MUCO CERVICALE E FERTILITÀ**  
 Dal muco cervicale si possono conoscere i giorni fertili:

- Mestruazione
- Muco umido
- Muco secco



**CONTRACCETTIVI NATURALI**  
 Coitus interruptus  
 Amenorrea da allattamento  
 Astinenza sessuale (100%)  
 Astinenza periodica (giorni dell'ovulazione)

GIORNI DEL CICLO



www.ecostampa.it

097156



## La storia

Quartararo: "Dal 1960 a oggi una riduzione ormonale impensabile"

## In 50 anni dosaggi più bassi e con meno effetti collaterali

**T**utto cominciò nel lontano 1950, quando l'infermiera Margaret Sanger, convinta sostenitrice della necessità di una contraccezione efficace, nonché fondatrice della Planned Parenthood Federation of America, incontrò Gregory Pincus, biochimico, e lo persuase a iniziare la ricerca. Sei anni dopo, Pincus testò il farmaco su seimila donne di Puerto Rico e Haiti. Ma è nel 1960 che nasce la prima

nel '75, nascono i consultori e, con essi, la possibilità di informare e prescrivere i contraccettivi. «Dagli anni '70 a oggi - precisa Paolo Quartararo, ginecologo e autore di numerosi testi sulla storia della contraccezione - c'è stata una progressiva riduzione della dose di estrogeno e progestinico. Per capirci, siamo passati da 150 a 15-20 mcg di estrogeno e da dieci milligrammi a 75 microgrammi di progestinico, nelle pillole di seconda e terza generazione. È come passare dai chili ai grammi. La riduzione progressiva ha comportato la diminuzione degli effetti collaterali, dai più banali, come nausea, tensione mammaria, cefalea, all'aumento del rischio tromboembolico, ma talvolta provocava anche una perdita della regolarità del ciclo. Dopo vari aggiustamenti, e pillole bi e trifasiche che "mimavano" le diverse fasi del ciclo, si è arrivati - nel 2000 - alle ultime con il drospirenone, le più utilizzate negli Usa. Infine, qualche anno fa è arrivata sul mercato una pillola con un estrogeno naturale, pubblicizzata per questo come bio pillola».

(e. nas.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA.

**In Italia arrivò nel '65 ma solo nel 1971 la Corte Costituzionale abrogò il divieto di contraccezione e il farmaco diventò legale**

pillola, registrata e commercializzata negli Usa da Searle. L'anno dopo la Schering di Berlino mette sul mercato il primo contraccettivo orale in Europa. In Italia arriva nel 1965, solo per le donne sposate e per regolarizzare i disordini mestruali, dal '71 diventa legale perché la Corte Costituzionale abroga l'articolo del codice penale che proibiva la contraccezione. Quattro anni dopo,

**Il caso**

Un lavoro dell'università di Bologna smentisce quello dell'ateneo di Catania

# Migliora o peggiora la libido? Studi contrapposti e polemiche

**L**a pillola dell'amore. Era stata presentata anche così, la pillola al drospirenone. Tra i tanti vantaggi extracontraccettivi, insieme alla promessa di non ingrassare, questo era certamente il più allettante. Effetto confermato da uno studio dell'università di Catania. Ma adesso, su *Journal of sexual medicine*, un lavoro dell'università di Bologna dimostra il contrario: la pillola non solo non

misurato oggettivamente la risposta sessuale delle donne che assumevano la pillola al drospirenone. Abbiamo effettuato su 21 donne ecografie a clitoride, piccole labbra e introito vaginale associata a Doppler-flussimetria, per indagare eventuali variazioni di forma e vascolarizzazione dei genitali esterni sia all'inizio dell'assunzione della pillola che dopo tre mesi. I risultati: minor spessore delle piccole labbra del 13 per cento, introito vaginale più ristretto del 22, ridotta vascolarizzazione. Poi abbiamo valutato l'aspetto ormonale ed erano diminuiti sia gli estrogeni che gli androgeni liberi. Del resto il drospirenone è un anti-androgeno e anche nella donna gli ormoni androgeni sono associati alla regolazione del desiderio sessuale, dunque una pillola al drospirenone non poteva aumentare la libido». E infatti dopo tre mesi di assunzione lo studio verifica frequenza dei rapporti sessuali ridotta del 42 per cento, quella dell'orgasmo del 26, mentre aumenta di oltre il 50 per cento la comparsa di dolore durante i rapporti. (e. nas.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Da una parte un questionario con interviste a 67 pazienti, dall'altra "misurazioni" su ventuno donne**

migliora la libido ma la peggiora sensibilmente. «Lo studio dei colleghi catanesi — premette Cesare Battaglia, uno degli autori — si basava esclusivamente su interviste a 67 pazienti, un metodo poco oggettivo. Inoltre è dimostrato che, con un qualunque tipo di contraccezione sicura, la vita sessuale diventa più gratificante. Il nostro studio ha invece

## LEI & LUI



ROBERTA GIOMMI\*

### MA IL DESIDERIO NON SI TRATTA CON I FARMACI

**D**i recente sono comparse tante pillole: per l'eccitazione, il controllo dell'eiaculazione, l'aumento del desiderio femminile. Riconfermiamo, come esperti in sessuologia, che non si deve mai eliminare il sintomo, per esempio la mancanza di desiderio, se non sappiamo cosa esprime, altrimenti il disagio tende a spostarsi, creando problemi diversi. Nel lavoro con le adolescenti sappiamo che una delle maggiori preoccupazioni, nell'assumere un contraccettivo come la pillola, è la paura di ingrassare e di avere meno desiderio. Nell'educazione alla sessualità lavoriamo molto con maschi e femmine perché imparino il funzionamento della fertilità e aggiungiamo le linee di condotta per le malattie sessualmente trasmesse che richiedono sempre il profilattico. Di recente sono comparse informazioni su una pillola che non produce aumento di peso e stimola il desiderio. Sulle virtù afrodisiache sono nate riflessioni opposte, sia di opinione, c'è chi dichiara che l'organo sessuale più importante nella donna è la testa, che di ricerca. Si sono visitate e intervistate donne dopo l'assunzione del nuovo farmaco per tre mesi, rilevando effetti opposti sul piano della libido, dell'eccitazione e dell'orgasmo. Sembrano invece fuori discussione le proprietà contraccettive e i benefici per la linea. Valutare serenamente vantaggi e problemi permette di scegliere in modo consapevole, considerando ogni

ragazza/donna con le personali paure e preoccupazioni. Oggi si deve coniugare sicurezza sul controllo della fertilità e cultura del sesso sicuro. Il desiderio, ce lo spiega la psicoanalisi, è troppo complesso per poter essere trattato, nella sua difficoltà, solo dal punto di vista farmacologico. Sentiamo l'esigenza che le ragazze adottino una cultura della consapevolezza, il metodo migliore è il dialogo, perché per aiutare a scegliere è necessario riconoscere la persona che abbiamo davanti e dedicarle del tempo.

[www.irf-sessuologia.it](http://www.irf-sessuologia.it)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

