

II Congresso Nazionale della S.I.C.

Care Colleghe e cari Colleghi,

la nostra Società è ormai giunta al suo 2° Congresso Nazionale, che avrà luogo a Napoli dal 5 al 7 dicembre 2007.

Per la prima volta il Congresso della Società Italiana della Contraccezione riceve l'importante patrocinio della Società Europea di Contraccezione (ESC - European Society of Contraception), a riconoscimento della crescente rilevanza della produzione scientifica italiana in questo settore e a testimonianza del rilievo internazionale della S. I. C. Di questa iniziativa ringraziamo il Presidente, Professor D. Cibula, che incontreremo a Praga nel maggio 2008 in occasione del 10° Congresso della ESC, laddove la S. I. C. è stata invitata ad organizzare una sua tavola rotonda. Sono passati solo due anni dal 1° Congresso della nostra Società, che ebbe luogo a Modena nel 2005 con grande successo. In questo breve periodo molte cose sono cambiate nel campo della contraccezione e della fisiopatologia della riproduzione. In questo Congresso, oltre alle tematiche più propriamente scientifiche, come quelle relative all'impiego di nuovi progestinici, all'utilizzo di vie di somministrazione e schemi posologici alternativi, all'uso della contraccezione ormonale come terapia o in condizioni particolari, ampio spazio sarà dedicato a tematiche di cogente attualità quali l'impatto ambientale dei contraccettivi ormonali e l'importanza dell'ambiente per la salute riproduttiva della donna, la contraccezione di emergenza e i suoi risvolti etici e medico - legali, le nuovissime metodiche di sterilizzazione chirurgica.

Fra i relatori sono presenti i più noti esperti italiani del settore, con il coinvolgimento di autorevoli specialisti di altre branche della medicina, a sottolineare una visione multidisciplinare del problema della contraccezione.

Vi sono dunque tutti i presupposti scientifici perché questo Congresso riscuota il più ampio consenso del pubblico. A ciò si aggiunga il fascino che la città di Napoli, pur fra i suoi molti problemi, esercita sul forestiero che abbia la fortuna di visitarla nel periodo che precede il Natale: l'arte presepiale, le mostre, i concerti, le delizie gastronomiche e più in generale l'atmosfera dell'Avvento resteranno, ne siamo sicuri, fra i vostri ricordi più cari.

Presidente del Congresso
Prof. Carmine Nappi

Presidente della S. I. C.
Prof. Annibale Volpe

DIRETTIVO S.I.C.

Presidente
A. Volpe

Presidenti Onorari
G. Benagiano
P. Crosignani

Vice Presidenti
G. B. Melis
G. Scarselli

Tesoriere
C. Nappi

Segretario
P. Rita

Consiglieri
V. Bruni
V. De Leo
F. Fruzzetti
M. Moscarini
P. Quartararo

S.I.C. DONNA NEWS

Direzione Scientifica
C. Nappi • nappi@unina.it
C. Di Carlo • cdicarlo@unina.it

**Responsabile
Comunicazioni Esterne**
A. La Marca

Direttore Responsabile
G. Rita

Editore
♦ MKT Consulting
info@mkt-consulting.it
www.mkt-consulting.it

Stampa
BC Graph • Pomezia

**Autorizzazione Tribunale
di Roma**
N. 229 del 12 giugno 2007

Finito di stampare
novembre 2007

presentazione del congresso



Contraccettivi orali combinati e metabolismo osseo: la nostra esperienza

Gargano V., Formisano C., Massaro M., Morra I., Di Carlo C., Nappi C.

Gli effetti esercitati dalla contraccezione ormonale sul metabolismo osseo sono stati oggetto di ampio dibattito negli ultimi anni (1).

Da un lato, infatti, si era tentati di attribuire un effetto benefico della somministrazione di estrogeni e progestinici sul metabolismo osseo, sulla scorta di quanto dimostrato nelle pazienti in postmenopausa, nelle quali la somministrazione di terapie estrogeniche protegge dall'osteoporosi. Dall'altro invece, ci si chiedeva se la quantità di estrogeni somministrata con i contraccettivi combinati fosse in grado di ovviare alla diminuita sintesi di estrogeni conseguente all'azione ovariostatica del farmaco.

Mentre appare chiara la correlazione diretta tra dosaggio dell'estrogeno esogeno e prevenzione della perdita di massa ossea nell'ambito della terapia ormonale sostitutiva nelle donne in postmenopausa (2), non è stato ancora definito se tale effetto possa essere esplicato anche dai contraccettivi orali combinati a basso dosaggio nelle donne in età riproduttiva.

Nelle ultime tre decadi, il principale obiettivo nello sviluppo dei contraccettivi orali combinati è stato quello di migliorarne il profilo di sicurezza e di tollerabilità, senza comprometterne l'efficacia. La ricerca farmacologica ha condotto alla formulazione di regimi fasici, di preparati con dosaggi inferiori di estrogeno e di nuove molecole progestiniche. Paoletti et al. (3) hanno dimostrato con uno studio prospettico, randomizzato e controllato che l'assunzione per un anno di contraccettivi orali contenenti 20 o 30 µg di etinilestradiolo più 75 µg di gestodene in donne giovani adulte (22-30 anni) è associata ad una riduzione dei parametri di riassorbimento osseo.

Solo pochi studi, invece, sono stati rivolti a valutare gli effetti delle diverse tipologie di progestinici sul metabolismo osseo e sulla massa ossea in donne fertili utilizzatrici di contraccettivi orali, fornendo risultati contrastanti. A questo proposito, il progestinico drospirenone, un derivato del 17-β-spiroglattone, appare particolarmente interessante considerando il suo peculiare profilo farmacologico, che ricorda molto da vicino quello del progesterone endogeno (4). Diversamente dagli altri progestinici di sintesi attualmente disponibili,

il drospirenone è dotato di attività antiandrogenica e antimineralecorticoidica mentre risulta privo di qualsiasi attività androgenica, estrogenica, glucocorticoidica ed antiglicocorticoidica. Come risultato di tali caratteristiche, il contraccettivo orale combinato contenente drospirenone ed etinilestradiolo può minimizzare la ritenzione idrica e gli altri effetti avversi che, al contrario, si riscontrano in corso di trattamento con i contraccettivi orali combinati convenzionali. In aggiunta, il drospirenone esibisce, come il suo precursore, un'affinità per il recettore mineralcorticoidico molto più elevata rispetto all'aldosterone. Esso potrebbe, quindi, esercitare un effetto protettivo sull'osso simile a quello dello spironolattone.

Al fine di valutare quale fosse il reale impatto di COCs a diverso dosaggio estrogenico ed a differente componente progestinica sul turnover osseo e sulla BMD, abbiamo condotto tre studi longitudinali, ciascuno della durata di 12 mesi, su donne giovani, fertili ed in buona salute assumenti contraccettivi orali (5-7).

I parametri considerati per la determinazione qualitativa degli effetti di tali formulazioni sull'osso sono stati: l'escrezione urinaria di piridinolina (PYD) e deossipiridinolina (D-PYD), indici di riassorbimento osseo, e la concentrazione sierica di osteocalcina (BGP), marker di osteoformazione. Inoltre, abbiamo valutato la BMD mediante esame DEXA (dual-energy X-ray absorptiometry) eseguito a livello del tratto lombare della colonna prima e dopo lo studio.

Il contraccettivo orale contenente 15 µg di etinilestradiolo e 60 µg di gestodene, somministrato per 24 giorni, garantisce elevata efficacia contraccettiva ed è ben tollerato.

Nel nostro primo studio (5) abbiamo valutato gli effetti sull'osso di tale formulazione a bassissimo dosaggio, confrontandola con il COC contenente 20 µg di etinilestradiolo e 75 µg di gestodene, somministrato per 21 giorni e con un gruppo di controllo non trattato. I nostri risultati hanno dimostrato che entrambe le formulazioni esercitano un effetto positivo sul metabolismo osseo. Infatti, nei gruppi trattati abbiamo riscontrato una significativa riduzione di PYD e di D-PYD a partire dal terzo mese di trattamento rispetto ai valori basali e del

La contraccezione e gli inestetismi cutanei

gruppo di controllo. Tra i due gruppi di trattamento non sono state osservate differenze statisticamente

significative nel corso dell'intero periodo di assunzione della pillola (Fig. 1).

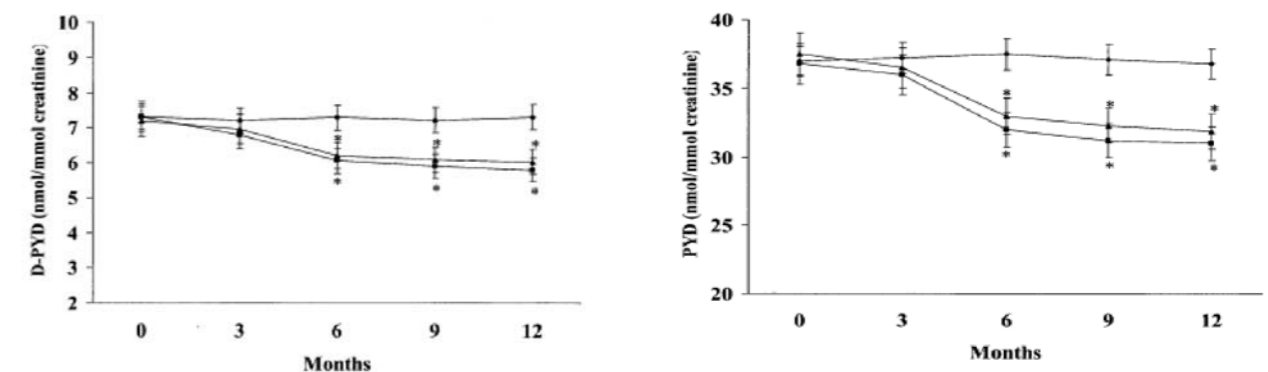


Fig. 1. Livelli di PYD (A) e D-PYD (B) durante lo studio

Gruppo A: pazienti trattate con CO contenente 20 µg etinilestradiolo più 75 µg di gestodene.

Gruppo B: pazienti trattate con CO contenente 15 µg etinilestradiolo più 60 µg di gestodene.

Gruppo C: controlli. I valori sono espressi come media ± DS.

* $P < .05$ rispetto al gruppo C e ai valori basali.

Nei gruppi trattati, inoltre, si è verificata una lieve, non significativa diminuzione dei livelli sierici di osteocalcina rispetto ai valori basali e del gruppo di controllo. Nella valutazione a 12 mesi non sono state riscontrate differenze significative nei valori della BMD nei tre gruppi di studio.

Nel nostro secondo studio (6) abbiamo messo a confronto il COC contenente 30 µg di etinilestradiolo e 3 mg di drospirenone con il COC contenente 30 µg di etinilestradiolo e 75 µg di gestodene, entrambi assunti per 21 giorni e con

un gruppo di controllo non trattato. I nostri dati hanno confermato l'azione protettiva sull'osso sia dell'associazione etinilestradiolo/drospirenone che etinilestradiolo/gestodene, con una significativa riduzione dei livelli di piridinolina e di deossipiridinolina e una lieve, ma non significativa, diminuzione dell'osteocalcina.

Nel gruppo trattato con il drospirenone abbiamo riscontrato una maggiore, sebbene non significativa, riduzione dei valori di PYD e di D-PYD (Fig. 2).

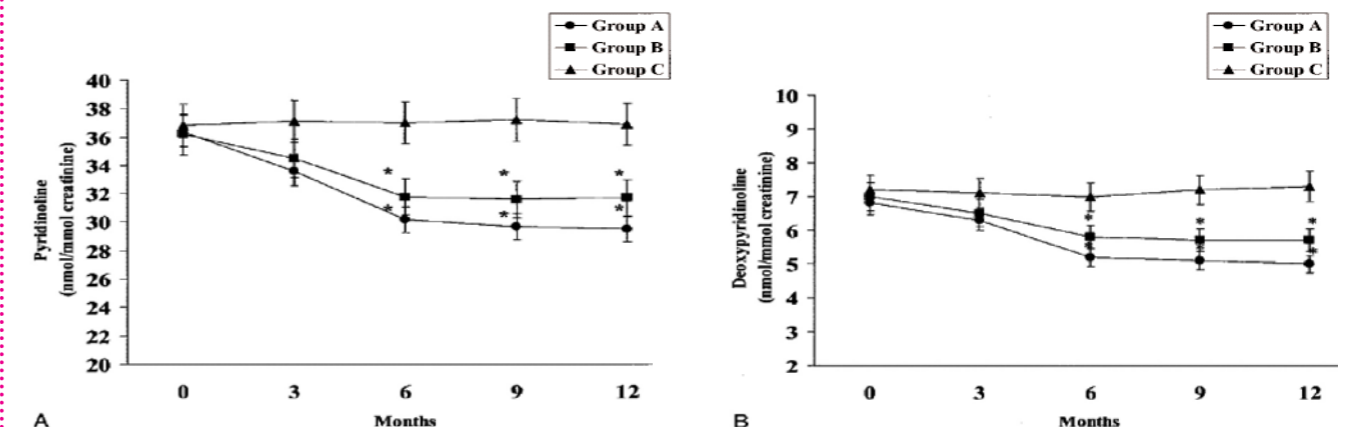


Fig. 2. Livelli di PYD (A) e D-PYD (B) durante lo studio

Gruppo A: pazienti trattate con CO contenente 30 µg etinilestradiolo più 3 mg drospirenone.

Gruppo B: pazienti trattate con CO contenente 75 µg etinilestradiolo più 60 µg di gestodene.

Gruppo C: controlli. I valori sono espressi come media ± DS.

* $P < .05$ rispetto al gruppo C e ai valori basali.

La contraccezione e gli inestetismi cutanei

La BMD non ha subito modificazioni a 12 mesi. Nel nostro ultimo studio, attualmente in via di pubblicazione (7) abbiamo, infine, valutato gli effetti esercitati sull'osso e sulla BMD dall'associazione 30 ìg di etinilestradiolo/3 mg di drospirenone e 20 ìg di etinilestradiolo/3 mg di drospirenone, formulazione, quest'ultima, recentemente commer-

cializzata. I nostri dati hanno confermato quanto dimostrato negli studi precedenti ed hanno evidenziato, inoltre, che il COC contenente 20 ìg di etinilestradiolo/3 mg di drospirenone conserva gli stessi effetti benefici sull'osso esercitati dall'associazione 30 ìg di etinilestradiolo/3 mg di drospirenone (Fig. 3).

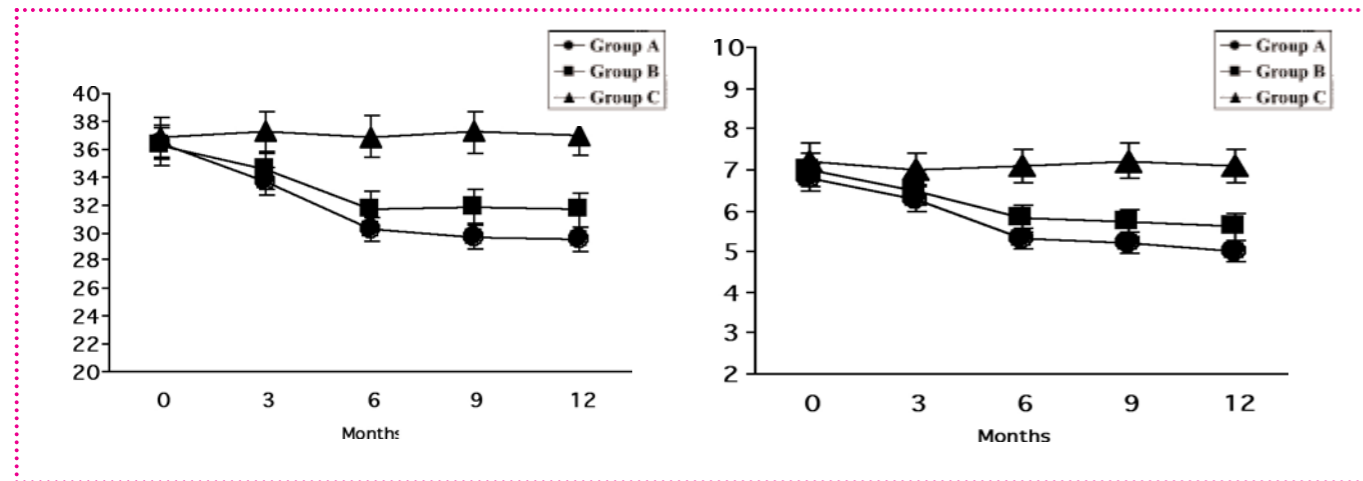


Fig. 3. Livelli di PYD (A) e D-PYD (B) durante lo studio

Gruppo A: pazienti trattate con CO contenente 30 g etinilestradiolo più 3 mg drospirenone.

Gruppo B: pazienti trattate con CO contenente 20 g etinilestradiolo più 3 mg drospirenone.

Gruppo C: controlli. I valori sono espressi come media \pm DS.

* $P < .05$ rispetto al gruppo C e ai valori basali.

L'evidenza accumulata ci ha consentito quindi di confermare l'azione benefica sul metabolismo osseo dei COCs. Appare infatti evidente che i COCs, compresi quelli a bassissimo dosaggio, e

incluse le formulazioni contenenti drospirenone esercitano una spiccata azione osteotesaurizzante, pur non apportando modificazioni significative ed apprezzabili della BMD.

Bibliografia

1. Kuohung W, Borgatta L, Stubblefield P. Low-dose oral contraceptives and bone mineral density: an evidence-based analysis. *Contraception* 2000;61:77-82.
2. Horsman A, Jones M, Francis R, Nordin C. The effect of estrogen dose on postmenopausal bone loss. *N Engl J Med* 1983;309:1405-7.
3. Paoletti AM, Orrù M, Floris S, et al. Evidence that treatment with monophasic oral contraceptive formulations containing ethinylestradiol plus gestodene reduces bone resorption in young women. *Contraception* 2000;61:259-63.
4. Parsey KS, Pong A. An open-label, multicenter study to evaluate Jasmin, a low-dose combination oral contraceptive containing drospirenone, a new progestogen. *Contraception* 2000;61:105-11.
5. Nappi C, Di Spiezo Sardo A, Greco E, Tommaselli GA, Giordano E, Guida M. Effects of an oral contraceptive containing drospirenone on bone turnover and bone mineral density. *Obstet Gynecol.* 2005;105:53-60.
6. Nappi C, Di Spiezo Sardo A, Acunzo G, Bifulco G, Tommaselli GA, Guida M, et al. Effects of a low-dose and ultra-low-dose combined oral contraceptive on bone turnover and bone mineral density in young fertile women: a prospective controlled randomized study. *Contraception* 2003;67:355-9.
7. Gargano V, Massaro M, Morra I, Formisano C, Di Carlo C, Nappi C. Effects of two low-dose combined oral contraceptive containing drospirenone on bone turnover and bone mineral density in young fertile women: a prospective controlled randomized study. Submitted.



PER RICHIESTE
DI INFORMAZIONE
E PARTECIPAZIONE

Rivolgersi a:

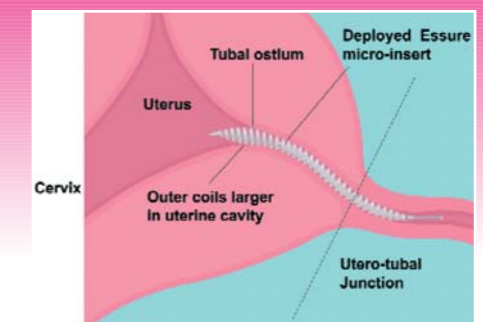
♦ **MKT Consulting**

Phone: +39 06 39746189

e.mail: sic@mkt-consulting.it

www.mkt-consulting.it

La contraccezione sicura...per sempre



 **Cremascoli&Iris**

essure®

Per informazioni: www.cremascolieiris.it • comm@cremascolieiris.it • tel. 02/5076202 • fax 02/5076410

La contraccezione e gli inestetismi cutanei

V. De Leo, M.C. Musacchio, A. Delia, G. Morgante

Istituto Di Ostetricia E Ginecologia. Università Di Siena

Gli ormoni androgeni svolgono un ruolo chiave nello sviluppo dell'unità pilosebacea (PSU) presente nella maggior parte delle zone del corpo. Infatti la PSU può essere definita, al pari di altri tessuti, l'organo bersaglio degli ormoni steroidei ed in particolare di quelli androgeni.

Disordini della PSU conosciuti come irsutismo, acne, alopecia si manifestano solo dopo l'inizio della pubertà, anche se la patogenesi di questi disordini non dipende solo dagli androgeni (1). La severità dell'acne e dell'irsutismo può variare indipendentemente dai livelli circolanti di androgeni. Alcune donne sviluppano irsutismo o acne in presenza di normali livelli di androgeni, mentre altre possono non presentare sintomatologia clinica in condizioni di iperandrogenismo. Queste differenti manifestazioni cliniche suggeriscono che, oltre agli androgeni, altre componenti biologiche come fattori di crescita, enzimi e caratteristiche genetiche condizionano lo sviluppo dei disordini della PSU (2).

Per irsutismo si intende una abnorme crescita di peli in zone in cui la donna è normalmente glabra (viso, tronco, linea alba, triangolo superiore del pube, trigono sacrale, braccia e cosce). L'acne è generalmente localizzata al viso e in particolare sulla fronte e sulle ali del naso, poi successivamente al tronco. La seborrea è presente in quasi tutte le pazienti affette da irsutismo. L'eccessiva produzione di sebo a carico soprattutto del cuoio capelluto provoca un indebolimento ed una maggior perdita di capelli nelle pazienti irsute.

Il più popolare trattamento dell'irsutismo e degli inestetismi cutanei ad esso associati è rappresentato dai contraccettivi orali (3). Gli estroprogestinici esercitano, in virtù della loro composizione, un effetto inibitore sulla secrezione di LH, aumentano la sintesi epatica di SHBG, con conseguente diminuzione del testosterone libero, inibiscono l'attacco del diidro-testosterone ai recettori androgenici, riducono l'attività della 5-alfa reduttasi cutanea e riducono la secrezione ovarica e surrenalica di androgeni.

La scelta del tipo di pillola da utilizzare rimane controversa. Sembra comunque che i contraccettivi orali a basso dosaggio siano efficaci nel combattere l'irsutismo e l'acne, in quanto garantiscono una soppressione dei livelli di testosterone libero

paragonabile a quella che viene raggiunta con quelli a più alto dosaggio (4). Inoltre, le preparazioni contenenti i nuovi progestinici (desogestrel, gestodene, norgestimate) determinano, rispetto alle altre, un maggior aumento della SHBG e una più marcata diminuzione dei livelli ematici di testosterone libero.

Per quanto riguarda la somministrazione potrebbe essere utile, almeno nei primi 3-6 mesi di terapia, somministrare la pillola in modo continuo, senza l'intervallo di 7 giorni da un ciclo all'altro come normalmente viene consigliato. È possibile infatti che in questi 7 giorni di sospensione la produzione di LH e di testosterone aumenti, creando così una poussée di ormoni che può stimolare l'unità pilo-sebacea.

Il contraccettivo più efficace è rappresentato, comunque, dall'associazione etinilestradiolo - ciproterone acetato in regime cosiddetto "sequenziale inverso", che prevede la somministrazione di 25, 50, 100 mg/die di ciproterone acetato dal 4° al 14° giorno e di 25 mcg di estradiolo dal 4° al 21° giorno del ciclo. Il ciproterone acetato possiede, infatti, spiccate proprietà antiandrogene ed antigonadotropiniche; agisce quindi efficacemente nell'irsutismo frenando l'eccessiva produzione di androgeni e riducendo l'ipersensibilità cutanea agli androgeni stessi (5,6).

Recentemente sono stati messi in commercio due contraccettivi a diverso dosaggio estrogenico contenenti un nuovo progestinico, il drospirenone, derivato dallo spironolattone, che possiede attività antiandrogena e antiminerale corticoide simile al progesterone endogeno.

L'effetto antiandrogeno del drospirenone si esercita principalmente a livello genomico recettoriale mediante un maggiore legame con i recettori androgenici.

Un importante studio ha dimostrato un'efficacia sovrapponibile a quella del ciproterone acetato/EE nella riduzione delle lesioni acneiche al volto nelle donne con acne lieve/moderata trattata con drospirenone/EE (7).

Mentre l'effetto sui tassi di testosterone nel sangue si manifesta precocemente anche solo dopo qualche settimana, l'azione a livello del pelo terminale esige, di norma, almeno tre mesi. Un effetto

più evidente è ottenibile nello spazio di 6-12 mesi di trattamento. Dopo 12 mesi di trattamento è consigliabile un intervallo di 3-4 mesi; quindi, si può riprendere il trattamento per altri 12 mesi.

Circa il 60-65% delle pazienti trae un marcato beneficio da questo tipo di trattamento, anche se circa il 25-30% ha bisogno di completare il trattamento associando altre modalità depilatorie.

Altre opzioni terapeutiche prevedono l'associazione di un antiandrogeno non steroideo quale la flutamide ad un contraccettivo ormonale a basso dosaggio. Nelle donne affette da acne medio-severo è preferibile l'uso della flutamide alle dosi di 250-375 mg/die. La raccomandazione principale, essendone noti gli effetti epato-tossici, è quella di controllare i livelli delle transaminasi ogni 2 mesi. I

La contraccezione e gli inestetismi cutanei

risultati a 6-12 mesi della associazione pillola-flutamide dimostrano l'assoluta efficacia di questo trattamento che in molti casi risulta essere risolutivo nei confronti dell'acne (8).

Quando invece i problemi cosmetici riguardano oltre l'irsutismo anche il defluvium capillorum si preferisce l'associazione del contraccettivo orale ad un inibitore dell'enzima 5- α -reduttasi ampiamente conosciuto come la finasteride o quello più recente come la dutasteride. I risultati a 6 mesi dimostrano il blocco della caduta dei capelli in oltre il 50% delle donne con la finasteride e in percentuali ancora più alte con l'uso della dutasteride. A differenza della flutamide queste molecole non sembrano avere particolari effetti collaterali (9).

Bibliografia

- 1) Barth JW. Investigations in the assessment and management of patients with hirsutism. *Curr Op Obstet Gynec* 9:187, 1997.
- 2) Rosenfield RL. Pilosebaceous physiology in relation to hirsutism and acne. *Clin Endocrinol Metab* 15: 340, 1986.
- 3) Diamanti-Kandarakis E, Tolis G, Duleba A. Androgens and therapeutic aspects of antiandrogens in women. *J Soc Gynecol Invest* 2:577-592, 1995.
- 4) Ciotta L, Cianci A, Marletta E et al. Treatment of hirsutism with flutamide and a low-dosage oral contraceptive in polycystic ovarian disease patients. *Fertil Steril* 62, 1129, 1994.
- 5) Falsetti L, Gambignani E. Il ciproterone acetato a diversi dosaggi nella terapia dell'irsutismo. *Riv Ost Gin* 5, 51, 1992.
- 6) Vermeulen A, Rubens R. Effects of cyproterone acetate plus ethinyl estradiol low dose on plasma androgens and lipids in mildly hirsute or acneic young women. *Contraception* 38: 419-428, 1988.
- 7) Huber J, Walch K. Treating acne with oral contraceptives: use of lower doses. *Contraception* 2006; 73 (1): 23-9.
- 8) De Leo V, La Marca A, Lanzetta D, et al. Effect of flutamide on pituitary and adrenal responsiveness to corticotrophin releasing factor. *Clin Endocrinol* 49: 85-89, 1998.
- 9) Evans HC, Goa KL. Dutasteride. *Drug aging* 20: 905-16, 2003.

MKT PHARMA

Multi-Safe® CU 375 Neo-Safe® T CU 380 Multi-Safe® CU 375 short

Per informazioni e/o acquisto diretto:
 info@mktpharma.it
 www.mktpharma.it
 tel 06 39746189

La contraccezione e sessualità

Alessandra Graziottin

(Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica Ospedale San Raffaele Resnati, Milano)

La contraccezione moderna è nata come con l'obiettivo di separare in modo controllato ed efficace la procreazione dalla sessualità. Due sono i corollari positivi principali: dare al diventare genitori la dimensione della scelta, nei tempi e nei modi, specialmente per la donna, e dare alla sessualità una maggiore dimensione ludica e creativa: di emozioni, affetti, piacere e soddisfazione fisica e psichica.

In realtà, nella pratica clinica il medico, di famiglia o ginecologo, di regola si concentra sull'aspetto di prevenzione delle gravidanze indesiderate, al massimo con una sottolineatura di eventuali vantaggi per la salute: dal miglioramento cosmetico, in caso di acne e irsutismo, alla riduzione del rischio di cisti ovariche o delle irregolarità mestruali, alla riduzione della dismenorrea o della sindrome premestruale. Raramente il medico chiede come sia la qualità della sessualità prima di prescrivere il contraccettivo o commenta le implicazioni sessuali della contraccezione. Una omissione clinica, figlia di una scissione culturale e professionale, ricca di implicazioni negative: molti degli abbandoni della contraccezione sono dovuti all'accusa di "lesa sessualità" ancora poco valutati nel loro peso reale. Questa omissione è presente in tutti i Paesi ad alto reddito, con una variabilità legata a differenze culturali nell'atteggiamento generale della popolazione nei confronti della contraccezione, che si ripercuotono in particolare nelle diverse strategie politiche nei confronti dell'educazione sessuale e della sessualità degli adolescenti.

La stessa scissione è presente a livello scientifico: in rapporto all'enorme produzione di lavori sulla contraccezione, le specifiche indagini sull'impatto della contraccezione sulla sessualità sono ancora scarse. Solo recentemente l'entusiasmo di studio e di ricerca sulla sessualità femminile ha finalmente portato con sé anche specifiche e qualificate indagini sul rapporto tra contraccezione e sessualità. Tuttavia, molto resta da fare.

Contraccezione e sessualità degli adolescenti

In tutti i Paesi occidentali c'è stata una graduale riduzione dell'età del primo rapporto dagli anni '60 in poi. L'età media per il primo rapporto è 17

anni. Le differenze tra Nazioni sono relativamente piccole. È invece enorme la differenza, tra Nazioni ad alto reddito, dell'atteggiamento culturale e politico nei confronti della contraccezione. L'educazione sessuale è proibita "per ragioni di principio" in circa il 50% delle scuole in USA, contro solo il 7% delle scuole in Olanda. Le conseguenze di questo diverso atteggiamento sono evidenti: nonostante la simile età al primo rapporto e nel comportamento sessuale tra adolescenti di Paesi diversi, ci sono enormi differenze nella percentuale di gravidanze indesiderate, di aborti e di malattie sessualmente trasmesse, tra Stati Uniti e Gran Bretagna da un lato e Olanda e Paesi Scandinavi dall'altro. La tendenza sia ad iniziare ad avere rapporti completi ad età più giovani sia a posticipare l'età della prima gravidanza, aumenta il periodo di tempo durante il quale c'è attività sessuale senza intento procreativo. Durante questo lungo tempo, l'atteggiamento prevalente è quello della cosiddetta "monogamia seriale": la maggior parte degli uomini e delle donne dei Paesi ad alto reddito ha oggi diversi partner prima di costruire una famiglia. La monogamia seriale non è percepita come promiscuità: specie quando è caratterizzata da innamoramento, amore, fiducia e fedeltà reciproca, almeno finché dura la relazione, induce la coppia a non usare contraccettivi di barriera e ad usare, semmai, la contraccezione ormonale. Sfortunatamente, questo comporta una crescente possibilità di contrarre malattie sessualmente trasmesse. Solo il cosiddetto "Double Dutch", il programma olandese di promozione dell'uso contemporaneo di contraccezione ormonale e profilattico, ha effettivamente ridotto sia le gravidanze involontarie, sia le malattie sessualmente trasmesse tra adolescenti e giovani adulti.

Le variabili identificate come efficaci per ridurre il rischio di gravidanze indesiderate e aborto sono:

- 1) qualità dell'educazione sessuale formale (scuola) e informale (famiglia, ambiente sociale, amici, e partner). Due fattori meritano attenzione: la scarsa qualità della cultura contraccettiva nei genitori e il ruolo negativo del partner, specie quando la giovane donna non usa i contraccettivi ormonali, come emerso da un recente studio italiano (Di Gennaro, 2002,

Comunicazione personale). Ne consegue l'importanza di campagne educative, specialmente sui temi della contraccezione ormonale e del profilattico, specificamente rivolte ai genitori e ai giovani maschi;

- 2) grado di apertura della società e dei media nei confronti della sessualità;
- 3) possibilità di accesso ai metodi contraccettivi e ai servizi consultoriali;
- 4) livello di autostima nell'adolescente, che la metta in condizione di condividere attivamente la scelta contraccettiva con il partner;
- 5) qualità della capacità comunicativa nell'adolescente, che lo/la aiuti a negoziare e comunicare su desideri, limiti e scelte nei confronti del comportamento sessuale, procreativo e preventivo.

Determinanti sessuali del comportamento contraccettivo

I metodi "coito indipendenti", quali la contraccezione ormonale (orale, tramite cerotto, anello vaginale o impianto), il dispositivo intrauterino e la sterilizzazione, impattano la sessualità in modo nettamente minore di quelli "coito dipendenti" quali il profilattico, il diaframma o i metodi naturali. Tuttavia, il ruolo del rapporto tra tipo di scelta contraccettiva rispetto al coito e sessualità non è stato adeguatamente indagato. In particolare, è molto probabile che sia sottostimato il ruolo del cambiamento sessuale indotto dalla scelta contraccettiva (per esempio, anche la cosiddetta "stanchezza da pillola", ossia la tendenza all'abbandono della contraccezione ormonale dopo qualche mese o anno d'uso potrebbe essere indotta sia dalla percezione di un effetto negativo sul desiderio, l'eccitabilità e la lubrificazione, sia dal sentire che la "continua disponibilità") - garantita da questo metodo - potrebbe essere diventata di fatto una limitazione e non un miglioramento della libertà personale, specie nella coppia stabile. Di fatto, lo studio di Sanders e collaboratori mostra come effetti collaterali di tipo emotivo - riduzione del desiderio e dell'eccitazione sessuale - e/o il peggioramento della sindrome premestruale, predicano ben l'87% degli abbandoni della contraccezione ormonale.

Effetti sessuali della contraccezione ormonale

Questi effetti vanno valutati su tre variabili principali:

1. l'identità sessuale, che include anche l'immagine corporea. La contraccezione ormonale può

La contraccezione e sessualità

migliorare l'immagine di sé e la percezione di essere più desiderabile, nelle donne che soffrono di acne e irsutismo, per l'effetto antiandrogenico.

Il positivo effetto sull'immagine corporea e l'identità sessuale potrebbe bilanciare a livello motivazionale i possibili effetti negativi di questi contraccettivi sulla componente istintuale del desiderio. Nell'uso clinico, l'eccellente compliance di questi prodotti fa pensare che i positivi effetti cosmetici siano premianti nella soddisfazione d'uso, più della possibile frenata biologica sul desiderio. Essa sottolinea come lo studio dell'impatto dei contraccettivi sulla sessualità debba sempre tener conto di tutte le variabili in gioco: biologiche, psicosessuali e contesto correlate.

2. la funzione sessuale. Il quadro riportato in letteratura è molto sfaccettato. Mediamente, l'impatto della contraccezione ormonale sulla sessualità può essere così riassunto: il 12,1-27% delle donne riporta un peggioramento, il 55-62% non nota variazioni rilevanti mentre il 10-18% riferisce un miglioramento significativo, con forti difformità tra gli studi. Tuttavia in queste ricerche è presente un grave limite scientifico: fino a pochi anni fa tutte le pillole erano state considerate identiche negli effetti sulla sessualità, con un sostanziale "effetto di classe" che fa torto alle differenze di profilo farmacologico (relative al dosaggio dell'etinilestradiolo e al tipo di progestinico) e ancor più, con l'avvento oggi dei nuovi sistemi - cerotto, anello, impianto - della via di somministrazione. Studi testa a testa sono necessari per valutare quanto le differenze farmacologiche correlino con possibili differenze sul fronte della funzione sessuale.

3. la relazione sessuale. I dati a questo proposito sono scarsi. Merita tuttavia segnalare il ruolo negativo che il partner può avere sulla scelta contraccettiva, sconsigliandola (Di Gennaro, 2002, Comunicazione personale). Uno studio italiano su 600 adolescenti (età 15-24) che assumevano la pillola e altre 600 di pari età che non la assumevano ha mostrato che nel primo gruppo la ragazza parlava di contraccezione: nel 67.3% dei casi con il ginecologo, nel 13.5% con la madre, nel 12.5% con il partner, nel 6.4% con le amiche. Nel secondo gruppo, di non utilizzatrici, la ragazza parlava di contraccezione con il partner nel 41.5% dei casi; con le amiche nel 21.8%; con il ginecologo nel 13.1%; con la madre nell'11.4% (non risponde il 12,1%). Dati che

La contraccezione e sessualità

mostrano come il partner, più di tutti gli interlocutori, possa negativamente influenzare la scelta contraccettiva, anche per paure relative alla modificazione della sessualità di lei.

Conclusioni

Il rapporto tra contraccezione ormonale e sessualità è stato complessivamente poco studiato. Merita attenzione clinica, sia perché intrinseco alla stessa scelta del metodo contraccettivo, sia perché può essere una causa principale, tuttora

negletta, di scarsa compliance e di abbandono d'uso. In positivo, studi testa a testa potrebbero consentire di comprendere meglio quanto le variabili biologiche, psicologiche e relazionali possano interagire nel modulare l'impatto della contraccezione ormonale sull'identità sessuale, sulla funzione sessuale e sulla relazione di coppia. Il fattore maschile merita di essere indagato per i suoi possibili effetti sulla scelta, o non scelta, contraccettiva, sulla compliance, su eventuali abbandoni, e sulla soddisfazione d'uso.

www.alessandragraziottin.it

Prossimi appuntamenti

calendario 2008

- **RUOLO DEGLI INTEGRATORI E DEI FITOFARMACI NEL TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE OSTETRICHE GINECOLOGICHE**
Presidenti: F. Facchinetti, V. Unfer
MODENA • 8 Marzo • 2008
- **III CORSO NAZIONALE DI FORMAZIONE PERMANENTE SU TERAPIE ORMONALI IN GINECOLOGIA**
Direttore del Corso: A. Cianci
CATANIA • 5 / 7 Giugno • 2008
- **IV CORSO DI COLPOSCOPIA: DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA**
Direttore del Corso: P.A. Todaro
ROMA • 28 / 29 Marzo • 2008
- **IX CONGRESSO NAZIONALE SIGITE**
Presidenti: D. Agostinelli, E. Cicinelli, M. Stomati
BRINDISI • 18 / 21 Giugno • 2008
- **ESHRE WORKSHOP - OVARIAN RESERVE: NEW INSIGHTS FOR CLINICAL MANAGEMENT**
Scientific organizers: A. Volpe, N. Macklon
MODENA • 18 / 19 APRILE 2008
- **SCUOLA PERMANENTE DI FORMAZIONE SU: TERAPIE ORMONALI IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA**
Direttori del Corso: F. Petraglia, V. De Leo
CERTOSA DI PONTIGNANO (SI) • 28 Set. / 1 Ott. • 2008
- **10TH CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CONTRACEPTION**
PRAGUE Czech Republic • April 30 • May 3, 2008
www.contraception-esc.com
Segreteria Organizzativa per l'Italia: MKT Consulting
- **2° CONGRESSO NAZIONALE CONGIUNTO S.I.C.**
Presidente: G. Scarselli
FIRENZE • Novembre • 2008
- **SUMMIT NAZIONALE • DIAGNOSTICA E TERAPIA IN MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE**
Presidenti: F. Petraglia, V. De Leo
SIENA • 22 / 24 Maggio • 2008
- **PREVENZIONE DELLA SINDROME CLIMATERICA E BENESSERE DELLA DONNA**
Presidente: F. Cancellieri, M. Cordopatri, R. D'Anna
MESSINA • Novembre • 2008
- **XIII CONGRESSO NAZIONALE A.GI.CO. "CONCEPTION AND CONTRACEPTION"**
Presidenti: L. Cersosimo, F. Sarica
REGGIO CALABRIA • 26 / 28 Maggio • 2008
- **A.GI.CO. CONFERENZA NAZIONALE : TRENTA ANNI DELLA LEGGE 194, RUOLO DEL CONSULTORIO FAMILIARE**
Presidente: L. Cersosimo
ROMA • 10 / 12 Novembre • 2008

Per informazioni ♦ MKT Consulting • Phone: +39 06 39746189 • e.mail: congressi@mkt-consulting.it • www.mkt-consulting.it

S.I.C. Donna news

Società Italiana della Contraccezione

Richiesta di associazione alla Società Italiana della Contraccezione (S.I.C.)

Da far pervenire al Segretario P. Rita - Via Cassia, 1110 - 00189 Roma
Tel. 06 39746189 - Fax 06 39372581 - sic@mkt-consulting.it

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Qualifica _____ Luogo e data di nascita _____

Tel _____ Fax _____ E-mail _____

Recapito postale _____ Via _____ n° _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale / Partita IVA _____

Chiede, sulla base degli specifici interessi scientifico-professionali appresso indicati, di essere ammesso a far parte della Società Italiana della Contraccezione in qualità di Socio ordinario.

PRINCIPALI AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO-PROFESSIONALE

Data _____ Firma _____

La domanda verrà sottoposta all'approvazione del Consiglio Direttivo. La delibera del Consiglio Direttivo è inappellabile e verrà comunicata con lettera ordinaria. Il Socio ammesso dovrà versare la quota associativa annua di Euro 100 (i.i.) da versare con Bonifico Bancario a Società Italiana della Contraccezione S.I.C. - O.N.L.U.S. sul c.c. 000001685015 della Banca di Roma AG 29 di Roma, ABI 03002, CAB 05059, CIN M, I.B.A.N. IT 66 - La posizione di Socio verrà formalizzata contestualmente alla compilazione della Scheda Libro Soci.

Ai sensi del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 sulla tutela dei dati personali si autorizza espressamente la MKT Consulting a trattare le informazioni raccolte e inserite nella sua banca dati, nonché l'utilizzo delle stesse per finalità legate all'attività esercitata. Per ottenere la cancellazione o l'aggiornamento dei propri dati si scriva a: MKT Consulting sas, Via Cassia, 1110 - 00189 Roma



ALFA WASSERMANN