

Contraccezione ormonale: le domande più frequenti delle donne dai 40 ai 50 anni

Prof.ssa Alessandra Graziottin

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

Indice

Quali sono i contraccettivi ormonali?	pag.	1
Quali sono i vantaggi della contraccezione ormonale per le donne tra i 40 e i 50 anni?	pag.	1
Quali sono i benefici in comune con le altre età della vita fertile che la contraccezione ormonale può offrire alla donna?	pag.	2
E' possibile assumere i contraccettivi ormonali in modo continuativo, saltando la settimana di sospensione?	pag.	2
Come funzionano i contraccettivi ormonali?	pag.	3
Che vantaggi offre l'uso del cerotto rispetto alla pillola?	pag.	3
Quali sono le controindicazioni assolute per il cerotto?	pag.	4
Il cerotto può aumentare il rischio di tumori?	pag.	4
Il cerotto può essere un'alternativa per chi non può usare la pillola?	pag.	4
Si può passare dalla pillola al cerotto?	pag.	5
L'uso del cerotto richiede "attenzioni" particolari?	pag.	5
La possibilità di usare un farmaco attraverso la pelle riguarda solo la contraccezione?	pag.	5
Approfondimenti specialistici	pag.	5

Quali sono i contraccettivi ormonali?

Sono i contraccettivi contenenti ormoni – estrogeni e/o progestinici - che:

- inibiscono l'ovulazione, come la **pillola contraccettiva**, il **cerotto contraccettivo** (1) e l'**anello vaginale**, oppure
- impediscono l'annidamento in utero di un uovo eventualmente fecondato, come succede con le spirali intrauterine al progesterone.

Quali sono i vantaggi della contraccezione ormonale per le donne tra i 40 e i 50 anni?

Innanzitutto garantiscono un'**eccellente contraccezione**, quando i metodi naturali hanno più probabilità di fallire a causa dell'irregolarità ovulatoria tipica della premenopausa. Inoltre, l'apporto ormonale equilibrato tipico di questa forma di contraccezione consente di **attenuare gli stessi sintomi pre-menopausali** tipici di questa età e causati dalle crescenti fluttuazioni degli ormoni estrogeni e progesterone.

La donna può così notare che i sintomi dell'imminente menopausa si attenuano o scompaiono del tutto: le prime vampate di calore, le prime sudorazioni notturne, le tachicardie notturne (se dovute alle fluttuazioni ormonali), i disturbi del sonno, i disturbi articolari, la tendenza a

modificare la forma del corpo, con aumento del peso, della circonferenza e del grasso addominale. Il vantaggio è dunque quello di ammorbidire nettamente la sintomatologia che può rendere assai pesanti e fastidiosi i 4-6 anni che precedono la menopausa.

Va ricordato che l'1 per cento delle donne ha una menopausa precoce spontanea prima dei 40 anni, e un altro 8-15 per cento fra i 40 e i 45 anni. Questo significa che molti dei sintomi citati possono comparire anche prima dei quarant'anni! Ecco perché la contraccezione ormonale può diventare un'alleata della qualità della salute e della vita, anche oltre la contraccezione in sé. Proprio per questa molteplicità di aspetti positivi si parla di **"terapia contraccettiva"** (1-3).

Quali sono i benefici in comune con le altre età della vita fertile che la contraccezione ormonale può offrire alla donna?

Gli ormoni estrogeni e progestinici contenuti nella contraccezione ormonale agiscono:

a) **sulle mestruazioni**, che regolarizzano perché garantiscono un apporto ormonale più equilibrato, eliminando così i problemi di:

- polimenorrea (mestruazioni più frequenti);
- metrorragia (mestruazioni più abbondanti);
- oligomenorrea (mestruazioni meno frequenti);
- amenorrea (blocco mestruale per tre mesi o più).

Grazie alla riduzione della quantità e/o della frequenza del flusso, la contraccezione ormonale consente di prevenire e/o ridurre le anemie da carenza di ferro ("sideropeniche" o "ferroprive"), a loro volta responsabili di astenia, debolezza, affaticabilità, irritabilità, abbassamento del tono dell'umore, difficoltà di concentrazione, caduta dei capelli.

b) **sul dolore mestruale e sui sintomi correlati**:

- riducono o eliminano la dismenorrea, ossia il dolore mestruale;
- riducono la sindrome premestruale, ossia l'insieme dei disturbi (variazioni dell'umore, depressione, irritabilità, fame eccessiva per cibi dolci o salati, gonfiore addominale, aumento di peso) che rendono difficile per molte donne la settimana prima delle mestruazioni;

c) **sulle disfunzioni ovariche**:

- riducono il rischio di cisti ovariche;
- eliminano il dolore ovulatorio.

d) **sui fibromi**: riducono la loro comparsa e la loro crescita;

e) **sul rischio di tumori** dell'ovaio e dell'endometrio (lo strato interno dell'utero): il loro rischio viene ridotto di ben il 50 per cento dopo 5 anni d'uso (1-3).

E' possibile assumere i contraccettivi ormonali in modo continuativo, saltando la settimana di sospensione?

Sì, **ma sempre su consiglio del medico curante**. Se l'assunzione del contraccettivo ormonale è continuativa (saltando cioè la settimana abituale di sospensione e la mestruazione ad essa associata), è possibile eliminare anche:

- la cefalea a comparsa mestruale (cefalea "catameniale");
- le crisi di epilessia a comparsa mestruale (epilessia "catameniale");

- i dolori mestruali persistenti, che non scompaiono con la sola assunzione del contraccettivo;
- i dolori da endometriosi: mestruali, addominali e/o associati alla defecazione.

Anche in questi casi il contraccettivo ormonale si dimostra un amico della salute della donna.

Come funzionano i contraccettivi ormonali?

Il principio generale è semplice. Sono costituiti da due ormoni: estrogeno e progestinico. Questi due principi attivi sono contenuti nelle pillole, nel cerotto o nell'anello vaginale.

La differenza tra loro consiste nella via di somministrazione (1). Gli ormoni entrano infatti nel corpo con modalità diverse a seconda del tipo di contraccettivo scelto:

- a) attraverso la bocca e la mucosa intestinale, nel caso delle pillole contraccettive;
- b) attraverso la pelle, nel caso del cerotto contraccettivo;
- c) attraverso la mucosa vaginale, nel caso dell'anello contraccettivo.

Questi diversi percorsi comportano anche un diverso lavoro per il fegato. Nel caso della **pillola**, i due ormoni (estrogeno e progestinico), una volta superata la mucosa intestinale, arrivano al fegato che deve fare un primo lavoro per trasformarli e, a volte, attivarli. Da qui poi, attraverso le vene, arrivano al cuore e alle arterie, che li portano a tutti gli organi del corpo. Nel caso di **cerotto** o **anello vaginale**, invece, superata la pelle o la mucosa vaginale, gli ormoni estroprogestinici entrano direttamente nei microcapillari (piccole vene), saltando l'intestino e il primo passaggio nel fegato, e si dirigono verso tutti gli organi che ne hanno bisogno per stare bene.

Una volta entrati nel torrente sanguigno, il meccanismo di azione è simile per tutte e tre le forme di assunzione: estrogeno e progestinico raggiungono l'ipotalamo, la "centralina" del cervello che produce gli ormoni che inducono l'ovulazione, e lo mettono in vacanza per il tempo desiderato.

Dopo aver esercitato la loro azione gli ormoni vengono inviati al fegato, che ha il compito di disattivarli ed eliminarli.

Quando non c'è più bisogno della contraccezione, si sospende l'assunzione (di pillola, anello o cerotto contraccettivo). Gli ormoni contraccettivi scompaiono dal sangue e l'ipotalamo torna a lavorare e a coordinare sia l'ovulazione sia la produzione di ormoni femminili.

Che vantaggi offre l'uso del cerotto rispetto alla pillola?

I principali vantaggi sono questi:

- **è più leggero** per l'organismo, perché il passaggio diretto cerotto-pelle-sangue permette agli ormoni di saltare sia la via digestiva sia il primo passaggio del fegato, che eliminano una gran parte dell'ormone assunto per bocca nei tradizionali contraccettivi orali. Risultato: minor lavoro per il fegato, dosaggi ormonali minori, efficacia contraccettiva maggiore;
- **è meglio tollerato**, perché garantisce livelli stabili di ormoni nel tempo;
- **utilizza un progestinico innovativo**, la norelgestromina, molto simile all'ormone naturale;
- **è più pratico**, perché si mette e si toglie in un attimo, e un solo cerotto copre sette giorni;
- **è più sicuro** perché, rilasciando nel sangue una quantità di ormoni costante, ha un'efficacia omogenea nelle 24 ore e nei 7 giorni di assunzione. Questa costanza di livelli plasmatici garantisce infatti una più efficace inibizione dell'ovulazione e, di conseguenza, "perdona" anche -

e per ben 24 ore – un'eventuale dimenticanza nel cambio del cerotto: ma la puntualità è senz'altro da raccomandare! (1-3)

Quali sono le controindicazioni assolute per il cerotto?

Sono le stesse di qualsiasi altro contraccettivo ormonale, e cioè:

- epatiti in atto;
- pregresse tromboflebiti o trombosi;
- tumori ormonodipendenti (al seno o all'utero);
- perdite di sangue vaginali di cui non si sia diagnosticata la causa;
- malattie cardiovascolari serie, come l'ipertensione arteriosa severa o il diabete con complicazioni vascolari;
- emicrania severa con aura.

Il cerotto, inoltre, non è il sistema contraccettivo ideale per chi soffre di psoriasi e dermatosi, perché potrebbe peggiorare il disturbo cutaneo. L'adesivo, infine, può provocare allergie della pelle in persone particolarmente sensibili (1-3).

Il cerotto può aumentare il rischio di tumori?

No. Come abbiamo già accennato, i vantaggi del cerotto sono identici a quelli offerti dalla pillola. In particolare, il ricorso regolare alla contraccezione ormonale:

- riduce il rischio di tumore dell'ovaio del 40-50 per cento. La riduzione del rischio si osserva già nelle donne che ricorrono a questa contraccezione per soli tre-sei mesi, e persiste per quindici anni dopo la sospensione. In generale, più lungo è stato il periodo di contraccezione ormonale, minore è il rischio di tumore ovarico;
- riduce il rischio di tumore dell'endometrio (lo strato interno dell'utero) del 40-50 per cento;
- riduce il rischio di tumore del colon, del 40-60 per cento;
- non modifica il rischio di tumore al seno. Il rischio di questo tumore non è influenzato dalla contraccezione ormonale attuale o passata, né dalla sua dose e durata di assunzione, né dall'età di prima contraccezione;
- il lieve aumento di tumori del collo dell'utero, in corso di contraccezione ormonale, riportato in alcuni studi, non è dovuto all'effetto degli ormoni, quanto al fatto che le donne che adottano questo tipo di contraccezione tendono a non far usare il profilattico al proprio partner. Questo le espone ad un maggior rischio di infezioni da Papillomavirus, responsabile del cancro del collo dell'utero nel 96.6 per cento delle donne colpite.

Il cerotto può essere un'alternativa per chi non può usare la pillola?

Sì, il cerotto è l'ideale per le donne:

- intolleranti al lattosio, uno zucchero usato come eccipiente nella pillola;
- che hanno problemi di deglutizione;
- che soffrono di frequenti disturbi digestivi;
- che soffrono di colon irritabile e hanno frequenti episodi di diarrea;

- che hanno disturbi del comportamento alimentare (come la bulimia con vomito autoindotto).

Si può passare dalla pillola al cerotto?

Sì, ma solo dopo aver completato il ciclo in corso: il primo giorno delle successive mestruazioni è il primo giorno per l'applicazione del cerotto.

L'uso del cerotto richiede "attenzioni" particolari?

No: si può andare in palestra, fare la doccia, la sauna, il bagno e qualunque altra attività fisica o sportiva. Il cerotto, infatti, è stato **sperimentato in condizioni estreme** di umidità e temperatura. E gli studi sul suo potere adesivo hanno dimostrato che, anche negli ambienti con clima caldo-umido, gli episodi di distacco completo sono molto rari (fra l'1,1 e l'1,8 per cento).

La possibilità di usare un farmaco attraverso la pelle riguarda solo la contraccezione?

No, sono ormai più di trenta i farmaci somministrati per questa via, fin da quando - negli anni Settanta - venne approvato il cerotto contro il mal d'auto. Da allora l'interesse per la **via di somministrazione transdermica** è cresciuto enormemente perché, come abbiamo visto, assicura:

- una grande facilità di somministrazione;
- minori dimenticanze;
- una maggiore regolarità nell'assunzione del farmaco ("aderenza");
- una maggiore soddisfazione d'uso ("compliance");
- una più lunga durata di utilizzo nel tempo, data la facilità e la soddisfazione d'uso ("persistenza");
- livelli di farmaco costanti nel sangue;
- una maggiore leggerezza per il fegato.

La donna italiana ama molto la somministrazione transdermica dei farmaci: basti dire che il cerotto agli estrogeni per la menopausa (diverso dal cerotto contraccettivo!) viene usato da anni nella **terapia ormonale sostitutiva**, con netta preferenza rispetto alle pastiglie.

Approfondimenti specialistici

1) Graziottin A.

A Review of Transdermal Hormonal Contraception: Focus on the Ethinylestradiol/ Norelgestromin Contraceptive Patch

Treatments in Endocrinology, 2006; 5 (6): 359-365

2) Kailas N.A. Sifakis S. Koumantakis E.

Contraception during perimenopause

Eur J Contracept Reprod Health Care. 2005 Mar; 10 (1): 19-25

3) Quereux C. Gabriel R.

Non contraceptive benefits of oral contraception

Gynecol Obstet Fertil. 2003 Dec; 31 (12): 1047-51