Educare ad una maternità consapevole

Appropriatezza di un percorso educativo per la donna con diabete

SESSUALITÀ E CONTRACCEZIONE

G. D. Corica

Ospedale Niguarda Ca' Granda
Milano

Roma 20 -21 Novembre 2014

CRONOLOGIA DELLA CONTRACCEZIONE





Antica Cina	[…]
Civiltà Ebraica	[…]
Periodo Egizio	[…]
1798	T. Malthus pubblica il *Saggio sul principio della popolazione* in cui evidenzia la necessità di un controllo delle nascite per evitare il grave pericolo della sovrappopolazione
1930-33	K. Ogino e H. Knaus presentano il loro metodo per la determinazione dei giorni fecondi e infecondi nella donna
1956	G. Pincus, insieme con Min Chueh Chang e J. Rock, effettua con successo la prima sperimentazione sulla pillola anticoncezionale su donne di Puerto rico e Haiti
1960	La FDA statunitense autorizza l'immissione in commercio dell'Eenovid, la prima pillola anticoncezionale, a base di estradiolo e (1961) di mestrolo (noretinodrel)
1968	L'enciclica di Papa Paolo VI *Humanae vitae* condanna ogni forma di contraccezione artificiale
1971	In Italia, la Corte Costituzionale abroga l'articolo 553 del Codice Penale : “Chiunque incita pubblicamente a pratiche contro la creazione e fa propraganda a favore, è punibile con la reclusione... (ecc.)”

Numero di gravidanze, percentuale di gravidanze indesiderate ed esiti delle gravidanza indesiderate nel mondo

Totale delle gravidanze nel mondo 208.2 milioni

Percentuale gravidanze indesiderate: 41%

Esiti delle gravidanze indesiderate:

- IVG 20%
- aborti spontanei 5%
- nascite 16%

Punti Chiave

- Nonostante la disponibilità di una vasta gamma di opzioni contraccettive, **i tassi di gravidanze indesiderate restano elevati in tutto il mondo**

- Globalmente, il **41% delle gravidanze è da ritenersi non pianificato**

- I tassi di gravidanze indesiderate sono particolarmente **elevati** tra le **giovani donne**.

- Una gravidanza non pianificata si **riflette negativamente** sui **soggetti** in causa, sulle **famiglie** e sul **sistema sanitario**.

- A livello mondiale circa il 50% delle IVG sono una conseguenza di una gravidanza indesiderata

- L'**aborto indotto** può rilevarsi a rischio, associandosi a morbilità e mortalità e provocando **gravi conseguenze sulla stabilità psicologica/emotiva** sia della donna che del partner

- I figli nati in seguito ad una gravidanza indesiderata possono avere **ripercussioni negative** relativamente a:

- **Esiti** neonatali e post-natali
- Sviluppo, **raggiungimento degli obiettivi educazionali** e comportamento sociale
- Comportamento materno, **salute e qualità di vita**

- Le gravidanze indesiderate comportano un **aumento significativo dei costi sanitari**, indipendentemente dall'esito della gravidanza stessa

Metodi contraccettivi reversibili a breve e a lunga durata d'azione attualmente disponibili

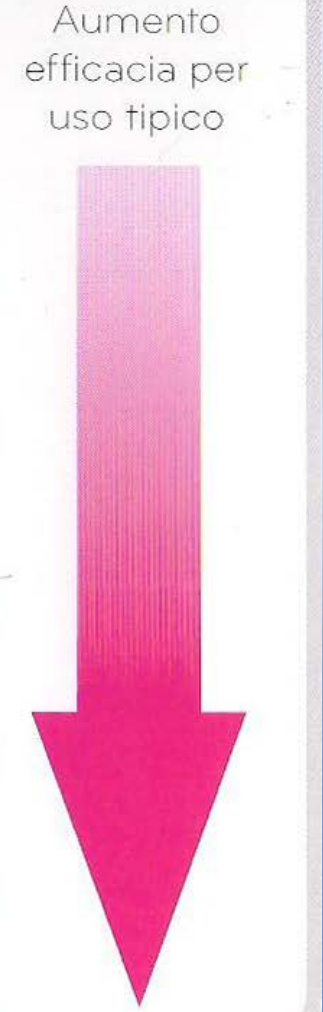
Metodo e Principio Attivo	Meccanismo d'azione	Somministrazione	Frequenza di somministrazione
Metodi di barriera Comprende diaframma e profilattico femminile	La barriera impedisce agli spermatozoi di attraversare la cervice e di raggiungere l'utero	Auto-somministrazione	In occasione di ogni rapporto sessuale
Pillola Contraccettivo orale combinato (combinazione di estrogeni e progestinici) Pillola progestinica (progestinico)	Inibizione dell'ovulazione; altre alterazioni comprendono alterazioni a livello del muco cervicale e dell'endometrio	Auto-somministrazione	Giornaliera
Cerotto transdermico 6 mg norelgestromina e 0.75 mg EE[26]		Auto-somministrazione	Settimanale
Anello vaginale 11.7 mg etonogestrel e 2.7 mg EE[27]		Auto-somministrazione	Mensile

Metodi contraccettivi reversibili a breve e a lunga durata d'azione attualmente disponibili

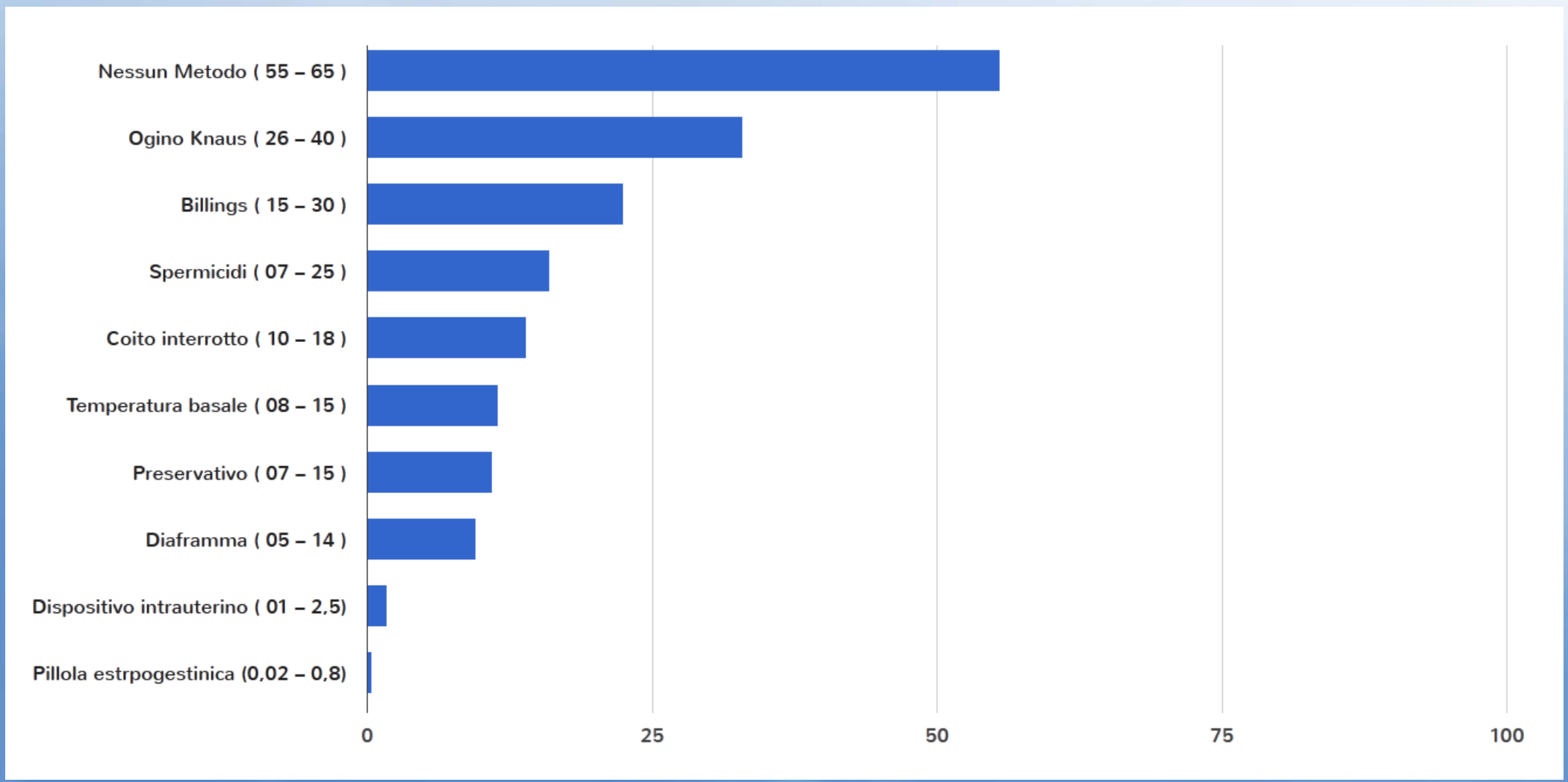
Metodo e Principio Attivo	Meccanismo d'azione	Somministrazione	Frequenza di somministrazione
Iniettabili 104 mg/150 mg DMPA[28,29]	Inibizione dell'ovulazione; altre alterazioni comprendono alterazioni a livello del muco cervicale e dell'endometrio	Personale sanitario	Ogni 3 mesi
Combinati (estradiolo valerato e noretisterone)[30]		Personale sanitario	Mensile
Impianto sottocutaneo Etonogestrel 68 mg[31,32]		Personale sanitario	Posizionato *in situ* ed efficace fino a 3 anni
Mirena® LNG 52 mg (sistema a rilascio intrauterino di LNG[34]	Ispessimento muco cervicale, inibizione capacitazione o sopravvivenza spermatozoi, e inibizione crescita endometriale	Personale sanitario	Posizionato *in situ* ed efficace fino a 5 anni
Jaydess LNG 13,5 mg (sistema a rilascio intrauterino di LNG[34]		Personale sanitario	Posizionato *in situ* ed efficace fino a 3 anni
Cu-IUD Rame (rilascio locale di ioni rame a livello endometriale)[34] (Sono disponibili altri tipi di Cu-IUD)	Gli ioni rame riducono la motilità degli spermatozoi, prevenendo la fecondazione. Nella cavità uterina, il dispositivo agisce da irritante, impedendo l'impianto embrionale	Personale sanitario	Posizionato *in situ* ed efficace fino a 5 anni

Efficacia dei metodi contraccettivi: percentuale di donne che ha dovuto affrontare una gravidanza non pianificata nel corso del primo anno di "utilizzo tipico" o di un "utilizzo perfetto" di un metodo contraccettivo (dati USA)

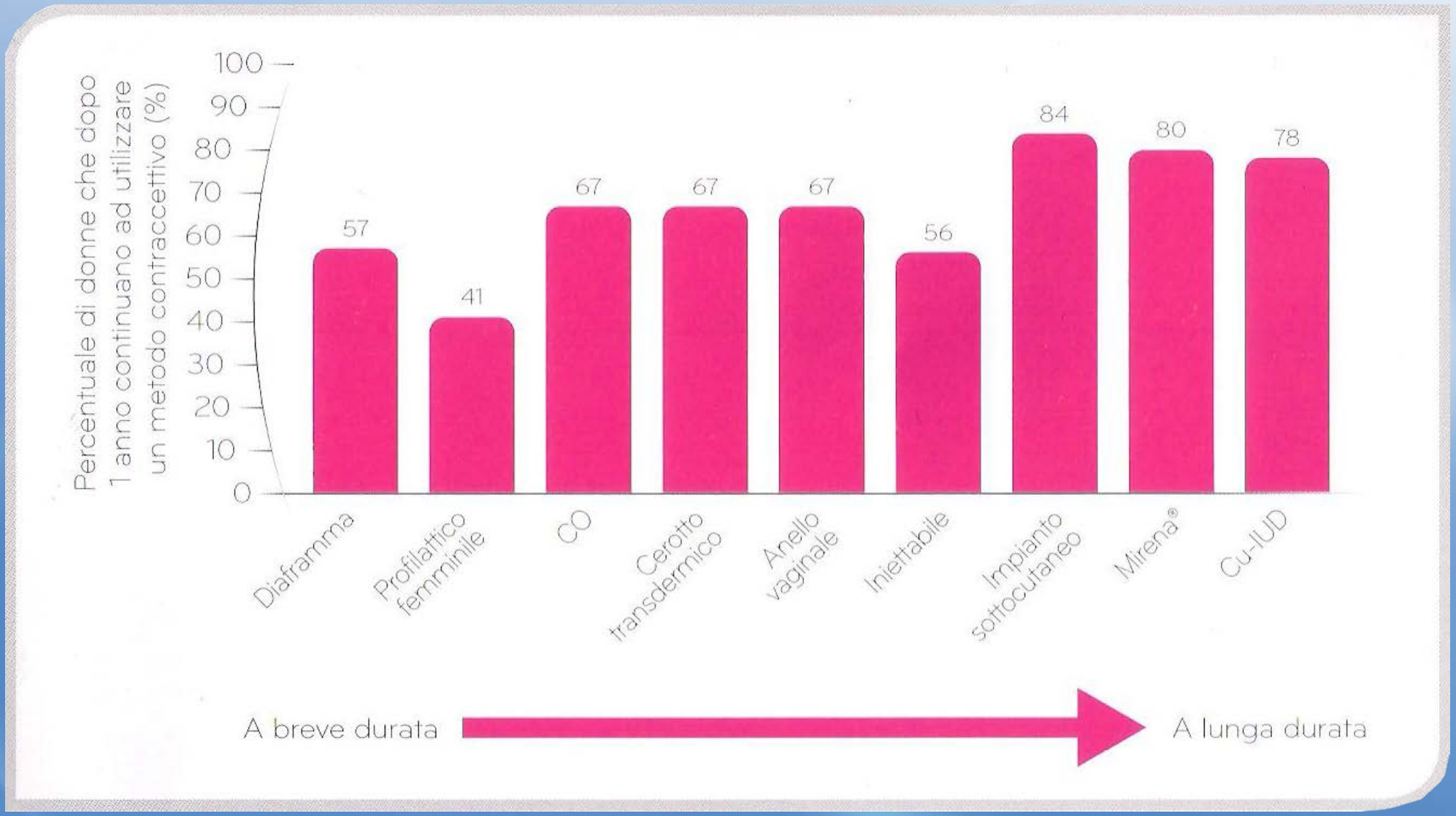
Metodo	Percentuale di donne che ha dovuto affrontare una gravidanza non pianificata nel primo anno di utilizzo	
	Uso tipico*	Uso perfetto†
Nessun metodo‡	85	85
Profilattico femminile§	21	5
Profilattico maschile§	18	2
Diaframma¶	12	6
Contraccettivi orali: pillola combinata e pillola progestinica	9	0.3
Cerotto transdermico	9	0.3
Anello vaginale	9	0.3
Iniettabile (DMPA)	6	0.2
Cu-IUD	0.8	0.6
Sterilizzazione femminile	0.5	0.5
LNG-IUS: Mirena®	0.2	0.2
Impianto sottocutaneo	0.05	0.05



Percentuale di insuccessi dei vari metodi contraccettivi (indice di Pearl)



Percentuale di donne che dopo un anno continuano ad adottare un metodo contraccettivo (dati USA)



ESTROPROGESTENICI

ESTROPROGESTINICI

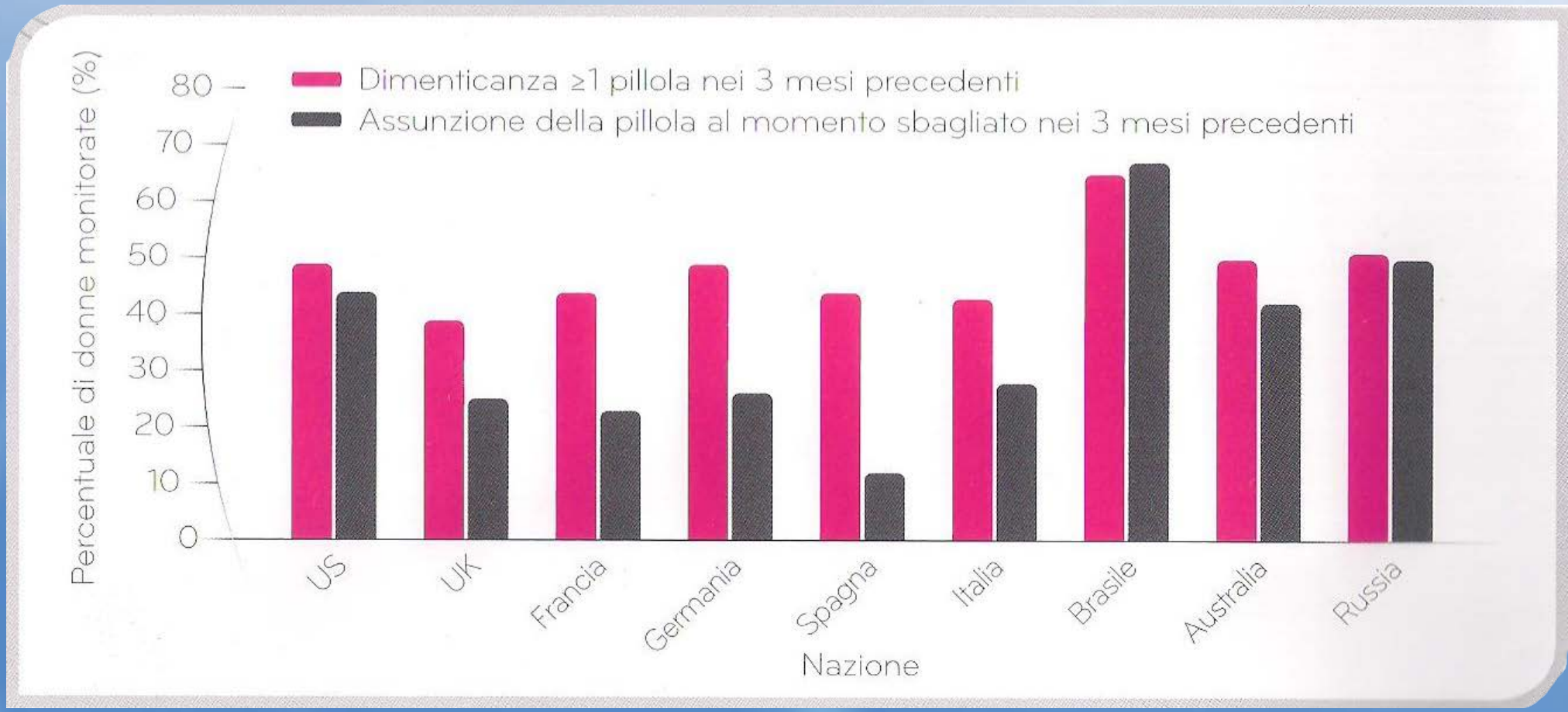
Cause d'interruzione dell'assunzione

- Irregolarità del sanguinamento (12%)
- Nausea (7%)
- Aumento di peso (5%)
- Cambiamenti di umore (5%)
- Tensione mammaria (4%)
- Cefalea (4%)
- Consiglio da parte del medico di interruzione (9%)

mod. da Rosenberg J and Waugh MS, Am J Obstet Gynecol, 1998

In questo lavoro del 1998 sono state valutate le cause e le relative frequenze di interruzione del trattamento con estroprogestinici. Come si può notare, le irregolarità nel sanguinamento sono la prima causa per frequenza. È evidente come il controllo del sanguinamento da privazione risulti essere un requisito indispensabile nella moderna contraccezione orale.

Autovalutazione di mancata compliance in un monitoraggio internazionale
Effettuato su 5.120 donne utilizzatrici di CO



SOMMARIO

- Le attuali opzioni contraccettive a disposizione della popolazione femminile comprendono **metodi reversibili a breve e a lunga durata d'azione e la sterilizzazione**

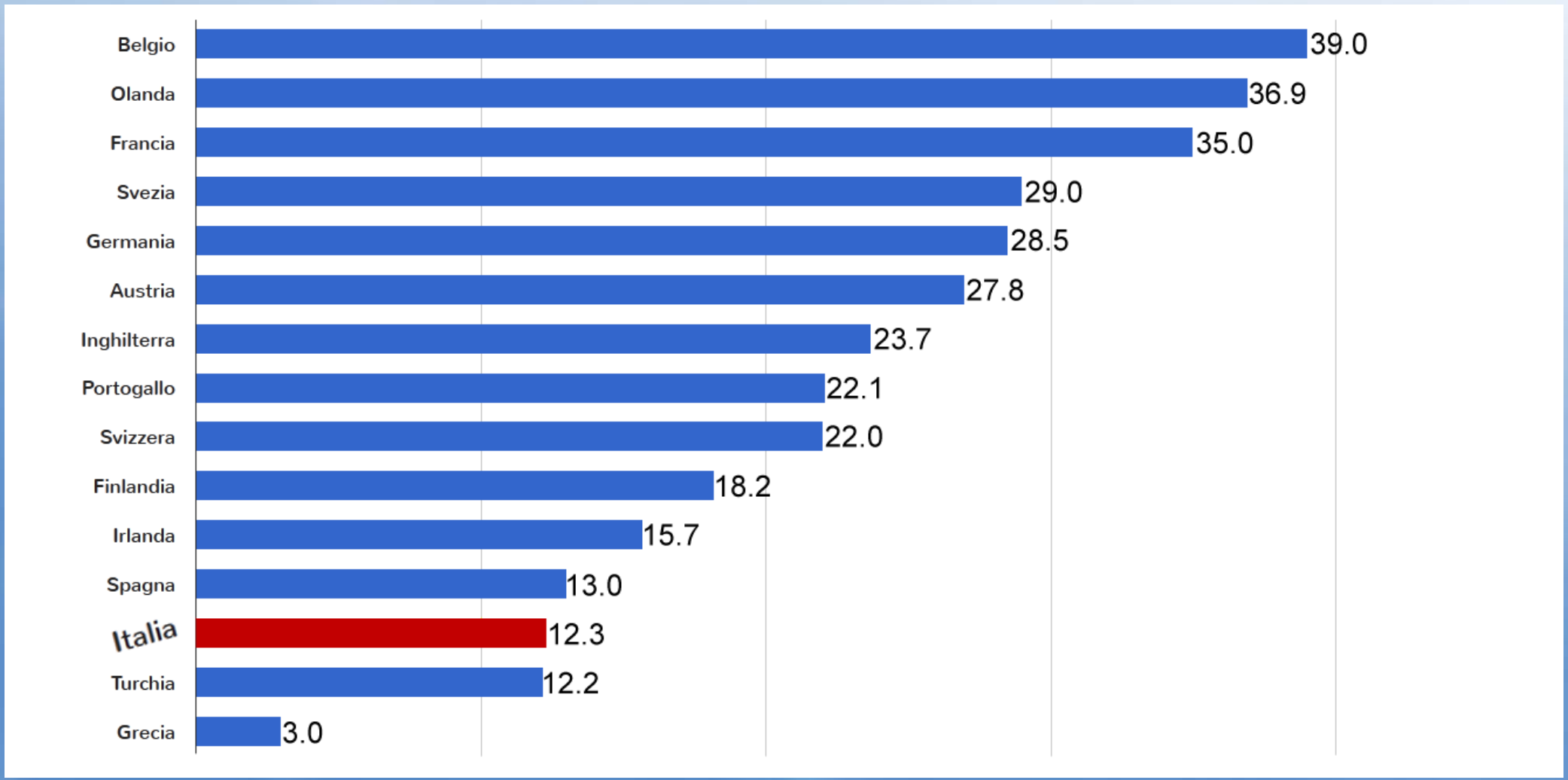
- I metodi a breve durata d'azione comprendono i **metodi di barriera** e i metodi **ormonali sistemici**, quali i contraccettivi orali, i cerotti transdermici e gli anelli vaginali

- La **mancata compliance** ai metodi a breve durata d'azione può determinare un i**nsuccesso contraccettivo** e un aggravio di costi correlati alle gravidanze indesiderate

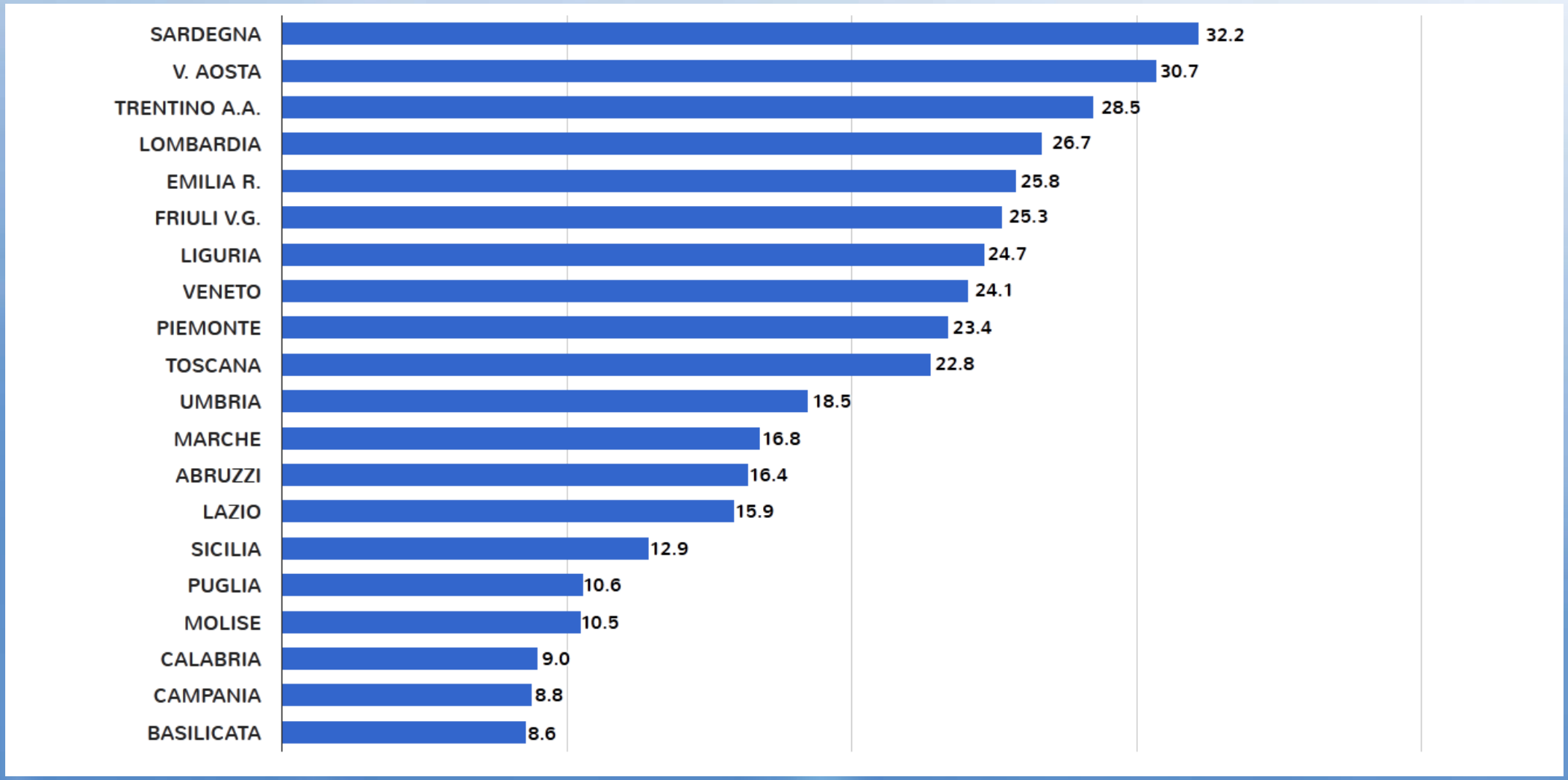
- Ad eccezione delle iniezioni a base di ormoni, l'efficacia dei metodi LARC è influenzata in misura minimale dalla compliance dell'utilizzatrice

- I **metodi intrauterini** sono molto **ben accetti** da parte della donna, come testimoniano gli **elevati tassi di prosecuzione** del trattamento

Quanto è diffusa la pillola in Europa



Percentuale donne utilizzatrici di contraccettivi orali in Italia



Associazioni Estro Progesteniche

Estradiolo	E2	estrogeno naturale
Etinilestradiolo	EE	estrogeno di sintesi
Gestodene	GSD	progestinico
Desogestrel	DSG	progestinico
Levonorgestrel	LNG	progestinico
Drospirenone	DRSP	progestinico
Norelgestromin	NGMN	progestinico
Etonogestrel	ENG	progestinico
Dienogest	DNG	progestinico
Clormadinone	CMA	progestinico
Quadrifasica	Associazioni sequenziali con 4 diversi dosaggi; le cpr delle 4 fasi sono di diverso colore.	
Trifasica	Associazioni sequenziali con 3 diversi dosaggi; le cpr delle 3 fasi sono di diverso colore.	
Bifasica	Associazioni sequenziali con 2 diversi dosaggi; le cpr delle 2 fasi sono di diverso colore.	
Monofasica	Associazioni fisse; la composizione non varia, tutte le cpr sono uguali.	

Classificazione Cronologica

I generazione
- Noretisterone
- Noretinodrel
- Linestrenolo

II generazione
- Norgestrel
- Levonorgestrel

III generazione
- Gestodene
- Desogestrel
- Norgestimate

Classificazione dei progestinici sintetici

a. **Derivati del P naturale**
   - P micronizzato
   - Didrogesterone

b. **Derivati del 17OH-progesterone**
   - MAP
   - CPA

c. **Derivati del 19-nortestosterone**

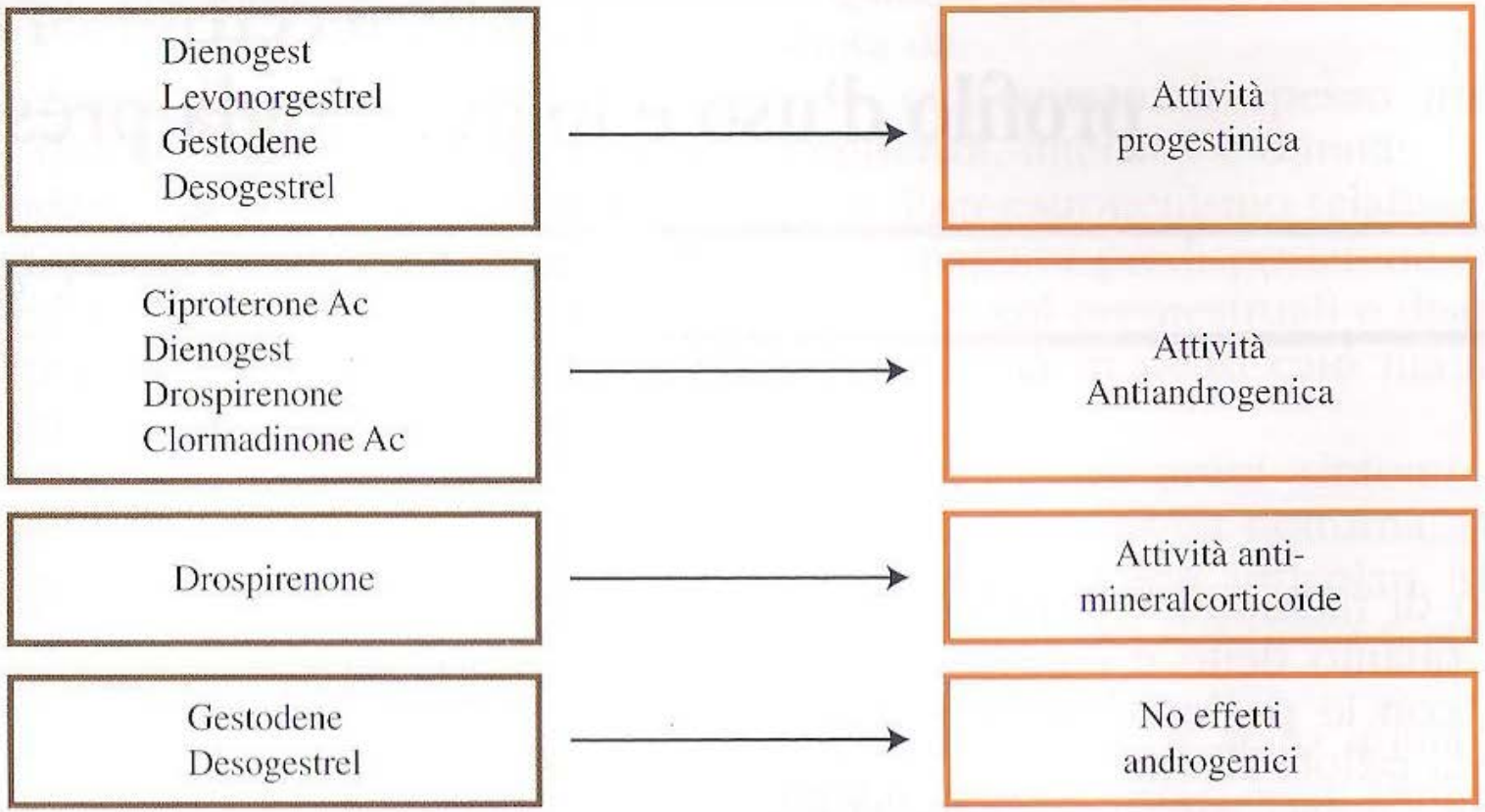
Estrani	*Gonani*
– NETA	– D/L - Norgestrel
– Linestrenolo	– Gestodene
– Etinodiolo acetato	– Desogestrel
– Norgestimate	
– Dienogest	

d. **Derivati del 19-norprogesterone**

– Promegestone	– Trimegestone
– Nomegestrolo acetato	– Medrogestone

e. **Derivati dell'α-spironolattone**
   - Drospirenone

La scelta del progestinico



Coc e trombosi venosa profonda

TEV nella popolazione generale 4-5/10.000 donne/anno

TEV nelle utilizzatrici di COC 9-10/10.000 donne/anno

- levonorgestrel-noretisterone-norgestimate 5-7/10.000 donne/anno
- etonorgestrel-norelgestromina 6-12/10.000 donne/anno
- drospirenone-gestodene-desogestrel 9-12/10.000 donne/anno
- clormatidone-dienogest-nomegestrolo non ancora noto

TEV in gravidanza 28/10.000 donne/anno

TEV nel post partum 300/10.000 donne/anno

Punti Chiave

1. EMA nel 2013 dopo la revisione dei dati disponibili su rischio tromboembolico conferma che “i benefici di tutti i COC continuano a superare i rischi nel prevenire le gravidanze indesiderate, pertanto la donna può continuare serenamente ad assumerli”

2. Il rischio individuale cambia nel tempo ed è maggiore nel primo anno di assunzione

3. I COC che contendono progestinici di seconda generazione (levonogestrel) presentano un rischio inferiore rispetto a quelli di terza generazione. È stato valutato anche il TEA che risulta essere molto basso indipendente dal tipo di progestinico

4. AIFA Nota informativa importante su COC (21-01-2014)
http://www.agenziafarmaco.gov.it/

Benefici non Contraccettivi

ESTROPROGESTINICI

Benefici non contraccettivi

- 90% riduzione gravidanze ectopiche
- 50% riduzione cisti funzionali ovariche
- 50% riduzione malattia infiammatoria pelvica (PID)
- 50% riduzione nella malattia benigna della mammella
- 50% riduzione cancro ovarico
- 50% riduzione cancro endometriale
- 50% riduzione anemia da menorragia e dismenorrea
- miglioramento sindrome premestruale
- diminuzione dell'acne e dei sintomi di iperandrogenismo
- mantenimento densità minerale ossea

Prescrizione COC. Che fare?

1. Anamnesi :
   - *Personale familiare con particolare attenzione agli eventi trombotici*

2. Informazione :
   - *Dare alla donna chiarimenti sul rischio personale e sulla possibilità di ridurlo*

3. Esami Ematochimici :
   - *Non si raccomanda né prima di prescrivere un contraccettivo né durante l'uso, l'esecuzione routinaria di:*
     - *Esami ematochimici generici*
     - *Esami di coagulazione*
     - *Esami per trombofilia*

Anticorpi Antifosfolipidi

- Lac
- Anticardiolipina
- Antiß$_2$glicoproteine

Ricercarli in soggetti con le seguenti condizioni :

- *LES, AR, SJOGREN*
- *CELIACHIA*
- *RETINOPATIA*
- *M. RAYNOUD*
- *TROMBOCITOPENIA*
- *PRECEDENTI INCIDENTI OSTRETICI*

Se presenti controindicazione assoluta alla prescrizione di COC

Mutazioni Trombogeniche

- Deficit AT III
- Deficit Proteina C
- Deficit Proteina S
- Mutazione Fattore V Leiden (5% della popolazione)
- Mutazione della protrombina

Nelle donne portatrici di mutazioni l'utilizzo di COC aumenta 3 volte il rischio di TEV rispetto alle non utilizzatrici

Definizione delle categorie WHO 2009

Categoria 1 – Condizione nella quale non vi è restrizione all'uso del metodo contraccettivo

Categoria 2 – Condizione nella quale i vantaggi dati dall'uso del metodo generalmente superano i rischi teorici o provati

Categoria 3 – Condizione nella quale i rischi teorici o provati generalmente superano i vantaggi dati dall'uso del metodo

Categoria 4 – Condizione che rappresenta un rischio inaccettabile per la salute se il contraccettivo è utilizzato

DIABETE

TABELLE RIASSUNTIVE								
CONDIZIONE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG impianti	Cu-IUD	LNG-IUD
I = Inizio, C = Continuazione								
CONDIZIONI ENDOCRINE								
DIABETE								
a) Storia di diabete gestazionale	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Malattia non vascolare								
▪ non dipendente da insulina	2	2	2	2	2	2	1	2
▪ dipendente da insulina	2	2	2	2	2	2	1	2
c) Nefropatia/ Retinopatia/ Neuropatia	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
d) Altra malattia vascolare o diabete di durata > 20 anni	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2

DIABETE

WHO (2009) - RCOG (2009) - CDC (MMWR 2010)		COMMENTO
a) Storia di diabete gestazionale	1	L'uso di COC non aumenta il rischio di sviluppare diabete NID* nelle donne con anamnesi positiva per diabete gestazionale. Anche i livelli di lipidi sembrano inalterati con la somministrazione di COC.
b) Assenza di vascolopatia		Nelle donne con diabete ID* o NID* l'utilizzo di COC ha effetti limitati sulla necessità di insulina e nessun effetto sul controllo della malattia o sulla progressione verso la retinopatia. Eventuali modificazioni del profilo lipidico e dei parametri emostatici sono limitate e nella maggior parte dei casi rientrano entro i range di normalità.
NID*	2	
ID*	2	
c) Nefropatia retinopatia neuropatia	3/4	La categoria va assegnata sulla base della gravità della situazione.
d) Vasculopatia o diabete di durata > 20 anni	3/4	La categoria va assegnata sulla base della gravità della situazione.

* *NID= non insulino dipendente; ID= insulino dipendente*

OBESITA'

	WHO (2009) CDC (MMWR 2010)	RCOG (2009)
• BMI >30 kg/m2	2	
• Dal menarca fino a 18 aa e BMI > 30 kg/m2	2	
• BMI ≥30–34 kg/m2		2
• BMI ≥35 kg/m2		3

IPERTENSIONE ARTERIOSA

	WHO (2009) CDC (MMWR 2010)	RCOG (2009)
Storia di ipertensione, se PA non puó esser valutata (inclusa l'ipertensione gestazionale)	3	
Ipertensione arteriosa adeguatamente controllata, dove la pressione arteriosa può essere misurata	3	Ipertensione arteriosa adeguatamente controllata
Elevati valori di PA (misurazioni prese correttamente):		Elevati valori di pressione arteriosa (misurazioni prese correttamente):
• sistolica 140-159 o diastolica 90-99	3	• sistolica 140-159 o diastolica 90-94
• sistolica ≥160 o diastolica ≥100	4	• sistolica ≥160 o diastolica ≥ 95
Malattia vascolare	4	Malattia vascolare (coronaropatia con angina, vasculopatia periferica con claudicatio intermittens, retinopatia ipertensiva, attacco ischemico transitorio)
Storia di ipertensione gestazionale (dove la pressione arteriosa attuale è misurabile e normale)	2	Storia di ipertensione gestazionale

Contraccezione Intrauterina

- In Europa e negli Stati Uniti disponibili due tipi di contraccettivi intrauterini:
  - Cu-IUD
  - LNG-IUS

- Efficacia:
  - Ridotto tasso di insuccesso pari alla sterilizzazione femminile
  - Impegno da parte dell'utilizzatrice per garantire la compliance e ridotto al minimo: “utilizzo perfetto” e “utilizzo tipico” sono sovrapponibili

- Fattori che influenzano la diffusione della contraccezione intrauterina:
  - Direttive Governative
  - Accesso ad ambulatori in grado di erogare il servizio di contraccezione
  - Training per il personale sanitario
  - Costo
  - Errate Convinzioni

Contraccezione Intrauterina : Errate Convinzioni

- Causa “la malattia infiammatoria pelvica” PID
  - Lieve aumento di rischio nei primi 20 giorni d'inserimento
  - Correlazione con precedente infezione da clamidia
  - Evidenze che depongono a favore di azione protettiva da parte di LNG-IUS
- Elevato rischio di perforazione uterina
- Aumentato rischio di gravidanze extrauterine
- Elevato rischio di espulsione
- Solo per le donne pluripare
- Barriera concettuale di “corpo estraneo”
- Erronea percezione di metodo abortivo

Grazie per l'attenzione!