

“PILLOLA DEL GIORNO DOPO”: UN CONCETTO DA RIVEDERE

I metodi di contraccezione post-coito (CPC) più noti e utilizzati sono gli estroprogestinici per via orale (*schema di Yuzpe1-3: 100 µg di etinilestradiolo + 250 µg di levonorgestrel in 2 somministrazioni a distanza di 12 ore, iniziando entro 72 ore dal rapporto sessuale a rischio*) e l'inserimento di una spirale (IUD) entro 5 giorni; raramente usati sono la regolazione mestruale mediante aspirazione e l'antiprogesterinico mifepristone (RU486, non disponibile in Italia)^{4,5}.

In passato sono stati utilizzati anche estrogeni ad alte dosi (diethylstilbestrolo 50 mg/die o etinilestradiolo 0,5-2mg/die per 5 giorni) in seguito abbandonati per l'elevata frequenza di effetti indesiderati e rischi teratogeni, e il danazolo (*Danatrol*) che in uno studio di confronto recente ha dimostrato di possedere una scarsa efficacia contraccettiva⁴.

In Francia, negli Stati Uniti e in Italia nessun preparato è stato finora registrato per questa indicazione, ed è pertanto difficile valutare la frequenza di ricorso alla CPC. Per contro, in Gran Bretagna (e anche in Olanda, Svizzera, Germania, Finlandia e Nuova Zelanda) l'associazione etinilestradiolo/levonorgestrel della Schering, sottoforma di blister contenente 4 compresse, è stata registrata per l'indicazione specifica (*PC4®*). Una indagine condotta in Scozia nel 1994 ha dimostrato che il 90% delle donne è informato dell'esistenza di metodi contraccettivi post-coito, e in Inghilterra le vendite di *PC4* sono passate da 325.000 confezioni nel 1992 a 519.000 nel 1994⁶; ciononostante sembrano persistere delle resistenze nei confronti del suo utilizzo, soprattutto da parte dei medici⁷⁻⁸.

Efficacia, controindicazioni, effetti indesiderati. Dati di studi clinici controllati^{4,5} indicano che l'efficacia dello schema di Yuzpe supera il 95%, in funzione del giorno del ciclo mestruale in cui gli estroprogestinici vengono utilizzati. Analoga efficacia sembra avere l'inserzione di IUD. Il mifepristone, al dosaggio di 600mg in un'unica soluzione probabilmente risulta (di poco) più efficace, ma comporta frequentemente un ritardo mestruale (42% dei casi)⁹ che contribuisce ad aumentare l'ansia delle donne. Altri effetti indesiderati descritti includono nausea (40%) e vomito (3%). Gli effetti indesiderati più frequenti della CPC estro progestinica sono la nausea (50-60%), il vomito (15-17%) e il ritardo mestruale (13%). Se il vomito si presenta entro 3 ore dall'assunzione del farmaco è indicata l'assunzione di un'altra dose, possibilmente insieme ad un antiemetico. Per quanto riguarda i rischi, una recente Consensus Conference di esperti non ha espresso alcuna controindicazione all'uso dello schema di Yuzpe¹⁰. Il rischio tromboembolico rappresentato dagli estrogeni in particolari gruppi di donne (con storia familiare positiva, fumatrici, in età > 45 anni, ecc.) è molto relativo, ed è ragionevole ipotizzare che la gravidanza comporti un rischio uguale o superiore a quello dell'assunzione dell'equivalente di 6 giorni di pillola anticoncezionale. Inoltre, non è stato segnalato alcun caso di teratogenesi associato all'assunzione di estro progestinici secondo lo schema di Yuzpe.

Resistenze all'uso della CPC. Le ragioni per l'uso relativamente reticente della CPC sono plausibilmente di ordini diversi: dall'ignoranza dei metodi da parte delle donne, ma anche di molti medici e/o farmacisti (specie laddove non esistono preparati registrati per questo uso specifico) a considerazioni etiche. C'è infatti chi ritiene la CPC una tecnica abortiva e pertanto si rifiuta di prescriberla, analogamente all'inserzione di IUD. Su questo

aspetto si potrebbero elencare molte obiezioni - non ultima, che il meccanismo di azione della CPC estroprogestinica (e dello IUD) è quello di ostacolare l'impianto dell'uovo fecondato, e che pertanto se si considera aborto l'interruzione di una gravidanza post-impianto, queste tecniche non sono da considerarsi abortive (per sottolineare tale sottile differenza è stato introdotto il termine *intercezione*, distinto da contraccezione e aborto). La considerazione primaria a questo proposito è però un'altra: e cioè che se pure i valori etici individuali possono essere molto diversi, la deontologia professionale impone che si forniscano alle donne adeguate informazioni sui rimedi esistenti, siano essi eticamente approvati o meno da chi informa (e tale principio è valido sia per i medici che per le altre professioni sanitarie¹¹).

Le preoccupazioni espresse da più parti circa i potenziali "abusi" della CPC da parte delle donne (una più ampia disponibilità "potrebbe incoraggiare la pratica di rapporti sessuali non protetti"⁶) sembrano pragmaticamente contraddette da uno studio nel quale ad un gruppo di donne che richiedevano una CPC veniva anche fornita una confezione di scorta di estroprogestinico; l'uso del prodotto da parte di queste donne non è risultato diverso da quello del gruppo al quale non era stata consegnata la confezione supplementare⁶.

In Gran Bretagna si discute da qualche tempo dell'opportunità di distribuire la formulazione estroprogestinica per la contraccezione post-coito come farmaco da banco, ma i timori dell'industria circa le dimensioni di eventuali risarcimenti in caso di effetti avversi da un lato, e i dibattiti aperti in molti paesi sulla registrazione del mifepristone come abortivo, rendono poco probabile che l'industria richieda l'approvazione di questi prodotti come farmaci di libera vendita. Questa modalità di distribuzione non è stata introdotta neppure in Olanda, il primo paese ad introdurre la CPC estroprogestinica (fatto, questo, che probabilmente giustifica, almeno in parte, i bassissimi tassi di gravidanza tra le teenagers e di aborti volontari registrati a livello nazionale).

Lo scenario italiano. In Italia, la prescrizione di estroprogestinici nella contraccezione post-coito viene fatta principalmente da ginecologi. Non sono disponibili valutazioni sul grado di informazione delle donne, dei medici di medicina generale o del personale sanitario circa le opzioni disponibili; né sono stati pubblicati dati di mercato, sebbene - essendo attualmente di gran lunga più diffusi come anticoncezionali i preparati trifasici a basso dosaggio - una ragionevole approssimazione potrebbe essere fornita dalle vendite degli estroprogestinici di composizione e dosaggio corrispondenti allo schema classico (*Novogyn 21*, *Evanor D*, *Microgynon*: 2 compresse + 2 a distanza di 12 ore).

Non c'è dubbio (e il dibattito sulla distribuzione come OTC ne è un indicatore) che il limite principale della associazione estroprogestinica nella contraccezione post-coito sia la sua accessibilità. Anche laddove le donne siano informate della possibilità di una contraccezione di emergenza, per ottenere un preparato estroprogestinico è necessaria la ricetta medica. Spesso può essere impossibile ottenerla in tempo utile se non ricorrendo ad un pronto soccorso ospedaliero (ed è fuorviante anche il termine improprio di "pillola del giorno dopo", in quanto induce a supporre che la "finestra" utile sia appunto limitata a 24 ore). Molte donne, specie le giovanissime, possono non pensare di rivolgersi per questo motivo all'ospedale, e spesso una visita ambulatoriale richiede un appuntamento alcuni giorni prima. Sarebbe dunque assai utile che le informazioni sulla disponibilità di preparazioni destinate alla CPC e sulle modalità per ottenerle venissero diffuse anche dalle farmacie.

In un tempo in cui si fa un gran parlare di risparmio di risorse, una ragionevole diffusione della CPC estroprogestinica costituirebbe una strategia utile per risparmiare i costi di una quota di interruzioni volontarie di gravidanza. Per molte donne, d'altra parte (e in particolare per molte giovani e giovanissime) potrebbe costituire un'utile risorsa per ridurre o evitare ansie o traumi derivanti dalla scelta di abortire che, almeno in alcuni momenti della vita, può senza dubbio risultare molto gravosa.

Bibliografia. 1) Yuzpe AA et al. *Fertil Steril* 1977; 28: 932-6; 2) Silvestre L et al. *Lancet* 1991; 338: 39-41; 3) Trussell J et al. *Fam Plann Perspect* 1992; 24: 262-4; 4) Webb AMC et al. *BMJ* 1992; 305: 927-31; 5) Glasier A et al. *N Engl J Med* 1992; 327: 1041-4; 6) Hughes S. *Scrip* 1995; 48-52; 7) Webb A et al. *Br J Family Planning* 1993; 18: 113-8; 8) Cayley J. *BMJ* 1995; 311: 762-3; 9) Noiry JP. *Revue Prescrire* 1995; 15: 126-29; 10) Ramsay S. *Lancet* 1995; 345: 1169; 11) Blackwell D et al. *Pharm J* 1995; 255: 815-6.