

CRITERI MEDICI DI ELIGIBILITÀ ALL'IMPIEGO DEI CONTRACCETTIVI



Reproductive Health and Research
World Health Organization, Geneva



Società Medica Italiana
per la Contraccezione



CRITERI MEDICI DI ELIGIBILITÀ ALL'IMPIEGO DEI CONTRACCETTIVI



Reproductive Health and Research
World Health Organization, Geneva



Società Medica Italiana
per la Contraccezione



Publicato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2004.
A titolo: *Medical eligibility criteria for contraceptive use.*

© Organizzazione Mondiale della Sanità 2004

Il Direttore Generale della Organizzazione Mondiale della Sanità ha concesso i diritti di traduzione dell'edizione in italiano alla Società Medica Italiana per la Contraccezione, che è il solo responsabile per l'edizione italiana.

ISBN 88 - 6135 - 094 - 1
978 - 88 - 6135 - 094 - 6

Copyright © 2009



Società Medica Italiana
per la Contraccezione



Via Gennari 81, 44042 Cento (FE)
Tel. 051.904181/903368
Fax 051.903368
<http://www.editeam.it>
e-mail: staff@editeam.it

Progetto Grafico: EDITEAM Gruppo Editoriale.

Tutti i diritti sono riservati, nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, trasmessa o memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo senza il permesso scritto dell'Editore.

L'Autore e l'Editore, declinano, dopo attenta e ripetuta correzione delle bozze, ogni responsabilità derivante da eventuali errori, peraltro, sempre possibili.

L'utilizzo in questa pubblicazione di denominazioni generiche, nomi commerciali, marchi registrati, ecc. anche se non specificatamente identificati, non implica che tali denominazioni o marchi siano protetti dalle relative leggi e regolamenti. Responsabilità legale per prodotti: l'Editore non può garantire l'esattezza delle indicazioni sui dosaggi e l'impiego dei prodotti menzionati nella presente opera. Il lettore dovrà di volta in volta verificarne l'esattezza consultando la bibliografia di pertinenza.

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2009.

INDICE

PREFAZIONE	V
RINGRAZIAMENTI	VI
SINTESI E PANORAMICA	1
TABELLE	
Contraccettivi orali combinati a basso dosaggio (COC)	21
Contraccettivi iniettabili combinati, cerotto e anello (CIC/P/R)	49
Contraccettivi di solo progestinico (POC)	71
Pillola contraccettiva d'emergenza (ECP)	95
Dispositivi intrauterini (IUD)	99
IUD al rame per casi di contraccezione d'emergenza (E-IUD)	121
Metodi di barriera (BARR)	123
Metodi basati sulla consapevolezza della fertilità (FAB)	139
Metodo basato sull'amenorrea da allattamento (LAM)	145
Coito interrotto (CI)	147
Procedimenti di sterilizzazione chirurgica (STER)	149
Tabelle riassuntive (SUMM)	173
ALLEGATI	
Allegato 1. COC e terapia antiretrovirale	185
Allegato 2. Lista dei partecipanti	186
AGGIORNAMENTO 2008 (WHO/RHR/08.19)	189

PREFAZIONE

I “*Criteri medici di eligibilità all’impiego dei contraccettivi*” sono una delle quattro guide dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dedicate alla pianificazione familiare e basate sull’evidenza, e rappresentano sicuramente una pietra miliare nella produzione dei documenti per la salute sessuale e riproduttiva. Essi raccolgono in tre successive edizioni a partire dal 1996, la sintesi delle evidenze della letteratura per quanto è razionalmente consigliato per ogni metodo anticoncezionale in relazione ad alcune centinaia di condizioni cliniche filtrate da un gruppo di esperti internazionali con una complessa metodologia di validazione. Per questo possono essere tenuti sul tavolo di lavoro di ogni operatore sanitario, sia esso ginecologo ospedaliero, consultoriale, universitario o libero professionista, medico di medicina generale, operatore della salute riproduttiva in generale, comunque coinvolto in processi decisionali rispetto alle scelte contraccettive, perché queste scelte possa fare con la dovuta competenza.

Alcune condizioni cliniche sono talmente complesse da meritare particolari considerazioni (lo sono ad esempio tutte le situazioni correlate all’uso di farmaci per l’AIDS, oppure il complesso delle situazioni cliniche che configurano rischi cardio-circolatori o metabolici, od ancora certe patologie immunitarie), specialmente quando più condizioni si associano. Altre condizioni cliniche sono all’apparenza più semplici, perchè magari più quotidiane, ma anche loro possono presentare difficoltà o complessità decisionali nel momento in cui si associano a certi momenti fisiologici della vita della donna, come il puerperio con o senza allattamento, oppure si presentano in età particolari, come l’adolescenza.

In ognuna delle condizioni mediche presentate il conforto di indicazioni certe e validate sarà importante per ognuno di noi che crede quanto i metodi o gli strumenti di pianificazione familiare siano capaci di migliorare la qualità della vita della donna e della coppia, ma anche dei figli presenti ed a venire.

Per tutto questo abbiamo percorso volentieri l’idea di tradurre in italiano questi “*Criteri*”, perchè anche i professionisti italiani della salute riproduttiva ne potessero usufruire appieno. Di ciò ringraziamo caldamente l’OMS, che ha autorizzato la SMIC (Società Medica Italiana per la Contraccezione) alla versione italiana, e ringraziamo chi vi ha lavorato. Ringraziamo infine anche tutti coloro che vorranno ritenere come, con questo impegno, la SMIC (Società Medica Italiana per la Contraccezione) cerchi di esprimere profonda attenzione ad una gestione di qualità della salute sessuale e riproduttiva nel nostro Paese.

Dicembre 2009

Emilio Arisi
Presidente SMIC

RINGRAZIAMENTI

Questo documento è il risultato di una collaborazione tra il Dipartimento di Sanità e Ricerca sulla Riproduzione della World Health Organization (Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS) e un vasto numero di Enti internazionali e di Organizzazioni attive nel campo delle politiche e dei programmi di pianificazione familiare. Il finanziamento e il sostegno di questo progetto sono stati garantiti dal Governo degli Stati Uniti d'America (attraverso l'Agenzia Americana per lo Sviluppo Internazionale, i Centri per il Controllo delle Malattie e la Prevenzione, e l'Istituto Nazionale della Sanità Infantile e lo Sviluppo Umano), la Federazione Internazionale della Pianificazione Familiare e il Fondo per la Popolazione delle Nazioni Unite, delle quali con gratitudine riconosciamo il sostegno.

I rappresentanti di 10 Enti e Organizzazioni, insieme ad altri 19 singoli individui, hanno partecipato in qualità di esperti all'incontro volto ad ottenere un consenso su queste raccomandazioni per l'uso dei contraccettivi. Vorremmo esprimere loro la nostra più profonda riconoscenza per aver messo il loro tempo e la loro competenza a disposizione del processo di costruzione del consenso.

Le prove alla base delle affermazioni di questo documento sono state ottenute in gran parte dall'analisi sistematica della letteratura condotta e sintetizzata dal Dott. KM Curtis, dal Dott. ME Gaffield, dal Dott. AP Mohllajee, dal Dott. K Nanda, e dal Dott. JS Smith, i quali hanno offerto un sostegno sostanziale anche al Segretariato. Il Dott. H Peterson è stato il coordinatore generale del Segretariato della OMS, che includeva anche le signore K Church, K Curran, S Johnson e G Lamptey. La signora C Hamill, anch'ella parte del Segretariato, ha contribuito notevolmente all'incontro ed è stata la responsabile del design e del layout della pubblicazione. La signora M NíMhearáin è stata la responsabile della copertina. Vorremmo esprimere la nostra più profonda gratitudine verso tutti loro, così come verso i dottori L Edouard, C Huezo e J Shelton per il loro notevole sostegno in questa impresa.

Siamo riconoscenti ai seguenti ricercatori che hanno lavorato come revisori del sistema di Identificazione Continua delle Evidenze nella Ricerca (CIRE): Dott. T Chipato, Dott. P Corfman, Dott. M Cravioto, Dott. V Cullins, Dott. J Diaz, Dott. S Diaz, Dott. A Glasier, Dott. J Guillebaud, Dott. M Gulmezoglu, Dott. K Hagenfeldt, Dott. P Hannaford, Dott. R Hatcher, Dott. C Huezo, Dott. V Jennings, Dott. P Lynam, Dott. P Marchbanks, Dott. O Meirik, Dott. S Mittal, Dott. K Nanda, Dott. E Otolorin, Dott. A Pollack, Dott. H Rees, Dott. R Rivera, Dott. D Skegg, Dott. C Smith, Dott. B Sood, e Dott. E Weisberg.

Un finanziamento parziale per la stampa e la divulgazione di questa pubblicazione è stato offerto dal Fondo per la Popolazione delle Nazioni Unite, che ringraziamo.

Per ulteriori informazioni su questa pubblicazione, si prega di contattare: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, 1211 Ginevra 27, Svizzera. Fax: + 41 22 791 4189; e-mail: reproductivehealth@who.int

Ulteriori copie possono essere richieste a: Documentation Centre, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, 1211 Ginevra 27, Svizzera. Fax: + 41 22 791 4189; telefono: + 41 22 791 4447; e-mail: rhrpublications@who.int. Il documento è disponibile anche sul sito web della OMS riguardante la salute riproduttiva: www.who.int/reproductive-health. Gli aggiornamenti delle informazioni contenute in questo documento appariranno in primo luogo su questo sito.

SINTESI E PANORAMICA

INDICE

Sintesi	2
Panoramica	3
Scopo	4
Razionale	4
Assistenza alla salute sessuale e riproduttiva	5
Temi sulla qualità e accessibilità del servizio che incidono sull'utilizzo del metodo contraccettivo	6
Efficacia del metodo	7
Condizioni che espongono una donna all'aumento del rischio in seguito a una gravidanza non voluta	7
Ritorno alla fertilità	7
Malattie Sessualmente Trasmesse e contraccezione: duplice protezione	10
Metodo di lavoro	10
Come utilizzare questo documento	13
▪ Utilizzo delle tabelle	13
▪ Classificazione delle categorie	14
▪ Utilizzo delle categorie nella pratica	15
Implicazioni programmatiche	15
Utenti con necessità particolari	16
▪ Adolescenti	16
Sintesi dei cambiamenti rispetto alla seconda edizione	17

SINTESI E PANORAMICA

SINTESI

Questo documento segna un passo importante in un processo di miglioramento dell'accesso a un'assistenza di qualità nella pianificazione familiare attraverso l'analisi dei criteri medici di eleggibilità nella selezione dei metodi di contraccezione.

Si tratta di un aggiornamento della seconda edizione di *Improving access to quality care in family planning - Medical eligibility criteria for contraceptive use* (Migliorare l'accesso a un'assistenza di qualità nella pianificazione familiare: criteri medici di eleggibilità per l'uso di contraccettivi) pubblicato nel 2000, e riassume le principali raccomandazioni del convegno di un Gruppo di Lavoro di esperti tenuto alla OMS, Ginevra, dal 21 al 24 ottobre 2003 (si veda l'Allegato 2 per la lista dei partecipanti). Il Gruppo di Lavoro ha riunito 36 partecipanti di 18 Paesi, inclusi i rappresentanti di molti Enti e Organizzazioni. Il documento fornisce raccomandazioni sugli appropriati criteri medici di eleggibilità, basati sugli ultimi dati clinici ed epidemiologici, ed è inteso per essere utilizzato da decisori, da responsabili di programmi di pianificazione familiare e dalla comunità scientifica. Il suo scopo è di fornire una guida per i programmi sanitari nazionali di pianificazione familiare e di riproduzione nella preparazione di linee guida per la prescrizione di anticoncezionali. Non deve essere visto o utilizzato come reale direttiva, ma piuttosto come un riferimento da consultare.

Il documento contempla i seguenti metodi di pianificazione familiare: contraccettivi orali combinati a basso dosaggio (COC), contraccettivi iniettabili combinati (CIC), cerotto combinato (P), anello vaginale combinato (R), pillola di solo progestinico (POP), medrossiprogesterone acetato deposito (DMPA), noretisterone enantato (NET-EN), impianti di levonorgestrel (LNG) ed etonogestrel (ETG), pillole contraccettive di emergenza (ECP), dispositivi intrauterini al rame (Cu-IUD), dispositivi intrauterini con rilascio di levonorgestrel (LNG-IUD), dispositivi intrauterini al rame per la contraccezione d'emergenza (E-IUD), metodi di barriera (BARR), metodi basati sulla conoscenza della fertilità (FAB), metodo dell'amenorrea da allattamento (LAM), coito interrotto (CI), sterilizzazione femminile e maschile (STER).

L'OMS aggiungerà, in base alla necessità, informazioni e aggiornerà le raccomandazioni contenute in questo documento a intervalli appropriati tramite incontri del Gruppo di Lavoro che si svolgono ogni tre o quattro anni, e attraverso i suggerimenti del suo Gruppo di Coordinamento delle Linee Guida sulla pianificazione familiare. Tali raccomandazioni saranno disponibili sul sito web della OMS (www.who.int/reproductive-health). In attesa del prossimo convegno formale di consenso del Gruppo di Lavoro, il sito web fornirà inoltre informazioni aggiuntive stabilite dalla OMS in

quanto inerenti a queste raccomandazioni. Tali aggiornamenti sono particolarmente necessari in caso di questioni per le quali l'evidenza può cambiare rapidamente. La OMS incoraggia la ricerca ad affrontare importanti questioni irrisolte per stabilire i criteri medici di eleggibilità all'impiego dei contraccettivi. La OMS invita inoltre a proporre commenti e suggerimenti per il miglioramento di queste Linee Guida.

PANORAMICA

Nel 1999, la OMS ha riesaminato le sue Linee Guida sulla pianificazione familiare e ha stabilito che fosse garantita la creazione di nuove Linee Guida basate su dati scientificamente provati.

Pertanto, la OMS ha avviato una nuova serie di Linee Guida sulla pianificazione familiare basate sull'evidenza, a partire dalla seconda edizione di *Improving access to quality care in family planning - Medical eligibility criteria for contraceptive use*, pubblicato nel 2000. I primi due pilastri di questa serie basata sull'evidenza (Fig. 1) sono questi documenti, *Criteri medici di eleggibilità all'impiego dei contraccettivi*, che fornisce un orientamento su "chi" può utilizzare metodi contraccettivi senza correre rischi, e le *Raccomandazioni selezionate per l'uso di contraccettivi - Selected practice recommendations for contraceptive use*, che stabilisce una linea guida su "come" utilizzare i metodi anticoncezionali in modo sicuro ed efficace.

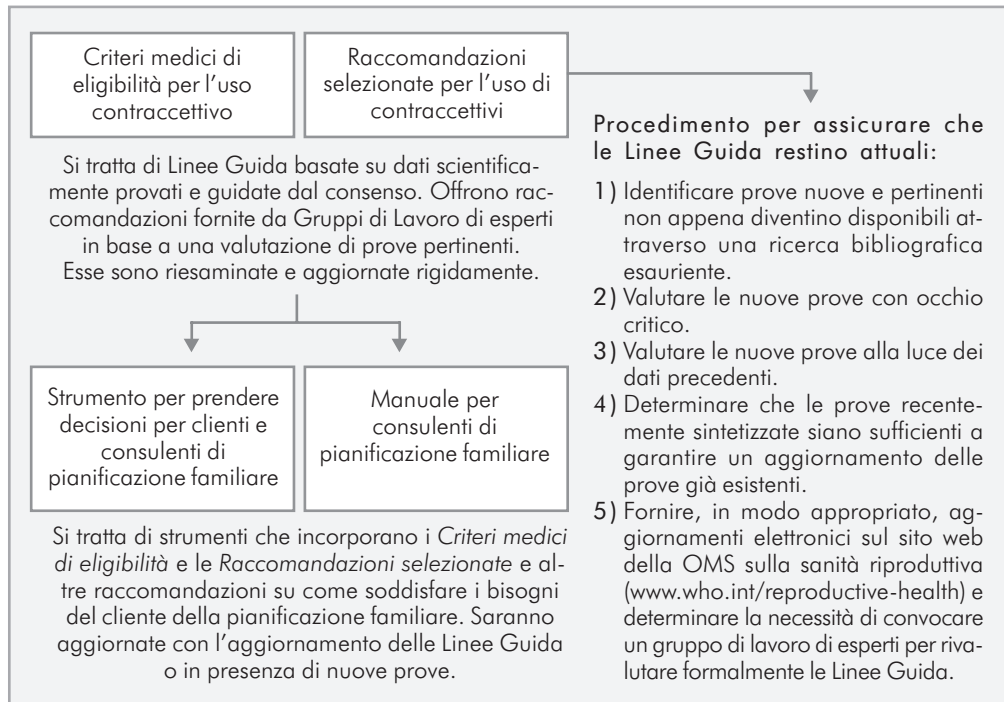


Figura 1: I quattro pilastri delle Linee Guida per la pianificazione familiare.

Questi due nuovi documenti forniscono delle Linee Guida basate sull'evidenza per scegliere (i *Criteri medici di eligibilità all'impiego dei contraccettivi*) e utilizzare (le *Raccomandazioni selezionate per l'uso di contraccettivi*) i metodi anticoncezionali. Il terzo e il quarto pilastro, uno strumento per prendere decisioni per pazienti e consulenti di pianificazione familiare e un manuale per i consulenti di pianificazione familiare, sono in fase di realizzazione per migliorare la qualità della consulenza sulla pianificazione familiare e l'offerta di assistenza. Questi due strumenti incorporano i *Criteri medici di eligibilità all'impiego dei contraccettivi* e le *Raccomandazioni selezionate per l'uso di contraccettivi*. Tutti i quattro pilastri vanno interpretati e utilizzati preferibilmente in un contesto più ampio di cura della salute sessuale e riproduttiva.

SCOPO

Lo scopo di questo documento è fornire ai decisori e alla comunità scientifica un insieme di raccomandazioni utilizzabili per lo sviluppo o la revisione di Linee Guida nazionali sui criteri medici di eligibilità all'impiego dei contraccettivi.

Il documento non stabilisce Linee Guida rigide ma propone piuttosto delle raccomandazioni che fungano da base per razionalizzare la somministrazione dei vari contraccettivi alla luce delle informazioni più aggiornate sulla loro sicurezza per persone con particolari condizioni di salute.

Poiché le situazioni dei Paesi e i programmi variano notevolmente, è inappropriato stabilire Linee Guida internazionali rigide. Tuttavia, ci si aspetta che i programmi nazionali le utilizzino per l'aggiornamento o lo sviluppo delle proprie Linee Guida sulla contraccezione alla luce delle proprie politiche sanitarie nazionali, necessità, priorità e risorse. L'intento è di aiutare a migliorare l'accessibilità e la qualità dei servizi di pianificazione familiare. Tali miglioramenti devono avvenire nel contesto di scelte consapevoli degli utilizzatori e della sicurezza medica. La conformità alle Linee Guida non è sempre un compito facile ed è meglio raggiunta da chi conosce le condizioni di salute, i comportamenti e le culture predominanti.

RAZIONALE

Gli ultimi 30 anni hanno visto notevoli progressi nello sviluppo di nuove tecnologie contraccettive, incluso il passaggio da contraccettivi orali combinati ad alto dosaggio a contraccettivi a basso dosaggio, e da dispositivi intrauterini inerti a quelli al rame e con rilascio di levonorgestrel. Inoltre, sono stati introdotti contraccettivi iniettabili combinati, cerotti e anelli ormonali contraccettivi combinati, e iniezioni o impianti di solo progestinico. Tuttavia, le politiche attuali e le pratiche di assistenza sanitaria in alcuni Paesi si basano su studi scientifici di prodotti contraccettivi che non sono più utilizzati, su teorie superate che non sono mai state provate, o sulla preferenza o il giudizio personale di chi fornisce il servizio. Queste politiche o pratiche antiquate limitano spesso sia la qualità che l'accessibilità dei servizi di pianificazione familiare.

Questo documento intende aggiornare i criteri medici di elegibilità da utilizzare nella somministrazione di tutti i contraccettivi ormonali, IUD, metodi di barriera, metodi basati sulla consapevolezza della fertilità, coito interrotto, metodo dell'amenorrea da allattamento, sterilizzazione maschile e femminile, e contraccezione d'emergenza.

ASSISTENZA ALLA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

“I diritti sulla riproduzione abbracciano determinati diritti umani già riconosciuti nelle leggi nazionali, nei documenti internazionali sui diritti umani e in altri importanti documenti unanimi. Tali diritti si basano sul riconoscimento del diritto fondamentale di tutte le coppie e di tutti gli individui di decidere liberamente e responsabilmente il numero, lo spazio e il tempo dei loro figli e di avere le informazioni e i mezzi per farlo, e il diritto di ottenere la migliore qualità di salute sessuale e riproduttiva.” (Par. 95, Beijing Platform for Action, 1995).

L'assistenza alla salute sessuale e riproduttiva, inclusi i servizi di pianificazione familiare e di informazione, è riconosciuta non solo come intervento chiave per il miglioramento della salute di uomini, donne e bambini, ma anche come un diritto umano. Tutti gli individui hanno il diritto all'accesso, alla scelta e ai benefici del progresso scientifico nella selezione dei metodi di pianificazione familiare. Un approccio alla prescrizione di contraccettivi basato sui diritti umani presuppone una visione olistica dei clienti, che include la considerazione del loro bisogno di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva e di tutti i criteri medici di elegibilità appropriati per aiutarli a scegliere e ad utilizzare un metodo di pianificazione familiare.

Mentre questo documento affronta principalmente i criteri medici di elegibilità all'impiego dei contraccettivi, bisogna tenere in considerazione anche criteri sociali, comportamentali e altri criteri non medici, in particolare la preferenza del cliente. Per offrire ai clienti scelte di contraccezione in un modo che rispetti e soddisfi i loro diritti umani, è necessario permettere loro di compiere scelte consapevoli. Le scelte delle donne, tuttavia, sono spesso imposte o limitate da fattori sociali, economici e culturali diretti o indiretti. Le donne prendono decisioni influenzate dal contesto temporale, sociale e culturale; le loro scelte sono complesse, multifattoriali e soggette al cambiamento. Solitamente decidere quale metodo contraccettivo utilizzare richiede la necessità di trovare un compromesso tra i diversi metodi, con i vantaggi e gli svantaggi di specifiche variazioni a seconda delle circostanze, le percezioni e le interpretazioni individuali.

Offrire un'assistenza in conformità con i diritti umani e riproduttivi del cliente è fondamentale per garantire la qualità dell'assistenza stessa. Lo sviluppo di norme internazionali per i criteri medici di elegibilità e le raccomandazioni pratiche per l'uso di contraccettivi è solo un aspetto del miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria

per la riproduzione. Molti programmi di pianificazione familiare includono procedimenti di screening, trattamento e follow-up che riflettono alti livelli di sanità pubblica e di pratica clinica, ma non devono essere visti come requisiti di idoneità per particolari metodi contraccettivi. Tali procedimenti includono lo screening e il trattamento del cancro cervicale, l'anemia e le malattie sessualmente trasmesse (MST), l'incoraggiamento all'allattamento al seno e alla sospensione del fumo. Tali procedimenti dovrebbero essere fortemente incoraggiati se sono disponibili le risorse umane e materiali per portarli avanti, ma non devono essere visti come prerequisiti per l'accettazione e l'utilizzo dei metodi di pianificazione familiare quando non sono necessari per stabilire l'idoneità dell'utilizzo o la continuazione di un particolare metodo contraccettivo.

TEMI SULLA QUALITÀ E ACCESSIBILITÀ DEL SERVIZIO CHE INCIDONO SULL'UTILIZZO DEL METODO CONTRACCETTIVO

Mentre questo documento affronta principalmente i criteri medici di eleggibilità, esistono molte altre considerazioni sulla somministrazione appropriata di contraccettivi, inclusi i seguenti criteri universalmente riconosciuti per l'inizio e il follow-up di ogni utilizzo di metodo contraccettivo.

- a) I clienti dovrebbero ricevere informazioni adeguate per fare una scelta consapevole e volontaria del metodo di contraccezione. Le informazioni fornite ai clienti per aiutarli a fare tale scelta devono includere come minimo: la spiegazione della relativa efficacia del metodo; l'utilizzo corretto del metodo; come funziona; gli effetti collaterali comuni; i rischi per la salute e i vantaggi del metodo; i segnali e i sintomi che potrebbero necessitare un accesso in ospedale; le informazioni sul ritorno alla fertilità dopo l'interruzione del metodo; le informazioni sulla protezione dalle MST.
- b) Per i metodi che richiedono approcci chirurgici, inserimenti, applicazioni e/o rimozioni da parte di un operatore sanitario esperto (sterilizzazione, impianti, IUD, diaframmi, cappucci cervicali), deve essere disponibile del personale appositamente preparato in strutture adeguatamente equipaggiate perché tali metodi possano essere offerti; devono inoltre essere eseguiti procedimenti appropriati per la prevenzione delle infezioni.
- c) Devono essere tenute in magazzino adeguate e appropriate attrezzature e rifornimenti (ad esempio, prodotti contraccettivi, attrezzature e rifornimenti per procedimenti di prevenzione delle infezioni).
- d) Chi fornisce il servizio deve possedere delle Linee Guida (o cartelle dei clienti o altri strumenti di screening) che gli permettano di esaminare i clienti in modo appropriato al fine di individuare condizioni in cui l'utilizzo di certi metodi contraccettivi porterebbe rischi inaccettabili per la salute.
- e) Chi fornisce il servizio deve essere preparato nel fornire consulenze di pianificazione familiare per aiutare i clienti a prendere decisioni consapevoli e volontarie sulla loro fertilità. La consulenza è un elemento chiave della qualità dell'assisten-

za e costituisce anche una parte importante sia dell'avvio che delle visite di follow-up, e dovrebbe rispondere alle necessità dei clienti non solo per quanto riguarda la contraccezione, ma anche in relazione alla sessualità e alla prevenzione di MST, inclusa l'infezione con il virus dell'immunodeficienza umana (HIV).

EFFICACIA DEL METODO

La scelta contraccettiva dipende in parte dall'efficacia del metodo contraccettivo nella prevenzione di una gravidanza non voluta, che, a sua volta, dipende per alcuni metodi non solo dalla protezione consentita dal metodo stesso, ma anche da quanto regolarmente e correttamente viene utilizzato. La **tabella 1** mette a confronto la percentuale di donne che hanno sperimentato una gravidanza non voluta durante il primo anno di utilizzo del metodo contraccettivo quando il metodo è utilizzato perfettamente (regolarmente e correttamente) e quando è utilizzato in modo tipico. L'utilizzo regolare e corretto può variare notevolmente a seconda di caratteristiche come l'età, il reddito e la cultura delle utilizzatrici, ma anche dal desiderio di queste di prevenire o ritardare una gravidanza. I metodi che dipendono dall'uso regolare e corretto da parte dei clienti hanno un ampio raggio di efficacia. La maggior parte degli uomini e delle donne tendono a essere utilizzatori più efficienti man mano che familiarizzano con un metodo. Tuttavia, gli aspetti programmatici hanno un profondo effetto anche sull'efficacia dell'utilizzo del metodo.

CONDIZIONI CHE ESPONGONO UNA DONNA ALL'AUMENTO DEL RISCHIO IN SEGUITO A UNA GRAVIDANZA NON VOLUTA

Le donne con condizioni di salute che possono rendere la gravidanza un rischio inaccettabile per la loro salute dovrebbero essere avvisate che, a causa delle loro più alte percentuali di fallimento da utilizzo abituale, il solo utilizzo di metodi anticoncezionali di barriera e di metodi di contraccezione basati sul comportamento potrebbero essere inappropriati. Tali condizioni sono rilevate nella **tabella 2**.

RITORNO ALLA FERTILITÀ

L'utilizzo di metodi contraccettivi, a eccezione della sterilizzazione maschile e femminile, non porta cambiamenti irreversibili della fertilità. Il ritorno alla fertilità è puntuale dopo l'utilizzo di tutti i metodi, a eccezione di DMPA e NET-EN; il ritardo medio del ritorno della fertilità con questi metodi è rispettivamente di 10 e 6 mesi dalla data dell'ultima iniezione, a prescindere dalla durata del loro utilizzo.

La sterilizzazione maschile e femminile deve essere considerata un metodo permanente, e tutti gli individui e le coppie che prendono in considerazione tale metodo dovrebbero essere assistiti conseguentemente. Nessun altro metodo ha come risultato un'infertilità permanente.

Tabella 1

Percentuale di donne che sperimentano una gravidanza non voluta durante il primo anno di utilizzo e percentuale di donne che continuano l'utilizzo alla fine del primo anno, Stati Uniti d'America

Metodo 1	% di donne che sperimentano una gravidanza non voluta entro il primo anno di utilizzo		% di donne che continuano l'utilizzo dopo un anno ³ 4
	Utilizzo tipico ¹ 2	Utilizzo perfetto ² 3	
Nessun metodo ⁴	85	85	
Spermicidi ⁵	29	18	42
Sospensione	27	4	43
Astinenza periodica	25		51
▪ Calendario		9	
▪ Metodo dell'ovulazione		3	
▪ Sinto-termale ⁶		2	
▪ Post-ovulazione		1	
Cappuccio cervicale ⁷			
▪ Donne con figli	32	26	46
▪ Donne nullipare	16	9	57
Spugna			
▪ Donne con figli	32	20	46
▪ Donne nullipare	16	9	57
Diaframma ⁷	16	6	57
Preservativo ⁸			
▪ Femminile (Reality)	21	5	49
▪ Maschile	15	2	53
Pillola e minipillola combinate	8	0,3	68
Cerotto ormonale combinato (Evra)	8	0,3	68
Anello ormonale combinato (NuvaRing)	8	0,3	68
DMPA (Depo-Provera)	3	0,3	56
Iniettabile combinata (Lunelle)	3	0,05	56
IUD			
▪ ParaGard (rame T)	0,8	0,6	78
▪ Mirena (LNG-IUS)	0,1	0,1	81
Impianti LNG (Norplant e Norplant-2)	0,05	0,05	84
Sterilizzazione femminile	0,5	0,5	100
Sterilizzazione maschile	0,15	0,10	100

Pillole contraccettive di emergenza: il trattamento iniziato entro 72 ore da un rapporto non protetto riduce il rischio di gravidanza di almeno il 75%.

Metodo dell'amenorrea da allattamento: il LAM è un metodo di contraccezione⁹ temporaneo altamente efficace.

Fonte: Trussell J. Contraceptive efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D. Contraceptive Technology: Eighteenth Revised Edition. New York NY: Ardent Media, 2004.

Nota: Questa tabella è stata adattata rispetto al documento originario cambiando il titolo, trasformando i nomi commerciali dei metodi in nomi generici e modificando le note.

Note tabella 1

1. Tra coppie tipiche che iniziano a utilizzare un metodo (non necessariamente per la prima volta), la percentuale di coppie che sperimenta una gravidanza non voluta durante il primo anno di utilizzo se non interrompono l'utilizzo per altre ragioni. Le stime della probabilità di una gravidanza durante il primo anno di utilizzo tipico di spermicidi, coito interrotto, astinenza periodica, diaframma, preservativo maschile, pillola, e Depo-Provera sono tratte dal Sondaggio Nazionale del 1995 di Family Growth, corretto per la sottovalutazione degli aborti; si veda la fonte originale (Trussel J, 2004) citata sopra per la derivazione delle stime per gli altri metodi.
2. Tra coppie che iniziano l'utilizzo di un metodo (non necessariamente per la prima volta) e che lo utilizzano perfettamente (sia regolarmente che correttamente), la percentuale che sperimenta una gravidanza non voluta durante il primo anno senza aver interrotto l'utilizzo per nessun'altra ragione; si veda la fonte originaria (Trussel J, 2004) citata sopra per la derivazione delle stime per ogni metodo.
3. Tra coppie che cercano di evitare una gravidanza, la percentuale che continua a utilizzare un metodo per 1 anno.
4. Le percentuali di donne che restano incinte nelle colonne (2) e (3) si basano su dati di popolazioni in cui la contraccezione non è utilizzata e di donne che cessano la contraccezione per restare incinte. Tra popolazioni in cui la contraccezione non è utilizzata, circa l'89% delle donne restano incinte entro 1 anno. Questa stima è stata leggermente abbassata (all'85%) per rappresentare la percentuale di donne, che ora si affidano a metodi di contraccezione reversibili, che resterebbero incinte entro 1 anno se abbandonassero la contraccezione completamente.
5. Schiume, creme, gel, supposte vaginali e pellicola vaginale.
6. Metodo del muco cervicale (ovulazione), integrato da calendario nella fase pre-ovulatoria, e da temperatura corporea basale nella fase post-ovulatoria.
7. Con crema spermicida o gelatina.
8. Senza spermicidi.
9. Tuttavia, per mantenere efficace la protezione contro la gravidanza, è necessario utilizzare un altro metodo di contraccezione non appena la mestruazione riprende, la frequenza o la durata dell'allattamento al seno si riduce, viene introdotto l'allattamento al biberon, o il bambino raggiunge i 6 mesi di età.

Tabella 2

Condizioni che espongono una donna all'aumento del rischio in seguito a una gravidanza non voluta

- Cancro al seno
- Cardiopatia valvolare complicata
- Diabete: dipendenza dall'insulina; nefropatia/retinopatia/neuropatia o altre malattie vascolari; o di durata > 20 anni
- Cancro endometriale o ovarico
- Alta pressione sanguigna (sistolica > 160 mm Hg o diastolica > 100 mm Hg)[†]
- HIV/AIDS*
- Cardiopatia ischemica
- Malattia trofoblastica gestazionale maligna
- Tumori del fegato (epatomi)
- Schistosomiasi con fibrosi del fegato
- Cirrosi grave (scompensata)
- Anemia falciforme
- MST*
- Ictus
- Mutazioni trombogeniche note
- Tubercolosi

[†] In questo documento, le misurazioni della pressione sanguigna sono espresse in mm Hg. Per convertirle in kPa, si moltiplichi per 0,1333. Ad esempio, 120/80 mm Hg = 16,0/10,7 kPa.

* Quando sussiste un rischio di trasmissione di MST/HIV, si raccomanda una duplice protezione contro HIV/AIDS e altre MST. Ciò si ottiene tramite l'utilizzo simultaneo di preservativi e di altri metodi o l'utilizzo regolare e corretto di soli preservativi.

MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE E CONTRACCEZIONE: DUPLICE PROTEZIONE

Se lo sviluppo di norme internazionali per l'offerta di metodi contraccettivi è fondamentale per la qualità dell'assistenza dei servizi, è importante prendere in considerazione anche il contesto sociale, culturale e comportamentale di ogni cliente. A questo proposito, i problemi di esposizione alle MST, incluso l'HIV, merita una considerazione speciale per via della pari importanza di prevenire la gravidanza e la trasmissione dell'infezione. In presenza di un rischio di trasmissione di MST/HIV, è importante che chi fornisce l'assistenza sanitaria consigli fortemente una duplice protezione a tutte le persone esposte al rischio, che sia tramite l'utilizzo simultaneo di preservativi e di altri metodi o tramite l'utilizzo regolare e corretto di soli preservativi, sia per la prevenzione della gravidanza che per la prevenzione della malattia.

Alle donne e agli uomini che richiedono consigli sulla contraccezione deve essere sempre ricordata l'importanza dell'utilizzo del preservativo per prevenire la trasmissione di MST/HIV e tale utilizzo dovrebbe essere incoraggiato e facilitato laddove appropriato. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice, quando utilizzati regolarmente e correttamente, sono molto efficaci contro le MST/HIV.

METODO DI LAVORO

Questo documento costituisce la continuazione di un processo iniziato nel 1994 e culminato nella pubblicazione del documento nel 1996, *Migliorare l'accesso a un'assistenza di qualità nella pianificazione familiare: criteri medici di eleggibilità all'impiego dei contraccettivi*. Nel processo iniziale, creato per raggiungere un accordo sui criteri medici di eleggibilità appropriati per i metodi contraccettivi più ampiamente utilizzati, diversi Enti e Organizzazioni hanno collaborato per effettuare una profonda revisione delle prove epidemiologiche e cliniche attinenti ai criteri medici di eleggibilità dei metodi contraccettivi comprovati. Il processo ha coinvolto il confronto dei criteri medici di eleggibilità utilizzati da diversi Enti per vari contraccettivi, la preparazione di sintesi della letteratura medica ed epidemiologica pubblicata riguardante i criteri medici di eleggibilità, e la stesura di una prima classifica da revisionare da parte di un gruppo più ampio di esperti e di enti. La OMS organizzò due incontri di Gruppi di Lavoro di esperti, uno nel marzo 1994 e uno nel maggio 1995, per riesaminare le classifiche preliminari e formulare raccomandazioni; la pubblicazione del documento seguì nel 1996.

La prima revisione del documento del 1996 si basò sulle raccomandazioni formulate durante l'incontro di un Gruppo di Lavoro di esperti tenuto alla OMS dall'8 al 10 marzo 2000, che riunì 32 partecipanti da 17 Paesi, inclusi i rappresentanti di molti Enti e Organizzazioni. Il Gruppo riesaminò le nuove prove dopo gli

ultimi incontri del Gruppo di Lavoro nel 1994 e nel 1995. Queste nuove prove erano state ottenute principalmente da un esame sistematico della letteratura più recente, che fu condotto per identificare e riassumere nuove prove per i criteri medici di eleggibilità dei metodi contraccettivi.

Questa terza edizione del documento si basa sulle raccomandazioni formulate durante l'incontro di un Gruppo di Lavoro di esperti tenuto alla OMS dal 21 al 24 ottobre 2003, che riuni 36 partecipanti da 18 Paesi, inclusi i rappresentanti di molti Enti e Organizzazioni. Il Gruppo di Lavoro comprendeva esperti internazionali di pianificazione familiare, inclusi medici, epidemiologi, decisori ed esperti di programmi. Il Gruppo di Lavoro includeva anche esperti nell'identificazione di prove e sintesi, e utilizzatori delle Linee Guida. Per questa edizione è stato stabilito un Gruppo per la conduzione della Linea Guida. A tutti i membri del Gruppo di Lavoro fu chiesto di dichiarare i conflitti di interesse e non ne fu dichiarato nessuno.

Utilizzando un sistema per identificare nuove prove con un metodo in via di sviluppo (l'Identificazione Continua della Ricerca di Prove o CIRE, www.infoforhealth.org/cire/cire_pub.pl), la OMS identificò 151 raccomandazioni attuali per le quali erano disponibili nuove prove rispetto alla seconda edizione. In questa terza edizione, la OMS ha deciso anche di sviluppare raccomandazioni per 3 nuove condizioni e 3 nuovi metodi contraccettivi. Tutte le prove esistenti per queste 151 raccomandazioni, le nuove condizioni e i nuovi metodi, sono stati revisionati sistematicamente.

Durante l'agosto 2003, una ricerca sistematica e completa dei database bibliografici, come MEDLINE, ha prodotto tutti gli studi principali, che descrivevano l'utilizzo di metodi contraccettivi tra donne con determinate patologie (ad esempio, il rischio di ictus per donne con emicrania che utilizzano COC). Lo scopo di queste revisioni sistematiche era identificare prove dirette dell'appropriatezza dell'utilizzo del metodo contraccettivo da parte di donne con determinate patologie. Quando le prove dirette non erano disponibili, sono state trovate informazioni sulle prove indirette o considerazioni teoriche per queste raccomandazioni. La forza e la qualità delle prove sono state valutate utilizzando il sistema di Determinazione delle Raccomandazioni, Sviluppo e Valutazione (www.gradeworkinggroup.org). La valutazione delle prove è stata fornita al Gruppo di Lavoro man mano che veniva considerata ogni raccomandazione pertinente. Sono state considerate principalmente questioni di costi in termini di disponibilità e di accesso ai servizi di contraccezione, così come i potenziali limiti di risorse. Il Gruppo di Lavoro ha considerato anche le implicazioni programmatiche delle raccomandazioni. Le raccomandazioni riguardano principalmente questioni di sicurezza e tali questioni sono state considerate alla luce della loro applicabilità in vari settori.

Per la maggior parte delle raccomandazioni (combinazioni di metodo e patologia), esiste un numero limitato di studi che affronta l'utilizzo di un metodo specifico da parte di donne con una determinata patologia. Di conseguenza, la maggior parte delle decisioni riguardanti i criteri medici di eleggibilità servendosi di prove,

spesso si basava necessariamente su estrapolazioni prese da studi che includevano principalmente donne sane, così come si basava su considerazioni teoriche e opinioni di esperti. I dati erano particolarmente limitati per i prodotti più nuovi e per quelli a uso limitato. L'insieme totale delle prove considerate dal Gruppo di Lavoro includeva:

- prove basate su studi diretti o osservazioni del metodo contraccettivo utilizzato da donne (o uomini) con una determinata patologia;
- prove derivate da effetti del metodo contraccettivo utilizzato da donne (o uomini) senza quella patologia;
- prove indirette o questioni teoriche basate su studi di pattern animali congrui, studi di laboratorio umani, o situazioni cliniche analoghe.

Laddove il Gruppo di Lavoro ha potuto esaminare le prove in modo sistematico per formulare una raccomandazione, queste sono citate accanto alla raccomandazione. Le raccomandazioni per le quali non sono citate prove, sono basate su opinioni di esperti e/o su prove ottenute da fonti diverse rispetto alle revisioni sistematiche. Come viene sottonotato, oltre 1.000 delle raccomandazioni contenute in questa edizione restano invariate rispetto a quelle della prima edizione. Le prove della prima edizione sono state fornite dai Gruppi di Lavoro del 1994 e del 1995 in una serie di documenti preliminari predisposti per il progetto.

La seconda edizione includeva 1.287 raccomandazioni. Tali raccomandazioni sono ampiamente utilizzate a livello mondiale e, pertanto, la OMS ha stabilito che ogni cambiamento debba basarsi su nuove prove purché non sussistano motivi convincenti per fare altrimenti. Il Gruppo di Conduzione della Linea Guida, riunitosi il 21 ottobre 2003, propose che il Gruppo di Lavoro di esperti considerasse solo le raccomandazioni per le quali esistessero nuove prove o per le quali fossero state avanzate argomentazioni convincenti. Il Gruppo di Lavoro concordò con questa proposta il 22 ottobre e, pertanto, il resto dell'incontro del Gruppo di Lavoro si concentrò su 151 raccomandazioni attuali, tre condizioni nuove e tre nuovi metodi contraccettivi.

Al Gruppo di Lavoro fu affidata la determinazione dei criteri medici di eleggibilità per ogni condizione e metodo di contraccezione selezionando una categoria (da 1 a 4, come descritto di seguito). Quando il Gruppo di Lavoro stabiliva che la categoria richiedesse una regola, tale regola veniva fornita dal Gruppo di Lavoro come "Chiarimento". Quando il Gruppo di Lavoro prendeva in considerazione nuove prove, tali prove furono riassunte e presentate sotto l'intestazione "Evidenze," nella colonna intitolata "Chiarimenti/Evidenze".

Oltre ai chiarimenti della regola e ai riassunti delle prove, il Segretariato della OMS ha fornito dei commenti alla fine della sezione di ogni metodo contraccettivo per alcuni metodi e patologie selezionate.

La lista finale di 1.705 raccomandazioni è stata approvata da tutti i membri del Gruppo di Direzione della Linea Guida e dal Gruppo di Lavoro al termine dell'incontro del 24 ottobre 2003.

COME UTILIZZARE QUESTO DOCUMENTO

Il presente documento intende essere utilizzato dai decisori, dai gestori di programmi di pianificazione familiare e dalla comunità scientifica. Il suo scopo è offrire un'assistenza ai programmi nazionali di pianificazione familiare/sanità riproduttiva nella preparazione di Linee Guida per i servizi di distribuzione di contraccettivi. Non deve essere visto o utilizzato come unica Linea Guida, ma piuttosto come un riferimento.

La guida fornita da questo documento è concepita per essere interpretata dai Paesi e programmi in un modo che rifletta la diversità delle situazioni e degli ambienti in cui sono offerti i vari metodi contraccettivi. Se è improbabile che la classificazione delle categorie contenute in questo documento possa cambiare durante il processo, è molto probabile che l'applicazione di tali categorie vari a seconda del Paese. In particolare, dovranno essere presi in considerazione il livello della conoscenza clinica e dell'esperienza dei diversi tipi di fornitori e le risorse disponibili nel luogo in cui è offerto il servizio.

Utilizzo delle tabelle

Il Gruppo di Lavoro ha determinato i criteri medici per l'inizio e la continuazione dell'utilizzo di tutti i metodi valutati. La questione dei criteri di continuazione è clinicamente rilevante ogni volta che una donna sviluppa la patologia descritta mentre sta utilizzando il metodo contraccettivo. Quando il Gruppo di Lavoro stabiliva che le categorie per l'inizio e per la continuazione erano differenti, tali differenze erano annotate nelle colonne 'I=Inizio' e 'C=Continuazione'. Quando I e C non sono indicate, la categoria è la stessa per l'inizio e per la continuazione dell'utilizzo.

In base a questo sistema di classificazione, i criteri medici di eleggibilità per iniziare e continuare l'utilizzo di uno specifico metodo contraccettivo sono presentati in questo documento in un insieme di tabelle. La prima colonna indica la patologia; alcune patologie sono state suddivise per distinguere diversi gradi della patologia stessa. La seconda colonna classifica la condizione riguardo l'inizio e/o la continuazione della contraccezione in una delle quattro categorie descritte qui di seguito. Se necessario, la terza colonna presenta chiarimenti o evidenze riguardanti la classificazione, come descritto sopra.

Alla fine del documento è inclusa una tabella riassuntiva dei criteri medici di eleggibilità per ogni patologia per i metodi ormonali e gli IUD. Alla fine di questa sezione, è incluso un riassunto delle condizioni o categorie che sono state riesaminate in questa edizione.

TIPO DI CONTRACCETTIVO		
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione	CHIARIMENTI/EVIDENZE
Condizione	Condizione classificata da 1 a 4 Le categorie per i metodi basati sulla consapevolezza della fertilità e sulla sterilizzazione chirurgica sono descritti all'inizio della sezione attinente.	Chiarimenti ed evidenze riguardanti la classificazione

NA denota una condizione per la quale il Gruppo di Lavoro non ha fornito una classificazione, ma per la quale sono stati forniti dei chiarimenti.

Classificazione delle categorie

In questo documento, i criteri medici di eleggibilità si basano sul metodo di lavoro descritto sopra e hanno lo scopo di assicurare un margine di sicurezza adeguato.

Ogni condizione è stata definita come la rappresentazione delle caratteristiche di un individuo (ad esempio: l'età, la storia della gravidanza) o di una condizione medico/patologica nota e preesistente (ad esempio: diabete, ipertensione). Ci si aspetta che gli ambienti nazionali e istituzionali della sanità e della distribuzione del servizio scelgano i mezzi più adatti per l'esame delle patologie, secondo la loro importanza nella sanità pubblica. Spesso, la storia del cliente sarà l'approccio più appropriato.

Le condizioni che influenzano l'idoneità per l'utilizzo di ogni metodo contraccettivo sono state classificate sotto le seguenti categorie:

- 1.** Una condizione per la quale non esiste restrizione di utilizzo per il metodo contraccettivo.
- 2.** Una condizione in cui i vantaggi di utilizzare il metodo superano spesso i rischi teorici o provati.
- 3.** Una condizione in cui i rischi teorici o provati superano spesso i vantaggi di utilizzare il metodo.
- 4.** Una condizione che rappresenta un rischio inaccettabile sulla salute in caso di utilizzo del metodo contraccettivo.

Utilizzo delle categorie nella pratica

Le categorie 1 e 4 si spiegano da sole. La classificazione di un metodo/condizione nella categoria 2 indica che il metodo può generalmente essere utilizzato, ma può essere necessario un follow-up accurato. Tuttavia, la somministrazione di un metodo a una donna con una condizione classificata nella categoria 3 richiede un giudizio clinico accurato e l'accesso ai servizi clinici; per tale donna, dovrebbero essere presi in considerazione fattori come la gravità della condizione e la disponibilità, la praticità e l'accettabilità di metodi alternativi. Per un metodo/condizione classificato nella categoria 3, l'utilizzo di quel metodo non è solitamente consigliato fino a quando non siano disponibili metodi più appropriati o accettabili. Sarà necessario un attento follow-up.

Quando le risorse per il giudizio clinico sono limitate, come nei servizi basati sulla comunità, la classificazione in quattro categorie può essere semplificata in due categorie. Con questa semplificazione, la classificazione della categoria 3 indica che una donna non è idonea dal punto di vista medico per l'utilizzo del metodo.

CATEGORIA	CON GIUDIZIO CLINICO	CON GIUDIZIO CLINICO LIMITATO
1	Utilizza il metodo in qualsiasi circostanza	Sì (Utilizza il metodo)
2	Generalmente utilizza il metodo	
3	L'utilizzo del metodo è solitamente sconsigliato a meno che i metodi più appropriati non siano disponibili o accettabili	No (Non utilizza il metodo)
4	Metodo da non utilizzare	

IMPLICAZIONI PROGRAMMATICHE

Le questioni programmatiche che devono essere affrontate includono:

- scelta consapevole,
- elementi di qualità dell'assistenza,
- procedimenti di screening essenziali per la somministrazione dei metodi,
- preparazione e capacità di chi provvede al servizio,
- possibilità di adeguato controllo e follow-up.

Nell'applicazione dei criteri medici di eleggibilità ai programmi di pianificazione, i servizi di distribuzione essenziali per un utilizzo sicuro del contraccettivo, devono essere distinti da una buona assistenza sanitaria che non è però collegata all'utilizzo del metodo. Infatti, lo sviluppo di buone pratiche di assistenza sanitaria non collegate a una contraccezione sicura non deve essere considerato né un requisito né un ostacolo alla prescrizione di un metodo contraccettivo, ma un complemento di essa.

Come passo successivo, le raccomandazioni sui criteri medici di eleggibilità devono essere considerate alla luce delle circostanze del Paese, in modo da essere applicabili a chi fornisce il servizio a tutti i livelli del sistema di distribuzione del servizio. I Paesi dovranno determinare fino a che punto e con quali mezzi sarà possibile estendere i loro servizi ai livelli più periferici. Ciò potrebbe coinvolgere un rinnovamento sia del personale sia delle strutture, laddove questo sia possibile e fattibile, o richiedere il miglioramento delle capacità di certe categorie del personale sanitario o un modesto ampliamento delle attrezzature e dei rifornimenti, e il riposizionamento degli spazi. Sarà necessario affrontare anche questioni di percezioni talvolta errate sui rischi e gli effetti collaterali dei metodi da parte di chi fornisce e di chi utilizza il servizio, e osservare attentamente i bisogni e le prospettive di donne e uomini nell'ambito di una scelta consapevole.

UTENTI CON NECESSITÀ PARTICOLARI

I criteri medici di eleggibilità affrontano l'uso di contraccettivi da parte di persone con specifiche condizioni mediche. La somministrazione di contraccettivi a persone con necessità particolari richiede considerazioni supplementari. Tale gruppo di persone è rappresentato dagli individui con disabilità fisiche. Nel decidere la contraccezione più adatta si deve prendere in considerazione la natura della disabilità, i desideri espressi dall'individuo e la natura del metodo. Le decisioni devono basarsi su una scelta consapevole. Simili considerazioni dovrebbero essere fatte per individui con ritardi mentali o con seri disturbi psichiatrici. Laddove la natura della condizione non permette una scelta consapevole, i contraccettivi dovrebbero essere forniti solo dopo una discussione adeguata con tutte le parti, inclusi i tutori o gli assistenti. In qualsiasi decisione è necessario considerare i diritti riproduttivi di ogni individuo.

Adolescenti

In generale, gli adolescenti sono idonei per l'utilizzo di qualsiasi metodo di contraccezione e devono avere accesso a molteplici scelte contraccettive. L'età di per sé non costituisce una ragione medica per negare la contraccezione agli adolescenti. Se è stato espresso qualche dubbio circa l'utilizzo di certi metodi contraccettivi da parte degli adolescenti (ad esempio, l'iniezione di sostanze a base di solo progesterone per le giovani sotto i 18 anni), tali dubbi devono essere controbilanciati dai vantaggi nell'evitare una gravidanza. È chiaro che molti dei criteri medici di eleggibilità applicabili a utenti più adulti, si possono applicare anche ai giovani. Tuttavia, alcune condizioni (ad esempio: disturbi cardiovascolari) che possono limitare l'utilizzo di alcuni metodi tra donne adulte, generalmente non riguardano le più giovani, poiché tali condizioni sono rare in questa fascia di età. È importante considerare le questioni sociali e comportamentali nella scelta dei metodi contraccettivi da parte degli adolescenti. Ad esempio, in alcuni ambienti, gli adolescenti

sono maggiormente esposti alle MST, incluso l'HIV. Anche se gli adolescenti possono scegliere di utilizzare qualsiasi metodo contraccettivo disponibile nelle loro comunità, in alcuni casi, potrebbe essere più appropriato utilizzare metodi che non richiedano un regime giornaliero.

E' stato anche dimostrato che gli adolescenti, sposati o non sposati, sono meno tolleranti degli effetti collaterali dei contraccettivi e pertanto hanno alte percentuali di interruzione del metodo. La scelta del metodo può essere influenzata anche da fattori come rapporti sessuali sporadici, la necessità di nascondere l'attività sessuale e l'utilizzo del contraccettivo. Ad esempio, gli adolescenti sessualmente attivi che non sono sposati hanno necessità molto diverse rispetto a quelli sposati e vogliono posticipare, distanziare o limitare la possibilità di una gravidanza. Ampliare il numero delle scelte dei metodi offerti può portare a un aumento della soddisfazione, dell'accettazione e della diffusione dell'utilizzo di contraccettivi. Un'istruzione e una consulenza appropriata sia prima che al momento della selezione del metodo può aiutare gli adolescenti ad affrontare i loro problemi e fare scelte consapevoli e volontarie.

E' necessario compiere ogni sforzo per impedire che i costi del servizio e del metodo contraccettivo limitino la scelta.

SINTESI DEI CAMBIAMENTI RISPETTO ALLA SECONDA EDIZIONE

La **tabella 3** riporta una sintesi dei cambiamenti nelle classificazioni o delle principali modifiche delle condizioni rispetto alla seconda edizione.

Alcuni dei criteri medici di elegibilità contenuti in questa relazione dovranno essere riesaminati alla luce delle nuove scoperte di studi in fase di completamento e/o momentaneamente in corso. Questo documento sarà aggiornato costantemente in modo da riportare le prove e le scoperte scientifiche più recenti.

Tabella 3

Sintesi dei cambiamenti rispetto alla seconda edizione

(Condizioni per le quali c'è stato un cambiamento di classificazione per uno o più metodi o una modifica importante nella descrizione della condizione. Le classificazioni cambiate sono evidenziate in grigio)

CONDIZIONE	COC	CIC	POP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG	Cu-IUD	LNG-IUD
I = Inizio, C = Continuazione							
CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA							
OBESITÀ ≥ 30 kg/m ² di indice di massa corporea (BMI)	2	2	1	1	1	1	1

Segue

Continua

CONDIZIONE	COC	CIC	POP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG	Cu-IUD	LNG-IUD
I = Inizio, C = Continuazione							
MALATTIA CARDIOVASCOLARE							
MUTAZIONI TROMBOGENICHE (ad esempio Fattore V Leiden; mutazione della Protrombina; deficit di Proteina S, Proteina C e Antitrombina III)	4	4	2	2	2	1	2
DEPRESSIONE							
DEPRESSIONE	1	1	1	1	1	1	1
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO GENITALE							
FIBROMI UTERINI							
a) Senza distorsione della cavità uterina	1	1	1	1	1	1	1
b) Con distorsione della cavità uterina	1	1	1	1	1	4	4
MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID)							
a) PID pregressa (senza fattori di rischio attuali per MST)						I	C
						I	C
→ con successiva gravidanza	1	1	1	1	1	1	1
→ senza successiva gravidanza	1	1	1	1	1	2	2
b) PID in corso	1	1	1	1	1	4	2
MST							
a) Cervicite purulenta o infezione da clamidia o gonorrea in corso	1	1	1	1	1	4	2

Segue

Continua

CONDIZIONE	COC	CIC	POP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG	Cu-IUD		LNG-IUD	
I = Inizio, C = Continuazione									
b) Altre MST (esclusi HIV ed epatite)						I	C	I	C
	1	1	1	1	1	2	2	2	2
c) Vaginite (inclusi trichomonas va- ginalis e vagino- si batterica)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Alto rischio di MST	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
HIV/AIDS									
ALTO RISCHIO DI HIV	1	1	1	1	1	2	2	2	2
INFEZIONE DA HIV	1	1	1	1	1	2	2	2	2
AIDS	1	1	1	1	1	3	2	3	2
Esito clinico buono con terapia ARV	<i>Si veda la TERAPIA ANTIRETROVIRALE</i>					2	2	2	2
INTERAZIONI FARMACOLOGICHE									
FARMACI CHE AGISCONO SUGLI ENZIMI DEL FEGATO									
a) Rifampicina	3	2	3	2	3	1		1	
b) Alcuni anticonvulsivanti (fenitoina, carba- mazepina, barbitu- rici, primidone, to- piramato, oxcar- bazepina)	3	2	3	2	3	1		1	
ANTIBIOTICI (esclusa la rifampicina)									
a) Griseofulvina	2	1	2	1	2	1		1	
b) Altri antibiotici	1	1	1	1	1	1		1	
TERAPIA ANTIRETROVIRALE						I	C	I	C
	2	2	2	2	2	2/3	2	2/3	2

I seguenti cambiamenti non sono inclusi nella sintesi dei cambiamenti:

1. Cerotto, anello e impianti di etonogestrel

Sono stati aggiunti tre nuovi metodi (cerotto, anello e impianti di etonogestrel). Il cerotto e l'anello sono raggruppati sotto i CIC, ma hanno la stessa valutazione di categoria dei COC. Gli impianti di etonogestrel sono raggruppati e hanno la stessa valutazione di categoria degli impianti di levonorgestrel.

2. Metodi di barriera

Per le persone con condizioni di alto rischio di HIV, affette da HIV e AIDS, l'utilizzo dello spermicida è sotto la categoria 4.

Per le persone con alto rischio di HIV, affette da HIV e AIDS, il diaframma (con spermicida) e il cappuccio cervicale sono sotto la categoria 3.

3. Sterilizzazione chirurgica femminile

Per la sterilizzazione chirurgica femminile, è stata aggiunta la condizione delle mutazioni trombotiche (ad esempio Fattore V Leiden; mutazione della Protrombina; deficit di Proteina S, Proteina C e Antitrombina III) sotto la categoria A.

Per la sterilizzazione chirurgica femminile, sono stati aggiunti i disturbi depressivi sotto la categoria C.

In presenza di altre MST (esclusi HIV ed epatite), la sterilizzazione chirurgica femminile è sotto la categoria A.

In presenza di precedenti interventi addominali o pelvici, la sterilizzazione chirurgica femminile è sotto la categoria C.

4. Sterilizzazione chirurgica maschile

Per la sterilizzazione chirurgica maschile la condizione di giovane età è stata aggiunta sotto la categoria C.

Per la sterilizzazione chirurgica maschile, è stata aggiunta la condizione di disturbi depressivi sotto la categoria C.

CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC)

INDICE

CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA.....	23
Gravidanza.....	23
Età.....	23
Parità.....	23
Allattamento al seno.....	23
Post-parto.....	23
Post-aborto.....	24
Pregressa gravidanza extrauterina.....	24
Storia di chirurgia pelvica.....	24
Fumo.....	24
Obesità.....	24
Misurazione della pressione arteriosa non disponibile.....	24
MALATTIE CARDIOVASCOLARI.....	25
Fattori multipli di rischio per malattie arteriose cardiovascolari.....	25
Iperensione arteriosa.....	25
Pregressa ipertensione gestazionale.....	26
Trombosi venosa profonda (DVT)/Embolia polmonare (PE).....	26
Mutazioni trombogeniche.....	26
Trombosi venosa superficiale.....	27
Cardiopatia ischemica attuale e passata.....	27
Ictus.....	27
Iperlipidemia conosciuta.....	27
Cardiopatia valvolare.....	27
CONDIZIONI NEUROLOGICHE.....	27
Cefalea/Emicrania.....	27
Epilessia.....	28
DISTURBI DEPRESSIVI.....	28
Disturbi depressivi.....	28
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO.....	28
Tipo di perdita ematica vaginale.....	28
Perdita ematica vaginale inspiegata.....	29

Endometriosi	29
Tumori ovarici benigni	29
Dismenorrea grave	29
Malattia del trofoblasto	29
Ectropion cervicale	29
Neoplasia Intraepiteliale Cervicale (CIN)	29
Cancro cervicale	29
Tumore al seno	30
Cancro dell'endometrio	30
Cancro ovarico	30
Fibromi uterini	30
Malattia Infiammatoria Pelvica (PID)	30
MST	31
HIV/AIDS	31
Alto rischio di HIV	31
Infezione da HIV	31
AIDS	31
ALTRE INFEZIONI	32
Schistosomiasi	32
Tubercolosi	32
Malaria	32
CONDIZIONI ENDOCRINE	32
Diabete	32
Disturbi della tiroide	32
CONDIZIONI GASTROINTESTINALI	33
Colecistopatie	33
Storia di colestasi	33
Epatite virale	33
Cirrosi	33
Tumori del fegato	33
ANEMIE	33
Talassemia	33
Anemia falciforme	33
Anemia da carenza di ferro	34
INTERAZIONI FARMACOLOGICHE	34
Farmaci che agiscono sugli enzimi epatici	34
Antibiotici	34
Terapia antiretrovirale	34
Commenti addizionali	36
Bibliografia	39

CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC)

CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC) $\leq 35 \mu\text{g}$ di etinilestradiolo		I COC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione	CHIARIMENTI/EVIDENZE
CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA		
GRAVIDANZA	NA	<i>Chiarimento:</i> L'utilizzo di COC non è richiesto. Non è stato evidenziato nessun danno alla donna, al decorso della gravidanza, o al feto se i COC vengono accidentalmente utilizzati durante la gravidanza.
ETÀ*		
a) Dal menarca ai < 40 anni	1	
b) ≥ 40 anni	2	
PARITÀ		
a) Nullipara	1	
b) Con figli	1	
ALLATTAMENTO AL SENO*		
a) < 6 settimane dopo il parto	4	
b) ≥ 6 settimane a < 6 mesi dopo il parto (con allattamento al seno esclusivo)	3	
c) ≥ 6 mesi dopo il parto	2	
POST-PARTO*		
(per donne che non allattano al seno)		
a) < 21 giorni	3	
b) ≥ 21 giorni	1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC) $\leq 35 \mu\text{g}$ di etinilestradiolo	I COC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione	CHIARIMENTI/EVIDENZE
POST-ABORTO a) Primo trimestre b) Secondo trimestre c) Immediatamente dopo un aborto settico	1 1 1	<i>Chiarimento:</i> I COC possono essere assunti immediatamente dopo l'aborto.
PREGRESSA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA*	1	
STORIA DI CHIRURGIA PELVICA	1	
FUMO a) Età < 35 anni b) Età ≥ 35 anni <ul style="list-style-type: none"> ▪ < 15 sigarette/giorno ▪ ≥ 15 sigarette/giorno 	2 3 4	<i>Evidenze:</i> Le utilizzatrici di COC che fumano hanno un rischio più alto di malattie cardiovascolari, specialmente di infarto miocardico, rispetto alle non fumatrici. Gli studi hanno anche dimostrato un aumento del rischio di infarto miocardico con l'aumento del numero di sigarette fumate al giorno (1-12).
OBESITÀ $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ di indice di massa corporea (BMI)	2	<i>Evidenze:</i> Le donne obese che utilizzano COC sono esposte a un maggior rischio di VTE rispetto a quelle che non li utilizzano. Il rischio assoluto di VTE resta basso. I dati riguardanti l'impatto dell'obesità sull'efficacia dei COC sono limitati (6, 13, 14).
MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA NON DISPONIBILE	NA	<i>Chiarimento:</i> E' preferibile che le misurazioni della pressione arteriosa siano prese prima dell'inizio dell'utilizzo di COC. Tuttavia, in certi contesti, la misurazione della pressione arteriosa non è disponibile. In molti di questi ambienti, i rischi di morbosità e di mortalità di una gravidanza sono elevati, e i COC sono uno dei pochi metodi contraccettivi ampiamente disponibili. In tali contesti, alle donne non deve essere negato l'utilizzo di COC semplicemente perché la loro pressione arteriosa non può essere misurata.

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC) $\leq 35 \mu\text{g}$ di etinilestradiolo	I COC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione	CHIARIMENTI/EVIDENZE
MALATTIE CARDIOVASCOLARI		
FATTORI MULTIPLI DI RISCHIO PER MALATTIE ARTERIOSE CARDIOVASCOLARI (ad esempio età avanzata, fumo, diabete e ipertensione)	3/4	<i>Chiarimento:</i> Quando una donna presenta molteplici fattori di rischio maggiore, dei quali anche solo uno aumenterebbe sensibilmente il rischio di malattie cardiovascolari, l'utilizzo di COC può aumentare questo rischio fino a un livello inaccettabile. Tuttavia, non è prevista una semplice addizione di categorie in caso di fattori di rischio molteplici; ad esempio, la combinazione di due fattori di rischio di categoria 2 non implica necessariamente una categoria più alta.
IPERTENSIONE ARTERIOSA*		
Per tutte le categorie di ipertensione, le classificazioni sono basate sul presupposto che non sussistano altri fattori di rischio per malattie cardiovascolari. Tuttavia quando sussistono molteplici fattori di rischio, il rischio per malattie cardiovascolari può aumentare sensibilmente. Una singola misurazione della pressione arteriosa non basta per classificare una donna come ipertesa.		
a) Storia di ipertensione, dove la pressione arteriosa NON PUO' essere valutata (inclusa l'ipertensione gestazionale)	3	<i>Chiarimento:</i> Si consiglia la valutazione della causa e del livello dell'ipertensione, non appena sia fattibile. <i>Evidenze:</i> Le donne che non sono state sottoposte a un controllo della pressione arteriosa prima dell'utilizzo di COC riportavano un aumento del rischio di infarto miocardico acuto e di ictus (15-19).
b) Ipertensione arteriosa adeguatamente controllata, dove la pressione arteriosa PUO' essere misurata	3	<i>Chiarimento:</i> Le donne ipertese adeguatamente curate hanno un minore rischio di infarto miocardico acuto e di ictus rispetto alle donne non curate. Sebbene non ci siano dati, le utilizzatrici di COC con un'ipertensione adeguatamente controllata e monitorata dovrebbero essere a minor rischio di infarto miocardico acuto e di ictus rispetto alle utilizzatrici di COC ipertese non curate.
c) Ipertensione arteriosa (misurazioni prese correttamente) <ul style="list-style-type: none"> ■ sistolica 140-159 o diastolica 90-99 	3	<i>Evidenze:</i> Tra le donne ipertese, le utilizzatrici di COC erano esposte a un maggior rischio di ictus, infarto miocardico acuto e malattie arteriose periferiche rispetto alle non utilizzatrici (1, 3, 9-11, 15-31).
<ul style="list-style-type: none"> ■ sistolica ≥ 160 o diastolica ≥ 100 	4	
d) Malattia vascolare	4	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC) \leq 35 μg di etinilestradiolo	I COC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione	CHIARIMENTI/EVIDENZE
PREGRESSA IPERTENSIONE GESTAZIONALE (dove la pressione arteriosa attuale è misurabile e normale)	2	<i>Evidenze:</i> Le donne con una storia di ipertensione gestazionale, che avevano anche utilizzato i COC, riportavano un aumento del rischio di infarto miocardico acuto e di tromboembolia venosa, rispetto alle utilizzatrici di COC che non avevano una storia di ipertensione gestazionale. In questa popolazione, il rischio complessivo di infarto miocardico acuto e di tromboembolia venosa resta però limitato (11, 17-19, 21, 32-37).
TROMBOSI VENOSA PROFONDA (DVT)/ EMBOLIA POLMONARE (PE)* a) Storia di DVT/PE b) Attuale DVT/PE c) Storia familiare di DVT/PE (parenti di primo grado) d) Chirurgia maggiore ▪ con immobilizzazione prolungata ▪ senza immobilizzazione prolungata e) Chirurgia minore senza immobilizzazione	4 4 2 4 2 1	
MUTAZIONI TROMBOGENICHE (ad esempio Fattore V Leiden; mutazione della Protrombina; deficit di Proteina S, Proteina C e Antitrombina III)	4	<i>Chiarimento:</i> Lo screening di routine non è appropriato per la rarità delle condizioni e il costo elevato dello screening. <i>Evidenze:</i> Tra le donne con mutazioni trombogeniche, le utilizzatrici di COC riportavano un rischio di trombosi da due a venti volte più alto rispetto a quelle che non ne utilizzavano (38-51).

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC) ≤ 35 µg di etinilestradiolo	I COC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.					
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione	CHIARIMENTI/EVIDENZE				
TROMBOSI VENOSA SUPERFICIALE* a) Vene varicose b) Tromboflebite superficiale	1 2					
CARDIOPATIA ISCHEMICA ATTUALE E PASSATA*	4					
ICTUS* (storia di evento cerebrovascolare)	4					
IPERLIPIDEMIA CONOSCIUTA	2/3	<i>Chiarimento:</i> Lo screening di routine non è appropriato per la rarità delle condizioni e il costo elevato dello screening. Mentre alcuni tipi di iperlipidemia sono fattori di rischio per le malattie vascolari, la categoria deve essere valutata in base al tipo, alla gravità ed alla presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare.				
CARDIOPATIA VALVOLARE* a) Non complicata b) Complicata (ipertensione polmonare, rischio di fibrillazione atriale, storia di endocardite batterica subacuta)	2 4					
CONDIZIONI NEUROLOGICHE						
CEFALEA/EMICRANIA* a) Senza emicrania (lieve o grave)	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">I</td> <td style="width: 50%;">C</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	I	C	1	2	<i>Chiarimento:</i> La classificazione si basa su un'accurata diagnosi delle cefalee gravi con emicrania e di quelle senza emicrania. Ogni nuovo tipo di cefalea o cambiamento notevole dovrebbero essere valutati. La classificazione vale per le donne senza altri fattori di rischio per ictus. Il rischio di ictus aumenta con l'età, l'ipertensione e il fumo.
I	C					
1	2					

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC) ≤ 35 µg di etinilestradiolo	I COC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.										
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione		CHIARIMENTI/EVIDENZE								
b) Emicrania <ul style="list-style-type: none"> ▪ senza aura <ul style="list-style-type: none"> Età < 35 Età ≥ 35 ▪ con aura, a qualsiasi età 	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">I</td> <td style="width: 50%;">C</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </table>	I	C	2	3	3	4	4	4		<i>Evidenze:</i> Tra le donne con emicrania, le donne che hanno anche aura sono soggette a un rischio di ictus più elevato rispetto a quelle senza aura (52-54). Tra le donne con emicrania, quelle che utilizzano COC riportano un aumento del rischio di ictus da 2 a 4 volte rispetto alle donne che non utilizzano COC (20, 26-28, 53-58).
I	C										
2	3										
3	4										
4	4										
EPILESSIA	1		<i>Chiarimento:</i> Se una donna prende anticonvulsivanti, si veda la sezione sulle interazioni farmacologiche. Certi anticonvulsivanti abbassano l'efficacia dei COC.								
DISTURBI DEPRESSIVI											
DISTURBI DEPRESSIVI	1		<i>Chiarimento:</i> La classificazione si basa su dati per donne con determinati disturbi depressivi. Non erano disponibili dati su disturbi bipolari o sulla depressione post-parto. Esiste una possibilità di interazione di farmaci tra certi antidepressivi e contraccettivi ormonali. <i>Evidenze:</i> L'utilizzo di COC da parte di donne depresse non aumenta i sintomi della depressione rispetto alla linea di base o rispetto alle donne depresse che non ne utilizzano (59-61).								
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO											
TIPO DI PERDITA EMATICA VAGINALE* <ul style="list-style-type: none"> a) Perdite irregolari senza sanguinamenti abbondanti b) Perdite abbondanti o prolungate (sia di tipo regolare che irregolare) 	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">1</td> <td style="width: 50%;">1</td> </tr> </table>		1	1	<i>Chiarimento:</i> Solo raramente le perdite ematiche abbondanti dovrebbero sollevare il sospetto di una grave condizione sottostante.						
1	1										

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC) ≤ 35 µg di etinilestradiolo		I COC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione	CHIARIMENTI/EVIDENZE
PERDITA EMATICA VAGINALE INSPIEGATA* (sospetto di condizione grave) ■ Prima della valutazione	2	<i>Chiarimento:</i> Se si sospetta una gravidanza o una condizione patologica sottostante (come un tumore pelvico maligno), è necessario valutarla e la categoria deve essere corretta dopo la valutazione.
ENDOMETRIOSI*	1	
TUMORI OVARICI BENIGNI (incluse le cisti)	1	
DISMENORREA GRAVE	1	<i>Evidenze:</i> Non è stato evidenziato nessun aumento del rischio di effetti collaterali con l'utilizzo di COC da parte di donne con dismenorrea rispetto alle donne che non utilizzano COC. Alcune utilizzatrici di COC riportano una riduzione del dolore e della perdita di sangue (62, 63).
MALATTIA DEL TROFOBLASTO a) Malattia gestazionale benigna del trofoblasto b) Malattia gestazionale maligna del trofoblasto	1 1	<i>Evidenze:</i> Tra le donne con malattia trofoblastica gestazionale benigna o maligna, non è stata evidenziata nessuna differenza nel tempo medio di normalizzazione della hCG o di incidenza di malattia postmolare del trofoblasto per le utilizzatrici di COC rispetto alle donne che non fanno uso di ormoni (64-71).
ECTROPION CERVICALE*	1	
NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)	2	<i>Evidenze:</i> Tra le donne con infezione da HPV persistente, l'utilizzo prolungato di COC (≥ 5 anni) può aumentare il rischio di carcinoma in situ e di carcinoma invasivo (72).
CANCRO CERVICALE* (in attesa di trattamento)	2	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC) ≤ 35 µg di etinilestradiolo		I COC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione	CHIARIMENTI/EVIDENZE
TUMORE AL SENO* a) Massa non diagnosticata b) Tumore al seno benigno c) Storia familiare di cancro d) Cancro al seno <ul style="list-style-type: none"> ■ attuale ■ passato e senza evidenza di malattia in corso da 5 anni 	2 1 1 4 3	<p><i>Chiarimento:</i> Deve essere eseguita una valutazione appena possibile.</p> <p><i>Evidenze:</i> Tra le utilizzatrici di COC con una storia familiare di cancro al seno, non è stato evidenziato nessun aumento del rischio di cancro al seno rispetto alle non utilizzatrici di COC con una storia familiare di cancro al seno (73-80). Tra le donne con mutazioni BRCA1, le utilizzatrici di COC possono presentare un lieve aumento del rischio di cancro al seno rispetto alle non utilizzatrici (81-83).</p>
CANCRO DELL'ENDOMETRIO*	1	
CANCRO OVARICO*	1	
FIBROMI UTERINI* a) Senza distorsione della cavità uterina b) Con distorsione della cavità uterina	1 1	
MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID)* a) PID pregressa (ipotizzando che non sussistano fattori attuali di rischio di MST) <ul style="list-style-type: none"> ■ con successiva gravidanza ■ senza successiva gravidanza b) PID in corso	1 1 1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC) ≤ 35 µg di etinilestradiolo	I COC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione	CHIARIMENTI/EVIDENZE
MST* a) Cervicite purulenta o infezione da clamidia o gonorrea in corso b) Altre MST (escluse HIV ed epatite) c) Vaginite (incluse trichomonas vaginalis e vaginosi batterica) d) Alto rischio di MST	1 1 1 1	<i>Evidenze:</i> Le prove suggeriscono che ci possa essere un aumento del rischio di cervicite da clamidia tra le utilizzatrici di COC ad alto rischio di MST. Per le altre MST, le prove dimostrano che non c'è collegamento tra l'utilizzo di COC e l'acquisizione di MST, oppure sono troppo limitate per giungere a delle conclusioni (84-160).
HIV/AIDS		
ALTO RISCHIO DI HIV*	1	<i>Evidenze:</i> Nel complesso, le evidenze sono inconsistenti per stabilire se ci sia un aumento del rischio di acquisire l'infezione da HIV tra le utilizzatrici di COC rispetto alle non utilizzatrici (161-198).
INFEZIONE DA HIV	1	<i>Evidenze:</i> Evidenze limitate suggeriscono che non ci sia collegamento tra l'utilizzo di COC e cambiamenti nei livelli di RNA o nella conta dei CD4 tra donne affette da HIV. Ci sono anche evidenze limitate che dimostrano che non ci sia collegamento tra l'utilizzo di COC e la trasmissione di HIV da donna a uomo, e risultati misti riguardanti l'aumento del rischio di eliminazione di HIV e dell'herpes simplex virus (HSV) tra donne affette da HIV che utilizzano un metodo contraccettivo ormonale (161, 199-204).
AIDS ▪ In terapia ARV	1 2	<i>Chiarimento:</i> Se una donna segue una terapia antiretrovirale (ARV), si veda la sezione sulle interazioni farmacologiche. Poiché possono sussistere interazioni farmacologiche tra contraccettivi ormonali e ARV, l'AIDS con terapia ARV è classificato come categoria 2.

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC) ≤ 35 µg di etinilestradiolo	I COC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione	CHIARIMENTI/EVIDENZE
ATRE INFEZIONI		
SCHISTOSOMIASI a) Non complicata b) Fibrosi del fegato (se grave, si veda la cirrosi)	1 1	<i>Evidenze:</i> Tra donne con schistosomiasi semplice, l'utilizzo di COC non comporta effetti avversi sulla funzionalità epatica (205-211).
TUBERCOLOSI a) Non pelvica b) Pelvica	1 1	<i>Chiarimento:</i> Se una donna sta prendendo rifampicina, si veda la sezione sulle interazioni farmacologiche. La rifampicina tende a diminuire l'efficacia dei COC.
MALARIA	1	
CONDIZIONI ENDOCRINE		
DIABETE* a) Storia di diabete gestazionale b) Malattia non vascolare ▪ non dipendente da insulina ▪ dipendente da insulina c) Nefropatia/Retinopatia/Neuropatia d) Altra malattia vascolare o diabete di durata > 20 anni	1 2 2 3/4 3/4	<i>Chiarimento:</i> La categoria deve essere valutata in base alla gravità della condizione. <i>Chiarimento:</i> La categoria deve essere valutata in base alla gravità della condizione.
DISTURBI DELLA TIROIDE a) Gozzo semplice b) Ipertiroidismo c) Ipertiroidismo	1 1 1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC) ≤ 35 µg di etinilestradiolo	I COC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione	CHIARIMENTI/EVIDENZE
CONDIZIONI GASTROINTESTINALI		
COLECISTOPATIE* a) Sintomatica <ul style="list-style-type: none"> ■ curata con colecistectomia ■ curata con terapia medica ■ in corso b) Asintomatica	2 3 3 2	
STORIA DI COLESTASI* a) Associata alla gravidanza b) Passata e associata ad un pregresso uso di COC o CIC	2 3	
EPATITE VIRALE * a) Attiva b) Portatrice	4 1	
CIRROSI* a) Lieve (compensata) b) Grave (scompensata)	3 4	
TUMORI DEL FEGATO* a) Benigno (adenoma) b) Maligno (epatoma)	4 4	
ANEMIE		
TALASSEMIA*	1	
ANEMIA FALCIFORME	2	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

<p>CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC) \leq 35 μg di etinilestradiolo</p>	<p>I COC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.</p>	
CONDIZIONE	<p>CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione</p>	CHIARIMENTI/EVIDENZE
<p>ANEMIA DA CARENZA DI FERRO</p>	<p>1</p>	
<p>INTERAZIONI FARMACOLOGICHE</p>		
<p>FARMACI CHE AGISCONO SUGLI ENZIMI EPATICI a) Rifampicina b) Certi anticonvulsivanti (fenitoina, carbamazepina, barbiturici, primidone, topiramato, oxcarbazepina)</p>	<p>3 3</p>	<p><i>Chiarimento:</i> Sebbene l'interazione della rifampicina o di certi anticonvulsivanti con i COC non sia dannosa per le donne, riduce con tutta probabilità l'efficacia dei COC. Dovrebbe essere incoraggiato l'utilizzo di altri contraccettivi tra le donne che utilizzano uno di questi farmaci per molto tempo. Se aumentare la dose ormonale dei COC sia vantaggioso, resta ancora incerto. <i>Evidenze:</i> L'utilizzo della rifampicina e di certi anticonvulsivanti diminuisce l'efficacia contraccettiva dei COC (212-237).</p>
<p>ANTIBIOTICI (esclusa la rifampicina) a) Griseofulvina b) Altri antibiotici</p>	<p>2 1</p>	<p><i>Evidenze:</i> L'efficacia contraccettiva dei COC non è stata influenzata dalla somministrazione combinata della maggior parte degli antibiotici ad ampio spettro (238-290).</p>
<p>TERAPIA ANTIRETROVIRALE</p>	<p>2</p>	<p><i>Chiarimento:</i> E' importante notare che i farmaci antiretrovirali (ARV) hanno la capacità di diminuire o di aumentare la biodisponibilità degli ormoni steroidei nei contraccettivi ormonali. I pochi dati disponibili (descritti nell'Allegato 1) suggeriscono che le potenziali interazioni farmacologiche tra molti ARV [in particolare certi inibitori non nucleosidici della transcriptasi inversa (NN-RTI) e inibitori della proteasi (PI)] e contraccettivi ormonali potrebbero alterare la sicurezza e l'efficacia sia dei contraccettivi ormonali sia degli ARV.</p> <p style="text-align: right;">(segue)</p>

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI A BASSO DOSAGGIO (COC) ≤ 35 µg di etinilestradiolo	I COC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione	CHIARIMENTI/EVIDENZE
TERAPIA ANTIRETROVIRALE <i>(continua)</i>		<p>Non è noto se l'efficacia dei contraccettivi iniettabili di solo progestinico (come medrossiprogesterone acetato deposito e noretisterone enantato) venga compromessa, poiché questi metodi garantiscono che la concentrazione di ormoni nel sangue sia più alta rispetto a quella data da altri contraccettivi ormonali a base di solo progestinico, così come rispetto ai contraccettivi orali combinati. Gli studi proseguono per valutare potenziali interazioni tra medrossiprogesterone acetato deposito e determinati farmaci PI e NNRTI. Pertanto, se una donna sotto ARV decide di iniziare o continuare l'utilizzo di contraccettivi ormonali, si consiglia l'utilizzo regolare di preservativi per prevenire la trasmissione di HIV e anche per compensare ogni eventuale riduzione dell'efficacia del contraccettivo ormonale.</p> <p><i>Evidenze:</i> Si veda l'Allegato 1.</p>

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

COMMENTI ADDIZIONALI

ETÀ

Dal menarca fino a < 40 anni: le preoccupazioni teoriche sull'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati da parte delle giovani adolescenti non sono state comprovate.

≥ 40 anni: il rischio di malattie cardiovascolari aumenta con l'età e può anche aumentare con l'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati. In assenza di altre condizioni cliniche avverse, i contraccettivi ormonali combinati possono essere utilizzati fino alla menopausa.

ALLATTAMENTO AL SENO

< 6 settimane dopo il parto: esiste qualche preoccupazione teorica che il neonato possa essere a rischio a causa dell'esposizione agli ormoni steroidei durante le prime 6 settimane dopo il parto.

≥ 6 settimane fino a < 6 mesi (principalmente il periodo dell'allattamento al seno): l'utilizzo di COC durante il periodo dell'allattamento al seno diminuisce la quantità del latte nel seno, riduce la durata del periodo dell'allattamento, e può pertanto influire negativamente sulla crescita del bambino.

POST-PARTO

< 21 giorni: esiste qualche preoccupazione teorica circa il legame tra l'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati fino a 3 settimane dopo il parto e il rischio di trombosi nella madre. La coagulazione e la fibrinolisi si normalizzano fondamentalmente entro 3 settimane dal parto.

PREGRESSA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA

Il rischio di una futura gravidanza extrauterina è maggiore tra donne che hanno avuto una gravidanza extrauterina in passato. I contraccettivi ormonali combinati forniscono una protezione contro la gravidanza in generale, inclusa la gravidanza extrauterina.

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Malattia vascolare: tra donne con una malattia vascolare alla base, dovrebbe essere evitato l'aumento del rischio di trombosi arteriosa collegato all'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati.

TROMBOSI VENOSA PROFONDA (DVT)/EMBOLIA POLMONARE (PE)

Storia familiare di DVT/PE (parenti di primo grado): alcune condizioni che aumentano il rischio di DVT/PE sono ereditabili.

Chirurgia maggiore: il livello del rischio di DVT/PE associato alla chirurgia maggiore varia in base alla durata dell'immobilizzazione. Non è necessario so-

spendere i contraccettivi ormonali combinati prima della sterilizzazione chirurgica femminile.

TROMBOSI VENOSA SUPERFICIALE

Vene varicose: le vene varicose non costituiscono fattori di rischio per DVT/PE.

CARDIOPATIA ISCHEMICA ATTUALE E PASSATA

Tra donne con una malattia vascolare alla base, dovrebbe essere evitato l'aumento del rischio di trombosi arteriosa collegato all'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati.

ICTUS

Tra donne con una malattia vascolare alla base, dovrebbe essere evitato l'aumento del rischio di trombosi arteriosa collegato all'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati.

CARDIOPATIA VALVOLARE

L'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati può aumentare ulteriormente il rischio di trombosi arteriosa tra donne con cardiopatia valvolare; le donne con una cardiopatia valvolare complicata sono a più alto rischio.

CEFALEA/EMICRANIA

L'aura è uno specifico sintomo neurologico focale. Per ulteriori informazioni su questo e altri criteri diagnostici, si veda: Headache Classification Subcommittee della International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1): 1- 150.

http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_ll_main_no_print.pdf

TIPO DI PERDITA EMATICA VAGINALE

Perdite irregolari mestruali sono comuni tra donne sane.

PERDITA EMATICA VAGINALE INSPIEGATA

Nessuna condizione che causa perdite ematiche vaginali sarà aggravata nel breve termine dall'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati.

ENDOMETRIOSI

I contraccettivi ormonali combinati non aggravano, e possono alleviare, i sintomi dell'endometriosi.

ECTROPION CERVICALE

L'ectropion cervicale non costituisce un fattore di rischio per il cancro cervicale e non è quindi necessario limitare l'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati in questi casi.

CANCRO CERVICALE (in attesa di trattamento)

Esiste qualche preoccupazione teorica circa la ripercussione dell'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati sulla prognosi della malattia esistente. In attesa di una cura, le donne possono utilizzare contraccettivi ormonali combinati. In generale, la cura di questa condizione rende la donna sterile.

TUMORE AL SENO

Storia familiare di cancro: le donne con mutazioni BRCA1 o BRCA2 hanno un rischio base di cancro al seno molto più elevato rispetto alle donne che non presentano tali mutazioni. La maggior parte delle donne con una storia familiare di cancro al seno non riporta tali mutazioni.

Cancro al seno: il cancro al seno è un tumore sensibile agli ormoni e la prognosi di donne con un cancro al seno attuale o recente, può aggravarsi con l'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati.

CANCRO DELL'ENDOMETRIO

L'utilizzo di COC riduce il rischio di sviluppare un cancro dell'endometrio. In attesa di una cura, le donne possono utilizzare COC. In generale, la cura di questa condizione rende la donna sterile.

CANCRO OVARICO

L'utilizzo di COC riduce il rischio di sviluppare un cancro ovarico. In attesa di una cura, le donne possono utilizzare COC. In generale, la cura di questa condizione rende la donna sterile.

FIBROMI UTERINI

I COC non sembrano causare la crescita di fibromi uterini.

MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID)

I COC possono ridurre il rischio di PID tra donne con MST, ma non proteggono contro l'HIV o MST del tratto genitale inferiore.

MST

I COC possono ridurre il rischio di PID tra donne con MST, ma non proteggono contro l'HIV o MST del tratto genitale inferiore.

ALTO RISCHIO DI HIV

I COC possono ridurre il rischio di PID tra donne con MST, ma non proteggono contro l'HIV o MST del tratto genitale inferiore.

DIABETE

Sebbene la tolleranza ai carboidrati possa cambiare con l'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati, le preoccupazioni principali sono le malattie vascolari dovute al

diabete e gli ulteriori rischi di trombosi arteriosa dovuti all'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati.

COLECISTOPATIE

I COC possono causare un lieve aumento del rischio di colecistopatie. Si pensa anche che i COC possano aggravare un'eventuale colecistopatia preesistente.

STORIA DI COLESTASI

Associata alla gravidanza: una storia di colestasi associata alla gravidanza può presagire un maggior rischio di sviluppare una colestasi associata ai COC.

Associata ai COC: un'esperienza di colestasi associata ai COC preannuncia un aumento del rischio con un successivo utilizzo di COC.

EPATITE VIRALE

Attiva: i COC sono metabolizzati dal fegato e il loro utilizzo può ripercuotersi negativamente sulle donne il cui funzionamento del fegato è compromesso.

CIRROSI

I COC sono metabolizzati dal fegato e il loro uso può ripercuotersi negativamente sulle donne il cui funzionamento del fegato è compromesso.

TUMORI DEL FEGATO

I COC sono metabolizzati dal fegato e il loro uso può ripercuotersi negativamente sulle donne il cui funzionamento del fegato è compromesso. Inoltre, l'utilizzo di COC può favorire la crescita dei tumori.

TALASSEMIA

Esistono prove non confermate, provenienti da Paesi in cui la talassemia è assai diffusa, che l'utilizzo di COC non aggravi la condizione.

ANEMIA DA CARENZA DI FERRO

L'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati può ridurre la perdita del sangue mestruale.

BIBLIOGRAFIA

1. Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. *JAMA*, 2000; 284: 72-8.
2. Jick SS et al. Oral contraceptives and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 1989; 59: 618-21.
3. Khader YS et al. Oral contraceptives use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception*, 2003; 68: 11-7.
4. Lawson DH, Davidson JF, Jick H. Oral contraceptive use and venous thromboembolism: absence of an effect of smoking. *BMJ*, 1977; 2: 729-30.
5. Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism. A case-control study. *Contraception*, 1998; 57: 291-301.

6. Nightingale AL et al. The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000; 5: 265-74.
7. Petitti DB et al. Risk of vascular disease in women. Smoking, oral contraceptives, noncontraceptive estrogens, and other factors. *JAMA*, 1979; 242: 1150-4.
8. Straneva P et al. Smoking, oral contraceptives, and cardiovascular reactivity to stress. *Obstetrics & Gynecology*, 2000; 95: 78-83.
9. Tanis BC et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 2001; 345: 1787-93.
10. Van den Bosch MA et al. The RATIO study: oral contraceptives and the risk of peripheral arterial disease in young women. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2003; 1: 439-44.
11. WHO. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. *World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Lancet*, 1995; 346: 1575-82.
12. Rosenberg L et al. Low-dose oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2001; 161: 1065-70.
13. Abdollahi MC. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003; 89: 493-8.
14. Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstetrics & Gynecology*, 2002; 99: 820-7.
15. Heinemann LA et al. Thromboembolic stroke in young women. A European case-control study on oral contraceptives. *Transnational Research Group on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. Contraception*, 1998; 57: 29-37.
16. Lewis MA et al. The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women. Results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception*, 1997; 56: 129-40.
17. WHO. Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. *WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Lancet*, 1996; 348: 505-10.
18. WHO. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. *WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Lancet*, 1996; 348: 498-505.
19. WHO. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. *WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Lancet*, 1997; 349: 1202-9.
20. Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. Oral contraceptives and stroke in young women: associated risk factors. *JAMA*, 1975; 231: 718-22.
21. Croft P, Hannaford PC. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ*, 1989; 298: 165-8.
22. D'Avanzo B et al. Oral contraceptive use and risk of myocardial infarction: an Italian case-control study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994; 48: 324-5.
23. Dunn NR et al. Risk of myocardial infarction in young female smokers. *Heart (British Cardiac Society)*, 1999; 82: 581-3.
24. Hannaford PC, Croft PR, Kay CR. Oral contraception and stroke. Evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Stroke*, 1994; 25: 935-42.
25. Kemmeren JM et al. Risk of Arterial Thrombosis in Relation to Oral Contraceptives (RATIO) study: oral contraceptives and the risk of ischemic stroke. *Stroke*, 2002; 33: 1202-8.
26. Lidegaard O. Oral contraception and risk of a cerebral thromboembolic attack: results of a case-control study. *BMJ*, 1993; 306: 956-63.
27. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1995; 102: 153-9.
28. Lidegaard O, Kreiner S. Contraceptives and cerebral thrombosis: a five-year national case-control study. *Contraception*, 2002; 65: 197-205.
29. Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception*, 2003; 67: 19-24.
30. Narkiewicz K et al. Ambulatory blood pressure in mild hypertensive women taking oral contraceptives. A case-control study. *American Journal of Hypertension*, 1995; 8: 249-53.
31. Siritho S et al. Risk of ischemic stroke among users of the oral contraceptive pill: The Melbourne Risk Factor Study (MERFS) Group. *Stroke*, 2003; 34: 1575-80.
32. Aberg H, Karlsson L, Melander S. Studies on toxemia of pregnancy with special reference to blood pressure. II. Results after 6-11 years' follow-up. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 1978; 83: 97-102.
33. Carmichael SM, Taylor MM, Ayers CR. Oral contraceptives, hypertension, and toxemia. *Obstetrics & Gynecology*, 1970; 35: 371-6.
34. Meinel H, Ihle R, Laschinski M. [Effect of hormonal contraceptives on blood pressure following pregnancy-induced hypertension]. [German]. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1987; 109: 527-31.

35. Pritchard JA, Pritchard SA. Blood pressure response to estrogen-progestin oral contraceptive after pregnancy-induced hypertension. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977; 129: 733-9.
36. Sibai BM et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1986; 155: 501-9.
37. Sibai BM et al. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1995; 172: 125-9.
38. Andersen BS et al. Third generation oral contraceptives and heritable thrombophilia as risk factors of non-fatal venous thromboembolism. *Thrombosis & Haemostasis*, 1998; 79: 28-31.
39. Andersen BS, Olsen J. Oral contraception and factor V Leiden mutation in relation to localization of deep vein thrombosis. *Thrombosis Research*, 1998; 90: 191-4.
40. Bloemenkamp KW et al. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet*, 1995; 346: 1593-6.
41. Bloemenkamp KW et al. Higher risk of venous thrombosis during early use of oral contraceptives in women with inherited clotting defects. *Archives of Internal Medicine*, 2000; 160: 49-52.
42. de Bruijn SF et al. Case-control study of risk of cerebral sinus thrombosis in oral contraceptive users and in [correction of who are] carriers of hereditary prothrombotic conditions. The Cerebral Venous Sinus Thrombosis Study Group.[erratum appears in *BMJ* 1998 Mar 14; 316 (7134): 822]. *BMJ*, 1998; 316: 589-92.
43. Emmerich J et al. Combined effect of factor V Leiden and prothrombin 20210A on the risk of venous thromboembolism-pooled analysis of 8 case-control studies including 2310 cases and 3204 controls. Study Group for Pooled-Analysis in Venous Thromboembolism.[erratum appears in *Thromb Haemost* 2001 Dec; 86 (6):1598]. *Thrombosis & Haemostasis*, 2001; 86: 809-16.
44. Legnani C et al. Venous thromboembolism in young women; role of thrombophilic mutations and oral contraceptive use. *European Heart Journal*, 2002; 23: 984-90.
45. Martinelli I et al. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. *New England Journal of Medicine*, 1998; 338: 1793-7.
46. Martinelli I et al. Interaction between the G20210A mutation of the prothrombin gene and oral contraceptive use in deep vein thrombosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology*, 1999; 19: 700-3.
47. Middeldorp S et al. A prospective study of asymptomatic carriers of the factor V Leiden mutation to determine the incidence of venous thromboembolism. *Annals of Internal Medicine*, 2001; 135: 322-7.
48. Santamaria A et al. Risk of thrombosis associated with oral contraceptives of women from 97 families with inherited thrombophilia: high risk of thrombosis in carriers of the G20210A mutation of the prothrombin gene. *Haematologica*, 2001; 86:965-71.
49. Spannagl M, Heinemann LA, Schramm W. Are factor V Leiden carriers who use oral contraceptives at extreme risk for venous thromboembolism? *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000; 5: 105-12.
50. Vandembroucke JP et al. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. *Lancet*, 1994; 344: 1453-7.
51. Vaya AM. Prothrombin G20210A mutation and oral contraceptive use increase upper-extremity deep vein thrombotic risk. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003; 89: 452-7.
52. Carolei A, Marini C, De Matteis G. History of migraine and risk of cerebral ischaemia in young adults. The Italian National Research Council Study Group on Stroke in the Young. *Lancet*, 1996; 347: 1503-6.
53. Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ*, 1999; 318: 13-8.
54. Tzourio C et al. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *BMJ*, 1995; 310: 830-3.
55. Donaghy M, Chang CL, Poulter N. Duration, frequency, recency, and type of migraine and the risk of ischaemic stroke in women of childbearing age. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2002; 73: 747-50.
56. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease (Letter). *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1996; 103: 94.
57. MacGregor EA, Guillebaud J. Combined oral contraceptives, migraine and ischaemic stroke. Clinical and Scientific Committee of the Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care and the Family Planning Association. *British Journal of Family Planning*, 1998; 24: 55-60.
58. Schwartz SM et al. Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women: a pooled analysis of two US studies. *Stroke*, 1998; 29: 2277-84.
59. Cromer BA et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994; 94: 687-94.
60. Deijen JB et al. Use of a monophasic, low-dose oral contraceptive in relation to mental functioning. *Contraception*, 1992; 46: 359-67.
61. Herzberg BN et al. Oral contraceptives, depression, and libido. *BMJ*, 1971; 3: 495-500.
62. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2002; 66: 393-9.

63. Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001; CD002120.
64. Berkowitz RS et al. Oral contraceptives and postmolar trophoblastic disease. *Obstetrics & Gynecology*, 1981; 58: 474-7.
65. Curry SL et al. Hormonal contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform mole (a Gynecologic Oncology Group Study) *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989; 160: 805-9.
66. Deicas RE et al. The role of contraception in the development of postmolar gestational trophoblastic tumor. *Obstetrics & Gynecology*, 1991; 78: 221-6.
67. Eddy GL et al. Postmolar trophoblastic disease in women using hormonal contraception with and without estrogen. *Obstetrics & Gynecology*, 1983; 62: 736-40.
68. Goldberg GL et al. Medroxyprogesterone acetate in non-metastatic gestational trophoblastic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1987; 94: 22-5.
69. Morrow P et al. The influence of oral contraceptives on the postmolar human chorionic gonadotropin regression curve. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985; 151: 906-14.
70. Stone M et al. Relationship of oral contraception to development of trophoblastic tumour after evacuation of a hydatidiform mole. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1976; 83: 913-6.
71. Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentrations of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983; 145: 214-7.
72. Smith JS et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003; 361: 1159-67.
73. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet*, 1996; 347: 1713-27.
74. Brinton LA et al. Modification of oral contraceptive relationships on breast cancer risk by selected factors among younger women. *Contraception*, 1997; 55: 197-203.
75. Colditz GA, Rosner BA, Speizer FE for the Nurses' Health Study Research Group. Risk factors for breast cancer according to family history of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 1996; 88: 365-71.
76. Egan KM et al. Risk factors for breast cancer in women with a breast cancer family history. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 1998; 7: 359-64.
77. Grabrick DM et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer. *JAMA*, 2000; 284: 1791-8.
78. Harris RE, Zang EA, Wynder EL. Oral contraceptives and breast cancer risk: a case-control study. *International Journal of Epidemiology*, 1990; 19: 240-6.
79. Marchbanks PA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 2002; 346: 2025-32.
80. Rosenberg L et al. Case-control study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *American Journal of Epidemiology*, 1996; 143: 25-37.
81. Heimdal K, Skovlund E, Moller P. Oral contraceptives and risk of familial breast cancer. *Cancer Detection & Prevention*, 2002; 26: 23-7.
82. Narod SA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Journal of the National Cancer Institute*, 2002; 94: 1773-9.
83. Ursin G et al. Does oral contraceptive use increase the risk of breast cancer in women with BRCA1/BRCA2 mutations more than in other women? *Cancer Research*, 1997; 57: 3678-81.
84. The Italian MEGIC Group. Determinants of cervical Chlamydia trachomatis infection in Italy. *Genitourinary Medicine*, 1993; 69: 123-5.
85. Ackers JP et al. Antitrichomonal antibody in the vaginal secretions of women infected with *T. vaginalis*. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975; 51: 319-23.
86. Acosta-Cazares B, Ruiz-Maya L, Escobedo de la Pena J. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in low-income rural and suburban populations of Mexico. *Sexually Transmitted Diseases*, 1996; 23: 283-8.
87. Addiss DG et al. Selective screening for Chlamydia trachomatis infection in nonurban family planning clinics in Wisconsin. *Family Planning Perspectives*, 1987; 19: 252-6.
88. Arya OP, Mallinson H, Goddard AD. Epidemiological and clinical correlates of chlamydial infection of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981; 57: 118-24.
89. Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A case-control study of spermicides and gonorrhoea. *JAMA*, 1984; 251: 2822-4.
90. Avonts D et al. Incidence of uncomplicated genital infections in women using oral contraception or an intrauterine device: a prospective study. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990; 17: 23-9.
91. Baeten JM et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001; 185: 380-5.
92. Barbone F et al. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis, and bacterial vaginosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990; 163: 510-4.
93. Barnes RC et al. Quantitative culture of endocervical Chlamydia trachomatis. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990; 28: 774-80.
94. Berger GS, Keith L, Moss W. Prevalence of gonorrhoea among women using various methods of contraception. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975; 51: 307-9.

95. Bhattacharyya MN, Jephcott AE. Diagnosis of gonorrhoea in women-Influence of the contraceptive pill. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976; 2: 21-4.
96. Blum M, Pery J, Kitai E. The link between contraceptive methods and Chlamydia trachomatis infection. *Advances in Contraception*, 1988; 4: 233-9.
97. Bontis J et al. Detection of Chlamydia trachomatis in asymptomatic women: relationship to history, contraception, and cervicitis. *Advances in Contraception*, 1994; 10: 309-15.
98. Bramley M, Kinghorn G. Do oral contraceptives inhibit *Trichomonas vaginalis*? *Sexually Transmitted Diseases*, 1979; 6: 261-3.
99. Bro F, Juul S. Predictors of Chlamydia trachomatis infection in women in general practice. *Family Practice*, 1990; 7: 138-43.
100. Burns DC et al. Isolation of Chlamydia from women attending a clinic for sexually transmitted disease. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975; 51: 314-8.
101. Ceruti M et al. Methods of contraception and rates of genital infections. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 1994; 21: 119-23.
102. Chacko MR, Lovchik JC. Chlamydia trachomatis infection in sexually active adolescents: prevalence and risk factors. *Pediatrics*, 1984; 73: 836-40.
103. Cottingham J, Hunter D. Chlamydia trachomatis and oral contraceptive use: a quantitative review. *Genitourinary Medicine*, 1992; 68: 209-16.
104. Crowley T et al. Hormonal factors and the laboratory detection of Chlamydia trachomatis in women: implications for screening? *International Journal of STD & AIDS*, 1997; 8: 25-31.
105. Edwards D, Phillips D, Stancombe S. Chlamydia trachomatis infection at a family planning clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1985; 98: 333-5.
106. Evans BA et al. Predictors of seropositivity to herpes simplex virus type 2 in women. *International Journal of STD & AIDS*, 2003; 14: 30-6.
107. Evans DL et al. Detection of Chlamydia trachomatis in adolescent females using direct immunofluorescence. *Clinical Pediatrics*, 1988; 27: 223-8.
108. Fish AN et al. Chlamydia trachomatis infection in a gynaecology clinic population: identification of high-risk groups and the value of contact tracing. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1989; 31: 67-74.
109. Fouts AC, Kraus SJ. *Trichomonas vaginalis*: reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. *Journal of Infectious Diseases*, 1980; 141: 137-43.
110. Fraser JJ, Jr., Rettig PJ, Kaplan DW. Prevalence of cervical Chlamydia trachomatis and *Neisseria gonorrhoeae* in female adolescents. *Pediatrics*, 1983; 71: 333-6.
111. Gerwig DM et al. Risk factors for sexually transmitted diseases among women attending family planning clinics in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Genitourinary Medicine*, 1997; 73: 39-43.
112. Green J. Human papillomavirus infection and use of oral contraceptives. *British Journal of Cancer*, 2003; 88: 1713-20.
113. Griffiths M, Hindley D. Gonococcal pelvic inflammatory disease, oral contraceptives, and cervical mucus. *Genitourinary Medicine*, 1985; 61: 67.
114. Han Y et al. Risk profile for Chlamydia infection in women from public health clinics in New York State. *Journal of Community Health*, 1993; 18: 1-9.
115. Handsfield HH et al. Criteria for selective screening for Chlamydia trachomatis infection in women attending family planning clinics. *JAMA*, 1986; 255: 1730-4.
116. Hanna NF et al. The relation between vaginal pH and the microbiological status in vaginitis. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1985; 92: 1267-71.
117. Harrison HR et al. Cervical Chlamydia trachomatis infection in university women: relationship to history, contraception, ectopy, and cervicitis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985; 153: 244-51.
118. Hart G. Factors associated with genital chlamydial and gonococcal infection in females. *Genitourinary Medicine*, 1992; 68: 217-20.
119. Herrmann B et al. Genital chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. *Genitourinary Medicine*, 1996; 72: 20-6.
120. Hewitt AB. Oral contraception among special clinic patients. With particular reference to the diagnosis of gonorrhoea. *British Journal of Venereal Diseases*, 1970; 46: 106-7.
121. Hilton AL et al. Chlamydia A in the female genital tract. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974; 50: 1-10.
122. Hiltunen-Back E et al. A nationwide sentinel clinic survey of chlamydia trachomatis infection in Finland. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001; 28: 252-8.
123. Jacobson DL et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000; 27: 313-9.
124. Jaffe LR et al. Chlamydia trachomatis detection in adolescents. A comparison of direct specimen and tissue culture methods. *Journal of Adolescent Health Care*, 1986; 7: 401-4.
125. Jick H et al. Vaginal spermicides and gonorrhoea. *JAMA*, 1982; 248: 1619-21.
126. Johannisson G, Karamustafa A, Brorson J. Influence of copper salts on gonococci. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976; 52: 176-7.
127. Keith L, Berer GS, Moss W. Cervical gonorrhoea in women using different methods of contraception. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976; 3: 17-9.

128. Kinghorn GR, Waugh MA. Oral contraceptive use and prevalence of infection with *Chlamydia trachomatis* in women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981; 57: 187-90.
129. Lavreys L et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003; 187: 359-63.
130. Lefevre JC et al. Lower genital tract infections in women: comparison of clinical and epidemiologic findings with microbiology. *Sexually Transmitted Diseases*, 1988; 15: 110-3.
131. Louv WC et al. Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989; 160: 396-402.
132. Lowe TL, Kraus SJ. Quantitation of *Neisseria gonorrhoeae* from women with gonorrhoea. *Journal of Infectious Diseases*, 1976; 133: 621-6.
133. Lycke E et al. The risk of transmission of genital *Chlamydia trachomatis* infection is less than that of genital *Neisseria gonorrhoeae* infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1980; 7: 6-10.
134. Macaulay ME et al. A prospective study of genital infections in a family-planning clinic. 2. *Chlamydia* infection-the identification of a high-risk group. *Epidemiology & Infection*, 1990; 104: 55-61.
135. Magder LS et al. Factors related to genital *Chlamydia trachomatis* and its diagnosis by culture in a sexually transmitted disease clinic. *American Journal of Epidemiology*, 1988; 128: 298-308.
136. Magder LS et al. Effect of patient characteristics on performance of an enzyme immunoassay for detecting cervical *Chlamydia trachomatis* infection. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990; 28: 781-4.
137. Masse R et al. *Chlamydia trachomatis* cervical infection: prevalence and determinants among women presenting for routine gynecologic examination. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 1991; 145: 953-61.
138. McCormack WM, Reynolds GH. Effect of menstrual cycle and method of contraception on recovery of *Neisseria gonorrhoeae*. *JAMA*, 1982; 247: 1292-4.
139. Nayyar KC et al. Isolation of *Chlamydia trachomatis* from women attending a clinic for sexually transmitted diseases. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976; 52: 396-8.
140. Oh MK et al. *Chlamydia trachomatis* cervical infection and oral contraceptive use among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 1989; 10: 376-81.
141. Oriel JD et al. Infection of the uterine cervix with *Chlamydia trachomatis*. *Journal of Infectious Diseases*, 1978; 137: 443-51.
142. Paavonen J, Vesterinen E. *Chlamydia trachomatis* in cervicitis and urethritis in women. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1982; 32: 45-54.
143. Park BJ et al. Contraceptive methods and the risk of *Chlamydia trachomatis* infection in young women. *American Journal of Epidemiology*, 1995; 142: 771-8.
144. Pereira LH et al. Cytomegalovirus infection among women attending a sexually transmitted disease clinic: association with clinical symptoms and other sexually transmitted diseases. *American Journal of Epidemiology*, 1990; 131: 683-92.
145. Reed BD, Huck W, Zazove P. Differentiation of *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*, and *Trichomonas vaginalis* infections of the vagina. *Journal of Family Practice*, 1989; 28: 673-80.
146. Ripa KT et al. *Chlamydia trachomatis* cervicitis in gynecologic outpatients. *Obstetrics & Gynecology*, 1978; 52: 698-702.
147. Ruijs GJ et al. Direct immunofluorescence for *Chlamydia trachomatis* on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 1988; 27: 289-97.
148. Schachter J, Stoner E, Moncada J. Screening for chlamydial infections in women attending family planning clinics. *Western Journal of Medicine*, 1983; 138: 375-9.
149. Sellors JW et al. Incidence, clearance and predictors of human papillomavirus infection in women. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 2003; 168: 421-5.
150. Sessa R et al. Epidemiology of urogenital infections caused by *Chlamydia trachomatis* and outline of characteristic features of patients at risk. *Journal of Medical Microbiology*, 1994; 41: 168-72.
151. Shafer MA et al. *Chlamydia trachomatis*: important relationships to race, contraception, lower genital tract infection, and Papanicolaou smear. *Journal of Pediatrics*, 1984; 104: 141-6.
152. Smith JS et al. Prevalence and risk factors for herpes simplex virus type 2 infection among middle-age women in Brazil and the Philippines. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001; 28: 187-94.
153. Staerfelt F et al. A survey of genital infections in patients attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1983; 40: 53-7.
154. Svensson L, Westrom L, Mardh PA. *Chlamydia trachomatis* in women attending a gynaecological outpatient clinic with lower genital tract infection. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981; 57: 259-62.
155. Tait IA et al. Chlamydial infection of the cervix in contacts of men with nongonococcal urethritis. *British Journal of Venereal Diseases*, 1980; 56: 37-45.
156. Willmott FE, Mair HJ. Genital herpesvirus infection in women attending a venereal diseases clinic. *British Journal of Venereal Diseases*, 1978; 54: 341-3.
157. Winer RL et al. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. [erratum appears in *Am J Epidemiol*. 2003 May 1; 157 (9): 858]. *American Journal of Epidemiology*, 2003; 157: 218-26.
158. Winter L, Goldy AS, Baer C. Prevalence and epidemiologic correlates of *Chlamydia trachomatis* in rural and urban populations. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990; 17: 30-6.
159. Wolinska WH, Melamed MR. Herpes genitalis in women attending Planned Parenthood of New York City. *Acta Cytologica*, 1970; 14: 239-42.

160. Woolfitt JM, Watt L. Chlamydial infection of the urogenital tract in promiscuous and non-promiscuous women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1977; 53: 93-5.
161. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992; 304: 809-13.
162. Aklilu M et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001; 15: 87-96.
163. Allen S et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993; 83: 705-10.
164. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988; 2: 201-5.
165. Chao A et al. National University of Rwanda-Johns Hopkins University AIDS Research Team. Risk factors associated with prevalent HIV-1 infection among pregnant women in Rwanda. *International Journal of Epidemiology*, 1994; 23: 371-80.
166. Cohen E, Navaline H, Metzger D. High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African-American women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1994; 26: 233-41.
167. de Vincenzi I. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *New England Journal of Medicine*, 1994; 331: 341-6.
168. Ellerbrock TV et al. Heterosexually transmitted human immunodeficiency virus infection among pregnant women in a rural Florida community. *New England Journal of Medicine*, 1992; 327: 1704-9.
169. Gray JA et al. HIV-1 infection among female commercial sex workers in rural Thailand. *AIDS*, 1997; 11: 89-94.
170. Guimaraes MD et al. Rio de Janeiro Heterosexual Study Group. HIV infection among female partners of seropositive men in Brazil. *American Journal of Epidemiology*, 1995; 142: 538-47.
171. Hira SK et al. Oral contraceptive use and HIV infection. *International Journal of STD & AIDS*, 1990; 1: 447-8.
172. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994; 7: 301-9.
173. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998; 12: 75-84.
174. Kiddugavu M et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003; 17: 233-40.
175. Kunanusont C et al. HIV-1 subtypes and male-to-female transmission in Thailand. *Lancet*, 1995; 345: 1078-83.
176. Laga M et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS*, 1993; 7: 95-102.
177. Latif AS et al. Genital ulcers and transmission of HIV among couples in Zimbabwe. *AIDS*, 1989; 3: 519-23.
178. Limpakarnjanarat K et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999; 75: 30-5.
179. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998; 178: 1053-9.
180. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995; 48: 61-7.
181. Moss GB et al. Association of cervical ectopy with heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: results of a study of couples in Nairobi, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1991; 164: 588-91.
182. Nagachinta T et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997; 11: 1765-72.
183. Nicolosi A et al. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 1994; 5: 570-5.
184. Nzila N et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991; 5: 715-21.
185. Pineda JA et al. HIV-1 infection among non-intravenous drug user female prostitutes in Spain. No evidence of evolution to pattern II. *AIDS*, 1992; 6: 1365-9.
186. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992; 166: 86-92.
187. Plummer FA et al. Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1991; 163: 233-9.
188. Rehle T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992; 20: 328-31.
189. Saracco A et al. Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993; 6: 497-502.
190. Simonsen JN et al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. *AIDS*, 1990; 4: 139-44.
191. Sinei SK et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996; 7: 65-70.
192. Siraprasiri T et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991; 5: 579-82.
193. Spence MR et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991; 18: 143-5.

194. Stephenson JM. Systematic review of hormonal contraception and risk of HIV transmission: when to resist meta-analysis. *AIDS*, 1998; 12: 545-53.
195. Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997; 37: 86-8.
196. Temmerman M et al. Maternal human immunodeficiency virus-1 infection and pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 1994; 83: 495-501.
197. Ungchusak K et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviral* 1998 Jun 1; 18 (2): 192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996; 12: 500-7.
198. Wang CC, Reilly M, Kreiss JK. Risk of HIV infection in oral contraceptive pill users: a meta-analysis.[erratum appears in *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999 Aug 15; 21 (5): 428]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*; 1999, 21: 51-8.
199. Cejtin HEJ. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV- infected women. *AIDS*, 2003; 17: 1702-4.
200. Clemenson DB et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA*, 1993; 269: 2860-4.
201. Kreiss J et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *Journal of Infectious Diseases*, 1994; 170: 1597-601.
202. McClelland RS et al. A prospective study of hormonal contraceptive use and cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus type 1-seropositive women. *Journal of Infectious Diseases*, 2002; 185: 1822-5.
203. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997; 350: 922-7.
204. Mostad SB et al. Cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus- infected women: effects of hormonal contraception, pregnancy, and vitamin A deficiency. *Journal of Infectious Diseases*, 2000; 181: 58-63.
205. el Raghy I et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986; 33: 373-7.
206. Gad-el-Mawla N, Abdallah A. Liver function in bilharzial females receiving contraceptive pills. *Acta Hepato-Splenologica*, 1969; 16: 308-10.
207. Gad-el-Mawla N et al. Plasma lipids and lipoproteins in bilharzial females during oral contraceptive therapy. *Journal of the Egyptian Medical Association*, 1972; 55: 137-47.
208. Shaaban MM et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with active schistosomiasis. *Contraception*, 1982; 26: 75-82.
209. Shaaban MM et al. Effect of oral contraception on serum bile acid. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1984; 22: 111-5.
210. Sy FS et al. Effect of oral contraceptive on liver function tests of women with schistosomiasis in the Philippines. *Contraception*, 1986; 34: 283-94.
211. Tagy AH et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depo-posito di Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001; 64: 173-6.
212. Back DJ et al. The effect of rifampicin on noretisterone pharmacokinetics. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 1979; 15: 193-7.
213. Back DJ et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol in women. *Contraception*, 1980; 21: 135-43.
214. Barditch-Crovo P et al. The effects of rifampin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1999; 65: 428-38.
215. Bessot JC et al. [Rifampicin interference with oral contraceptives]. *Journal de Médecine de Strasbourg*, 1977; 8: 131-3.
216. Bolt HM, Bolt M, Kappus H. Interaction of rifampicin treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinyloestradiol in man. *Acta Endocrinologica*, 1977; 85: 189-97.
217. Gelbke HP, Gethmann U, Knuppen R. Influence of rifampicin treatment on the metabolic fate of [4-14C] mestranol in women. *Hormone and Metabolic Research*, 1977; 9: 415-9.
218. Gupta KC, Ali MY. Failure of oral contraceptive with rifampicin. *Medical Journal of Zambia*, 1980; 15: 23.
219. Hirsch A. [Letter: Sleeping pills]. [French]. *Nouvelle Presse Médicale*, 1973; 2: 2957.
220. Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. Effets contrariaints de la rifampicine sur les contraceptifs oraux: à propos de trois grossesses non désirées chez trois malades. *Revue Française des Maladies Respiratoires*, 1975; 2: 174-82.
221. Joshi JV et al. A study of interaction of a low-dose combination oral contraceptive with anti-tubercular drugs. *Contraception*, 1980; 21: 617-29.
222. Kropp R. [Rifampicin and oral contraceptives (author's trans)]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit der Tuberkulosearzt*, 1974; 28: 270-2.
223. LeBel M et al. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. *Journal of Clinical Pharmacology*, 1998; 38: 1042-50.
224. Meyer B et al. A model to detect interactions between roxithromycin and oral contraceptives. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1990; 47: 671-4.

225. Nocke-Finck L, Breuer H, Reimers D. [Effects of rifampicin on the menstrual cycle and on oestrogen excretion in patients taking oral contraceptives]. [German]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1973; 98: 1521-3.
226. Piguet B, Muglioni JF, Chaline G. [Letter: Oral contraception and rifampicin]. [French]. *Nouvelle Presse Médicale*, 1975; 4: 115-6.
227. Reimers D, Jezek A. [The simultaneous use of rifampicin and other antitubercular agents with oral contraceptives]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit der Tuberkulosearzt*, 1971; 25: 255-62.
228. Skolnick JL et al. Rifampin, oral contraceptives, and pregnancy. *JAMA*, 1976; 236: 1382.
229. Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertility & Sterility*, 1988; 49: 31S-8S.
230. Back DJ et al. The interaction of phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. *Contraception*, 1980; 22: 495-503.
231. Bartoli A et al. A double-blind, placebo-controlled study on the effect of vigabatrin on in vivo parameters of hepatic microsomal enzyme induction and on the kinetics of steroid oral contraceptives in healthy female volunteers. *Epilepsia*, 1997; 38: 702-7.
232. Crawford P et al. The lack of effect of sodium valproate on the pharmacokinetics of oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1986; 33: 23-9.
233. Eldon MA et al. Gabapentin does not interact with a contraceptive regimen of norethindrone acetate and ethinyl estradiol. *Neurology*, 1998; 50: 1146-8.
234. Fattore C et al. Induction of ethinylestradiol and levonorgestrel metabolism by oxcarbazepine in healthy women. *Epilepsia*, 1999; 40: 783-7.
235. Ragueneau-Majlessi I, Levy RH, Janik F. Levetiracetam does not alter the pharmacokinetics of an oral contraceptive in healthy women. *Epilepsia*, 2002; 43: 697-702.
236. Rosenfeld WE et al. Effect of topiramate on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 1997; 38: 317-23.
237. Sabers A et al. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Research*, 2001; 47: 151-4.
238. Back DJ et al. The effects of ampicillin oral contraceptive steroids in women. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1982; 14: 43-8.
239. Back DJ et al. Pharmacokinetics of oral contraceptive steroids following the administration of the antimalarial drugs primaquine and chloroquine. *Contraception*, 1984; 30: 289-95.
240. Back DJ et al. Evaluation of Committee on Safety of Medicines yellow card reports on oral contraceptive-drug interactions with anticonvulsants and antibiotics. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1988; 25: 527-32.
241. Back DJ et al. The lack of interaction between temafloxacin and combined oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1991; 43: 317-23.
242. Bacon JF, Shenfield GM. Pregnancy attributable to interaction between tetracycline and oral contraceptives. *BMJ*, 1980; 280: 293.
243. Bainton R. Interaction between antibiotic therapy and contraceptive medication. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 1986; 61: 453-5.
244. Biron CR. Questions surface over whether antibiotics neutralized 'the pill,' resulting in pregnancy. *RDH*, 1996; 16: 34-6.
245. Bollen M. Use of antibiotics when taking the oral contraceptive pill. *Australian Family Physician*, 1995; 24: 928-9.
246. Bromham DR, Cartmill RS. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. *BMJ*, 1993; 306: 556-7.
247. Cote J. Interaction of griseofulvin and oral contraceptives. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1990; 22: 124-5.
248. Csemiczky G, Alvendal C, Landgren BM. Risk for ovulation in women taking a low-dose oral contraceptive (Microgynon) when receiving antibacterial treatment with a fluoroquinolone (ofloxacin). *Advances in Contraception*, 1996; 12: 101-9.
249. de Groot AC, Eshuis H, Stricker BH. [Inefficacy of oral contraception during use of minocycline]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990; 134: 1227-9.
250. DeSano EA, Hurley SC. Possible interactions of antihistamines and antibiotics with oral contraceptive effectiveness. *Fertility & Sterility*, 1982; 37: 853-4.
251. Devenport MH et al. Metabolic effects of low-dose fluconazole in healthy female users and non- users of oral contraceptives. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989; 27: 851-9.
252. Donley TG, Smith RF, Roy B. Reduced oral contraceptive effectiveness with concurrent antibiotic use: a protocol for prescribing antibiotics to women of childbearing age. *Compendium*, 1990; 11: 392-6.
253. Dosseter J. Drug interaction with oral contraceptives. *BMJ*, 1984; 4: 467-8.
254. Driver J. Use of antibiotics during pregnancy. *British Dental Journal*, 1982; 153: 48.
255. el-Raghy I et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986; 33:373-7.
256. Friedman CI et al. The effect of ampicillin on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics & Gynecology*, 1980; 55: 33-7.
257. Grimmer SF et al. The effect of cotrimoxazole on oral contraceptive steroids in women. *Contraception*, 1983; 28: 53-9.
258. Helms SE et al. Oral contraceptive failure rates and oral antibiotics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1997; 36: 705-10.

259. Hempel E et al. [Enzyme induction by drugs and hormonal contraception]. [German]. Zentralblatt für Gynäkologie, 1973; 95: 1451-7.
260. Hempel E, Zorn C, Graf K. [Effect of chemotherapy agents and antibiotics on hormonal contraception]. [German]. Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung (Jena), 1978; 72: 924-6.
261. Hetenyi G. Possible interactions between antibiotics and oral contraceptives. *Therapia Hungarica*, 1989; 37: 86-9.
262. Hilbert J et al. Evaluation of interaction between fluconazole and an oral contraceptive in healthy women. *Obstetrics & Gynecology*, 2001; 98: 218-23.
263. Hughes BR, Cunliffe WJ. Interactions between the oral contraceptive pill and antibiotics. *British Journal of Dermatology*, 1990; 122: 717-8.
264. Joshi JV et al. A study of interaction of low-dose combination oral contraceptive with ampicillin and metronidazole. *Contraception*, 1980; 22: 643-52.
265. Kakouris H, Kovacs GT. How common are predisposing factors to pill failure among pill users? *British Journal of Family Planning*, 1994; 20: 33-5.
266. Kakouris H, Kovacs GT. Pill failure and nonuse of secondary precautions. *British Journal of Family Planning*, 1992; 18: 41-4.
267. Kovacs GT et al. Inadvertent pregnancies in oral contraceptive users. *Medical Journal of Australia*, 1989; 150: 549-51.
268. Kovacs I, Somos P, Hamori M. Examination of the potential interaction between ketoconazole (Nizoral) and oral contraceptives with special regard to products of low hormone content (Rigevidon, Anteoivin). *Therapia Hungarica*, 1986; 34: 167-70.
269. Lequeux A. [Pregnancy under oral contraceptives after treatment with tetracycline]. *Louvain Médical*, 1980; 99: 413-4.
270. London BM, Lookingbill DP. Frequency of pregnancy in acne patients taking oral antibiotics and oral contraceptives. *Archives of Dermatology*, 1994; 130: 392-3.
271. Lunell NO et al. Evaluation of the possible interaction of the antifungal triazole SCH 39304 with oral contraceptives in normal healthy women. *Gynecologic & Obstetric Investigation*, 1991; 32: 91-7.
272. Maggiolo F et al. The effects of ciprofloxacin on oral contraceptive steroid treatments. *Drugs under Experimental and Clinical Research*, 1991; 17: 451-4.
273. McDaniel PA, Caldrony RD. Oral contraceptives and griseofulvin interactions. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, 1986; 20: 384.
274. Meyboom RH et al. Disturbance of withdrawal bleeding during concomitant use of itraconazole and oral contraceptives. *New Zealand Medical Journal*, 1997; 110: 300.
275. Murphy AA et al. The effect of tetracycline on levels of oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1991; 164: 28-33.
276. Neely JL et al. The effect of doxycycline on serum levels of ethinyl estradiol, norethindrone, and endogenous progesterone. *Obstetrics & Gynecology*, 1991; 77: 416-20.
277. Organon. Nuvaring prescribing information. 2001.
278. Pillans PI, Sparrow MJ. Pregnancy associated with a combined oral contraceptive and itraconazole. *New Zealand Medical Journal*, 1993; 106: 436.
279. Rieth H, Sauerbrey N. [Interaction studies with fluconazole, a new triazole antifungal drug]. [German]. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1989; 139: 370-4.
280. Scholten PC et al. No interaction between ciprofloxacin and an oral contraceptive. *Antimicrobial Agents & Chemotherapy*, 1998; 42: 3266-8.
281. Silber TJ. Apparent oral contraceptive failure associated with antibiotic administration. *Journal of Adolescent Health Care*, 1983; 4: 287-9.
282. Sinofsky FE, Pasquale SA. The effect of fluconazole on circulating ethinyl estradiol levels in women taking oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1998; 178: 300-4.
283. Sparrow MJ. Pill method failures. *New Zealand Medical Journal*, 1987; 100: 102-5.
284. Sparrow MJ. Pregnancies in reliable pill takers. *New Zealand Medical Journal*, 1989; 102: 575-7.
285. Sparrow MJ. Pill method failures in women seeking abortion: fourteen years experience. *New Zealand Medical Journal*, 1998; 111: 386-8.
286. van Dijke CP, Weber JC. Interaction between oral contraceptives and griseofulvin. *British Medical Journal Clinical Research Edition*, 1984; 288: 1125-6.
287. van Puijnenbroek EP, Feenstra J, Meyboom RH. [Pill cycle disturbance in simultaneous use of itraconazole and oral contraceptives]. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1998; 142: 146-9.
288. van Puijnenbroek EP et al. Signalling possible drug-drug interactions in a spontaneous reporting system: delay of withdrawal bleeding during concomitant use of oral contraceptives and itraconazole. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1999; 47: 689-93.
289. Wermeling DP et al. Dirithromycin increases ethinyl estradiol clearance without allowing ovulation. *Obstetrics & Gynecology*, 1995; 86: 78-84.
290. Young LK et al. The contraceptive practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1994; 107: 189-92.

CONTRACCETTIVI INIETTABILI COMBINATI, CEROTTO E ANELLO (CIC/P/R)

INDICE

Contraccettivi Inettabili Combinati (CIC)	51
Cerotto Contraccettivo Combinato (P)	51
Anello Vaginale Combinato (R)	52
CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA	53
Gravidanza	53
Età	53
Parità	53
Allattamento al seno	53
Post-parto	54
Post-aborto	54
Pregressa gravidanza extrauterina	54
Storia di chirurgia pelvica	54
Fumo	54
Obesità	54
Misurazione della pressione arteriosa non disponibile	55
MALATTIE CARDIOVASCOLARI	55
Fattori multipli di rischio per malattie arteriose cardiovascolari	55
Ipertensione arteriosa	55
Pregressa ipertensione gestazionale	56
Trombosi venosa profonda (DVT)/Embolia polmonare (PE)	56
Mutazioni trombogeniche	57
Trombosi venosa superficiale	57
Cardiopatìa ischemica attuale e passata	57
Ictus	57
Iperlipidemia conosciuta	58
Cardiopatìa valvolare	58
CONDIZIONI NEUROLOGICHE	58
Cefalea/Emicrania	58
Epilessia	58
DISTURBI DEPRESSIVI	59
Disturbi depressivi	59
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO	59
Tipo di perdita ematica vaginale	59
Perdita ematica vaginale inspiegata	59

Endometriosi	59
Tumori ovarici benigni	59
Dismenorrea grave	59
Malattia del trofoblasto	60
Ectropion cervicale	60
Neoplasia Intraepiteliale Cervicale (CIN)	60
Cancro cervicale	60
Tumore al seno	60
Cancro dell'endometrio	60
Cancro ovarico	61
Fibromi uterini	61
Malattia Infiammatoria Pelvica (PID)	61
MST	61
HIV/AIDS	61
Alto rischio di HIV	61
Infezione da HIV	61
AIDS	62
ALTRE INFEZIONI	62
Schistosomiasi	62
Tubercolosi	62
Malaria	62
CONDIZIONI ENDOCRINE	62
Diabete	62
Disturbi della tiroide	63
CONDIZIONI GASTROINTESTINALI	63
Colecistopatie	63
Storia di colestasi	63
Epatite virale	63
Cirrosi	63
Tumori del fegato	64
ANEMIE	64
Talassemia	64
Anemia falciforme	64
Anemia da carenza di ferro	64
INTERAZIONI FARMACOLOGICHE	64
Farmaci che agiscono sugli enzimi epatici	64
Antibiotici	64
Terapia antiretrovirale	65
Commenti aggiuntivi	66
Bibliografia	70

CONTRACCETTIVI INIETTABILI COMBINATI, CEROTTO E ANELLO (CIC/P/R)

CONTRACCETTIVI INIETTABILI COMBINATI (CIC)

I contraccettivi iniettabili combinati (CIC) rilasciano un estrogeno naturale più un progestinico e agiscono tramite l'inibizione dell'ovulazione (1-5). Qui di seguito sono presi in considerazione due preparati di CIC, entrambi sono somministrati a intervalli di quattro settimane:

- 1) *Cyclofem* = Medrossiprogesterone acetato 25 mg più estradiolo cipionato 5 mg
- 2) *Mesigyna* = Noretisterone enantato 50 mg più estradiolo valerato 5 mg

Poiché l'estrogeno nei CIC può essere più naturale e meno potente rispetto all'estrogeno sintetico dei contraccettivi orali combinati (COC), il tipo e la potenza degli effetti collaterali legati all'estrogeno associato con i CIC possono differire da quelli sperimentati dalle utilizzatrici di COC. Infatti, gli studi a breve termine sui CIC hanno dimostrato scarsi effetti sulla pressione arteriosa, l'emostasi e la coagulazione, il metabolismo dei lipidi e il funzionamento del fegato rispetto ai COC (6-8). Inoltre, la somministrazione per via parenterale di CIC elimina l'effetto di primo passaggio epatico.

Tuttavia, i CIC sono un metodo contraccettivo relativamente nuovo e ci sono ancora pochi dati epidemiologici sui loro effetti a lungo termine. Esiste anche la consapevolezza che, mentre l'effetto dell'esposizione ormonale associata all'utilizzo di COC e della pillola di solo progesteronee (POP) può essere immediatamente ridotta interrompendo il loro utilizzo, non è così per i contraccettivi iniettabili, il cui effetto permane per un certo periodo dopo l'ultima iniezione.

In attesa di nuove prove, il Gruppo di Lavoro ha concluso che l'evidenza per i COC può essere applicabile ai CIC in molti ma non in tutti i casi. Pertanto, il Gruppo di Lavoro ha assegnato una nuova categoria per i CIC, diversa dalle categorie dei COC e dei POP. Tuttavia, per le patologie gravi (ad esempio, cardiopatia ischemica), la classificazione delle condizioni è la stessa utilizzata per i COC. Le categorie assegnate dovrebbero pertanto essere considerate la migliore conclusione preliminare, che verrà rivalutata non appena saranno disponibili nuovi dati.

CEROTTO CONTRACCETTIVO COMBINATO (P)

Il cerotto contraccettivo combinato si serve di un sistema a tre strati di 20 cm² che può essere applicato sui glutei, sul dorso, sull'addome, o sulla parte superiore del

braccio, e che rilascia per via transdermica etinilestradiolo e un progestinico (norelgestromina). L'effetto contraccettivo del cerotto combinato si compie tramite l'inibizione dell'ovulazione (9). Il cerotto contraccettivo combinato preso in considerazione è:

Evra = 17-deacetyl norgestimate (norelgestromina) 150 µg più etinilestradiolo 20 µg (entrambi i dosaggi indicano il rilascio giornaliero approssimativo).

Il cerotto contraccettivo combinato è un nuovo metodo contraccettivo. Sono disponibili poche informazioni circa la sicurezza del cerotto contraccettivo combinato nelle donne sane e ancor meno nelle donne con condizioni mediche specifiche. Inoltre, il Gruppo di Lavoro non aveva a disposizione i dati epidemiologici sugli effetti a lungo termine del cerotto contraccettivo combinato e tutti gli studi disponibili sono stati finanziati dalla casa farmaceutica produttrice del cerotto.

In base all'evidenza disponibile, il cerotto contraccettivo combinato con composizioni ormonali simili fornisce una sicurezza e un profilo farmacocinetico paragonabile a quello dei COC (9-18). Meno del 25% delle utilizzatrici del cerotto contraccettivo combinato hanno riportato transitori fastidi al seno e reazioni cutanee localizzate (10-13). L'evidenza suggerisce che l'efficacia del cerotto può diminuire in donne il cui peso è di 90 kg o superiore (10-11). Ad oggi, nessuno studio ha esaminato se il risparmio dell'effetto del primo passaggio degli ormoni nel fegato con l'utilizzo del cerotto diminuisca le problematiche riguardanti le interazioni farmacologiche o l'utilizzo del cerotto tra donne con problemi epatici.

In attesa di ulteriori dati, il Gruppo di Lavoro ha concluso che l'evidenza disponibile per i COC si può applicare anche al cerotto. Pertanto, il cerotto dovrebbe avere le stesse categorie dei COC. Le categorie assegnate dovrebbero, pertanto, essere considerate la migliore conclusione preliminare, che sarà rivalutata non appena saranno disponibili nuovi dati.

ANELLO VAGINALE COMBINATO (R)

L'anello vaginale contraccettivo combinato rilascia etinilestradiolo e un progestinico (etonogestrel) da un anello in etilene vinile acetato copolimero di 54 mm. L'effetto contraccettivo dell'anello vaginale combinato si compie tramite l'inibizione dell'ovulazione (19, 20). La formulazione dell'anello vaginale disponibile per lo studio è stata quella del: *NuvaRing* = etonogestrel 120 µg più etinilestradiolo 15 µg (entrambi i dosaggi indicano il rilascio giornaliero approssimativo).

L'anello vaginale contraccettivo combinato è un nuovo metodo contraccettivo. Sono disponibili poche informazioni circa la sicurezza dell'anello contraccettivo combinato nelle donne sane e ancor meno nelle donne con specifiche condizioni mediche. Inoltre, il Gruppo di Lavoro non ha avuto a disposizione dati epidemiologici sugli effetti a lungo termine dell'anello contraccettivo combinato e tutti gli studi disponibili sono stati finanziati dalla casa farmaceutica produttrice dell'anello.

In base all'evidenza, l'anello vaginale contraccettivo combinato con formulazioni ormonali simili fornisce una sicurezza e un profilo farmacocinetico paragonabili a

quello dei COC (20-25). L'evidenza tra le donne sane suggerisce che l'anello non altera la flora vaginale (23-24), e prove limitate su donne con lesioni intraepiteliali squamose di basso grado hanno dimostrato che l'utilizzo dell'anello vaginale non peggiora la condizione (23).

Ad oggi, nessuno studio ha esaminato se il risparmio dell'effetto del primo passaggio degli ormoni nel fegato con l'utilizzo dell'anello vaginale diminuisca le problematiche riguardanti le interazioni farmacologiche o l'utilizzo dell'anello tra donne con problemi epatici.

In attesa di ulteriori dati, il Gruppo di Lavoro ha concluso che l'evidenza disponibile per i COC si può applicare anche all'anello. Pertanto, l'anello dovrebbe avere le stesse categorie dei COC. Le categorie assegnate dovrebbero, pertanto, essere considerate la migliore conclusione preliminare, che sarà rivalutata non appena saranno disponibili nuovi dati.

CONTRACCETTIVI INETTABILI COMBINATI (CIC), CEROTTO (P), ANELLO (R)	I CIC, il cerotto e l'anello vaginale non proteggono contro le MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	CIC	P	R	
CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA				
GRAVIDANZA	NA	NA	NA	<i>Chiarimento:</i> L'utilizzo di CIC, P, o R non è richiesto. Non sono stati evidenziati pericoli alla donna, al decorso della sua gravidanza, o al feto se i CIC, P, o R vengono accidentalmente utilizzati durante la gravidanza.
ETÀ* a) Dal menarca a < 40 anni b) ≥ 40 anni	1 2	1 2	1 2	
PARITÀ a) Nullipara b) Con figli	1 1	1 1	1 1	
ALLATTAMENTO AL SENO* a) < 6 settimane dopo il parto	4	4	4	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI INIETTABILI COMBINATI (CIC), CEROTTO (P), ANELLO (R)	I CIC, il cerotto e l'anello vaginale non proteggono contro le MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	CIC	P	R	
b) ≥ 6 settimane a < 6 mesi dopo il parto (con allattamento al seno esclusivo)	3	3	3	
c) ≥ 6 mesi post-parto	2	2	2	
POST-PARTO* (per donne che non allattano al seno)				
a) < 21 giorni	3	3	3	
b) ≥ 21 giorni	1	1	1	
POST-ABORTO				
a) Primo trimestre	1	1	1	<i>Chiarimento:</i> I CIC, P, o R possono essere utilizzati subito dopo l'aborto.
b) Secondo trimestre	1	1	1	
c) Immediatamente dopo un aborto settico	1	1	1	
PREGRESSA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA*	1	1	1	
STORIA DI CHIRURGIA PELVICA	1	1	1	
FUMO				
a) Età < 35 anni	2	2	2	
b) Età ≥ 35 anni				
▪ <15 sigarette/giorno	2	3	3	
▪ ≥15 sigarette/giorno	3	4	4	
OBESITÀ ≥ 30 kg/m ² di indice di massa corporea (BMI)	2	2	2	<i>Evidenze:</i> Evidenze limitate suggeriscono che l'efficacia del cerotto possa diminuire nelle donne il cui peso è pari (o superiore) a 90 kg (10-11).

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI INETTABILI COMBINATI (CIC), CEROTTO (P), ANELLO (R)	I CIC, il cerotto e l'anello vaginale non proteggono contro le MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	CIC	P	R	
MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA NON DISPONIBILE	NA	NA	NA	<i>Chiarimento:</i> E' preferibile che la pressione arteriosa sia misurata prima di iniziare l'utilizzo di CIC, P, o R. Tuttavia, in alcuni contesti non è possibile misurare la pressione arteriosa. In molti di questi contesti, i rischi di morbosità e di mortalità dovuti ad una gravidanza sono elevati, e i CIC, P, o R potrebbero essere tra i pochi metodi disponibili. In tali contesti, alle donne non dovrebbe essere negato l'utilizzo di CIC, P, o R solo perché la loro pressione arteriosa non può essere misurata.
MALATTIE CARDIOVASCOLARI				
FATTORI MULTIPLI DI RISCHIO PER MALATTIE ARTERIOSE CARDIOVASCOLARI (ad esempio età avanzata, fumo, diabete e ipertensione)	3/4	3/4	3/4	<i>Chiarimento:</i> Quando una donna presenta molteplici fattori di rischio importanti, ognuno dei quali aumenterebbe sensibilmente il rischio di malattie cardiovascolari, l'utilizzo di CIC, P, o R potrebbe portare tale rischio a un livello inaccettabile. Tuttavia, non è prevista una semplice addizione di categorie in presenza di fattori di rischio molteplici; ad esempio, una combinazione di due fattori di rischio sotto una categoria 2 non implica necessariamente una categoria più alta.
IPERTENSIONE ARTERIOSA*				
Per tutte le categorie di ipertensione, le classificazioni sono basate sul presupposto che non sussistano altri fattori di rischio per malattie cardiovascolari. Tuttavia, quando sussistono molteplici fattori di rischio, il rischio di malattie cardiovascolari può aumentare sensibilmente. Una singola misurazione della pressione arteriosa non basta per classificare una donna come ipertesa.				
a) Storia di ipertensione, dove la pressione arteriosa NON PUO' essere valutata (inclusa l'ipertensione gestazionale)	3	3	3	<i>Chiarimento:</i> si consiglia la valutazione della causa e dei valori di ipertensione arteriosa non appena sia possibile.

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI INIETTABILI COMBINATI (CIC), CEROTTO (P), ANELLO (R)	I CIC, il cerotto e l'anello vaginale non proteggono contro le MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	CIC	P	R	
b) Ipertensione arteriosa adeguatamente controllata, dove la pressione arteriosa PUO' essere valutata	3	3	3	<p><i>Chiarimento:</i> Le donne adeguatamente curate per l'ipertensione arteriosa presentano una riduzione del rischio di infarto miocardico acuto e di ictus rispetto alle donne non curate. Sebbene non vi siano dati, le utilizzatrici di CIC, P, o R con un'ipertensione adeguatamente controllata e monitorata dovrebbero essere a minor rischio di infarto miocardico acuto e di ictus rispetto alle utilizzatrici di CIC, P, e R ipertese ma non curate.</p>
c) Ipertensione arteriosa (misurazioni prese correttamente)				
■ sistolica 140-159 o diastolica 90-99	3	3	3	
■ sistolica ≥160 o diastolica ≥100	4	4	4	
d) Malattia vascolare	4	4	4	
PREGRESSA IPERTENSIONE GESTAZIONALE (dove la pressione arteriosa attuale è misurabile e normale)	2	2	2	
TROMBOSI VENOSA PROFONDA (DVT)/ EMBOLIA POLMONARE (PE)*				
a) Storia di DVT/PE	4	4	4	
b) Attuale DVT/PE	4	4	4	
c) Storia familiare di DVT/PE (parenti di primo grado)	2	2	2	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI INETTABILI COMBINATI (CIC), CEROTTO (P), ANELLO (R)	I CIC, il cerotto e l'anello vaginale non proteggono contro le MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	CIC	P	R	
d) Chirurgia maggiore <ul style="list-style-type: none"> ■ con immobilizzazione prolungata ■ senza immobilizzazione prolungata e) Chirurgia minore senza immobilizzazione	4 2 1	4 2 1	4 2 1	
MUTAZIONI TROMBOGENICHE (ad esempio Fattore V Leiden; mutazione della Protrombina; deficit di Proteina S, Proteina C, e Antitrombina III)	4	4	4	<i>Chiarimento:</i> Lo screening di routine non è appropriato per via della rarità delle condizioni ed il suo alto costo.
TROMBOSI VENOSA SUPERFICIALE* a) Vene varicose b) Tromboflebite superficiale	1 2	1 2	1 2	
CARDIOPATIA ISCHEMICA ATTUALE E PASSATA*	4	4	4	
ICTUS* (storia di evento cerebrovascolare)	4	4	4	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI INIETTABILI COMBINATI (CIC), CEROTTO (P), ANELLO (R)	I CIC, il cerotto e l'anello vaginale non proteggono contro le MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.						
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione						CHIARIMENTI/EVIDENZE
	CIC	P	R				
IPERLIPIDEMIA CONOSCIUTA	2/3	2/3	2/3				<i>Chiarimento:</i> Lo screening di routine non è appropriato per la rarità delle condizioni e per il suo costo elevato. Mentre alcuni tipi di iperlipidemia costituiscono fattori di rischio per malattie vascolari, la categoria deve essere valutata in base al tipo, alla gravità e alla presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare.
CARDIOPATIA VALVOLARE* a) Non complicata b) Complicata (ipertensione polmonare, rischio di fibrillazione atriale, storia di endocardite batterica subacuta)	2	2	2	4	4	4	
CONDIZIONI NEUROLOGICHE							
CEFALEA/EMICRANIA*	I	C	I	C	I	C	<i>Chiarimento:</i> La classificazione si basa su un'accurata diagnosi delle cefalee gravi con emicrania e di quelle senza emicrania. Ogni nuovo tipo di cefalea o cambiamento considerevole dovrebbero essere valutati. La classificazione vale per le donne senza altri fattori di rischio per ictus. Il rischio di ictus aumenta con l'età, l'ipertensione e il fumo.
a) Senza emicrania (lieve o grave)	1	2	1	2	1	2	
b) Emicrania							
■ senza aura Età < 35 Età ≥ 35 ■ con aura, a qualsiasi età	2	3	2	3	2	3	
	3	4	3	4	3	4	
	4	4	4	4	4	4	
EPILESSIA	1	1	1				<i>Chiarimento:</i> Se una donna prende anticonvulsivanti, si veda la sezione sulle interazioni farmacologiche. Certi anticonvulsivanti riducono l'efficacia dei COC. In questo caso, quanto l'utilizzo di CIC, P o R sia simile all'utilizzo di COC rimane incerto.

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI INETTABILI COMBINATI (CIC), CEROTTO (P), ANELLO (R)	I CIC, il cerotto e l'anello vaginale non proteggono contro le MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	CIC	P	R	
DISTURBI DEPRESSIVI				
DISTURBI DEPRESSIVI	1	1	1	<i>Chiarimento:</i> La classificazione si basa su dati ottenuti da donne con determinati disturbi depressivi. Non erano disponibili dati su disturbi bipolari o depressione post-parto. Si evidenziano potenziali interazioni farmacologiche tra certi antidepressivi e i contraccettivi ormonali.
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO				
TIPO DI PERDITA EMATICA VAGINALE*				
a) Perdite irregolari senza sanguinamenti abbondanti	1	1	1	
b) Perdite abbondanti o prolungate (sia di tipo regolare che irregolare)	1	1	1	<i>Chiarimento:</i> Solo raramente le perdite ematiche abbondanti dovrebbero far sorgere il sospetto di una grave condizione sottostante.
PERDITA EMATICA VAGINALE INSPIEGATA* (sospetto di condizione grave)				
▪ Prima della valutazione	2	2	2	<i>Chiarimento:</i> Se si sospetta una gravidanza o una condizione patologica sottostante (come un tumore pelvico maligno), è necessario valutarla e la categoria deve essere corretta dopo la valutazione.
ENDOMETRIOSI*	1	1	1	
TUMORI OVARICI BENIGNI (includere le cisti)	1	1	1	
DISMENORREA GRAVE	1	1	1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONDIZIONE	CATEGORIA			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	I=Inizio C=Continuazione			
	CIC	P	R	
CONTRACCETTIVI INIETTABILI COMBINATI (CIC), CEROTTO (P), ANELLO (R)	I CIC, il cerotto e l'anello vaginale non proteggono contro le MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
MALATTIA DEL TROFOBLASTO				
a) Malattia gestazionale benigna del trofoblasto	1	1	1	
b) Malattia gestazionale maligna del trofoblasto	1	1	1	
ECTROPION CERVICALE*	1	1	1	
NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)	2	2	2	<i>Evidenze:</i> Evidenze limitate su donne con lesioni squamose intraepiteliali lievi hanno rivelato che l'utilizzo dell'anello vaginale non ha peggiorato la condizione (23).
CANCRO CERVICALE* (in attesa di trattamento)	2	2	2	
TUMORE AL SENO*				<i>Chiarimento:</i> Da valutare appena possibile.
a) Massa non diagnosticata	2	2	2	
b) Tumore al seno benigno	1	1	1	
c) Storia familiare di cancro	1	1	1	
d) Cancro al seno				
▪ attuale	4	4	4	
▪ passato e senza evidenza di malattia in corso da 5 anni	3	3	3	
CANCRO DELL'ENDOMETRIO*	1	1	1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	CIC	P	R	
CONTRACCETTIVI INETTABILI COMBINATI (CIC), CEROTTO (P), ANELLO (R)	I CIC, il cerotto e l'anello vaginale non proteggono contro le MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CANCRO OVARICO*	1	1	1	
FIBROMI UTERINI* a) Senza distorsione della cavità uterina b) Con distorsione della cavità uterina	1 1	1 1	1 1	
MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID)* a) PID pregressa (ipotizzando che non sussistano fattori attuali di rischio di MST) ■ con successiva gravidanza ■ senza successiva gravidanza b) PID in corso	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
MST* a) Cervicite purulenta o infezione da clamidia o gonorrea in corso b) Altre MST (escluse HIV ed epatite) c) Vaginite (incluse trichomonas vaginalis e vaginosi batterica) d) Alto rischio di MST	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	
HIV/AIDS				
ALTO RISCHIO DI HIV*	1	1	1	
INFEZIONE DA HIV	1	1	1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI INIETTABILI COMBINATI (CIC), CEROTTO (P), ANELLO (R)	I CIC, il cerotto e l'anello vaginale non proteggono contro le MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	CIC	P	R	
AIDS ▪ In terapia ARV	1 2	1 2	1 2	<i>Chiarimento:</i> Se una donna segue una terapia antiretrovirale (ARV), si veda la sezione sulle interazioni farmacologiche. Poiché possono sussistere interazioni farmacologiche tra contraccettivi ormonali e ARV, l'AIDS con terapia ARV è classificato come categoria 2.
ATRE INFEZIONI				
SCHISTOSOMIASI a) Non complicata b) Fibrosi del fegato (se grave, si veda la cirrosi)	1 1	1 1	1 1	
TUBERCOLOSI a) Non pelvica b) Pelvica	1 1	1 1	1 1	<i>Chiarimento:</i> Se una donna è in terapia con la rifampicina, si veda la sezione sulle interazioni farmacologiche. La rifampicina tende a ridurre l'efficacia dei COC. In questo caso, quanto l'utilizzo di CIC, P, o R sia simile all'utilizzo di COC rimane incerto.
MALARIA	1	1	1	
CONDIZIONI ENDOCRINE				
DIABETE* a) Storia di diabete gestazionale b) Malattia non vascolare ▪ non dipendente da insulina ▪ dipendente da insulina c) Nefropatia/Retinopatia/Neuropatia d) Altra malattia vascolare o diabete di durata > 20 anni	1 2 2 3/4 3/4	1 2 2 3/4 3/4	1 2 2 3/4 3/4	<i>Chiarimento:</i> La categoria deve essere valutata in base alla gravità della condizione. <i>Chiarimento:</i> La categoria deve essere valutata in base alla gravità della condizione.

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI INIETTABILI COMBINATI (CIC), CEROTTO (P), ANELLO (R)	I CIC, il cerotto e l'anello vaginale non proteggono contro le MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	CIC	P	R	
DISTURBI DELLA TIROIDE a) Gozzo semplice b) Iperitiroidismo c) Ipotiroidismo	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
CONDIZIONI GASTROINTESTINALI				
COLECISTOPATIE* a) Sintomatica ■ curata con colecistectomia ■ curata con terapia medica ■ in corso b) Asintomatica	2 2 2 2	2 3 3 2	2 3 3 2	
STORIA DI COLESTASI* a) Associata alla gravidanza b) Passata e associata ad un pregresso uso di COC o CIC	2 2	2 3	2 3	
EPATITE VIRALE * a) Attiva b) Portatrice	3/4 1	4 1	4 1	<i>Chiarimento:</i> La categoria deve essere valutata in base alla gravità della condizione. <i>Chiarimento:</i> In donne con epatite virale sintomatica, i CIC, P e R dovrebbero essere sospesi finchè la funzionalità epatica non torna normale oppure 3 mesi dopo che la donna è diventata asintomatica, a seconda di quale dei due avvenga prima.
CIRROSI* a) Lieve (compensata) b) Grave (scompensata)	2 3	3 4	3 4	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI INIETTABILI COMBINATI (CIC), CEROTTO (P), ANELLO (R)	I CIC, il cerotto e l'anello vaginale non proteggono contro le MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	CIC	P	R	
TUMORI DEL FEGATO* a) Benigno (adenoma) b) Maligno (epatoma)	3 3/4	4 4	4 4	
ANEMIE				
TALASSEMIA*	1	1	1	
ANEMIA FALCIFORME	2	2	2	
ANEMIA DA CARENZA DI FERRO	1	1	1	
INTERAZIONI FARMACOLOGICHE				
FARMACI CHE AGISCONO SUGLI ENZIMI EPATICI a) Rifampicina b) Certi anticonvulsivanti (fenitoina, carmabazepina, barbiturici, primidone, topiramato, oxcarbazepina)	2 2	3 3	3 3	<i>Chiarimento:</i> Sebbene l'interazione della rifampicina o di certi anticonvulsivanti con l'utilizzo di P o R non sia nocivo, tende a ridurre l'efficacia di P o R. Per le donne che utilizzano da molto tempo uno di questi farmaci, dovrebbe essere incoraggiato l'utilizzo di altri contraccettivi.
ANTIBIOTICI (esclusa la rifampicina) a) Griseofulvina b) Altri antibiotici	1 1	2 1	2 1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI INIETTABILI COMBINATI (CIC), CEROTTO (P), ANELLO (R)	I CIC, il cerotto e l'anello vaginale non proteggono contro le MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	CIC	P	R	
TERAPIA ANTIRETROVIRALE	2	2	2	<p><i>Chiarimento:</i> E' importante notare che i farmaci antiretrovirali (ARV) hanno la capacità di diminuire o di aumentare la biodisponibilità degli ormoni steroidei nei contraccettivi ormonali. I pochi dati disponibili (descritti nell'Allegato 1) suggeriscono che le potenziali interazioni farmacologiche tra molti ARV [in particolare certi inibitori non nucleosidici della transcriptasi inversa (NNRTI) e inibitori della proteasi (PI)] e contraccettivi ormonali potrebbero alterare la sicurezza e l'efficacia sia dei contraccettivi ormonali sia degli ARV. Non è noto se l'efficacia dei contraccettivi iniettabili di solo progestinico (come medrossiprogesterone acetato deposito e noretisterone enantato) venga compromessa, poiché questi metodi garantiscono che la concentrazione di ormoni nel sangue sia più alta rispetto a quella data da altri contraccettivi ormonali a base di solo progestinico, così come rispetto ai contraccettivi orali combinati. Gli studi proseguono per valutare potenziali interazioni tra medrossiprogesterone acetato deposito e determinati farmaci PI e NNRTI. Pertanto, se una donna sotto ARV decide di iniziare o continuare l'utilizzo di contraccettivi ormonali, si consiglia l'utilizzo regolare di preservativi per prevenire la trasmissione di HIV e anche per compensare ogni eventuale riduzione dell'efficacia del contraccettivo ormonale.</p>

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

COMMENTI ADDIZIONALI

ETÀ

Dal menarca a < 40 anni: le preoccupazioni teoriche sull'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati tra giovani adolescenti non sono state comprovate.

≥ 40 anni: il rischio di malattie cardiovascolari aumenta con l'età e può aumentare anche con l'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati. In assenza di altre condizioni cliniche avverse, i contraccettivi ormonali combinati possono essere utilizzati fino alla menopausa.

ALLATTAMENTO AL SENO

< 6 settimane post-parto: esiste qualche preoccupazione teorica che il neonato possa essere a rischio a causa dell'esposizione a ormoni steroidei durante le prime 6 settimane dopo il parto.

≥ 6 settimane to < 6 mesi (principalmente con allattamento al seno): l'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati durante l'allattamento al seno diminuisce la quantità di latte mammario e la durata del periodo dell'allattamento, e può quindi incidere negativamente sulla crescita del neonato.

POST-PARTO

< 21 giorni: esiste qualche preoccupazione teorica sulla relazione tra l'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati fino a 3 settimane dopo il parto e il rischio di trombosi nella madre. La coagulazione e la fibrinolisi si normalizzano fondamentalmente entro 3 settimane dal parto.

PREGRESSA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA

Il rischio di future gravidanze extrauterine è maggiore tra donne che hanno avuto una gravidanza extrauterina in passato. I contraccettivi ormonali combinati forniscono una protezione contro la gravidanza in generale, inclusa la gestazione extrauterina.

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Malattia vascolare: tra donne con una malattia vascolare alla base, dovrebbe essere evitato l'aumento del rischio di trombosi arteriosa collegato all'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati.

TROMBOSI VENOSA PROFONDA (DVT)/EMBOLIA POLMONARE (PE)

Storia familiare di DVT/PE (parenti di primo grado): alcune condizioni che aumentano il rischio di DVT/PE sono ereditabili.

Chirurgia maggiore: il grado di rischio di DVT/PE associato a chirurgia maggiore varia in base alla durata dell'immobilizzazione. Non è necessario sospendere i contraccettivi ormonali combinati prima della sterilizzazione chirurgica femminile.

TROMBOSI VENOSA SUPERFICIALE

Vene varicose: le vene varicose non costituiscono fattori di rischio per la DVT/PE.

CARDIOPATIA ISCHEMICA ATTUALE E PASSATA

Tra donne con una malattia vascolare dovrebbe essere evitato l'aumento del rischio di trombosi arteriosa collegato all'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati.

ICTUS

Tra donne con una malattia vascolare dovrebbe essere evitato l'aumento del rischio di trombosi arteriosa collegato all'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati.

CARDIOPATIA VALVOLARE

L'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati può aumentare ulteriormente il rischio di trombosi arteriosa tra donne con cardiopatia valvolare; le donne con cardiopatia valvolare complicata hanno un rischio maggiore.

CEFALEA/EMICRANIA

L'aura è uno specifico e cruciale sintomo neurologico. Per ulteriori informazioni su questo e altri criteri diagnostici, si veda: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edizione. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1): 1-150.

http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_ll_main_no_print.pdf

TIPO DI PERDITA EMATICA VAGINALE

Perdite irregolari mestruali sono comuni tra donne sane.

PERDITA EMATICA VAGINALE INSPIEGATA

Nessuna condizione che causi perdite ematiche vaginali verrebbe aggravata nel breve termine dall'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati.

ENDOMETRIOSI

I contraccettivi ormonali combinati non peggiorano, e possono alleviare, i sintomi dell'endometriosi.

ECTROPION CERVICALE

L'ectropion cervicale non costituisce un fattore di rischio per il cancro cervicale, e non è quindi necessario limitare l'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati in questi casi.

CANCRO CERVICALE (in attesa di trattamento)

Esiste qualche preoccupazione teorica che l'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati possa influenzare la prognosi della malattia esistente. Le donne in attesa di

trattamento possono utilizzare i contraccettivi ormonali combinati. Generalmente, il trattamento di questa condizione rende la donna sterile.

TUMORE AL SENO

Storia familiare di cancro: le donne con mutazioni BRCA1 o BRCA2 hanno un rischio di base di cancro al seno molto più elevato rispetto alle donne che non presentano tali mutazioni. La maggior parte delle donne con una storia familiare di cancro al seno non presentano queste mutazioni.

Cancro al seno: il cancro al seno è un tumore sensibile agli ormoni, e la prognosi di donne con un cancro al seno attuale o recente può peggiorare con l'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati.

CANCRO DELL'ENDOMETRIO

Non è noto se l'utilizzo di CIC, P o R riduca il rischio di sviluppare il cancro all'endometrio, come nel caso dei COC. Le donne in attesa di trattamento possono utilizzare CIC, P o R. Generalmente, il trattamento di questa condizione rende la donna sterile.

CANCRO OVARICO

Non è noto se l'utilizzo di CIC, P, o R, riduca il rischio di sviluppare il cancro ovarico, come nel caso dei COC. Le donne in attesa di trattamento possono utilizzare CIC, P o R. Generalmente il trattamento di questa condizione rende la donna sterile.

FIBROMI UTERINI

I COC non sembrano provocare la crescita di fibromi uterini e sembra che neanche i CIC, P o R, possano farlo.

MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID)

I COC possono ridurre il rischio di PID tra donne con MST, ma non proteggono contro l'HIV o MST del tratto genitale inferiore. Non è noto se i CIC, P o R riducano il rischio di PID tra donne con MST, ma non proteggono contro l'HIV o MST del tratto genitale inferiore.

MST

I COC possono ridurre il rischio di PID tra donne con MST, ma non proteggono contro HIV o MST del tratto genitale inferiore. Non è noto se i CIC, P o R riducano il rischio di PID tra donne con MST, ma non proteggono contro l'HIV o MST del tratto genitale inferiore.

ALTO RISCHIO DI HIV

I COC possono ridurre il rischio di PID tra donne con MST, ma non proteggono contro HIV o MST del tratto genitale inferiore. Non è noto se i CIC, P o R riducano il rischio di PID tra donne con MST, ma non proteggono contro l'HIV o MST del tratto genitale inferiore.

DIABETE

Sebbene la tolleranza ai carboidrati possa cambiare con l'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati, le principali preoccupazioni sono le malattie vascolari dovute al diabete e gli ulteriori rischi di trombosi arteriosa dovuti all'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati.

COLECISTOPATIE

P o R, così come i COC, possono causare un lieve aumento del rischio di colecistopatie. Si pensa anche che possano aggravare una colecistopatia preesistente. Tuttavia, diversamente dai COC, i CIC hanno dimostrato di avere un effetto minimo sulla funzionalità epatica in donne sane, e non hanno effetti di primo passaggio epatico.

STORIA DI COLESTASI

Associata alla gravidanza: una storia di colestasi associata alla gravidanza può presagire un aumento del rischio di sviluppo di colestasi associata all'ormonoterapia combinata.

Colestasi passata associata a COC o CIC: una storia di colestasi associata a COC o CIC presagisce un aumento del rischio associato all'utilizzo di P o R. Diversamente dai COC, è stato dimostrato che i CIC hanno un effetto minimo sulla funzionalità epatica in donne sane e non hanno effetto di primo passaggio epatico.

EPATITE VIRALE

Attiva: diversamente dai COC, è stato dimostrato che i CIC hanno un effetto minimo sulla funzionalità epatica in donne sane e non hanno effetto di primo passaggio epatico. Tuttavia, poiché i CIC sono metabolizzati dal fegato, potrebbero, in teoria, provocare effetti avversi in donne la cui funzione epatica è già compromessa.

CIRROSI

Diversamente dai COC, è stato dimostrato che i CIC hanno un effetto minimo sulla funzionalità epatica in donne sane e non hanno effetto di primo passaggio epatico. Tuttavia, poiché i CIC sono metabolizzati dal fegato, potrebbero, in teoria, provocare effetti avversi in donne la cui funzione epatica è già compromessa.

TUMORI DEL FEGATO

Diversamente dai COC, è stato dimostrato che i CIC hanno un effetto minimo sulla funzionalità epatica in donne sane e non hanno effetto di primo passaggio epatico. Tuttavia, poiché i CIC sono metabolizzati dal fegato, potrebbero, in teoria, provocare effetti avversi in donne la cui funzione epatica è già compromessa.

ANEMIA DA CARENZA DI FERRO

L'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati può ridurre il flusso mestruale.

BIBLIOGRAFIA

1. Aedo AR et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*, 1985; 31: 453-69.
2. Garza-Flores J. Pharmacokinetics of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*, 1994; 49: 347-59.
3. Fotherby K et al. A preliminary pharmacological trial of the monthly injectable contraceptive Cycloprovera. *Contraception*, 1982; 25: 261-72.
4. Garza-Flores J et al. A multicentered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of Depoprovera. *Contraception*, 1987; 36: 441-57.
5. Said S et al. A multicentered phase III comparative study of two hormonal contraceptive preparations given once-a-month by intramuscular injection: I. Contraceptive efficacy and side effects. *Contraception*, 1988; 37: 1-20.
6. Meng Y-X et al. Hemostatic changes in women using a monthly injectable contraceptive for one year. *Contraception*, 1990; 455-66.
7. Kesserü EV et al. A multicentered, two-year, phase III clinical trial of noreisterone enanthate 50 mg plus estradiol valerate 5 mg as a monthly injectable contraceptive. *Contraception*, 1991; 44: 589-98.
8. Haiba NA et al. Clinical evaluation of two monthly injectable contraceptives and their effects on some metabolic parameters. *Contraception*, 1989; 39: 619-32.
9. Pierson RA et al. Ortho Evra/Evra versus oral contraceptives: follicular development and ovulation in normal cycles and after an intentional dosing error. *Fertility & Sterility*, 2003; 80: 34-42.
10. Audet M-C et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2001; 285: 2347-54.
11. Smallwood GH et al. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstetrics and Gynecology*, 2001; 98: 799-805.
12. Helmerhorst FM et al. Comparison of efficacy, cycle control, compliance and safety in users of a contraceptive patch vs. an oral contraceptive. XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics [FC 2.30.06], Washington DC, USA, 3-8 September 2000.
13. Dittrich R et al. Transdermal contraception: evaluation of three transdermal norelgestromin/ethinylestradiol doses in a randomized, multicenter, dose-response study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002; 186: 15-20.
14. Abrams LS et al. Pharmacokinetics of a contraceptive patch (Evra/Ortho Evra) containing norelgestromin and ethinylestradiol at four application sites. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2002; 53: 141-6.
15. Abrams LS et al. Multiple-dose pharmacokinetics of a contraceptive patch in healthy women participants. *Contraception*, 2001; 64: 287-94.
16. Abrams LS et al. Pharmacokinetics of norelgestromin and ethinylestradiol delivered by a contraceptive patch (Ortho Evra/Evra) under conditions of heat, humidity, and exercise. *Journal of Clinical Pharmacology*, 2001; 41: 1301-9.
17. Ziemann M. The introduction of a transdermal hormonal contraceptive (Ortho Evra/Evra). *Fertility & Sterility*, 2002; 77 (2): s1-s2.
18. Burkman, RT. The transdermal contraceptive patch: a new approach to hormonal contraception. *International Journal of Fertility*, 2002; 47: 69-76.
19. Stone SC. Desogestrel. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1995; 38: 821-8.
20. Mulders TMT, Dieben TOM. Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NuvaRing for ovulation inhibition. *Fertility & Sterility*, 2001; 75: 865-70.
21. Timmer CJ, Mulders TMT. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clinical Pharmacokinetics*, 2000; 39: 233-42.
22. Bjarnadottir RI, Tuppurainen M, Killick SR. Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002; 186: 389-95.
23. Dieben TOM, Roumen FJME, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstetrics and Gynecology*, 2002; 100: 585-93.
24. Roumen FJME et al. The cervico-vaginal epithelium during 20 cycles of use of a combined contraceptive vaginal ring. *Human Reproduction*, 1996; 11: 2443-8.
25. Davies GC, Feng LX, Newton JR. The effects of a combined contraceptive vaginal ring releasing ethinylestradiol and 3-ketodesogestrel on vaginal flora. *Contraception*, 1992; 45: 511-8.

CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)

INDICE

CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA	73
Gravidanza	73
Età	73
Parità	74
Allattamento al seno	74
Post-parto	75
Post-aborto	75
Pregressa gravidanza extrauterina	75
Storia di chirurgia pelvica	75
Fumo	75
Obesità	76
Misurazione della pressione arteriosa non disponibile	76
MALATTIE CARDIOVASCOLARI	76
Fattori multipli di rischio per malattie arteriose cardiovascolari	76
Ipertensione arteriosa	77
Pregressa ipertensione gestazionale	78
Trombosi venosa profonda (DVT)/Embolia polmonare (PE)	78
Mutazioni trombogeniche	78
Trombosi venosa superficiale	79
Cardiopatía ischemica attuale e passata	79
Ictus	79
Iperlipidemia conosciuta	79
Cardiopatía valvolare	79
CONDIZIONI NEUROLOGICHE	79
Cefalea/Emicrania	79
Epilessia	80
DISTURBI DEPRESSIVI	80
Disturbi depressivi	80
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO	80
Tipo di perdita ematica vaginale	80
Perdita ematica vaginale inspiegata	81
Endometriosi	81
Tumori ovarici benigni	81
Dismenorrea grave	81

Malattia del trofoblasto	81
Ectropion cervicale	81
Neoplasia Intraepiteliale Cervicale (CIN)	81
Cancro cervicale	81
Tumore al seno	82
Cancro dell'endometrio	82
Cancro ovarico	82
Fibromi uterini	82
Malattia Infiammatoria Pelvica (PID)	82
MST	83
HIV/AIDS	83
Alto rischio di HIV	83
Infezione da HIV	83
AIDS	83
ALTRE INFEZIONI	84
Schistosomiasi	84
Tubercolosi	84
Malaria	84
CONDIZIONI ENDOCRINE	84
Diabete	84
Disturbi della tiroide	85
CONDIZIONI GASTROINTESTINALI	85
Colecistopatie	85
Storia di colestasi	85
Epatite virale	85
Cirrosi	85
Tumori del fegato	85
ANEMIE	86
Talassemia	86
Anemia falciforme	86
Anemia da carenza di ferro	86
INTERAZIONI FARMACOLOGICHE	86
Farmaci che agiscono sugli enzimi epatici	86
Antibiotici	86
Terapia antiretrovirale	87
Commenti addizionali	88
Bibliografia	91

CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)

POP = Pillola di solo progestinico (POP)

D/NE = Deposito di medrossiprogesterone acetato (DMPA)/noretisterone enantato (NET-EN)

LNG/ETG = Impianti di Levonorgestrel (Norplant e Jadelle) e impianti di etonogestrel (Implanon)

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	POP	D/NE	LNG/ETG	
	CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)			
I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.				
CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA				
GRAVIDANZA	NA	NA	NA	<i>Chiarimento:</i> L'utilizzo di POC non è richiesto. L'utilizzo incidentale di POC durante la gravidanza non sembra nuocere alla donna, al decorso della sua gravidanza, o al feto. Tuttavia, resta incerta la relazione tra l'utilizzo di DMPA durante la gravidanza e i suoi effetti sul feto.
ETÀ* a) Dal menarca a < 18 anni	1	2	1	<i>Evidenze:</i> Informazioni limitate dimostrano una diminuzione nel tempo della densità ossea minerale tra utilizzatrici di DMPA adolescenti, ma non tra utilizzatrici di impianti di levonorgestrel. Nessuno studio ha esaminato se l'utilizzo di DMPA tra le adolescenti influenzi i valori del picco di massa ossea (1-5).
b) Dai 18 ai 45 anni	1	1	1	<i>Evidenze:</i> In generale, le utilizzatrici di DMPA presentano una diminuzione della densità minerale ossea rispetto alle non utilizzatrici; solitamente, tale diminuzione resta entro una deviazione standard dei valori normali (6). I risultati per le utilizzatrici di Norplant sono contrastanti (6). Uno studio sulle utilizzatrici di Implanon ha dimostrato che non vi erano stati cambiamenti nella densità minerale ossea per due anni (7).

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)	I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	POP	D/NE	LNG/ETG	
c) > 45 anni	1	2	1	<i>Evidenze:</i> Le donne che utilizzavano DMPA da più tempo presentavano una diminuzione nella densità minerale ossea rispetto alle donne che non ne facevano uso. Tuttavia, prove limitate hanno dimostrato che le donne guadagnavano massa ossea in seguito alla discontinuazione di DMPA prima della menopausa. Inoltre, tra donne in post-menopausa, non vi era differenza nella densità minerale ossea tra utilizzatrici abituali di DMPA e donne che non ne avevano mai fatto uso (8-13).
PARITÀ a) Nullipara b) Con figli	1 1	1 1	1 1	
ALLATTAMENTO AL SENO a) < 6 settimane post-parto	3	3	3	<i>Chiarimento:</i> Si teme che il neonato possa essere a rischio di esposizione a ormoni steroidei durante le prime 6 settimane dopo il parto. Tuttavia, in molti contesti, la morbosità dovuta alla gravidanza e i rischi di mortalità sono alti, e l'accesso ai servizi è limitato. In tali contesti, i POC potrebbero essere uno dei pochi metodi ampiamente disponibili e accessibili alle donne che allattano al seno subito dopo il parto. <i>Evidenze:</i> Alcuni studi hanno dimostrato che tra donne che allattano al seno meno di 6 settimane dopo il parto, i contraccettivi di solo progesterone non influenzano sull'allattamento né sulla salute e la crescita del bambino. Tuttavia, non vi sono dati che valutino gli effetti dell'esposizione al progesterone attraverso il latte materno sullo sviluppo del cervello e del fegato (14-38).

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)	I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	POP	D/NE	LNG/ETG	
b) ≥ 6 settimane a < 6 mesi post-parto (con allattamento al seno esclusivo)	1	1	1	
c) ≥ 6 mesi post-parto	1	1	1	
POST-PARTO* (in donne che non allattano al seno)				
a) < 21 giorni	1	1	1	
b) ≥ 21 giorni	1	1	1	
POST-ABORTO				
a) Primo trimestre	1	1	1	<i>Chiarimento:</i> I POC possono essere somministrati subito dopo l'aborto. <i>Evidenze:</i> Prove limitate suggeriscono che non vi sono effetti collaterali avversi quando si assumono Norplant o NET-EN dopo un aborto del primo trimestre (39-42).
b) Secondo trimestre	1	1	1	
c) Immediatamente dopo un aborto settico	1	1	1	
PREGRESSA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA*	2	1	1	
STORIA DI CHIRURGIA PELVICA	1	1	1	
FUMO				
a) Età < 35 anni	1	1	1	
b) Età ≥ 35 anni				
▪ <15 sigarette/giorno	1	1	1	
▪ ≥15 sigarette/giorno	1	1	1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)	I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	POP	D/NE	LNG/ETG	
OBESITÀ ≥ 30 kg/m ² di indice di massa corporea (BMI)	1	1	1	<i>Evidenze:</i> Gli studi forniscono prove discordanti circa la possibilità che le donne obese siano esposte a maggior rischio di aumento di peso e a problemi di sanguinamenti con l'utilizzo di DMPA rispetto alle donne non obese che utilizzano DMPA (43-45). Gli studi dimostrano che le donne obese non sperimentano diminuzioni di efficacia quando utilizzano capsule morbide di Norplant o Jadelle (46-48).
MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA NON DISPONIBILE	NA	NA	NA	<i>Chiarimento:</i> E' preferibile che la pressione arteriosa sia misurata prima dell'inizio dell'utilizzo di POC. Tuttavia, in alcuni contesti, le misurazioni della pressione arteriosa non sono disponibili. In molti di questi ambienti, la morbosità dovuta ad una gravidanza e i rischi di mortalità sono alti, e i POC sono uno dei pochi metodi ampiamente disponibili. In tali contesti, alle donne non dovrebbe essere negato l'utilizzo di POC semplicemente perché la loro pressione arteriosa non può essere misurata.
MALATTIE CARDIOVASCOLARI				
FATTORI MULTIPLI DI RISCHIO PER MALATTIE ARTERIOSE CARDIOVASCOLARI (ad esempio età avanzata, fumo, diabete e ipertensione)	2	3	2	<i>Chiarimento:</i> Quando sussistono fattori di rischio multipli e importanti, il rischio di malattia cardiovascolare può aumentare sensibilmente. Sebbene tale aumento sia sensibilmente inferiore a quello provocato dai COC, alcuni POC possono aumentare il rischio di trombosi. Gli effetti di DMPA e NET-EN possono persistere per diverso tempo dopo la sospensione.

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)	I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	POP	D/NE	LNG/ETG	
IPERTENSIONE ARTERIOSA*				
Per tutte le categorie di ipertensione, le classificazioni si basano sul presupposto che non sussistano altri fattori di rischio per malattie cardiovascolari. Quando invece sussistono fattori di rischio multipli, il rischio di malattia cardiovascolare può aumentare sensibilmente. Una singola misurazione della pressione arteriosa non basta per classificare una donna come ipertesa.				
a) Storia di ipertensione, dove la pressione arteriosa NON PUO' essere valutata (inclusa l'ipertensione gestazionale)	2	2	2	Chiarimento: E' preferibile che la pressione arteriosa sia misurata prima di iniziare l'assunzione di POC. Tuttavia, in alcuni contesti, le misurazioni della pressione arteriosa non sono disponibili. In molti di questi contesti, i rischi di morbosità e mortalità dovute alla gravidanza sono alti, e i POC sono uno dei pochi metodi ampiamente disponibili. In tali contesti, alle donne non dovrebbe essere negato l'utilizzo di POC semplicemente perché la loro pressione arteriosa non può essere misurata.
b) Ipertensione arteriosa adeguatamente controllata, dove la pressione arteriosa PUO' essere valutata	1	2	1	Chiarimento: Le donne trattate adeguatamente per l'ipertensione sono a minor rischio di infarto miocardico acuto e di ictus rispetto alle donne non trattate. Sebbene non ci siano dati, le utilizzatrici di POC con un'ipertensione adeguatamente controllata e monitorata, dovrebbero essere a minor rischio di infarto miocardico acuto e di ictus rispetto alle utilizzatrici di POC ipertese non curate.
c) Ipertensione arteriosa (misurazioni prese correttamente) ■ sistolica 140-159 o diastolica 90-99 ■ sistolica ≥160 o diastolica ≥ 100	1	2	1	Evidenze: Informazioni limitate suggeriscono che tra le donne ipertese, quelle che fanno uso di POP o contraccettivi iniettabili di solo progesterone, presentano un lieve aumento del rischio di disturbi cardiovascolari rispetto alle donne che non utilizzano tali metodi (49).
d) Malattia vascolare	2	3	2	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	POP	D/NE	LNG/ETG	
	CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)	I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.		
PREGRESSA IPERTENSIONE GESTAZIONALE (dove la pressione arteriosa attuale è misurabile e normale)	1	1	1	
TROMBOSI VENOSA PROFONDA (DVT)/ EMBOLIA POLMONARE (PE)* a) Storia di DVT/PE b) Attuale DVT/PE c) Storia familiare di DVT/PE (parenti di primo grado) d) Chirurgia maggiore ▪ con immobilizzazione prolungata ▪ senza immobilizzazione prolungata e) Chirurgia minore senza immobilizzazione	2 3 1 2 1 1	2 3 1 2 1 1	2 3 1 2 1 1	
MUTAZIONI TROMBOGENICHE (ad esempio Fattore V Leiden; mutazione della Protrombina; deficit di Proteina S, Proteina C, e Antitrombina III)	2	2	2	<i>Chiarimento:</i> Lo screening di routine non è appropriato per via della rarità di queste condizioni e dell'alto costo dello screening.

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)	I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.					
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE		
	POP	D/NE	LNG/ETG			
TROMBOSI VENOSA SUPERFICIALE a) Vene varicose b) Tromboflebite superficiale	1 1	1 1	1 1			
CARDIOPATIA ISCHEMICA ATTUALE E PASSATA*	I C 2 3	3	I C 2 3			
ICTUS* (storia di evento cerebrovascolare)	2 3	3	2 3			
IPERLIPIDEMIA CONOSCIUTA	2	2	2	<i>Chiarimento:</i> Lo screening di routine non è appropriato per via della rarità di queste condizioni e per l'alto costo dello screening. Alcuni tipi di iperlipidemia costituiscono fattori di rischio di malattia vascolare.		
CARDIOPATIA VALVOLARE a) Non complicata b) Complicata (ipertensione polmonare, rischio di fibrillazione atriale, storia di endocardite batterica subacuta)	1 1	1 1	1 1			
CONDIZIONI NEUROLOGICHE						
CEFALEA/EMICRANIA*	I C	I C	I C	<i>Chiarimento:</i> La classificazione si basa su un'accurata diagnosi delle cefalee gravi con emicrania e di quelle senza emicrania. Ogni nuovo tipo di cefalea o cambiamento considerevole dovrebbero essere valutati. La classificazione vale per le donne senza altri fattori di rischio per ictus. Il rischio di ictus aumenta con l'età, l'ipertensione e il fumo.		
a) Senza emicrania (lieve o grave)	1 1	1 1	1 1			

* Si vedano anche i commenti aggiuntivi in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)	I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.						
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione						CHIARIMENTI/EVIDENZE
	POP		D/NE		LNG/ETG		
b) Emicrania ▪ senza aura Età < 35 Età ≥ 35 ▪ con aura, a qualsiasi età	I	C	I	C	I	C	
	1	2	2	2	2	2	
	1	2	2	2	2	2	
	2	3	2	3	2	3	
EPILESSIA	1		1		1		<i>Chiarimento:</i> Se una donna assume anticonvulsivanti, si veda la sezione sulle interazioni farmacologiche. Certi anticonvulsivanti diminuiscono l'efficacia dei POC.
DISTURBI DEPRESSIVI							
DISTURBI DEPRESSIVI	1		1		1		<i>Chiarimento:</i> La classificazione si basa su dati di donne con determinati disturbi depressivi. Non erano disponibili dati sui disturbi bipolari o sulla depressione post-parto. Vi sono potenziali interazioni farmacologiche tra certi antidepressivi e i contraccettivi ormonali. <i>Evidenze:</i> I POC non aumentano i sintomi della depressione nelle donne depresse rispetto alla linea di base (50-53).
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO							
TIPO DI PERDITA EMATICA VAGINALE*							
a) Perdite irregolari senza sanguinamenti abbondanti	2		2		2		<i>Chiarimento:</i> Raramente le perdite abbondanti dovrebbero far sorgere il sospetto di una grave condizione sottostante.
b) Perdite abbondanti o prolungate (sia di tipo regolare che irregolare)	2		2		2		

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	POP	D/NE	LNG/ETG	
	CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC) I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
PERDITA EMATICA VAGINALE INSPIEGATA* (con sospetto di grave condizione sottostante) ■ Prima della valutazione	2	3	3	<i>Chiarimento:</i> Se si sospetta una gravidanza o una condizione patologica sottostante (come tumore pelvico maligno), è necessario valutarla e la categoria deve essere corretta dopo la valutazione.
ENDOMETRIOSI	1	1	1	
TUMORI OVARICI BENIGNI (includere le cisti)	1	1	1	
DISMENORREA GRAVE	1	1	1	
MALATTIA DEL TROFOBLASTO a) Malattia gestazionale benigna del trofoblasto b) Malattia gestazionale maligna del trofoblasto	1 1	1 1	1 1	
ECTROPION CERVICALE	1	1	1	
NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)	1	2	2	<i>Evidenze:</i> In caso di infezione HPV persistente, l'utilizzo prolungato di DMPA (≥ 5 anni) può aumentare il rischio di carcinoma in situ e di carcinoma invasivo (54).
CANCRO CERVICALE (in attesa di trattamento)*	1	2	2	

* Si vedano anche i commenti aggiuntivi in fondo alla tabella.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	POP	D/NE	LNG/ETG	
	CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)	I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.		
TUMORE AL SENO* a) Massa non diagnosticata b) Tumore benigno al seno c) Storia familiare di cancro d) Cancro al seno ▪ attuale ▪ passato e senza evidenza di malattia in corso da 5 anni	2 1 1 4 3	2 1 1 4 3	2 1 1 4 3	<i>Chiarimento:</i> Da valutare appena possibile.
CANCRO DELL'ENDOMETRIO*	1	1	1	
CANCRO OVARICO*	1	1	1	
FIBROMI UTERINI* a) Senza distorsione della cavità uterina b) Con distorsione della cavità uterina	1 1	1 1	1 1	
MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID)* a) PID pregressa (ipotizzando che non sussistano fattori attuali di rischio di MST) ▪ con successiva gravidanza ▪ senza successiva gravidanza b) PID in corso	1 1 1	1 1 1	1 1 1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)		I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.		
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	POP	D/NE	LNG/ETG	
MST*				
a) Cervicite purulenta o infezione da clamidia o gonorrea in corso	1	1	1	<i>Evidenze:</i> Informazioni limitate suggeriscono che ci possa essere un aumento del rischio di cervicite da clamidia tra le utilizzatrici di DMPA ad alto rischio di MST. Per le altre MST, l'evidenza dimostra che non c'è associazione tra l'utilizzo di DMPA e la contrazione di MST, oppure i dati sono troppo limitati per trarre conclusioni. Non ci sono evidenze per altri POC (55-61).
b) Altre MST (escluse HIV ed epatite)	1	1	1	
c) Vaginite (incluse trichomonas vaginalis e vaginosi batterica)	1	1	1	
d) Alto rischio di MST	1	1	1	
HIV/AIDS				
ALTO RISCHIO DI HIV*	1	1	1	<i>Evidenze:</i> Nel complesso, l'evidenza è discordante circa il possibile aumento del rischio di contrazione di HIV tra le utilizzatrici di POC rispetto alle non utilizzatrici (62-78).
INFEZIONE DA HIV	1	1	1	<i>Evidenze:</i> Gli studi sono conflittuali circa il possibile aumento del rischio di HIV e di virus di herpes simplex (HSV) tra donne affette da HIV che utilizzano DMPA (79-81).
AIDS	1	1	1	<i>Chiarimento:</i> Se una donna sta effettuando una terapia antiretrovirale (ARV), si veda la sezione sulle interazioni farmacologiche. Poiché ci possono essere interazioni farmacologiche tra contraccettivi ormonali e ARV, l'AIDS con terapia ARV è classificato sotto la categoria 2.
▪ In terapia ARV	2	2	2	

* Si vedano anche i commenti aggiuntivi in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)	I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	POP	D/NE	LNG/ETG	
ALTRE INFEZIONI				
SCHISTOSOMIASI				
a) Semplice	1	1	1	<i>Evidenze:</i> Tra donne con schistosomiasi semplice, è stato dimostrato che l'utilizzo di DMPA non provoca effetti avversi sulla funzionalità epatica (82).
b) Fibrosi del fegato (se grave, si veda la cirrosi)	1	1	1	
TUBERCOLOSI				
a) Non pelvica	1	1	1	<i>Chiarimento:</i> Se una donna sta assumendo rifampicina, si veda la sezione sulle interazioni farmacologiche. La rifampicina tende a ridurre l'efficacia dei POC.
b) Pelvica	1	1	1	
MALARIA	1	1	1	
CONDIZIONI ENDOCRINE				
DIABETE*				
a) Storia di diabete gestazionale	1	1	1	
b) Malattia non vascolare				
▪ non dipendente da insulina	2	2	2	
▪ dipendente da insulina	2	2	2	
c) Nefropatia/ Retinopatia/ Neuropatia	2	3	2	
d) Altra malattia vascolare o diabete di durata > 20 anni	2	3	2	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)	I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	POP	D/NE	LNG/ETG	
DISTURBI DELLA TIROIDE a) Gozzo semplice b) Iper tiroidismo c) Ipotiroidismo	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
CONDIZIONI GASTROINTESTINALI				
COLECISTOPATIE a) Sintomatica ■ curata con colecistectomia ■ curata con terapia medica ■ in corso b) Asintomatica	2 2 2 2	2 2 2 2	2 2 2 2	
STORIA DI COLESTASI* a) Associata alla gravidanza b) Passata e associata ad un pregresso uso di COC o CIC	1 2	1 2	1 2	
EPATITE VIRALE * a) Attiva b) Portatrice	3 1	3 1	3 1	
CIRROSI* a) Lieve (compensata) b) Grave (scompensata)	2 3	2 3	2 3	
TUMORI DEL FEGATO* a) Benigno (adenoma) b) Maligno (epatoma)	3 3	3 3	3 3	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)	I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	POP	D/NE	LNG/ETG	
ANEMIE				
TALASSEMIA	1	1	1	
ANEMIA FALCIFORME	1	1	1	<i>Evidenze:</i> Tra donne con anemia falciforme, l'utilizzo di POC non provoca effetti avversi sui parametri ematologici e, secondo alcuni studi, ha un effetto benefico sulla sintomatologia (83-90).
ANEMIA DA CARENZA DI FERRO*	1	1	1	
INTERAZIONI FARMACOLOGICHE				
FARMACI CHE AGISCONO SUGLI ENZIMI EPATICI a) Rifampicina b) Alcuni anticonvulsivanti (fenitoina, carmabazepina, barbiturici, primidone, topiramato, oxcarbazepina)	3 3	2 2	3 3	<i>Chiarimento:</i> Sebbene l'interazione della rifampicina o di certi anticonvulsivanti con i POP e gli impianti di LNG/ETG non sia dannoso per le donne, tende a ridurre l'efficacia dei POP e degli impianti di LNG/ETG. Per le donne che utilizzano da tempo uno di questi farmaci, dovrebbe essere incoraggiato l'utilizzo di altri contraccettivi. Resta incerto se l'aumento della dose ormonale dei POC possa alleviare questo problema. <i>Evidenze:</i> L'utilizzo di certi anticonvulsivanti riduce l'efficacia contraccettiva dei POC (91-93).
ANTIBIOTICI (esclusa la rifampicina) a) Griseofulvina b) Altri antibiotici	2 1	1 1	2 1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONTRACCETTIVI DI SOLO PROGESTINICO (POC)	I POC non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	POP	D/NE	LNG/ETG	
TERAPIA ANTIRETROVIRALE	2	2	2	<p><i>Chiarimento:</i> E' importante notare che i farmaci antiretrovirali (ARV) hanno la capacità di diminuire o di aumentare la biodisponibilità degli ormoni steroidei nei contraccettivi ormonali. I pochi dati disponibili (descritti nell'Allegato 1) suggeriscono che le potenziali interazioni farmacologiche tra molti ARV [in particolare certi inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa (NNRTI) e inibitori della proteasi (PI)] e contraccettivi ormonali potrebbero alterare la sicurezza e l'efficacia sia dei contraccettivi ormonali sia degli ARV. Non è noto se l'efficacia dei contraccettivi iniettabili di solo progestinico (come medrossiprogesterone acetato deposito e noretisterone enantato) venga compromessa, poiché questi metodi garantiscono che la concentrazione di ormoni nel sangue sia più alta rispetto a quella data da altri contraccettivi ormonali a base di solo progestinico, così come rispetto ai contraccettivi orali combinati. Gli studi proseguono per valutare potenziali interazioni tra medrossiprogesterone acetato deposito e determinati farmaci PI e NNRTI. Pertanto, se una donna sotto ARV decide di iniziare o continuare l'utilizzo di contraccettivi ormonali, si consiglia l'utilizzo regolare di preservativi per prevenire la trasmissione di HIV e anche per compensare ogni eventuale riduzione dell'efficacia del contraccettivo ormonale.</p>

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

COMMENTI ADDIZIONALI

ETÀ

Dal menarca a < 18 anni: per le donne sotto i 18 anni, esistono preoccupazioni teoriche circa gli effetti ipoestrogenici dati dall'utilizzo di DMPA, ed anche il raggiungimento del loro picco di massa ossea appropriata.

> 45 anni: per le donne sopra i 45 anni, esistono preoccupazioni teoriche circa gli effetti ipoestrogenici dati dall'utilizzo di DMPA, ad esempio, se queste donne riguan-dagneranno tutta la massa ossea persa dopo la sospensione di DMPA.

POST-PARTO

< 21 giorni: i POC possono essere utilizzati in modo sicuro da donne che subito dopo il parto non allattano al seno.

PREGRESSA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA

I POP presentano un tasso complessivo di gravidanza extrauterina superiore rispetto ad altri POC, ma sempre inferiore rispetto all'assenza di metodo contraccettivo.

IPERTENSIONE

Malattia vascolare: c'è preoccupazione circa gli effetti ipoestrogenici e la riduzione dei livelli di HDL, in particolare tra le utilizzatrici di DMPA e NET-EN. Tuttavia, tali effetti si temono poco per i POP o gli impianti LNG/ETG. Gli effetti di DMPA e NET-EN possono persistere per diverso tempo dopo la sospensione.

TROMBOSI VENOSA PROFONDA (DVT)/EMBOLIA POLMONARE (PE)

Alcuni POC possono aumentare il rischio di trombosi venosa, sebbene tale aumento sia sensibilmente inferiore rispetto ai COC.

CARDIOPATIA ISCHEMICA ATTUALE E PASSATA

C'è preoccupazione circa gli effetti ipoestrogenici e la riduzione dei livelli di HDL, in particolare tra utilizzatrici di DMPA e NET-EN. Tuttavia, tali effetti si temono poco per i POP o gli impianti LNG/ETG. Gli effetti di DMPA e NET-EN possono persistere per diverso tempo dopo la sospensione.

ICTUS

C'è preoccupazione circa gli effetti ipoestrogenici e la riduzione dei livelli di HDL, in particolare tra utilizzatrici di DMPA e NET-EN. Tuttavia, tali effetti si temono poco con per i POP o gli impianti LNG/ETG. Gli effetti di DMPA e NET-EN possono persistere per diverso tempo dopo la sospensione.

CEFALEA/EMICRANIA

L'aura è uno specifico sintomo neurologico focale. Per ulteriori informazioni su questo e altri criteri diagnostici, si veda: Headache Classification Subcommittee of the Inter-

national Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1): 1-150.

http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

Si teme che una cefalea grave possa aumentare con l'utilizzo di NET-EN, DMPA e impianti. Gli effetti di NET-EN e DMPA possono persistere per diverso tempo dopo la sospensione.

TIPO DI PERDITA EMATICA VAGINALE

Perdite irregolari mestruali sono comuni tra donne sane. L'utilizzo di POC induce spesso un sanguinamento irregolare. L'utilizzo di impianti può indurre sanguinamenti irregolari, specialmente durante i primi 3-6 mesi, ma tali perdite possono persistere anche più a lungo. Le utilizzatrici di ETG tendono più spesso a sviluppare amenorrea rispetto alle utilizzatrici di LNG.

PERDITA EMATICA VAGINALE INSPIEGATA

I POC possono causare sanguinamenti irregolari che possono mascherare i sintomi di una patologia sottostante. Gli effetti di DMPA e NET-EN possono persistere per del tempo dopo la sospensione.

CANCRO CERVICALE (in attesa di trattamento)

Esiste qualche preoccupazione teorica che l'utilizzo di POC possa influire sulla prognosi della malattia esistente. In attesa di trattamento, le donne possono utilizzare i POC. In generale, il trattamento di questa condizione rende la donna sterile.

TUMORE AL SENO

Cancro al seno: Il cancro al seno è un tumore sensibile agli ormoni e la prognosi di donne con cancro al seno attuale o recente, può aggravarsi con l'utilizzo di POC.

CANCRO DELL'ENDOMETRIO

In attesa di trattamento, le donne possono utilizzare i POC. In generale, il trattamento di questa condizione rende la donna sterile.

CANCRO OVARICO

In attesa di trattamento, le donne possono utilizzare i POC. In generale, il trattamento di questa condizione rende la donna sterile.

FIBROMI UTERINI

I POC non sembrano causare lo sviluppo di fibromi uterini.

MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID)

Non è certo se i POC, come i COC, riducano il rischio di PID tra donne con MST, ma non proteggono contro HIV o MST del tratto genitale inferiore.

MST

Non è certo se i POC, come i COC, riducano il rischio di PID tra donne con MST, ma non proteggono contro HIV o MST del tratto genitale inferiore.

ALTO RISCHIO DI HIV

Non è certo se i POC, come i COC, riducano il rischio di PID tra donne con MST, ma non proteggono contro HIV o MST del tratto genitale inferiore.

DIABETE

Malattia non vascolare: i POC possono alterare il metabolismo dei carboidrati. *Nefropatia, Retinopatia, Neuropatia:* esiste una preoccupazione teorica circa gli effetti ipoestrogenici e i bassi livelli di HDL, in particolare tra le utilizzatrici di DMPA e NET-EN. Gli effetti di DMPA e NET-EN possono persistere per diverso tempo dopo la sospensione. Alcuni POC possono aumentare il rischio di trombosi, sebbene tale aumento sia sensibilmente inferiore rispetto a quello dovuto ai COC.

Altra malattia vascolare o diabete di durata > 20 anni: esiste una preoccupazione teorica circa gli effetti ipoestrogenici e i bassi livelli di HDL, in particolare tra le utilizzatrici di DMPA e NET-EN. Gli effetti di DMPA e NET-EN possono persistere per diverso tempo dopo la sospensione. Alcuni POC possono aumentare il rischio di trombosi, sebbene tale aumento sia sensibilmente inferiore rispetto a quello dovuto ai COC.

STORIA DI COLESTASI

Teoricamente, una storia di colestasi associata ai COC può presagire una successiva colestasi con l'utilizzo di POC. Tuttavia, questo non è stato documentato.

EPATITE VIRALE

Attiva: i POC sono metabolizzati dal fegato e il loro uso può ripercuotersi negativamente sulle donne la cui funzione epatica è compromessa. Tale preoccupazione è simile, seppur inferiore, a quella avvertita per i COC.

CIRROSI

I POC sono metabolizzati dal fegato e il loro uso può ripercuotersi negativamente sulle donne la cui funzione epatica è compromessa. Tale preoccupazione è simile, seppur inferiore, a quella avvertita per i COC.

TUMORI DEL FEGATO

I POC sono metabolizzati dal fegato e il loro uso può ripercuotersi negativamente sulle donne la cui funzione epatica è compromessa. Inoltre, l'utilizzo di POC può favorire la crescita di tumori. Tale preoccupazione è simile, seppur inferiore, a quella avvertita per i COC.

ANEMIA DA CARENZA DI FERRO

I cambiamenti nel pattern mestruale associati all'utilizzo di POC hanno uno scarso effetto sui livelli di emoglobina.

BIBLIOGRAFIA

1. Busen NH, Britt RB, Rianon N. Bone mineral density in a cohort of adolescent women using deposito di medrossiprogesterone acetate for one to two years. *Journal of Adolescent Health*, 2003; 32: 257-9.
2. Cromer BA et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving deposito di medrossiprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *Journal of Pediatrics*, 1996; 129: 671-6.
3. Cundy T et al. Spinal bone density in women using deposito di medrossiprogesterone contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 1998; 92: 569-73.
4. Lappe JM, Stegman MR, Recker RR. The impact of lifestyle factors on stress fractures in female army recruits. *Osteoporosis International*, 2001; 12: 35-42.
5. Tharnprisan W, Taneepanichskul S. Bone mineral density in adolescent and young Thai girls receiving oral contraceptives compared with deposito di medrossiprogesterone acetate: a cross-sectional study in young Thai women. *Contraception*, 2002; 66: 101-3.
6. Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestogen-only contraceptives and bone mineral density. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001; 108: 1214-21.
7. Beerhuizen R et al. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Human Reproduction*, 2000; 15: 118-22.
8. Cundy T et al. Recovery of bone density in women who stop using medrossiprogesterone acetate. *BMJ*, 1994; 308: 247-8.
9. Cundy T, Reid I. Deposito di medrossiprogesterone and bone density. *BMJ*, 1994; 308: 1567-8.
10. Cundy T et al. Menopausal bone loss in long-term users of deposito di medrossiprogesterone acetate contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002; 186: 978-83.
11. Gbolade B et al. Bone density in long term users of deposito di medrossiprogesterone acetate. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1998; 105: 790-4.
12. Orr-Walker BJ et al. The effect of past use of the injectable contraceptive deposito di medrossiprogesterone acetate on bone mineral density in normal post-menopausal women. *Clinical Endocrinology*, 1998; 49: 615-8.
13. Tang OS et al. Further evaluation on long-term deposito di medrossiprogesterone acetate use and bone mineral density: a longitudinal cohort study. *Contraception*, 2000; 62: 161-4.
14. Abdel-Aleem H et al. The use of nomegestrol acetate subdermal contraceptive implant, Uniplant, during lactation. *Contraception*, 1996; 54: 281-6.
15. Abdulla KA et al. Effect of early postpartum use of the contraceptive implants, Norplant, on the serum levels of immunoglobulins of the mothers and their breastfed infants. *Contraception*, 1985; 32: 261-6.
16. Bjarnadottir RI et al. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001; 108: 1174-80.
17. Croxatto HB et al. Fertility regulation in nursing women. Comparative performance of progesterone implants versus placebo and copper T. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1982; 144: 201-8.
18. Diaz S et al. Fertility regulation in nursing women. VI. Contraceptive effectiveness of a subdermal progesterone implant. *Contraception*, 1984; 30: 311-25.
19. Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002; 186: 1250-6.
20. Hannon PR et al. The influence of medrossiprogesterone on the duration of breast-feeding in mothers in an urban community. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1997; 151: 490-6.
21. Jimenez J et al. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving deposito di medrossiprogesterone acetate. *Contraception*, 1984; 30: 523-33.
22. Kamal I et al. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation: clinical effects of steroids on the initiation of lactation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1970; 108: 655-8.
23. Karim M et al. Injected progestogen and lactation. *British Medical Journal*, 1971; 1: 200-3.
24. Massai R et al. Preregistration study on the safety and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring in Chilean nursing women. *Contraception*, 1999; 60: 9-14.
25. McCann MF et al. The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breast-feeding. *Contraception*, 1989; 40: 635-48.
26. McEwan JA et al. Early experience in contraception with a new progestogen. *Contraception*, 1977; 16: 339-50.
27. Melis GB et al. Noretisterone enanthate as an injectable contraceptive in puerperal and non-puerperal women. *Contraception*, 1981; 23: 77-88.
28. Moggia AV et al. A comparative study of a progestin-only oral contraceptive versus non-hormonal methods in lactating women in Buenos Aires, Argentina. [Erratum appears in *Contraception*, 1991 Sep; 44 (3): 339]. *Contraception*, 1991, 44: 31-43.
29. Narducci U, Piatti N. [Use of Depo-Provera as a contraceptive during the puerperium]. *Minerva Ginecologica*, 1973; 107-11.

30. Seth U et al. Effect of a subdermal silastic implant containing norethindrone acetate on human lactation. *Contraception*, 1977; 16: 383-98.
31. Shaaban MM, Salem HT, Abdullah KA. Influence of levonorgestrel contraceptive implants, Norplant, initiated early postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1985; 32: 623-35.
32. Shaaban MM. Contraception with progestogens and progesterone during lactation. *Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*, 1991; 40: 705-10.
33. Shikary ZK et al. Pharmacodynamic effects of levonorgestrel (LNG) administered either orally or subdermally to early postpartum lactating mothers on the urinary levels of follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) and testosterone (T) in their breast-fed male infants. *Contraception*, 1986; 34: 403-12.
34. Sivin I et al. Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper I 380a iud. *Contraception*, 1997; 55: 225-32.
35. Velasquez J et al. [Effect of daily oral administration of 0.350 mg of norethindrone on lactation and chemical composition of milk]. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, 1976; 40 (237): 31-9.
36. West CP. The acceptability of a progestagen-only contraceptive during breast-feeding. *Contraception*, 1983; 27: 563-9.
37. Zanartu J, Aguilera E, Munoz-Pinto G. Maintenance of lactation by means of continuous low-dose progestogen given post-partum as a contraceptive. *Contraception*, 1976; 13: 313-8.
38. Reinprayoon D et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon) on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. *Contraception*, 2000; 62: 239-46.
39. Kurunmaki H. Contraception with levonorgestrel-releasing subdermal capsules, Norplant, after pregnancy termination. *Contraception*, 1983; 27: 473-82.
40. Kurunmaki H et al. Immediate postabortal contraception with Norplant: levonorgestrel, gonadotropin, estradiol, and progesterone levels over two postabortal months and return of fertility after removal of Norplant capsules. *Contraception*, 1984; 30: 431-42.
41. Lahteenmaki P, Toivonen J, Lahteenmaki PL. Postabortal contraception with noretisterone enanthate injections. *Contraception*, 1983; 27: 553-62.
42. Ortayli N et al. Immediate postabortal contraception with the levonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception*, 2001; 63: 309-14.
43. Connor PD et al. Determining risk between Depo-Provera use and increased uterine bleeding in obese and overweight women. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2002; 15: 7-10.
44. Leiman G. Depo-medrossiprogesterone acetate as a contraceptive agent: its effect on weight and blood pressure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1972; 114: 97-102.
45. Mangan SA, Larsen PG, Hudson S. Overweight teens at increased risk for weight gain while using deposito di medrossiprogesterone acetate. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2002; 15: 79-82.
46. Sivin I et al. Contraception with two levonorgestrel rod implants. A 5-year study in the United States and Dominican Republic. *Contraception*, 1998; 58: 275-82.
47. Sivin I et al. Prolonged effectiveness of Norplant(R) capsule implants: a 7-year study. *Contraception*, 2000; 61: 187-94.
48. Sivin I et al. Levonorgestrel concentrations during 7 years of continuous use of Jadelle contraceptive implants. *Contraception*, 2001; 64: 43-9.
49. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998; 57: 315-24.
50. Cromer BA et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medrossiprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994; 94: 687-94.
51. Gupta N et al. Mood changes in adolescents using deposito di-medrossiprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2001; 14: 71-6.
52. Westhoff C et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*, 1998; 57: 241-5.
53. Westhoff C et al. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*, 1998; 57: 237-40.
54. Smith JS et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003; 361: 1159-67.
55. Baeten JM et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001; 185: 380-5.
56. Giuliano AR et al. Human papillomavirus infection at the United States-Mexico border: implications for cervical cancer prevention and control. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2001; 10: 1129-36.
57. Jacobson DL et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000; 27: 313-9.
58. Lavreys L et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003; 187: 359-63.

59. Moscicki AB et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA*, 2001 ; 285: 2995-3002.
60. Nsofor BI, Bello CS, Ekwempu CC. Sexually transmitted disease among women attending a family planning clinic in Zaria, Nigeria. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1989; 28: 365-7.
61. Ruijs GJ et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 1988; 27: 289-97.
62. Aklilu M et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001; 15: 87-96.
63. Allen S et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993; 83: 705-10.
64. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988; 2: 201-5.
65. Cohen E, Navaline H, Metzger D. High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack- abusing and opioid-abusing African-American women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1994; 26: 233-41.
66. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994; 7: 301-9.
67. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998; 12: 75-84.
68. Kiddugavu M et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003; 17: 233-40.
69. Limpakarnjanarat K et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999; 75: 30-5.
70. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998; 178: 1053-9.
71. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995; 48: 61-7.
72. Nagachinta T et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997; 11: 1765-72.
73. Nzila N et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991; 5: 715-21.
74. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992; 166: 86-92.
75. Rehle T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992; 20: 328-31.
76. Siraprasiri T et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991; 5: 579-82.
77. Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chatrachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997; 37: 86-8.
78. Ungchusok K et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study. [erratum appears in *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998 Jun 1; 18 (2): 192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996; 12: 500-7.
79. McClelland RS et al. A prospective study of hormonal contraceptive use and cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus type 1-seropositive women. *Journal of Infectious Diseases*, 2002; 185: 1822-5.
80. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997; 350: 922-7.
81. Mostad SB et al. Cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus- infected women: effects of hormonal contraception, pregnancy, and vitamin A deficiency. *Journal of Infectious Diseases*, 2000; 181: 58-63.
82. Tagy AH et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depo-sito di Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001; 64: 173-6.
83. Adadevoh BK, Isaacs WA. The effect of megestrol acetate on sickling. *American Journal of the Medical Sciences*, 1973; 265: 367-70.
84. Barbosa IC et al. Carbohydrate Metabolism in Sickle Cell Patients Using a Subdermal Implant Containing Nomegestrol Acetate (Uniplant). *Contraception*, 2001; 63: 263-5.
85. de Abood M et al. Effects of Depo-Provera or Microgynon on the Painful Crises of Sickle Cell Anemia Patients. *Contraception*, 1997; 56: 313-6.
86. De Ceulaer K et al. Medroxyprogesterone acetate and homozygous sickle-cell disease. *Lancet*, 1982; 2: 229-31.
87. Howard RJ, Lillis C, Tuck SM. Contraceptives, Counselling, and Pregnancy in Women with Sickle Cell Disease. *BMJ*, 1993; 306: 1735-7.
88. Ladipo OA et al. Norplant use by women with sickle cell disease. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1993; 41: 85-7.

89. Nascimento ML, Ladipo OA, Coutinho E. Norgestrel acetate contraceptive implant use by women with sickle cell disease. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1998; 64: 433-8.
90. Yoong WC, Tuck SM, Yardumian A. Red cell deformability in oral contraceptive pill users with sickle cell anaemia. *British Journal of Haematology*, 1999; 104: 868-70.
91. Haukkamaa M. Contraception by Norplant subdermal capsules is not reliable in epileptic patients on anticonvulsant treatment. *Contraception*, 1986; 33: 559-65.
92. Odland V, Olsson SE. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenytoin treatment in a woman with Norplant implants. *Contraception*, 1986; 33: 257-61.
93. Shane-McWhorter L et al. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenobarbital treatment and resultant pregnancy. *Pharmacotherapy*, 1998; 18: 1360-4.

PILLOLA CONTRACCETTIVA D'EMERGENZA (ECP)

INDICE

Gravidanza	96
Allattamento al seno	96
Pregressa gravidanza extrauterina	96
Storia di gravi complicazioni cardiovascolari	96
Angina pectoris	96
Eemicrania	96
Grave malattia del fegato	96
Utilizzo ripetuto di ECP	96
Stupro	96
Commenti aggiuntivi	97

PILLOLA CONTRACCETTIVA D'EMERGENZA (ECP)

<p>PILLOLA CONTRACCETTIVA D'EMERGENZA (ECP) (incluse pillola contraccettiva di levonorgestrel e pillola contraccettiva orale combinata)</p>	<p>Gli ECP non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.</p>	
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione	CHIARIMENTI/EVIDENZE
GRAVIDANZA	NA	<i>Chiarimento:</i> Sebbene questo metodo non sia indicato per una donna in gravidanza, nota o sospettata, non sembrano esserci rischi per la donna, il corso della sua gravidanza, o il feto, se le ECP vengono incidentalmente utilizzate.
ALLATTAMENTO AL SENO	1	
PREGRESSA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA	1	
STORIA DI GRAVI COMPLICAZIONI CARDIOVASCOLARI* (cardiopatia ischemica, attacco cerebrovascolare, o altre condizioni tromboemboliche)	2	
ANGINA PECTORIS*	2	
EMICRANIA*	2	
GRAVE MALATTIA DEL FEGATO (incluso l'ittero)*	2	
UTILIZZO RIPETUTO DI ECP	1	<i>Chiarimento:</i> L'utilizzo ricorrente di ECP indica che la donna richiede ulteriore consulenza su altre opzioni contraccettive. Spesso, l'utilizzo ripetuto di ECP può essere nocivo per donne con condizioni classificate come 2, 3 o 4 per l'utilizzo di COC, CIC o POC.
STUPRO*	1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

COMMENTI ADDIZIONALI

STORIA DI GRAVI COMPLICAZIONI CARDIOVASCOLARI

La durata dell'utilizzo di ECP è inferiore a quella dell'utilizzo regolare di COC o POP e pertanto ci si aspetta che abbia un minore impatto clinico.

ANGINA PECTORIS

La durata dell'utilizzo di ECP è inferiore rispetto a quella dell'utilizzo regolare di COC o POP e pertanto ci si aspetta che abbia un minore impatto clinico.

EMICRANIA

La durata dell'utilizzo di ECP è inferiore a quella dell'utilizzo regolare di COC o POP e pertanto ci si aspetta che abbia un minore impatto clinico.

GRAVE MALATTIA AL FEGATO (incluso l'ittero)

La durata dell'utilizzo di ECP è inferiore a quella dell'utilizzo regolare di COC o POP e pertanto ci si aspetta che abbia un minore impatto clinico.

STUPRO

Non vi sono restrizioni all'utilizzo di ECP in casi di stupro.

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)

INDICE

CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA.....	101
Gravidanza	101
Età	101
Parità	101
Post-parto	101
Post-aborto	102
Pregressa gravidanza extrauterina	102
Storia di chirurgia pelvica	102
Fumo	102
Obesità	102
Misurazione della pressione arteriosa non disponibile	103
MALATTIE CARDIOVASCOLARI	103
Fattori multipli di rischio per malattie arteriose cardiovascolari	103
Ipertensione arteriosa	103
Pregressa ipertensione gestazionale	104
Trombosi venosa profonda (DVT)/Embolia polmonare (PE)	104
Mutazioni trombogeniche	105
Trombosi venosa superficiale	105
Cardiopatìa ischemica attuale e passata	105
Ictus	105
Iperlipidemia conosciuta	105
Cardiopatìa valvolare	105
CONDIZIONI NEUROLOGICHE	106
Cefalea/Eemicrania	106
Epilessia	106
DISTURBI DEPRESSIVI	106
Disturbi depressivi	106
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO	106
Tipo di perdita ematica vaginale	106
Perdita ematica vaginale inspiegata	107
Endometriosi	107
Tumori ovarici benigni	107
Dismenorrea grave	107
Malattia del trofoblasto	107

Ectropion cervicale	107
Neoplasia Intraepiteliale Cervicale (CIN)	107
Cancro cervicale	108
Tumore al seno	108
Cancro dell'endometrio	108
Cancro ovarico	108
Fibromi uterini	108
Anomalie anatomiche	108
Malattia Infiammatoria Pelvica (PID)	109
MST	110
HIV/AIDS	110
Alto rischio di HIV	110
Infezione da HIV	111
AIDS	111
ALTRE INFEZIONI	111
Schistosomiasi	111
Tubercolosi	111
Malaria	111
CONDIZIONI ENDOCRINE	112
Diabete	112
Disturbi della tiroide	112
CONDIZIONI GASTROINTESTINALI	112
Colecistopatie	112
Storia di colestasi	112
Epatite virale	113
Cirrosi	113
Tumori del fegato	113
ANEMIE	113
Talassemia	113
Anemia falciforme	113
Anemia da carenza di ferro	113
INTERAZIONI FARMACOLOGICHE	113
Farmaci che agiscono sugli enzimi epatici	113
Antibiotici	114
Terapia antiretrovirale	114
Commenti addizionali	115
Bibliografia	118

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)

Cu-IUD = IUD al rame

LNG-IUD = IUD a rilascio di Levonorgestrel (20 µg/24ore)

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)		Gli IUD non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione		CHIARIMENTI/EVIDENZE
	Cu-IUD	LNG-IUD	
CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA			
GRAVIDANZA	4	4	<i>Chiarimento:</i> Gli IUD non sono indicati durante la gravidanza e non dovrebbero essere utilizzati per il rischio di infezione pelvica grave e di aborto spontaneo settico.
ETÀ*			
a) Dal menarca a < 20 anni	2	2	
b) ≥ 20 anni	1	1	
PARITÀ*			
a) Nullipara	2	2	<i>Evidenze:</i> Ci sono dati contrastanti circa l'associazione dell'utilizzo di IUD con l'infertilità tra donne nullipare, anche se studi recenti e ben condotti, suggeriscono che non ci sia aumento del rischio (1-9).
b) Con figli	1	1	
POST-PARTO* (con o senza allattamento al seno, incluso il post-parto cesareo)			
a) < 48 ore	2	3	<i>Evidenze:</i> Si è notato un aumento del tasso di espulsione con l'inserimento ritardato nel post-parto rispetto all'inserimento immediato nel post-parto ed all'inserimento in periodo mestruale o post-mestruale (10-16).
b) da 48 ore a < 4 settimane	3	3	
c) ≥ 4 settimane	1	1	
d) Sepsì puerperale	4	4	

* Si vedano anche i commenti aggiuntivi in fondo alla tabella.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione		CHIARIMENTI/EVIDENZE
	Cu-IUD	LNG-IUD	
	DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)	Gli IUD non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
POST-ABORTO* a) Primo trimestre	1	1	<p><i>Chiarimento:</i> Gli IUD possono essere inseriti subito dopo l'aborto spontaneo o indotto del primo trimestre.</p> <p><i>Evidenze:</i> Non è stata rilevata alcuna differenza nel rischio di complicazioni tra l'inserimento immediato e quello ritardato di uno IUD post-aborto. L'espulsione è maggiore quando uno IUD viene inserito dopo un aborto del secondo trimestre rispetto a quello inserito dopo un aborto del primo trimestre. Non è stata notata alcuna differenza nella sicurezza o nelle espulsioni per l'inserimento post-aborto di un LNG-IUD rispetto a un Cu-IUD (17-30).</p>
b) Secondo trimestre	2	2	
c) Immediatamente dopo un aborto settico	4	4	
PREGRESSA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA*	1	1	
STORIA DI CHIRURGIA PELVICA (si veda il post-parto, incluso il parto cesareo)	1	1	
FUMO a) Età < 35 anni	1	1	
b) Età ≥ 35 anni			
▪ <15 sigarette/giorno	1	1	
▪ ≥15 sigarette/giorno	1	1	
OBESITÀ ≥ 30 kg/m ² di indice di massa corporea (BMI)	1	1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)	Gli IUD non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.		
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione		CHIARIMENTI/EVIDENZE
	Cu-IUD	LNG-IUD	
MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA NON DISPONIBILE	NA	NA	<i>Chiarimento:</i> Mentre la misurazione della pressione arteriosa può essere importante per una buona assistenza sanitaria preventiva, non è materialmente associata a un utilizzo sicuro ed efficace di IUD. Alle donne non dovrebbe essere negato l'utilizzo di IUD semplicemente perché la loro pressione arteriosa non può essere misurata.
MALATTIE CARDIOVASCOLARI			
FATTORI MULTIPLI DI RISCHIO PER MALATTIE ARTERIOSE CARDIOVASCOLARI (ad esempio età avanzata, fumo, diabete e ipertensione)	1	2	
IPERTENSIONE ARTERIOSA*			
Per tutte le categorie di ipertensione, le classificazioni si basano sul presupposto che non sussistano altri fattori di rischio per malattia cardiovascolare. Quando invece sussistono fattori di rischio multipli, il rischio di malattia cardiovascolare può aumentare sensibilmente. Una singola misurazione della pressione arteriosa non basta per classificare una donna come ipertesa.			
a) Storia di ipertensione, dove la pressione arteriosa NON PUO' essere valutata (inclusa l'ipertensione gestazionale)	1	2	
b) Ipertensione adeguatamente controllata, dove la pressione arteriosa PUO' essere valutata	1	1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)	Gli IUD non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.		
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione		CHIARIMENTI/EVIDENZE
	Cu-IUD	LNG-IUD	
c) Ipertensione arteriosa (misurazioni prese correttamente) <ul style="list-style-type: none"> ■ sistolica 140-159 o diastolica 90-99 ■ sistolica ≥160 o diastolica ≥100 d) Malattia vascolare	1 1 1	1 2 2	
PREGRESSA IPERTENSIONE GESTAZIONALE (dove la pressione arteriosa attuale è misurabile e normale)	1	1	
TROMBOSI VENOSA PROFONDA (DVT)/ EMBOLIA POLMONARE (PE)* <ul style="list-style-type: none"> a) Storia di DVT/PE b) Attuale DVT/PE c) Storia familiare di DVT/PE (parenti di primo grado) d) Chirurgia maggiore <ul style="list-style-type: none"> ■ con immobilizzazione prolungata ■ senza immobilizzazione prolungata e) Chirurgia minore senza immobilizzazione 	1 1 1 1 1 1	2 3 1 2 1 1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione		CHIARIMENTI/EVIDENZE
	Cu-IUD	LNG-IUD	
	DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)	Gli IUD non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
MUTAZIONI TROMBOGENICHE (ad esempio Fattore V Leiden; mutazione di Protrombina; deficit di Proteina S, Proteina C e Antitrombina III)	1	2	<i>Chiarimento:</i> Lo screening di routine non è appropriato per via della rarità delle condizioni e per l'alto costo dello screening.
TROMBOSI VENOSA SUPERFICIALE a) Vene varicose b) Tromboflebite superficiale	1 1	1 1	
CARDIOPATIA ISCHEMICA ATTUALE E PASSATA*	1	I C 2 3	
ICTUS* (storia di evento cerebrovascolare)	1	2	
IPERLIPIDEMIA CONOSCIUTA	1	2	<i>Chiarimento:</i> Lo screening di routine non è appropriato per via della rarità delle condizioni e per l'alto costo dello screening.
CARDIOPATIA VALVOLARE a) Semplice b) Complicata (ipertensione polmonare, rischio di fibrillazione atriale, storia di endocardite batterica subacuta)	1 2	1 2	<i>Chiarimento:</i> Per l'inserimento, si consiglia un'antibioticoprofilassi per la prevenzione dell'endocardite.

* Si vedano anche i commenti aggiuntivi in fondo alla tabella.

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)	Gli IUD non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione		CHIARIMENTI/EVIDENZE	
	Cu-IUD	LNG-IUD		
CONDIZIONI NEUROLOGICHE				
CEFALEA/EMICRANIA*		I	C	<i>Chiarimento:</i> Ogni nuova cefalea o cambiamento evidente della cefalea deve essere valutata.
a) Senza emicrania (lieve o grave)	1	1	1	
b) Emicrania				
▪ senza aura				
Età < 35	1	2	2	
Età ≥ 35	1	2	2	
▪ con aura, a qualsiasi età	1	2	3	
EPILESSIA	1	1		
DISTURBI DEPRESSIVI				
DISTURBI DEPRESSIVI	1	1		<i>Chiarimento:</i> La classificazione si basa su dati di donne con determinati disturbi depressivi. Non erano disponibili dati sui disturbi bipolari o sulla depressione post-parto. Sono possibili interazioni farmacologiche tra certi antidepressivi e i contraccettivi ormonali.
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO				
TIPO DI PERDITA EMATICA VAGINALE*		I	C	<i>Chiarimento:</i> Raramente le perdite abbondanti dovrebbero far sorgere il sospetto di una grave condizione sottostante. <i>Evidenze:</i> Tra donne con perdite abbondanti o prolungate, il LNG-IUD è efficace nel trattamento della menorragia (31-35).
a) Perdite irregolari senza sanguinamenti abbondanti	1	1	1	
b) Perdite abbondanti o prolungate (sia di tipo regolare che irregolare)	2	1	2	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)	Gli IUD non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.				
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione				CHIARIMENTI/EVIDENZE
	Cu-IUD		LNG-IUD		
PERDITA EMATICA VAGINALE INSPIEGATA (con sospetto di condizione grave) ■ Prima della valutazione	I 4	C 2	I 4	C 2	<i>Chiarimento:</i> Se si sospetta una gravidanza o una condizione patologica sottostante (es. tumore pelvico maligno) è necessario valutarla e la categoria deve essere corretta dopo la valutazione. Non è necessario rimuovere lo IUD prima della valutazione.
ENDOMETRIOSI*	2		1		<i>Evidenze:</i> L'utilizzo di LNG-IUD tra donne con endometriosi diminuisce la dismenorrea e il dolore pelvico (36, 37).
TUMORI OVARICI BENIGNI (incluse cisti)	1		1		
DISMENORREA GRAVE*	2		1		
MALATTIA DEL TROFOBLASTO* a) Malattia gestazionale benigna del trofoblasto b) Malattia gestazionale maligna del trofoblasto	3		3		
	4		4		
ECTROPION CERVICALE	1		1		
NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)*	1		2		

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)	Gli IUD non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione		CHIARIMENTI/EVIDENZE	
	Cu-IUD	LNG-IUD		
CANCRO CERVICALE* (in attesa di trattamento)	I	C	I	C
	4	2	4	2
TUMORE AL SENO*				
a) Massa non diagnosticata	1		2	
b) Tumore benigno al seno	1		1	
c) Storia familiare di cancro	1		1	
d) Cancro al seno				
▪ attuale	1		4	
▪ passato e senza evidenza di malattia in corso da 5 anni	1		3	
CANCRO DELL'ENDOMETRIO*	I	C	I	C
	4	2	4	2
CANCRO OVARICO*	3	2	3	2
FIBROMI UTERINI*				
a) Senza distorsione della cavità uterina	1		1	
b) Con distorsione della cavità uterina	4		4	
ANOMALIE ANATOMICHE*				
a) Cavità uterina distorta (ogni anomalia uterina congenita o acquisita che coinvolga la distorsione della cavità uterina rendendola incompatibile con l'inserimento di IUD)	4		4	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)	Gli IUD non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.																		
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione		CHIARIMENTI/EVIDENZE																
	Cu-IUD	LNG-IUD																	
b) Altre anomalie (incluse stenosi cervicale o lacerazioni cervicali) che non provochino la distorsione della cavità uterina o interferiscano con l'inserimento di IUD	2	2																	
MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID)* a) PID pregressa (ipotizzando che non sussistano fattori attuali di rischio di MST) <ul style="list-style-type: none"> ■ con successiva gravidanza ■ senza successiva gravidanza b) PID in corso	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">I</th> <th style="width: 50%;">C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>	I	C	1	1	2	2	4	2	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">I</th> <th style="width: 50%;">C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>	I	C	1	1	2	2	4	2	<p><i>Chiarimento per la continuazione:</i> La PID deve essere curata utilizzando antibiotici appropriati. Non è necessario rimuovere lo IUD se la paziente desidera continuarne l'utilizzo. (Si veda <i>Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use</i>. WHO, Ginevra, 2002). L'utilizzo continuato di uno IUD dipende dalla scelta consapevole della donna e dai suoi attuali fattori di rischio per MST e PID.</p> <p><i>Evidenze:</i> Tra le utilizzatrici di IUD curate per PID, non si è notata differenza nel decorso clinico se lo IUD veniva rimosso o lasciato al suo posto (45-47).</p>
I	C																		
1	1																		
2	2																		
4	2																		
I	C																		
1	1																		
2	2																		
4	2																		

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)	Gli IUD non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione		CHIARIMENTI/EVIDENZE	
	Cu-IUD	LNG-IUD		
	I	C	I	C
MST*				
a) Cervicite purulenta o infezione da clamidia o gonorrea in corso	4	2	4	2
b) Altre MST (escludendo HIV ed epatite)	2	2	2	2
c) Vaginite (incluse trichomonas vaginalis e vaginosi batterica)	2	2	2	2
d) Alto rischio di MST	2/3	2	2/3	2
	<p><i>Chiarimento per la continuazione:</i> La MST deve essere curata con antibiotici appropriati. Di solito, non è necessario rimuovere lo IUD se la paziente desidera continuare l'utilizzo. L'uso continuato di IUD dipende dalla scelta consapevole della donna e dai suoi fattori di rischio per MST e PID.</p> <p><i>Evidenze:</i> Non è stato provato che l'inserimento di IUD tra donne con MST aumenti il rischio di PID rispetto al non inserimento di IUD. Tra donne con uno IUD inserito, il rischio complessivo di successiva PID è basso tra donne con MST al momento dell'inserimento, ma più alto tra donne che non presentano MST al momento dell'inserimento dello IUD (48-54).</p>			
	<p><i>Chiarimento per l'inizio:</i> Se una donna presenta una predisposizione individuale molto alta di esposizione alla gonorrea o infezione da clamidia, la condizione è sotto la categoria 3.</p> <p><i>Evidenze:</i> Usando un algoritmo per classificare il rischio di MST tra utilizzatrici di IUD, uno studio ha riportato che l'11% delle donne ad alto rischio di MST hanno sperimentato complicazioni relative agli IUD, contro il 5% di quelle non classificate come ad alto rischio (50).</p>			
HIV/AIDS				
ALTO RISCHIO DI HIV*	2	2	2	2
	<p><i>Evidenze:</i> Tra donne a rischio di HIV, l'utilizzo di IUD al rame non aumenta il rischio di contrarre HIV (55-65).</p>			

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)	Gli IUD non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione		CHIARIMENTI/EVIDENZE	
	Cu-IUD	LNG-IUD		
INFEZIONE DA HIV	I C 2 2	I C 2 2	Evidenze: Tra le utilizzatrici di IUD, poche prove dimostrano che non ci sia aumento del rischio di complicazioni generali o associate all'infezione, quando si confrontano donne affette da HIV con donne non affette. Inoltre, l'utilizzo di IUD tra donne affette da HIV non è associato all'aumento del rischio di trasmissione a partner sessuali (55, 66-69).	
AIDS	3 2	3 2	Chiarimento per la continuazione: Le utilizzatrici di IUD con AIDS dovrebbero essere accuratamente monitorate per infezioni pelviche.	
▪ Esito clinico buono con terapia ARV	2 2	2 2		
ALTRE INFEZIONI				
SCHISTOSOMIASI a) Semplice b) Fibrosi del fegato (se grave, si veda la cirrosi)	1 1	1 1		
TUBERCOLOSI* a) Non pelvica b) Pelvica	I C 1 1 4 3	I C 1 1 4 3		
MALARIA	1	1		

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)	Gli IUD non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.		
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione		CHIARIMENTI/EVIDENZE
	Cu-IUD	LNG-IUD	
CONDIZIONI ENDOCRINE			
DIABETE*			
a) Storia di diabete gestazionale	1	1	
b) Malattia non vascolare			
▪ non dipendente da insulina	1	2	
▪ dipendente da insulina	1	2	
c) Nefropatia/ Retinopatia/ Neuropatia	1	2	
d) Altra malattia vascolare o diabete di durata > 20 anni	1	2	
DISTURBI DELLA TIROIDE			
a) Gozzo semplice	1	1	
b) Ipertiroidismo	1	1	
c) Ipotiroidismo	1	1	
CONDIZIONI GASTROINTESTINALI			
COLECISTOPATIE			
a) Sintomatica			
▪ curata con colecistectomia	1	2	
▪ curata con terapia medica	1	2	
▪ in corso	1	2	
b) Asintomatica	1	2	
STORIA DI COLESTASI*			
a) Associata alla gravidanza	1	1	
b) Passata e associata ad un pregresso uso di COC o CIC	1	2	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)	Gli IUD non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.		
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione		CHIARIMENTI/EVIDENZE
	Cu-IUD	LNG-IUD	
EPATITE VIRALE* a) Attiva b) Portatrice	1 1	3 1	
CIRROSI* a) Lieve (compensata) b) Grave (scompensata)	1 1	2 3	
TUMORI DEL FEGATO* a) Benigno (adenoma) b) Maligno (epatoma)	1 1	3 3	
ANEMIE			
TALASSEMIA*	2	1	
ANEMIA FALCIFORME*	2	1	
ANEMIA DA CARENZA DI FERRO*	2	1	
INTERAZIONI FARMACOLOGICHE			
FARMACI CHE AGISCONO SUGLI ENZIMI EPATICI a) Rifampicina	1	1	<i>Evidenze:</i> Uno studio ha dimostrato che il Rifabutina, che è nella stessa classe di farmaci della rifampicina, non ha nessun impatto sull'efficacia di LNG-IUD (70).

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD)	Gli IUD non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, sia isolatamente che insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione		CHIARIMENTI/EVIDENZE	
	Cu-IUD	LNG-IUD		
b) Alcuni anticonvulsivanti (fenitoina, carbamazepina, barbiturici, primidone, topiramato, oxcarbazepina)	1	1		
ANTIBIOTICI (esclusa la rifampicina)	1	1		
a) Griseofulvina	1	1		
b) Altri antibiotici	1	1		
TERAPIA ANTIRETROVIRALE	I	C	I	C
	2/3	2	2/3	2
				<p><i>Chiarimento:</i> Non si evidenziano interazioni farmacologiche tra terapia ARV e utilizzo di IUD. Tuttavia, l'AIDS come condizione è classificato sotto la categoria 3 per l'applicazione e categoria 2 per la continuazione, a meno che la donna stia clinicamente bene sotto terapia ARV, nel cui caso sia l'applicazione sia la continuazione sarebbero classificate sotto la categoria 2. (Si veda sopra per la condizione di AIDS.)</p>

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

COMMENTI ADDIZIONALI

ETÀ

Dal menarca fino a < 20 anni: si teme il rischio di espulsione dovuto alla nulliparità e il rischio di MST dovuto alle abitudini sessuali in età giovanile.

PARITÀ

Nullipara: la nulliparità è associata a un maggior rischio di espulsione.

POST-PARTO

Da < 48 ore, 48 ore a < 4 settimane, ≥ 4 settimane: la preoccupazione che il neonato possa essere a rischio a causa dell'esposizione ad ormoni steroidi con l'utilizzo LNG di IUD durante le prime 6 settimane post-parto è la stessa rispetto ad altri POC.

Sepsi puerperale: l'inserimento di uno IUD può aggravare sensibilmente la condizione.

POST-ABORTO

Immediato post-aborto settico: l'inserimento di uno IUD può aggravare sensibilmente la condizione.

PREGRESSA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA

Il rischio complessivo di gravidanza extrauterina è estremamente basso per via dell'alta efficacia dello IUD. Tuttavia, quando una donna resta incinta durante l'utilizzo di IUD, la probabilità relativa di una gravidanza extrauterina è notevolmente superiore.

IPERTENSIONE

Esiste una preoccupazione teorica circa l'effetto dei LNG sui lipidi. Non c'è restrizione per gli IUD al rame.

TROMBOSI VENOSA PROFONDA (DVT)/EMBOLIA POLMONARE (PE)

Certi contraccettivi di progesterone possono aumentare il rischio di trombosi venosa, sebbene tale aumento sia sensibilmente inferiore rispetto ai COC.

CARDIOPATIA ISCHEMICA ATTUALE E PASSATA

Esiste una preoccupazione teorica circa l'effetto dei LNG sui lipidi. Non c'è restrizione per gli IUD al rame.

ICTUS

Esiste una preoccupazione teorica circa l'effetto dei LNG sui lipidi. Non c'è restrizione per gli IUD al rame.

CEFALEA/EMICRANIA

L'aura è uno specifico sintomo neurologico focale. Per ulteriori informazioni su questo e altri criteri diagnostici, si veda: Headache Classification Subcommittee of the Inter-

national Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1): 1-150.

http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_ll_main_no_print.pdf

TIPO DI PERDITA EMATICA VAGINALE

L'utilizzo LNG di IUD provoca spesso cambiamenti nel tipo delle perdite mestruali. Nel tempo, le utilizzatrici LNG di IUD tendono più delle non-utilizzatrici a sviluppare amenorrea, pertanto gli IUD-LNG vengono utilizzati come trattamento per correggere perdite ematiche abbondanti.

ENDOMETRIOSI

L'utilizzo di IUD al rame può aggravare la dismenorrea associata alla condizione.

DISMENORREA GRAVE

La dismenorrea può intensificarsi con l'utilizzo di IUD al rame. L'utilizzo LNG di IUD è stato associato alla riduzione della dismenorrea.

MALATTIA DEL TROFOBLASTO

Vi è un aumento del rischio di perforazione poiché il trattamento della condizione può richiedere molteplici raschiamenti uterini.

NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)

Esiste qualche preoccupazione teorica che i LNG-IUD possano favorire la progressione di CIN.

CANCRO CERVICALE (in attesa di trattamento)

Si teme l'aumento del rischio di infezione e perdite al momento dell'inserimento. Lo IUD dovrà probabilmente essere rimosso al momento del trattamento ma, fino ad allora, la donna è a rischio di gravidanza.

TUMORE AL SENO

Cancro al seno: il cancro al seno è un tumore sensibile agli ormoni. Le preoccupazioni circa la progressione della malattia possono essere inferiori con gli IUD-LNG rispetto ai COC o a dosi più alte di POC.

CANCRO DELL'ENDOMETRIO

Si teme l'aumento del rischio di infezione, perforazione e perdite al momento dell'inserimento. Lo IUD dovrà probabilmente essere rimosso al momento del trattamento, ma fino ad allora, la donna è a rischio di gravidanza.

CANCRO OVARICO

Probabilmente lo IUD dovrà essere rimosso al momento del trattamento ma, fino ad allora, la donna è a rischio di gravidanza.

FIBROMI UTERINI

Senza distorsione della cavità uterina: alle donne con perdite abbondanti o prolungate dovrebbe essere assegnata la categoria per questa condizione.

Con distorsione della cavità uterina: fibromi uterini preesistenti che provocano la distorsione della cavità uterina possono essere incompatibili con l'inserimento e il giusto posizionamento dello IUD.

ANOMALIE ANATOMICHE

Cavità uterina distorta: in presenza di un'anomalia anatomica che provochi la distorsione della cavità uterina, il giusto inserimento dello IUD potrebbe essere impossibile.

MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID)

Gli IUD non proteggono contro MST/HIV/PID. In donne a basso rischio di MST, l'inserimento di IUD espone a basso rischio di PID. L'attuale rischio di MST e il desiderio di una futura gravidanza sono considerazioni pertinenti.

MST

Gli IUD non proteggono contro MST/HIV/PID. Tra donne con infezione da clamidia o gonorrea, il potenziale aumento del rischio di PID con inserimento di IUD dovrebbe essere evitato. La preoccupazione è inferiore per altre MST.

ALTO RISCHIO DI HIV

Gli IUD non proteggono contro MST/HIV/PID.

TUBERCOLOSI

Pelvica: l'inserimento di uno IUD può aggravare sensibilmente la condizione nota.

DIABETE

Non è certo se la dose di LNG rilasciata dallo IUD possa influenzare lievemente il metabolismo di carboidrati e lipidi. Alcuni contraccettivi di progesterone possono aumentare il rischio di trombosi, sebbene tale aumento sia sensibilmente inferiore rispetto ai COC.

STORIA DI COLESTASI

Si teme che una storia di colestasi associata ai COC possa presagire una successiva colestasi con l'utilizzo di LNG. Non è certo se ci siano ulteriori rischi con l'utilizzo di uno IUD-LNG.

EPATITE VIRALE

Attiva: i POC sono metabolizzati dal fegato e il loro uso può ripercuotersi negativamente sulle donne la cui funzionalità epatica è compromessa. Questa preoccupazione è simile, ma inferiore, rispetto ai COC.

CIRROSI

I POC sono metabolizzati dal fegato e il loro uso può ripercuotersi negativamente sulle donne la cui funzionalità epatica è compromessa. Questa preoccupazione è simile, ma inferiore, rispetto ai COC.

TUMORI DEL FEGATO

I POC sono metabolizzati dal fegato e il loro uso può ripercuotersi negativamente sulle donne la cui funzionalità epatica è compromessa. Inoltre, l'utilizzo di POC può favorire lo sviluppo di tumori. Questa preoccupazione è simile, ma inferiore, rispetto ai COC.

TALASSEMIA

Si teme un aumento del rischio di perdita di sangue con gli IUD al rame.

ANEMIA FALCIFORME

Si teme un aumento del rischio di perdita di sangue con gli IUD al rame.

ANEMIA DA CARENZA DI FERRO

Si teme un aumento del rischio di perdita di sangue con gli IUD al rame.

BIBLIOGRAFIA

1. Cramer DW et al. Tubal infertility and the intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985; 312: 941-7.
2. Daling JR et al. Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985; 312: 937-41.
3. Daling JR et al. The intrauterine device and primary tubal infertility. *New England Journal of Medicine*, 1992; 326: 203-4.
4. Delborge W et al. Return to fertility in nulliparous and parous women after removal of the GyneFix intrauterine contraceptive system. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2002; 7: 24-30.
5. Doll H, Vessey M, Painter R. Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001; 108: 304-14.
6. Hubacher D et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England Journal of Medicine*, 2001; 345: 561-7.
7. Skjeldestad FE, Bratt H. Return of fertility after use of IUDs (Nova-T, MLCu250 and MLCu375). *Advances in Contraception*, 1987; 3: 139-45.
8. Urbach DR et al. Association of perforation of the appendix with female tubal infertility. *American Journal of Epidemiology*, 2001; 153: 566-71.
9. Wilson JC. A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications: a four-year study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989; 160: 391-6.
10. Brenner PF. A clinical trial of the Delta-T intrauterine device: immediate postpartum insertion. *Contraception*, 1983; 28: 135-47.
11. Chi IC, Wilkens L, Rogers S. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices-an epidemiological analysis. *Contraception*, 1985; 32: 119-34.
12. El-Shafei M. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: three year experience of Mansoura University Hospital. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000; 26: 253-62.

13. Grimes D et al. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices.[update of Cochrane Database Systematic Reviews, 2001, CD003036; PMID: 11406064]. [Review] [30 refs]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003; CD003036.
14. Morrison C et al. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*, 1996; 53: 17-21.
15. Thiery M et al. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1982; 89: 51-3.
16. Thiery M, Delbeke L, Van Kets H. Comparative performance of two copper-wired IUDs (ML Cu 250 and T Cu 200): immediate postpartum and interval insertion. *Advances in Contraceptive Delivery Systems*, 1980; 1: 27-35.
17. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. The Alza T IPCS 52, a longer acting progesterone IUD: safety and efficacy compared to the TCU220C and multiloop 250 in two randomized multicentre trials. *Clinical Reproduction & Fertility*, 1983; 2: 113-28.
18. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. IUD insertion following termination of pregnancy: a clinical trial of the TCU 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983; 14: 99-108.
19. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. IUD insertion following spontaneous abortion: a clinical trial of the TCU 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983; 14: 109-14.
20. El Tagy A et al. Safety and acceptability of post-abortion IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception*, 2003; 67: 229-34.
21. Gillett PG et al. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion. *Fertility & Sterility*, 1980; 34: 121-4.
22. Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices.[update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001777; PMID: 10796820]. [Review] [28 refs]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002; CD001777.
23. Gupta I, Devi PK. Studies on immediate post-abortion copper "T" device. *Indian Journal of Medical Research*, 1975; 63: 736-9.
24. Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women. *Contraception*, 2001; 63: 315-7.
25. Pakarinen P, Toivonen J, Luukkainen T. Randomized comparison of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine systems immediately after abortion, with 5 years' follow-up. *Contraception*, 2003; 68: 31-4.
26. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001; 108: 1168-73.
27. Suvisaari J, Lahtenmaki P. Detailed analysis of menstrual bleeding patterns after postmenstrual and postabortal insertion of a IUD al rame or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*, 1996; 54: 201-8.
28. Timonen H, Luukkainen T. Immediate postabortion insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. *Contraception*, 1974; 9: 153-60.
29. Tuveng JM, Skjeldestad FE, Iversen T. Postabortal insertion of IUD. *Advances in Contraception*, 1986; 2: 387-92.
30. Zhang PZ. Five years experience with the copper T 200 in Shanghai - 856 cases. *Contraception*, 1980; 22: 561-71.
31. Barrington JW, Arunkalaivanan AS, Abdel-Fattah. Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 2003; 108:72-4.
32. Hurskainen R et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial. *Lancet*, 2001; 357: 273-7.
33. Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Fertility & Sterility*, 2001; 76: 304-9.
34. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000; CD002126.
35. Stewart A et al. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001; 108: 74-86.
36. Fedele L et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertility & Sterility*, 2001; 75: 485-8.
37. Vercellini P et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 1999; 72: 505-8.
38. Fedele L et al. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertility & Sterility*, 1997; 68: 426-9.
39. Grigorieva V et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. *Fertility & Sterility*, 2003; 79: 1194-8.
40. Mercurio F et al. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia. *Contraception*, 2003; 67: 277-80.

41. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Treatment of primary and secondary dysmenorrhea with a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2001; 6: 192-8.
42. Wildemeersch D, Schacht E. The effect on menstrual blood loss in women with uterine fibroids of a novel "frameless" intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 2002; 102: 74-9.
43. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Contraception and treatment in the perimenopause with a novel "frameless" intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: an extended pilot study. *Contraception*, 2002; 66: 93-99.
44. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Performance and acceptability of intrauterine release of levonorgestrel with a miniature delivery system for hormonal substitution therapy, contraception and treatment in peri and postmenopausal women. *Maturitas*, 2003; 44: 237-45.
45. Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977; 15: 143-9.
46. Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981; 24: 137-43.
47. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989; 21: 63-5.
48. Faundes A et al. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical Chlamydia trachomatis. *Contraception*, 1998; 58: 105-9.
49. Ferraz do Lago R et al. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections. *Contraception*, 2003; 68: 105-9.
50. Morrison CS et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999; 59: 97-106.
51. Pap-Akeson M et al. Genital tract infections associated with the intrauterine contraceptive device can be reduced by inserting the threads into the uterine cavity. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1992; 99: 676-9.
52. Sinei SK et al. Preventing IUCD-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1990; 97: 412-9.
53. Skjeldestad FE et al. IUD users in Norway are at low risk for genital C. trachomatis infection. *Contraception*, 1996; 54: 209-12.
54. Walsh TL et al. IUD Study Group. Effect of prophylactic antibiotics on morbidity associated with IUD insertion: results of a pilot randomized controlled trial. *Contraception*, 1994; 50: 319-27.
55. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992; 304: 809-13.
56. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988; 2: 201-5.
57. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994; 7: 301-9.
58. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998; 12: 75-84.
59. Mann JM et al. HIV infection and associated risk factors in female prostitutes in Kinshasa, Zaire. *AIDS*, 1988; 2: 249-54.
60. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998; 178: 1053-9.
61. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995; 48: 61-7.
62. Nicolosi A et al. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. The efficiency of male-to- female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 1994; 5: 570-5.
63. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992; 166: 86-92.
64. Sinei SK et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996; 7: 65-70.
65. Spence MR et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991; 18: 143-5.
66. Morrison CS et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1-infected women? *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001; 108: 784-90.
67. Sinei SK et al. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1-infected women. *Lancet*, 1998; 351: 1238-41.
68. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997; 350: 922-7.
69. Richardson BA et al. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS*, 1999; 13: 2091-7.
70. Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2002; 28: 78-80.

IUD AL RAME PER CASI DI CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA (E-IUD)

INDICE

Gravidanza	122
Violenza sessuale	122
Commenti aggiuntivi	122

IUD AL RAME PER CASI DI CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA (E-IUD)

Questo metodo è molto efficace per prevenire la gravidanza. Uno IUD al rame (Cu-IUD) può essere utilizzato entro 5 giorni da un rapporto non protetto come contraccettivo d'emergenza. Tuttavia, se necessario, quando il momento dell'ovulazione può essere valutato, il Cu-IUD può essere inserito anche oltre i 5 giorni dopo il rapporto purchè l'inserimento non sia oltre i 5 giorni dall'ovulazione.

I criteri medici di elegibilità per l'inserimento intervallato di Cu-IUD sono applicabili anche all'inserimento di Cu-IUD come contraccezione d'emergenza.

IUD AL RAME PER CASI DI CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA (E-IUD)		Gli IUD per la contraccezione d'emergenza non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV, si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
GRAVIDANZA	4	<i>Chiarimento:</i> Lo IUD non è indicato durante la gravidanza e non dovrebbe essere utilizzato per via del rischio di grave infezione pelvica e aborto spontaneo settico.
VIOLENZA SESSUALE*		
a) Alto rischio di MST	3	
b) Basso rischio di MST	1	

*COMMENTI ADDIZIONALI

VIOLENZA SESSUALE

Gli IUD non proteggono contro MST/HIV/PID. Tra donne con infezione da clamidia o gonorrea, il potenziale aumento del rischio di PID con inserimento di IUD dovrebbe essere evitato. La preoccupazione è inferiore per altre MST.

METODI DI BARRIERA (BARR)

INDICE

CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA.....	125
Gravidanza	125
Età	125
Parità	125
Post-parto	125
Post-aborto	126
Pregressa gravidanza extrauterina	126
Storia di chirurgia pelvica	126
Fumo	126
Obesità	126
Misurazione della pressione arteriosa non disponibile	126
MALATTIE CARDIOVASCOLARI	127
Fattori multipli di rischio per malattie arteriose cardiovascolari	127
Iperensione arteriosa	127
Pregressa ipertensione gestazionale	128
Trombosi venosa profonda (DVT)/Embolia polmonare (PE)	128
Mutazioni trombogeniche	128
Trombosi venosa superficiale	129
Cardiopatìa ischemica attuale e passata	129
Ictus	129
Iperlipidemia	129
Cardiopatìa valvolare	129
CONDIZIONI NEUROLOGICHE	129
Cefalea/Emicrania	129
Epilessia	130
DISTURBI DEPRESSIVI	130
Disturbi depressivi	130
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO	130
Perdita ematica vaginale inspiegata	130
Endometriosi	130
Tumori ovarici benigni	130
Dismenorrea grave	131
Malattia del trofoblasto	131
Ectropion cervicale	131

Neoplasia Intraepiteliale Cervicale (CIN)	131
Cancro cervicale	131
Tumore al seno	131
Cancro dell'endometrio	132
Cancro ovarico	132
Fibromi uterini	132
Anomalie anatomiche	132
Malattia Infiammatoria Pelvica (PID)	132
MST	132
HIV/AIDS	133
Alto rischio di HIV	133
Infezione da HIV	133
AIDS	133
ALTRE INFEZIONI	133
Schistosomiasi	133
Tubercolosi	133
Malaria	133
Storia di sindrome da shock tossico	133
Infezione delle vie urinarie	134
CONDIZIONI ENDOCRINE	134
Diabete	134
Disturbi della tiroide	134
CONDIZIONI GASTROINTESTINALI	134
Colecistopatie	134
Storia di colestasi	135
Epatite virale	135
Cirrosi	135
Tumori del fegato	135
ANEMIE	135
Talassemia	135
Anemia falciforme	135
Anemia da carenza di ferro	135
INTERAZIONI FARMACOLOGICHE	136
Farmaci che agiscono sugli enzimi epatici	136
Antibiotici	136
Terapia antiretrovirale	136
Allergia al latte	136
Commenti addizionali	137
Bibliografia	137

METODI DI BARRIERA (BARR)

C = Preservativi maschili in lattice, preservativi maschili in poliuretano, preservativi femminili

S = Spermicidi (compresse, schiuma, gel)

D = Diaframma (con spermicida), cappuccio cervicale

METODI DI BARRIERA (BARR)	In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.			
Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che i metodi di barriera per la prevenzione della gravidanza potrebbero non essere appropriati per chi non possa utilizzarli regolarmente e correttamente per via della loro percentuale più alta di fallimento.				
CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	C	S	D	
CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA				
GRAVIDANZA	NA	NA	NA	<i>Chiarimento:</i> Nessuno di questi metodi è pertinente per la contraccezione durante una gravidanza in corso. Tuttavia, per le donne che continuano ad essere a rischio di MST/HIV durante la gravidanza, si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi.
ETÀ a) Dal menarca a < 40 anni b) ≥ 40 anni	1 1	1 1	1 1	
PARITÀ a) Nullipara b) Con figli	1 1	1 1	1 2	<i>Chiarimento:</i> Vi è un maggior rischio di fallimento del cappuccio cervicale in donne che hanno partorito rispetto alle nullipare.
POST-PARTO a) < 6 settimane dopo il parto b) ≥ 6 settimane dopo il parto	1 1	1 1	NA 1	<i>Chiarimento:</i> Diaframma e cappuccio cervicale sono inadeguati fino a che l'involuzione uterina non sia completa.

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

METODI DI BARRIERA (BARR)

In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.

Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che i metodi di barriera per la prevenzione della gravidanza potrebbero non essere appropriati per chi non possa utilizzarli regolarmente e correttamente per via della loro percentuale più alta di fallimento.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	C	S	D	
POST-ABORTO a) Primo trimestre b) Secondo trimestre c) Immediatamente dopo un aborto settico	1 1 1	1 1 1	1 1 1	<i>Chiarimento:</i> Diaframma e cappuccio cervicale sono inadeguati fino a 6 settimane dopo un aborto del secondo trimestre.
PREGRESSA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA	1	1	1	
STORIA DI CHIRURGIA PELVICA	1	1	1	
FUMO a) Età < 35 anni b) Età ≥ 35 anni <ul style="list-style-type: none"> ▪ <15 sigarette/giorno ▪ ≥15 sigarette/giorno 	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
OBESITÀ* ≥ 30 kg/m ² di indice di massa corporea (BMI)	1	1	1	
MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA NON DISPONIBILE	NA	NA	NA	<i>Chiarimento:</i> Mentre una misurazione della pressione arteriosa può essere appropriata per una buona assistenza sanitaria preventiva, non è richiesta per un utilizzo sicuro ed efficace del metodo di barriera. Alle donne non dovrebbe essere negato l'utilizzo dei metodi di barriera semplicemente perché la loro pressione arteriosa non può essere misurata.

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

METODI DI BARRIERA (BARR)	In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.
----------------------------------	--

Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che i metodi di barriera per la prevenzione della gravidanza potrebbero non essere appropriati per chi non possa utilizzarli regolarmente e correttamente per via della loro percentuale più alta di fallimento.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	C	S	D	
MALATTIE CARDIOVASCOLARI				
FATTORI MULTIPLI DI RISCHIO PER MALATTIE ARTERIOSE CARDIOVASCOLARI (ad esempio età avanzata, fumo, diabete e ipertensione)	1	1	1	
IPERTENSIONE ARTERIOSA				
a) Storia di ipertensione dove la pressione arteriosa NON PUO' essere valutata (inclusa ipertensione gestazionale)	1	1	1	
b) Ipertensione adeguatamente controllata, dove la pressione arteriosa PUO' essere valutata	1	1	1	
c) Ipertensione arteriosa (misurazioni prese correttamente) ■ sistolica 140-159 o diastolica 90-99 ■ sistolica ≥160 o diastolica ≥100	1	1	1	
d) Malattia vascolare	1	1	1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

**METODI
DI BARRIERA
(BARR)**

In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.

Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che i metodi di barriera per la prevenzione della gravidanza potrebbero non essere appropriati per chi non possa utilizzarli regolarmente e correttamente per via della loro percentuale più alta di fallimento.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	C	S	D	
PREGRESSA IPERTENSIONE GESTAZIONALE (dove la pressione arteriosa attuale è misurabile e normale)	1	1	1	
TROMBOSI VENOSA PROFONDA DVT/ EMBOLIA POLMONARE (PE) a) Storia di DVT/PE b) DVT/PE in corso c) Storia familiare di DVT/PE (parenti di primo grado) d) Chirurgia maggiore ▪ con immobilizzazione prolungata ▪ senza immobilizzazione prolungata e) Chirurgia minore senza immobilizzazione	1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	
MUTAZIONI TROMBOGENICHE (ad esempio Fattore V Leiden; mutazione di Protrombina; deficit di Proteina S, Proteina C e Antitrombina III)	1	1	1	<i>Chiarimento:</i> Lo screening di routine non è appropriato per via della rarità delle condizioni e per l'alto costo dello screening.

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

METODI DI BARRIERA (BARR)	In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.
----------------------------------	--

Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che i metodi di barriera per la prevenzione della gravidanza potrebbero non essere appropriati per chi non possa utilizzarli regolarmente e correttamente per via della loro percentuale più alta di fallimento.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	C	S	D	
TROMBOSI VENOSA SUPERFICIALE a) Vene varicose b) Tromboflebite superficiale	1 1	1 1	1 1	
CARDIOPATIA ISCHEMICA ATTUALE E PASSATA	1	1	1	
ICTUS (storia di evento cerebrovascolare)	1	1	1	
IPERLIPIDEMIA	1	1	1	<i>Chiarimento:</i> Lo screening di routine non è appropriato per via della rarità delle condizioni e per l'alto costo dello screening.
CARDIOPATIA VALVOLARE* a) Semplice b) Complicata (ipertensione polmonare, fibrillazione atriale, storia di endocardite batterica subacuta)	1 1	1 1	1 2	
CONDIZIONI NEUROLOGICHE				
CEFALEA/EMICRANIA a) Senza emicrania (lieve o grave)	1	1	1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

**METODI
DI BARRIERA
(BARR)**

In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.

Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che i metodi di barriera per la prevenzione della gravidanza potrebbero non essere appropriati per chi non possa utilizzarli regolarmente e correttamente per via della loro percentuale più alta di fallimento.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	C	S	D	
b) Emicrania ▪ senza aura Età < 35 Età ≥ 35 ▪ con aura, a qualsiasi età	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
EPILESSIA	1	1	1	
DISTURBI DEPRESSIVI				
DISTURBI DEPRESSIVI	1	1	1	
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO				
PERDITA EMATICA VAGINALE INSPIEGATA (con sospetto di con- dizione grave) ▪ Prima della valuta- zione	1	1	1	<i>Chiarimento:</i> Se si sospetta una gravidanza o una condizione patologica sottostante (come un tumore pelvico maligno), la perdita dovrebbe essere valutata e la categoria corretta dopo la valutazione.
ENDOMETRIOSI	1	1	1	
TUMORI OVARICI BENIGNI (includere le cisti)	1	1	1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

METODI DI BARRIERA (BARR)	In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.
----------------------------------	--

Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che i metodi di barriera per la prevenzione della gravidanza potrebbero non essere appropriati per chi non possa utilizzarli regolarmente e correttamente per via della loro percentuale più alta di fallimento.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	C	S	D	
DISMENORREA GRAVE	1	1	1	
MALATTIA DEL TROFOBLASTO a) Malattia gestazionale benigna del trofoblasto b) Malattia gestazionale maligna del trofoblasto	1 1	1 1	1 1	
ECTROPION CERVICALE	1	1	1	
NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)	1	1	1	<i>Chiarimento: Il cappuccio cervicale non deve essere utilizzato. Non c'è restrizione per l'uso del diaframma.</i>
CANCRO CERVICALE* (in attesa di trattamento)	1	2	1	<i>Chiarimento: Il cappuccio cervicale non deve essere utilizzato. Non c'è restrizione per l'uso del diaframma.</i>
TUMORE AL SENO a) Massa non diagnosticata b) Tumore benigno al seno c) Storia familiare di cancro d) Cancro al seno ▪ attuale ▪ passato e senza evidenza di malattia in corso da 5 anni	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

**METODI
DI BARRIERA
(BARR)**

In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.

Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che i metodi di barriera per la prevenzione della gravidanza potrebbero non essere appropriati per chi non possa utilizzarli regolarmente e correttamente per via della loro percentuale più alta di fallimento.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	C	S	D	
CANCRO DELL'ENDOMETRIO	1	1	1	
CANCRO OVARICO	1	1	1	
FIBROMI UTERINI a) Senza distorsione della cavità uterina b) Con distorsione della cavità uterina	1 1	1 1	1 1	
ANOMALIE ANATOMICHE	1	1	NA	<i>Chiarimento:</i> Il diaframma non può essere utilizzato in qualche caso di prolasso. L'utilizzo del cappuccio cervicale non è appropriato per pazienti con una marcata distorsione dell'anatomia del collo dell'utero.
MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID) a) PID pregressa (ipotizzando che non sussistano fattori attuali di rischio di MST) ▪ con successiva gravidanza ▪ senza successiva gravidanza b) PID in corso	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	
MST a) Cervicite purulenta o infezione da clamidia o gonorrea in corso	1	1	1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

METODI DI BARRIERA (BARR)	In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.
----------------------------------	--

Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che i metodi di barriera per la prevenzione della gravidanza potrebbero non essere appropriati per chi non possa utilizzarli regolarmente e correttamente per via della loro percentuale più alta di fallimento.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	C	S	D	
b) Altre MST (esclusi HIV ed epatite)	1	1	1	
c) Vaginite (incluse trichomonas vaginalis e vaginosi batterica)	1	1	1	
d) Alto rischio di MST	1	1	1	
HIV/AIDS				
ALTO RISCHIO DI HIV*	1	4	3	Evidenze: L'utilizzo ripetuto e ad alto dosaggio dello spermicida nonoxynol-9 è stato associato a un più alto rischio di lesioni genitali, che possono aumentare il rischio di contrarre HIV (1).
INFEZIONE DA HIV	1	4	3	
AIDS	1	4	3	
ATRE INFEZIONI				
SCHISTOSOMIASI				
a) Semplice	1	1	1	
b) Fibrosi del fegato	1	1	1	
TUBERCOLOSI				
a) Non pelvica	1	1	1	
b) Pelvica	1	1	1	
MALARIA	1	1	1	
STORIA DI SINDROME DA SHOCK TOSSICO*	1	1	3	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

**METODI
DI BARRIERA
(BARR)**

In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.

Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che i metodi di barriera per la prevenzione della gravidanza potrebbero non essere appropriati per chi non possa utilizzarli regolarmente e correttamente per via della loro percentuale più alta di fallimento.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	C	S	D	
INFEZIONE DELLE VIE URINARIE*	1	1	2	
CONDIZIONI ENDOCRINE				
DIABETE				
a) Storia di diabete gestazionale	1	1	1	
b) Malattia vascolare				
▪ non dipendente da insulina	1	1	1	
▪ dipendente da insulina	1	1	1	
c) Nefropatia/ Retinopatia/ Neuropatia	1	1	1	
d) Altra malattia vascolare o diabete di durata > 20 anni	1	1	1	
DISTURBI DELLA TIROIDE				
a) Gozzo semplice	1	1	1	
b) Iperitiroidismo	1	1	1	
c) Ipotiroidismo	1	1	1	
CONDIZIONI GASTROINTESTINALI				
COLECISTOPATIE				
a) Sintomatica				
▪ curata con colecistectomia	1	1	1	
▪ curata con terapia medica	1	1	1	
▪ in corso	1	1	1	
b) Asintomatica	1	1	1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

METODI DI BARRIERA (BARR)	In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.
----------------------------------	--

Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che i metodi di barriera per la prevenzione della gravidanza potrebbero non essere appropriati per chi non possa utilizzarli regolarmente e correttamente per via della loro percentuale più alta di fallimento.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	C	S	D	
STORIA DI COLESTASI				
a) Associata alla gravidanza	1	1	1	
b) Passata e associata ad un pregresso uso di COC o CIC	1	1	1	
EPATITE VIRALE				
a) Attiva	1	1	1	
b) Portatrice	1	1	1	
CIRROSI				
a) Lieve (compensata)	1	1	1	
b) Grave (scompensata)	1	1	1	
TUMORI DEL FEGATO				
a) Benigno (adenoma)	1	1	1	
b) Maligno (epatoma)	1	1	1	
			ANEMIE	
TALASSEMIA	1	1	1	
ANEMIA FALCIFORME	1	1	1	
ANEMIA DA CARENZA DI FERRO	1	1	1	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

**METODI
DI BARRIERA
(BARR)**

In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.

Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che i metodi di barriera per la prevenzione della gravidanza potrebbero non essere appropriati per chi non possa utilizzarli regolarmente e correttamente per via della loro percentuale più alta di fallimento.

CONDIZIONE	CATEGORIA I=Inizio C=Continuazione			CHIARIMENTI/EVIDENZE
	C	S	D	
INTERAZIONI FARMACOLOGICHE				
FARMACI CHE AGISCONO SUGLI ENZIMI EPATICI a) Rifampicina b) Alcuni anticonvulsivanti (fenitoina, carmabazepina, barbiturici, primidone, topiramato, oxcarbazepina)	1 1	1 1	1 1	
ANTIBIOTICI (esclusa la rifampicina) a) Griseofulvina b) Altri antibiotici	1 1	1 1	1 1	
TERAPIA ANTIRETROVIRALE	1	1	1	
ALLERGIA AL LATTICE	3	1	3	<i>Chiarimento:</i> Non si applica a preservativi/diaframmi in plastica.

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

COMMENTI ADDIZIONALI

OBESITÀ

Una grave obesità può complicare l'inserimento del diaframma e del cappuccio cervicale.

CARDIOPATIA VALVOLARE

Il rischio di infezione delle vie urinarie, con l'utilizzo del diaframma, può aumentare in pazienti con endocardite batterica subacuta.

CANCRO CERVICALE (in attesa di trattamento)

L'utilizzo ripetuto e ad alto dosaggio di nonoxynol-9 può causare irritazioni o abrasioni vaginali e cervicali.

ALTO RISCHIO DI HIV

All'utilizzo del diaframma è assegnata la categoria 3 per via di preoccupazioni riguardanti lo spermicida, non il diaframma.

STORIA DI SINDROME DA SHOCK TOSSICO

La sindrome da shock tossico è stata associata all'utilizzo di spugna contraccettiva e diaframma.

INFEZIONE DELLE VIE URINARIE

Esiste un potenziale aumento di infezione delle vie urinarie con diaframmi e spermicidi.

BIBLIOGRAFIA

1. Wilkinson D et al. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002; 4: CD003936.

METODI BASATI SULLA CONSAPEVOLEZZA DELLA FERTILITÀ (FAB)

INDICE

DEFINIZIONI	140
CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA.....	141
Gravidanza	141
Periodo della vita	141
Allattamento al seno	141
Post-parto	141
Post-aborto	141
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO	141
Sanguinamento vaginale irregolare	141
Secrezioni vaginali	142
ALTRO	142
Utilizzo di farmaci che influenzano la regolarità del ciclo, ormoni e/o segni di fertilità	142
Malattie che aumentano la temperatura corporea	142
Commenti addizionali	143

METODI BASATI SULLA CONSAPEVOLEZZA DELLA FERTILITÀ (FAB)

I metodi di pianificazione familiare basati sulla consapevolezza della fertilità (FAB) comprendono l'identificazione dei giorni fertili del ciclo mestruale, attraverso l'osservazione dei segni di fertilità, come le secrezioni dal collo dell'utero e la temperatura corporea basale, o il monitoraggio dei giorni del ciclo. I metodi FAB possono essere utilizzati in combinazione con astinenza o metodi di barriera durante il periodo fertile. Se vengono utilizzati metodi di barriera, si veda la sezione sui metodi di barriera (BARR).

Non esistono condizioni mediche che peggiorino con l'utilizzo dei metodi FAB. In generale, questi metodi possono essere consigliati alle persone che li scelgono senza preoccupazione degli effetti sulla salute. Tuttavia, una serie di condizioni rende il loro utilizzo più complesso. L'esistenza di tali condizioni suggerisce che (1) l'utilizzo di questi metodi dovrebbe essere rinviato finché la condizione non sia corretta o risolta, o (2) richiederanno una consulenza speciale, e per assicurare un uso corretto sarà necessario l'aiuto di un esperto specializzato.

DEFINIZIONI

SYM	Metodi basati sui sintomi	I metodi FAB basati sull'osservazione dei segni di fertilità (ad esempio, secrezioni dal collo dell'utero, temperatura corporea basale) come Metodo del Muco Cervicale del collo dell'utero, il Metodo Sintotermale e il Metodo dei Due Giorni.
CAL	Metodi basati sul calendario	I metodi FAB basati su calcoli sul calendario come il Metodo del Ritmo del Calendario e il Metodo dei Giorni Standard.
A	Accettabile	Non c'è indicazione medica per negare lo specifico metodo FAB a una donna in questa circostanza.
C	Cautela	Normalmente il metodo viene concesso in una circostanza ordinaria, ma con una preparazione e con precauzioni particolari. Per i metodi FAB, solitamente significa che per assicurare il corretto utilizzo del metodo da parte di una donna in questa circostanza può essere necessaria una consulenza speciale.
D	Rinvio	L'utilizzo di questo metodo dovrebbe essere rinviato finché la condizione non sia valutata o corretta. Dovrebbero essere proposti metodi di contraccezione temporanei alternativi.
NA	Non applicabile	

METODI BASATI SULLA CONSAPEVOLEZZA DELLA FERTILITÀ (FAB)	I metodi basati sulla consapevolezza della fertilità non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.		
Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che i metodi basati sulla consapevolezza della fertilità potrebbero non essere appropriati per loro a causa della loro percentuale più alta di fallimento.			
CONDIZIONE	CATEGORIA		CHIARIMENTI/EVIDENZE
	SYM	CAL	
CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA			
GRAVIDANZA	NA		<i>Commenti:</i> I metodi FAB non sono idonei durante la gravidanza.
PERIODO DELLA VITA a) Post-menarca b) Peri-menopausa	C C	C C	<i>Chiarimento:</i> Le irregolarità mestruali sono comuni nel post-menarca e nella peri-menopausa e possono complicare l'utilizzo dei metodi FAB.
ALLATTAMENTO AL SENO* a) < 6 settimane post-parto b) ≥ 6 settimane c) Dopo l'inizio delle mestruazioni	D C C	D D C	
POST-PARTO* (in donne che non allattano al seno) a) < 4 settimane b) ≥ 4 settimane	D A	D D	
POST-ABORTO*	C	D	
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO			
SANGUINAMENTO VAGINALE IRREGOLARE*	D	D	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

METODI BASATI SULLA CONSAPEVOLEZZA DELLA FERTILITÀ (FAB)

I metodi basati sulla consapevolezza della fertilità non proteggono contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.

Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che i metodi basati sulla consapevolezza della fertilità potrebbero non essere appropriati per loro a causa della loro percentuale più alta di fallimento.

CONDIZIONE	CATEGORIA		CHIARIMENTI/EVIDENZE
	SYM	CAL	
SECREZIONI VAGINALI *	D	A	
ALTRO			
UTILIZZO DI FARMACI CHE INFLUENZANO LA REGOLARITÀ DEL CICLO, ORMONI E/O SEGNI DI FERTILITÀ*	C/D	C/D	
MALATTIE CHE AUMENTANO LA TEMPERATURA CORPOREA* a) Malattie croniche b) Malattie gravi	C D	A A	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

COMMENTI ADDIZIONALI

ALLATTAMENTO AL SENO

L'efficacia dei metodi FAB durante l'allattamento al seno può essere inferiore rispetto a quando non si allatta al seno.

< 6 settimane post-parto: le donne che allattano al seno e sono amenorreiche hanno raramente una funzionalità ovarica sufficiente a produrre segni di fertilità identificabili e cambiamenti ormonali durante i primi 6 mesi post-parto. Tuttavia, la probabilità di ritorno alla fertilità aumenta con il tempo sostituendo il latte materno con altri alimenti.

Dopo l'inizio delle mestruazioni: quando la donna nota segni di fertilità (in particolare secrezioni dal collo dell'utero), può utilizzare un metodo basato sui sintomi. Quando ha avuto 3 mestruazioni dopo il parto, può utilizzare metodi basati sul calendario. Prima di quel momento, dovrebbe essere proposto un metodo di barriera se la donna pensa di utilizzare un metodo FAB in seguito.

POST-PARTO

< 4 settimane: tendenzialmente, le donne che non allattano al seno non hanno una funzionalità ovarica sufficiente per richiedere un metodo FAB o per avere segnali di fertilità identificabili o cambiamenti ormonali prima di 4 settimane dopo il parto. Sebbene il rischio di gravidanza sia basso, dovrebbe essere proposto un metodo appropriato per il periodo post-parto.

≥ 4 settimane: tendenzialmente, le donne che non allattano al seno non hanno una funzionalità ovarica sufficiente per produrre segnali di fertilità identificabili e/o cambiamenti ormonali in questo periodo; la probabilità aumenta rapidamente con il tempo dopo il parto. Le donne possono utilizzare metodi basati sul calendario non appena abbiano completato 3 mestruazioni dopo il parto. Prima di quel momento, dovrebbero essere proposti metodi appropriati per il periodo post-parto.

POST-ABORTO

Dopo l'aborto, le donne tendono ad avere una funzionalità ovarica sufficiente per produrre segnali di fertilità identificabili e/o cambiamenti ormonali; la probabilità aumenta con il tempo post-aborto. Le donne possono iniziare a utilizzare metodi basati sul calendario dopo aver avuto almeno una mestruazione post-aborto (ad esempio le donne che prima di questa gravidanza avevano la maggior parte dei cicli tra i 26 e i 32 giorni possono utilizzare il Metodo dei Giorni Standard). Prima di quel momento, dovrebbero essere proposti metodi appropriati per il periodo post-aborto.

SANGUINAMENTO VAGINALE IRREGOLARE

La presenza di questa condizione rende i metodi FAB inaffidabili. Pertanto, dovrebbero essere consigliati metodi di barriera finché il pattern delle perdite non sia compatibile con il corretto utilizzo del metodo. La condizione deve essere valutata e trattata opportunamente.

SECREZIONI VAGINALI

Poiché lo spurgo vaginale complica l'identificazione delle secrezioni dal collo dell'utero, la condizione deve essere valutata e trattata, se necessario, prima di consigliare metodi basati sulle secrezioni dal collo dell'utero.

UTILIZZO DI FARMACI CHE INFLUENZANO LA REGOLARITÀ DEL CICLO, ORMONI E/O SEGNALI DI FERTILITÀ

L'utilizzo di certi neurolettici come litio, antidepressivi triciclici e ansiolitici, così come certi antibiotici e FANS, può alterare la regolarità del ciclo o influire sui segnali di fertilità. La condizione deve essere attentamente valutata e dovrebbe essere consigliato un metodo di barriera finché l'entità dell'effetto non sia determinata o il farmaco non sia più utilizzato.

MALATTIE CHE AUMENTANO LA TEMPERATURA CORPOREA

La febbre alta può rendere la temperatura corporea basale difficile da interpretare, ma non vi è effetto sulle secrezioni dal collo dell'utero. Pertanto, l'utilizzo di un metodo basato sulla temperatura dovrebbe essere rinviato finché la malattia acuta non diminuisca. I metodi basati sulla temperatura non sono appropriati per le donne con febbre alta cronica. Inoltre, alcune malattie croniche interferiscono con la regolarità del ciclo, rendendo i metodi basati sul calendario difficili da interpretare.

METODO BASATO SULL'AMENORREA DA ALLATTAMENTO (LAM)

Il metodo basato sull'amenorrea da allattamento non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. È stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV. Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che il metodo basato sull'amenorrea da allattamento potrebbe non essere appropriato per loro a causa della sua percentuale più alta di fallimento da utilizzo tipico.

Il Consenso di Bellagio ha fornito le basi scientifiche per definire le condizioni sotto le quali l'allattamento al seno può essere utilizzato in modo sicuro ed efficace a scopo contraccettivo, e sono state sviluppate Linee Guida programmatiche per l'utilizzo dell'amenorrea da allattamento nella pianificazione familiare. Queste Linee Guida includono i seguenti tre criteri, che devono essere rispettati per assicurare una protezione adeguata da una gravidanza indesiderata:

- 1) Amenorrea;
- 2) Allattamento al seno completo o quasi completo;
- 3) Entro i sei mesi dopo il parto.

Le principali indicazioni all'allattamento al seno restano la necessità di assicurare al bambino un'alimentazione ideale e proteggerlo contro le malattie. Non ci sono condizioni mediche per le quali l'utilizzo dell'amenorrea da allattamento è limitato, e non ci sono prove documentate del suo impatto negativo sulla salute della madre. Tuttavia, certe condizioni che influiscono sull'allattamento al seno, possono influire anche sulla durata dell'amenorrea, rendendola una scelta meno utile per scopi di pianificazione familiare. Tali condizioni includono:

INFEZIONE DA HIV

L'allattamento al seno dovrebbe essere incoraggiato, protetto e sostenuto in tutte le popolazioni, per tutte le donne HIV-negative o con uno stato di HIV ignoto. Se è disponibile un nutrimento alternativo accettabile, fattibile, accessibile, sostenibile e

sicuro, si consiglia di evitare l'allattamento al seno alle madri infette da HIV. Altrimenti, durante i primi mesi di vita si consiglia esclusivamente l'allattamento al seno, che dovrebbe essere interrotto non appena possibile. Le donne HIV-positivo dovrebbero ricevere una consulenza che includa informazioni sui rischi e i vantaggi delle varie opzioni di nutrimento dei bambini in base a valutazioni locali e dirette a selezionare l'opzione più adatta alla loro situazione, oltre a essere sostenute nella loro scelta; dovrebbero anche avere accesso ai servizi di cura e sostegno, inclusa la pianificazione familiare e il sostegno nutrizionale.

FARMACI ASSUNTI DURANTE L'ALLATTAMENTO AL SENO

Al fine di proteggere la salute del bambino, l'allattamento al seno non è consigliato per donne che assumono farmaci come: anti-metaboliti, bromocriptina, alcuni anticoagulanti, corticosteroidi (alto dosaggio), ciclosporina, ergotamina, litio, farmaci che modulano l'umore, farmaci radioattivi e reserpina.

CONDIZIONI CHE INTERESSANO IL NEONATO

Deformità congenite della bocca, della mascella o del palato, neonati prematuri e che necessitano una terapia neonatale intensiva, e certi disturbi metabolici del bambino possono complicare l'allattamento al seno.

COITO INTERROTTO (CI)

Il coito interrotto non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'uso corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. È stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.

Le donne con condizioni che rendono la gravidanza un rischio inaccettabile dovrebbero essere informate che il coito interrotto potrebbe non essere appropriato per loro, a causa della sua alta percentuale di fallimento da utilizzo tipico.

Il coito interrotto (CI), è un metodo tradizionale di pianificazione familiare in cui l'uomo rimuove completamente il pene dalla vagina, e lontano dai genitali esterni della donna, prima di eiaculare. Il CI impedisce allo sperma di entrare nella vagina della donna, impedendo quindi il contatto tra gli spermatozoi e l'ovocita.

Questo metodo può essere appropriato per coppie:

- particolarmente motivate e in grado di utilizzare questo metodo efficacemente;
- con ragioni religiose o filosofiche contrarie all'utilizzo di altri metodi di contraccezione;
- che necessitano di un metodo di contraccezione immediato e hanno iniziato un rapporto sessuale senza altri metodi disponibili;
- che necessitano un metodo temporaneo mentre aspettano di iniziare l'utilizzo di un altro metodo;
- che hanno rapporti sessuali frequenti.

Alcuni vantaggi del CI sono che il metodo, se utilizzato correttamente, non influisce sull'allattamento ed è sempre disponibile per un utilizzo primario o come metodo di back-up alternativo. Inoltre, il CI non prevede costi economici né l'utilizzo di sostanze chimiche. Non vi sono rischi sulla salute associati direttamente con il CI. Gli uomini e le donne ad alto rischio di MST/HIV dovrebbero utilizzare preservativi per ogni rapporto sessuale.

Il CI perde ogni validità se non utilizzato correttamente e la sua efficacia dipende dalla volontà e dalla capacità della coppia ad utilizzare il coito interrotto in ogni rapporto sessuale.

PROCEDIMENTI DI STERILIZZAZIONE CHIRURGICA (STER)

INDICE

Definizioni	152
A. Sterilizzazione chirurgica femminile	153
CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA	153
Gravidanza	153
Giovane età	153
Parità	153
Allattamento al seno	153
Post-parto	154
Post-aborto	154
Pregressa gravidanza extrauterina	155
Fumo	155
Obesità	155
MALATTIE CARDIOVASCOLARI	155
Fattori multipli di rischio per malattie arteriose cardiovascolari	155
Iperensione arteriosa	156
Pregressa ipertensione gestazionale	156
Trombosi venosa profonda (DVT)/Embolia polmonare (PE)	156
Mutazioni trombogeniche	157
Trombosi venosa superficiale	157
Cardiopatìa ischemica attuale e passata	157
Ictus	157
Iperlipidemia conosciuta	158
Cardiopatìa valvolare	158
CONDIZIONI NEUROLOGICHE	158
Cefalea/Emicrania	158
Epilessia	158
DISTURBI DEPRESSIVI	158
Disturbi depressivi	158
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO	158
Tipo di perdita ematica vaginale	158

Perdita ematica vaginale inspiegata	159
Endometriosi	159
Tumori ovarici benigni	159
Dismenorrea grave	159
Malattia del trofoblasto	159
Ectropion cervicale	159
Neoplasia Intraepiteliale Cervicale (CIN)	159
Cancro cervicale	159
Tumore al seno	160
Cancro dell'endometrio	160
Cancro ovarico	160
Fibromi uterini	160
Malattia Infiammatoria Pelvica (PID)	160
MST	160
HIV/AIDS	161
Alto rischio di HIV	161
Infezione da HIV	161
AIDS	161
ALTRE INFEZIONI	161
Schistosomiasi	161
Tubercolosi	161
Malaria	161
CONDIZIONI ENDOCRINE	161
Diabete	161
Disturbi della tiroide	162
CONDIZIONI GASTROINTESTINALI	162
Colecistopatie	162
Storia di colestasi	162
Epatite virale	162
Cirrosi	163
Tumori del fegato	163
ANEMIE	163
Talassemia	163
Anemia falciforme	163
Anemia da carenza di ferro	163
ALTRE CONDIZIONI PERTINENTI SOLO CON LA STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE	163
Infezione locale	163
Problemi di coagulazione	163

Malattie respiratorie	164
Infezione sistemica o gastroenterite	164
Utero fisso dovuto a precedente intervento o infezione	164
Laparocoele o ernia ombelicale	164
Ernia diaframmatica	164
Malattia del rene	164
Carenze nutritive gravi	164
Precedente chirurgia addominale o pelvica	164
Sterilizzazione concomitante a chirurgia addominale	165
Sterilizzazione concomitante a parto cesareo	165
B. Sterilizzazione chirurgica maschile	165
CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA	165
Giovane età	165
DISTURBI DEPRESSIVI	165
Disturbi depressivi	165
HIV/AIDS	166
Alto rischio di HIV	166
Infezione da HIV	166
AIDS	166
CONDIZIONI ENDOCRINE	166
Diabete	166
ANEMIE	166
Anemia falciforme	166
ALTRE CONDIZIONI PERTINENTI SOLO CON LA STERILIZZAZIONE CHIRURGICA MASCHILE	166
Infezioni locali	166
Problemi di coagulazione	166
Precedente lesione scrotale	166
Infezione sistemica o gastroenterite	166
Notevole varicocele	166
Notevole idrocele	167
Filariosi; Elefantiasi	167
Massa intrascrotale	167
Criptorchidismo	167
Ernia inguinale	167
Commenti addizionali	168
Bibliografia	171

PROCEDIMENTI DI STERILIZZAZIONE CHIRURGICA (STER)

Poichè la sterilizzazione è un procedimento chirurgico inteso per essere permanente, è necessaria una cura particolare per assicurarsi che ogni utente scelga questo metodo in modo volontario e consapevole. E' necessaria un'attenzione particolare nel caso di persone giovani, donne nullipare, uomini che non sono ancora padri, e clienti con problemi di salute mentale, inclusa la depressione. Tutti gli utenti dovrebbero essere informati accuratamente sulla irreversibilità della sterilizzazione e la disponibilità di metodi alternativi, durevoli e altamente efficaci. Questo è di particolare importanza per le persone giovani. Nel processo decisionale, è necessario tenere in considerazione le leggi nazionali e le norme esistenti per l'effettuazione delle procedure di sterilizzazione.

Tra queste raccomandazioni, non sono contemplati i metodi transcervicali per la sterilizzazione femminile. Non vi sono condizioni mediche che limitino in modo assoluto l'idoneità di una persona per la sterilizzazione, sebbene alcune condizioni e circostanze richiederanno determinate precauzioni, incluse le situazioni in cui vi sia una raccomandazione C (Cautela), D (Rinvio), o S (Speciale). Per alcune di queste condizioni e circostanze, rischi teorici o dimostrati possono superare i vantaggi del sottoporsi alla sterilizzazione, in particolare sterilizzazione femminile. Quando i rischi della sterilizzazione superano i vantaggi, si consiglia l'utilizzo di metodi contraccettivi altamente efficaci e durevoli. In questi casi, sarà opportuno decidere su una base individuale, considerando i rischi e i vantaggi della sterilizzazione contro i rischi di una gravidanza, e la disponibilità e l'accettabilità di metodi alternativi efficaci.

La seguente classificazione delle condizioni in quattro differenti categorie si basa su uno studio approfondito dei dati epidemiologici e clinici pertinenti all'idoneità medica. I procedimenti di sterilizzazione dovrebbero essere eseguiti esclusivamente da personale esperto in un ambiente clinico adeguato, utilizzando attrezzature e materiali adatti. Per massimizzare la sicurezza dei pazienti, è necessario seguire determinate direttive sull'esecuzione del servizio, inclusi i protocolli sulla prevenzione delle infezioni.

DEFINIZIONI

A	Accettabile	Non vi è ragione medica per negare la sterilizzazione a una persona con questa condizione.
C	Cautela	La procedura è normalmente eseguita in un ambiente routinario, ma con particolari preparazioni e precauzioni.

D	Rinvio	La procedura è rinviata finché la condizione non sia valutata e/o corretta. Dovrebbero essere offerti metodi di contraccezione temporanei alternativi.
S	Speciale	La procedura deve essere eseguita da uno staff chirurgico esperto, con attrezzature idonee all'anestesia generale e altro sostegno medico. Per queste condizioni è necessaria anche la capacità di decidere sul procedimento appropriato e sul tipo di anestesia. Se è richiesto un rinvio o comunque un posticipo, dovrebbero essere proposti metodi di contraccezione temporanei alternativi.

A. STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE	La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA		
GRAVIDANZA	D	
GIOVANE ETÀ*	C	<i>Chiarimento:</i> Le donne giovani, come tutte le donne, dovrebbero essere informate sulla irreversibilità della sterilizzazione e la disponibilità di metodi alternativi, durevoli e altamente efficaci. <i>Evidenze:</i> Gli studi dimostrano che fino al 20% delle donne sterilizzate in giovane età si pentono di questa decisione, e che la giovane età è uno dei più forti predittori di rimpianto (incluse le richieste di informazioni sulla reversibilità e l'ottenimento di questa) che può essere identificato prima della sterilizzazione (1-19).
PARITÀ* a) Nullipara b) Con figli	A A	
ALLATTAMENTO AL SENO	A	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

**STERILIZZAZIONE
CHIRURGICA
FEMMINILE**

La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.

CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
<p>POST-PARTO*</p> <p>a) < 7 giorni da 7 a < 42 giorni ≥ 42 giorni</p> <p>b) Preeclampsia/ eclampsia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ preeclampsia lieve ▪ preeclampsia/ eclampsia grave <p>c) Rottura prolungata della membrana: 24 ore o più</p> <p>d) Sepsi puerperale, febbre intraparto o puerperale</p> <p>e) Grave emorragia anteparto o post-parto</p> <p>f) Grave trauma del tratto genitale: lacerazione cervicale o vaginale al momento del parto</p> <p>g) Rottura uterina o perforazione</p>	<p>A</p> <p>D</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>S</p>	<p><i>Chiarimento:</i> Se è stata eseguita una chirurgia esplorativa o laparoscopica e la paziente è stabile, è possibile (se non implica rischi aggiuntivi) riparare il problema ed eseguire una sterilizzazione tubarica simultaneamente.</p>
<p>POST-ABORTO*</p> <p>a) Senza complicazioni</p> <p>b) Sepsi o febbre post-aborto</p> <p>c) Grave emorragia post-aborto</p> <p>d) Grave trauma del tratto genitale: lacerazione cervicale o vaginale al momento dell'aborto</p>	<p>A</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p>	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE	La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'uso corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
e) Perforazione uterina	S	<i>Chiarimento:</i> Se è stata eseguita una chirurgia esplorativa o laparoscopica e la paziente è stabile, è possibile (se non implica rischi aggiuntivi), riparare il problema ed eseguire una sterilizzazione tubarica simultaneamente.
f) Ematometra acuto	D	
PREGRESSA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA	A	
FUMO a) Età < 35 anni b) Età ≥ 35 anni ▪ <15 sigarette/giorno ▪ ≥15 sigarette/giorno	A A A	
OBESITÀ ≥ 30 kg/m ² di indice di massa corporea (BMI)	C	<i>Chiarimento:</i> La procedura può essere più difficile. Vi è un aumento del rischio di infezione e di deiscenza della ferita. Le donne obese possono presentare limitazioni della funzione respiratoria e richiedere più spesso l'anestesia generale. <i>Evidenze:</i> Le donne che sono state obese tendono più spesso a presentare complicazioni quando sottoposte a sterilizzazione (20-23).
MALATTIE CARDIOVASCOLARI		
FATTORI MULTIPLI DI RISCHIO PER MALATTIE ARTERIOSE CARDIOVASCOLARI* (ad esempio età avanzata, fumo, diabete e ipertensione)	S	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE	La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
IPERTENSIONE ARTERIOSA		
Per tutte le categorie di ipertensione, le classificazioni si basano sul presupposto che non vi siano altri fattori di rischio per malattia cardiovascolare. Quando sussistono fattori di rischio multipli, il rischio di malattia cardiovascolare può aumentare sensibilmente. Una sola misurazione della pressione arteriosa non è sufficiente per classificare una donna come ipertesa.		
a) Ipertensione arteriosa, adeguatamente controllata	C	<i>Chiarimento:</i> L'ipertensione arteriosa dovrebbe essere controllata prima dell'intervento. Vi è un aumento dei rischi associati all'anestesia e un aumento del rischio di aritmia cardiaca con un'ipertensione non controllata. Un attento monitoraggio della pressione sanguigna durante l'intervento è particolarmente indicato in questa situazione.
b) Ipertensione arteriosa (misurazioni prese appropriatamente)	C	
▪ sistolica 140-159 o diastolica 90-99	S	
▪ sistolica ≥160 o diastolica ≥100	S	
c) Malattia vascolare	S	
PREGRESSA IPERTENSIONE GESTAZIONALE (dove la pressione arteriosa attuale è misurabile e normale)	A	
TROMBOSI VENOSA PROFONDA (DVT)/ EMBOLIA POLMONARE (PE)		
a) Storia di DVT/PE	A	<i>Chiarimento:</i> Per ridurre il rischio di DVT/PE, si consiglia la deambulazione immediata.
b) DVT/PE in corso	D	
c) Storia familiare di DVT/PE (parenti di primo grado)	A	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE	La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
d) Chirurgia maggiore <ul style="list-style-type: none"> ■ con immobilizzazione prolungata ■ senza immobilizzazione prolungata e) Chirurgia minore senza immobilizzazione	D A A	
MUTAZIONI TROMBOGENICHE (ad esempio Fattore V Leiden; mutazione di Protrombina; deficit di Proteina S, Proteina C e Antitrombina III)	A	<i>Chiarimento:</i> Lo screening di routine non è appropriato per via della rarità delle condizioni e per l'alto costo dello screening.
TROMBOSI VENOSA SUPERFICIALE a) Vene varicose b) Tromboflebite superficiale	A A	
CARDIOPATIA ISCHEMICA ATTUALE E PASSATA* a) Attuale cardiopatia ischemica b) Storia di cardiopatia ischemica	D C	
ICTUS (storia di evento cerebrovascolare)	C	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE	La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
IPERLIPIDEMIA CONOSCIUTA	A	<i>Chiarimento:</i> Lo screening di routine non è appropriato per via della rarità delle condizioni e per l'alto costo dello screening.
CARDIOPATIA VALVOLARE a) Semplice b) Complicata (ipertensione polmonare, fibrillazione atriale, storia di endocardite batterica subacuta)	C S	<i>Chiarimento:</i> La donna richiede profilassi antibiotica. <i>Chiarimento:</i> La donna è ad alto rischio di complicazioni associate all'anestesia e all'intervento. Se la donna presenta una fibrillazione atriale che non è stata gestita con successo o un'endocardite batterica subacuta, la procedura dovrebbe essere rinviata.
CONDIZIONI NEUROLOGICHE		
CEFALEA/EMICRANIA a) Senza emicrania (lieve o grave) b) Emicrania ■ senza aura Età < 35 Età ≥ 35 ■ con aura, (a qualsiasi età)	A A A A	
EPILESSIA	C	
DISTURBI DEPRESSIVI		
DISTURBI DEPRESSIVI	C	
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO		
TIPO DI PERDITA EMATICA VAGINALE a) Perdita irregolare senza sanguinamenti abbondanti	A	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE		La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE	
b) Perdite abbondanti o prolungate (sia di tipo regolare che irregolare)	A		
PERDITA EMATICA VAGINALE INSPIEGATA (con sospetto di condizione grave) ▪ Prima della valutazione	D	<i>Chiarimento:</i> La condizione deve essere valutata prima che la procedura sia eseguita.	
ENDOMETRIOSI	S		
TUMORI OVARICI BENIGNI (incluse cisti)	A		
DISMENORREA GRAVE	A		
MALATTIA DEL TROFOBLASTO a) Malattia gestazionale benigna del trofoblasto b) Malattia gestazionale maligna del trofoblasto	A D		
ECTROPION CERVICALE	A		
NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)	A		
CANCRO CERVICALE* (in attesa di trattamento)	D		

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE		La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
TUMORE AL SENO a) Massa non diagnosticata b) Tumore benigno al seno c) Storia familiare di cancro d) Cancro al seno ■ attuale ■ passato e senza evidenze di malattia in corso da 5 anni	A A A C A	
CANCRO DELL'ENDOMETRIO*	D	
CANCRO OVARICO*	D	
FIBROMI UTERINI* a) Senza distorsione della cavità uterina b) Con distorsione della cavità uterina	C C	
MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID)* a) PID pregressa (ipotizzando che non sussistano fattori attuali di rischio di MST) ■ con successiva gravidanza ■ senza successiva gravidanza b) PID in corso	A C D	<i>Chiarimento:</i> E' necessario un accurato esame pelvico per escludere infezioni ricorrenti o persistenti e per determinare la mobilità dell'utero.
MST* a) Cervicite purulenta o infezione da clamidia o gonorrea in corso b) Altre MST (escludendo HIV e epatite)	D A	<i>Chiarimento:</i> Se i sintomi non persistono dopo il trattamento, la sterilizzazione può essere eseguita.

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE	La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'uso corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
c) Vaginite (incluse trichomonas vaginale e vaginosi batterica)	A	
d) Alto rischio di MST	A	
HIV/AIDS		
ALTO RISCHIO DI HIV	A	<i>Chiarimento:</i> Lo screening di routine non è necessario. E' opportuno osservare attentamente gli appropriati procedimenti di prevenzione delle infezioni, incluse le precauzioni universali, durante tutto il procedimento chirurgico. Si consiglia l'uso di preservativi dopo la sterilizzazione.
INFEZIONE DA HIV	A	
AIDS	S	<i>Chiarimento:</i> La presenza di una malattia associata all'AIDS può richiedere il rinvio della procedura.
ALTRE INFEZIONI		
SCHISTOSOMIASI a) Semplice b) Fibrosi del fegato	A C	<i>Chiarimento:</i> La funzionalità epatica può necessitare di valutazione.
TUBERCOLOSI a) Non pelvica b) Pelvica	A S	
MALARIA	A	
CONDIZIONI ENDOCRINE		
DIABETE* a) Storia di diabete gestazionale	A	<i>Chiarimento:</i> Si consiglia di rivolgersi a una struttura specializzata se il livello della glicemia non è controllato in maniera adeguata.

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE	La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
b) Malattia non vascolare: <ul style="list-style-type: none"> ▪ non dipendente da insulina ▪ dipendente da insulina c) Nefropatia/ Retinopatia/ Neuropatia d) Altra malattia vascolare o diabete della durata > 20 anni	C C S S	Chiarimento: E' possibile un rallentamento nella guarigione e un aumento del rischio di infezione della ferita. Si consiglia l'utilizzo di profilassi antibiotica. Evidenze: Le donne diabetiche sottoposte a sterilizzazione sono più soggette a complicazioni (22).
DISTURBI DELLA TIROIDE*		
a) Gozzo semplice b) Ipertiroidismo c) Ipotiroidismo	A S C	
CONDIZIONI GASTROINTESTINALI		
COLECISTOPATIE		
a) Sintomatica <ul style="list-style-type: none"> ▪ curata con colecistectomia ▪ curata con terapia medica ▪ in corso b) Asintomatica	A A D A	
STORIA DI COLESTASI		
a) Associata alla gravidanza b) Passata e associata ad un pregresso uso di COC o CIC	A A	
EPATITE VIRALE*		
a) Attiva b) Portatrice	D A	Chiarimento: E' necessario osservare attentamente gli appropriati procedimenti di prevenzione delle infezioni, incluse le precauzioni universali, per ogni intervento chirurgico.

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE	La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
CIRROSI a) Lieve (compensata) b) Grave (scompensata)	 C S	 <i>Chiarimento:</i> La funzionalità epatica e la coagulazione possono essere alterate. La funzionalità epatica dovrebbe essere valutata.
TUMORI DEL FEGATO a) Benigno (adenoma) b) Maligno (epatoma)	 C C	 <i>Chiarimento:</i> La funzionalità epatica e la coagulazione possono essere alterate. La funzionalità epatica dovrebbe essere valutata.
ANEMIE		
TALASSEMIA	C	
ANEMIA FALCIFORME*	C	
ANEMIA DA CARENZA DI FERRO a) Hb < 7 g/dl b) Hb ≥ 7a < 10 g/dl	 D C	 <i>Chiarimento:</i> La malattia sottostante dovrebbe essere identificata. Sia il livello di Hb preoperatorio che la perdita di sangue durante l'operazione sono parametri importanti nelle donne anemiche. L'inadeguatezza della perfusione periferica può rallentare la guarigione della ferita.
ALTRE CONDIZIONI PERTINENTI SOLO CON LA STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE		
INFEZIONE LOCALE Infezione della cute addominale	D	 <i>Chiarimento:</i> E' possibile un incremento del rischio di infezione post-operatoria.
PROBLEMI DI COAGULAZIONE*	S	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE		La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
MALATTIE RESPIRATORIE* a) Acuta (bronchite, polmonite) b) Cronica <ul style="list-style-type: none"> ▪ asma ▪ bronchite ▪ enfisema ▪ infezione polmonare 	D S S S S	<i>Chiarimento:</i> La procedura dovrebbe essere rinviata finchè la condizione non sia corretta. Si nota un aumento dei rischi associati all'anestesia e altri rischi post-operatori.
INFEZIONE SISTEMICA O GASTROENTERITE*	D	
UTERO FISSO DOVUTO A PRECEDENTE INTERVENTO O INFEZIONE*	S	
LAPAROCELE O ERNIA OMBELICALE	S	<i>Chiarimento:</i> Se possibile, si consiglia l'esecuzione simultanea della correzione dell'ernia e della sterilizzazione tubarica.
ERNIA DIAFRAMMATICA*	C	
MALATTIA DEL RENE*	C	
CARENZE NUTRITIVE GRAVI*	C	
PRECEDENTE CHIRURGIA ADDOMINALE O PELVICA	C	<i>Evidenze:</i> Le donne con un precedente intervento chirurgico addominale o pelvico tendono più spesso ad avere complicazioni quando sottoposte a sterilizzazione (21, 22, 24-26).

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE	La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV (anche durante la gravidanza o il periodo post-parto), si consiglia l'uso corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
STERILIZZAZIONE CONCOMITANTE A CHIRURGIA ADDOMINALE a) Elettiva b) D'urgenza (senza consulenza precedente) c) Infezione	C D D	
STERILIZZAZIONE CONCOMITANTE A PARTO CESAREO*	A	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

B. STERILIZZAZIONE CHIRURGICA MASCHILE

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA MASCHILE	La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV, si consiglia l'uso corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA		
GIOVANE ETÀ	C	<i>Chiarimento:</i> Gli uomini giovani, così come tutti gli uomini, dovrebbero essere informati sulla permanenza della sterilizzazione e sulla disponibilità di metodi alternativi altamente efficaci e di lunga durata. <i>Evidenze:</i> Negli uomini sottoposti a vasectomia in giovane età la procedura di reversione è più facile rispetto a quelli in età avanzata (18).
DISTURBI DEPRESSIVI		
DISTURBI DEPRESSIVI	C	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA MASCHILE	La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV, si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.	
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
HIV/AIDS		
ALTO RISCHIO DI HIV	A	<i>Chiarimento:</i> Lo screening ordinario non è necessario. E' necessario osservare attentamente gli appropriati procedimenti di prevenzione delle infezioni, incluse le precauzioni universali, per ogni intervento chirurgico. Dopo la sterilizzazione, si consiglia l'utilizzo di preservativi.
INFEZIONE DA HIV	A	
AIDS	S	<i>Chiarimento:</i> La presenza di una patologia associata all'AIDS può richiedere il rinvio della procedura.
CONDIZIONI ENDOCRINE		
DIABETE*	C	
ANEMIE		
ANEMIA FALCIFORME	A	
ALTRE CONDIZIONI PERTINENTI SOLO CON LA STERILIZZAZIONE CHIRURGICA MASCHILE		
INFEZIONI LOCALI*		
a) infezione della cute scrotale	D	
b) MST attiva	D	
c) balanite	D	
d) epididimite o orchite	D	
PROBLEMI DI COAGULAZIONE*	S	
PRECEDENTE LESIONE SCROTALE	C	
INFEZIONE SISTEMICA O GASTROENTERITE*	D	
NOTEVOLE VARICOCELE*	C	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA MASCHILE		La sterilizzazione non protegge contro MST/HIV. In caso di rischio di MST/HIV, si consiglia l'utilizzo corretto e regolare di preservativi, isolatamente o insieme a un altro metodo contraccettivo. E' stato dimostrato che i preservativi maschili in lattice proteggono contro MST/HIV.
CONDIZIONE	CATEGORIA	CHIARIMENTI/EVIDENZE
NOTEVOLE IDROCELE*	C	
FILARIASI; ELEFANTIASI*	D	
MASSA INTRASCROTALE*	D	
CRIPTORCHIDISMO	C	<i>Chiarimento:</i> Se il criptorchidismo, è bilaterale ed è stata dimostrata fertilità, ciò richiederà un intervento profondo per individuare il deferente, e diventa una categoria S. Se il criptorchidismo è unilaterale ed è stata riscontrata fertilità, la vasectomia può essere eseguita sul lato sano e l'analisi dello sperma dovrebbe essere effettuata di routine. Se l'uomo continua ad avere una presenza persistente di sperma, può essere necessario un'intervento più profondo per individuare l'altro deferente, e diventa una categoria S.
ERNIA INGUINALE*	S	

* Si vedano anche i commenti addizionali in fondo alla tabella.

COMMENTI ADDIZIONALI

A. STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE

PARITÀ

Nullipara: le donne nullipare, come tutte le donne, dovrebbero essere informate sulla irreversibilità della sterilizzazione e la disponibilità di metodi alternativi, durevoli e altamente efficaci.

POST-PARTO

< 7 giorni post-parto: la sterilizzazione può essere eseguita in modo sicuro subito dopo il parto.

Da 7 a < 42 giorni: vi è un aumento del rischio di complicazioni quando l'utero non si è involuto completamente.

Preeclampsia/eclampsia: vi è un aumento dei rischi associati all'anestesia.

Rottura prolungata delle membrane, 24 ore o più: vi è un aumento del rischio di infezione post-operatoria.

Sepsi puerperale, intrapartum o febbre puerperale: vi è un aumento del rischio di infezione post-operatoria.

Grave emorragia antepartum o nel post-parto: la donna potrebbe essere anemica e incapace di tollerare un'ulteriore perdita ematica.

Grave trauma del tratto genitale - lacerazione cervicale o vaginale al momento del parto: potrebbero esserci state perdite ematiche significative e quindi anemia. La procedura può essere più dolorosa.

Rottura uterina o perforazione: potrebbero esserci state perdite ematiche significative o danni agli organi endo-addominali.

POST-ABORTO

Sepsi post-aborto o febbre: vi è un aumento del rischio di infezione post-operatoria.

Grave emorragia post-aborto: la donna può essere anemica e incapace di tollerare un'ulteriore perdita ematica.

Grave trauma del tratto genitale - lacerazione cervicale o vaginale al momento dell'aborto: la donna può essere anemica e incapace di tollerare un'ulteriore perdita ematica. La procedura può essere più dolorosa.

Perforazione uterina: ci possono essere state perdite ematiche significative o danni agli organi endo-addominali.

Ematometra acuto: la donna può essere anemica e incapace di tollerare un'ulteriore perdita ematica.

FATTORI DI RISCHIO MULTIPLI PER MALATTIE ARTERIOSE CARDIOVASCOLARI

Quando sono presenti fattori di rischio multipli simultaneamente, la donna può essere ad alto rischio di complicazioni associate all'anestesia e all'intervento chirurgico.

CARDIOPATIA ISCHEMICA ATTUALE E PASSATA

La donna è ad alto rischio di complicazioni associate all'anestesia e all'intervento chirurgico.

CANCRO CERVICALE (IN ATTESA DI TRATTAMENTO)

In generale, la cura rende la donna sterile.

CANCRO DELL'ENDOMETRIO

In generale, la cura rende la donna sterile.

CANCRO OVARICO

In generale, la cura rende la donna sterile.

FIBROMI UTERINI

A seconda della dimensione e della posizione dei fibromi, può essere difficile individuare le tube e mobilizzare l'utero.

MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID)

La PID può portare ad un aumento del rischio di infezione o aderenze post-sterilizzazione.

MST

Vi è un aumento del rischio di infezione post-operatoria.

DIABETE

Vi è un rischio di ipoglicemia o chetoacidosi.

DISTURBI DELLA TIROIDE

La donna è ad alto rischio di complicazioni associate all'anestesia e all'intervento chirurgico.

EPATITE VIRALE

La donna è ad alto rischio di complicazioni associate all'anestesia e all'intervento chirurgico.

ANEMIA FALCIFORME

Vi è un aumento del rischio di complicazioni polmonari, cardiache o neurologiche, e un possibile aumento del rischio di infezione della ferita.

PROBLEMI DI COAGULAZIONE

Le donne con problemi di coagulazione sono a più alto rischio di complicazioni ematologiche durante l'intervento.

MALATTIE RESPIRATORIE

Per la laparoscopia, la donna può subire gravi complicazioni cardiorespiratorie indotte da pneumoperitoneo o dalla posizione di Trendelenburg.

INFEZIONE SISTEMICA O GASTROENTERITE

C'è un aumento del rischio di infezione post-operatoria, complicazioni da disidratazione e complicazioni associate all'anestesia.

UTERO FISSO DOVUTO A PRECEDENTE INTERVENTO O INFEZIONE

Una ridotta mobilità dell'utero, delle tube di falloppio e dell'intestino può rendere la laparoscopia e la minilaparotomia difficili e aumentare il rischio di complicazioni.

ERNIA DIAFRAMMATICA

Per la laparoscopia, la donna può sperimentare gravi complicazioni cardiorespiratorie indotte dal pneumoperitoneo o dalla posizione di Trendelenburg.

MALATTIA DEL RENE

La coagulazione può essere compromessa. Può esserci un aumento del rischio di infezione e di shock ipovolemico. La condizione può causare anemia cronica, disturbi elettrolitici, anomalie nel metabolismo e nell'escrezione di farmaci.

CARENZE NUTRITIVE GRAVI

Può esserci un aumento del rischio di infezione della ferita e la cicatrizzazione può essere compromessa.

STERILIZZAZIONE CONCOMITANTE A PARTO CESAREO

Una sterilizzazione concomitante non aumenta il rischio di complicazioni in una paziente chirurgicamente stabile.

B. STERILIZZAZIONE CHIRURGICA MASCHILE

PROBLEMI DI COAGULAZIONE

I disturbi della coagulazione portano ad un aumento del rischio di formazione di ematoma post-operatorio il quale, a sua volta, porta ad un aumento del rischio di infezione.

DIABETE

I diabetici sono più soggetti a infezioni post-operatorie della ferita. Se compaiono segni di infezione, è necessario un trattamento con antibiotici.

INFEZIONI LOCALI

Vi è un aumento del rischio di infezione post-operatoria.

INFEZIONE SISTEMICA O GASTROENTERITE

Vi è un aumento del rischio di infezione post-operatoria.

NOTEVOLE VARICOCELE

Il vaso può essere difficile o impossibile da individuare; una singola procedura per riparare il varicocele ed eseguire una vasectomia riduce il rischio di complicazioni.

NOTEVOLE IDROCELE

Il vaso può essere difficile o impossibile da individuare; una singola procedura per riparare l'idrocele ed eseguire una vasectomia riduce il rischio di complicazioni.

FILARIASI; ELEFANTIASI

Se l'elefantiasi coinvolge lo scroto, può essere impossibile palpare il cordone spermatico e i testicoli.

MASSA INTRASCROTALE

Può indicare la presenza di una malattia sottostante.

ERNIA INGUINALE

La vasectomia può essere eseguita in concomitanza con la ernioplastica.

BIBLIOGRAFIA

1. Abraham S et al. The characteristics, perceptions and personalities of women seeking a reversal of their tubal sterilization. *Medical Journal of Australia*, 1986; 145: 4-7.
2. Allyn DP et al. Presterilization counseling and women's regret about having been sterilized. *Journal of Reproductive Medicine*, 1986; 31: 1027-32.
3. Boring CC, Rochat RW, Becerra J. Sterilization regret among Puerto Rican women. *Fertility & Sterility*, 1988; 49: 973-81.
4. Clarkson SE, Gillett WR. Psychological aspects of female sterilisation - assessment of subsequent regret. *New Zealand Medical Journal*, 1985; 98: 748-50.
5. Grubb GS et al. Regret after decision to have a tubal sterilization. *Fertility & Sterility*, 1985; 44: 248-53.
6. Hardy E et al. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception*, 1996; 54: 159-62.
7. Henshaw SK, Singh S. Sterilization regret among U.S. couples. *Family Planning Perspectives*, 1986; 18: 238-40.
8. Hillis SD et al. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 1999; 93: 889-95.
9. Jamieson DJ et al. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 2002; 99: 1073-9.
10. Kariminia A, Saunders DM, Chamberlain M. Risk factors for strong regret and subsequent IVF request after having tubal ligation. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2002; 42: 526-9.
11. Leader A et al. A comparison of definable traits in women requesting reversal of sterilization and women satisfied with sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983; 145: 198-202.
12. Loaiza E. Sterilization regret in the Dominican Republic: looking for quality-of-care issues. *Studies in Family Planning*, 1995; 26: 39-48.
13. Marcil-Gratton N. Sterilization regret among women in metropolitan Montreal. *Family Planning Perspectives*, 1988; 20: 222-7.
14. Platz-Christensen JJ et al. Evaluation of regret after tubal sterilization. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1992; 38: 223-6.
15. Ramsay IN, Russell SA. Who requests reversal of female sterilisation? A retrospective study from a Scottish unit. *Scottish Medical Journal*, 1991; 36: 44-6.
16. Schmidt JE et al. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Fertility & Sterility*, 2000; 74: 892-8.
17. Thranov I et al. Regret among 547 Danish sterilized women. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1988; 16: 41-8.
18. Trussell J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstetrics & Gynecology*, 2003; 101: 677-84.
19. Wilcox LS et al. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertility & Sterility*, 1991; 55: 927-33.
20. Chi I, Mumford SD, Laufe LE. Technical failures in tubal ring sterilization: incidence, perceived reasons, outcome, and risk factors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1980; 138: 307-12.

21. Chi I, Kennedy KI. Early readmission following elective laparoscopic sterilization: a brief analysis of a rare event. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1984; 148: 322-7.
22. Jamieson DJ et al. Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 2000; 96: 997-1002.
23. White MK, Ory HW, Goldenberg LA. A case-control study of uterine perforations documented at laparoscopy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977; 129: 623-5.
24. Baggish MS et al. Complications of laparoscopic sterilization. Comparison of 2 methods. *Obstetrics & Gynecology*, 1979; 54: 54-9.
25. Chi I, Feldblum PJ, Balogh SA. Previous abdominal surgery as a risk factor in interval laparoscopic sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983; 145: 841-6.
26. Feldblum PJ et al. Technical failures in female sterilization using the tubal ring: a case-control analysis. *Contraception*, 1986; 34: 505-12. The tubal anello: a case-control analysis. *Contracezione*, 1986; 34: 505-12.

TABELLE RIASSUNTIVE (SUMM)

INDICE

CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA.....	175
Gravidanza	175
Età	175
Parità	175
Allattamento al seno	175
Post-parto	175
Post-aborto	176
Pregressa gravidanza extrauterina	176
Storia di chirurgia pelvica	176
Fumo	176
Obesità	176
Misurazione della pressione arteriosa non disponibile	176
MALATTIE CARDIOVASCOLARI	177
Fattori multipli di rischio per malattie arteriose cardiovascolari	177
Ipertensione arteriosa	177
Pregressa ipertensione gestazionale	177
Trombosi venosa profonda (DVT)/Embolia polmonare (PE)	178
Mutazioni trombogeniche	178
Trombosi venosa superficiale	178
Cardiopatía ischemica attuale e passata	178
Ictus	178
Iperlipidemia conosciuta	179
Cardiopatía valvolare	179
CONDIZIONI NEUROLOGICHE	179
Cefalea/Eemicrania	179
Epilessia	179
DISTURBI DEPRESSIVI	179
Disturbi depressivi	179
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO	179
Tipo di perdita ematica vaginale	179
Perdita ematica vaginale inspiegata	180
Endometriosi	180
Tumori ovarici benigni	180

Dismenorrea grave	180
Malattia del trofoblasto	180
Ectropion cervicale	180
Neoplasia Intraepiteliale Cervicale (CIN)	180
Cancro cervicale	180
Tumore al seno	181
Cancro dell'endometrio	181
Cancro ovarico	181
Fibromi uterini	181
Anomalie anatomiche	181
Malattia Infiammatoria Pelvica (PID)	181
MST	182
HIV/AIDS	182
Alto rischio di HIV	182
Infezione da HIV	182
AIDS	182
ALTRE INFEZIONI	182
Schistosomiasi	182
Tubercolosi	182
Malaria	182
CONDIZIONI ENDOCRINE	183
Diabete	183
Disturbi della tiroide	183
CONDIZIONI GASTROINTESTINALI	183
Colecistopatie	183
Storia di colestasi	183
Epatite virale	183
Cirrosi	184
Tumori del fegato	184
ANEMIE	184
Talassemia	184
Anemia falciforme	184
Anemia da carenza di ferro	184
INTERAZIONI FARMACOLOGICHE	184
Farmaci che agiscono sugli enzimi epatici	184
Antibiotici	184
Terapia antiretrovirale	184

TABELLE RIASSUNTIVE (SUMM)

TABELLE RIASSUNTIVE								
CONDIZIONE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG impianti	Cu-IUD	LNG- IUD
I = Inizio, C = Continuazione								
CARATTERISTICHE PERSONALI E STORIA RIPRODUTTIVA								
GRAVIDANZA	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	4*	4*
ETÀ	Dal menarca a < 40=1 ≥ 40=2	Dal menarca a < 40=1 ≥ 40=2		Dal menarca a < 18=1 18-45=1 > 45=1	Dal menarca a < 18=2 18-45=1 > 45=2	Dal menarca a < 18=1 18-45=1 > 45=1	Dal menarca a < 20=2 ≥ 20=1	Dal menarca a < 20=2 ≥ 20=1
PARITÀ								
a) Nullipara	1	1	1	1	1	1	2	2
b) Con figli	1	1	1	1	1	1	1	1
ALLATTAMENTO AL SENO								
a) < 6 settimane post-parto	4	4	4	3*	3*	3*		
b) ≥ 6 settimane a < 6 mesi dopo il parto (con allat- tamento al seno esclusivo)	3	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 mesi post- parto	2	2	2	1	1	1		
POST-PARTO								
(donne che non allattano al seno)								
a) < 21 giorni	3	3	3	1	1	1		
b) ≥ 21 giorni	1	1	1	1	1	1		
(donne che allattano o che non allattano al seno, incluso il post- parto cesareo)								
a) < 48 ore							2	3

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

TABELLE RIASSUNTIVE								
CONDIZIONE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG impianti	Cu-IUD	LNG- IUD
I = Inizio, C = Continuazione								
b) Da ≥ 48 ore a < 4 settimane c) ≥ 4 settimane d) Sepsi puerperale							3 1 4	3 1 4
POST-ABORTO a) Primo trimestre b) Secondo trimestre c) Immediatamente dopo un aborto settico	1* 1 1	1* 1 1	1* 1 1	1* 1 1	1* 1 1	1* 1 1	1* 2 4	1* 2 4
PREGRESSA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA*	1	1	1	2	1	1	1	1
STORIA DI CHIRURGIA PELVICA (incluso il parto cesareo) (si veda anche la sezione sul post-parto)	1	1	1	1	1	1	1	1
FUMO a) Età < 35 anni b) Età ≥ 35 anni ▪ <15 sigarette/ giorno ▪ ≥15 sigarette/ giorno	2* 3* 4*	2 2 3	2 3 4	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1
OBESITÀ ≥ 30 kg/m ² di indice di massa corporea (BMI)	2	2	2	1	1	1	1	1
MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA NON DISPONIBILE	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

TABELLE RIASSUNTIVE								
CONDIZIONE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG impianti	Cu-IUD	LNG- IUD
I = Inizio, C = Continuazione								
MALATTIE CARDIOVASCOLARI								
FATTORI DI RISCHIO MULTIPLI PER MALATTIE ARTERIOSE CARDIOVASCOLARI (ad esempio età avanzata, fumo, diabete e ipertensione)	3/4*	3/4*	3/4*	2*	3*	2*	1	2
IPERTENSIONE ARTERIOSA								
a) Storia di ipertensione, dove la pressione arteriosa NON PUO' essere valutata (inclusa l'ipertensione gestazionale)	3*	3*	3*	2*	2*	2*	1	2
b) Ipertensione adeguatamente controllata, dove la pressione arteriosa PUO' essere misurata	3*	3*	3*	1*	2*	1*	1	1
c) Ipertensione arteriosa (misurazioni prese correttamente)								
■ sistolica 140-159 o diastolica 90-99	3	3	3	1	2	1	1	1
■ sistolica ≥160 o diastolica ≥100	4	4	4	2	3	2	1	2
d) Malattia vascolare	4	4	4	2	3	2	1	2
PREGRESSA IPERTENSIONE GESTAZIONALE (dove la pressione arteriosa attuale è misurabile e normale)	2	2	2	1	1	1	1	1

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

TABELLE RIASSUNTIVE								
CONDIZIONE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG impianti	Cu-IUD	LNG- IUD
I = Inizio, C = Continuazione								
TROMBOSI VENOSA PROFONDA (DVT)/ EMBOLIA POLMONARE (EP)								
a) Storia di DVT/EP	4	4	4	2	2	2	1	2
b) Attuale DVT/EP	4	4	4	3	3	3	1	3
c) Storia familiare (parenti di primo grado)	2	2	2	1	1	1	1	1
d) Chirurgia mag- giore								
■ con immobiliz- zazione prolun- gata	4	4	4	2	2	2	1	2
■ senza immobi- lizzazione pro- lungata	2	2	2	1	1	1	1	1
e) Chirurgia minore senza immobiliz- zazione	1	1	1	1	1	1	1	1
MUTAZIONI TROMBOGENICHE (ad esempio Fattore V Leiden; mutazione di Protrombina; deficit di Proteina S, Proteina C e Anti- trombina III)	4*	4*	4*	2*	2*	2*	1*	2*
TROMBOSI VENOSA SUPERFICIALE								
a) Vene varicose	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Tromboflebite superficiale	2	2	2	1	1	1	1	1
CARDIOPATIA ISCHEMICA ATTUALE E PASSATA				I C		I C		I C
	4	4	4	2 3	3	2 3	1	2 3
ICTUS (storia di evento cerebrovascolare)	4	4	4	2 3	3	2 3	1	2

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

TABELLE RIASSUNTIVE													
CONDIZIONE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG impianti	Cu-IUD	LNG- IUD					
I = Inizio, C = Continuazione													
IPERLIPIDEMIA CONOSCIUTA (lo screening non è necessario per un utilizzo sicuro di me- todi contraccettivi)	2/3*	2/3*	2/3*	2*	2*	2*	1*	2*					
CARDIOPATIA VALVOLARE a) Non complicata b) Complicata (ipertensione polmonare, fi- brillazione atria- le, storia di en- docardite batte- rica subacuta)	2 4	2 4	2 4	1 1	1 1	1 1	1 2*	1 2*					
CONDIZIONI NEUROLOGICHE													
CEFALEA/ EMICRANIA a) Senza emicrania (lieve o grave) b) Emicrania ■ senza aura Età < 35 Età ≥ 35 ■ con aura, a qualsiasi età	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	
	1*	2*	1*	2*	1*	2*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	
	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	
	3*	4*	3*	4*	3*	4*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	
	4*	4*	4*	4*	4*	4*	2*	3*	2*	3*	2*	3*	
EPILESSIA	1*		1*		1*		1*		1*		1		
DISTURBI DEPRESSIVI													
DISTURBI DEPRESSIVI	1*		1*		1*		1*		1*		1*		
INFEZIONI E DISTURBI DEL TRATTO RIPRODUTTIVO													
TIPO DI PERDITA EMATICA VAGINALE a) Perdite irregolari senza sanguina- menti abbondanti									I	C			
	1		1		1		2		2		2		1

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

TABELLE RIASSUNTIVE								
CONDIZIONE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG impianti	Cu-IUD	LNG- IUD
I = Inizio, C = Continuazione								
b) Perdite abbondanti o prolungate (sia di tipo regolare che irregolare)	1*	1*	1*	2*	2*	2*	2*	I C
								1* 2*
PERDITA EMATICA VAGINALE INSPIEGATA (con sospetto di con- dizione grave) ■ Prima della valuta- zione	2*	2*	2*	2*	3*	3*	I C	I C
							4* 2*	4* 2*
ENDOMETRIOSI	1	1	1	1	1	1	2	1
TUMORI OVARICI BENIGNI (includere le cisti)	1	1	1	1	1	1	1	1
DISMENORREA GRAVE	1	1	1	1	1	1	2	1
MALATTIA DEL TROFOBLASTO a) Malattia gestazio- nale benigna del trofoblasto b) Malattia gestazio- nale maligna del trofoblasto	1	1	1	1	1	1	3	3
	1	1	1	1	1	1	4	4
ECTROPION CERVICALE	1	1	1	1	1	1	1	1
NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE (CIN)	2	2	2	1	2	2	1	2
CANCRO CERVICALE (in attesa di trattamento)	2	2	2	1	2	2	I C	I C
							4 2	4 2

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

TABELLE RIASSUNTIVE								
CONDIZIONE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG impianti	Cu-IUD	LNG- IUD
I = Inizio, C = Continuazione								
TUMORE AL SENO								
a) Massa non diagnosticata	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1	2
b) Tumore al seno benigno	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Storia familiare di cancro	1	1	1	1	1	1	1	1
d) Cancro al seno								
■ in corso	4	4	4	4	4	4	1	4
■ passato e senza evidenza di malattia in corso da 5 anni	3	3	3	3	3	3	1	3
CANCRO DELL'ENDOMETRIO	1	1	1	1	1	1	I C 4 2	I C 4 2
CANCRO OVARICO	1	1	1	1	1	1	3 2	3 2
FIBROMI UTERINI								
a) Senza distorsione della cavità uterina	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Con distorsione della cavità uterina	1	1	1	1	1	1	4	4
ANOMALIE ANATOMICHE								
a) Che provocano la distorsione della cavità uterina							4	4
b) Che non provocano la distorsione della cavità uterina							2	2
MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID)							I C	I C
a) PID progressa (ipotizzando che non sussistano fattori attuali di rischio di MST)							— —	— —
■ con successiva gravidanza	1	1	1	1	1	1	1 1	1 1
■ senza successiva gravidanza	1	1	1	1	1	1	2 2	2 2
b) PID in corso	1	1	1	1	1	1	4 2*	4 2*

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

TABELLE RIASSUNTIVE											
CONDIZIONE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG impianti	Cu-IUD	LNG- IUD			
I = Inizio, C = Continuazione											
MST a) Cervicite purulenta o infezione da clami- dia o gonorrea in corso b) Altre MST (escluse HIV ed epatite) c) Vaginite (incluse trichomo- nas vaginalis e va- ginosi batterica) d) Alto rischio di MST							I	C	I	C	
	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*	
	1	1	1		1	1	2	2	2	2	
	1	1	1		1	1	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	2/3*	2	2/3*	2	
HIV/AIDS											
ALTO RISCHIO DI HIV	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
INFEZIONE DA HIV	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
AIDS	1*	1*	1*	1*	1*	1*	3	2*	3	2*	
■ Buoni risultati clini- ci con terapia ARV	Si veda la TERAPIA ANTIRETROVIRALE più avanti							2	2	2	2
ATRE INFEZIONI											
SCHISTOSOMIASI a) Non complicata b) Fibrosi del fegato	1	1	1	1	1	1					
	1	1	1	1	1	1					
TUBERCOLOSI a) Non pelvica b) Pelvica							I	C	I	C	
	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1	1	1	1	
	1*	1*	1*	1	1	1	4	3	4	3	
MALARIA	1	1	1	1	1	1	1		1		

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

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
DISTURBI DELLA TIROIDE								
a) Gozzo semplice	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Ipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Ipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	1	1
CONDIZIONI GASTROINTESTINALI								
COLECISTOPATIE								
a) Sintomatica								
■ curata con colecistectomia	2	2	2	2	2	2	1	2
■ curata con terapia medica	3	2	3	2	2	2	1	2
■ in corso	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Asintomatica	2	2	2	2	2	2	1	2
STORIA DI COLESTASI								
a) Associata alla gravidanza	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Passata e associata ad un pregresso uso di COC o CIC	3	2	3	2	2	2	1	2
EPATITE VIRALE								
a) Attiva	4	3/4*	4*	3	3	3	1	3
b) Portatrice	1	1	1	1	1	1	1	1

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

TABELLE RIASSUNTIVE								
CONDIZIONE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG impianti	Cu-IUD	LNG- IUD
I = Inizio, C = Continuazione								
CIRROSI								
a) Lieve (compensata)	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Grave (scompensata)	4	3	4	3	3	3	1	3
TUMORI DEL FEGATO								
a) Benigno (adenoma)	4	3	4	3	3	3	1	3
b) Maligno (epatoma)	4	3/4	4	3	3	3	1	3
ANEMIE								
TALASSEMIA	1	1	1	1	1	1	2	1
ANEMIA FALCIFORME	2	2	2	1	1	1	2	1
ANEMIA DA CARENZA DI FERRO	1	1	1	1	1	1	2	1
INTERAZIONI FARMACOLOGICHE								
FARMACI CHE AGISCONO SUGLI ENZIMI EPATICI								
a) Rifampicina	3*	2*	3*	3*	2*	3*	1	1
b) Certi anticonvulsi- vanti (fenitoina, carmabazepina, barbiturici, primi- done, topiramato, oxcarbazepina)	3*	3*	3*	3*	2	3	1	1
ANTIBIOTICI (esclusa la rifampicina)								
a) Griseofulvina	2	1	2	2	1	2	1	1
b) Altri antibiotici	1	1	1	1	1	1	1	1
TERAPIA ANTIRETROVIRALE							I	C
	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2/3*	2
							2/3*	2

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

Pochi dati, provenienti da studi minori e spesso non pubblicati, suggeriscono che la farmacocinetica di una singola dose di COC può essere alterata da varie terapie antiretrovirali (ARV). Tuttavia, non sono stati condotti studi sui risultati clinici per cui non è nota la rilevanza clinica di tali cambiamenti, specialmente quando ai COC non è stato permesso di raggiungere lo stato stazionario. La tabella sottostante riassume l'evidenza conosciuta ad oggi sugli effetti degli ARV sui livelli steroidei dei contraccettivi e sugli effetti dei contraccettivi ormonali sui livelli degli ARV.

Tabella 1
COC-ARV: interazioni farmacocinetiche tra farmaci

ARV	Livelli steroidei nei contraccettivi	Livelli ARV
Inibitori delle proteasi		
Nelfinavir	⬇️	Nessun dato
Ritonavir	⬇️	Nessun dato
Lopinavir/Ritonavir	⬇️	Nessun dato
Atazanavir	⬆️	Nessun dato
Amprenavir	⬆️	⬇️
Indinavir	⬆️	Nessun dato
Saquinavir	Nessun dato	Nessun cambiamento
Inibitori non nucleosidici della transcriptasi inversa		
Nevirapine	⬇️	Nessun cambiamento
Efavirenz	⬆️	Nessun cambiamento
Delavirdine	⬆️	Nessun dato

BIBLIOGRAFIA

- Ouellet D et al. Effect of ritonavir on the pharmacokinetics of ethinyl oestradiol in healthy female volunteers. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1998; 46 (2): 111-6.
- Mildvan D et al. Pharmacokinetic interaction between nevirapine and ethinyl estradiol/norethindrone when administered concurrently to HIV-infected women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 2002; 29 (5): 471-7.
- Tackett D et al. Atazanavir: a summary of two pharmacokinetic drug interaction studies in healthy subjects (abstract). Presented at the 10th Retrovirus Conference, Boston, MA, February 10-14, 2003. Available on line at <http://www.retroconference.org/2003/Abstract/Abstract.aspx?AbstractID=649>. (Accessed July 31, 2003).
- Mayer K et al. Efficacy, effect of oral contraceptives, and adherence in HIV infected women receiving Fortovase (Saquinavir) soft gel capsule (SQV-SGC; FTV) thrice (TID) and twice (BID) daily regimens (abstract). Presented at the XIII International AIDS Conference, Durban, 2000. Available on line at <http://www.iac2000.org/abdetai.asp?ID=TuPeB3226>. (Accessed July 31, 2003).
- Merck & Co., Inc. Indinavir prescribing information, 2002. Abbot Laboratories. Ritonavir prescribing information, 2001.
- Abbot Laboratories. Lopinavir/ritonavir prescribing information, 2003. Agouron Pharmaceuticals, Inc. Nelfinavir prescribing information, 2003. Glaxo Smith Kline. Amprenavir prescribing information, 2002. Pharmacia & Upjohn Co. Delavirdine prescribing information, 2001. DuPont Pharmaceuticals Co. Efavirenz prescribing information, 2001.
- Bristol-Myers Squibb Company. Atazanavir prescribing information, 2003.

Meeting del Gruppo di Lavoro di esperti per aggiornare i "Criteri medici di elegibilità all'impiego dei contraccettivi"

World Health Organization, Ginevra, 21-24 Ottobre 2003

Dr Halida Akhter

Managing Director
Health Promotion Limited (HPL)
H-310, Rd-3 Baitul Aman
Housing Society, Shyamoli
Dhaka, 1207
Bangladesh

Dr Willard Cates

President
Family Health International
P. O. Box 13950
Ricerca Triangle Park, NC 27709
United States of America

Dr Tsungai Chipato

Department of OB/GYN
University of Zimbabwe
P.O. Box A 178
Harare
Zimbabwe

Dr Maria del Carmen Cravioto

Department of Reproductive Biology
National Institute of Nutrition,
Salvador Zubiran, Vaso de Quiroga 15
Delegacion Tlalpan
C. P. 14000
Mexico, D.F. Mexico

Dr Juan Diaz

Medical Advisor per Latin America and the Caribbean
The Population Council Cidade Universitaria
Caixa postal 6509
13084-970 Campinas SP
Sao Paulo
Brazil

Dr Soledad Diaz

Consultorio de Planificación Familiar
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
José Victorino Latarría 29
Depto 101, Correo 22, Casilla 96
Santiago
Chile

Dr Lindsay Edouard

Senior Reproductive Health Officer
Technical and Policy Division
United Nations Popolazione Fund
220 East 42nd Street
New York, NY 10017
United States of America

Dr Anna Glasier

Family Planning and Well Woman Services
18 Dean Terrace
Edinburgh EH4 1NL
United Kingdom

Dr John Guillebaud

White Leas Mead
14 Hidscope Road
Cumnor Hill
Oxford OX2 9JJ
United Kingdom

Dr Kerstin Hagenfeldt

Department of OB/GYN
Karolinska Institute
Box 140
S-171 76 Stockholm
Sweden

Dr Ezzeldin Othman Hassan

The National Egyptian Fertility Care
Foundation
2(A) Mahrouky Street Mohandessen
POB 147 Orman
Giza
Egypt

Dr Mihai Horga

Directorate of Family and Social Asst.
Ministry of Health & Family
1-3 Cristian Popisteanu St.
70109 Bucharest
Romania

Dr Douglas Huber

Management Sciences for Health
165 Allandale Road
Boston, MA 02130-3400
United States of America

Dr Carlos Huevo

International Planned Parenthood Federation
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS
United Kingdom

Dr Roy Jacobstein

EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 1001
United States of America

Dr Victoria Jennings

Institute for Reproductive Health
Georgetown University Medical Center
Georgetown Center, 6th Floor
2115 Wisconsin Avenue, NW
Washington, D.C. 20007
United States of America

Dr Liliana Kapetanovic-Milosevic

Pharmaco-Toxico-Clinical Evaluation Unit
Agence Française de Sécurité Sanitaire des
Produits de Santé
143/147, Boulevard Anatole France
93285 Saint Denis Cedex
France

Dr Robert Leke

WHO Centre for Research in Human Reproduction
Faculty of Medicine & Biological Sciences
University of Yaoundé 1, BP 1935
Yaoundé
Cameroon

Dr Enriquito R. Lu

STARH/FP Program
Tifa Building, 5th Floor, Suite 503
JI Kuningan Barat 26
Jakarta 12710
Indonesia

Dr Trent MacKay

Contraception and Reproductive Health
Branch, NICHD, NIH
6100 Executive Boulevard, Suite 8B13
Rockville, MD 20892
United States of America

Dr Maurizio Macaluso

Women's Health and Fertility Branch
CDC
Koger Rhodes Building Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

Dr Olav Meirik

Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
Jose Ramon Gutierrez 295, Depto 3
Santiago
Chile

Dr Suneeta Mittal

Head, Department of OB/GYN
Director-in-Charge, WHO CCR in Human
Reproduction
All India Institute of Medical Sciences
Ansari Nagar
New Delhi, 110 029
India

Dr Helen Rander-Rees

Reproductive Health Unit
Department of OB/GYN
Baragwanath Hospital
PO Betsham 2013
Johannesburg
South Africa

Mr Ward Rinehart

John Hopkins University
Center for Communications Program
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202
United States of America

Dr Roberto Rivera

Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
United States of America

Dr Fred Sai

P. O. Box 9983
Kotoka Airport, 4404
Accra
Ghana

Dr Pramilla Senanayake

International Planned Parenthood Federation
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS
United Kingdom

Dr James Shelton

Office of Population
Bureau of Science and Technology
USAID
1300 Pennsylvania Avenue, G/PHN
Washington, D.C. 20523
United States of America

Dr Connie Smith

Westside Contraceptive Services
Westminster PCT
Raymede Clinic
St Charles Hospital
Exmoor Street
London W10 6DZ
United Kingdom

Mr Irving Sivin

Centre for Biomedical Research
The Population Council
One Dag Hammarskjöld Plaza
New York, N.Y. 10017
United States of America

Dr Bulbul Sood

Program Management Specialist, CEDPA
50 M Shantipath, Gate No 3,
Niti Marg, Chanakyapuri,
New Delhi-110021
India

Dr Marcel Vekemans

IntraHealth International
1700 Airport Road, Suite 300 CB# 8100,
Chapel Hill, NC 27514
United States of America

Dr Edith Weisberg

Sydney Centre for Reproductive Health Research
328-336 Liverpool Road
Ashfield, NSW 2131
Australia

Dr Wu Shangchun

National Research Institute for Family Planning
12 Da Hui Si (Hai Dian Qu)
Beijing 100081
People's Republic of China

Dr Jennifer Smith

1 bis Montée de Garillan
69005 Lyon
France

CONSULENTI TEMPORANEI**Dr Kate Curtis**

Division of Reproductive Health
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

Ms Anshu Mohllajee

Division of Reproductive Health
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

Dr Kavita Nanda

Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
United States of America

SECRETARI

Ms Kathryn Church, RHR
Dr MaryLyn Gaffied, RHR
Ms Sarah Johnson, RHR
Ms Cath Hamill, RHR
Mrs Gloria Lamptey, RHR
Dr Herbert Peterson, RHR
Dr Paul Van Look, RHR
Dr Effy Vayena, RHR

OSSERVATORI**Dr Vanessa E. Cullins**

Vice President for Medical Affairs
Planned Parenthood Federation of America
434 West 33rd Street
New York, N.Y. 10001
United States of America

Dr Fatiha Terki

International Planned Parenthood Federation Regent's
College, Inner Circle,
Regent's Park London NW1 4NS
United Kingdom

SINTESI OPERATIVA

I *Criteri medici di eligibilità all'impiego dei contraccettivi* - una delle quattro guide principali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la pianificazione familiare basate sull'evidenza - fornisce raccomandazioni basate sull'evidenza relativamente alla possibilità per un individuo di utilizzare un metodo contraccettivo in sicurezza. Resta inteso che l'applicazione di queste linee guida è di pertinenza di chi elabora e applica strategie operative, e della comunità scientifica nel contesto della messa a punto di programmi nazionali di erogazione dei contraccettivi per la pianificazione familiare e la salute sessuale e riproduttiva. La prima edizione dei *Criteri medici di eligibilità all'impiego dei contraccettivi* fu pubblicata nel 1996; le edizioni successive sono state pubblicate nel 2000 e nel 2004.

Il 1-4 aprile 2008, l'OMS ha convocato un Gruppo di Lavoro di esperti a Ginevra, Svizzera, per rivedere la terza edizione in risposta alle evidenze di nuova pubblicazione così come per fornire raccomandazioni su ulteriori condizioni mediche. L'incontro ha riunito 43 partecipanti di 23 Paesi, inclusi i rappresentanti di nove agenzie. Il Gruppo di Lavoro era costituito da esperti internazionali in pianificazione familiare, tra cui medici, epidemiologi, decisori politici, gestori di strategie; esperti in valutazione e sintesi dell'evidenza; esperti in farmacologia e utilizzatori delle linee guida.

A tutti i componenti del Gruppo di Lavoro è stato chiesto di dichiarare eventuali conflitti di interesse; tre esperti hanno ammesso un conflitto di interesse relativamente alla tematica del meeting. Non è stato loro imposto l'esonero dall'elaborazione delle raccomandazioni.

METODOLOGIA DI LAVORO

Impiegando un sistema che identifica evidenze nuove in maniera continuativa (il Continuous Identification of Research Evidence, o sistema CIRE, www.infoforhealth.org/cire/cire_pub.pl)¹, l'OMS ha identificato le raccomandazioni della terza edizione per le quali erano disponibili nuove linee di evidenza. Sono state pertanto condotte revisioni sistematiche al fine di valutare l'insieme complessivo di evidenze a supporto di tali raccomandazioni.

¹ Mohllajee AP, Curtis KM, Flanagan RG, Rinehart W, Gaffield ML, Peterson HB. Keeping up with evidence: a new system for WHO's evidence-based family planning guidance. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005; 28: 483-490.

Per svolgere le revisioni sistematiche sono stati identificati gli studi mediante il sistema CIRE come pure attraverso ricerche in PubMed e nella *Cochrane Library* dal 1996 a gennaio 2008.

La ricerca, inoltre, ha previsto la revisione della bibliografia degli articoli identificati con la ricerca nella letteratura e il contatto con gli esperti in questo ambito. Le revisioni sistematiche sono state fornite al Gruppo di Lavoro prima dell'incontro e sono servite come base delle decisioni del Gruppo stesso nel corso del meeting. Il Gruppo è pervenuto alle seguenti raccomandazioni condivise.

Per la 4ª edizione dei *Criteri medici di elegibilità all'impiego dei contraccettivi* il Gruppo di Lavoro di esperti ha elaborato 251 nuove raccomandazioni. Per effetto delle delibere del Gruppo, la 4ª edizione dei *Criteri medici di elegibilità all'impiego dei contraccettivi* comprenderà, quale condizione medica, il lupus eritematoso sistemico (LES), e alle condizioni mediche già menzionate nella 3ª edizione aggiungerà 12 nuove sub-indicazioni: obesità ed età inferiore a 18 anni; trombosi venosa profonda/embolia polmonare (DVT/PE) in corso di trattamento anticoagulante; epatite virale acuta o riacutizzata; iperplasia nodulare focale del fegato; tre classi di terapie antiretrovirali (inibitori nucleosidici della trascrittasi inversa [NRTIs], inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa [NNRTIs], inibitori della proteasi potenziati con ritonavir [PIs]); lamotrigina (un anticonvulsivante); e quattro classi di antimicrobici (antibiotici ad ampio spettro, antifungini, antiparassitari e rifabutina con rifampicina).

COME UTILIZZARE QUESTA SINTESI

Il presente documento presenta una tabella con sette gruppi di metodi contraccettivi e riassume: 1) le variazioni nella classificazione di elegibilità clinica delle raccomandazioni della terza edizione dei *Criteri medici di elegibilità all'impiego dei contraccettivi*; 2) le condizioni cliniche delle quali è cambiata la definizione; 3) le raccomandazioni delle condizioni o sotto-condizioni di nuovo inserimento. I metodi contraccettivi comprendono: contraccettivo orale combinato (COC), cerotto (P) e anello vaginale (R); contraccettivi iniettabili combinati (CIC); pillola a base di solo progestinico (POP); medrossiprogesterone acetato depot (DMPA) e noretisterone enantato (NET-EN) iniettabili; impianti di levonorgestrel (LNG) ed etonogestrel (ETG); dispositivi intrauterini al rame (Cu-IUD); e dispositivi intrauterini che rilasciano levonorgestrel (LNG-IUD). Nel testo, dopo la tabella, vengono inoltre riportate le modifiche apportate alla classificazione dei metodi barriera e della sterilizzazione chirurgica femminile.

Il Gruppo di Lavoro di esperti ha discusso i criteri medici per iniziare e continuare l'impiego di tali metodi; via via che il Gruppo stabiliva le varie categorie di criteri di elegibilità per l'inizio e la continuazione, le differenze venivano riportate nelle colonne 'I=Inizio' e 'C=Continuazione'. Quando I e C non sono indicate significa che la categoria è la stessa per l'inizio e la continuazione.

L'eligibilità medica per ciascun metodo contraccettivo, ad eccezione della sterilizzazione chirurgica femminile e maschile, è stata classificata in quattro categorie:

- 1** = condizione per la quale non c'è restrizione all'impiego del metodo contraccettivo;
- 2** = condizione in cui i vantaggi dell'impiego del metodo superano in genere i rischi teorici o comprovati;
- 3** = condizione in cui i rischi teorici o comprovati superano di solito i vantaggi dell'impiego del metodo;
- 4** = condizione che rappresenta un rischio inaccettabile per la salute se si impiega il metodo contraccettivo.

Ove il Gruppo di Lavoro ha stabilito la necessità di ulteriori indicazioni per una raccomandazione, il Gruppo di Lavoro ha fornito un 'chiarimento' per la categoria assegnata. Nel caso in cui le risorse per una valutazione clinica sono limitate, lo schema classificativo in quattro categorie può essere semplificato in due. Con questa semplificazione una classificazione in categoria 1 o 2 indica che una donna è clinicamente candidata a utilizzare il metodo. Una classificazione in categoria 3 o 4 indica che una donna non è clinicamente candidata a utilizzare il metodo.

Le raccomandazioni per la sterilizzazione chirurgica vengono definite secondo le seguenti quattro categorie:

- A** (accettata) = Non ci sono ragioni cliniche per negare la sterilizzazione a una persona con questa condizione
- C** (cautela) = L'intervento viene normalmente praticato in un ambito di routine, ma con preparazione e precauzioni particolari
- D** (ritardo) = L'intervento viene ritardato finché la condizione non è valutata e/o corretta. Si dovrebbe fare temporaneamente ricorso a metodi contraccettivi alternativi
- S** (speciale) = L'intervento dovrebbe essere eseguito in un contesto con un chirurgo e un'équipe d'esperti, attrezzature necessarie all'anestesia generale e altro supporto medico. Per queste condizioni è altresì necessaria la capacità di intraprendere decisioni sulla tecnica e sull'anestesia più appropriate. Se è necessario l'invio a uno specialista o in caso di qualsiasi ritardo si dovrebbe fare temporaneamente ricorso a metodi contraccettivi alternativi.

Le variazioni sono evidenziate in grassetto nella tabella, ed elencate per i metodi di barriera e per la sterilizzazione. Le raccomandazioni nuove e aggiornate compariranno nella quarta edizione delle linee guida quando saranno pubblicate. Per il testo

completo di ciascuna di queste raccomandazioni fare riferimento alla terza edizione delle linee guida (disponibili al sito <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/index.htm>).

Si prevede che le raccomandazioni della 4^a edizione dei *Criteri medici di eleggibilità all'impiego dei contraccettivi* rimarranno valide fino al 2011. In quella data il Department of Reproductive Health and Research della direzione generale dell'OMS a Ginevra avrà la responsabilità di avviare una revisione delle linee guida.

SINTESI DELLE VARIAZIONI APPORTATE ALLA TERZA EDIZIONE DEI CRITERI MEDICI DI ELEGIBILITÀ ALL'IMPIEGO DEI CONTRACCETTIVI

(I cambiamenti sono riportati in grigio).

CONDIZIONE	COC/ P/R	CIC	POP	DMPA NET-EN	Impianti LNG/ ETG	Cu-IUD	LNG- IUD	CHIARIMENTO			
I = Inizio, C = Continuazione, BF = Allattamento al seno											
POSTPARTUM (donne che allattano o no al seno, comprese quelle sottoposte a taglio cesareo)											
									a) < 48 ore incluso inserimento immediato dopo l'espulsione della placenta	1	1= non BF; 3=BF
									b) da ≥ 48 ore a < 4 settimane	3	3
									c) ≥ 4 settimane	1	1
d) Sepsi puerperale	4	4									
OBESITÀ a) indice di massa corporea (BMI) > 30 kg/m ²	2	2	1	1	1	1	1				

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

CONDIZIONE	COC/ P/R	CIC	POP	DMPA NET-EN	Impianti LNG/ ETG	Cu-IUD	LNG- IUD	CHIARIMENTO
I = Inizio, C = Continuazione, BF = Allattamento al seno								
b) Menarca fino a < 18 anni e indice di massa corporea (BMI) > 30 kg/m ²	2	2	1	DMPA=2 NET-1=1*	1	1	1	Non ci sono evidenze di un incremento ponderale differente tra adolescenti normopeso e obese che fanno uso di NET-EN; questa condizione è classificata come Categoria 1. Tuttavia la condizione età < 18 anni è classificata come Categoria 2 a seguito dell'evidenza circa i possibili effetti di NET-EN sulla densità minerale ossea (Vedi condizione per età).
TROMBOSI VENOSA PROFONDA (DVT)/ EMBOLIA POLMONARE (PE)								
a) Storia di DVT/PE	4	4	2	2	2	1	2	
b) Acuta DVT/PE	4	4	3	3	3	1	3	
▪ DVT/PE e mantenimento di terapia anticoagulante	4	4	2	2	2	1	2	

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

CONDIZIONE	COC/ P/R	CIC	POP	DMPA NET-EN	Impianti LNG/ ETG	Cu-IUD	LNG- IUD	CHIARIMENTO	
I = Inizio, C = Continuazione, BF = Allattamento al seno									
c) Storia familiare (parenti di primo grado)	2	2	1	1	1	1	1		
d) Chirurgia maggiore									
■ con immobilizzazione protratta	4	4	2	2	2	1	2		
■ senza immobilizzazione protratta	2	2	1	1	1	1	1		
e) Chirurgia minore senza immobilizzazione	1	1	1	1	1	1	1		
REUMOPATIE									
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO				I	C		I	C	
<p>I soggetti con LES sono a maggior rischio di cardiopatia ischemica, ictus e tromboembolia venosa. Le categorie assegnate a tali condizioni in questa guida dovrebbero essere identiche per le donne con LES che mostrano queste condizioni. Per tutte le categorie di LES, le classificazioni si basano sull'assunzione che non siano presenti altri fattori di rischio di malattia cardiovascolare; queste classificazioni devono essere modificate in presenza di tali fattori di rischio.</p>									
a) Anticorpi anti-fosfolipidi positivi (o stato non conosciuto)	4	4	3	3	3	3	1	1	Lupus eritematoso sistemico e trombocitopenia grave con IUD: la trombocitopenia grave aumenta il rischio emorragico. La categoria dovrebbe essere valutata in rapporto alla gravità della trombocitopenia e delle sue manifestazioni cliniche. Nelle donne con trombocitopenia molto severa che sono a rischio di emorragia spontanea possono rendersi necessari il consulto di uno specialista e opportuni pretrattamenti
b) Trombocitopenia grave	2	2	2	3	2	2	3*	2*	
c) Trattamento immunosoppressivo	2	2	2	2	2	2	2	1	
d) Nessuna delle condizioni di cui sopra	2	2	2	2	2	2	1	1	

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

CONDIZIONE	COC/ P/R	CIC	POP	DMPA NET-EN	Impianti LNG/ ETG	Cu-IUD	LNG- IUD	CHIARIMENTO
I = Inizio, C = Continuazione, BF = Allattamento al seno								
PATOLOGIA DEL TROFOBLASTO								
a) Livelli di beta-HCG in diminuzione o indosabili	1	1	1	1	1	3	3	
b) Livelli di beta-HCG persistentemente elevati o malattia neoplastica	1	1	1	1	1	4	4	
EPATITE VIRALE	I	C	I	C				
a) Acuta o riacutizzata	3/4*	2	3	2	1	1	1	1
b) Stato di portatore	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Cronica	1	1	1	1	1	1	1	1
Epatite virale, acuta o riacutizzata: la categoria dovrebbe essere valutata in rapporto alla gravità della condizione								
CIRROSI								
a) Lieve (compensata)	1	1	1	1	1	1	1	
b) Grave (scompensata)	4	3	3	3	3	1	3	
TUMORI EPATICI								
a) Benigni								
▪ iperplasia focale nodulare	2	2	2	2	2	1	2	
▪ adenoma epatocellulare	4	3	3	3	3	1	3	
b) Maligni (epatoma)	4	3/4	3	3	3	1	3	

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

CONDIZIONE	COC/ P/R	CIC	POP	DMPA NET-EN	Impianti LNG/ ETG	Cu-IUD	LNG- IUD	CHIARIMENTO		
I = Inizio, C = Continuazione, BF = Allattamento al seno										
INTERAZIONI TRA FARMACI										
TRATTAMENTO ANTIRETROVI- RALE						I	C	I	C	
a) inibitori nucleosidici della transcriptasi inversa (NRTI)	1*	1	1	DMPA=1 NET-1=1	1	2/3*	2*	2/3*	2*	Terapia antiretrovirale e contraccezione ormonale: i farmaci antiretrovirali comportano il rischio di ridurre o aumentare la biodisponibilità degli ormoni steroidei dei contraccettivi ormonali. Dati limitati suggeriscono possibili interazioni farmacologiche con numerosi farmaci antiretrovirali (in particolare alcuni inibitori non nucleosidici della transcriptasi inversa e inibitori della proteasi potenziati con ritonavir) e contraccettivi ormonali. Queste interazioni possono modificare la sicurezza e l'efficacia sia del contraccettivo ormonale sia del farmaco antiretrovirale. Di conseguenza, se una donna in trattamento antiretrovirale decide di iniziare o proseguire l'impiego del contraccettivo ormonale, si raccomanda l'impiego continuativo del preservativo. Questo sia per prevenire la trasmissione dell'HIV sia per compensare qualsiasi eventuale riduzione di efficacia del contraccettivo ormonale. Quando si sceglie un COC, si dovrebbe impiegare un preparato contenente un minimo di 30 µg EE. Terapia antiretrovirale e IUD: non ci sono interazioni note tra terapia antiretrovirale e impiego di IUD. Tuttavia l'AIDS come condizione viene classificata in Categoria 3 per l'inserimento e in Categoria 2 per la continuazione a meno che la donna stia clinicamente bene in terapia antiretrovirale, nel qual caso sia l'inserimento sia la continuazione sono classificati in Categoria 2. (Vedi condizione AIDS).
b) inibitori non nucleosidici della transcriptasi inversa (NNRTI)	2*	2*	2*	DMPA=1 NET-1=2*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*	
c) inibitori della proteasi potenziati con ritonavir	3*	3*	3*	DMPA=1 NET-1=2*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*	
TERAPIA ANTICONVULSIVANTE										
a) Certi anticonvulsivanti (fenitoina, carbamazepina, barbiturici, primidone, topiramato, oxcarbazepina)	3*	2	3*	DMPA=1 NET-1=2*	2*	1	1			Alcuni anticonvulsivanti e contraccettivi orali associati: quando si sceglie un COC, si dovrebbe impiegare un preparato contenente un minimo di 30 µg EE.

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

CONDIZIONE	COC/ P/R	CIC	POP	DMPA NET-EN	Impianti LNG/ ETG	Cu-IUD	LNG- IUD	CHIARIMENTO
I = Inizio, C = Continuazione, BF = Allattamento al seno								
b) Lamotrigina	Alcuni anticonvulsivanti e contraccettivi a base di solo progestinico: benchè l'interazione di alcuni anticonvulsivanti con POP, gli impianti con NET-EN e LNG/ETG non siano pericolosi per le donne, è probabile che riducano l'efficacia dei POP, e degli impianti con NET-EN e LNG/ETG. Resta sconosciuto se l'aumento del dosaggio di ormone di POP attenui questa preoccupazione. L'impiego di altri contraccettivi dovrebbe essere sostenuto per le donne che fanno uso a lungo termine di qualsiasi di questi farmaci. L'impiego di DMPA è una Categoria 1 in quanto la sua efficacia non è ridotta dall'impiego di alcuni anticonvulsivanti.							La raccomandazione sulla lamotrigina si applica soltanto in situazioni in cui una monoterapia con lamotrigina viene praticata insieme ai COC. I trattamenti anticonvulsivanti che associano lamotrigina e farmaci antiepilettici che non inducono enzimi (come il valproato di sodio) non interagiscono con i COC.
	3*	3	1	1	1	1	1	
TERAPIA ANTIMICRO- BICA								Terapia con rifampicina o rifabutina e contraccettivi orali combinati: quando si sceglie un COC, si dovrebbe impiegare un preparato contenente un minimo di 30 µg EE. Terapia con rifampicina o rifabutina e un contraccettivo con solo progestinico: benchè l'interazione di rifampicina o rifabutina con POP e impianti a base di NET-EN e LNG/ETG non sia pericolosa per le donne, è probabile che riduca l'efficacia di POP e degli impianti a base di NET-EN e LNG/ETG. Resta sconosciuto se l'aumento della dose di ormone di POP attenui questa preoccupazione. Per le donne che fanno uso a lungo termine con qualsiasi di questi farmaci si dovrebbe sostenere l'impiego di altri contraccettivi. L'impiego di DMPA è una Categoria 1 in quanto è improbabile che la sua efficacia sia ridotta dall'assunzione di rifampicina o rifabutina.
a) Antibiotici ad ampio spettro	1	1	1	1	1	1	1	
b) Antifungini	1	1	1	1	1	1	1	
c) Antiparassitari	1	1	1	1	1	1	1	
d) Trattamento con rifampicina o rifabutina	3*	2	3*	DMPA=1 NET-1=2*	2*	1	1	

* Si prega di consultare le tabelle nel testo per chiarimenti su questa classificazione.

METODI BARRIERA

Per le condizioni di “dal menarca fino a 18 anni con indice di massa corporea > 30 Kg/m²”, “DVT/PE e mantenimento in terapia anticoagulante”, “lupus eritematoso sistemico”, “terapia con lamotrigina”, “iperplasia nodulare focale”, “epatite virale acuta o riacutizzata”, ed “epatite cronica”, i metodi barriera si classificano come Categoria 1.

Per la condizione di “rischio elevato di HIV”, il diaframma (con spermicida) è in Categoria 4.

Per le condizioni di “infezione da HIV” e “AIDS”, gli spermicidi sono in Categoria 3.

Per la condizione di “terapia antiretrovirale”, gli spermicidi e il diaframma (con spermicida) sono in Categoria 3, con il Chiarimento seguente: non ci sono interazioni farmacologiche note tra terapia con ARV e metodo di barriera. Tuttavia “l’infezione da HIV” e “AIDS” sono classificate come Categoria 3 per spermicidi e diaframmi (Vedi condizione AIDS di cui sopra).

STERILIZZAZIONE CHIRURGICA FEMMINILE

La condizione di “DVT/PE e mantenimento in terapia anticoagulante” è stata aggiunta alla sterilizzazione chirurgica femminile ed è in Categoria S.

Le condizioni di “lupus eritematoso sistemico con positività degli anticorpi antifosfolipidi (o indeterminata)”, “lupus eritematoso sistemico con trombocitopenia grave”, e “lupus eritematoso sistemico in trattamento immunosoppressivo” sono state aggiunte alla sterilizzazione chirurgica femminile e sono in Categoria S. Anche la condizione di “lupus eritematoso sistemico senza alcuna delle complicanze sopraindicate” è stata aggiunta alla sterilizzazione chirurgica femminile ed è in Categoria C.

Le condizioni “epatite virale cronica” e “iperplasia nodulare focale” sono state aggiunte alla sterilizzazione chirurgica femminile e sono in Categoria A.

Per quanto riguarda la condizione “cirrosi lieve (compensata)”, la sterilizzazione chirurgica femminile è in Categoria A.

AGGIORNAMENTO DELLA BIBLIOGRAFIA DELLA TERZA EDIZIONE

Obesità

1. Bonny AE, Ziegler J, Harvey R, Debanne SM, Secic M, Cromer BA. Weight gain in obese and nonobese adolescent girls initiating depot medroxyprogesterone, oral contraceptive pills, or no hormonal contraceptive method. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2006; 160: 40-45.
2. Clark MK, Dillon JS, Sowers M, Nichols S. Weight, fat mass, and central distribution of fat increase when women use depot-medroxyprogesterone acetate for contraception. *International Journal of Obesity (London)*, 2005; 29: 1252-1258.
3. Jain J, Jakimiuk AJ, Bode FR, Ross D, Kaunitz AM. Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC. *Contraception*, 2004; 70: 269-275.

4. Kozlowski KJ, Rickert VI, Hendon A, Davis P. Adolescents and Norplant: preliminary findings of side effects. *Journal of Adolescent Health*, 1995; 16: 373-378.
5. Risser WL, Geffer LR, Barratt MS, Risser JM. Weight change in adolescents who used hormonal contraception. *Journal of Adolescent Health*, 1999; 24: 433-436.
6. Westhoff C, Jain JK, Milsom I, Ray A. Changes in weight with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg/0.65 mL. *Contraception*, 2007; 75: 261-267.

Trombosi venosa profonda/embolia polmonare/terapia anticoagulante

7. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998; 57: 315-324.
8. Heinemann LA, Assmann A, DoMinh T, Garb E. Oral progestogen-only contraceptives and cardiovascular risk: results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1999; 4: 67-73.
9. Vasilakis C, Jick H, Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet*, 1999; 354: 1610-1611.
10. Sonmezer M, Atabekoglu C, Cengiz B, Dokmeci F, Cengiz SD. Depot medroxyprogesterone acetate in anticoagulated patients with previous hemorrhagic corpus luteum. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2005; 10: 9-14.
11. Kingman CE, Kadir RA, Lee CA, Economides DL. The use of levonorgestrel-releasing intrauterine system for treatment of menorrhagia in women with inherited bleeding disorders. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004; 111: 1425-1428.
12. Pisoni CN, Cuadrado MJ, Khamashta MA, Hunt BJ. Treatment of menorrhagia associated with oral anticoagulation: efficacy and safety of the levonorgestrel releasing intrauterine device (Mirena coil). *Lupus*, 2006; 15: 877-880.
13. Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with haemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005; 193: 1361-1363.

Lupus eritematoso sistemico

14. Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C, Joseph L, Boivin JF, Rajan R et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004; 43: 1386-1389.
15. Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R, Joseph L, Boivin JF, Rajan R et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004; 43: 1178-1181.
16. Choojitarom K, Verasertniyom O, Totemchokchyarkarn K, Nantiruj K, Sumenthkul V, Janwityanujit S. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clinical Rheumatology*, 2007; 27: 345-351.
17. Chopra N, Koren S, Greer WL, Fortin PR, Rauch J, Fortin J et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2002; 29: 1683-1688.
18. Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1991; 20: 427-433.
19. Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993; 32: 227-230.
20. Jungers P, Dougados M, Pelissier C, Kuttent F, Tron F, Lesavre P et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 1982; 25: 618-623.
21. McAlindon T, Giannotta L, Taub N, D'Cruz D, Hughes G. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993; 52: 720-724.
22. McDonald J, Stewart J, Urowitz MB, Gladmann DD. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1992; 51: 56-60.
23. Mintz G, Gutierrez G, Deleze M, Rodriguez E. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984; 30: 29-38.
24. Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care Research*, 1995; 8: 137-145.
25. Petri M, Kim MY, Kalunian KC, Grossman J, Hahn BH, Sammaritano LR et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005; 353: 2550-2558.
26. Ramsey-Goldman R, Dunn JE, Huang CF, Dunlop D, Rairie JE, Fitzgerald S et al. Frequency of fractures in women with systemic lupus erythematosus: comparison with United States population data. *Arthritis and Rheumatism*, 1999; 42: 882-890.
27. Sánchez-Guerrero J, Uribe AG, Jiménez-Santana L, Mestanza-Peralta M, Lara-Reyes P, Seuc AH et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005; 353: 2539-2549.

Epatite virale e cirrosi

28. Schweitzer IL, Weiner JM, McPeak CM, Thursby MW. Oral contraceptives in acute viral hepatitis. *Journal of the American Medical Association*, 1975; 233: 979-980.
29. Di Martino V, Lebray P, Myers RP, Pannier E, Paradis V, Charlotte F et al. Progression of liver fibrosis in women infected with hepatitis C: Long-term benefit of estrogen exposure. *Hepatology*, 2004; 40: 1426-1433.
30. Libbrecht L, Craninx M, Nevens F, Desmet V, Roskams T. Predictive value of liver cell dysplasia for development of hepatocellular carcinoma in patients with non-cirrhotic and cirrhotic chronic viral hepatitis. *Histopathology*, 2001; 39: 66-73.
31. Peishan W, Zemin L, Jinlan T, Weili X, Xuewen M, Fengge M. Safety of hormonal steroid contraceptive use for hepatitis B virus carrier women. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2000; 9: 245-246.
32. Shaaban MM, Hammad WA, Fathalla MF, Ghaneimah SA, El-Sharkawy MM, Salim TH et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with past viral hepatitis. *Contraception*, 1982; 26: 65-74.
33. Eisalo A, Kontinen A, Hietala O. Oral contraceptives after liver disease. *British Medical Journal* 1971; 3: 561-562.

Tumori epatici

34. Mathieu D, Kobeiter H, Maison P, Rahmouni A, Cherqui D, Zafrani ES et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology*, 2000; 118: 560-564.
35. D'halluin V, Vilgrain V, Pelletier G, Rocher L, Belghiti J, Erlinger S et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 2001; 25: 1008-1010.

Terapia antiretrovirale

36. Aweeka FT, Rosenkranz SL, Segal Y, Coombs RW, Bardequez A, Thevanayagam L et al. The impact of sex and contraceptive therapy on the plasma and intracellular pharmacokinetics of zidovudine. *AIDS*, 2006; 20: 1833-1841.
37. Vourvahis M, Kashuba AD. Mechanisms of pharmacokinetic and pharmacodynamic drug interactions associated with ritonavirenanced tipranavir. [Review] [211 refs]. *Pharmacotherapy*, 2007; 27: 888-909.
38. Danel C, Moh R, Anzian A, Abo Y, Chenal H, Guehi C et al. Tolerance and acceptability of an efavirenz-based regimen in 740 adults (predominantly women) in West Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006; 42: 29-35.
39. Clark RA, Theall K. Population-based study evaluating association between selected antiretroviral therapies and potential oral contraceptive failure. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004; 37: 1219-1220.
40. Schöller-Gyüre M, Debroye C, Aharchi F, Woodfall B, Peeters MVK, Hoetelmans R. No clinically relevant effect of TMC125 on the pharmacokinetics of oral contraceptives. 8th International Congress on Drug Therapy in HIV infection, November 12-16, 2006, Glasgow, UK.
41. Kearney BP, Isaacson E, Sayre J, Cheng AK. Tenofovir DF and Oral Contraceptives: Lack of a pharmacokinetic drug interaction. 43rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A-1618. September 14-17, 2003, Chicago, IL.
42. Abel S, Whitlock L, Ridgway C, Saifulanwar A, Bakhtyari A, Russell D. Effect of UK-427,857 on the pharmacokinetics of oral contraceptive steroids, and the pharmacokinetics of UK-427,857 in healthy young women. 43rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. September 14-17, 2003, Chicago, IL.
43. Joshi AS, Fiske WD, Benedek IH, White SJ, Joseph JL, Kornhauser DM. Lack of a pharmacokinetic interaction between efavirenz (DMP 266) and ethinyl estradiol in healthy female volunteers. 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Abstract 348. February 1-5, 1998, Chicago, IL.
44. Chu JH, Gange SJ, Anastos K, Minkoff H, Cejtin H, Bacon M et al. Hormonal contraceptive use and the effectiveness of highly active antiretroviral therapy. *American Journal of Epidemiology*, 2005; 161: 881-890.
45. Frohlich M, Burhenne J, Martin-Facklam M, Weiss J, von Wolff M, Strowitzki T et al. Oral contraception does not alter single dose saquinavir pharmacokinetics in women. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2004; 57: 244-252.
46. Sinicco A, Raiteri R, Rossati A, Savarino A, Di Perri G. Efavirenz interference in estradiol ELISA assay. *Clinical Chemistry*, 2000; 46: 734-735.
47. Muro E, Droste JA, Hofstede HT, Bosch M, Dolmans W, Burger DM. Nevirapine plasma concentrations are still detectable after more than 2 weeks in the majority of women receiving single-dose nevirapine: implications for intervention studies. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005; 39: 419-420.
48. Burger D, van der Heiden I, la Porte C, van der Ende M, Groeneveld P, Richter C et al. Interpatient variability in the pharmacokinetics of the HIV non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor efavirenz: the effect of gender, race, and CYP2B6 polymorphism. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2006; 61: 148-154.

49. Nanda K, Amaral E, Hays M, Viscola MA, Mehta N, Bahamondes L. Pharmacokinetic interactions between depot medroxyprogesterone acetate and combination antiretroviral therapy. *Fertility & Sterility*, 2008; 90: 965-971.
50. Cohn SE, Park JG, Watts DH, Stek A, Hitti J, Clax PA et al. Depomedroxyprogesterone in Women on Antiretroviral Therapy: Effective contraception and lack of clinically significant interactions. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 2007; 81: 222-227.
51. Lehtovirta P, Paavonen J, Heikinheimo O. Experience with the levonorgestrel-releasing intrauterine system among HIV-infected women. *Contraception*, 2007; 75: 37-39.
52. Matiluko AA, Soundararajan L, Hogston P. Early contraceptive failure of Implanon in an HIV-seropositive patient on triple antiretroviral therapy with zidovudine, lamivudine and efavirenz. *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care*, 2007; 33: 277-278.
53. Zhang H, Cui D, Wang B, Han YH, Balimane P, Yang Z et al. Pharmacokinetic drug interactions involving 17alpha-ethinylestradiol: a new look at an old drug. *Clinical Pharmacokinetics*, 2007; 46: 133-157.
54. Watts DH, Park J-G, Cohn SE, Yu S, Hitti J, Stek A et al. Safety and tolerability of depot medroxyprogesterone acetate among HIV-infected women on antiretroviral therapy: ACTG A5093. *Contraception*, 2008; 77: 84-90.
55. Heikinheimo O, Lehtovirta P, Suni J, Paavonen J. The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in HIV-infected women: effects on bleeding patterns, ovarian function and genital shedding of HIV. *Human Reproduction*, 2006; 21: 2857-61.
56. GlaxoSmithKline. Fosamprenavir prescribing information, 2007.
57. Glaxo Smith Kline. Study APV10020. A Phase I, open label, two period, single-sequence, drug-drug interaction study comparing steady-state plasma ethinyl estradiol and norethisterone pharmacokinetics following administration of brevinor for 21 Days with and without fosamprenavir 700 mg Twice Daily (BID) and Ritonavir 100 mg BID for 21 Days in Healthy Adult Female Subjects [Web Page]. Available at <http://ctr.gsk.co.uk/Summary/fosamprenavir/studylist.asp>. (Accessed 12 January 2008).
58. Boehringer Ingelheim. Tipranavir prescribing information, 2006.
59. FDA Medical Reviewer. Aptivus (Tipranavir) Capsules. Application No.: 021814. Medical Review [Web Page]. Available at http://www.fda.gov/cder/foi/nda/2005/21814_000_Aptivus_medr2.pdf.

Terapia anticonvulsivante

60. Christensen J, Petrenaitė V, Atterman J, Sidenius P, Ohman I, Tomson T et al. Oral contraceptives induce lamotrigine metabolism: evidence from a double-blind, placebo-controlled trial. *Epilepsia*, 2007; 48: 484-489.
61. Contin M, Albani F, Ambrosetto G, Avoni P, Bisulli F, Riva R et al. Variation in lamotrigine plasma concentrations with hormonal contraceptive monthly cycles in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 2006; 47: 1573-1575.
62. Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005; 46: 1414-1417.
63. Sabers A, Ohman I, Christensen J, Tomson T. Oral contraceptives reduce lamotrigine plasma levels. *Neurology*, 2003; 61: 570-571.
64. Schindlbeck C, Janni W, Friese K. Failure of Implanon contraception in a patient taking carbamazepine for epilepsy. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 2006; 273: 255-256.
65. Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2002; 28: 78-80.

Terapia antimicrobica

66. Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care*, 2002; 28: 78-80.
67. Trapnell CB, Connolly M, Pentikis H, Forbes WP, Bettenhausen DK. Absence of effect of oral rifaximin on the pharmacokinetics of ethinyl estradiol/norgestimate in healthy females. *Annals of Pharmacotherapy*, 2007; 41: 222-228.
68. Chen YX, Cabana B, Kivel N, Pieniaszek H, Gilman S, Michaelis A. Lack of effect of rifalazil on ethinyl estradiol pharmacokinetics in healthy postmenopausal women. *International Journal of Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 2007; 45: 418-422.
69. Bacon L, Mina M. Unintended pregnancies with Implanon. [comment]. *Contraception*, 2006; 73: 111; author reply 111-112.
70. Verhoeven CH, van den Heuvel MW, Mulders TM, Dieben TO. The contraceptive vaginal ring, NuvaRing, and antimycotic co-medication. *Contraception*, 2004; 69: 129-132.
71. Croft AM, Herxheimer A. Adverse effects of the antimalaria drug, mefloquine: due to primary liver damage with secondary thyroid involvement? *BMC Public Health*, 2002; 2: 6.
72. Wanwimolruk S, Kaewwicht S, Tanthayaphinant O, Suwannarach C, Oranratnachai A. Lack of effect of oral contraceptive use on the pharmacokinetics of quinine. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1991; 31: 179-181.

73. McGready R, Stepniwska K, Seaton E, Cho T, Cho D, Ginsberg A et al. Pregnancy and use of oral contraceptives reduces the biotransformation of proguanil to cycloguanil. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2003; 59: 553-557.
74. Archer JS, Archer DF. Oral contraceptive efficacy and antibiotic interaction: a myth debunked. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2002; 46: 917-923.
75. Fotherby K. Interactions with oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990; 163: 2153-2159.
76. Karbwang J, Looareesuwan S, Back DJ, Migasana S, Bunnag D, Breckenridge AM. Effect of oral contraceptive steroids on the clinical course of malaria infection and on the pharmacokinetics of mefloquine in Thai women. *Bulletin of the World Health Organization*, 1988; 66: 763-767.

Conflitti di interesse: la *Dr.ssa A. Glasier* lavora in una clinica che riceve finanziamenti per la ricerca da quattro aziende che producono vari contraccettivi.

Il *Dr J. Shelton* è azionista di un'industria farmaceutica che produce terapie antiretrovirali. La *Dr.ssa E. Weisberg* riceve finanziamenti per la ricerca sui contraccettivi da quattro industrie produttrici. Partecipa anche all'advisory board di un produttore del vaccino contro il virus del papilloma umano e all'advisory board per la formazione sui contraccettivi sostenuta da un produttore di anticoncezionali.

Per ulteriori informazioni:
Department of Reproductive Health and Research,
World Health Organization