

RACCOMANDAZIONI PER LA CONTRACCEZIONE INTRAUTERINA (IUC)¹

INTRODUZIONE

Il colloquio con ciascuna donna o coppia che si rivolga al Consultorio Familiare/medico di fiducia per la prescrizione di un metodo contraccettivo è l'elemento chiave in tema di qualità di cura ed è fondamentale nel favorire l'inizio e la prosecuzione dell'uso del sistema di contraccezione scelto.

Scopo del colloquio è quello di comprendere i bisogni, non solo per quanto riguarda la contraccezione, ma anche in tema di sessualità e prevenzione delle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) e valutare i desideri e le situazioni individuali.

Tale valutazione deve tener conto non solo di considerazioni mediche, ma anche dei fattori psicologici, sociali ed economici e delle motivazioni che indirizzano alla contraccezione, così da consentire alla donna di scegliere il tipo di contraccettivo che meglio si adatti alla propria situazione.

La relazione tra l'operatore sanitario e la donna deve poter creare una comunicazione efficace che la incoraggi ad esprimere i propri bisogni per consentire una migliore aderenza alla prescrizione.

E' pertanto necessario verificare che siano stati compresi:

- Il meccanismo d'azione e la relativa efficacia del metodo
- I più comuni effetti collaterali
- I fattori di rischio per la salute
- I benefici non contraccettivi
- I sintomi per i quali è necessario consultare il medico
- Le informazioni sul ritorno alla fertilità dopo la sospensione

E' fondamentale promuovere la doppia protezione contraccettiva (IUC e condom) per la prevenzione delle IST.

Si ricorda, con riferimento all'articolo 2 della legge 194/78, che è consentita la prescrizione di contraccettivi anche ai minori di 18 anni senza necessità di consenso da parte dei genitori. L'età non è un fattore discriminante, la letteratura sottolinea sempre più frequentemente il possibile utilizzo in giovani adolescenti e nullipare.

PRESCRIZIONE DELLO IUC

Lo IUC è efficace e sicuro per la quasi totalità delle donne, la letteratura riporta un range di fallimento che è compreso tra lo 0,2 e lo 0,8% indipendentemente dall'età della donna.

La valutazione medica prima dell'inserimento dello IUC deve prevedere:

- la raccolta della storia clinica e le informazioni sullo stile di vita per evidenziare la presenza di fattori di rischio che condizionino particolari precauzioni nell'uso
- la visita ginecologica

¹ Questo documento è il risultato dell'analisi delle principali Linee Guida e Raccomandazioni nazionali e internazionali. Per la maggior parte delle indicazioni vi è accordo in letteratura. Sono state segnalate le situazioni in cui il consenso non è unanime

INDICAZIONI

- Contraccezione
- Contraccezione d'emergenza

CONDOTTA DA SEGUIRE PER L'APPLICAZIONE DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO

- Anamnesi
- Visita ginecologica
- Nelle donne ad alto rischio per IST esame batteriologico cervico-vaginale completo + ricerca Chlamydia + ricerca Gonococco. Si ritiene utile una profilassi antibiotica in casi selezionati ad elevato rischio dove la valutazione infettivologica non sia disponibile al momento dell'inserimento. (doxiciclina 200 mg in unica dose o azitromicina mg 1000 in monosomministrazione).
Non è necessario il ricontrollo dell'esame batteriologico dopo l'eventuale trattamento antibiotico.
- Esame citologico vaginale o test HPV per le donne oltre i 25 anni eseguito da non più di 3 o 5 anni (a seconda del tipo di esame eseguito, secondo i criteri del programma di Prevenzione Serena). Può essere occasione per sensibilizzare all'adesione ai programmi di screening del carcinoma del collo dell'utero.
- Consegnare del modulo informativo in occasione del primo colloquio (allegato).

GUIDA ALLA RACCOLTA DELLA STORIA CLINICA

La raccolta dei dati anamnestici deve essere mirata all'identificazione delle possibili condizioni di rischio secondo le categorie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) per l'uso dello IUC.

CATEGORIE DI RISCHIO PER L'USO DELLA CONTRACCEZIONE

1. Condizione per cui non ci sono restrizioni all'uso del metodo contraccettivo
2. Condizione per cui i vantaggi dell'uso del metodo generalmente superano i rischi teorici o accertati*
3. Condizione per cui i rischi teorici o accertati superano i vantaggi dell'uso del metodo contraccettivo**
4. Condizione per cui l'utilizzo del mezzo contraccettivo rappresenta un rischio inaccettabile per la salute

* Il metodo si può usare, ma è necessaria una personalizzazione della prescrizione e un attento follow up

** L'uso è generalmente non raccomandato a meno che altri metodi non siano disponibili o accettabili, richiede un'attenta valutazione clinica

CATEGORIE DI RISCHIO

I numeri indicati corrispondono alle categorie di rischio riportate in tabella

		IUC-LNG		IUC al rame	
		I ²	C ³	I	C
Allattamento		1		1	
Anemie	a) Talassemia	1		2	
	b) Anemia falciforme	1		2	
	c) Anemia sideropenica	1		2	
Anomalie anatomiche	a) Cavità uterina distorta	4		4	
	b) Altre anomalie (es. stenosi del canale cervicale)	2		2	
Artrite reumatoide	a) In terapia immunosoppressiva	2	1	2	1
	b) Non in terapia immunosoppressiva	1	1		
Cancro cervicale	In attesa di trattamento	4	2	4	2
Caratteristiche del sanguinamento vaginale	a) Sanguinamenti irregolari, non abbondanti o prolungati	1	1	1	
	b) Sanguinamenti prolungati o abbondanti	1	2	2	
Carcinoma endometriale		4	2	4	2
Carcinoma ovarico		3	2	3	2
Cardiopatía ischemica	In atto o pregressa	2	3	1	
Cardiomiopatia peripartum		2		2	
Cefalea	a) Non emicranica	1		1	
	b) Emicrania			1	
	i) Senz'aura, età < 35 anni	2	2	1	
	ii) Senz'aura, età ≥ 35 anni	2	2	1	
	i) Con aura, tutte le età	2	3	1	
Chirurgia bariatrica		1		1	
Cirrosi	a) Lieve (compensata)	2		1	
	b) Severa (scompensata)	3		1	
Colecistopatie	a) Sintomatica	2		1	
	i) Trattata con colecistectomia	2		1	
	ii) Trattata con terapia medica	2		1	
	iii) In atto	2		1	
	b) Asintomatica	2		1	
Diabete	a) Storia di diabete gestazionale	1		1	
	b) Non vasculopatia				
	i) Non insulino-dipendente	2		1	
	ii) Insulino-dipendente	2		1	
	c) Nefropatia/retinopatia/neuropatia	2		1	
	d) Altre vasculopatie o diabete da ≥ 20 anni	2		1	

² I= Inizio

³ C= Continuazione

		IUC-LNG		IUC al rame	
		I	C	I	C
Dismenorrea severa		1		2	
Disturbi depressivi		1		1	
Endometriosi		1		2	
Epatiti virali	a) Acuta/riacutizzata	3		1	
	b) Cronica/stato di portatrice	1		1	
Epilessia		1		1	
Età	a) Menarca-20 anni	2		2	
	b) >20 anni	1		1	
Fattori multipli di rischio per patologie cardiovascolari arteriose	(Come età, fumo, diabete, ipertensione)	2		1	
Fibromi uterini	a) Senza distorsione della cavità uterina	1		1	
	b) Con distorsione della cavità uterina	4		4	
Fumo		1		1	
Gravidanza		4		4	
HIV	a) Alto rischio	2	2	2	2
	b) Infezione da HIV	2	2	2	2
	c) AIDS	3	2	3	2
	d) In terapia, clinicamente bene	2	2	2	2
Ictus		2		1	
Infezioni sessualmente trasmissibili	a) Cervicite purulenta o infezione da Chlamydia o Gonococco	4	2	4	2
	b) Altre IST (escluse HIV e epatiti)	2	1	2	1
	c) Vaginiti (incluso trichomonas vaginalis e vaginosi batterica)	2	2	2	2
	d) Alto rischio IST	2/3	2	2/3	2
Iperplasia endometriale		1		1	
Iperlipidemie		2		1	
Iperensione	a) Ben controllata	1		1	
	b) Valori pressori elevati				
	i) Sistolici 140-159 o diastolici 90-99	1		1	
	ii) Sistolici ≥ 160 o diastolici ≥ 100	2		1	
	c) Complicanze vascolari	2		1	
Lupus eritematoso sistemico	a) Anticorpi antifosfolipidi positivi (o non noti)	3		1	1
	b) Trombocitopenia severa	2		3	2
	c) Terapia immunosoppressiva	2		2	1
	d) Nessuna delle precedenti	2		1	1
Malaria		1		1	
Malattia gestazionale del trofoblasto	a) Livelli di HCG normali o decrescenti	3		3	
	b) Livelli di HCG elevati o patologia maligna	4		4	

		IUC-LNG		IUC al rame	
		I	C	I	C
Malattia infiammatoria pelvica	a) Pregressa (in assenza di fattori di rischio IST)				
	i) Con successiva gravidanza	1		1	
	ii) Senza successiva gravidanza	2		2	
	b) In atto	4	2	4	2
Mutazioni trombotogeniche		2		1	
Neoplasia intraepiteliale cervicale		2		1	
Obesità	BMI \geq 30	1		1	
Parità	Nullipara	1		1	
	Con figli	1		1	
Patologie infiammatorie intestinali	Colite ulcerosa/morbo di Chron	1		1	
Patologia mammaria	a) Massa da diagnosticare	2		1	
	b) Patologia mammaria benigna	1		1	
	c) Familiarità per tumore mammario	1		1	
	d) Tumore mammario				
	i) Presente	4		1	
	ii) Pregresso, senza evidenza di malattia da 5 anni	3		1	
	e) Portatrice di mutazione genetica (es BRCA1)	2		1	
Post aborto	a) Primo trimestre	1		1	
	b) Secondo trimestre	2		2	
	c) Immediatamente dopo aborto settico	4		4	
Post parto (con o senza allattamento al seno, incluso il parto cesareo)	a) \geq 4 settimane	1		1	
	b) Sepsi puerperale	4		4	
Pregressa chirurgia pelvica		1		1	
Pregressa gravidanza extrauterina		1		1	
Sanguinamento vaginale inspiegato		4	2	4	2
Storia di colestasi	a) Colestasi gravidica	1		1	
	b) Colestasi in trattamento EP	2		1	
Storia di ipertensione gestazionale		1		1	
Schistosomiasi		1		1	

		IUC-LNG		IUC al rame	
		I	C	I	C
Tireopatie		1		1	
Trapianto d'organo	a) Complicato	3	2	3	2
	b) Non complicato	2		2	
Trombosi venosa superficiale	a) Vene varicose	1		1	
	b) Tromboflebite superficiale	1		1	
Tubercolosi	a) Non pelvica	1		1	
	b) Pelvica	4	3	4	3
Tumori epatici	a) Benigni				
	i) Iperplasia focale nodulare	2		1	
	ii) Adenoma epatico	3		1	
	b) Maligni	3		1	
Tumori ovarici benigni	(Incluse cisti)	1		1	
TVP/EP	a) Pregressa TVP/EP, non in terapia anticoagulante	2		1	
	b) TVP/EP acuta	3		3	
	c) Pregressa TVP/EP, in terapia anticoagulante da almeno 3 mesi	2		2	
	d) Familiarità (parenti di primo grado)	1		1	
	e) Chirurgia maggiore				
	i) Con immobilizzazione prolungata	2		1	
	ii) Senza immobilizzazione prolungata	1		1	
	f) Chirurgia minore	1		1	
Valvulopatie	a) Non complicate	1		1	
	b) Complicate	2		2	

INSERIMENTO DELLO IUC

L'inserimento dello IUC deve avvenire in un ambiente confortevole che rispetti tutti i parametri previsti di sicurezza e sterilità da parte di personale qualificato. L'ambulatorio deve essere provvisto di strumentazione adeguata (speculum, pinze da collo, isterometro, batuffoli per la detersione della cervice, forbici).

In Italia le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale sono definite dal Decreto Ministeriale del 22/07/1996 in cui è indicato che tale procedura (codifica ICD 9CM: 69.70) non necessita di un ambulatorio protetto.

- Inserimento preferibilmente durante il flusso mestruale o nei giorni immediatamente successivi (secondo la letteratura è possibile l'applicazione dello IUC in qualsiasi momento del ciclo fatta salva l'esclusione di una gravidanza).
- Nella contraccezione d'emergenza applicazione entro cinque giorni dal rapporto a rischio associata a profilassi antibiotica nei soggetti a rischio IST.
- Non c'è evidenza dell'efficacia di una premedicazione per la prevenzione della sindrome vagale.

SORVEGLIANZA DOPO L'INSERIMENTO DELLO IUC

- Visita dopo il flusso mestruale successivo all'inserimento.
- E' buona pratica effettuare visite di controllo annuali.
- Visita di controllo urgente in caso di sintomatologia vaginale suggestiva per infezione e/o pelvidinia importante.
- L'ecografia transvaginale va richiesta solo se si sospetta la perforazione uterina o la dislocazione dello IUC.
- Non esistono rischi di dislocazione, di perforazione, di espulsione o di gravidanza direttamente collegabili all'esecuzione di RMN (risonanza magnetica nucleare).

RIMOZIONE DELLO IUC

- È preferibile rimuovere lo IUC durante il flusso mestruale con eventuale reinserimento immediato di nuovo dispositivo. In merito alla durata d'azione dello IUC si fa riferimento alle indicazioni riportate nei singoli foglietti informativi. La guida all'uso dei farmaci dell'AIFA segnala la possibilità di lasciare lo IUC in sede fino alla menopausa, se inserito in una donna di età superiore ai 40 anni, data la riduzione della fertilità.
Nelle donne di età superiore ai 50 anni la rimozione va effettuata dopo un anno di amenorrea, nelle donne di età inferiore ai 50 anni dopo due anni.

LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Il modulo informativo è consegnato da un operatore sanitario con eventuali opuscoli sui contraccettivi al momento della consulenza ginecologica prima dell'inserimento dello IUC. Il consenso informato sarà ritirato da un operatore sanitario prima delle procedure atte all'inserimento dello IUC fornendo eventuali ulteriori informazioni, se necessarie, e firmato dalla paziente e dal ginecologo.

REGIONE PIEMONTE

ASL

CONSULTORIO FAMILIARE

SEDE DI

- Il contraccettivo intrauterino (IUC) è un dispositivo che applicato nella cavità uterina ostacola la fecondazione e quindi evita una gravidanza.
- La sua percentuale di insuccesso è tra lo 0.6% e lo 0,8% per il dispositivo intrauterino al rame e il 0.2% per il dispositivo intrauterino a rilascio di levonorgestrel.
- L'utilizzo dello IUC può essere causa di infezioni pelviche (0.54%) entro i primi 90 gg.
- Effetti collaterali che possono verificarsi sono: perdite di sangue intermestruali, modificazioni del flusso mestruale (fino all'amenorrea nel caso di dispositivo a rilascio di levonorgestrel), dolori addominali.
- Lo IUC può penetrare o perforare la parete uterina mentre viene inserito (rischio di perforazione 0.6-1.6/1000).
- Talvolta il filo dello IUC risale dentro l'utero e in questo caso può essere necessaria la rimozione in ospedale.
- In rari casi può spostarsi dalla sua sede o anche essere espulso (l'espulsione si può verificare nel 3-5% dei casi).
- Durante l'inserimento dello IUC si possono avere variazioni del battito cardiaco e delle pressione arteriosa per stimolazione nervosa. In rari casi (0.1% dei casi) si può verificare un collasso (shock vagale) .
- Il rischio associato di gravidanza ectopica è ridotto (0,3 - 1,4 / 1000 donne/anno) rispetto alla popolazione sessualmente attiva che non utilizza alcuna forma di contraccezione.
- Non vi è necessità di controlli supplementari dopo esecuzione di RNM (Risonanza Magnetica Nucleare) in quanto non esistono in letteratura evidenze scientifiche che contemplino il rischio di dislocazione, di perforazione, di espulsione o di gravidanza direttamente collegabili all'esecuzione di RMN .
- Il contraccettivo intrauterino al rame è controindicato alle donne allergiche a tale metallo.

La sottoscritta

.....

dichiara che tutto quanto sopra esposto è stato compreso ed è adeguato a determinare la Sua scelta e pertanto acconsente all'inserimento dello IUC.

Firma della Paziente

.....

Firma del Medico

.....

Data:.....

BIBLIOGRAFIA

- Arisi E, Bruni V, Di Spiezio Sardo A, Dubini V, Gubbini G, Parazzini F. Linee guida italiane sull'efficacia e sull'uso appropriato della contraccezione intrauterina
Italian J Gynaecol Obstet 2014, 26:4.
- American Academy of Pediatrics
Policy statement – Contraception for Adolescents
Pediatrics, 29/09/2014: e1244
- SOGC
Best Practices to minimize risk of infection with intrauterine device insertion -
Committee opinion
JOGC 2014, 36:266
- Centres for Disease Control and Prevention
U. S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013
M.M.W.R. 21/06/2013, vol. 62, n. 5
- ACOG Committee on Adolescent Health Care
Adolescents and Long-acting reversible contraception: Implants and Intrauterine
Devices
Committee Opinion n. 539, ottobre 2012
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare
Emergency Contraception – FSRH Clinical Guidance
Clinical Effectiveness Unit, Agosto 2011 (Updated gennaio 2012)
- Sufrin CB, Postlethwaite D, Armstrong MA, Merchant M, Wendt JM, Steinauer JE.
Neisseria gonorrhoea and Chlamydia trachomatis screening at intrauterine device
insertion in pelvic inflammatory disease. ObstetGynecol. 2012;120:1314-21
- ACOG
Long-acting reversible contraception: Implants and Intrauterine Devices
Practice Bulletin n. 121, luglio 2011
- Centres for Disease Control and Prevention
U. S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010
M.M.W.R. 28/05/2010, vol. 59
- WHO.
Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (Fourth Edition), 2009
Geneva: World Health Organization, 2010
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare
Intrauterine Contraception – FSRH Clinical Guidance
Clinical Effectiveness Unit, novembre 2007
- Guida all'uso dei farmaci. AIFA 2005