Il ruolo della fisioterapia nella cura del vaginismo â€“ Seconda parte Tecniche e strumenti

Arianna Bortolami
Fisioterapista
Libero Professionista, Padova
Fondatore e Responsabile del Gruppo di Interesse Specialistico (G.I.S.) Riabilitazione del Pavimento Pelvico, Associazione Italiana Fisioterapisti (A.I.Fi.)
Dottore Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione

Tecniche e strumenti utilizzati nella fisioterapia per il pavimento pelvico

In questa seconda parte della scheda descriviamo le tecniche e gli strumenti che possono essere utilizzati nella **fisioterapia del pavimento pelvico** in caso di vaginismo primario o secondario:

- esercizio terapeutico;
- biofeedback elettromiografico;
- dilatatori vaginali;
- autotrattamento e trattamento domiciliare;
- trattamento comportamentale e modificazioni dello stile di vita;
- prodotti topici.

Esercizio terapeutico

Per "esercizio terapeutico" si intende "il movimento del corpo, o di una parte di esso, al fine di alleviare i sintomi o di migliorare una funzione" (Licht 1984).

In caso di vaginismo, viene dapprima spiegato alla paziente **la relazione esistente tra i suoi sintomi e la componente muscolare del pavimento pelvico**, utilizzando immagini e modelli anatomici. Poi, con l'esercizio terapeutico, vengono coscientizzate e/o apprese **le diverse azioni del pavimento pelvico**, soprattutto con riferimento al rilassamento muscolare. Particolarmente utile in questa fase appare l'utilizzo della respirazione.

Successivamente, attraverso l'uso di posizioni e manovre che favoriscano lo stiramento del pavimento pelvico e dell'elevatore dell'ano, **si cerca di modificare lo stato di ipertono di questi muscoli**.

In fisioterapia, nell'ultima fase, gli esercizi appresi in sede terapeutica vengono utilizzati nelle attività funzionali. Nel vaginismo, invece, consigliare l'utilizzo di questi esercizi durante l'attività sessuale appare teoricamente difficile o poco praticabile. Nella pratica quotidiana molte pazienti riferiscono invece di utilizzare quanto appreso in sede terapeutica anche senza che ciò sia stato loro richiesto, ottenendo risultati positivi (**vedi box "La vostra voce – Che cosa si prova... Dopo la terapia**).

Biofeedback elettromiografico

Consiste in uno strumento elettromedicale che permette di rilevare l'azione muscolare attraverso **un'apposita sonda**, proiettando su monitor l'effetto visivo trasformato in grafico di tale attività, rilevabile anche con segnale uditivo.

Relativamente al vaginismo, il suo utilizzo può facilitare in alcune pazienti **l'apprendimento dell'attività motoria del pavimento pelvico**, particolarmente per favorire il rilassamento muscolare.

Il suo utilizzo è limitato alle pazienti per le quali l'ipertono dell'elevatore dell'ano, pur presente, permette il posizionamento della sonda nello spazio intravaginale.

A seconda delle funzioni, delle capacità di memoria e della praticità d'uso, lo strumento può essere utilizzato in ambito ambulatoriale, oppure autonomamente dalla paziente in sede domiciliare.

Dilatatori vaginali

Sono uno strumento che permette **lo stiramento e la dilatazione progressiva del canale vaginale**. Consiste in un set, solitamente costituito da 4-5 dilatatori, di diametro e lunghezza crescente. Possono essere utilizzati inizialmente in sede ambulatoriale, per essere impiegati poi anche autonomamente a casa dalla donna, che ha un ruolo attivo nella percezione della contrazione muscolare e nel successivo rilassamento, attraverso l'uso degli esercizi precedentemente appresi (Bortolami 2009).

Viene utilizzato inizialmente il dilatatore che, pur inserito lungo il canale vaginale, ne determina lo stiramento, percepibile dalla paziente e dal fisioterapista attraverso la resistenza dei tessuti, mentre la donna in parallelo distende i muscoli perivaginali per accogliere il dilatatore, facilitandone l'entrata e riducendo il rischio di attrito e conseguenti microabrasioni. Quando, dopo giorni o settimane, la resistenza diminuisce, è possibile passare al dilatatore con diametro e lunghezza superiore.

Il dilatatore viene tenuto in sede per circa 10-15 minuti al giorno o per più tempo, se la donna lo ritiene vantaggioso, oppure a giorni alterni, a seconda della condizione della paziente e del momento terapeutico.

Autotrattamento e trattamento domiciliare

Con questi termini viene indicata l'attività consigliata alla paziente da eseguirsi al di fuori della sede ambulatoriale, ai fini di favorire il raggiungimento degli obiettivi terapeutici (conoscenza della zona perineale, risoluzione dell'ipertono dell'elevatore dell'ano e così via).

Fanno parte quindi di questa attività, l'esecuzione di **esercizi domiciliari** precedentemente appresi durante le sedute di fisioterapia, e l'utilizzo di strumenti come il **biofeedback** e i **dilatatori vaginali**.

E' importante che il/la fisioterapista consideri la condizione della paziente e il momento terapeutico, per poter programmare questa attività rendendola agevole e possibile alla paziente che, per diverse ragioni, può incontrare difficoltà nell'esecuzione.

Trattamento comportamentale e modificazioni dello stile di vita

In caso di vaginismo secondario associato a stato infiammatorio (causato o meno da infezione), può essere utile **individuare i fattori di rischio che possono aver contribuito all'insorgenza della patologia** – come cistiti, vaginiti, uretriti, attività sportiva inadeguata (cyclette, spinning) – **e/o ad abitudini conseguenti ad essa** che possono sostenere la condizione patologica (detersione eccessiva della zona perineale, uso di indumenti stretti e aderenti, e così via). L'informazione sugli effetti dei fattori di rischio e delle abitudini, e la correzione di questi, quando possibile, può contribuire alla risoluzione o alla gestione dello stato infiammatorio che può aver contribuito o che sta sostenendo il vaginismo.

Prodotti topici

L'utilizzo di prodotti topici (prodotti destinati all'applicazione locale cutanea e delle mucose) ha l'obiettivo di:

- risolvere o diminuire l'eventuale **stato infiammatorio**, che determina dolore spontaneo o provocato e conseguentemente la contrazione muscolare da difesa tipica del vaginismo, soprattutto quando il prodotto topico ha attività anti-infiammatoria (come il gel di aliamidi o l'olio di iperico);
- lubrificare l'introito e il canale vaginale **durante le sedute di fisioterapia**, quando sia necessaria l'esecuzione di manovre che comprendano tale spazio;
- lubrificare l'introito e il canale vaginale **durante i rapporti sessuali** quando, a condizione migliorata, questi possono essere ripresi.

L'importanza del rapporto fisioterapista-paziente

E' sicuramente importante che il/la fisioterapista abbia e dimostri **un atteggiamento di comprensione** verso la paziente, verso il suo **disagio** e la sua **sofferenza**, anche se l'obiettivo terapeutico è puramente di tipo "fisico". Questo si può concretizzare nell'utilizzo, quando possibile e soprattutto in fase iniziale, di modalità che non prevedano né l'osservazione, né il trattamento manuale della zona perineale, riservate a un momento successivo, quando la donna abbia migliorato la consapevolezza e la confidenza con la parte.

E' importante inoltre un atteggiamento che comprenda la **diminuzione dell'autostima** talvolta presente nella donna affetta da vaginismo. Tale condizione infatti può avere conseguenze anche nell'ambito terapeutico, ad esempio nell'utilizzo dell'esercizio terapeutico come trattamento domiciliare: frequente è infatti la condizione nella quale la donna, spesso dopo anni di tentativi per affrontare il problema del vaginismo, non si ritiene in grado di eseguire correttamente quanto appreso.

In ultimo, se la fisioterapia per il pavimento pelvico risultasse insufficiente per risolvere la disfunzione muscolare o non fosse proponibile (difficoltà di accettazione da parte della paziente, difficoltà a individuare personale qualificato, e così via), trova indicazione l'utilizzo della **tossina botulinica** (Bertolasi et Al, 2006; Frasson et Al, 2010), all'interno di un approccio multidisciplinare (Graziottin 2004, 2006, 2008, 2009).

La vostra voce â€" Che cosa si prova...
Dopo la terapia

Da quando ho capito che l'impossibilità ad avere rapporti completi è dovuta alla forte contrazione di un muscolo, ho iniziato ad ascoltare diversamente il mio corpo e soprattutto la parte vaginale. Poi mi è stato spiegato come fare a rilassarlo e ho iniziato ad utilizzare questi insegnamenti anche durante i tentativi di avere un rapporto completo; mi è servito moltissimo, finalmente qualcuno mi ha spiegato cosa fare e soprattutto come farlo. Prima in molti mi hanno detto che "bastava rilassarsi", ma queste parole dette così non servivano proprio a nulla.

All'inizio eravamo molto attenti all'aspetto "tecnico" della questione, ma ora, dopo più tentativi riusciti, le sensazioni di piacere stanno prendendo il posto dell'impossibilità di avere rapporti fino alla penetrazione, aspetto che ha caratterizzato i primi anni del nostro matrimonio.

Conclusioni

Il vaginismo comporta una disfunzione del pavimento pelvico che determina impossibilità o difficoltà alla penetrazione. La componente muscolare necessita di un approccio terapeutico, che può essere la fisioterapia del pavimento pelvico; essa, per la sua **ridotta invasività**, le sue **scarse controindicazioni** e i suoi **limitati effetti collaterali** può essere considerata una valida opzione terapeutica, all'interno di un approccio multidisciplinare (Graziottin 2004, 2005, 2006, 2008; Graziottin et Al. 2009).

Approfondimenti specialistici

Bertolasi L. Bottanelli M. Graziottin A.
Dispareunia, vaginismo, iperattività del muscolo elevatore e tossina botulinica: il ruolo del neurologo
Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXVIII - n. 6, 2006

Bortolami A.
Dilatatori vaginali
In: Bortolami A., Riabilitazione del pavimento pelvico, Masson Elsevier, 2009

Frasson E. Graziottin A. Cappelletti J.Y. Dall'Ora E. Vicentini S. Bertolasi L.
Botulinum neurotoxin Type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome
Obstetrics & Gynecology (accepted, 2010)

Graziottin A.
Il ginecologo e la dispareunia

In: Leiblum S.R. Rosen R. (Eds), Principi e pratica di terapia sessuale, Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2004, p. 248-267

Graziottin A.
Sexual pain disorders in adolescents
In: Proceedings of the 12th World Congress of Human Reproduction, International Academy of Human Reproduction, Venice 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2005, p. 434-449

Graziottin A.
Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus
in: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, 2006, p. 342-350

Graziottin A.
Dyspareunia and vaginismus: review of the literature and treatment
Current Sexual Health Reports, Vol. 5, Issue 1: March 2008, p. 43-50

Graziottin A. Serafini A. Palacios S.
Aetiology, diagnostic algorithms and prognosis of female sexual dysfunction
Maturitas 63, 2, 2009, Special issue on "Female sexual dysfunctions in the office: tools to meet the challenge", p. 128-134

Licht S.
Storia
In: Basmajian J.V., L'esercizio terapeutico, Padova, Piccin, 1984

Curriculum professionale della dott.ssa Arianna Bortolami

Nata a Padova, il 29/11/1963, diplomata come Terapista della Riabilitazione nel 1988 presso l'Istituto "La Nostra Famiglia" di Conegliano Veneto (Treviso) (votazione 60/60), consegue la **laurea in Fisioterapia** (nuovo ordinamento didattico) nel 2003 presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'università di Padova (votazione 110 e lode) e presso la stessa università nel 2007 la **laurea Specialistica in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione** (votazione 110 e lode).

Ha prestato servizio sia presso strutture pubbliche, come Aziende Sanitarie Locali o Aziende Ospedaliere, sia presso strutture private. A tutt'oggi svolge attività libero-professionale.

Si occupa di **riabilitazione del pavimento pelvico** dal 1998, sia in relazione a sintomi da disfunzione urinaria (incontinenza, ritenzione, ecc.), da disfunzione ano-rettale (incontinenza fecale, stipsi, ecc.), da alterazione della statica pelvica (prolasso), sia relativamente alle sindromi dolorose perineali e alle disfunzioni sessuali da disfunzione muscolare.

Ha frequentato numerosi corsi e congressi riguardanti le disfunzioni del pavimento pelvico; successivamente ha partecipato in qualità di **relatore, docente e moderatore a corsi e**

congressi dello stesso argomento, sia in ambito locale, sia presso le società e associazioni del settore a rilevanza nazionale.

E' stata è docente a contratto per la materia "Riabilitazione Genito-Urologica" presso il corso di laurea in Fisioterapia, facoltà di Medicina e Chirurgia, università dgli Studi di Verona dall'anno accademico 2002-03 all'anno accademico 2006-07.

E' fondatore e responsabile del **Gruppo di Interesse Specialistico (GIS) Riabilitazione del Pavimento Pelvico** all'interno dell'Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFi).

E' componente del Comitato Scientifico della **Federazione Italiana INCOntinenti** (Finco), dal 2008, e del Direttivo della **Società Italiana di Pelvi-Perineologia e Urologia Femminile Funzionale** (Sipuf), dal 2009.

E' autore del testo scientifico **"Riabilitazione del pavimento pelvico"**, edito da Elsevier Masson nel maggio 2009.

Ha pubblicato su riviste locali e nazionali articoli relativi alla riabilitazione del pavimento pelvico.

La dottoressa Arianna Bortolami