

La sessualità in menopausa

Alessandra Graziottin[§], Sonia Baldi[°], Costante Donati Sarti*

[§] Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica "San Raffaele Resnati", Milano

[°] Specialista in Ginecologia e Ostetricia, Firenze; Board Progetto Menopausa Italia

* Centro di Fisiopatologia del Climaterio e Terza Età - Azienda Ospedaliera di Perugia

L'integrità anatomico-funzionale del corpo femminile è una condizione necessaria, ancorché non sufficiente, per una sessualità soddisfacente. È necessaria, perché le basi biologiche della identità e della funzione sessuale femminile condizionano sia la percezione di sé, sia l'integrità dei meccanismi neuroendocrinovascolari, nonché biomeccanici, che consentono il fluire ottimale della cascata di eventi psicosessuali propri di una risposta sessuale adeguata. Gli ormoni sessuali - estrogeni, progesterone, androgeni - ma anche la prolatina e l'ossitocina, pervadono tutto il corpo femminile, modulando la qualità biologica della risposta sessuale. La menopausa, con la caduta degli estrogeni, del progesterone, e, nelle forme iatrogene, del testosterone, a meno che la donna non effettui una terapia ormonale sostitutiva (HRT) priva la sessualità femminile della base istintuale/biologica più potente.

La carenza ormonale che si verifica in questo periodo interferisce con le componenti somatiche, emotive e cognitive che condizionano il comportamento sessuale e ne determinano la sua efficienza.

Uno dei presupposti del trattamento ormonale è il miglioramento della qualità di vita della donna in postmenopausa, ma pochi studi hanno analizzato questo effetto nella pratica clinica e, in particolare, estremamente scarse sono le informazioni relative allo specifico italiano. Inoltre, l'impatto delle terapie ormonali sostitutive sulle disfunzioni sessuali femminili risulta, a tutt'oggi, ancora controverso.

Obiettivo del lavoro è offrire una panoramica sintetica dei principali disturbi sessuali femminili e dell'aiuto che le terapie ormonali, opportunamente personalizzate, possono offrire alla donna e al proprio partner.

In questo capitolo abbiamo riportato i dati di uno studio italiano osservazionale, che ha utilizzato dei questionari strutturati, come mezzo di raccolta dati, sulla qualità di vita in donne in trattamento con estrogeni transdermici, orali o senza terapia.

I risultati dello studio devono essere interpretati in senso diagnostico e terapeutico tenendo sempre presente la complessità della sessualità femminile.

INTRODUZIONE

L'evento menopausa si ripercuote su una serie di funzioni metaboliche, psicologiche e sessuali che contribuiscono a rendere complesso, e al tempo stesso estremamente variabile, il quadro soggettivamente vissuto da ogni donna.

La qualità della vita della donna in menopausa è fortemente legata al grado di appagamento con se stessi, allo stile di vita ed ai rapporti relazionali.

Da un punto di vista psicologico, le risorse individuali, le capacità relazionali contribuiscono alla capacità di ristrutturare la propria identità femminile compresa la propria identità sessuale e ad elaborare positivamente il momento della menopausa con ripercussioni sul benessere psico-fisico della persona.

A tal proposito, il ginecologo, nell'orientare la paziente verso un trattamento farmacologico, deve tener sempre presente il counseling alla coppia, il coinvolgimento del partner, il contesto socio-culturale, tutti elementi che fanno parte integrante di un'attenta valutazione specialistica che ha il compito di stimolare la paziente a rafforzare il proprio benessere psico fisico e senso di femminilità (Plaut e coll 2004).

Il miglioramento della qualità della vita rappresenta il principale obiettivo della terapia ormonale sostitutiva (HRT).

La letteratura riporta pochi dati (Hlatky e coll 2002; Gendale e coll 1998; Limouzin-Lamthe e coll 1994; Wiklund e coll 1993;) rispetto all'effetto della HRT su tale aspetto, ottenuti, peraltro, attraverso questionari validati. Wiklund e coll (1993) hanno condotto uno studio su 223 donne (età media di 53 anni) con sintomi climaterici, dimostrando un significativo miglioramento dei parametri relativi alla qualità della vita, misurati con il *Nottingham Health Profile* ed il *Psychologic Well-Being Scale*, in pazienti trattate con estradiolo rispetto al placebo.

Anche l'*Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study* (HERS), con un follow-up a tre anni, ha mostrato un effetto positivo della HRT sulla qualità di vita, in particolare nelle donne che intraprendono la terapia in presenza di sintomi vasomotori (Gendale e coll 1998).

Il *Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) Trial* ha evidenziato che la HRT risulta efficace sui sintomi vasomotori, ma non sugli aspetti cognitivi o affettivi (Hlatky e coll 2002).

Comunque l'impatto delle terapie ormonali sostitutive sulle disfunzioni sessuali femminili (FSD) risulta, a tutt'oggi, ancora controverso; data la natura multifattoriale e multisistemica delle FSD risulta difficile estrapolare una sola variabile come unica responsabile del problema.

DEFINIZIONE DELLE DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI

Per le FSD, la nosografia di riferimento è, oggi, la Consensus Conference interdisciplinare: "The Consensus Panel on Definition and Classification of Female Sexual Dysfunction" tenutasi a Boston, nell'ottobre del 1998, le cui indicazioni sono state recentemente pubblicate sul Journal of Urology di marzo 2000 (tab 1) (Basson e coll 2000). Essa ha superato le precedenti classificazioni di riferimento: International Classification of Diseases (ICD 10) (1992) e il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali (DSM IV) (American Psychiatric Association 1994), in cui la classificazione sui disturbi sessuali era stata inclusa (Tab 1). Le definizioni sono state in parte modificate dopo una nuova consensus (Basson e coll 2003). Gli elementi di maggiore novità sono stati: a) l'introduzione dei "disturbi da eccitazione sessuale persistente" di recente oggetto di numerose pubblicazioni dopo la prima descrizione di Leiblum e Nathan, 2002 (Leiblum e Graziottin, 2004); l'indicazione a precisare la gravità dello stress ("distress") causato dal disturbo sessuale stesso (Basson e coll 2003).

Tabella 1

CLASSIFICAZIONE ATTUALE DEI DISTURBI SESSUALI FEMMINILI

Basson R. e coll, International Consensus Development Conference sulle disfunzioni sessuali Femminili: Definizione e Classificazione, J.Urol.163,889-93,2000

Disturbo del desiderio sessuale (Sexual Desire Disorders):

1a) **Desiderio sessuale ipoattivo (Hypoactive Sexual Desire Disorder):** definito come la persistente o ricorrente carenza o assenza di fantasie sessuali, e/o desiderio, o recettività per l'attività sessuale, che provochi "personal distress"

1b) **Avversione sessuale (Sexual Aversion Disorder):** definita come la persistente o ricorrente avversione fobica con evitamento del contatto con un partner sessuale, che cau si "personal distress".

Disturbo dell'eccitamento (Sexual Arousal Disorder):

definito come persistente o ricorrente incapacità ad ottenere o mantenere un sufficiente eccitamento sessuale, che causa "personal distress". Può essere espressa come mancanza di eccitazione soggettiva mentale, di eccitazione genitale (lubrificazione/congestione) o di altre risposte somatiche.

Disturbo dell'orgasmo (Orgasmic Disorder):

definito come persistente o ricorrente difficoltà a raggiungere l'orgasmo, nonostante un adeguato stimolo ed eccitamento, che causa "personal distress".

Disturbo caratterizzato da dolore sessuale (Sexual Pain Disorders):

Dispareunia: definita come ricorrente o persistente dolore genitale associato al rapporto sessuale.

Vaginismo: definito come persistente o ricorrente spasmo involontario della muscolatura vaginale che impedisce la penetrazione vaginale e che causa "personal distress".

Dolore sessuale non coitale: definito come ricorrente o persistente dolore genitale indotto da stimolazioni non coitali.

Per ciascuno di questi DISTURBI è necessario identificare alcune caratteristiche ulteriori:

- **Insorgenza:** fin dall'inizio dell'attività sessuale (lifelong o primaria), o acquisita dopo un periodo di normalità (acquired o secondaria);
- **Caratteristiche:** generalizzata (generalized) indipendentemente da partner e situazione, o situazionale (situational);
- **Etiologia: organica, psicogena, mista o sconosciuta;**
- **Gravità dello stress e del disagio causato dal problema sessuale.**

ETIOLOGIA DELLE DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI

La **natura multifattoriale (biologica, psicosessuale e contesto-dipendente) e multisistemica** dei **disturbi sessuali femminili** (FSD, Female Sexual Disorders) richiede uno sguardo diagnostico articolato e capace di riconoscere con equilibrio semeiologico la complessità etiologica dei disturbi sessuali femminili (Laumann e coll 1999; Barnes 1998). Con il **progredire dell'età**, comunque, e analogamente all'uomo, diventa sempre più importante il **peso di fattori biologici personali**, dipendenti:

- a) **dall'età per sé, come processo multisistematico di deterioramento funzionale, prima, e anatomico poi** (Laumann e coll 1999; Avis e coll 2000; Graziottin 2000, 2004a, 2004b 2004c; Bachmann e Leiblum 1991);
- b) **dallo stato menopausale** (Sarrel e Whitehead 1985; Avis e coll 2000; Myers 1995; Bachmann 2000, Bachmann e coll 2002; Bachmann e Leiblum 1991; Graziottin 1998a, 1998b, 2000, 2004 b, 2004c; Graziottin e Basson, 2004; Miller 2001), soprattutto se ad esso si associa il deterioramento specificamente associato alla **carenza di androgeni** (Androgen Insufficiency Syndrome -AIS-, secondo la consensus di Princeton, oppure Female Androgen Deficiency Syndrome (FADS) secondo Sands e Studd che nel 1995 ebbero per primi il merito di porre l'accento su questo specifico fattore di morbilità femminile, sessuale e generale. Un'**a-deguata responsività fisica** è condizione necessaria, ancorché non sufficiente, per una sessualità soddisfacente. Affermazione confermata dal crescente consenso -evidence based- sul **rapporto tra estrogeni e lubrificazione vaginale** (Avis e coll 2000, Graziottin 2000; Myers 1995; Bachmann 2000; Graziottin 1998, Pfaus e Everitt 1995; Graziottin 1998a;

Bachmann e Leiblum 1991; Levin 1992), e **tra androgeni, desiderio ed eccitazione centrale e periferica genitale** (Notelovitz 2002; Miller 2001; Sands e Studd 1995, Bachmann 2002), in particolare dei corpi cavernosi clitorideo e bulbo vestibolare. Il ruolo della qualità dell'eccitazione e della motivazione resta comunque fondamentale, come evidenziato in particolare dalle ricerche di Ellen Laan (Laan 1995);

- c) da **malattie specifiche** per sé: basti pensare alla **depressione** (Di Benedetto e Graziottin 1997; Levine 1984; Graziottin 1998, 2003, 2004a, 2004b, 2000c, 2004d), che mina elettivamente il desiderio, nelle componenti sia istintuali sia motivazionali; al ruolo del **diabete**, con le progressive microangiopatia e neuropatia, che condizionano elettivamente la risposta di eccitazione genitale e che colpiscono, in comorbidità, il desiderio e l'orgasmo; **all'ipertensione, all'ipercolesterolemia, all'aterosclerosi**, di nuovo nemiche elettivamente della componente vascolare della risposta sessuale (Goldstein e Barman 1998); alle **malattie neurologiche** (sclerosi multipla, in primis, e morbo di Parkinson, oltre che ai traumi spinali con paraplegia completa o parziale) che ledono le componenti neurogene della risposta sessuale, con particolare vulnerabilità della componente riflesse dell'orgasmo, specie se ad esse concorre anche una componente vascolare (Di Benedetto e Graziottin 1997; Graziottin 1998, 2003, 2004 b, 2004c; Goldstein e Barman 1998; Shafik 1998). È importante considerare anche il ruolo di specifiche **distrofie vulvare** quali l'invecchiamento genitale età correlato (Tarcan e coll 1999), specie se si complica con il lichen sclerosus (Hagedorn 2002); il **tono dei muscoli del pavimento pelvico** (Kegel 1952; Graziottin 2001) ed eventuali patologie sessuali ad esso correlate (dall'ipertono associato alla dispareunia all'ipotono associato all'ipoanedonia coitale e/o all'incontinenza da sforzo in fase di eccitazione); **l'incontinenza urinaria** (Cardozo e coll 1998), nelle componenti **da sforzo**, che può causare **perdite urinarie durante l'eccitazione, e da urgenza** (per vescica iperreattiva, "overactive bladder") che può invece ledere elettivamente la **componente orgasmica**, per l'alta probabilità di un'incontinenza specifica e massiva nel momento dell'orgasmo, in cui l'abbassarsi della soglia di controllo può facilitare la scarica contrattile del detrusore che supera la resistenza del collo vescicale (Di Benedetto e Graziottin 1997). In tali casi l'inibizione sessuale è secondaria alla paura che l'episodio umiliante di incontinenza possa ripetersi. Ultimi, ma non meno cruciali, i **fattori iatrogeni**, secondari a: a)particolari **farmaci** (Rosen e coll 1999; Graziottin e Maraschello 2002) specie **chemioterapici**, per la comorbidità tra menopausa precoce e disfunzioni sessuali; b) conseguenti

ze di **interventi chirurgici**, specie in ambito perineale e pelvico, che includono l' annexiectomia bilaterale, per la conseguente carenza di androgeni, la chirurgia radicale per carcinomi del collo o della vulva, le colpoplastiche, specie posteriori, iperzelanti (Graziottin 2001, 2003, 2004b, 2004c; c) conseguenze di **radioterapia pelvica**, per il danno vascolare e la fibrosi che minano le basi biologiche della congestione genitale e della lubrificazione vaginale (Graziottin 2001, 2004b, 2004c)

Nella donna sono, poi, di particolare importanza i **fattori relazionali**: i **sentimenti per il partner** (feelings for partner) e i **problemi di salute -generale e sessuale - del partner** (Renshaw 1981; Barnes e coll 1998, Dennerstein e coll 2000), **sono i più forti fattori predittivi di come cambierà la sessualità femminile durante la menopausa** (Dennerstein e coll 2000), più ancora dei cambiamenti ormonali, che pure sono significativi, seppure con un minor grado di predittività.

È quindi essenziale mantenere un grande rigore diagnostico e un'apertura mentale d'indagine che, dando conto della complessità, sia poi in grado di personalizzare in modo soddisfacente il programma terapeutico.

MENOPAUSA E DISTURBI SESSUALI FEMMINILI

La **menopausa può agire sulla funzione sessuale con molteplici modalità: biologiche, psichiche e relazionali**. Verranno qui discussi gli aspetti strettamente ormono-correlati.

a) Disturbi del desiderio sessuale per difetto:

sono i più comuni (per i più rari disturbi per eccesso si rimanda a testi specialistici). Il desiderio sessuale riconosce tre dimensioni principali: **biologico-istintuale, motivazionale affettiva e cognitiva**. La carenza di estrogeni riduce i caratteri sessuali secondari e con essi la percezione biologica di femminilità (Graziottin 1998, 2000, 2004b, 2004c). La carenza di androgeni (Notelovitz 2002; Miller 2001), specie nelle menopausi iatogene - chirurgiche, ma anche chemioterapiche e attiniche - può causare la Androgen Insufficiency Syndrome (AIS) o **Sindrome Femminile da Carenza di Androgeni (FADS)** (Sands e Studd 1995) quando la donna presenta una sintomatologia caratterizzata da: **perdita di desiderio sessuale** e di energia vitale, scarsa assertività, perdita di peli pubici, riduzione della massa muscolare. La caduta del desiderio si esprime anche con una riduzione di sogni erotici, fantasie sessuali volontarie e sexual day-dreams. Gli **ormoni sessuali** sono fattori **necessari per il mantenimento di una soddisfacent-**

te libido, ma non sufficienti da soli né a orientare la direzione del desiderio su uno specifico partner, né a vivere una sessualità soddisfacente (Levin 1992). Un eccesso di prolattina va escluso, in quanto può agire in senso inibente. Ugualmente da indagare è un ipotiroidismo, che può influire negativamente sulla sessualità per il complessivo effetto deprimente sull'energia vitale generale. **Fattori psicosessuali e relazionali**, relativi alla salute generale e sessuale del partner, vanno comunque indagati, data la crescente morbilità sessuale maschile con l'età, soprattutto sul fronte dei deficit erettivi (Renshaw 1981; Barnes 1998; Graziottin e Maraschiello 2002).

b) Disturbi dell'eccitazione sessuale

Per difetto: possono riguardare tutti e tre i livelli dell'eccitamento: **centrale** (Graziottin 2000, 2004; Basson 2000; Sands e Studd 1995), **periferico non-genitale** (Levin 1992; Laan 1995) e **genitale** (Myers 1995; Miller 2001; Levin 1992; Hagedorn 2002). La carenza di ormoni sessuali postmenopausale può alterare la risposta sessuale, riducendo l'eccitazione:

- a livello **centrale** (central arousal). La carenza estrogenica e, soprattutto, androgenica può ridurre l'attività dei centri che attivano la risposta sessuale. Può, inoltre, creare o precipitare disturbi dell'affettività, quali ansia e depressione, e/o disturbi del sonno. Queste alterazioni riducono la disponibilità biologica e psichica all'eccitamento centrale.
- a livello **periferico non-genitale** (non-genital peripheral arousal), espresso soprattutto negli organi di senso (Graziottin 1999). L'ipoestrogenismo può determinare alterazioni - di tatto, olfatto, gusto e secrezione salivare - che giocano un ruolo fondamentale nel modulare la sensualità e la recettività femminile nell'intimità del rapporto di coppia.
- a livello **genitale** (genital arousal), in cui la carenza estrogenica e androgenica risulta avere un effetto determinante. La **secchezza vaginale** e la **difficoltà di eccitazione**, anche clitoridea, sono infatti i disturbi più frequentemente portati in consultazione. Gli estrogeni sono considerati fattori permittenti per il Peptide Intestinale Vasoattivo (VIP) (Levin 1992, 2002), il neurotrasmettore più importante nel "tradurre" il desiderio in eccitazione genitale, soprattutto a livello vaginale. Gli androgeni sono invece fattori permittenti per l'ossido nitrico (NO), soprattutto a livello dei corpi cavernosi del clitoride e bulbo vestibolari (Levin 1992). I **deficit di eccitazione** possono dipendere anche da **cause vascolari** (fumo, aterosclerosi, alti livelli di colesterolo) (Goldstein e Barman 1998), neurologiche, iatogene e correlate al dolore. Cistiti post-coitali sono una frequente complicanza associata alla difficoltà di eccitazione sessuale, specie dieci anni o più dopo la menopausa, se non trattata (Graziottin, 2000, 2004b; Simunic e coll 2003).

Per eccesso: il "Persistent Sexual Arousal Disorder", recentemente descritto da Leiblum e Nathan (2002), caratterizzato da persistente e disturbante eccitazione e congestione genitale in assenza di desiderio e che non cede con l'orgasmo, è ora entrato a far parte della terminologia ufficiale (Basson e coll, 2003; Leiblum e Graziottin, 2004).

c) Disturbi dell'orgasmo

I disturbi dell'orgasmo in postmenopausa riconoscono un'etiology multifattoriale: **biologica (anatomica, endocrina e biochimico-disfunzionale)** e **psicosessuale (motivazionale, affettiva, relazionale)**. Tarcan e Coll (1999) hanno evidenziato un'**involuzione del 50%** circa del **tessuto muscolare liscio dei corpi cavernosi**, dalla prima alla sesta decade di vita, con un deterioramento quindi età dipendente. Ad esso possono correre **distrofie vulvare** del tipo **lichen sclerosus** (Hagedorn 2002), caratterizzato da un'involuzione a tutto spessore che interessa tutte le strutture vulvare, non solo quindi muco-cutanee ma anche vascolari e bulbo-cavernose. Fattori **neurologici** possono colpire il lato afferente, sensoriale (Shafik 1998). Patologie a carico dell'**elevatore dell'ano**, che esitino in **ipotono** (Kegel 1952), possono causare inibizione dell'orgasmo per mancanza di sensibilità e inadeguata componente contrattile; possono altresì inibirlo, in modo riflesso, nelle condizioni di **ipertono** (Graziottin e Castoldi 1999; De Lancey e coll 1993, Graziottin, 2004b) che provochino disparesunia. Il dolore è, infatti, l'inibitore riflesso più potente dell'eccitazione genitale (Graziottin 2001) (oltre che mentale, con l'eccezione dei masochisti). Va poi considerato il possibile effetto inibitore **dell'incontinenza da urgenza**, come prima menzionato, per la paura di perdere urina durante l'orgasmo (Cardozo e coll 1998). Importante è anche il possibile ruolo dei **farmaci**, in particolari antidepressivi triciclici e inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) nel causare un'inibizione selettiva, dose dipendente e reversibile dell'orgasmo (Rosen e coll 1999; Graziottin e Mraschiello 2002).

d) Disturbi sessuali caratterizzati da dolore

– La **dispareunia** in peri e post-menopausa può essere causata da numerosi fattori, biologici e psicosessuali.

Le cause **biologiche** di **dispareunia**:

1) superficiale e mediovaginale possono essere: ormonali (Graziottin 1998, 1998b; Bachmann 1991; Notelovitz 2002; Sands e Studd 1995 Levin 1992; Dennerstein e coll 2000), **muscolari** (Graziottin 2001; De Lancey e coll 1993), **infiammatorie** (Graziottin 1999, 2001; Meana e coll 1997; Bergeron e coll 2001); **iatrogena** (Weber e coll 1995; Wessel-

man e coll 1997, Graziottin, 2001, 2003, 2004b, 2004c, 2004d); **neurologiche** (Shafik 1998), **traumatiche** (Wesselmann e coll 1997); **immunitarie** (Mulherin e coll 1997);

2) profonda: l'**endometriosi** (Graziottin 1999, 2001, 2004b, 2004d) e l'**a-denomiosi**, la **malattia infiammatoria pelvica**, le conseguenze **iatrogeniche di chirurgia o radioterapia** (Graziottin 2001; Berman e coll 1999), le cause **muscolari** (Graziottin 1999; 2001, 2004b; De Lancey e coll 1993).

Le cause **psicosessuali di dispareunia**: sono da ricondurre a disfunzioni in altri aspetti della risposta sessuale, e/o a problemi psicoemotivi personali e/o relazionali, comparsi o peggiorati in concomitanza con la menopausa (Graziottin 1998a; 2004b; Renshaw 1981; Barnes 1998; Berman e coll 1999), nonché alle **implicazioni emotive-affettive della persistenza del dolore**.

Il **vaginismo**, in perimenopausa, può presentarsi come seguito di un problema presente fin dall'inizio della vita sessuale o secondario a dispareunia e/o a fobia sessuale (Graziottin 1999, 2001, 2003; Laan e coll 1997);

Il **dolore sessuale non coitale** può comparire **spontaneamente; durante i preliminari**, specie in associazione a distrofie vulvare e/o vestiboliti vulvare; **persistere dopo il rapporto sessuale**, se associato a clitoralgie, specie su base neurogena (Shafik 1998).

Tabella 2
ANAMNESI SESSUOLOGICA ESSENZIALE IN PERIMENOPAUSA

- **Come va la Sua vita sessuale?**
- **Ha una relazione stabile?**
- **Se sì, è soddisfatta del Suo rapporto di coppia dal punto di vista affettivo? E sessuale?**
- **Ha notato un cambiamento nel Suo desiderio sessuale nell'ultimo anno?**
- **Ha notato secchezza vaginale durante il rapporto e difficoltà di lubrificazione (e di eccitazione)?**
- **Questa secchezza Le provoca anche dolore? O cistiti dopo il rapporto?**
- **Ha più difficoltà a raggiungere l'orgasmo?**
- **Questi disturbi Le causano un forte problema personale ("distress") o no?**
- **Ritiene che i problemi sessuali che Lei sta vivendo dipendano più dalla menopausa o dal rapporto di coppia?**
- **Se dalla coppia, ritiene che sia più un problema affettivo e di intimità emotiva?**
- **Oppure anche Suo marito ha qualche problema sessuale (di erezione, di desiderio oppure di ejaculazione precoce)?**
- **Ci sono problemi esterni alla coppia (figli, lavoro, salute dei genitori anziani o problemi economici) che La preoccupano e Le tolgonon energia per il sesso?**
- **Le interessa migliorare la Sua sessualità o comunque sta bene così?**

- Sta già facendo una terapia ormonale sostitutiva?
- Se sì, ha notato o meno un miglioramento della sessualità?
- Se no, Le interessa utilizzare una terapia personalizzata, ormonale e/o sessuologica, per migliorare anche la Sua vita sessuale?

Modificato da A. Graziottin, con autorizzazione. In Graziottin A. Sexual desire disorders: clinical approach. In Graziottin A. (guest editor): *Female Sexual Dysfunction - Clinical approach*. Urodi-namica, 14 (2):61-67, 2004

PROSPETTIVE TERAPEUTICHE

La **etiologia mista, multifattoriale**, è in causa nella maggioranza dei FSD, specie dopo la menopausa. La diagnosi richiede, quindi, una valutazione articolata sul fronte sia biologico, sia psicosessuale che relazionale. La terapia richiede un approccio specialistico. Il ginecologo può, comunque, dare un primo aiuto fondamentale, in particolar modo, nelle forme ad etiologia biologica ed ormonale. Sul fronte dell'HRT, le evidenze da studi controllati e cliniche consentono di indicare come scenario di riferimento queste possibilità:

- 1) disturbi del desiderio:** gli **estrogeni** possono concorrere a migliorare il desiderio in modo diretto, in quanto contribuiscono a mantenere più trofici gli indicatori biologici dell'identità sessuale femminile (Avis e coll 2000; Graziottin 2000, Graziottin 1998a, 1998b, 2003, 2004) e indiretto, sia in quanto riducono i sintomi vasomotori, neurovegetativi e psichici che possono concorrere alla caduta della libido (Myers 1995; Graziottin 1998), sia perché possono ridurre i disturbi dell'eccitazione (Levin 1992; Dennerstein e coll 2000) e la dispareunia (Graziottin 1999; Graziottin 2001) che possono inibire la risposta sessuale causando una caduta secondaria del desiderio. I progestinici possono avere, invece, azione frenante a meno che non siano di derivazione androgenica (Graziottin 1998, 2003, 2004). Gli **androgeni** sono gli **ormoni principe** nel migliorare la componente biologico-istintuale del desiderio, specie in caso di AIS (o FADS) (Sherwin e coll 1987; Sands e Studd 1995, Notelovitz 2002, Bachmann e coll 2002).
- 2) disturbi dell'eccitazione:** gli **estrogeni sistemici** migliorano la componente vascolare della risposta sessuale (Graziottin 1988; Levin 1992; Cardozo e coll 1998; Dennerstein e coll 2000) con incremento di lubrificazione e congestione, specie vaginale (se la libido è presente). Gli **androgeni sistemici** sono invece necessari per una migliore eccitazione sia centrale (central arousal) sia periferica (genital arousal), perché facilitano la risposta congestizia dei corpi cavernosi del clitoride e bulbo-

stibolari (Notelovitz 2002; Sands e Studd 1995). Questo è vero sia con estro-androgeni somministrati per iniezione o impianto sottocutaneo (Notelovitz 2002; Miller 2001), sia con tibolone (Madelska 2002), sia con combinazioni orali di estradiolo con noretisterone, un progestinico di derivazione androgenica. In caso di impossibilità o di non disponibilità a terapie sistemiche, è possibile migliorare in modo significativo la risposta congestizia vaginale con sole terapie **estrogeniche locali vaginali**. Tavolette di 17 beta estradiolo si sono dimostrate altrettanto efficaci della crema vaginale a base di estrogeni naturali coniugati, ma hanno dimostrato una significativamente maggiore compliance e maneggevolezza per il minor numero di effetti collaterali rispetto alla crema (Rioux 2000; Simunic e coll 2003, Graziottin e Basson 2004). **Terapie topiche vulvari con testosterone** propionato al due per cento in vasellina, applicate in minima quantità, a dì alterni, possono **migliorare l'eccitabilità, la congestione clitoridea, la sensibilità e la responsività clitoridea e bulbovestibolari, favorendo anche l'orgasmo**. Tuttavia, siccome il testosterone è avidamente assorbito dalle strutture mucocutanee vulvare, è indispensabile un **monitoraggio periodico dei livelli plasmatici per evitare di raggiungere livelli soprafisiologici**, con i conseguenti effetti collaterali su molteplici bersagli androgenici (Notelovitz 2002).

- 3) disturbi dell'orgasmo: estrogeni e androgeni** possono agire in modo indiretto, migliorando il trofismo delle strutture genitali vascolari e muscolari lisce dei corpi carvernosi, deputate all'orgasmo. Non vi sono dati definitivi sul possibile effetto sulla componente neurologica, anche se il ruolo neuroplastico degli estrogeni fa pensare ad un possibile effetto trofico sia centrale sia periferico. È stato, invece, recentemente dimostrato il miglioramento della massa, della forza e della competenza muscolare sia con terapie sostitutive contenenti noretisterone (Sipila e coll 2001), sia tibolone (Meewusen e coll 2002). L'effetto positivo sull'energia vitale e il benessere generale di queste molecole (Madelska 2002) potrebbe anche sinergizzarsi con un miglior trofismo (e responsività) dell'elevatore dell'ano, anche a livello sessuale. Quest'ultimo aspetto non è stato tuttavia ancora sostanziatato in studi controllati. L'HRT è di particolare importanza per migliorare la sessualità nelle donne operate di tumore genitale, data la gravità delle lesioni anche anatomiche successive alla chirurgia e/o alla radioterapia (Graziottin 2001; Schindler 2002). Con la sola controindicazione dell'adenocarcinoma endometriale ed endocervicale e, più raramente, del tumore ovarico tipo endometriode, in tutti gli altri casi, i benefici sul benessere generale e la sessualità sono senz'altro meritevoli di essere considerati. A tutt'oggi ri-

mane ancora controversa la supplementazione androgenica alla tradizionale HRT in donne ancora sintomatiche o in menopausa chirurgica, anche se sta emergendo che basse dosi potrebbero essere sicure e benefiche (Slayden 1998). Gli studi in fase III sui cerotti al testosterone hanno dato risultati interessanti (Shifren e coll 2000). Infatti la limitazione all'uso di tali ormoni derivava, in parte, dai possibili effetti collaterali legati al loro impiego che possono essere superati proprio dall'impiego di nuove formulazioni a basso dosaggio e di vie alternative come la transdermica, a breve in commercio, che può influire sulla biodisponibilità e, quindi, ridurre gli effetti collaterali derivanti dall'ipertestosterone. Meritevole di approfondimento per i possibili benefici sulla sessualità, oltre che sulla qualità della vita, è anche il **Deidroepiandrosterone (DEHA)**, dato il grande impatto positivo sull'energia vitale, il tono mentale e diversi parametri biologici che ha mostrato negli studi preliminari (Labrie 2001; Stomati e coll 2000).

4) disturbi caratterizzati da dolore sessuale: gli **estrogeni**, sistematici o locali, (Avis e coll 2000; Graziottin 1998, 2000, 2004; Levin 1992, 2002; Cardozo e coll 1998; Dennerstein e coll 2000; Rioux 2000; Levin 1999) possono ridurre la secchezza vaginale, riducendo così una causa importante di dispareunia; gli androgeni (Notelovitz 2002; Sands e Studd 1995) possono ridurre l'involuzione delle mucose e della cute vulvare, nonché della muscolatura liscia cavernosa, concorrendo alla riduzione del dolore sessuale non coitale (oltre che coitale) che abbia genesi disfotica. Dato, inoltre, l'effetto positivo su tutti i livelli del circuito sessuale (Sands e Studd 1995; Bachmann e coll 2002; Notelovitz 2002; Plaut et coll 2004), gli androgeni possono concorrere a migliorare la motivazione a riprendere l'attività sessuale e il piacere che la donna ne può trarre, dopo che siano state ben curate le altre cause di dispareunia.

La **via di somministrazione** è preferibilmente sistematica nei disturbi del desiderio; può essere sistematica e topica nei disturbi dell'eccitazione; topica nei disturbi caratterizzati da dolore sessuale; sistematica e topica nei disturbi dell'orgasmo.

Recentemente Simunic e coll (2003) hanno condotto uno studio randomizzato su 1.612 donne, con sintomi urogenitali, trattate con estrogeni locali vaginali o placebo per un anno. I risultati dello studio mostrano un miglioramento della comorbidità uroginecologica e sessuologia con la sola terapia topica vaginale, infatti, con un trattamento con 25 mcg di 17 beta estradiolo si ha un miglioramento significativo, nell'arco dei dodici mesi, dei sintomi e segni di atrofia vaginale, di atrofia urinaria e un miglioramento della capacità vescicale e dei sintomi di urgenza minzionale nel gruppo trattato verso placebo.

Sono, tuttavia, necessari studi prospettici rigorosi e ben articolati sul fronte diagnostico per sostanziare, in modo definitivo, il contributo terapeutico specifico dell'HRT nei confronti dei FSD, rispetto ad altre terapie sul fronte biologico e/o psicosessuale e relazionale.

DATI PROGETTO MENOPAUSA

STUDIO IPEAOGOI

Nell'ambito del Progetto Menopausa Italia, al fine di avere maggiori informazioni sulla qualità della vita in post-menopausa, è stato condotto uno studio osservazionale (Studio IperAOGOI) per definire, attraverso specifici questionari, la qualità della vita e del sonno, la sintomatologia climaterica e la sessualità in un gruppo di donne in postmenopausa (Progetto Menopausa Italia 2001).

Materiali e Metodi

L'indagine ha coinvolto un campione di donne afferenti presso Centri della Menopausa nelle varie aree geografiche del nostro Paese. Eleggibili per lo studio erano tutti i soggetti in postmenopausa spontanea o chirurgica e con diagnosi di menopausa non inferiore a tre mesi al momento del reclutamento, divisi in tre gruppi: il primo comprendeva donne non trattate, il secondo donne che stavano assumendo terapia sostitutiva transdermica con o senza progestinici da almeno due mesi, il terzo donne che stavano assumendo terapia estrogenica orale con o senza progestinici da almeno due mesi.

In ogni centro sono state reclutate 10 donne per gruppo, che avevano preventivamente espresso il proprio consenso informato. Non erano previsti criteri di esclusione.

Di ciascuna sono state rilevate le caratteristiche generali (età, stato civile, istruzione), le abitudini di vita (fumo, consumo di alcool), l'anamnesi generale e ginecologica e l'impiego di terapia sostitutiva.

Per definire la qualità della vita è stato utilizzato un questionario generale (SF 12) (Kodraliu e coll 2001), per le caratteristiche del sonno il *Basic Nordic Sleep Questionnaire*, mentre la sintomatologia climaterica è stata misurata attraverso la scala VAS.

Risultati

Complessivamente sono entrate in studio 2.428 donne (819 nel primo gruppo, 819 nel secondo e 790 nel terzo) identificate in 107 centri; di questi il 26% erano situati nel Nord, il 23% nel Centro ed il 51% nel Sud Italia.

Nella tab 3 sono indicate la distribuzione del campione e le relative caratteristiche. Non sono emerse importanti differenze tra le tipologie dei gruppi con-

Tabella 3

Caratteristiche delle donne in studio

	Gruppo			P*
	No terapia	Terapia sostitutiva orale	Terapia sostitutiva transdermica	
Età (anni)				
Media	55.8	53.7	54.1	
<50	85 (12.6)	117 (17.2)	104 (15.1)	<0.01
51-55	354 (52.4)	386 (56.9)	356 (51.7)	
> 56	236 (35.0)	176 (25.9)	229 (33.2)	
n.r.	144	111	130	
Area di residenza				
Nord	208 (25.4)	191 (24.2)	202 (24.7)	n.s.
Centro	201 (25.5)	193 (24.4)	202 (24.7)	
Sud	409 (49.9)	406 (51.4)	414 (50.6)	
n.r.	1	0	1	
Stato civile				
Nubile/religiosa/vedova/separata	119 (9.4)	90 (12.7)	84 (11.7)	
Coniugata/convivente	637 (90.6)	621 (87.3)	631 (88.3)	
n.r.	63	79	104	
Istruzione				
Elementare/nessuna	204 (32.4)	146 (29.1)	159 (32.3)	<0.05
Media inferiore	218 (34.6)	150 (29.9)	144 (29.2)	
Media superiore	157 (24.9)	141 (28.1)	145 (29.4)	
Università	51 (8.1)	65 (13.0)	45 (9.1)	
n.r.	189	288	326	
Abitudine al fumo				
Non fumo	634 (80.7)	570 (75.0)	604 (77.1)	
1-10 sig/die	74 (9.4)	105 (13.8)	99 (12.6)	
>10-20 sig/die	55 (7.0)	62 (8.2)	53 (6.8)	
>20 sig/die	23 (2.9)	23 (3.0)	27 (3.5)	
n.r.	33	30	36	
Tempo medio (range)				
dalla menopausa (anni)	5.8 (0-36)	4.8 (0-32)	5.5 (0-29)	<0.05
Annessiectomia				
Sì	96 (11.7)	72 (9.1)	222 (27.1)	<0.01
Monolaterale	34 (35.4)	ø 22 (30.6)	ø 44 (19.8)	
Bilaterale	62 (64.6)	ø 50 (69.4)	ø 178 (80.2)	

*chi quadro per eterogeneità aggiustato per età

+ analisi della covarianza includente i termini per età

ø % sul totale delle annessiectomie

siderati. Tuttavia, la distribuzione per età, istruzione e pregressa annessiectomia era differente tra i gruppi in modo statisticamente significativo. In particolare, le donne sottoposte ad annessiectomia assumevano più frequentemente la terapia per via transdermica, mentre le donne in terapia orale erano più istruite e più giovani. Tali osservazioni ben concordano con i dati relativi alle caratteristiche delle donne afferenti ai centri per la menopausa che impiegano HRT.

Il periodo medio trascorso dalla menopausa era pari a 5.8 anni nel gruppo non trattato, 4.8 in quello in terapia orale e 5.5 in quello in terapia transdermica: tali differenze erano statisticamente significative.

Un braccio dello studio IperAOGOI ha analizzato le caratteristiche della sessualità in pre- e postmenopausa, in soggetti che assumevano o meno terapia ormonale sostitutiva.

Rispetto all'area geografica di appartenenza, la frequenza dei rapporti pari a >3/settimana e 2-3 a settimana è risultata più elevata nelle regioni del Sud (12%), rispetto a quelle del Nord (9.5%) e del Centro (7.5%). Se consideriamo il numero dei rapporti pari o inferiore a 1 a settimana, i risultati sono sovrapponibili in tutte le aree geografiche, analogamente a quelli sporadici (1.1-3.3%) o con frequenza inferiore a 1 al mese (1.07-3%).

In relazione al desiderio, le risposte sono simili in tutte le regioni, come pure quelle che riguardano la lubrificazione.

Il gruppo intervistato al Nord ed al Sud ha dichiarato di avere un buon orgasmo, rispetto a quello del Centro in cui si assiste ad un peggioramento con l'età, specialmente dopo i 56 anni.

Il rapporto sessuale è definito soddisfacente nell'80% dei casi al Nord, nell'85% al Sud, nel 77% al Centro. Riferisce dolore nel rapporto il 12% del campione al Nord, il 17% al Centro ed il 26% al Sud.

Nella Tabella 4 sono riportati i dati relativi alla sessualità in premenopausa: circa il 40% delle donne, indipendentemente dal trattamento in postmenopausa, riferiva una riduzione dei rapporti nel periodo precedente la cessazione dei cicli mestruali; solo il 10% circa dichiarava di avere avuto più di 3 rapporti settimanali. Un'elevata percentuale di soggetti riportava un livello ottimo/buono del desiderio e della soddisfazione sessuale.

In postmenopausa (Tab 5) si osserva una riduzione della frequenza dei rapporti ed un calo del desiderio e della soddisfazione sessuale.

I rapporti sporadici o inferiori a 1 al mese aumentano notevolmente fino a quadruplicarsi; quelli compresi tra 2 e 3 a settimana si dimezzano, mentre si nota una modesta riduzione di quelli più frequenti (≥ 3 a settimana).

Per quanto riguarda il desiderio, solo circa il 4.3% lo definisce "ottimo", il 33.8% "buono", il 48.3% "scarso", il 13.5% "assente". La lubrificazione è definita "ottima" dall'11% del campione, mentre nel 41% dei casi è ritenuta "scarsa" e addirittura nell'8% "assente". L'evento menopausa determina co-

munque una riduzione della lubrificazione in tutti i soggetti considerati, correlata all'età anagrafica ed all'intervallo postmenopausale. Infatti, prima dei 50 anni di età la lubrificazione è definita "scarsa" o "assente" da circa il 50% dei soggetti, tra i 50 e i 55 anni da circa il 60%, dopo i 55 anni da oltre il 65%. In generale, le donne con una buona lubrificazione hanno richiesto meno frequentemente la terapia ormonale (32%), rispetto a quelle in postmenopausa al di sotto dei 50 anni, che nel 51.5% dei casi hanno espresso la necessità di un trattamento.

Tabella 4

Sessualità prima della menopausa

	Orale	Transdermica	No terapia
N° rapporti			
No	26 (3.4)	25 (3.2)	34 (4.3)
≤ 1 sett.	313 (41.5)	308 (39.7)	318 (39.9)
2-3 sett	342 (45.3)	361 (46.6)	366 (46.0)
> 3 sett	74 (9.8)	81 (10.5)	78 (9.8)
n.r.	42	53	36
Se no perchè			
Virgo	4 (0.5)	3 (0.4)	9 (1.1)
No partner	18 (2.3)	22 (2.7)	23 (2.8)
No desiderio	10 (1.3)	11 (1.3)	14 (1.7)
Conflitti di coppia	18 (2.3)	9 (1.1)	13 (1.6)
Problemi con il partner	23 (2.9)	26 (3.1)	31 (3.7)
Blocco libido	1 (0.1)	3 (0.4)	4 (0.5)
Deficit erettile	7 (0.9)	1 (0.1)	7 (0.8)
Disturbi Eiaculatori	-	4 (0.5)	2 (0.2)
Desiderio			
Ottimo	169 (23.1)	157 (21.0)	117 (15.4)
Buono	444 (60.6)	464 (61.9)	504 (66.2)
Scarso	102 (13.9)	120 (16.0)	116 (15.2)
Assente	18 (2.4)	8 (1.1)	24 (3.2)
n.r.	64	79	71
Soddisfazione			
Ottima	169 (23.6)	166 (22.2)	121 (16.2)
Buona	434 (60.7)	462 (61.7)	488 (65.4)
Scarsa	93 (13.0)	106 (14.2)	114 (15.3)
Assente	19 (2.7)	15 (2.0)	23 (3.0)
n.r.	82	79	86
Dolore			
Sì	132 (16.7)	161 (19.7)	183 (22.3)
No	658 (83.3)	658 (80.3)	636 (77.7)

n.r. non riportato

Tabella 5
Sessualità in postmenopausa

	Orale	Transdermica	No terapia
N° rapporti			
No	87 (11.9)	91 (11.8)	83 (10.8)
≤ 1 sett.	419 (57.2)	435 (56.4)	428 (55.9)
2-3 sett	175 (23.9)	192 (24.9)	190 (24.8)
> 3 sett	52 (7.1)	53 (6.9)	64 (8.4)
n.r.	64	57	67
Desiderio			
Ottimo	30 (4.4)	29 (4.1)	34 (46.4)
Buono	220 (32.0)	245 (34.9)	253 (34.5)
Scarso	343 (49.9)	340 (48.4)	342 (46.7)
Assente	94 (13.8)	89 (12.7)	104 (14.2)
n.r.	110	125	99
Soddisfazione			
Ottima	31 (4.7)	40 (5.8)	42 (6.1)
Buona	261 (39.8)	267 (39.0)	295 (43.0)
Scarsa	293 (44.7)	292 (42.7)	267 (38.9)
Assente	70 (10.7)	85 (12.4)	82 (12.0)
n.r.	142	144	145

n.r. non riportato

La soddisfazione sessuale è ritenuta "ottima" dal 5.5% del campione, "buona" dal 40.6%, "scarsa" dal 42.1%, mentre è "assente" nell'11.7% delle intervistate.

Il 19.5% delle donne indagate riferisce rapporti sessuali dolorosi, con maggiore frequenza al Centro ed al Sud; questo problema induce una maggiore richiesta di trattamento, in particolare al Sud.

Si è, poi, notato che le donne in terapia ormonale sostitutiva che riferiscono una migliore lubrificazione ed un maggiore livello di soddisfazione avevano una sessualità soddisfacente anche in epoca premenopausale; quelle che invece avevano problemi in precedenza, continuano ad averli in postmenopausa e spesso rifiutano qualsiasi soluzione terapeutica.

Nelle pazienti annessiectomizzate rimane invariata la frequenza dei rapporti, quando questi erano limitati a meno di 3 la settimana. Si riducono, invece notevolmente quando la frequenza era superiore a 3 volte la settimana. Il desiderio, la lubrificazione, l'orgasmo, la soddisfazione e l'eventuale dolore appaiono invariati.

Infine, è stato posto in relazione il livello di desiderio, soddisfazione sessuale e dolore ed il valore medio della scala VAS per le vampe (Tab 6). Come atteso, i valori medi di VAS sono inferiori nel gruppo trattato. Non emerge, tuttavia, alcuna chiara relazione tra valore VAS medio per le vampe e livello di desiderio soddisfazione sessuale o presenza di dolore. Non si è osservata alcuna differenza nella sessualità riportata tra i gruppi di trattamento.

Tabella 6

Relazione tra livello di desiderio, soddisfazione sessuale, dolore e valore VAS per le vampe

	No terapia Media (DS)	Terapia orale Media (DS)	Terapia transdermica Media (DS)
Desiderio			
Assente	3.6 (3.1)	2.5 (2.7)	2.0 (2.6)
Scarsa	3.4 (2.9)	1.7 (2.4)	1.9 (2.4)
Buona	2.9 (2.7)	2.0 (2.9)	1.7 (2.2)
Ottima	2.4 (2.7)	2.4 (2.7)	1.7 (2.8)
Soddisfazione			
Assente	3.3 (3.0)	2.2 (2.9)	1.9 (2.2)
Scarsa	3.3 (2.8)	1.9 (2.4)	2.0 (2.5)
Buona	3.1 (2.9)	2.0 (2.5)	1.8 (2.4)
Ottima	2.8 (2.6)	2.2 (2.8)	1.0 (1.8)
Dolore			
No	3.0 (2.9)	1.9 (2.4)	1.9 (2.5)
Sì	3.5 (3.0)	2.1 (2.6)	1.8 (2.2)

CONCLUSIONI

Dallo studio IperAOGOI emerge che le donne in terapia sostitutiva riferiscono una migliore qualità di vita, una minore presenza di sintomatologia clinico-materica ed una migliore qualità del sonno. Non ci sono differenze significative tra le vie di somministrazione orale e transdermica, analogamente a quanto riportato da altri studi clinici controllati (Mattsson e coll 1999).

Per quanto concerne la sessualità, la ricerca mette in evidenza come in pre- e postmenopausa si verifichi, in generale, un cambiamento nella vita sessuale della donna, osservandosi una riduzione dei rapporti, un calo del desiderio e della soddisfazione. D'altro canto l'assunzione di terapia ormonale sostitutiva non sembra influenzare favorevolmente il numero dei rapporti ed il livello di desiderio e soddisfazione.

Dallo studio emerge che la richiesta di effettuare una terapia ormonale sostitutiva post-menopausale veniva dal gruppo che aveva una migliore attività sessuale (in termini di desiderio, orgasmo, soddisfazione) in fase pre-menopausale; altresì in questo gruppo si rilevava minore incidenza del parametro "dolore".

Tale osservazione mette in evidenza che la richiesta di tale terapia è la conseguenza di una vita sessualmente attiva e soddisfacente; da questo punto di vista, non si sceglie una terapia ormonale sostitutiva per migliorare la propria sessualità (anche se questa considerazione corrisponde al vero) **ma è l'avere avuto una "buona" sessualità che motiva la scelta di una terapia ormonale sostitutiva** idonea al mantenimento di una soddisfacente attività sessuale.

La caduta del desiderio che, talora, si ha in questa età nasce da una "antica" percezione di sé sempre meno sessuata. I "disturbi organici" diventano, pertanto, in questa fase "alibi" per non agire una sessualità che, viene percepita come inadeguata, fastidiosa, dolorosa, o addirittura come "socialmente" riprovevole, nel senso di inappropriate per l'età.

La riduzione della frequenza dei rapporti sessuali, il peggioramento dell'orgasmo dopo una certa età, una riduzione nella soddisfazione, tutti dati che si riscontrano maggiormente al centro rispetto al nord ed al sud trovano una loro probabile spiegazione anche nei diversi aspetti socio-culturali. Comunque, a seguito dei processi di migrazione interna ed i continui flussi di immigrati extra europei, l'assetto sociale del paese si va modificando e diventerà forse sempre più superflua questa suddivisione geografica in nord, centro e sud.

Una riduzione della frequenza dei rapporti in chi aveva una frequenza superiore a 3 volte la settimana è stata osservata nelle donne annessiectomizzate. Indubbiamente un intervento chirurgico e l'associata menopausa, spesso precoce, possono compromettere la funzione sessuale femminile, la risposta sessuale e la relazione di coppia, in modo complesso, interessando fattori psicosociali e biologici. Da qui l'importanza di un'adeguata comunicazione in ambito sessuologico prima e dopo l'intervento.

Il metodo "osservazionale" dello studio può, sicuramente, condizionare i risultati dell'indagine; infatti le donne che utilizzano preparati ormonali sostitutivi possono differire da quelle non trattate per caratteristiche socio-culturali, stato di salute, stile di vita e presenza di sintomatologia. Altro limite, è rappresentato dal fatto che i soggetti intervistati sono un campione casuale delle donne osservate nei Centri della Menopausa aderenti allo studio (peraltro ben distribuiti su tutto il territorio nazionale), che potrebbero aver mostrato una maggiore sensibilità ed un maggiore interesse al tema proposto. Infine, la metodologia dello studio non permette di valutare nel tempo l'effetto della

terapia sostitutiva sulla qualità della vita e la possibile interazione con la sintomatologia climaterica.

Pur con tali limitazioni, il vasto *data-set*, permette una migliore conoscenza delle caratteristiche della donna italiana rispetto alla qualità della vita e del sonno, la sessualità e la sintomatologia vasomotoria, soprattutto in considerazione della mancanza di altri dati.

Il crescente divario tra età anagrafica e età psichica porta un numero crescente di donne a desiderare di vivere una felice vita sessuale anche dopo la menopausa. Cresce, quindi, la domanda di un aiuto medico e psicosessuale anche su questo fronte. Al ginecologo è, quindi, richiesto di sviluppare nuove competenze e una maggiore sensibilità su temi sui quali, purtroppo, non riceve ancora una formazione adeguata nell'iter formativo tradizionale.

Il vantaggio è di migliorare ulteriormente il rapporto medico-paziente e la qualità della vita delle donne in una stagione, altrimenti, caratterizzata dal segno della perdita su molti fronti dell'identità sessuale, della funzione sessuale e della relazione di coppia, oltreché sul fronte esistenziale. Questo richiede anche l'utilizzo con convinzione e senso di responsabilità di quei presidi ormonali che possono nettamente migliorare la qualità della vita delle donne, sul fronte sessuale e non (Rymer e coll 2003, Graziottin, 2003, 2004 b, 2004c, 2004 d; Graziottin e Basson, 2004).

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association: DSM IV. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th Edition, Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1994

Avis N.E., Stellato R., Crawford S., Johannes C., Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause*, 2000;7 (5): 297-309

Bachmann G.A., Leiblum SR. Sexuality in sexagenarian women. *Maturitas* 1991, 13: 43-50

Bachman G (ed) Menopause and Female Sexuality J. Women's Health and Gender-based medicine 2000; 9 (S1-S6)

Bachmann G., Bancroft J., Braunstein G e coll (2002) FAI: the Princeton Consensus Statement on Definition, Classification and Assessment Fert. Ster. 77: 660-665

Barnes T. The female partner in the treatment of erectile dysfunction: what is her position? *Sex. Marital Ther.* 1998;13 (3): 233-8

Basson, R. The Female Sexual Response: a Different Model. *J.Sex Mar.Ther.* 2000; 26: 51-65

Basson R. The Female Sexual Response Revisited. *J.Soc.Obstet Gynecol Can* 2002b;22 (5), 383-7

Basson R., Bertian J., Burnett A. e coll. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. *J.Urol*, March 2000; 163:888-93

Basson R, Leiblum SR, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Meston C, van Lankveld J, Weijmar Schultz W. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision *J. Psychosomatic Obstet. Gynecol.* 2003; 24:221-229

Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K. Vulvar vestibulitis syndrome: a critical review (80 refs). *Clin J Pain* 1997; 13(1): 27-42

Bergeron S, Khalifé S, Pagidas K, Meana M, Amsel R, Binik YM. A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy, surface electromyographic biofeedback and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from VVS *Pain* 2001; 91(3) 297-306

Berman JR, Berman LA, Werbin TJ, Flaherty EE, Leahy NM, Goldstein I. Clinical evaluation of female sexual function: effects of age and estrogen status on subjective and physiologic sexual responses. *Int.J.Imp.Res.* 1999, 11 (1), S31-8

Cardozo L, Bachmann G, McClish D, Fonda D, Birgerson L. Meta-analysis of estrogen therapy in the management of urogenital atrophy in postmenopausal women: second report of the hormones and urogenital therapy committee *Obstet Gynecol* 1998; 92: 722-7

Davis S.R., McCloud P., Strauss B.J.G., Burger H. Testosterone enhances estradiol's effects on postmenopausal bone density and sexuality, *Maturitas*, 1995; 21: 227-36

De Lancey JO, Sampselle CM, Punch MR. Kegel dyspareunia: levator ani myalgia caused by overexertion. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 658-9

Dennerstein L., Lehert P., Burger H., Garamszegi C., Dudley E.C., in Studd J. (ed) *The management of the menopause. The millennium review Menopause and Sexual functioning* Parthenon Publishing, London, 203-210,2000

Di Benedetto P. Graziottin A Piacere e dolore, *La Goliardica*, Trieste, 1997

Goldstein I., Berman J. Vasculogenic female sexual Dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndrome *Int.J.Imp.Res.* 1998; 10:S84-S90

Graziottin A. The biological basis of female sexuality, Int.Clin:Psychopharmacol.1998a; 13 (6): S15-S22

Graziottin A. Organic and psychologic factors in vulval pain: implications for management, Sexual Marital Ther. 1998b;13 (3): 329-38

Graziottin A. Sexuality and the menopause, in Studd J (Ed) The management of the menopause - Annual Review, London: Parthenon Publishing, 1998; 49-57

Graziottin A. Estrogeni, Funzioni psichiche e Organi di senso,UIC ed Milano, 1999

Graziottin A., Castoldi E. Dyspareunia: what should we look for? In Graziottin A (Ed) Menopause and Sexuality, Menopause Review, 1999; IV(4): 33-42

Graziottin A. Libido: the biologic scenario. Maturitas, 2000; 43 (Suppl.1): S9-S16

Graziottin A. Dyspareunia: clinical approach JSMT 2001a; 27:534-538

Graziottin A. Sexual function in women with gynecologic cancer: a review It.J.Gynec.Obstet 2001b; 2:61-68

Graziottin A. Maraschello T. Farmaci e sessualità. Airon Ed, Milano, 2002

Graziottin A. The challenge of sexual medicine for women:Overcoming cultural and educational limits and gender biases Journal of Endocrinological Investigation, 2003; 26 (3), 139-142

Graziottin A. Similarities and differences between male and female sexual dysfunctions in Kandeel F. Lue T. Pryor J. Swerdloff R (eds) Male Sexual Dysfunction: Pathophysiology and Treatment, New York, Marcel Dekker, 2004 a (in press)

Graziottin A. Il ginecologo e la dispareunia- dalla fisiopatologia alla diagnosi differenziale alla terapia. In Leiblum SR Rosen R. (eds): Principles and practice of sexual medicine. Guilford Press, New York, 2000, trad. italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin. Principi e pratica di terapia sessuale, CIC edizioni internazionali, Roma, 2004 b, pag 248-270

Graziottin A. Sexuality in postmenopause and senium. In Lauritzen C. & Studd J. (eds) Current management of the menopause, London, Martin Duniz, 2004 c; pag.185-203

Graziottin A. Sessuologia medica femminile. In Di Renzo GC (ed) Manuale di Ginecologia per Specializzandi, Roma, Verduci ed 2004 d (in press)

Graziottin A. Sexual desire disorders: clinical approach. In Graziottin A (guest editor): Female Sexual Dysfunction - Clinical approach. Urodinamica, 2004 e; 14 (2):61-67

Graziottin A, Basson R. Sexual dysfunctions in women with premature menopause. Menopause 2004 (accepted)

Grendale G A, Reboussin B A, Hogan P e coll. Symptom relief and side effects of postmenopausal hormones. Obstet Gynecol 92:982-988, 1998

Hagedorn M., Buxmeyer B., Schmitt Y., Buknecht T. Survey of genital lichen sclerosus in women and men. Arch.Gynecol. Obstet. 2002; 266:86-91

Hlatky M A, Boothroyd D, Vittinghoff E e coll. Quality of life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy. JAMA 287:591-597, 2002

Kaplan H.S. Disorders of sexual desire., New York: Simon and Schuster, 1979

Kegel A. Sexual function of the pubococcygeus muscle West J.Surg.1952; 60:521-4

Kodraliu G., Mosconi P., Groth N. e coll. Subjective health status assesment: evaluation of the Italian version of the SF-12 Health Survey. Results from the MiOS project. J Epidemiol Biostat 6:305-16; 2001

Kupfer D. (eds.) Psychopharmacology, New York: Raven Press, 1995; 65, 743-58

Laan E., Everaerd W. Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. Ann.Rev.Sex.Res. 1995; 6:32-76

Laan E., Lansen R.H.W. Hormones and sexuality in postmenopausal women:a psychophysiologic study J Psychoso.Obstet.Gynecol.1997;18:126-33

Labrie F.Luu-The V. Labrie C. Simard J. DHEA and its transformation into androgens and estrogens in peripheral target tissues: introcrinology Frontiers in Neuroendocrinology, 2001, 22: 185-212

Laumann E.O., Paik A. Rosen, R.C. Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors, JAMA, 1999, 281: 537-44

Leiblum S, Nathan S. Persistent sexual arousal syndrome in women: a not uncommon but little recognized complaint. Sex Relationship Ther 2002; 17(2):191-198

Leiblum R., Graziottin A. Il disturbo dell'eccitazione sessuale persistente nelle donne. in Leiblum SR Rosen R. (eds): Principles and practice of sexual medicine. Guilford Press, New York, 2000, trad. italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin. Principi e pratica di terapia sessuale, CIC edizioni internazionali, Roma, 2004, pag 239-247

Levin R.J. The mechanisms of human female sexual arousal. Ann.Rev. Sex.Res., 1992; 3:1-48

Levin R.J. The impact of the menopause on the physiology of genital function. in Graziottin A. (Ed) Menopause and Sexuality, Menopause Review, dec 1999; IV(4): 23-32

Levin R.J. The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis Archives of Sexual Behaviour, 2002 31 (5) 405-411

Levine S.B. An essay on the nature of sexual desire. J. Sex. Mar. Ther. 1984; 10 (2): 83-96

Limouzin-Lamthe M A, Mairon N, Joyce C R B, Le Gal M. Quality of life after the menopause. Am J Obstet Gynecol 170:618-624, 1994

Madelska K. Cummings S. Tibolone for post-menopausal women: systematic review of randomized trials J. Clin. Endocrinol. Metabolism 87 (1):16-23,2002

Masters, W.H., Johnson, V.E. Human Sexual Response, Boston, Little Brown, 1966

Mattsson L A e coll. Continuous, combined hormone replacement: randomised comparison of transdermal and oral preparations. Obstet Gynecol 94:61-65, 1999

Meana M., Binik Y.M., Khalifé S., Cohen D. Dyspareunia:sexual dysfunction or pain syndrome? J.Neural Mental Disease, 1997; 185:561-9

Meewusen IB, Samson MM, Duursma SA, Verhaar HJ. Muscle strength and tibolone: a randomized, double blind, placebo controlled trial Brit.J.Obstet. Gynecol. 2002; 109 (1)77-84

Miller KK. Androgen deficiency in women J. Clinical Endocrinology & Metabolism, 2001; 86 (6) 2395-2401

Mulherin DM, Sheeran TP, Kumararatne DS e coll Sjogren's syndrome in women presenting with chronic dyspareunia. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 1019-23

Myers L.S., Dixen J., Morrissette D., Carmichael M., Davidson J.M. Effects of estrogen, androgen and progestin on sexual psychophysiology and behaviour in postmenopausal women. J. Clin Endocrinol. Metab., 1990; 70: 1124-31

Myers L.S. Methodological review and Meta-analysis of sexuality and menopause research. Neurosc.Behav.Reviews,1995;19 (2): 331-341

Notelovitz M. A practical approach to post-menopausal Hormone Therapy. Ob/gyn, Special edition, Mac Mahon, New York, April 2002

Pfaus J.G., Everitt, B.J. The Psychopharmacology of Sexual Behaviour. In Bloom F.E., Sherwin B.B., Gelfand M.M., Brender W. Androgens enhances sexual mo-

tivation in females: a prospective, crossover study of sex steroid administration in surgical menopause. *Psychosom. Med.*, 1987; 47: 339-51

Plaut S M. Graziottin A. Heaton JPW. *Sexual dysfunction* Health Press, Oxford, 2004

Progetto Menopausa Italia Study Group, General and medical factors associated with hormone replacement therapy among women attending menopause clinics in Italy. *Menopause* 2001; 8:290-295

Renshaw D.C. Coping with an impotent husband, *Illinois Medical Journal*, 1981;159: 29-33

Rioux J.E., Devlin M.C., Gelfand M.M. e coll. 17 beta estradiol vaginal tablet versus conjugated equine estrogen vaginal cream to relieve menopausal atrophic vaginitis, *Menopause*, 2000; 7 (3), 156-61

Rosen R.C., Lane R., Menza M. Effects of SSRIs on sexual function: a critical review *J Clin Pharmacol.* 1999; 19 (1): 67-85

Rymer J., Wilson R., Ballard K. Making decision about Hormone Replacement Therapy *BMJ* 2003;326:322-6

Sands R., Studd, J. Exogenous androgens in postmenopausal women. *Am. J. Med.* 1995; 98 (1A): 76 - 79

Sarrel P.M., Whitehead M.I. Sex and menopause: defining the issue. *Maturitas* 1985;7: 217-24

Schindler AE. Hormone Replacement Therapy (HRT) in women after genital cancer *Maturitas* 2002; 41 (1) S105-111

Shafik A. Pudendal canal syndrome as a cause of vulvodynia and its treatment by pudendal nerve decompression *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 80(2): 215-20

Shifren J.L., Glenn D., Brauntsein M.D. e coll. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy *NEJM* 2000;343(10): 682-8

Simunic V., Banovic I., Ciglar S., Jeren L., Pavicic Baldani D., Sprem M. Local estrogen treatment in patients with urogenital symptoms *Int. J Gynecol. Obstet.* 2003; 82: 187-197

Sipila ML, Taaffe D, Cheng S e coll. Effects of Hormone Replacement therapy and high impact physical exercise on skeletal muscle in post-menopausal women: a randomized, placebo controlled study *Clinical Science* 101:147-157, 2001

Stomati M., Monteleone P., Casarosa E. e coll. Six-month oral dehydroepiandrosterone supplementation in early and late postmenopause Gynecol Endocrinol 2000;14:342-363

Tarcan T., Park K., Goldstein I., Maio G., Fassina A., Krane R.J. Histomorphometric analysis of age related structural changes in human clitoral cavernosal tissue J.Urol.1999; 161:940-4

Weber AM, Walters MD, Schover LR, Mitchinson A. Vaginal anatomy and sexual function Obstetrics and Gynecology,1995; 86 (6),946-9

Wesselmann U, Burnett AL, Heinberg LJ The urogenital and rectal pain syndromes (Review) (282 refs). Pain 1997; 73(3): 269-94

Wiklund I, Karlberg J, Mattson L A. Quality of life of postmenopausal women on a regimen of transdermal estradiol therapy. Am J Obstet Gynecol 168:824-830, 1993

World Health Organization:ICD-10.International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Geneva, World Health Organization, 1992