

²⁷ Kaplan HS. *Nuove terapie sessuali*. Bompiani, Milano, 1982.

²⁸ Lowen A. *Il piacere*. Astrolabio, Roma, 1984.

²⁹ Bourcier A, McGuire E, Abrams P. *Pelvic floor disorders*. Elsevier Saunders, Philadelphia, 2004.

³⁰ Graziottin A. *Sexual pain disorders in adolescents*. In: Genazzani A (Ed), *Proceedings of the 12th World Congress of Human reproduction, International Academy of Human Reproduction, Venice, 10-13*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2005, pp. 434-449.

Fisiopatologia, classificazione e diagnosi della dispareunia

Alessandra Graziottin, Valentina Rovei

Se è di certo corretto interpretare il vaginismo come un disturbo prevalentemente psicosomatico, nel quale il corpo reagisce a schemi mentali negativi con una contrazione spastica della muscolatura vaginale, altrettanto corretto è interpretare la dispareunia in senso prevalentemente somatopsichico, dove il dolore coitale ha una base organica quasi sempre presente, anche se sovente difficile da individuare, su cui si struttura una reattività psicologica negativa.

Introduzione

I disturbi sessuali caratterizzati da dolore, dispareunia e vaginismo, costituiscono un argomento delicato da affrontare sia per la paziente e la coppia, sia per il medico. Quest'ultimo deve infatti riconoscere la complessità del problema che spesso è multifattoriale, in quanto riconosce cause biologiche, psicosessuali e relazionali, variamente interagenti nel singolo caso.

Il sessuologo dovrebbe altresì evitare una lettura eziologica esclusivamente psicogena, come in modo riduttivo è stato fatto, anche dal punto di vista classificativo, fino a pochi anni fa (ICD-10 e DMS-IV). Solo il dolore da lutto è psicogeno. In tutti gli altri casi, il dolore è il segnale di un danno biologico in corso, da cui l'organismo vorrebbe difendersi. Il dolore sessuale non fa eccezione. In positivo, è proprio grazie a un'accurata anamnesi e a un rigoroso esame obiettivo che il medico può arrivare alla diagnosi eziologica del dolore sessuale, premessa essenziale per una terapia efficace, mirata e personalizzata.

Classificazione dei disturbi sessuali caratterizzati da dolore

La classificazione dei disturbi sessuali femminili (DSF) distingue la **dispareunia** (persistente o ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione o durante la penetrazione completa vaginale nel rapporto sessuale) dal **vaginismo** (persistente o ricorrente difficoltà della donna ad accettare la penetrazione vaginale del pene, di un dito o di un oggetto, nonostante l'espreso desiderio della donna di farlo. Sono spesso coinvolti un evitamento fobico e una paura anticipatoria del dolore)^{1,2}.

Dal punto di vista semeiologico deve essere definito per ogni paziente:

- il **tempo d'insorgenza**: primario (*lifelong*) o acquisito, definendo in tal caso le circostanze di comparsa e di mantenimento del sintomo, secondo la donna e il partner, se presente alla consultazione;

- la **relazione tra sintomo e contesto**: generalizzato (sempre e con qualsiasi partner) o situazionale;
- l'**eziologia**: organica, psicogena, mista, sconosciuta;
- il **livello di stress emotivo associato al disturbo**: assente, lieve, medio, grave. È infatti la presenza di un significativo disagio personale che qualifica il sintomo come disturbo meritevole di attenzione clinica, e che dà alla donna e alla coppia la motivazione profonda per compiere con soddisfazione il percorso diagnostico e terapeutico.

Prevalenza

La dispareunia colpisce il 12-15% delle donne in età fertile³ e fino al 45,3%⁴ di quelle in postmenopausa. Il vaginismo, anche se manca una stima più precisa, è causa di dolore nello 0,5-1% delle donne fertili.

Purtroppo, nonostante l'alta prevalenza del disturbo, solo recentemente la dispareunia ha ricevuto una maggiore attenzione medica da parte dei clinici con particolare riferimento ai fattori biologici, predisponenti, precipitanti e di mantenimento, che possono concorrere al dolore coitale⁴⁻¹¹.

Sede del dolore e cause della dispareunia

L'eziologia della dispareunia, nella maggior parte dei casi, è^{4,7-9,11-13}:

- **multifattoriale**, in quanto a questo sintomo possono concorrere fattori biologici, psicosessuali e relazionali (o contesto-dipendenti, in senso lato);
- **multisistemica**, nel senso che la complessa funzione sessuale richiede l'integrità di molteplici sistemi: nervoso centrale e periferico, endocrino, vascolare, immunitario, muscolare, nonché degli ecosistemi colonico e vaginale;
- **complessa**, nel senso che la risultante funzionale e di vissuto complessivo è maggiore della somma delle singole parti, biologiche, psicosessuali e relazionali.

In relazione alla **sede del dolore**, si distinguono dunque tre tipi di dispareunia⁶:

- introitale o superficiale;
- mediovaginale;
- profonda.

La dispareunia introitale e quella mediovaginale sono spesso associate. La donna le assimila in genere in un comune "dolore all'inizio del rapporto".

Dal punto di vista diagnostico tuttavia l'attenzione al dolore mediovaginale è essenziale per cogliere l'elemento semeiologico del dolore mialgico, da contrazione del muscolo elevatore dell'ano, che è diagnosticabile evocando un dolore localizzato (*tender point*) o irradiato (*trigger point*) alla digitopressione dell'inserzione dell'elevatore sulla spina ischiatica, a livello appunto mediovaginale, bilateralmente⁷⁻¹¹ (si veda più avanti, il sottoparagrafo "Semeiologia della dispareunia").

Le cause principali della dispareunia superficiale introitale e mediovaginale possono essere biologiche, psicosessuali e relazionali. Per chiarezza didattica queste tre classi eziologiche vengono tenute distinte, anche se nella realtà clinica sono spesso intrecciate, specie quando la dispareunia è cronica.

Cause biologiche

Dispareunia superficiale e/o mediovaginale

Può avere cause **infettive**, come le vestiboliti vulvari – i cui principali agenti eziologici sono candida cronica, infezioni batteriche e/o vaginosi recidivanti da *Gardnerella*; papillomavirus vulvare usualmente già trattato con diatermocoagulazione o laserterapia –, le vulviti, le vaginiti, le cistiti postcoitali, la cistite interstiziale. Possono altrimenti esserci cause **infiammatorie** (up-regulation dei mastociti come più avanti descritto nella fisiopatologia della vulvo-vaginite) oppure **ormonali**: atrofie e distrofie vulvo-vaginali per carenza di estrogeni e/o androgeni che comportano difficoltà di eccitazione genitale a livello dei tessuti vascolari perivaginali, prevalentemente estrogeno-dipendenti e/o dei corpi cavernosi clitoridei e bulbo-vestibolari, prevalentemente androgeno-dipendenti, in cui l'involuzione interessa le componenti vascolari e nervose dei corpi cavernosi femminili. Inoltre l'ipoestrogenismo aumenta la vulnerabilità della mucosa vaginale, uretrale e vescicale, specie a livello del trigono. La presenza di tessuto cavernoso nel terzo esterno dell'uretra spiega perché l'inibizione riflessa dell'eccitazione, secondaria al dolore, possa aumentare anche la vulnerabilità uretrale al trauma⁶⁻¹¹. Vi possono poi essere cause **muscolari**: ipertono fino alla mialgia tensiva del pavimento pelvico.

L'ipertono può essere presente fin dal primo rapporto, e in tal caso la diagnosi primaria è di vaginismo⁷⁻¹⁰; può comparire anche come risposta difensiva al dolore evocato da cause: a) infiammatorie posteriori, quali ragadi o tromboflebiti emorroidarie; b) vulvo-vaginali introitali (come il dolore da microtrauma che si associa alla vestibolite vulvare); c) vescicali (cistiti ricorrenti, specie postcoitali)¹¹. L'ipertono può essere associato anche a sintomi irritativi vescicali, quali la frequenza e urgenza minzionale: in tal caso la contrazione dell'elevatore indica il tentativo di rinforzare volontariamente il controllo minzionale sfintico per ridurre il rischio di incontinenza da urgenza¹¹.

Si descrivono quindi cause **neurologiche** (neuropatie sistemiche e periferiche incluso il dolore neuropatico), **connettive e immunitarie** (sindrome di Sjögren), **vascolari** (vasculopatia da nicotina, ipercolesterolemia, ipertensione, che possono causare difficoltà di eccitazione con conseguente secchezza vaginale), nonché **anatomiche**: imene cribroso, fibroso, agenesia vaginale, sindrome di Rokitansky. Vi sono infine le cause **iatroge**: effetti collaterali della chirurgia perineale e pelvica. Tra queste allignano le complicità di lacerazioni da parto ed episiotomia/epiorrafia¹², gli esiti di colpoplastiche iperzelanti, soprattutto posteriori, specie quando il medico non abbia indagato prima se la paziente, anche anziana, abbia ancora rapporti sessuali⁴, e gli esiti di radioterapia pelvica^{7,8}.

Dispareunia profonda

Le cause di dolore localizzato nella vagina posteriore o nello scavo pelvico sono l'endometriosi, la malattia infiammatoria pelvica, il varicocele pelvico, i dolori riferiti (da origine mialgica, con trigger points sull'elevatore dell'ano), gli esiti di radioterapia pelvica ed endovaginale, la sindrome da intrappolamento dei nervi cutanei addominali e dei nervi pelvici (nervi pudendi), specie a livello del canale di Alcock.

Cause psicosessuali

Gli aspetti psicosessuali si associano, ma non lo escludono, al ruolo di quelli biologici^{7,13}. Vi può infatti essere un'evidente **comorbidità** con altri disturbi sessuali femminili (**Figura 68.2**), per esempio

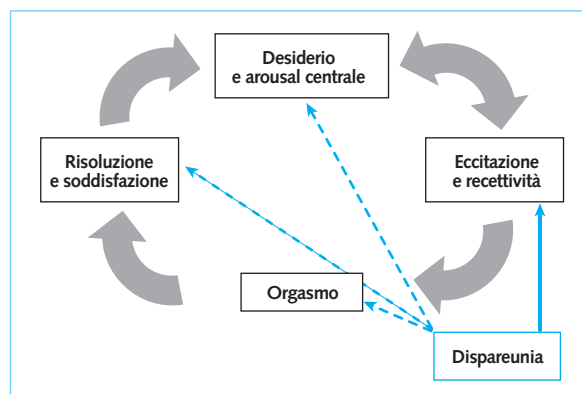


FIGURA 68.2 Modello circolare della funzionalità sessuale femminile e possibili interferenze dei disturbi sessuali caratterizzati da dolore. Il modello circolare chiarifica: 1) le possibili sovrapposizioni tra diversi disturbi sessuali poiché le fasi della risposta sessuale sono fisiopatologicamente correlate; 2) i feedback positivi e negativi della funzione sessuale; 3) l'effetto inibitorio diretto di dispareunia e vaginismo sull'eccitazione genitale e reattività vaginale, l'effetto inibitorio indiretto esercitato su orgasmo, soddisfazione, desiderio e arousal centrale per la stretta interdipendenza dei fattori biologici e psicorelazionali. (Modificata da Graziottin⁸.)

il vaginismo, quando il dolore è presente fin dall'inizio della vita sessuale, i disturbi del desiderio e dell'eccitazione primari o secondari, spesso associati a dispareunia profonda, i disturbi dell'orgasmo primari o acquisiti. Nella storia della paziente possono essere presenti pregresse molestie e abusi sessuali, disturbi affettivi, depressione e ansia, fino al catastrofismo come modalità psicologica dominante nei confronti del dolore. Le donne che hanno questa modalità di risposta tendono a focalizzarsi sugli aspetti negativi di ogni esperienza, specie se dolorosa, ad avere solo anticipazioni negative, a inibire progressivamente tutte le altre attività esistenziali, a minimizzare i miglioramenti.

Le **cause relazionali** possono contribuire al persistere e all'aggravarsi della percezione del dolore, e al peggioramento della dispareunia stessa^{1,13}. Tra queste si possono riscontrare: mancanza di intimità emotiva, preliminari inadeguati, conflitti coniugali e abusi verbali e fisici da parte del partner, insoddisfazione sessuale e conseguente inadeguata eccitazione, problemi sessuali del partner, scarsa compatibilità dimensionale anatomica genitale.

Prima di dichiarare che "il dolore è psicogeno", o che è "tutto nella testa della signora" queste molteplici cause di dispareunia superficiale e/o profonda dovrebbero essere escluse, sia con un'accurata anamnesi, sia con un attento esame obiettivo volto a riconoscere e descrivere accuratamente nella singola donna la mappa del dolore.

Fisiopatologia e storia naturale del dolore nella vestibolite vulvare

La vestibolite vulvare (VV) è la causa più frequente di dispareunia cronica in età fertile. Si tratta di un'entità clinica caratterizzata da tre sintomi principali⁵:

- **dolore acuto** vestibolare a ogni tentativo di penetrazione;
- **dolorabilità** alla pressione localizzata al vestibolo vaginale;

guardando l'entrata vaginale come il quadrante di un orologio, il dolore è massimo alle ore 5 e alle ore 7;

- **eritema** di vario grado limitato al vestibolo vaginale.

Come malattia multisistemica, la VV coinvolge diverse parti del corpo.

- La **mucosa del vestibolo vaginale**⁵, che diventa sede di un'intensa risposta infiammatoria mediata dal *mastocita* che una volta attivato produce in quantità aumentate chinine, sostanza P e altri mediatori dell'infiammazione, che a loro volta causano edema, gonfiore e bruciore locale^{9,14}.
- Il **sistema immunitario**¹⁴: il mastocita dell'introito vaginale produce infatti il fattore di crescita dei nervi (NGF), che può essere responsabile della proliferazione delle terminazioni nervose del dolore nel vestibolo vulvare e della conseguente iperalgesia riferita dalla donna^{9,11}.

Le fibre proliferano inoltre verso la superficie della mucosa: questo spiega il viraggio della sensazione da tattile a dolorosa, con le caratteristiche del bruciore urente (*allodinia*). Oltre alla proliferazione, è stata descritta anche una sensitizzazione, un aumento della responsività dei termocettori e dei nocicettori nella mucosa vestibolare.

- Il **sistema nervoso**^{15,16} per la riduzione della soglia centrale del dolore.

L'incremento dei segnali del dolore e la persistenza del loro arrivo al cervello attivano vie polisinnaptiche a bassa resistenza, in cui il segnale del dolore viaggia con velocità maggiore reclutando progressivamente maggiori aree associative, in una sorta di *firing* crescente, caratterizzato da reazioni d'ansia e depressione anche severa conseguente al coinvolgimento del lobo libico. Può altresì essere presente il viraggio del dolore da nocicettivo a neuropatico: il dolore da segnale autoprotettivo, di danno da cui il soggetto dovrebbe cercare di allontanarsi, diventa poi malattia per sé. L'elemento semeiologico principe del dolore neuropatico è la sua scomparsa o marcata attenuazione nelle ore notturne, diversamente dal dolore nocicettivo che tende a persistere qualora non venga iniziata un'adeguata terapia antalgica.

- Il **sistema muscolare**: in risposta alla VV e al dolore cronico, l'elevatore dell'ano ha una contrazione difensiva persistente, che può dare luogo a una franca mialgia^{4,7} ed è responsabile della dolorabilità mediovaginale, che può essere evocata con una leggera pressione del dito indice all'inserzione dell'elevatore sulla spina, bilateralmente, come sopra anticipato.

Si parla di tender points ovvero di punti di dolorabilità localizzata, se il dolore rimane limitato alla sede di pressione. Si definiscono invece trigger points quando il dolore dal sito di pressione si irradia alla pelvi o ai genitali esterni¹⁷. L'irradiazione del dolore da trigger points caratteristicamente non è dermatomica. La contrazione difensiva dell'elevatore può essere presente fin dall'inizio della vita sessuale, in tal caso in comorbidità con il vaginismo. La contrazione è inoltre responsabile del restringimento dell'introito, che rende la mucosa più vulnerabile alle microabrasioni del coito. Evento più probabile se la lubrificazione è scarsa o assente, a causa del dolore, e/o dello scarso desiderio, e/o della scarsa eccitazione mentale e genitale spesso copresenti.

- Il **sistema vascolare**: l'eritema vestibolare è epifenomeno della vasodilatazione superficiale mediata dal peptide correlato al gene della calcitonina¹⁴ liberato dai nocicettori C meccanosensibili, che può causare vasodilatazione e picchi di dolore riflessi anche a livelli molto bassi di attività. È quindi una vasodilata-

zione neurogena, che può associarsi o meno alla vasodilatazione a genesi infiammatoria, da liberazione di sostanze vasoattive da parte del mastocita.

Semeiologia della dispareunia

Sede e caratteristiche del dolore e modalità di comparsa del medesimo sono i fattori predittivi più importanti dell'eziologia organica della dispareunia⁶. Ciò conferma quanto un'anamnesi accurata e un esame obiettivo attento a diagnosticare e descrivere accuratamente la "mappa del dolore"^{4,7,8} siano strumenti ineludibili per una presa in cura davvero efficace della donna e del suo disturbo, definendone eziologia e prognosi e programmando la terapia più appropriata. Un'accurata anamnesi, dinamicamente integrata con l'esame obiettivo, deve indagare i seguenti punti¹⁰.

- La **mappa del dolore**, esaminando con cura tutte le possibili sedi:
 - **introitale**: da vestibolite, vaginismo, iperalgesia neurogena del pudendo, cicatrici episiotomiche retraenti, esiti iatrogeni di chirurgia vaginale (colpoplastica iperzelante), vulvodinia;
 - **mediovaginale laterale**: da ipertono dell'elevatore fino a mialgia con tender e/o trigger points;
 - **mediovaginale anteriore**: da cistalgia, trigonite, uretrite;
 - **introitale e mediovaginale posteriore**: da ragadi, esiti iatrogeni di emorroidectomia, anismo;
 - **vaginale profonda**: da cause di dispareunia profonda.
- L'**intensità del dolore**, valutato mediante scala analogica da 0 a 10 (il peggior dolore mai avvertito) riportandolo in cartella con le indicazioni numeriche di intensità, nei punti di maggiore dolorabilità (per esempio, guardando l'entrata vaginale come il quadrante di un orologio, alle ore 5 e alle ore 7, all'introito, nella VV e mediovaginali laterali, bilateralmente, in caso di mialgia associata). Questo permette di monitorare nel tempo l'andamento della sensibilità algica.

Può essere utile suggerire alla donna di tenere un **diario del dolore**, iniziando una nuova pagina all'inizio del ciclo mestruale e riportando sull'asse delle ascisse (x) la data e sull'asse delle ordinate (y) le ore del giorno. L'intensità del dolore verrà riportata a colori: 0 = bianco, 1-3 = giallo, 4-7 = rosso, 8-10 = nero così da avere una visualizzazione immediata della **circadianità** e **circamensilità** del dolore. Sono caratteristiche le esacerbazioni della dispareunia in fase premestruale in un sottogruppo di pazienti affette da VV e il dolore persistente durante il sonno se nocicettivo, viceversa minimo/assente se neuropatico, come già accennato.

- La **cadencia del dolore**: *prima della penetrazione* (atteggiamento fobico connesso a vaginismo e/o VV), *all'inizio della penetrazione* (dolore introitale), *durante la penetrazione* (mialgia dell'elevatore), *a penetrazione completa* (dispareunia profonda e qualità dell'eccitazione), *dopo il rapporto sessuale* (arousal limitato associato a VV, dolore e contrattura difensiva del pavimento pelvico).
- La **durata del dolore**: se è presente solo durante il coito oppure persiste anche dopo il rapporto, fino a due, tre giorni dopo o più. Sintomo che, insieme alla sede introitale del dolore, suggerisce immediatamente la presenza di vestibolite vulvare, a genesi molteplice.
- I **sintomi associati sono**:
 - urinari: bisogno di urinare dopo il rapporto, riferito dall'80% delle donne;
 - sintomi uretralgici o cistitici entro 24-72 ore dal rapporto, soprattutto in condizioni di ipoestrogenismo: menopausa, allattamento e/o ipertono dell'elevatore dell'ano;

- secchezza vaginale, spesso associata a ipoestrogenismo e/o disordini dell'eccitazione. È necessaria la diagnosi differenziale con la sindrome di Sjögren in caso di secchezza della bocca e/o della mucosa della congiuntiva e/o disturbi digestivi. Tale sindrome è infatti caratterizzata da autoanticorpi nei confronti di tutte le ghiandole esocrine, di qui la complessità epifenomenica del quadro clinico;
 - intolleranza alla frizione sui vestiti, stimolazioni manuali durante il petting, intolleranza all'inserimento di un tampone per la protezione intima mestruale. Quest'ultimo sintomo non va mai sottovalutato in quanto nell'adolescente è fattore suggestivo di ipertonio primario dell'elevatore e fattore predittivo di futura dispareunia e vulvodinia, se non adeguatamente diagnosticato e modificato¹¹;
 - disturbi vulvari: prurito, secchezza, bruciore che possono essere causati da un lichen sclerosus;
 - comparsa di dolore con le stesse caratteristiche della dispareunia durante la visita ginecologica, sintomo presente nel 90% dei casi, e quindi quasi patognomonico.
- **La misurazione ambulatoriale del pH vaginale:** in condizioni di ipoestrogenismo questo indice si muove dal normale valore 4 fino a 7 nelle amenorree persistenti giovanili e nella postmenopausa. È il migliore e più rapido indicatore di impregnazione estrogenica tissutale che il ginecologo possa avere in ambulatorio.

Conclusioni

Il dolore durante i rapporti sessuali, dispareunia e vaginismo, è di frequente riscontro nella pratica clinica ambulatoriale. Sfortunatamente è spesso negletto nella sua natura elettiva di sintomo di allarme biologico per un danno tissutale in corso. Il ginecologo, o il sessuologo medico con formazione ginecologica, possono dare a questo sintomo il suo pieno significato clinico solo attraverso un'accurata anamnesi e un rigoroso esame obiettivo attento a descrivere nei dettagli la "mappa del dolore", che correla perfettamente con le diverse eziologie biologiche. In parallelo, un'appropriata attenzione anamnestica dovrà essere dedicata anche alle possibili componenti psicosessuali e relazionali. Contemporaneamente, un'approfondita e aggiornata lettura fisiopatologica di questo sintomo complesso potrà ispirare la scelta terapeutica multimodale, mirata e personalizzata, adeguata a risolvere il sintomo fin dalle sue radici eziologiche, così da restituire il piacere di un'intimità, anche fisica, soddisfacente per la donna e per la coppia¹⁸.

Bibliografia

- ¹ Basson R et al. *Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definition and classification.* J Urol 2000, 163: 889-893.
- ² Basson R et al. *Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision.* J Psychosom Obstet Gynaecol 2003, 24(4): 221-229.
- ³ Laumann EO, Paik A, Rosen RC. *Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors.* JAMA 1999, 281(6): 537-544.
- ⁴ Graziottin A. *Sexuality in postmenopause and senium.* In: Lauritzen C, Studd J. (Eds) *Current management of the menopause.* Martin Duniz, London, UK, 2004, pp. 185-203.
- ⁵ Friedrich E. *Vulvar vestibulitis syndrome.* J Reprod Med 1987, 32: 110-114.
- ⁶ Meana Met al. *Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome?* J Nerv Ment Dis 1997, 185(9): 561-569.
- ⁷ Graziottin A. *Clinical approach to dyspareunia.* J Sex Marital Ther 2001, 27(5): 489-501.

- ⁸ Graziottin A. *Etiology and diagnosis of coital pain.* J Endocrinol Invest 2003, 26(Suppl 3): 115-121.
- ⁹ Graziottin A, Brotto L. *Vulvar vestibulitis syndrome: a clinical approach.* J Sex Marital Ther 2004, 30: 125-139.
- ¹⁰ Plaut M, Graziottin A, Heaton J. *Sexual dysfunction.* Health Press, Oxford, UK, 2004.
- ¹¹ Graziottin A. *Female sexual dysfunction.* In: Bo K et al. (Eds) *Evidence based physiotherapy for the pelvic floor.* Bridging Research and Clinical Practice, Elsevier: Oxford, UK, 2007, (in press).
- ¹² Buhling KJ et al. *Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006, 124(1): 42-46.
- ¹³ Brotto LA, Basson R, Gehring D. *Psychological profiles among women with vulvar vestibulitis syndrome: a chart review.* J Psychosom Obstet Gynaecol 2003, 24(3): 195-203.
- ¹⁴ Bohm-Starke N, Hilliges M, Falconer C. *Neurochemical characterization of the vestibular nerves in women with vulvar vestibulitis syndrome.* Gynecol Obstet Invest 1999, 48: 270-275.
- ¹⁵ Pukall C, Lahaie M, Binik Y. *Sexual pain disorders: etiologic factors.* In: Goldstein I et al. (eds), *Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment.* Taylor and Francis, Londra, UK, 2005.
- ¹⁶ Vincenti E, Graziottin A. *Neuropathic pain in vulvar vestibulitis: diagnosis and treatment.* In: Graziottin A (Ed), *Female sexual dysfunction: clinical approach.* Urodynamic 2004, 112-116.
- ¹⁷ Alvarez D, Rockwell P. *Trigger points: diagnosis and management.* Am Fam Physician 2002, 65(4): 653-660.
- ¹⁸ Graziottin A. *Treatment of sexual dysfunction.* In: Bo K et al. (Eds), *Evidence based physiotherapy for the pelvic floor.* Bridging Research and Clinical Practice, Elsevier, Oxford, UK, 2007 (in press).

Terapia della dispareunia e del vaginismo

Andrea Salonia, Gemma Viola Fantini, Antonino Saccà, Francesco Montorsi

Il trattamento del dolore coitale e della dispareunia può essere frustrante per il sessuologo se non si considerano alcuni aspetti. È necessario pensare sempre a un approccio multidimensionale e multidisciplinare, prestando particolare attenzione a cute e mucose, piano pelvico, profilo emozionale della paziente, storia di mutilazione e/o di abusi, esperienza e vissuto del dolore e mettendo in atto una terapia sessuologia e di coppia. È necessario individualizzare il trattamento, dopo aver attentamente raccolto l'anamnesi medica e sessuale della donna; la paziente deve essere edotta della possibile storia biologica ed emozionale della malattia, come pure dei potenziali supporti terapeutici applicabili al suo caso specifico. È necessario impostare una terapia focalizzata sulla paziente e non sulla malattia o sul sintomo. Da ultimo, benché molti clinici definiscano la penetrazione vaginale come l'obiettivo di qualunque forma di terapia, la misura del successo terapeutico dovrà essere più articolata, considerando soprattutto il piacere fisico ed emozionale associato all'attività sessuale stessa.

Introduzione

I disordini da dolore sessuale della donna rappresentano un gruppo di disfunzioni eterogenee, multisistemiche e multifattoriali che meritano di essere trattate con una modalità multimodale in funzione dei vari fattori eziologici interagenti, dell'entità della componente algica e della tipologia di presentazione, senza dimenticare l'importante aspetto del rischio di eventuali recidive¹. Di seguito verranno distinti alcuni grandi gruppi di quadri patologici tra cui le patologie dei tessuti superficiali, del piano pelvico e il vaginismo.