

Fisiopatologia e semeiologia della dispareunia e del vaginismo

A. Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia, H. San Raffaele Resnati, Milano

Definizioni

La **dispareunia** indica il persistente o ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione o durante la penetrazione completa vaginale nel rapporto sessuale. Può interessare l'entrata vaginale (**dispareunia superficiale** o introitale o vestibolare), o comparire a penetrazione completa (**dispareunia profonda**). Nella forma che la donna definisce "superficiale" c'è in realtà una componente medio vaginale, dovuta al variabile spasmo del muscolo elevatore dell'ano.

Il **vaginismo** indica la persistente o ricorrente difficoltà della donna ad accettare la penetrazione vaginale del pene, di un dito o di un oggetto, nonostante l'espresso desiderio della donna di farlo. Ci sono spesso un evitamento fobico e una paura anticipatoria del dolore. Anomalie anatomiche devono essere escluse o trattate.

I **disturbi sessuali non coitali** si riferiscono alla clitoralgia e/o al dolore al vestibolo vulvare durante il petting.

Prevalenza

La **dispareunia** colpisce il 12-15% delle donne in età fertile e fino al 44% di quelle in post-menopausa sessualmente attive (spesso in comorbidità con la secchezza vaginale da atrofia).

Il **vaginismo** è causa di dolore nello 0.5-1% delle donne fertili e costituisce il 15-17% della popolazione trattata per dolore coitale.

I **disturbi sessuali non coitali** sono rari ma presentano un drammatico impatto sulla vita e sulla sessualità della donna e della coppia.

Etiologia della dispareunia superficiale

• In età fertile

a) nelle adolescenti e nullipare

La **vestibolite vulvare (VV)**, spesso su base infettiva, interessa circa 89% dei casi di dolore coitale **cronico** in età fertile (tabella 1). E' caratterizzata da: dolore acuto vestibolare ad ogni tentativo di penetrazione; dolorabilità alla pressione localizzata al vestibolo vaginale, massima alle 5 e alle 7 dell'introito vaginale; eritema di vario grado limitato al vestibolo vaginale. La diagnosi di VV dev' essere sospettata in caso di dolore all'inserimento dei tamponi interni, presente fino al 66% dei casi di VV.

La dispareunia nelle donne affette da VV è perlopiù acquisita (61%) con **contrazione difensiva dell'elevatore**, più raramente primaria o intermittente.

Il ritardo nella diagnosi può causare il peggioramento e la **cronicizzazione del sintomo doloroso**, per **proliferazione delle terminazioni nervose del dolore**, istologicamente dimostrata. Essa è indotta dal Nerve Growth Factor, liberato dai mastociti iperattivati, ed è responsabile dell'iperalgia all'introito vaginale. Il dolore perde allora la relazione con l'evento scatenante e tende ad automantenersi (viraggio del dolore da nocicettivo a neuropatico).

Le vaginiti, specie da Candida, possono causare dispareunia superficiale occasionale e rappresentano un fattore predisponente per la vestibolite vulvare, che compare in circa il 20% delle donne con questo tipo di infezione vaginale

I contraccettivi orali (CO), **soprattutto se a basso dosaggio, possono portare a scarsa eccitazione genitale con ipolubrificazione, microabrasioni e iperattività dell'elevatore dell'ano, predisponendo a VV e dispareunia (RR 2.6, IC 1.1-6.3)**. L'utilizzo di CO, soprattutto se prima dei 18 anni, in donne che abbiano già problemi nell'inserimento dei tamponi (spia di ipertono primario dell'elevatore) aumenta il loro rischio di dispareunia e vulvodinia. L'ipertono va diagnosticato e trattato così da evitare danni vestibolari organici e dispareunia a lungo termine.

L'amenorrea ipotalamica, **associata a stress psicofisico, a disturbi dell'alimentazione e attività sportiva specie se agonistica, può causare ipoestrogenizzazione e inadeguata eccitazione genitale, con secchezza vaginale e dispareunia**.

Di frequente riscontro in giovane età è l'**iperattività del muscolo elevatore dell'ano primaria** con inversione del

comando, documentata a livello di ricerca mediante elettromiografia. Anche in questo caso la difficoltà nell'utilizzare i tamponi interni può essere la prima spia del disturbo.

Disturbi proctologici (stipsi ostruttiva primaria, emorroidi, ragadi) o **urologici** (cistiti recidivanti, urgenza minzionale) sono spesso associati. In particolare il rischio di dispareunia è circa 7 volte maggiore tra le donne che hanno sintomi vescicali.

Le **cause fisiche del vaginismo**, molto rare, possono essere un imene particolarmente fibroso; S. di Rokitanski; esiti cicatriziali di traumi genitali; infibulazione.

Aspetti psicosessuali e relazionali possono associarsi ai fattori biologici (tabella 1). Sarà utile pertanto **studiare la coppia**, poichè spesso esiste un *induttore* del sintomo (es: la donna affetta da vaginismo) e un *portatore* del medesimo (es: il partner affetto da deficit erettivo di mantenimento).

b) in puerperio

La dispareunia è il disturbo sessuale che più frequentemente aumenta nel **post partum**, con rischio di 2-4 volte maggiore se la donna lamentava già dispareunia prima del parto. Nelle primipare, è più elevata dopo **episiotomia/rrafia**, specie se complicata da parto vaginale operativo rispetto al parto spontaneo non complicato da lacerazioni/episiotomia o il parto cesareo fino a 6 mesi dal parto, poi l'incidenza cala drasticamente, ma aumenta il rischio che la dispareunia sia di maggiore intensità. Il rischio di dispareunia aumenta con la profondità della lacerazione vaginale da parto: da 2 volte per le lacerazioni più superficiali a 3.6 volte per le lacerazioni estese allo sfintere anale.

Le condizioni ormonali tipiche della donna in **allattamento (ipoestrogenismo e iperprolattinemia)**, determinano maggior secchezza vaginale e mancanza di desiderio. Il rischio di dispareunia nelle donne che allattano aumenta da 2 volte alla ripresa dei rapporti, a 4 volte dopo 6 mesi dal parto, per il ripetersi di microabrasioni della mucosa se il coito avviene in condizioni di secchezza vaginale.

● **In menopausa**

In post-menopausa, la dispareunia è spesso causata da **distrofie vaginali** per alterazioni di elasticità e lubrificazione vaginale da **carenza ormonale** (estrogeni e androgeni) che portano a: minore eccitazione centrale e periferica; invecchiamento dei tessuti genitali (progressiva atrofia dei tessuti urogenitali, minore congestione vascolare attorno ad uretra e vagina). L'ipoestrogenismo può essere facilmente curato dal medico di famiglia con estrogeni locali che non modificano il rischio di tumori alla mammella con estradiolo vaginale (RR 0.67). Un caso particolare è la menopausa precoce dove i livelli di ormoni sessuali circolanti possono essere ulteriormente ridotti a causa di fenomeni autoimmunitari.

Di frequente riscontro è la **comorbidità** tra secchezza vaginale e **disturbi urinari** (RR 4.02, IC 2.75-5.89) che predispongono per la dispareunia (RR 7.61, IC 4.06-14.26).

Etiologia della dispareunia profonda

La cause principali di dispareunia profonda sono:

- **Endometriosi**, specie nella adenomiosi e nelle localizzazioni al terzo superiore del setto vaginale, al fornice vaginale posteriore e ai ligamenti utero sacrali; la dispareunia profonda può essere il sintomo di esordio di una endometriosi ancora altrimenti asintomatica;
- **Malattia infiammatoria pelvica, (PID, Pelvic Inflammatory Disease)** che può aumentare la probabilità di avere dolore profondo di quasi 10 volte (OR=9.98);
- **Dolore pelvico cronico**, spesso risultante di patologie molteplici: sindrome della vescica dolorosa (o cistite interstiziale); endometriosi; vestibolite/vulvodinia; PID; sindrome del colon irritabile.

Sono cause più rare:

- **Esiti di chirurgia radicale e/o radioterapia** sulla cupola vaginale per Cancro cervicale con accorciamento, retrazione e stenosi della vagina;
- **Varicocele, sindrome di Master-Allen e sindrome da intrappolamento dei nervi cutanei addominali (ACNES, Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome, per esempio dopo laparotomie e incisioni di Pfannenstiel)**, che sono cause di dispareunia profonda citate in letteratura ma aneddotiche.

TABELLA 1

Etiologia della dispareunia

Le differenti cause possono sovrapporsi o associarsi al dolore coitale con meccanismi patofisiologici complessi e dinamici.

1. Fattori biologici

a) dispareunia superficiale (introitale e/o medio vaginale):

- infettive: vulviti, vaginiti, cistiti, vestibolite vulvare
- infiammatorie: iper-attivazione dei mastociti
- ormonali: atrofia vulvo-vaginale
- anatomiche: imene cribroso, agenesia vaginale, S.Rokitansky
- muscolari: primitiva o secondaria all'iperattività dell'elevatore dell'ano
- iatrogene: esiti di chirurgia perineale, radioterapia pelvica
- neurologiche: dolore neuropatico
- immunitarie: sindrome di Sjogren
- vascolari

b) dispareunia profonda

- endometriosi
- malattia infiammatoria pelvica (PID)
- dolore pelvico cronico e dolore riferito
- varicocele pelvico
- esiti di radioterapia endovaginale (brachiterapia)
- sindrome da intrappolamento di nervi cutanei addominali (ACNES)

2. Fattori psicosessuali

- co-morbidità con disordini del desiderio e dell'eccitazione o vaginismo
 - abusi sessuali
 - depressione e/o disturbi d'ansia
 - catastrofismo come modalità psicologica dominante
- Nel vaginismo, condizioni che abbiano attivato o slatentizzato una specifica fobia del

coito:

- tabù e inibizioni educative
- paura del primo rapporto, della gravidanza e del parto

3. Fattori relazionali

- mancanza di intimità emotiva
- preliminari inadeguati
- conflitti nella coppia (verbali o fisici)
- scarsa compatibilità anatomica (dimensioni del pene e/o genitali femminili infantili)
- insoddisfazione sessuale e inadeguata eccitazione successiva

Modificato da: A.Graziottin, *il dolore segreto*, Mondadori, Milano, 2005

Approccio clinico e semeiologia

Un'accurata anamnesi, integrata con l'esame obiettivo, dovrà quindi indagare:

1. tempo d'insorgenza del dolore sessuale: primario o secondario (acquisito);
2. relazione tra sintomo e contesto: generalizzato (sempre e con qualsiasi partner) o situazionale;
3. livello di stress emotivo associato al disturbo: assente, lieve, medio, grave;
4. la mappa del dolore:
 - *introitale*: dolore evocato in genere a ore 5 e 7, considerando l'entrata vaginale come il quadrante di un orologio, tra faccia esterna dell'imene e introito;
 - *medio vaginale-laterale*: dolore evocato alla visita ginecologica con una leggera pressione in corrispondenza dell'inserzione sacro-spinosa dell'elevatore per il suo ipertono/mialgia
 - *medio vaginale-anteriore*: da cistalgia, trigonite, uretrite;
 - *introitale e mediovaginale posteriore*: da ragadi, esiti iatrogeni di emorroidectomia, anismo;
 - *vaginale profonda*: da cause di dispareunia profonda (tabella 1);

5. l'intensità del dolore: annotato graficamente nella cartella clinica o descritto dalla paziente con un diario del dolore per il monitoraggio nel tempo della sensibilità algica.
Sono caratteristiche: le esacerbazioni della dispareunia in fase premestruale in alcune pazienti con VV; persistenza durante il sonno se nocicettivo; dolore minimo/assente di notte se neuropatico.
6. quando prova dolore? Prima (atteggiamento fobico connesso a vaginismo; VV), all'inizio (dolore introitale), durante la penetrazione (mialgia dell'elevatore), a penetrazione completa (dispareunia profonda), dopo il rapporto sessuale (ipolubrificazione, VV, ipertono/mialgia del pavimento pelvico);
7. quanto a lungo prova dolore? solo durante il coito oppure fino a 2-3 giorni dopo il rapporto (VV e/o sindrome della vescica dolorosa);
8. sintomi associati:
 - *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 o di sindrome della vescica dolorosa;
 - *secchezza vaginale*, spesso associata a ipoestrogenismo e/o disordini dell'eccitazione. Necessaria la diagnosi differenziale con la S. di Sjogren in caso di secchezza di bocca e mucosa congiuntivale;
 - *intolleranza alla frizione sui vestiti*, all'inserimento di tampone interni e a stimolazioni manuali durante il petting (sintomo importante in adolescenza);
 - *disturbi vulvari*: prurito e secchezza (es. lichen sclerosus);
 - *clitoragia e/o vulvodinia*, spontanee e/o peggiorate dall'eccitazione sessuale che può associarsi a dispareunia, elevatore dell'ano ipertonico e/o dolore neuropatico;
 - *comparsa di dolore* con le stesse caratteristiche della dispareunia durante la visita ginecologica, sintomo presente nel 90% dei casi e quindi patognomonico;
 - *stipsi ostruttiva*; dischezia (defecazione dolorosa): se presente in fase mestruale, pensare all'endometriosi
9. valutazione ormonale
 - la misurazione ambulatoriale del pH vaginale: in condizioni di ipoestrogenismo, si muove dal normale pH 4 fino a pH 7;
 - profilo ormonale sierico, utile in caso di secchezza vaginale nel dubbio di una menopausa precoce;
10. nodi di tensione: aree del corpo, di particolare rilievo dal punto di vista emotivo e relazionale, interessate dalla somatizzazione muscolare dello stato d'ansia-fobia, specie nelle forme di vaginismo severo: spasmo difensivo del muscolo elevatore; bocca serrata; tensione dei muscoli paravertebrali, cervicali con cefalea a casco e lombare con iperlordosi lombare in posizione supina che si accentua di fronte ai tentativi di penetrazione con la protezione dei genitali con le mani. Va verificata un'eventuale comorbidità con fibromialgia.

Etiologia e semeiologia del vaginismo

Tre fattori etiologici concorrono al vaginismo:

- 1) **spasmo muscolare del muscolo elevatore dell'ano;**
- 2) **fobia della penetrazione** (lieve, media o severa): può variare molto a seconda della situazione psichica, dei livelli di ansia e stress con cui è associata, del livello di maturazione esistenziale, della qualità del rapporto emotivo che si instaura con il partner;
- 3) **fattori psicosessuali, personali o di coppia, che concorrano alla genesi e/o al mantenimento del sintomo.**

Nel vaginismo di I e II grado, lo spasmo è moderato e la penetrazione è ancora possibile, anche se è dolorosa: si parla in questo caso di dispareunia primaria (o lifelong), che normalmente tende a peggiorare con il tempo. Le microabrasioni associate al rapporto praticato in queste condizioni scatenano infatti una risposta infiammatoria cronica, con iperattività del mastocita e attivazione del sistema del dolore, contribuendo all'insorgenza della vestibolite vulvare, causa principe di vulvodinia.

Nel vaginismo di III e IV grado, lo spasmo muscolare è così serrato da rendere la penetrazione praticamente impossibile e dolorosissimo ogni tentativo in questo senso. Questo livello di vaginismo, quasi sempre primario, è la causa femminile più frequente di mancata consumazione del matrimonio, o comunque del rapporto sessuale.

L'intensità della fobia è, in genere, proporzionale alla gravità del vaginismo, quindi maggiore nel III e IV grado. Non si tratta tuttavia di una regola generale, né automatica. È infatti possibile che una paziente presenti uno spasmo assai marcato (iperattività miogena) e una fobia lieve: in questi casi, il problema può essere risolto, con uno specifico trattamento farmacologico (per

esempio tossica botulinica) e riabilitativo.

A volte, invece, la fobia è così intensa che la donna, indipendentemente dall'entità effettiva dello spasmo muscolare, arriva persino a rifiutare la visita: in tal caso nella "stadiazione", ossia nella diagnosi del grado di gravità del vaginismo, si usa la sigla XO.

L'attacco di panico associato alla fobia è scatenato da ogni tentativo di penetrazione, e a volte dal solo pensiero di un rapporto completo. Esso comporta un picco di adrenalina che a sua volta scatena un vero e proprio terremoto neurovegetativo: compaiono allora la sudorazione fredda e profusa, la vasocostrizione periferica (che provoca brividi come di freddo), la tachicardia, la tachipnea (accelerazione del respiro), l'aumento della tensione muscolare generale che va a potenziare quella locale, a carico del muscolo elevatore. Tutti queste manifestazioni sono i "correlati somatici", ossia le espressioni fisiche dell'attacco fobico. In parallelo, la persona avverte una sensazione di paura, di angoscia, di "fame d'aria", a volte persino un senso di morte imminente.

A variare, nei diversi casi, è dunque la gravità con cui i due sintomi principali - la contrazione e la fobia si combinano. Ad essi, va poi aggiunta la possibile associazione, in comorbidità, di altre condizioni cliniche, mediche e/o psicosessuali, che possono favorirli o mantenerli.

La presentazione discuterà questi aspetti in modo orientato alla pratica clinica quotidiana, così da fornire uno strumento semeiologico di immediato utilizzo per la diagnosi accurata del dolore sessuale e delle comorbidità associate.

TABELLA 2

Gradi	Descrizione semeiologica
I	Spasmo dell'elevatore dell'ano, che scompare con la rassicurazione
II	Spasmo dell'elevatore, che persiste durante la visita ginecologica/urologica/proctologica
III	Spasmo dell'elevatore e sollevamento delle natiche al solo tentativo di visita ginecologica
IV	Spasmo dell'elevatore, inarcamento dorsale, adduzione delle cosce, difesa e retrazione
XO	Rifiuta la visita

modificata da Lamont, 1972

Riferimenti bibliografici

- Brauer M, ter Kuile MM, Laan E: Effects of Appraisal of Sexual Stimuli on Sexual Arousal in Women with and Without Superficial Dyspareunia. Arch Sex Behav. 38(4): 476-485; 2009
- Brauer M, ter Kuile MM, Janssen SA, Laan E: The effect of pain-related fear on sexual arousal in women with superficial dyspareunia. Eur J Pain;11(7):788-98; 2007
- Fraser IS: Recognising, understanding and managing endometriosis. J Hum Reprod Sci. 1(2): 56-64, 2008
- Frasson E, Graziottin A, Cappelletti JY, Dall'Ora E, Vicentini S, Bertolasi L: Botulinum neurotoxin Type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. Obstetrics & Gynecology (accepted)
- Graziottin A: Il dolore segreto. Mondadori, Milano; 2005
- Graziottin A: Female sexual dysfunction: Assessment. in: Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M. (Eds), Evidence-Based Physical Therapy For The Pelvic Floor - Bridging Science and Clinical Practice, Elsevier, Oxford, UK, p. 266-277; 2007
- Graziottin A, Rovei V: Sexual pain disorders. in: Owens A.F, Tepper M.S. (Eds), Sexual Health, Praeger, Westport (CT, USA) - London (UK), p. 287-313; 2007
- Graziottin A: Vaginismo: fisiopatologia e diagnosi. in: Jannini E.A, Lenzi A, Maggi M. (Eds), Sessuologia Medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità, Elsevier Masson, Milano, p. 374-379; 2007
- Graziottin A, Rovei V: Fisiopatologia, classificazione e diagnosi della dispareunia. In: Jannini EA, Lenzi A, Maggi M (Eds), Sessuologia Medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità, Elsevier Masson, Milano, 2007, p. 379-382
- Graziottin A, Serafini A, Palacios S: Aetiology, diagnostic algorithms and prognosis of female sexual dysfunction. Special issue on "Female sexual dysfunctions in the office: tools to meet the challenge" Maturitas 63, 2: 128-134; 2009
- Kao A, Binik YM, Kapuscinski A, and Khalifé S: Dyspareunia in postmenopausal women: A critical review. Pain Res Manag. May-Jun; 13(3): 243-254; 2008
- Lara LA, Useche B, Ferriani RA et al: The effects of hypoestrogenism on the vaginal wall: interference with the normal sexual response. J.Sex Medicine 6(1):30-9; 2009
- Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K: Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. BMJ. 332(7544): 749-755, 2006

La semeiotica del dolore e le comorbidità associate	5
Fisiopatologia e semeiologia della dispareunia e del vaginismo <i>A. Graziottin</i>	6
Le dermatosi quale causa di dolore vulvare <i>M. Preti</i>	11
La sfida terapeutica delle candidosi ricorrenti <i>F. Murina</i>	15
L'infezione da HPV: dalla prevenzione all'overtreatment <i>L. Mariani</i>	16
Mastociti, infiammazione e comorbidità nel dolore sessuale femminile	19
Il punto di vista del ginecologo <i>A. Graziottin</i>	20
Il punto di vista dell'urologo <i>D. Grassi</i>	21
Il punto di vista del gastroenterologo <i>V. Stanghellini</i>	23
Aspetti relazionali e sociali del dolore sessuale femminile	25
L'Associazione Italiana Vulvodinia <i>M. Puliatti</i>	26
L'Associazione Italiana Cistite Interstiziale <i>L. Nasta</i>	28
L'Associazione Italiana Endometriosi <i>J. Veit</i>	29
L'Associazione Nazionale Fibromialgia e Stanchezza Cronica <i>R. Romor</i>	30
Implicazioni ostetriche del dolore sessuale femminile	33
Il punto di vista del ginecologo <i>G. Radici</i>	34
Il punto di vista dell'ostetrica <i>M. Esposito</i>	36
Il punto di vista del sessuologo <i>N. Giovannini, A. Graziottin</i>	38
Il punto di vista del fisioterapista <i>A. Bortolami</i>	40
Dolore sessuale femminile: comorbidità, diagnosi e terapia	43
Endometriosi e dispareunia: diagnosi e terapia <i>P. Vercellini</i>	44
Sindrome della vescica dolorosa e dispareunia: diagnosi e terapia <i>M. Cervigni</i>	45
Il dolore vulvare: implicazioni neurologiche e muscolari <i>L. Bertolasi</i>	47
Vulvodinia, dispareunia e contraccezione ormonale	49
Innocente? <i>A. Graziottin</i>	50
Colpevole? <i>F. Murina</i>	51
La vulvodinia: il dilemma del dolore "senza cause apparenti"	53
Eziopatogenesi e semeiologia <i>A. Graziottin, F. Murina</i>	54
Le implicazioni psicosessuologiche <i>M. Puliatti</i>	56
Strategie terapeutiche <i>F. Murina, A. Graziottin</i>	60



Organizzato da:

Associazione Italiana Vulvodinia O.N.L.U.S.

**Fondazione Alessandra Graziottin
per la cura del dolore nella donna**



Il dolore sessuale femminile e le comorbilità associate

- dai sintomi alla diagnosi e alla terapia -

venerdì **12 marzo 2010**

MILANO - Museo della scienza e della tecnologia Leonardo da Vinci

Con il patrocinio di:

A.G.E.O. Associazione Ginecologi Extra Ospedalieri

A.GI.CO. Associazione Ginecologi Consultoriali

F.I.O.G. Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia

S.I.G.O. Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

S.I.I.V. Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia

Abstract Book