

I disturbi sessuali caratterizzati da dolore: dispareunia e vaginismo

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano

Introduzione

La dispareunia e il vaginismo hanno solide cause biologiche che possono essere individuate precocemente con un'anamnesi accurata, per evitare cronicizzazioni e comorbilità: tra queste, il dolore pelvico cronico, le cistiti recidivanti, la stipsi ostruttiva e la depressione reattiva.

Una tempestiva diagnosi differenziale e una corretta terapia multimodale portano alla riduzione dei **costi sanitari e sociali quantizzabili** (visite, farmaci e psicoterapie generiche, che non possono curare la componente strettamente biologica del dolore coitale, nonché le comorbilità) e **non quantizzabili** (sofferenza personale e di coppia, dolore fisico e psichico, anni di vita spesi sentendosi dire che il dolore sessuale «la signora lo ha in testa»).

In questo senso, anche il medico di famiglia, oltre al ginecologo, e all'urologo, può svolgere un ruolo essenziale nella diagnosi delle cause mediche dei due disturbi.

Definizioni

Dispareunia: persistente/ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione, o a penetrazione completa vaginale. La dispareunia è definita "introitale", o superficiale, quando il dolore è localizzato all'entrata della vagina ("vestibolo vaginale"), e viene avvertito all'inizio della penetrazione. La dispareunia è "profonda" quando il dolore è avvertito a penetrazione completa. La donna può riferire l'una o l'altra forma, o entrambe.

Vaginismo: persistente/ricorrente difficoltà della donna ad accettare la penetrazione vaginale di pene, dito o oggetto, nonostante l'espresso desiderio della donna di farlo. Sono spesso presenti un evitamento fobico e una paura anticipatoria del dolore. Deve essere esclusa o trattata ogni eventuale anomalia anatomica.

La gravità del vaginismo è valutabile con due parametri:

- l'intensità dello spasmo muscolare (**Tab. 1**);
- l'intensità della fobia: lieve, moderata o grave.

Disturbi sessuali non coitali con dolore: per esempio clitoralgia, o dolore al vestibolo vulvare durante il petting.

Prevalenza

Dispareunia: 12-15% delle donne in età fertile; fino al 45.3% di quelle in post-menopausa.

Vaginismo: 0.5-1% delle donne fertili; 15-17% della popolazione trattata per dolore coitale.

Etiologia nell'età fertile – Adolescenti e nullipare

La **vestibolite vulvare** (VV), sviluppata spesso su base infettiva, interessa circa l'89% dei casi di **dolore coitale cronico** in età fertile (**Tab. 2**). E' caratterizzata da:

- dolore acuto vestibolare a ogni tentativo di penetrazione;

Pisa, 4 febbraio 2012

- dolorabilità alla pressione localizzata al vestibolo vaginale, massima alle 5 e alle 7 dell'introito vaginale, se considerato come il quadrante di un orologio;
- eritema di vario grado limitato al vestibolo vaginale.

Il sospetto diagnostico di vaginismo e/o VV nelle adolescenti deve essere formulato, ancora prima del primo rapporto, per un sintomo molto preciso: dolore e/o impossibilità all'inserimento dei tamponi interni, presente fino al 66% dei casi di VV.

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

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

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 prima dei 18 anni, in donne che abbiano già problemi nell'inserimento dei tamponi (spia di un ipertono primario dell'elevatore), aumenta il rischio di dispareunia e vulvodinia.

L'**amenorrea ipotalamica**, associata a stress psicofisico, 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 primaria del muscolo elevatore dell'ano**, 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;
- la sindrome di Rokitanski;
- gli esiti cicatriziali di traumi genitali;
- gli esiti dell'infibulazione.

Aspetti **psicosessuali e relazionali** possono associarsi ai fattori biologici (**Tab. 2**). Sarà utile pertanto **studiare la coppia**, poiché spesso esiste un **induttore** del sintomo (per esempio, la donna affetta da vaginismo) e un **portatore** del medesimo (per esempio, il partner affetto da deficit erekttivo di mantenimento).

Etiologia nell'età fertile – 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 parto vaginale operativo rispetto al parto spontaneo non complicato da lacerazioni/episiotomia o al 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, o in caso di episiotomia.

Pisa, 4 febbraio 2012

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.

Etiologia 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) (**Tab. 3**) 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 con estrogeni locali che non modificano il rischio di tumori alla mammella (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 **comorbilità tra secchezza vaginale e disturbi urinari** (RR 4.02, IC 2.75-5.89), che predispongono alla dispareunia (RR 7.61, IC 4.06-14.26).

I contributi specialistici alla terapia

Per l'eterogeneità della loro etiologia e le possibili comorbilità, i disturbi sessuali necessitano di un approccio multidisciplinare. Oltre al **ginecologo-sessuologo** formato per il trattamento delle basi biologiche dei disturbi sessuali femminili, gli specialisti che possono contribuire a inquadrarli e a trattarli sono:

- **l'urologo-andrologo**, nel caso di comorbilità sessuale del partner;
- **l'oncologo**, per valutare l'indicazione a una terapia ormonale in donne con menopausa precoce dopo chirurgia oncologica;
- **lo psichiatra**, nel caso di depressione o disturbi d'ansia associati;
- **il terapeuta sessuale**, se viene riconosciuta una specifica componente psicosessuale;
- **il terapeuta di coppia**, se la disfunzione sessuale è spia di un problema legato alla relazione di coppia;
- **lo psicoterapeuta individuale** per i problemi psichici personali che possono supportare il disturbo sessuale;
- **il fisioterapista**, che ha un ruolo importantissimo nel caso di ipo/ipertono del pavimento pelvico.

Approccio clinico

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

- 1) **tempo d'insorgenza** del dolore sessuale: primario o 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;

**Sessione ECM su "Vulvodinia, dispareunia e comorbilità: principi di terapia"
organizzata dalla Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna – Onlus**

Pisa, 4 febbraio 2012

- 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 (**Tab. 2**);

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 premenstruale, in alcune pazienti con VV;
- la persistenza del dolore durante il sonno, se nocicettivo;
- l'attenuazione o la scomparsa del dolore durante il sonno, se neuropatico.

6) Il momento di manifestazione del 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) La durata del dolore:

- solo durante il coito;
- fino a 2-3 giorni dopo il rapporto (VV);

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;
- secchezza vaginale, spesso associata a ipoestrogenismo e/o disordini dell'eccitazione. Necessaria la diagnosi differenziale con la sindrome di Sjogren, in caso di secchezza della bocca e della mucosa congiuntivale;
- intolleranza alla frizione con i vestiti, all'inserimento di tamponi interni e alla stimolazione manuale durante il petting;
- disturbi vulvaresi: prurito e secchezza (per esempio, lichen sclerosus);
- clitoralgia 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;

9) Valutazione ormonale:

- **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 dell'ano;
- bocca serrata, per contrazione sia del muscolo massetere, sia del muscolo orbicolare della bocca;

Pisa, 4 febbraio 2012

- tensione dei muscoli paravertebrali:
 - cervicali, con cefalea a casco;
 - lombari, con iperlordosi lombare in posizione supina che si accentua di fronte ai tentativi di penetrazione.

Terapia dei disturbi sessuali

L'etiologia multifattoriale di questi disturbi richiede una terapia personalizzata multimodale, che curi le componenti infiammatorie (non necessariamente infettive), muscolari e algiche del disturbo, nonché le comorbilità associate, in primis di tipo ansioso-depressivo.

La psicoterapia può avere un ruolo prezioso nell'affrontare le comorbilità psicologiche, purché integri l'indispensabile terapia medica e sia fatta da terapeuti specificamente competenti in sessuologia.

La fisioterapista è essenziale per il rilassamento del muscolo elevatore dell'ano, mediante esercizi specifici, e/o terapia a base di biofeedback elettromiografico ed elettroanalgesia.

Letture consigliate

Graziottin A.

Il dolore segreto. Le cause e le terapie del dolore femminile durante i rapporti sessuali

Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 2005

Graziottin A. Murina F.

Vulvodinia. Strategie di diagnosi e cura

Springer Verlag Italia, Milano, 2011

Tabella 1: Valutazione di gravità del vaginismo

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 J.A. Vaginismus. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 131 (1978), 632-636

Pisa, 4 febbraio 2012

Tabella 2: Etiologia della dispareunia

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

Fattori biologici		Fattori psicosessuali	Fattori relazionali
superficiale/introitale e/o mediovaginale	dispareunia profonda		
<ul style="list-style-type: none"> - infettive: vulviti, vaginiti, cistiti, vestibolite vulvare - infiammatorie: iper-attivazione dei mastociti - ormonali: atrofia vulvo-vaginale - anatomiche: imene criboso, agenesia vaginale, sindrome di Rokitansky - muscolari: primitiva o secondaria all'iperattività dell'elevatore dell'ano - iatogene: esiti di chirurgia perineale; esiti ostetrici di episiotomia e lacerazioni da parto; radioterapia pelvica - neurologiche: dolore neuropatico - immunitarie: sindrome di Sjogren - vascolari 	<ul style="list-style-type: none"> - endometriosi - malattia infiammatoria pelvica (PID) - varicocele pelvico - dolore pelvico cronico e dolore riferito - esiti di radioterapia endovaginale (brachiterapia) - sindrome da intrappolamento di nervi cutanei addominali (ACNES) 	<ul style="list-style-type: none"> - comorbilità con disordini del desiderio e dell'eccitazione, o vaginismo - abusi sessuali - depressione e/o disturbi d'ansia - catastrofismo come modalità psicologica dominante <p>Nel vaginismo, condizioni che abbiano attivato o slatentizzato una specifica fobia del coito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tabù e inhibizioni educative ("una brava ragazza non lo fa sino al matrimonio") - paura del primo rapporto, della gravidanza e del parto 	<ul style="list-style-type: none"> - 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

Modificata da A. Graziottin A., Il dolore segreto, Mondadori, Milano, 2005

Tabella 3: Fattori significativi predisponenti alla dispareunia

	n° di studi	rischio relativo	intervallo di confidenza
età < 50 anni	4	1.44	1.14-1.83
peri/post-menopausa	3	1.52	1.22-1.89
PID	2	9.98	4.69-21.24
disturbi d'ansia	1	3.23	1.76-5.94
depressione	1	7.77	2.56-23.60

Modificata da Latthe P. Mignini L. Gray R. Hills R. Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. BMJ, 2006 Apr 1; 332 (7544): 749-55