

# **Implicazioni ostetriche del dolore sessuale femminile**

# Il punto di vista del ginecologo

G. Radici

Servizio di Patologia Vulvare, Ospedale V. Buzzi, Università di Milano

La gravidanza non è una condizione di rischio per l'insorgenza di dispareunia. Il dolore ai rapporti sessuali è riferito meno frequentemente nel primo trimestre di gravidanza rispetto al secondo e terzo trimestre, epoche in cui la prevalenza di dispareunia è comunque sovrapponibile a quella osservata nelle donne non gravide. Il dolore sessuale è invece frequentemente riferito dopo il parto (1). In particolare a 6-8 settimane dal parto, tempo mediano di ripresa dei rapporti sessuali, circa la metà delle donne riferisce dispareunia (2). Anche se la dispareunia tende a risolversi con il tempo (a 6 mesi dal parto viene riferita da una donna su quattro), è ancora presente nell'8% delle donne ad un anno dal parto (3). La prevalenza del problema impone pertanto una maggior attenzione da parte di ginecologi ed ostetriche, anche per l'associazione tra dispareunia e grave sindrome depressiva dopo il parto (4).

In gravidanza la dispareunia è dovuta prevalentemente alla congestione dei tessuti vaginali e vulvari indotta dal progesterone. Nell'ultimo periodo di gravidanza alcune donne dopo l'orgasmo riferiscono dolore, dovuto a contrazioni indotte dall'ossitocina prodotta durante il rapporto e soprattutto durante l'orgasmo; tali contrazioni comunque si risolvono in 15 minuti e non comportano un rischio di parto prematuro (5).

Dopo il parto i principali fattori di rischio di dispareunia sono *l'anamnesi positiva per dispareunia prima del parto, l'allattamento esclusivamente materno, l'entità del trauma perineale, il parto vaginale operativo*.

L'anamnesi positiva per dispareunia prima del parto comporta un rischio più che raddoppiato di dispareunia a 6 mesi dal parto (6).

La dispareunia è oltre 4 volte più frequente in caso di allattamento esclusivamente materno (6); è dovuta all'atrofia e quindi alla secchezza vaginale indotta dagli alti livelli ematici di prolattina, che sopprime la produzione di gonadotropine con conseguente stato di ipoestrogenismo. Questa condizione può essere efficacemente trattata con terapia estrogenica locale (7).

Maggiore è il grado di lacerazione perineale, maggiore è la probabilità di dispareunia dopo il parto. Al momento del primo rapporto sessuale dopo il parto per via vaginale e a 3 mesi dal parto, rispetto alle donne con perineo intatto o con lacerazione perineale di primo grado, il rischio di dispareunia è circa il doppio in caso di lacerazione perineale di secondo grado, oltre il triplo in caso di lacerazione perineale di terzo o quarto grado. Comunque anche la dispareunia associata ad una lacerazione perineale severa tende a migliorare nel tempo: a 6 mesi dal parto, rispetto alle donne con perineo intatto o con lacerazione perineale di primo grado, il rischio di dispareunia è aumentato solo del 30% in caso di lacerazione perineale di secondo grado e del 50% in caso di lacerazione perineale di terzo o quarto grado (6). Fattori di rischio di lacerazione perineale, che meritano una particolare attenzione al momento del parto, sono *la nulliparità, un prolungato periodo espulsivo (>40 minuti), un perineo corto (<4cm) all'inizio della fase attiva del travaglio e uno stiramento perineale eccessivo (> 150%) durante il periodo espulsivo* (8,9). L'analgesia epidurale è associata ad aumentato rischio di lacerazione perineale (8), come conseguenza del possibile prolungamento del periodo espulsivo (10) e di maggior necessità di parto operativo (11).

A 6 mesi dal parto per via vaginale, rispetto alle donne con perineo intatto o con lacerazione perineale di primo grado, il rischio di dispareunia è più che raddoppiato in caso di parto vaginale operativo, senza alcuna differenza tra utilizzo di forcipe e ventosa (6). Il parto vaginale operativo aumenta il rischio di lacerazione dello sfintere anale, indipendentemente dallo strumento utilizzato, con conseguente aumento di rischio di dispareunia, dolore perineale, incontinenza anale (12).

*Non ci sono tecniche validate per prevenire la dispareunia dopo il parto.* In particolare, il massaggio perineale durante il periodo espulsivo non riduce il rischio di lacerazione perineale, dolore dopo il parto, dispareunia, incontinenza urinaria e fecale (13). Il massaggio perineale nelle ultime settimane di gravidanza riduce nelle nullipare sia il rischio di lacerazione perineale necessitante una sutura, sia la probabilità di episiotomia; non riduce però il rischio di lacerazione perineale di terzo e quarto grado. A 3 mesi dal parto solo le multipare beneficiano di minor dolore perineale spontaneo, mentre non c'è alcun impatto sul rischio di dispareunia e incontinenza urinaria e fecale (14, 15).

*Anche l'episiotomia non sembra protettiva nei confronti della dispareunia dopo il parto.* Anzi in uno studio è stato riscontrato che l'episiotomia comporta, a 12-18 mesi dal parto, una maggior incidenza di dispareunia rispetto al parto per via vaginale senza episiotomia (16). Non sembra esserci differenza tra episiotomia mediana ed episiotomia paramediana in termini di successiva comparsa di dispareunia, anche se con l'episiotomia mediana c'è un maggior rischio di lacerazione perineale profonda (17).

*Il taglio cesareo non va proposto quale alternativa al parto per via vaginale ai fini di una miglior preservazione della funzione sessuale, in particolare quale strumento di prevenzione della dispareunia.* Il taglio cesareo, analogamente al parto per via vaginale senza lacerazione perineale, comporta, rispetto al parto per via vaginale con lacerazione perineale o episiotomia e rispetto al parto vaginale operativo, sia un minor dolore al primo rapporto sessuale che una minor persistenza della dispareunia oltre i 6 mesi dal parto (2). Rispetto alle donne che hanno partorito per via vaginale senza lacerazione dello sfintere anale, a 10 mesi dal parto è stata riscontrata una minor incidenza di dispareunia nelle donne sottoposte a taglio cesareo, indipendentemente dall'aver effettuato il taglio cesareo come elettivo o d'urgenza (4). L'effetto protettivo del taglio cesareo tende però ad annullarsi nel tempo: in un recente studio è stato riscontrato che rispetto al parto vaginale con

lacerazione spontanea di primo e secondo grado (senza lacerazione perineale di terzo o quarto grado, episiotomia o utilizzo di forcipe o ventosa) il taglio cesareo comporta una minor incidenza di dispareunia a 3 mesi dal parto, ma il vantaggio non è più significativo a 6 e 12 mesi dal parto (18). Sempre a 6-12 mesi dal parto non vi sono differenze in termini di dispareunia tra donne che hanno partorito per via vaginale con episiotomia paramediana e donne sottoposte a taglio cesareo (7). Inoltre il taglio cesareo aumenta il rischio di dolore pelvico cronico (19).

In sintesi:

- Particolare attenzione va posta alle donne già affette da dispareunia prima del parto e alle situazioni di rischio di lacerazione perineale: nulliparità, prolungato periodo espulsivo, perineo corto all'inizio della fase attiva del travaglio e stiramento perineale eccessivo durante il periodo espulsivo.
- La dispareunia riferita dalle donne che allattano al seno è efficacemente trattata con terapia estrogenica locale.
- Il massaggio perineale (nelle ultime settimane di gravidanza o durante il periodo espulsivo) e l'episiotomia non riducono il rischio di dispareunia dopo il parto.
- L'analgesia epidurale può comportare un aumento del rischio di dispareunia dopo il parto.
- Il taglio cesareo non è strumento di prevenzione della dispareunia dopo il parto, comportando un beneficio solo temporaneo ed un rischio di dolore pelvico cronico.

### Riferimenti bibliografici

- 1 Kennedy CM, Turcea AM, Bradley CS: Prevalence of vulvar and vaginal symptoms during pregnancy and the puerperium. *Int J Gynaecol Obstet* 105(3):236-9; 2009
- 2 Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW: Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 124(1):42-6; 2006
- 3 Serati M, Salvatore S, Khullar V, Uccella S, Bertelli E, Ghezzi F, Bolis P: Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 87(3):313-8; 2008
- 4 Lal M, Pattison HM, Allan TF, M.Sc., Callender R: Postcesarean Pelvic Floor Dysfunction Contributes to Undisclosed Psychosocial Morbidity. *J Reprod Med* 54:53-60; 2009
- 5 Brtnicka H, Weiss P, Zverina J: Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy* 110(7):427-31; 2009
- 6 Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT: Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 184(5):881-90; 2001
- 7 Khajehei M, Ziyadlou S, Safari RM, Tabatabaee HR, Kashefi F: A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and caesarean births. *Indian J Community Med* 34:126-30; 2009
- 8 Sheiner E, Walfisch A, Hallak M, Harley S, Mazor M, Shoham-Vardi I: Length of the second stage of labor as a predictor of perineal outcome after vaginal delivery. *J Reprod Med* 51:115-9; 2006
- 9 Walfisch A, Mordechai H, Shlomit H, Moshe M, Shoam-Vardi I: Association of spontaneous perineal stretching during delivery with perineal lacerations. *J Reprod Med* 50:23-8; 2005
- 10 Zhang J, Yancey MK, Klebanoff MA, Schwarz J, Schweitzer D: Does epidural analgesia prolong labor and increase risk of cesarean delivery? A natural experiment. *Am J Obstet Gynecol* 185(1): 128-34; 2001
- 11 Anim-Somuah M, Smyth RMD, Howell CJ: Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD000331; 2005
- 12 Beucher G: Maternal morbidity after operative vaginal delivery. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 37 Suppl 8:S244-59; 2008
- 13 Stamp G, Kruzins G, Crowther C: Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ* 322:1277-80; 2001
- 14 Labrecque M, Eason E, Marcoux S: Randomized trial of perineal massage during pregnancy: perineal symptoms three months after delivery. *Am J Obstet Gynecol* 182:76-80; 2000
- 15 Beckmann MM, Garrett Aj: Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD005123; 2009
- 16 Ejegård H, Ryding EL, Sjogren B: Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest* 66(1):1-7; 2008
- 17 Sooklim R, Thinkhamrop J, Lumbiganon P, Prasertcharoensuk W, Pattamadolok J, Seekorn K, Chongsomchai C, Pitak P, Chansamak S: The outcomes of midline versus medio-lateral episiotomy. *Reprod Health* 4:10; 2007
- 18 Klein K, Worda C, Leipold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R: Does the mode of delivery influence sexual function after Chilbirth? *J Women's Health* 18(8): 1227-31; 2009
- 19 Almeida ECS, Nogueira AA: Candido dos Reis FJ, Rosa e Silva JC. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet* 79:101-4; 2002

<b>La semeiotica del dolore e le comorbilità associate</b>	<b>5</b>
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
<b>Mastociti, infiammazione e comorbilità nel dolore sessuale femminile</b>	<b>19</b>
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
<b>Aspetti relazionali e sociali del dolore sessuale femminile</b>	<b>25</b>
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
<b>Implicazioni ostetriche del dolore sessuale femminile</b>	<b>33</b>
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
<b>Dolore sessuale femminile: comorbilità, diagnosi e terapia</b>	<b>43</b>
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
<b>Vulvodinia, dispareunia e contraccezione ormonale</b>	<b>49</b>
Innocente? <i>A. Graziottin</i>	50
Colpevole? <i>F. Murina</i>	51
<b>La vulvodinia: il dilemma del dolore "senza cause apparenti"</b>	<b>53</b>
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 comorbidità 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.G.I.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