

# **Implicazioni ostetriche del dolore sessuale femminile**

## Il punto di vista del sessuologo

**N. Giovannini<sup>1</sup>, A. Graziottin<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Dirigente medico Clinica L. Mangiagalli, Milano

<sup>2</sup> Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Le disfunzioni sessuali femminili (FSD, Female Sexual Dysfunction) presentano un'elevata prevalenza nel post-partum (22-86%). Tuttavia, sono poco indagate in letteratura e nella pratica clinica nonostante siano potenzialmente rappresentative di un malessere di ordine psicologico, organico e socio-economico con un impatto significativo sulla qualità di vita della donna. La dispareunia (coito doloroso) definisce il dolore che la donna avverte nell'area della vagina, a livello dell'introito o in profondità, con dolore irradiato alla pelvi, durante un rapporto sessuale. Gli studi condotti sinora mostrano un aumento del ritardo nella ripresa dei rapporti intimi, nella guarigione dalla dispareunia e dal dolore perineale nelle donne che hanno partorito per via vaginale. Di converso, alcuni dati mostrano che l'assenza di lacerazioni perineali al parto previene l'instaurarsi di dispareunia. Le disfunzioni relative ad altre variabili delle FSD (i disturbi del desiderio, dell'eccitamento e dell'orgasmo) sono di valutazione complessa in quanto strettamente associate alla soggettività del vissuto del rapporto. Nel postpartum, tale situazione è aggravata dai cambiamenti dei livelli ormonali e dall'eventuale traumatismo anatomico-funzionale genitale. La prevalenza della dispareunia è del 62% a 3 mesi dal parto con una riduzione al 31% a 6 mesi. Nonostante la donna senta bisogno di un adeguato counselling, questo disturbo è scarsamente valutato a livello sia clinico sia scientifico. Ciò determina spesso un ritardo diagnostico e, quindi, terapeutico nei confronti di un disturbo insidioso, che può avere ripercussioni negative sull'equilibrio psicofisico della donna e della coppia. La dispareunia causa spesso un rifiuto dei rapporti intimi generato dalla paura del dolore. Il riconoscimento precoce e attento della dispareunia è cruciale nella prevenzione di una cronicizzazione di questo disturbo e una sua estensione ad ambiti socio-familiari.

**La prevenzione della dispareunia post-partum** si articola in:

- **preparazione accurata del pavimento pelvico** durante la gravidanza attraverso l'insegnamento della conoscenza dei muscoli pelvici e della loro funzione, del rilassamento e della distensione volontaria, della modalità di spinta corretta. In caso di ipertono è essenziale insegnare alla donna - durante la gravidanza! - l'esecuzione dello stretching di rilassamento, eventualmente completato da fisioterapia "hands-on", così da arrivare al parto con una donna che abbia bene integrato nell'immagine corporea l'anatomia e la funzione dinamica del pavimento pelvico, e che abbia acquisito fiducia e sicurezza nella sua capacità di "comandare" bene questi muscoli e partecipare attivamente, da protagonista, ad un parto vaginale ben riuscito. L'intervento sul pavimento pelvico andrebbe integrato con l'insegnamento del training di rilassamento e/o con modalità di rilassamento fondate sullo yoga.
- **Assistenza accurata durante l'ultima parte del periodo dilatante e il periodo espulsivo**, con massaggio hands-on da parte dell'ostetrica, onde facilitare l'ulteriore distensione del perineo e del muscolo elevatore, dando al contempo alla donna la sicurezza di essere ben seguita individualmente.
- **Limitare l'episiotomia ai casi in cui sia indicata**, e curando che l'episiotomia sia effettuata per piani. Troppo spesso l'episiotomia viene fatta velocemente, con punti grossolani che non rispettano la ricostruzione anatomica e in particolare il perfetto riallineamento di due ventri muscolari dell'elevatore incisi dall'episiotomia. L'attenzione rigorosa all'asepsi dovrebbe evitare infezioni e guarigioni per seconda intenzione, con tutto il corollario di retrazioni cicatriziali e di dolore. Episiotomia e episiotomia costituiscono intervento semplice ma non banale che, se effettuato con negligenza o imperizia, può condizionare il futuro sessuale di moltissime donne, contribuendo a dispareunia ma anche a vulvodinia.

**L'intervento terapeutico nel post-partum** si articola in:

**a) intervento medico/ostetrico:**

- cura appropriata dell'episiotomia;
- auto massaggi per evitare cicatrici retraenti e favorire una maggiore elasticità del tessuto;
- igiene intima accurata che riduca il rischio di infiammazioni e ottimizzi il tempo di guarigione. Uno studio multicentrico italiano (Guaschino et Al, 2008) ha dimostrato che l'igiene intima con estratti di timo per un mese dopo il parto riduce significativamente la dispareunia e la secchezza, mentre migliora desiderio, eccitazione e orgasmo. La riduzione del dolore riduce l'effetto inibitorio sulle altre dimensioni della risposta sessuale, facilitando quindi una più rapida e soddisfacente ripresa dell'intimità;
- cannule vaginali con gel di palmitoiletanolamide, che possono essere utili per ridurre l'infiammazione e la secchezza, migliorando il trofismo vaginale;
- estrogeni locali (estriolo o estradiolo, due volte la settimana), dopo valutazione del ginecologo curante. Possono ripristinare rapidamente un adeguato pH vaginale e un ecosistema ottimale, riducendo il rischio di infiammazione, di infezioni e di secchezza vaginale;

- non ultimo, la cura di un'eventuale stipsi concomitante può ridurre la probabilità di infezioni ricorrenti da *escherichia coli*, *enterococcus faecalis* e simili saprofiti patogeni. In allattamento è molto indicato il macrogol, sostanza inerte che trattiene acqua aumentando la massa fecale facilitando il transito intestinale, e che anche in gravidanza ha raccomandazione di grado A.

#### b) **intervento psicosessuale**

- Va riservato **alla donna** nella quale emerga un parallelo problema di vissuto negativo del parto, di depressione post-partum, di difficoltà nel recupero di una positiva immagine corporea, di inibizione del desiderio in assenza o dopo la cura delle eventuali cause organiche di dispareunia;
- L'attenzione e il supporto **alla coppia** sono del pari importanti quando conflitti, difficoltà, incomprensioni, gelosie, anche nei confronti del bambino, rendano più difficile il recupero di una soddisfacente intimità fisica e psichica

#### **Bibliografia essenziale**

- Barrett G, Pendry E, Peacock J, Thakar R, Maymonda I. Women's sexual health after childbirth. BJOG 197; 186-95; 2000
- Glazener C. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. BJOG 104: 330-5; 1997
- Graziottin A. Il dolore segreto, Mondadori, Milano, 2005
- Graziottin A. La depressione post-partum - su [www.fondazionegraziottin.org](http://www.fondazionegraziottin.org) - voce: schede mediche
- Guaschino S, Benvenuti C; SOPHY Study Group
- SOPHY project: an observational study of vaginal pH and lifestyle in women of different ages and in different physiopathological conditions. Part I. Minerva Ginecol. 60(2):105-14; 2008
- Guaschino S, Benvenuti C; SOPHY Study Group. SOPHY project: an observational study of vaginal pH, lifestyle and correct intimate hygiene in women of different ages and in different physiopathological conditions. Part II. Minerva Ginecol. 60(5):353-62; 2008

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