

## Dispareunia dopo radioterapia oncologica: uno studio svedese

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

Stinesen Kollberg K, Waldenström AC, Bergmark K, Dunberger G, Rossander A, Wilderäng U, Åvall-Lundqvist E, Steineck G.

**Reduced vaginal elasticity, reduced lubrication, and deep and superficial dyspareunia in irradiated gynecological cancer survivors**

Acta Oncol. 2015 May; 54 (5): 772-9. doi: 10.3109/0284186X.2014.1001036. Epub 2015 Mar 11

Accertare se la ridotta elasticità vaginale e la carente lubrificazione conseguenti alla radioterapia si associno a dispareunia introitale o profonda: è questo l'obiettivo dello studio condotto da K. Stinesen Kollberg e collaboratori, del Dipartimento di Oncologia della Sahlgrenska Academy presso l'Università di Gothenburg, Svezia.

Lo studio ha coinvolto **616 donne**, di età compresa fra i 29 e gli 80 anni, trattate radiologicamente per un cancro ginecologico: di queste, **243 (39%)** avevano avuto rapporti sessuali nei precedenti sei mesi. L'analisi statistica dei dati raccolti ha evidenziato che:

- **144** donne su 243 (59%) soffrono di dispareunia;
- in particolare, **47** donne su 243 (**19%**) lamentano dispareunia introitale, **10 (4%)** dispareunia profonda e **87 (36%)** entrambe le forme di dolore;
- in presenza di una ridotta elasticità vaginale da radioterapia, il rischio relativo di dispareunia profonda è pari a **1.87** (CI 1.41-2.49);
- l'età e il gonfiore al basso addome sono **fattori di rischio indipendenti** per la dispareunia profonda.

Gli autori concludono sottolineando che, se si vuole curare o prevenire la dispareunia nella donne trattate radiologicamente per un cancro ginecologico, **si deve lavorare sull'elasticità vaginale** con l'uso di appropriati dilatatori.

Ulteriori studi potranno fornire indicazioni più precise in relazione alle due forme di dispareunia e alle migliori strategie per prevenire la riduzione dell'elasticità vaginale e curarne i sintomi.

### Commento della professoressa Graziottin

L'uso di dilatatori vaginali è senz'altro corretto e indicato, perché lavora sulla componente biomeccanica del dolore ai rapporti ("dispareunia"), nella componente che colpisce la donna all'inizio della penetrazione ("dispareunia introitale"), alla penetrazione profonda ("dispareunia profonda") o mista. Va bene nelle donne alle quali siano state conservate le ovaie, purché continuino a produrre estrogeni (cioè non siano in menopausa).

**Per tutte le donne cui siano state asportate le ovaie, insieme all'utero, o che siano già in menopausa**, l'intervento terapeutico con i soli dilatatori mi sembra un po' "minimalista". Da oncologa che lavora da decenni su questo problema ritengo che si possa fare molto di più. Per un risultato che rispetti e valorizzi la fisiologia della vagina e la qualità della sua risposta fisica è indispensabile ricorrere a un **trattamento multimodale**:

- **ORMONALE:** nelle donne che abbiano avuto un carcinoma squamoso della cervice uterina (causato dal Papillomavirus oncogeno nella maggioranza dei casi e che NON dipende dagli ormoni) si possono usare:

**1. estrogeni vaginali:** estradiolo o, ancor meglio, estriolo, perché efficace, leggero (è potente 1/80 dell'estradiolo) molto ben tollerato e per questo può essere usato in sicurezza per anni (con l'eccezione, ripeto, di tumori ormonodipendenti, come gli adenocarcinomi del collo dell'utero e dell'endometrio, che controindicano gli estrogeni, anche locali);

**2. testosterone locale, vulvare e vaginale,** che unisce all'azione positiva sulla lubrificazione e sulla congestione dei corpi cavernosi clitorideo, bulbovestibolare e uretrale, una preziosa azione antiinfiammatoria;

- **NON ORMONALE**, in tutte le donne che non vogliono o non possono usare le terapie ormonali, nemmeno locali. Sono indicati, e sarà il medico curante a scegliere i più adatti alla singola donna:

**1) gel locali, vaginali:**

1a) **gel all'acido ialuronico:** aiuta a ripristinare lo strato di glucosaminoglicani che riveste la parete vaginale e a ricostituire una mucosa vaginale più spessa, robusta e sana;

1b) **gel al colostro:** utilizza principi trofici, ossia nutritivi, che ricostruiscono le diverse componenti della parete vaginale con un meccanismo d'azione diverso dall'acido ialuronico;

1c) **gel a base di palmitoiletanolamide** (PEA): limita gli effetti negativi della radioterapia, ancor meglio se unito a terapia per bocca con lo stesso principio attivo, che ne attenua anche i danni a distanza. Per esempio, la PEA riduce la neuroinfiammazione dovuta alla "inondazione" del cervello da parte delle citochine infiammatorie che si liberano per la massiccia morte cellulare da radioterapia.

**2) farmaci non ormonali**, per bocca, come l'**ospemifene**, ora disponibile anche in Italia, mentre in USA è in commercio da due anni, con ottimi risultati clinici. Non è un ormone ed è stato approvato anche per le donne che hanno superato il tumore al seno. Può essere usato in sicurezza da chi abbia avuto tumori ginecologici e completato le cure. Si assume una compressa (60 mg) per bocca ogni sera. Per capire come agisce, è utile immaginare i recettori ormonali per gli estrogeni come una serratura. L'ospemifene è una chiave intelligente che cambia d'azione a seconda del tessuto in cui lavora. A livello del seno, entra nella chiave/recettore e la blocca: ecco perché è antiproliferativo e quindi protettivo, anche dopo tumore al seno (come il tamoxifen). A livello della vagina entra nella chiave/recettore e la attiva, regalando una buona lubrificazione e una recuperata salute della parte vaginale, a tutto spessore, vasi inclusi, rispettando quindi e valorizzando la risposta naturale se usato subito dopo la radioterapia. Tanto prima, tanto meglio, per evitare che l'effetto distruttivo della radioterapia sulla parete vaginale diventi irreversibile.

- **FISIOTERAPIA**, in cui la terapia di rilassamento dei muscoli del pavimento pelvico viene integrata con l'uso dei dilatatori vaginali;

- **LASER VAGINALE**, dopo il completamento della radioterapia. Ne esistono di vari tipi. È efficace, ma costoso. Mancano dati di sicurezza a lungo termine.

Con un'appropriata terapia multimodale è possibile mantenere un'ottima "abitabilità" e risposta sessuale vaginale, anche dopo radioterapia. Ma la terapia deve iniziare già in corso di trattamento: davvero, tanto prima, tanto meglio!