Il ruolo della fisioterapia nella cura del vaginismo â€“ Prima parte
Aspetti generali

Arianna Bortolami
Fisioterapista
Libero Professionista, Padova
Fondatore e Responsabile del Gruppo di Interesse Specialistico (G.I.S.) Riabilitazione del Pavimento Pelvico, Associazione Italiana Fisioterapisti (A.I.Fi.)
Dottore Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione

Introduzione

Il vaginismo è compreso nei **disturbi caratterizzati da dolore**, una delle disfunzioni sessuali femminili. E' definito come "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" (Basson et Al. 2004). Tale difficoltà o impossibilità alla penetrazione vaginale è dovuta ad **una contrazione involontaria** del muscolo elevatore dell'ano e di tutto il complesso muscolare del pavimento pelvico che circonda il canale vaginale e che, durante la penetrazione vaginale, dovrebbe invece rilassarsi e lasciarsi distendere dall'organo genitale maschile. Oltre a ciò è presente una condizione denominata "iperattività muscolare" o "ipertono muscolare", che consiste in **un aumento del tono di base** che è normalmente presente ogni muscolo del corpo.

Inoltre nel vaginismo è sempre presente **una condizione di fobia**, ossia di paura irrazionale e incontrollabile nei confronti della penetrazione, solitamente maggiore nel vaginismo primario. In tal caso la fobia, lungi dall'essere un "puro" stato psichico, quasi una sorta di nuvola nera posta al di sopra della testa della donna, è uno stato emotivo caratterizzato da precise alterazioni neurobiologiche cerebrali, come è stato recentemente dimostrato (Frasson et Al. 2009).

Il vaginismo può essere presente da sempre nella vita della donna (**vaginismo primario**), oppure insorgere in un determinato momento della vita (**vaginismo secondario o acquisito**) a causa di vari fattori (infezioni vaginali ripetute con conseguente stato infiammatorio, esiti dell'episiotomia effettuata durante il parto per via vaginale, secchezza vaginale dopo la menopausa con paura del dolore e/o di soffrire di cistiti post coitali, e così via). Soprattutto dopo l'episiotomia, è spesso presente anche **dispareunia**, definita come un "persistente o ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione o durante la penetrazione completa vaginale nel rapporto sessuale" (Basson et Al. 2004); in questi casi si ammette che la componente muscolare e il dolore determinino **un circolo vizioso**, autoalimentandosi a vicenda (**cfr. figura 1**) (Everaert et Al. 2001).

Per ulteriori approfondimenti sull'epidemiologia, le cause e le diverse tipologie del vaginismo, si vedano le schede mediche pubblicate in questo sito sullo stesso argomento (A. Graziottin, Il vaginismo, Prima parte: Che cos'è e quali sono i sintomi – Seconda parte: Da che cosa è provocato – Terza parte: Come lo si diagnostica – Quarta parte: Come lo si cura).

La fisioterapia è una terapia di tipo conservativo che in caso di vaginismo può essere utilizzata,

anche con altre opzioni terapeutiche, all'interno di **un approccio integrato multidisciplinare** (Graziottin 2004, 2008). E' indirizzata principalmente al muscolo elevatore dell'ano e a tutto il complesso muscolare del pavimento pelvico, con l'obiettivo di dare (vaginismo primario) o restituire (vaginismo secondario) alla paziente la possibilità di avere rapporti sessuali completi e soddisfacenti.

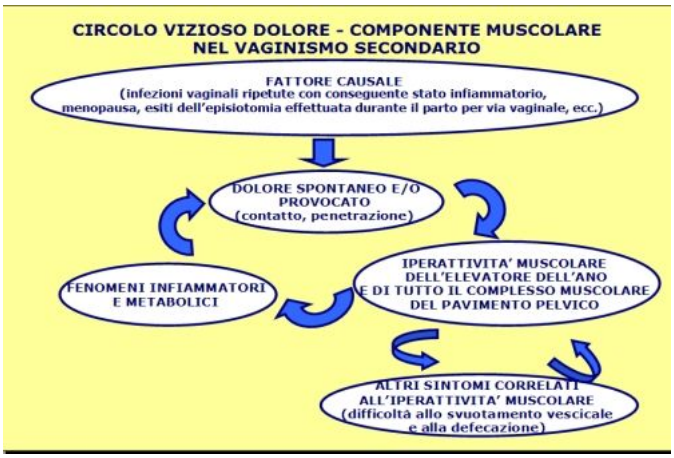


Fig. 1 - Circolo vizioso dolore-componente muscolare nel vaginismo secondario

I sintomi del vaginismo

La donna affetta da vaginismo riferisce impossibilità o difficoltà a realizzare la penetrazione vaginale; spesso, insieme a tale difficoltà, è riferita presenza di dolore e/o di uno stato ansioso alla sola idea di realizzare tale azione. Vengono riferite anche **reazioni motorie di allontanamento fisico dal partner**, come il respingimento con gli arti inferiori oppure il distacco fisico subito dopo il tentativo di penetrazione, accompagnato da crisi di pianto e sconforto.

Frequentemente i tentativi successivi sono accompagnati da **diminuzione o scomparsa dei fenomeni legati all'eccitazione**, come la lubrificazione vaginale, fino ad arrivare all'astensione da ogni tentativo di penetrazione e/o da altro contatto fisico che possa avere una valenza sessuale.

Spesso le donne affette da vaginismo hanno **un particolare rapporto con la zona genito-anale**: non hanno mai toccato questa parte o evitano il più possibile di farlo, a parte le pratiche necessarie per la pulizia, che può essere eseguita più frequentemente del necessario, o con l'utilizzo di guanti per evitare il contatto diretto con le mucose.

La vostra voce â€" Che cosa si prova...

Prima della terapia

Ogni volta che provo ad avere un rapporto completo, mi pare di "avere un muro" lì sotto, e questa stessa sensazione ce l'ha anche mio marito. Per me era così anche prima del matrimonio, anche con altri partner che ho avuto prima di mio marito. Questa condizione è davvero difficile, mi sento

diversa dalle mie amiche per parlano di come fanno sesso molto tranquillamente. Vorrei avere anch'io una vita sessuale normale!

Da quando ho avuto la Candida, più di un anno fa, ogni volta che provavo ad avere rapporti sentivo un forte bruciore durante la penetrazione, che aumentava sempre più e durava per tutto il giorno dopo. Poi, un po' alla volta, insieme al bruciore sono comparsi anche dolore e difficoltà ad avere la penetrazione, era come se la parte vaginale si chiudesse. Ora non riesco più ad avere rapporti completi; mio marito sta portando pazienza e anche io, ma non possiamo andare avanti così!

Le principali comorbilità

Talvolta l'ipertono del pavimento pelvico può determinare anche sintomi di tipo urologico e/o colon-proctologico (Messelink 2005; FitzGerald 2003; Frawley 2007). Nel primo caso possono essere presenti sintomi da svuotamento vescicale, come la necessità di dover aspettare qualche istante prima di riuscire a mingere (**attesa preminzionale**), il bisogno di dover spingere con l'addome per iniziare, continuare o finire la minzione (**utilizzo del torchio addominale**), la presenza di **un flusso urinario intermittente e non continuo**; possono inoltre manifestarsi sintomi della fase di riempimento vescicale, come **urgenza** e **frequenza** urinaria.
Nel caso di sintomi colon-proctologici, può essere presente stipsi, che si manifesta con difficoltà all'espulsione anche in presenza di stimolo alla defecazione, necessità di defecare più volte durante il giorno, senso di incompleto svuotamento, defecazione insoddisfacente.

Fisioterapia del pavimento pelvico: valutazione funzionale

La fisioterapia del pavimento pelvico inizia con la **valutazione funzionale**, che permette di porre in evidenza la condizione specifica della paziente, ai fini di poter personalizzare la fisioterapia, attraverso l'individuazione delle tecniche e degli strumenti più adeguati. Fanno parte della condizione della paziente i sintomi che vengono riferiti e i segni che sono individuati dal fisioterapista.
Viene quindi effettuata l'**anamnesi**, attraverso la quale, oltre alle caratteristiche del vaginismo, vengono indagati eventuali altri sintomi, già citati, correlati all'iperattività del pavimento pelvico.
Quando al vaginismo è correlata anche la dispareunia e/o la vestibolite e/o la vulvodinia, può essere utile descrivere la **mappa del dolore** (Graziottin 2004, 2006). Per ulteriori approfondimenti in proposito, si vedano le schede mediche sulla vestibolite vulvare disponibili su questo sito (A. Graziottin, Vestibolite vulvare e vulvodinia – Prima parte: Dalle cause alla diagnosi: l'iperattivazione del mastocita – Seconda parte: Dalle cause alla diagnosi: l'ipertono muscolare e l'iperattivazione del sistema del dolore – Terza parte: La terapia).
Successivamente all'anamnesi, viene effettuato l'**esame obiettivo**, che consiste nell'**osservazione visiva della zona perineale** e nella **valutazione manuale del pavimento pelvico**; quest'ultima può non essere possibile, a causa di un importante quadro di ipertono muscolare associato o meno a un grave stato di dolore vulvo-vestibolare, tali da rendere impossibile o molto doloroso il contatto con la zona perineale e/o la valutazione intravaginale.

Tale valutazione manuale può essere invece possibile durante la valutazione funzionale, ma non durante il rapporto sessuale; essa è pertanto situazionale. Nel caso di **fobia severa**, la valutazione manuale può essere possibile solo dopo che un adeguato trattamento farmacologico, eventualmente integrato con psicoterapia, avrà ridotto la risposta anticipatoria avversiva al contatto (Graziottin 2004, 2005, 2006, 2008; Graziottin e Rovei 2007). L'esplorazione manuale deve essere fatta con tatto e rispetto del vissuto emotivo della donna, così da evitare che possa essere vissuta come invasiva o traumatica (Graziottin 2004, 2008).
L'**esame obiettivo** permette la valutazione della **sensibilità**, dell'**attività riflessa** e dei **parametri muscolari** del pavimento pelvico.
La valutazione della **sensibilità** riguarda soprattutto la presenza di dolore, sia sulla zona vulvo-vestibolare, evidenziabile attraverso lo swab-test (Bachman et Al. 2006) o test del cotton-fioc, sia sull'elevatore dell'ano, valutabile, quando possibile, con la digitopressione effettuata per via vaginale (Chaitow 2007). Attraverso quest'ultima manovra, vengono individuati eventuali "trigger point" (Travell e Simons 1996), zone muscolari particolarmente tese e rigide, dolenti alla digitopressione, che possono generale dolore locale (**"trigger point" propriamente detti**) e/o irradiato in zona adiacenti o funzionalmente correlate (**"tender point"**).
I **parametri muscolari** del pavimento pelvico che vengono valutati riguardano il tono, il trofismo e l'attività motoria volontaria e involontaria.
Il **tono muscolare** può essere classificato secondo quanto illustrato nella scheda medica "Il vaginismo – Parte Prima: Che cos'è e quali sono i sintomi / Valutazione clinica di gravità del vaginismo", disponibile su questo sito.
Per il **trofismo muscolare** è necessaria la valutazione intravaginale, mentre l'attività volontaria e quella spontanea vengono osservate dapprima attraverso la richiesta verbale di contrarre la zona genitale come per trattenere l'urina e successivamente di rilassarla, tornando alla condizione precedente, e poi chiedendo alla paziente di provare a spingere come durante la defecazione. Successivamente la valutazione manuale intravaginale, quando possibile, permette di verificare più esattamente e quantificare le risposte della paziente alle richieste sopracitate.
Spesso l'**attività motoria spontanea e volontaria** del pavimento pelvico è alterata, frequentemente diminuita, a causa del dolore, che agisce come inibitore dell'attività muscolare stessa e conseguentemente dell'attività funzionale legata a quel distretto o gruppo muscolare.
Può essere utile valutare anche muscoli o distretti corporei contigui o funzionalmente correlati con il pavimento pelvico, come la parete addominale, il cingolo pelvico e così via. Essi possono da un lato attivarsi per compensare la difficoltà o l'impossibilità di eseguire le richieste sopracitate, dall'altro manifestare la difficoltà psico-motoria della paziente anche solo a mantenere la posizione ginecologica necessaria per la valutazione funzionale.

Fisioterapia del pavimento pelvico: trattamento terapeutico
Successivamente alla valutazione funzionale, viene effettuato il trattamento terapeutico, che viene personalizzato in relazione alla condizione della paziente.
Esso si sviluppa in **tre fasi**:
1. acquisizione e consapevolezza da parte della paziente dell'attività spontanea e volontaria del pavimento pelvico;

2. modificazione dei parametri muscolari alterati;
3. ripresa della funzione sessuale.

Per ogni fase vengono scelte le **tecniche** e gli **strumenti** più idonei (illustrati nella seconda parte di questa scheda, di prossima pubblicazione) per la paziente e per la sua condizione. Essi potranno anche essere modificati successivamente, a mano a mano che i sintomi e i segni evidenziati durante la valutazione si modificano.

Inoltre, per ogni fase, il fisioterapista può utilizzare **un diverso approccio alla zona genitale**, scegliendo se osservare e/o toccare questa parte, ai fini di favorire nella donna una condizione più confortevole e meno imbarazzante.

Approfondimenti specialistici

Bachmann G.A. Rosen R. Pinn V.W. Utian W.H. Ayers C. Basson R. Binik Y.M. Brown C. Foster D.C. Gibbons J.M. Jr. Goldstein I. Graziottin A. Haefner H.K. Harlow B.L. Spadt S.K. Leiblum S.R. Masheb R.M. Reed B.D. Sobel J.D. Veasley C. Wesselmann U. Witkin S.S.
Vulvodynia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management
Jun 51 (6): 447-456, 2006

Basson R. Leiblum S. Brotto L. Derogatis L. Fourcroy J. Fugl-Meyer K. Graziottin A. Heiman JR. Laan E. Meston C. Schover L. van Lankveld J. Schultz W.W.
Revised definitions of women's sexual dysfunction
J Sex Med 1 (1): 40-8, 2004

Chaitow L.
Chronic pelvic pain: Pelvic floor problems, sacroiliac dysfunction and the trigger point connection
Journal of Bodywork and Movement Therapies (2007) 11, 327–339

Everaert K. Devulder J. De Muynck M. et Al.
The pain cycle: implications for the diagnosis and treatment of pelvic pain syndromes
Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 12 (1): 9-14, 2001

FitzGerald M.P. Kontarinos R.
Rehabilitation of the short pelvic floor. I: Background and patient evaluation
Int Urogynecol J 14: 261-228, 2003

Frasson E. Graziottin A. Priori A. Dall'Ora E. Didonè G. Garbin E.L. Vicentini S. Bertolasi L.
Central nervous system abnormalities in vaginismus
Clin Neurophysiol. 2009 Jan; 120 (1): 117-122

Frawley H. Bower W.
Pelvic pain
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, 2007

Graziottin A.
Il ginecologo e la dispareunia
In: Leiblum S.R. Rosen R. (Eds), Principi e pratica di terapia sessuale, Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2004, p. 248-267

Graziottin A.
Sexual pain disorders in adolescents
In: Proceedings of the 12th World Congress of Human Reproduction, International Academy of Human Reproduction, Venice 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2005, p. 434-449

Graziottin A.
Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus
in: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, 2006, p. 342-350

Graziottin A.
Dyspareunia and vaginismus: review of the literature and treatment
Current Sexual Health Reports, Vol. 5, Issue 1: March 2008, p. 43-50

Graziottin A. Rovei V.
Sexual pain disorders
in: Owens A.F. Tepper M.S. (Eds), Sexual Health, Praeger, Westport (CT, USA) - London (UK), 2007, p. 287-313

Messelink B. Benson T. Berghmans B. et Al.
Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the Pelvic Floor Clinical Assessment Group of the International Continence Society
Neurourol and Urodyn 24: 374-380, 2005

Travell J.G. Simons D.G.
Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual
Lippincot William & Wilkins, 2a edizione, 1992
(trad. it. Dolore muscolare. Diagnosi e terapia, Ghedini Editore, 1996)

Curriculum professionale della dott.ssa Arianna Bortolami

Nata a Padova, il 29/11/1963, diplomata come Terapista della Riabilitazione nel 1988 presso l'Istituto "La Nostra Famiglia" di Conegliano Veneto (Treviso) (votazione 60/60), consegue la **laurea in Fisioterapia** (nuovo ordinamento didattico) nel 2003 presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'università di Padova (votazione 110 e lode) e presso la stessa università nel 2007 la **laurea Specialistica in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione** (votazione

110 e lode).

Ha prestato servizio sia presso strutture pubbliche, come Aziende Sanitarie Locali o Aziende Ospedaliere, sia presso strutture private. A tutt'oggi svolge attività libero-professionale.

Si occupa di **riabilitazione del pavimento pelvico** dal 1998, sia in relazione a sintomi da disfunzione urinaria (incontinenza, ritenzione, ecc.), da disfunzione ano-rettale (incontinenza fecale, stipsi, ecc.), da alterazione della statica pelvica (prolasso), sia relativamente alle sindromi dolorose perineali e alle disfunzioni sessuali da disfunzione muscolare.

Ha frequentato numerosi corsi e congressi riguardanti le disfunzioni del pavimento pelvico; successivamente ha partecipato in qualità di **relatore, docente e moderatore a corsi e congressi** dello stesso argomento, sia in ambito locale, sia presso le società e associazioni del settore a rilevanza nazionale.

E' stata è docente a contratto per la materia "Riabilitazione Genito-Urologica" presso il corso di laurea in Fisioterapia, facoltà di Medicina e Chirurgia, università dgli Studi di Verona dall'anno accademico 2002-03 all'anno accademico 2006-07.

E' fondatore e responsabile del **Gruppo di Interesse Specialistico (GIS) Riabilitazione del Pavimento Pelvico** all'interno dell'Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFi).

E' componente del Comitato Scientifico della **Federazione Italiana INCOntinenti** (Finco), dal 2008, e del Direttivo della **Società Italiana di Pelvi-Perineologia e Urologia Femminile Funzionale** (Sipuf), dal 2009.

E' autore del testo scientifico **"Riabilitazione del pavimento pelvico"**, edito da Elsevier Masson nel maggio 2009.

Ha pubblicato su riviste locali e nazionali articoli relativi alla riabilitazione del pavimento pelvico.



La dottoressa Arianna Bortolami