La fisioterapia nelle disfunzioni sessuali femminili - Seconda parte

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

Intervento terapeutico

L'intervento fisioterapico per le disfunzioni del pavimento pelvico viene realizzato in **tre fasi, consecutive tra loro**:

a. **consapevolezza** dell'attività motoria dei muscoli del pavimento pelvico;
b. **normalizzazione** dei parametri muscolari alterati;
c. **recupero** funzionale.

L'eventuale presenza di **dolore** viene affrontata in tutte le fasi sopracitate.

L'obiettivo della **prima fase** consiste nel far apprendere alla paziente le diverse attività motorie del pavimento pelvico, zona solitamente poco conosciuta da questo punto di vista; nella **seconda fase** l'obiettivo è quello di restituire ai muscoli del pavimento pelvico adeguati parametri (forza, endurance, rilassamento, coordinazione motoria con strutture e organi ad esso correlati); nella **terza ed ultima fase**, lo scopo si identifica nel miglioramento e/o nel ripristino della funzione alterata attraverso l'utilizzo di quanto precedentemente appreso e realizzato con tecniche e strumenti.

Inoltre per ogni fase il fisioterapista può utilizzare **un diverso approccio alla zona genitale** (**Tab. 3**), scegliendo se osservare e/o toccare questa parte, ai fini di favorire nella donna una condizione più confortevole e meno imbarazzante (**Fig. 3**).

Tabella 3. Modalità di approccio alla zona genitale nella fisioterapia del pavimento pelvico

- **Modalità extravaginale**: il fisioterapista è lontano dalla zona perineale, non la tocca né la vede (per esempio paziente in piedi, vestito e fisioterapista al suo fianco, oppure paziente supino, o seduto sul lettino e svestito nella parte inferiore del corpo, e fisioterapista seduto di lato al paziente)

- **Modalità perivaginale**: il fisioterapista guarda e/o tocca la zona genitale; mantiene anche un contatto visivo con la paziente

- **Modalità intravaginale**: il fisioterapista esegue manovre intracavitarie, che possono permettere il contatto visivo con la paziente

© 2010 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org



Figura 3. Modalità di approccio alla zona genitale di tipo extra vaginale: il fisioterapista fornisce indicazioni verbali sull'esecuzione di esercizi terapeutici, senza contatto visivo o tattile con la zona genitale, così da favorire una condizione più confortevole e meno imbarazzante alla paziente

Tecniche e strumenti: panoramica

Le **tecniche** e gli **strumenti** che possono essere utilizzati nella fisioterapia del pavimento pelvico in caso di disfunzioni sessuali femminili sono (**Tab. 4**):

1. l'esercizio terapeutico;
2. la terapia manuale ortopedica;
3. l'autotrattamento e il trattamento domiciliare;
4. il trattamento comportamentale e le modificazioni dello stile di vita;
5. il biofeedback;
6. la stimolazione elettrica funzionale;
7. i dilatatori vaginali;
8. i coni vaginali;
9. i prodotti topici non farmacologici.

Tabella 4. Tecniche e strumenti utilizzati nella fisioterapia per il pavimento pelvico in caso di disfunzione sessuale femminile associata a disfunzione del pavimento pelvico

Disfunzione sessuale associata a pavimento pelvico IPOVALIDO:	Disfunzione sessuale associata a pavimento pelvico IPERATTIVO:
➢ ESERCIZIO TERAPEUTICO ➢ BIOFEEDBACK ➢ AUTOTRATTAMENTO E TRATTAMENTO DOMICILIARE ➢ STIMOLAZIONE ELETTRICA FUNZIONALE ➢ CONI VAGINALI	➢ ESERCIZIO TERAPEUTICO ➢ TERAPIA MANUALE ORTOPEDICA ➢ BIOFEEDBACK ➢ DILATATORI VAGINALI ➢ AUTOTRATTAMENTO E TRATTAMENTO DOMICILIARE ➢ TRATTAMENTO COMPORTAMENTALE E MODIFICAZIONI DELLO STILE DI VITA ➢ STIMOLAZIONE ELETTRICA FUNZIONALE (Tens) ➢ PRODOTTI TOPICI NON FARMACOLOGICI

Esercizio terapeutico

Per "esercizio terapeutico" si intende "il movimento del corpo, o di una parte di esso, al fine di alleviare i sintomi o di migliorare una funzione" (Licht 1984).
Nel caso delle disfunzioni sessuali femminili, viene innanzitutto spiegata alla paziente **la relazione esistente tra i suoi sintomi e la componente muscolare del pavimento pelvico**, utilizzando immagini e modelli anatomici (**Fig. 4**); ciò al fine sia di favorire il processo di percezione e consapevolezza del pavimento pelvico, sia di far conoscere e favorire il raggiungimento degli obiettivi terapeutici.
Poi, attraverso esercizi terapeutici indirizzati alla regione genito-anale, corrispondente alla porzione muscolare del pavimento pelvico, **vengono coscientizzate e/o apprese le diverse azioni del pavimento pelvico**. Più specificatamente, nelle condizioni di **ipovalidità** e disfunzioni sessuali ad esse correlate, viene favorito il ripristino dei parametri muscolari relativi a forza ed endurance, enfatizzando l'azione di contrazione volontaria; nelle condizioni di **iperattività** viene invece favorito il ripristino dei parametri muscolari relativi al rilassamento (**Fig. 5**) e alla coordinazione muscolare.



Figura 4. Facilitazione della conoscenza e consapevolezza del pavimento pelvico, fase prima del processo terapeutico in fisioterapia: utilizzando immagini anatomiche, viene spiegato alla paziente la relazione esistente tra i suoi sintomi e la componente muscolare del pavimento pelvico



Figura 5. Esempio di esercizio terapeutico effettuato in caso di iperattività muscolare del pavimento pelvico, durante il quale viene favorito il rilassamento di tale complesso muscolare

Terapia manuale ortopedica

La terapia manuale ortopedica è "un'area specializzata della fisioterapia **per la gestione delle condizioni neuro-muscolo-scheletriche**, basata sul ragionamento clinico, che utilizza un approccio al trattamento altamente specifico che include tecniche manuali ed esercizi terapeutici. La Terapia Manuale Ortopedica comprende ed è guidata anche dall'evidenza scientifica e clinica disponibile e dal contesto biopsicosociale di ogni singolo paziente (*Voted at General Meeting in Cape Town, March 2004*)" (cfr. **International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists - Ifomt**).

Le tecniche utilizzate comprendono mobilizzazioni articolari e del tessuto, massaggio, stretching, massaggio connettivale, trattamento degli esiti cicatriziali; nel caso di disfunzione del pavimento pelvico correlata a disfunzione sessuale, la terapia manuale è finalizzata al **trattamento di trigger e tender point**, ad incrementare lo spazio dell'introito vaginale, a desensibilizzare tale area quando dolorosa.

Autotrattamento e trattamento domiciliare

Con questi termini viene indicata l'attività da eseguire al di fuori della sede ambulatoriale, ai fini di favorire il raggiungimento degli obiettivi terapeutici (conoscenza della zona perineale, ripristino di corretti parametri muscolari e così via).

Fanno parte quindi di questa attività l'esecuzione di esercizi domiciliari precedentemente appresi durante le sedute di fisioterapia e l'utilizzo di specifici strumenti (biofeedback, dilatatori vaginali, stimolazione elettrica funzionale, eccetera), che illustriamo successivamente.

Per la programmazione dell'autotrattamento e del trattamento domiciliare, viene considerata la condizione della paziente negli aspetti **soggettivi** (sintomi) e **oggettivi** (segni, collaborazione al trattamento) rapportati al momento terapeutico, al fine di mantenere nell'esecuzione del compito **un adeguato livello di difficoltà** e soddisfare così gli obiettivi terapeutici precedentemente pianificati (Bortolami 2009b) (**Tab. 5**).

Tabella 5. Elementi da considerare per la pianificazione dell'autotrattamento e del trattamento domiciliare. Essi considerano sia la disfunzione sessuale, sia eventuali sintomi relativi alle comorbilità.

- Sintomi riferiti
- Funzione alterata
- Alterazione della qualità di vita
- Stato muscolare
- Ambiente di vita, abitudini e aspetti organizzativi della paziente (possibilità di eseguire gli esercizi terapeutici, ecc.)
- Quantificazione degli esercizi (in numero o in minuti)
- Possibilità di sperimentare durante l'attività funzionale quanto appreso nel setting terapeutico
- Aspetti psicoemotivi e relazionali (collaborazione, capacità di apprendimento, sicurezza di sé ecc.)

Trattamento comportamentale e modificazioni dello stile di vita

In caso di disfunzione sessuale associata a condizioni infiammatorie e conseguente dolore con ipertono muscolare, come nel caso della **vestibolite vulvare**, può essere utile l'individuazione di fattori di rischio che possano aver provocato o che alimentino tale condizione (cistiti, vaginiti, uretriti; attività sportiva inadeguata come cyclette o spinning; utilizzo eccessivo di salvaslip, abbigliamento troppo aderente), e/o compensi e abitudini conseguenti ad essa che possono sostenere la condizione patologica stessa (detersione eccessiva della zona perineale e così via) (**Fig. 6**).

L'informazione verbale sugli effetti dei fattori di rischio e delle abitudini, e la correzione di questi, quando possibile, possono contribuire alla risoluzione o alla gestione dello stato infiammatorio che sta sostenendo la disfunzione muscolare e sessuale (Bortolami 2009c).

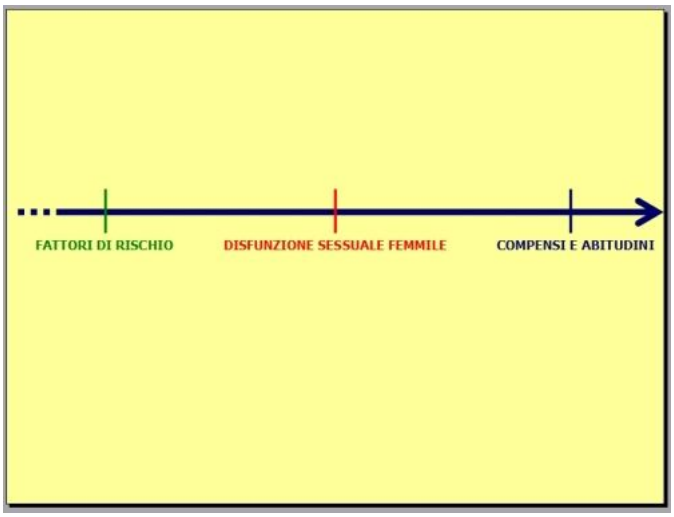


Figura 6. Considerazione della disfunzione sessuale femminile nella terapia comportamentale: vengono individuati i fattori di rischio che possono aver contribuito all'instaurarsi di sintomi, così come i compensi e le abitudini adottati successivamente dalla paziente e che possono peggiorarne l'evoluzione

Biofeedback

Consiste in uno strumento elettromedicale che permette di **trasformare l'azione muscolare del pavimento pelvico in uno stimolo visivo e/o sonoro**. Tale azione viene rilevata attraverso un'apposita sonda (**Fig. 7**) posta nello spazio intravaginale e trasformata dal computer in un segnale udibile o visibile su monitor. In questo modo la paziente è facilitata nell'apprendimento dell'attività motoria del pavimento pelvico attraverso **altri canali** (visivo e uditivo) rispetto a quello utilizzato solitamente e relativo alla percezione proveniente dal corpo (propriocezione). Più specificatamente, per le pazienti con **ipovalidità** muscolare i parametri muscolari da incrementare sono relativi alla forza e all'endurance (**Fig. 8**), mentre per quelle con **iperattività** viene favorito l'apprendimento e il rilassamento muscolare (**Fig. 9**).

A seconda delle funzioni, delle capacità di memoria e della praticità d'uso, lo strumento può essere utilizzato in ambito ambulatoriale, oppure autonomamente dalla paziente in sede domiciliare.



Figura 7. Esempio di sonda vaginale impiegata per l'utilizzo del biofeedback elettromiografico e somministrazione di stimolazione elettrica a scopo antalgico (Tens)



Figura 8. Esempio di utilizzo di biofeedbak in caso di disfunzione sessuale femminile correlata a ipovalidità del pavimento pelvico: la paziente contrae tale complesso muscolare fino a raggiungere la linea retta e mantiene la contrazione per più secondi

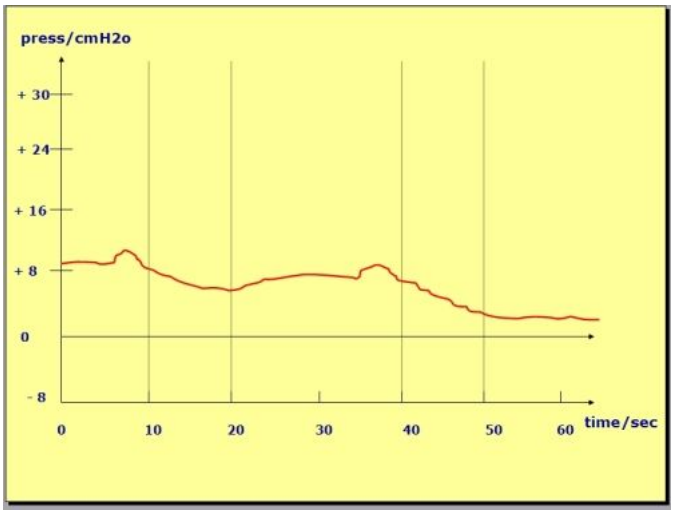


Figura 9. Esempio di utilizzo di biofeedbak in caso di disfunzione sessuale femminile correlata a iperattività del pavimento pelvico: la paziente è invitata a rilassare volontariamente il pavimento pelvico quando la linea rossa raggiunge gli spazi compresi tra le colonne

Stimolazione elettrica funzionale

Questa tecnica strumentale viene utilizzata sia in caso di disfunzioni sessuali correlate a ipovalidità muscolare, sia in relazione a dolore.

Nel caso di **ipovalidità muscolare**, viene utilizzato il principio secondo il quale un muscolo stimolato elettricamente risponde con la contrazione. Attraverso tale stimolazione pertanto è possibile migliorare il tono e il trofismo muscolare, e i parametri muscolari relativi a forza ed endurance.

In caso invece di **disfunzioni sessuale correlate a dolore**, per quest'ultimo sintomo può essere utile la somministrazione di un TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator), che utilizza il principio del **gate control**, con il quale si realizza un'inibizione del sintomo attraverso una stimolazione di circuiti neuronali che coinvolgono il midollo spinale.

Dilatatori vaginali

Questo strumento permette una dilatazione progressiva del canale vaginale e delle strutture ad esso correlate, come il complesso muscolare del pavimento pelvico e più specificatamente l'elevatore dell'ano, che circonda il canale vaginale.

Sono costituiti da un set, solitamente di 4 o 5 dilatatori, a diametro e lunghezza crescente. Viene utilizzato il principio della **capacità dei tessuti di adattarsi allo stiramento**, nonché del muscolo di allungarsi senza determinare una contrazione in risposta a tale stimolo. La loro indicazione è relativa alla difficoltà o all'impossibilità alla penetrazione vaginale e all'eventuale dolore ad essa associato. Il loro utilizzo, da un lato, permette una dilatazione progressivamente crescente realizzata **evitando la contrazione muscolare** che determina la difficoltà o l'impossibilità alla penetrazione e/o il sintomo doloroso; dall'altro, può contribuire alla (ri)costruzione di **feedback positivi nella zona perineale** (assenza di dolore, presenza di piacere), a fronte di un feedback negativo (bruciore, dolore, ansia da penetrazione).

Può essere utile che l'uso dei dilatatori sia preceduto dall'apprendimento di **esercizi terapeutici**

finalizzati alla coscientizzazione dell'attività motoria volontaria del pavimento pelvico, e da una **terapia manuale ortopedica** finalizzata al trattamento di trigger point presenti sull'elevatore dell'ano. L'uso dello strumento viene associato a quanto appreso durante tali esercizi, così da rendere possibile o facilitare l'introduzione del dilatatore.

Coni vaginali

E' uno strumento che permette l'aumento di tono e trofismo, forza ed endurance muscolari ed è quindi indicato nelle disfunzioni sessuali femminili correlate a ipovalidità. E' costituito da un set di dispositivi a forma di cono, con peso crescente. L'utilizzo prevede il posizionamento per alcuni minuti al giorno nel terzo inferiore del canale vaginale del cono che la paziente riesce a mantenere in situ in posizione eretta. Tale posizionamento, attraverso un meccanismo di feedback, attiva la contrazione dell'elevatore dell'ano, che cerca di tenere il cono in sede. Il miglioramento dei parametri muscolari permette il passaggio al cono con peso superiore.

Prodotti topici non farmacologici

Il loro utilizzo è complementare alla terapia farmacologica e risulta utile per l'azione lubrificante e antinfiammatoria sulla mucosa vaginale.
Questi prodotti vengono pertanto usati in caso di disfunzione sessuale femminile caratterizzata da dolore, sia come autotrattamento, sia durante l'esecuzione di manovre terapeutiche da eseguirsi in sede intravaginale o sulla zona vulvo-vestibolare.

Valutazione dei risultati

La valutazione dei risultati della fisioterapia viene effettuata al termine della terapia; tale momento è individuato quando, a fronte della pianificazione effettuata precedentemente nonché dell'utilizzo di tecniche e strumenti secondo i tempi e i modi descritti, **le modificazioni dei sintomi e dei segni considerati nella valutazione funzionale possono essere considerate definitive**.
La valutazione riguarda in prima istanza **l'aspetto soggettivo riferito dalla paziente**, costituito dai **sintomi** riferiti e dal loro impatto sulla qualità di vita (per esempio, dispareunia con conseguente evitamento dei rapporti sessuali e successiva modificazione dei rapporti coniugali). Tale valutazione può essere effettuata sia con **colloquio verbale**, sia con la somministrazione dei **questionari** già utilizzati nella valutazione funzionale e il confronto dei risultati.
Tale aspetto soggettivo va poi rapportato agli **elementi oggettivi** (costituiti dai **segni**, ad esempio i parametri muscolari del pavimento pelvico) sui quali le tecniche e gli strumenti hanno agito. Questi possono essere valutati con test e strumenti quali le **scale di valutazione** muscolare, l'**elettromiografo** e così via.
La misurazione dei risultati deve essere effettuata **con gli stessi strumenti** utilizzati nella valutazione funzionale iniziale.
Nel caso in cui i risultati della fisioterapia non siano risultati soddisfacenti per la paziente e per la qualità della sua vita, essa verrà indirizzata verso **altri approcci terapeutici** (per esempio, la

tossina botulinica in caso di ipertono muscolare).

Conclusioni

Le disfunzioni muscolari del pavimento pelvico possono essere causa, conseguenza, o sostenere le disfunzioni sessuali femminili. Tali disfunzioni muscolari si identificano nell'ipovalidità o nella iperattività del pavimento stesso.

La fisioterapia del pavimento pelvico è **un'opzione terapeutica indirizzata a questa condizione muscolare**. Data la sua ridotta invasività, e la scarsità di effetti collaterali e di controindicazioni, può essere considerata **un'efficace terapia in caso di disfunzioni sessuali femminili accompagnate da disfunzione muscolare del pavimento pelvico, all'interno di una condotta diagnostico-terapeutica di tipo multidisciplinare**.

Tale approccio terapeutico si diversifica a seconda della disfunzione muscolare presentata.

Approfondimenti specialistici

Bachmann GA, Rosen R, Pinn VW, Utian WH, Ayers C, Basson R, Binik YM, Brown C, Foster DC, Gibbons JM Jr, Goldstein I, Graziottin A, Haefner HK, Harlow BL, Spadt SK, Leiblum SR, Masheb RM, Reed BD, Sobel JD, Veasley C, Wesselmann U, Witkin SS.
Vulvodynia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management
J Reprod Med. 2006 Jun; 51(6): 447-456

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 WW.
Revised definitions of women's sexual dysfunction
J Sex Med 1(1): 40-8, 2004

Bø K, Talseth T, Vinsnes A.
Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women
Acta Obstet Gynecol Vol. 79, No. 7, 598-603, 2000

Bø K, Sherburn M.
Visual observation and palpation
In Bø K, Berghmans B, Morkved S et al. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Edimburgo, Churchill Livingstone Elsevier, 2007

Bortolami A.
Valutazione funzionale del pavimento pelvico
In Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson 2009a

Bortolami A.

Autotrattamento e trattamento domiciliare
In Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson 2009b

Bortolami A.
Trattamento comportamentale e modificazioni dello stile di vita
In Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson 2009c

Butrick CW, Sanford D, Hou Q, Mahnken JD.
Chronic pelvic pain syndromes: linical, urodynamic, and urothelial observations
Int Urogynecol J 20: 1047-1053, 2009

Buyten J, Oosterlinck W.
The pain cycle: implications for the diagnosis and treatment of pelvic pain syndromes
Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 12 (1): 9-14, 2001

Chaitow L.
Chronic pelvic pain: Pelvic floor problems, sacroiliac dysfunction and the trigger point connection
J Bodywork and Movement Therapies 11, 327-339, 2007

DSM-IV - Andreoli V., Cassano G. B., Rossi R.
Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, IV edizione Elsevier 2002

Doggweiler-Wiygul R, Wiygul JP.
Interstitial cystitis, pelvic pain, and the relationship to myofascial pain and dysfunction: a report on four patients
World J Urol (2002) 20: 310-314

Everaert K, Devulder J, De Muynck M, Stockman S, Depaepe H, De Looze D, Van Buyten J, Oosterlinck W.
The pain cycle: implications for the diagnosis and treatment of pelvic pain syndromes
Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 12 (1): 9-14, 2001

Fall M, Baranowski AP, Elneil S et Al.
European Association of Urology EAU guidelines on chronic pelvic pain. 2008

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

Frawley H, Bower W. Pelvic pain. In Bø K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M.
Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor, Churchill Livingstone Elsevier, 2007

Graziottin A.

Female sexual dysfunction
In Bø K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Churchill Livingstone Elsevier, 2007

Howard FM.
Chronic Pelvic Pain
Obstet and Gynecol 101(3): 594-611, 2003

Holley RL, Varner RE, Gleason BP, Apffel LA, Scott S.
Sexual function after sacrospinous ligament fixation for vaginal vault prolapse
J Reprod Med 1996; 41: 355-8

Jarrel J.
Myofascial Dysfunction in the Pelvis
Current Pain and Headhache Reports 2004, 8: 452: 456

Kalichman L.
Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women
Clin Rheumatol 28: 365-369, 2009

Licht S.
Storia
In Basmajian JV L'esercizio terapeutico. Padova, Piccin, 1984

Marnach ML, Casey PM.
Understanding women's sexual health: a case-based approach
Mayo Clin Proc. Dec; 83 (12): 1382-6, 2008

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 Urodyn 24: 374-380, 2005

Paraiso MF, Ballard LA, Walters MD, Lee JC, Mitchinson AR.
Pelvic support defects and visceral and sexual function in women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction
Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 1423–30

Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Deho F, Fabbri F, Colombo R, Guazzoni G, Di Girolamo V, Rigatti P, Montorsi F.
Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: Results of a cross-sectional study
Eur Urol 2004; 45: 642-8

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

Wang JY, Varma MG, Creasmen JM, Subak LL, Brown JS, Thon DH, Van Den Eeden SK.
Pelvic floor disorders and quality of life in women with self-reported irritable bowel syndrome
Aliment Pharmacol Ther 2010 Feb 1; 31 (3) :424-31

Weiss GM.
Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome
J Urol 166 (6): 2226-2231, 2001

Wurn LJ, Wurn EF, King III CR, Roscow AS, Scharf ES, Shuster JJ.
Improving sexual function in patients with endometriosis via a pelvic physical therapy
Fertility & Sterility Vol. 86, Suppl 2, 2006

Voorham-van der Zalm PJ, Lycklama A, Elzevier HW, Putter H, Pelger RC.
Diagnostic investigation of the pelvic floor: a helpful tool in the approach in patients with complaints of micturition, defecation, and/or sexual dysfunction
J Sex Med Apr; 5 (4): 864-71, 2008

© 2010 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org