

# Lettere

## RELAZIONE TRA STIPSI E APPARATO GENITALE FEMMINILE

ALESSANDRA GRAZIOTTIN

Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica  
H. San Raffaele Resnati, Milano

### Introduzione

Il setto retto-vaginale può essere considerato una "struttura-barriera" che separa clinicamente il proctologo e/o gastroenterologo dal ginecologo, con importanti ripercussioni nella pratica ambulatoriale quotidiana e nell'indagine scientifica<sup>1-10</sup>. Patologie dell'ano-retto, patologie gastroenterologiche e patologie ginecologiche o sessuali sono spesso presenti nella singola donna, senza che dagli specialisti venga presa in considerazione la loro comorbilità, ancora sottostimata<sup>1,2,8-10</sup>. La situazione più frequente è rappresentata dalla stipsi cronica da disfunzione motoria del colon, da disfunzione ano-retale e da alterazioni psicocomportamentali. La stasi fecale può ripercuotersi a livello ginecologico, urologico e sessuale. Nelle disfunzioni sessuali femminili e nella dispareunia in particolare raramente viene considerato un possibile coinvolgimento anche di fattori intestinali, in particolare di disturbi dell'evacuazione e di iperattività del pavimento pelvico che possono alimentare sia i disturbi sessuali caratterizzati da dolore, sia la stipsi di tipo ostruttivo. La riabilitazione del pavimento pelvico e il miglioramento della funzione intestinale possono avere ripercussioni positive anche sulla sfera ginecologica e sessuale<sup>1,10</sup>. Studi controllati sono necessari per meglio definire la percentuale di comorbilità, i meccanismi fisiopatologici condivisi e le strategie terapeutiche può nettamente migliorare sia la capacità diagnostica e terapeutica di ciascun clinico, sia la soddisfazione del/la paziente, che vede finalmente letti in una visione strategica d'insieme sintomi e segni solo apparentemente disparati.

### Comorbilità di interesse ginecologico e gastroenterologico

Lo scenario clinico è di grande interesse. Ginecologo e gastroenterologo condividono molteplici prospettive:

a) **fisiopatologiche**. Molte comorbilità nascono da basi fisiopatologiche comuni alle patologie delle due discipline. Fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento sono spesso condivisi tra ginecologia e gastroenterologia, per ragioni neurochimiche, ormonali, immunitarie, muscolari, meccaniche, vascolari, relative agli ecosistemi di pertinenza, relative al dolore e, non ultimo, psicosessuali.

Basti pensare a crescenti evidenze sul ruolo:

- **del mastocita** nelle patologie infiammatorie nel dolore gastroenterico (specie nella "sindrome del colon irritabile" ma anche nella colite ulcerosa) e nei quadri infiammatori emergenti in ambito ginecologico (endometriosi e vestibolite vulvare) e anche urologico (cistiti recidivanti, cistite interstiziale)<sup>3-5,9</sup>;
- **della serotonina**, nella regolazione della motilità del colon e nelle sindromi disfunzionali psicoemotive e algiche nella donna, tra cui sindrome premenstruale e flares algici premenstruali, oltre che a correlati somatici (gastrointestinali e ginecologici) della depressione<sup>1,5,9</sup>;
- **degli ormoni sessuali**, di cui oggi crescentemente comprendiamo il ruolo anche nella fisiopatologia digestiva; o della gravidanza, per esempio nella genesi/aggravamento della pa-

tologia emorroidaria<sup>1,8,9,10</sup>;

- **di infezioni sistemiche**, a torto ritenute banali, quali la **candidosi** – specie iatrogena, conseguente all'abuso di antibiotici nella pratica clinica, di cui spesso il colon è il serbatoio (il "mandante occulto") che alimenta vaginiti e cistiti recidivanti micotiche e iperattività reattive del mastocita<sup>9,10</sup>;
- **di germi intestinali**, quali E. coli Enterococcus faecalis etc, nelle genesi di vaginiti e cistiti recidivanti, specie in condizioni ipoestrogeniche<sup>1</sup>;
- **del muscolo elevatore dell'ano**, nei suoi stati di: i) **ipertono**, che sottendono la **stipsi ostruttiva**, il **vaginismo** e la **dispareunia**, le **cistiti recidivanti**, oltre che sindromi dolorose acute, accessionali, o croniche, da mialgia; ii) **ipotono**, che predispone a incontinenze fecali, urinarie e iposensibilità coitale; iii) **esiti iatrogeni**, che possono tradursi in ipertoni reattivi al dolore, con sindromi algiche complesse pelviche e distrettuali; in ipotoni, con peggioramento di quadri disfunzionali relativi alle funzioni di continenza; e in alterazioni più drammatiche della statica e della dinamica pelvica con prolapsi posteriori, centrali e anteriori<sup>1,2,9,10</sup>;
- **di malattie genetico-immunitarie quali la celiachia**, con i suoi correlati di infertilità, dismenorrea e dispareunia<sup>9</sup>;
- **di malattie autoimmuni, quali la sindrome di Sjogren**, e le sue ripercussioni orali, gastroentericali, vaginali (secchezza) e sessuali (dispareunia)<sup>9</sup>;
- **di malattie neurologiche**, quali per esempio la sclerosi multipla, nelle sue declinazioni sintomatologiche gastroenterologiche, sessuologiche (anorgasmia, dispareunia) e ginecologiche (vulvodinia); o le sindromi compressive del nervo pudendo, con quadri algici perineali e vulvari<sup>9</sup>;
- **dell'invecchiamento**, come processo multisistemico, nella genesi o nel peggioramento di comorbilità ginecologiche gastroenterologiche, quali stipsi e vaginiti/cistiti recidivanti da E.Coli).

b) **cliniche**:

Con *prospettiva ginecologica*, sono rilevanti:

- **variazioni ormonali durante il ciclo**, le **disfunzioni gastroentericali** (alvo stiptico o diarroico) e i **flares di dolore pelvico e colico premenstruali e mestruali** (per esempio nell'endometriosi)<sup>1,9,10</sup>;
- **sindrome premenstruale**, in cui le alterazioni ormonali e neurochimiche, specie a carico del sistema serotoninergico, si ripercuotono a livello ginecologico e colico;
- **ansia e depressione** con i loro correlati disfunzionali;
- **gravidanza**, con la patologia emorroidaria che la caratterizza e le lesioni da parto, con conseguenze sulla statica pelvica e le funzioni di continenza sfinterica<sup>1</sup>;
- **menopausa, carenza di ormoni sessuali e correlati gastroentericali**: dalla ridotta secrezione salivare, estrogeno dipendente, alle alterate secrezioni coliche, con alterazione degli ecosistemi, dei processi digestivi e peggioramento delle sindromi disfunzionali e del meteorismo;
- **endometriosi, dolore pelvico cronico** e sindromi disfunzionali gastroentericali: dalla dischezia, alle rettorragie periodiche, alle fistole rettovaginali da lesione endometriosica<sup>9,10</sup>;
- **vestibolite vulvare, vulvodinia** e "sindrome del colon irritabile";
- **sindromi iatrogene**: in particolare per lesioni da radioter-

- pia o chirurgia in ambito pelvico, oltreché da chemioterapia;
- **malattie autoimmuni**;

Con *prospettiva sessuologica* sono rilevanti:

- **dispareunia**, crescentemente associata a ipertono dell'elevatore, ma anche a ragadi, emorroidi, anismo, proctalgia fugax, dischezia, stipsi ostruttiva, colite ulcerosa, esiti iatrogeni di interventi colonproctologici<sup>1,2,9,10</sup>;
- **vaginismo**, associato a ipertono dell'elevatore e stipsi ostruttiva<sup>1,2,9,10</sup>;

c) **semeiologiche**, volte a riconoscere e interpretare correttamente i sintomi a fisiopatologia comune. Basti pensare all'importanza della registrazione di **sintomi comuni** rilevanti per la diagnosi; del **diario del dolore**, nelle sindromi gastrointestinali, centrato sull'andamento del ciclo (in cui alla paziente viene richiesto di indicare su un foglio l'andamento del dolore tenendo in ascissa le 24 ore della giornata, in ordinata i giorni del ciclo mestruale, dal primo di un ciclo al primo del successivo, e di indicare con un colore l'intensità del dolore, in una scala da zero a dieci (zero = bianco, 1-3 = giallo, 4-7 = rosso, 8-10 = nero, colorando le ore e i giorni in cui avverte il dolore e ne descrive cromaticamente l'intensità: il medico e la donna hanno così un quadro immediato, cronologico e visivo delle interazioni endocrine e algiche); **dell'esame obiettivo** attento ai **segni di comorbidità**<sup>1,2,9,10</sup>.

- c) **terapeutiche**, in cui l'"**impact factor**" curativo del medico può nettamente migliorare quando sappia cogliere la basi fisiopatologiche comuni e utilizzare terapie integrate tra le due discipline

#### Comorbidità tra stipsi e apparato genitale femminile

La **stipsi**, nelle sue varianti di **stipsi ostruttiva, propulsiva e mista**, rappresenta una patologia di grande interesse comune, fisiopatologico, clinico, semeiologico e terapeutico. È importante leggerla in prospettiva **life-span**, in quanto nella stipsi primaria, specie di tipo ostruttivo, legata all'ipertono dell'elevatore, ritroviamo non solo aspetti educativi restrittivi nei confronti delle funzioni escretorie (con le loro ripercussioni caratterologiche ed essenziali) ma anche patologie miogene (ipertoni primari dell'elevatore) che possono poi condizionare le comorbidità ginecologiche (vestibolite vulvare e vulvodinia), sessuologiche (vaginismo e dispareunia) e urologiche (cistiti ricorrenti, cistiti post-coitali, urgenza minzionale). Verranno quindi discusse le molteplici implicazioni tra stipsi, disturbi gastroenterologici associati e quadri ginecologici<sup>1,2,9,10</sup>.

#### Conclusioni

È tempo di "competenze gemelle". Di tornare cioè ad un dialogo molto più stretto tra specialisti di diversa formazione e di diversa competenza, per ricondividere uno sguardo clinico centrato sulla paziente, arricchito delle conoscenze di entrambi. Con l'obiettivo di ottimizzare diagnosi e cura, processi clinici oggi penalizzati da una miopia clinica che si limita all'ambito strettamente specialistico e non sa più leggere il corpo e la persona con uno sguardo integrato, una visione d'insieme fisiopatologica, semeiologica, prognostica e terapeutica. A questa miopia consegue un minimalismo terapeutico, che si concentra sull'epifenomeno distrettuale – la punta dell'iceberg del sintomo emergente –, e raramente e con dif-

ficoltà coglie la portata delle modificazioni sistemiche che sottendono il sintomo e lo mantengono. Senza nulla togliere all'importanza della conoscenza specialistica, che resta fondamentale, il ritorno ad una visione sistemica con declinazioni più strette in specialità più affini – quali per esempio la gastroenterologia e la ginecologia – può nettamente migliorare sia la capacità diagnostica e terapeutica del clinico, sia la soddisfazione del/la paziente, che vede finalmente letti in una visione strategica d'insieme sintomi e segni solo apparentemente disparati. La possibilità di condividere il sapere tra specialisti diversi che condividono una speculare passione per l'eccellenza clinica nella cura del/la paziente può arricchire ciascun specialista di una visione più strutturata e soddisfacente, soprattutto in termini di efficacia terapeutica sulle comorbidità.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Giovannelli C. Graziottin A. Stipsi e disfunzioni sessuali femminili: il ruolo del proctologo in: Graziottin A. (Guest Ed.), I disturbi sessuali femminili: quando il medico conta. *Giornale Italiano di Ginecologia*, Vol. XXVIII - n. 6, giugno 2006, p. 277-281. Testo completo disponibile su [www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)
2. Bertolasi L. Bottanelli M. Graziottin A. Dispareunia, vaginismo, iperattività del muscolo elevatore e tossina botulinica: il ruolo del neurologo. in: Graziottin A. (Guest Ed.), I disturbi sessuali femminili: quando il medico conta *Giornale Italiano di Ginecologia*, Vol. XXVIII - n. 6, giugno 2006, p. 264-268. Testo completo disponibile su: [www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it).
3. Barbara G, Wang B, Stanghellini V, De Giorgio R, Cremon C, Di Nardo G, Trevisani M, Campi B, Geppetti P, Tonini M, Bunnett NW, Grundy D, Corinaldesi R. Mast cell-dependent excitation of visceral-nociceptive sensory neurons in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2007 Jan;132(1):26-37.
4. Barbara G, Stanghellini V, De Giorgio R, Corinaldesi R. Functional gastrointestinal disorders and mast cells: implications for therapy. *Neurogastroenterol Motil*. 2006 Jan;18(1):6-17. Review.
5. Gershon MD, Liu MT. Serotonin and neuroprotection in functional bowel disorders. *Neurogastroenterol Motil*. 2007 Aug;19 Suppl 2:19-24.
6. Barbara G, Stanghellini V, Brandi G, Cremon C, Di Nardo G, De Giorgio R, Corinaldesi R. Interactions between commensal bacteria and gut sensorimotor function in health and disease. *Am J Gastroenterol*. 2005 Nov;100(11):2560-8. Review.
7. Pimentel M, Lezcano S. Irritable Bowel Syndrome: Bacterial Overgrowth--What's Known and What to Do. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2007 Aug;10(4):328-37.
8. Pallavi Latthe et Al, Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review *BMJ* 332; 74-755, 2006.
9. 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.
10. Graziottin A. Female sexual dysfunction: Treatment 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, p. 277-287.