

Sessualità in menopausa: il ruolo del ginecologo

A. GRAZIOTTIN^o, S. BALDI*

RIASSUNTO: Sessualità in menopausa: il ruolo del ginecologo.

A. GRAZIOTTIN, S. BALDI

L'integrità anatomofunzionale del corpo femminile è una condizione necessaria ma non sufficiente, per una sessualità soddisfacente. È necessaria, perché le basi biologiche della identità e della funzione sessuale femminile condizionano sia la percezione di sé, sia l'integrità dei meccanismi neuroendocrinovascolari che consentono il fluire ottimale della cascata di eventi psicosessuali propri di una risposta sessuale adeguata. L'evento menopausa si ripercuote su una serie di funzioni metaboliche, psicologiche e sessuali che contribuiscono a rendere complesso, e al tempo stesso estremamente variabile, il quadro soggettivamente vissuto da ogni donna. L'età della donna al momento della menopausa è un fattore importante nel condizionare l'impatto negativo di questa sulla vita della donna, inoltre le diverse cause etiologiche che possono determinare soprattutto la menopausa precoce possono avere un effetto diverso sulla qualità di vita. Infatti la menopausa indotta, in particolare quella chirurgica con brusca caduta ormonale, sembra poter incidere sulla funzione sessuale in modo negativo più di altre cause. In particolare anche la risposta emotiva alla malattia di base o la depressione conseguente possono influenzare in modo negativo la funzione sessuale. Il ginecologo può contribuire ad ottimizzare la risposta adattativa alle modificazioni sessuali associate alla menopausa attraverso un'appropriate anamnesi, un accurato esame obiettivo e una terapia ormonale sostitutiva personalizzata. Il ginecologo può contribuire ad ottimizzare la risposta adattativa alle modificazioni sessuali associate alla menopausa attraverso un'appropriate anamnesi, un accurato esame obiettivo e una terapia ormonale sostitutiva personalizzata.

SUMMARY: Sexuality across the menopause: the gynecologist's role.

A. GRAZIOTTIN, S. BALDI

The anatomical and functional integrity of the female body is a necessary, although not sufficient, condition for a satisfying sexuality. It is necessary, because the biological basis of women's sexual identity and sexual function modulates the individual self-perception. It maintains as well the integrity of neurovascular mechanisms that are the pre-requisites for an adequate physical and psychosexual response. Menopause may impact on different metabolic, psychological and sexual functions, that may contribute to the extreme complexity and variability of the sexual changes every woman may experience.

The age at menopause is a critical factor in modulating the potential negative effect it may have on sexual outcomes. Different etiologies of premature ovarian failure (POF) or of a iatrogenic premature menopause may have a very different impact of every woman's quality of life. Surgical menopause may have the most rapid and dramatic impact on women's sexuality, due to the sudden loss of ovarian hormones. The adaptive response to the disease that caused or is associated with it may further modulate the overall emotional response and negatively affect the sexual function. The gynecologist may contribute to a better adaptive response to the menopausal sexual changes through the appropriate history taking, clinical examination and adequately tailored hormonal therapy.

KEY WORDS: Menopausa - Menopausa precoce - Identità sessuale - Funzione sessuale - Relazione di coppia - Disfunzioni sessuali femminili - Terapia ormonale.
Menopause - Premature menopause - Sexual identity - Sexual function - Couple relationship - Female sexual dysfunctions - Hormonal therapy.

Introduzione

La qualità della vita della donna in menopausa è fortemente legata al grado di appagamento con se stessi, allo stile di vita ed ai rapporti relazionali.

Da un punto di vista psicologico le risorse individuali

e le capacità relazionali contribuiscono alla capacità di ristrutturare la propria identità femminile, compresa la propria identità sessuale, e ad elaborare positivamente il momento della menopausa con ripercussioni sul benessere psico-fisico della persona (Graziottin, 2004).

La salute, il benessere, la sessualità e il raggiungimento degli obiettivi personali potrebbero essere influenzati radicalmente dalla menopausa precoce, tanto più quanto più è giovane l'età della donna (Graziottin e Basson, 2004).

^o Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica - H. San Raffaele Resnati, Milano
* Board scientifico Progetto Menopausa Italia

Dati epidemiologici

Il ruolo dei fattori ormonali sulla funzione sessuale femminile è ampiamente discusso. Studi osservazionali si sono focalizzati nel determinare se la funzione sessuale si modifichi in parallelo ai cambiamenti ormonali che avvengono in concomitanza del ciclo mestruale, del post-partum e con il periodo di transizione menopausale.

Esistono a tutt'oggi ancora numerosi problemi metodologici nella conduzione degli studi che valutano questo rapporto. Tra questi emergono la mancanza di una vera delineazione della fase riproduttiva, il fallimento dell'uso di strumenti validati nella valutazione della funzione sessuale, la variabilità della sensibilità dei dosaggi ormonali e soprattutto fattori di confondimento come l'età e la lunghezza del rapporto con il proprio partner sicuramente incidenti sulla qualità della sessualità in entrambi i sessi.

Infatti tra i maggiori fattori che influenzano la sessualità della donna di mezza età sono il sentirsi a proprio agio con il partner e le difficoltà nella riuscita del rapporto sessuale da parte dei partner. Nella donna i fattori relazionali come i sentimenti per il partner e i problemi di salute generale e sessuale del partner (Dennerstein et al, 2000), sono i più forti fattori predittivi di come cambierà la sessualità femminile durante la menopausa (Dennerstein et al, 2000), più ancora dei cambiamenti ormonali, che pure sono significativi, seppure con un minor grado di predittività.

Altri fattori socioeconomici come lo stress lavorativo o personale ed il livello di educazione influenzano la sfera sessuale indirettamente.

Il desiderio sessuale si riduce con l'età in entrambi i sessi; una riduzione di questo risulta frequente nelle donne dopo i 50 anni. L'attività sessuale è spesso un dovere per le donne di mezza età e oltre, anche se ciò non viene sempre riferito ai propri medici.

Con il progredire dell'età, comunque, diventa sempre più importante il peso di fattori biologici personali, dipendenti dall'età, dalle malattie specifiche e dallo stato di menopausa. L'impatto della menopausa e della relativa riduzione della produzione ormonale ovarica sulle modificazioni della funzione sessuale varia da donna a donna, probabilmente in relazione proprio al fatto che molte cause possono influenzare questa funzione.

Dati epidemiologici indicano come la metà delle donne in peri-postmenopausa abbia problemi con uno o più aspetti che riguardano la funzione sessuale. Questi includono ipoattività sessuale, la riduzione del desiderio, disordini dell'eccitazione e dell'orgasmo e dispareunia (Laumann et al, 1999). Diversi fattori psicologici, socioculturali, interpersonali e biologici possono contribuire alle disfunzioni sessuali.

Le vampate di calore, i disturbi del sonno possono influenzare la sfera psicologica, le modificazioni negative dell'umore conseguenti anche a ciò, possono influenzare l'attività sessuale in questo stesso periodo.

Il *Massachusetts Women's Health Study*, ampio studio di popolazione, mostra come la menopausa abbia solo un piccolo impatto sulla funzione sessuale rispetto ad altri fattori come variabili sociodemografiche, aspetti psicologici, stato di salute e disfunzioni sessuali del partner, stile di vita. Benché la menopausa (ma non il livello di estrogeni) sia associata a diverse variazioni dell'attività sessuale, come la riduzione del desiderio e dell'eccitazione, l'impatto non è così grande rispetto ad altri fattori già menzionati. Il *Melbourne Women's Midlife Health Project* ha riportato risultati simili (NAMS 2004).

Altri studi mostrano come nelle donne più giovani in postmenopausa giochi un ruolo importante la dispareunia. Nel periodo menopausale risultano molto comuni la riduzione della libido e del desiderio sessuale e in questo periodo i disordini depressivi e ansiosi non trattati possono riflettersi facilmente sulla funzione sessuale. Deve essere anche indagato il ruolo della deficienza di androgeni, (Braunstein, 2002, Bachmann et al, 2002).

Una ricerca condotta nell'ambito del Progetto Menopausa Italia, ampio studio epidemiologico osservazionale, su un campione di donne distribuito su tutto il territorio italiano cerca di definire la sessualità in post-menopausa. I dati riportano che in post menopausa si ha una riduzione di frequenza dei rapporti, calo del desiderio e soddisfazione sessuale. Comunque chi ha una buona sessualità prima della menopausa risulta più motivato successivamente nella ricerca del mantenimento della stessa. La caduta del desiderio nasce da una percezione di sé sempre meno sessuata e i disturbi organici diventano un "alibi" per non avere una sessualità che viene considerata sempre più inappropriata (Studio IperAOGOI, Progetto Menopausa Italia 2001).

Principalmente un'adeguata responsività fisica è condizione necessaria per una sessualità soddisfacente, anche se il ruolo della qualità dell'eccitazione e della motivazione resta comunque fondamentale, come evidenziato in particolare dalle ricerche di Ellen Laan (Laan 1995).

Fisiologia delle modificazioni ormonali e disfunzioni sessuali

Testosterone ed estradiolo svolgono un ruolo principe sulle basi biologiche del desiderio sessuale femminile. Il testosterone è un importante fattore coinvolto nelle modificazioni dell'affettività delle

donne di mezza età e molti autori concordano sul fatto che la funzione sessuale della donna sia maggiormente influenzata dal testosterone (Sands & Studd, 1995, Bachmann, et al, 2002, Graziottin, 2004).

Esso è necessario nell'attività sessuale del maschio e della femmina, giocando un ruolo nelle motivazioni, desiderio e sensazioni sessuali. La menopausa spontanea sembra avere meno impatto sui livelli di testosterone rispetto all'età. Il declino dei livelli di testosterone nella donna comincia già nella terza decade cosicché la donna di 40 anni ha circa la metà dei livelli di testosterone rispetto a quella di vent'anni.

Durante la perimenopausa i livelli di estrogeni diminuiscono e anche quelli della *sex hormone binding globulin (SHBG)* che lega estrogeni e testosterone. Come conseguenza alcune donne possono avere anche un incremento del desiderio sessuale per aumento della quota libera di testosterone.

Bassi livelli di estrogeni sono stati associati a un declino della funzione sessuale mentre bassi livelli di testosterone ad una riduzione della libido. La carenza di estrogeni porta a secchezza vaginale, atrofia urogenitale e dispareunia (Simunic et al, 2003, Graziottin, 2004). Queste modificazioni possono già comparire in perimenopausa ma sono più frequenti nei primi anni di menopausa.

Bassi livelli di progesterone non sembrano influenzare la sfera sessuale, benché alcuni tipi di progestinico possono influenzare indirettamente funzione e attività sessuale per esempio, con riduzione del tono dell'umore o con la provocazione di un sanguinamento ricorrente.

Implicazioni cliniche

Anamnesi

La raccolta della storia sessuale deve focalizzarsi sulle condizioni o circostanze che possono influire su tale funzione (Graziottin, 2003, 2004, Plaut et al, 2004). L'atteggiamento deve essere confidenziale, non giudicante e sensibile nei confronti delle specifiche condizioni della donna e nel rispetto delle diverse abitudini sessuali. Le donne vanno incoraggiate a discutere delle loro problematiche sessuali con i loro medici. Inoltre i medici possono avvalersi, per ottenere ulteriori dettagliate informazioni, anche dell'utilizzo di questionari validati.

La natura multifattoriale (biologica, psicosessuale e contesto-dipendente) e multisistemica dei disturbi sessuali femminili (*FSD, Female Sexual Disorders*) richiede uno sguardo diagnostico articolato e capace di riconoscere con equilibrio semeiologico la complessità etiologica dei disturbi sessuali femminili.

È essenziale mantenere un grande rigore diagnostico e un'apertura mentale di indagine che, dando conto della complessità, sia poi in grado di personalizzare in modo soddisfacente il programma terapeutico.

A tal proposito, il ginecologo, nell'orientare la paziente verso un trattamento, deve tener sempre presente il counseling alla coppia, il coinvolgimento del partner, il contesto socio-culturale, tutti elementi che fanno parte integrante di un'attenta valutazione specialistica che ha il compito di stimolare la paziente a rafforzare il proprio benessere psico fisico e il senso di femminilità (Plaut et al, 2004, Graziottin 2004b).

I punti essenziali dell'anamnesi sessuologica in perimenopausa sono riassunte nella Tabella 1.

TABELLA 1 - ANAMNESI SESSUOLOGICA ESSENZIALE IN PERIMENOPAUSA.

- Come va la Sua vita sessuale?
- Ha una relazione stabile?
- Se sì, è soddisfatta del Suo rapporto di coppia dal punto di vista affettivo? E sessuale?
- Ha notato un cambiamento nel Suo desiderio sessuale nell'ultimo anno?
- Ha notato secchezza vaginale durante il rapporto e difficoltà di lubrificazione (e di eccitazione)?
- Questa secchezza Le provoca anche dolore? O cistiti dopo il rapporto?
- Ha più difficoltà a raggiungere l'orgasmo?
- Questi disturbi Le causano un forte problema personale ("distress") o no?
- Ritiene che i problemi sessuali che Lei sta vivendo dipendano più dalla menopausa o dal rapporto di coppia?
- Se dalla coppia, ritiene che sia più un problema affettivo e di intimità emotiva?
- Oppure anche Suo marito ha qualche problema sessuale (di erezione, di desiderio oppure di eiaculazione precoce)?
- Ci sono problemi esterni alla coppia (figli, lavoro, salute dei genitori anziani o problemi economici) che La preoccupano e Le tolgono energia per il sesso?
- Le interessa migliorare la Sua sessualità o comunque sta bene così?
- Sta già facendo una terapia ormonale sostitutiva?
- Se sì, ha notato o meno un miglioramento della sessualità?
- Se no, Le interessa utilizzare una terapia personalizzata, ormonale e/o sessuologica, per migliorare anche la Sua vita sessuale?

modificato da A. Graziottin, con autorizzazione. In Graziottin A. *Sexual desire disorders: clinical approach*. In Graziottin A. (guest editor): *Female Sexual Dysfunction - Clinical approach*. Urocinamica, 14 (2):61-67, 2004.

Disturbi sessuali ormono-correlati

1. Disturbi del desiderio sessuale per difetto

Sono i più comuni. Il desiderio sessuale riconosce tre dimensioni principali: biologico-istintuale, motivazionale affettiva e cognitiva. La carenza di estrogeni riduce i caratteri sessuali secondari e con essi la percezione biologica di femminilità. La carenza di androgeni, specie nelle menopausi iatrogene, chirurgiche, ma anche chemioterapiche e attiniche può causare la **Sindrome da insufficienza androgenica** (*Androgen Insufficiency Syndrome, AIS*) (Bachmann et al, 2002) (Tab. 2) o **Sindrome femminile da carenza di androgeni** (*Female Androgen Deficiency Syndrome, FADS*) (Sands e Studd 1995). Gli ormoni sessuali sono fattori necessari per il mantenimento di una soddisfacente libido, ma non sufficienti da soli né a orientare la direzione del desiderio su uno specifico partner, né a vivere una sessualità soddisfacente. Un eccesso di prolattina va escluso, in quanto può agire in senso inibente. Ugualmente da indagare è un ipotiroidismo, che può influire negativamente sulla sessualità per il complessivo effetto deprimente sull'energia vitale generale. **Condizioni che accelerano il declino della produzione di androgeni nel sesso femminile sono:**

- a) **ovariectomia bilaterale.** La rimozione chirurgica di entrambe le ovaie comporta la riduzione del 40-50% dei livelli di testosterone (Bachmann et al, 2002; Dennerstein et al, 2005);
- b) **insufficienza pituitaria o surrenalica.** Una carenza di androgeni è descritta con la sindrome di Sheehan e con il M. di Addison, Inoltre alla riduzione della libido si possono avere sintomi come stanchezza muscolare, perdita di peli pubici e ascellari, osteoporosi e disordini autoimmuni;
- c) **terapia corticosteroidica e estrogeni.** Il livello di androgeni diminuisce con la soppressione dell'ormone corticotropico e luteinizzante che si ha con la terapia con cortisonici e estrogeni;
- d) **malattie croniche** la carenza di androgeni si ha anche nell'anoressia nervosa, nelle malattie autoimmuni e nei tumori avanzati. Queste condizioni devono essere considerate nella diagnosi differenziale etiologica del desiderio sessuale ipoattivo in perimenopausa.

Fattori psicosessuali e relazionali, relativi alla salute generale e sessuale del partner, vanno comunque indagati, data la crescente morbilità sessuale maschile con l'età, soprattutto sul fronte dei deficit erettivi.

2. Disturbi dell'eccitazione sessuale

Per difetto: possono riguardare tutti e tre i livelli dell'eccitamento: **centrale, periferico non-genitale**

e genitale. La carenza di ormoni sessuali postmenopausale può alterare la risposta sessuale, riducendo l'eccitazione:

- A livello centrale (*central arousal*). La carenza estrogenica e, soprattutto, androgenica può ridurre l'attività dei centri che attivano la risposta sessuale. Può, inoltre, creare o precipitare disturbi dell'affettività, quali ansia e depressione, e/o disturbi del sonno. Queste alterazioni riducono la disponibilità biologica e psichica all'eccitamento centrale.
- A livello **periferico non-genitale** (*non-genital peripheral arousal*), espresso soprattutto negli organi di senso. L'ipoestrogenismo può determinare alterazioni - di tatto, olfatto, gusto e secrezione salivare - che giocano un ruolo fondamentale nel modulare la sensualità e la recettività femminile nell'intimità del rapporto di coppia.
- A livello genitale (*genital arousal*), in cui la carenza estrogenica e androgenica risulta avere un'effetto determinante. La secchezza vaginale e la difficoltà di eccitazione, anche clitoridea, sono infatti i disturbi più frequentemente portati in consultazione. Gli estrogeni sono considerati fattori permissivi per il Peptide Intestinale Vasoattivo (VIP) (Levin 2002), il neurotrasmettitore più importante nel "tradurre" il desiderio in eccitazione genitale, soprattutto a livello vaginale. Gli androgeni sono invece fattori permissivi per l'ossido nitrico (NO) soprattutto a livello dei corpi cavernosi del clitoride e bulbo vestibolari. I deficit di eccitazione possono dipendere anche da cause vascolari (fumo, aterosclerosi, alti livelli di colesterolo), neurologiche, iatrogene e correlate al dolore. Cistiti post-coitali sono una frequente complicanza associata alla difficoltà di eccitazione sessuale, specie dieci anni o più dopo la menopausa, se non trattata (Graziottin 2004b; Simunic e coll. 2003.)

Per eccesso: il "*Persistent Sexual Arousal Disorder*", recentemente descritto da Leiblum e Nathan (2002), caratterizzato da persistente e disturbante eccitazione e congestione genitale in assenza di desiderio e che non cede con l'orgasmo, è ora entrato a far parte della terminologia ufficiale.

3. Disturbi dell'orgasmo

I disturbi dell'orgasmo in postmenopausa riconoscono un'etiologia multifattoriale: **biologica (anatomica, endocrina e biochimico-disfunzionale)** e **psicosessuale (motivazionale, affettiva, relazionale)** (Graziottin 2004a, 2004b, 2004c). Tarcan e Coll. (1999) hanno evidenziato un'**involutione** del 50% circa del **tessuto muscolare liscio dei corpi cavernosi**, dalla prima alla sesta decade di vita, con un deterioramento

quindi età dipendente. Ad esso possono concorrere **distrofie vulvari** del tipo **lichen sclerosus**, caratterizzato da un'involuzione a tutto spessore che interessa tutte le strutture vulvari, non solo quindi muco-cutanee ma anche vascolari e bulbo-cavernose. Fattori **neurologici** possono colpire il lato afferente, sensoriale. Patologie a carico dell'**elevatore dell'ano** che esitino in **ipotonismo** possono causare inibizione dell'orgasmo per mancanza di sensibilità e inadeguata componente contrattile; possono altresì inibirlo in modo riflesso nelle condizioni di **ipertono** (Graziottin 2004 b) che provochino dispareunia. Il dolore è, infatti, l'inibitore riflesso più potente dell'eccitazione genitale (oltre che mentale, con l'eccezione dei masochisti). Va poi considerato il possibile effetto inibitore **dell'incontinenza da urgenza**, come prima menzionato, per la paura di perdere urina durante l'orgasmo (Graziottin, 2004c). Importante è anche il possibile ruolo dei **farmaci, in particolari antidepressivi triciclici e inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) nel causare una inibizione selettiva, dose dipendente e reversibile dell'orgasmo.**

4. Disturbi sessuali caratterizzati da dolore

La **dispareunia** in peri e post-menopausa può essere causata da numerosi fattori, biologici e psicosessuali (Graziottin, 2003, 2004a, 2004b, 2004c). Le più frequenti cause biologiche di dispareunia.

a) **superficiale e mediovaginale** possono essere:

- **ormonali**
- **muscolari**
- **infiammatorie**
- **iatrogene**
- **neurologiche**
- **traumatiche**
- **immunitarie**

b) **profonda:**

- **l'endometriosi e l'adenomiosi,**
- **la malattia infiammatoria pelvica,**
- **le conseguenze iatrogene di chirurgia o radioterapia.**

Le cause **psicosessuali di dispareunia:** sono da ricondurre a disfunzioni in altri aspetti della risposta sessuale, e/o a problemi psicoemotivi personali e/o relazionali, comparsi o peggiorati in concomitanza con la menopausa nonché alle **implicazioni emotive-affettive della persistenza del dolore.**

Il **vaginismo**, in perimenopausa, può presentarsi come seguito di un problema presente fin dall'inizio della vita sessuale o secondario a dispareunia e/o a fobia sessuale.

Il **dolore sessuale non coitale** può comparire **spontaneamente; durante i preliminari**, specie in associazione a distrofie vulvari e/o vestiboliti vulvari; può **persistere dopo il rapporto sessuale**, se associato a clitoralgia, specie su base neurogena.

Menopausa precoce e sessualità

La menopausa precoce (PM) è una condizione verso la quale va rivolta una particolare attenzione in quanto può condizionare in modo drammatico la vita della donna, tanto più quanto più giovane è il soggetto al momento dell'evento e in relazione alle cause che la determinano (Graziottin e Leiblum, 2005). L'insufficienza ovarica **spontanea (Premature Ovarian Failure, POF)** interessa l'1% circa delle donne di età inferiore ai 40 anni (Luborsky et al. 2003), con percentuali anche diverse nelle singole nazioni. Oltre alla etnia, lo stile di vita legato a fattori socioculturali potrebbe essere un altro importante fattore condizionante la comparsa della menopausa e, quindi, in grado di modulare il benessere sessuale (Graziottin e Basson, 2004).

Le donne affette da POF hanno dei follicoli primor-

TABELLA 2 - SINDROME DA INSUFFICIENZA DI ANDROGENI (*Androgen Insufficiency Syndrome, AIS*).

Lo scarso desiderio sessuale è uno dei disordini sessuali prevalenti nel sesso femminile nel "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*". È definito come una persistente e ricorrente deficienza o assenza di fantasie sessuali e/o del desiderio di attività sessuale che causa uno stress della persona. Questa è la disfunzione sessuale che spesso si presume essere associata alla menopausa ed essere legata ad una riduzione del testosterone che si avrebbe con la riduzione della funzione ovarica.

Nel giugno del 2001 una serie di esperti, rivisitando la letteratura sulla carenza di androgeni nella donna, proposero una nuova sindrome detta **insufficienza androgenica femminile**. Questa sindrome è definita da una serie di sintomi clinici in presenza di una minore biodisponibilità di testosterone e da un normale livello di estrogeni. La donna presenta una sintomatologia caratterizzata da perdita di desiderio sessuale e di energia vitale, scarsa assertività, perdita di peli pubici, riduzione della massa muscolare. La caduta del desiderio si esprime anche con una riduzione di sogni erotici, fantasie sessuali volontarie e *sexual day-dreams*.

È stato impiegato il termine di androgeno "insufficienza" piuttosto che "deficienza" perché non è noto il livello di androgeni che definisce una deficienza e inoltre non tutte le donne con bassi livelli di testosterone libero hanno sintomi.

Comunque la diagnosi di androgeno insufficienza può apparire troppo semplicistica di fronte alla complessità della sessualità femminile e dei suoi disordini da poter essere espressa da un singolo marcatore biologico. Anche quando la carenza androgenica può essere coinvolta, molti altri fattori psicosociali possono agire come co-fattori nella genesi del desiderio sessuale ipoattivo.

diali che non funzionano normalmente, ossia possono produrre anche una quota di estradiolo ma non in quantità sufficiente per indurre un'ovulazione. Nelle POF, la gravidanza può comunque verificarsi, seppure in modo incostante, fino a due anni dopo l'innalzamento dell'FSH: condizione che bisogna tener sempre presente nella gestione terapeutica di questi soggetti.

Non esistono trattamenti o esami che possono predire la capacità residua e fertilità dell'ovaio. Le modificazioni dell'FSH sembrano precedere il declino di produzione ovarica dell'inibina B. Nella POF il livello medio di inibina B è leggermente più alto che in menopausa spontanea ad età normale, ma questo valore non è usualmente impiegato nella pratica clinica.

La menopausa **iatrogena** sia per cause benigne che maligne interessa il 3,4%-4,5% delle donne sotto i 40 anni.

L'insufficienza ovarica prematura ha un diverso impatto a seconda che si situi isolatamente in una condizione di benessere generale o, invece, sia associata ad altri disturbi medici o psicologici congeniti o acquisiti.

Impatto sulla sessualità

L'impatto complessivo della PM sulla sessualità femminile dipende da molteplici fattori (Tab. 3).

Un recente studio europeo analizza l'impatto del-

la menopausa chirurgica sulla funzione sessuale della donna. Un maggior numero di soggetti in menopausa chirurgica risulta avere una riduzione del desiderio sessuale rispetto al gruppo non in menopausa (OR=1.4; CI=1.1,1.9 p=0.02). Le prime riportano più frequentemente HSDD (*Hypoactive Sexual Desire Disorder*) (OR=1.7; CI=1.1, 2.9 p=0.03), in particolare modo i soggetti più giovani (p < 0.001). La menopausa chirurgica è un fattore di rischio per la riduzione del desiderio e per i disordini di esso (HSDD); la donna ha più spesso una vita sessuale e di relazione insoddisfacente con il proprio partner (Dennerstein et al 2005).

Identità sessuale femminile

La menopausa iatrogena può colpire l'identità sessuale femminile nelle sue quattro dimensioni (Graziottin e Basson, 2004):

1. femminilità, che rappresenta il senso più profondo di appartenenza al genere femminile. La femminilità può essere gravemente ferita dalla menopausa precoce, specie se post-neoplastica, con effetti tuttavia diversi in relazione a:

- *l'età alla diagnosi* della neoplasia, che rappresenta il primo fattore biologico da considerare. Le donne giovani sono maggiormente colpite dalla privazio-

TABELLA 3 - FATTORI CHE INFLUENZANO LA SESSUALITÀ DOPO LA MENOPAUSA PREMATURA.

Fattori etiologici

- POF (*premature ovarian failure*) vs PM associata a patologia cronica
- *Iatrogena*: benigna vs maligna
- Debilità derivante da malattia
- Gravità dolore pelvico residuo e dispareunia profonda nell'endometriosi
- Tipo di tumore, stadio e prognosi, chirurgia conservativa o demolitiva, ormonodipendenza o meno
- Chemioterapia, radioterapia, trapianto midollo osseo ed effetti collaterali di quest'ultimo

Fattori personali

- Età
- Personalità premorbose e status psichiatrico
- Precedente percezione erotica personale e propria confidenza sessuale
- Esperienze sessuali e tipo di qualità premenopausali
- Modalità psicoemotive di adattamento
- Ruolo sociale/professionale

Fattori associati alla fase del ciclo della vita

- Dinamiche familiari (attaccamento vs autonomia, bambine peripuberali, adolescenza)
- Formazione di coppia stabile e stato relazionale
- Presenza o meno di figli

Fattori associati al contesto socioculturale

- *Network* di supporto (famiglia, amici, colleghi, gruppi di autoaiuto)
- Qualità cure mediche e psicosessuali
- Aspetti etnici e socioculturali

ne della capacità riproduttiva e dalla carenza ormonale. La carenza ormonale con le sue manifestazioni sistemiche comporta cambiamenti psico-sessuali e biologici. Gli estrogeni rappresentano un fattore neurotrofico a livello del SNC per alcune funzioni cognitive, come la memoria verbale per gli organi di senso, recettori sessuali e determinanti sessuali del desiderio.

• *Il tipo e lo stadio del tumore*, se iatrogena, in relazione all'età di incidenza e alla terapia:

a) tumori mammari: l'impatto sulla femminilità e sull'immagine di sé dipende dalla possibilità o meno di intervento conservativo, dalla necessità di chemioterapia con menopausa iatrogena, dalla comparsa o meno di linfedema.

b) tumori ginecologici: soprattutto quando sono necessari trattamenti chirurgici demolitivi associati o non a chemio-radioterapia. Una chirurgia radicale comporta non solo una menopausa precoce, con le sue sequele (angosce inerenti la morte della "sexual vitality") (Schover et al.1989), ma complicanze urinarie (ritenzione, infezioni, fistole), intestinali(ileo, fistole), infezioni della sutura laparotomica, ascessi pelvici, disfunzioni sessuali (vagina breve). La radioterapia può aggravare la "vaginal habitability" con ulteriore stenosi, accorciamento e fibrosi della vagina oltre a complicanze vescico-intestinali, complicanze difficilmente approcciabili terapeutamente per fibrosi e ridotta vascolarizzazione dei tessuti, che contribuiscono a disfunzioni sessuali, a meno che non venga tempestivamente iniziata una terapia riabilitativa e estrogenica, almeno locale, se oncologicamente non controindicata (Schover 1989).

L'viscerazione pelvica rappresenta l'atto più mutilante con la completa cessazione di ogni atto sessuale. Anche la creazione di una neovagina non è una garanzia di ripresa di attività sessuale e neppure di piacevoli esperienze erotiche di recettività.

La chemioterapia e la sua azione sistemica (conseguente alopecia, anoressia, astenia, perdita di peso, menopausa iatrogena e, non meno importante, il suo impatto sul SNC) infligge una profonda ferita all'autostima, alla propria immagine corporea e al senso profondo della femminilità (Graziottin e Basson, 2004).

La paura di una ricorrenza neoplastica, nel caso di una neoplasia cervicale da Papillomavirus, poiché i rapporti sessuali sono implicati nella sua eziopatogenesi, il timore di "trasmettere infezioni" o addirittura radioattività o la neoplasia stessa con i rapporti sessuali, sono spesso invocati dalla coppia a motivazione di una vita sessuale "soppressa", con ulteriore lesione della percezione di una femminilità relazionalmente sana.

c) tumori non ginecologici: ematologici, per la

possibilità di una menopausa precoce in età anche adolescenziale, come nei linfomi e nelle leucemie di vario tipo; altri tumori (Graziottin, 2003).

2. Maternità, intesa come capacità di procreare, accudire ed allevare un figlio fino alla sua completa autonomia è uno dei pilastri fondamentali dell'identità sessuale femminile. L'impossibilità alla maternità, conseguente alla menopausa iatrogena può comportare una grave crisi esistenziale e di identità nelle donne in epoca riproduttiva che al momento della PM non avevano ancora avuto almeno un figlio (Graziottin, 2003). L'incapacità riproduttiva da PM può essere ovviata tramite l'ovodonazione, quando l'utero è conservato, quando la scelta è accettabile per la donna e la coppia, e quando può essere effettuata in Paesi in cui l'ovodonazione sia legale (Graziottin e Basson, 2004). Di grande importanza, quando la PM può essere conseguenza di terapie iatrogene, quali la chemio o la radioterapia, è discutere con la donna le varie opzioni oggi disponibili, prima di iniziare le terapie stesse, specie se la donna vive la perdita della possibilità di maternità come un evento più catastrofico del tumore stesso per la sua femminilità e la sua vita.

3. Erotismo: la sensualità (*sensuality*), l'essere sessualmente attraenti (*sexiness*), e la recettività (*receptivity*) risultano compromesse dalla menopausa iatrogena, specie se secondaria a tumori ginecologici. Il "sentimento" femminile dell'erotismo può venire drammaticamente compromesso dai segni-sintomi conseguenti alla PM (vampate di calore, sudorazioni, variazioni dell'umore, depressione, insonnia, calo del desiderio, difficoltà nell'eccitazione, nell'orgasmo, dispareunia, secchezza vaginale, xerostomia, aumento ponderale, alterazione dell'"immagine corporea"). La carenza degli androgeni configura la *Androgen Insufficiency Syndrome (AIS)* (Braunstein, 2002; Bachmann et al 2002). La mancanza di erotismo viene vissuto come "menomazione" dell'identità femminile, anche nelle sue basi biologiche, soprattutto se la radioterapia ha causato alterazioni vaginali da compromettere i rapporti ed il piacere coitale. Anche la chemioterapia può incidere sulla sessualità per il suo impatto sistemico (astenia, alopecia, nausea, diarrea, ansietà). La recettività coitale risulta gravemente compromessa nel 50% (Flay e Matthew 1995) - 82% (Corney 1993) delle donne, soprattutto dopo radioterapia: l'involuzione fibrosa, la retrazione connettivale, stenosi e accorciamento della vagina comportano una crescente dispareunia, che a sua volta inibisce del tutto l'eccitazione e la lubrificazione vaginale, impedendo la congestione genitale fino all'orgasmo. La secchezza vaginale e la dispareunia conseguente alterano la recettività coitale.

Stati ansiosi-depressivi reattivi sono riferiti nel 17-25% delle pazienti (Andersen 1986). La compromissione delle condizioni di salute, le complicanze da terapie (diarrea, malassorbimento, nausea, vomito da radioterapia), l'attesa apprensiva degli accertamenti e/o dei follow-up si ripercuotono sul benessere psico-fisico e sessuale, riducendo l'energia vitale e la percezione sessuata di sé.

4. Ruolo sociale: spesso fonte di gratificazione e capace di attenuare l'impatto del cancro sulle altre dimensioni della identità sessuale femminile, può essere incrinato in relazione ad episodi depressivi reattivi e/o a deficit cognitivi. La carenza estrogenica, da menopausa spontanea o iatrogena, e gli effetti di terapie sistemiche (chemioterapia) agiscono in sinergismo nel determinare deficit in alcune aree cognitive con minori prestazioni rispetto agli standard professionali che la donna era solita avere. La sensazione di diminuita competenza e prontezza mentale può essere particolarmente pesante per le donne abituate ad esigere il massimo da sé in situazioni professionali di rilievo.

Conclusioni

La menopausa può compromettere l'identità sessuale femminile, la funzione sessuale e la relazione di coppia in modo complesso, interessando fattori psicosociali e biologici. L'impatto è maggiore nelle menopausa precoci (POF), specie se iatrogena. Sfortunatamente mentre i fattori psicosociali sono stati affrontati in studi retrospettivi e prospettici (Andersen 1986, Schover 1989, Corney 1993, Auchincloss 1995) il ruolo dei fattori biologici è stato indagato solo recentemente (Dennerstein et al, 2005). Un accurato esame del pavimento pelvico e dei muscoli perineali, la prescrizione di presidi riabilitativi e di terapie ormonali sostitutive, se non controindicate, il counseling alla coppia, il coinvolgimento del partner, il contesto socio culturale devono costituire parte di una valutazione medica specialistica volta a valutare l'impatto della menopausa, specie se iatrogena, sulla funzione sessuale, intesa come parte integrante della qualità di vita della donna e della coppia.

Bibliografia

1. ANDERSEN B.L., LACHENBRUCH P.A., ANDERSON B., DEPROSSE C.: *Sexual dysfunction and signs of gynecologic cancer*. Cancer, 57 (9): 1880-1886, 1986.
2. *Annual Meeting of the International Society for the Study of Women's Sexual Health. October 25-28, 2002*. Boston, Massachusetts, USA. J Sex Marital Ther, 28 Suppl 1:1-244, 2002.
3. AUCHINCLOSS S.: *After treatment. Psychological issues in gynecologic cancer survivorship (Review)*. Cancer, 76 (10 Suppl):2117-24, 1995.
4. BACHMANN G., BANCROFT J., BRAUNSTEIN et al.: *Female androgen insufficiency: The Princeton consensus statement on definition, classification and assessment* Fert Steril, 77, 660-665, 2002.
5. BRAUNSTEIN G.D.: *Androgen insufficiency in women: summary of critical issues* Fert. Steril. 77, 94-99, 2002.
6. CORNEY R.H., CROWTHER M.E., EVERETT H. et al.: *Psychosexual dysfunction in women with gynaecological cancer following radical pelvic surgery* Br J Obstet Gynaecol 100(1):73-8, 1993.
7. DENNERSTEIN L., LEHERT P., BURGER H., GARAMS-ZEGI C., DUDLEY, E.C.: in Studd J. (ed) *The management of the menopause. The millennium review Menopause and Sexual functioning*. Parthenon Publishing, London, 203-210, 2000.
8. DENNERSTEIN L., KOCHAKI P., BARTON I., RODENBERG C., GRAZIOTTIN A., *Surgical menopause and female sexual functioning: A survey of european women*. Menopause (2005, in press).
9. FLAY L.D., MATTHEWS J.H.: *The effect of radiotherapy and surgery on the sexual function of women treated for cervical cancer*. Int J Radiat Oncol Biol Phys 31(2):399-404, 1995.
10. GRAZIOTTIN A.: *Sexuality, aging and chronic diseases: iatrogenic premature menopause in cancer survivors*. Schneider H.P.G (Ed.), Menopause: state of the Art, Parthenon Publishing, London, p. 408-415, 2003.
11. GRAZIOTTIN A.: *Il ginecologo e la dispareunia- dalla fisiopatologia alla diagnosi differenziale alla terapia*. In Leiblum SR, Rosen R. (eds): *Principles and practice of sexual medicine*. Guilford Press, New York, 2000, trad. italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin. Principi e pratica di terapia sessuale, CIC Edizioni Internazionali, pag 248-270, Roma, 2004.
12. GRAZIOTTIN A.: *Sexual desire disorders: clinical approach*. In Graziottin A. (guest editor): *Female Sexual Dysfunction - Clinical approach*. Urocinamica, 14 (2):61-67, 2004 b.
13. GRAZIOTTIN A.: *Sexuality in postmenopause and senium*. In Lauritzen C. & Studd J. (eds) *Current management of the menopause*, London, Martin Duniz, pag.185-203, 2004 c.
14. GRAZIOTTIN A., BASSON R.: *Sexual dysfunction in women with premature menopause*. Menopause. Nov-Dec; 11(6 Pt 2):766-77, 2004.
15. GRAZIOTTIN A., LEIBLUM S.R.: *Biological and Psychosocial Etiology of Female Sexual Dysfunction During the Menopausal Transition*. The Journal of Sexual Medicine (2005, in press).
16. LAAN E., EVERAERD W.: *Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data*. Ann. Rev. Sex. Res. 6:32-76, 1995.
17. LAUMANN E.O., PAIK A., ROSEN R.C.: *Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors*, JAMA, 281: 537-44, 1999.
18. LEIBLUM S., NATHAN S.: *Persistent sexual arousal syndrome in women: a not uncommon but little recognized complaint*. Sex

- Relationship Ther, 17(2):191-198, 2002.
19. LEVIN R.J.: *The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis* Archives of Sexual Behaviour, 31 (5) 405-411, 2002.
 20. LUBORSKY J.L., MEYER P., SOWER M.F., GOLD E.B., SANTORO N.: *Premature menopause in a multiethnic population study of the menopause transition* Hum Reprod, 8(1):199-206, 2003.
 21. PLAUT S.M., GRAZIOTTIN A., HEATON J.P.W.: *Sexual dysfunction* Health Press, Oxford, 2004.
 22. SANDS R., STUDD J.: *Exogenous androgens in postmenopausal women*. Am. J. Med., 98 (1A): 76 - 79 1995.
 23. SIMUNIC V., BANOVIC I., CIGLAR S., JEREN L., PAVICIC BALDANI D., SPREM M.: *Local estrogen treatment in patients with urogenital symptoms* Int. J. Gynecol. Obstet., 82: 187-197, 2003.
 24. SCHOVER L., FIFE M., GERSHENSON D.: *Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer* Cancer 63(1):204-212, 1989.
 25. TARCAN T., PARK K., GOLDSTEIN I., MAIO G., FASSINA A., KRANE R.J.: *Histomorphometric analysis of age related structural changes in human clitoral cavernosal tissue* J.Urol. 161:940-4, 1999.
 26. THE NORTH AMERICA SOCIETY: *Consensus opinion of the North American Society*, section E:78-79, 2004.
 27. PROGETTO MENOPAUSA ITALIA STUDY GROUP: *General and medical factors associated with hormone replacement therapy among women attending menopause clinics in Italy*. Menopause, 8:290-295, 2001.
-