



DISFUNZIONI GENITO-SESSUALI FEMMINILI: ASPETTI TERAPEUTICI

35

A. GRAZIOTTIN

La terapia dei disturbi sessuali femminili (FSD), coerentemente alla diagnosi, sarà orientata in modo multifattoriale (biologico, psicosessuale e relazionale) e multisistemico (Glazer *et al.*, 1995; Graziottin, 2001 a, b; Bergeron *et al.*, 2001). Essa richiede pertanto un gruppo di lavoro multidisciplinare, così da poter personalizzare il trattamento con equilibrio di sguardo clinico tra fattori biologici, psicologici e relazionali.

La prognosi è migliore quando l'etiologia sia prevalentemente biologica e secondaria ad alterazione dei profili ormonali sistemici e/o locali: in tali casi la *restitutio ad integrum*, con piena soddisfazione personale della donna e della coppia, è possibile soprattutto quando la diagnosi è precoce, la terapia tempestiva e quando le altre condizioni psicologiche, personali e di coppia, siano favorevoli.

Verranno qui brevemente esaminate solo le principali opzioni terapeutiche mediche dei FSD, nella loro applicazione clinica di primo livello, mentre si rimanda a testi specifici per le terapie più complesse di tipo psicologico e sessuale (Kaplan, 1979; Masters *et al.*, 1992; Miller, 1995; Clulow, 2001; Baldaro Verde e Graziottin, 2002).

□ OPZIONI TERAPEUTICHE

Ormonali

– Locali

1. La terapie locali vaginali con *estrogeni* (Wu *et al.*, 2001; Rioux *et al.*, 2000); possono rapidamente migliorare trofismo e lubrificazione vaginale, con parallelo abbassamento del pH e conseguente ripristino del normale ecosistema (Caillouette *et al.*, 1997). Si possono utilizzare cps vaginali con 25 microgrammi di estradiolo, che hanno il pregio di non aumentare le secrezioni vaginali extra-eccitazione pur dando un ec-

cellente miglioramento del trofismo e della lubrificazione già dopo 3 settimane di uso (Rioux *et al.*, 2000); estriolo vaginale, in crema o tavolette; estrogeni naturali coniugati vaginali, molto efficaci, che tuttavia richiedono un'associazione periodica con progestinico, se la donna non è isterectomizzata, per il rischio di assorbimento e stimolazione endometriale (Notelovitz, 2002).

2. La terapia topica a base di *testosterone propionato* in vaselina filante al due per cento – applicato in minima quantità sui genitali esterni tutti i giorni per uno-due mesi, fino al ripristino di una normale eccitazione genitale clitoridea e vulvovestibolare, proseguendo poi con terapia di mantenimento con applicazioni da ripetere due volte la settimana – può essere sufficiente a restituire una soddisfacente responsività clitoridea, se non coesistono fattori di disturbo di tipo inibitorio psicosessuali personali e/o di coppia (Graziottin, 2002; Notelovitz, 2002). Approvata per il trattamento del lichen sclerosus (Hagedorn, 2002), questa terapia è in corso di valutazione con indicazione sessuologica.

– Sistemiche

1. Terapie sistemiche con *estrogeni* possono migliorarne l'eccitazione centrale e, soprattutto, periferica, genitale e non genitale (Gruber *et al.*, 2002; Graziottin, 2001; Baldaro Verde e Graziottin, 2002). Tuttavia, se la donna lamenta secchezza vaginale nonostante una terapia sistemica in corso (estroprogestinici a bassissimo dosaggio, a scopo contraccettivo, o HRT) è opportuno integrare la terapia con un supplemento di terapie estrogeniche locali, soprattutto quando la scarsa responsività testuale è confermata da livelli di pH superiori ai fisiologici (Caillouette *et al.*, 1997;



- De Cherney, 2000; Notelovitz, 2002). L'attenzione alla comorbidità (Graziottin, 1999, 2000, 2001) tra disturbi del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo, nonché la possibile presenza di disturbi sessuali caratterizzati da dolore è indispensabile per l'integrazione ottimale tra terapie farmacologiche sistemiche e topiche, ed eventuali terapie riabilitative e/o psicosessuali.
2. Terapie sistemiche con *androgeni* possono costituire un'adeguata terapia in caso di ovariectomia bilaterale, monitorando i livelli plasmatici per garantire il mantenimento dei livelli entro *range* fisiologici per la donna (Sherwin *et al.*, 1987; Sands e Studd, 1995; Davis, 1999; Shifren *et al.*, 2000; Graziottin e Maraschiello, 2002). Il tibolone, oltre alle combinazioni di estroprogestinici con progestinici di derivazione androgenica, presenta un profilo d'azione particolarmente favorevole al miglioramento della risposta sessuale in postmenopausa (Wu *et al.*, 2001; Madelska e Cummings 2002).

Farmacologiche non ormonali

1. Terapie orali con *apomorfina* sono in corso di valutazione: nella donna, come nell'uomo, dovrebbe infatti essere possibile agire sull'eccitazione centrale mediante un farmaco che attivi la cascata di eventi neurovascolari, se la motivazione emotivo-affettiva all'intimità esiste e il blocco riconosce cofattori etiologici di tipo biologico. A conoscenza dell'Autrice non sono ancora state valutate le possibili sinergie tra apomorfina e androgeni, fattori che potrebbero riattivare in modo più efficace l'eccitazione mentale, facilitando anche la risposta periferica.
2. Terapie orali con *sildenafil* hanno dato risultati positivi, in campioni di donne ben selezionate, con disturbo specifico e selettivo dell'eccitazione (Sipski *et al.*, 2000; Basson *et al.*, 2001).

Riabilitative

- L'eliminazione delle cause di dolore (Bonica, 1990) è parte integrante della terapia dei disturbi dell'eccitazione (Bergeron *et al.*, 2001; Graziottin, 2001a, 2001b, 2002), così come della comorbidità con disturbi del desiderio e dell'orgasmo (Basson, 2000, 2001). Un accurato esame del pavimento pelvico e dei muscoli perineali è essenziale, così come è necessario

educare la paziente ad eseguire correttamente e quotidianamente esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico atti a ripristinare l'elasticità muscolare e conseguentemente mantenere l'abitabilità vaginale (Thompson, 1990; Di Benedetto e Graziottin, 1997).

- Nelle pazienti con dispareunia è essenziale la rimozione di eventuali fattori favorevoli, precipitanti o promoventi di tipo ormonale, flogistico, distrofico, iatrogeno nonché psicosessuale. A quel punto la terapia riabilitativa prevede:
 1. massaggi vaginali (Graziottin, 2001) per migliorare il rilassamento muscolare, la vascolarizzazione e la elasticità tissutale, effettuati dalla paziente stessa, dalla fisioterapista e/o dall'ostetrica con una formazione in quest'ambito;
 2. riabilitazione dei muscoli perivaginali, con esercizi di Kegel (1952) o biofeedback elettromiografico (Glazer *et al.*, 1997; Mc Kay *et al.*, 2001; Bergeron *et al.*, 2001). Esso può migliorare la sensibilità vaginale e l'eccitazione fisica, e ridurre le cause riflesse di inibizione dell'eccitazione in caso di incontinenza, per la paura di perdere urina, soprattutto con l'orgasmo (Graziottin e Salonia, 2001);
 3. dilatatori vaginali, dopo massaggi con applicazione di olio di iperico;
 4. lubrificanti vaginali per facilitare la penetrazione.

Nelle forme di comorbidità associate a difficoltà di eccitazione e di orgasmo si è dimostrato utile anche l'unico apparecchio finora approvato dall'FDA, l'Eros Clitoral Device (Eros-CTD). Esso ha mostrato di poter migliorare in modo significativo l'eccitazione genitale e la capacità orgasmica, sia in termini qualitativi che quantitativi, di intensità dell'orgasmo, di riduzione del tempo intercorso tra inizio della stimolazione/eccitazione e raggiungimento dell'orgasmo, nonché del numero di contrazioni orgasmiche (Wilson *et al.*, 2001).

5. Specifiche terapie antalgiche sono indicate quando il dolore della dispareunia, in genere secondario a vestibolite vulvare, vira da nocicettivo a neuropatico (Graziottin e Vincenti, 2002).

Scopo della riabilitazione è mirare a risolvere i problemi fisici conseguenti al dolore coitale e i problemi psicoemotivi correlati, concorrendo a modificare la geografia inconscia del corpo, che si modifica progressivamente quando il coito è impossibile e/o caratterizzato da dolore.

È inoltre utile incoraggiare la donna e il partner a un atteggiamento attivo di presa di coscienza e di convivenza con un nuovo stato funzionale, quando la *restitutio ad integrum* non sia possibile come, ad esempio, nelle disparchie da danno iatrogeno oncologico, per esempio da chirurgia e radioterapia (Di Benedetto e Graziottin, 1997).

Psicosessuali, individuali e/o di coppia

Le cause psicosessuali, personali e relazionali richiedono poi un approccio psicoterapeutico individuale e/o di coppia, sessuologicamente orientato (Kaplan, 1979; Masters *et al.*, 1992; Carli, 1995; Basson, 2000; Clulow, 2001; Baldaro Verde, 1991 1993, 1994; Baldaro Verde e Graziottin, 2002). La presenza di problemi sessuali del partner, induttori di disturbi di cui la donna si fa poi portatrice, andrà invece trattata in sinergia con l'uro-andrologo.

CONCLUSIONI

La terapia delle disfunzioni sessuali femminili richiede un approccio integrato con valutazione appropriata delle possibili componenti biologiche, psicosessuali e relazionali.

Un'anamnesi molto accurata, volta a definire le principali caratteristiche del disturbo – primario (*lifelong*) o acquisito, generalizzato o situazionale, a etiologia organica, psicogena o mista, – è essenziale per orientare l'approfondimento diagnostico.

Un'accurata semeiologia, purtroppo trascuratissima in sessuologia, integrerà le informazioni ottenibili a livello biochimico, strumentale, testistico. Soprattutto nelle donne in peri e postmenopausa, in cui aumentano sensibilmente le cause biologiche di disfunzione sessuale, vanno accuratamente indagate e, ove possibile, trattate le cause biologiche, endocrine e/o età correlate, sistemiche e/o genitali.

È necessario inoltre considerare sempre il possibile ruolo favorente e/o precipitante di parallele malattie sistemiche e/o disfunzioni sessuali nel partner. La consulenza uroandrogica, con le eventuali terapie, diventa parte integrante di un approccio terapeutico che guardi alla coppia come unità funzionale o disfunzionale.

Infine, è ugualmente importante considerare anche la qualità dell'intimità emotiva, che può gravemente interferire con la soddisfazione sessuale anche in presenza di una buona normalità strettamente biologica.

Bibliografia

- Baldaro Verde J. *La sessualità umana tra il biologico e lo psicologico*. Rivista di Scienze Sessuologiche 1991;4:17-21.
- Baldaro Verde J. *L'identità sessuale e le sue vicissitudini*. In: Baldaro Verde J. Genazzani AR, Marrama P (ed) *Sessuologia 93*. Roma: C.I.C. 1993.
- Baldaro Verde J. *Eroticità: pilastro conflittuale tra l'identità sessuale femminile e quella maschile*. In: Atti del Convegno Nazionale AP-SIMP, Roma, Maggio 1994;19-21.
- Baldaro Verde J. Graziottin A. *Ristrutturazione della identità femminile: come cambia la ristrutturazione dell'identità in menopausa negli anni novanta*. In: Bottiglioni F, De Aloysio D. (ed) *Il climaterio femminile: esperienze italiane di un decennio*. Bologna: Monduzzi ed. 1988;723-8.
- Baldaro Verde J, Graziottin A. *I disturbi dell'eccitazione sessuale femminile*. Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), Perugia, novembre 2002. Roma: CIC Edizioni 2002;323-9.
- Basson R. *The female sexual response: a different model*. J. Sex & Marital Therapy 2000;16:889-93.
- Basson R, et al. *Efficacy and Safety of Sildenafil in Estrogenized Women with dysfunction associated with Female Sexual Arousal Disorder*. Obstetrics & Gynecology 2001;95(4) (suppl 1):554-60.
- Bergeron S Khalifé S Pagidas K Meana M Amsel R Binik YM. *A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy, surface electromyographic biofeedback and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from VVS*. Pain 2001;91:297-306.
- Bonica JJ. *Definitions and taxonomy of pain*. In J Bonica (ed) *The Management of Pain*. Philadelphia: Lea & Febiger 1990;2:18-27.
- Caillouette JC Sharp CE, Zimmermann GJ, Roy S. *Vaginal pH as a marker for bacterial pathogens and menopausal status* Am J Obstet Gynecol 1997;176:1270-7.
- Carli L. *Attaccamento e rapporto di coppia*. Milano: Cortina Ed. 1995.
- Clulow C (ed). *Adult Attachment and Couple Psychotherapy*. Hove (UK): Brunner-Routledge 2001.
- Davis S. *Androgen Replacement in women: a commentary*. J Clin Endocrinol & Metabolism 1999;84:6, 1886-91.
- Di Benedetto P, Graziottin A. *Piacere e Dolore*. Trieste: Libreria Goliardica Ed 1997.
- DeCherney AH. *Hormone receptors and sexuality in the Human Female*. J. Women's Health Gender Based Med 2000;9(suppl. 2):S9-13.
- Glazer HI, Rodke G, Sewncionis C, Hetz R Young AW. *Treatment on vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature*. J Reprod Med 1995;40:283-90.
- Graziottin A. *Estrogeni, funzioni psichiche e organi di senso*. Milano: UIC edizioni 1999.
- Graziottin A. *Libido*. Maturitas 2000;34(suppl. 1):S9-S16.

- Graziottin A. *Sexual function in women with gynecologic cancer: a review*. It J Gynec Obstet 2001;2:61-68(a).
- Graziottin A. *Clinical Approach to Dyspareunia*. J. Sex & Marital Therapy 2001;27:489-501(b).
- Graziottin A. *I disturbi dell'eccitazione sessuale*, in "Manuale di Sessuologia Medica per Ginecologi" (in press).
- Graziottin A, Maraschiello T. *Farmaci e Sessualità*. Milano: Airon ed. 2002.
- Graziottin A, Salonia A. *Instabilità vescicale: implicazioni psicosessuali*. Aggiornamento medico 2001;25:24-29.
- Graziottin A, Vincenti E. *Anthalgic treatment of intractable pain due to vulvar vestibulitis syndrome: preliminary results with oral gabapentin and anesthetic block of ganglion impar* (abstract). Proceedings of the Congress of the International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH), Vancouver: 2002;10-14:206.
- Gruber CJ, Tschugguel W, Schneeberger C, Huber JC. *Production and action of estrogens*. N.J.E.M. 2002;346:5, 340-52.
- Hagedorn M, Buxmeyer B, Schmitt Y, Bauknecht T. *Survey of lichen sclerosus in women and men*. Arch Gynecol Obstet 2002;266:86-91.
- Kaplan HS. (1979). *I disturbi del desiderio sessuale*. Milano: Mondadori tr. it. 1982.
- Kegel AH. *Sexual function of the pubococcygeus muscle*. West J Surg Obstet Gynecol 1952;60:521-4.
- Madelska K, Cummings S. *Tibolone for post-menopausal women: systematic review of randomized trials*. J Clin Endocrinol Metabolism 2002;87:16-23.
- Masters WH, Johnson V, Kolodny RC. *Heterosexuality*. Glasgow: Harpers Collins Manufacturing 1994.
- McKay E, Kaufman RH, Doctor U, Berkova Z, Glazer H. *Treating vulvar vestibulitis with electromyographic feedback of pelvic floor musculature* J Reprod Med 2001;46:337-42.
- Miller MV. *Intimate terrorism: the deterioration of the erotic life*. New York: Norton&Company 1995.
- Notelovitz M. *A practical approach to postmenopausal hormone therapy*. New York: Ob Gyn Special ed. MacMahon 2002.
- Pukall CF, Binik YM, Khalifé S, Amsel R, Abbott FV. *Vestibular tactile and pain threshold in women with vulvar vestibulitis*. Pain 2002;96(1-2):163-75.
- Rioux JE, Devlin MC, Gelfand MM, et al. *17 beta estradiol vaginal tablets versus conjugated equine estrogen vaginal cream to relieve menopausal atrophic vaginitis*. Menopause 2000;7(3):156-61.
- Sands R, Studd J. *Exogenous androgens in postmenopausal women*. Am J Med 1995;98(1a):76-9.
- Sherwin BB, Gelfand MM, Brender W. *Androgen enhances sexual motivation in females: a prospective, cross-over study of sex steroid administration in surgical menopause*. Psychosom Med 1987;47:339-51.
- Schindler AE. *Hormone Replacement Therapy (HRT) in women after genital cancer*. Maturitas 2002;41(suppl 1):S105-11.
- Shifren JL, Glenn D, Braunstein MD, et al. *Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy*. NEJM 2000;343:682-8.
- Sipski ML, Rosen RC, Alexander J, Hamer RM. *Sildenafil effects on Sexual and cardiovascular responses in women with spinal cord injury*. Urology 2000;55:812-15.
- Thompson JM. *Tension myalgia as a diagnosis at the Mayo Clinic and its relationship to fibrositis, fibromyalgia and myofascial pain syndrome*. Mayo Clin Proc 1990;65:1237-48.
- Wilson SK, Delk JR, Billups KL. *Treating symptoms of female sexual arousal disorders with the Eros-Clitoral Therapy Device*. J Gender Specif Med 2001;4(2):54-58.
- Wu MH, Pan HA, Wang ST, Hsu CC, et al. *Quality of life and sexuality changes in postmenopausal women receiving tibolone therapy*. Climacteric 2001;4:4, 314-20.