

molecole a emivita non molto lunga è possibile suggerire in pazienti selezionate una sospensione del trattamento durante il fine settimana.

Studi di confronto hanno cercato di evidenziare le categorie di molecole psicoattive con meno effetti collaterali di tipo sessuale e la possibilità di un loro utilizzo come antidoto sul versante della libido e dell'orgasmo. La **reboxetina** si è dimostrata superiore alla fluoxetina nel preservare la funzione sessuale femminile. Anche la **mirtazapina** che svolge la sua azione antidepressiva intervenendo specificamente sulla trasmissione noradrenergica e serotoninergica, sembra indurre meno sintomi sessuali e anzi è stata proposta come antidoto in associazione ad altre terapie, dal momento che blocca i recettori 5HT₂ e 5HT₃ la cui stimolazione da parte di altri SSRI sembra coinvolta nell'eziopatogenesi delle disfunzioni sessuali. Studi controllati e in aperto suggeriscono che il **bupropione** è il miglior candidato a svolgere una buona azione sugli effetti collaterali sessuali in virtù della sua blanda azione di inibizione della ricaptazione della dopamina in donne in terapia con SSRI-SNRI. È stato anche riportato che la maggior parte delle pazienti trattate con un antidepressivo (imipramina, desipramina, nortriptilina, amitriptilina, amoxapina, trazodone e fluoxetina), e che avevano sviluppato un calo del desiderio sessuale, ottenevano un ripristino di tale funzione quando l'antidepressivo usato veniva sostituito dal bupropione o dalla mirtazapina. Anche la somministrazione di buspirone in aggiunta al trattamento con SSRI facilita una ripresa del desiderio sessuale senza compromettere l'efficacia del trattamento antidepressivo di fondo, grazie probabilmente alla sua azione di agonista parziale sui recettori 5HT_{1A} e a un'azione α_2 antiadrenergica.

La somministrazione di **yohimbina**, un antagonista α_2 adrenergico presinaptico che agisce potenziando probabilmente il tono noradrenergico e altri recettori coinvolti nella risposta sessuale (dopaminergici, colinergici ecc.), sarebbe infine in grado di contrastare la riduzione della libido indotta da un trattamento cronico con fluoxetina, ma non sembra stimolare la libido allorché il calo del desiderio non è associato all'utilizzo di molecole psicoattive⁸.

Altri farmaci

Il mercato della medicina alternativa e/o naturale è in crescita esponenziale nel mondo occidentale e ben si adatta al DDSI dal momento che si tratta di un disturbo spesso multidimensionale e di non facile approccio terapeutico convenzionale. In linea teorica un supplemento nutrizionale con un'azione proessuale può dimostrarsi efficace per un'ampia serie di ragioni, non sempre facilmente controllabili in studi randomizzati. A parte il classico effetto placebo, i supplementi, i rimedi omeopatici e gli olii essenziali hanno lo scopo di migliorare il tono fisico e mentale agendo da antistress e antifatica, potrebbero funzionare da stimolanti e modulatori del sistema neuroendocrino e vascolare migliorando umore e percezioni genitali, e infine riducono le inibizioni stimolando la fantasia e la capacità di rilassarsi. Nessun prodotto si è tuttavia dimostrato "miracoloso" sulla libido e la potenza sessuale; pertanto l'uso di questi integratori non può essere raccomandato⁹.

Conclusioni

La terapia del DDSI richiede necessariamente un'integrazione tra l'approccio biologico e quello psicorelazionale, stante la complessità dei fattori coinvolti nella motivazione alla sessualità umana. È

indubbio, però, che lo sviluppo di molecole ormonali adeguate e di farmaci attivi sul sistema nervoso centrale costituisce un importante passo avanti nella terapia di un disturbo assai frequente nella pratica clinica durante tutto l'arco della vita della donna.

Bibliografia

- 1 Basson R et al. *Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered: advocating expansion and revision*. J Psychosom Obstet Gynecol 2003, 24: 221-229.
- 2 Alexander JL et al. *The effects of postmenopausal hormone therapies on female sexual functioning: a review of double-blind, randomized controlled trials*. Menopause 2004, 11: 749-765.
- 3 Bachmann GA, Leiblum SR. *The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review*. Menopause 2004, 11: 120-130.
- 4 Nappi R et al. *Clinical biologic pathophysiology of women's sexual dysfunction*. J Sex Med 2005, 2: 4-25.
- 5 Nappi RE et al. *Role of testosterone in feminine sexuality*. J Endocrinol Invest 2003, 26: 97-101.
- 6 Simon J et al. *Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder*. J Clin Endocrinol Metab 2005, 90: 5226-5233.
- 7 Davis SR. *The effect of tibolone on mood and libido*. Menopause 2002, 9: 162-170.
- 8 Clayton AH. *Female sexual dysfunction related to depression and antidepressant medications*. Curr Womens Health Rep 2002, 2: 182-187.
- 9 Sandroni P. *Aphrodisiacs past and present: a historical review*. Clin Auton Res 2001, 11: 303-307.

CAPITOLO 67

Clinica dell'ipolubrificazione e dell'anorgasmia

Fisiopatologia dell'ipolubrificazione

Gianfranco Scarselli, Valentina Rovei,
Alessandra Graziottin

Se è vero che la lubrificazione vaginale è, sotto il profilo vascolare, neurologico e, in ultima analisi, molecolare, l'esatto corrispondente dell'erezione maschile, è altrettanto vero che la fisiopatologia dell'ipolubrificazione si specchia perfettamente in quella della disfunzione erettile. Si potrebbe quasi dire, provocatoriamente, che l'ipolubrificazione è l'impotenza femminile, la disfunzione erettile della donna. Le noxae sono infatti assolutamente le medesime, anche se è diverso l'impatto clinico: un maschio con un danno vascolare che riduca del 40% l'efficienza dei corpi cavernosi non ha un'erezione sufficiente per penetrare; una donna con lo stesso deficit vascolare ha una peggioramento della capacità di lubrificazione che può si provocare disagio, se non addirittura dolore coitale, ma che non impedisce di certo il rapporto sessuale. Allo stesso modo, una donna che non si lubrifica perfettamente all'inizio della penetrazione può farlo nel corso della copula grazie alle spinte peniene e all'attivazione dell'arco riflesso analogo a quello che nel maschio provoca l'erezione meccanica o neurogena. Un maschio con lo stesso grado di ipoecitazione, in stato di semplice tumescenza, non permette invece l'accoppiamento.

Introduzione

La ridotta o assente lubrificazione vaginale viene percepita e riferita dalla donna come "secchezza vaginale". Può essere presente in condizioni di vita quotidiana, e quindi come secchezza spontanea, oppure può essere avvertita e riconosciuta come tale durante il rapporto sessuale e allora si parla di disturbo dell'eccitazione sessuale genitale. In quest'ultimo caso, qualora la secchezza sia marcata, può associarsi a dolore durante il rapporto, all'inizio della penetrazione, causando quindi **dispareunia** introitale (si veda il Capitolo 68). Spesso la donna include nella sua percezione, o nelle parole con cui descrive il sintomo, anche i genitali esterni. Sta al medico dunque valutare accuratamente se si tratti di secchezza vaginale, vulvare o di entrambe.

Definizioni

Fino al 2000, il disturbo dell'eccitazione sessuale genitale era incluso nel più ampio "disturbo dell'eccitazione", definito come la «persistente o ricorrente incapacità di raggiungere o mantenere una sufficiente eccitazione sessuale, che può essere espressa come mancanza di eccitazione: soggettiva (mentale), genitale (lubrificazione/congestione) e/o di altre risposte somatiche (eccitazione periferica non genitale), che causa distress personale»¹.

La rivisitazione delle definizioni, avvenuta nel corso della successiva consensus conference, ha distinto diversi tipi di disturbo (**Tabella 67.1**)^{2,3}. Il disturbo dell'eccitazione sessuale genitale che definisce la dimensione "periferica", somatica, del disturbo dell'eccitazione sessuale ha come epifenomeno clinico, che la donna porta in consultazione, la più semplice secchezza durante i rapporti o secchezza vaginale.

TABELLA 67.1 Disturbi dell'eccitazione sessuale femminile. (Modificata da Basson et al.²)

Disturbo soggettivo dell'eccitazione sessuale

Le sensazioni mentali di eccitazione sessuale (eccitazione e piacere sessuale) derivanti da qualsiasi tipo di stimolazione sessuale sono marcatamente diminuite o assenti. Possono comunque essere presenti la lubrificazione vaginale o altri segni di eccitazione

Disturbo genitale dell'eccitazione sessuale

Mancata o ridotta eccitazione sessuale genitale. La donna può riferire una minima risposta di congestione vulvare e/o di lubrificazione vaginale a qualsiasi tipo di stimolazione sessuale, e ridotte sensazioni sessuali nelle carezze genitali. L'eccitazione sessuale soggettiva, mentale, può tuttavia essere presente grazie a stimoli sessuali non genitali

Disturbo misto, soggettivo e genitale, dell'eccitazione sessuale

Assenza o marcata riduzione di sensazioni di eccitazione sessuale (eccitazione sessuale e piacere sessuale), associate ad assente o diminuita eccitazione sessuale genitale (congestione vulvare, lubrificazione vaginale) in risposta a qualsiasi tipo di eccitazione sessuale

Disturbo dell'eccitazione sessuale persistente

Eccitazione sessuale genitale (congestione, pulsazione, lubrificazione) spontanea, intrusiva e non desiderata in assenza di desiderio e di interesse sessuale. La consapevolezza dell'eccitazione sessuale è tipicamente, ma non invariabilmente, spiacevole. L'eccitazione non è ridotta da uno o più orgasmi. La sensazione di eccitazione fisica può persistere per ore o giorni e più

Basi fisiopatologiche

La scarsa lubrificazione genitale è dunque un epifenomeno che può sottendere molteplici condizioni fisiopatologiche.

Condizioni biologiche

Cause ormonali

La **carezza ormonale di androgeni e/o estrogeni** riduce il potente effetto iniziatore e facilitatore che questi ormoni hanno sull'eccitazione^{4,5} attraverso meccanismi centrali, o mentali, e genitali (vaginale, periuretrale e vulvare, a livello dei corpi cavernosi clitoridei e bulbo-vestibolari) e grazie a un'azione periferica non genitale, ossia legata alla vasodilatazione sistemica, e ai fenomeni correlati, nonché all'attivazione delle ghiandole esogene, tra cui le sudoripare e le salivari. Basti pensare alla salivazione, che può ridursi drasticamente dopo la menopausa per la carezza estrogenica, sia in condizioni di riposo, sia di eccitazione sessuale⁶.

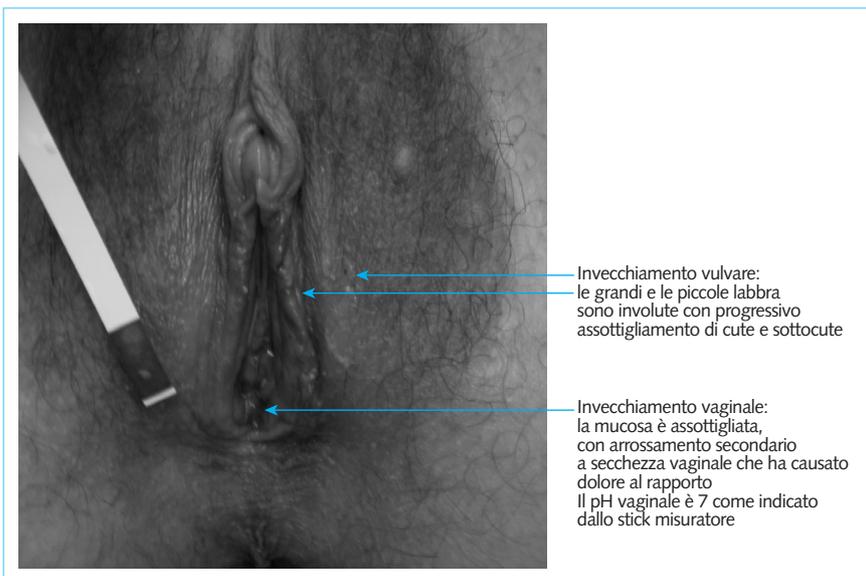
L'ipoestrogenismo può essere causato da condizioni fisiologiche come il **puerperio**⁷ o la menopausa; condizioni patologiche come l'**amenorrea**; condizioni di ipoestrogenismo relativo, per esempio in corso di terapia contraccettiva con pillole ultraleggere (contenenti 15 µg di estrogeni) che nel 18-22% dei casi possono provocare difficoltà di eccitazione genitale con secchezza vaginale⁸; oppure in corso di terapia ormonale sostitutiva a basso dosaggio⁹. Si ammette infatti che vi possa essere una minore sensibilità distrettuale, su base recettoriale, pur con livelli estrogenici sistemici, ossia plasmatici, sufficienti per una normale stimolazione in altri distretti corporei⁹.

La valutazione del pH vaginale, effettuata in ambulatorio con un semplice stick, può dare informazioni preziose in questo senso, in quanto in condizioni di buona estrogenizzazione e con un ecosistema in equilibrio il pH dovrebbe essere inferiore a 4,5¹⁰. Il pH sale progressivamente in postmenopausa, fino a valori di 7-7,3 che usualmente si accompagnano a secchezza marcata e dispareunia (**Figura 67.1**). In genere vi è concomitante presenza di secchezza vulvare e vaginale, epifenomeno dell'invecchiamento genitale correlato all'età e peggiorato dallo stato menopausale non trattato.

Tra gli **ipoandrogenismi** vanno ricordate tutte le condizioni iatrogene, di ovariectomia bilaterale o di menopausa attinica o chemioterapica, nonché di uso di farmaci antiandrogenici, quali il ciproterone acetato, il drospirenone o la finasteride. Anche l'incremento della globulina legante gli ormoni sessuali (SHBG), in corso di terapia contraccettiva, di terapia ormonale sostitutiva e/o di dieta ricca di fitoestrogeni, assunti mediante alimenti o con integratori, può indurre un ipoandrogenismo clinico perché aumenta la quota di testosterone legata e ne diminuisce la frazione libera, in grado di interagire con i recettori cellulari per gli androgeni.

Cause vascolari

In analogia a quanto è ampiamente descritto per il sesso maschile, anche nella donna disturbi vascolari associati a condizioni sistemiche sono fattori predittivi di un deficit dell'eccitazione genitale⁵. Nell'uomo questo provoca il deficit di erezione, nella donna l'ipolubrificazione. Goldstein nel 1998 è stato il primo a riportare i primi dati sperimentali sul ruolo dei fattori vascolari nell'inibizione dell'eccitazione genitale nell'animale femmina¹¹. Il **fumo** può complicare una condizione già a rischio per l'ipolubrificazione peggiorando la vascolarizzazione della vagina e dei genitali esterni. Il **diabete**,



Invecchiamento vulvare:
le grandi e le piccole labbra
sono involute con progressivo
assottigliamento di cute e sottocute

Invecchiamento vaginale:
la mucosa è assottigliata,
con arrossamento secondario
a secchezza vaginale che ha causato
dolore al rapporto
Il pH vaginale è 7 come indicato
dallo stick misuratore

FIGURA 67.1 Invecchiamento vulvo-vaginale in una signora di 58 anni, che non ha usato la terapia ormonale sostitutiva e si è rivolta alla ginecologa lamentando secchezza vaginale. Dall'anamnesi sono poi emersi anche la difficoltà di eccitazione genitale, il dolore all'inizio del rapporto (dispareunia introitale) e la difficoltà a raggiungere l'orgasmo coitale, riferito presente in età fertile. (© A. Graziottini.)

con la microangiopatia e la neuropatia che può indurre soprattutto a lungo termine, si è dimostrato un fattore importante di deficit di eccitazione sessuale genitale nella donna¹². Più in generale, anche nella donna le malattie cardiovascolari possono essere associate a una ridotta lubrificazione, su base anatomica vascolare.

Dal punto di vista pratico, l'abolizione del fumo, una dieta ipocolerolemizzante, un buon controllo pressorio e glicemico e il movimento fisico quotidiano aiutano a ridurre la componente vascolare che contribuisce altrimenti all'ipolubrificazione, in modo più rilevante con l'aumentare dell'età, analogamente a quanto succede nell'uomo.

Cause nervose centrali

Il disturbo dell'eccitazione sessuale mentale può essere causato da fattori biologici, psicosessuali e relazionali (si veda il Capitolo 65)¹³. Accanto alle cause ormonali summenzionate, va ricordata la frequente comorbilità con i disturbi del desiderio e con i disturbi affettivi (depressione e ansia), oltre che specificamente con la fobia della penetrazione (tipica del vaginismo) e il disturbo da avversione sessuale. Il disturbo dell'eccitazione mentale può causare ipolubrificazione se a esso correla una parziale o totale inibizione degli eventi neurovascolari che promuovono l'eccitazione fisica genitale.

La **depressione** è il disturbo affettivo più frequentemente associato ai disturbi del desiderio e dell'eccitazione sessuale mentale. L'ansia da prestazione, nella donna come nell'uomo, può contribuire alla ridotta eccitazione genitale per la vasocostrizione conseguente all'ipertono adrenergico. Ben nota negli uomini, in cui è responsabile del deficit erettivo di mantenimento, l'ansia da prestazione è meno considerata nella valutazione eziologica dell'ipolubrificazione e più in generale dell'inadeguata eccitazione sessuale genitale.

La **fobia** della penetrazione, variamente associata al vaginismo, può essere portata in consultazione come secchezza vaginale, come dispareunia o come difficoltà ad avere rapporti completi (matrimonio o rapporto non consumato) e/o come anorgasmia coitale. L'attenzione alle componenti mentali di ansia e depressione, come condizioni predisponenti alla difficoltà di lubrificazione, e alle possibili componenti fo-

biche deve quindi essere considerata tutte le volte in cui la donna lamenti sintomi sessuali genitali (ipolubrificazione, secchezza e difficoltà di eccitazione, dispareunia nonché anorgasmia, specie se coitale)^{14,15}.

Cause nervose periferiche

L'interessamento del sistema nervoso periferico da parte di patologie diverse, traumatiche o neurodegenerative, può tradursi, nella donna come nell'uomo, in un danno dell'eccitazione genitale. I **traumi midollari** possono causare ipolubrificazione fino alla secchezza a seconda del grado del trauma a livello midollare e della sua gravità¹⁶. Si parla in tal caso di un deficit dell'eccitazione sessuale genitale di tipo neurogeno, che nell'uomo dà deficit erettivo e nella donna ipolubrificazione.

Malattie neurologiche quali la **sclerosi multipla** possono associarsi a ipolubrificazione e anorgasmia, più probabili quando sono comparsi sintomi di tipo vescicale che correlano con un danno più grave delle terminazioni nervose pelviche¹⁷. Anche la sindrome da **intrappolamento del nervo pudendo** può dare segno di sé non solo attraverso il dolore (clitoralgia e/o dispareunia) ma anche attraverso l'ipolubrificazione, anche in questo caso neurogena.

Cause muscolari

L'**ipertono del muscolo elevatore dell'ano** può causare ipolubrificazione e quindi secchezza vaginale in quanto comporta un restringimento meccanico (dinamico e reversibile!) dell'apertura vaginale. Il dolore alla penetrazione, che la donna prova in questa circostanza, è il più potente inibitore riflesso della lubrificazione¹⁸. Si instaura in tal caso un circolo vizioso in cui la secchezza aumenta il dolore e la contrazione riflessa dell'elevatore, che a sua volta mantiene l'inibizione alla congestione genitale. È possibile la comorbilità con il vaginismo, specie se è compresente una variabile fobia della penetrazione. La contrazione riflessa dell'elevatore è più spesso associata a dispareunia, di cui la secchezza è un cofattore rilevante (si veda il Capitolo 68). Dal punto di vista clinico è importante indagare la possibile comorbilità con i disturbi del **tratto urinario inferiore**, quali cistiti ricidivanti e sintomi vescicali irritativi (urgenza, frequenza minzionale, nicturia, incontinenza da urgenza).

Cause immunitarie

La **sindrome di Sjögren**, patologia autoimmune in cui l'organismo forma anticorpi nei confronti delle ghiandole esocrine, incluse quelle gastrointestinali, può associarsi a ipolubrificazione e dispareunia. Il sospetto di sindrome di Sjögren dovrebbe essere formulato in tutti i casi in cui la secchezza vaginale (con o senza dispareunia) si associ a ridotta lacrimazione, ridotta salivazione e difficoltà digestive.

Nelle **distrofie vulvo-vaginali** l'età rappresenta da sola un fattore di involuzione delle strutture bulbo-cavernose e clitoridee, in quanto dalla prima alla sesta decade di vita si ha una riduzione di circa il 50% della percentuale di tessuto muscolare liscio che compone i corpi cavernosi. Tessuto che si riduce ulteriormente durante la postmenopausa e soprattutto nelle condizioni di **lichen sclerosus**¹⁹, che deve ormai essere considerato come una condizione di involuzione genitale, su base genetico-recettoriale, non solo mucocutanea, ma multisistemica, che interessa tutti i tessuti vulvari, anche vascolari. Le distrofie vulvo-vaginali vanno indagate sia perché possono associarsi all'ipolubrificazione, sia perché possono essere la spia di un più complesso disturbo dell'eccitazione vaginale che coinvolge le strutture vascolari sia vaginali, sia bulbo-vestibolari e clitoridee^{15,16}.

Cause iatrogene

Diverse condizioni iatrogene, a cominciare da molti dei **farmaci** responsabili di disfunzione erettile descritti nel Capitolo 59, paragrafo "Fisiopatologia iatrogena", cui si rimanda, possono concorrere all'ipolubrificazione, quando causino dolore genitale e/o vaginale che, in via riflessa, inibisce la congestione e la lubrificazione vaginale^{7,15,16}.

Tra i fattori iatrogeni che più frequentemente concorrono a causare ipolubrificazione vanno inclusi: a) **cicatrici retraenti**, per esempio da episiotomia/episiiorrafia, spesso corresponsabili di secchezza vaginale e dispareunia in puerperio; b) interventi che causino stenosi e/o restringimenti vaginali, quali **colpoplastiche**, specie posteriori, iperzelanti, o chirurgia radicale per **carcinomi della cervice**; c) fattori quali la **radioterapia pelvica**, che causa elettivamente un danno vascolare, oltre che una retrazione tissutale; d) interventi nei distretti vicini come quello anale (le **emorroidectomie** o interventi per ragadi, risultati insoddisfacenti, possono costituire una spina irritativa che induce la contrazione riflessa difensiva del muscolo elevatore, la quale, a sua volta, può concorrere all'ipolubrificazione), o quello vescicale (dilatazioni uretrali, laser vescicali o altri **interventi sulla vescica** che non abbiano in parallelo considerato l'ipertono dell'elevatore, spesso associato a queste condizioni, che può peggiorare in risposta a interventi traumatici per i tessuti vescicali).

I fattori iatrogeni possono agire come cofattori predisponenti, precipitanti o di mantenimento dell'ipolubrificazione e della dispareunia, a essa spesso associata, quando siano in gioco fattori traumatici, anche a genesi chirurgica. Il clinico dovrebbe sempre indagare se la donna sia sessualmente attiva, anche a tarda età, *prima* di intervenire chirurgicamente, così da operare cercando di rispettare l'abitabilità vaginale e la funzione sessuale. Dovrebbe inoltre indagare su possibili ripercussioni sessuali di interventi, anche di routine, quali l'episiotomia/episiiorrafia, nelle visite di controllo successive, così da intervenire prontamente per curare anche la conseguenza sessuologica, senza assecondare la "collusione del silenzio", per pudore o imbarazzo, che spesso concorre a perpetuare il problema.

Cause psicosessuali

A livello psicosessuale l'eccitazione, mentale, genitale o più frequentemente mista, con conseguente ipolubrificazione, può essere ridotta dalle seguenti cause²⁰.

- **Inibizioni educative**; se l'eccitazione viene colpevolizzata come inopportuna, prematura, indegna; oppure quando la sessualità in generale, o l'eccitazione (e/o l'eccitabilità) siano state rappresentate come un elemento di vulnerabilità fisica ed emotiva ad aggressioni sessuali.
- **Mancanza di intimità emotiva**; soprattutto nella coppia stabile, la mancanza di intimità emotiva viene riferita dalle donne come il fattore più potente nel bloccare ogni disponibilità sessuale e quindi anche la recettività coitale.
- **Ansia da prestazione**; anche nella donna l'ansia da prestazione può causare un picco plasmatico di adrenalina, con conseguente vasocostrizione e ridotta o inibita eccitazione sia periferica non genitale (ridotta salivazione) sia genitale (inibizione della congestione vaginale bulbo-cavernosa). Si tratta quindi di un aspetto che può essere causato da fattori psichici che si traducono poi nei ben noti correlati biologici del picco adrenalinico, in cui rientra anche l'ipolubrificazione.
- **Non accettazione della direzione del proprio desiderio**; per esempio quando la persona non accetta la propria omosessualità, può operare, più o meno consciamente, una censura di tutti i livelli di eccitazione, fino a far ipotizzare un problema di inibizione sessuale generale, con ipolubrificazione, in cui il fattore causale è in realtà proprio l'impossibilità di accettare l'eccitazione che consegue a un certo tipo di istintualità.

Cause contestuali

A livello di contesto relazionale e ambientale i fattori predisponenti o precipitanti l'inadeguata eccitazione mentale e genitale, con ipolubrificazione fino alla secchezza vaginale, includono i seguenti.

- **Sentimenti impoveriti per il partner e/o una problematica qualità della salute fisica e sessuale del partner**; sono questi i fattori predittivi più significativi delle possibili modificazioni della sessualità femminile durante tutta la vita e, in particolare, durante la transizione menopausale, quando la secchezza vaginale, insieme alla caduta del desiderio, è uno dei sintomi più frequentemente portati in consultazione²¹.
- **Una deludente qualità della relazione di coppia, con stili di attaccamento ansiosi o evitanti, nonché elevati livelli di conflittualità**²².
- **Contesti percepiti come inibenti**; per esempio per la presenza di genitori o figli nella stanza accanto; per la paura di essere scoperte, soprattutto nelle adolescenti; perché il luogo è insicuro, soprattutto per le coppie che si appartano in auto o in contesti rischiosi.
- **L'igiene inappropriata del partner**; abitualmente disatteso nell'indagine clinica, forse perché considerato prosaico, questo aspetto è invece particolarmente importante nella coppia stabile, in cui troppo spesso si riducono quelle attenzioni all'aspetto fisico, all'igiene personale, alla seduttività fisica, che sono invece abitualmente più curate, perché in primo piano, nelle fasi iniziali dell'innamoramento; basti pensare all'effetto inibitorio sull'eccitazione che hanno un odore sgradevole e/o un gusto sgradevole dell'alito e dei baci²³.
- **Contesti emotivamente avversi**; quando l'eccitazione è o è stata vissuta durante molestie, abusi e/o violenze, causando sen-

si di colpa, di indegnità e/o sentimenti paralizzanti di collusione involontaria, e/o quando si associa a una sindrome post-traumatica da stress.

Conclusioni

L'ipolubrificazione, portata in consultazione in forma di "secchezza vaginale", è il sintomo spia di molteplici condizioni biologiche, psicosessuali e/o relazionali. Esse possono contribuire al sintomo in qualità di fattori predisponenti, precipitanti e/o di mantenimento, variamente interagenti nel singolo caso. Sta al clinico decodificarne il significato con un'accurata anamnesi che con un equilibrato sguardo diagnostico sappia approfondirne le diverse componenti eziologiche, potenzialmente diverse nella singola donna (e coppia), per designare poi una terapia multimodale adeguata.

Bibliografia

- Basson R et al. *Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications*. J Urol 2000, 163: 888-893.
- Basson R et al. *Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision*. J Psychosom Obstet Gynaecol 2003, 24: 221-229.
- Basson R, Leiblum S., Brotto L. *Revised definitions of women's sexual dysfunction*. J Sex Med 2004, 1: 40-48.
- Levin R. *The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis*. Arch Sex Behav 2002, 31: 405-411.
- Giraldi A, Levin R. *Vascular physiology of female sexual function*. In Goldstein I et al. (Eds), *Women's sexual function and dysfunction. Study, diagnosis and treatment*. Taylor & Francis, London, 2006, pp. 174-180.
- Graziottin A. *Estrogeni, funzioni psichiche e organi di senso*. UIC, Milano, 1999.
- Graziottin A, Rovei V. *Sessualità in puerperio e igiene intima in puerperio: il ruolo del ginecologo*. In: Graziottin A (Guest Ed), *I disturbi sessuali femminili: quando il medico conta*. Giornale Italiano di Ginecologia, 2006, vol. XXVIII, 6: 301-312.
- Caruso S et al. *Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 microg etbinylestradiol/60 microg gestodene*. Contraception 2004, 69: 237-240.
- Notelovitz M. *A practical approach to post-menopausal hormone therapy*. Ob/gyn (Special edition) 2002, Mac Mahon, New York.
- Graziottin A. *Vaginal and vulvar ecosystems and pH: new strategic approaches*. Gynecol Endocrinol 2004, 18(Suppl 1): 167.
- Goldstein I, Berman JR. *Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndromes*. Int J Impot Res 1998, 10 (Suppl 2): 84-90.
- Bultrini A et al. *Possible correlation between type 1 diabetes mellitus and female sexual dysfunction: case report and literature review*. J Sex Med 2004, 1: 337-340.
- Addis I, Ireland C, Vittinghoff E. *Sexual activity and function in postmenopausal women with heart disease*. Obstet Gynecol 2005, 106: 121-127.
- Graziottin A. *Nuove acquisizioni sulla fisiopatologia del desiderio sessuale*. In: Rosen RC, Leiblum SR (Eds), *Principi e pratica di terapia sessuale*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2004, pp. 17-46.
- Plaut M, Graziottin A, Heaton J. *Sexual dysfunction*. Health Press, Oxford, 2004.
- Graziottin A. *Female sexual dysfunction*. In: K. Bo et al. (Eds), *Evidence based physiotherapy for the pelvic floor*. Bridging Research and Clinical Practice, Elsevier, Oxford, 2006.
- Sipski M, Arenas A. *Female sexual function after spinal cord injury*. Prog Brain Res 2006, 152: 441-447.
- Benassi L, Graziottin A. *Vulvodinia e vestibolite vulvare*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2005.
- Hagedorn M et al. *Survey of genital lichen sclerosus in women and men*. Arch Gynecol Obstet 2002, 266: 86-91.
- Baldaro Verde J, Graziottin A. *L'enigma dell'identità*. Gruppo Abele, Torino, 1992.
- Dennerstein L, Dudley E, Burger H. *Are changes in sexual functioning during mid-life due to aging or menopause?* Fertil Steril 2001, 76: 456-460.
- Clulow C. *Adult attachment and couple psychotherapy*. Brunner-Routledge, Hove, UK, 2001.
- Graziottin A. *Libido: the biologic scenario*. Maturitas 2000, 34(Suppl 1): 9-16.

Clinica dell'ipolubrificazione

Vincenzo Mirone, Paolo Verze, Davide Arcaniolo,
Ciro Imbimbo

Nell'anamnesi della ridotta eccitazione sessuale femminile si cerca di scoprire la ragione prima di tutto mentale della difficoltà a ottenere o mantenere una sufficiente eccitazione sessuale chiedendo alla paziente: «Ha difficoltà a sentirsi mentalmente eccitata o comunque coinvolta?»; «Nota la presenza di pensieri "parassiti"?»; approfondendo la qualità della relazione di coppia, il livello di intimità emotiva e di dialogo, il bilancio complessivo sulla soddisfazione, la presenza o meno di problemi di salute generali e/o sessuali nel partner. Si passa quindi agli aspetti somatici non genitali chiedendo: «Ha spesso la bocca secca mentre fa l'amore?», come per un'attivazione adrenergica, ipoestrinismo menopausale o sindrome di Sjögren, per poi arrivare all'aspetto propriamente genitale. La mancanza di lubrificazione/congestione e quindi la secchezza vaginale con mancata eccitazione/congestione clitoridea e dei corpi cavernosi fa dire a molte donne «il mio clitoride/la mia vagina è morto/a». L'esame obiettivo cerca la presenza di distrofia vulvo-vaginale, che include anche la valutazione del pH, l'involutione clitoridea, associata o meno a lichen sclerosus, l'iposensibilità cutanea e/o le cause di dolore infiammatorio/infettivo che possano causare un'inibizione riflessa dell'eccitazione mentale e soprattutto genitale. Gli esami strumentali includono i dosaggi ormonali e, in casi selezionati, le prove neurofisiologiche. Non è, invece, ancora del tutto definita la tecnica dell'eco-color-Doppler clitorideo-vaginale.

Introduzione

La lubrificazione vaginale rappresenta un fenomeno essenziale per un adeguato meccanismo di risposta sessuale ed è tipicamente considerata come un **indice** del grado di eccitazione femminile, al pari del meccanismo dell'erezione nel maschio. Questo parametro non va però considerato affidabile nella valutazione dello stato di eccitazione, giacché molte donne affermano di raggiungere un buon livello di eccitazione pur senza ottenere una lubrificazione adeguata. Una corretta lubrificazione viene tuttavia spesso percepita come segno di giovinezza, femminilità e vita sessuale soddisfacente¹.

Epidemiologia

Le disfunzioni sessuali femminili rappresentano un problema probabilmente ancora fortemente sottostimato nella popolazione generale. I disturbi dell'eccitazione hanno una frequenza del 33,6% nella popolazione generale. La prevalenza della secchezza vaginale è stimata tra il 4% e il 22% nelle donne in età fertile, tra il 7% e il 39% nelle donne in perimenopausa e tra il 17% e il 39% nelle donne in postmenopausa, sottolineando come questa patologia sia caratteristica principalmente del periodo climaterico^{2,3}. Risulta ancora estremamente difficile tracciare un profilo epidemiologico attendibile di questi disturbi, in quanto spesso il problema non viene affrontato nell'ambito della coppia e la donna è restia a parlarne anche con il proprio medico di fiducia.

Eziologia

La secchezza vaginale può essere prodotta da un'ampia varietà di condizioni e può presentarsi come una difficoltà momentanea o co-