

La co-morbilità tra differenti FSD è frequente nelle eziologie di tipo biologico data la natura sistemica dell'azione endocrina. L'aiuto che il ginecologo può offrire quando la diagnosi comprenda una causa biologica verrà quindi analizzata con la prospettiva del tipo di opzione terapeutica prescelta.

Terapie mediche

Terapie ormonali

■ Locali

- Le terapie locali vaginali con *estrogeni* possono migliorare trofismo e lubrificazione vaginale, con parallelo abbassamento del pH e conseguente ripristino del normale ecosistema. Si possono utilizzare cps vaginali di estradiolo, estriolo vaginale in crema o tavolette; estrogeni sintetici come il promestriene; estrogeni naturali coniugati vaginali, in crema, che richiedono un'associazione periodica con progestinico, se la donna non è isterectomizzata, per il rischio di assorbimento e stimolazione endometriale.
- La terapia topica a base di *testosterone propionato* in vaselina filante al due per cento, prodotto galenico preparato dal farmacista su prescrizione medica. La pomata viene applicata in minima quantità sui genitali esterni tutti i giorni per due-tre mesi, fino al ripristino di una normale eccitazione genitale clitoridea e vulbovestibolare, per continuare poi con terapia di mantenimento. Non va somministrata in età fertile se non in corso di contracccezione ormonale.

■ Sistemiche

- Terapie sistemiche con *estrogeni* possono migliorare l'eccitazione centrale e, soprattutto, periferica, genitale e non genitale.
- Terapie sistemiche con *androgeni* possono costituire un'adeguata terapia in caso di ovariectomia bilaterale. In Italia le opzioni farmacologiche includono:
 - 1) il cerotto al testosterone, approvato nel 2007 per le donne in menopausa chirurgica che lamentino disturbo del desiderio sessuale ipoattivo (HSDD). Il cerotto, che libera 300 mcg al giorno di testosterone bioidentico (ossia analogo al testosterone prodotto dall'ovaio), ripristina livelli di testosterone nel range fisiologico della donna in età fertile. Il cerotto va applicato sulla cute, per esempio addominale, e cambiato due volte la settimana. Il miglioramento sessuale richiede 6-8 settimane per essere clinicamente apprezzabile, in quan-

to è necessaria un'attivazione complessa neurobiologica, vascolare e tissutale, dopo mesi o anni di carenza androgenica iatrogena (postovariectomia bilaterale). Il beneficio si manifesta con un miglioramento significativo del desiderio sessuale, dell'eccitazione mentale e fisica, dell'orgasmo e dell'immagine corporea; con un aumento della frequenza dei rapporti sessuali; con riduzione dell'ansia sessuale e del distress, prima causato dall'HSDD. Negli studi clinici gli effetti collaterali (acne, ipertricosi/irsutismo, alopecia androgenetica, abbassamento della voce) sono sovrapponibili a quelli del gruppo placebo.

- 2) il deidroepiandrosterone enantato, 200 mg, in combinazione con l'estradiolo valerato, 4 mg, è da decenni disponibile in fiale per uso intramuscolare, una volta al mese. È indicato nelle donne con menopausa chirurgica, che non usino il cerotto al testosterone.
- 3) Il tibolone e le combinazioni estroprogestiniche con progestinici di derivazione androgenica (norestisterone) presentano un profilo d'azione favorevole al miglioramento della risposta sessuale in postmenopausa.

Farmacologiche non ormonali

■ Topiche

- Terapie topiche con varie combinazioni di principi attivi presentano discontinue valutazioni in letteratura;

■ Sistemiche

- Terapie orali con flibanserina, farmaco attivo sulle vie dopaminergiche, sembrano promettenti. Tuttavia questo prodotto non ha ancora ricevuto l'approvazione dall'FDA al momento della scrittura del capitolo (giugno 2010).
- Il sildenafil ha dato risultati positivi, in campioni di donne ben selezionate, con disturbo specifico e selettivo dell'eccitazione. Richiede tuttavia la presenza di un buon desiderio sessuale, che spesso manca nella donna.

Riabilitative

■ Vasoattive meccaniche

Nelle forme di comorbilità 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), che può migliorare in modo significativo l'eccitazione genitale e la capacità orgasmica.

■ Antalgiche

La correzione delle cause di dolore è parte inte-

grante della terapia dei disturbi dell'eccitazione così come della comorbidità con disturbi del desiderio e dell'orgasmo. Un accurato esame del pavimento pelvico e dei muscoli perineali è essenziale, così come 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.

DISPAREUNIA INTROITALE. In tali pazienti è indispensabile la rimozione di eventuali fattori favorenti, precipitanti o promoventi di tipo infettivo (specie da *Candida*), flogistico, microtraumatico, distrofico, ormonale, iatrogeno nonché psicosessuale e relativo ad inadeguati stili di vita. L'obiettivo è la riduzione di tutti i fattori agonisti che attivino la degranolazione del mastocita iperattivato e concorrano così a mantenere uno stato tissutale di infiammazione cronica, che a sua volta alimenta e mantiene il dolore. A quel punto la terapia riabilitativa prevede:

- massaggi e stretching vaginale 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;
- riabilitazione dei muscoli perivaginali, con esercizi di Kegel o biofeedback elettromiografico. 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;
- dilatatori vaginali, dopo massaggi con applicazione di olio di iperico o gel vaginale a base di aliamidi;
- lubrificanti vaginali per facilitare la penetrazione;
- specifiche terapie antalgiche (farmacologiche, con gabapentin o pregabalin; con elettroanalgesia; e/o con blocco selettivo del ganglio di Walter) sono indicate quando il dolore della dispareunia introitale, in genere secondario a vestibolite vulvare/vulvodinia, vira da nocicettivo a neuropatico.

DISPAREUNIA PROFONDA. In caso di dispareunia profonda da:

- malattia infiammatoria pelvica (PID) è indicato il trattamento antibiotico della flogosi;

- endometriosi, associata o meno a dolore pelvico cronico, è indicato il trattamento medico con progestinici o estroprogestinici in continua; con amitriptilina e farmaci antalgici; con terapia chirurgica in caso di non responsività alla terapia medica e/o di complicanze; con neurectomia presacrale in caso di dolore resistente a tutti gli approcci precedenti;
- altre cause meno frequenti è indicato un approccio specialistico.

VAGINISMO. In caso di vaginismo:

- l'uso di ansiolitici e di SSRI è indicato nelle forme a forte componente fobica;
- la terapia con tossina botulinica di tipo A, iniettata periodicamente (ogni 3 mesi circa) a livello del muscolo elevatore, è indicata in caso di ipertono miogeno-resistente alla terapia riabilitativa. Tale terapia è ancora (nel 2010) considerata sperimentale; può essere effettuata da medici qualificati, in gruppi ben selezionati di pazienti, dopo accurato consenso informato.

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.

In parallelo, se indicato, un aiuto psicoterapeutico può aiutare la donna e il partner a ritrovare un'intimità erotica soddisfacente.

Terapie psicosessuali, individuali e/o di coppia

Le cause psicosessuali, personali e relazionali richiedono un approccio psicoterapeutico individuale e/o di coppia, sessuologicamente orientato. 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.

Anche l'approccio psicoterapeutico richiede sempre un'approfondita indagine diagnostica. Non è accettabile che il/la paziente o la coppia vengano parcheggiati per mesi o anni in terapie di tipo psicodinamico, senza che vengano diagnosticati e trattati eventuali fattori o cofattori di tipo biologico. Per questo è essenziale che i disturbi sessuali vengano affrontati con un approccio multidisciplinare.

SINTESI ESSENZIALE

- I disturbi dell'identità sessuale, della funzione sessuale e della relazione di coppia meritano piena attenzione clinica, in quanto incrinano la qualità della vita e riducono la pienezza della salute psicofisica.
- Un'anamnesi accurata, volta a definire le principali caratteristiche del disturbo – primario o secondario, generalizzato o situazionale, a eziologia organica, psicogena o mista - e l'entità del “distress” causato dal disturbo stesso sono essenziali per orientare l'approfondimento diagnostico.
- Un'accurata semeiologia, purtroppo trascuratissima in sessuologia, integrerà le informazioni ottenibili a livello biochimico e strumentale. L'esame obiettivo è essenziale sia per diagnosticare le cause biologiche dei diversi disturbi, sia le comorbidità.
- È necessario 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.
- È importante considerare la qualità dell'intimità emotiva, che può interferire con la soddisfazione sessuale anche in presenza di una buona normalità strettamente biologica e il significato che la sessualità – o una sua perturbazione – ha per la donna e per la coppia.
- Il risultato più soddisfacente si ottiene quando il medico è in grado di diagnosticare correttamente la complessità eziologica dei disturbi sessuali femminili, maggiore quanto più il disturbo è cronico. Per questo, anche in sessuologia medica, è essenziale una diagnosi precoce, multifattoriale e multisistemica, che sola può orientare la terapia in modo curativo, e non solo sintomatico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Al-Azzawi F., Bitzer J., Brandenburg U., Castelo-Branco C., Graziottin A., Kenemans P., Lachowsky M., Mimoun S., Nappi R., Palacios S., Schwenkhaugen A., Studd J., Wylie K., Zahrádník H-P. (FSD Education Team). *Therapeutic options for postmenopausal female sexual dysfunction climacteric*. 13 (2): 103-20, 2010.
- Bachmann G., Bancroft J., Braunstein G et al. FAI: the *Princeton Consensus Statement on Definition, Classification and Assessment*. Fert. Ster. 77: 660-665, 2002
- Basson R, Leiblum S, Brotto L, Graziottin A. et al. *Revised definitions of women's sexual dysfunctions*. J Sex Med 1:40-48, 2004
- Dennerstein L. Alexander J.L. Graziottin A. *Sexual desire disorders in women* in: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine), Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, p. 315-319, 2006 disponibile su: www.alessandragraziottin.it
- Goldstein I. Meston C. Davis S. Traish A. (Eds). *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment*. Taylor and Francis, London, UK, 2006
- Graziottin A. *Breast cancer and its effects on women's self-image and sexual function* in: Goldstein I. Meston C. Davis S. Traish A. (Eds), *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment*, Taylor and Francis, London, UK, p. 276-281, 2006
- Graziottin A. *Iatrogenic and post-traumatic female sexual disorders* in: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine), Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, p. 351-361, 2006 disponibile su: www.alessandragraziottin.it
- Graziottin A. *Mast cells and their role in sexual pain disorders* in: Goldstein A. Pukall C. Goldstein I. (Eds), *Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management*, Blackwell Publishing 2009, p. 176-179
- Graziottin A., Dennerstein L., Alexander J.L., Giraldi A., Whipple B. *Classification, etiology, and key issues in female sexual disorders* in: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, p.305-314, 2006 disponibile su: www.alessandragraziottin.it
- Graziottin A., Rovei V. *Sexual pain disorders* in: Owens A.F. Tepper M.S. (Eds), *Sexual Health*, Praeger, Westport (CT, USA) - London (UK), , p. 287-313, 2007 disponibile su: www.alessandragraziottin.it
- Pallavi-Latthe A. *Factors predisposing women to chronic pelvic pain: a systematic review*. Br Med J; 332:749-55; 2006
- Plaut M., Graziottin A., Heaton J. *Fast Facts: Male and Female Sexual Dysfunctions*. Oxford, UK Health Press, 2004

TEST DI AUTOVALUTAZIONE**1) L'identità sessuale si compone di:**

- a) identità di genere
- b) identità di ruolo
- c) identità di mèta (o orientamento)
- d) tutte e tre

2) I disturbi dell'identità sessuale (disforie di genere) sono:

- a) più frequenti nelle donne
- b) più frequenti negli uomini
- c) ugualmente frequenti in entrambi i sessi
- d) più gravi nelle donne

3) L'ormone più potente nell'attivare il desiderio sessuale nella donna è:

- a) il progesterone
- b) il testosterone
- c) l'estrogeno
- d) la prolattina

4) Il sintomo più frequente di inadeguata eccitazione sessuale femminile è:

- a) la facilità alla distrazione mentale durante il rapporto
- b) la secchezza vaginale
- c) la difficoltà a raggiungere l'orgasmo
- d) il dolore durante il rapporto

5) L'orgasmo può essere inibito da farmaci:

- a) antidepressivi della famiglia degli SSRI e triclici
- b) ipoprolattinizzanti
- c) ipotensivi
- d) ipoglicemizzanti orali

6) L'invecchiamento genitale:

- a) non modifica la capacità orgasmica della donna

- b) esalta la capacità orgasmica della donna

- c) può causare involuzione fino al 50% della muscolatura liscia dei corpi cavernosi con difficoltà organiche

- d) è minore se si fa sport

7) La causa più frequente di dispareunia superficiale cronica in età fertile è:

- a) l'episiotomia/rrafia
- b) la secchezza vaginale
- c) la distrofia vulvare
- d) la vestibolite vulvare/vulvodinia

8) La causa più frequente di dispareunia medio-vaginale è:

- a) una episiotomia pregressa
- b) la secchezza vaginale
- c) la distrofia vulvare
- d) la mialgia dell'elevatore dell'ano

9) Le causa più frequente di dispareunia profonda in età fertile è:

- a) la malattia infiammatoria pelvica
- b) l'endometriosi
- c) il varicocele
- d) il dolore pelvico cronico

10) Il vaginismo è la causa femminile principale di:

- a) dispareunia
- b) matrimonio non consumato
- c) ejaculazione precoce
- d) crisi coniugali