

## Stipsi e disfunzioni sessuali femminili: il ruolo del proctologo

C. GIOVANNELLI, A. GRAZIOTTIN

**RIASSUNTO:** Stipsi e disfunzioni sessuali femminili: il ruolo del proctologo.

C. GIOVANNELLI, A. GRAZIOTTIN

*Il setto retto-vaginale può essere considerato una "struttura-barriera" che separa clinicamente il proctologo e/o gastroenterologo dal ginecologo, con importanti ripercussioni nella pratica ambulatoriale quotidiana e nell'indagine scientifica. Patologie dell'ano-retto e patologie ginecologiche o sessuali sono spesso presenti nella singola donna, senza che dagli specialisti venga presa in considerazione la loro comorbidità. La situazione più frequente è rappresentata dalla stipsi cronica da disfunzione motoria del colon, da disfunzione ano-rettale e da alterazioni psicocomportamentali. La stasi fecale può ripercuotersi a livello ginecologico, urologico e sessuale. Nelle disfunzioni sessuali femminili e nella dispareunia in particolare, raramente viene considerato un possibile coinvolgimento anche di fattori intestinali, in particolare di disturbi dell'evacuazione e di iperattività del pavimento pelvico che possono alimentare sia i disturbi sessuali caratterizzati da dolore, sia la stipsi di tipo ostruttivo. La riabilitazione del pavimento pelvico e il miglioramento della funzione intestinale possono avere ripercussioni positive anche sulla sfera ginecologica e sessuale. Studi controllati sono necessari per meglio definire la percentuale di comorbidità, i meccanismi fisiopatologici condivisi e le strategie terapeutiche più efficaci. Il proctologo può offrire un eccellente contributo nell'approccio multidisciplinare alla co-morbidity tra disturbi proctologici e sessuali.*

**SUMMARY:** Constipation and female sexual disorders. The role of the proctologist.

C. GIOVANNELLI, A. GRAZIOTTIN

*Rectum-vaginal septum can be considered an anatomical and cultural barrier, which separates the proctologist and/or the gastroenterologist from the gynaecologist, with undiagnosed consequences for the research and clinical practice. Anal, gynaecological and sexual disorders are often co-present in the individual woman, and yet their comorbidity is usually under diagnosed and under treated. Chronic constipation can be secondary to colonic dysfunctions, to anorectal dysfunctions and behavioural factors. It is the disorder which more frequently may overlap with gynaecological or sexual disorders. The chronic persistence of the faecal bulk at the anorectal level may cause significant gynaecological and sexual consequences. Intestinal and/or anal factors are rarely considered as potential co-factors of female sexual disorders and dyspareunia. The hyperactivity of the pelvic floor is the common pathophysiologic factor which may contribute both to obstructive constipation and to dyspareunia. The rehabilitation of the pelvic floor may contribute to improve both the constipation of the obstructive type and sexual pain disorders caused by the hyperactive pelvic floor. Controlled studies are necessary to better define the percentage of comorbidity, the shared pathophysiologic mechanisms and the best therapeutic approach to this comorbidity. The proctologist may offer a significant contribute to the multidisciplinary approach to this neglected area of medical and sexual comorbidities.*

**KEY WORDS:** Stipsi - Disfunzioni sessuali femminili - Ipertono del pavimento pelvico - Comorbidità - Proctologo.  
Constipation - Female sexual disorders - Pelvic floor hyperactivity - Comorbidity - Proctologist.

## Introduzione

Il setto retto-vaginale rappresenta ancor oggi una struttura-barriera che separa quasi inevitabilmente il proctologo e/o gastroenterologo dal ginecologo. È una situazione molto simile in termini specialistici al

muscolo diaframma, grande barriera che separa il gastroenterologo (cavità addominale) dal pneumologo o cardiologo (cavità toracica), ma che dal punto di vista clinico spesso li trova in difficoltà per situazioni di comorbidità o di complessità diagnostica.

Solo quando si parla di perineo allora le strutture acquistano una topografia ed una dinamica funzionale apparentemente unitaria, anche se si è portati a distinguere un perineo anteriore di competenza uroginecologica ed un perineo posteriore di competenza

TABELLA 1 - PREVALENZA DELLA STIPSI.

| Definizione di stipsi<br>bibliografia                               | Prevalenza                  |
|---|-----------------------------|
| Sforzo in > 25% delle volte<br>Sandler RS-1987                      | 7.3%                        |
| Sintomi di stipsi (autodefinita)<br>Hammond JE - 1984               | 18,5% uomini<br>33,7% donne |
|   | 30,2% uomini > 65 anni      |
|   | 42,4% donne > 65 anni       |
| Sintomi di stipsi<br>(valutazione del medico)<br>Everhart JE - 1989 | 8% uomini<br>20.8% donne    |
|   | 23% uomini: 65-74 anni      |
|   | 37% donne: 65-74 anni       |

procto-gastroenterologica (Bourcier et al., 2004).

L'attività scientifica risente enormemente di queste barriere, perdendo spesso di vista le situazioni topografiche e le co-funzioni delle strutture confinanti. Una migliore comprensione potrebbe fare interpretare e diagnosticare meglio le patologie che condividono fattori fisiopatologici comuni, originando importanti comorbilità (Wessermann et al., 1997; Bourcier, 2004; Graziottin et al., 2004; Graziottin 2006; Bertolasi et al., 2006).

Caso eclatante è rappresentato dai disturbi dell'ano-retto, stipsi in particolare, che si sono rilevati nella pratica quotidiana ambulatoriale assai spesso coesistenti con patologie ginecologiche e/o con disfunzioni sessuali femminili (Graziottin et al., 2004; Graziottin, 2006).

Questa comorbilità compare occasionalmente nella letteratura scientifica sessuologica con orientamento clinico (Wessermann et al., 1997; Bourcier, 2004; Graziottin et al., 2004; Graziottin 2006; Bertolasi et al., 2006). Solo recentemente sono iniziati studi scientifici al riguardo (Bertolasi et al., 2004, 2006, si veda anche l'articolo di Bertolasi et al., in questo volume). Si pensi alla frequenza di patologie di riscontro comune ambulatoriale quali la stipsi, la dissinergia perineale, il rettocele, il perineo discendente, il dolore pelvico, le infezioni da escherichia coli che devono necessariamente accomunare il ginecologo, l'urologo, il procto-gastroenterologo (Hammonds, 1984; Sandler & Drossman, 1987; Everhart et al., 1989; Locke et al., 2000; Lazzaroni, 2002; Graziottin et al., 2004; Graziottin, 2006).

Il perineo deve oggi essere considerato come una unità funzionale, che trova nel muscolo elevatore del-

l'ano un momento chiave delle sue funzioni e delle sue disfunzioni (Bourcier et al., 2004). Inoltre il rettosigma, la vagina e l'uretra hanno anche una innervazione comune.

## La stipsi cronica

La stipsi non è una malattia ma un sintomo oppure un segno clinico (Thompson et al., 1992; Locke et al., 2000; Lazzaroni, 2002). Ciò implica che tutte le forme di stipsi sono secondarie a qualche condizione morbosa.

La stipsi cronica interessa il 2% della popolazione, se si considera la richiesta di aiuto rivolta al medico. In realtà, il consumo di lassativi, utilizzati come prodotti da banco, fa ritenere che la stipsi interessi il 13% della popolazione generale e il 23% degli anziani con più di 60 anni, con una netta prevalenza per il sesso femminile (F:M = 3:1) (Locke et al., 2000; Lazzaroni, 2002). Nella Tabella 1 viene evidenziata la prevalenza del sintomo stipsi riferita da altri ricercatori.

Verranno prese solo in considerazione quelle forme più comuni di stipsi cronica che si ritiene siano associate ad anomalie del tono e della motilità del colon, quelle dovute a sofferenza dei muscoli del pavimento pelvico e quelle in cui non può essere riconosciuto alcun movente patologico (Thompson et al., 1992; Locke et al., 2000; Lazzaroni, 2002).

Va segnalato che i pazienti spesso attribuiscono a questo disturbo un significato diverso rispetto ai medici ed essi usano criteri loro propri per decidere quando assumere lassativi e quando abbiano bisogno del trattamento.

La stipsi cronica riconosce molteplici cause (Thompson et al., 1992; Lazzaroni, 2002). Presenta una diversa espressività clinica e sintomatologica che risente anche dell'interpretazione e del "vissuto" del paziente (Lazzaroni, 2002). Bisogna spesso capire "tra le righe" se siamo di fronte ad una reale manifestazione

TABELLA 2 - SINTOMI DELLA STIPSI.

- Scarsa frequenza della percezione dello stimolo evacuativo
- Volume ridotto e aumentata consistenza delle feci
- Espulsione difficoltosa
- Incompletezza della evacuazione
- Evacuazione improduttiva
  - preceduta da stimolo (fino al tenesmo)
  - indotta dal tentativo di alleviare senso di gonfiore, meteorismo e/o ripienezza/peso a livello rettale
- Evacuazione che non si compie nei tempi e nell'orario desiderato

(Adattata da Locke et al., 2000).

patologica o se invece si tratta di un'interpretazione solamente soggettiva del problema, dovuta ad una erronea concezione della fisiologia intestinale oppure, più semplicemente, ad un cattivo rapporto tra un individuo ed il proprio intestino (Sandler e Drossman, 1987).

Nella Tabella 2 sono riferiti i parametri che definiscono il paziente stitico in accordo con quanto definito dai Criteri diagnostici dei disordini funzionali gastrointestinali denominati ROMA II (Thompson et al., 1992).

Perché un paziente possa considerarsi stitico è necessaria la rilevazione di almeno due o più dei parametri, evidenziati nella Tabella 3, presenti da almeno 12 mesi, senza uso di lassativi (Thompson et al., 1992).

Queste forme di stipsi cronica possono trovare una soddisfacente interpretazione sulla base di tre meccanismi fisiopatologici: stipsi da disfunzione motoria del colon (stipsi F), stipsi da disfunzione retto-ale o da dissinergia del pavimento pelvico (DPP), e stipsi da alterazioni psico-comportamentali (Thompson et al., 1992; Lazzaroni 2002).

La **stipsi da disfunzione motoria del colon** è caratterizzata da alterazioni del trasporto colico conseguenti a disordini dell'attività contrattile e da variazioni dell'ecosistema intestinale con ripercussioni sui processi di formazione, volume, consistenza, viscosità delle feci.

La **stipsi da disfunzione retto-ale o da dissinergia del pavimento pelvico** è caratterizzata da alterazioni della struttura dei tratti distali (prolasso mucoso, rettocele, invaginazione, ipotonia perineale, sindrome del perineo discendente) o da alterazioni della coordinazione motoria (ipertono dell'elevatore, dissinergia del pavimento pelvico, alterata sensibilità viscerale con aumentata distensibilità ampollare, danno del nervo pudendo o del midollo spinale distale, megaretto o megacolon) (Thompson et al., 1992; Bourcier et al., 2004).

La **stipsi da alterazioni psico-comportamentali** infine, in cui può essere inclusa la sindrome dell'intestino irritabile con predominanza di stipsi (IBS-stipsi), è invece caratterizzata da una prevalenza di disturbi del comportamento o di distorte interpretazioni di "modelli" di regolarità intestinale e di efficienza dell'evacuazione.

Il più delle volte ci troviamo di fronte a situazioni in cui possono essere presenti contemporaneamente alterazioni a tutti e tre i livelli, con reciproche influenze in un intreccio di rapporti causa-effetto spesso inestricabili. A complicare ulteriormente le cose vi sono poi le interferenze dovute a disordini del comportamento alimentare ed all'uso o abuso di farmaci, integratori e lassativi (Locke et al., 2000. Lazzaroni, 2002).

TABELLA 3 - PARAMETRI CHE DEFINISCONO IL PAZIENTE STITICO.

- Numero di evacuazioni < a 2 per settimana
- Sforzo evacuativo in almeno il 25% delle evacuazioni
- Sensazione di incompleto svuotamento in almeno il 25% delle evacuazioni
- Emissione di feci dure o caprine in almeno il 25% delle evacuazioni

(Adattata da Locke et al., 2000)

## Implicazioni cliniche

La risultanza di tutti questi disturbi è comunque sempre rappresentata da una stasi fecale, più o meno importante, che ristagna nella ampolla rettale e può fare massa locale per diversi giorni, unitamente alla comparsa di meteorismo (fermentazione e putrefazione), di fenomeni irritativo-infiammatori ed a volte di dolori pelvici (Thompson et al., 1992; Lazzaroni 2002).

Questa situazione rappresenta già da sola una importante causa di comorbidità a carico degli organi e delle strutture confinanti (al di là del setto retto-vaginale) rappresentate dalla vagina, dall'utero, dalla vescica e dall'uretra.

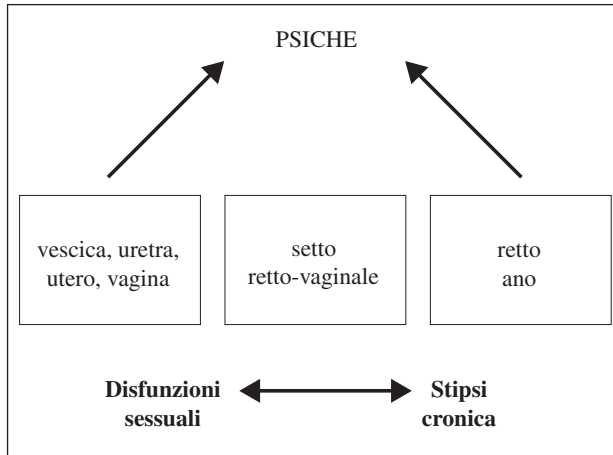
D'altra parte è altrettanto noto e di comune osservazione che patologie della vescica, dell'utero, e la stessa gravidanza possono determinare fenomeni di comorbidità a carico del retto e dell'ano. Si pensi per esempio allo stato fisiologico di gravidanza così spesso incriminato nel determinare stipsi, sia per dislocazione dell'intestino da aumento di volume dell'utero sia per gli stessi effetti ormonali del progesterone.

Anche interventi chirurgici sul perineo anteriore possono avere sicure ripercussioni sul perineo posteriore. La comune isterectomia può, per esempio divenire responsabile di complicazioni gastrointestinali quali stipsi in generale, diminuita sensibilità rettale,

TABELLA 4 - EZIOPATOGENESI DEI DISTURBI SESSUALI FEMMINILI CARATTERIZZATI DA DOLORE.

- Spasmo dei muscoli vaginali
- Infezioni ed irritazioni dei genitali esterni e della vagina
- Cistiti ricorrenti gravi
- Patologia pelvica (PID, endometriosi, aderenze, ecc.)
- Variazioni del tono muscolare del pavimento pelvico
- Alterazione dell'ecosistema vaginale
- Alterata escrezione urinaria di ossalati
- Neuropatie periferiche
- Alterata percezione sensoriale
- Danni ai genitali e agli organi riproduttivi dovuti a trauma da parto
- Traumi chirurgici agli organi genitali
- Fattori ormonali
- Fattori psicologici

TABELLA 5 - RUOLO DELLA STIPSI NEI DISORDINI DEL PAVIMENTO PELVICO.



aumento del volume rettale, diminuita mobilità del sigma, comparsa (5%) o scomparsa (65%) di dolori addominali da colon irritabile.

Stipsi e disturbi funzionali del pavimento pelvico (urologici, ginecologici e sessuologici) rappresentano pertanto un binomio quotidiano nella pratica ambulatoriale a cui siamo ormai abituati, ma poco studiato e documentato da lavori scientifici adeguatamente programmati.

## Disfunzioni sessuali femminili

I disturbi della sessualità costituiscono un problema diffuso nella pratica ginecologica (Jamieson D.J., 1996; Nusbaum M.R., 2000; Plaut et al., 2004; Basson et al., 2004; Graziottin, 2006).

Molte condizioni vulvo-vaginali sono responsabili di episodi di dispareunia superficiale e profonda con rapporti coitali dolorosi (Bergeron S., 2001; Graziottin A., 2001; Graziottin, 2006).

Le varietà terminologiche riscontrabili in letteratura nel definire il dolore vulvare e vaginale sono una dimostrazione di come il dolore identifichi una serie di numerose situazioni cliniche ed eziologiche spesso multifattoriali e di difficile inquadramento nosologico.

Nell'ambito di queste sindromi, la vestibolite vulvare occupa un posto di rilievo di sempre più frequente riscontro nella patologia ambulatoriale ginecologica (Graziottin & Brotto, 2004; Graziottin & Giovannini, 2005).

Sono stati di volta in volta chiamati in causa numerosi fattori eziopatogenetici (Tab. 4).

Solo recentemente è stato considerato il possibile

coinvolgimento di fattori intestinali ed in particolare della stipsi e dei disturbi dell'evacuazione, in associazione ai disturbi sessuali femminili caratterizzati da dolore (Graziottin et al., 2004, 2006).

È esperienza quotidiana che il ginecologo invii la paziente con dispareunia al gastroenterologo per problemi di vaginiti o cistite da *Escherichia Coli* o da *Enterococcus faecalis*, per dolori pelvici con irradiazione al sigma, per meteorismo, tutte situazioni spesso riferibili "*ab origine*" ad uno stato di stitichezza associata ad alterazioni batteriologiche dell'ecosistema intestinale. Analogamente si osserva come un miglioramento delle funzioni intestinali spesso coincida con un significativo miglioramento della patologia pelvica e viceversa, tanto da non essere in grado di capire quale sia il "*primum movens*".

La stipsi inoltre è spesso associata ad un ipertono del muscolo elevatore dell'ano che può a sua volta favorire una instabilità del muscolo detrusore della vescica, dolori pelvici e la stessa dispareunia (Graziottin, 2006).

Anche la terapia può oggi darci una mano a comprendere meglio questa possibile co-morbilità (Locke et al., 2000). Tra i vari trattamenti della stipsi infatti viene utilizzata l'elettrostimolazione funzionale (FES) con lo scopo di migliorare il tono dell'elevatore dell'ano quasi sempre alterato (Bourcier et al., 2004). Con questa terapia noi assistiamo spesso ad un miglioramento contemporaneo dei disturbi dell'evacuazione ma anche della dispareunia, dei dolori pelvici femminili, della incontinenza da urgenza.

Nella Tabella 5 viene schematizzato il ruolo che la stipsi potrebbe occupare nei disturbi del pavimento pelvico.

## Conclusioni

La co-morbilità tra disturbi proctologici e patologie ginecologiche, ostetriche e sessuali è sottostimata. La stipsi, che rappresenta la patologia anorettale più diffusa presenta importanti fattori fisiopatologici in comune con patologie ginecologiche e sessuali, specie quando entrambe riconoscono un denominatore comune nell'iperattività del pavimento pelvico. Il rilassamento dell'elevatore dell'ano può, in positivo, correggere la stipsi di tipo ostruttivo e migliorare o risolvere dispareunia e vaginismo.

La collaborazione tra proctologo e ginecologo può contribuire a riconoscere e trattare le co-morbilità in entrambi gli ambiti specialistici, con riduzione dei costi sanitari e miglioramento della qualità della vita delle donne.

## Bibliografia

1. BASSON R., LEIBLUM S., BROTTTO L., et al.: *Revised definitions of women's sexual dysfunction*. Journal of Sexual Medicine 1 (1): 40-48, 2004.
2. BERGERON S., BINIK Y.M., KHALIFE S., PAGIDAS K., GLAZER H.I.: *Vulvar vestibulitis syndrome: reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria*. Obstetrics & Gynecology 98: 45-51, 2001.
3. BOURCIER A., MCGUIRE E., ABRAMS P.: *Pelvic Floor Disorders*. Elsevier Saunders, Philadelphia, 2004.
4. EVERHART J.E., GO V.L.W., JOHANNES R.S., FITZSIMMONS S.C., ROTH H.P., WHITE L.R.: *A longitudinal survey of self-reported bowel habits in the United States*. Dig. Dis. Sci. 34: 1143-1162, 1989.
5. GRAZIOTTIN A., CASTOLDI E., MONTORSI F., SALONIA A., MAGA T.: *Vulvodinia: the challenge of "unexplained" genital pain*. Journal of Sex & Marital Therapy 27: 503-512, 2001.
6. GRAZIOTTIN A., BROTTTO L.: *Vulvar Vestibulitis Syndrome: a Clinical Approach*. J. Sex Marital Therapy 30:125-139, 2004.
7. GRAZIOTTIN A.: *Sexual pain disorders in adolescents*. Proceedings of the 12th World Congress of Human Reproduction, International Academy of Human Reproduction, Venice, 10-13, 2005. CIC Edizioni Internazionali, Roma, p. 434-449 (available at www.alessandragraziottin.it), 2005.
8. GRAZIOTTIN A.: *Female sexual dysfunction*. In: Bo K., Berghmans B., van Kampen M., Morkved S. (Eds), *Evidence Based Physiotherapy For The Pelvic Floor - Bridging Research and Clinical Practice*, Elsevier, Oxford, UK (in press), 2006.
9. GRAZIOTTIN A., BOTTANELLI M., BERTOLASI L.: *Vaginismus: A clinical and neurophysiological study*. In: Graziottin A. (Guest Ed) *Female sexual Dysfunction. clinical approach*. Urocinamica, June, 14 (2), 117-121 (available at www.alessandragraziottin.it), 2004.
10. HAMMOND E.C.: *Some preliminary findings on physical complaints from a prospective study of 1,064 men and women*. Am. J. Public Health 54:11-23, 1984.
11. JAMIESON D.J., STEEGLE J.F.: *The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices*. Obstetrics & Gynecology 87: 55-58, 1996.
12. LAZZARONI M.: *Come riconoscere la stipsi*. Rivista del medico pratico, Febbraio, pag. 34-41, 2002.
13. LOCKE R.G., PEMBERTON J.H., PHILIPS S.E.: *AGA: American Gastrointestinal Association. Medical Position Statement: guidelines for constipation*. Gastroenterology 119:1761-1778, 2000.
14. NUSBAUM M.R., GAMBLE G., SKINNER B., HEIMAN J.: *The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care*. Journal of Family practice 49: 229-232, 2000.
15. PLAUT M., GRAZIOTTIN A., HEATON J.: *Sexual dysfunction*. Health Press, Abingdon, Oxford (UK), 2004.
16. SANDLER R.S., DROSSMAN D.A.: *Bowel habits in young adults not seeking health care*. Dig. Dis. Sci. 32:841-845, 1987.
17. THOMPSON W.G., CREED F., DROSSMAN D.A., HEATON K.W., MAZZACCA G.: *Functional bowel disease and functional abdominal pain*. Gastroenterol. Int 5:75-91, 1992.
18. WESSELMANN U., BURNETT A.L., HEINBERG L.: *The urogenital and rectal pain syndromes (Review)*. Pain 73(3): 269-94, 1997.