

**DRAFT COPY – PERSONAL USE ONLY**

# Dispareunia: sintomi, segni, terapia

Alessandra Graziottin <sup>1</sup> Audrey Serafini <sup>2</sup>

<sup>1</sup> H. San Raffaele Resnati, Milano

<sup>2</sup> IRCCS San Raffaele, Milano

## Introduzione

La **dispareunia** indica il persistente o ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione o durante la penetrazione completa vaginale nel rapporto sessuale. Può interessare l'entrata vaginale (dispareunia superficiale o introitale o vestibolare) o comparire a penetrazione completa (dispareunia profonda) [1-5].

L'approccio terapeutico alla dispareunia richiede innanzitutto una diagnosi rigorosa sul fronte biologico ginecologico. Nei casi più severi, o con comorbilità importanti, può richiedere un inquadramento multidisciplinare, così da poter personalizzare il trattamento con equilibrio di sguardo clinico tra fattori biologici, psicologici e relazionali. Sul fronte medico la prognosi è migliore quando la diagnosi è precoce, la terapia tempestiva, e quando le altre condizioni psicologiche, personali e di coppia, siano favorevoli o comunque migliorabili. Le terapie possono essere farmacologiche, riabilitative, chirurgiche, sessuologiche, psicoterapiche, individuali e di coppia.

Dopo un veloce riassunto sui sintomi e i segni della dispareunia (maggiormente approfonditi in **Vulvodinia: semeiotica differenziale del dolore coitale con focus su dispareunia e vaginismo**, Alessandra Graziottin e Audrey Serafini, Atti SIGO 2010), verranno esaminate le principali opzioni terapeutiche della dispareunia nella loro applicazione clinica di primo livello.

## Epidemiologia

La **dispareunia** colpisce il 12-15% delle donne in età fertile e fino al 44% di quelle in post-menopausa sessualmente attive [5].

## Approccio clinico e semeiologico

Un'accurata anamnesi e un esame obiettivo completo sono indispensabili per cogliere i segni e i sintomi di dispareunia [6-13].

Bisognerà indagare:

1. il **tempo di insorgenza** del dolore sessuale: primario o secondario;
2. la **relazione tra il sintomo e il contesto**: generalizzato (sempre con qualsiasi partner) o situazionale;
3. il livello di **stress emotivo** associato al disturbo;
4. la **mappa del dolore**:
  - o *introitale*: dolore evocato in genere a ore 5 e 7, considerando l'entrata vaginale come il quadrante di un orologio, tra faccia esterna dell'imene e introito, in caso di vestibolite vulvare. Il dolore può essere introitale monolaterale in caso di esiti dolorosi di episiotomia/rrafia, oppure di laser vulvo-vestibolare per condilomatosi;
  - o *medio vaginale-laterale*: dolore evocato alla visita ginecologica con una piccola pressione in corrispondenza dell'inserzione sacro-spinosa dell'elevatore per valutare l'eventuale presenza di ipertono/mialgia, di tender

**DRAFT COPY – PERSONAL USE ONLY**

point (quando il dolore evocato resta localizzato) e di trigger point (quando il dolore evocato si irradia in modo non metamero alla pelvi e/o alla vulva;

- o *medio vaginale-anteriore*: da cistalgia, trigonite, uretrite;
- o *introitale e mediovaginale posteriore*: da ragadi, esiti iatrogeni di emorroidectomia, anismo;
- o *vaginale profonda*: da cause di dispareunia profonda, quali l'endometriosi, il dolore pelvico cronico, la malattia infiammatoria pelvica;

5. **l'intensità del dolore**: è utile anche proporre un diario del dolore per il monitoraggio nel tempo della sensibilità algica, con particolare attenzione ad eventuali variazioni (per esempio peggioramento) in fase pre-perimenzuale;
6. **quando** viene provato il dolore: prima della penetrazione (atteggiamento fobico connesso a vaginismo); all'inizio (dolore introitale); durante (mialgia dell'elevatore); a penetrazione completa (dispareunia profonda); dopo il rapporto sessuale (per microabrasioni introitali da ipolubrificazione, vestibolite vulvare, ipertonio/mialgia del pavimento pelvico);
7. **quanto** a lungo viene provato il dolore: solo durante il coito o fino a 2-3 giorni dopo il rapporto;
8. **i sintomi associati**:
  - o urinari: bisogno di urinare dopo il rapporto (80% delle donne)
  - o uretralgici o cistitici, entro 24-72 ore dal rapporto
  - o secchezza vaginale spesso associata a ipoestrogenismo e/o disordini dell'eccitazione
  - o intolleranza alla frizione sui vestiti
  - o disturbi vulvari come prurito o secchezza
  - o clitoralgia e/o vulvodinia
  - o comparsa del dolore con le stesse caratteristiche durante la visita ginecologica
  - o stipsi ostruttiva dovuta all'ipertonio dell'elevatore dell'ano o dischezia (indagare per endometriosi)
9. la **valutazione ormonale** con misurazione del pH vaginale e, in casi selezionati, con profilo ormonale sierico;
10. i **nodi di tensione**: aree del corpo interessate dalla somatizzazione muscolare dello stato d'ansia-fobica, specie nelle forme di vaginismo severo: spasmo difensivo dell'elevatore dell'ano, bocca serrata, tensione dei muscoli paravertebrali, cervicali con cefalea a casco e lombare con iperlordosi lombare in posizione supina che si accentua di fronte ai tentativi di penetrazione. La valutazione di eventuali dolorabilità muscolari associate può essere utile per la diagnosi di comorbilità con la fibromialgia.

## **Strategie terapeutiche**

Considerando i complessi processi eziologici (Tab. 1) e fisiopatologici implicati nella dispareunia, il trattamento richiede un approccio terapeutico che integri l'aspetto biologico a quello psicosessuale [14]. Verrà qui dato particolare rilievo alla cura della vestibolite vulvare, che è la causa più frequente di dispareunia in età fertile.

### **A) Terapia delle infezioni associate, con particolare attenzione alle infezioni da Candida**

Il 70-75% delle donne, in particolare in età fertile, sperimenta almeno una volta nella vita un'infezione vulvo-vaginale da candida, ed il 40-50% di queste va incontro ad una recidiva. Il 5-8% delle infezioni acute evolve in una forma di vulvo-vaginite da candida ricorrente, caratterizzata da almeno 4 episodi in un anno. La recidiva occasionale è in genere legata a reinfezione o a fattori esogeni identificabili come una terapia antibiotica; le forme recidivanti invece sono spesso legate ad una spiccata sensibilità della mucosa vulvo-vaginale alle piccole quantità di candida che normalmente colonizzano la

**DRAFT COPY – PERSONAL USE ONLY**

vagina, specie se la mucosa presenta microabrasioni a genesi traumatica durante il rapporto, sulle quali si impiantano e scatenano una risposta infiammatoria importante. L'uso profilattico di fluconazolo in regime posologico di 150 mg la settimana sembra essere efficace nel 90% delle donne con candidosi recidivanti. La terapia prolungata con fluconazolo o itraconazolo ha quindi lo scopo di ridurre le recidive micotiche che potrebbero perpetuare le vaginiti, l'iperattivazione mastocitaria e della risposta algica e l'ipertono del muscolo elevatore dell'ano [15, 16].

**B) Terapia dell'iperattività mastocitaria**

Essa richiede di:

**1. ridurre tutti i fattori agonisti della degranulazione mastocitaria** curando [8, 9, 17, 18]:

- a) **curando le infezioni associate:** come già ricordato sopra, la terapia delle **infezioni** vulvo-vaginali ricorrenti come la Candida o la Gardnerella (ma non solo) aiuta a ridurre l'iperattivazione mastocitaria;
- b) **evitando i fattori che causando infiammazione iperattivano il mastocita:** nel colon, attraverso le intolleranze e allergie alimentari; sui genitali, modificando gli stili di vita che altrimenti inducono infiammazione meccanica (jeans o pantaloni troppo aderenti o con grosse cuciture), chimica (detergenti o farmaci), fisica (diatermocoagulazione o laser vulvari);

**2) usare farmaci antagonisti della degranulazione mastocitaria** [8-10, 17, 18]:

- a) con **gel topici a base di aliamidi**, che specificamente inibiscono la degranulazione mastocitaria a livello vaginale, riducendo così i fattori irritativi locali. Possono essere utilizzati sulla mucosa vestibolare, in parallelo allo stretching, per lubrificare e proteggere la mucosa sia come terapia, sia come prevenzione, quando sarà consentita la ripresa dei rapporti. La penetrazione deve essere evitata fino a completamento della terapia, per non rinnovare il trauma meccanico e le microabrasioni che costituiscono un potente fattore di richiamo e attivazione del mastocita;
- b) con gli **antidepressivi triciclici, che** sembrano in grado di ridurre il dolore grazie all'inibizione della degranulazione mastocitaria, meccanismo sinergico con l'azione antidepressiva centrale. Nella vulvodinia l'amitriptilina ha evidenziato una percentuale di risposta positiva in circa il 50-60% dei casi;
- c) con **integratori a base di polietiniletanolamide**, sostanza naturale che riduce la degranulazione mastocitaria, su cui ci sono positive evidenze preliminari [18].

**C) Terapia dell'iperattività del muscolo elevatore dell'ano [6-10, 19]**

- a) con **stretching e massaggio del pavimento pelvico**. La **tensione reattiva mialgica del pavimento pelvico** può essere curata tramite: 1) il rilassamento volontario dei muscoli del pavimento pelvico; 2) lo stretching dei muscoli del pavimento pelvico che la donna può effettuare da sola; 3) l'auto-massaggio, cinque minuti al giorno con gel a base di aliamidi o con olio medicato di iperico; 4) con massaggio circolare sui tender point, ossia a livelli delle aree dolenti dei muscoli interessati (metà vagina, a livello dell'inserzione dell'elevatore dell'ano sulle spine ischiatiche). Queste tecniche semplici ed efficaci, che il medico dovrebbe insegnare alla donna, sono spesso utili per quelle pazienti che non sono in grado di viaggiare su lunghe distanze per la riabilitazione fisiatrica settimanale o il biofeedback elettromiografico.

Il massaggio e lo stretching autopratcati, privi di costi, permettono alla donna di sentirsi progressivamente più conscia della sua contrazione difensiva e di controllare almeno una componente del dolore.

Per inciso, questi esercizi sono utili in gravidanza, per preparare la donna ad un ottimo controllo della muscolatura pelvica, per insegnarle a "spingere" in modo corretto ed efficace, per sciogliere nodi di tensione e

**DRAFT COPY – PERSONAL USE ONLY**

curare eventuali tender e trigger point, così da facilitare il rilassamento del muscolo elevatore durante il periodo espulsivo, riducendo il traumatismo tissutale e l'ampiezza della episiotomia altrimenti necessaria;

- b) **biofeedback elettromiografico**: la tecnica utilizza un elettromiografo di superficie collegato ad un sensore endovaginale. In questo modo, la paziente ha una visione in tempo reale della correttezza dell'esercizio che sta compiendo e ha quindi la possibilità di imparare a controllare la muscolatura pelvica riducendo progressivamente l'ipertono che la caratterizza; questa tecnica ha un'indicazione elettiva in caso di inversione del comando di contrazione-rilassamento del muscolo elevatore dell'ano;
- c) **infiltrazione muscolare dell'elevatore con tossina botulinica**: la tossina agisce a livello della giunzione neuromuscolare inibendo il rilascio di acetilcolina e quindi provocando spasmi muscolari, di grado variabile in base alla dose. Il trattamento è efficace per ridurre la componente miogena degli ipertoni severi, tipici del vaginismo di 1V° e di alcune dispareunie gravi in cui la genesi muscolare è fattore predisponente principale al microtrauma coitale [20].

#### **D) Terapie ormonali**

- a) **Locali**:
  - o **estrogeni per via vaginale**: migliorano trofismo e lubrificazione vaginale, con abbassamento del pH e ripristino del normale ecosistema; migliorano molti sintomi urinari associati alla distrofia uro-vaginale [8, 9, 13, 21];
  - o **testosterone propionato** in vaselina filante all'1 o 2%: applicazioni vulvari. Utilizzata, oltre ai cortisonici, per la terapia del Lichen sclerosus e con indicazione sessuologica, soprattutto dopo la menopausa, per i disturbi da eccitazione sessuale.
- b) **sistemiche** [8, 9, 13, 21]:
  - o **estrogeni**: possono migliorare l'eccitazione centrale e periferica, genitale e non genitale. In caso di secchezza vaginale, nonostante una terapia sistemica in corso (estroprogestinici a bassissimo dosaggio, a scopo contraccettivo, o HRT), integrare la terapia con un supplemento di terapie estrogeniche locali;
  - o **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.

#### **E) Terapia del dolore**

Il trattamento del dolore stesso dipende dalla sua gravità, dallo stress che esso causa e dal livello di interferenza con le attività quotidiane.

##### **a) Terapia farmacologica**

I trattamenti sistemici potrebbero includere: a) gli **antidepressivi triciclici**, con lo scopo sia di modulare lo squilibrio tra serotonina e noradrenalina associato alla persistenza del dolore [8, 9, 13, 22, 23]; , sia di ridurre la degranolazione mastocitaria periferica; b) gli **anticonvulsivanti**, come il gabapentin, in modo da inibire il firing neuronale cerebrale secondario all'ondata di stimoli algici, contribuendo in parallelo a re-innalzare la soglia centrale del dolore.

La modulazione del tono dell'umore è raccomandata con bassi dosaggi di **SSRI** quando una sintomatologia ansioso-depressiva complica questa condizione. La **paroxetina a basso dosaggio** è di particolare interesse per la sua azione sia ansiolitica, sia antidepressiva;

- b) **terapia antalgica loco-regionale**: in particolare la **TENS** (Transcutaneous Electric Nerve Stimulation),

**DRAFT COPY – PERSONAL USE ONLY**

tecnica che prevede l'applicazione di uno stimolo elettrico nei confronti delle terminazioni nervose sottocutanee; il meccanismo d'azione della TENS è sostenuto dall'attivazione di sistemi d'inibizione periferica degli stimoli nocicettivi, nonché dallo stimolo alla produzione e liberazione di oppioidi endogeni, neuropeptidi e neurotrasmettitori ad azione analgesica [8, 9, 13, 22, 23];

- c) **terapia chirurgica:** la **vestibulectomia** è un trattamento potenzialmente efficace per ridurre il dolore nella VV [24] dopo il fallimento di trattamenti più conservativi. Il razionale è di asportare il tessuto mucoso sede di una proliferazione nervosa e ipersensibilità, in maniera da ricreare una normale percezione. L'approccio chirurgico è tuttavia criticato da quei clinici che considerano l'inadeguatezza delle conoscenze fisiopatologiche della VV una controindicazione ad una "impulsività chirurgica", soprattutto laddove i risultati siano in discussione.

**F) Terapia della dispareunia profonda**

- a) **Endometriosi:** può provocare dispareunia profonda soprattutto in caso di adenomiosi e nelle localizzazioni alla parete vaginale posteriore, e in particolare, al fornice posteriore e ai legamenti utero-sacrali. Per la complessità e la comorbilità che spesso la caratterizza, l'endometriosi richiede un approccio terapeutico multidisciplinare, da parte di professionisti – medici (ginecologo, gastroenterologo, urologo, radiologo o, di volta in volta, lo specialista del distretto corporeo in cui il tessuto endometriosico è localizzato), infermieri e psicoterapeuti. Le opzioni terapeutiche mediche sono la terapia ormonale con estroprogestinici somministrati con schema classico ciclico o in continua, oppure progestinici in continua. Altra opzione sono i GnRH-analoghi. [25, 26], e la terapia chirurgica quando necessaria.
- b) **PID:** è sempre necessario in caso di dispareunia profonda escludere la presenza di un'infezione pelvica di natura infettiva, sottoponendo la paziente ad indagini colturali con tamponi vaginali, uretrali e cervicali con eventuale antibiogramma e a screening sierologico per le malattie sessualmente trasmesse. Sulla base del micro-organismo isolato e sull'antibiogramma è possibile impostare una terapia antibiotica adeguata. In caso di terapia antibiotica è importante proteggere la flora vaginale e la flora intestinale con l'assunzione di integratori a base di fermenti lattici, per ridurre il rischio di candidosi vulvovaginale. È importante ricordare anche di trattare il partner, per evitare la reinfezione [8, 9, 13].
- c) **Dolore Pelvico Cronico (Chronic Pelvic Pain, CPP):** sindrome eterogenea caratterizzata da dolore pelvico cronico, frequenza ed urgenza, in assenza di infezioni urinarie [12, 27]. La terapia del dolore pelvico cronico è variabile a seconda dell'agente eziologico in causa: dalla cura eziologica specialistica delle diverse patologie di competenza (IBS, endometriosi, vescica dolorosa...) alla terapia antalgica quando il dolore acquisisce caratteristiche di dolore neuropatico.

Per la terapia delle cause della dispareunia profonda si rimanda alle letture specifiche presenti negli atti SIGO 2010.

**F) Terapia delle comorbilità associate**

- a) **inquadramento gastrointestinale:** escludere sempre celiachia ed intolleranza al lattosio, spesso misconosciute, e responsabili entrambe di infiammazione intestinale ed iperattivazione mastocitaria. Inoltre è molto importante indagare la presenza di stipsi ostruttiva spesso causata dall'ipertono dell'elevatore dell'ano, ed essa stessa facilitante candidiasi vulvovaginali e cistiti ricorrenti. La patologia digestiva più frequente caratterizzata da dolore addominale è la sindrome dell'intestino irritabile (IBS). L'IBS si associa spesso a

**DRAFT COPY – PERSONAL USE ONLY**

dispareunia e vaginismo. I meccanismi che legano stipsi, dolore pelvico e dispareunia/vaginismo sono di due tipi: la dissinergia/distonia dei muscoli del pavimento pelvico e la flogosi mucosa con conseguente ipersensibilità viscerale. In caso di riferita sintomatologia gastrointestinale, è opportuno inviare la paziente da uno specialista per una consulenza gastrointestinale [28];

- b) **inquadramento urologico:** anche in questo caso è importante indagare la presenza di cistite postcoitale (24-72 ore dopo il rapporto), urgenza minzionale e sindrome della vescica dolorosa;
- c) **inquadramento del dolore pelvico cronico (CPPS):** condizione di dolore pelvico episodico, persistente o ricorrente, associato a sintomi e disfunzioni del basso tratto urinario, genitali e sessuali, intestinali e ano-rettali, senza alcuna evidenza di infezione né di altre patologie organiche, che spesso si associa/causa dispareunia profonda. Spesso la presenza e la persistenza di alcuni sintomi urinari porta a fare diagnosi di "cistiti ricorrenti". In presenza di urinocolture negative, e analizzandone bene i sintomi, si deve concludere che la maggior parte di queste "cistiti" sono espressione di "sindrome della vescica dolorosa" che può confluire nel CPPS nella sua manifestazione vescicale fino alla cistite interstiziale [29];
- d) **indagare anche sempre altre comorbidità** spesso associate a dispareunia come la cefalea, il dolore orofaciale e altre mialgie che possono essere segni di fibromialgia [30].

### **G) Terapia psicosessuale**

Il ruolo dei fattori psicosessuali nel contribuire alla vulnerabilità della VVS è sempre più documentato [2-10].

La terapia psicosessuale richiede una valutazione clinica articolata da parte di un medico con formazione sessuologica, oppure di uno psicoterapeuta sessuologo che condivida con il gruppo di lavoro la conoscenza sui diversi aspetti, medici e psicosessuali, della vestibolite vulvare.

L'intervento potrà essere proposto in parallelo alla terapia medica, fin dall'inizio, specie quando c'è un'indicazione di tipo psicodinamico, o verso il suo completamento, quando il lavoro è quasi esclusivamente di tipo sessuologico.

Per trattare i fattori predisponenti sono indicati:

- a) una **specificata terapia psicodinamica**, da proporre alle donne che:
  - o abbiano subito pregresse molestie o abusi sessuali, i quali potrebbero concorrere a mantenere il basso desiderio e le difficoltà di eccitazione primari, ossia presenti fin dall'inizio della vita sessuale;
  - o abbiano difficoltà relative all'immagine corporea;
  - o abbiano sviluppato una modalità adattativa al dolore di tipo "catastrofizzante", che impedisce di ottimizzare i miglioramenti ottenuti con un atteggiamento positivo;
- b) una **psicoterapia di coppia** è invece indicata per le coppie in cui conflitti o dinamiche distruttive, o un partner di tipo abusivo, interferiscono con le capacità della donna di superare in modo soddisfacente le complesse problematiche implicate nella VV. In parallelo a un approccio individuale, il trattamento di coppia dovrebbe essere offerto ai pazienti con VV, ed effettuato da uno psichiatra o psicoterapeuta esperto in sessuologia;
- c) **una terapia sessuologica.** I punti chiave dell'intervento psicosessuale integrato sono:
  - o il trattamento farmacologico di ansia e depressione se indicato;
  - o una breve terapia comportamentale per lei quando sono presenti un vaginismo primario, e/o inibizioni sessuali, o scarsa competenza sessuali nella donna o nella coppia. L'intervento sessuologico può avvalersi di letture educazionali; di spiegazioni con atlante anatomico; di vibratorii clitoridei per facilitare una ripresa efficace dell'eccitazione genitale e della capacità orgasmica, almeno clitoridea, in caso di inibizione associata primaria o secondaria, e/o di farmaci vasoattivi che possono migliorare l'eccitamento genitale

**DRAFT COPY – PERSONAL USE ONLY**

quando il dolore è stato curato e l'intimità sessuale è ripresa;

- o una breve terapia comportamentale per lui, se il partner soffre di una disfunzione sessuale maschile che potrebbe essere presente prima della VV o che compare durante la stessa. La perdita di libido nel partner maschile e/o l'evitare i rapporti per paura di causare ulteriore dolore alla donna, sono aspetti comuni e poco verbalizzati della VV.

Il primo vero passo terapeutico psicosessuale nei confronti della coppia sta nello **spiegare al partner** che nella VS, data la sua natura fortemente biologica, **il dolore è generato nel tessuto genitale infiammato** e non nel cervello della donna. Un'accurata e semplice spiegazione delle basi biologiche della VVS potrebbe avere un profondo impatto nell'atteggiamento del partner, che potrebbe passare da uno atteggiamento variabilmente abusivo (dopo mesi o anni nei quali gli veniva detto che il dolore era psicogeno, che non vi era assolutamente alcuna alterazione organica ma che era lei a volere rifiutare un rapporto) a uno atteggiamento comprensivo e di supporto [2-10].

#### **H) Stili di vita**

Infine, è necessario raccomandare alla donna **la modificazione degli stili di vita che costituiscono fattori predisponenti, precipitanti o di mantenimento, specie della VV** [31, 32]:

- a) dieta per riequilibrare l'ecosistema del colon, povera di zuccheri (l'iperglicemia facilita la Candida) e lieviti, che favoriscono le reinfezioni da Candida, ma anche di formaggi stagionati;
- b) evitare gli antibiotici se non davvero necessari, perché scatenano la Candida;
- c) curare la stitichezza;
- d) evitare i pantaloni troppo aderenti che causano microabrasioni della mucosa e mantengono le secrezioni vaginali alterate a contatto con la mucosa del vestibolo, infiammandola;
- e) evitare l'utilizzo di salvaslip;
- f) evitare di "accavallare" le gambe [31, 32].

Dopo avere curato il dolore, il recupero della dimensione del piacere richiede un approccio terapeutico impegnativo. Un fattore eziologico, spesso trascurato, del mantenimento del dolore è riprendere l'attività sessuale nonostante la mancanza di eccitamento sessuale. Questo aumenta la probabilità di causare ulteriori nuovi microtraumi a un vulnerabile vestibolo vulvare, riattivando il circolo vizioso che mantiene il dolore cronico coitale. Va quindi prevenuta, con opportuno counselling psicosessuale alla donna e alla coppia, fino a guarigione avvenuta.

#### **Conclusioni**

La dispareunia continua a rappresentare una sfida per i ricercatori e clinici a causa della sua natura eterogenea, multisistemica e multifattoriale, specie nella sua causa più comune in età fertile: la vestibolite vulvare. Un punto essenziale è la diagnosi della sua organicità senza limitarsi a considerare il dolore come psicogeno. Dovrebbero esserne inquadrati i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento, sia di tipo biologico che psicosessuale. Le strategie terapeutiche dovrebbero basarsi su un approccio di tipo fisiopatologico e non più solamente limitarsi alla cura del corteo sintomatologico. Gli aspetti fondamentali per una corretta terapia sono rappresentati dalla rimozione e del trattamento dei fattori agonisti come la modulazione dell'iperattività mastocitaria, il rilassamento muscolare e la cura del dolore. Le nuove acquisizioni sulla relazione tra l'iperattività mastocitaria, la proliferazione delle terminazioni nervose e il rilascio del Nerve Growth Factor dovrebbe indirizzare verso nuovi trattamenti conservativi, procrastinando un eventuale approccio chirurgico.



**DRAFT COPY – PERSONAL USE ONLY**

Infine, il rapporto tra medico e paziente dovrebbe divenire il perno di un'alleanza terapeutica dove la donna (e la coppia) possa finalmente sentirsi adeguatamente studiata e curata come portatrice di una vera e complessa malattia di natura organica, che per la sua sede e la natura intima e coinvolgente della funzione con cui va a interferire, ha pesanti ripercussioni psicologiche e sessuali sulla donna e sulla coppia.

## **Bibliografia**

1. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, Graziottin A, Heiman JR, Laan E, Meston C, Schover L, van Lankveld J, Schultz WW. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2004; 1: 40-8
2. Goldstein AT, Burrows L. Vulvodynia. *J Sex Med.* 2008; 5 :5-14
3. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Arch Sex Behav.* 2010; 39: 278-91
4. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Segraves K, Segraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000; 163: 888-93
5. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999, 281: 537-544
6. Friedrich E. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med* 1987, 32: 110-114
7. Meana Met al. Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *J Nerv Ment Dis* 1997, 185: 561-569
8. Graziottin A. Rovei V. Fisiopatologia, classificazione e diagnosi della dispareunia. In: Jannini E.A. Lenzi A. Maggi M. (Eds), *Sessuologia Medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*, Elsevier Masson, Milano, 2007, p. 379-382. Disponibile su [www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)
9. Graziottin A. Il ginecologo e la dispareunia in: Leiblum S.R. Rosen R.C. (Eds), *Principi e pratica di terapia sessuale. Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, CIC Edizioni Internazionali, Roma, pag. 248-270, 2004.* Disponibile su [www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)
10. Graziottin A. Serafini A. HPV infection in women: psychosexual impact of genital warts and intraepithelial lesions. *J Sex Med.* 2009; 6: 633-645
11. van Lankveld JJ, Granot M, Weijmar Schultz WC, Binik YM, Wesselmann U, Pukall CF, Bohm-Starke N, Achtrari C. Women's sexual pain disorders. *J Sex Med.* 2010; 7: 615-31
12. Peters KM, Killinger KA, Carrico DJ, Ibrahim IA, Diokno AC, Graziottin A. Sexual function and sexual distress in women with interstitial cystitis: a case-control study. *Urology.* 2007; 70: 543-7
13. Graziottin A, Serafini A, Palacios S. Aetiology, diagnostic algorithms and prognosis of female sexual dysfunction. *Maturitas.* 2009; 63: 128-34
14. Leiblum S.R. Graziottin A. Classificazione dei disturbi sessuali femminili. Nuove prospettive in: Leiblum S.R. Rosen R.C. (Eds), *Principi e pratica di terapia sessuale. Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, CIC Edizioni Internazionali, Roma, pag. 115-127, 2004.* Disponibile su [www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)
15. Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. *Lancet.* 2007; 369: 1961-71
16. Cha R, Sobel JD. Fluconazole for the treatment of candidiasis: 15 years experience. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2004; 2: 357-66
17. Mariani, L. Vulvar vestibulitis syndrome: an overview of non surgical treatment. *Eur J Obst Gyn* 2002; 101: 109-112
18. Calabrò RS, Gervasi G, Marino S, Mondo PN, Bramanti P. Misdiagnosed chronic pelvic pain: pudendal neuralgia responding to a novel use of palmitoylethanolamide. *Pain Med.* 2010; 11: 781-4
19. Graziottin A, Brotto L 2004 Vulvare Vestibulitis Syndrome: clinical approach. *Journal of Sex and Marital Therapy* 30: 124-139
20. Bertolasi L, Frasson E, Cappelletti JY, Vicentini S, Bordignon M, Graziottin A. Botulinum neurotoxin type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol.* 2009; 114: 1008-16
21. Al-Azzawi F, Bitzer J, Brandenburg U, Castelo-Branco C, Graziottin A, Kenemans P, Lachowsky M, Mimoun S, Nappi



**DRAFT COPY – PERSONAL USE ONLY**

- RE, Palacios S, Schwenkhagen A, Studd J, Wylie K, Zahradnik HP. Therapeutic options for postmenopausal female sexual dysfunction. *Climacteric*. 2010; 13: 103-20
22. van Lankveld JJ, Granot M, Weijmar Schultz WC, Binik YM, Wesselmann U, Pukall CF, Bohm-Starke N, Achtrari C. Women's sexual pain disorders. *J Sex Med*. 2010; 7: 615-31
23. Vincenti E, Graziottin A. Sexual pain disorders: management by anesthetic blocks 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, 2006, p. 524-528
24. Landry T, Bergeron S, Dupuis MJ, Desrochers G. The treatment of provoked vestibulodynia: a critical review. *Clin J Pain*. 2008; 24: 155-71
25. Vercellini P, Crosignani PG, Somigliana E, Berlanda N, Barbara G, Fedele L. Medical treatment for rectovaginal endometriosis: what is the evidence? *Hum Reprod*. 2009; 24: 2504-14
26. Candiani M. Current guidelines for treatment of endometriosis without laparoscopy. *Drugs Today (Barc)*. 2005; 41 SA:11-5
27. Rackow BW, Novi JM, Arya LA, Pfeifer SM. Interstitial cystitis is an etiology of chronic pelvic pain in young women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009; 22: 181-5
28. Riedl A, Schmidtmann M, Stengel A, Goebel M, Wisser AS, Klapp BF, Mönnikes H. Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis. *J Psychosom Res*. 2008; 64: 573-82
29. Baranowski AP. Chronic pelvic pain. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2009; 23: 593-610
30. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL 3rd. Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings. *J Pain*. 2009; 10: 447-85
31. Guaschino S, Benvenuti C; SOPHY Study Group. SOPHY project: an observational study of vaginal pH and lifestyle in women of different ages and in different physiopathological conditions. Part I. *Minerva Ginecol*. 2008; 60: 105-14
32. Guaschino S, Benvenuti C; SOPHY Study Group. SOPHY project: an observational study of vaginal pH, lifestyle and correct intimate hygiene in women of different ages and in different physiopathological conditions. Part II. *Minerva Ginecol*. 2008; 60: 353-62

## **Tabella 1: Eziologia della dispareunia**

### **A) Cause biologiche**

- a) di dispareunia superficiale e mediovaginale
- o infettive/infiammatorie: vulviti, vestiboliti vulvari, vaginiti
  - o ormonali: atrofie e distrofie vulvo-vaginali
  - o muscolari
  - o iatrogene
  - o neurologiche, incluso il dolore neuropatico
  - o connettive e immunitarie
  - o vascolari
- b) di dispareunia profonda
- o endometriosi
  - o malattia infiammatoria pelvica (PID)
  - o varicocele pelvico
  - o dolori riferiti
  - o esiti di radioterapia pelvica e endovaginale
  - o sindrome da intrappolamento dei nervi pudendi e/o addominali

**DRAFT COPY – PERSONAL USE ONLY**

**B) Cause psicosessuali**

- comorbilità con disturbi del desiderio e dell'eccitazione
- pregresse molestie e abusi sessuali
- disturbi affettivi: depressione e ansia
- catastrofismo come modalità psicologica dominante

**C) Cause relazionali**

- mancanza di intimità emotiva
- conflitti coniugali e abusi verbali e fisici da parte del partner
- insoddisfazione sessuale e conseguente inadeguata eccitazione
- problemi sessuali del partner