

OCCHIO CLINICO DOLORE AL RAPPORTO SESSUALE: L'ANAMNESI È ESSENZIALE PER OTTIMIZZARE LA DIAGNOSI

CLINICAL EYE SEXUAL PAIN-PENETRATION DISORDER: CLINICAL HISTORY IS KEY TO OPTIMIZE THE DIAGNOSIS

DOI: 10.53146/Iriog1202161

ABSTRACT

Sexual pain at intercourse, or dyspareunia, is a common symptom affecting up to 1 in 5 women. Despite its high prevalence, sexual pain is still under-diagnosed. When recognized it is poorly characterized in its etiology and consequently undertreated by clinicians, especially when they are not trained in sexual medicine. Sexual pain always has precise biological causes and is often comorbid with other gynecological, pelvic, muscular, urinary, and/or intestinal pathologies. Correct diagnosis and treatment of sexual pain require collecting a detailed clinical history aimed at identifying the most relevant predisposing, precipitating, and maintenance factors. The goal of the work is to provide the clinician with a questionnaire to make the anamnesis of sexual pain "physician-friendly", and facilitate the in-depth diagnosis of sexual pain. The clinical reasoning is carefully discussed as well, to guide the reading of the symptoms and signs of the pathologies potentially responsible for sexual pain to identify a tailored multimodal therapy.

KEYWORDS: *sexual pain; superficial dyspareunia; deep dyspareunia; clinical history; vulvar pain; endometriosis.*

INTRODUZIONE

Il dolore ai rapporti, o dispareunia, colpisce tra l'8% e il 21% delle donne sessualmente attive negli USA a seconda dell'età, e il 14% secondo altri studi [1-4]. È ancora oggi sottovalutato, sottodiagnosticato e sotto trattato nella pratica clinica, perché non esiste una formazione specifica in sessuologia medica per il ginecologo durante gli anni di specializzazione. In particolare, è ancora oggi

trascurata la formazione sulla valutazione del dolore sessuale e delle sue basi biologiche [5-11]. La fisiopatologia del dolore sessuale riconosce fattori comuni e fattori specifici nelle donne in età fertile e in quelle in post-menopausa, ancora poco considerati in ambito clinico [12, 13]. Anamnesi ed esame obiettivo, con attenzione semeiologica alle implicazioni per la sessualità della donna, sono del pari trascurati [14]. Senza un'adeguata valutazione delle di-

**Alessandra Graziottin^{1,2}
Elena Boero¹**

1 - Alessandra Graziottin Foundation for the cure and care of pain in women NPO

2 - Center of Gynecology and Medical Sexology, H. San Raffaele Resnati, Milan, Italy

Autore di riferimento /
Corresponding Author:

Alessandra Graziottin

direzione@studiograziottin.it

verse cause del dolore a livello della vulva, della vagina, del pavimento pelvico e dei genitali interni, la conclusione più probabile è un'avvilente: «Non ha niente signora, il dolore lei ce l'ha in testa». Un'accurata conoscenza fisiopatologica e un'appropriata semeiologia sono invece condizioni essenziali per una diagnosi attenta ai fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento del dolore sessuale stesso, prerequisito per soluzioni terapeutiche multimodali, personalizzate ed efficaci^[15].

Allo scopo di ottimizzare la diagnosi del dolore sessuale, le Autrici hanno messo a punto un questionario anamnestico utile nella pratica clinica, che le Colleghe e i Colleghi potranno utilizzare quotidianamente nella loro attività ambulatoriale. In base alle risposte delle pazienti è possibile caratterizzare la dispareunia, nonché individuare le patologie associate. Le comorbilità possono infatti essere particolarmente rilevanti per capire le diverse cause del dolore sessuale. Obiettivo del lavoro è quindi presentare l'anamnesi ottimale come primo passo di una diagnosi clinica appropriata del dolore ai rapporti.

DEFINIRE IL DOLORE SESSUALE

Nel linguaggio clinico, il dolore ai rapporti penetrativi viene generalmente definito **dispareunia**, che in greco significa "coito doloroso"^[2]. Questo termine è stato adottato anche dai manuali ufficiali come il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) e la International Classification of Diseases and Statistics (ICD). Il termine dispareunia è in seguito scomparso dal DSM-5, che ha accorpato dispareunia e vaginismo in un più comprensivo "genitopelvic pain-penetration disorder"^[16], così da comprendere nel dolore sessuale lo spasmo involontario dei muscoli del pavimento pelvico alla penetrazione. L'ICD-11 invece definisce la dispareunia come dolore o fastidio genitale durante il rapporto, determinato da cause fisiche chiare, distinguendolo dal più generico "sexual pain-penetration disorder", in cui le cause non sono chiaramente attribuibili a una sola causa biologica o psicologica^[17].

Secondo le Autrici, le definizioni correnti di dolore sessuale rimangono troppo so-

fisticate e contrastanti per poter essere utilizzate 1) nella pratica clinica dai medici non specializzati in sessuologia, 2) nella conversazione con le donne, 3) nel linguaggio nazionale. Infatti, nonostante le classificazioni ufficiali, il termine dispareunia è ancora usato correntemente nel linguaggio medico italiano per indicare il dolore alla penetrazione. La Letteratura anglosassone invece preferisce ridurre l'uso di termini con etimo greco e latino, privilegiando l'espressione "*painful sex*" (rapporto doloroso) o "*sexual pain*" (dolore sessuale), per usare termini descrittivi il più possibile comprensibili per tutti i medici, indipendentemente da una formazione classica.

Dal punto di vista organico, il dolore sessuale viene qualificato in base alla *localizzazione del dolore*: questo è il più forte fattore predittivo di causa biologica di dolore^[12]. Le variabili di tipo psico-sociali, ancorché importanti per l'inquadramento di fattori relazionali e contestuali, non hanno valore predittivo^[15].

Molto spesso, le pazienti lamentano dolore ai rapporti e/o dolore alla vagina intendendo però, con quest'ultimo termine, i genitali esterni e quindi la vulva. Per ottimizzare la comunicazione medico-paziente e l'accuratezza delle informazioni condivise, è utile informare la paziente sulla terminologia appropriata quando si parla di genitali femminili. In particolare, è bene sottolineare che il termine "vulva" si riferisce ai genitali femminili esterni e include grandi labbra, piccole labbra, clitoride e vestibolo vulvare, in cui sboccano l'orifizio dell'utero e della vagina stessa. Va altresì precisato alla paziente che la vagina è il canale che raccorda i genitali esterni con l'utero e svolge tre funzioni essenziali: il passaggio del sangue mestruale, il rapporto sessuale con penetrazione e il passaggio del bambino durante il parto. Precisazione necessaria perché moltissime donne, anche giovani, definiscono "vagina" la vulva. È opportuno avere un disegno schematico a disposizione per aiutare la donna a localizzare più accuratamente dove avverte il dolore. Le principali caratteristiche descrittive del dolore sessuale sono riassunte nel Box 1. La precisazione chiave riguarda la sede in cui la donna avverte il dolore sessuale^[8, 12, 18]. Si parla quindi di:

- *dolore ai rapporti all'entrata della vagina* ("dispareunia introitale"), quando il dolore è avvertito elettivamente all'entrata della vagina, in particolare a livello del vestibolo vulvare;
- *dolore ai rapporti in profondità* ("dispareunia profonda"), quando il dolore è avvertito elettivamente in profondità nella vagina e nella pelvi;
- *dolore ai rapporti superficiale e profondo* ("dispareunia mista"), quando il dolore è sia introitale, sia profondo.

Box 1. Caratteristiche principali del dolore sessuale o dispareunia

Il dolore sessuale/dispareunia viene definito dalle seguenti caratteristiche principali.

- **Intensità del dolore da 0 a 10 (scala Visual Analog Scale, VAS)**, sia spontaneo che provocato da swab test in area vestibolare, dove il dolore è elettivamente riportato alle ore 5 e 7, immaginando l'entrata vaginale come il quadrante di un orologio, secondo la classica descrizione di Friedrich^[19]. Durante la visita le donne riportano dolore anche alle 6, spesso associato a un assottigliamento della mucosa e dovuto a una minore ricchezza di recettori per gli estrogeni e il testosterone^[20], a volte peggiorato dall'assunzione di contraccettivi ormonali a basso dosaggio. Infine, è importante valutare il dolore provocato sempre con swab test alle ore 12 del vestibolo, perché questo dolore si associa frequentemente a sintomi uretrali, e spesso è molto più resistente alla terapia rispetto al dolore riferito alle 5 e alle 7.
- **Localizzazione del dolore**, con precisa attenzione alle sedi anatomiche in cui venga avvertito, per descrivere la mappa del dolore:
 - introitale e/o mediovaginale: la donna avverte un dolore superficiale, a livello del vestibolo vulvare. In questo caso il dolore potrebbe essere provocato da molteplici cause di tipo biologico, psicosessuale e/o legate al contesto relazionale;
 - profondo: la paziente avverte un dolore vaginale profondo alla penetrazione;
 - misto: introitale e profondo.
- **Insorgenza temporale:**
 - rispetto all'inizio della vita sessuale:
 - primario ("*lifelong*"), se comparso fin dai primi rapporti sessuali;
 - secondario ("*acquired*", acquisito), se comparso dopo un periodo di normali rapporti sessuali;
 - recidivante, se si presenta periodicamente;
 - rispetto al rapporto:
 - prima del rapporto sessuale, se persiste un bruciore/dolore a livello del vestibolo e della vulva, che peggiora con l'eccitazione durante i preliminari;
 - durante il rapporto sessuale, che peggiora con i movimenti coitali;
 - dopo la fine del rapporto sessuale, quando il bruciore a livello dell'entrata vaginale persiste per ore o giorni.
- **Sintomi prevalentemente associati a:**
 - dispareunia superficiale:
 - bruciore vestibolare o vulvare (in comorbilità o meno con Candida recidivante);
 - uretrite/dolore vescicale/cistite 24-72 ore dopo il rapporto;
 - stipsi ostruttiva;
 - dispareunia profonda:
 - dismenorrea severa/invalidante;
 - endometriosi;
 - dolore anale alla defecazione, in fase mestruale (dischezia);
 - dolore pelvico cronico;
 - dolore addominale, con sindrome dell'intestino irritabile;
 - malattia infiammatoria pelvica.
- **Sintomi associati sistemici extra-genitali:**
 - cefalea mestruale e/o emicrania^[3];
 - fibromialgia.
- **Cause principali del dolore sessuale a seconda di:**
 - età ormonale della donna (età fertile o post-menopausa);
 - stato del pavimento pelvico^[21];
 - intensità e cronicità dell'infiammazione tessutale locoregionale e/o sistemica^[18, 22, 23];
 - patologie mediche specifiche locoregionali e sistemiche (vulvovaginiti recidivanti, esiti di lacerazioni da parto, sindrome genitourinaria della menopausa [GSM], lichen sclerosus, sclerosi multipla, lesioni iatrogene etc.);

- situazione psico-sessuale;
- dimensioni genitali del partner;
- dinamiche relazionali.

L'accurato esame obiettivo è essenziale perché l'evidenza sulla localizzazione del dolore e il suo tempo di inizio durante un rapporto sono i più forti fattori predittivi della presenza e del tipo di cause organiche, come anticipato. Il dolore sessuale può avere una eziologia multifattoriale in cui possono essere rilevanti anche i fattori psico-sessuali e le dinamiche relazionali (Box 2). Questo lavoro si focalizzerà sull'anamnesi relativa alle componenti biologiche [8, 12].

Box 2. Fattori psico-sessuali e relazionali

- **Fattori psico-sessuali più frequenti nella donna** [18]
 - comorbidità con disturbi del desiderio e dell'eccitazione, oppure vaginismo;
 - pregresse molestie sessuali o abusi, verbali, fisici e/o sessuali;
 - disturbi affettivi psicobiologici: ansia e depressione;
 - catastrofismo come modalità dominante nell'affrontare la malattia;
 - dismorfismo corporeo, alterazione della body image;
 - disturbi delle sensazioni corporee, alterazione dei body feeling;
 - inibizioni educative e/o religiose, ipervalutazione della verginità.
- **Fattori correlati alla coppia o al contesto** [24]
 - mancanza di intimità emotiva;
 - preliminari inadeguati;
 - scarsa competenza erotica della donna e/o del partner (erotic skill);
 - bassa compatibilità anatomica fra dimensioni del pene e genitali femminili;
 - insoddisfazione sessuale, e conseguente inadeguata eccitazione;
 - conflitti di coppia;
 - partner abusante a livello verbale, fisico e/o sessuale.

In positivo, l'intimità emotiva risulta essere un fattore protettivo. Le donne che riportano di essere "moderatamente" soddisfatte del loro partner hanno una riduzione del 47% del dolore durante i rapporti, e questa riduzione è maggio-

re nelle donne che si dichiarano "molto soddisfatte" dell'intimità emotiva (67%). È peraltro difficile dire quanto sia l'intimità emotiva a eliminare fattori eziologici dal dolore sessuale, e quanto non sia l'assenza di dolore sessuale a facilitare l'intimità emotiva [4]. La tendenza all'evitamento dell'intimità, che la donna sviluppa come comprensibile meccanismo di protezione, può essere percepito dal partner come un rifiuto specifico ad *personam*.

ANAMNESI

1) Quando è comparso il dolore nella vita sessuale della donna?

Indagare il momento d'insorgenza del dolore sessuale rispetto all'inizio di una vita sessuale di tipo penetrativo è essenziale in quanto l'eziologia è molto diversa tra forme primarie (*lifelong*) o secondarie/acquisite (*acquired*). Alle pazienti viene chiesto quando è iniziato il dolore alla penetrazione vaginale [8, 12]. La paziente infatti potrebbe provare:

- *dolore sessuale primario*, cominciato sin dall'inizio della vita sessuale. Quando è primaria e persistente, la dispareunia può avere una causa biomeccanica negletta relativa all'iperattività del pavimento pelvico, sia per un disturbo primario del muscolo elevatore (iperattività miogena) [5], assimilabile, da un punto di vista fisiopatologico, alle stesse alterazioni muscolari documentate con elettromiografia che caratterizzano il torcicollo congenito [6]. Spesso l'iperattività del muscolo elevatore è associata a una stipsi *lifelong* e/o a disturbi urinari, fra cui l'enuresi. Più frequentemente ancora il dolore sessuale introitale riconosce, fino a un terzo dei casi, una comorbidità con un vaginismo lieve o moderato, intendendo con questo che la contrazione del muscolo elevatore, associata a un variabile grado di fobia del coito, consente la penetrazione ma causa dolore. Ciò può causare microabrasioni vestibolari e concorrere alla comparsa della vestibolite vulvare (o vestibolodinia provocata). Infine, il dolore sessuale primario potrebbe essere dovuto a cofattori importanti psicosessuali, quali inibizioni educative e/o religiose, che contribui-

scono a disturbi come il vaginismo e/o paralleli disturbi cronici del desiderio e dell'eccitazione^[10]. È importante determinare se la paura della paziente è preesistente al primo rapporto sessuale e se è reattiva a esperienze traumatiche. È possibile che la donna affetta da vaginismo abbia anche una soglia del dolore più bassa: quest'ultimo caso potrebbe sottendere una sindrome post-traumatica da stress e quindi un vaginismo acquisito.

- *Dolore sessuale acquisito*, se è peggiorato o comparso dopo un lungo periodo di rapporti non complicati e/o soddisfacenti. In quest'ultimo caso la paziente potrebbe riuscire a ricordare la situazione o l'evento accaduto quando il dolore è comparso. La risposta può fornire informazioni sulla "storia naturale" dell'attuale disturbo sessuale, e sulla "lettura personale" che la donna dà del suo problema, dei cofattori più importanti e del loro significato.

Se il dolore è iniziato in un secondo momento, il medico ha la possibilità di individuare i trigger che hanno scatenato la dispareunia secondaria^[25]. Comorbidità importanti possono essere:

- *vulvovaginiti recidivanti da Candida*, con potenziale risposta aberrante immunoallergica agli antigeni di Candida, trigger sottovalutato del bruciore vestibolare tramite un meccanismo immunoallergico neurogeno^[26]: infezioni più frequenti se la signora ha familiarità per il diabete, o se è ella stessa diabetica e/o ha un'alimentazione ricca di glucosio e saccarosio^[26];
- *cistiti post-coitali e/o recidivanti*, che riconoscono nell'ipertono del pavimento un cofattore eziologico biomeccanico cardinale^[26, 27];
- *dolori mestruali invalidanti*, primo sintomo che suggerisce l'endometriosi (Box 3);
- *infiammazione della parete intestinale* con sindrome dell'intestino irritabile, fino alla "leaky gut syndrome" (sindrome dell'intestino che perde), che può contribuire sia al passaggio di molecole potenzialmente allergizzanti, con peggioramento delle comorbidità da allergie alimentari, sia al passaggio di patogeni quali *Escherichia coli* o *Enterococcus faecalis*, che possono causare

cistiti e vaginiti recidivanti;

- *fibromialgia*, che può riconoscere nella mialgia dell'elevatore dell'ano un sintomo principe ancorché trascurato dal punto di vista semeiologico.

È molto importante sottolineare come il parto sia ancora oggi un evento traumatico dirompente, che costituisce causa prima di dispareunia superficiale nel puerperio. Purtroppo è sottodiagnosticato e sotto trattato, come ben evidenziato nel lavoro ormai storico di Glazener et al., che parla molto appropriatamente di "lack of professional recognition", mancanza di valutazione del sintomo da parte dei medici^[28]. Un lavoro australiano molto più recente conferma la persistenza di questa omissione diagnostica. A un anno e mezzo dal parto ancora il 24% delle donne soffre di dispareunia: è quindi necessario approfondire l'anamnesi (episiotomia, lacerazioni importanti, infezioni delle ferite, riabilitazioni mancate, fattori avversivi per i rapporti sessuali volti al concepimento, specialmente quando alle donne non è stato offerto un metodo contraccettivo)^[29, 30].

2) Quando compare il dolore rispetto al rapporto sessuale?

Dolore prima del rapporto. Suggestisce un'attitudine fobica verso la penetrazione, solitamente associata a vaginismo e/o alla presenza di vestibolite vulvare cronica, clitoralgia e/o vulvodinia, che può favorire il dolore anche nella condizione di eccitazione che si determina durante i preliminari e immediatamente prima della penetrazione.

Dolore durante il rapporto. È quello più frequente. Questa informazione, combinata con la precedente ("Dove fa male?"), è la più predittiva della base organica del dolore.

Dolore e/o bruciore dopo il rapporto. Indica che il danno alla mucosa è stato provocato durante la penetrazione, probabilmente a causa di un'inadeguata lubrificazione parallela a una vestibolite, al dolore e/o alla contrazione difensiva del pavimento pelvico. Quando la signora dice «Non è dolore, è bruciore», è importante spiegarle che il bruciore è una forma di dolore, in cui si registrano

spesso alterazioni nelle vie e nei centri del dolore. Sono queste alterazioni che lo fanno mutare da "nocicettivo", indicatore di danno, a "neuropatico", termine che indica come il dolore cronicizzato sia diventato una malattia in sé.

Cause di dispareunia superficiale e profonda

Quando il dolore è localizzato all'entrata vaginale sono più frequentemente coinvolte le strutture mucocutanee vulvari e vestibolari, il muscolo elevatore dell'ano, i connettivi del pavimento pelvico, vasi, nervi, uretra e strutture periuretrali, il centro tendineo del perineo, l'ano e la regione perianale. In particolare, il clinico dovrebbe indagare i seguenti aspetti.

- Cause infettive: vulviti, vestibolite vulvare, vaginiti, cistiti, proctiti, con particolare riguardo alle infezioni recidivanti da Candida, per quanto riguarda il vestibolo vulvare, e alle infezioni recidivanti da Escherichia coli uropatogeno (UPEC) e/o Enterococcus faecalis per quanto riguarda uretra e vescica [26].
- Sintomi irritativi vescicali come l'urgenza minzionale, che possono essere collegati all'ipertono del pavimento pelvico, soprattutto nel trigono anteriore. La stipsi indica l'ipertono del pavimento pelvico principalmente nel trigono posteriore. La paura del rapporto indica un vaginismo [10].
- Infiammatorie da iper-regolazione dei mastociti. Il dolore sessuale ha sempre precise cause biologiche di tipo infiammatorio e/o infettivo. Le cause possono essere diverse, ma riconoscono un denominatore comune nel coinvolgimento crescente del sistema immunitario, in particolare dei mastociti, delle cellule dendritiche e di altre cellule immunitarie locali [31].
- Ormonali: distrofie vulvo-vaginali associate ad amenorree protratte (amenorrea ipotalamica e amenorrea da allattamento), fino all'atrofia vulvo-vaginale associata alla sindrome genitourinaria della menopausa (GSM) [32, 33].
- Anatomiche: imene fibroso, agenesia vaginale, sindrome di Rokitansky, cause di dispareunia introitale che può rendere impossibile la penetrazione.
- Muscolari: iperattività primaria o se-

condaria del muscolo elevatore dell'ano [10]; fibromialgia con dolore anche sul muscolo elevatore dell'ano e/o dei muscoli otturatori interni [25].

- Neurologiche, incluso il dolore neuropatico; sclerosi multipla, in cui l'associato ipertono del muscolo elevatore può causare dispareunia superficiale/dolore introitale in oltre i due terzi delle donne affette.
- Connettive e immunitarie: sindrome di Sjögren.
- Endometriosi (Box 3).
- Malattia infiammatoria pelvica (pelvic inflammatory disease, PID): infezioni ascendenti da Chlamydia trachomatis e/o Neisseria gonorrhoeae sono responsabili di un crescente numero di salpingiti e/o pelvipertitoniti il cui sintomo sessuale principe è la dispareunia profonda [34].
- Dolore pelvico cronico [7].
- Varicocele, aderenze, dolore addominale riferito e sindrome dell'intrappolamento del nervo cutaneo addominale (Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome, ACNES) sono cause meno frequenti e ancora controverse, ma che comunque andrebbero prese in considerazione nella diagnosi differenziale.
- Iatrogeno: antibiotici con conseguente candidosi, esiti di chirurgia genitale o perineale (episiorragia, colporragia, perineorragia posteriore), chemioterapia, radioterapia pelvica [7, 35]. Mutilazioni genitali femminili, con restringimento dell'introito e della vagina, sindrome dell'intrappolamento del nervo pudendo e/o nevralgia pudenda.

Box 3. Evil twins: dolore vulvare ed endometriosi

Il dolore vulvare è causa principe di dispareunia superficiale, soprattutto in età fertile, mentre l'endometriosi lo è della dispareunia profonda [36]. Un numero crescente di donne presenta dispareunia mista. In alcune il primo sintomo è il dolore vulvare seguito dall'endometriosi, o viceversa. I due tipi di dolore riconoscono un'eziopatogenesi diversa come dolori primari, tuttavia anche l'endometriosi, con la dispareunia profonda associata, può causare secchezza vaginale, contrazione difensiva del muscolo

elevatore, perdita di desiderio e inibizione riflessa della lubrificazione, perché il dolore durante il rapporto è il più forte inibitore riflesso della lubrificazione. Il binomio ipertono del muscolo elevatore – riduzione della lubrificazione può poi predisporre a microabrasioni della mucosa dell'introito e attivare quindi la cascata di eventi fisiopatologici che confluiscono nella vestibolite vulvare (o vestibolodinia provocata) e nel dolore vulvare, causa biologica prima di dispareunia introitale^[12]. La diagnosi sempre più frequente di entrambe le patologie ha portato ad adottare la definizione di "evil twins" (gemelle diaboliche), in realtà una tripletta in comorbilità quando l'endometriosi si associa anche alle cistiti post-coitali.

I Colleghi urologi usano l'espressione "evil twins syndrome" per indicare il binomio cistiti post-coitali ed endometriosi^[37-39].

Il dolore sessuale nell'età fertile

Tra le donne in età fertile, il dolore sessuale specialmente introitale ai rapporti è più probabilmente provocato da:

- Vestibolite vulvare. Questa è comunemente provocata da un'infezione localizzata nel vestibolo, spesso provocata da una risposta immunitaria aberrante e cronica agli antigeni della Candida. I rapporti sessuali infatti possono provocare microabrasioni nel tessuto superficiale che diventa più esposto al patogeno. Le microabrasioni sono più frequenti in caso di difficoltà alla penetrazione, come quando la paziente ha il pavimento pelvico contratto [40].
- Lesioni vulvari post-traumatiche^[12]:
- traumi accidentali (anche nell'infanzia, per esempio da cadute al parco giochi o sul tubo superiore del telaio della bicicletta);
- traumi derivanti da abusi fisici o sessuali;
- traumi e lesioni cicatriziali dolorose derivanti da mutilazione genitale femminile.
- Lesioni vulvari e perineali post parto, per episiotomia e lacerazioni^[28].
- Ipoestrogenismi funzionali, con secchezza vaginale: amenorree secondarie prolungate, amenorree da allattamento.

Il dolore sessuale nella menopausa

Dopo la menopausa i livelli di steroidi sessuali si abbassano fisiologicamente, portando a una minore lubrificazione vaginale e a un minor turgore clitorideo. Gli effetti della progressiva deficienza di androgeni ed estrogeni possono portare alla sindrome genito-urinaria della menopausa (genitourinary syndrome of the menopause, GSM)^[33], in cui i genitali sono più soggetti a secchezza, sensazioni di bruciore, irritazione e dolore, e non rispondono correttamente durante il rapporto.

Il risultato è che la donna accumula esperienze sessuali negative, con comparsa di dolore a livello genitale che inibisce gradualmente il desiderio e la risposta sessuale, fino all'avversione al rapporto. Un numero crescente di donne colpite da GSM non nota miglioramenti né con terapia ormonale locale o sistemica, né con laser-terapia. Nell'anamnesi si tratta in generale di donne nullipare e/o che hanno partorito solo con taglio cesareo. In tal caso il pavimento pelvico, rimasto integro, può andare incontro a un'involuzione progressiva con accorciamento delle fibre muscolari e perdita graduale dell'elasticità muscolare stessa, e progressiva sostituzione delle fibre muscolari, che vanno incontro a involuzione con la menopausa e l'età, con un connettivo rigido di scarsa qualità. Queste modificazioni anatomiche, che si inseriscono su un pavimento pelvico intatto e spesso già iperattivo, possono concorrere alla componente biomeccanica del dolore sessuale, in quanto restringono letteralmente l'entrata vaginale. È indispensabile, in questi casi, effettuare un'adeguata fisioterapia di rilassamento, eventualmente associata a misure farmacologiche personalizzate (per esempio diazepam vaginale sotto prescrizione medica, per brevi periodi di tempo)^[41, 42].

Che cosa deve chiedere il medico alla donna

Il medico dovrebbe indagare se il sintomo dolore compaia o peggiori con:

- rizione di vestiti, in particolare jeans e pantaloni stretti e/o indumenti intimi, per tipo di materiale e/o forma. La frizione degli indumenti può determi-

- nare o peggiorare preesistenti microabrasioni della cute vulvare e/o della mucosa vestibolare già infiammate. Le microabrasioni facilitano o peggiorano infezioni da flora batterica o micotica locale e/o iperreattività alterate di tipo immuno-allergico, se la donna è predisposta alle allergie^[43];
- stimolazione manuale durante i preliminari, riportato come sintomo associato alla dispareunia riportato nel 46.8% dei casi^[44];
 - inserzione o tentativo di inserzione dei tamponi: la difficoltà all'inserimento del primo tampone è un fattore predittivo dimostrato per la dispareunia^[45]. È quindi importante valutare un eventuale ipertono del pavimento pelvico associato a vaginismo primario, oppure un imene cribroso o cercinato. La difficoltà all'uso dei tamponi è presente nel 65.8% delle esaminate;
 - Inserzione di un dito: è riportata nel 72.9% delle donne esaminate;
 - Comparsa del bisogno di urinare dopo il rapporto, sintomo molto importante da indagare perché porta l'attenzione su una possibile comorbidità con uretriti e cistiti. Quando la paziente si rivolge in primis all'urologo lamentando la cistite, la dispareunia superficiale e la vestibolite vulvare sono presenti nel 60% dei casi^[46]. Un altro studio epidemiologico molto ben condotto, ormai "classico", evidenzia che il dolore sessuale è associato a sintomi del tratto urinario inferiore (uretriti, cistiti, urgenza minzionale) con un OR di 7.61

(range 4.06-14.26). Lo stesso studio dimostra che i disturbi dell'eccitazione, con secchezza vaginale che concorre alla dispareunia introitale, si associano ai sintomi del tratto urinario inferiore con un OR di 4.02 (range 2.75-5.89)^[1];

- la visita ginecologica: lo studio di Sophie Bergeron evidenzia come la visita ginecologica sia in grado di evocare esattamente lo stesso tipo di dolore sessuale che la donna avverte durante il rapporto in ben il 90% delle donne esaminate. Questo significa che la semiologia, ossia lo studio dei sintomi e dei segni, pilastro di una visita ginecologica accurata, resta il fattore cardinale per diagnosticare accuratamente le cause del dolore sessuale sia superficiale, sia profondo. I dettagli semeiologici della visita della paziente che lamenta dolore sessuale saranno oggetto di un articolo dedicato^[43].

CONCLUSIONI

L'anamnesi accurata è il primo strumento diagnostico anche in caso di dolore ai rapporti. Il questionario ha l'obiettivo di fornire uno strumento utile nella pratica clinica ambulatoriale di Colleghe e Colleghi. La familiarità con questo strumento semplificherà il dialogo clinico, rendendolo molto più efficace e pragmaticamente orientato a diagnosi accurate e a terapie mirate, con solida base fisiopatologica.

DICHIARAZIONI

Approvazione etica e consenso alla partecipazione - Non applicabile.

Consenso alla pubblicazione - Non applicabile.

Politica di condivisione di dati e materiali - Non applicabile.

Conflitti di interesse - Le Autrici non hanno nessun conflitto di interesse da dichiarare per il presente articolo.

Finanziamenti - Il lavoro è stato interamente finanziato dalla Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus.

Occupazione - Non applicabile.

Altri interessi contrastanti - Nessun interesse contrastante.

Contributo degli Autori - AG ha ideato l'articolo e strutturato gli aspetti clinici fondamentali. AG e EB hanno collaborato strettamente nella stesura dell'articolo, nell'approfondimento e discussione delle fonti bibliografiche, e nella selezione delle informazioni più rilevanti per la pratica clinica della ginecologa.

Ringraziamenti - Le Autrici ringraziano il dottor Giulio Della Morte per la lettura critica del testo.

BIBLIOGRAFIA

1. Laumann EO, Paik A, Rosen RC (1999) Sexual Dysfunction in the United States. *JAMA* 281:537. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>
2. Simons J, Carey MP (2001) Prevalence of Sexual Dysfunctions: Results from a Decade of Research. *Arch Sex Behav* 30:177
3. Graziottin A (2007) Prevalence and evaluation of sexual health problems - HSDD in Europe. *J Sex Med* 4:211–219. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00447.x>
4. Graziottin A, Koochaki PE, Rodenberg CA, Dennerstein L (2009) The prevalence of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: An epidemiological study of women in four European countries. *J Sex Med* 6:2143–2153. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01319.x>
5. Graziottin A, Murina F (2017) How to Make a Comprehensive Diagnosis of Vulvar Pain. *Vulvar Pain* 167–190. https://doi.org/10.1007/978-3-319-42677-8_10
6. Graziottin A, Murina F (2017) The Pathophysiology of Vulvar Pain. In: *Vulvar Pain*. Springer International Publishing, pp 19–51
7. Graziottin A (2021) Chronic pelvic pain: a clinical perspective. In: Di Renzo GC (ed) *Obstetric and Gynecological Women's Health. Prevention and Safeguard* (in press). Springer Verlag (in press)
8. Graziottin A, Gambini D (2017) Evaluation of genito-pelvic pain penetration disorder. In: W.I. W (ed) *The Textbook of Sexual Medicine*. Springer Verlag
9. Graziottin A, Scarselli G, Rovei V (2017) Fisiopatologia della lubrificazione. In: Jannini EA, Lenzi A, Maggi M (eds) *Sessuologia Medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*, nuova ediz. Edra LSWR, pp 399–404
10. Graziottin A (2017) Fisiopatologia e diagnosi del vaginismo. In: Jannini EA, Lenzi A, Maggi M (eds) *Sessuologia Medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*, nuova ediz. Edra LSWR, pp 418–423
11. Graziottin A, Rovei V (2017) Fisiopatologia, classificazione e diagnosi della dispareunia. In: Jannini EA, Lenzi A, Maggi M (eds) *Sessuologia Medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*, nuova ediz. Edra LSWR, pp 423–427
12. Graziottin A, Murina F (2017) *Vulvar Pain: From Childhood to Old Age*, 1st ed. Springer Nature
13. Graziottin A, Murina F (2017) *Vulvar Pain After the Menopause*. In: *Vulvar Pain*. Springer International Publishing, pp 129–148
14. Graziottin A, Murina F (2017) *Vulvar Pain in Childhood: A Call for a More Accurate Diagnosis and Care*. In: *Vulvar Pain*. Springer International Publishing, pp 53–70
15. Meana M, Binik YM, Khalifé S, Cohen DR (1997) Dyspareunia: Sexual Dysfunction or Pain Syndrome? *J Nerv & Ment Dis* 185:561–569. <https://doi.org/10.1097/00005053-199709000-00005>
16. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Arlington, VA
17. Parish SJ, Meston CM, Althof SE, et al (2019) Toward a More Evidence-Based Nosology and Nomenclature for Female Sexual Dysfunctions—Part III. *J Sex Med* 16:452–462. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.01.010>
18. Van Lankveld JDDM, Granot M, Weijmar Schultz WCM, et al (2010) Women's sexual pain disorders. *J Sex Med* 7:615–631. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01631.x>
19. Friedrich EG (1987) Vulvar Vestibulitis Syndrome. *J Reprod Med* 110–114
20. Traish AM, Kim N, Min K, et al (2002) Role of androgens in female genital sexual arousal: Receptor expression, structure, and function. In: *Fertility and Sterility*
21. Verbeek M, Hayward L (2019) Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. *Sex Med Rev* 7:559–564. <https://doi.org/10.1016/J.SXMR.2019.05.007>
22. Velho RV, Taube E, Sehoul J, Mechsner S (2021) Neurogenic inflammation in the context of endometriosis—What do we know? *Int J Mol Sci* 22:13102. <https://doi.org/10.3390/ijms222313102>
23. Aerts L, Grangier L, Dallenbach P, et al (2019) Understanding sexual pain in endometriosis. *Minerva Ginecol*. 71:224–234
24. Schneider MP, Vitonis AF, Fadayomi AB, et al (2020) Quality of Life in Adolescent and Young Adult Women With Dyspareunia and Endometriosis. *J Adolesc Health* 67:557–561. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2020.02.024>
25. Graziottin A, Rovei V (2007) Fisiopatologia, Classificazione e Diagnosi Della Dispareunia. In: Jannini EA, Lenzi A, Maggi MA (eds) *Sessuologia medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*. Emmanuele A. Jannini, Andrea Lenzi, Mario A. Maggi. Elsevier Masson, Milano, pp 379–382
26. Graziottin A, Gambini D, Boero E, et al (2021) Chronic vulvar pain, recurrent candidiasis and familial diabetic risk. *La Riv Ital di Ostet e Ginecol* 2:107–116. <https://doi.org/10.53146/lriog1202127>
27. Graziottin A, Murina F, Gambini D, et al (2020) Vulvar pain: The revealing scenario of leading comorbidities in 1183 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 252:50–55. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.05.052>
28. Glazener CMA (1997) Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 104:330–335. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11463.x>
29. McDonald E, Gartland D, Small R, Brown S (2015) Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 122:672–679. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13263>
30. Gommesen D, Nøhr E, Qvist N, Rasch V (2019) Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. *BMJ Open* 9:e032368. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032368>
31. Mantovani A (2020) Il fuoco interiore. Il sistema immunitario e l'origine delle malattie. Mondadori
32. Faubion SS, Kingsberg SA, Clark AL, et al (2020) The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 27:976–992. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001609>
33. Phillips NA, Bachmann GA (2021) The genitourinary syndrome of menopause. *Menopause* 28:579–588. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001728>
34. Bittleston H, Coombe J, Temple-Smith M, et al (2021) Diagnosis of pelvic inflammatory disease and barriers to con-

- ducting pelvic examinations in Australian general practice: findings from an online survey. *Sex Health* 18:180–186. <https://doi.org/10.1071/SH20176>
35. Graziottin A, Lukaszewicz M (2016) Psychosexual issues and quality of life after oncologic pelvic surgery, with focus on cervical cancer. In: Carbone A, Palleschi G, Pastore AL, Messas A (eds) *Functional urologic surgery in neurogenic and oncologic diseases*. Springer Verlag, pp 113–132
 36. Orr N, Wahl K, Joannou A, et al (2020) Deep Dyspareunia: Review of Pathophysiology and Proposed Future Research Priorities. *Sex Med Rev* 8:3–17. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.12.007>
 37. Chung MK, Chung RR, Gordon D, Jennings C (2002) The evil twins of chronic pelvic pain syndrome: endometriosis and interstitial cystitis. *JSL* 6:311–314
 38. Chung MK, Chung RP, Gordon D (2005) Interstitial cystitis and endometriosis in patients with chronic pelvic pain: The “Evil Twins” syndrome. *JSL* 9:25–29
 39. Tirlapur SA, Kuhrt K, Chaliha C, et al (2013) The “evil twin syndrome” in chronic pelvic pain: A systematic review of prevalence studies of bladder pain syndrome and endometriosis. *Int J Surg*
 40. Bornstein J, Goldschmid N, Sabo E, et al (2004) Hyperinnervation and mast cell activation may be used as histopathologic diagnostic criteria for vulvar vestibulitis. *Gynecol Obstet Invest* 58:171–178. <https://doi.org/10.1159/000079663>
 41. Murina F, Felice R, Di Francesco S, Oneda S (2018) Vaginal diazepam plus transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: A randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 228:148–153. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.06.026>
 42. Larish AM, Dickson RR, Kudgus RA, et al (2019) Vaginal Diazepam for Nonrelaxing Pelvic Floor Dysfunction: The Pharmacokinetic Profile. *J Sex Med* 16:763–766. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.003>
 43. Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, Bohm-Starke N (2020) Vulvodynia. *Nat Rev Dis Prim* 6:. <https://doi.org/10.1038/S41572-020-0164-2>
 44. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al (2016) 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia. *Obstet Gynecol* 127:745–751. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001359>
 45. Landry T, Bergeron S (2009) How young does vulvo-vaginal pain begin? Prevalence and characteristics of dyspareunia in adolescents. *J Sex Med* 6:927–935. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01166.x>
 46. Boeri L, Capogrosso P, Ventimiglia E, et al (2017) Six out of ten women with recurrent urinary tract infections complain of distressful sexual dysfunction - A case-control study. *Sci Rep* 7:. <https://doi.org/10.1038/srep44380>