

Endometriosi e dispareunia: diagnosi e terapia

P. Vercellini¹, A. Graziottin²

¹ Clinica Ginecologica Mangiagalli, Università di Milano

² Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati

L'**endometriosi** può colpire la sessualità della donna e della coppia con molteplici modalità.

Nella **donna**, può provocare:

- a) **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. La dispareunia profonda può essere il primo sintomo di un'endometriosi ancora altrimenti silente. Il dolore che la donna avverte durante il rapporto può essere evocato con la messa in tensione dei ligamenti utero-sacrali durante la visita ginecologica.
- b) **inibizione secondaria del desiderio e dell'eccitazione:**
 - per il **dolore**, che causa inibizione riflessa della lubrificazione e della congestione genitale, con secchezza vaginale, dispareunia e contrazione difensiva, "auto protettiva" dell'elevatore dell'ano;
 - per la **depressione**, conseguente al dolore e alle conseguenze dell'endometriosi sulla vita personale, sulla fertilità, sulla relazione di coppia;
 - per lo **stress cronico biologico**, conseguente sia al dolore fisico e psichico, sia agli aspetti iatrogeni, per la frustrazione di non essere creduta nella verità del proprio dolore e per l'effetto "nocebo" di prognosi pesanti o catastrofiste, che non lasciano spazio alla speranza di guarigione. Lo stress cronico, attraverso l'aumento persistente dei glucocorticoidi, deprime la via dopaminergica, riducendo l'energia vitale, il desiderio sessuale e la stessa capacità di provare piacere ("anedonia"); deprime la via serotoninergica, causando depressione, e la via opiatergica, aumentando la sensibilità al dolore. Crea inoltre un'iperattività dell'amigdala, facilitando l'ansia libera ("free floating anxiety") che aumenta sia la possibilità di percepire maggiormente il dolore, sia di contribuire ad una sessualità disfunzionale;
 - per l'**effetto iatrogeno farmacologico** di terapie quali gli **analoghi**, che inibendo la produzione di ormoni ovarici, riducono sì i sintomi e la progressione della malattia, ma privano - temporaneamente - la donna di un fattore trofico essenziale per la sua risposta sessuale;
- c) **inibizione dell'orgasmo coitale:**
 - per il **dolore**;
 - per l'**inadeguata formazione della "piattaforma orgasmica"**, conseguente alla inibizione della lubrificazione e della congestione genitale;
 - per l'impossibilità di erotizzare l'aggressività sana implicita nella penetrazione. La paura del dolore e l'ansia anticipatoria aumentano lo stato d'allerta (antierotico per definizione), impediscono l'abbandono e inibiscono la possibilità di eccitazione, di piacere e di orgasmo anche a livello centrale.

Per la **coppia**, l'endometriosi può costituire una pesante "prova da carico" sessuale ed esistenziale, a causa:

- del dolore fisico e psichico che comporta alla donna;
- delle limitazioni sessuali (sessualità non penetrativa fino all'astinenza);
- dei limiti procreativi fino alla franca infertilità.

La difficoltà/impossibilità di avere normali rapporti sessuali può creare **sintomi disfunzionali nell'uomo** (caduta di desiderio, difficoltà di mantenimento dell'erezione, eiaculazione precoce), oppure **aumento di aggressività** e della probabilità di relazioni extraconiugali fino alla rottura della relazione di coppia.

Inoltre, la secchezza vaginale e l'ipertono difensivo dell'elevatore, correlati al dolore, che ne conseguono, possono facilitare la comparsa - o peggiorare la progressione - di altre patologie in **comorbidità con l'endometriosi**. In particolare di:

- **vestibolite vulvare**, perché facilitano microabrasioni del vestibolo durante la penetrazione;
- **sindrome della vescica dolorosa** (the "**evil twins**"): per l'effetto traumatico del coito su uretra e trigono, in assenza di lubrificazione e congestione dei vasi periuretrali (usualmente consensuale all'eccitazione e alla congestione vaginale, clitoridea e bulbo vestibolare), per la concomitante iperattività dei mastociti loco-regionali e per il probabile "cross-talk" tra fibre nervose che innervano tessuti vicini. Va ricordato che nel dolore neuropatico la possibilità di degranolazione neurogena dei mastociti indotta per via retrograda lungo le vie sensoriali può concorrere a, o determinare, uno stato infiammatorio cronico non infettivo ma "chimico".

Obiettivi di questa presentazione sono:

- i. discutere le implicazioni relative al rapporto tra endometriosi e sessualità, in base alle evidenze disponibili;
- ii. individuare i fattori fisiopatologici che possono concorrere a causare dispareunia profonda e comorbidità associate, e che meritano di essere precocemente diagnosticati e trattati.

La semeiotica del dolore e le comorbidità associate	5
Fisiopatologia e semeiologia della dispareunia e del vaginismo <i>A. Graziottin</i>	6
Le dermatosi quale causa di dolore vulvare <i>M. Preti</i>	11
La sfida terapeutica delle candidosi ricorrenti <i>F. Murina</i>	15
L'infezione da HPV: dalla prevenzione all'over-treatment <i>L. Mariani</i>	16
Mastociti, infiammazione e comorbidità nel dolore sessuale femminile	19
Il punto di vista del ginecologo <i>A. Graziottin</i>	20
Il punto di vista dell'urologo <i>D. Grassi</i>	21
Il punto di vista del gastroenterologo <i>V. Stanghellini</i>	23
Aspetti relazionali e sociali del dolore sessuale femminile	25
L'Associazione Italiana Vulvodinia <i>M. Puliatti</i>	26
L'Associazione Italiana Cistite Interstiziale <i>L. Nasta</i>	28
L'Associazione Italiana Endometriosi <i>J. Veit</i>	29
L'Associazione Nazionale Fibromialgia e Stanchezza Cronica <i>R. Romor</i>	30
Implicazioni ostetriche del dolore sessuale femminile	33
Il punto di vista del ginecologo <i>G. Radici</i>	34
Il punto di vista dell'ostetrica <i>M. Esposito</i>	36
Il punto di vista del sessuologo <i>N. Giovannini, A. Graziottin</i>	38
Il punto di vista del fisioterapista <i>A. Bortolami</i>	40
Dolore sessuale femminile: comorbidità, diagnosi e terapia	43
Endometriosi e dispareunia: diagnosi e terapia <i>P. Vercellini</i>	44
Sindrome della vescica dolorosa e dispareunia: diagnosi e terapia <i>M. Cervigni</i>	45
Il dolore vulvare: implicazioni neurologiche e muscolari <i>L. Bertolasi</i>	47
Vulvodinia, dispareunia e contraccezione ormonale	49
Innocente? <i>A. Graziottin</i>	50
Colpevole? <i>F. Murina</i>	51
La vulvodinia: il dilemma del dolore "senza cause apparenti"	53
Eziopatogenesi e semeiologia <i>A. Graziottin, F. Murina</i>	54
Le implicazioni psicosessuologiche <i>M. Puliatti</i>	56
Strategie terapeutiche <i>F. Murina, A. Graziottin</i>	60

Organizzato da:

Associazione Italiana Vulvodinia O.N.L.U.S.

**Fondazione Alessandra Graziottin
per la cura del dolore nella donna**



Il dolore sessuale femminile e le comorbilità associate

- dai sintomi alla diagnosi e alla terapia -

venerdì **12** marzo 2010

MILANO - Museo della scienza e della tecnologia Leonardo da Vinci

Con il patrocinio di:

A.G.E.O. Associazione Ginecologi Extra Ospedalieri

A.GI.CO. Associazione Ginecologi Consultoriali

F.I.O.G. Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia

S.I.G.O. Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

S.I.I.V. Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia

Abstract Book