Il dolore durante i rapporti: cause e terapie

Prof.ssa A. Graziottin
Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H San Raffaele Resnati, Milano

Introduzione

Il medico di famiglia e il farmacista possono svolgere un ruolo essenziale nella diagnosi delle cause mediche di dolore durante i rapporti: dispareunia e vaginismo. Il dolore, anche sessuale, ha infatti solide cause biologiche che possono essere individuate precocemente con un'anamnesi accurata per evitare cronicizzazioni e comorbilità: tra queste, il dolore pelvico cronico, le cistiti recidivanti, la stipsi ostruttiva e la depressione reattiva. L'invio corretto allo specialista, quando indicato, porta alla riduzione dei **costi sanitari e sociali: quantizzabili** (visite, farmaci, psicoterapie generiche che non possono curare la componente strettamente biologica del dolore coitale, nonché le comorbilità); e **non quantizzabili**, (sofferenza personale e di coppia, di dolore fisico e psichico, di anni di vita spesi sentendosi dire che il dolore sessuale "la signora lo ha in testa").

Definizioni

Dispareunia: persistente/ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione/a penetrazione completa vaginale nel rapporto sessuale.

Vaginismo*:* persistente/ricorrente difficoltà della donna ad accettare la penetrazione vaginale di pene, dito o oggetto, nonostante l'espresso desiderio della donna di farlo. Ci sono spesso un evitamento fobico e una paura anticipatoria del dolore. Anomalie anatomiche devono essere escluse o trattate. La gravità del vaginismo è valutabile con due parametri: l'intensità dello spasmo muscolare (tabella 1) e l'intensità della fobia (lieve, moderata o grave).

Disturbi sessuali non coitali: per esempio clitoralgia o dolore al vestibolo vulvare durante il petting.

Prevalenza

Dispareunia: 12-15% delle donne in età fertile; fino al 45.3% di quelle in post-menopausa.

Vaginismo: 0.5-1% delle donne fertili; 15-17% della popolazione trattata per dolore coitale.

Etiologia in età fertile

a) nelle adolescenti e nullipare

La **vestibolite vulvare** (VV), spesso su base infettiva, interessa circa 89% dei casi di dolore coitale **cronico** in età fertile (tabella 2). E' caratterizzata da: dolore acuto vestibolare ad ogni tentativo di penetrazione; dolorabilità alla pressione localizzata al vestibolo vaginale, massima alle 5 e alle 7 dell'introito vaginale; eritema di vario grado limitato al vestibolo vaginale. La diagnosi di VV dev'essere sospettata in caso di dolore all'inserimento dei tamponi interni, presente fino al 66% dei casi di VV.

La dispareunia nelle donne affette da VV è perlopiù acquisita (61%) con **contrazione difensiva dell'elevatore**, più raramente primaria o intermittente.

Il ritardo nella diagnosi può causare il peggioramento e la **cronicizzazione del sintomo doloroso**, per **proliferazione delle terminazioni nervose del dolore**, istologicamente dimostrata. Essa è indotta dal Nerve Growth Factor, liberato dai mastociti iperattivati, ed è responsabile dell'iperalgesia all'introito vaginale. Il dolore perde allora la relazione con l'evento scatenante e tende ad automantenersi (viraggio del dolore da nocicettivo a neuropatico).

I **contraccettivi orali** (CO), soprattutto se a basso dosaggio, possono portare a scarsa eccitazione genitale con ipolubrificazione, microabrasioni e iperattività dell'elevatore dell'ano, predisponendo a VV e dispareunia (RR 2.6, IC 1.1-6.3). L'utilizzo di CO, soprattutto se prima dei 18 anni, in donne che abbiano già problemi nell'inserimento dei tamponi (spia di ipertono primario dell'elevatore) aumenta il loro rischio di dispareunia e vulvodinia.

L'**amenorrea ipotalamica,** associata a stress psicofisico, a disturbi dell'alimentazione e attività sportiva specie se agonistica, può causare ipoestrogenizzazione e inadeguata eccitazione genitale, con secchezza vaginale e dispareunia.

Di frequente riscontro in giovane età è l'**iperattività del muscolo elevatore dell'ano primaria,** con inversione del comando, documentata a livello di ricerca mediante elettromiografia. Anche in questo caso la difficoltà nell'utilizzare i tamponi interni può essere la prima spia del disturbo.

Disturbi proctologici (stipsi ostruttiva primaria, emorroidi, ragadi) **o urologici** (cistiti recidivanti, urgenza minzionale) sono spesso associati. In particolare il rischio di dispareunia è circa 7 volte maggiore tra le donne che hanno sintomi vescicali.

Le **cause fisiche** del **vaginismo,** molto rare, possono essere un imene particolarmente fibroso; sindrome di Rokitansky; esiti cicatriziali di traumi genitali; infibulazione.

Aspetti psicosessuali e relazionali possono associarsi ai fattori biologici (tabella 2). Sarà utile pertanto **studiare la coppia**, poiché spesso esiste un *induttore* del sintomo (es: la donna affetta da vaginismo) e un *portatore* del medesimo (es: il partner affetto da deficit erettivo di mantenimento).

b) in puerperio

La dispareunia è il disturbo sessuale che più frequentemente aumenta nel post partum, con rischio di 2-4 volte maggiore se la donna lamentava già dispareunia prima del parto. Nelle primipare, è più elevata dopo parto vaginale operativo rispetto al parto spontaneo non complicato da lacerazioni/episiotomia o il parto cesareo fino a 6 mesi dal parto, poi l'incidenza cala drasticamente, ma aumenta il rischio che la dispareunia sia di maggiore intensità. Il rischio di dispareunia aumenta con la profondità della lacerazione vaginale da parto: da 2 volte per le lacerazioni più superficiali a 3.6 volte per le lacerazioni estese allo sfintere anale o in caso di episiotomia.

Le condizioni ormonali tipiche della donna in **allattamento (ipoestrogenismo e iperprolattinemia)**, determinano maggior secchezza vaginale e mancanza di desiderio. Il rischio di dispareunia nelle donne che allattano aumenta da 2 volte alla ripresa dei rapporti, a 4 volte dopo 6 mesi dal parto, per il ripetersi di microabrasioni della mucosa se il coito avviene in condizioni di secchezza vaginale.

Etiologia in menopausa

In post-menopausa, la dispareunia è spesso causata da **distrofie vaginali** per alterazioni di elasticità e lubrificazione vaginale da carenza ormonale (estrogeni e androgeni) (tabella 3) che portano a: minore eccitazione centrale e periferica; invecchiamento dei tessuti genitali (progressiva atrofia dei tessuti urogenitali, minore congestione vascolare attorno ad uretra e vagina). L'ipoestrogenismo può essere facilmente curato dal medico di famiglia con estrogeni locali che non modificano il rischio di tumori alla mammella (RR 0.67) Un caso particolare è la menopausa precoce dove i livelli di ormoni sessuali circolanti possono essere ulteriormente ridotti a causa di fenomeni autoimmunitari.

Di frequente riscontro è la **comorbilità** tra secchezza vaginale e **disturbi urinari** (RR 4.02, IC 2.75-5.89) che predispongono per la dispareunia (RR 7.61, IC 4.06-14.26).

A chi inviare

Per l'eterogeneità della loro etiologia e le possibili comorbilità, i disturbi sessuali necessitano di un approccio multidisciplinare, con l'indicazione a consulenze specialistiche per meglio inquadrare e trattare il disturbo :

- il Ginecologo-sessuologo formato per il trattamento delle basi biologiche dei disturbi sessuali femminili;
- l'Urologo/Andrologo nel caso di comorbilità sessuale del partner;
- l'Oncologo per valutare l'indicazione a una terapia ormonale in donne con menopausa precoce dopo chirurgia oncologica;
- lo Psichiatra nel caso di depressione o disturbi d'ansia associati;
- il Terapeuta Sessuale se viene riconosciuta una specifica componente psicosessuale;
- il Terapeuta di coppia se la disfunzione sessuale è spia di un problema legato alla relazione di coppia;
- lo Psicoterapeuta individuale per i problemi psichici personali che possono supportare il disturbo sessuale;
- il Fisioterapista, che ha un ruolo importantissimo nel caso di ipo/ipertono del pavimento pelvico.

Approccio clinico

Un'accurata anamnesi, integrata con l'esame obiettivo, dovrà quindi indagare:

1. **tempo d'insorgenza del dolore sessuale**: primario o acquisito;
2. **relazione tra sintomo e contesto:** generalizzato (sempre e con qualsiasi partner) o situazionale;
3. livello di **stress emotivo** associato al disturbo: assente, lieve, medio, grave;
4. **la mappa del dolore**:
   - **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 (tabella 2);
   - **medio vaginale-laterale**: dolore evocato alla visita ginecologica con una leggera pressione in corrispondenza dell'inserzione sacro-spinosa dell'elevatore per il suo ipertono/mialgia;
   - **medio vaginale-anteriore**: da cistalgia, trigonite, uretrite;
   - **introitale e mediovaginale posteriore**: da ragadi, esiti iatrogeni di emorroidectomia, anismo;
   - **vaginale profonda**: da cause di dispareunia profonda (tabella 1);
5. **l'intensità del dolore**: annotato graficamente nella cartella clinica o descritto dalla paziente con un diario del dolore per il monitoraggio nel tempo della sensibilità algica. Sono caratteristiche: le esacerbazioni della dispareunia in fase premestruale in alcune pazienti con VV; persistenza durante il sonno se nocicettivo; dolore minimo/assente di notte se neuropatico.
6. **quando prova dolore? Prima** (atteggiamento fobico connesso a vaginismo; VV), **all''inizio** (dolore introitale), **durante** la penetrazione (mialgia dell'elevatore), a **penetrazione completa** (dispareunia profonda), **dopo** il rapporto sessuale (ipolubrificazione, VV, ipertono/mialgia del pavimento pelvico);
7. **quanto a lungo prova dolore?** solo durante il coito oppure fino a 2-3 giorni dopo il rapporto (VV);
8. **sintomi associati:**
   - urinari: bisogno di urinare dopo il rapporto, riferito dall'80% delle donne;
   - sintomi uretralgici o cistitici entro 24-72 ore dal rapporto, soprattutto in condizioni di ipoestrogenismo;
   - secchezza vaginale, spesso associata a ipoestrogenismo e/o disordini dell'eccitazione. Necessaria la diagnosi differenziale con la S. di Sjogren in caso di secchezza di bocca e mucosa congiuntivale;
   - intolleranza alla frizione sui vestiti, all'inserimento di tampone interni e a stimolazioni manuali durante il petting;
   - disturbi vulvari: prurito e secchezza (es. lichen sclerosus);
   - clitoralgia e/o vulvodinia, spontanee e/o peggiorate dall'eccitazione sessuale che può associarsi a dispareunia, elevatore dell'ano ipertonico e/o dolore neuropatico;
   - comparsa di dolore con le stesse caratteristiche della dispareunia durante la visita ginecologica, sintomo presente nel 90% dei casi e quindi patognomonico;
9. **valutazione ormonale**
   - la misurazione ambulatoriale del **pH vaginale**: in condizioni di ipoestrogenismo, si muove dal normale pH 4 fino a pH 7;
   - **profilo ormonale sierico**, utile in caso di secchezza vaginale nel dubbio di una menopausa precoce;
10. **nodi di tensione**: aree del corpo, di particolare rilievo dal punto di vista emotivo e relazionale, interessate dalla somatizzazione muscolare dello stato d'ansia-fobia, specie nelle forme di vaginismo severo: **spasmo difensivo del muscolo elevatore; 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 con la protezione dei genitali con le mani.

Terapia dei disturbi sessuali

L'etiologia multifattoriale di questi disturbi richiede una terapia personalizzata multimodale, che curi le componenti infiammatorie (non necessariamente infettive), muscolari e algiche del disturbo, nonché le comorbilità associate, in primis di tipo ansioso-depressivo. La psicoterapia può avere un ruolo prezioso nell'affrontare le comorbilità psicologiche, purché integri l'indispensabile terapia medica e sia fatta da terapeuti specificamente competenti in sessuologia. La fisioterapista è essenziale per il rilassamento del muscolo elevatore dell'ano contratto, mediante esercizi specifici, e/o terapia a base di biofeedback elettromiografico ed elettroanalgesia.

Conclusioni

Il medico di famiglia ha un ruolo essenziale nella diagnosi dei disturbi sessuali caratterizzati da dolore, dei fattori biologici predisponenti e delle comorbilità ad essi associate. Quest'attenzione diagnostica può tradursi in terapie efficaci, con riduzione dei costi sociosanitari, quantizzabili e non quantizzabili, associati a queste patologie ancora neglette nella pratica clinica, e con una maggiore soddisfazione nel rapporto medico-paziente. Il/la farmacista può consigliare la donna ad affrontare le basi biologiche, mediche del dolore coitale, per avere una terapia efficace che la aiuti a (ri)trovare la serenità anche sul fronte dell'intimità sessuale.

Letture consigliate

Graziottin A, Il dolore segreto, Mondadori, Milano, 2005

Graziottin A Murina F, Vulvodinia, Springer, Milano, 2011

Web

Schede mediche su Dispareunia, Vaginismo e Vestibolite vulvare, disponibili su: www.fondazionegraziottin.org

Tabella 1: Valutazione di gravità del vaginismo

Gradi	Descrizione semeiologica
I	Spasmo dell'elevatore dell'ano, che scompare con la rassicurazione
II	Spasmo dell'elevatore, che persiste durante la visita ginecologica/urologica/proctologica
III	Spasmo dell'elevatore e sollevamento delle natiche al solo tentativo di visita ginecologica
IV	Spasmo dell'elevatore, inarcamento dorsale, adduzione delle cosce, difesa e retrazione
XO	Rifiuta la visita

Modificata da Lamont AJOG, 1979

Tabella 2: Etiologia della dispareunia

Le differenti cause possono sovrapporsi o associarsi al dolore coitale con meccanismi patofisiologici complessi e dinamici.

A) Fattori biologici

1. **dispareunia superficiale/introitale e/o mediovaginale:**

- infettive: vulviti, vaginiti, cistiti, vestibolite vulvare
- infiammatorie: iper-attivazione dei mastociti
- ormonali: atrofia vulvo-vaginale
- anatomiche: imene cribroso, agenesia vaginale, sindrome di Rokitansky
- muscolari: primitiva o secondaria all'iperattività dell'elevatore dell'ano
- iatrogene: esiti di chirurgia perineale, radioterapia pelvica
- neurologiche: dolore neuropatico
- immunitarie: sindrome di Sjogren
- vascolari

2. **dispareunia profonda**

- endometriosi
- malattia infiammatoria pelvica (PID)

- varicocele pelvico
- dolore pelvico cronico e dolore riferito
- esiti di radioterapia endovaginale (brachiterapia)
- sindrome da intrappolamento di nervi cutanei addominali (ACNES)

B) Fattori psicosessuali

- comorbilità con disordini del desiderio e dell'eccitazione o vaginismo
- abusi sessuali
- depressione e/o disturbi d'ansia
- catastrofismo come modalità psicologica dominante

Nel vaginismo, condizioni che abbiano attivato o slatentizzato una specifica fobia del coito:

- tabù e inibizioni educative ("una brava ragazza non lo fa sino al matrimonio")
- paura del primo rapporto, della gravidanza e del parto

C) Fattori relazionali

- mancanza di intimità emotiva
- preliminari inadeguati
- conflitti nella coppia (verbali o fisici)
- scarsa compatibilità anatomica (dimensioni del pene e/o genitali femminili infantili)
- insoddisfazione sessuale e inadeguata eccitazione successiva

Modificata da A. Graziottin, Il dolore segreto, Mondadori, Milano, 2005

Tabella 3: Fattori significativi predisponenti alla dispareunia

	n° di studi	rischio relativo	intervallo di confidenza
età < 50aa	4	1.44	1.14-1.83
peri/post-menopausa	3	1.52	1.22-1.89
PID	2	9.98	4.69-21.24
disturbi d'ansia	1	3.23	1.76-5.94
depressione	1	7.77	2.56-23.60

Modificato da Pallavi Latthe et Al, 2006