L'isterectomia non fa (quasi mai) male alla sessualità

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

"Ho un fibroma che da qualche mese mi provoca mestruazioni più abbondanti e prolungate del solito. Il ginecologo suggerisce di togliere l'utero, lasciando le ovaie. Gli ho chiesto se l'operazione può avere conseguenze sulla sessualità, e lui ha risposto che in genere la donna sta molto meglio dopo l'intervento, perché i flussi emorragici possono causare anemia e astenia, con riflessi negativi anche sulla vita intima. Lei che cosa ne dice? Mi fido e mi opero, o aspetto? Ma se aspetto, come mi curo nel frattempo?".
Miriam '70

Gentile Miriam, il suo ginecologo ha espresso correttamente un dato confermato da molti studi clinici: in generale, dopo un'isterectomia semplice, ossia limitata all'asportazione dell'utero, la vita sessuale della donna tende a migliorare. Questo è particolarmente vero proprio quando l'indicazione all'intervento è costituita, come nel suo caso, da mestruazioni lunghe o abbondanti. La metrorragia, infatti, oltre a impedire i rapporti intimi per molti giorni al mese, provoca una forte perdita di emoglobina, la proteina che – all'interno dei globuli rossi – contiene ferro e trasporta l'ossigeno ai tessuti. Ciò comporta anemia da carenza di ferro, perdita di energia vitale e una crescente stanchezza psico-fisica: disturbi che, oltre a incidere negativamente sulla vita quotidiana, ledono il desiderio, l'eccitazione e la qualità dell'orgasmo. Ecco perché il sollievo che la donna avverte quando si libera finalmente dalla "schiavitù del ciclo" , come dicono molte mie pazienti, ha un effetto positivo anche sulla sessualità.
Può invece risentire negativamente dell'asportazione dell'utero la donna il cui orgasmo abbia una spiccata componente "uterina": ciò si verifica quando, al momento del massimo piacere, la donna avverte in modo particolarmente intenso e piacevole le contrazioni dell'utero stesso. In questi casi, l'isterectomia può effettivamente comportare un impoverimento non indifferente della sessualità. I danni sono poi ancora più evidenti quando, oltre all'utero, vengano asportate le ovaie: in questo caso, infatti, si priva la donna del 100% dell'estradiolo e del progesterone, e di circa il 50-70% del testosterone totale (il resto viene prodotto dal surrene e dal tessuto adiposo). Questo tracollo ormonale scatena non solo forti sintomi menopausali, ma anche perdita di desiderio, difficoltà di eccitazione mentale, secchezza vaginale, anorgasmia, dolore ai rapporti. Un peggioramento della salute generale e sessuale così pesante che, se non fronteggiato tempestivamente con una terapia ormonale personalizzata, può indurre a evitare ogni forma di intimità, con serie ripercussioni anche sulla relazione di coppia.
Ciò detto, se i sintomi sono sopportabili e/o le dimensioni del fibroma sono ancora contenute, il trattamento di prima scelta è quello farmacologico. La terapia, mirata a rallentare la crescita del fibroma, prevede la somministrazione di progesterone naturale, o di progestinici come il diidrogesterone. Se il flusso mestruale è molto abbondante sono invece consigliati altri progestinici, come il nomegestrolo acetato o il noretisterone acetato, che hanno anche un'azione emostatica. Per rallentare la crescita del fibroma, la quantità del flusso e il dolore mestruale può essere efficace anche la pillola contraccettiva, soprattutto se a base di estradiolo (estrogeno

naturale) e dienogest. Solo se le cure non danno i risultati attesi, o nel raro caso di torsione di un fibroma peduncolato, è consigliato l'intervento chirurgico, possibilmente sempre conservando le ovaie.
Se la componente uterina dell'orgasmo per lei è importante, ma soprattutto se le caratteristiche, le dimensioni e i sintomi del fibroma lo consentono, le consiglio di parlare con il suo ginecologo delle diverse opzioni farmacologiche, in modo da scegliere la soluzione più adatta alle sue esigenze, e di considerare solo in secondo momento l'ipotesi dell'intervento chirurgico. Auguri!

Identikit di un disturbo frequente

Il fibroma è la più frequente neoplasia benigna della donna, e consiste nella proliferazione del tessuto muscolare (mioma), o molto più raramente connettivale-fibroso (fibroma vero e proprio), che costituiscono la parete dell'utero (miometrio). Ne sono colpite circa il 25 per cento delle donne bianche e il 50 per cento delle nere. La frequenza aumenta con l'età, soprattutto dopo i quarant'anni. La degenerazione maligna in sarcoma è rarissima.
Se il fibroma si sviluppa al di sotto dell'endometrio (sottomucoso) o all'interno del miometrio (intramurale), provoca metrorragia e dismenorrea. Se invece la crescita avviene verso l'esterno dell'utero, il fibroma è detto "sottosieroso" e può essere del tutto asintomatico. Se però è peduncolato e va incontro a una torsione spontanea, può provocare tutti i sintomi di un addome acuto: dolore addominale intenso, risentimento peritoneale, nausea, febbre alta, malessere generale. In questo caso bisogna procedere immediatamente alla rimozione chirurgica.

Orgasmo uterino: quante donne ce l'hanno?

Si stima che siano circa il 20-30%. Alcuni ricercatori preferiscono parlare di orgasmo "misto", uterino e vaginale insieme. Si è ipotizzato che questo particolare tipo di orgasmo sia mediato da fibre vagali che salgono al cervello viaggiando attraverso l'addome. Questo percorso spiegherebbe perché l'orgasmo sia ancora possibile in donne che abbiano subito un trauma del midollo spinale, restando non solo paralizzate ma anche impossibilitate ad avere l'orgasmo clitorideo, che è mediato appunto da fibre nervose spinali, veicolate attraverso il nervo pudendo.

Il sesso dopo isterectomia: l'uomo nota differenze?

A volte sì. Alcuni uomini dicono che, dopo l'operazione, è cambiata la sensazione di "resistenza" elastica che, con la penetrazione profonda, il pene prova a contatto con il collo dell'utero.
Sensazioni fisiche a parte, molto di quanto l'uomo avverte dipende anche dall'atteggiamento della donna. Se, con l'isterectomia, la donna sente di aver "perso" qualcosa di essenziale alla sua femminilità, la sua frustrazione e il suo minore appagamento complessivo si ripercuotono anche sul partner. Se invece dopo l'intervento la donna si sente "rinata", come succede nella maggioranza dei casi, la sua maggiore motivazione sessuale sarà gratificante anche per lui.