

Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXVIII - n. 6
Giugno 2006

Sessualità in puerperio e igiene intima: il ruolo del ginecologo

A. GRAZIOTTIN^o, V. ROVEI*

RIASSUNTO: Sessualità in puerperio e igiene intima: il ruolo del ginecologo.

A. GRAZIOTTIN, V. ROVEI

Premessa: la salute sessuale della donna e della coppia in puerperio sono ancora trascurate nel counseling ginecologico.

Obiettivi del lavoro: presentare una review della letteratura sui cambiamenti della sessualità femminile e di coppia dopo il parto e analizzare i dati italiani di un'indagine multicentrica sull'effetto di un'igiene appropriata nel ridurre i sintomi genitali e sessuali durante il puerperio.

Metodo: analisi della letteratura e studio prospettico multicentrico sul ruolo dell'igiene con detergenti contenenti Thymus vulgaris nel modulare sintomi genitali e sessuali in puerperio.

Risultati: la vita sessuale cambia soprattutto dopo il primo figlio e dipende da eventuali disturbi sessuali prima della gravidanza, dal tipo di parto (taglio cesareo, parto spontaneo o operativo, con o senza episiotomia o lacerazioni), dall'allattamento al seno. Le variabili influenzate sono il tempo intercorso tra il parto e la ripresa dei rapporti, nonché i parametri relativi a desiderio, eccitazione, orgasmo, dispareunia e dolore perineale. L'igiene intima della donna nel post-partum svolge un ruolo importante nel riequilibrare la flora ed il pH vaginale. L'estratto di Thymus vulgaris, utilizzato nell'igiene intima 1 o 2 volte/die per 4 settimane, riduce significativamente la presenza di sintomi vulvo-vaginali quali prurito, bruciore, edema, eritema, leucorrea. Questo si associa a significativo miglioramento del desiderio, dell'eccitazione e dell'orgasmo, e a significativa riduzione della dispareunia.

Conclusioni: un'igiene appropriata nel post-partum è associata ad una significativa riduzione dei sintomi genitali e ad un parallelo miglioramento della sessualità della donna in tutte le sue dimensioni. Il ginecologo può migliorare i sintomi genitali e sessuali in puerperio attraverso una diagnosi accurata, e una terapia che includa i suggerimenti per un'appropriate igiene intima.

SUMMARY:

A. GRAZIOTTIN, V. ROVEI

Background: women's and couple's sexual health in the post partum period are still neglected in the clinical counseling.

Aims of the paper: to review the literature about sexual changes after the first childbirth and to present italian data on the role of a correct perineal hygiene to reduce vulvar-vaginal symptoms (itching, burning, dryness, erythema, leucorrhoea) and sexual disorders in puerperium.

Method: review of the literature and a prospective multicentric study on the role of genital hygiene with Thymus vulgaris.

Results: sexual life changes mainly after the first baby. Literature's review indicates that presence and severity of female sexual complaints in puerperium depend on previous sexual disorders, present before pregnancy; mode of delivery (caesarean section, vaginal delivery or operative delivery; with or without episiotomy, and/or perineal tears); and breastfeeding. These variables modulate the lag time between delivery and renewal of sexual intercourse, and specific symptoms such as disorders of sexual desire, of arousal and of orgasm, dyspareunia and perineal pain.

Conclusions: appropriate perineal hygiene during the post partum is protective towards the vaginal flora and vaginal pH. Vulval-vaginal symptoms are significantly decreased when Thymus vulgaris extracts are used in the personal, genital, hygiene for about 1 month, once or twice/day. In parallel to the improvement of genital symptoms, desire, arousal and orgasmic disorders, and dyspareunia, are significantly reduced. The gynecologist may contribute to reduce post-partum genital and sexual symptoms, through the accurate diagnosis and a therapeutic approach inclusive of appropriate suggestions on the intimate hygiene.

KEY WORDS: Disfunzioni sessuali femminili - Puerperio - Dispareunia - Episiotomia - Lacerazioni perineali - Igiene intima - Thymus vulgaris - Ginecologo.
Female sexual disorders - Puerperium - Dyspareunia - Episiotomy - Delivery perineal tears - Perineal hygiene - Thymus vulgaris - Gynaecologist.

¹H. "San Raffaele Resnati", Milano
Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
²Ospedale Mauriziano, Torino
Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia

Introduzione

Il puerperio rappresenta uno dei periodi della vita femminile più negletti (Glazener, 1997; Baessler et al., 2004). Lo scenario sui problemi di salute che una donna può incontrare dopo il parto è stato variamente studiato. Il massimo dell'attenzione clinica è stato dedicato ai problemi fisici legati alle alterazioni del pavimento pelvico e al ruolo dei fattori iatrogeni (come incontinenza urinaria e/o fecale) (Bourcier et al., 2004). È crescente l'attenzione ai fattori psichici, quali la depressione post partum (Graziottin 2003, vedi biblio su www.alessandragraziottin.it). La salute sessuale della donna e della coppia dopo il parto è invece ancora poco considerata nel counselling ginecologico.

Gli obiettivi del nostro lavoro sono duplici: presentare una review della letteratura sui cambiamenti della sessualità femminile e di coppia dopo il parto e presentare i dati italiani sull'effetto di un'igiene appropriata nel ridurre i sintomi genitali e sessuali dopo il parto.

La sessualità dopo il parto

a) Modificazioni della frequenza dei rapporti

Il tempo intercorso tra il parto e il ritorno all'attività sessuale è in media di 6-8 settimane. Rispetto a prima della gravidanza, la frequenza coitale è ridotta nel 67% delle coppie (Barrett, 2000). Nel secondo anno dopo il parto la frequenza stimata è di 1.2 rapporti alla settimana (Hames, 1980; Alder, 1986; Grudzinkas, 1984; Adinma, 1995, 1996; Hyde, 1996).

I risultati dello studio condotto da Barrett nel 2000 hanno mostrato come la percentuale cumulativa delle coppie che riprendevano l'attività sessuale dopo il parto era: il 10% entro 3 settimane; il 32%, a 1 mese e ½; il 62% a 2 mesi, l'81% a 3 mesi, l'89% a 6 mesi (Barrett, 2000). Recentemente Connolly con uno studio longitudinale prospettico ha evidenziato come a 6 - 12 - 24 settimane dal parto avessero ripreso i rapporti sessuali il 57% - 82% - 90% delle donne, rispettivamente (Connolly, 2005).

Gli studi retrospettivi di Lydon-Rochelle e Signorello hanno analizzato il tempo intercorso tra il parto e la ripresa dell'attività sessuale in base al tipo di parto, evidenziando che il parto operativo (Lydon-Rochelle, 2001), le lacerazioni di 3°-4° grado e l'episiotomia (Signorello, 2001) richiedono un tempo maggiore. A 7 mesi dal parto infatti, il 40% dei parti operativi rispetto al 29% dei parti spontanei, non avevano ancora ripreso l'attività sessuale ($p < .04$); lo studio non ha evidenziato differenze significative nel confronto tra cesareo e parto spontaneo (Lydon-Rochelle, 2001).

In genere la ripresa dei rapporti sessuali avviene prima in caso di parto cesareo rispetto al parto per via vaginale, indipendentemente da eventuali interventi ostetrici (Hyde, 1996; Byrd, 1998).

Altri studi hanno messo in discussione l'associazione tra il grado delle lacerazioni perineali ed il tempo intercorso tra il parto e la ripresa dei rapporti sessuali (Grudzinkas, 1984; Klein, 1994; Connolly, 2005; Buhling, 2006). I ricercatori dell'università di Berlino hanno valutato la percentuale di dolore ai rapporti a seconda del tipo di parto, valutando 1613 primipare. I tipi di parto considerati sono stati quattro: a) spontaneo senza danni; b) taglio cesareo; c) episiotomia o lacerazione perineale; d) parto operativo con forcipe o ventosa. Il 47% delle donne ha ripreso l'attività sessuale entro le prime 8 settimane dal parto. Il 31% non ha avuto alcun dolore. Il 49% ha avuto un significativo dolore alla penetrazione (medio, severo o intensissimo), che è stato massimo nelle donne che avevano avuto il parto operativo. *Una donna su due ha quindi un problema importante nel riprendere la vita sessuale.* La persistenza del dolore oltre i sei mesi dal parto è stata, rispettivamente, del 3.5% (nel gruppo A, ossia dopo parto spontaneo), 3.4% (gruppo B, dopo taglio cesareo), 11% (gruppo C, ossia dopo episiotomia), e 14% (nel gruppo D, ossia dopo parto operativo). Parto spontaneo senza traumi e taglio cesareo hanno la massima probabilità di consentire una normale ripresa della vita sessuale, senza dolore dopo il parto (Buhling, 2006).

L'attività sessuale non coitale

Considerando l'attività sessuale non coitale, questa ricomincia in media 2.7 settimane dal parto (range 2-5 settimane) rimanendo comunque su livelli inferiori rispetto a prima della gravidanza per i primi 3 anni (Ryding, 1984; Alder, 1986; Hart, 1991; Hyde, 1996; Barrett, 2000). Sostanzialmente, tuttavia, le abitudini sessuali della coppia non cambiano (von Sydow, 2002).

b) Modificazioni del desiderio

Tutti gli autori concordano nel ritenere che la vita di coppia, anche quella sessuale, cambia nel puerperio, in particolare dopo la nascita del primo figlio. L'"interesse sessuale" è sicuramente ridotto nei primi 3-4 mesi, ma poi può variare molto a seconda delle casistiche (Elliott, 1985; Fischman, 1986; Alder, 1988; Barrett, 2000). Nel lungo periodo la relazione tra i partner dal punto di vista sessuale cambia, ma non sempre in senso negativo: secondo Barrett il 38% delle coppie vedrà il peggioramento della relazione mentre il 10% avrà una vita sessuale più intensa e gratificante (Barrett, 2000).

Secondo Robson e Kumar, a 3 e 12 mesi dal parto il desiderio, rispetto a prima della gravidanza, è ri-

TABELLA 1 - CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE STUDIATA [MEDIA (DS)] (TOTALE: 1.197 DONNE).

	Adolescente	Fertile	Pre-menopausa	Menopausa	Gravidanza	Puerperio
<i>n</i>	109	360	126	228	225	149
<i>Età (anni)</i>	17.3 (3.0)	32.3 (7.9)	47.8 (5.4)	56.4 (10.5)	30.7 (4.8)	31.6 (6.1)
<i>BMI (kg/m²)</i>	20.6 (2.9)	22.3 (4.0)	23.6 (3.4)	25.6 (4.4)	24.3 (4.4)	24.2 (6.2)
<i>Vaginosi Batterica (%)</i>	14.7	19.2	18.3	11.8	12.9	16.1
<i>Candida (%)</i>	28.4	21.9	15.9	8.3	20.9	11.4

spettivamente inferiore per il 57% e per il 25% delle primipare; invariato per il 33% e per il 50%; aumentato per il 10% e per il 25% (Robson, 1981).

Per quanto riguarda la componente maschile, Hames descrive una riduzione del desiderio maggiore nell'uomo rispetto alla donna (Hames, 1980) anche se l'iniziativa sessuale è sempre maggiore nel partner maschile prima della gravidanza, durante e dopo (Reamy, 1987; Hart, 1991; Adinma, 1995).

L'allattamento

Durante l'allattamento è stata documentata la presenza di calo del desiderio e secchezza vaginale (Byrd, 1998) che dipendono dall'iperprolattinemia associata alla prolungata ipoestrogenicità (Alder, 1986, 1988, 1989; Hyde, 1996). Inoltre le donne che lamentano una riduzione del desiderio hanno livelli di testosterone ed androstenedione significativamente inferiori (Alder, 1989).

Con lo svezzamento si assiste al miglioramento della vita sessuale (Forster, 1995). Mediamente il desiderio sessuale ricompare a 4 settimane dal parto (Kenny, 1973; Reamy, 1985).

In percentuale le donne che allattando non hanno cambiamenti del desiderio sessuale sono il 52%; il 18% lamenta un calo del desiderio ma ben il 30% riferisce un desiderio sessuale maggiore (Kenny, 1973; Reamy, 1985).

c) Modificazioni dell'eccitazione genitale

Molti studi parlano genericamente di "soddisfazione sessuale" senza però specificare cosa intendano esattamente (Alder, 1988; Byrd, 1998; Klein, 1994; Signorello, 2001). Per esempio Elliott descrive come a 6-12 mesi dal parto la "responsività sessuale" nella donna sia ridotta nel 40-50% e nell'uomo nel 20% dei casi, indipendentemente dai cambiamenti fisiologici (Elliott, 1985). Ad un anno dal parto, più della metà delle donne e degli uomini si dichiarano soddisfatti dell'"intimità sessuale", il 20% non è del tutto soddisfatto e il 25% non è assolutamente soddisfatto

(von Sydow, 1999).

Nelle prime 6-8 settimane dopo il parto e durante l'allattamento, esiste una fisiologica riduzione dell'eccitazione che si accompagna ad uno spessore delle pareti vaginali inferiore e una minor intensità dell'orgasmo. Responsabili di questa condizione sono sicuramente i bassi livelli di estrogeni e l'iperprolattinemia, ai quali bisogna aggiungere l'eventuale episiotomia/rafia o lacerazione perineale occorsa durante il parto. Le modificazioni ormonali sono reversibili, con ritorno alla condizione ante-partum e alcune donne possono provare un orgasmo ancora più intenso rispetto a prima (Masters, 1996).

Von Sydow invece individua 3 gradi di soddisfazione sessuale: il piacere, l'eccitazione e l'orgasmo. Attraverso un questionario sulle preferenze sessuali (*Sexual Preferences Questionnaire, SPQ*) l'autore ha valutato le differenze tra i sessi nel postpartum, non considerando però la variazione tra pre-e post-parto. (von Sydow, 2002).

d) Difficoltà orgasmiche

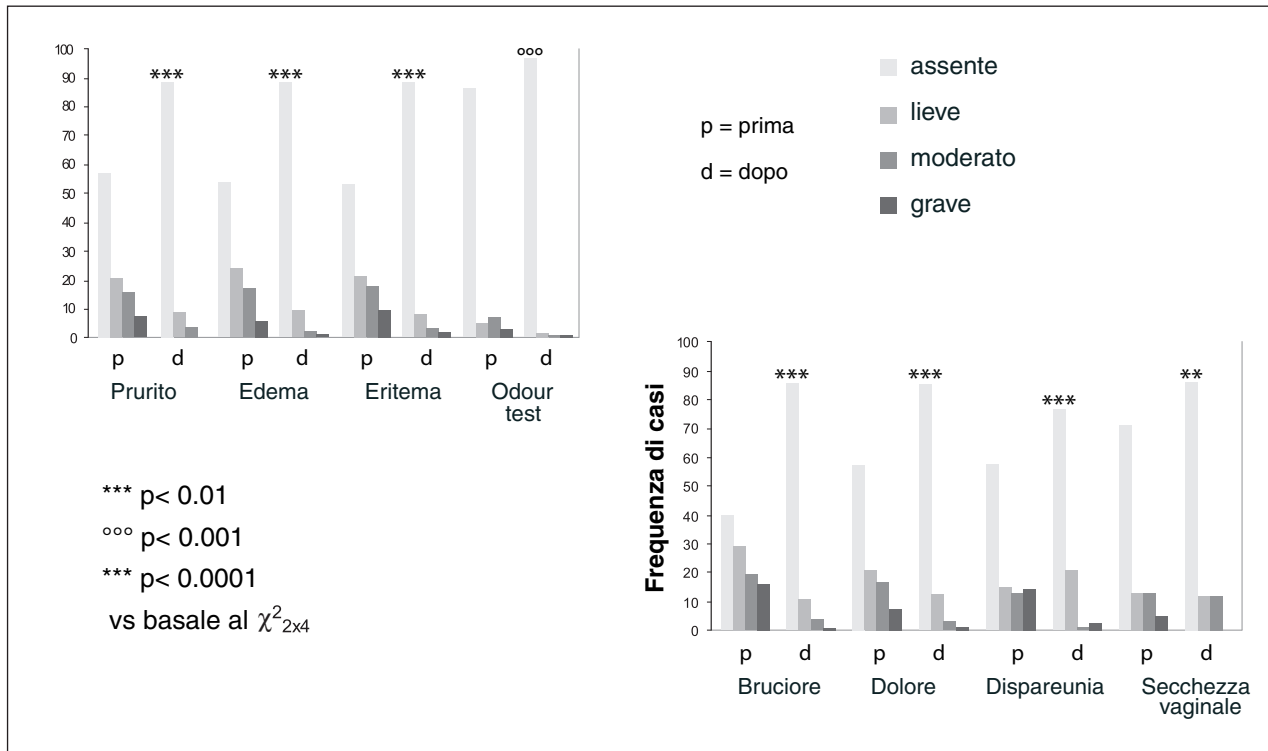
Il primo orgasmo nel postpartum è dichiarato a 7 settimane in media (range 2-18 settimane). Con il ritorno all'attività sessuale, solo il 20% delle donne provano orgasmo, a 3-6 mesi dal parto (Ryding, 1984; Alder, 1986; von Sydow, 1999; Signorello, 2001).

L'orgasmo a 6 - 12 - 24 settimane dal parto veniva provato dal 39% - 60% - 61% delle donne, rispettivamente; inoltre l'intensità dell'orgasmo era riferito come simile a prima della gravidanza o aumentato dal 71% - 77% - 83% delle donne, rispettivamente. Il tipo di parto, l'episiotomia, l'allattamento al seno non hanno dimostrato alcuna correlazione con l'anorgasmia (Forster, 1994; Connolly, 2005).

e) Dispareunia e fattori iatrogeni

Globalmente l'incidenza dei disturbi sessuali nel puerperio può essere stimata, a seconda delle casistiche più recenti, tra il 22 e l'86% (von Sydow, 1999;

TABELLA 2 - SINTOMATOLOGIA NEL PUERPERIO PRIMA E DOPO 4 SETTIMANE DI USO QUOTIDIANO DI ESTRATTO DI *THYMUS VULGARIS* PER IGIENE INTIMA.



Thompson, 2002; Barrett, 2000; Connolly, 2005). Solo il 14% delle donne e il 12% degli uomini dichiarano di non avere problemi sessuali nel postpartum. Il 40-64% delle neomamme ed il 19-64% dei neopapà esprimono dubbi e paura pensando al primo rapporto che avranno dopo la nascita del loro figlio (Hames, 1980). Grundzinkas ha evidenziato come il 40% delle donne ha problemi durante il primo rapporto dopo il parto e il 64% di queste eviterà i rapporti successivi (Grudzinkas, 1984).

La dispareunia, descritta come penetrazione dolorosa e/o dolore durante il rapporto, è il disturbo sessuale che più frequentemente aumenta nel postpartum a 3 e 6 mesi: il 62% e il 31% *vs* il 12% nelle nullipare. Indipendentemente dalla parità, il 31% delle donne non prova dolore alla ripresa dei rapporti, mentre il 49% prova dolore in grado variabile in relazione al tipo di parto ($p=0.007$). La persistenza di dispareunia dopo i 6 mesi è il 3.5% per i parti spontanei non complicati e i parti cesarei, l'11% per le lacerazioni perineali e l'episiotomia, il 14% nel caso di parto operativo (Buhling, 2006).

Un'anamnesi positiva per dispareunia già prima del parto, aumenta il rischio nel postpartum di 2-4 volte (Barrett, 2000; Signorello, 2001).

Altri disturbi sessuali tipicamente più frequenti nelle puerpere, sono: difficoltà nel raggiungimento dell'orgasmo, vagina "stretta", perdita di tono muscolare perineale, sanguinamento/irritazione dopo il

rapporto, mancanza di desiderio (Barrett, 2000).

Le primipare mostrano con maggior frequenza questi tipi di disturbi rispetto alle multipare, in particolare dolore perineale, soprattutto in seguito ad un parto vaginale operativo anche a distanza di 18 mesi dal parto (Reamy, 1987; Ryding, 1984; Elliott, 1985; Adinma, 1996; Glazener, 1995; Grudzinkas, 1984; Masters, 1996).

Glazener riporta un'incidenza di dolore perineale nelle primipare *vs* multipare pari al 57% *vs* 29% al parto, 32% *vs* 14% a 8 settimane e 16% *vs* 4% a 18 settimane ($p<.001$) (Glazener, 1995).

Inoltre, l'allattamento al seno correla con la dispareunia al primo rapporto: dopo il parto, a 3 e 6 mesi, con un rischio relativo di 2.2 (IC 1.4-3.3), 2.7 (IC 1.8-4.1) e 4.4 (IC 2.7-7.0), rispettivamente (Hames, 1980; Alder, 1988; Lamont, 1995; Masters, 1996; Hart, 1991; Cowan, 1992; Adinma, 1996; Signorello, 2001).

Secondo Connolly, a 12 settimane dal parto, l'allattamento è l'unico fattore correlato al dolore nei rapporti (RR=3.36 IC 1.77-6.37) (Connolly, 2005).

Tipo di parto e funzione sessuale

Parto operativo *vs* parto spontaneo

Il parto vaginale operativo, rispetto al parto spontaneo, ha dimostrato una più alta incidenza di do-

lore perineale a 8 settimane dal parto (30% vs 7%, $p < .001$) (Glazener, 1997), di alterazioni sfinteriche a 6 settimane dal parto (Sultan, 1993) e di dispareunia a 3 mesi [RR 2.17 IC 1.23-3.81 (Barrett, 2000)], a 6 mesi [RR 2.5 IC 1.3-4.8 (Signorello, 2001)] e a 1 anno dal parto (Johanson, 1993). A 6 mesi, l'incidenza di dispareunia cala drasticamente, ma aumenta il rischio che sia di maggiore intensità (Signorello, 2001).

Thompson ha indagato incidenza di dolore perineale e dispareunia nei parti operativi rispetto ai parti spontanei, ed ha evidenziato che entrambi i sintomi sono più frequenti nei parti operativi. Il dolore perineale nel periodo tra l'immediato post partum e 8 settimane ha un RR di 2.63 [IC 1.83-3.78] e nel periodo tra le 7 settimane e i 2 anni dal parto ha un RR di 2.56 [IC 1.34-4.86]. Per i disturbi sessuali a 9 e 16 settimane il RR è 1.63 [IC 1.10-2.41] (Thompson, 2002).

Buhling ha recentemente condotto un'indagine su 655 primipare tedesche per individuare l'incidenza di dispareunia in base al tipo di parto. Il parto vaginale operativo ha dimostrato un'incidenza più elevata di dispareunia alla ripresa dei rapporti rispetto al parto spontaneo non complicato da lacerazioni/episiotomia ed il parto cesareo (10% vs 4.3% e 5.2% rispettivamente, $p = .007$). La forchetta e l'introito vaginale erano indicate più frequentemente come sedi di dolore. La persistenza di dispareunia dopo 6 mesi dal parto era indicata nel 3.5% dei parti spontanei senza danno perineale, nel 3.4% dei parti cesarei, nell'11% dei parti vaginali con episiotomia/lacerazioni, e nel 14% dei parti operativi ($p = .049$) (Buhling, 2006). Questi dati confermano quanto già individuato in precedenti

studi (Barrett, 1999).

Parto operativo: ventosa vs forcipe

Joahnsen nel 2002 ha condotto una metanalisi per mettere a confronto il parto operativo con ventosa rispetto al forcipe. Per quanto riguarda l'integrità del pavimento pelvico, la ventosa ha dimostrato una minor incidenza di morbidità materna (RR 0.4 IC 0.33-0.51) (Johanson, 2000).

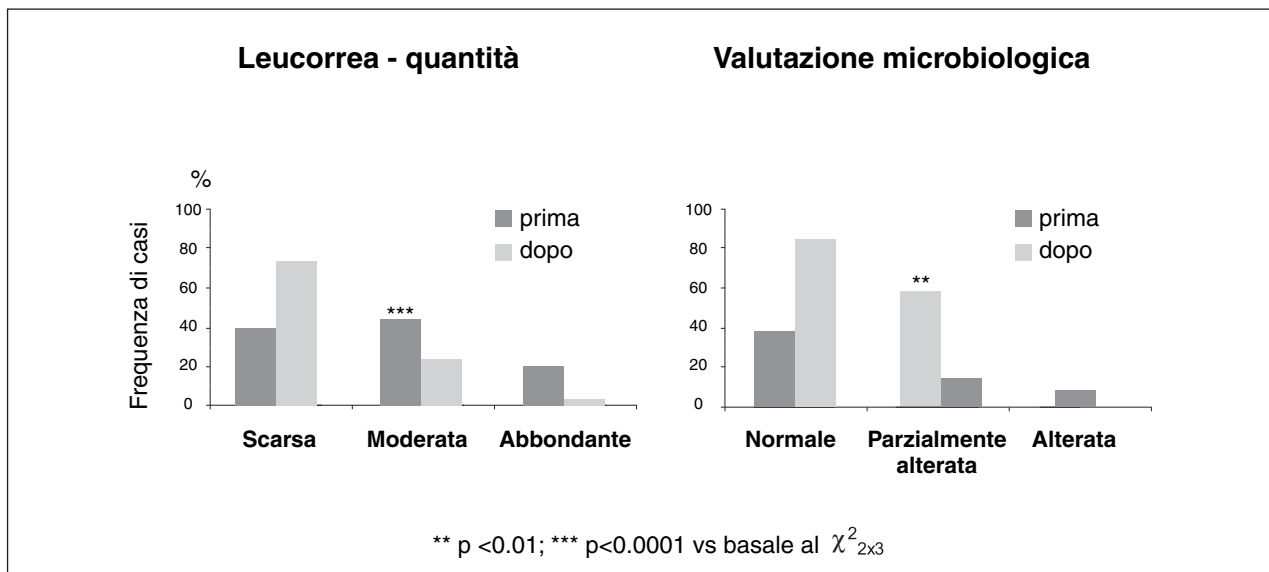
Lesioni perineali da parto: lacerazioni spontanee ed episiotomia

Signorello, descrivendo l'incidenza di dispareunia al primo rapporto dopo il parto, riporta un rischio relativo rispetto al parto vaginale non complicato pari a 2.1 (IC 1.4-3.3) per le lacerazioni di 2° grado e 3.6 (IC 1.6-8.0) per quelle di 3°-4° grado/episiotomia. A 3 mesi dal parto, il rischio relativo di dispareunia è 1.8 (IC 1.2-2.8) per le lacerazioni di 2° grado e 3.7 (IC 1.7-7.7) per quelle di 3°-4° grado/episiotomia (Signorello, 2001). Risultati simili sono stati ottenuti dal confronto dell'incidenza di dispareunia e dolore perineale tra episiotomia medio-laterale vs lacerazioni 1°-2° grado/perineo intatto (7.9% vs 3.4%, $p = .026$ e 6.7% vs 2.3%, $p = .014$, rispettivamente) (Sartore, 2004). Per altri studi invece, l'evidenza non è così forte: dimostrano un aumento del rischio di dispareunia che però non raggiunge la significatività statistica (Barrett, 2000).

L'episiotomia/rafia: tecniche e morbidità associata

L'episiotomia fu suggerita per la prima volta nel 1742 da Ould come aiuto nei parti difficili, ma è solo negli anni '20 che diventa una pratica comune, sulla scia dell'articolo pubblicato da Delee e Pome-

TABELLA 3 - LEUCORREA E VALUTAZIONE MICROBIOLOGICA PRIMA E DOPO 4 SETTIMANE DI USO QUOTIDIANO DI ESTRATTO DI *THYMUS VULGARIS* PER IGIENE INTIMA.



roy (Pomeroy, 1918). L'episiotomia era stata introdotta per prevenire le lacerazioni perineali severe, ovvero di 3°-4° grado, più frequenti nelle primigravide. Il razionale era quello di limitare le sequele a lungo termine di tali lacerazioni come dolore perineale, dispareunia, incontinenza fecale a gas, fistole retto-vaginali. In realtà già nel 1948 furono pubblicati i primi dati che mettevano in dubbio questo ruolo di protezione, poiché l'episiotomia mediana provocava con maggiore frequenza lacerazioni anali (Kaltreider, 1948).

Grazie alla revisione dei dati di letteratura di Wolley del 1995, è stato evidenziato come l'episiotomia non possa salvaguardare dal rischio di lacerazioni rettali, dolore perineale, dispareunia e problemi sessuali in generale (Wolley, 1995; Labrecque, 1997).

Inoltre veniva ribadita la necessità sia di limitare l'episiotomia sia di utilizzare tecniche e materiali di sutura idonei come l'acido poliglicolico che ha dimostrato una minor associazione sia con il dolore perineale che con la dispareunia (Reamy, 1987; Sleep, 1989; Johanson, 2000; Joahnsen, 1994).

Il confronto tra l'episiiorrafia secondo Blair-Donati e Guilmen-Potonnier non ha invece fornito evidenza di una tecnica che esponga meno al rischio di dolore perineale o dispareunia (Croce, 1997).

Parto cesareo

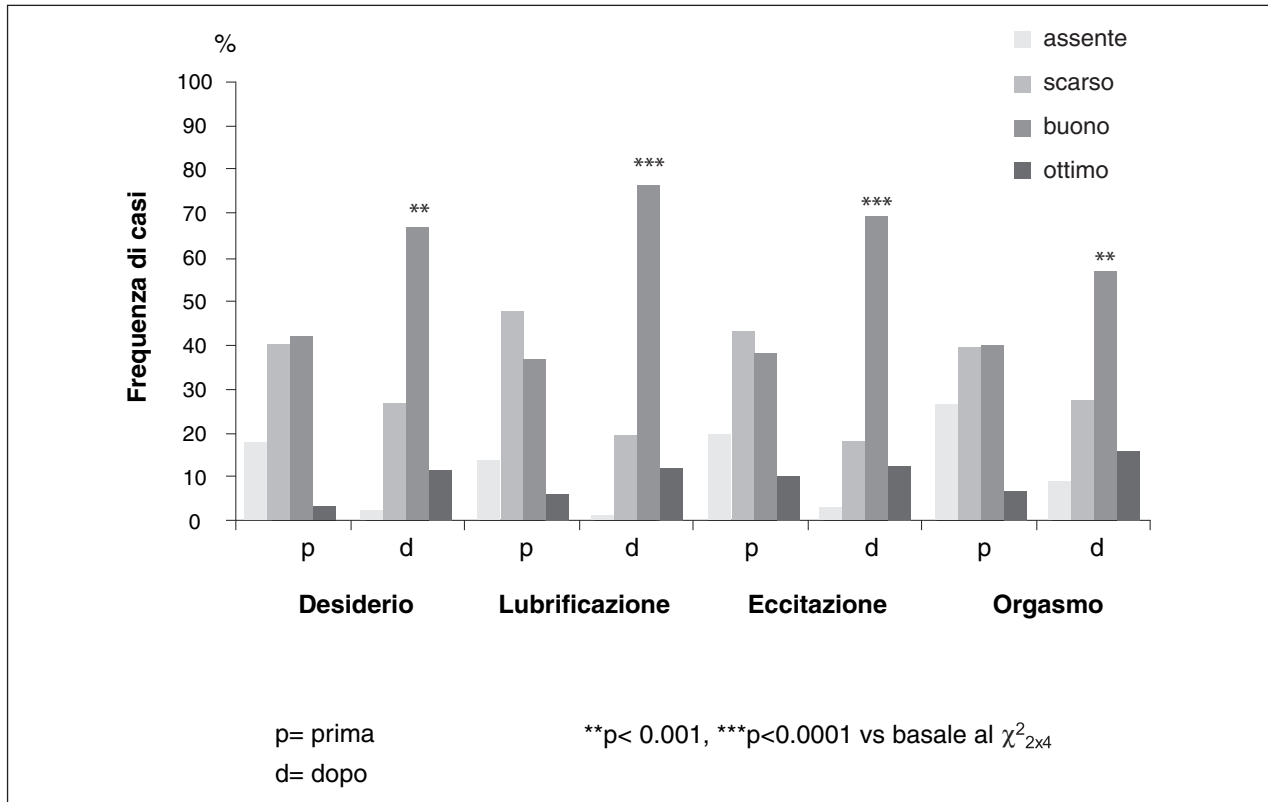
Il parto cesareo potrebbe sembrare protettivo nei confronti di dispareunia e dolore perineale. Quest'ultimo è stato dimostrato significativamente meno frequente dopo parto cesareo a 8 (1.8% vs 21.8%), 16 (0.9% vs 6.2%) e 24 settimane (0.9% vs 3.3%) rispetto al parto spontaneo (Thompson, 2002). Altre casistiche mostrano una più bassa incidenza di dispareunia dopo taglio cesareo che però non raggiunge la significatività statistica (Glazener, 1997; Barrett, 2000).

Alcuni interessanti studi hanno evidenziato come il dolore pelvico cronico possa essere presente anche dopo parto cesareo, soprattutto se questo è avvenuto ad una dilatazione della cervice superiore a 8 cm (Frynes, 1998; Almeida, 2002).

La riabilitazione del pavimento pelvico

La ginnastica per i muscoli perineali può essere molto importante per permettere il ripristino della tonicità vaginale, e ridurre le sequele sessuali e minzionali. L'esercizio di Kegel è già da tempo riconosciuto come utile per ridurre la sensazione di "lassità

TABELLA 4 - DISTURBI DELLA SESSUALITÀ FEMMINILE PRIMA E DOPO 4 SETTIMANE DI USO QUOTIDIANO DI ESTRATTO DI *THYMUS VULGARIS* PER IGIENE INTIMA.



muscolare” del perineo (Jacobson, 1967). L'esercizio effettuato anche per soli 10 minuti al giorno, può migliorare la funzionalità del perineo nella puerpera, miglioramento che però si limita al periodo di esercizio (Dougherty, 1988). Se effettuato durante gli ultimi 2 mesi di gravidanza, la ginnastica perineale ha mostrato un aumento significativo della perineometria (EMG perineale) che si mantiene a 8 settimane dal parto (Nielsen, 1988).

Recentemente è stato condotto uno studio prospettico su 102 primigravide che, dopo essere state istruite su come eseguire gli esercizi perineali, venivano valutate con elettromiografia per determinare il picco di forza e la resistenza dei muscoli pubococcygeo e bulbocavernoso prima e dopo il parto. I risultati hanno dimostrato come la funzionalità perineale sia già ridotta prima del parto, probabilmente in conseguenza delle variazioni ormonali. Nel post-partum, continuando gli esercizi perineali, i dati indicano che: le donne sottoposte ad episiotomia mostravano una netta riduzione della funzionalità perineale; in caso di lacerazioni spontanee non era evidenziato alcun miglioramento; nel caso di parto cesareo o parto vaginale senza lacerazioni/episiotomia era addirittura possibile un miglioramento (Fleming, 2003).

Il silenzio comunicativo

I problemi sessuali nelle puerpere sono pertanto da ritenersi piuttosto comuni. Ciò nonostante le informazioni fornite e richieste al medico di fiducia riguardano quasi esclusivamente la contraccezione (Glazener, 1997; Barrett, 2000). Prima e dopo il parto, solo il 28% delle donne ha ricevuto consigli sul momento più opportuno per riprendere i rapporti e solo il 18% informazioni circa i possibili problemi o cambiamenti che avrebbe potuto avere (Grudzinkas, 1984; Barrett, 2000). Alla visita di controllo a 6 settimane dal parto, solo il 45% dei casi è stato interrogato esplicitamente circa eventuali problemi sessuali incontrati nel puerperio (Barrett, 2000).

In diverse casistiche si riporta come le coppie sentano la necessità di informazioni circa la sessualità nel puerperio, desiderio che spesso viene disatteso (Hames, 1980; Ryding, 1984; von Sydow, 1999).

La ricerca condotta dall'ISS nel 1999 e pubblicata nel 2003, riporta i dati dell'indagine campionaria sull'attività di informazione e sostegno ricevute in epoca prenatale e nei punti nascita sulla ripresa dei rapporti e contraccezione. Il counseling non è diffuso: addirittura il 72% delle donne dichiara di non aver ricevuto alcuna informazione sulla ripresa dei rapporti e il 7% pur avendo ricevuto informazioni, non le ritiene sufficienti. Solo il 21% delle puerpere dichiara di essere stata informata in modo soddisfacente (Donati, 2003).

I punti cardinali dell'anamnesi e dell'esame obiettivo utili al ginecologo per la diagnosi delle principali disfunzioni sessuali che la donna può lamentare in puerperio sono riassunti nel Box 1, così da facilitare la comunicazione medico-paziente, e una valutazione clinica pragmaticamente efficace, anche in questo vulnerabile periodo della vita femminile. Per l'accurata semeiologia, necessaria per la diagnosi etiologica in caso di dolore perineale o dispareunia, si veda l'articolo sulla dispareunia, in questo fascicolo.

Il ruolo di un'igiene appropriata

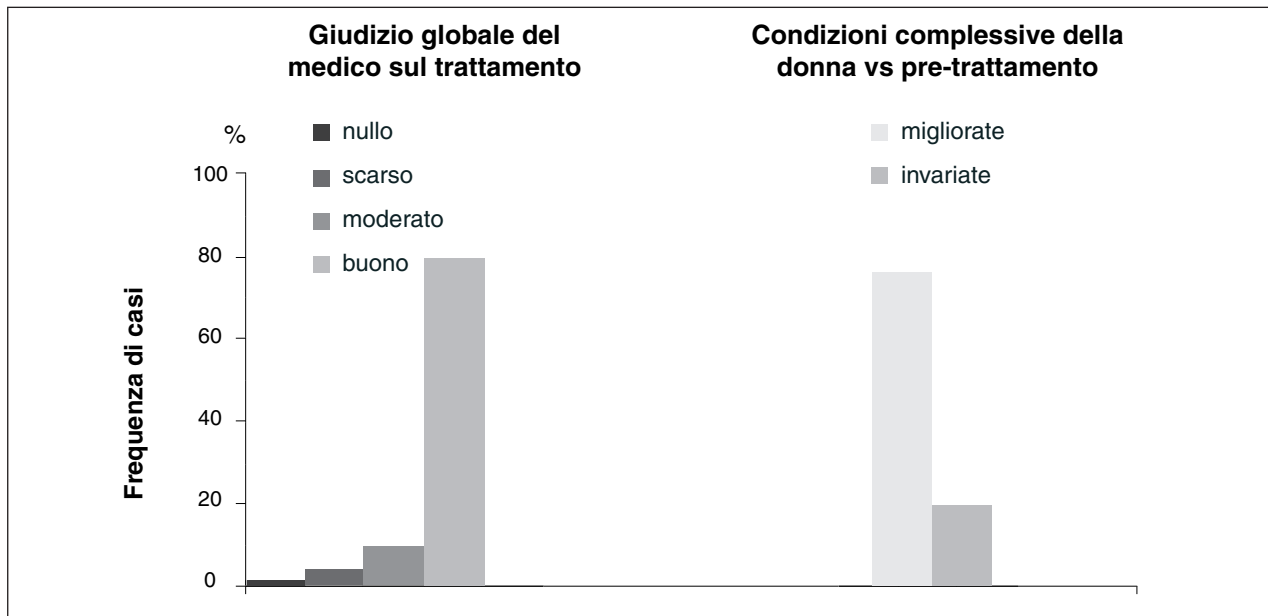
L'igiene intima può contribuire a mantenere l'ecosistema vaginale in buon equilibrio. Questa osservazione clinica, empirica, mancava tuttavia di un adeguato conforto scientifico.

Il progetto Sophy è stato quindi disegnato per rilevare, in un campione rappresentativo della popolazione ginecologica italiana (N=1197 donne, Tab. 1): stile di vita, pH vaginale, sintomi ginecologici e sessuali, nonché infezioni, trattamenti ginecologici e gli effetti di una corretta igiene intima dall'adolescenza alla postmenopausa, inclusi i delicati periodi della gravidanza e dell'allattamento, in presenza o rischio di infezioni vaginali (Genazzani et al., 2005).

Nel puerperio, per l'igiene intima il ginecologo ha raccomandato l'estratto di *Thymus vulgaris* (Saugella, Rottapharm) 1 o 2 volte/die per 4 settimane. L'estratto di *Thymus* (essenzialmente timolo e carvacrolo) esplica attività antibatterica e antimicotica, nei confronti di *Streptococcus* β -emolitico, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus subtilis*, *Enterococcus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Candida albicans*. Agisce per contatto diretto e lascia pressoché inalterato il *Lactobacillus*. Tra i composti fenolici, timolo e carvacrolo sono i più fungotossici e inibiscono la perossidazione lipidica e i radicali liberi, con la più elevata capacità di assorbimento di radicali di ossigeno tra vari estratti vegetali. Agiscono mediante distruzione di parete cellulare batterica e membrana citoplasmatica, e rottura dello strato esterno liposaccaridico della membrana cellulare, con parziale disintegrazione della membrana esterna e fuoriuscita di citoplasma.

Questo lavoro analizza i dati relativi al puerperio, di 149 donne. In particolare, in questo lavoro si è esaminato il rapporto tra un'igiene appropriata con l'estratto di *Thymus vulgaris* e modificazione dei sintomi genitali (Tab. 2), della leucorrea (Tab. 3) e dei sintomi sessuali (Tab. 4) lamentati durante il puerperio dalle pazienti, all'inizio ed al termine dello studio.

L'analisi statistica è stata eseguita mediante il t di Student, per le misure parametriche, e il χ^2 , per le misure di frequenza, confrontando i valori basali con quelli della 4 settimana.

TABELLA 5 - GIUDIZIO GLOBALE DEL MEDICO SUL TRATTAMENTO E CONDIZIONI COMPLESSIVE DELLA DONNA DOPO 4 SETTIMANE DI USO QUOTIDIANO DI ESTRATTO DI *THYMUS VULGARIS* PER IGIENE INTIMA.

Dopo 4 settimane di trattamento, i valori medi di pH in puerperio venivano significativamente ridotti rispetto al basale da 5.17 ± 0.80 a 4.64 ± 0.72 (media \pm DS).

Dopo trattamento con Thymus, la presenza dei sintomi vulvovaginali si è ridotta per il prurito dal 43.1% all'11.9% dei casi, il bruciore dal 60.5% al 14.3%, l'edema dal 46.3% all'11.8%, e l'eritema dal 47.5% al 12.0%, mentre la microflora vaginale ha raggiunto la normalità in 86.7% casi *vs* 27.8% al basale (Tab. 2). La leucorrea è stata migliorata in modo evidente e significativo (Tab. 3).

Sul fronte sessuale, il puerperio è il periodo della vita che mostra la migliore risposta ad un'igiene intima adeguata. Le donne in studio hanno infatti riportato un significativo miglioramento di tutti i parametri della funzione sessuale (desiderio, eccitazione con lubrificazione genitale e orgasmo) e una significativa riduzione della dispareunia (Tab. 4).

La soddisfazione nei confronti del trattamento è stata elevata, sia nelle donne, sia nei medici (Tab. 5).

Questi dati indicano come un'igiene appropriata, durante il delicato periodo del puerperio, sia associata ad una significativa riduzione dei sintomi genitali e ad un parallelo miglioramento della sessualità della donna.

Conclusioni

I dati della letteratura e l'analisi dei dati raccolti nel progetto di ricerca Sophy indicano come i problemi sessuali nelle puerpere siano comuni e possano

interessare quasi una donna su due. La frequenza e gravità dei sintomi ginecologici e sessuali è correlata a eventuali disturbi sessuali prima della gravidanza, al tipo di parto (taglio cesareo, parto spontaneo o operativo, con o senza episiotomia o lacerazioni); e alla presenza e durata dell'allattamento al seno. Le variabili influenzate sono il tempo intercorso tra il parto e la ripresa dei rapporti, nonché i parametri relativi a desiderio, eccitazione, orgasmo, dispareunia e dolore perineale.

L'igiene intima della donna nel post-partum svolge un ruolo importante nel riequilibrare la flora ed il pH vaginale. L'estratto di *Thymus vulgaris*, utilizzato nell'igiene intima 1 o 2 volte/die per 4 settimane, riduce significativamente la presenza di sintomi vulvovaginali puerperali quali prurito, bruciore, edema, eritema, leucorrea. Questo si associa a significativo miglioramento del desiderio, dell'eccitazione e dell'orgasmo, e a significativa riduzione della dispareunia.

Nonostante la rilevanza clinica ed esistenziale di questi sintomi, prima e dopo il parto, solo il 28% delle donne ha ricevuto consigli sul momento più opportuno per riprendere i rapporti e solo il 18% informava circa i possibili problemi o cambiamenti che avrebbe potuto avere.

Integrare il counseling sessuale nelle valutazioni post-partum è un segno di reale attenzione alla qualità della vita della donna e della coppia. Il ginecologo può infatti significativamente migliorare i sintomi genitali e sessuali in puerperio attraverso una diagnosi accurata, e una terapia che includa anche i suggerimenti per un'appropriate igiene intima.

BOX 1 - APPROCCIO CLINICO ALLA DONNA IN PUERPERIO, PER LA DIAGNOSI DI COMPLICANZE GINECOLOGICHE E SINTOMI SESSUALI.

Anamnesi

1) Ostetrico-ginecologica:

- quanti figli ha? (primipare più a rischio)
- quando ha avuto l'ultimo parto?
- che tipo di parto ha avuto? (spontaneo, t. cesareo, vaginale operativo, con episiotomia e/o lacerazioni perineali?)
- ha allattato: sì/no, per quanto tempo? o sta allattando?
- il suo bambino sta bene?
- ha effettuato la visita ostetrica dopo la dimissione dall'ospedale: no/sì, quando?
- ha avuto sintomi ginecologici (prurito, bruciore, gonfiore, secchezza vaginale e vulvare, arrossamenti, cattivo odore, infiammazioni, dolore?)
- durante la visita ostetrica, sono stati indagati eventuali disturbi sessuali?
- le sono state illustrate le possibili opzioni contraccettive?

2) Sessuologica

a) Generale

- ha già ripreso i rapporti sessuali dopo il parto?
- se sì, quando? <2sett; 2-6 sett; 6-8 sett; >8 settimane
- di chi è stata l'iniziativa al primo rapporto in puerperio: di lei, di lui, o di entrambi?
- qual è la frequenza attuale dei rapporti? e quale era prima della gravidanza? (come prima/più/meno; se ridotta, cause: stanchezza, meno tempo, dolore, ipolubrificazione, paura del dolore, paura di aprire la sutura, sanguinamento, non sentirsi desiderabile, mancanza di desiderio di lei o di lui, altro)
- come è ora il Suo desiderio? è cambiato rispetto a prima della gravidanza? (per intensità?)
- come è ora l'eccitazione? e come era prima e durante la gravidanza (soddisfacente o meno; intensità: come prima/più/meno); soffre di secchezza vaginale o di ridotta sensibilità vaginale?
- ha difficoltà orgasmiche?
- ci sono conflitti o difficoltà nella coppia?
- alcuni problemi psicosessuali erano presenti già prima della gravidanza?

b) Relativa al dolore genitale e sessuale

- come è stato il dolore al parto: maggiore o minore dell'atteso?
- aveva dolore perineale presente anche alla dimissione? (no/sì; durata: 1 sett /1-2 sett /2-4 sett /> 1 mese/> 2 mesi)
- in caso di episiotomia, ha avuto problemi? (no/sì: infiammazione/dolore a sedersi/camminare/movimenti intestinali/altro)
- ha sofferto di dolore alla penetrazione (dispareunia) al primo rapporto nel post-partum?
- se sì, era un dolore moderato, che non preclude i rapporti, o così intenso da impedire i rapporti?
- secondo lei, quale è la causa del dolore che lei ora prova ai rapporti? (sutura dolente, ipolubrificazione, vagina "stretta", paura del dolore, dolore)
- quanto a lungo è durata la dispareunia? (solo le prime volte/1° mese dal parto/<3 mesi/<6 mesi/>6 mesi/ persiste tuttora)
- aveva dolore ai rapporti anche prima della gravidanza?
- che cosa le allevia il dolore? (l'astinenza; l'uso di lubrificanti; il massaggio perineale; il ghiaccio...)

(Modificato da: Buhling, 2006; Barrett, 2000; Symon, 2002, 2003).

Ringraziamento

Si ringraziano i centri che hanno partecipato al progetto Sophy.

Nota: il progetto Sophy è stato sostenuto da un grant educazionale di Rottapharm.

Bibliografia

1. ADINMA J.I.: *Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice*. Aust N Z J Obstet Gynaecol 35 (3): 290-3, 1995.
2. ADINMA J.I.: *Sexual activity during and after pregnancy*. Adv Contracept 12 (1): 53-61, 1996.
3. ALDER E., BANCROFT J.: *The relationship between breast feeding persistence, sexuality and mood in postpartum women*. Psychol Med 18 (2): 389-96, 1988.
4. ALDER E., COOK M.A., DAVIDSON D., WEST C., BANCROFT J.: *Hormones, mood and sexuality in lactating women*. Br J Psychiatry 148: 74-9, 1986.
5. ALDER E.: *Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding*. Baillieres Clin Obstet Gynaecol 3 (4): 805-21, 1989.
6. BARRETT G., PENDRY E., PEACOCK J., VICTOR C., THAKAR R. MANYONDA I.: *Women's sexuality after childbirth: a pilot study*. Arch Sex Behav 28 (2): 179-191, 1999.
7. BARRETT G., PENDRY E., PEACOCK J., VICTOR C., THAKAR R., MANYONDA I.: *Women's sexual health after childbirth*. Bjog 107 (2): 186-95, 2000.
8. BUHLING K.J., SCHMIDT S., ROBINSON J.N., KLAPP C., SIEBERT G., DUDENHAUSEN J.W.: *Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 124 (1): 42-6, 2006.
9. BYRD J.E., HYDE J.S., DELAMATER J.D., PLANT E.A.: *Sexuality during pregnancy and the year postpartum*. J Fam Pract 47 (4): 305-8, 1998.
10. CONNOLLY A., THORP J., PAHEL L.: *Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 16 (4): 263-7, 2005.
11. COWAN C., COAN P.: *When partners became parents*. New York, Basic, 1992.
12. CROCE P., SIGNORELLI P., DEDE A., GALLI D.: *Selective episiotomy. Comparison of two suture technics*. Minerva Ginecol 49 (10): 449-53, 1997.
13. DONATI S., GRANDOLFO M.: *Il sostegno alla ripresa della vita sessuale nelle donne che partoriscono, un argomento orfano di interesse*. Ann Ist Super Sanità 39 (2): 235-41, 2003.
14. DOUGHERTY C.R., JONES A.D.: *Obstetric management and outcome related to maternal characteristics*. Am J Obstet Gynecol 158 (3 Pt 1): 470-4, 1988.
15. ELLIOTT S.A., WATSON J.P.: *Sex during pregnancy and the first postnatal year*. J Psychosom Res 29 (5): 541-8, 1985.
16. FISCHMAN S., RANKIN E., SOEKEN K., LENZ E.: *Changes in sexual relationship in postpartum couples*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 15 (1): 58-63, 1986.
17. FLEMING N., NEWTON E.R., ROBERTS J.: *Changes in postpartum perineal muscle function in women with and without episiotomies*. J Midwifery Womens Health 48 (1): 53-9, 2003.
18. FORSTER C., ABRAHAM S., TAYLOR A., LLEWELLYN-JONES D.: *Psychological and sexual changes after the cessation of breast-feeding*. Obstet Gynecol 85 (4): 872-6, 1995.
19. GENAZZANI A.R., PRATO B.: *Sophy Project: Evidences in intimate hygiene*. Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXVII - n. 7-8, 273-279, 2005.
20. GLAZENER C.M.: *Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition*. Br J Obstet Gynaecol 104 (3): 330-5, 1997.
21. GLAZENER C.M., ABDALLA M., STROUD P., NAJI S., TEMPLETON A., RUSSELL I.T.: *Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment*. Br J Obstet Gynaecol 102 (4): 282-7, 1995.
22. GRUDZINKAS J., ATKINSON L.: *Sexual function during puerperium*. Arch Sex Behav 13: 85-91, 1984.
23. HAMES C.T.: *Sexual needs and interests of postpartum couples*. JOG N Nurs 9 (5): 313-5, 1980.
24. HART J., COHEN E., GINGOLD A., HOMBURG R.: *Sexual behavior in pregnancy: a study of 219 women*. J Sex Educ Ther 17:86-90, 1991.
25. HYDE J., DE LAMATER J., PLANT E., BYRD J.: *Sexuality during pregnancy and the year postpartum*. J Sex Res 33:143-51, 1996.
26. KENNY J.: *Sexuality of pregnant and breast feeding women*. Arch Sex Behav 2:215, 1973.
27. JENSEN M.P. et al.: *The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods*. Pain; 27:117-26, 1986.
28. JOHANSON R., WILKINSON P., BASTIBLE A., RYAN S., MURPHY H., O'BRIEN S.: *Health after childbirth: a comparison of normal and assisted vaginal delivery*. Midwifery 9 (3): 161-8, 1993.
29. JOHANSON R.B., MENON B.K.: *Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery*. Cochrane Database Syst Rev (2): CD000224, 2000.
30. KALTREIDER D., DIXON D.: *A study of 710 complete laceration following central episiotomy*. South Med J 41:814-20, 1948.
31. KLEIN E.E., PURDY J.A.: *Quality assurance and dosimetric evaluation for an endocavitary unit*. Med Dosim 19 (3): 151-8, 1994.
32. LABRECQUE M., BAILLARGEON L., DALLAIRE M., TREMBLAY A., PINAULT J., GINGRAS S.: *Association between median episiotomy and severe perineal laceration in primiparous women*. Can Med Assoc J 156 797-802, 1997.
33. LAMONT J.: *Sexual issues in the postpartum period. Psychosomatic obstetrics and gynaecology*. J. Blitzler and M. Stauber. Bologna, Monduzzi, 217-221, 1995.
34. LYDON-ROCHELLE M.T., HOLT V.L., MARTIN D.P.: *Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women*. Paediatr Perinat Epidemiol 15 (3): 232-40, 2001.
35. MASTERS W., JOHNSON V.: *Human sexual response*. Boston, Little, Brown, 1996.
36. MELZACK R.: *The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods*. Pain 1 (3): 277-99, 1975.
37. MELZACK R.: *The short-form McGill Pain Questionnaire*. Pain 30 (2): 191-7, 1987.
38. NIELSEN C.A., SIGSGAARD I., OLSEN M., TOLSTRUP M., DANNESKIOLD-SAMSOE B., BOCK J.E.: *Trainability of the pelvic floor. A prospective study during pregnancy and after delivery*. Acta Obstet Gynecol Scand 67 (5): 437-40, 1988.
39. POMEROY R.: *Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara?* Am J Obstet Gynecol 78:211-20, 1918.
40. QUIRK F.H. et al.: *Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction*. J. Womens Health Gend Based Med; 11:277-89, 2002.
41. REAMY K.J., WHITE S.E.: *Sexuality in pregnancy and the puerperium: a review*. Obstet Gynecol Surv 40 (1): 1-13, 1985.

42. REAMY K.J., WHITE S.E.: *Sexuality in the puerperium: a review*. Arch Sex Behav 16 (2): 165-86, 1987.
43. ROBSON K., KUMAR R.: *Maternal sexuality*. Br J Obstet Gynaecol 88:882, 1981.
44. ROSEN R., BROWN C., HEIMAN J., LEIBLUM S., MESTON C., SHABSIGH R., FERGUSON D., D'AGOSTINO R.: *The female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function*. J Sex Marit Ther 26:191-208, 2000.
45. RYDING E.L.: *Sexuality during and after pregnancy*. Acta Obstet Gynecol Scand 63 (8): 679-82, 1984.
46. SIGNORELLO L.B., HARLOW B.L., CHEKOS A.K., REPKE J.T.: *Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women*. Am J Obstet Gynecol 184 (5): 881-8; discussion 888-90, 2001.
47. SLEEP J., ROBERTS J., CHALMERS I.: *Care during the second stage of labour. Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. I. Chalmers, M. Enkin and M. Keise. Oxford, Oxford University Press: 1129-44, 1989.
48. SARTORE A., DE SETA F., MASO G., PREGAZZI R., GRIMALDI E., GUASCHINO S.: *The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery*. Obstet Gynecol 103 (4): 669-73, 2004.
49. SULTAN A.H., KAMM M.A., BARTRAM C.I., HUDSON C.N.: *Anal sphincter trauma during instrumental delivery*. Int J Gynaecol Obstet 43 (3): 263-70, 1993.
50. SYMON A., GLAZENER C.M., MACDONALD A., RUTA D.: *Pilot study: quality of life assessment of postnatal fatigue and other physical morbidity*. J Psychosom Obstet Gynaecol 24 (4): 215-9, 2003.
51. THOMPSON J., ROBERTS C., CURRIE M., ELLWODD D.: *Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth*. Birth 29 (2): 83-94, 2002.
52. VON SYDOW K.: *Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies*. J Psychosom Res 47 (1): 27-49, 1999.
53. VON SYDOW K.: *Sexual enjoyment and orgasm postpartum: sex differences and perceptual accuracy concerning partners' sexual experience*. J Psychosom Obstet Gynaecol 23:147-155, 2002.
53. WOLLEY R.: *Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980*. Obstet Gynecol Surv 806-20;821-35, 1995.
-