

*Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXIX - n. 10/11
Ottobre-Novembre 2007*

Il dolore sessuale femminile

R. BERNORIO*

Sommario

L'Autore, dopo aver fatto una carrellata sulle varie classificazioni del dolore sessuale femminile, non dimenticando i testi di riferimento (DSM IV e ICD10), si sofferma sulla complessità dell'eziologia dei quadri patologici ad esso correlati. Auspica un approccio integrato multidisciplinare sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico.

I disturbi sessuali femminili possono schematicamente essere raggruppati in situazioni che comportano una compromissione del piacere (disturbi del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo) e situazioni che comportano la presenza di dolore. Esistono dei modelli culturali di dolore genitale con cui la donna si confronta fin dalla più tenera età e che possono in un certo senso condizionare l'aspettativa della comparsa di un dolore in quell'area del proprio corpo. Tra di essi si possono ricordare il dolore legato al parto, la dismenorrea, il dolore legato al primo rapporto sessuale, situazioni che nei racconti espressi dagli adulti e dai coetanei di riferimento della giovane donna in crescita sono spesso enfatizzate, se non addirittura glorificate.

Nel corso degli ultimi anni si sono cominciate ad affrontare con più attenzione le problematiche cliniche riferite alla sessualità femminile. La classificazione delle disfunzioni sessuali femminili si è così rapidamente evoluta e, mentre in passato il riferimento era costituito fondamentalmente dal DSM IV, abbiamo assistito recentemente alla costituzione di due consensus conference che hanno prodotto dei corrispettivi lavori di revisione dell'inquadramento diagnostico, la prima nel 2001 e la seconda nel 2003.

In merito alla categoria dei disturbi da dolore sessuale (Sexual Pain Disorders – SPD) la prima consen-

sus conference del 2001 ha introdotto, rispetto al DSM IV e all'ICD 10:

- 1) il disturbo da dolore sessuale non coitale,
- 2) il concetto di necessaria presenza di stress personale legato alla disfunzione,
- 3) la distinzione eziologica (organica, psicogena, mista e sconosciuta).

La seconda consensus conference del 2003 ha purtroppo e incredibilmente eliminato i disturbi da dolore sessuale non coitale togliendo di fatto a donne omosessuali o dedite all'autoerotismo il diritto di veder classificato il loro problema (nelle situazioni di vulvodinia, stimolazioni orali e manuali dei genitali provocano spesso dolore). Ha inoltre eliminato il concetto di contrazione muscolare nel vaginismo perché non supportato da evidenza scientifica. Quest'ultima classificazione ha anche introdotto quattro livelli di stress emotivo legato alla disfunzione (assente, lieve, moderato, grave) e tolto la voce 'sconosciuta' dall'item della causalità.

L'eliminazione dell'elemento "contrazione muscolare" nel vaginismo perché non supportato da evidenza scientifica apre senza dubbio molte perplessità; in primis perché è dato certo che ciascun operatore attivo clinicamente nel settore disfunzionale della sessualità femminile abbia sviluppato la coscienza di questa contrazione dei muscoli perineali nei casi di vaginismo tramite l'utilizzo dell'esame obiettivo. Tale contrazione può talvolta essere presente e non consentire l'introduzione di un dito per tutta la durata della visita, oppure essere risolvibile con una adeguata rassicurazione e con la creazione di un clima tranquillizzante per la donna. In altri casi la contrazione può essere situazionale, così da consentire la visita ginecologica con l'introduzione di uno speculum vaginale, ma da rendere impossibile la penetrazione durante il tentativo di coito. Sono le stesse pazienti che talvolta riferiscono di percepire l'irrigidimento della loro muscolatura nel momento in cui prevedono il tentativo di coito, allo stesso modo in cui certi uomini riferiscono di perdere l'erezione solo al momento in cui si accingono alla penetrazione. Per oggettivare la contrazione e dimostrarne la differenza ri-

* Associazione Italiana Sessuologia Psicologia Applicata

© Copyright 2007, CIC Edizioni Internazionali, Roma

spetto a donne sane si dovrebbe utilizzare la sonda di un elettromiografo o di un perineometro. Come farlo quando la contrattura non è risolvibile clinicamente? Come farlo quando il problema è situazionale? In tal senso l'eliminazione dello spasmo muscolare nel vaginismo ha indiscutibilmente poco buon senso, pur rispettando l'evidence based medicine.

La comprensione del funzionamento del sistema algico e delle diverse tipologie di dolore è senz'altro una premessa di grande aiuto nel comprendere i SPD.

Il Sistema Algico può essere definito un sistema neuro-ormonale complesso, a proiezione diffusa, in cui si possono riconoscere tre sottosistemi:

- un sistema afferenziale che conduce gli impulsi nocicettivi dalla periferia ai centri superiori;
- un sistema di riconoscimento che decodifica e interpreta l'informazione valutandone la pericolosità e predisponendo la strategia della risposta motoria, neurovegetativa, endocrina e psicoemotiva;
- un sistema di modulazione e controllo che provvede ad inviare impulsi inibitori al midollo spinale allo scopo di ridurre la potenza degli impulsi nocicettivi afferenti.

Le tipologie di dolore possono essere distinte come segue:

- dolore nocicettivo: si indica un dolore che origina dai nocicettori eccitati da uno stimolo lesivo o potenzialmente lesivo quale compressione, trazione, processo infiammatorio, variazioni di pH, termico;
- dolore neuropatico; le fibre afferenti diventano direttamente sensibili alle stimolazioni dopo aver subito un danno per prolungata stimolazione nocicettiva. Accade così che pur in assenza di uno stimolo irritativo algogeno, si percepisca lo stesso dolore prodotto da tale stimolo;
- dolore psicosomatico: i problemi psichici e psicosociali aggravano un dolore già esistente oppure vengono tradotti ed espressi nel linguaggio del dolore.

La **dispareunia femminile**, ovvero la percezione di dolore concomitante alla stimolazione degli organi genitali durante l'interazione sessuale, è stata in passato distinta in due sottocategorie; superficiale e profonda. In modo più corretto dal punto di vista topografico il termine superficiale, elusivo e poco specifico, deve essere sostituito con il termine introitale.

La **dispareunia introitale** è localizzata all'ingresso e nei primi centimetri del canale vaginale e può essere dovuta a:

- malformazioni congenite vagino-imenali,
- traumatismi chirurgici,
- sindromi da dolore vulvare,
- vaginismo,
- mialgia del pavimento pelvico,
- alterazioni trofiche delle mucose,
- problematiche psicologiche.

Tra le **malformazioni congenite vagino-imenali** distinguiamo:

1. anomalie di forma,
2. anomalie di consistenza.

Anomalie di forma

Nel caso di imene cribriforme, l'orifizio imenale è sostituito da una serie di piccoli orifici disseminati irregolarmente sulla superficie della membrana imenale.

L'imene microperforato è un imene costituito da una membrana quasi completa, perforato solamente da due minuscoli orifici di 1-3 mm di diametro situati immediatamente dietro il meato uretrale. Questo imene lascia 'colare' il flusso mestruale, ma impedisce la penetrazione.

L'imene a ponte è rappresentato da due orifici più o meno simmetrici separati da una briglia antero-posteriore di spessore variabile. Se poco spesso, esso si lacera al momento della deflorazione lasciando un lembo mucoso appeso all'orifizio vaginale sotto forma, similmente, di una stalattite o stalagmite. Se sufficientemente spesso, può consentire la distensione e l'allargamento di uno dei due orifici permettendo un rapporto coitale, il più delle volte doloroso. Se molto spesso impedisce completamente la penetrazione.

Anomalie di consistenza

Imene ipertrofico o rigido con una componente connettivale prevalente sulle fibre elastiche. Si presenta spesso e resistente; può impedire la penetrazione.

Imene ipertrofico elastico, molte volte dotato di un orifizio ampio tale da consentire il coito senza subire lacerazioni. Talvolta il coito è ben tollerato, la sua integrità può persistere fino al primo parto. Più frequentemente mal tollerato, determina la dispareunia introitale. A questa situazione si possono associare delle cistiti post-coitali a causa di una sindrome da fusione uretro-imenale.

I setti longitudinali della vagina, specie se estesi in prossimità dell'orifizio vaginale, possono essere causa di dolori coitali. Un recente studio condotto su 202 casi, mostra che la dispareunia è presente nel 30%. I setti trasversali possono provocare dispareunia se hanno una localizzazione distale, poiché riducono la lunghezza funzionale della vagina.

Il caso dei **traumatismi chirurgici** è quello di procedure operatorie che, nell'intento di correggere una lesione, ne creano un'altra che genera dispareunia. Nel caso di prolapsi genitali, una colpoperineoplastica può ad esempio essere modificata nei suoi esiti dagli effetti atrofici dovuti alla carenza di estrogeni in post-menopausa con la formazione di una stenosi dell'orifizio va-

ginale incompatibile con una vita sessuale normale. Anche le vulvectomie superficiali o radicali possono dar luogo a stenosi orifiziali importanti. In campo ostetrico interventi comuni come le episioraffie, spesso affidate alle mani inesperte di tirocinanti e specializzandi, danno luogo in alcuni casi ad esiti cicatriziali dolenti.

Le **sindromi da dolore vulvare** devono essere inquadrare secondo la classificazione proposta dalla International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (2003) riportata nella Tabella 1.

In merito alla vulvodinia va sottolineato quanto tale patologia sia spesso misconosciuta e sottovalutata dagli specialisti di riferimento, in primis i ginecologi, che il più delle volte la etichettano come sintomo derivante da conversione isterica o da profondo disagio psicologico. Eppure la diagnosi non risulta essere estremamente complessa; uno strumento molto utile è il normale “cotton fioc” con cui toccare in senso circolare le aree dolenti alla pressione della mucosa vestibolare. I criteri diagnostici per la vestibolite vulvare tutt’oggi utilizzati sono quelli espressi da Friedrich nel 1987 e così riassumibili:

- violento dolore localizzato al tocco del vestibolo o durante i tentativi di penetrazione;
- dolorabilità alla pressione localizzata al vestibolo;
- assenza di rilievi oggettivi se non eritema di vario grado.

Una metodica oggettiva più sofisticata per la valuta-

zione della dolorabilità vulvovestibolare può essere ottenuta utilizzando un tampone in grado di produrre diverse intensità di pressioni visualizzabili in scala numerica; il cosiddetto algosimetro vulvare, purtroppo non ancora facilmente reperibile in commercio.

Per ben comprendere e inquadrare la vulvodinia è altresì importante chiarire il concetto di *disestesia*.

Essa è rappresentata da una sensazione anomala e spiacevole che include:

- *allodinia*: dolore dovuto ad uno stimolo che normalmente non evoca dolore;
- *peralgesia*: aumento di risposta ad uno stimolo che è di per se stesso normalmente doloroso.

Il **vaginismo** è caratterizzato da uno spasmo involontario dei muscoli che circondano la vagina o che indirettamente ne consentono l’accesso. A causa della tensione muscolare l’introito della vagina viene così ristretto e limitato nella sua distensibilità tanto che la penetrazione risulta essere impossibile o comunque dolorosa.

È in genere associato ad una fobia del coito, ossia al terrore della penetrazione, di varia intensità.

Il vaginismo è un disturbo sessuale la cui diversa gravità è valutabile con due parametri:

- *intensità dello spasmo muscolare* che è stato distinto in quattro gradi;
- *intensità della fobia*, che può essere lieve, moderata e grave.

TABELLA 1 - CLASSIFICAZIONE DELLE SINDROMI DA DOLORE VULVARE. INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF VULVOVAGINAL DISEASE (2003).

ISSVD CLASSIFICATION OF VULVAR PAIN (2003)

Dolore vulvare correlato ad una patologia specifica

Infettiva (candidiasis, herpes, ecc.)
Infiammatoria (lichen planus erosivo, immunobullous disease, ecc.)
Neoplastica (Morbo di Paget, carcinoma a cellule squamose, ecc.)
Neurologica (neuralgia herpetica e postherpetica, ecc.)

Vulvodinia (definita come discomfort vulvare, più spesso descritta come bruciore urente in assenza di rilevanti patologie infettive, infiammatorie, neoplastiche o neurologiche)

- 1) Generalizzata (coinvolgimento dell’intera vulva)
 - a. Provocata (contatto di tipo sessuale, non sessuale o entrambi)
 - b. Non provocata (spontanea)
 - c. Mista (provocata e non provocata)
- 2) Localizzata – con coinvolgimento di una parte o componente della vulva (vestibolodinia, clitorodinia, emivulvodinia, ecc.)
 - a. Provocata (contatto di tipo sessuale, non sessuale o entrambi)
 - b. Non provocata (spontanea)
 - c. Mista (provocata e non provocata)*

* La vestibolodinia provocata è stata in passato riferita come vestibolite vulvare.

La **mialgia del pavimento pelvico** appartiene alle sindromi da dolore miofasciale e si localizza nella muscolatura perineale. È caratterizzata da:

- trigger points miofasciali dolenti spontaneamente o alla stimolazione;
- ostacolo alla completa distensione delle fibre muscolari;
- risposta contrattile involontaria conseguente la stimolazione muscolare.

Le **alterazioni trofiche** delle mucose vulvovaginali sono legate all'ipoestrogenismo tipico della menopausa.

Qualsiasi stato di ipoestrogenismo, spontaneo o indotto, se protratto nel tempo produce significative modificazioni biologiche vulvo-vaginali che si traducono in:

- diminuzione di elasticità-distensibilità dei tessuti che diventano più rigidi;
- assottigliamento delle mucose che diventano più vulnerabili;
- diminuzione della lubrificazione.

Le **problematiche psicologiche** includono: problemi psicosessuali – conflitti relazionali – sindromi ansiose depressive.

La **dispareunia profonda** può essere dovuta a:

- Cause ginecologiche
 - P.I.D.,
 - cisti ovariche,
 - leiomiomi,
 - endometriosi,
 - congestione pelvica,
 - lassità legamentosa,
 - sindrome aderenziale.
- Cause urologiche
 - cistite,
 - cistite interstiziale,
 - sindrome uretrale.

Esistono diversi modelli teorici che cercano di interpretare il dolore:

Nel *modello biomedico*, il dolore viene descritto come il sintomo di un danno tissutale. I segnali nocicettivi vengono inviati al SNC. Il dolore è un puro segnale che raggiunge il cervello per segnalare un pericolo derivante da un danno biologico. Il trattamento è rivolto a bloccare la trasmissione dell'impulso o a riparare il danno biologico.

Nel *modello psicodinamico*, similmente al modello

biomedico, il dolore viene interpretato come il risultato di una sottostante patologia, ma la causa è psicologica. Il dolore rappresenta l'espressione di un conflitto intrapsichico o di un trauma emozionale. Il trattamento consiste nell'individuare l'origine e nel rimuovere gli eventi causali del passato.

Il *modello bio-psicosociale* è basato sulla teoria che i processi fisiologici naturali si realizzano in un sistema che include soma, psiche e contesto sociale del paziente. I punti di maggior significato in questa teoria includono i fattori biomedici di un trauma somatico, la modalità di descrizione del dolore da parte del paziente e gli impedimenti riflessi sulla vita sociale. I fattori di rischio psicosociali, come la paura, l'attenzione ossessiva focale e gli stati d'animo negativi, giocano un ruolo importante nell'esperienza del dolore.

Nell'analisi del dolore sessuale è importante distinguere:

- la componente sensitivo-discriminativa, che corrisponde ai meccanismi neurofisiologici che consentono di decodificare la qualità, l'intensità e la localizzazione degli stimoli nocicettivi;
- la componente cognitiva che fa riferimento a diversi processi mentali come l'attenzione, la distrazione, l'anticipazione, la memorizzazione di esperienze precedenti;
- la componente affettivo motoria che dà la connotazione affettiva e produce il vissuto emotivo del sintomo algido;
- la componente comportamentale che comprende la gestualità, l'espressione verbale, nonché i segni neurovegetativi che accompagnano il dolore.

Deve essere inoltre compreso e valutato il ruolo svolto dalla recettività nei confronti dello stimolo algico e dell'attenzione ossessiva ad esso rivolto.

Concludendo, è importante sottolineare come alla luce delle più recenti evidenze scientifiche i disturbi da dolore sessuale femminile riconoscano nella maggior parte dei casi una genesi organica. Ciò non deve però indurre nell'errore di trascurare le componenti psicologiche strettamente connesse sia alla fisiologia del dolore che alla fisiologia della funzione sessuale. Un approccio integrato multi-interdisciplinare, rappresenta senz'altro in questa tipologia di problemi l'obiettivo di una medicina sessuale centrata sul benessere della persona oltre che sulla gestione del sintomo.

Bibliografia

1. Goetsch M.F. (1991): *Vulvar vestibulitis: Prevalence and historic features in a general gynecologic practice population*. Am. J. Obstet. Gynecol. n. 164,1609-16.
2. McKay M. (1989): *Vulvodynia: a multifactorial clinical problem*. Arch. Dermatol. 125.
3. McKay M. (1988): *Subsets of vulvodynia*. J. Reprod. Med. 33, 695-8.
5. McKay M. (1993): *Dysesthetic (essential) vulvodynia. Treatment with amitriptyline*. J. Reprod. Med. 38, 9-13.
6. Paavonen J. (1995): *Diagnosis and Treatment of Vulvodynia*.

- Ann. Med. 27: 175-181. Resources The Vulvar Pain Foundation, P.O. Drawer 177, Graham, North Carolina 27253; 910-226-0704.
7. Moyal-Barracco M., Lynch P.J. (2004): *2003 ISSVD Terminology and Classification of Vulvodynia: A Historical Perspective*. J. Reprod. Med. 49: 772-777.
 8. American Psychiatric Association. (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed), Washington DC: Author.
 9. Basson R., Bertian J., Burnett A., Derogatis L., Ferguson D., Fourcroy J., Goldstein I., Graziottin A., et al. (2000): *Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications*. J. Urol. March 163, 888-93.
 10. Basson R., Leiblum S.R., Brotto L., Derogatis L., Fourcroy J., Fugl-Meyer K., Graziottin A., Heiman J., Laan E., Meston C., van Lankveld J., Weijmar Schultz W. (2003): *Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision*. J. Psychosomatic Obstet. Gynecol. 24 (4), 221-229.
 11. World Health Organization (1992): ICD-10. *International Statistical Classification of Diseases and related health problems*. Geneva.
 12. Reissing E.D., Binik Y.M., Khalifé S. (1999): *Does vaginismus exist? A critical review of the literature*. J. Nerv. Ment. Dis. 187, 261-74.
 13. Meana M., Binik Y.M., Khalifé S., Cohen D. (1997): *Dyspareunia. Sexual dysfunction or pain syndrome?* J. Nerv. Ment. Dis. 185: 561-9.
 14. Van Lankveld J.J., Brewaeys A.M., Ter Kuile M.M., Weijnenborg P.Th.M. (1995): *Difficulties in the differential diagnosis of vaginismus, dyspareunia and mixed sexual pain disorder*. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 16: 201-9.
 15. Kruiff de M.D., Ter Kuile M.M., Weijnenborg P.Th.M., Van Lankveld J.J.D.M. (2000): *Vaginismus and dyspareunia: Is there a difference in clinical presentation?* J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 21: 149-55.
 16. Bohm-Starke N., Hilliges M., Brodda-Jansen G., Rylander E., Torebjrk E. (2001): *Psychophysical evidence of nociceptor sensitization in vulvar vestibulitis*. Pain 94, 177-83.
 17. Pukall C.F., Binik Y.M., Khalifé S., Arnsel R., Abbott F.V. (2002): *Vestibular tactile and pain thresholds in women with vulvar vestibulitis syndrome*. Pain 96, 163-75.
 18. Leiblum S.R., Rosen R.C. (2000): *Principles and practice of sex therapy*. Guilford, New York.
 19. Tiengo M. (1991): *Le vie del dolore e la loro patologia*. Brexin Library, Bergamo.
- (da "Rivista di Sessuologia" - Vol. 30 - n. 4/2006)
-