

ENDOMETRIOSI E SESSUALITÀ, FRA OMISSIONI DIAGNOSTICHE E OPPORTUNITÀ TERAPEUTICHE

Alessandra Graziottin

Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H San Raffaele Renati, Milano
Presidente, Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus
www.alessandragraziottin.it
www.fondazionegraziottin.org

INTRODUZIONE

L'endometriosi può colpire la sessualità della donna nelle sue tre dimensioni principali: **identità sessuale, funzione sessuale, relazione di coppia**.

L'impatto riportato nei vari studi varia molto, anche per ragioni metodologiche. Le disfunzioni sessuali sono riportate dal 33 al 70% (Fritzer et al 2013; Barbara et al 2017, Fairbanks et al 2017). I fattori che possono influenzare l'impatto dell'endometriosi sulla sessualità sono molteplici. I principali sono riassunti in **Tab. 1**.

Purtroppo la sessualità è ancora oggi molto trascurata nella pratica clinica, costituendo una delle più frequenti aree di omissione diagnostica e, di conseguenza, terapeutica (Barbara et al 2017).

Scopo della relazione è aumentare la capacità diagnostica del ginecologo/a nel diagnosticare e trattare le implicazioni sessuali dell'endometriosi.

ENDOMETRIOSI E IDENTITÀ SESSUALE

Avere un'endometriosi, con le sue molte implicazioni di dolore fisico ed emotivo (dismenorrea, dispareunia e comorbilità sessuali, dolore pelvico cronico, infertilità, depressione, crisi della relazione di coppia), ferisce e riduce significativamente il **senso di femminilità** (Fritzer et al 2013). In particolare, più precoce è l'età d'esordio dell'endometriosi, e più tardiva è la diagnosi, maggiore è l'impatto sull'identità sessuale della giovane donna.

Le pazienti a maggior rischio sono:

- le donne con endometriosi a esordio precoce, complicata, che abbia comportato uno o più interventi chirurgici e dolore pelvico cronico;
- le single o le donne in relazioni conflittuali;
- le donne depresse e/o con significative comorbilità;
- quelle con preesistenti difficoltà/problemi sessuali.

Ogni mestruazione con dismenorrea invalidante e non trattata porta l'adolescente a maledire la sua femminilità. Il primo obiettivo è **anticipare la diagnosi**

| | |
|--|--|
| CORRELATI ALL'ENDOMETRIOSI | <ul style="list-style-type: none"> • Età alla diagnosi ed entità del ritardo diagnostico • Intensità del dolore, comorbidità pelviche e sistemiche • Stadiazione e recidive • Trattamento medico vs chirurgico |
| DIPENDENTI DALLA PAZIENTE | <ul style="list-style-type: none"> • Personalità e status psichiatrico • Benessere sessuale pre-operatorio |
| DIPENDENTI DAL CONTESTO | <ul style="list-style-type: none"> • Qualità del sostegno del partner e soddisfazione di coppia • Attività sessuale pre-diagnostica o pre-operatoria • Qualità del sostegno medico e psicoterapeutico |
| <p>Tab. 1 - Fattori che influenzano la sessualità e la qualità della vita nelle donne affette da endometriosi</p> | |

e l'inizio di terapie efficaci, visto che la giovane donna soffre ancora di più dato che il ritardo diagnostico medio varia tra i 7 e i 9 anni. È quindi necessario un grande sforzo educativo per ridurre questo grave ritardo diagnostico e ridurre l'impatto dell'endometriosi su ogni dimensione di vita della donna.

ENDOMETRIOSI E FUNZIONE SESSUALE

Il sintomo più frequentemente riportato è il dolore alla penetrazione profonda (**dispareunia profonda**), isolato o associato a dolore anche all'inizio della penetrazione vaginale (**dispareunia introitale**, epifenomeno di vestibolite vulvare/vestibolodinia provocata), una comorbidità dolorosa e complessa che è stata anche descritta come "le gemelle diaboliche" (Graziottin e Murina 2017). L'incremento della dispareunia colpisce poi le altre dimensioni della funzione sessuale: desiderio ed eccitazione mentale, lubrificazione e congestione genitale, orgasmo coitale, soddisfazione fisica ed emotiva, amplificando e aggravando quindi le diverse comorbidità sessuali (Graziottin e Gambini 2017). Nel 60% dei casi il dolore all'inizio della penetrazione si associa a cistiti post-coitali, che compaiono 24-72 ore dopo il rapporto (Salonia et al 2013; Graziottin et al 2015) e causano dolore, disfunzione sessuale e *distress* sessuale (Boeri et al 2017) (**Tab. 2**).

In effetti, il 70% delle donne con endometriosi lamenta problemi sessuali (Barbara et al 2017). L'endometriosi raddoppia il rischio di disfunzione sessuale: ne è colpito il 43,3% delle donne, in tutte le fasi della risposta sessuale, contro il 17,6% delle donne che non soffrono di questa patologia (Fairbanks et al 2017). La disfunzione sessuale e il deterioramento della qualità della vita (QoL) sono strettamente correlate. In particolare, uno degli elementi maggiori di disfunzione è l'endometriosi infiltrante profonda, specificamente coinvolta nella genesi della dispareunia profonda (Montanari et al 2013). Il 77% riporta *distress* sessuale, ossia forte sofferenza emotiva, proprio a causa della frustrazione e del dolore coitale, sessuale.

DISPAREUNIA



Tab. 2 - Il dolore sessuale colpisce l'intera funzione sessuale

A. Graziottin 2012

Fritzer et al (2013) evidenziano come la causa principale della sofferenza emotiva sessuale sia il dolore sessuale, che causa anche una significativa riduzione della frequenza stessa dei rapporti.

Le principali domande sessuologiche che dovrebbero essere fatte ad ogni paziente con endometriosi sono riassunte in **Tab. 3**.

ENDOMETRIOSI E RELAZIONE DI COPPIA

Il 32% delle donne con endometriosi riconosce che il primo motivo per avere rapporti non è il desiderio sessuale personale, ma solo il **desiderio di concepire** (motivazione procreativa) (Fritzer et al 2013), per se stesse, ma anche, e spesso, per non perdere il partner (motivazione strumentale/riparativa).

Il 46% ammette che il primo motivo per accettare un rapporto è il bisogno di soddisfare il partner, spesso per non perderlo, con una motivazione di tipo affettivo/riparativo, e non di tipo desiderativo (Fritzer et al 2013).

Coerentemente con questo dato, una proporzione significativamente più alta di donne con endometriosi rispetto ai controlli ammette di avere profondi sensi di colpa verso il partner (Fritzer et al 2013).

L'ambito della relazione di coppia resta comunque nell'ombra del silenzio diagnostico nella maggioranza delle consulenze cliniche per endometriosi (Pluchino et al 2016).

- Ha una vita sessuale attiva? Se sì:
- Va tutto bene, o ha dolore ai rapporti o altri sintomi sessuali?
- Se ha **dolore**, dove lo avverte:
 - all'entrata della vagina: "dispareunia introitale"
 - in profondità: "dispareunia profonda"
- Il dolore è presente "solo" al momento del rapporto o lascia poi un senso di bruciore all'entrata della vagina (**vestibolite vulvare/vestibolodinia provocata**)?
- Ha notato la comparsa di cistiti, 24-72 ore dopo il rapporto?**
- Ha dolore alla defecazione ("dischezia")** soprattutto in fase mestruale, associato a un peggioramento del dolore ai rapporti?
- Oltre al **dolore**, ha altri disturbi sessuali? Per esempio, una riduzione:
 - del desiderio sessuale
 - dell'eccitazione mentale e genitale
 - della capacità orgasmica, coitale anzitutto
 - della soddisfazione sessuale
- Ha notato la tendenza a evitare i rapporti ("evitamento sessuale") a causa del dolore e dei diversi sintomi sessuali?
- Ha notato una franca **avversione sessuale**?
- Il suo partner ha lamentato disturbi sessuali personali (scarso desiderio, difficoltà di erezione, eiaculazione precoce) in risposta ai suoi problemi sessuali?

Tab. 3 - Endometriosi: domande sessuologiche fondamentali A. Graziottin 2018

Il partner stesso può sviluppare sintomi sessuali (caduta del desiderio, difficoltà di mantenimento dell'erezione, eiaculazione precoce) che vanno quindi indagati e trattati, in collaborazione con il collega uroandrologo.

PROSPETTIVE TERAPEUTICHE

Il primo obiettivo pragmatico per migliorare la sessualità delle donne con endometriosi è **ridurre tutte le forme di dolore da essa causate**.

Le strategie efficaci includono il ridurre:

- **le fluttuazioni ormonali**, specie estrogeniche, responsabili della degranulazione mastocitaria massiva,
- **l'intervallo libero da ormoni, da 7 a 2 giorni** tra una confezione di contraccezione e l'altra (*Hormone Free Interval, HFI*) (Graziottin 2015), oppure optare per un ciclo ogni tre mesi o meno,
- **il numero di mestruazioni complessivo**,

• **l'infiammazione tissutale, pelvica, sistemica, cerebrale** (neuroinfiammazione), con l'obiettivo di indurre il **silenziamento mestruale (amenorrea)**, o un ciclo minimo per durata e intensità, così da ridurre in parallelo tutti i sintomi di dolore correlati (Graziottin 2015).

La riduzione del dolore mestruale si può quindi ottenere con estrogeni in continua (orali, transdermici, anello contraccettivo vaginale), con progestinici in continua, con spirali medicate al levonorgestrel: tanto prima, rispetto all'esordio dei sintomi suggestivi di endometriosi, tanto meglio.

La terapia di rilassamento dell'ipertono del muscolo elevatore (*biofeedback elettromiografico*) è poi indicata in tutti i casi di dispareunia introitale/vestibolite vulvare.

Uno specifico lavoro sessuologico è poi indicato per le donne che presentino significative comorbidità sessuali che non si risolvono con un'adeguata terapia dell'endometriosi.

Bibliografia

- Barbara G, Facchin F, Buggio L, Somigliana E, Berlanda N, Kustermann A, Vercellini P. What Is Known and Unknown About the Association Between Endometriosis and Sexual Functioning: A Systematic Review of the Literature, *Reprod Sci.* 2017 Dec;24(12):1566-1576. doi: 10.1177/1933719117707054. Epub 2017 May 31.
- Boeri L, Capogrosso P, Ventimiglia E, Scano R, Graziottin A, Dehò F, Montanari E, Montorsi F, Salonia A. Six out of ten women with recurrent urinary tract infections complain of distressful sexual dysfunction - A case-control study. *Sci Rep.* 2017 Mar 15; 7: 44380.
- Fairbanks F, Abdo CH, Barakat EC, Podgaec S. Endometriosis doubles the risk of sexual dysfunction: a cross-sectional study in a large amount of patients. *Gynecol Endocrinol.* 2017 Jul;33(7):544-547. doi: 10.1080/09513590.2017.1302421. Epub 2017 Mar 28.
- Fritzer N, Haas D, Oppelt P, Renner S, Hornung D, Wölfler M, Ulrich U, Fischerlehner G, Sillem M, Hudelist G. More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013 Jul;169(2):392-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.04.001. Epub 2013 May 1.
- Graziottin A. "The shorter, the better": a review of the evidence for a shorter contraception hormone-free interval. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.* 2015 Aug 20:1-13. [Epub ahead of print]
- Graziottin A, Gambini D. Evaluation of genito-pelvic pain penetration disorder. In: Waguish W.I. (Ed), *The Textbook of Sexual Medicine*, Springer Verlag 2017
- Graziottin A, Gambini D, Bertolasi L. Genital and sexual pain in women. In: Vodusek D, Boller F. (Eds), *Neurology of Sexual and Bladder Disorders (Handbook of Clinical Neurology, Volume 130, 3rd Series)*, Elsevier, 2015, p. 395-41
- Graziottin A, Murina F. Vulvar pain from childhood to old age. *Springer Verlag* 2017
- Montanari G, Di Donato N, Benfenati A, Giovanardi G, Zannoni L, Vicenzi C, Solfrini S, Mignemi G, Villa G, Mabrouk M, Schioppa C, Venturoli S, Seracchioli R. Women with deep infiltrating endometriosis: sexual satisfaction, desire, orgasm, and pelvic problem interference with sex. *J Sex Med.* 2013 Jun;10(6):1559-66.
- Pluchino N, Wenger JM, Petignat P, Tal R, Bolmont M, Taylor HS, Bianchi-Demicheli F. Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of the disease and consequences of treatment. *Hum Reprod Update.* 2016 Nov; 22(6):762-774
- Salonia A, Clementi MC, Graziottin A, Nappi RE, Castiglione F, Ferrari M, Capitanio U, Damiano R, Montorsi F. Secondary provoked vestibulodynia in sexually-active women with recurrent uncomplicated urinary tract infections. *J Sex Med.* 2013 Sep; 10 (9): 2265-73

PATOLOGIE GINECOLOGICHE BENIGNE E DOLORE:



come scegliere
il meglio fra terapie
mediche
e chirurgiche

MILANO
25 MAGGIO 2018

**ATTI E APPROFONDIMENTI
DI FARMACOLOGIA**

a cura di Alessandra Graziottin

8.00 - 8.45 Registrazione

8.45 - 9.00 Apertura dei lavori

Letture magistrale

9.00 - 9.30

L'adolescente con dolore ginecologico: quando la prima scelta è la terapia medica

Vincenzina Bruni (Firenze)

Introducono: Alessandra Graziottin (Milano)

e Vincenzo Stanghellini (Bologna)

**09.30
11.00**

Il dolore mestruale e pelvico nella donna giovane: la prospettiva chirurgica

Moderatori: Filippo Murina (Milano) e Rodolfo Siritto (Genova)

9.30-9.50

Neuroanatomia pelvica e implicazioni chirurgiche

Marcello Ceccaroni (Verona)

9.50-10.10

Dolore pelvico nell'adolescente: quando la prima scelta è chirurgica

Mario Meroni (Milano)

10.10-10.30

I trigger anorettali del dolore pelvico

Aldo Infantino (Pordenone)

10.30-10.45

Discussione

10.45-11.00

Coffee Break

Letture magistrali

**11.00
12.00**

11.00-11.30

Cervello viscerale e dolore: il ruolo dell'intestino

Vincenzo Stanghellini (Bologna)

Introducono: Alessandra Graziottin (Milano)

e Riccardo Torta (Torino)

11.30-12.00

Letture magistrale

Endometriosi: il punto sul dolore e gli errori da non commettere

Edgardo Somigliana (Milano)

Introducono: Vincenzina Bruni (Firenze) e

Mario Meroni (Milano)

**12.00
13.15**

Endometriosi e dolore: come scegliere fra terapia medica e terapia chirurgica

Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano) e Aldo Infantino (Pordenone)

12.00-12.20

Strategie terapeutiche di nuova generazione e protezione della fertilità

Stefano Luisi (Siena)

12.20-12.40

Prevenzione delle complicità nella chirurgia per endometriosi

Marcello Ceccaroni (Verona)

12.40-13.00

Endometriosi e sessualità, fra omissioni diagnostiche e opportunità terapeutiche

Alessandra Graziottin (Milano)

13.00-13.15

Discussione

13.15-14.00 Lunch

Lettura magistrale

14.00
14.30

14.00-14.30 Contraccezione estroprogestinica e sintomi mestruali: impatto sulla salute della donna

Franca Fruzzetti (Pisa)

*Introducono: Alessandra Kustermann (Milano)
e Stefano Luisi (Siena)*

14.30
15.40

Fibromi uterini: strategie di personalizzazione terapeutica

Moderatori: Franca Fruzzetti (Pisa) e Alessandra Graziottin (Milano)

14.30-14.50 Fibromi uterini e infertilità

Alessandro Fasciani (Genova)

14.50-15.10 Fibromatosi uterina: ruolo della miolisi in radiofrequenza

Rodolfo Sirito (Genova)

15.10-15.30 Fibromatosi uterina fra progetti di vita e bivi terapeutici

Alessandra Graziottin (Milano)

15.30-15.40 Discussione

15.40
18.00

Il dolore pelvico, vulvare e vaginale: prospettive terapeutiche

*Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano), Filippo Murina (Milano)
e Vincenzo Stanghellini (Bologna)*

15.40-16.00 Dolore pelvico neuropatico, tra sistema nervoso centrale e cervello viscerale: quali terapie farmacologiche?

Riccardo Torta (Torino)

16.00-16.20 Dolore da candida, herpes e flogosi croniche vulvovaginali: dalla diagnosi ai protocolli terapeutici

Filippo Murina (Milano)

16.20-16.40 Dolore vulvo-vaginale, atrofia vulvo-vaginale e comorbidità sessuali, proctologiche, vescicali, sistemiche: terapie farmacologiche su indicazioni del Progetto Vu-Net

Alessandra Graziottin (Milano)

16.40-17.00 Dolore vulvare e disfunzione del pavimento pelvico: dalla semeiotica alle scelte fisioterapiche

Arianna Bortolami (Padova)

17.00-17.30 Discussione plenaria

17.30-18.00 Conclusioni

*Alessandra Graziottin (Milano), Rodolfo Sirito (Genova)
e Vincenzo Stanghellini (Bologna)*

18.00 Test ECM

| | |
|--|----------------|
| Prefazione | <i>Pag. 07</i> |
| Neuroanatomia pelvica e implicazioni chirurgiche | <i>Pag. 08</i> |
| Dolore pelvico nell'adolescente, quando la prima scelta è chirurgica | <i>Pag. 09</i> |
| I trigger anorettali del dolore pelvico | <i>Pag. 15</i> |
| Cervello viscerale e dolore: il ruolo dell'intestino | <i>Pag. 21</i> |
| Endometriosi: nuove strategie terapeutiche e fertilità | <i>Pag. 27</i> |
| Prevenzione delle complicanze nella chirurgia per endometriosi | <i>Pag. 34</i> |
| Endometriosi e sessualità, fra omissioni diagnostiche e opportunità terapeutiche | <i>Pag. 35</i> |
| Contraccezione estroprogestinica e sintomi mestruali: impatto sulla salute della donna | <i>Pag. 40</i> |
| Miomi e fertilità | <i>Pag. 44</i> |
| Miolisi in radiofrequenza: ablazione mirata dei miomi per via transvaginale, isteroscopica e laparoscopica - In singolo o multi-accesso | <i>Pag. 52</i> |
| Fibromatosi uterina fra progetti di vita e bivi terapeutici | <i>Pag. 56</i> |
| Dolore da candida, herpes e flogosi croniche vulvovaginali: dalla diagnosi ai protocolli terapeutici | <i>Pag. 61</i> |
| Vu-Net: Dati preliminari del primo Progetto italiano per lo studio e la formazione medica sul dolore vulvare | <i>Pag. 65</i> |
| Dolore vulvare e disfunzione del pavimento pelvico: dalla semeiotica alle scelte fisioterapiche | <i>Pag. 71</i> |