

Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia

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

Pacik PT.

Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia

Aesthetic Plast Surg. 2011 Dec; 35 (6): 1160-4. Epub 2011 May 10

Analizzare **l'efficacia della tossina botulinica nella cura del vaginismo** e sollecitare una maggiore attenzione clinica nei confronti di questa patologia, richiamando al tempo stesso il contributo tecnico che i chirurghi plastici possono dare al progressivo affinamento della terapia: è questo l'obiettivo del lavoro di P.T. Pacik, della Plastic Surgery Professional Association di Manchester, New Hampshire (Stati Uniti).

Il vaginismo è una condizione ancora insufficientemente compresa, che colpisce l'1-7% delle donne in tutto il mondo. E' un disturbo sessuale caratterizzato da una contrazione involontaria dei muscoli che circondano la vagina, e da paura e angoscia della penetrazione, associate a variabile fobia del rapporto: è dunque molto simile a qualsiasi riflesso mirato a evitare un danno reale o presunto. E' la causa più frequente di matrimonio non consumato.

La gravità del disturbo dipende da **tre fattori**: intensità dello spasmo muscolare, valutato in quattro gradi; gravità della fobia (lieve, media o severa); presenza di fattori psicosessuali, personali o di coppia, che concorrano alla genesi o al mantenimento del sintomo. Per la descrizione dettagliata delle sue caratteristiche cliniche rimandiamo ai numerosi documenti pubblicati sul sito della Fondazione, anche in questa sezione di flash internazionali sulla ricerca medica più autorevole e recente.

Le **cause fisiche e biologiche** del vaginismo sono state trascurate per decenni, in quanto se ne vedeva solo la componente psichica. Esse sono invece molto potenti e concorrono a spiegare:

- la contrazione del muscolo elevatore;
- la fobia del rapporto;
- eventuali ostacoli anatomici alla penetrazione.

I **fattori psicosessuali** personali includono tutte le cause legate alla storia personale e/o familiare, al contesto sociale, all'educazione ricevuta, e che abbiano indotto o peggiorato la paura della penetrazione: inibizioni educative, eccessivo valore attribuito alla verginità, paura della deflorazione, paura di una gravidanza indesiderata, paura della gravidanza e del parto, immaturità psicosessuale, conflitti relativi all'identità sessuale e all'orientamento del desiderio. A volte la paura della penetrazione è legata a traumi emotivi specifici, come molestie o tentativi di violenza, indagini mediche dolorose, traumi accidentali con lesione dei genitali, mutilazioni genitali femminili rituali.

Spesso, infine, è la **coppia** a condividere una simmetrica paura rispetto alla penetrazione

(coppia disfunzionale): in questi casi, entrambi i partner sono alla prima scelta affettiva e sono arrivati vergini al matrimonio, normalmente per ragioni di fede religiosa, e hanno una scarsissima esperienza nell'intimità erotica.

Dopo aver introdotto il tema e i principali problemi clinici sul tappeto, P.T. Pacik presenta **la classificazione del vaginismo di Lamont**, utilissima a orientare il trattamento (Lamont J.A., Vaginismus, American Journal of Obstetrics & Gynecology, 1978, 131, p. 632-636, modificata da A. Graziottin):

I grado - Spasmo dell'elevatore, che scompare con la rassicurazione;

II grado - Spasmo dell'elevatore, che persiste durante la visita ginecologica;

III grado - Spasmo dell'elevatore e sollevamento delle natiche al solo tentativo di visita ginecologica;

IV grado - Spasmo dell'elevatore, inarcamento dorsale, adduzione delle cosce, difesa e retrazione;

XO - La paziente rifiuta la visita.

Nella seconda parte del lavoro l'autore studia l'uso terapeutico:

- delle iniezioni di **tossina botulinica**;
- delle iniezioni di **bupivacaina**;
- della **dilatazione vaginale** progressiva sotto anestesia.

Per quanto riguarda le iniezioni di **tossina botulinica di tipo A** (la stessa che viene utilizzata a livello cosmetico per rilassare i muscoli mimici del viso), Pacik osserva come la tecnica abbia ricevuto una crescente attenzione internazionale da quando è stata descritta per la prima volta nel 1997. E sottolinea come i chirurghi plastici, proprio grazie alla loro esperienza nell'uso di tale tecnica, possano dare un contributo significativo all'affinamento del suo utilizzo anche nella cura del vaginismo.

La terapia con tossina botulinica **è indicata quando**:

- l'ipertono del muscolo elevatore ha una componente genetica e/o neurodistonica; in altri termini, è presente una contrazione "miogena", ossia uno spasmo generato dal muscolo stesso: in questi casi il problema è primariamente biologico, e quindi la psicoterapia da sola non è indicata;
- la contrattura muscolare è comunque severa e non risponde alle terapie riabilitative più semplici, come lo stretching, l'automassaggio, la fisioterapia o il biofeedback di rilassamento.

Ricordiamo inoltre che:

- **la tossina viene iniettata con periodicità diversa**, a seconda della gravità dell'ipertono e della risposta della paziente;
- **il grado di rilassamento è variabile** e dipende: 1) dalla dose, che può essere aumentata nelle iniezioni successive, effettuate all'incirca ogni due-tre mesi; 2) dal grado della tensione muscolare di partenza;
- all'inizio, quando l'effetto della tossina si esaurisce, il muscolo tende a ritornare in ipertono. Il rilassamento indotto dal farmaco, però, **interrompe poco per volta il circolo vizioso paura-contrazione-dolore**;
- se in parallelo viene eseguita una terapia sessuologica adeguata, **il tono muscolare si assesta gradualmente su valori normali** e, a un certo punto, non c'è più bisogno di ulteriori iniezioni. Ecco perché normalmente bastano tre-sei applicazioni di tossina.