

la medicina sessuale...
le interferenze delle
problematiche
ginecologiche sulla
sessualità di coppia



Incontri della Società Medico Chirurgica di Ferrara
“Le età andrologiche” - 10 febbraio 2018



DOTT. GIORGIO CREMONINI

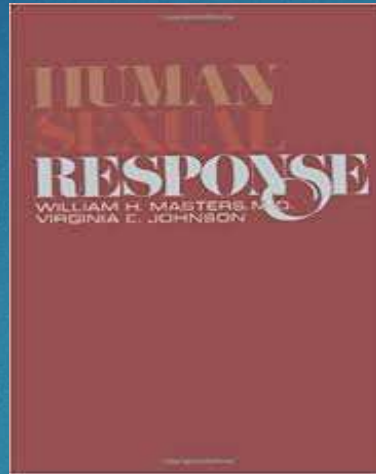
CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA – UNIVERSITA DEGLI STUDI DI FERRARA

DIRETTORE: PROF. PANTALEO GRECO

E' un evento biologico multisistemico...

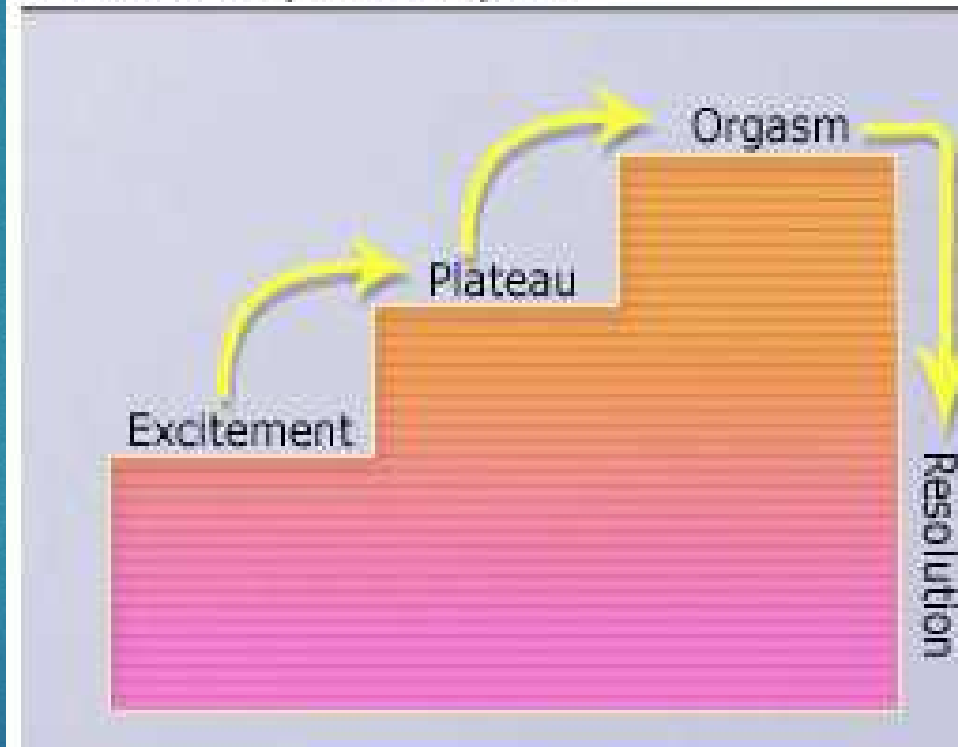


William Masters (1915-2001)
Virginia Johnson (1925-2013)



Four stage model of the sexual response

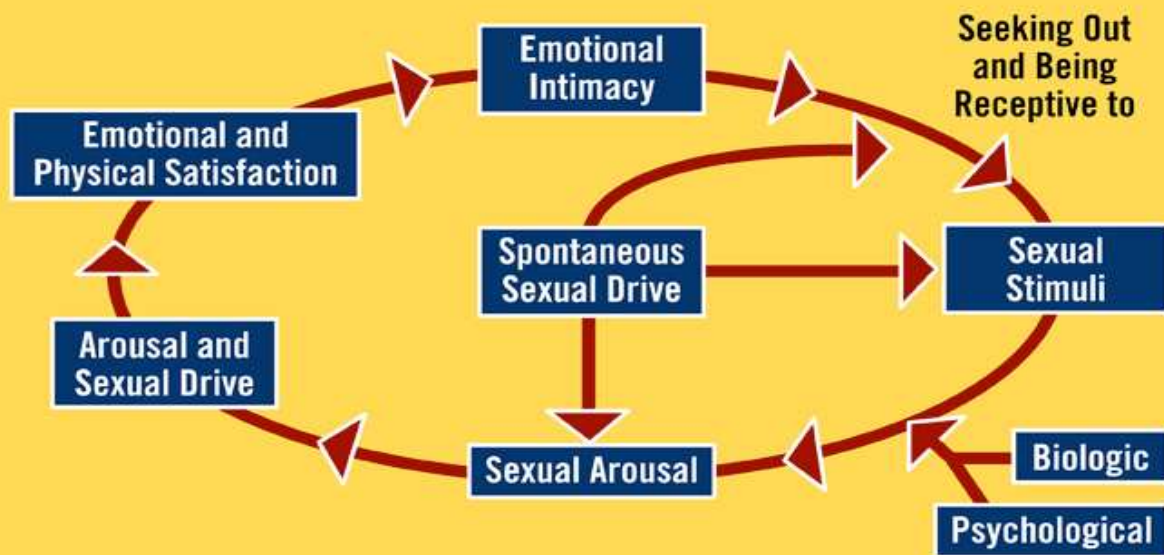
Sexual Response Cycle



Incontro SMC 10 febbraio 2018 "Le età andrologiche" – Dott. Giorgio Cremonini

... ma anche multifattoriale!

Figure.
Female Sexual Response Cycle



Basson R. *Med Aspects Hum Sex*. 2001;41-42. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Therapy*. 2001;27:33-43. Adapted with permission.

Kingsberg SA, Knudson G.

L'eccitamento sessuale nella donna è un **evento complesso** che è in stretta **correlazione** con la **componente psicologica**

MODELLO CIRCOLARE DI BASSON

(Basson R, *Obstet Gynecol* 2001;98:350-

da considerare:

Circularità del modello: interazioni dinamiche fra le diverse dimensioni sia in senso frenante (feed-back negativo) che stimolante (feedback positivo)

stretta interdipendenza delle diverse fasi

introduzione della quarta dimensione, la

risoluzione/soddisfazione, quale momento di sintesi psicoemotiva nell'esperienza sessuale

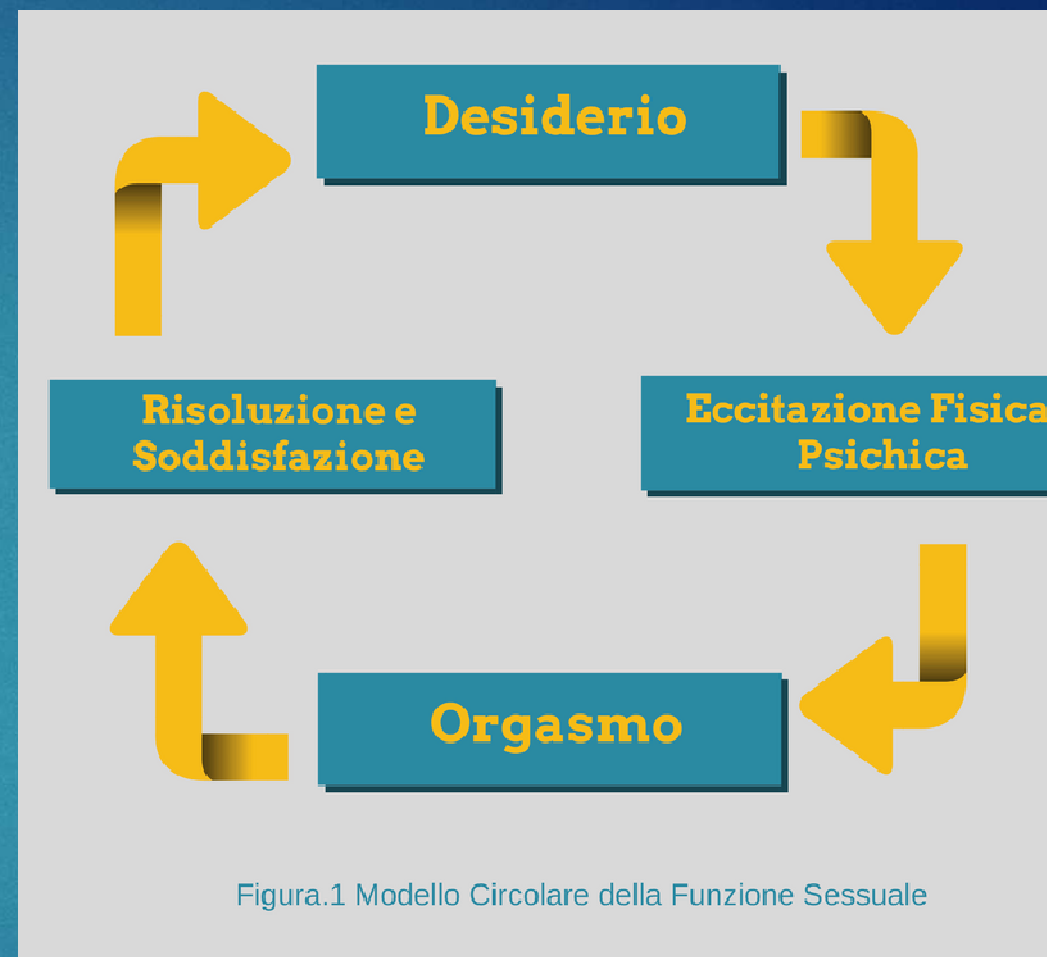


Figura.1 Modello Circolare della Funzione Sessuale

Disfunzioni sessuali: un continuum verso la patologia

Insoddisfazione

potenziale integrità
della risposta
fisiologica ma
frustrazione emotivo-
affettiva



Disfunzione

Con o senza
modificazioni
patologiche



Patologia

Radicazione
nel biologico

Si parla di "disfunzione sessuale" ogni qualvolta si generi un variabile grado di *disagio e sofferenza (distress) personale e interpersonale*.

Classificazione delle disfunzioni sessuali (DMS-5)

Disturbi del desiderio sessuale

- Disturbo da desiderio sessuale ipoattivo
- Disturbo di avversione sessuale

Disturbi dell'eccitazione sessuale

- Disturbi dell'eccitazione sessuale femminile
- Disturbo maschile dell'erezione

Disturbi dell'orgasmo

- Disturbo dell'orgasmo femminile/maschile
- Eiaculazione Precoce

Disturbi da Dolore Sessuale

- Dispareunia
- Vaginismo

Disfunzioni Sessuali Dovute ad una Condizione Medica Generale

Disfunzione Sessuale Indotta da Sostanze



Comorbidity sessuale

Nell'uomo e nella donna, differenti disfunzioni sessuali possono coesistere: si parla di **comorbidity sessuale**.



- ▶ **La comorbidity sessuale è più frequentemente riportata dalle donne** (per es. disturbo del desiderio e dispareunia da secchezza vaginale)
- ▶ **Una seconda importante comorbidity è presente, in uomini e donne, tra condizioni mediche e disfunzioni sessuali.**



Disturbi del desiderio sessuale

Il desiderio in entrambi i sessi:

- declina con l'età, con una caduta maggiore nelle donne
- È relativamente costante e continuo nell'uomo
- Nella donna è fisiologicamente discontinuo, anche in età fertile (ciclo mestruale, gravidanza, puerperio e menopausa).

Desiderio sessuale ipoattivo (Hypoactive Sexual Desire Disorder)

persistente o ricorrente carenza o assenza di fantasie sessuali, e/o desiderio, o recettività per l'attività sessuale

Avversione sessuale (Sexual Aversion Disorder):

persistente o ricorrente avversione fobica con evitamento del contatto con un partner sessuale.



Disturbi dell'eccitazione e dell'orgasmo

Disturbi dell'eccitazione

Persistente o ricorrente incapacità ad ottenere o mantenere un sufficiente eccitamento sessuale

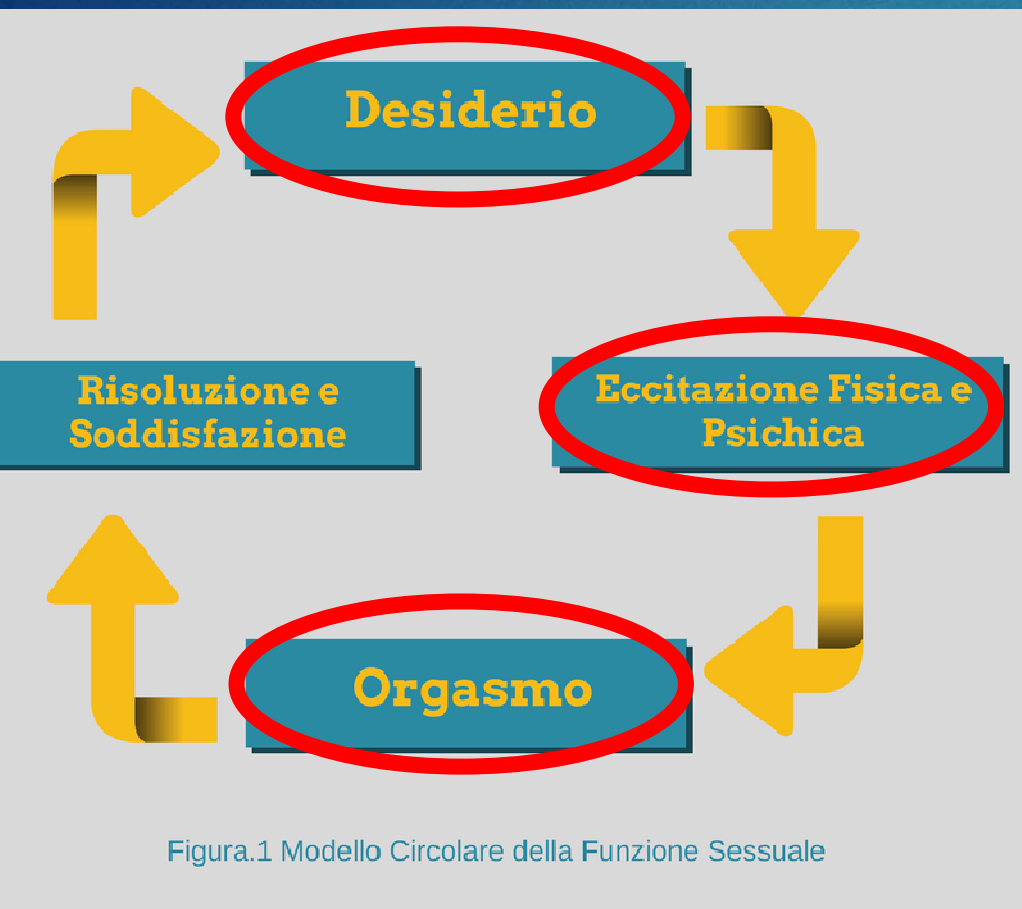
Può essere espresso come mancanza di eccitazione soggettiva mentale, di eccitazione genitale (lubrificazione/congestione) o di altre risposte somatiche.

Disturbo dell'orgasmo

Persistente o ricorrente difficoltà a raggiungere l'orgasmo, nonostante un adeguato stimolo ed eccitamento



Ormoni e sessualità: un rapporto molto stretto



Influenza degli ormoni su diverse dimensioni della sessualità a tutte le età!!

Tabella 8.2

ORMONI E DESIDERIO SESSUALE

Androgeni

- Iniziatori centrali, modulatori periferici

Estrogeni

- Modulatori centrali e periferici

Progestinici

- Inibitori centrali moderati
- forti inibitori se di tipo antiandrogenico
- facilitatori se di tipo androgenico

Prolattina

- Inibitore centrale a dosi crescenti

Ormoni tiroidei

- Modulatori centrali

Ossitocina

- Modulatore centrale

Vasopressina

- Modulatore centrale

Disfunzioni Sessuali Femminili (FSD): prevalenza

- ▶ Le FSD **hanno un'alta prevalenza**, che varia dall'8 al 32% in età fertile, ancora maggiore dopo la menopausa
- ▶ Il 33.4% delle donne lamenta scarso desiderio sessuale, il 24,1% ha difficoltà orgasmiche, il 18,8 % riporta difficoltà di eccitazione, il 14.4% ha dolore ai rapporti, il 21,2% trova il sesso non piacevole.

(Graziottin A, SIGITE 2000; LAUMANN EO e coll, JAMA, 1999; 281:537-544; Graziottin A, Climacteric 2001; 4: 4-6)



Disfunzioni Sessuali Femminili (FSD)

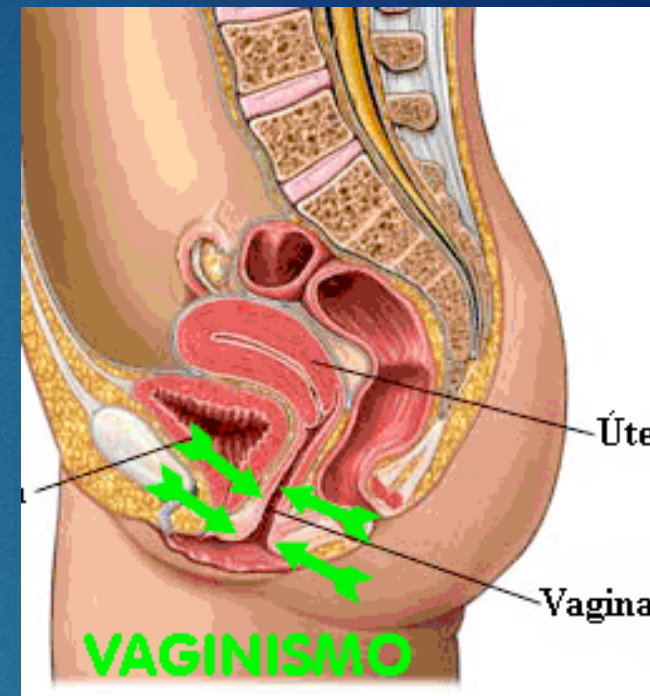
- ▶ sono un **disturbo età-correlato**, con l'eccezione della dispareunia.
- ▶ Il ruolo dei fattori biologici aumenta con l'età, analogamente a quanto succede negli uomini, anche per il sovrapporsi di comorbidità mediche
- ▶ L'incidenza di alcuni disturbi è propria di alcune fasce di età

Analizziamo insieme le varie cause di disfunzioni Sessuali Femminili partendo da quelle che si manifestano nell'età fertile a quelle della età avanzata



Il vaginismo

- Il vaginismo è caratterizzato da fobia e angoscia della penetrazione e a una contrazione muscolare riflessa, e quindi involontaria, dei muscoli che circondano la vagina.
- Stime: 1-2% delle donne in età fertile
- Gradi variabili di manifestazione: dalla completa incapacità di avere un rapporto alla dispareunia superficiale.



Conseguenze sul partner per la paura di «violare» la donna: deficit erettile, incapacità di mantenere l'erezione, perdita del desiderio, eiaculazione precoce.

Il circuito del dolore sessuale nel vaginismo



© A. Graziottin, 2008

Vaginismo → vestibolite vulvare

- **Fattori psicologici e culturali:** pregressi abusi, attaccamento morboso ai genitori, fobie neurobiologiche, educazione restrittiva
- **Fattori fisici (più rari):** infibulazione, imene fibroso e rigido, agenesia vaginale, traumi, infezioni ricorrenti.

Possibilità di trasformazione di un disturbo su base psico-comportamentale ad uno su base biologica!



Vestibolite vulvare

infiammazione della mucosa del vestibolo della vagina, ossia dei tessuti posti all'entrata della vagina.

Graziottin A. Vulvar Vestibulitis Syndrome: clinical approach - Journal of Sexual Marital Therapy, 20

Dispareunia → vaginismo secondario



Vaginismo: diagnosi e terapia

DIAGNOSI

- ▶ Escludere le rare cause fisiche ed eventualmente trattare
- ▶ Lo specialista deve focalizzarsi sul grado di fobia, sulla gravità della situazione e sull'ipertono dei muscoli elevatori anali

TRATTAMENTO

- ▶ trattamenti psico-sessuologici (rimuovere le eventuali cause, imparare a rilassare i muscoli)
- ▶ Eventuale terapia farmacologica in associazione (SSRI, Diazepam)
- ▶ Tossina botulinica su elevatore dell'ano in caso di vaginismo severo (consentire una più rapida progressione del lavoro psicosessuale)
- ▶ Sconsigliati gli interventi chirurgici (a meno che non si riconosca una causa anatomica trattabile)



La dispareunia

La dispareunia colpisce il 15-19% delle donne in età fertile, fino al 31-39% di quelle in postmenopausa.



In relazione alla *sede del dolore*, distinguiamo la dispareunia:

- **introitale (o superficiale) e mediovaginale**: quando i disturbi sono localizzati all'introito o nel primo tratto della vagina e compaiono anche ai primi tentativi di penetrazione
- **profonda**: quando il dolore si verifica a penetrazione completa ed è descritto spesso come forte e lacerante, tale da bloccare il rapporto.



La dispareunia: le cause

Il ginecologo è responsabile della diagnosi medica del dolore sessuale nella donna!

Cause biologiche

Di dispareunia superficiale e mediovaginale:

- infettive/infiammatorie: vulviti, vestiboliti vulvari, vaginiti
- ormonali: atrofie e distrofie vulvo-vaginali;
- anatomiche: imene cribroso, fibroso, agenesia vagina
- muscolari
- iatrogene
- neurologiche, incluso il dolore neuropatico
- connettive e immunitarie
- vascolari

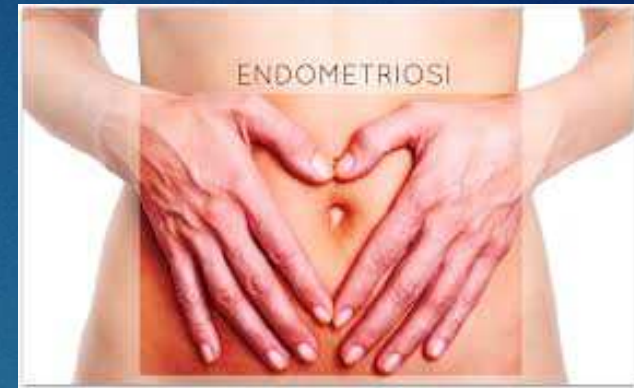
Di dispareunia profonda:

- endometriosi
- malattia infiammatoria pelvica (PID)
- varicocele pelvico
- dolori mialgici riferiti
- esiti di radioterapia pelvica ed endovaginale
- sindrome da intrappolamento dei nervi pudendi



Dispareunia ed endometriosi

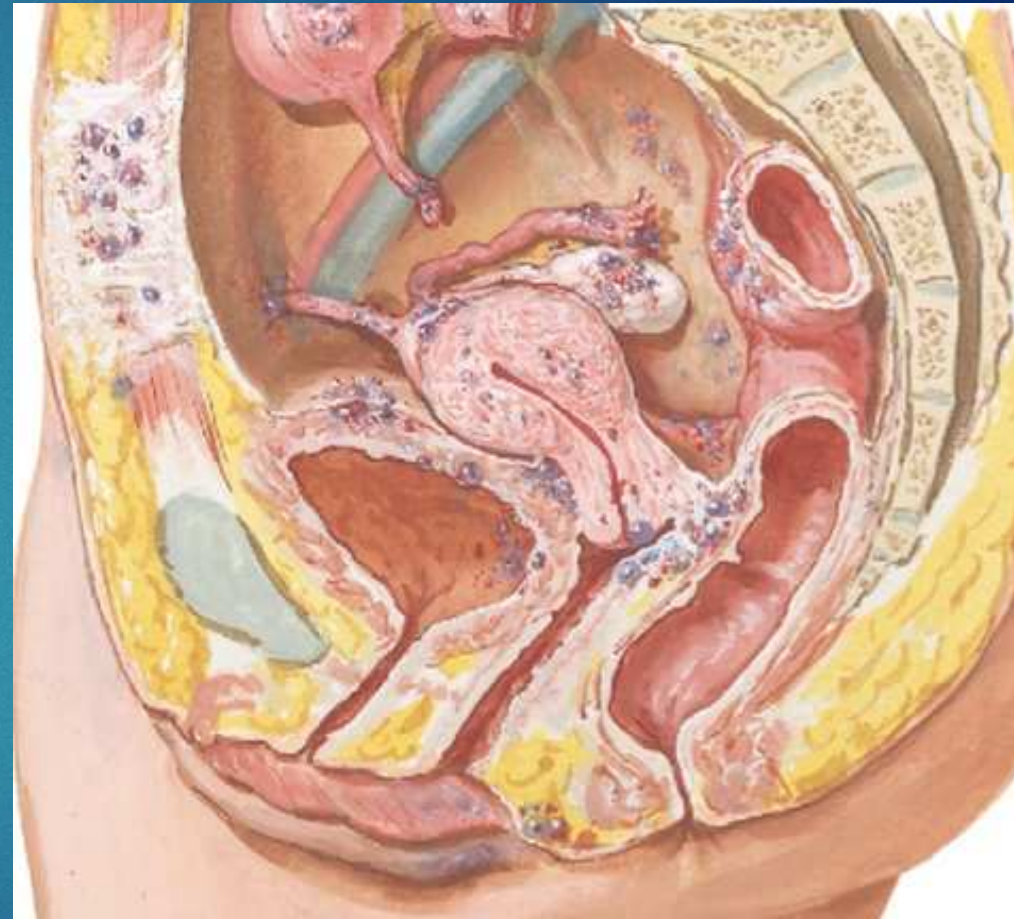
Più frequente causa di dispareunia, in particolare profonda, nelle donne in età fertile



- ▶ Localizzazione ectopica di tessuto endometriale rispondente alla stimolazione ormonale. Si definisce profonda (DIE: deep infiltrating endometriosis) quando penetra per più di 5 mm al di sotto del peritoneo
- ▶ Si stima ne siano affette quasi 10% delle donne in età fertile, causa principale di dolore pelvico cronico nelle donne in età fertile e più frequente fra le donne infertili

Endometriosi profonda e dispareunia profonda!

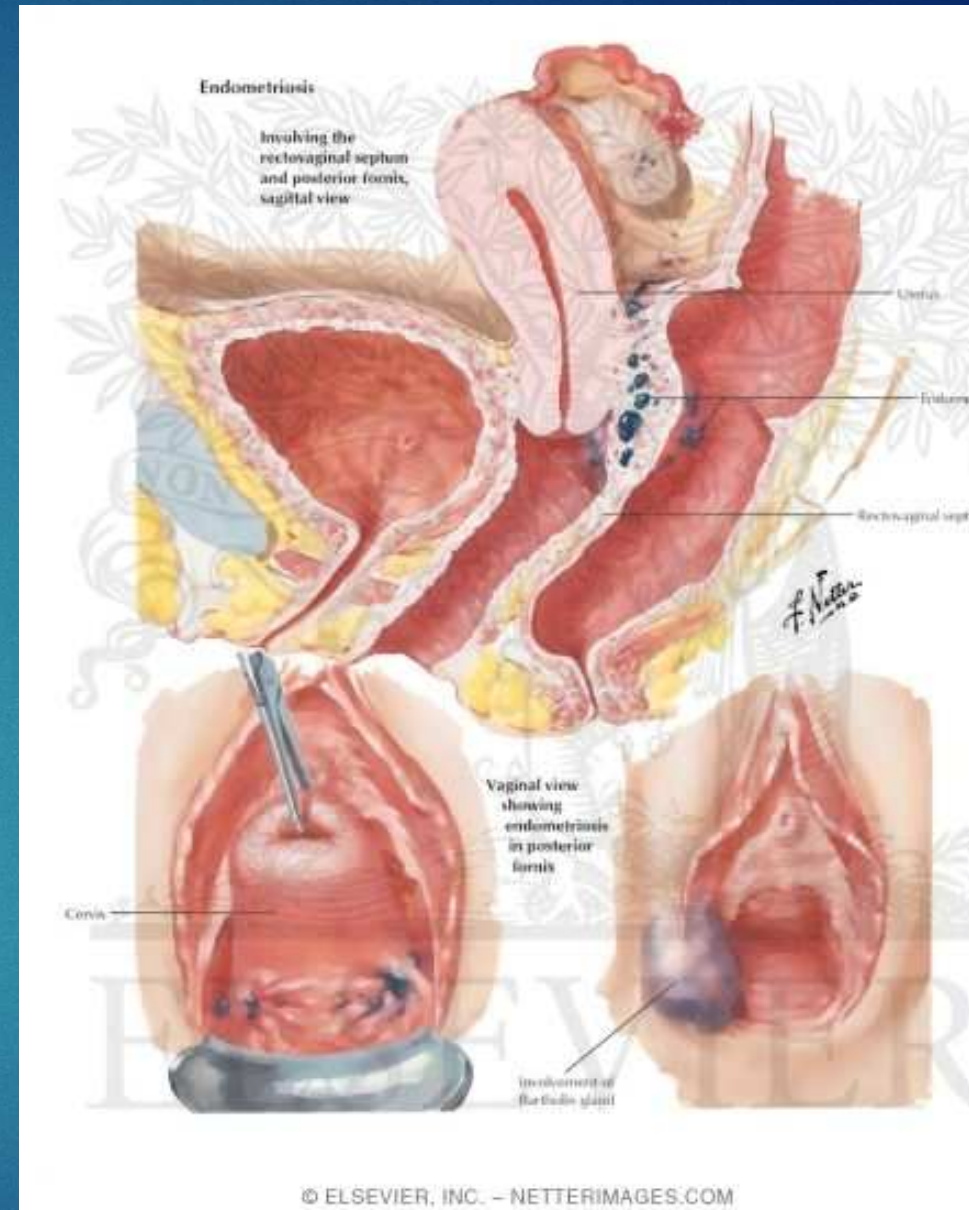
- ▶ Corredo sintomatologico variabile con sintomi dipendenti dalle varie localizzazioni, di cui la **dismenorrea è il sintomo cardine**
- ▶ La dispareunia profonda è presente nel 25-40% dei casi
- ▶ tipica delle pazienti con localizzazioni di endometriosi profonda compartimento posteriore/medio

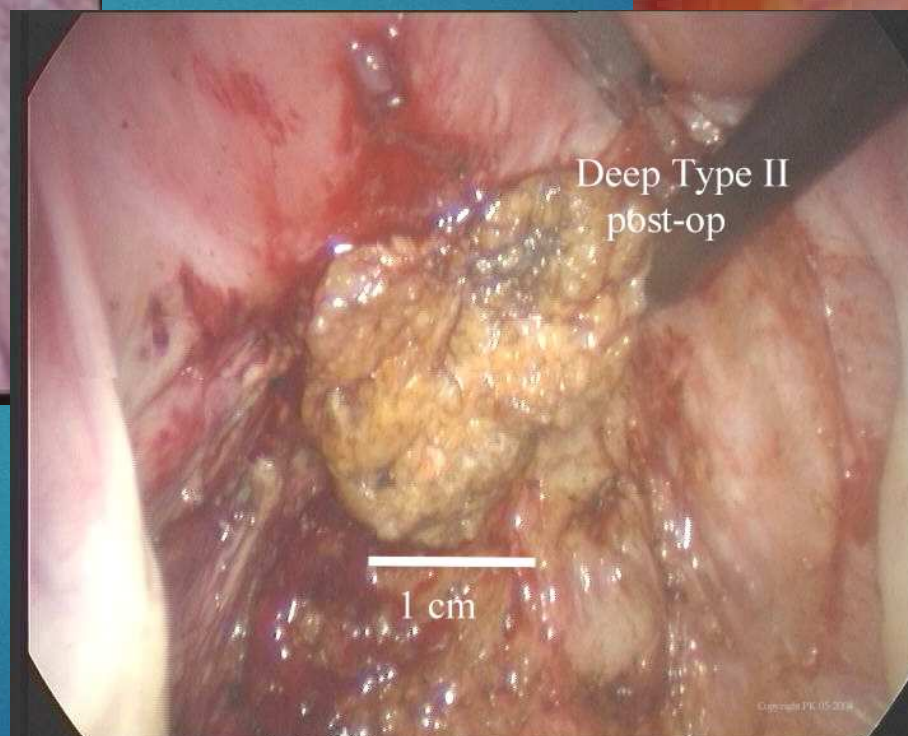
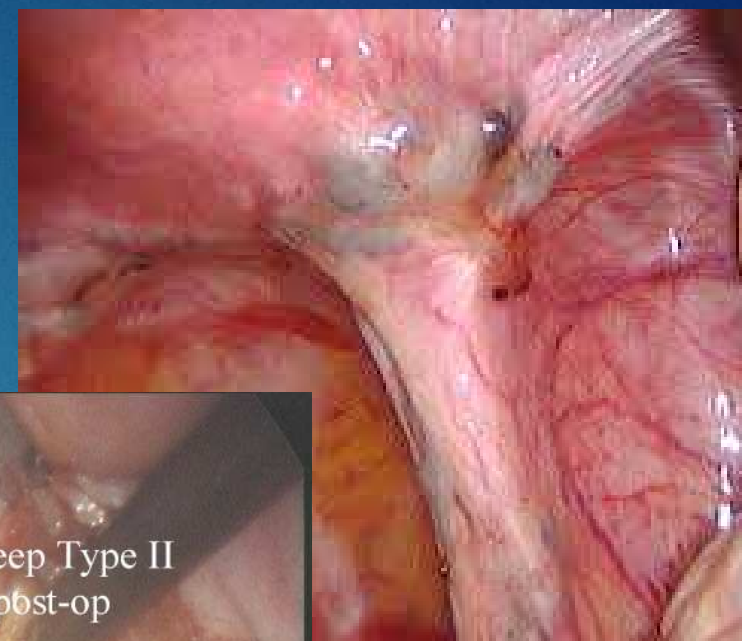


Endometriosi profonda e dispareunia profonda!

Le localizzazioni di DIE più correlate a dispareunia sono:

- ▶ **sui legamenti utero-sacrali** (che posteriormente uniscono l'utero, e la parte profonda della vagina, all'osso sacro);
- ▶ **a livello del cavo di Douglas**
- ▶ **nel setto retto-vaginale** (lo strato di tessuti che separa la vagina dal retto)
- ▶ **a livello parametricale, paracervicale e nei fornici**





Incontro SMC 10 febbraio 2018 "Le età andrologiche" – Dott. Giorgio Cremonini

Quando il figlio non arriva: sessualità compromessa

The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2014; 19: 231–237

A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: Does fun end with baby making?

Isabella Piva, Giuseppe Lo Monte, Angela Graziano and Roberto Marci
Department of Morphology, Surgery and Experimental Medicine, University of Ferrara, Ferrara, Italy

Nella coppia infertile la sessualità di coppia rischia di perdere il valore erotico a scapito di fini principalmente procreativi

Marci et al. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012, **10**:140
<http://www.hqlo.com/content/10/1/140>



RESEARCH

Open

Procreative sex in infertile couples: the decay pleasure?

Roberto Marci^{1*}, Angela Graziano¹, Isabella Piva¹, Giuseppe Lo Monte¹, Ilaria Soave¹, Emilio Giugliano¹, Silvia Mazzoni¹, Roberta Capucci^{1*}, Maria Carbonara², Stefano Caracciolo² and Alfredo Patella¹

Incontro SMC 10 febbraio 2018 “Le età andrologiche” – Dott. Giorgio Cremonini



Terapia ormonale e sessualità: non sempre un beneficio

La contraccezione genererà più libertà nell'atto sessuale e meno paure circa le gravidanze indesiderate MA...



Aumento della Sex Hormon Binding Globulin
con riduzione del testosterone libero



calo della libido

Bassi livelli di estrogeni cronici nelle terapie
E/P a basso dosaggio estrogenico



possibile secchezza vaginale con
necessità di integrare la terapia con un
supplemento di terapie estrogeniche
locali

L'influenza di una terapia E/P sulla sessualità e umore della singola paziente è...
IMPREVEDIBILE!

Incontro SMC 10 febbraio 2018 "Le età andrologiche" – Dott. Giorgio Cremonini

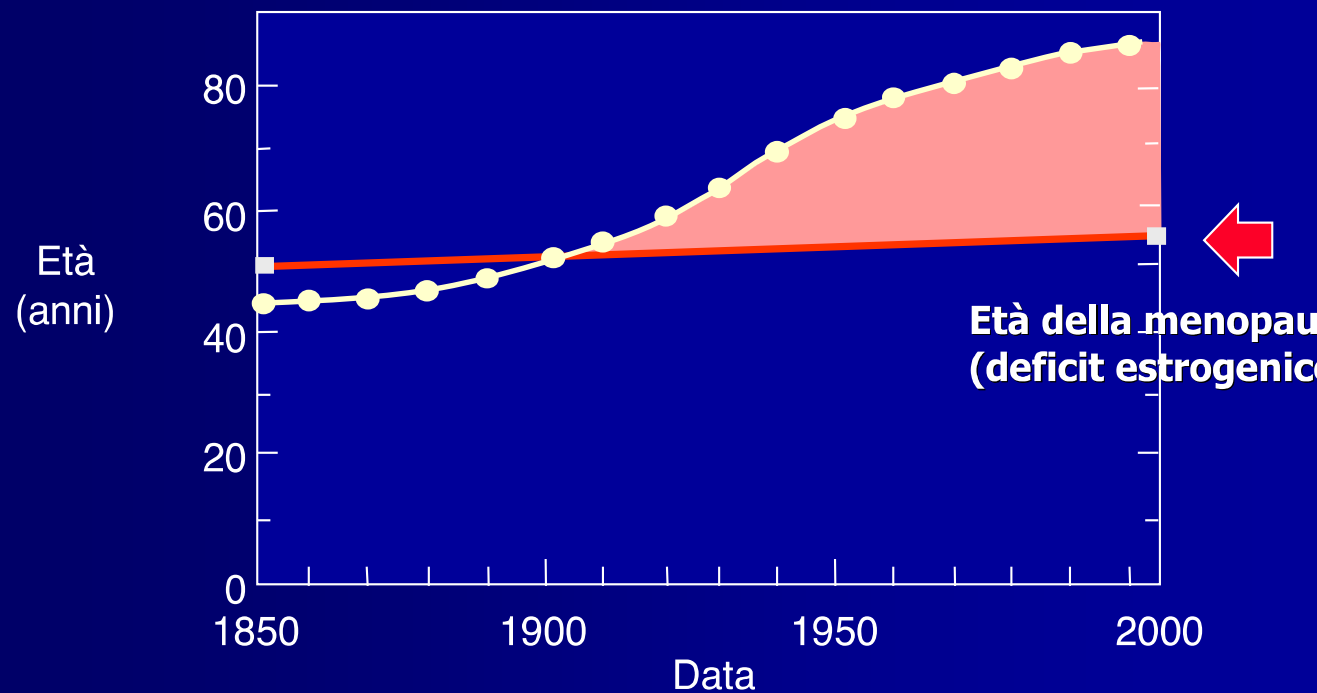


Sessualità in menopausa

Le donne passano ormai più di 1/3 della loro vita in menopausa

È doveroso curare e indagare la sessualità della coppia in questa fase della vita!

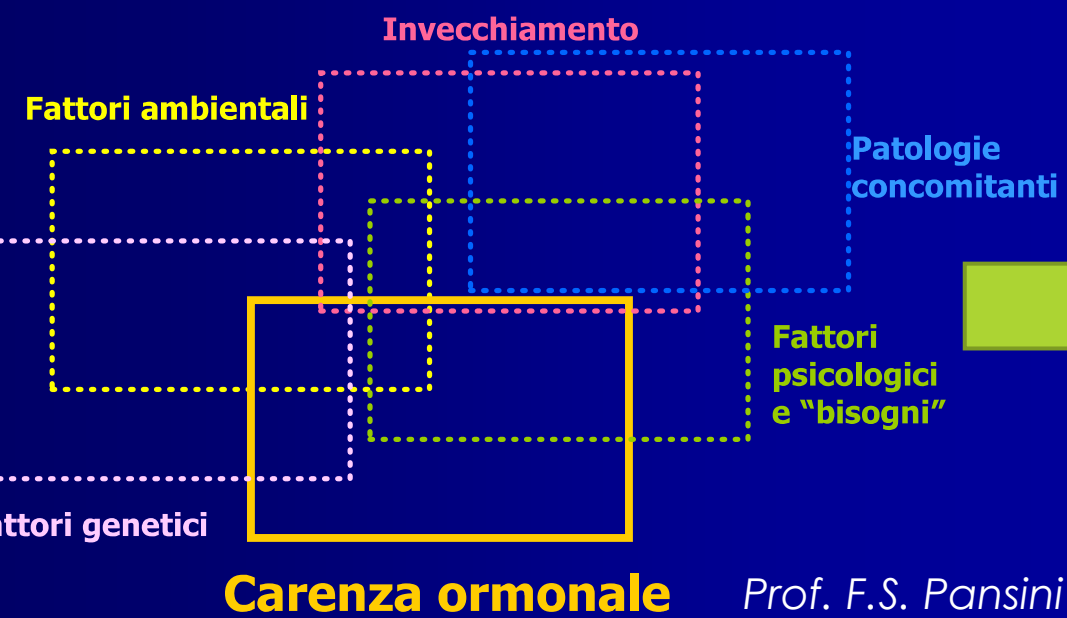
Età della Menopausa e aspettativa di Vita



Anderson RN. United States life tables, 1997. In: *National Vital Statistics Reports*. Hyattsville, Md: US Dept of Health and Human Services; 1999;47(28).

Menopausa: un cambiamento importante

Multifattorialità dei disturbi climaterici:
non solo la carenza ormonale

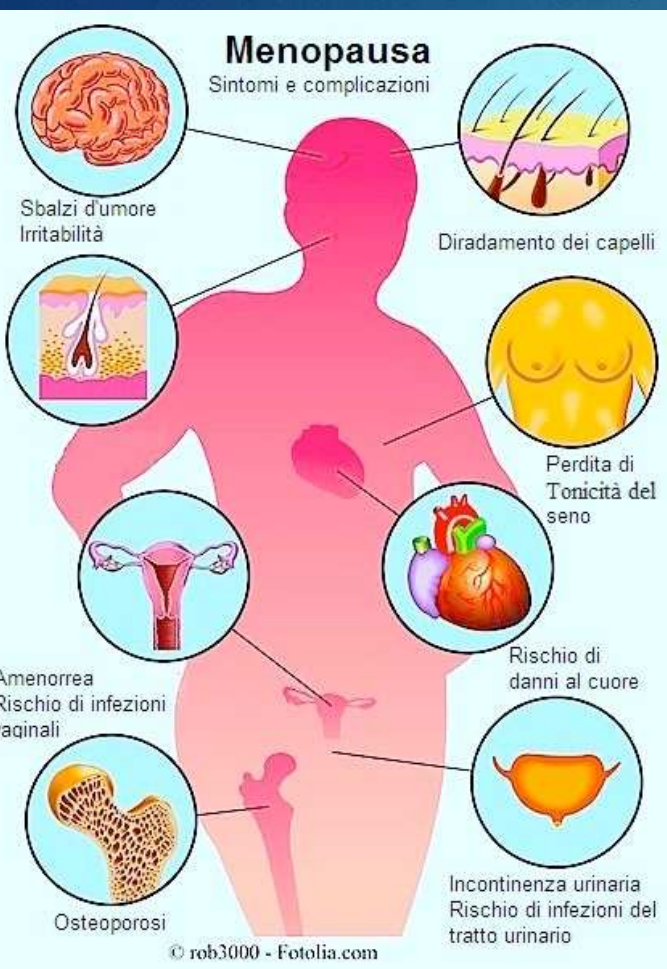


Sintomi psicologici-emozionali

Prof. F.S. Pansini

- ↓ Depressione
- ↓ Stanchezza
- ↓ Irritabilità
- ↓ Perdita di energia
- ↓ Perdita di memoria
- ↓ Mancanza di concentrazione
- ↓ Ansietà
- ↓ Diminuzione della libido

Menopausa: effetti sistemici e genitali



Sindrome genito-urinaria della menopausa

Condizione cronica, progressiva e, al contrario delle vampate, non si risolve con il tempo e senza trattamento.

Possono essere presenti alcuni o tutti fra:

- Secchezza vaginale e cutanea
- Dispareunia
- Pollachiuria e urgenza, infezioni ricorrenti
- prurito vulvare

Menopausa chirurgica (ancor peggio)... ☹️

Tabella 8.3 LIVELLI STEROIDEI MEDI NELLA DONNA (in pg/mL)

	Età riproduttiva	Menopausa naturale	Menopausa iatrogena
Estradiolo	100-150	10-15	10
Testosterone	400	290	110
Androstenedione	1 900	1 000	700
DHEA	5 000	2 000	1 800
DHEAS	3 000 000	1 000 000	1 000 000

DHEA, deidroepiandrosterone; DHEAS, deidroepiandrosterone solfato
(Da: Lobo R. Treatment of Postmenopausal Women. Boston: Lippincott; 1999.)

Le cellule del Leydig contenute nell'ilo ovarico, producono gli androgeni, anche dopo che le ovaie hanno ridotto la produzione di estrogeni.
Le donne sotto-poste a ovariectomia bilaterale vengono private di tutta la produzione androgenica ovarica

Incontro SMC 10 febbraio 2018 "Le età andrologiche" – Dott. Giorgio Cremonini



Sindrome Femminile da Carenza di Androgeni (FADS)

Disturbo particolarmente frequente nella menopausa chirurgica, specie se precoce

- ▶ Perdita di desiderio sessuale
- ▶ perdita di energia vitale
- ▶ scarsa assertività
- ▶ perdita di peli pubici
- ▶ riduzione della massa muscolare a favore di quella adiposa



(SANDS R., STUDD J., Am. J. Med. 98 (IA)76-79, Jan. 16, 1995)

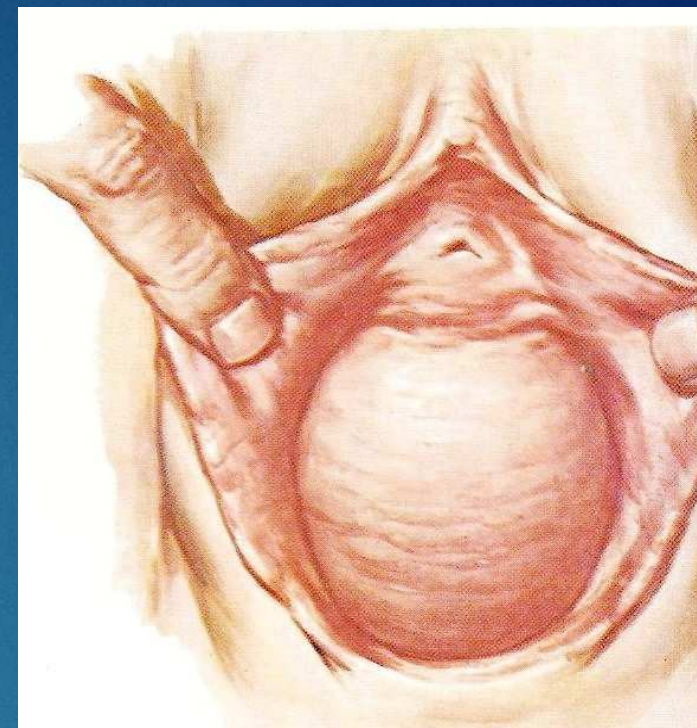
Prolasso genitale e sessualità di coppia

Impossibilità meccanica del rapporto nei casi più gravi

Limitazione/impossibilità nel rapporto per uso di pessario

Valutare l'attività sessuale prima della chirurgia e le aspettative della coppia in termini di sessualità post-intervento (anche con utilizzo di scale specifiche)

Terapia preoperatoria e postoperatoria con estrogeni vaginali locali



Prolasso genitale e sessualità di coppia

Scelta dell'intervento migliore anche in considerazione delle aspettative sulla sessualità

Isterectomia vaginale
Vs interventi sospensivi
laparoscopici

Inevitabile anche se
lieve accorciamento
della vagina
Da prediligere per
pazienti più anziane e
meno attive
sessualmente

Colpoperineoplastiche
posteriori e raffia elevatori
dell'ano

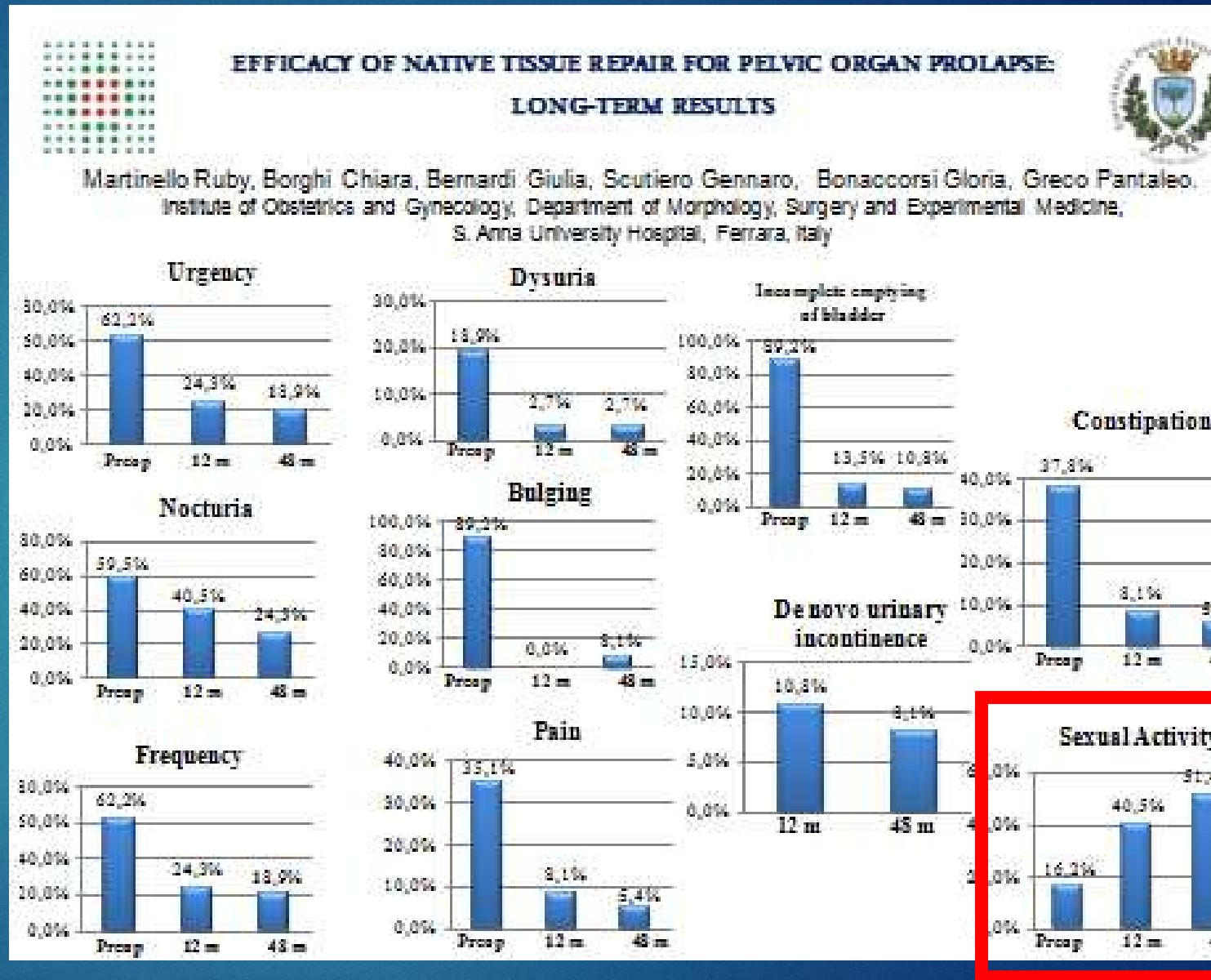
A maggiore rischio di
dispareunia in seguito a
chirurgia.
Limitare ai casi in cui
fondamentale e non
eseguire in pazienti molto
attive sessualmente

Protesi per via
transvaginale

A grande rischio di
dispareunia!! Evitare
nelle pazienti con
comorbidità
internistiche
(fumo/diabete/etc)

Prolasso genitale e sessualità di coppia

ripresa dell'attività
sessuale dopo
intervento per prolasso
da 16% preoperatorio
oltre 50% a 48 mesi
dopo la chirurgia!



Incontro SMC 10 febbraio 2018 "Le età andrologiche" – Dott. Giorgio Cremonini

Le terapie oncologiche

- ▶ **Dispareunie da danno iatrogeno chirurgico, radioterapico, oncologico:** più significative nei tumori ginecologici, in rapporto alla radicalità degli interventi che spesso compromettono l'abitabilità vaginale (ca vulva, ca portio, ca endometrio);
- ▶ **Chemioterapia sistemica e radioterapia pelvica,** oltre a poter causare una menopausa iatrogena, possono determinare la FADS per un danno irreversibile delle cellule del Leydig contenute nell'ilo ovarico, che producono gli androgeni
- ▶ **Ormonoterapie soppressive** in tumori dipendenti da ormoni come il frequente carcinoma della mammella, anche in pazienti giovani



Conclusioni

- La sessualità umana è multisistemica e multifattoriale e gli aspetti psico-comportamentali devono essere tenuti in considerazione alla stessa stregua dei problemi medici
- E'importante come clinici cercare rimedi e cure alle eventuali condizioni mediche concorrenti alle disfunzioni sessuali per evitare di instaurare o rinforzare disfunzioni sessuali psico-comportamentali, talvolta ancor più difficili da eradicare e trattare
- Ascoltare sempre i pazienti, indagare quando necessario, non banalizzare mai l'aspetto della sessualità di coppia!

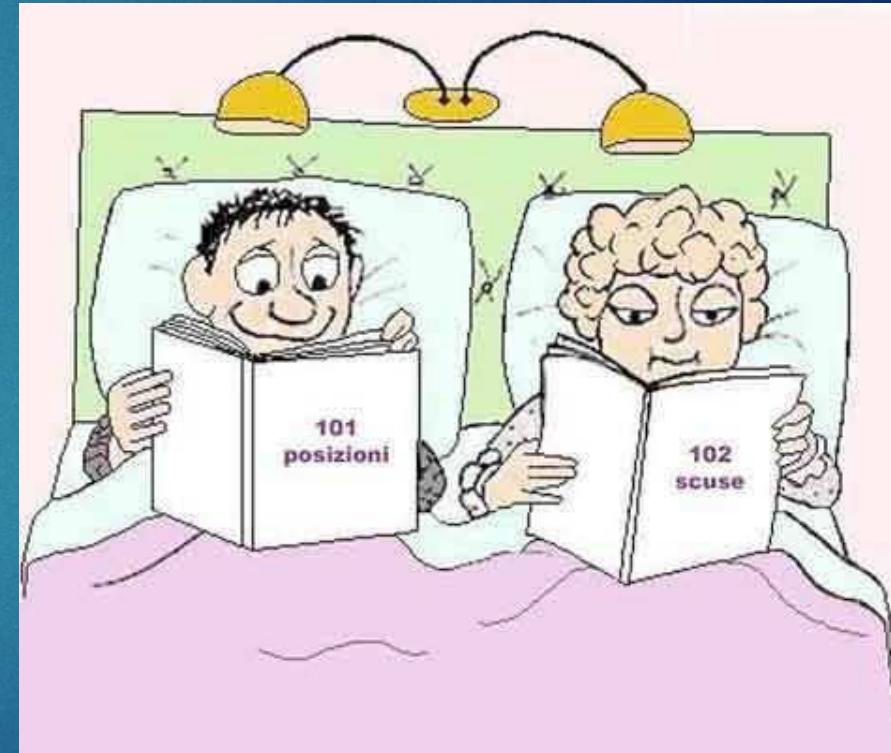


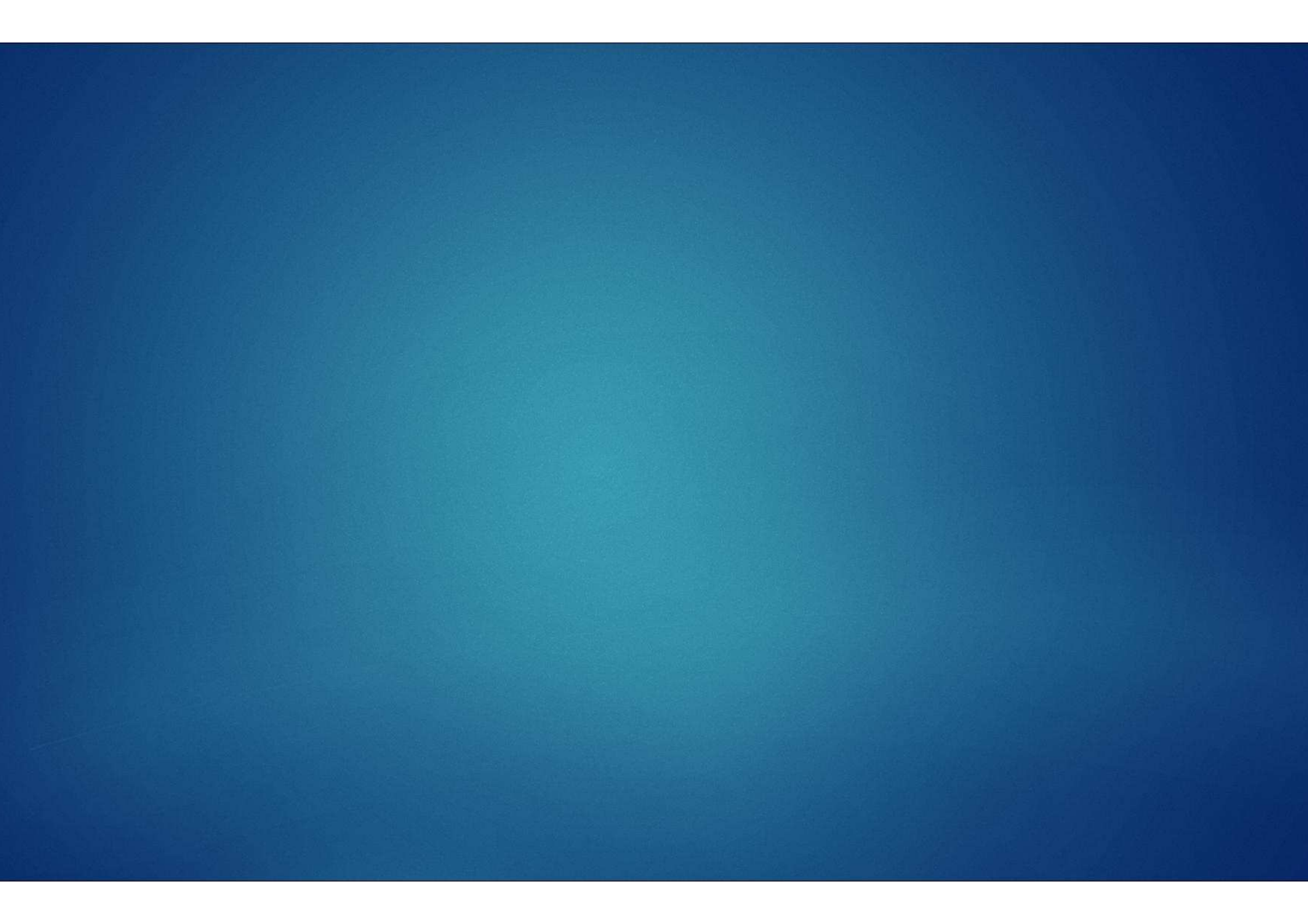
Conclusioni

- Le Disfunzioni Sessuali Femminili sono molto frequenti e spesso realmente su base organica e biologica...

... al contrario di quello che
stupidi luoghi comuni
vogliono farci credere!!!

Grazie per l'attenzione!





Quando il figlio non arriva: sessualità compromessa

The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2014; 19: 231–237

A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: Does fun end with baby making?

Isabella Piva, Giuseppe Lo Monte, Angela Graziano and Roberto Marci
Department of Morphology, Surgery and Experimental Medicine, University of Ferrara, Ferrara, Italy

Nella coppia infertile la sessualità di coppia rischia di perdere il valore erotico a scapito di fini principalmente procreativi

Marci et al. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012, 10:140
<http://www.hqlo.com/content/10/1/140>



RESEARCH

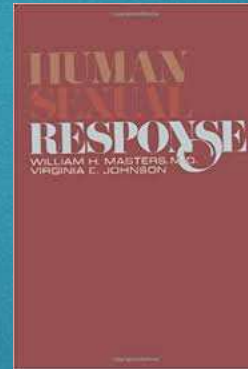
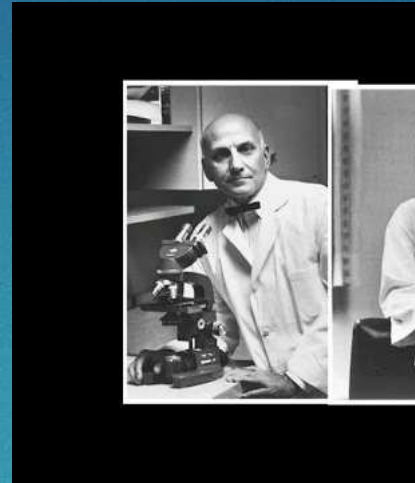
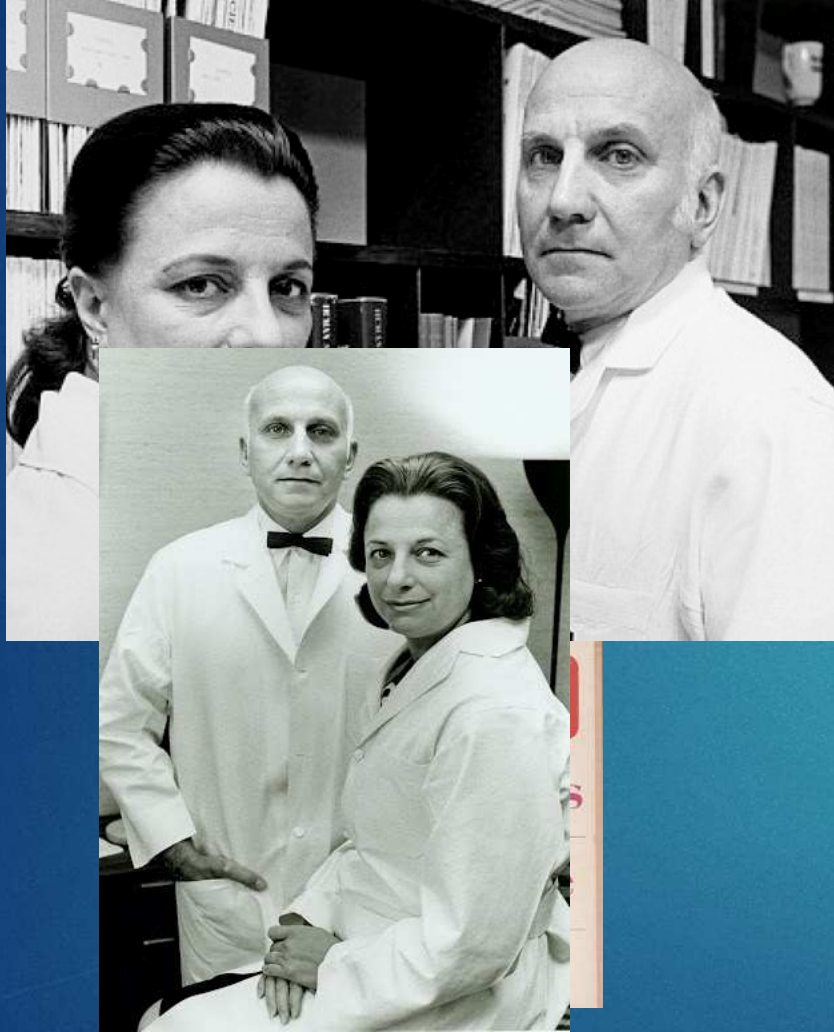
Open

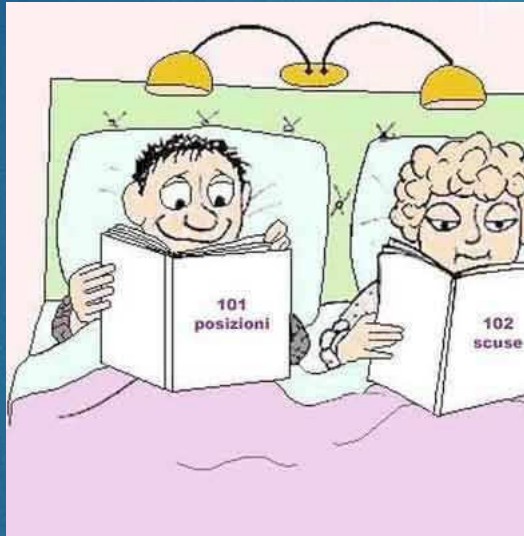
Procreative sex in infertile couples: the decay pleasure?

Roberto Marci^{1*}, Angela Graziano¹, Isabella Piva¹, Giuseppe Lo Monte¹, Ilaria Soave¹, Emilio Giugliano¹, Silvia Mazzoni¹, Roberta Capucci^{1*}, Maria Carbonara², Stefano Caracciolo² and Alfredo Patella¹

Incontro SMC 10 febbraio 2018 “Le età andrologiche” – Dott. Giorgio Cremonini







RESEARCH

Open Access

Procreative sex in infertile couples: the decay of pleasure?

Roberto Marci^{1*}, Angela Graziano¹, Isabella Piva¹, Giuseppe Lo Monte¹, Ilaria Soave¹, Emilio Giugliano¹, Silvia Mazzoni¹, Roberta Capucci^{1*}, Maria Carbonara², Stefano Caracciolo² and Alfredo Patella¹

Abstract

Background: Infertility represents a major challenge to the emotional balance and sexual life of couples, with long-lasting and gender-specific effects. The objective of this study is to explore personality features of infertile patients and detect possible sexual disorders in couples undergoing infertility treatment.

Materials and methods: In this prospective study 60 infertile couples and 52 fertile control couples were asked to complete standardized and validated questionnaires: the Adjective Check List (ACL) to enquire about personality features and the Female Sexual Function Index (FSFI) or the International Index of Erectile Function (IIEF) to assess sexual functioning of female and male partners. The study population was divided into 3 groups: Group A (N = 30, recently diagnosed infertile couples) Group B (N = 30, infertile couples already undergoing Intrauterine Insemination) and Group C (N = 52, fertile control group).

Results: Infertile patients did not display any distinguishing personality features. Regarding sexual function, men of all the three groups scored higher in both questionnaires (sexual satisfaction, desire and orgasm) than their female partners. Comparing results between groups, Group A male partners obtained lower scores in all the subscales. Women belonging to Group A and Group B showed an impairment of sexual arousal, satisfaction, lubrication and orgasm when compared to fertile controls.

Conclusions: Even if at the very first stages of infertility treatment no personality disturbances can be detected, the couples' sexual life is already impaired with different sexual disorders according to gender.

Keywords: Infertility, Psychology, Sexuality, Sexual dysfunction, Assisted Reproductive Technology, Sexual disorders, Sexual behavior, Psycho-sexology