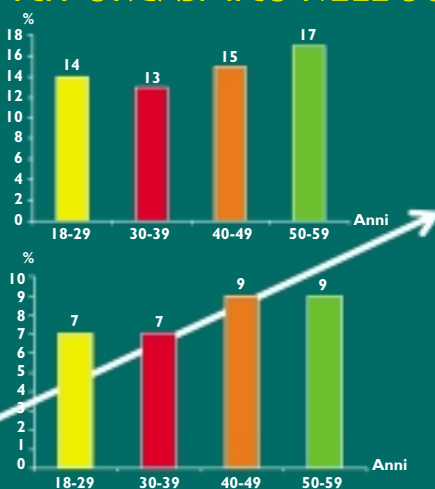


41

CALO DEL DESIDERIO SESSUALE E DEFICIT ORGASMICO NELL'UOMO



EO Laumann et al, 1999

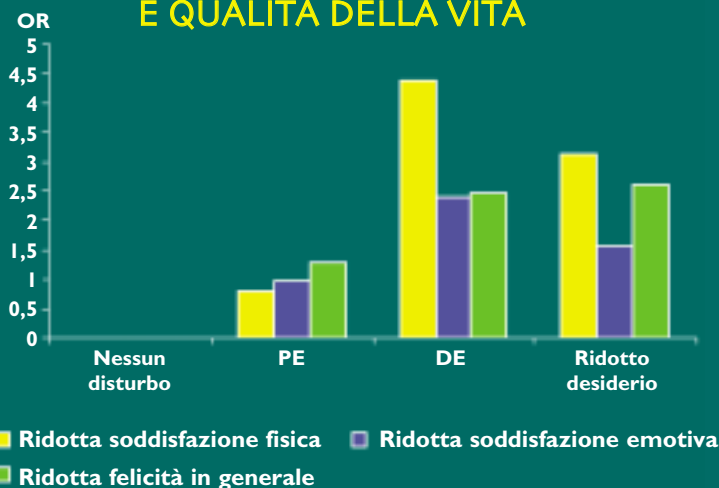
CALO DEL DESIDERIO SESSUALE E DEFICIT ORGASMICO NELL'UOMO

Uno studio condotto su un campione di 1.410 uomini di età compresa tra i 18 e i 59 anni ha messo in evidenza che circa il 31% degli uomini negli USA presentano un certo grado di disfunzione sessuale, prevalentemente sul versante dell'erezione. La comorbidità con altri disturbi sessuali quali calo del desiderio e deficit orgasmico è presente in tutte le fasce di età, con un rischio significativamente più alto di associazione dopo i 40 anni.

Molto più recentemente, risultati preliminari, relativi a ben 27.500 tra uomini e donne sia americani che europei, hanno dimostrato come, in funzione dell'età dei soggetti, si verificasse un progressivo calo del desiderio sessuale accompagnato da un parallelo incremento del tasso di disfunzione erettile (dal 13%, tra i 40 ed i 49 anni, al 36% tra i 70 e gli 80 anni).

42

DISFUNZIONI SESSUALI DELL'UOMO E QUALITÀ DELLA VITA



EO Laumann et al, 1999

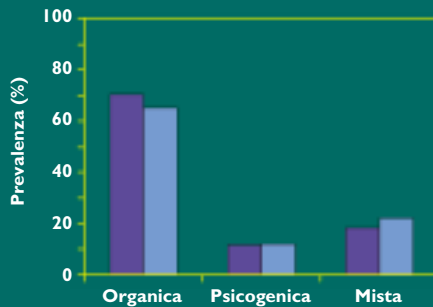
DISFUNZIONI SESSUALI DELL'UOMO E QUALITÀ DELLA VITA

La disfunzione erettile (DE) rappresenta un importante aspetto della qualità di vita dell'uomo "in età", dal momento che esiste una chiara associazione tra come l'individuo percepisce la propria salute sessuale (e, ancor di più, la propria malattia) e gli aspetti della qualità di vita associati alla salute complessiva. D'altra parte, le eventuali comorbidità sul versante cardio-vascolare, dismetabolico e/o neurologico, le deflessioni del tono dell'umore e la patologia prostatica condizionano in modo determinante la salute sessuale e la funzione erettile che può essere intesa come potenziale "barometro" del benessere psicofisico dell'uomo.

Non soltanto la DE è causa di ridotta soddisfazione fisica, emotiva e di ridotta felicità in generale, ma anche l'eiaculazione precoce e il calo del desiderio che spesso si associano ad essa.

43

EZIOPATOGENESI DELLA DISFUNZIONE ERETTILE (DE)



Linet et al, 1996; Goldstein et al, 2000

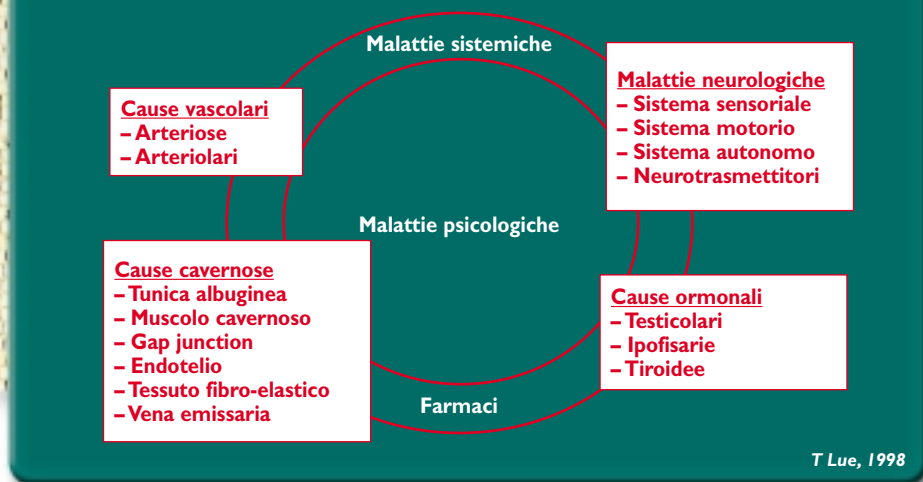
EZIOPATOGENESI DELLA DISFUNZIONE ERETTILE (DE)

L'erezione peniena è un fenomeno neuro-vascolare sotto stretto controllo ormonale ed include una prima fase di dilatazione arteriosa, il rilassamento della muscolatura liscia trabecolare e l'attivazione del meccanismo veno-occlusivo dei corpi cavernosi. Ciascuno di questi "momenti" funzionali può essere coinvolto in senso patologico esitando così in un quadro di disfunzione erettile.

I dati di letteratura descrivono come circa il 70% delle disfunzioni erettile possano essere attribuite ad una causa organica, mentre il restante 30% corrisponda ai quadri con eziopatogenesi psicogenica o mista.

44

MULTICAUSALITÀ DELLA DISFUNZIONE ERETTILE (DE)



MULTICAUSALITÀ DELLA DISFUNZIONE ERETTILE (DE)

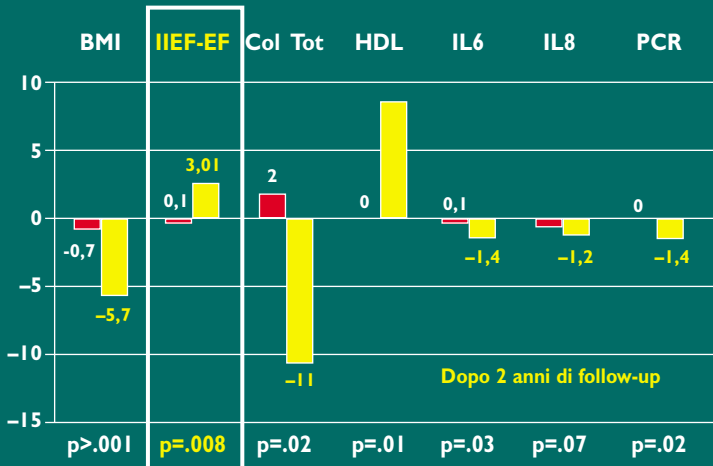
Un'accurata anamnesi generale potrà aiutare nel determinare se la disfunzione erettile (DE) sia il risultato di anomalie anatomiche (morfologiche e/o funzionali), endocrinologiche, neurologiche o psicogeniche, permettendo così al contempo di identificarne i potenziali fattori di rischio.

Una anamnesi medica dettagliata è fondamentale, dal momento che numerosi disturbi epidemiologicamente frequenti sono spesso associati con la DE, includendo in questo gruppo l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, le malattie miocardiche, le dislipidemie, l'insufficienza renale, l'ipogonadismo, i disordini neurologici e psichiatrici e certamente alcune malattie croniche. Una particolare attenzione deve essere inoltre posta alla valutazione dell'eventuale storia chirurgica del paziente, potendo essere alla base di disfunzioni iatrogene della erezione sia la chirurgia pelvica (i.e. genito-urinaria e proctologica) come pure una eventuale radioterapia.

Particolare attenzione va posta nella raccolta della anamnesi farmacologica poiché numerosi farmaci e sostanze ricreative (esempio, alcool, marijuana, codeina, metadone ed eroina) possono condizionare la comparsa di difficoltà di erezione, a mezzo dell'interferenza con i meccanismi di regolazione autonoma dell'afflusso ematico ai corpi cavernosi oltre che della componente neuro-endocrina di controllo.

45

OBESITÀ E DISFUNZIONE ERETTILE (DE)



OBESITÀ E DISFUNZIONE ERETTILE (DE)

Una scarsa attività fisica ed un incremento ponderale sono fattori di rischio indipendenti anche per la comparsa di disfunzione erettile, oltre che associarsi a patologie quali ipertensione e diabete che sono di per sé causa di disfunzione erettile (DE).

Un serio programma personalizzato volto all'ottenimento di una riduzione del peso corporeo complessivo $\geq 10\%$ (dieta + attività fisica) ha recentemente dimostrato di promuovere un miglioramento significativo della funzione erettile di pazienti originariamente sovrappeso dopo due anni di follow-up.

46

DEPRESSIONE E DISFUNZIONE ERETTILE (DE)



SN Seidamn, 2002

DEPRESSIONE E DISFUNZIONE ERETTILE (DE)

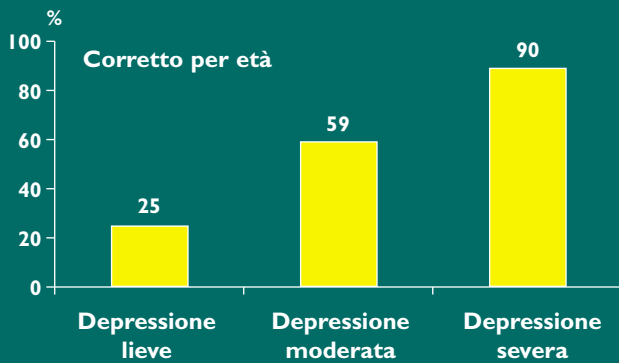
Indipendentemente da altre potenziali variabili confondenti – quali età, fattori demografici, fattori antropometrici, ricreazionali, farmacologici ecc. – la depressione viene riconosciuta come significativamente responsabile di disordini della sessualità dell'uomo ed, in primo luogo, della funzione erettile (DE).

Pur essendo un fattore di rischio potenzialmente modificabile, è stata dimostrata una prevalenza statisticamente significativa di calo della libido, disfunzione erettile, alterazioni e ritardi della fase orgasmica oltre che alterazioni della eiaculazione, anche in soggetti con adeguata terapia antidepressiva.

Spesso la depressione si innesta su un quadro più generale di "aging" che di per se stesso può promuovere l'insorgenza di DE, soprattutto in concomitanza di un momento critico che investe la vita di coppia, come quello della menopausa.

47

DEPRESSIONE COME FATTORE DI COMORBIDITÀ DELLA DISFUNZIONE ERETTILE (DE)



HA Feldman et al, 1994

DEPRESSIONE COME FATTORE DI COMORBIDITÀ DELLA DISFUNZIONE ERETTILE (DE)

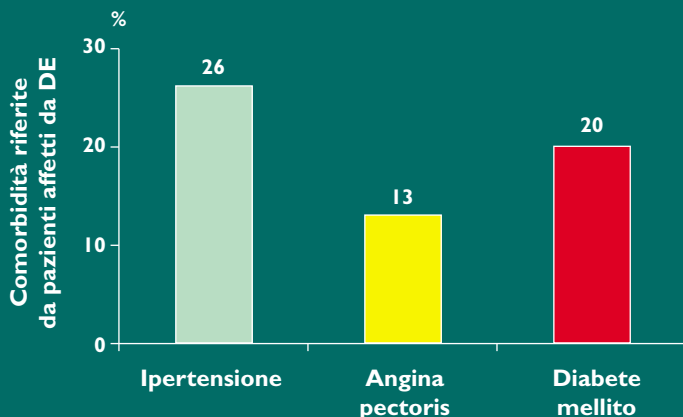
È certo che la maggior parte degli studi dimostrano una associazione marcata tra l'entità della sintomatologia depressiva e la severità della disfunzione erettile (DE).

La depressione può essere una causa o un effetto della DE e la terapia della DE si associa significativamente a un miglioramento dell'entità della sintomatologia depressiva.

Al di là degli aspetti biologici ed endocrini, l'uomo vive nel cosiddetto periodo dell'"andropausa" un momento di crisi sia con se stesso sul piano intrapsichico sia nei confronti della partner sul piano relazionale. Anche il maschio di oggi ha la prova dello specchio, gli anni sono passati e con essi la potenza virile, i limiti di età generano depressioni reattive al pensionamento che si ripercuotono sul senso di autostima e sulla capacità di relazionarsi, anche sul piano sessuale.

48

COMORBIDITÀ CARDIO-VASCOLARE E DISFUNZIONE ERETTILE (DE)



T Roumeguère et al, 2003

COMORBIDITÀ CARDIO-VASCOLARE E DISFUNZIONE ERETTILE (DE)

La disfunzione erettile (DE) può essere considerata sotto molti punti di vista il barometro della salute dell'uomo, e questo sembra valere soprattutto quando si considera lo stretto rapporto esistente tra DE e disfunzione endoteliale.

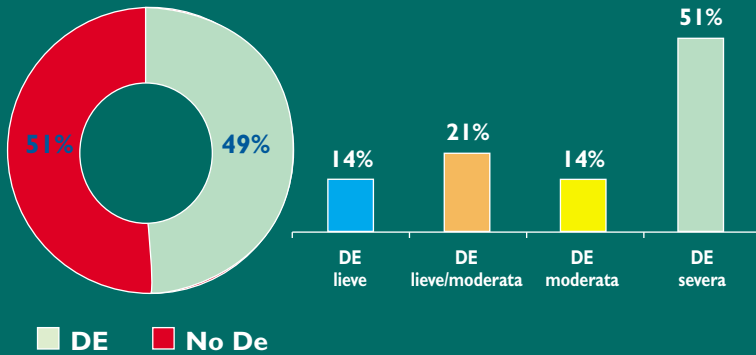
Numerosi studi dimostrano come la vasculopatia, che a livello pieno può essere responsabile della comparsa di una disfunzione erettile organica, sia espressione di un coinvolgimento molto più ampio, sistemico, della intima vasale.

È sicuramente vero che la comparsa di disfunzione erettile è statisticamente più significativa in soggetti affetti da ipertensione arteriosa, dislipidemie, pregressi eventi cerebro-vascolari ovvero pregressi infarti o, quantomeno, una conclamata cardiovasculopatia. In un campione totale di più di 20.000 soggetti distribuiti a livello mondiale si è dimostrato che il 64% degli uomini con DE presentano almeno una o, addirittura, più di una di queste condizioni di comorbidità.

49

ISCHEMIA MIOCARDICA E DISFUNZIONE ERETTILE (DE)

Campione di 340 uomini sottoposti a coronarografia per eventi ischemici del miocardio



F Montorsi et al, 2003

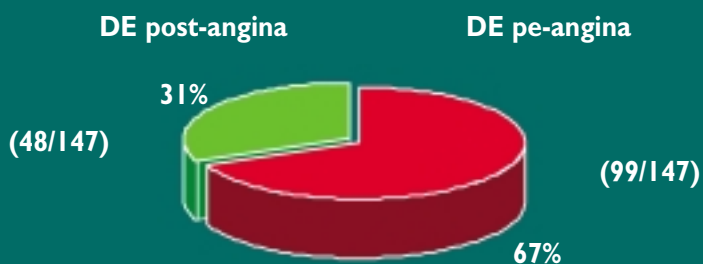
ISCHEMIA MIOCARDICA E DISFUNZIONE ERETTILE (DE)

È stato interessante notare che in un campione di 340 uomini sottoposti a coronarografia per patologia miocardica ischemica il 49% presentava una disfunzione erettile (DE), di grado severo in più della metà dei casi.

È pertanto, di fondamentale importanza nel campo della medicina sessuale indagare la DE non come epifenomeno delle patologie cardiovascolari, ma come “campanello di allarme” per la successiva manifestazione di quadri anginosi o di conclamati eventi ischemici miocardici, come dimostrato soprattutto in soggetti ipertesi e diabetici.

50

DISFUNZIONE ERETTILE (DE) COME FATTORE PREDITTIVO DI SINTOMI CARDIACI



Totale dei pazienti con DE: 147/300

F Montorsi et al, 2003

DISFUNZIONE ERETTILE (DE) COME FATTORE PREDITTIVO DI SINTOMI CARDIACI

Un danno endoteliale sistemico potrà pertanto essere, pertanto, preconizzato da un disturbo della sessualità?

Si può considerare la comparsa di una difficoltà di ottenimento o mantenimento della erezione come un utile segnale di un possibile evento di tipo cardiologico futuro in uomini con fattori di rischio per malattie cardiovascolari?

In linea teorica sì, se è vero che nel 67% dei casi la disfunzione erettile (DE) ha preceduto l'episodio anginoso.

Da qui si evince l'importanza di individuare precocemente la presenza di DE a fini preventivi.

51

DEFICIENZA ANDROGENICA NELL'UOMO ANZIANO (ADAM)

- **Diminuita libido e qualità della erezione**
- **Diminuita capacità/attività intellettuale (depressione e paura, affaticabilità, memoria, funzione cognitiva)**
- **Diminuita massa magra corporea, diminuita densità ossea**
- **Alterazione qualità cute/peli**
- **Aumentata insonnia, ecc.**

JE Morley et al, 2000

DEFICIENZA ANDROGENICA NELL'UOMO ANZIANO (ADAM)

Più o meno contemporaneo alla menopausa emerge, pertanto, un fenomeno piuttosto speculare, reale e non soltanto mito, costruito scientifico e/o giornalistico, che è rappresentato dall'andropausa, intesa come periodo di ristrutturazione nella vita dell'uomo.

Viene oggi meglio definita come "Androgen Deficiency In Aging Male (ADAM)" o "Partial Deficiency In Aging Male (PADAM)" una sindrome caratterizzata da numerosi disturbi – quali una diminuita libido ed una ridotta qualità della erezione, una diminuita capacità/attività intellettuale come una maggior affaticabilità della funzione cognitiva con più frequenti deficit di memoria, una riduzione della massa magra corporea potenzialmente associata ad una diminuita densità ossea, una alterazione della qualità del sonno, ecc. – che vengono complessivamente ascritti ad una progressiva perdita del patrimonio androgenico gonadico e cortico-surrenalico da parte dell'uomo adulto.

ANDROGENI ED ETÀ NELL'UOMO

Massachusetts Male Aging Study

- Testosterone totale	↓	0.8%/anno
- Testosterone libero	↓	2%/anno
- Testosterone abumina-legato	↓	2%/anno
- SHBG	↑	1.6%/anno

Gli uomini con livelli circolanti basali di **DHEAS al più basso** (<1.6 µg/ml) **quartile** di distribuzione erano significativamente più portati a sviluppare patologia cardiaca ischemica al follow-up (OR=1.60, p=0.02) indipendentemente da una serie di fattori di rischio noti (età, obesità, diabete, ipertensione, fumo, lipidi, alcool, esercizio fisico)

HA Feldman et al, 2001-2002

ANDROGENI ED ETÀ NELL'UOMO

La contemporanea presenza di un quadro poli-sintomatologico caratteristico e di una conclamata diminuzione dei livelli di testosterone circolante, età-dipendente, definiscono una entità nosologica identificabile come andropausa che mostra una certa specularità nei confronti della menopausa.





Sebbene il puro aspetto sintomatologico del paziente affetto da ADAM/PADAM potrebbe, erroneamente, non essere tenuto nella giusta considerazione, in quanto considerato fisiologico e connaturato al passare dell'età, non bisogna però dimenticare il significativo ruolo protettivo rappresentato ad esempio a livello cardiovascolare dagli androgeni circolanti. È infatti stata dimostrata una maggior prevalenza di eventi ischemici a carico del miocardio in soggetti che, indipendentemente dagli altri fattori di rischio o di comorbidità, presentassero livelli di androgeni circolanti più bassi, soprattutto se di origine cortico-surrenalica (esempio, DHEAS).

53

PATOLOGIE UROLOGICHE RILEVANTI NELL'UOMO

AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION

Ha identificato alcune condizioni che meritano un maggior interesse e lo sviluppo di maggior sensibilità pubblica:

-  incontinenza urinaria
-  ipertrofia prostatica benigna
-  tumore della prostata
-  disfunzione erettile

Sono tutte situazioni ad elevata prevalenza nella popolazione maschile in età adulta/anziana

AUA, 2000

PATOLOGIE UROLOGICHE RILEVANTI NELL'UOMO

La sempre più crescente attenzione verso la sessualità nella popolazione maschile in età adulta/anziana non è soltanto rivolta alla disfunzione erettile (DE), ma la *American Urological Association*, ovvero la più prestigiosa società mondiale di urologia, ha identificato anche alcune condizioni patologiche che meritano un maggior interesse e lo sviluppo di maggior sensibilità pubblica che possono eventualmente associarsi alla DE, ma che sono estremamente importanti per la qualità di vita dell'uomo in generale.

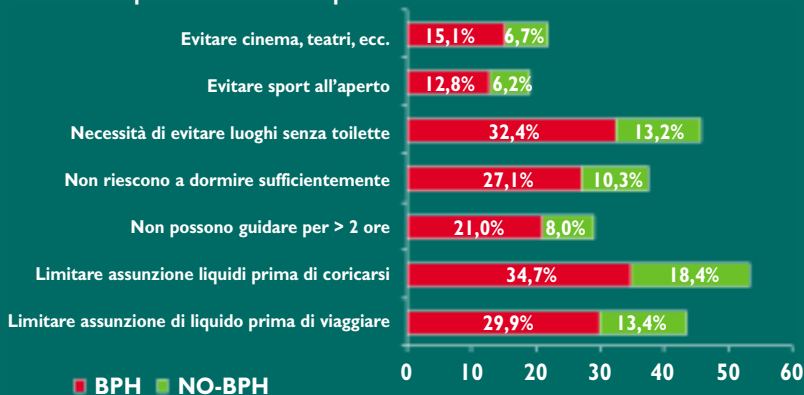
Tra queste si ricordano la incontinenza urinaria, la ipertrofia prostatica benigna, il tumore della prostata.

Esiste, infatti, uno stretto rapporto tra i disordini della sessualità maschile e i disturbi menzionali, così come con le tecniche di chirurgia prostatica.

54

IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (BPH) E QUALITÀ DELLA VITA

% pazienti in cui i sintomi urinari impattano negativamente
almeno in parte sulle attività quotidiane



Garraway et al, 1993

IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (BPH) E QUALITÀ DELLA VITA

L'ipertrofia prostatica benigna (BPH) ed i disturbi conseguenti alla ostruzione cervico-prostato-uretrale, di cui un ingrossamento patologico della prostata stessa può essere responsabile, rappresentano un elemento di enorme interesse epidemiologico e socio-sanitario.

In altri termini, i poliedrici disturbi minzionali che passano sotto il nome di *Lower Urinary Tract Symptoms* (LUTS), quali ad esempio una aumentata frequenza minzionale diurna-pollachiuria-inicturia, urgenza minzionale ovvero un mitto ipovalido sono meritevoli di un grande interesse sia clinico che "mediatico" poiché condizionanti un grosso impatto sulla quotidianità sociale e sulla qualità di vita dell'individuo, stante l'elevata comorbidità con i disturbi dell'erezione.

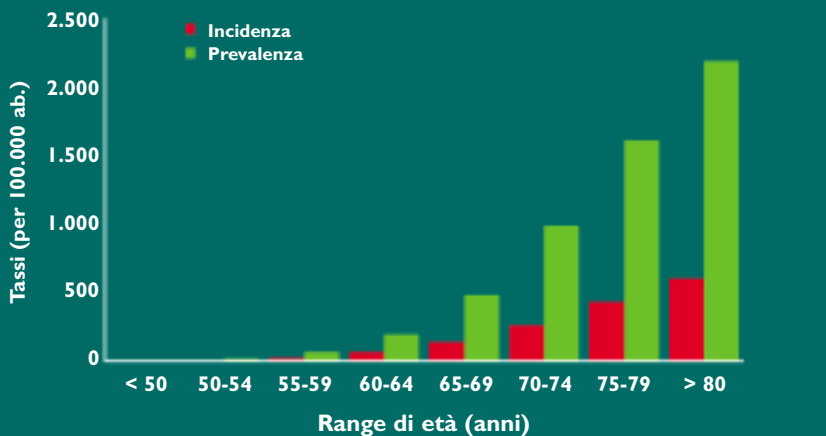
Sempre considerando l'età dei soggetti come parametro indipendente significativo e responsabile del detrimento della vita sessuale dell'uomo, è stato ampiamente descritto come la comparsa di disturbi minzionali abbia, da un lato, un impatto negativo sulla quotidianità, sulla socialità, sulla capacità di relazione interpersonale, dall'altro, una chiara responsabilità nel determinare una riduzione della frequenza dei rapporti sessuali, una minore soddisfazione per i rapporti stessi, come pure un incremento dei disordini della erezione e della eiaculazione. I

maschi affetti da disordini del basso tratto urinario riferiscono inoltre molto più spesso una maggiore e più frequente sintomatologia algica associata alla attività sessuale stessa (49).

Un aumentato tono simpatico sembrerebbe alla base sia della sintomatologia disurica irritativa e/o ostruttiva del soggetto “in età” che della comparsa di una difficoltà di ottenimento e/o mantenimento della erezione.

55

INCIDENZA E PREVALENZA DEL CARCINOMA PROSTATICO IN ITALIA



A Jemal et al, 2002

INCIDENZA E PREVALENZA DEL CARCINOMA PROSTATICO IN ITALIA

La disfunzione erettile (DE) deve anche essere considerato un sintomo e non una pura e semplice malattia.

Il tumore (ca.) della prostata, ad esempio, è la prima neoplasia maligna nella popolazione maschile a livello mondiale ed è considerata la seconda causa di morte per neoplasia tra gli uomini degli Stati Uniti.

È particolarmente difficile e delicato riuscire a definire con assoluta certezza la necessità di un programma di screening di massa per una precoce e scientificamente corretta identificazione del carcinoma prostatico nella popolazione maschile. Tale difficoltà deriva dal fatto che a fronte di una malattia, età dipendente, epidemiologicamente significativa, sia per incidenza che per prevalenza, come il k prostatico, può essere difficoltoso riconoscere quei pazienti che effettivamente corrono il rischio di un detrimento quanti-qualitativo della propria vita.

In virtù dei dati ricavati dalla letteratura scientifica internazionale, il PSA rappresenta oggi la metodica più efficace per la diagnosi precoce oltre che un utilissimo target di valutazione della risposta terapeutica.

Il declino del numero di decessi malattia-specifici a cui si è assistito nel

corso degli anni deve essere sicuramente associato sia alla precocità della diagnosi che alla raffinatezza delle modalità terapeutiche. Infatti, dal 1990 (epoca pre-antigene prostatico specifico) al 1996, si è assistito ad un decremento annuo del 1.6% dei decessi per ca. prostatico. È abbastanza recente la dimostrazione del fatto che il PSA, acronimo dell'antigene prostatico specifico – glicoproteina organo ma, sfortunatamente, non malattia specifica – abbia efficacemente permesso di ridurre la mortalità di chiara pertinenza oncologica dal 37% del 1988 al 30% del 1995.

Ciò che tuttavia necessita di una maggiore puntualizzazione è la definizione di un range di valori che non siano solo sensibili ma pressantemente specifici per la malattia.

A fronte di uno spaventoso incremento epidemiologico del ca. prostatico, con il coinvolgimento di soggetti sempre più giovani, è diventata opportuna la possibilità di attuare scelte terapeutiche utili e vantaggiose ai fini non solo della preservazione di una adeguata “quantità” di vita dell'uomo, ma anche della sua “qualità” di vita.

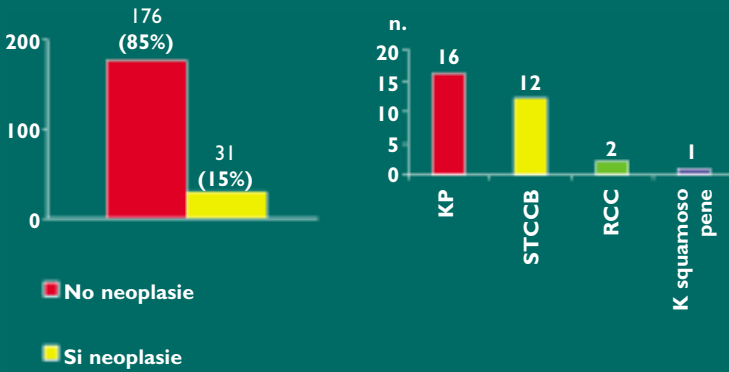
La prostatectomia radicale è attualmente considerata una metodica terapeutica oncologicamente molto valida sempre più utilizzata negli uomini affetti da neoplasie prostatiche organo-confinata, con un buon “performance status” ed una aspettativa di vita di non meno di 10 anni.

La stretta correlazione esistente tra qualità di vita, preservazione della funzione erettile post-operatoria e prostatectomia radicale è ampiamente documentata dal vasto numero di pubblicazioni scientifiche apparse nel corso degli ultimi anni su riviste internazionali “indicizzate”.

56

DISFUNZIONE ERETTILE (DE) COME FATTORE DIAGNOSTICO DI NEOPLASIE UROLOGICHE

207 pazienti (età media 60,3; range: 17-88 anni)



DJ Carbone Jr et al, 1999

DISFUNZIONE ERETTILE (DE) COME FATTORE DIAGNOSTICO DI NEOPLASIE UROLOGICHE

La salute sessuale può essere utile “quoad vitam” e, pertanto, è un tema di assoluta importanza nella medicina quotidiana.

La prevalenza di disfunzione erettile (DE) è significativamente più elevata nei soggetti affetti da neoplasia della prostata ma, al contrario, è anche vero che molto più spesso in soggetti con una DE lamentata come unico sintomo esiste una neoplasia prostatica mis-diagnosticata. Il paziente con un disturbo della propria sessualità richiede talvolta un programma diagnostico – una sorta di “check-up sessuale” – che risulta particolarmente importante nell’organigramma della salute complessiva dell’individuo.

E questo è vero non solo per il carcinoma della prostata.

È stata riportata una prevalenza ben del 15% di neoplasie urologiche precedentemente non diagnosticate in uomini che, in assenza di qualsivoglia altra sintomatologia, giungevano all’attenzione dello specialista esclusivamente per un problema di erezione.

STRATEGIE TERAPEUTICHE DELLA DISFUNZIONE ERETTILE (DE)

- **ORALE**
 - > Inibitori delle Fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5)
(Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil)
 - > Agonista dopaminergico (Apomorfina)
- **LOCALE**
 - > Iniezione intracavernosa (Alprostadil)
 - > Terapia intrauretrale (Alprostadil)
 - > Vacuum
- **PROTESI PENIENE**

A Salonia, 2004

STRATEGIE TERAPEUTICHE DELLA DISFUNZIONE ERETTILE (DE)

La terapia della disfunzione erettile (DE) ha fatto dei passi da "gigante" negli ultimi anni con l'introduzione degli inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (sildenafil tadalafil vardenafil). Tale terapia orale è oggi considerata il "gold standard" per la DE con un ottimo profilo di efficacia e tollerabilità.

L'apomorfina sublinguale e un agonista dei recettori D1 e D2 per la dopamina è può essere utilizzata nella DE lieve e moderata; ha dimostrato però una efficacia limitata e la presenza di effetti collaterali (nausea).

Uomini che non rispondono alla farmacoterapia orale o che non siano in grado di utilizzarla sono degli ottimi candidati per la terapia intracavernosa e intrauretrale con prostaglandine. L'efficacia di questi trattamenti di seconda linea è elevata, ma pone numerosi problemi di utilizzo.

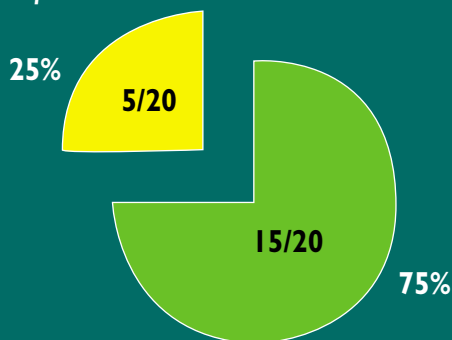
Soltanto in casi più gravi e in patologie che comportano la distruzione/ sclerosi del tessuto cavernoso penieno possono trovar posto le protesi nella cura della DE.

Ora come non mai, dal momento che sono disponibili terapie di chiara efficacia, sarebbe opportuno associare sempre uno psico-counseling adeguato per garantire l'efficacia a lungo termine e l'accettazione da parte della coppia dei trattamenti.

58

TRATTAMENTO DELLA DISFUNZIONE ERETTILE (DE) E COPPIA

Se le partners non sono soddisfatte il 25% degli uomini riferisce di avere una disfunzione sessuale nonostante il trattamento con Sildenafil



A Salonia et al, 1999

TRATTAMENTO DELLA DISFUNZIONE ERETTILE (DE) E COPPIA

La terapia delle disfunzioni sessuali maschili deve passare, così come per il sesso femminile, attraverso l'individuazione del contesto in cui la sessualità stessa si realizza, quindi deve avvenire in un'ottica di coppia.

Anche armi terapeutiche formidabili, se decontestualizzate, perdono di efficacia, e la soddisfazione per il loro utilizzo dipende anche dal grado di soddisfazione della partner, che può a sua volta presentare un sintomo sessuale che necessita di un trattamento specifico.

È, pertanto, difficile indagare gli aspetti della sessualità considerando i due partner "di mezza età" come singoli "continenti" alla deriva, ma occorre parlare un linguaggio comune sessuologico in ambito urologico e ginecologico.

59

DISFUNZIONI SESSUALI NELLE DONNE DI MEZZA ETÀ

Range di età: 40-64 anni

● **Prevalenza di DSF in donne sessualmente attive = 51.3%**

● **DISFUNZIONE SESSUALE**

→	Desiderio	37,8%
→	Eccitazione	33,6%
→	Orgasmo	26%
→	Dispareunia	34,8%

Menopausa, età > 49 anni, disfunzione erettile del partner e isterectomia aumentano significativamente il rischio di DFS

C Castelo-Branco et al, 2003

DISFUNZIONI SESSUALI NELLE DONNE DI MEZZA ETÀ

Uno studio recente condotto in un campione di donne sudamericane tra i 40 e i 64 anni ha documentato che in più della metà (51,3%) delle donne sessualmente attive era presente una DSF; in particolare, un disturbo del desiderio era presente nel 37,8% dei casi, un disturbo dell'eccitazione nel 33,6% dei casi, la dispareunia nel 34,8% e la disfunzione orgasmica nel 26% dei casi.

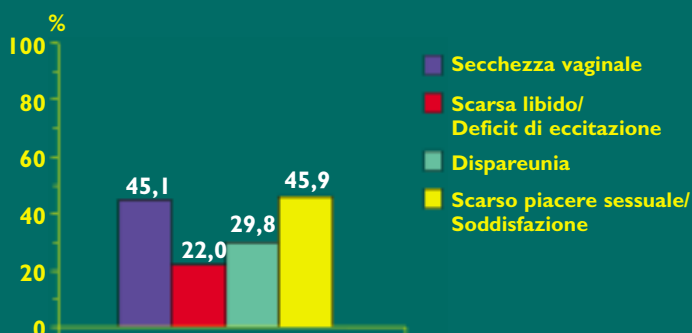
La prevalenza delle DSF aumentava con l'età (dal 22,2% nella fascia tra i 40 e i 44 anni fino al 66% nelle donne tra i 60 e i 64 anni). Le utilizzatrici di terapie ormonali sostitutive e le donne sane presentavano un più basso rischio di DSF. Inoltre, il rischio di avere una DSF aumentava dopo la menopausa, con un'età superiore ai 49 anni, con l'isterectomia e in presenza di una disfunzione erettile del partner.

Un'ulteriore analisi sul medesimo campione di studio ha messo in evidenza che le motivazioni per l'inattività sessuale erano da ricondursi alle DSF nel 49,2% dei casi, ad una relazione con il partner non più soddisfacente nel 17,9% e alla mancanza di un partner nel 17,7% dei casi. La disfunzione erettile del partner (40,7%) era la causa più frequente di inattività sessuale nella donna sotto i 45 anni, mentre nella donna tra i 45 e i 59 anni la causa prevalente era il calo della libido (40,5%).

60

MENOPAUSA E SINTOMI SESSUALI

355 donne in postmenopausa (range di età: 46-60 anni)
afferenti a centri per la menopausa in tutt'Italia



RE Nappi et al, 2002

MENOPAUSA E SINTOMI SESSUALI

In un campione di 355 donne italiane tra i 46 e i 60 anni afferenti a dieci centri della menopausa distribuiti sul territorio nazionale e che non avevano mai assunto terapia ormonale sostitutiva la secchezza vaginale era presente nel 45,1% dei casi, mentre la dispareunia era presente nel 29,8% del campione di studio.

Inoltre, i sintomi ridotta libido/disagio durante l'intimità si riscontravano nel 22% dei casi, mentre la riduzione del piacere sessuale era presente nel 45,9% delle donne in postmenopausa.

Un elevato grado di comorbidità era presente tra i differenti sintomi sessuali e stratificando il campione per età e per anni trascorsi dall'ultimo ciclo mestruale spontaneo si confermava che entrambi i fattori esercitano un ruolo determinante nella presenza dei sintomi sessuali.

61

EFFETTO "DOMINO" DELLA SINTOMATOLOGIA MENOPAUSALE SUL BENESSERE SESSUALE



**DISFUNZIONE
SESSUALE**

- *Tono emotivo negativo (depressione, ansia, panico, perdita di interesse...)*
- *Salute fisica scadente (perdita di forma, fatica, aumento di peso, cefalea...)*
- *Problemi genito-urinari (infezioni vaginali ricorrenti, perdita involontaria di urina...)*

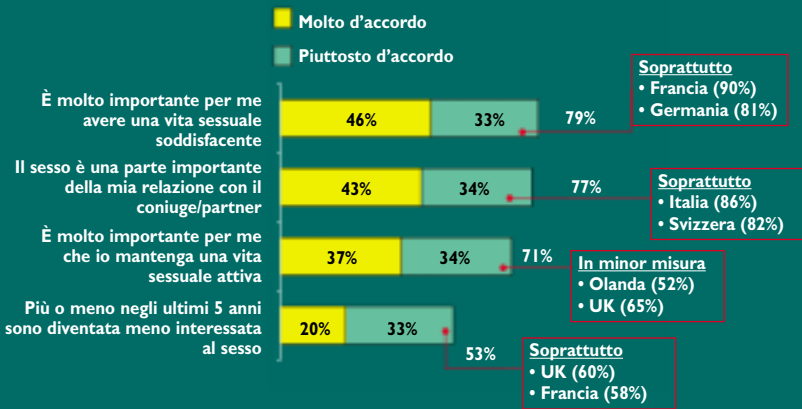
RE Nappi et al, 2002

EFFETTO "DOMINO" DELLA SINTOMATOLOGIA MENOPAUSALE SUL BENESSERE SESSUALE

Nel medesimo campione di studio, allorché l'intensità dei sintomi sessuali è stata analizzata rispetto alla presenza dei sintomi vasomotori, psicologici e fisici si è riscontrato che le donne maggiormente sintomatiche sul versante sessuale erano quelle che presentavano emozioni negative, peggior salute fisica e problemi genito-urinari. I sintomi vasomotori non erano diversamente riportati in donne più o meno sintomatiche sul versante sessuale.

Questi dati confermano l'idea che nelle donne in postmenopausa esiste un effetto "domino" della sintomatologia menopausale, soprattutto per quanto riguarda i sintomi relativi al benessere fisico e mentale, sulla rilevanza clinica dei sintomi sessuali.

ATTITUDINI VERSO LA SESSUALITÀ IN MENOPAUSA



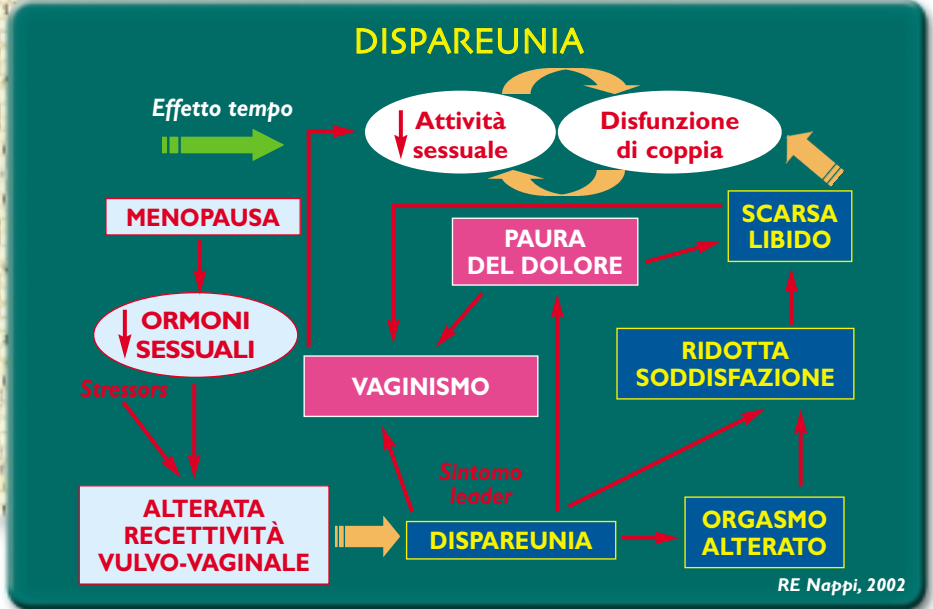
RE Nappi et al, 2004

ATTITUDINI VERSO LA SESSUALITÀ IN MENOPAUSA

È stato interessante notare come nel corso dell'indagine telefonica già citata in precedenza condotta su un campione di 1.805 donne europee tra i 50 e i 60 anni si sia potuto documentare un notevole accordo sul fatto che mantenere una sessualità soddisfacente in menopausa sia estremamente importante per la propria qualità di vita.

Inoltre, le donne italiane hanno riferito in modo particolare come il sesso sia una parte importante della relazione con il coniuge/partner confermando una volta di più come la sessualità rappresenti uno strumento fondamentale di comunicazione e di coesione della coppia e quanto possa essere utile riuscire a preservare l'intimità fisica con il partner.

63

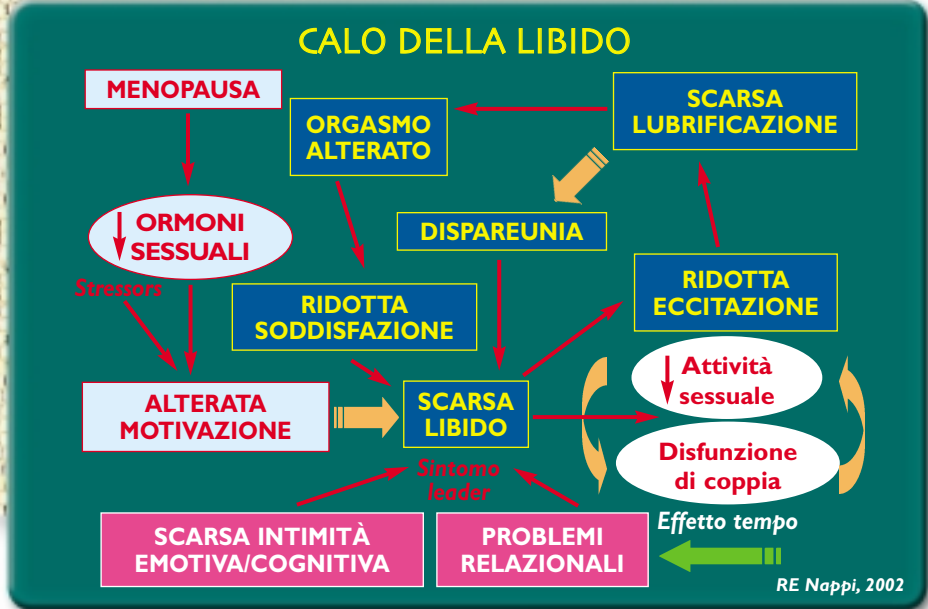


DISPAREUNIA

La dispareunia o dolore ai rapporti sessuali (superficiale e/o profonda) è il sintomo più strettamente da ricondursi alla carenza estrogenica postmenopausale. In presenza di una alterata recettività vulvo-vaginale, l'interfaccia tissutale non è adeguata alla stimolazione sessuale e la ridotta lubrificazione genera inevitabilmente dolore. Questo tende ad accompagnarsi ad una alterata percezione orgasmica che si associa progressivamente a ridotta soddisfazione sessuale cui nel tempo fa seguito una scarsa libido. L'ansia anticipatoria per la paura del dolore può portare ad un evitamento del rapporto sessuale (vaginismo secondario) con un calo considerevole del numero dei rapporti sessuali di tipo coitale, frequentemente associato a disfunzioni di coppia.

Con il passare del tempo, quindi, si può osservare un ampio spettro di comorbilità dei sintomi sessuali, la cui risoluzione non è sempre così facile proprio in dipendenza del periodo trascorso dall'insorgenza del sintomo leader. La tempestività diagnostica, e soprattutto terapeutica, è di fondamentale importanza al fine di evitare la cronicizzazione del disturbo e la progressiva compromissione di tutte le fasi della risposta sessuale femminile.

64



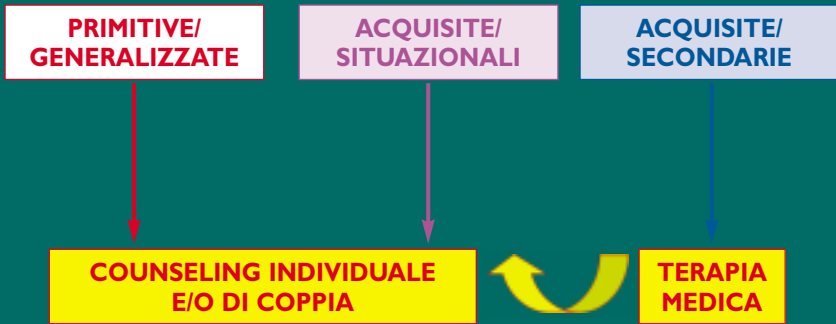
CALO DELLA LIBIDO

Il calo della libido è, invece, il sintomo più strettamente da ricondursi al deficit androgenico, anche se può essere secondario ad uno stato di inadeguata recettività vulvo-vaginale estrogeno-dipendente. Quando il calo della libido è il sintomo leader, innescato dal periodo climaterico o causato da alterata motivazione e scarsa intimità emotiva e cognitiva e/o da problemi relazionali, si può rapidamente arrivare ad una diminuzione del numero dei rapporti con la comparsa di disfunzioni di coppia. L'effetto tempo contribuisce a cronicizzare il disturbo del desiderio che può accompagnarsi a ridotta eccitazione, scarsa lubrificazione cui fa seguito dispareunia e alterazione della percezione e del vissuto orgasmico.

Anche in questo caso, la tempestività diagnostica è fondamentale, in considerazione del fatto che il calo della libido è uno dei sintomi sessuali di più difficile risoluzione terapeutica, soprattutto perché è altamente correlato a problemi sul versante della relazione di coppia per asimmetrie e/o incomprensioni affettive.

65

TERAPIA DELLE DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI (DSF)



RE Nappi, 2002

TERAPIA DELLE DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI (DSF)

La terapia delle DSF è di tipo strettamente medico soltanto nel caso in cui i sintomi sessuali siano di tipo acquisito secondario, cioè conseguenti ad una causa ben precisa circoscritta nel tempo. Anche in questo caso però i farmaci non sono tutto e un counseling individuale e/o di coppia è sempre consigliabile.

Colloqui di chiarificazione ed appoggio sono poi fondamentali per le DSF acquisite situazionali che si evidenziano in circostanze precise e che sono nella maggior parte dei casi il frutto di problematiche relazionali. È d'obbligo un approccio psico-terapeutico mirato allorché si identifichino nelle proprie pazienti DSF primitive generalizzate che sottendono generalmente conflitti intrapsichici e socio-relazionali di non immediata risoluzione.

È chiaro che il ginecologo, a meno che non sia anche uno psicoterapeuta della sessualità, non può fare tutto da solo e deve identificare il collega più idoneo ad affrontare le problematiche emergenti. Inoltre, anche in ambito medico, per la molteplicità dei fattori biologici discussi in precedenza che possono essere alla base delle DSF, è consigliabile un approccio multidisciplinare coinvolgendo di volta in volta lo specialista più preparato nel settore specifico (endocrinologo, internista, urologo, proctologo, cardiologo, neurologo, oncologo, fisiatra, nutrizionista, ecc.).

66

TERAPIE ORMONALI DELLE DSF

- Estrogeni/HRT
- Androgeni
- Tibolone
- DHEA



**Revisione sistematica degli studi controllati verso placebo:
– molti trattamenti utilizzati nella pratica clinica non sono supportati da evidenze adeguate**

K Modelska & S Cummings, 2003

TERAPIE ORMONALI DELLE DSF

Un intervento terapeutico mirato alla sintomatologia menopausale mediante l'utilizzo della terapia ormonale sostitutiva convenzionale basata sull'uso di associazioni estro-progestiniche può senza dubbio quello di migliorare il substrato biologico della risposta sessuale, ma non esistono dati univoci sull'effettiva efficacia in donne che presentano DSF, stante l'origine multifattoriale di tali disturbi.

A tale riguardo, una recente accurata revisione della letteratura ha posto l'attenzione sul fatto che gli studi randomizzati e controllati verso placebo per determinare gli effetti di differenti terapie sulla funzione sessuale in menopausa non ci forniscono delle linee guida terapeutiche adeguate su come trattare i sintomi sessuali, ad eccezione delle evidenze ottenute mediante l'uso delle associazioni estro-androgeniche e del tibolone.

Anche l'impiego del DHEA, come molecola precursore sia dell'estradiolo che del testosterone, è stato proposto nella terapia del calo della libido sia in fase pre- che postmenopausale. Studi condotti nell'immediata e nella tarda postmenopausa hanno, infatti, messo in evidenza un effetto positivo, mediato probabilmente dall'aumento del tono endorfinergico e neurosteroido, sul benessere mentale e sulla motivazione alla sessualità, e sull'entità della sindrome climaterica.

67

TERAPIA ORMONALE E SINTOMI SESSUALI IN MENOPAUSA

- ✓ **Terapie che garantiscono livelli di ESTRADIOLO (E₂) > di 50 pg/ml sono meno frequentemente associate a secchezza vaginale, bruciore, frequenza e intensità della dispareunia, dolore vestibolare e alla penetrazione profonda.**
- ✓ **Seppure ERT/HRT può essere efficace nel migliorare la lubrificazione vaginale, non sembra aumentare realmente la libido o l'attività sessuale e molte donne con DSF non sono responsive.**

P Sarrel, 1990, 2002

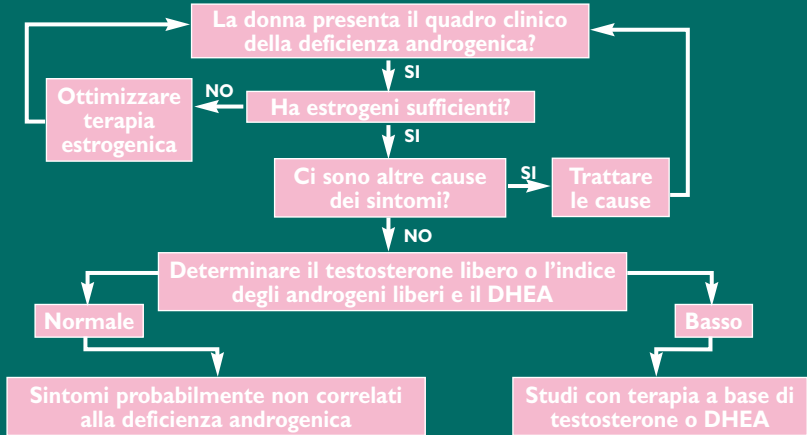
TERAPIA ORMONALE E SINTOMI SESSUALI IN MENOPAUSA

L'importanza di adeguati livelli di estrogeni per preservare la recettività vaginale e per prevenire la dispareunia, soprattutto in donne che mantenevano una attività sessuale regolare dopo la menopausa, è stata stabilita da tempo. Livelli di estradiolo (E₂) inferiori a 50 pg/ml si associano, infatti, a secchezza vaginale, aumento della frequenza e dell'intensità della dispareunia, dolore alla penetrazione superficiale e profonda e bruciore a livello vestibolare. Donne con valori superiori a 50 pg/ml E₂ non sembrano dimostrare sintomi correlati a calo della libido, soddisfazione sessuale e alterazioni in generale della risposta sessuale, mentre donne con valori di E₂ inferiori a 35 pg/ml riportano più frequentemente una riduzione dell'attività coitale e il declino dei livelli plasmatici di E₂ si correla direttamente ad una diminuzione del numero dei rapporti e ad un impoverimento della funzione sessuale.

Seppure ERT/HRT possano essere efficaci per l'atrofia vaginale migliorando l'entità della lubrificazione, non sembrano aumentare significativamente il desiderio e l'attività sessuale e molte donne con DSF rimangono non responsive oppure risolvono inizialmente i loro problemi, ma successivamente continuano a riportare DSF, soprattutto in presenza di calo della libido.

Il dato più interessante sugli effetti positivi delle terapie ormonali sui sintomi sessuali derivano da studi condotti con preparazioni estro-androgeniche (ERT/ART) per via orale, transdermica ed iniettiva nelle donne in menopausa chirurgica e con disturbi del desiderio ipoattivo. Un recente studio condotto in donne in menopausa chirurgica trattate con ERT e T transdermico (150 mcg e 300 mcg/d) verso placebo ha evidenziato un significativo miglioramento della funzione sessuale, ma ha sottolineato anche l'importanza dell'effetto placebo e la presenza di effetti collaterali connessi all'utilizzo della terapia androgenica. Pertanto, nonostante l'efficacia delle ERT/ART nel trattamento delle DSF in postmenopausa, una certa cautela deve ancora essere presente nella pratica clinica, soprattutto in termini di effetti a lungo termine.

ALGORITMO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLA SINDROME DA INSUFFICIENZA ANDROGENICA



The Princeton Consensus Statement, 2002

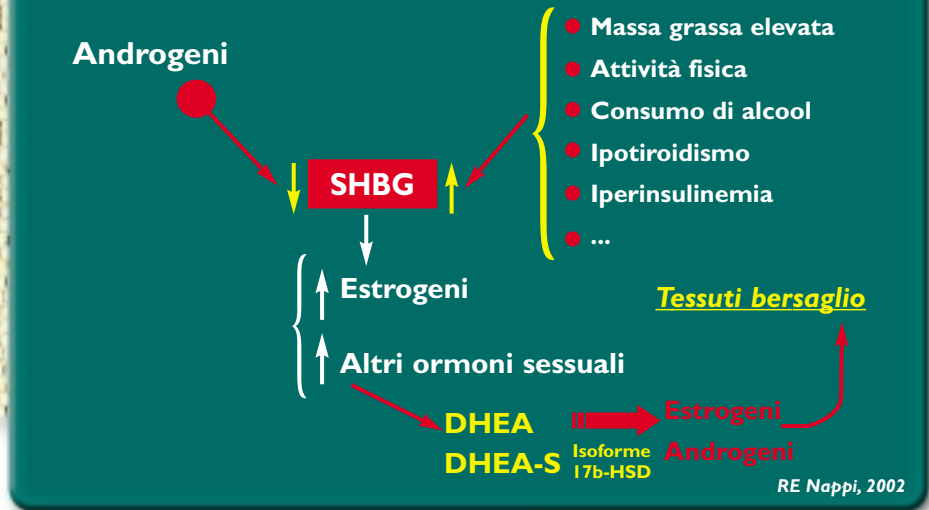
ALGORITMO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLA SINDROME DA INSUFFICIENZA ANDROGENICA

Stante l'inadeguatezza della terapia ERT/HRT convenzionale e l'evidenza dell'entità clinica corrispondente alla sindrome da deficienza/insufficienza androgenica, pur in assenza di valori soglia di riferimento, si è proposto un algoritmo pratico per la diagnosi e il trattamento di tale quadro sintomatologico.

Dopo aver stabilito che i livelli plasmatici di estrogeni sono sufficienti a mantenere un certo grado di adeguata recettività vulvo-vaginale e in assenza di altre possibili cause dei sintomi suggestivi di deficit androgenico (disfunzioni tiroidee, depressione maggiore, stress cronico, conflitti relazionali, ecc.), si è proposto il dosaggio routinario dei livelli plasmatici degli androgeni liberi e del DHEA con supplementazione con terapia a base di T o DHEA in presenza di livelli bassi, ai limiti inferiori dei range di riferimento.

69

ANDROGENI E SEX HORMONE BINDING GLOBULIN (SHBG)



ANDROGENI E SEX HORMONE BINDING GLOBULIN (SHBG)

Il ruolo chiave degli androgeni nel mantenimento di una risposta sessuale adeguata in menopausa coinvolge l'effetto diretto sui livelli plasmatici della sua proteina legante la sex hormone binding protein (SHBG).

Gli androgeni tendono a ridurre i livelli di SHBG circolanti rendendo più biodisponibili gli estrogeni e altri ormoni sessuali circolanti insieme a molti altri fattori quali la massa grassa, l'attività fisica, il consumo di alcool, l'ipotiroidismo, l'iperinsulinemia, ecc.

Dati recenti suggeriscono che nella postmenopausa quasi il 100% degli steroidi sessuali attivi derivano dalla conversione periferica di steroidi precursori, soprattutto il DHEA e il DHEA-S, in estrogeni ed androgeni. Questo concetto supporta l'ipotesi che gli organi bersaglio possano essere sede della sintesi di T ed E₂, localmente, a partire dai precursori ovarici e surrenalici circolanti che se maggiormente disponibili sono, pertanto, una riserva importante di ormoni sessuali. L'enzima chiave, tessuto-specifico, responsabile della conversione periferica è rappresentato dalle diverse isoforme della 17- β -HSD e pertanto i livelli circolanti possono anche non riflettere l'azione degli steroidi nei differenti distretti corporei.

70

TERAPIA ORMONALE E FUNZIONE SESSUALE: UN UNIVERSO DA DEFINIRSI

Tipo di molecola

Via di somministrazione

Meccanismo d'azione

Metabolismo

Livelli plasmatici

Effetti sulla SHBG

Proprietà androgeniche dei progestinici

RE Nappi, 2002

TERAPIA ORMONALE E FUNZIONE SESSUALE: UN UNIVERSO DA DEFINIRSI

La dispareunia conseguente alla secchezza vaginale è responsiva alla terapia estrogenica sostitutiva (ERT) che ripristina il trofismo della mucosa vaginale, il pH e l'irrorazione tissutale. I progestinici utilizzati nella HRT possono antagonizzare questi effetti e comportare una ricorrenza della secchezza vaginale e del dolore ai rapporti in dipendenza dalle loro caratteristiche farmacologiche.

L'analisi dei dati della letteratura suggerisce di investigare le possibili differenze esistenti tra i differenti schemi in termini di molecole, dosaggio, vie di somministrazione, meccanismi di azione e metabolismo per la scelta del regime di HRT convenzionale in un'ottica sessuologica.

Infatti, l'ampio universo terapeutico disponibile può differenziarsi per i livelli plasmatici di ormoni sessuali, soprattutto di E_2 , per le differenti proprietà androgeniche dei progestinici e per il peculiare impatto sui livelli circolanti di SHBG.

71

TERAPIA ORMONALE E BILANCIO DELLA SHBG



RE Nappi, 2002

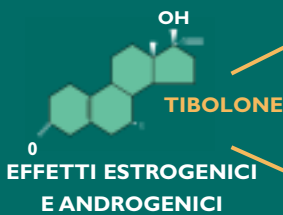
TERAPIA ORMONALE E BILANCIO DELLA SHBG

La SHBG, la proteina che lega il T circolante, influenza in modo significativo l'indice degli androgeni liberi sia basalmente che in corso di terapia estrogenica orale, ma non transdermica, e un suo aumento può produrre DSF, riducendo le frazioni steroidee libere responsabili degli effetti biologici.

Infatti, estrogeni di differente natura così come i progestinici, quanto più vicini al progesterone naturale tanto meno capaci di abbassare i livelli di SHBG, possono insieme ad altre caratteristiche della donna, prima fra tutte il peso, giocare un ruolo importante nella capacità del ginecologo di personalizzare la terapia estro-progestinica sostitutiva più adeguata ai sintomi riferiti dalla donna, soprattutto sul versante della sessualità.

72

TIBOLONE E TESSUTI BERSAGLIO DELLA FUNZIONE SESSUALE



**CIRCUITI
NEUROENDOCRINI CENTRALI**
(Benessere mentale, libido,
orgasmo)

**TESSUTI
VAGINALI E CLITORIDEI**
(Sensazioni, congestione,
lubrificazione)

Il Tibolone ↑ i livelli circolanti di testosterone libero e DHEA-S
↓ i livelli circolanti di SHBG

SR Davis, 2002

TIBOLONE E TESSUTI BERSAGLIO DELLA FUNZIONE SESSUALE

Il tibolone è uno steroide sintetico tessuto-specifico definito STEAR per la sua capacità di regolatore selettivo tissutale dell'attività estrogenica. Ha anche proprietà, progestiniche ed androgeniche, correlate all'attività del metabolita $\Delta 4$ -isomero.

Assunto per via orale, il tibolone è rapidamente convertito in tre metaboliti attivi che operano mediante meccanismi recettoriali e attraverso la regolazione dell'attività enzimatica steroidea.

La specificità del metabolismo tissutale è esemplificata dall'evidenza che due metaboliti (3α -OH e 3β -OH) hanno proprietà estrogeniche a livello osseo, vaginale, endoteliale e del sistema nervoso centrale, mentre il terzo metabolita ($\Delta 4$ -isomero) è formato a livello endometriale direttamente a partire dal composto originario, mediante l'azione della 3β HSD-isomerasi, e indirettamente a partire dal metabolita 3β -OH-tibolone.

È impiegato nel trattamento della sindrome climaterica e nella prevenzione dell'osteoporosi e non stimola il tessuto endometriale e la ghiandola mammaria.

In particolare, il tibolone ha un effetto positivo sulla funzione sessuale della donna in menopausa mediante un'azione estrogenica ed androgenica sui circuiti neuroendocrini centrali che stimolano la libido, l'orgasmo e il benessere mentale e sui tessuti vaginali e clitoridei con un miglioramento delle sensazioni sessuali, della congestione genitale e della lubrificazione.

Inoltre, il tibolone ha un effetto sulla sessualità anche grazie alla sua capacità di aumentare l'indice degli androgeni liberi (FAI), probabilmente attraverso una significativa riduzione dei livelli plasmatici di SHBG, e i livelli circolanti di DHEA-S di circa il 20% dopo 1 anno di terapia, con un effetto significativamente superiore rispetto all'HRT convenzionale.

73

TIBOLONE "A CONFRONTO" SULLA RISPOSTA SESSUALE

- ➔ **Migliora** la funzione sessuale in generale e la lubrificazione vaginale dopo stimolazione erotica verso **PLACEBO**
- ➔ Ha un'azione significativamente **più marcata** su frequenza dei rapporti, piacere e soddisfazione sessuale verso **HRT**
- ➔ Ha un effetto **positivo** sulla dispareunia e sulla soddisfazione sessuale generale **sovrapponibile** a **HRT** e **ART**
- ➔ Ha un effetto **positivo** sulla responsività sessuale e sulla frequenza dell'orgasmo **in modo simile** a **ART**, ma significativamente **superiore** a **HRT**

SR Davis, 2002

TIBOLONE "A CONFRONTO" SULLA RISPOSTA SESSUALE

In studi randomizzati verso placebo o altri regimi di HRT convenzionale, il tibolone è efficace nell'alleviare la secchezza vaginale e la dispareunia, migliorando libido, fantasia, eccitazione, orgasmo, e aumentando significativamente la frequenza dei rapporti sessuali e il grado di soddisfazione sessuale in postmenopausa. Tale effetto è più marcato rispetto all'uso di associazioni estro-progestiniche in regime combinato continuo.

Il tibolone esercita degli effetti sovrapponibili alle preparazioni ERT/ART soprattutto sulla responsività sessuale e sulla frequenza dell'orgasmo. Inoltre, ha un'azione peculiare, significativamente superiore al placebo, sulla contrattilità vaginale e sull'entità della lubrificazione in risposta a stimolazione erotica.

74

PROSPETTIVE NEL CAMPO DELLA TERAPIA DELLE DSF

- ✓ Identificazione della popolazione di donne che presentano **DISFUNZIONI SESSUALI** clinicamente rilevanti
- ✓ Sviluppo di nuove tecniche **DIAGNOSTICHE**
- ✓ Utilizzo di **TERAPIE ORMONALI** adeguate
- ✓ Messa a punto di farmaci **SPECIFICI** per le **DSF**

R Basson et al, 2002

PROSPETTIVE NEL CAMPO DELLA TERAPIA DELLE DSF

Per un corretto approccio terapeutico in ambito sessuologico, esiste la necessità di personalizzare i trattamenti. A tal fine, sono richiesti non soltanto una maggior conoscenza dei meccanismi biologici che sottendono la risposta sessuale femminile, ma anche e, soprattutto, un inquadramento preciso del contesto psicologico e relazionale.

Lo sviluppo di criteri diagnostici ancora più precisi per identificare la popolazione di donne che presentano DSF clinicamente rilevanti permetterà di utilizzare terapie ormonali sempre più adeguate e di sviluppare nuove molecole specificatamente per la funzione sessuale femminile e non prese a prestito dall'ormai ricco armamentario terapeutico maschile.

75

STRUMENTI PER LA DIAGNOSI E LA RICERCA IN TEMA DI SESSUALITÀ

- **Colloquio anamnestico**
- **Questionari di autosomministrazione**
- **Intervista semistrutturata**
- **Coinvolgimento del partner**

RE Nappi, 2002

STRUMENTI PER LA DIAGNOSI E LA RICERCA IN TEMA DI SESSUALITÀ

Ad un colloquio anamnestico che, come vedremo, deve mirare a contestualizzare il sintomo sessuale riferito dalla donna e a porlo in una prospettiva di coppia, si possono associare degli strumenti validati quali questionari di autosomministrazione (indice della funzione sessuale femminile e maschile) e interviste semistrutturate (disegnate ad hoc sulla base dei più recenti criteri diagnostici) al fine di quantificare l'entità del disturbo anche e soprattutto in termini di distress per la donna e per il partner.

In questa ottica, il coinvolgimento del partner, almeno in un secondo tempo, potrebbe rivelarsi di grande utilità per identificare le eventuali problematiche della salute che possono influenzare la qualità della vita sessuale dell'uomo.

76

CLASSIFICARE LE DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI (DSF)

2nd International Consensus on Sexual Dysfunction

- **Nuovo modello della funzione sessuale femminile**
- **Revisione della classificazione del 2000**
 - **Disordini del desiderio**
 - **Disordini dell'eccitazione**
 - **Disordine orgasmico**
 - **Disordini del dolore sessuale**
- ➔ **Comorbidità (sintomo leader/effetto tempo)**
- ➔ **Multifattorialità (biologico e psicologico)**
- ➔ **Effetto età, ciclo vitale, durata della relazione**
- ➔ **Descrittori contestuali (salute, malattia, educazione, esperienze, partner, ...)**
- **Motivazioni non sessuali alla sessualità**

Importanza dell'esperienza soggettiva

R Basson et al, 2003

CLASSIFICARE LE DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI (DSF)

I criteri classificativi delle DSF sono relativamente recenti e nell'arco di pochi anni sono stati revisionati due volte a testimonianza del crescente interesse in questo settore.

La classificazione attualmente in uso si basa sul modello di risposta sessuale che comprende desiderio, eccitazione, orgasmo e soddisfazione e si è arricchita di numerosi indicatori e descrittori indispensabili per contestualizzare i sintomi sessuali e per comprenderne l'evoluzione temporale.

Le motivazioni alla sessualità e il vissuto individuale del sintomo in relazione all'età, al ciclo vitale, alla qualità della relazione con il partner devono essere sempre considerati per porre una diagnosi adeguata e assumono una notevole importanza per la scelta terapeutica.

Nell'approccio diagnostico alle DSF occorre sempre tenere in considerazione tre piani di lavoro, quello biologico, quello psicosociale e quello più propriamente sessuale. Tale atteggiamento è indispensabile per sviscerare il sintomo ed evitare semplificazioni cui conseguono, inevitabilmente, fallimenti terapeutici negativi per la donna e per la coppia.

Le domande devono essere aperte, chiare, non giudicanti e la “scaletta” deve essere personalizzata tenendo, però, sempre in considerazione i vari piani di azione e la necessità di inquadrare in un tempo relativamente breve sintomo, contesto, esordio, quadro generale, ruolo del partner, di stress.

77

APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLE DSF (I)

SINTOMI

BIOLOGICO

- ❖ stabilire lo stato di salute generale attuale
- ❖ effettuare una storia medica e ginecologica accurata

PSICOSOCIALE

- ❖ stabilire lo stato emotivo attuale
- ❖ valutare la salute mentale e lo stato cognitivo

SESSUALE

- ❖ ottenere informazioni sui sintomi facendo parlare la donna
- ❖ identificare sede, insorgenza, intensità, durata dei sintomi

RE Nappi, 2003

APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLE DSF (I)

Nell'approccio diagnostico alle DSF occorre innanzitutto focalizzare l'attenzione sul sintomo che la donna presenta su tre piani distinti:

- Biologico
 - stabilire lo stato di salute generale attuale
 - effettuare una storia medica e ginecologica accurata.
- Psicosociale
 - stabilire lo stato emotivo attuale
 - valutare la salute mentale e lo stato cognitivo.
- Sessuale
 - ottenere informazioni sui sintomi facendo parlare la donna
 - identificare sede, insorgenza, intensità, durata dei sintomi.

78

APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLE DSF (II)**CONTESTO ATTUALE**
(precipitante, di mantenimento)**BIOLOGICO**

- ❖ indagare l'utilizzo di farmaci, l'abuso di sostanze
- ❖ valutare il livello di affaticamento
- ❖ identificare la presenza di dolori non sessuali

PSICOSOCIALE

- ❖ chiarire la natura e la durata della relazione attuale
- ❖ valutare i valori sociali e le convinzioni con impatto sessuale

SESSUALE

- ❖ indagare i tempi e i luoghi della sessualità
- ❖ valutare il tipo di stimolazione sessuale
- ❖ chiarire le attuali sensazioni della donna nei confronti del partner

RE Nappi, 2003

APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLE DSF (II)

Nell'approccio diagnostico alle DSF occorre indagare il contesto attuale che può aver fatto precipitare il sintomo o che può mantenerlo come tale su tre piani distinti:

- Biologico
 - indagare l'utilizzo di farmaci, l'abuso di sostanze
 - valutare il livello di affaticamento
 - identificare la presenza di dolori non sessuali.
- Psicosociale
 - chiarire la natura e la durata della relazione attuale
 - valutare i valori sociali e le convinzioni con impatto sessuale.
- Sessuale
 - indagare i tempi e i luoghi della sessualità
 - valutare il tipo di stimolazione sessuale
 - chiarire le attuali sensazioni della donna nei confronti del partner.

79

APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLE DSF (III)**CONTESTO PASSATO**
(predisponente, precipitante)**BIOLOGICO**

- ❖ indagare la storia clinica pregressa

PSICOSOCIALE

- ❖ chiarire la storia della donna in termini di relazioni significative
- ❖ identificare eventi di lutto e/o di perdita
- ❖ valutare lo sviluppo psico-affettivo

SESSUALE

- ❖ valutare le esperienze sessuali passate personali e di coppia
- ❖ indagare eventuali traumi, abusi, coercizioni sessuali

RE Nappi, 2003

APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLE DSF (III)

Nell'approccio diagnostico alle DSF è non di meno importante il contesto passato che può costituire il fattore determinante nell'insorgenza di un sintomo su tre piani distinti anche a distanza di tempo:

- Biologico
 - indagare la storia clinica pregressa.
- Psicosociale
 - chiarire la storia della donna in termini di relazioni significative
 - identificare eventi di lutto e/o di perdita
 - valutare lo sviluppo psico-affettivo.
- Sessuale
 - valutare le esperienze sessuali passate personali e di coppia
 - indagare eventuali traumi, abusi, coercizioni sessuali.

80

APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLE DSF (IV)

ESORDIO (precipitante)

BIOLOGICO

- ❖ indagare la storia medica, ginecologica e psichiatrica all'esordio

PSICOSOCIALE

- ❖ chiarire le circostanze psico-affettive all'epoca di insorgenza
- ❖ valutare la natura della relazione all'esordio del sintomo

SESSUALE

- ❖ valutare se ci sono state delle situazioni in cui il sintomo era assente

RE Nappi, 2003

APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLE DSF (IV)

Nell'approccio diagnostico alle DSF è poi di fondamentale importanza identificare l'esordio che ha precipitato il manifestarsi del sintomo su tre piani distinti:

- Biologico
 - indagare la storia medica, ginecologica e psichiatrica all'esordio.
- Psicosociale
 - chiarire le circostanze psico-affettive all'epoca di insorgenza
 - valutare la natura della relazione all'esordio del sintomo.
- Sessuale
 - valutare se ci sono state delle situazioni in cui il sintomo era assente.

81

APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLE DSF (V)**QUADRO GENERALE****BIOLOGICO**

- ❖ stabilire se ci sono cause mediche rilevanti
- ❖ ottenere informazioni sull'attività sessuale in relazione a patologie

PSICOSOCIALE

- ❖ valutare fattori di personalità
- ❖ identificare meccanismi di adattamento e di autocontrollo
- ❖ chiarire la capacità di esprimere emozioni non sessuali
- ❖ determinare il livello di autostima

SESSUALE

- ❖ stabilire con chiarezza come avviene l'intera risposta sessuale

RE Nappi, 2003

APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLE DSF (V)

Nell'approccio diagnostico alle DSF il quadro generale che può contribuire alla presenza del sintomo deve essere indagato su tre piani distinti:

- Biologico
 - stabilire se ci sono cause mediche rilevanti
 - ottenere informazioni sull'attività sessuale in relazione a patologie.
- Psicosociale
 - valutare fattori di personalità
 - identificare meccanismi di adattamento e di autocontrollo
 - chiarire la capacità di esprimere emozioni non sessuali
 - determinare il livello di autostima.
- Sessuale
 - stabilire con chiarezza come avviene l'intera risposta sessuale.

82

APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLE DSF (VI)**RUOLO DEL PARTNER**
(precipitante, di mantenimento)**BIOLOGICO**

- ❖ indagare la storia medica generale del partner

PSICOSOCIALE

- ❖ chiarire il tono dell'umore del partner
- ❖ valutare lo stato di salute mentale e cognitivo del partner
- ❖ indagare le reazioni del partner al sintomo sessuale

SESSUALE

- ❖ valutare il ciclo di risposta sessuale del partner

RE Nappi, 2003

APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLE DSF (VI)

Nell'approccio diagnostico alle DSF il ruolo del partner che può essere precipitante il sintomo o di mantenimento dello stesso deve essere indagato su tre piani distinti:

- Biologico
 - indagare la storia medica generale del partner.
- Psicosociale
 - chiarire il tono dell'umore del partner
 - valutare lo stato di salute mentale e cognitivo del partner
 - indagare le reazioni del partner al sintomo sessuale.
- Sessuale
 - valutare il ciclo di risposta sessuale del partner.

83

APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLE DSF (VII)

DISTRESS

BIOLOGICO

- ❖ stabilire il livello di distress riguardo a fattori medici/biologici

PSICOSOCIALE

- ❖ valutare il livello di distress riguardo a fattori psicosociali

SESSUALE

- ❖ indagare le reazioni alle difficoltà sessuali
- ❖ valutare l'entità del distress sessuale
- ❖ chiarire l'opinione della donna e del partner sul sintomo sessuale

RE Nappi, 2003

APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLE DSF (VII)

Nell'approccio diagnostico alle DSF il grado di distress che si accompagna al sintomo è molto importante per determinare l'avvio di un programma terapeutico e deve essere indagato su tre piani distinti:

- Biologico
 - stabilire il livello di distress riguardo a fattori medici/biologici.
- Psicosociale
 - valutare il livello di distress riguardo a fattori psicosociali.
- Sessuale
 - indagare le reazioni alle difficoltà sessuali
 - valutare l'entità del distress sessuale
 - chiarire l'opinione della donna e del partner sul sintomo sessuale.

IL GINECOLOGO E LE DSF (I)

- **ANAMNESI GENERALE**
 - ❖ eventuali interventi chirurgici dell'apparato genitale
 - ❖ abitudini di vita
 - ❖ farmaci assunti, ecc
- **ANAMNESI UROGINECOLOGICA**
 - ❖ infezioni genitourinarie presenti e/o pregresse
 - ❖ contraccezione
 - ❖ terapie ormonali
 - ❖ tipo di menopausa ed eventuale HRT
 - ❖ abitudini minzionali e continenza
 - ❖ patologie ginecologiche associate
- **ANAMNESI OSTETRICA**
 - ❖ n. di gravidanze, n. di parti e durata allattamento
 - ❖ durata del periodo dilatante ed espulsivo
 - ❖ eventuali lacerazioni perineali
 - ❖ esiti di cicatrice episiotomica

RE Nappi, 2003

IL GINECOLOGO E LE DSF (I)

Molte delle domande che il ginecologo pone nel corso della visita possono avere dei risvolti sessuologici, se si pensa a tutti i possibili determinanti organici dei sintomi sessuali.

Sono estremamente illuminanti su una condizione organica predisponente alle DSF:

- l'anamnesi generale comprensiva di eventuali interventi chirurgici dell'apparato genitale, delle abitudini di vita (dieta, esercizio fisico, fattori di stress, ecc.), dei farmaci assunti occasionalmente o in maniera continuativa, ecc.;
- l'anamnesi uro-ginecologica con particolare riguardo a infezioni genito-urinarie presenti e/o pregresse, abitudini contraccettive, eventuale uso di terapie ormonali (GnRH analoghi, antiandrogeni, induttori dell'ovulazione, ecc.), tipo di menopausa ed eventuali regimi di terapia ormonale sostitutiva, abitudini menzionali e sintomi urinari (bruciori, cistiti, incontinenza, ecc.), oltre alle patologie ginecologiche connesse (cistocele, prolasso, ecc.);
- l'anamnesi ostetrica ponendo l'attenzione sul numero di gravidanze, di parti e sulla durata dell'allattamento, sulla durata del periodo dilatante e del periodo espulsivo, sulla presenza di eventuali lacerazioni perineali e sugli esiti di cicatrice episiotomica.

85

IL GINECOLOGO E LE DSF (II)

● VISITA GINECOLOGICA

➔ ISPEZIONE E PALPAZIONE:

- ❖ valutazione del trofismo cutaneo e vulvare
- ❖ grado di apertura vulvare, distanza ano-vulvare, ispezione dei margini anali, eventuale prolasso d'organo
- ❖ valutazione della lassità legamentaria
- ❖ Q-tip test e valutazione dei "tender e trigger points" dolorosi, **PAIN MAP vestibolare**
- ❖ valutazione della sensibilità discriminativa (riflesso clitorido-anoale e perineale alla tosse)

➔ ESPLORAZIONE VAGINALE:

- ❖ punti dolorosi e grado di fobia
- ❖ grado dello spasmo della muscolatura vaginale
- ❖ esclusione di cause organiche

➔ ESAME SPECULARE:

- ❖ trofismo delle pareti vaginali
- ❖ segni di infezioni/inflammazioni
- ❖ ectropion e/o esiti di DTC, ecc.

RE Nappi, 2003

IL GINECOLOGO E LE DSF (II)

La visita ginecologica nelle sue tre fasi classiche è il momento determinante anche per una diagnosi "sessuale" e si articola in:

- ispezione e palpazione per valutare:
 - grado di apertura vulvare
 - distanza ano-vulvare
 - ispezione dei margini anali
 - eventuale prolasso d'organo
 - valutazione della lassità legamentaria
 - Q-tip test ("tender e trigger points" dolorosi, PAIN MAP vestibolare)
 - sensibilità discriminativa (riflesso clitorido-anoale e perineale alla tosse)
- esplorazione vaginale per individuare:
 - punti dolorosi e grado di fobia
 - grado dello spasmo della muscolatura vaginale
 - cause organiche
- esame speculare per identificare:
 - trofismo delle pareti vaginali
 - segni di infezioni/inflammazioni
 - ectropion e/o esiti di DTC, ecc.

IL GINECOLOGO E LE DSF (III)

- **ALTRI ESAMI NEL CORSO DELLA VISITA**
 - ❖ indice kariopicnotico
 - ❖ pH vaginale
 - ❖ tampone vaginale, cervicale, vulvare, uretrale, rettale
- **VALUTAZIONE ORMONALE**
 - ❖ FreeT, DHEA-S, FSH, SHBG, E2, PRL, TSH, CORT
- **INDAGINE ECOGRAFICA**
 - ❖ morfologia pelvica
 - ❖ circolazione clitoridea e labiale
- **TESTING PERINEALE**
 - ❖ manuale (PC test a livello dei fasci pubo-coccigei)
 - ❖ con bio-feedback (BFB)
- **SENSIBILITÀ GENITALE**
 - ❖ elettrostimolazione elettrica funzionale (FES)
 - ❖ analizzatore neuro-sensoriale (NSA)
 - ❖ potenziali evocati pelvici (nervo pudendo e sue diramazioni)

RE Nappi, 2003

IL GINECOLOGO E LE DSF (III)

Alla visita ginecologica si possono associare altre valutazioni al fine di precisare alcune condizioni organiche predisponenti e per eventualmente mettere in atto una strategia terapeutica mirata:

- altri esami nel corso della visita come:
 - indice kariopicnotico (trofismo)
 - pH vaginale (estrogenizzazione e barriera alle infezioni)
 - tampone vaginale, cervicale, vulvare, uretrale, rettale
- valutazione ormonale che deve comprendere:
 - FreeT, DHEA-S, FSH, SHBG, E2, PRL, TSH, CORT (funzione ovarica, ipofisaria, surrenalica, tiroidea)
- Indagine ecografia per lo studio di:
 - morfologia pelvica
 - circolazione clitoridea e labiale
- Testing perineale per approfondire lo stato della muscolatura pelvica
 - manuale (PC test a livello dei fasci pubo-coccigei)
 - con bio-feed.back (BFB)
- Sensibilità genitale (per investigare la situazione locale predisponente al dolore)
 - elettrostimolazione elettrica funzionale (FES)

- analizzatore neuro-sensoriale (NSA)
- potenziali evocati pelvici (nervo pudendo e sue diramazioni).

Alcune di queste valutazioni necessitano della collaborazione di altri specialisti e possono essere eseguite in un secondo tempo, se necessario.

87

IL GINECOLOGO È L'INTERLOCUTORE DELLA DONNA SUI SINTOMI SESSUALI DEL PARTNER

- Ha un ruolo informativo e confidenziale
- Considera le eventuali motivazioni legate alla vita riproduttiva (contraccezione, infertilità, menopausa, interventi chirurgici, ecc.)
- Mette in atto strategie terapeutiche mirate alla risoluzione di DSF reattive ai sintomi sessuali del partner
- Rassicura sull'efficacia, la tollerabilità e l'importanza per la coppia di una terapia delle disfunzioni sessuali del partner

RE Nappi, 2003

IL GINECOLOGO È L'INTERLOCUTORE DELLA DONNA SUI SINTOMI SESSUALI DEL PARTNER

Il ginecologo ha dunque un ruolo centrale nella diagnosi, nella prevenzione e, laddove possibile, nella terapia dei sintomi sessuali femminili. Inoltre, deve evitare con un counseling adeguato di essere lui stesso un induttore di sintomi sessuali (prima di un intervento chirurgico, in risposta ad una diagnosi di infertilità o di malattie a trasmissione sessuale, per esempio).

Ha però anche un ruolo informativo e confidenziale nei confronti delle sue pazienti riguardo a problematiche che riguardano il partner, soprattutto quando queste possono indurre o amplificare i problemi femminili.

Il ginecologo prendendo in considerazione le eventuali modificazioni della relazione di coppia dipendenti dal ciclo riproduttivo femminile è testimone del *fil rouge* della vita sessuale della donna e può esserle di grande aiuto nel capire che anche l'uomo, al di là degli aspetti endocrini e biologici suoi propri, può vivere periodi critici che dipendono da lui stesso o che riflettono un disagio relazionale.

L'uomo di oggi ha la prova dello specchio, gli anni passano e con essi

la potenza virile, i limiti di età generano depressioni reattive al pensionamento che possono ripercuotersi sul senso di autostima e sulla capacità di relazionarsi, anche sul piano sessuale con la partner, che può essere percepita distante, "tuffata" nei mille impegni personali, familiari, lavorativi, non più attenta alle sue esigenze. La presenza di disfunzioni sessuali nell'uomo possono essere colte dalla donna come un atteggiamento di disinteresse, ma possono invece stimolarne il bisogno di prendersene cura.

L'uomo ha ancora timori e resistenze ad intraprendere delle strategie terapeutiche mirate ad affrontare le sue problematiche sessuali e la donna può essergli di stimolo, soprattutto se ha la consapevolezza che le possibili soluzioni di terapia non sono dannose per la salute e possono migliorare realmente la vita della loro coppia. L'intervento del ginecologo può essere, quindi, volto ad indurre la donna ad interessarsi anche alla salute sessuale del suo partner.

88

LA TERAPIA DELLE DISFUNZIONI SESSUALI DEL PARTNER È UN'ALLEATA DELLA SESSUALITÀ DELLA DONNA

- Stimola a recuperare l'eroticità
- Rinnova l'intimità emotiva e cognitiva
- Migliora le DSF
- Rafforza il senso di benessere e salute



RE Nappi, 2003

LA TERAPIA DELLE DISFUNZIONI SESSUALI DEL PARTNER È UN'ALLEATA DELLA SESSUALITÀ DELLA DONNA

Il condividere con il partner, infatti, una strategia terapeutica può notevolmente stimolare l'eroticità di coppia rinnovando l'intimità emotiva e cognitiva. Le disfunzioni sessuali migliorando generalmente in entrambi rafforzando il senso di benessere e di salute in un progetto comune.

Lo stesso dovrebbe succedere al contrario, cioè l'uomo andrebbe stimolato a comprendere i momenti del ciclo vitale femminile che possono essere critici sul versante della sessualità. È per questo che sarebbe auspicabile poter coinvolgere il partner, almeno in parte, nella consultazione ginecologica, soprattutto in menopausa, per renderlo complice dei processi decisionali e partecipe di quei progetti terapeutici che, se pur nell'ambito di una problematica femminile, lo interessano comunque direttamente perché intervengono nel modificare la vita di coppia.

89



UNA DONNA "NUOVA" PER UN GINECOLOGO "NUOVO"

Alcuni dati emersi da una ricerca effettuata recentemente da Fondazione Organon e Federcasalinghe su un campione di 1.787 donne tra i 40 e i 75 anni (il progetto, intitolato "Il piacere di essere donna a 50 anni", va avanti e si arricchisce di nuovi elementi) sembrano davvero significativi della svolta culturale in tema di personalizzazione di una medicina al femminile sul versante della menopausa, della sessualità e della qualità di vita e fanno emergere una donna "nuova" che necessita di un ginecologo "nuovo", non più soltanto ostetrico/chirurgo, ma interlocutore privilegiato a 360° gradi nel dialogo della salute.

Innanzitutto, è importante sottolineare come ci siano delle differenze molto nette ed evidenti tra le varie fasce d'età che possono essere schematizzate come segue:

- la donna di "ieri" tra i 60 e i 69 anni. Riservata, regina del focolare domestico, meno attenta in generale alla salute e "vittima" rassegnata e apparentemente soddisfatta degli anni che sono passati, intende la menopausa come un evento naturale, inevitabile, per cui non è assolutamente necessario discuterne con il medico, tanto meno con il ginecologo. Basti pensare che il 17% dichiara di non aver fatto mai o di non aver più fatto una visita ginecologica dall'e-

poca dell'ultimo parto. I sintomi dell'età climaterica e le modificazioni della vita sessuale e di relazione sono stati una parte integrante della vita delle "donne di ieri" e ben poche di loro hanno pensato di poterli e doverli risolvere all'epoca della menopausa. Sono molto ansiose, meno in sintonia con il partner e un po' più sole; soltanto una minoranza ha sogni nel cassetto da realizzare;

- la donna di "oggi" tra i 50 e i 59 anni. Aperta, impegnata in casa e fuori, con buona cura di sé e della propria salute, ha ancora un atteggiamento ambivalente nei confronti degli anni che passano; da una visione conservativa sul tema della menopausa c'è la tendenza ad affrontare positivamente questa fase della vita in un'ottica di informazione e confronto con il ginecologo in termini di prevenzione, arma vincente per salute e benessere. Il 57% ha un atteggiamento positivo nei confronti di eventuali terapie della menopausa e il 94,4% fa controlli regolari con l'intento di migliorare la propria qualità di vita. Il partner è importante emotivamente e cognitivamente. La sessualità gioca un ruolo sempre più centrale nella relazione ed per questo che la donna denuncia i disturbi relativi a questa età di transizione e le problematiche legate alla vita sessuale. Vive dovendo fare i conti con numerosi e pressanti impegni che assorbono la maggior parte delle energie: il lavoro, la cura dei figli e dei propri cari, gli interessi personali, la voglia di socializzare;
- la donna di "domani" tra i 40 e i 49 anni. Informata, iperattiva e un po' stressata, non guarda più con timore alla menopausa in arrivo e lo considera un tempo per cui occorre prepararsi con un certo anticipo, prevenendo la comparsa dei disturbi di questa età. Infatti il 78,5% dice che vivrà bene la menopausa, "serenamente, come la fine di un periodo della vita e l'inizio di uno nuovo". Ha un rapporto di scambio critico con il ginecologo, intensificando i controlli e richiedendo esami specifici. Ha molte aspettative dalle eventuali terapie che tuttavia vengono vissute con un certo senso di colpa, come se la volontà di contrastare i segni del tempo possa rappresentare un elemento di superficialità. Il partner conta molto, sia in un rapporto di vecchia data che in una relazione nuova, e il declino dell'intesa fisica è un'entità da contrastare.

90

IL PIACERE DI SENTIRSI DONNE A 50 ANNI È ...

CONTINUARE A "FAR L'AMORE CON LA VITA
E CON IL PARTNER!"

RE Nappi, 2003

IL PIACERE DI SENTIRSI DONNE A 50 ANNI È... ...CONTINUARE A FAR L'AMORE CON LA VITA E CON IL PARTNER

E allora la menopausa sembra oggi un evento della vita della donna da condividere con il partner soprattutto per quanto riguarda gli aspetti della sessualità. In questo periodo può essere estremamente frequente una collusione di coppia sul piano della risposta sessuale. A fronte, infatti, di una donna che si lubrifica più lentamente e che necessita di stimoli ancor più adeguati per dimostrare la propria motivazione e per raggiungere l'orgasmo e la soddisfazione, si osservano uomini con problemi di disfunzione erettile e/o di calo della libido.

Spesso entrambi tendono a nascondere la propria defaillance dietro il problema dell'altro e la scarsa comunicazione allontana i partners da una vita sessuale soddisfacente, anche di tipo non coitale. La salute generale e sessuale dell'uomo è senza dubbio una variabile importante ogni qual volta si affrontano i sintomi sessuali nella donna ed ignorare con chi si fa l'amore può essere responsabile dei fallimenti terapeutici che si osservano nella terapia ormonale dei sintomi sessuali correlati alla menopausa.

Le terapie volte alla risoluzione dei sintomi menopausali rappresenta-

no un valido aiuto nella gestione clinica delle problematiche sessuali, ma il ginecologo deve saper stimolare “il piacere di essere donna a 50 anni” in un modo più globale e consapevole, cercando di individuare le strategie più adeguate alle esigenze di ogni donna affinché il “bilancio” di vita, passata e futura, sia sempre “in attivo”.

Parlare il linguaggio della salute e non della malattia sembra essere la chiave necessaria per orientare le donne in menopausa verso una costante cura di sé in un'ottica realmente preventiva che le veda ancora protagoniste della loro vita, al di là del tempo che passa sul viso, dei figli che crescono, degli affetti che se ne vanno, del senso di stare insieme al partner.

BIBLIOGRAFIA

1. Adashi EY. The climacteric ovary as a functional gonadotropin driven androgen producing gland. *Fertil Steril* 1994;62:20-7.
2. Althof SE, Wieder M. Psychotherapy for erectile dysfunction: now more relevant than ever. *Endocrine* 2004;23:131-4.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4rd Edition Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
4. Androgen Insufficiency in women: the Princeton Conference Rosen R et al (eds.). *Fertil Steril* 2002;77(4).
5. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause* 2000;7:297-309.
6. Bachmann GA, Leiblum SR. Sexuality in sexagenarian women. *Maturitas* 1991;13:43-50.
7. Bachmann GA. Influence of menopause on sexuality. *Int J Fertil* 1995; 40: 16-22.
8. Bachmann GA. The hypoandrogenic woman: pathophysiologic overview. *Fertil Steril*. 2002;77:S72-6.
9. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the International Consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *Journal of Urology* 2000;163:888-93.
10. Baldaro Verde J. L'identità sessuale e le sue vicissitudini. In: *Sessuologia '93 - L'identità sessuale e le sue vicissitudini - La sessuologia quale integrazione tra biologico e psicologico*, J. Baldaro Verde, A.R. Genazzani, P. Marrama (eds), CIC Edizioni Internazionali, Roma. 1993, pp. 3-13.
11. Baldaro Verde J, Nappi RE. Menopausa e ristrutturazione della vita individuale e di coppia. In: Baldaro Verde J, Cersosimo L, Genazzani AR (eds), *Il Consultorio Familiare*, CIC Edizioni Internazionali, Roma. 1997, pp. 186-89.
12. Baldaro Verde J, Nappi RE. *Donne Nuove – L'universo femminile nel terzo millennio*. Franco Angeli Ed, Milano, 2002.
13. Bancroff J. *Human Sexuality and its problems*. 2nd edition, London, Churchill Livingstone, 1989.
14. Baskin LS, Erol A, Li YW, Liu WH, Kurzrock E, Cunha GR. Anatomical studies of the human clitoris. *J Urol*. 1999;162:1015-20.
15. Basson R. The complexities of female sexual arousal disorder: potential role of pharmacotherapy. *World J Urol* 2002;20:119-26.
16. Basson R, Leiblum S, Brotto L, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003;24:221-9.
17. Berman JR, Adhikari SP, Goldstein I. Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction: classification, evaluation and treatment options. *Eur Urol* 2000;38:20-9.
18. Berman JR, Goldstein I. Female sexual dysfunction. *Urol Clin North Am* 2001;28:405-16.
19. Blumel JE, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Romero H, Aprikian D, Sarra S. Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile. *Menopause* 2004;11:78-81.
20. Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. *Int J Impot Res* 2000;12:305-11.
21. Briganti A, Salonia A, Gallina A, Suardi N, Rigatti P, Montorsi F. Emerging oral drugs for erectile dysfunction. *Expert Opin Emerg Drugs* 2004;9:179-89.

22. Brock G, Laumann E, Glasser ADB, et al. Prevalence of sexual dysfunction among mature men and women in USA, Canada, Australia and New Zealand. *J Urol* 2003;169: A1226.
23. Burger HG, Dudley EC, Cui J, Dennerstein L, Hopper JL. A prospective longitudinal study of serum testosterone, dehydroepiandrosterone sulphate and sex hormone binding globulin levels through the menopause transition. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85: 2832-8.
24. Carbone DJ, Harrison LH, McCullough DL. Incidence of previously undiagnosed urologic malignancies in a population presenting solely with the complaint of erectile dysfunction. *J Urol* 1999;161:A695-A99.
25. Casson PR, Elkind-Hirsch KE, Buster JE, Hornsby PJ, Carson SA, Snabes MC. Effect of postmenopausal estrogen replacement on circulating androgens. *Obstet Gynecol* 1997; 90:995-8.
26. Castelo-Branco C, Vicente JJ, Figueras F et al. Comparative effects of estrogens plus androgens and tibolone on bone, lipid pattern and sexuality in postmenopausal women. *Maturitas* 2000;34:161-8.
27. Castelo-Branco C, Blumel JE, Araya H, et al. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *J Obstet Gynaecol* 2003;23:426-30.
28. Cioffi L, De Placido G, Fusco F, Mirone V, Montorsi F, Nappi RE, Palmieri A, Pirozzi Farina F, Rellini A, Salonia A, Simonelli C. *Le disfunzioni sessuali femminili*. Pacini Ed, Pisa, 2003.
29. Clayton AH. Sexual function and dysfunction in women. *Psychiatr Clin N Am* 2003; 26:673-82.
30. Cutler WB, Garcia CM, McCoy N. Perimenopausal sexuality. *Arch Sex Behav* 1987;16:225-34.
31. D'Amati G, di Gioia CR, Bologna M, et al. Type 5 phosphodiesterase expression in the human vagina. *Urology* 2002; 60:191-5.
32. Davis S. Androgen replacement therapy: a commentary. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84:1886-91.
33. Davis S, Tran J. Testosterone influences libido and well-being in women. *Trends Endocrinol Metab* 2001;12:33-7.
34. Davis SR. The effects of tibolone on mood and libido. *Menopause* 2002;9:162-70.
35. Dennerstein L, Burrows GD, Wood C, Hyman G. Hormones and sexuality: effect of estrogen and progestogen. *Obstet Gynecol* 1980;56:316-22.
36. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Burger H. Sexuality, hormones and menopausal transition. *Maturitas* 1997;26:83-93.
37. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2000;93:351-8.
38. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril* 2002;77:S42-S48.
39. Doren M, Rubig A, Coelnigh Bennink HK, Holzgreve W. Differential effects on the androgen status of postmenopausal women treated with tibolone and continuous combined estradiol and norethindrone acetate replacement therapy. *Fertil Steril* 2001; 75:554-559.
40. El-Sakka AI, Lue TF. Physiology of penile erection. *Scient World J* 2004;4:128-34.
41. Esposito K, Giugliano F, Di Palo C, et al. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:2978-84.
42. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou D, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151:54-61.

43. Feldman HA, Johannes CB, Araujo AB, Mohr BA, Longcope C, McKinlay JB. Low dehydroepiandrosterone and ischemic heart disease in middle-aged men: prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. *Am J Epidemiol* 2001;153:79-89.
44. Feldman HA, Longcope C, Derby CA, et al. Age trends in the level of serum testosterone and other hormones in middle-aged men: longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87:589-98.
45. Fitzpatrick JM, Kirby RS, Krane RJ, Adolfsson J, Newling DW, Goldstein I. Sexual dysfunction associated with the management of prostate cancer. *Eur Urol* 1998;33:513-22.
46. Floter A, Nathorst-Boos J, Carlstrom K., von Schoultz B. Addition of testosterone to estrogen replacement therapy in oophorectomized women: effects on sexuality and well-being. *Climacteric* 2002;5:357-65.
47. Frye CA. The role of neurosteroids and non-genomic effects of progestins and androgens in mediating sexual receptivity of rodents. *Brain Res Rev* 2001;37:201-22.
48. Garraway WM, Russell EB, Lee RJ, et al. Impact of previously unrecognized benign prostatic hyperplasia on the daily activities of middle-aged and elderly men. *Br J Gen Pract* 1993;43:318-21.
49. Genazzani AD, Stomati M, Bernardi F, Pieri M, Rovati L, Genazzani AR. Long-term low-dose dehydroepiandrosterone oral supplementation in early and late postmenopausal women modulates endocrine parameters and synthesis of neuroactive steroids. *Fertil Steril* 2003;80:1495-501.
50. Genazzani AR, Petraglia F, Facchinetti F, et al. Effects of Org OD 14 on pituitary and peripheral beta-endorphin in castrated rats and post-menopausal women. *Maturitas* 1987;1:S35-S48.
51. Genazzani AR, Gastaldi M, Bidzinska B, et al. The brain as a target organ of gonadal steroids. *Psychoneuroendocrinology*. 1992;17:385-90.
52. Goldstein I. The mutually reinforcing triad of depressive symptoms, cardiovascular disease, and erectile dysfunction. *Am J Cardiol* 2000;86:41F-45F.
53. Goldstein I, Traish A, Kim N, Munarriz R. The role of sex steroid hormones in female sexual function and dysfunction. *Clin Obstet Gynecol*. 2004;47:471-84.
54. Graziottin A. The challenge of sexual medicine for women: overcoming cultural and educational limits and gender biases. *J Endocrinol Invest*. 2003;26:139-42.
55. Jemal A, Thomas A, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2002;52:23-33.
56. Kim SW, Paick J, Park DW, Chae I, Oh B. Potential predictors of asymptomatic ischemic heart disease in patients with vasculogenic erectile dysfunction. *Urology* 2001;58:441-5.
57. Kim SW, Jeong SJ, Munarriz R, Kim NN, Goldstein I, Traish AM. Role of the nitric oxide-cyclic GMP pathway in regulation of vaginal blood flow. *Int J Impot Res* 2003;15:355-61.
58. Kim NN, Min K, Pessina MA, Munarriz R, Goldstein I, Traish AM. Effects of ovariectomy and steroid hormones on vaginal smooth muscle contractility. *Int J Impot Res* 2004;16:43-50.
59. Kloosterboer HJ. Tibolone: a steroid with a tissue-specific mode of action. *Steroid Biochem Mol Biol* 2001;76:231-8.
60. Kraemer GR, Kraemer RR, Ogden BW, Kilpatrick RE, Gimpel TL, Castracane VD. Variability of serum estrogens among postmenopausal women treated with the same transdermal estrogen therapy and the effect on androgens and sex hormone binding globulin. *Fertil Steril* 2003;79:534-42.
61. Laan E, van Lunsen RH. Hormones and sexuality in postmenopausal women: a psychophysiological study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997;18:126-33.

62. Laan E, van Lunsen RH, Everaerd W. The effects of tibolone on vaginal blood flow, sexual desire and arousability in postmenopausal women. *Climacteric* 2001;4:28-41.
63. Labrie F, Belanger A, Simard J, Van Luu-The, Labrie C. DHEA and peripheral androgen and estrogen formation: intracrinology. *Ann NY Acad Sci* 1995;774:16-28.
64. Labrie F, Luu-The V, Labrie C, Simard J. DHEA and its transformation into androgens and estrogens in peripheral target tissues: intracrinology. *Front Neuroendocrinol* 2001;22:185-212.
65. Laughlin GA, Barrett-Connor E, Kritiz-Silverstein D, von Muhlen D. Hysterectomy, oophorectomy, and endogenous sex hormone levels in older women: the Rancho Bernardo Study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85:645-51.
66. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.
67. Leiblum S, Bachmann G, Kemmann E, Colburn D, Swartzman L. Vaginal atrophy in the postmenopausal woman. The importance of sexual activity and hormones. *JAMA* 1983;249:2195-8.
68. Leiblum SR, Wiegel M. Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. *World J Urol* 2002;20:127-36.
69. Levine RJ. Sex and the human female reproductive tract, what really happens during and after coitus. *Int J Imp Res* 1998; 10 (Suppl 1): S14-S21.
70. Linet OI, Ogrinc FG. Efficacy and safety of intracavernosal alprostadil in men with erectile dysfunction. The Alprostadil Study Group. *N Engl J Med.* 1996;334:873-7.
71. Lobo RA, Rosen RC, Yang HM, Block B, Van Der Hoop RG. Comparative effects of oral esterified estrogens with and without methyltestosterone on endocrine profiles and dimensions of sexual function in postmenopausal women with hypoactive sexual desire. *Fertil Steril* 2003;79:1341-52.
72. Martin-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodriguez-Vela L, Jimenez-Cruz JF, Burgos-Rodriguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiologia de la Disfuncion Erectil Masculina Study. *J Urol* 2001;166:569-74.
73. McEwen BS. Clinical review 108: The molecular and neuroanatomical basis for estrogen effects in the central nervous system. *J Clin Endocrinol Metab* 1999;84:1790-7.
74. Merrill RM, Stephenson RA. Trends in mortality rates patients with prostate cancer during the era of prostate specific antigen screening. *J Urol* 2000;163:503-10.
75. Min K, Munarriz R, Kim NN, Goldstein I, Traish A. Effects of ovariectomy and estrogen and androgen treatment on sildenafil-mediated changes in female genital blood flow and vaginal lubrication in the animal model. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1370-6.
76. Modelska K, Cummings S. Female sexual dysfunction in postmenopausal women: systematic review of placebo-controlled trials. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:286-93.
77. Montorsi F, Salonia A, Deho F, Briganti A, Rigatti P. The ageing male and erectile dysfunction. *World J Urol* 2002;20:28-35.
78. Montorsi F, Briganti A, Salonia A, et al. Erectile dysfunction prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented coronary artery disease. *Eur Urol* 2003;44:360-4.
79. Montorsi F, Briganti A, Salonia A, Rigatti P, Burnett AL. Current and future strategies for preventing and managing erectile dysfunction following radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2004;45:123-33.
80. Morales AJ, Nolan JJ, Nelson JC, Yen SSC. Effects of a replacement dose of dehydroepiandrosterone in men and women of advanced age. *J Clin Endocrinol Metab* 1994;78:1360-7.

81. Moreira ED Jr, Lisboa Lobo CF, Diament A, et al. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study in Brazil. *Urology* 2003;61:431-6.
82. Morley JE, Charlton E, Patrick Pet al. Validation of a screening questionnaire for androgen deficiency in aging males. *Metabolism* 2000;49:1239-42.
83. Munarriz R, Kim NN, Goldstein I, Traish AM. Biology of female sexual function. *Urol Clin North Am* 2002;29: 685-93.
84. Mushayandebvu T, Castracane VD, Gimpel T, Adel T, Santoro N. Evidence for diminished midcycle ovarian androgen production in older reproductive aged women. *Fertil Steril* 1996;65:721-3.
85. Nappi RE, Polatti F. Menopausa e sessualità. In: Premenopausa e menopausa. Genazzani A.R. & Gambacciani M. Ed., CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2000, pp. 165-84.
86. Nappi RE, Veneroni F, Baldaro Verde J, et al. Climacteric complaints, female identity and sexual dysfunction. *J Sex & Marital Ther* 2001;27: 567-76.
87. Nappi RE. Menopausa e sessualità. CIC Ed Internazionali, Roma, 2002.
88. Nappi RE, Baldaro Verde J, Polatti F, Genazzani AR, Zara C. Self-reported sexual symptoms in women attending menopause clinics. *J Obstet Gynecol Invest* 2002;53:181-7.
89. Nappi RE, Abbiati I, Ferdeghini F, et al. Androgen-insufficiency syndrome and women's sexuality. In: Genazzani AR (ed), *Hormone replacement therapy and the brain*. Parthenon Publishing Group Inc., London, UK, 2003, pp. 107-14.
90. Nappi RE, Detaddei S, Ferdeghini F, Brundu B, Sommacal A, Polatti F. Role of testosterone in feminine sexuality. *J Endocrinol Invest* 2003;26:97-101.
91. Nathorst-Boos J, Wiklund I, Mattsson LA, Sandin K, von Schoultz B. Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy? A double blind placebo controlled study in postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:656-60.
92. Nathorst-Boos J, Hammar M. Effect on sexual life - a comparison between tibolone and a continuous estradiol-norethisterone acetate regimen. *Maturitas* 1997;26:15-20.
93. NIH Consensus Development Panel on Impotence: NIH Consensus Conference. Impotence. *JAMA* 1993;270:83-90.
94. O'Connell HE, Hutson JM, Anderson CR, Plenter RJ. Anatomical relationship between urethra and clitoris. *J Urol*. 1998;159:1892-7.
95. Palacios S, Menendez C, Jurado AR, Castano R, Vargas JC. Changes in sex behaviour after menopause: effects of tibolone. *Maturitas* 1995;22:155-61.
96. Parazzini F, Menchini Fabris F, Bortolotti A, et al. Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. *Eur Urol* 2000;37:43-9.
97. Roselli CE, Resko JA. Aromatase activity in the rat brain: hormone regulation and sex differences. *J Steroid Biochem Mol Biol* 1993;44: 499-508.
98. Rosen RC. Lower urinary tract symptoms and sexual dysfunction: additional evidence of an association. *BJU Int* 2004;93:689-90.
99. Rosen RC, Fisher WA, Eardley I, et al. Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Curr Med Res Opin* 2004;20:607-17.
100. Rosen RC, Seidman SN, Menza MA, et al. Quality of life, mood, and sexual function: a path analytic model of treatment effects in men with erectile dysfunction and depressive symptoms. *Int J Impot Res* 2004;16:334-40.
101. Roumeguere T, Wespes E, Carpentier Y, Hoffmann P, Schulman CC. Erectile dysfunction is associated with a high prevalence of hyperlipidemia and coronary heart disease risk. *Eur Urol* 2003;44:355-9.

102. Rymer J, Chapman MG, Fogelman I, Wilson PO. A study of the effect of tibolone on the vagina in postmenopausal women. *Maturitas* 1994;18:127-33.
103. Salonia A, Munarriz RM, Naspro R, et al. Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review. *BJU Int* 2004;93:1156-64.
104. Salonia A, Zanni G, Nappi RE, et al. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur Urol* 2004;45:642-8.
105. Salonia A, Briganti A, Deho F, et al. Pathophysiology of erectile dysfunction. *Int J Androl*. 2003;26:129-36.
106. Salonia A, Montorsi F, Maga T, et al. Patient-partner satisfaction of Sildenafil treatment in evidence-based organic erectile dysfunction. AUA 94th Annual Meeting, Dallas May 1-6, 1999. *J Urol*, 1999;161:A817.
107. Sanchez-Cruz JJ, Cabrera-Leon A, Martin-Morales A, et al. Male erectile dysfunction and Health-Related Quality of Life. *Eur Urol* 2003;44:245-253.
108. Sarrel PM. Sexuality and menopause. *Obstet Gynecol* 1990;75:26S-35S.
109. Sarrel P, Dobay B, Wiita B. Estrogen and estrogen-androgen replacement in postmenopausal women dissatisfied with estrogen-only therapy. Sexual behavior and neuroendocrine responses. *J Reprod Med* 1998;43:847-56.
110. Sarrel PM. Effects of hormone replacement therapy on sexual psychophysiology and behaviour in postmenopause. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9:S25-32.
111. Seftel AD, Sun P, Swindle R. The prevalence of hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus and depression in men with erectile dysfunction. *J Urol* 2004;171:2341-5.
112. Seidamn SN. The aging male: androgens, erectile dysfunction, and depression. *J Clin Psychiatry* 2003, 64:31-7.
113. Semmers J, Wagner G. Estrogen deprivation and vaginal function in postmenopausal women. *JAMA* 1982;248:445-8.
114. Sherwin BB. The impact of different doses of estrogen and progestin on mood and sexual behavior in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1991;72:336-43.
115. Shifren J, Braunstein G, Siman J, et al. Transdermal Testosterone Treatment in Women With Impaired Sexual Function After Oophorectomy. *N Engl J Med* 2000;343:682-8.
116. Spark RF. Dehydroandrosterone: a springboard hormone for female sexuality. *Fertil Steril* 2002; 77(4):S19-S25.
117. Traish AM, Kim NN, Munarriz R, Moreland R, Goldstein I. Biochemical and physiological mechanisms of female genital sexual arousal. *Arch Sex Behav* 2002;31:393-400.
118. Traish AM, Kim NN, Huang YH, Min K, Munarriz R, Goldstein I. Sex steroid hormones differentially regulate nitric oxide synthase and arginase activities in the proximal and distal rabbit vagina. *Int J Impot Res* 2003;15:397-404.
119. Wespes E, Schulman CC. Male andropause: myth, reality, and treatment. *Int J Impot Res* 2002;14:S93-S98.
120. World Health Organisation – International Society for Impotence Research. 1st International Consultation on ED; Paris, 1999.
121. Zumoff B, Rosenfield RS, Strain GW. Sex differences in the twenty-four hour mean plasma concentrations of DHA and DHAS and DHA to DHAS ratio in normal adults. *J Clin Endocrinol Metab* 1995;51:330-3.
122. Zumoff B, Strain GW, Miller LK, Rosner W. Twenty-four-hour mean plasma testosterone concentration declines with age in normal premenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1995;80:1429-30.