



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**DISFUNZIONI SESSUALI ED INTERVENTI RIABILITATIVI VOLTI
AL RECUPERO DELLA FUNZIONALITÀ SESSUALE IN PAZIENTI
SOTTOPOSTI A CHIRURGIA ADDOMINO – PELVICA:
IL RUOLO DELL' INFERMIERE SPECIALISTA**

Relatore: Prof. Bruno Martella

Correlatore: Dott.ssa Fanni Guidolin

Laureanda: Roma Martina

Anno Accademico 2014 – 2015

INDICE

ABSTRACT	
INTRODUZIONE	1
Capitolo 1 – INEFFICACE MODELLO DI SESSUALITÀ	3
Capitolo 2 – SESSUALITÀ	5
2.1 Sessualità femminile	5
2.2 Sessualità maschile.....	6
Capitolo 3 – DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI	7
3.1 Disturbo del desiderio	7
3.2 Disturbo dell' eccitazione	8
3.3 Disturbo dell' orgasmo.....	9
3.4 Disturbi caratterizzati da dolore: la dispareunia	10
Capitolo 4 – DISFUNZIONI SESSUALI MASCHILI	11
4.1 Disturbo del desiderio	11
4.2 Disturbo dell' eccitazione: la disfunzione erettile	11
4.3 Disturbo dell' orgasmo.....	12
4.4 Disturbo caratterizzato da dolore: la dispareunia maschile	13
Capitolo 5 – INTERVENTI RIABILITATIVI	14
5.1 Esercizi di contrazione e rilassamento del pavimento pelvico	14
5.2 Paradoxical relaxation	16
5.3 Biofeedback	17
5.4 Stimolazione elettrica funzionale	18
5.5 Lubrificanti vaginali	18
5.6 Coni vaginali	19
5.7 Palline Geisha	21
5.8 Vacuum device	21
5.9 Counseling sessuale	23
Capitolo 6 – INDAGINE	25
6.1 Obiettivo	25

6.2 Materiali metodi	25
6.3 Risultati	25
6.4 Discussione	27
CONCLUSIONI	28
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	

ABSTRACT

Scopo: Lo scopo di questo lavoro è descrivere le disfunzioni sessuali che si presentano in seguito ad interventi di chirurgia addomino-pelvica e gli interventi riabilitativi “evidence based” di competenza infermieristica volti al recupero di questa funzionalità, essendo una problematica rilevante, tale da condizionare la vita dei pazienti.

Materiali e metodi: È stata condotta una ricerca bibliografica su Pubmed per individuare le disfunzioni sessuali a possibile insorgenza post chirurgia addomino-pelvica e gli interventi riabilitativi gestibili e programmabili dall’ infermiere specialista. È stato somministrato, in modo randomizzato, un questionario validato e modificato (*Female Sexual Function Index*) a 33 pazienti (18 uomini e 15 donne), da luglio a settembre 2015, che si sono rivolti al centro per pazienti stomizzati e con disfunzioni pelvi perineali dell’ ULSS 8 Asolo, per verificare la presenza di tali disfunzioni. Si sono quindi descritti gli interventi riabilitativi posti in essere.

Risultati: Dall’ analisi dei questionari si evince quanto segue. Le disfunzioni sessuali insorte post chirurgia addomino-pelvica sono dimostrate essere quelle descritte dalla letteratura: il disturbo del desiderio sessuale (disturbo da desiderio ipoattivo), il disturbo dell’ eccitazione (la disfunzione erettile nell’ uomo e l’ ipolubrificazione nella donna), il disturbo dell’ orgasmo (l’ anorgasmia) e il disturbo caratterizzato da dolore (la dispareunia). Dall’ indagine condotta nel 2015, il 100% dei pazienti che avevano subito un intervento di chirurgia addomino-pelvica presentava disfunzioni sessuali, che modificavano il modello di sessualità rispetto al periodo pre intervento. Pertanto, tutti i pazienti sono stati sottoposti a trattamento riabilitativo secondo le evidenze scientifiche dimostranti l’ efficacia: fisiokinesiterapia del pavimento pelvico, paradoxical relaxation, biofeedback, stimolazione elettrica funzionale, lubrificanti vaginali, coni vaginali, palline della geisha, vacuum device e counseling sessuale, anche in combinazione tra loro.

Conclusioni: Poiché l’ infermiere è il soggetto che “riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione”, è di sua competenza, dopo ulteriore formazione specialistica in tale ambito, la valutazione del modello di sessualità e la messa in atto di tutti i possibili trattamenti riabilitativi infermieristici volti a ri-abilitare la funzione perduta, dare risposte al paziente, migliorare la sua qualità di vita.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this dissertation is to describe sexual dysfunctions which arise after abdominal-pelvic surgery, and the rehabilitative interventions, known as “evidence based” used to recover sexual functions.

Materials and methods: It has been useful doing a bibliographic research on Pubmed in order to identify which sexual dysfunctions arise after abdominal-pelvic surgery and which are the rehabilitative interventions that can be managed and programmed by the specialist nurse. From July to September 2015, a validated and adapted questionnaire, "*Female Sexual Function Index*", was randomly given to 33 patients (18 men and 15 women), who entered department for stoma patients and patients with pelvic-perineal dysfunctions of ULSS 8 Asolo, in order to check the possible presence of these dysfunctions. Moreover, a study of how to undergo rehabilitative interventions has been provided.

Results: The analysis of the questionnaires shows the subsequent results. Sexual dysfunctions, arisen after abdominal-pelvic surgery, coincide with those described by the research on Pubmed, that are: sexual desire disorder (hypoactive desire disorder), sexual arousal disorder (erectile dysfunction in man and low vaginal lubrication in woman), orgasm disorder (anorgasmia) and disorder characterized by pain (dyspareunia). By the survey conducted in 2015, 100% of patients that have been subject to abdominal-pelvic surgery shows sexual dysfunctions that remarkably modified their sexual life. Therefore, all patients were put through the rehabilitative treatment that, according to scientific evidence, is considered very efficient and consists in: physiotherapy of the pelvic floor, paradoxical relaxation, biofeedback, functional electrical stimulation, vaginal lubricants, vaginal cones, geisha balls, vacuum device and sexual counselling, even combined between each other.

Conclusions: As the nurse is the person who “recognizes health as a fundamental good/asset of person and interest of the community and agrees to protect it with prevention, care, rehabilitation and palliation”, it is his/her duty, after further specialized training in this sector, to evaluate the model of sexuality, administer the nursing rehabilitative treatments aimed to rehabilitate the lost function, provide patients with answers and improve their quality of life.

INTRODUZIONE

La tesi mira ad analizzare la presenza di disfunzioni sessuali in persone sottoposte a chirurgia demolitiva pelvica, includendo in questa categoria interventi di isterectomia, cistectomia radicale, prostatectomia radicale e resezione intestinale.

Il fine è cogliere l'opportunità per l'infermiere laureato, di esprimere le proprie competenze, acquisite anche in percorsi specialistici, per aiutare il paziente a trovare delle risposte concrete in ambito sessuale, qualora questa sfera risultasse compromessa dagli interventi stessi. Si ricorda, dall'articolo 6 del codice deontologico, che "l'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione".

L'indagine conoscitiva è stata svolta in un unico centro di riabilitazione del paziente stomizzato e con disfunzioni pelvi perineali, l'unico in Veneto gestito da una infermiera stomaterapista in completa autonomia. La formazione post laurea infatti, consente l'acquisizione di competenze specialistiche che danno ampie possibilità agli infermieri alla ricerca di "un ruolo". Sono stati presi in carico 30 pazienti giunti nel suddetto ambulatorio e sottoposti al questionario (vedi allegati n. 1 e n. 2) che ha confermato quanto rilevato dalla letteratura.

Nell'uomo, lesioni del plesso ipogastrico inferiore o del fascio neuro-vascolare possono determinare disfunzione erettile. Nella donna, interventi di isterectomia radicale possono provocare nel 5-85% dei casi dispareunia, ridotta lubrificazione vaginale e insoddisfazione durante il rapporto.¹

A partire dal 1980, la tecnica chirurgica si è evoluta, consentendo un maggiore rispetto delle strutture nervose, al punto che oggi la percentuale complessiva delle disfunzioni sessuali dopo asportazione del retto è scesa al 20-60%, in funzione della sede del tumore, della tipologia dell'intervento e dell'età dei pazienti. Inoltre, nei centri in cui viene praticata una chirurgia "nerve sparing", che permetta cioè di preservare le funzioni sessuali, la percentuale di disfunzioni sessuali può scendere al di sotto del 10-15%. Questi dati possono essere ulteriormente influenzati dalle terapie a cui il paziente può essere sottoposto: la

¹Jackson KS et al. Pelvic floor dysfunction and radical hysterectomy. International Journal of Gynecological Cancer. 2006

chemioterapia e la radioterapia sono associate ad una disfunzione erettile da danno diretto sui nervi dell' erezione nel 30-50% dei casi.²

Nel caso di isterectomia radicale uno studio ha evidenziato che, dopo l' intervento, le pazienti incluse nello studio presentavano diminuito desiderio sessuale (88%), disfunzione nell' orgasmo (72%) e diminuito interesse al sesso (51%).³

Uno studio condotto su 264 pazienti sottoposti ad asportazione della prostata ha evidenziato che il 46,9% presentava disfunzione erettile moderata, il 4% disfunzione erettile completa, il 33,7% diminuzione di libido, il 13,5% assenza di libido, il 17,8% era insoddisfatto della propria vita sessuale.⁴

Nella realtà conosciuta durante il tirocinio per la tesi, su 94 pazienti operati di prostatectomia radicale il 98% presentava disfunzione erettile e incontinenza urinaria a tre mesi dall'intervento (studio condotto dalla Dott.ssa Guidolin F. dal 1/1/2011 al 31/12/2013).

Esiste la possibilità di far intraprendere al paziente un percorso riabilitativo, che può essere realizzato dall' infermiere specialista su indicazione del medico urologo, ginecologo o coloproctologo.

In questo lavoro, dopo la descrizione delle principali disfunzioni sessuali maschili e femminili, verranno presentati gli interventi riabilitativi, che, da evidenze scientifiche, sono utili al recupero della funzione sessuale e che l'infermiere specialista può mettere in atto.

²Hojo K et al. Preservation of urine voiding and sexual function after rectal cancer surgery. *Disease of the Colon & Rectum*. 1991

³Quality of life and sexual function of cervical patients following radical hysterectomy and vaginal extension. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2014

⁴C. Pavone, D. Abbadessa, G. Scaduto, G. Caruana, C. Scalici Gesolfo, D. Fontana et al. Sexual dysfunctions after transurethral resection of the prostate (TURP): Evidence from a retrospective study on 264 patients. *Section of Urology, Department of Surgical, Oncological and Stomatological Sciences, University of Palermo, Italy*. 2015

Capitolo 1

INEFFICACE MODELLO DI SESSUALITÀ

Secondo la classificazione NANDA, la diagnosi infermieristica “Inefficace modello di sessualità” definisce lo stato nel quale la persona è soggetta, o rischia di essere soggetta, a una modificazione della salute sessuale.

Gli operatori sanitari hanno spesso difficoltà a discutere di sessualità con i pazienti a causa di imbarazzo, percepita mancanza di interesse da parte dei pazienti, non accettazione dell’orientamento sessuale dell’utente, mancanza di modalità comunicative efficaci e carenza di conoscenze scientifiche.⁵ Diversi studi mettono in luce come frequentemente l’argomento sessualità venga poco o per nulla considerato nella presa in carico dell’assistito.⁶ In uno studio sono stati intervistati sull’argomento 16 medici, 27 infermieri e 15 donne con cancro ovarico. I risultati indicano che, anche se la maggioranza dei medici ritiene che le donne debbano affrontare problemi sessuali, solo il 25% di essi e il 19% degli infermieri ne hanno discusso con le loro pazienti.⁷ Secondo uno studio italiano, condotto nell’ambulatorio di stomaterapia di un ospedale modenese nel 2010, che includeva 31 persone (15 maschi e 16 femmine), il 64% degli intervistati segnalava di non aver mai affrontato il tema della sessualità, né prima né dopo l’intervento; solo il 23% ne aveva parlato, ma solamente dopo l’intervento; tra le persone che dichiaravano di non averne mai parlato, il 60% avrebbe voluto farlo.⁸ Roper et al sostengono che la sessualità non può essere isolata dal resto della valutazione del paziente e dovrebbe, quindi, essere considerata parte integrale di ogni valutazione. Inoltre, l’uso di strumenti di valutazione specifici appropriati può rivelarsi utile.⁹ La mancanza di accertamento del modello di sessualità da parte dell’infermiere impedisce la presa in carico del bisogno sessuale del paziente, che risulta invece essere un’esigenza sentita.

Gli operatori sanitari dovrebbero essere consapevoli dell’importanza della sessualità in pazienti sottoposti a chirurgia addomino-pelvica e delle sue correlazioni con gli aspetti fisici, emotivi e sociali. Quindi, è necessario che gli infermieri discutano in maniera adeguata di queste problematiche con i loro pazienti.

⁵Black P. Practical stoma care. Nursing Standard. 2000

⁶Williams J. Sexual health: case study of a patient who has undergone stoma formation. British Journal of Nursing. 2006

⁷Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. British Journal of cancer. 2003

⁸Bernini, Vaccari, Lami, Ferri. La sessualità del paziente stomizzato: analisi del suo vissuto. IPASVI. 2010

⁹Roper N. et al. The Elements of Nursing: a Model for Nursing Based on a Model of Living. Edinburgh: Churchill Livingstone. 2002

Tuttavia, la presa in carico del bisogno sessuale del paziente, compresi il riconoscimento della diagnosi infermieristica “inefficace modello di sessualità” e l’ attuazione del percorso riabilitativo, vengono effettuati dall’ infermiere che possiede un’ adeguata formazione in questo campo. Uno studio controllato randomizzato condotto nel 2001 su donne sottoposte a chirurgia pelvica, ha dimostrato che gli interventi psicosessuali messi in atto dall’ infermiere specialista hanno prodotto un effetto positivo sulla globale qualità di vita delle pazienti e sulla loro attività sessuale.¹⁰

¹⁰Maughan, Clarke. The effect of a clinical nurse specialist in gynaecological oncology on quality of life and sexuality. *Journal of Clinical Nursing*. 2001

Capitolo 2

SESSUALITÀ

Per comprendere le basi biologiche delle alterazioni della risposta sessuale, dopo interventi di chirurgia addomino-pelvica, occorre analizzare la funzione dei sistemi operanti.

2.1 Sessualità femminile

Nella donna, la risposta sessuale è garantita dall' integrità delle funzioni del sistema nervoso centrale e periferico, oltre che dall' adeguato trofismo vulvo-genitale. Questi permettono di passare da uno stato basale ad uno stato sessuale attivato. Inoltre, la salute del compartimento pelle (che media le componenti estetiche, percettive, affettive della relazione sessuale) e la componente ormonale vanno tenute ugualmente in considerazione.

La corteccia cerebrale interpreta le sensazioni sessuali in base al contesto e istruisce comandi appropriati agli altri circuiti nervosi. La consapevolezza mentale è fondamentale per le esperienze sessuali e per provare soddisfazione sessuale. La stimolazione meccanica dei genitali provoca la stimolazione di recettori sensoriali cutanei, sottocutanei e mucosi. Attraverso i nervi sensoriali, gli stimoli eccitanti raggiungono il segmento spinale sacrale e scatenano riflessi autonomici che controllano l' afflusso ematico alle aree erogene, la secrezione ghiandolare e la contrazione della muscolatura liscia degli organi sessuali. Gli impulsi sensoriali a partenza genitale risalgono le vie spino-ipotalamiche-corticali fino alla corteccia sensoriale e al sistema limbico dove evoca reazioni di percezione e di piacere consapevole. Il clitoride è un organo erettile, altamente vascolarizzato e ricco di fibre nervose che lo rendono sensibile a tatto, pressione e temperatura. La vagina è innervata di fibre sensoriali e caratterizzata dalla presenza di trasudato ghiandolare e neurogenico, che deriva dall' ingorgo vascolare durante l' eccitazione e che costituisce la lubrificazione. La stimolazione della cervice uterina può contribuire al piacere sessuale tramite l' evocazione del riflesso cervico-vaginale durante la penetrazione. I nervi uterini che originano dal plesso ipogastrico forniscono l' innervazione alla cervice, alla porzione superiore della vagina, all' uretra, ai bulbi del vestibolo e al clitoride. Il ganglio cervicale uterino è la sede dell' eventuale verificarsi di lesioni che coinvolgono il sistema nervoso autonomo, conseguenti ad isterectomia, che innerva vagina, grandi e piccole labbra e cervice uterina. Il nervo pudendo fornisce l' innervazione sensitiva e motoria ai genitali esterni; la sua stimolazione evoca la contrazione della muscolatura del pavimento pelvico. La stimolazione dei nervi autonomici vaginali e cavernoso clitoridei evoca ingorgo vascolare a carico del clitoride, delle grandi e

piccole labbra e della vagina. Per quanto riguarda il sistema dei muscoli, il muscolo elevatore dell' ano è quello più rilevante per la funzione sessuale. Quando si contrae condivide i meccanismi di controllo evacuativi (minzione e defecazione) e, durante l' atto sessuale, la distensione vaginale, ad opera del pene eretto, evoca riflessi vagino-elevatori e vagino-puborettali che provocano la sua contrazione. I muscoli dei genitali esterni, bulbo-cavernoso e ischio-cavernoso, esercitano un ruolo attivo nel processo che comporta l' ingorgo vascolare clitorideo e la lubrificazione vaginale.¹¹

2.2 Sessualità maschile

Sul piano neurofisiologico, il cervello limbico è deputato a raccogliere e ad elaborare le emozioni con il contributo di altre strutture cerebrali, come la neocorteccia. A questo si aggiunge il substrato neurochimico e neuroendocrino della sessualità. L' attività sessuale maschile deve infatti essere considerata come espressione finale di un meccanismo in cui sono coinvolti sistema nervoso periferico, sistema nervoso centrale, sistema endocrino e organi genitali. Fondamentali per l'atto sessuale maschile sono i nervi autonomici. I nervi del plesso pelvico sono coinvolti nella detumescenza peniena, negli eventi vascolari dell' erezione e nell' eiaculazione. I nervi pudendi, che contengono l' innervazione diretta al pene e al perineo, innervano i muscoli striati del pavimento pelvico (muscolo elevatore dell' ano) e della base del pene e forniscono la percezione sensoriale del perineo. Dall' interazione tra nervi, vasi e muscolatura liscia e striata ha origine l' erezione. Il pene è costituito da tre colonne cilindriche disposte parallelamente, formate da tessuto erettile, ovvero un insieme di canali vascolari separati da fasci di connettivo elastico e da fibre muscolari lisce. In stato di riposo, le diramazioni arteriose sono costrette e le fibre muscolari sono in tensione (condizioni che riducono l' apporto ematico al tessuto erettile); in seguito a stimolazione parasimpatica, la muscolatura liscia delle pareti arteriose si rilassa e i vasi si dilatano, il flusso sanguigno aumenta, i canali vascolari si riempiono di sangue, e si manifesta l' erezione. I muscoli coinvolti in questo tipo di risposta sono il muscolo bulbocavernoso e ischiocavernoso. La pelle è un organo ricco di terminazioni nervose e la stimolazione delle aree erogene (collo, bocca, capezzoli, genitali esterni) evoca eccitazione sessuale e piacere.¹²

¹¹R. Nappi, A. Solonia. Menopausa e sessualità. CIC edizioni internazionali. 2004

¹²La medicina della coppia nel setting della medicina generale. Società scientifica dei medici di medicina generale. 2015

Capitolo 3

DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI

In questo contesto procederò all' analisi delle disfunzioni sessuali femminili che sono insorte in seguito ad interventi di chirurgia addomino-pelvica e che hanno provocato alterazioni della muscolatura e dei nervi. Infatti, una adeguata piattaforma neuro-vascolare e neuro-muscolare del perineo è fondamentale per mantenere l' integrità della funzione sessuale femminile. Le pressioni della muscolatura pelvica possono ridurre il flusso clitorideo e/o vaginale causando contratture della muscolatura perineale e compressioni nervose (nervo pudendo e sue diramazioni) che possono indurre disfunzioni sessuali (ridotta sensibilità, dispareunia). La chirurgia addomino-pelvica per tumori ovarici, vescicali, prostatici e del colon-retto (per le quali può essere necessario il confezionamento di una stomia) alterano lo schema corporeo e hanno un notevole impatto sulla funzione sessuale. Inoltre, l' intervento di proctectomia è associato ad un alto grado di secchezza vaginale, dispareunia e riduzione del piacere orgasmico.

3.1 Disturbo del desiderio

Questa diagnosi include il disturbo da avversione sessuale e il disturbo da desiderio sessuale ipoattivo; quest' ultimo può manifestarsi in seguito a chirurgia addomino-pelvica. Il desiderio sessuale ipoattivo è definito come sentimenti assenti o diminuiti di interesse, pensieri sessuali assenti e mancanza di desiderio reattivo. Le motivazioni per tentare di diventare sessualmente eccitato sono scarse o assenti e non vengono quindi messe in atto stimolazioni della sfera sessuale di tipo fisico (baci, carezze, ecc) e di tipo psicologico (pensiero/desiderio di baciare, toccare, accarezzare,...).¹³

L' unità istintuale di base è radicata nel cervello limbico, che è fortemente ormono-dipendente ed è modulata da diversi stati mentali, in particolare stati d' animo e neurotrasmettitori chimici. Gli ormoni, nella loro complessa interazione, sembrano controllare l' intensità della libido e il comportamento sessuale. Condizioni di alterata produzione ormonale possono quindi provocare la comparsa di questa disfunzione sessuale.¹⁴ La menopausa chirurgica, secondaria ad ovariectomia bilaterale, ha uno specifico effetto dannoso a causa della perdita di estrogeni ovarici. Un' indagine europea, condotta in Francia, UK, Germania e Italia indica che la percentuale di donne con desiderio ipoattivo è del 19% nell' età compresa tra 20 e 49

¹³Bolis G. Manuale di Ginecologia e Ostetricia. Edimes. 2011

¹⁴Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK. 2006

anni; del 32% nello stesso intervallo di età in donne in menopausa indotte chirurgicamente; del 46% in donne tra 50 e 70 anni in menopausa naturale; del 48% nello stesso intervallo di età in donne in menopausa indotta chirurgicamente.¹⁵

Altre cause determinati questo tipo di disfunzione sessuale sono riconosciute nelle alterazioni muscolari del pavimento pelvico che possono provocare dolore (in caso di iperattività muscolare) o riduzione della sensibilità coitale (in caso di ipoattività muscolare). La paura di provare dolore può inibire il desiderio sessuale e la perdita di sensibilità coitale riduce la soddisfazione sessuale, contribuendo all' inibizione dello slancio erotico. L' ipoattività della muscolatura del pavimento pelvico può essere la causa di problematiche urologiche, come l' incontinenza urinaria; a sua volta, l' incontinenza urinaria può provocare diminuzione dell' interesse verso l' attività sessuale per timore di perdere urina.¹⁶

3.2 Disturbo dell' eccitazione

Il DSM-IV definisce questo disturbo come “la persistente o ricorrente incapacità di raggiungere o mantenere l' eccitazione sessuale con la caratteristica tumescenza e lubrificazione vaginale, fino alla fine dell' attività sessuale”. Per questo motivo, la lubrificazione vaginale, sotto il profilo vascolare, neurologico e molecolare, può essere considerata l' esatto corrispondente dell' erezione maschile; allo stesso modo, la fisiopatologia dell' ipolubrificazione si specchia in quella della disfunzione erettile. Provocatoriamente si potrebbe dire che l' ipolubrificazione è l' impotenza femminile, la disfunzione erettile della donna in quanto le noxae sono le medesime, anche se con un diverso impatto clinico. Infatti, un maschio con danno vascolare che riduce del 40% l' efficienza dei corpi cavernosi non ha un' erezione sufficiente per penetrare; una donna con lo stesso deficit vascolare ha un peggioramento della capacità di lubrificazione che può provocare disagio e/o dolore coitale, ma che non impedisce il rapporto sessuale. La ridotta o assente lubrificazione vaginale viene percepita e riferita dalla donna come “secchezza vaginale”.¹⁷

La seconda consultazione internazionale sulla medicina sessuale divide questo disturbo in tre categorie: soggettivo (assenza o marcata diminuzione di sentimenti di eccitazione sessuale da qualsiasi tipo di stimolazione sessuale), genitale (assente o alterata eccitazione genitale

¹⁵Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: A survey of western European women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2005

¹⁶Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson, Milano. 2009

¹⁷Jannini E.A., Lenzi A., Maggi M. *Sessuologia Medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*. Elsevier Masson, Milano. 2007

sessuale, ci può essere gonfiore o lubrificazione vaginale minimo da qualsiasi tipo di stimolazione sessuale) e combinata.

La lubrificazione e la congestione genitale si basano su un' intatta funzione vascolare, nervosa e ormonale. Di conseguenza, le interruzioni di una qualsiasi di queste funzioni può provocare un' alterata risposta di eccitazione genitale. Goldstein nel 1998 è stato il primo a riportare i primi dati sperimentali sul ruolo dei fattori vascolari nell' inibizione dell' eccitazione genitale nell' animale femmina.¹⁸

I disturbi vascolari associati a condizioni sistemiche, nella donna, provocano l' ipolubrificazione che, a sua volta, causa deficit dell' eccitazione genitale.¹⁹

L' ipertono del muscolo elevatore dell' ano può causare ipolubrificazione e quindi secchezza vaginale in quanto comporta un restringimento meccanico (dinamico e reversibile) dell' apertura vaginale. Il dolore alla penetrazione, che la donna prova in questa circostanza, è il più potente inibitore del riflesso della lubrificazione. Può instaurarsi un circolo vizioso in cui la secchezza aumenta il dolore e la contrazione riflessa dell' elevatore, che a sua volta mantiene l' inibizione alla congestione genitale.²⁰

L' innervazione della vagina funzionale alla lubrificazione è supportata dal sistema parasimpatico attraverso il nervo pelvico. Lesioni del sistema autonomo possono causare una riduzione della lubrificazione vaginale su base neurogena; ad esempio, questa condizione può insorgere in seguito a chirurgia radicale per cancro del collo dell' utero e/o radioterapia vaginale e pelvica.²¹

Tra le altre cause si citano le carenze ormonali, la depressione, l' ansia da prestazione, sentimenti impoveriti verso il partner, una deludente qualità della relazione di coppia, l' igiene inappropriata del partner.²²

3.3 Disturbo dell' orgasmo

L' assenza, parziale o totale, dell' orgasmo rappresenta uno dei più frequenti disturbi sessuali nella donna.²³ Essa è caratterizzata dall' inibizione selettiva del riflesso orgasmico,

¹⁸Goldstein I, Berman JR. Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndromes. *International Journal of Impotence Research*. 1998

¹⁹Giraldi A, Levin R. Vascular physiology of female sexual function. In Goldstein I et al. (Eds), *Women's sexual function and dysfunction. Study, diagnosis and treatment*. Taylor & Francis, London. 2006

²⁰E. A. Jannini, A. Lenzi, M. Maggi. *Sessuologia medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*, Elsevier Masson, Milano, 2007, p. 360-364

²¹E. A. Jannini, A. Lenzi, M. Maggi. *Sessuologia medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*. Elsevier Masson, Milano, 2007, p 117-119

²²E. A. Jannini, A. Lenzi, M. Maggi. *Sessuologia medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*. Elsevier Masson, Milano, 2007, p 117-119

generalizzata o limitata ad alcuni “trigger”, ossia ad alcuni tipi di stimolazione/sensazione. L’ anorgasmia può essere associata o causata da riduzione del desiderio, dell’ eccitazione, presenza di dolore sessuale e/o incontinenza urinaria. La riduzione della responsività della muscolatura liscia dei corpi cavernosi e interventi chirurgici che abbiano leso il nervo pudendo provocano diminuzione della percezione coitale e dell’ eccitazione, e di conseguenza impossibilità a raggiungere l’ orgasmo; l’ instabilità detrusoriale o la vescica iperattiva possono causare un’ incontinenza da urgenza durante il rapporto sessuale, determinando l’ anorgasmia per paura di perdere urina.²⁴

Anche una disfunzionalità del pavimento pelvico, che durante l’ orgasmo si traduce in un’ area di vasocongestione vulvo-genitale e alla cui formazione contribuisce l’ aumento del tono della muscolatura superficiale perineale e quella del muscolo pubo-coccigeo, può essere responsabile di questa disfunzione in quanto l’ ipoattività muscolare provoca una riduzione della sensibilità e del piacere, che si traduce in anorgasmia.²⁵

3.4 Disturbi caratterizzati da dolore: la dispareunia

Questa disfunzione comporta dolore genitale ricorrente o persistente che compare durante il rapporto sessuale. La ricettività vaginale è un prerequisito fondamentale per la penetrazione e richiede l’ integrità anatomica e funzionale delle strutture che la compongono e che la circondano. Influiscono anche fattori psicosessuali, mentali e interpersonali, i quali possono causare scarsa eccitazione e secchezza vaginale; quest’ ultimi hanno come conseguenza il dolore genitale.²⁶

La paura della penetrazione e la tensione muscolare generata dall’ ansia possono causare la contrazione difensiva dei muscoli perivaginali. L’ iperattività muscolare del pavimento pelvico appare fortemente correlata al dolore. Altre cause sono riconosciute in interventi di chirurgia vaginale, come colpoplastiche anteriori e posteriori; esiti di chirurgia pelvica, specie radicale per tumori; esiti di radioterapia vaginale e pelvica. Secondo uno studio condotto su 144 donne sottoposte a isterectomia, 42 di queste presentavano dispareunia dopo 6 mesi dall’ intervento.²⁷

²³Laumann F et al. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. J Am Med Ass 1999

²⁴Paolo Di Benedetto. Riabilitazione uro-ginecologica. II Edizione. Edizioni Minerva Medica, Torino. 2004

²⁵Paolo Di Benedetto. Riabilitazione uro-ginecologica. II Edizione. Edizioni Minerva Medica, Torino. 2004

²⁶Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico, Elsevier Masson, Milano, 2009. p. 66-70

²⁷Leen Aerts, Ignace Vergote. Sexual functioning in women after surgical treatment for endometrial cancer: a prospective controlled study. International Society for Sexual Medicine. 2014

Capitolo 4

DISFUNZIONI SESSUALI MASCHILI

4.1 Disturbo del desiderio

Tralasciando l' avversione sessuale, che esula dagli argomenti di questo capitolo, il disturbo del desiderio per difetto (desiderio sessuale ipoattivo) è caratterizzato da riduzione delle fantasie e dell' immaginario erotico, dell' interesse e della motivazione sessuale. Tra le cause sono riconoscibili squilibri ormonali con diminuzione della produzione di testosterone, aumento della prolattina; patologie degli organi genitali, come eiaculazione precoce e disfunzione erettile; modifiche legate alla conformazione corporea della partner; patologie della partner, come difficoltà a raggiungere l' orgasmo o malattie croniche invalidanti; conflitti di coppia. Il testosterone è un ormone maschile che regola il desiderio sessuale nell' uomo; una diminuzione di questo ormone provoca, quindi, calo del desiderio. Anche i trattamenti farmacologici o radioterapici per il cancro sono responsabili di danni alla funzione dei testicoli, che può determinare diminuzione del desiderio sessuale.²⁸

4.2 Disturbo dell' eccitazione: la disfunzione erettile

Per disfunzione dell' erezione si intende l' incapacità persistente o ricorrente di ottenere o di mantenere l' erezione fino al termine di un rapporto sessuale.²⁹

I nervi responsabili dell' erezione prendono origine dal plesso pelvico o plesso ipogastrico inferiore che è localizzato sulle pareti laterali del piccolo bacino. Il piccolo bacino riceve le fibre nervose dal plesso ipogastrico superiore, che è responsabile dell' eiaculazione. Dal plesso pelvico originano ulteriori fibre che formano i nervi cavernosi, importanti nel controllo dell' erezione. Il danno dell' innervazione può avvenire durante la legatura dell' arteria mesenterica inferiore, che fornisce la vascolarizzazione all' ultimo tratto dell' intestino oppure da lesione del plesso pelvico quando si isola il retto dalla parete laterale del piccolo bacino oppure da lesione dei nervi cavernosi quando si asporta anche la porzione terminale del retto insieme allo sfintere anale. In questi casi la disfunzione sarà la disfunzione erettile. Tanto più la resezione è alta, tanto minore è il rischio di impotenza con pazienti che mantengono un' erezione valida praticamente sempre dopo resezione anteriore alta del retto. Per questi motivi, gli interventi chirurgici sul colon-retto possono determinare una compromissione della

²⁸Zanoio L. Barcellona E. Zacché G. Ginecologia e Ostetricia con tavole di F. H. Netter, Elsevier Masson, Milano, 2007. p. 165-196

²⁹NHI Consensus Development Panel on Impotence. JAMA, 1993

funzione sessuale maschile per la vicinanza anatomica dell' organo con le vie urogenitali e con la loro innervazione.³⁰

Inoltre, la contrazione dei muscoli ischiocavernoso e bulbocavernoso forza il sangue all' interno del pene aumentando così la pressione intracavernosa, mentre i muscoli di Houston riducono lo scarico venoso dell' organo erettile, contribuendo a mantenere la piena erezione. È pertanto probabile che la disfunzione del pavimento pelvico abbia un ruolo nella genesi dell' alterazione dell' erezione.³¹

Il numero di prostatectomie radicali è notevolmente aumentato negli ultimi anni e, con esso, le forme di disfunzione erettile a queste correlate; nonostante l' adozione di sofisticate tecniche chirurgiche finalizzate al risparmio dell' anatomia neurovascolare, l' impatto della disfunzione erettile nei pazienti sottoposti a tale procedura è riferito dal 25% al 75% a seconda degli autori.³²

Secondo uno studio condotto su 1291 uomini a cui era stato diagnosticato un tumore alla prostata e sottoposti a prostatectomia radicale, dopo 18 mesi dall' intervento il 59,9% era impotente e il 41,9% riferiva che le loro prestazioni sessuali costituivano un problema grave-moderato.³³

4.3 Disturbo dell' orgasmo

L' anorgasmia maschile è dovuta a un corpo spugnoso che non si indurisce adeguatamente durante l' erezione, specialmente riguardante la tonaca muscolare che riveste l' uretra e che, durante i rapporti, dovrebbe gonfiarsi per facilitare il passaggio dello sperma durante l' eiaculazione. Nell' uomo, questo disturbo si caratterizza non solo per una totale assenza di piacere ma anche per il mancato raggiungimento dell' orgasmo, fallito anche dopo un' adeguata stimolazione.³⁴

Tra le cause sono riconoscibili alcune categorie di farmaci, l' incontinenza urinaria, alterazioni ormonali, a cui si aggiungono quelle descritte nel capitolo 2.3.

Interventi di chirurgia addomino-pelvica, che compromettono totalmente l' innervazione, determinano un deficit erettivo che porta ad anorgasmia; mentre, interventi, in cui la

³⁰E. Caraceni, A. Marronaro. Disfunzione erettiva dopo chirurgia del colon retto.

³¹Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson, Milano, 2009. p. 70-73

³²Matthew AG, Goldman A et al. Sexual dysfunction after radical prostatectomy: prevalence, treatments, restricted use of treatments and distress. The Journal of Urology. 2005

³³Janet L. Stanford, Ziding Feng, Ann S. Hamilton, Frank D. Gilliland, MD; Robert A. Stephenson et al. Urinary and Sexual Function After Radical Prostatectomy for Clinically Localized Prostate Cancer. JAMA. 2000

³⁴Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson, Milano, 2009. p. 70-73

denervazione è parziale, permettono una risposta alla stimolazione manuale che è seguita da una risposta orgasmica senza però la potenza.

4.4 Disturbi caratterizzati da dolore: la dispareunia maschile

Consiste nel provare dolore penieno durante i rapporti. Il dolore può essere primario, cioè presente fin dall' inizio della vita sessuale, oppure acquisito in un momento successivo. Può essere generalizzato, ossia sempre avvertibile, o situazionale, quindi legato a specifiche condizioni. Dal punto di vista organico, le cause possono essere suddivise in: dolore durante l' erezione, la penetrazione, l' eiaculazione a causa di traumi del pene, infiammazioni della mucosa o della cute, uretriti, cancro della prostata, stenosi uretrali, cancro dell' uretra.

La lesione dei nervi pelvici causate da compressione, irritazione o intrappolamento provocano dolori pelvici (tra i quali dolore lombare e basso addominale, dolore delle zone genitali).³⁵

Talvolta, la causa può essere un malessere psicologico persistente e secondario a una condizione organica risolta già da tempo. In altri casi, il dolore coitale nell' uomo può essere indotto anche da condizioni femminili; in tal caso la donna è induttore del sintomo e l' uomo portatore.

³⁵Sandri, Sommariva, Cappellano, Pesce, Politi. Il dolore pelvico cronico. Linee guida SIU.

Capitolo 5

INTERVENTI RIABILITATIVI

Gli interventi riabilitativi volti al recupero della funzione sessuale nella donna e nell' uomo variano in base al tipo di disfunzione e alla relativa causa; talvolta possono essere impiegati più interventi per correggere la stessa problematica. Nei successivi capitoli saranno riportati gli interventi riabilitativi infermieristici volti al recupero della funzione sessuale.

Uno studio condotto su 16 donne con incontinenza urinaria da sforzo (5 delle quali presentavano incontinenza coitale), che si sottoposero ad una riabilitazione del pavimento pelvico includente biofeedback, stimolazione elettrica funzionale, esercizi muscolari al pavimento pelvico ed esercizi vaginali tramite l' utilizzo di coni vaginali, rivelò che l' 81% delle pazienti era asciutta dopo il trattamento (non richiedevano l' utilizzo di assorbenti) e nessuna presentava incontinenza urinaria coitale. Inoltre, i punteggi del *Female Sexual Function Index* erano significativamente più alti 5 mesi dopo il trattamento a confronto con il basale.³⁶

5.1 Esercizi di contrazione e rilassamento del pavimento pelvico

Il pavimento pelvico è costituito dal diaframma uro-genitale (formato a sua volta dai muscoli: bulbo-cavernoso, ischio-cavernoso, trasverso superficiale e profondo del perineo) e dal diaframma pelvico (formato dal muscolo sfintere striato dell' ano e muscolo elevatore dell' ano). Il muscolo elevatore dell' ano è formato da una porzione esterna o sfinterica (m. pubo-coccigeo, m. ileo-coccigeo, m. ischio-coccigeo) e da una porzione interna o elevatrice (m. pubo-rettale, m. pubo-vaginale). Il muscolo pubo-coccigeo esercita una duplice azione: chiusura e apertura dell' uretra, della vagina e dell' ano; assicura il sostegno degli organi della pelvi (vescica, utero, retto).

Gli interventi chirurgici, i processi di invecchiamento, ecc possono portare a una ridotta prestazione muscolare del pavimento pelvico per ipovalidità, incontinenza, prolasso degli organi pelvici e difficoltà nei rapporti sessuali. In seguito verranno prese in considerazione solamente le tecniche riabilitative per il pavimento pelvico volte al recupero della funzionalità sessuale.

La riabilitazione perineale, tramite gli esercizi di Kegel, fu inizialmente utilizzata nel trattamento dell' incontinenza urinaria ma, in seguito, ne emerse l' efficacia nella diminuzione

³⁶Rivalta M, Sighinolfi MC, Micali S, De Stefani S, Bianchi G. Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence treated by a complete pelvic floor rehabilitation program (biofeedback, functional electrical stimulation, pelvic floor muscles exercises, and vaginal cones). *The Journal of Sexual Medicine*. 2010

del riflesso di contrazione in risposta alla secchezza vaginale, che è causa di ulteriore dolore e inibizione della lubrificazione all' inizio del coito. Questi esercizi sono utili anche per migliorare il tono della muscolatura perivaginale, con l' obiettivo di aumentare la sensibilità vaginale e il piacere sessuale. Nell' uomo, gli esercizi di Kegel vengono utilizzati per sviluppare un maggior controllo del muscolo pubo-coccigeo nel trattamento dell' incontinenza urinaria e della disfunzione erettile.³⁷

Gli esercizi di Kegel consistono nel contrarre e rilassare i muscoli pubococcigei, realizzando contrazioni veloci e mantenendo la contrazione per più secondi (endurance).

Uno studio, che comprendeva 25 donne che hanno eseguito gli esercizi di Kegel per 6-8 settimane, ha rivelato che gli episodi di incontinenza urinaria erano significativamente ridotti rispetto al gruppo di controllo che non li eseguiva.³⁸

Altri esercizi terapeutici di contrazione e rilassamento selettivi dei muscoli del pavimento pelvico vengono indicati nei trial clinici come “*pelvic floor muscle training*”. Questi trovano indicazione nelle disfunzioni muscolari del pavimento pelvico correlate ai sintomi del basso tratto urinario, colo-proctologici, vaginali, alle disfunzioni sessuali maschili e femminili, alla sindrome del dolore pelvico. Per essere efficaci, gli esercizi muscolari del pavimento pelvico richiedono un adeguato coordinamento, il sinergico reclutamento di altri muscoli posturali di base e la capacità di rilassarsi. Gli esercizi sono vari, possono essere eseguiti in posizione supina e prona, anche il tempo di esecuzione varia e sono mirati alla muscolatura anale, dei glutei e addominale. I principali principi da tenere in considerazione riguardano la contrazione dei glutei, la retroversione del pube, l' introflessione dell' addome e la contrazione dei muscoli dell' ano. In questo modo la muscolatura pelvica sarà contratta ed impedirà ad esempio la perdita di urina.³⁹

Secondo una revisione bibliografica pubblicata da “*The International Urogynecological Association*” nel 2015, il livello di evidenza conferito alla riabilitazione del pavimento tramite esercizi è il 2. Inoltre, sempre secondo questa revisione, molti aspetti degli effetti di questa tecnica sulle disfunzioni sessuali non sono ancora stati studiati e si necessita di studi clinici

³⁷Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson, Milano, 2009

³⁸Aslan E., Komurcu N., Beji N.K., Yalcin O. Bladder Training and Kegel Exercises for Women with Urinary Complaints Living in a Rest Home. Gerontology. 2008

³⁹Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson, Milano, 2009

controllati randomizzati che prendano in considerazione omogenee disfunzioni sessuali e omogenee categorie di partecipanti.⁴⁰

Uno studio controllato randomizzato condotto su 34 donne sottoposte a isterectomia, di cui 17 sottoposte ad un programma di esercizi (PFRP) e le altre 17 non sottoposte al programma di esercizi (non PFRP), in cui il programma di esercizi comprendeva 45 minuti di sessione per 4 settimane, evidenziò che la percentuale di donne sessualmente attive era passata dal 41,7% al 75% se PFRP mentre dal 38,2% al 43,5% se non PFRP.⁴¹

Uno studio controllato randomizzato pubblicato nel 2014, condotto su 1552 uomini che si erano sottoposti a prostatectomia radicale, ha evidenziato un significativo miglioramento della continenza urinaria nei pazienti che avevano praticato gli esercizi di riabilitazione rispetto a coloro che facevano parte del gruppo di controllo e che non li avevano praticati.⁴²

5.2 Paradoxical relaxation

La *paradoxical relaxation* consiste in una tecnica di rilassamento progressivo dei muscoli tesi del pavimento pelvico e viene utilizzata nel trattamento del dolore pelvico, nell' ipertono muscolare e nella gestione dell' ansia eccessiva. Questa tecnica ha due componenti: una tecnica di respirazione diaframmatica, utilizzata all' inizio del trattamento che riduce la frequenza respiratoria fino a 6 atti/minuto, e una serie di istruzioni fornite al paziente con lo scopo di lasciar andare la tensione in una determinata zona del corpo e di accettare le tensioni residue che non si rilasciano facilmente. La tecnica deve essere eseguita in modo lento; il rispetto e la cooperazione nell' esecuzione della pratica in modo lento sono fondamentali affinché sia efficace. Il metodo segue i seguenti principi: allenare la consapevolezza della tensione muscolare nei muscoli specifici; evitare l' utilizzo di mezzi esterni per produrre il rilassamento; allenare un muscolo alla volta, fino a quando si ha controllo e consapevolezza di ciascuno; ottenere zero tensione in ciascun muscolo (misurato soggettivamente o tramite elettromiografia); utilizzare il metodo delle tensioni decrescenti, tramite le quali si insegna al paziente a riconoscere le sensazioni di tensione muscolare utilizzando progressivamente livelli più bassi di tensione; raggiungere uno stato di completa passività perché “fare qualcosa” comporta inevitabilmente uno stato di tensione muscolare. Questo procedimento ha

⁴⁰C. Ferreira, P. Dwyer, M. Davidson, A. De Souza, J. Ugarte, H. Frawley. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. The International Urogynecological association. 2015

⁴¹Yang, Lim, Rah, kim. Effect of a pelvic floor muscle training program on gynecologic cancer survivors with pelvic floor dysfunction: A randomized controlled trial. Gynecologic Oncology. 2012

⁴²Fernandez et al. Improvement of Continence Rate with Pelvic Floor Muscle Training Post-Prostatectomy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. International Journal of Urology. 2014

lo scopo di riconoscere i muscoli tesi in modo tale da rilassarli autonomamente e ridurre così il sintomo doloroso o l' ipertono.⁴³

Il protocollo Stanford, sviluppato nel 1996 dal professore di urologia Rodney Anderson e dallo psicologo David Wise, consiste nella combinazione della suddetta *paradoxical relaxation*, fisioterapia (basata sull' individuazione dei *trigger points* all' interno del pavimento pelvico e sulla parete addominale) ed esercizi di stretching (questi aiutano ad ottenere un maggiore rilassamento del pavimento pelvico), per il trattamento del dolore pelvico nell' uomo e nella donna.

Anderson et al, con uno studio condotto nel 2005 su 138 uomini con dolore pelvico sottoposti al protocollo Stanford, evidenziò un miglioramento dei sintomi nel 72% dei pazienti. Più della metà dei pazienti ebbe una diminuzione del 25% nei punteggi di dolore e sintomi urinari.⁴⁴

Un altro studio ha evidenziato come questo trattamento riabilitativo produca degli effetti anche sulle disfunzioni sessuali, come la disfunzione erettile e la mancanza di interesse per l' attività sessuale.⁴⁵

5.3 Biofeedback

Il *biofeedback* consiste nell' utilizzo di apparecchiatura strumentale in grado di registrare l' attività muscolare del pavimento pelvico. Tramite l' utilizzo di apposite sonde poste nello spazio intra-vaginale o intra- anale, che, collegate al computer, trasmettono le informazioni relative al muscolo, che vengono poi trasformate in un segnale visivo e uditivo, il paziente può vedere e sentire l' effetto della propria contrazione muscolare effettuata con il pavimento pelvico. A tutt' oggi, nell' ambito della riabilitazione per le disfunzioni del pavimento pelvico, le indicazioni all' uso del biofeedback comprendono tutte le alterazioni muscolari sia di ipoattività e di iperattività, sia di alterazioni della coordinazione, che contribuiscono all' insorgere dei sintomi relativi alle basse vie urinarie, al sistema ano-rettale, all' approccio ginecologico e alla sindrome da dolore pelvico cronico.⁴⁶

L' infermiere specialista, attraverso l' utilizzo di questo strumento, aiuta il paziente ad acquisire coscienza dell' area perineale, eliminare le sinergie muscolari e incrementare le

⁴³David Wise, Ph.D. Paradoxical relaxation. National Center for Pelvic Pain. 2010

⁴⁴Anderson, Wise, Sawyer, Chan. Integration of myofascial trigger point release and paradoxical relaxation training treatment of chronic pelvic pain in men. The Journal of Urology. 2005

⁴⁵Anderson, Wise, Sawyer, Chan. Sexual Dysfunction in Men With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: Improvement After Trigger Point Release and Paradoxical Relaxation Training. The Journal of Urology. 2006

⁴⁶Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson, Milano, 2009

contrazioni perineali o la percezione di rilasciamento. È altresì possibile utilizzare le dita dell'operatore al posto della sonda (*biofeedback* tattile intrinseco ed estrinseco).

Il *biofeedback* elettromiografico si è dimostrato efficace nel ridurre l' ipertono perineale dopo sessioni di addestramento alla contrazione e rilasciamento del pavimento pelvico di pazienti maschi con dolore pelvico cronico e nei disturbi dell' orgasmo.⁴⁷

5.4 Stimolazione elettrica funzionale

Questa tecnica consiste nello stimolare elettricamente il nervo pudendo determinando la contrazione del muscolo pubo-coccigeo e quindi degli sfinteri genitali e urinari. Attraverso questa stimolazione è possibile migliorare il tono e il trofismo muscolare, e i parametri muscolari di forza ed endurance. Questa tecnica viene utilizzata nel trattamento dell' incontinenza urinaria da stress, dolore perineale e pre e post chirurgia pelvica con lo scopo di normalizzare l' attività dei recettori di stiramento della muscolatura perineale, di miglioramento di resistenza alla fatica, di aumento della forza contrattile e di attivazione muscolare diretta e riflessa.⁴⁸

In studi clinici randomizzati, circa il 50% dei pazienti nel gruppo di stimolazione raggiunse la continenza completa o un miglioramento superiore al 90% nei principali sintomi di incontinenza.⁴⁹

5.5 Lubrificanti vaginali

La secchezza vaginale è stimata tra il 7% e il 39% nelle donne in peri-menopausa, tra il 17% e il 39% nelle donne in post-menopausa.⁵⁰

In donne sottoposte a trattamenti per cancro ginecologico, tra cui l' isterectomia, la percentuale di coloro che accusano ipolubrificazione può salire fino al 97%.⁵¹

I lubrificanti vaginali sono opzioni non ormonali che vengono utilizzate per alleviare i sintomi di secchezza vaginale e dispareunia. Più specificamente, i lubrificanti vaginali sono progettati per ridurre l' attrito associato con l' attività sessuale, mentre gli idratanti vaginali sono utilizzati come terapia di mantenimento per sostituire le normali secrezioni vaginali. I lubrificanti e i trattamenti non ormonali per l' atrofia vaginale sono utilizzati per dare sollievo

⁴⁷FitzGerald MP, Anderson RU, Potts J, Payne CK et al: Randomized Multicenter Feasibility Trial of Myofascial Physical Therapy for the Treatment of Urological Chronic Pelvic Pain Syndromes. The Journal of Urology. 2009

⁴⁸Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson, Milano, 2009.

⁴⁹Herbison GP, Arnold EP. Sacral neuromodulation with implanted devices for urinary storage and voiding dysfunction in adults. Cochrane Database. 2009

⁵⁰E. A. Jannini, A. Lenzi, M. Maggi. Sessuologia medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità. Elsevier Masson, Milano. 2007

⁵¹Dermitas, Pinar. Determination of sexual problems of Turkish patients receiving gynecologic cancer treatment: a cross-sectional study. Asian Pacific Journal of cancer prevention. 2014

alla secchezza vaginale durante il rapporto sessuale e non sono quindi una soluzione a lungo termine.

Questo tipo di terapia non ormonale è indicata in special modo nelle donne che desiderano evitare l'assunzione di terapia ormonale o in donne ad alto rischio con una storia di patologie maligne sensibili agli ormoni, come il tumore della mammella o il tumore dell'endometrio. La secchezza vaginale, se dovuta a caduta dei livelli estrogenici, può anche essere trattata con la terapia estrogenica vaginale, che richiede una prescrizione medica e che non sarà trattata in questo contesto di analisi. In altri casi, la secchezza vaginale può essere causata da modificazioni della flora lattobacillare vaginale, in seguito a interventi chirurgici ginecologici.⁵²

Uno studio controllato randomizzato ha comparato l'efficacia di una crema idratante vaginale rispetto ad un estrogeno vaginale (crema al dienestrol) nel trattamento sintomatico dell'atrofia vaginale in donne post-menopausa trattate per 12 settimane. Entrambi i trattamenti hanno portato ad un miglioramento dell'indice di secchezza vaginale nella prima settimana di trattamento, ma la crema al dienestrol è stata più efficace rispetto alle preparazioni non ormonali.⁵³

Uno studio più recente ha comparato un idratante vaginale con una terapia estrogenica vaginale a basso dosaggio, 18 donne hanno seguito un trattamento con crema all'estriolo (10 donne) o compresse di estradiolo (8 donne) e 8 sono state trattate con un nutriente policarbofilico. Entrambi i preparati ormonali a basso dosaggio si sono dimostrati efficaci nel migliorare i sintomi vaginali, mentre il composto idratante non ormonale ha esercitato soltanto un effetto transitorio.⁵⁴

Una revisione pubblicata nel 2013 riguardante l'atrofia vulvo-vaginale in donne in post-menopausa raccomanda come trattamento di prima linea l'utilizzo di lubrificanti non ormonali durante il rapporto sessuale e, se indicato, l'uso regolare di creme idratanti vaginali a lunga durata d'azione. (livello A)⁵⁵

5.6 Coni vaginali

⁵²D. w. Sturdee, N. Panay. Raccomandazioni per la gestione dell'atrofia vaginale postmenopausale. International Menopause society. 2010

⁵³Bygdeman M., Swahn M. Replens versus dienestrol cream in the symptomatic treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women. Maturitas. 1996

⁵⁴Biglia N, Peano E, Sgandurra P, et al. Low-dose vaginal estrogens or vaginal moisturizer in breast cancer survivors with urogenital atrophy: a preliminary study. Gynecological Endocrinology. 2010

⁵⁵Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of the North American Menopause Society. The Journal of The North American Menopause Society. 2013

I coni vaginali hanno una forma e una grandezza simile ai tamponi vaginali ma di peso crescente, sono costituiti da materiale plastico con l' interno di metallo e sono forniti alla base di un filo di plastica medica per una facile rimozione dalla vagina. Solitamente il sistema di coni vaginali è composto da una serie di 5 coni numerati da 1 a 5, in base al peso crescente (da 20 a 70 grammi). Esistono anche set da 3 e da 9 coni. I coni vaginali hanno il compito di effettuare una riabilitazione perineale completa, che permette il rafforzamento delle capacità funzionali dei muscoli (contrattilità e tonicità) del pavimento pelvico. Sono un' indicazione terapeutica per i casi di insufficienza muscolare del pavimento pelvico, come l' incontinenza urinaria e fecale femminile, rapporti sessuali dolorosi e difficoltà al raggiungimento dell' orgasmo, prolasso di organi pelvici (utero, vescica e retto). I coni sono introdotti in vagina dalla paziente in stazione eretta con l' estremità provvista di una fettuccina di nylon verso l' esterno per facilitarne l' estrazione. Il cono, essendo liscio, tenderebbe a scivolare ma, tale sensazione, determina un feedback che attiva le afferenze del nervo pudendo e comporta una contrazione del muscolo elevatore dell' ano: ciò crea una vera e propria chiusura vaginale che mantiene il cono in sede. Gli esercizi vengono svolti partendo dal cono più leggero a quello più pesante; i coni vanno trattenuti da un paio di minuti fino a quindici minuti mentre la donna cammina, sale e scende la scale, corre sul posto per un minuto, tossisce 10-15 volte, lava le mani sotto l' acqua fredda per un minuto. La donna può svolgere gli esercizi più semplici con il cono più pesante e quelli più difficili con il cono più leggero, nel caso in cui non sia in grado di eseguire tutti gli esercizi con tutti i coni.⁵⁶

Herbison et al (2013) hanno comparato 23 studi randomizzati controllati coinvolgenti 1806 donne con incontinenza urinaria da stress (IUS) in cui un gruppo veniva trattato con coni vaginali e il gruppo di controllo con altri tipi di interventi, come nessun trattamento, esercizi muscolari del pavimento pelvico, elettrostimolazione: i trattamenti con coni vaginali sono stati definiti migliori rispetto a nessun trattamento nella segnalazione personale di guarigione o miglioramento; non è stata riscontrata una significativa differenza tra i benefici dei coni vaginali e quelli relativi agli esercizi muscolari del pavimento pelvico; il trattamento con coni vaginali ha un' efficacia simile all' elettrostimolazione funzionale in donne con incontinenza urinaria da stress. In conclusione, il training con coni vaginali è migliore rispetto a nessun trattamento o a quello osservazionale, per quanto riguarda i risultati soggettivi. Il training con i coni vaginali e quello dei muscoli del pavimento pelvico e i coni vaginali e l'

⁵⁶Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson, Milano. 2009. p 212 - 213

elettrostimolazione funzionale sembrano avere un' efficacia sovrapponibile nelle donne con IUS.⁵⁷

5.7 Palline Geisha

Le palline della Geisha consistono in due sfere con all' interno delle palline più piccole. Le due sfere esterne sono collegate tra loro con un filo e un' ulteriore cordicella è collegata a una delle due sfere e viene utilizzata per rimuoverle allo stesso modo di un tampone. Queste funzionano in parte allo stesso modo dei coni; vengono inserite in vagina e la sensazione di perderle attiva i muscoli del pavimento pelvico per impedirlo. Quando il paziente si muove, le sfere interne alle sfere più grandi iniziano a girare, dando un ulteriore feedback di contrazione dei muscoli del pavimento pelvico, oltre a provocare eccitazione e lubrificazione vaginale.

La ricerca su Pubmed ha evidenziato la presenza di uno studio condotto nel 2001 su 6 pazienti di età compresa tra 34 e 59 anni, che utilizzarono la palline della Geisha 15 minuti al giorno per una settimana e, in seguito, per mezz' ora al giorno per un totale di 12 settimane, nel trattamento dell' incontinenza urinaria. Delle 6 pazienti, dopo le settimane di trattamento, 4 dichiararono che l' incontinenza non era più un problema e 2 che la loro incontinenza era notevolmente migliorata. Per tutte le pazienti fu facile l' utilizzo delle palline in quanto potevano essere utilizzate anche durante l' esecuzione di attività quotidiane.⁵⁸

Da una ulteriore ricerca sul portale Aire sono emerse revisioni della letteratura, la più recente nel 2014, dalle quali emerge che manca evidenza scientifica per il trattamento dell' incontinenza urinaria attraverso questo dispositivo.⁵⁹

5.8 Vacuum device

Il vacuum device utilizza pressione negativa per aumentare l' afflusso di sangue e ossigeno nei corpi cavernosi, con un anello alla base del pene per mantenere l' erezione durante un rapporto o senza anello per la riabilitazione del pene. Inoltre, l' irrorazione dei corpi cavernosi determina la contrazione dei muscoli ischio cavernosi e dello sfintere striato esterno uretrale, che contribuiscono ad una buona continenza urinaria. Geddings D Osbon è considerato come l' individuo che ha reso popolare questo dispositivo nel 1960, e la US Food and Drug Administration ha approvato il primo dispositivo vacuum device nel 1982.

⁵⁷Herbison, Dean. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. The Cochrane Collaboration. 2013

⁵⁸K. Glavid. Conservative Treatment of Stress Incontinence with Geisha Balls. International Urogynecology Journal. 2001

⁵⁹Miriam Abdel Karim Ruiz; Jesica Gallego Molina; Marta Gavilán Díaz. Vaginal balls: Therapeutic function. Cultura de los Cuidados. 2014

Indipendentemente dalla chirurgia *nerve-sparing*, un uso precoce del vacuum device dopo prostatectomia radicale facilita i rapporti sessuali e la soddisfazione sessuale. Questo è quanto emerso da uno studio condotto su 109 pazienti di età compresa tra 50 e 71 anni, dopo un intervento di prostatectomia radicale, che utilizzarono il vacuum device giornalmente per 9 mesi. L'80% dei pazienti trattati con questo dispositivo avevano rapporti vaginali due volte alla settimana, con un tasso di soddisfazione del 55%.⁶⁰

Uno studio ha valutato l'efficacia dell'utilizzo delle terapie non orali a 1 e 5 anni dopo l'intervento. Questo studio è stato condotto su 141 pazienti sessualmente attivi che si sottoposero ad un intervento di prostatectomia radicale e che in seguito iniziarono una riabilitazione tramite vacuum device, iniezioni endocavernose, alprostadil intrauretrale. Dei 141 pazienti sessualmente attivi inclusi nello studio, 113 erano sessualmente attivi e 118 erano sessualmente inattivi dopo un anno dall'intervento. Le ragioni dell'inattività sessuale erano identificate in incontinenza, perdita di interesse, perdita di libido. Dei 113 pazienti, 4 avevano erezioni spontanee per un rapporto, 55 utilizzavano il vacuum device, 19 le iniezioni endocavernose, 26 l'alprostadil intrauretrale e 9 il sildenafil. Dei 113 pazienti sessualmente attivi dopo un anno, 50 ritornarono ad avere erezioni spontanee; tutti 50 utilizzarono trattamenti non orali. Di questi 50, quasi il 60% provò precocemente il vacuum device ed ebbe una migliore compliance, efficacia e minori vincoli economici. Dopo 5 anni, 70/113 pazienti rimase sessualmente attivo; di questi 70 pazienti, 50 (71%) aveva erezioni naturali sufficienti per un rapporto, 6 stavano utilizzando il sildenafil, 7 stavano utilizzando il sildenafil con vacuum device e 7 pazienti passarono al tadalafil da soli. Quasi tutti i pazienti che avevano intrapreso una riabilitazione precoce con vacuum device, iniezioni endocavernose, alprostadil intrauretrale erano sessualmente attivi.⁶¹

Secondo la linea guida sull'uso del vacuum device nel trattamento della disfunzione erettile dopo prostatectomia radicale pubblicata da British Society for Sexual Medicine nel 2011, sebbene la terapia orale sia raccomandata come trattamento di prima linea per la disfunzione erettile dopo prostatectomia radicale, questa ha dimostrato avere una limitata efficacia in pazienti che si sono sottoposti ad una chirurgia non-*nerve sparing*. Il vacuum device è molto efficace nell'indurre l'erezione senza considerare le cause della disfunzione. Questi

⁶⁰Raina R, Agarwal A, Zippe C. Management of erectile dysfunction after radical prostatectomy. The Journal of Urology. 2005

⁶¹Raina R, Agarwal A, Ausmundson S, et al. Early use of vacuum constriction device following radical prostatectomy facilitates early sexual activity and potentially earlier return of erectile function. International Journal of Impotence Research. 2006

dispositivi possono dunque essere utilizzati negli stadi iniziali della riabilitazione fino a quando i nervi siano sufficientemente guariti per permettere ai trattamenti farmacologici di agire; possono anche essere combinati con inibitori della PDE5, alprostadil intrauretrale o utilizzati come alternativa al trattamento farmacologico quando questo non ha successo.⁶²

Inoltre, la ricerca suggerisce che l'uso precoce del vacuum device dopo prostatectomia radicale facilita la ripresa dell'attività sessuale, la soddisfazione sessuale, il mantenimento delle dimensioni del pene e un precoce ritorno alle erezioni spontanee.⁶³

5.9 Counseling sessuale

Il *counseling* sessuale e la possibilità di somministrare dei questionari al paziente mirano a identificare come viene vissuta la sessualità. Nei casi di disagio della sfera sesso-affettiva, la sessualità può essere vissuta come insoddisfacente, scollegata alla dimensione del piacere, ansiogena, collegata a dolore. La consulenza psicologica si propone come un intervento di sostegno mirato a sviluppare e a rendere più consapevoli le risorse dell'utenza per il miglioramento della qualità della vita e per la messa in atto di comportamenti responsabili e soddisfacenti rispetto alle norme religiose, sociali, etiche e culturali. Gli interventi possono riguardare le disfunzioni sessuali legate al disturbo del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo; ansie e/o disagi collegati al modo di vivere i rapporti sessuali. L'obiettivo del *counseling* sessuale è, in tutti i casi, quello di sbloccare l'individuo dalle emozioni negative che il disagio comporta e promuovere la possibilità di contattare i propri bisogni e desideri al fine di sperimentare nuove forme di consapevolezza e di rapporto con se stesso ed il partner. Nell'affrontare queste tematiche è fondamentale che l'infermiere, adeguatamente formato, segua un approccio integrato che supporti la coppia sia dal punto di vista psicologico e relazionale ma anche da un punto di vista specialistico attraverso consulenze sessuologiche e/o medico-fisiologiche. Spesso può accadere che si tratti di interventi di educazione o trasmissione di una modalità di relazione che spesso è carente o distorta a causa di eventi che hanno compromesso negativamente le relazioni o le espressioni della sessualità. Fondamentale sarà ricostruire l'anamnesi sessuologica, analizzando la storia affettiva e relazionale dell'individuo o della coppia: storia di vita personale/storia della relazione affettiva attuale (difficoltà incontrate nell'arco della vita, relazioni con la famiglia d'origine,

⁶²British Society for Sexual Medicine. Guidelines on the management of erectile dysfunction. 2013

⁶³Raina R, Agarwal A, Ausmundson S, et al. Early use of vacuum constriction device following radical prostatectomy facilitates early sexual activity and potentially earlier return of erectile function. International Journal of Impotence Research. 2006

storie di abuso o molestie sessuali), relazioni sesso-affettive precedenti/rapporto con la sessualità e il piacere (educazione sessuale, masturbazione, pregiudizi, credenze/valori), la sessualità di coppia (frequenza e modalità dei rapporti, iniziativa e soddisfazione sessuale), concomitanza di altri disturbi della sessualità in entrambi i partner/analisi dei fattori di personalità (ansia, controllo, difficoltà ad esprimere emozioni). Può essere anche somministrato un questionario che analizzi la sfera sessuale, come il *Female Sexual Function Index*. Il riconoscimento della diagnosi infermieristica “inefficace modello di sessualità” rappresenta, infatti, il punto di partenza per intraprendere il percorso riabilitativo. Nella fase di intervento, gli elementi alterati vengono trasformati in risorse da utilizzare nel processo di cambiamento. Questo può comprendere: prescrizioni di specifiche esperienze erotiche che hanno lo scopo di stimolare la dimensione del piacere; l’ approccio psicocorporeo rappresentato dalle tecniche di rilassamento attraverso le quali la sessualità possa essere intesa come gioco, relazione e comunicazione; potenziare le abilità comunicative/relazionali insegnando ad esprimere i propri bisogni e sentimenti.

Tutto ciò deve avvenire in un clima di autentica collaborazione che consenta all’ individuo e alla coppia di esprimere le problematiche e recuperare l’ intimità psicologica e fisica perduta.

Capitolo 6

INDAGINE

6.1 Obiettivo

Lo scopo dell'indagine è quello di evidenziare la presenza di disfunzioni sessuali che siano insorte in pazienti sottoposti a interventi di chirurgia addomino-pelvica, quali prostatectomia radicale, cistectomia radicale, resezione intestinale, isterectomia. Verrà inoltre valutato il grado di soddisfazione sessuale e come il modello di sessualità è cambiato rispetto al periodo pre-intervento.

6.2 Materiali e metodi

Per la conduzione dell'indagine sono stati presi in considerazione il centro stomizzati di Montebelluna e Castelfranco Veneto, centri di riabilitazione del paziente stomizzato e con disfunzioni pelvi perineali.

Sono stati utilizzati due questionari, uno per l'uomo (vedi allegato n. 1) e uno per la donna (vedi allegato n. 2), cartacei e anonimi. Entrambi i questionari sono stati costruiti sulla base del *Female Sexual Function Index* (FSFI). Il questionario maschile è composto da 24 domande a risposta chiusa, comprendenti dati anagrafici, tipo di intervento addomino-pelvico effettuato, dichiarazione del tipo di disfunzione presente, grado di soddisfazione della vita sessuale prima e dopo la comparsa della disfunzione, peso attribuito al proprio problema sessuale e la maggior parte delle domande del *Female Sexual Function Index* (indaganti il desiderio, l'eccitazione, l'orgasmo, la soddisfazione e il dolore). Il questionario femminile è composto da 27 domande a risposta chiusa, comprendenti dati anagrafici, tipo di intervento addomino-pelvico effettuato, dichiarazione del tipo di disfunzione presente, grado di soddisfazione della vita sessuale prima e dopo la comparsa della disfunzione, peso attribuito al proprio problema sessuale e le domande del *Female Sexual Function Index* (indaganti il desiderio, l'eccitazione, la lubrificazione, l'orgasmo, la soddisfazione e il dolore). I questionari sono stati somministrati nel periodo di luglio, agosto e settembre 2015; ne sono stati somministrati 37 (18 questionari uomo e 19 questionari donna), dei quali 4 questionari donna non sono stati considerati perché le pazienti non avevano subito nessun intervento addomino-pelvico. L'analisi dei dati è stata quindi effettuata su un campione di 18 persone di sesso maschile e 15 persone di sesso femminile.

6.3 Risultati

Dall' analisi dei dati del questionario maschile è emerso che la maggior parte degli intervistati ha un' età compresa tra 71 e 80 anni (il 61%) e tra 50 e 60 anni (il 22%). Tra i 18 uomini, il 72% ha subito un intervento di prostatectomia radicale, il 16,7% di cistectomia radicale e l' 11% di resezione intestinale e prostatectomia radicale. Il tipo di problema maggiormente lamentato è la disfunzione erettile (37,5%), che, nella maggior parte dei questionari, è associato all' incontinenza urinaria e all' anorgasmia. Prima della comparsa di questa disfunzione, tutti, tranne due, presentavano vita sessuale attiva (il numero dei rapporti sessuali al mese variava da 2 a 12) e il 56% dichiarava di essere molto soddisfatto della propria vita sessuale; invece, al momento della compilazione del questionario solo il 5,6% si riteneva moderatamente soddisfatto della propria vita sessuale, contro il 72% che si dichiarava molto insoddisfatto. Inoltre, il 50% degli uomini attribuiva un punteggio compreso tra 8 e 10 su una scala da 1 a 10 (in cui 1= per niente, 10= moltissimo) quando veniva chiesto il peso attribuito al loro problema sessuale. Dall' analisi delle risposte alle domande comprese tra la 9 e la 23 (domande del *Female Sexual Function Index*), utilizzando lo schema di interpretazione (vedi allegato n. 5), il punteggio ottenuto in ciascun questionario ha confermato la presenza della disfunzione sessuale. (vedi allegato n. 3)

Dall' analisi dei dati del questionario femminile risulta che la maggior parte delle donne ha un' età compresa tra 61 e 70 anni (33,3%) e tra 71 e 80 anni (26,7%). Il 53% delle donne ha subito un intervento di isterectomia, il 20% di polipectomia uterina, il 20% di resezione intestinale e il 6,7% un parto cesareo. La maggior parte delle intervistate lamenta secchezza vaginale (27,5%) e diminuzione della libido (25%); a seguire, il 17,5% presenta incontinenza urinaria, il 12,5% diminuzione della percezione, il 10% dolore e il 7,5% anorgasmia. In gran parte dei questionari, la secchezza vaginale compare associata a riduzione della libido e riduzione della percezione. Prima della comparsa della disfunzione sessuale, tutte le donne presentavano vita sessuale attiva (il numero dei rapporti sessuali al mese variava da 2 a 12) e il 46,7% dichiarava di essere moderatamente soddisfatta della propria vita sessuale; invece, al momento della compilazione del questionario il 53,3% si dichiara molto insoddisfatta della propria vita sessuale. Tra le 15 donne, il 53,3% attribuiva un punteggio compreso tra 4 e 7 su una scala da 1 a 10 (in cui 1= per niente, 10= moltissimo) quando veniva chiesto il peso attribuito al loro problema sessuale. Dall' analisi delle risposte alle domande comprese tra la 8 e la 26 (domande del *Female Sexual Function Index*), utilizzando lo schema di interpretazione

(vedi allegato n. 5), il punteggio ottenuto in tutti i questionari ha confermato la presenza della disfunzione sessuale. (vedi allegato n. 4)

6.4 Discussione

Dai risultati ottenuti si può notare che tutti i pazienti considerati, sia maschi sia femmine, presentano una o più disfunzioni sessuali al momento della compilazione del questionario. La disfunzione maggiormente lamentata dagli uomini è la disfunzione erettile, che, in tutti i questionari, è collegata alla prostatectomia radicale o cistectomia radicale. In molti dei questionari maschili, la disfunzione erettile è presente insieme all' anorgasmia. Nelle donne, invece, la disfunzione sessuale maggiormente presente è la secchezza vaginale, che, in tutti i questionari, è presente post isterectomia o post polipectomia vaginale. In alcuni casi la disfunzione sessuale è secondaria all' incontinenza urinaria insorta post isterectomia o post prostatectomia; infatti, come dichiarato dai/dalle pazienti, il disagio nell' affrontare l' attività sessuale è dato dalla paura di perdere l' urina. Nella maggior parte delle persone, il grado di soddisfazione legato all' attività sessuale è diminuito rispetto al periodo pre-intervento: negli uomini, infatti, si è passati dalla prevalenza di “molto soddisfatto” a quella di “molto insoddisfatto”; nelle donne, da “moderatamente soddisfatta” a “molto insoddisfatta”.

La maggior parte degli/delle intervistati/e sono ultrasessantenni ma, nonostante questo, il peso attribuito al problema sessuale è alto, specialmente per il uomini. Infatti, il 50% di quest' ultimi attribuisce al proprio problema sessuale un peso compreso tra 8 e 10.

Una limitazione dell' indagine conoscitiva è data dal fatto che il questionario è stato somministrato solo in due centri, gestiti dalla stessa infermiera, non avendo individuato altri centri gestiti da infermieri che si occupassero delle disfunzioni sessuali e della relativa riabilitazione. Per questo motivo, il campione, su cui si è basata l' analisi dei dati, non è molto ampio ma sufficiente per confermare l' ipotesi della ricerca. Punto di forza è riconosciuto nell' utilizzo di un questionario formulato ad hoc che contenesse tutte le domande (nel questionario femminile) e la maggior parte delle domande (nel questionario maschile) di un questionario validato, il *Female Sexual Function Index*. La scelta dell' utilizzo dello stesso questionario, sia nell' uomo sia nella donna, trova risposta nella volontà di utilizzare uno strumento che permettesse di confrontare i dati, considerato che tutte le domande, tranne quelle riguardanti la lubrificazione vaginale, permettono una corretta valutazione della funzione sessuale, anche maschile.

Possibile oggetto di un' ulteriore indagine potrebbe essere la valutazione degli interventi riabilitativi infermieristici che, in questo contesto, non sono stati approfonditi per limitare il campo di analisi che, altrimenti, sarebbe diventato troppo ampio.

CONCLUSIONI

Dal lavoro di ricerca bibliografica e dall' indagine conoscitiva sulla presenza di disfunzioni sessuali in pazienti sottoposti a chirurgia addomino-pelvica e dalla revisione degli interventi efficaci per il recupero delle disfunzioni sessuali, si possono trarre le seguenti conclusioni.

- La chirurgia addomino-pelvica può determinare la comparsa di disfunzioni sessuali nel post intervento, quali: disturbo del desiderio ipoattivo, disturbo dell' eccitazione (disfunzione erettile nell' uomo e ipolubrificazione nella donna), disturbo dell' orgasmo (anorgasmia), dispareunia. Gli uomini operati di prostatectomia radicale e cistectomia radicale presentano, nella maggior parte dei casi, incontinenza urinaria e disfunzione erettile. Nelle donne operate di isterectomia e polipectomia vaginale, le disfunzioni sessuali maggiormente lamentate sono la secchezza vaginale e il calo del desiderio.
- La disfunzione sessuale provoca un cambiamento del modello di sessualità che diminuisce la soddisfazione legata alla vita sessuale tra il pre e il post intervento.
- L' utilizzo di uno strumento validato (*Female Sexual Function Index*) permette all' infermiere di verificare la presenza di disfunzioni sessuali.
- L' efficacia degli interventi riabilitativi varia in base alla causa della disfunzione e, secondo quanto rilevato dalla letteratura, le indicazioni all' utilizzo dei vari interventi in ambito sessuale possono essere così descritte: gli esercizi di Kegel e gli esercizi di contrazione e rilassamento dei muscoli del pavimento pelvico sono efficaci per il trattamento di incontinenza urinaria, disfunzione erettile, secchezza vaginale e riduzione della sensibilità in quanto aumentano il tono e l' elasticità del muscolo pubococcigeo. La paradoxical relaxation è indicata per il dolore pelvi-perineale, disfunzione erettile e mancanza di interesse per l' attività sessuale. Il *biofeedback* e la stimolazione elettrica funzionale sono validi per il trattamento di incontinenza urinaria, dolore pelvico e impotenza. I lubrificanti vaginali sono efficaci per la secchezza vaginale. I coni vaginali e le palline della geisha sono indicate per l' incontinenza urinaria, il dolore pelvico e l' anorgasmia. Il vacuum device è efficace

per la disfunzione erettile e l' incontinenza urinaria. Il *counseling* sessuale si configura come uno strumento che l' infermiere utilizza per orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità dell' assistito nella valutazione e riabilitazione sessuale.

Per ottimizzare il lavoro di tesi ho partecipato ad alcune giornate nell' ambulatorio di Montebelluna, osservando come avvengono la presa in carico e il percorso riabilitativo intrapresi nell' assistenza a questo tipo di pazienti. Molte volte non è facile creare il clima di intimità e fiducia necessario per trattare questo tipo di problematica, ma sta all' infermiere raccogliere le informazioni necessarie, senza che l' imbarazzo impedisca la comunicazione. Inoltre, è importante far capire al paziente i benefici che si possono trarre da un percorso riabilitativo intrapreso precocemente, seguendo le indicazioni date dall' infermiere.

Nella presa in carico e nella gestione di pazienti sottoposti a chirurgia addomino-pelvica, ritengo che dovrebbe essere proprio l' infermiere ad iniziare l' accertamento del modello di sessualità in quanto la sessualità è parte integrante dell' identità di ciascuno. Tuttavia, la possibilità di far intraprendere un percorso riabilitativo dovrebbe essere presa in considerazione da un infermiere adeguatamente formato.

BIBLIOGRAFIA

- ¹Jackson KS et al. Pelvic floor dysfunction and radical hysterectomy. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2006
- ²Hojo K et al. Preservation of urine voiding and sexual function after rectal cancer surgery. *Disease of the Colon & Rectum*. 1991
- ³Quality of life and sexual function of cervical patients following radical hysterectomy and vaginal extension. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2014
- ⁴C. Pavone, D. Abbadessa, G. Scaduto, G. Caruana, C. Scalici Gesolfo, D. Fontana et al. Sexual dysfunctions after transurethral resection of the prostate (TURP): Evidence from a retrospective study on 264 patients. Section of Urology, Department of Surgical, Oncological and Stomatological Sciences, University of Palermo, Italy. 2015
- ⁵Black P. Practical stoma care. *Nursing Standard*. 2000
- ⁶Williams J. Sexual health: case study of a patient who has undergone stoma formation. *British Journal of Nursing*. 2006
- ⁷Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of cancer*. 2003
- ⁸Bernini, Vaccari, Lami, Ferri. La sessualità del paziente stomizzato: analisi del suo vissuto. *IPASVI*. 2010
- ⁹Roper N. et al. *The Elements of Nursing: a Model for Nursing Based on a Model of Living*. Edinburgh: Churchill Livingstone. 2002
- ¹⁰Maughan, Clarke. The effect of a clinical nurse specialist in gynaecological oncology on quality of life and sexuality. *Journal of Clinical Nursing*. 2001
- ¹¹R. Nappi, A. Solonia. *Menopausa e sessualità*. CIC edizioni internazionali. 2004
- ¹²La medicina della coppia nel setting della medicina generale. Società scientifica dei medici di medicina generale. 2015
- ¹³Bolis G. *Manuale di Ginecologia e Ostetricia*. Edimes. 2011
- ¹⁴Porst H. Buvat J. (Eds), *ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine*, Blackwell, Oxford, UK. 2006

- ¹⁵Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: A survey of western European women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2005
- ¹⁶Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson, Milano. 2009
- ¹⁷Jannini E.A., Lenzi A., Maggi M. *Sessuologia Medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*. Elsevier Masson, Milano. 2007
- ¹⁸Goldstein I, Berman JR. Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndromes. *International Journal of Impotence Research*. 1998
- ¹⁹Giraldi A, Levin R. Vascular physiology of female sexual function. In Goldstein I et al. (Eds), *Women's sexual function and dysfunction. Study, diagnosis and treatment*. Taylor & Francis, London. 2006
- ²⁰E. A. Jannini, A. Lenzi, M. Maggi. *Sessuologia medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*, Elsevier Masson, Milano, 2007, p. 360-364
- ²¹E. A. Jannini, A. Lenzi, M. Maggi. *Sessuologia medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*. Elsevier Masson, Milano, 2007, p 117-119
- ²²E. A. Jannini, A. Lenzi, M. Maggi. *Sessuologia medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*. Elsevier Masson, Milano, 2007, p 117-119
- ²³Laumann F et al. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *J Am Med Ass* 1999
- ²⁴Paolo Di Benedetto. *Riabilitazione uro-ginecologica. II Edizione*. Edizioni Minerva Medica, Torino. 2004
- ²⁵Paolo Di Benedetto. *Riabilitazione uro-ginecologica. II Edizione*. Edizioni Minerva Medica, Torino. 2004
- ²⁶Bortolami A. *Riabilitazione del pavimento pelvico*, Elsevier Masson, Milano, 2009. p. 66-70
- ²⁷Leen Aerts, Ignace Vergote. Sexual functioning in women after surgical treatment for endometrial cancer: a prospective controlled study. *International Society for Sexual Medicine*. 2014

- ²⁸Zanoio L. Barcellona E. Zacché G. *Ginecologia e Ostetricia con tavole di F. H. Netter*, Elsevier Masson, Milano, 2007. p. 165-196
- ²⁹NHI Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA*, 1993
- ³⁰E. Caraceni, A. Marronaro. *Disfunzione erettiva dopo chirurgia del colon retto*.
- ³¹Bortolami A. *Riabilitazione del pavimento pelvico*. Elsevier Masson, Milano, 2009. p. 70-73
- ³²Matthew AG, Goldman A et al. Sexual dysfunction after radical prostatectomy: prevalence, treatments, restricted use of treatments and distress. *The Journal of Urology*. 2005
- ³³Janet L. Stanford, Ziding Feng, Ann S. Hamilton, Frank D. Gilliland, MD; Robert A. Stephenson et al. Urinary and Sexual Function After Radical Prostatectomy for Clinically Localized Prostate Cancer. *JAMA*. 2000
- ³⁴Bortolami A. *Riabilitazione del pavimento pelvico*. Elsevier Masson, Milano, 2009. p. 70-73
- ³⁵Sandri, Sommariva, Cappellano, Pesce, Politi. *Il dolore pelvico cronico. Linee guida SIU*.
- ³⁶Rivalta M, Sighinolfi MC, Micali S, De Stefani S, Bianchi G. Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence treated by a complete pelvic floor rehabilitation program (biofeedback, functional electrical stimulation, pelvic floor muscles exercises, and vaginal cones). *The Journal of Sexual Medicine*. 2010
- ³⁷Bortolami A. *Riabilitazione del pavimento pelvico*. Elsevier Masson, Milano, 2009
- ³⁸Aslan E., Komurcu N., Beji N.K., Yalcin O. Bladder Training and Kegel Exercises for Women with Urinary Complaints Living in a Rest Home. *Gerontology*. 2008
- ³⁹Bortolami A. *Riabilitazione del pavimento pelvico*. Elsevier Masson, Milano. 2009
- ⁴⁰C. Ferreira, P. Dwyer, M. Davidson, A. De Souza, J. Ugarte, H. Frawley. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. *The International Urogynecological association*. 2015
- ⁴¹Yang, Lim, Rah, kim. Effect of a pelvic floor muscle training program on gynecologic cancer survivors with pelvic floor dysfunction: A randomized controlled trial. *Gynecologic Oncology*. 2012

- ⁴²Fernandez et al. Improvement of Continence Rate with Pelvic Floor Muscle Training Post-Prostatectomy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Urology*. 2014
- ⁴³David Wise, Ph.D. Paradoxical relaxation. National Center for Pelvic Pain. 2010
- ⁴⁴Anderson, Wise, Sawyer, Chan. Integration of myofascial trigger point release and paradoxical relaxation training treatment of chronic pelvic pain in men. *The Journal of Urology*. 2005
- ⁴⁵Anderson, Wise, Sawyer, Chan. Sexual Dysfunction in Men With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: Improvement After Trigger Point Release and Paradoxical Relaxation Training. *The Journal of Urology*. 2006
- ⁴⁶Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson, Milano, 2009
- ⁴⁷FitzGerald MP, Anderson RU, Potts J, Payne CK et al: Randomized Multicenter Feasibility Trial of Myofascial Physical Therapy for the Treatment of Urological Chronic Pelvic Pain Syndromes. *The Journal of Urology*. 2009
- ⁴⁸Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson, Milano, 2009.
- ⁴⁹Herbison GP, Arnold EP. Sacral neuromodulation with implanted devices for urinary storage and voiding dysfunction in adults. *Cochrane Database*. 2009
- ⁵⁰E. A. Jannini, A. Lenzi, M. Maggi. *Sessuologia medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*. Elsevier Masson, Milano. 2007
- ⁵¹Dermitas, Pinar. Determination of sexual problems of Turkish patients receiving gynecologic cancer treatment: a cross-sectional study. *Asian Pacific Journal of cancer prevention*. 2014
- ⁵²D. w. Sturdee, N. Panay. Raccomandazioni per la gestione dell' atrofia vaginale postmenopausale. *International Menopause society*. 2010
- ⁵³Bygdeman M., Swahn M. Replens versus dienoestrol cream in the symptomatic treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women. *Maturitas*. 1996
- ⁵⁴Biglia N, Peano E, Sgandurra P, et al. Low-dose vaginal estrogens or vaginal moisturizer in breast cancer survivors with urogenital atrophy: a preliminary study. *Gynecological Endocrinology*. 2010

- ⁵⁵Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of the North American Menopause Society. The Journal of The North American Menopause Society. 2013
- ⁵⁶Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson, Milano. 2009. p 212 – 213
- ⁵⁷Herbison, Dean. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. The Cochrane Collaboration. 2013
- ⁵⁸K. Glavid. Conservative Treatment of Stress Incontinence with Geisha Balls. International Urogynecology Journal. 2001
- ⁵⁹Miriam Abdel Karim Ruiz; Jesica Gallego Molina; Marta Gavilán Díaz. Vaginal balls: Therapeutic function. Cultura de los Cuidados. 2014
- ⁵⁷Raina R, Agarwal A, Zippe C. Management of erectile dysfunction after radical prostatectomy. Urology 2005; 66: 923-929.
- ⁵⁸Raina R, Agarwal A, Ausmundson S, et al. Early use of vacuum constriction device following radical prostatectomy facilitates early sexual activity and potentially earlier return of erectile function. International Journal of Impotence Research. 2006
- ⁵⁹British Society for Sexual Medicine. Guidelines on the management of erectile dysfunction. 2013
- ⁶⁰Raina R, Agarwal A, Zippe C. Management of erectile dysfunction after radical prostatectomy. The Journal of Urology. 2005
- ⁶¹Raina R, Agarwal A, Ausmundson S, et al. Early use of vacuum constriction device following radical prostatectomy facilitates early sexual activity and potentially earlier return of erectile function. International Journal of Impotence Research. 2006
- ⁶²British Society for Sexual Medicine. Guidelines on the management of erectile dysfunction. 2013
- ⁶³Raina R, Agarwal A, Ausmundson S, et al. Early use of vacuum constriction device following radical prostatectomy facilitates early sexual activity and potentially earlier return of erectile function. International Journal of Impotence Research. 2006

ALLEGATI

- Allegato n. 1: Questionario uomo
- Allegato n. 2: Questionario donna
- Allegato n. 3: Risultati riguardanti le domande del questionario maschile
- Allegato n. 4: Risultati riguardanti le domande del questionario femminile
- Allegato n. 5: Tabella di interpretazione del *Female Sexual Function Index*

Allegato n. 1 – Questionario uomo

Data di compilazione ___/___/_____

1. Anno di nascita? |_____|
2. A che tipo di intervento è stato sottoposto?
|_____|
3. In che mese e anno ha subito l' intervento?
Mese |_____| Anno |_____|
4. Quale tipo di situazione la riguarda (in questo momento)?
 - Dolore durante il rapporto sessuale
 - Riduzione della libido
 - Riduzione della percezione
 - Disfunzione erettile
 - Incontinenza urinaria
 - Anorgasmia
5. Se presenta disfunzione erettile, utilizza farmaci per il trattamento (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil, ...)?

Sì	No
----	----
6. Quanto era soddisfatto della sua vita sessuale prima della comparsa di questa disfunzione sessuale?
 - Molto soddisfatto
 - Moderatamente soddisfatto
 - Ugualmente soddisfatto e insoddisfatto
 - Moderatamente insoddisfatto
 - Molto insoddisfatto
7. Quanti rapporti sessuali aveva in media al mese (prima della comparsa della disfunzione sessuale)? |_____|
8. Quanto le pesa da 1 a 10 il suo problema sessuale? (1=per niente, 10=moltissimo)
|_____|

Le successive domande le chiedono dei suoi sentimenti sessuali durante le ultime 4 settimane. Si prega di rispondere alle seguenti domande nel modo più onesto e chiaro possibile. Le vostre risposte saranno mantenute confidenziali. Nello rispondere alle domande tenere conto di queste definizioni:

- l'attività sessuale può comprendere carezze, i preliminari, la masturbazione e rapporti vaginali;
- il rapporto sessuale è definito come la penetrazione del pene nella vagina;
- la stimolazione sessuale include situazioni come i preliminari con un partner, di auto-stimolazione o fantasia sessuale.

L'interesse o desiderio sessuale è un sentimento che include la volontà di avere un'esperienza sessuale, sentendosi ricettivo per l'iniziazione sessuale del partner, pensando o fantasticando sul sesso.

9. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso ha sentito l'interesse o desiderio sessuale?

- Quasi sempre o sempre
- La maggior parte delle volte (più della metà del tempo)
- Qualche volta (circa la metà delle volte)
- Un paio di volte (meno della metà delle volte)
- Quasi mai o mai

10. Nelle ultime 4 settimane, come giudica il suo livello di interesse o desiderio sessuale?

- Molto alto
- Alto
- Moderato
- Basso
- Molto basso o del tutto assenti

L'eccitazione sessuale è un sentimento che include sia gli aspetti fisici e mentali di eccitazione sessuale. Può includere sensazione di calore o formicolio nei genitali, di lubrificazione o contrazioni muscolari.

11. Nelle ultime 4 settimane, quante volte si è sentito sessualmente eccitato durante l'attività sessuale o rapporti sessuali?

- Nessuna attività sessuale
- Quasi sempre o sempre
- La maggior parte delle volte (più della metà del tempo)
- Qualche volta (circa la metà delle volte)
- Un paio di volte (meno della metà delle volte)
- Quasi mai o mai

12. Nel corso delle ultime 4 settimane, come giudica il suo livello di eccitazione sessuale durante l'attività sessuale?

- Nessuna attività sessuale
- Molto alto
- Alto
- Moderato
- Basso
- Molto basso o del tutto assenti

13. Nel corso delle ultime 4 settimane, quanta fiducia aveva di diventare sessualmente eccitato durante l'attività sessuale?

- Nessuna attività sessuale
- Altissima fiducia
- Alta fiducia
- Fiducia moderata
- Bassa fiducia
- Molto bassa o nessuna fiducia

14. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso è stato soddisfatto con l'eccitazione durante l'attività sessuale?

- Nessuna attività sessuale
- Quasi sempre o sempre
- La maggior parte delle volte (più della metà del tempo)
- Qualche volta (circa la metà delle volte)
- Un paio di volte (meno della metà delle volte)
- Quasi mai o mai

15. Nelle ultime 4 settimane, quando ha avuto una stimolazione sessuale o rapporto sessuale, quanto spesso ha raggiunto l'orgasmo?

- Nessuna attività sessuale
- Quasi sempre o sempre
- La maggior parte delle volte (più della metà del tempo)
- Qualche volta (circa la metà delle volte)
- Un paio di volte (meno della metà delle volte)
- Quasi mai o mai

16. Nelle ultime 4 settimane, quando ha avuto una stimolazione sessuale o rapporto sessuale, come è stato difficile per lei raggiungere l'orgasmo?

- Nessuna attività sessuale
- Estremamente difficile o impossibile
- Molto difficile
- Difficile
- Leggermente difficile
- Non difficile

17. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stato soddisfatto della sua capacità di raggiungere l'orgasmo?

- Nessuna attività sessuale
- Molto soddisfatto
- Moderatamente soddisfatto
- Ugualmente soddisfatto e insoddisfatto
- Moderatamente insoddisfatto
- Molto insoddisfatto

18. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stato soddisfatto della vicinanza emotiva tra lei e il suo partner durante l'attività sessuale?

- Nessuna attività sessuale
- Molto soddisfatto
- Moderatamente soddisfatto
- Ugualmente soddisfatto e insoddisfatto
- Moderatamente insoddisfatto
- Molto insoddisfatto

19. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stato soddisfatto della relazione sessuale con il suo partner?

- Molto soddisfatto
- Moderatamente soddisfatto
- Ugualmente soddisfatto e insoddisfatto
- Moderatamente insoddisfatto
- Molto insoddisfatto

20. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stato soddisfatto della sua attività sessuale in generale?

- Molto soddisfatto
- Moderatamente soddisfatto
- Ugualmente soddisfatto e insoddisfatto
- Moderatamente insoddisfatto
- Molto insoddisfatto

21. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso ha vissuto il dolore o disagio durante la penetrazione vaginale?

- Nessuna attività sessuale
- Quasi sempre o sempre
- La maggior parte delle volte (più della metà del tempo)
- Qualche volta (circa la metà delle volte)
- Un paio di volte (meno della metà delle volte)
- Quasi mai o mai

22. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso ha vissuto il dolore o disagio dopo la penetrazione vaginale?

- Nessuna attività sessuale
- Quasi sempre o sempre
- La maggior parte delle volte (più della metà del tempo)
- Qualche volta (circa la metà delle volte)
- Un paio di volte (meno della metà delle volte)
- Quasi mai o mai

23. Durante le ultime 4 settimane, come giudica il suo livello di disagio o di dolore durante la penetrazione vaginale?

- Nessun rapporto sessuale
- Molto alto
- Alto
- Moderato
- Basso
- Molto basso o del tutto assente

24. Quali dispositivi/interventi riabilitativi ha utilizzato per il recupero dell' attività sessuale? Indichi inoltre quanto questi interventi le sono stati utili per il recupero dell' attività sessuale. (Segnare solo gli interventi effettuati)

a. Vacuum device

Per niente	Poco	Molto	Del tutto
------------	------	-------	-----------

b. Masturbazione

Per niente	Poco	Molto	Del tutto
------------	------	-------	-----------

c. Esercizi riabilitativi al pavimento pelvico

Per niente	Poco	Molto	Del tutto
------------	------	-------	-----------

d. Supporto psicologico

Per niente	Poco	Molto	Del tutto
------------	------	-------	-----------

Allegato n. 2 – Questionario donna

Data di compilazione ___/___/_____

1. Anno di nascita? |_____|
2. A che tipo di intervento è stata sottoposta?
|_____|
3. In che mese e anno ha subito l' intervento?
Mese |_____| Anno |_____|
4. Quale tipo di situazione la riguarda (in questo momento)?
 - Dolore durante il rapporto sessuale
 - Riduzione della libido
 - Riduzione della percezione
 - Secchezza vaginale
 - Incontinenza urinaria
 - Anorgasmia
5. Quanto era soddisfatta della sua vita sessuale prima della comparsa di questa disfunzione sessuale?
 - Molto soddisfatta
 - Moderatamente soddisfatta
 - Ugualmente soddisfatta e insoddisfatta
 - Moderatamente insoddisfatta
 - Molto insoddisfatta
6. Quanti rapporti sessuali aveva in media al mese (prima della comparsa della disfunzione sessuale)? |_____|
7. Quanto le pesa da 1 a 10 il suo problema sessuale? (1=per niente, 10=moltissimo)
|_____|

Le successive domande le chiedono dei suoi sentimenti sessuali durante le ultime 4 settimane. Si prega di rispondere alle seguenti domande nel modo più onesto e chiaro possibile. Le vostre risposte saranno mantenute confidenziali. Nello rispondere alle domande tenere conto di queste definizioni:

- l' attività sessuale può comprendere carezze, i preliminari, la masturbazione e rapporti vaginali;

- il rapporto sessuale è definito come la penetrazione del pene nella vagina;
- la stimolazione sessuale include situazioni come i preliminari con un partner, di auto-stimolazione o fantasia sessuale.

L'interesse o desiderio sessuale è un sentimento che include la volontà di avere un'esperienza sessuale, sentendosi ricettivo per l'iniziazione sessuale del partner, pensando o fantasticando sul sesso.

8. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso ha sentito l'interesse o desiderio sessuale?

- Quasi sempre o sempre
- La maggior parte delle volte (più della metà del tempo)
- Qualche volta (circa la metà delle volte)
- Un paio di volte (meno della metà delle volte)
- Quasi mai o mai

9. Nelle ultime 4 settimane, come giudica il suo livello di interesse o desiderio sessuale?

- Molto alto
- Alto
- Moderato
- Basso
- Molto basso o del tutto assenti

L'eccitazione sessuale è un sentimento che include sia gli aspetti fisici e mentali di eccitazione sessuale. Può includere sensazione di calore o formicolio nei genitali, di lubrificazione o contrazioni muscolari.

10. Nelle ultime 4 settimane, quante volte si è sentita sessualmente eccitata durante l'attività sessuale o rapporti sessuali?

- Nessuna attività sessuale
- Quasi sempre o sempre
- La maggior parte delle volte (più della metà del tempo)
- Qualche volta (circa la metà delle volte)
- Un paio di volte (meno della metà delle volte)
- Quasi mai o mai

11. Nel corso delle ultime 4 settimane, come giudica il suo livello di eccitazione sessuale durante l'attività sessuale?

- Nessuna attività sessuale
- Molto alto
- Alto
- Moderato
- Basso
- Molto basso o del tutto assenti

12. Nel corso delle ultime 4 settimane, quanta fiducia aveva di diventare sessualmente eccitata durante l'attività sessuale?

- Nessuna attività sessuale
- Altissima fiducia
- Alta fiducia
- Fiducia moderata
- Bassa fiducia
- Molto bassa o nessuna fiducia

13. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso è stata soddisfatta con l'eccitazione durante l'attività sessuale?

- Nessuna attività sessuale
- Quasi sempre o sempre
- La maggior parte delle volte (più della metà del tempo)
- Qualche volta (circa la metà delle volte)
- Un paio di volte (meno della metà delle volte)
- Quasi mai o mai

14. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso la sua vagina è diventata lubrificata durante l'attività sessuale?

- Nessuna attività sessuale
- Quasi sempre o sempre
- La maggior parte delle volte (più della metà del tempo)
- Qualche volta (circa la metà delle volte)
- Un paio di volte (meno della metà delle volte)
- Quasi mai o mai

15. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stato difficile essere lubrificata alla vagina durante l'attività sessuale?

- Nessuna attività sessuale
- Estremamente difficile o impossibile
- Molto difficile
- Difficile
- Leggermente difficile
- Non difficile

16. Nelle ultime 4 settimane, quante volte si è mantenuta lubrificata fino al completamento dell' attività sessuale?

- Nessuna attività sessuale
- Quasi sempre o sempre
- La maggior parte delle volte (più della metà del tempo)
- Qualche volta (circa la metà delle volte)
- Un paio di volte (meno della metà delle volte)
- Quasi mai o mai

17. Nelle ultime 4 settimane, quanto le è stato difficile mantenersi lubrificata fino al completamento dell' attività sessuale?

- Nessuna attività sessuale
- Estremamente difficile o impossibile
- Molto difficile
- Difficile
- Leggermente difficile
- Non difficile

18. Nelle ultime 4 settimane, quando ha avuto una stimolazione sessuale o rapporto sessuale, quanto spesso ha raggiunto l' orgasmo?

- Nessuna attività sessuale
- Quasi sempre o sempre
- La maggior parte delle volte (più della metà del tempo)
- Qualche volta (circa la metà delle volte)
- Un paio di volte (meno della metà delle volte)
- Quasi mai o mai

19. Nelle ultime 4 settimane, quando ha avuto una stimolazione sessuale o rapporto sessuale, come è stato difficile per lei raggiungere l' orgasmo?

- Nessuna attività sessuale
- Estremamente difficile o impossibile
- Molto difficile
- Difficile
- Leggermente difficile
- Non difficile

20. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stata soddisfatta della sua capacità di raggiungere l'orgasmo?

- Nessuna attività sessuale
- Molto soddisfatta
- Moderatamente soddisfatta
- Ugualmente soddisfatta e insoddisfatta
- Moderatamente insoddisfatta
- Molto insoddisfatta

21. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stata soddisfatta della vicinanza emotiva tra lei e il suo partner durante l'attività sessuale?

- Nessuna attività sessuale
- Molto soddisfatta
- Moderatamente soddisfatta
- Ugualmente soddisfatta e insoddisfatta
- Moderatamente insoddisfatta
- Molto insoddisfatta

22. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stata soddisfatta della relazione sessuale con il suo partner?

- Molto soddisfatta
- Moderatamente soddisfatta
- Ugualmente soddisfatta e insoddisfatta
- Moderatamente insoddisfatta
- Molto insoddisfatta

23. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stata soddisfatta della sua attività sessuale in generale?

- Molto soddisfatta

- Moderatamente soddisfatta
- Ugualmente soddisfatta e insoddisfatta
- Moderatamente insoddisfatta
- Molto insoddisfatta

24. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso ha vissuto il dolore o disagio durante la penetrazione vaginale?

- Nessuna attività sessuale
- Quasi sempre o sempre
- La maggior parte delle volte (più della metà del tempo)
- Qualche volta (circa la metà delle volte)
- Un paio di volte (meno della metà delle volte)
- Quasi mai o mai

25. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso ha vissuto il dolore o disagio dopo la penetrazione vaginale?

- Nessuna attività sessuale
- Quasi sempre o sempre
- La maggior parte delle volte (più della metà del tempo)
- Qualche volta (circa la metà delle volte)
- Un paio di volte (meno della metà delle volte)
- Quasi mai o mai

26. Durante le ultime 4 settimane, come giudica il suo livello di disagio o di dolore durante la penetrazione vaginale?

- Nessun rapporto sessuale
- Molto alto
- Alto
- Moderato
- Basso
- Molto basso o del tutto assente

27. Quali dispositivi/interventi riabilitativi ha utilizzato per il recupero dell'attività sessuale? Indichi inoltre quanto questi interventi le sono stati utili per il recupero dell'attività sessuale. (Segnare solo gli interventi effettuati)

a. Lubrificanti vaginali

Per niente	Poco	Molto	Del tutto
------------	------	-------	-----------

b. Coni vaginali

Per niente	Poco	Molto	Del tutto
------------	------	-------	-----------

c. Palline della geisha

Per niente	Poco	Molto	Del tutto
------------	------	-------	-----------

d. Masturbazione

Per niente	Poco	Molto	Del tutto
------------	------	-------	-----------

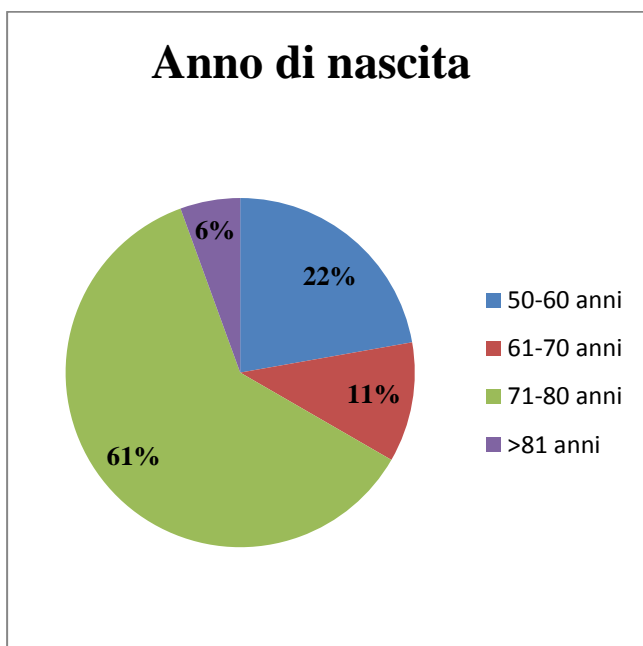
e. Esercizi riabilitativi al pavimento pelvico

Per niente	Poco	Molto	Del tutto
------------	------	-------	-----------

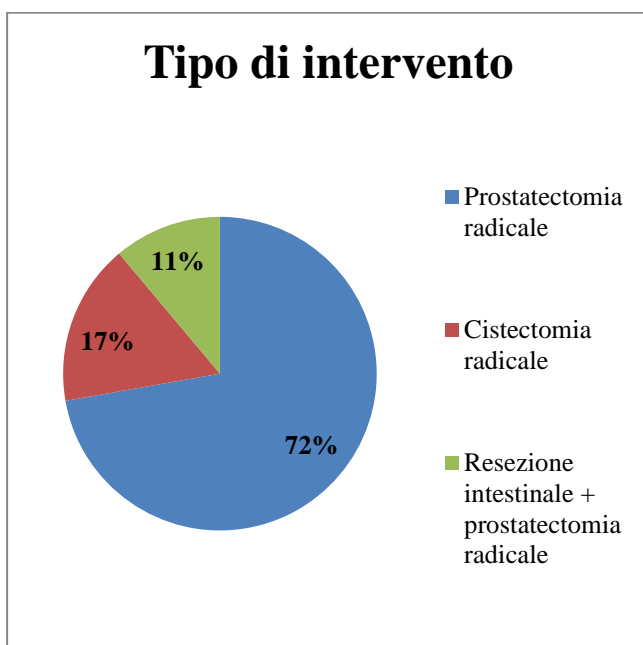
f. Supporto psicologico

Per niente	Poco	Molto	Del tutto
------------	------	-------	-----------

Allegato n. 3 – Risultati riguardanti le domande del questionario maschile

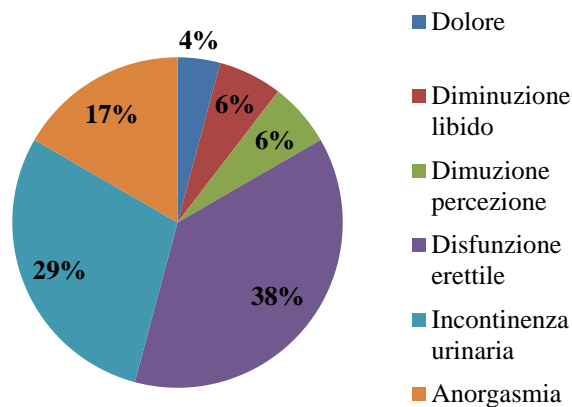


50 - 60 anni	4	22,20 %
61- 70 anni	2	11,10 %
71- 80 anni	11	61,10 %
81 anni	1	5,60 %
TOTALE	18	100 %



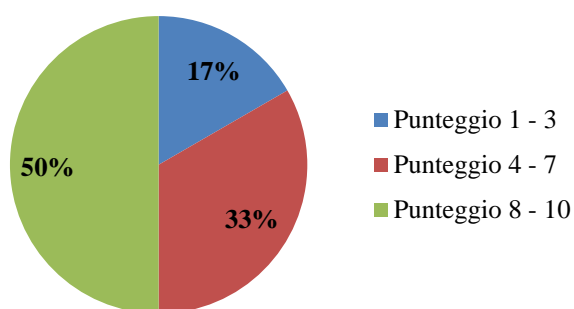
Prostatectomia radicale	13	72,2 %
Cistectomia radicale	3	16,7 %
Resezione intestinale + prostatectomia radicale	2	11,1 %
TOTALE	18	100 %

Tipo di disfunzione presente



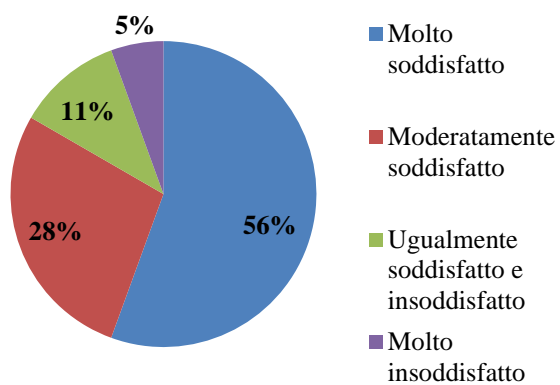
Dolore	2	4,1 %
Diminuzione libido	3	6,3 %
Diminuzione percezione	3	6,3 %
Disfunzione erettile	18	37,5 %
Incontinenza urinaria	14	29,1 %
Anorgasmia	8	16,7 %

Peso attribuito al problema sessuale



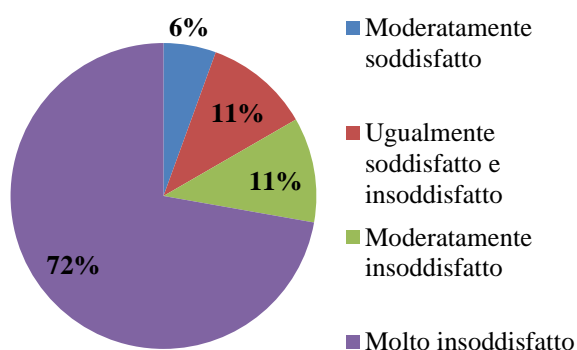
Punteggio 1 - 3	3	16,7 %
Punteggio 4 - 7	6	33,3 %
Punteggio 8 - 10	9	50 %
TOTALE	18	100 %

Soddisfazione vita sessuale (prima di comparsa disfunzione)



Molto soddisfatto	10	55,6 %
Moderatamente soddisfatto	5	27,8 %
Ugualmente soddisfatto e insoddisfatto	2	11,1 %
Molto insoddisfatto	1	5,5
TOTALE	18	100 %

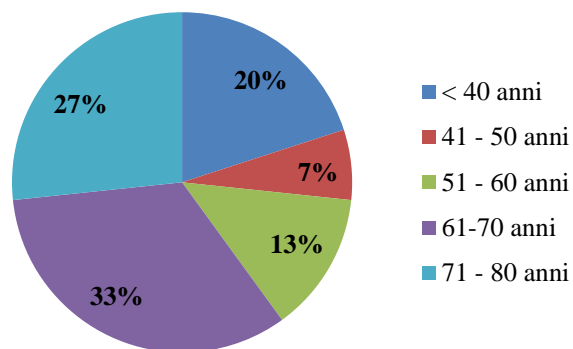
Soddisfazione vita sessuale (in questo momento)



Moderatamente soddisfatto	1	5,6 %
Ugualmente soddisfatto e insoddisfatto	2	11,1 %
Moderatamente insoddisfatto	2	11,1 %
Molto insoddisfatto	13	72,2 %
TOTALE	18	100 %

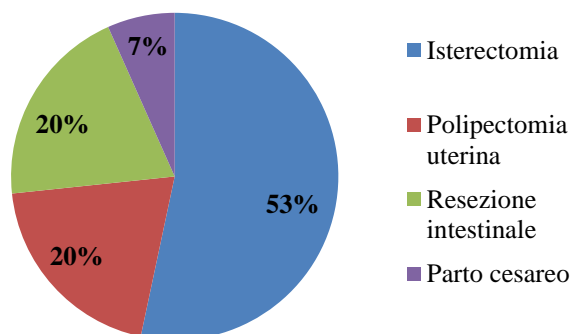
Allegato n. 4 – Risultati riguardanti le domande del questionario femminile

Anno di nascita



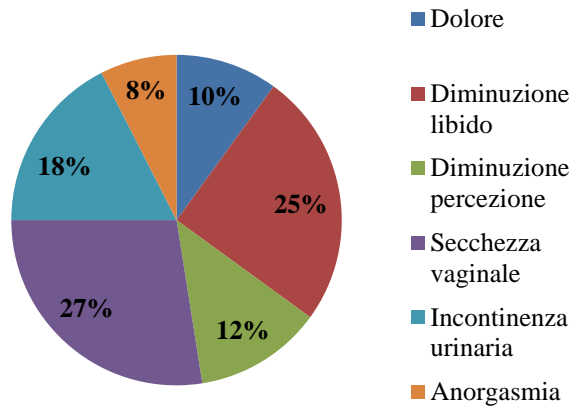
< 40 anni	3	20 %
41 – 50 anni	1	6,7 %
51 – 60 anni	2	13,3 %
61 – 70 anni	5	33,3 %
71 – 80 anni	4	26,7 %
TOTALE	15	100 %

Tipo di intervento



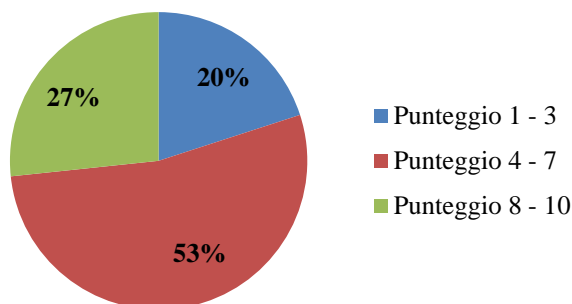
Isterectomia	8	53,3 %
Polipectomia uterina	3	20 %
Resezione intestinale	3	20 %
Parto cesareo	1	6,7 %
TOTALE	15	100 %

Tipo di disfunzione presente



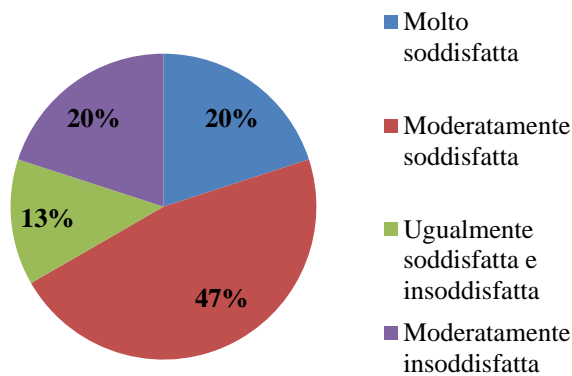
Dolore	4	10 %
Diminuzione libido	10	25 %
Diminuzione percezione	5	12,5 %
Secchezza vaginale	11	27,5 %
Incontinenza urinaria	7	17,5 %
Anorgasmia	3	7,5 %

Peso attribuito al problema sessuale



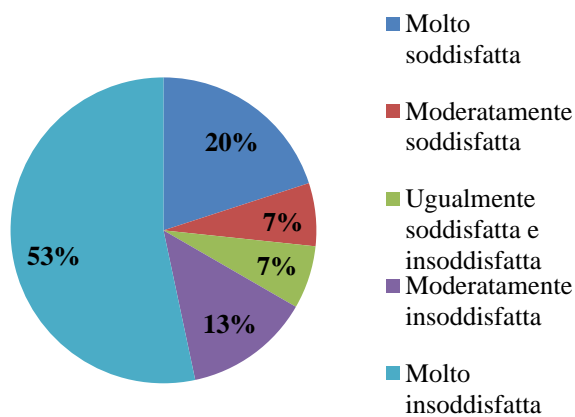
Punteggio 1 - 3	3	20 %
Punteggio 4 - 7	8	53,3 %
Punteggio 8 - 10	4	26,7 %
TOTALE	15	100 %

Soddisfazione vita sessuale (prima di comparsa disfunzione)



Molto soddisfatta	3	20 %
Moderatamente soddisfatta	7	46,7 %
Ugualmente soddisfatta e insoddisfatta	2	13,3 %
Moderatamente insoddisfatta	3	20 %
TOTALE	15	100 %

Soddisfazione vita sessuale (in questo momento)



Molto soddisfatta	3	20 %
Moderatamente soddisfatta	1	6,7 %
Ugualmente soddisfatta e insoddisfatta	1	6,7 %
Moderatamente insoddisfatta	2	13,3 %
Molto insoddisfatta	8	53,3 %
TOTALE	15	100 %

Allegato n. 5 – Tabella di interpretazione del *Female Sexual Function Index*

Dominio	Domande	Range	Fattore di moltiplicazione	Punteggio minimo	Punteggio massimo
Desiderio	1, 2	1 – 5	0,6	1,2	6
Eccitazione	3, 4, 5, 6	0 – 5	0,3	0	6
Lubrificazione	7, 8, 9, 10	0 – 5	0,3	0	6
Orgasmo	11, 12, 13	0 – 5	0,4	0	6
Soddisfazione	14, 15, 16	0 – 5	0,4	0	6
Dolore	17, 18, 19	0 – 5	0,4	0	6

Punteggio totale	1,2	36
-------------------------	-----	----

Nell' uomo: un punteggio $< 0 = 22,13$ è classificato come disfunzione sessuale.

Nella donna: un punteggio $< 0 = 26,55$ è classificato come disfunzione sessuale.