

Il benessere sessuale nella donna in menopausa: il *libro bianco* dell'*International Menopause Society (IMS)*

J. A. Simon, S. R. Davis, S. E. Althof, P. Chedraui, A. H. Clayton, S. A. Kingsberg, R. E. Nappi, S. J. Parish, W. Wolfman.

Per ulteriori informazioni www.imsociety.org

TRADUZIONE A CURA DI

Prof. Rossella E. Nappi (membro del comitato direttivo della IMS) & Laura Cucinella

Unità di Ostetricia, Ginecologia e Riproduzione Umana

Dipartimento di Scienze Cliniche, Chirurgiche, Diagnostiche e Pediatriche,

Università degli Studi di Pavia

Centro di Procreazione Medicalmente Assistita, Endocrinologia Ginecologica e della Menopausa

IRCCS Policlinico San Matteo – Pavia

<http://salutedelladonna.unipv.it/>

RIASSUNTO

Dopo la transizione menopausale, la sessualità spesso subisce un declino, con possibili conseguenze personali e relazionali. Il disagio che si associa al sintomo sessuale è l'elemento determinante nella diagnosi di una disfunzione sessuale femminile (FSD), una condizione frequente nella donna in menopausa. La prevalenza dei disturbi sessuali aumenta con l'età, viceversa il disagio associato diminuisce nelle donne più anziane. Questa tendenza è stata osservata in numerose popolazioni di studio con diversi background culturali. Benché l'eziologia delle FSD sia multifattoriale, le fisiologiche modificazioni ormonali e i sintomi che accompagnano la menopausa, come il dolore sessuale, sono fattori determinanti nelle donne che manifestano sintomi sessuali intorno all'epoca della menopausa. La Società Internazionale della Menopausa (IMS) è impegnata nella sensibilizzazione sul tema delle FSD e si pone l'obiettivo di fornire ai medici gli strumenti adeguati per affrontare in modo adeguato la tematica della sessualità. Questo *libro bianco* ha lo scopo di revisionare il percorso di cura per il benessere sessuale femminile in menopausa, dall'approccio iniziale alla discussione sulle FSD, all'identificazione dei segni e dei sintomi e infine alla scelta terapeutica in accordo al modello bio-psico-sociale. Come accade per altre patologie, il primo passo è spesso il più difficoltoso. Frequentemente è il medico a dover introdurre l'argomento della sessualità durante la visita. Scarsa preparazione, disagio e pregiudizi sull'argomento sessualità in menopausa rappresentano ostacoli che la Società Internazionale della Menopausa ha lo scopo di affrontare in questo lavoro. Gli autori che hanno partecipato alla sua stesura hanno l'obiettivo di continuare a sostenere l'importanza di porre una diagnosi di FSD e la necessità di avere a disposizione terapie che possano rientrare nell'assistenza sanitaria, promuovendo la ricerca al fine di proporre soluzioni basate su evidenze scientifiche.

INTRODUZIONE

Molte donne considerano il benessere sessuale in menopausa un obiettivo difficile da raggiungere. I cambiamenti biologici che accompagnano la menopausa, influenzati dal contesto psico-sociale, possono essere fonte di significativo disagio personale e relazionale. Studi che hanno coinvolto numerosi Paesi hanno dimostrato come le donne ritengano l'intimità un aspetto importante nella propria relazione con il partner^{1,2}. Difficoltà nella sfera sessuale in questa fase della vita possono coinvolgere vari aspetti della risposta sessuale: desiderio, eccitazione, orgasmo o dolore nel rapporto. Spesso durante la visita ginecologica viene

dato poco spazio alla sessualità, complice una moltitudine di fattori, quali scarsa informazione, educazione inadeguata nei percorsi di formazione medica, mancanza di tempo o convinzione che i cambiamenti associati alla menopausa siano normali e parte inevitabile del processo di invecchiamento.

Questa revisione della letteratura si propone di fornire un aiuto al medico per:

- Facilitare la discussione con la paziente riguardo la sessualità e suoi cambiamenti in menopausa.
- Identificare le pazienti con disfunzione sessuale (FSD) attraverso segni, sintomi e strumenti validati.
- Offrire le opzioni terapeutiche disponibili secondo il modello bio-psico-sociale

DISFUNZIONI SESSUALI IN MENOPAUSA E LORO EPIDEMIOLOGIA

1- DISFUNZIONI SESSUALI IN MENOPAUSA

La classificazione delle disfunzioni sessuali femminili, la definizione e i loro criteri diagnostici sono stati descritti dal DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition)³, dall'ICSM (Fourth International consultation on Sexual Medicine)⁴ e dall'ICD (International Classification of Diseases and related Health Problems), che ha incluso un capitolo dedicato alle condizioni correlate alla salute sessuale nella sua undicesima edizione⁵. Mentre il DSM usa il termine "disturbo sessuale" – *sexual disorder* – i sistemi di classificazione ICSM e ICD caratterizzano queste condizioni come "disfunzioni sessuali" – *sexual dysfunctions*.

Le FSD sono condizioni croniche che possono coinvolgere desiderio, eccitazione, orgasmo o dolore sessuale. Ciò che distingue una disfunzione sessuale da un sintomo sessuale è la presenza di disagio personale o relazionale ad esso correlato (Tabella 1). Il disturbo dovrebbe essere presente da almeno tre mesi e presentarsi in almeno il 75% dei rapporti sessuali, tuttavia questi criteri si basano su *expert opinion* piuttosto che su evidenze scientifiche⁶. Una disfunzione sessuale può essere primaria (presente dall'inizio dell'attività sessuale) oppure acquisita, situazionale (presentarsi cioè solo in determinate situazioni o con un partner specifico), oppure generalizzata se si presenta in qualsiasi contesto o con diversi partner; può essere categorizzata come lieve, moderata o severa. Le difficoltà possono riguardare un singolo aspetto della risposta sessuale o più aspetti contemporaneamente, in modo che diverse disfunzioni sessuali possono essere sovrapposte. L'eziologia è spesso multifattoriale e include fattori biologici, interpersonali e socioculturali³.

Nella precedente versione del DSM⁷, disturbo del desiderio ipoattivo e disturbo dell'eccitazione erano due entità distinte. I sostenitori della fusione delle due condizioni in un'unica entità, come riportato nel DSM 5, sottolineano la frequente concomitanza di disturbi sul versante del desiderio e dell'eccitazione, nonché la difficoltà a distinguere tra desiderio e motivazione, in particolare ponendo evidenza sulla differenza tra desiderio spontaneo e desiderio responsivo ed enfatizzando la frequenza relativamente bassa di fantasie nella sessualità femminile. D'altra parte, alcuni esperti raccomandano di tornare alla precedente classificazione che separava disturbo del desiderio ipoattivo e disturbo dell'eccitazione, in assenza di evidenza empirica che giustifichi la loro fusione⁴. In particolare, la raccomandazione di mantenere separata la diagnosi di disturbo del desiderio ipoattivo si basa su solide evidenze che derivano da studi osservazionali e registri di raccolta dati, da studi randomizzati che hanno utilizzato i criteri diagnostici standard per valutare l'efficacia di trattamenti farmacologici e dalla coerenza con la classificazione dell'ICD-10^{8,9}.

EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI SESSUALI IN MENOPAUSA

Numerosi studi hanno esaminato la prevalenza dei disturbi sessuali in menopausa. Nello studio PRESIDE (Prevalence of Sexual Problems Associated with Distress determinants of Treatment Seeking Study)¹⁰,

condotto negli Stati Uniti su un campione di 31000 donne tra i 18 e i 102 anni, la prevalenza di un qualsiasi sintomo sessuale era del 44%, mentre quella del disagio personale correlato all'attività sessuale era del 22.8%; nel 12% dei casi la presenza di un qualsiasi disturbo sessuale si correlava a disagio personale. La prevalenza dei sintomi sessuali, ma non il disagio, aumentava con l'età: 27.2% tra i 18 e i 44 anni, 44.6% tra i 45 e i 64 anni e 80.1% dai 65 anni in poi. Una diminuzione del desiderio associata a disagio veniva evidenziata nel 8.9%, 12.3% e 7.4% rispettivamente nelle diverse fasce di età delle partecipanti e una tendenza simile si riscontrava per quanto riguardava i problemi di eccitazione, mentre disturbi dell'orgasmo associati a disagio erano riportati in egual misura nel gruppo di età intermedia e in quello delle più anziane.

Studi condotti in Australia più recentemente hanno messo in evidenza che il 32.2% delle donne tra i 40-64 anni presenta un problema di desiderio sessuale associato a disagio, percentuale che scende a 13.6% tra le donne intervistate tra i 65 e i 79 anni¹². Queste percentuali sono in linea con i risultati di uno studio Malese che riporta una prevalenza di HSDD del 29.6%¹³ e di uno studio thailandese, nel quale l'86% delle donne intervistate riferiva anorgasmia dopo la menopausa¹⁴; questi dati sono ancor più significativi se consideriamo che l'82% delle donne asiatiche ritengono l'orgasmo importante per la soddisfazione sessuale². Riassumendo, la prevalenza delle FSD è globalmente elevata e, anche se la prevalenza del disturbo del desiderio ipoattivo tende a diminuire con l'età, molte donne hanno problemi legati alla sessualità che causano disagio personale anche in tarda età.

Intorno all'epoca della menopausa e nella post-menopausa, possono presentarsi cambiamenti nell'intensità e nella durata della stimolazione necessaria a raggiungere lo stato di eccitazione e di orgasmo. Scarsa lubrificazione, secchezza vaginale e dispareunia diventano più comuni e la risposta orgasmica può risultare attenuata e più difficile da raggiungere. I dati raccolti attraverso vari studi osservazionali, individuano la prevalenza dei sintomi di atrofia vulvo-vaginale (VVA), condizione anche nota come sindrome genito-urinaria della menopausa (GSM), intorno al 50%¹⁵. Lo studio VIVA (International Vaginal Health: Insights, Views and attitudes) riporta la prevalenza di sintomi specifici correlati all'atrofia vaginale, quali secchezza vaginale (83%) e dispareunia (42%); nel 62% questi sintomi erano descritti come severi o moderati¹⁶. Lo studio EVES (European Vulvo-vaginal Epidemiology Survey) ha mostrato che oltre il 90% delle donne afferenti ad ambulatori ginecologici specialistici presentano segni e sintomi di VVA¹⁷. Nello studio più ampio condotto in Asia mediante interviste *vis a vis* è stata messa in evidenza una prevalenza minore (11%) dei sintomi di VVA; in tale studio sono state intervistate 5992 donne di età compresa tra i 45 e i 75 anni provenienti da Indonesia, Malesia, Singapore, Taiwan e Thailandia¹⁸.

DISFUNZIONI SESSUALI IN RELAZIONE ALL'ETA' E ALLO STATO MENOPAUSALE

La frequenza dell'attività sessuale tende a diminuire con l'età e nella donna di ogni età è sempre minore che nell'uomo¹⁹. In uno studio americano, le donne in condizioni di salute generale peggiori erano quelle meno frequentemente attive sessualmente; quelle che rimanevano sessualmente attive, riportavano comunque più frequentemente disturbi sessuali rispetto alle coetanee in buona salute. La carenza estrogenica che accompagna la transizione menopausale, associata al declino del *milieu* androgenico correlato all'età e indipendente dallo stato menopausale, contribuiscono significativamente alla diminuzione del desiderio, alla difficoltà nell'eccitazione e nell'orgasmo e alla comparsa di dispareunia, compromettendo complessivamente la soddisfazione sessuale²⁰⁻²³. Inoltre, la menopausa può avere un impatto sugli aspetti emotivi e cognitivi della sessualità, modulati dall'esperienza individuale; in particolare età della menopausa, tipo di menopausa (spontanea o chirurgica), salute fisica e mentale, raggiungimento degli obiettivi riproduttivi, educazione, immagine corporea, autostima ed esperienze/regole personali giocano un ruolo.

FATTORI PSICOSOCIALI E BENESSERE SESSUALE

Nonostante l'influenza dell'invecchiamento e dei cambiamenti ormonali sopra descritti, numerosi studi longitudinali hanno dimostrato il forte impatto delle problematiche relazionali e di altri fattori non biologici sull'esperienza sessuale femminile²⁴. Fattori psicosociali sono importanti nel determinare la funzione sessuale anche dopo la menopausa²⁵. Lo studio *Massachusetts Women's Health Survey* ha dimostrato come la menopausa si correli ad una diminuzione del desiderio sessuale, ma anche come ansia, depressione, cambiamenti nella relazione con il partner (conflitti familiari, stato della relazione, funzione sessuale e salute generale del partner) giochino un ruolo fondamentale nell'insorgenza di disfunzione sessuale²⁶.

Il concetto di qualità della vita (QoL) descrive il benessere generale degli individui e della società, definendo fattori di vita positivi e negativi, quali soddisfazione, salute fisica, famiglia, educazione, impiego, benessere economico, credenze religiose e ambiente. È importante non confondere qualità della vita e qualità della vita correlata allo stato di salute (Health related quality of life – HRQoL). In questo senso, FSD e HRQoL hanno un'origine multifattoriale e una relazione bidirezionale durante la vita riproduttiva e oltre. Con il passare degli anni, l'attività sessuale diminuisce significativamente, a causa di numerosi fattori, quali scarsa lubrificazione, età, presenza o meno del partner e sue problematiche²⁷. In particolare, c'è una forte associazione tra qualità della vita della donna in menopausa e qualità della vita del suo partner. Avis e colleghi²⁶, infatti, hanno messo in evidenza come una scarsa qualità della vita per uno dei due partner determini incompatibilità, difficile comunicazione, insoddisfazione per la propria vita e problematiche all'interno della coppia o famiglia, tutti fattori che hanno un significativo impatto sulla sessualità. Le problematiche di salute del partner hanno una forte correlazione con la funzione sessuale e la qualità della vita nella donna in menopausa²⁹. La presenza di un partner, la durata e la qualità della relazione, lo stato di salute generale e sessuale del partner rappresentano tutti fattori importanti³⁰. Sentimenti ed emozioni per il/la partner sono importanti fattori predittivi di benessere sessuale³¹. Se è vero che le donne in post menopausa con un partner hanno maggior rischio di disturbo del desiderio ipoattivo rispetto alle donne single, anche quest'ultime possono trovarsi ad affrontare difficoltà nella sfera sessuale che necessitano attenzione da parte del medico^{11,12}. Altri fattori che hanno un'associazione indipendente con il disturbo del desiderio ipoattivo nella donna in menopausa includono il consumo di alcolici, la presenza di secchezza vaginale, la presenza di sintomi depressivi e l'uso di farmaci psicoattivi^{11,32,33}. Anche i sintomi vasomotori si associano a diminuzione del desiderio, disagio sessuale e disturbo del desiderio ipoattivo¹¹. Tra le donne più anziane (65-79 anni), i fattori che correlano in modo indipendente con il disturbo del desiderio ipoattivo sono la presenza di un partner (aumento del rischio di 4 volte), la secchezza vaginale durante il rapporto, le disfunzioni sintomatiche del pavimento pelvico e i sintomi depressivi moderati-severi¹².

Lo stato fisico e psicologico durante e dopo la transizione menopausale esercita un significativo impatto sulla qualità della vita, che è considerata un aspetto fondamentale nella cura della donna in questa fase della vita. Esiste una correlazione tra l'età di insorgenza della menopausa e la severità dei sintomi menopausali; fattori quali background culturale, condizione economica e sociale, etnia e l'attitudine della donna verso la menopausa possono avere un impatto sulla sessualità³⁴. Insoddisfazione sessuale si accompagna ad una minor qualità della vita nelle donne di tutte le età³⁵. Sia in pre-menopausa che in post-menopausa, le donne che riportano insoddisfazione sessuale hanno nel complesso un minor benessere fisico e psicologico e una minor vitalità³⁵. Il disturbo del desiderio ipoattivo ha un impatto negativo sulla qualità della vita simile a quello che hanno diabete o lombalgia cronica³⁶.

EFFETTI FISICI DELLA MENOPAUSA SUL BENESSERE SESSUALE

I sintomi di atrofia vulvo-vaginale, ma non i sintomi vasomotori, correlano con l'incidenza del disturbo del desiderio ipoattivo nella donna intorno all'età della menopausa¹¹. Nella pratica clinica, spesso emerge il

cosiddetto “effetto domino”; infatti la rilevanza clinica dei sintomi sessuali diventa più significativa quando la paziente riporta sintomi fisici, psicologici e genitali³⁷. Sia fattori ormonali, sia fattori psicologici influenzano la funzione sessuale durante la transizione menopausale nelle donne sintomatiche³⁸. In un campione di donne statunitensi, la presenza di sintomi depressivi correlava con la funzione sessuale³⁹; tuttavia né i sintomi depressivi né l’ansia riuscivano a giustificare il declino della funzione sessuale riscontrato in una coorte di 1390 donne tra i 42 e i 52 anni che avevano preso parte allo studio SWAN (Study of Women’s Health across Nations)⁴⁰. L’aumento di peso e l’obesità rappresentano un fattore di rischio sia per i disturbi dell’umore sia per le disfunzioni sessuali, dal momento che esercitano un impatto negativo sull’immagine corporea e sull’autostima. Quando ai sintomi menopausali si associa anche l’incontinenza urinaria, i disturbi sessuali sono più frequenti⁴¹.

Recenti studi che hanno approfondito la relazione tra adiposità e funzione sessuale indicano come questi due aspetti si modificano contemporaneamente, ma desiderio e frequenza dei rapporti sessuali tendono a diminuire negli anni nei quali si assiste al maggior incremento ponderale⁴². In una sub-analisi dello studio SWAN (n=405, età media 46.8 anni), le donne con insoddisfazione per la propria immagine corporea o che si percepivano non attraenti erano a rischio di sviluppare sintomi depressivi clinicamente significativi⁴³.

La VVA ha un impatto significativo sulla qualità della vita e sul benessere sessuale in menopausa⁴⁴. I sintomi associati alla VVA derivano dalla carenza estrogenica ed includono perdita di lubrificazione, dolore durante l’attività sessuale, prurito, bruciore e in generale fastidio a livello vaginale. Il termine sindrome genito-urinaria della menopausa (GSM) descrive in modo più ampio gli effetti della menopausa sul sistema genito-urinario, includendo la VVA, ma anche sintomi urinari e pelvici associati all’invecchiamento, ai cambiamenti ormonali e ad ulteriori fattori potenziali⁴⁵. Circa la metà delle donne in menopausa soffre di VVA, con impatto su tutti gli aspetti della sessualità (calo del desiderio, difficoltà di eccitazione/orgasmo, ridotta soddisfazione sessuale)²². I sintomi della VVA si associano frequentemente a sintomatologia vasomotoria, sintomi depressivi e a numerosi condizioni co-esistenti, come osteoporosi e incontinenza urinaria¹¹⁻¹³.

Nello studio CLOSER (Clarifying Vaginal Atrophy’s Impact on Sex and Relationship), le donne in menopausa che riportavano disturbi vaginali erano “infastidite dal fatto che il loro corpo non funzionava più come un tempo”, si sentivano “vecchie” e non si ritenevano adeguate nel ruolo di partner sessuali⁴⁶. Un terzo delle donne erano preoccupate del fatto che i sintomi non sarebbero mai scomparsi e il 25% temeva che il dolore potesse impedire una vita sessuale attiva nel futuro. Inoltre, lo studio REVIVE (REal Women’s Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) condotto in Europa ha rivelato che i sintomi di VVA hanno un impatto significativo sull’intimità (62%), sul piacere durante il rapporto sessuale (72%) e sul sentirsi spontanee nell’intimità (66%)⁴⁷. Lo stesso studio proposto in Asia ha confermato l’impatto negativo della VVA sul piacere sessuale (65%), sulla capacità di entrare in intimità (55%) e sulla spontaneità sessuale (54%). Nelle donne con incontinenza urinaria, i sintomi vaginali hanno maggior impatto su molte dimensioni della funzionalità e della qualità della vita valutata attraverso il questionario validato DIVA (Day-to-day Impact of Vaginal Ageing)⁴⁸. In considerazione di quanto detto, è fondamentale valutare la presenza di sintomi correlati alla VVA in modo proattivo da parte del curante, per affrontare e prevenire le possibili conseguenze sul benessere sessuale.

DISFUNZIONI SESSUALI E MENOPAUSA: IMPATTO SUL PARTNER (SI E’ IN DUE A BALLARE IL TANGO!)

Le problematiche nella sfera sessuale hanno un impatto sulla donna e sul partner dal punto di vista sessuale, emotivo e interpersonale. Master e Johnson scrissero nel loro rivoluzionario lavoro che il partner non può non essere coinvolto laddove c’è una disfunzione sessuale⁴⁹. La nostra attenzione finora si è concentrata principalmente sulla donna, tuttavia è necessario ampliare lo sguardo al partner, sia per il ruolo del partner

nell'insorgenza della disfunzione sessuale, sia per comprendere gli effetti che la disfunzione sessuale femminile ha sul partner.

In questa analisi, introduciamo il concetto di "equilibrio sessuale", ovvero che la funzione sessuale di uno dei due partner ha ripercussioni sulla salute sessuale dell'altro partner. A sostegno di questo concetto, sono stati revisionati numerosi studi che hanno indagato la reciproca e dinamica natura dei problemi sessuali nella coppia. L'equilibrio sessuale, come la seconda legge di Newton, implica che un qualsiasi cambiamento in uno dei due partner causa un cambiamento nell'altro⁵⁰. E' intuitivo, infatti, che il dolore sessuale provato dalla donna in menopausa possa avere effetto sulla sessualità del suo partner, in termini di desiderio, funzione erettile, eiaculazione o soddisfazione. Viceversa, la presenza di disfunzione erettile può avere un impatto negativo su ogni dominio della sessualità femminile, desiderio, eccitazione, orgasmo e soddisfazione. Il concetto di equilibrio sessuale necessita di essere ampliato anche sul versante emotivo e relazionale. Per esempio, invece di sviluppare un problema sessuale, il partner potrebbe andare incontro ad una depressione reattiva.

Il concetto di equilibrio sessuale è rilevante anche quando ci si trova di fronte a una donna o a una coppia che non risponde al trattamento psico-sessuale, cioè quando ci si trova ad un punto di blocco nel percorso psicoterapeutico. Un fenomeno interessante che si può talvolta osservare nella psicoterapia di coppia è che mentre uno dei due partner sembra migliorare, l'altro peggiora o comincia ad avere sintomi non presenti in precedenza. L'equilibrio sessuale in questo caso spiega come il problema sessuale rappresenta un aspetto necessario per le dinamiche all'interno della coppia.

La maggior parte della letteratura scientifica che riguarda le FSD si concentra sull'impatto emozionale e relazionale che queste hanno sulla donna, piuttosto che sul partner; allo stesso modo, gli studi sulle disfunzioni sessuali nell'uomo si sono focalizzati sull'impatto maschile e non sulla coppia. Negli studi che hanno preso in considerazione il ruolo maschile, non si è indagata la menopausa in modo specifico. Soltanto alcuni hanno esaminato l'impatto di dispareunia, vulvodinia o vaginismo sul partner maschile, ma l'età media delle partecipanti era 26 anni⁵². Questi studi sottolineano il concetto di equilibrio sessuale perché si osserva un chiaro effetto sia sulla donna che sul partner, sia in termini di relazione che di sessualità⁵². Due autori, Kaplan e Leiblum, hanno descritto, in lavori indipendenti, come i coniugi di pazienti con vaginismo sviluppassero una disfunzione erettile reattiva e hanno sottolineato l'importanza di un percorso psicoterapeutico congiunto nel trattamento di queste condizioni⁵³. In uno studio turco, il 66% dei partner di pazienti con vaginismo riportava una o più disfunzioni sessuali (il 50% eiaculazione precoce, il 28% disfunzione erettile e disturbo del desiderio ipoattivo)⁵³.

Lo studio CLOSER ha indagato l'impatto della VVA sulla relazione sessuale tra donne in postmenopausa e i partner maschili⁴⁶, intervistando 4100 donne e 4100 uomini in 9 differenti Paesi. Sia le donne che gli uomini riferivano di preferire l'evitamento dell'attività sessuale perché il rapporto sarebbe stato doloroso (55% delle donne vs. 61% degli uomini) o per mancanza di desiderio da parte di entrambi i partner (46% delle donne vs. 43% degli uomini). Il 20% delle donne e i loro partner avevano interrotto l'attività sessuale dal momento in cui i sintomi della VVA erano comparsi. Quasi il 60% delle donne usava idratanti o lubrificanti vaginali, ma soltanto il 15% dei partner ne era conoscenza. Il 41% delle donne aveva ricevuto una prescrizione medica per l'utilizzo della terapia estrogenica locale, con impatto positivo, specialmente sulla percezione che il proprio corpo fosse tornato a funzionare normalmente (45%) e sul miglioramento complessivo della vita sessuale (38%). Sia il partner femminile che il partner maschile erano d'accordo sul beneficio che la terapia estrogenica locale aveva portato nella loro vita sessuale.

Il concetto di equilibrio sessuale emerge anche dagli studi su disfunzione erettile e eiaculazione precoce negli uomini. L'uso di iniezioni intracavernose o terapie fisiche nel trattamento della disfunzione erettile risultava, dopo 12 mesi, in un significativo miglioramento di soddisfazione, eccitazione, frequenza dei rapporti e frequenza di orgasmi vaginali nella partner femminile⁵⁴. Successivamente, anche l'utilizzo degli inibitori della 5 fosfodiesterasi (sildenafil, vardenafil, tadalafil e avanafil) è stato associato con un miglioramento della funzione sessuale della partner⁵⁵. Hobbs e colleghi hanno inoltre dimostrato che la prevalenza di disfunzioni sessuali nelle partner di uomini con eiaculazione precoce è maggiore rispetto ai controlli (77% vs. 42.7%), in particolare per quanto riguarda problemi di eccitazione (55.2%) e orgasmo (51.9%)⁵⁶.

Per concludere, il concetto di equilibrio sessuale è importante da considerare quando ci si trova di fronte a una donna in menopausa con sintomi sessuali. Tenere a mente tale concetto aiuta il medico a comprendere meglio e considerare adeguatamente la risposta del partner alle problematiche della donna ed ad aiutare la coppia a lavorare sulle criticità sessuali, psicologiche e relazionali correlate alla disfunzione sessuale.

VALUTAZIONE CLINICA: STORIA PERSONALE

Secondo gli studi epidemiologici, la più comune forma di disfunzione sessuale negli Stati Uniti è il disturbo del desiderio ipoattivo¹⁰, che nella donna in menopausa spesso si associa ad altre disfunzioni sessuali^{10,57}, quali disturbo dell'eccitazione e dell'orgasmo e dolore sessuale secondario a VVA. Tra le donne più anziane con disturbo del desiderio ipoattivo, il 50-65% hanno anche un disturbo di eccitazione e oltre il 70% difficoltà nell'orgasmo⁴. Pertanto, quando si valuta la funzione sessuale nella donna in menopausa, è sempre importante indagare tutte le fasi della risposta sessuale e l'eventuale presenza di dispareunia. La Società Internazionale per lo Studio della Salute Sessuale delle Donne (ISSWSH)⁶⁰ ha recentemente sviluppato un algoritmo per guidare il medico nella diagnosi del disturbo del desiderio ipoattivo (HSDD) (Figura 1); se la paziente non segnala la presenza di sintomi sessuali durante una visita ambulatoriale di routine (soltanto il 12% infatti inizia la discussione spontaneamente), spetta al medico introdurre l'argomento: Si è osservato che in questo modo si diagnostica una forma di disfunzione sessuale in un ulteriore 36% di pazienti⁶¹. La conversazione dovrebbe aver inizio con una frase generale, come per esempio "molte donne intorno all'epoca della menopausa cominciano ad avere problemi nella vita intima oppure dolore durante il rapporto" e in seguito approfondire l'anamnesi sessuale, la presenza di sintomi specifici, le preoccupazioni ed il disagio correlato; un'altra opzione può essere quella di utilizzare uno strumento di screening, come per esempio il questionario Decreased Sexual Desire Screener (DSDS)⁶² (Figura 2).

La funzione sessuale dovrebbe essere valutata considerando sia l'attività con il partner che senza il partner; nel primo caso, una discrepanza di desiderio si associa a disagio, spesso tale da richiedere un intervento. Il disagio può emergere sotto forma di frustrazione, dolore, senso di colpa o di inadeguatezza, sconfitta, tristezza, dispiacere o preoccupazione⁸. Le domande dovrebbero essere rivolte ad identificare la presenza di disfunzioni sessuali (quindi sintomi sessuali associati a disagio), distinguendo i sottotipi di HSDD (generalizzato vs situazionale, acquisito vs primario), la durata dei sintomi e la relazione temporale di ognuno dei sintomi con l'altro (quale si è presentato per primo) e a mettere in luce possibili fattori di rischio modificabili, dal momento che essi devono essere corretti prima di iniziare qualsiasi terapia specifica (per esempio, è indicato trattare la dispareunia associata alla menopausa prima di trattare il calo del desiderio)⁶⁰.

Un approccio bio-psico-sociale è fondamentale per individuare fattori di rischio potenzialmente modificabili, particolarmente nella donna anziana. Questi includono condizioni mediche e psichiatriche, quali disordini endocrini, stato menopausale, condizioni uro-ginecologiche, malattie neurologiche, malattie oncologiche e depressione; farmaci/sostanze in uso; difficoltà relazionali; disfunzione sessuale del partner; storia di trauma sessuale. La più frequente comorbidità nelle donne con una riduzione del desiderio sessuale è rappresentata

dalla depressione, presente nel 40% delle donne con diagnosi di HSDD⁶³; depressione e disfunzione sessuale sono correlate in modo bidirezionale: il rischio di disfunzione sessuale in una donna depressa arriva al 50-70%, mentre la presenza di disfunzione sessuale aumenta il rischio di depressione del 130-210%⁶⁴. L'uso di farmaci antidepressivi influisce sulla risposta sessuale, così come l'utilizzo di altri farmaci psicoattivi, narcotici, trattamenti ormonali, farmaci che agiscono sul sistema cardiovascolare, antistaminici e antagonisti dell'istamina-2, chemioterapici, terapie adiuvanti e sostanze d'abuso⁶⁰.

A seconda della storia clinica della paziente, può essere necessario un esame obiettivo mirato, per esempio al riconoscimento dei segni di patologie vaginali quali atrofia, malattie dermatologiche, infettive, neurologiche, traumatiche associate a dolore genitale. Anche esami di laboratorio (esami ormonali per verificare lo stato riproduttivo; testosterone e SHBG se si prende in considerazione l'idea di supplementare la insufficienza androgenica; funzionalità tiroidea e livelli di prolattina; profilo metabolico) possono essere utili per definire una corretta gestione clinica.

VALUTAZIONE CLINICA: ESAME OBIETTIVO E TEST DI LABORATORIO

La visita ginecologica ha un ruolo fondamentale nella valutazione iniziale del benessere sessuale o delle disfunzioni sessuali nella donna in menopausa. Per esempio, la conferma da parte del medico della normale anatomia genito-urinaria rappresenta di per sé una parte del percorso terapeutico; la donna, infatti, si sente rassicurata dal fatto che non ci sia nulla di patologico anatomicamente. D'altro canto, il riscontro dei segni di VVA indirizza alla terapia appropriata al fine di ridurre la dispareunia che spesso porta ad evitare il contatto sessuale.

Medico e paziente collaborano in questa visita delicata dal punto di vista fisico ed emotivo. Avere il consenso della paziente e chiedere frequentemente un feedback riguardo al fastidio in specifiche aree aiuta a personalizzare l'esame ed a minimizzare il discomfort. La visita inizia con l'ispezione generale e la valutazione dei parametri vitali, la palpazione di tiroide, mammelle e addome, oltre che della presenza e distribuzione del pelo pubico. L'ispezione dei genitali esterni prima dell'inserimento dello speculum rassicura le pazienti più ansiose e permette di valutare le caratteristiche del clitoride, prestando attenzione alla presenza di aderenze o anomalie nel cappuccio clitorideo, delle piccole labbra, delle grandi labbra e della regione perianale; alterazioni cutanee a livello della vulva, come aderenze, aree eritematose o bianche, ulcere, pustole, papule o noduli devono essere segnalate, se presenti. Separando delicatamente le piccole labbra è possibile valutare il meato uretrale, l'area imenale, il vestibolo e la forchetta posteriore. Se la paziente lamenta dolore vulvare o dispareunia il test Q-tip è utile per mappare le aree dolorose, specialmente a livello vestibolare⁶⁵.

L'esame digitale per valutare l'abitabilità della vagina e la muscolatura del pavimento pelvico è necessario per confermare una condizione di ipertono o vaginismo e per individuare eventuali punti trigger e, più raramente, aderenze o stenosi vaginali. Nelle pazienti con un'anamnesi di chirurgia pelvica, è importante valutare la cupola vaginale in termini di dolorabilità, ma anche verificare eventuali estrusioni vaginali di dispositivi protesici. Il riscontro di tessuti pallidi, di fusione completa o parziale delle piccole labbra, di appiattimento delle grandi labbra, di restringimento dell'introito vaginale, di scarsa lubrificazione, di diminuita elasticità e appiattimento delle mucose vaginali e della riduzione della lunghezza della vagina, indirizzano verso la diagnosi di AVV. Anche la presenza di perdite atipiche e la misurazione del pH vaginale possono essere utili per la diagnosi di VVA, caratterizzata da pH vaginale alcalino (>5.5).

L'esame speculare permette di valutare l'integrità della portio o valutare la presenza di segni di infiammazione o di lesioni. L'esecuzione del pap-test o di tamponi vaginali per escludere una vaginosi

batterica, una candidosi o una malattia sessualmente trasmissibile dovrebbe essere guidata dalla storia clinica della paziente e dai segni riscontrati alla visita. La visita bimanuale permette di escludere dolorabilità della vescica, delle pareti vaginali, della cervice, dell'utero e degli annessi e identificare eventuali espansi in sede annessiale/uterina⁶. In presenza di dolore pelvico profondo, una visita retto-vaginale permette di valutare la presenza di noduli del setto retto-vaginale o processi patologici a livello del cavo del Douglas.

Gli esami di laboratorio dovrebbero essere prescritti sulla base della storia clinica; questi possono includere funzionalità tiroidea, glicemia o emoglobina glicata per escludere condizioni di pre-diabete/diabete, metabolismo del ferro in caso di metrorragie della perimenopausa, livelli di prolattina se indicato dalla storia clinica. I livelli di testosterone circolante sono stati correlati al desiderio sessuale^{21,66}, ma non con la diagnosi di disfunzione sessuale^{20,67}. Tuttavia è utile dosare valori basali di testosterone e SHBG prima di iniziare una terapia androgenica, monitorandone l'andamento durante il trattamento^{60,68}.

TRATTAMENTO: COUNSELLING PSICO-SOCIALE E SESSUALE

La sessualità femminile è ben rappresentata dal modello bio-psico-sociale, che riflette la dinamicità dello stato di salute della donna, l'equilibrio neurochimico, gli aspetti psicologici, le problematiche relazionali e i valori socioculturali⁶⁹. Il medico che si occupa della salute della donna in menopausa dovrebbe essere a conoscenza delle più importanti tecniche psicoterapeutiche da offrire alla paziente con problemi di sessualità; in alcuni casi, un semplice counseling è sufficiente, in altri è necessario rimandare la paziente allo specialista. A seconda dell'origine del problema, la psicoterapia può essere utilizzata da sola o in associazione ad altre terapie (approccio multidimensionale) che possono essere farmacologiche, ormonali e non, oppure fisiche (riabilitazione del pavimento pelvico, uso di dispositivi medici). Anche quando l'eziologia del disturbo è prevalentemente biologica, la terapia cognitivo-comportamentale può aiutare a migliorare i sintomi⁶⁰.

Fattori psicologici che interferiscono con la funzione sessuale includono ansia e depressione, alcune caratteristiche di personalità, scarsa autostima, storia di violenza sessuale o abuso di alcool e/o sostanze, elevato stress percepito e deficit di attenzione cognitiva⁷⁰.

Fattori culturali, come educazione sessuale limitata e norme o valori religiosi, e fattori sociali, come discriminazione per l'età, possono avere un impatto negativo sulla funzione sessuale. Pertanto, capire il contesto della paziente è fondamentale per definire una corretta strategia terapeutica⁷⁰. Inoltre, la presenza o mancanza di un partner, la qualità della relazione e la salute sessuale del partner sono aspetti da tenere in considerazione nella scelta terapeutica^{11,70}. Per esempio, il dolore sessuale che si associa a VVA può portare la donna a evitare l'intimità, con conseguenti difficoltà relazionali. In questo caso il trattamento della VVA è fondamentale, ma la psicoterapia sarà comunque importante per affrontare l'ansia associata, le condotte di evitamento e l'associazione cognitiva negativa che viene ad instaurarsi tra attività sessuale e dolore. Viceversa, se i problemi sessuali derivano da una problematica relazionale (per esempio basso desiderio dovuto a insoddisfazione della relazione con il partner), il trattamento primario sarà counseling/psicoterapia focalizzata sul problema relazionale piuttosto che sulle conseguenze sessuali. Generalmente la psicoterapia sessuale è a breve termine (circa tre mesi) e può essere condotta individualmente, in coppia o in gruppo⁶⁹.

La combinazione di terapia medica e psicologica è una logica estensione del modello bio-psico-sociale, dal momento che le disfunzioni sessuali sono condizioni multifattoriali. La psicoterapia deve essere individualizzata e focalizzata sui fattori maggiormente coinvolti nell'insorgenza del disturbo sessuale o che risultano più stressanti per la paziente⁶⁷.

La terapia psico-sessuale consiste in una forma specializzata di counseling che affronta problemi di desiderio, eccitazione, orgasmo o dolore sessuale. Si focalizza sui fattori psicologici e socioculturali che contribuiscono alla disfunzione sessuale; nei casi in cui un problema biologico rappresenti il fattore primario, aiuta a migliorare le capacità di adattamento (*coping*) e le strategie cognitive comportamentali per arginare gli effetti sessuali negativi della condizione medica sottostante. Gli interventi generalmente consistono in psico-educazione, esercizi di coppia quali focalizzazione sensoriale (una serie graduale di esercizi sensoriali tattili) e approcci psicoterapici individuali o di gruppo, tra cui terapia cognitivo-comportamentale e terapia cognitivo-comportamentale basata sulla meditazione ⁷¹.

L'obiettivo della psicoterapia è quello di modificare pensieri, comportamenti, attese ed emozioni, migliorando allo stesso tempo la capacità di comunicazione all'interno della coppia e riducendo la distrazione cognitiva^{67,72}. Quasi tutte le disfunzioni sessuali possono essere trattate, almeno in parte, con interventi di psicoterapia (terapia individuale, di gruppo, meditazione, focalizzazione sensoriale, ecc). L'approccio psicoterapico può essere sufficiente in alcuni casi, ma non in tutti. La terapia sessuale cognitivo-comportamentale basata sulla meditazione si è dimostrata efficace nel migliorare il desiderio; essa include psicoeducazione sulla risposta sessuale, terapia cognitiva e meditazione. Include anche tecniche per migliorare la propria capacità di meditazione, di esplorazione visiva del corpo e di auto-stimolazione genitale senza fini di masturbazione.

Alcune strategie psicoterapeutiche prevedono compiti che i pazienti eseguono al domicilio, in particolare esercizi di focalizzazione sensoriale, con l'obiettivo di desensibilizzare l'individuo o la coppia all'attività sessuale che è fonte di ansia e migliorare la consapevolezza del proprio corpo e di quello del partner⁴⁹. Altri interventi comprendono suggerimenti per ampliare un repertorio sessuale inadeguato alle esigenze della coppia o monotono, o per contrastare convinzioni rigide e negative riguardo la sessualità.

Il modello PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestion, and Intensive Therapy)⁷⁵ descrive un approccio progressivo di counseling psico-sessuale. Nonostante sia stato descritto per la prima volta più di 40 anni fa, rimane una guida importante per i medici a qualsiasi livello di specializzazione nella gestione delle problematiche sessuali, enfatizzando la necessità di identificare punti critici e rimandare allo specialista nei casi necessari. Con il termine *Permission* si intende la possibilità che deve essere lasciata alla paziente di fare domande/discutere riguardo le sue preoccupazioni in ambito sessuale; per *limited information*, si intendono le informazioni base attraverso cui il medico educa la paziente riguardo alle problematiche sessuali, all'anatomia o indica fonti di informazione; *specific suggestions* includono suggerimenti diretti riguardo le tecniche sessuali, l'utilizzo di materiale di supporto o l'uso di lubrificanti. Per quanto riguarda la terapia intensiva (*Intensive therapy*), è necessario l'intervento di un esperto di medicina sessuale o di un terapeuta di coppia, andando oltre le competenze della maggior parte dei medici/ginecologi.

TRATTAMENTI CLINICI

- Trattamenti locali vaginali

Il trattamento dell'atrofia vulvo-vaginale/sindrome genitourinaria è stato ampiamente trattato in letteratura, sia nelle donne sane, sia nelle donne con anamnesi di carcinoma mammario⁷⁶. Riassumendo, le opzioni terapeutiche tradizionali includono la terapia estrogenica locale, gli idratanti non ormonali e i lubrificanti al bisogno durante l'attività sessuale. Recentemente, è stata introdotta una preparazione intravaginale di DHEA, approvata negli Stati Uniti ed in Europa per il trattamento della dispareunia moderata/severa e dei sintomi associati alla VVA; tuttavia per essere efficace il trattamento deve essere utilizzato in modo continuativo (applicazione quotidiana), in quanto l'uso bisettimanale non è risultato efficace⁷⁸. L'uso di testosterone vaginale potrebbe avere un ruolo

potenziale nel trattamento dei sintomi di VVA, tuttavia sono necessari ulteriori studi che ne confermino efficacia e sicurezza⁷⁹. Nelle donne con anamnesi di carcinoma mammario, dati promettenti emergono dall'utilizzo di terapie fisiche, in particolare laser vaginale microablattivo CO₂ e laser vaginale non ablattivo Erbium YAG⁸⁰⁻⁸¹. Studi clinici randomizzati controllati con placebo, con follow up di sicurezza a lungo termine, oltre ad ulteriori analisi economiche, sono necessari prima di includere la terapia laser tra i trattamenti efficaci e sicuri per la VVA.

- **Terapie ormonali sistemiche**

Gli ormoni maggiormente studiati come trattamento delle FSD sono estrogeni e androgeni; soltanto alcuni studi hanno approfondito il possibile ruolo di DHEA, ossitocina e progesterone. Il sintomo dispareunia, secondario a VVA, è comune nelle donne in menopausa⁸²⁻⁸⁴. Il trattamento con estrogeni vaginali allevia i sintomi, è poco costoso e sicuro. Tuttavia, questo trattamento altamente efficace, viene prescritto con poca frequenza, e solo il 10% delle donne ricevono una terapia⁸²⁻⁸⁴. Le donne che assumono una terapia estrogenica sistemica per il trattamento della sintomatologia vasomotoria possono avere beneficio anche su desiderio e secchezza vaginale⁸⁵. Tuttavia alcune donne necessitano anche della terapia estrogenica locale insieme a quella sistemica per alleviare i sintomi di VVA.

Il testosterone, in formulazione transdermica (crema, cerotto o gel) o sottocutanea (impianto), migliora il benessere sessuale nella donna in menopausa con ridotta libido associata a disagio personale^{68,86}.

Il testosterone trasdermico aumenta significativamente il desiderio nelle donne in postmenopausa chirurgica o naturale che assumono una terapia estrogenica sistemica, con o senza progestinico, o che non assumono altre terapie ormonali. La terapia con testosterone non deve essere considerata prima di un'accurata valutazione clinica e la correzione di possibili fattori modificabili⁶⁸. Non esiste un cut-off diagnostico dei livelli di testosterone o di qualsiasi altro androgeno che identifichi le pazienti che più potrebbero beneficiare della terapia androgenica²⁰, tuttavia sembrerebbe meno efficace nelle pazienti con SHBG sopra i limiti della norma⁸⁷. I dati di sicurezza che abbiamo a disposizione sono limitati, ma rassicuranti, e non c'è evidenza di un aumento del rischio cardiovascolare o della patologia oncologica nelle pazienti in trattamento con testosterone; ulteriori studi sono, però, necessari per stabilire la sicurezza a lungo termine⁸⁸. La maggior limitazione alla terapia con testosterone è l'attuale mancanza di prodotti approvati per il genere femminile, con l'eccezione dell'Australia; pertanto, il ginecologo si trova a dover rilasciare una prescrizione per preparazione galenica o a far utilizzare prodotti approvati per il genere maschile modificandone la posologia. L'utilizzo di formulazioni approvate nell'uomo non è consigliato nella donna, per il rischio di sovradosaggio e conseguente virilizzazione⁶⁸. Quando viene prescritta la terapia con testosterone trasdermico, è necessario monitorare i valori di testosterone libero circolante, affinché rimangano sempre nei range di normalità per la premenopausa; il monitoraggio dovrebbe essere fatto dopo tre settimane di terapia e poi ogni 6 mesi, modificando il dosaggio nel caso di valori al di sopra della norma⁶⁸. Le pazienti dovrebbero essere avvisate del tempo di latenza tra l'inizio della terapia e il beneficio sui sintomi, che di solito viene avvertito dopo 4-6 settimane; in caso di mancato beneficio dopo 6 mesi, il trattamento deve essere sospeso⁶⁸.

Le revisioni della letteratura che hanno preso in esame gli studi clinici sull'uso del DHEA sistemico nelle donne con insufficienza surrenalica (primaria o secondaria) o in donne sane non hanno dimostrato benefici sulla funzione sessuale^{89,90}. Pertanto non è raccomandato l'uso del DHEA sistemico nel trattamento del disturbo del desiderio ipoattivo o di altre disfunzioni sessuali. L'ossitocina migliora la risposta emotiva e il comportamento sociale, ma non è efficace nel trattamento delle disfunzioni sessuali nella donna⁹¹. Non ci sono studi, infine, che supportino l'uso

della terapia progestinica per il trattamento delle disfunzioni sessuali⁹¹. Riassumendo, la terapia estrogenica locale e il DHEA vaginale rappresentano opzioni efficaci nel trattamento della dispareunia associata a VVA. Il testosterone trasdermico è efficace per il trattamento del desiderio ipoattivo associato a disagio; tuttavia, appare prioritaria l'approvazione di prodotti a base di testosterone per l'utilizzo nella donna.

- **Terapie sistemiche non ormonali**

Ospemifene è un modulatore selettivo del recettore estrogenico approvato negli Stati Uniti e in Europa per il trattamento della dispareunia secondaria a VVA e per i sintomi ad essa associati. Pur venendo considerato una terapia non ormonale, agisce localmente sui tessuti vaginali come agonista estrogenico. I dati ottenuti mediante studi clinici randomizzati e controllati con placebo suggeriscono un miglioramento della funzione sessuale (desiderio, eccitazione, orgasmo, soddisfazione e riduzione del dolore sessuale), valutato attraverso il questionario FSFI (Female Sexual Function Index), nelle donne in menopausa con VVA⁹².

La Flibanserina è l'unico farmaco approvato negli Stati Uniti e più recentemente in Canada per il trattamento del disturbo del desiderio ipoattivo generalizzato e acquisito, ma trova indicazione soltanto nelle donne in pre-menopausa. Non è al momento approvato per le donne in postmenopausa in quanto lo sponsor (Boehringer Ingelheim) non ha fatto richiesta all'FDA per questa indicazione e ha interrotto prematuramente il secondo studio sulla sicurezza e l'efficacia. Flibanserina (100 mg somministrati giornalmente prima di coricarsi) è una terapia non ormonale che agisce a livello del sistema nervoso centrale come agonista/antagonista della serotonina (MSSA). L'efficacia è stata dimostrata attraverso tre studi clinici in oltre 3500 donne in età fertile, evidenziando un miglioramento significativo del desiderio e un aumento dei rapporti sessuali soddisfacenti con una riduzione dello stress correlato, rispetto al placebo⁹³⁻⁹⁵. Gli studi clinici che hanno coinvolto le donne in menopausa hanno evidenziato risultati simili in termini di efficacia e sicurezza⁹⁶. Circa il 50-60% delle donne con HSDD risponde al trattamento con flibanserina, tuttavia possono essere necessarie fino a 8 settimane per notare un miglioramento. I più comuni effetti collaterali sia nelle donne in età fertile, sia in menopausa, sono rappresentati da capogiri (9.2%), sonnolenza (8.3%), nausea (6.5%) e astenia (3.7%); queste percentuali, corrette per l'effetto placebo, sono simili ad altri farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale. Nella maggior parte dei casi gli eventi avversi sono lievi, transitori e migliorano con la somministrazione del farmaco la sera prima di coricarsi. Negli studi clinici, il 13% delle pazienti nel gruppo di trattamento sospendevano la terapia per effetti collaterali, in confronto al 6% nel gruppo placebo. Nel foglietto illustrativo di flibanserina, negli Stati Uniti ma non in Canada, è riportata la controindicazione al consumo concomitante di alcolici, in base ai risultati di uno studio di tolleranza all'alcool che dimostrava maggiore sonnolenza, incidenza di episodi sincopali e ipotensione nelle donne in terapia con flibanserina rispetto al placebo. Tuttavia nello studio clinico principale, alle pazienti non era stato limitato il consumo di alcool, che non aveva aumentato significativamente l'incidenza di questi effetti collaterali rispetto al placebo⁹³⁻⁹⁵. Un programma di valutazione dei rischi successivo all'approvazione del farmaco ha ritenuto necessario certificare da parte del medico prescrittore e della farmacia erogante la raccolta del consenso delle pazienti ad evitare il consumo di alcolici durante il trattamento.

Altri farmaci psicoattivi, approvati con diverse indicazioni, sono stati utilizzati per il trattamento di HSDD, nonostante la mancanza di dati di provata efficacia e di sicurezza. Il bupropione, che ha un

effetto noradrenergico e dopaminergico, si è dimostrato migliorare l'eccitazione e l'orgasmo in un uno studio randomizzato, controllato con placebo in doppio cieco. L'uso di bupropione 300-400 mg/die migliorava anche il desiderio, ma non in modo statisticamente significativo⁹⁷. Effetti collaterali includono tremore (13.5%), agitazione (9.7%), secchezza delle fauci (9.2%), costipazione (8.2%), capogiri (6.1%) e nausea/vomito (4%)⁹⁸. Nelle donne con FSD associata all'uso di farmaci antidepressivi, l'aggiunta di bupropione 300 mg/die migliora il desiderio sessuale rispetto al placebo⁹⁹.

Buspirone, che riduce l'inibizione serotoninergica, è un altro farmaco utilizzato fuori indicazione nel trattamento di FSD in coloro che assumono antidepressivi. Uno studio clinico ha dimostrato un miglioramento della funzione sessuale nelle donne con disfunzione sessuale correlata all'uso di inibitori del reuptake della serotonina con l'aggiunta di buspirone 30-60 mg/die rispetto al placebo (58% vs 30% nel placebo)¹⁰⁰. Comuni effetti collaterali sono capogiri (9%), nervosismo (4%), nausea (3%) e cefalea (3%).

La ricerca si sta concentrando su nuove terapie per HSDD che attivino le vie eccitatorie e sopprimano quelle inibitorie che modulano il desiderio sessuale a livello del sistema nervoso centrale¹⁰¹. Tra i trattamenti potenzialmente disponibili in futuro troviamo Bremelanotide¹⁰² e terapie combinate: testosterone/sildenafil, testosterone/buspirone¹⁰³ e bupropione/trazodone¹⁰⁴.

CONCLUSIONI

Il benessere sessuale in menopausa può migliorare la qualità di vita e di relazione e promuovere la longevità. Tuttavia molte donne soffrono di disturbi del desiderio, dell'eccitazione o dell'orgasmo, in associazione o meno al dolore sessuale legato all'atrofia vulvo-vaginale della menopausa. Sia le donne, sia i loro medici spesso sono riluttanti a discutere delle problematiche sessuali. Questo comporta spesso un vuoto terapeutico con conseguente impatto negativo sulla relazione di coppia, nonostante siano disponibili trattamenti efficaci e sicuri. E' nostro desiderio che questo breve scritto su "come si può fare" possa essere di aiuto ai medici che si prendono cura della donna in menopausa, affinché possano essere propositivi nel dialogo con le loro pazienti e le guidino attraverso appropriate scelte terapeutiche.

RIFERIMENTI DELLA LETTERATURA

1. Fooladi E, Bell RJ, Whittaker AM, Davis SR. Women's expectations and experiences of hormone treatment for sexual dysfunction. *Climacteric* 2014;17:674–81
2. Tan HM, Marumo K, Yang DY, Hwang TI, Ong ML. Sex among Asian men and women: the Global Better Sex Survey in Asia. *Int J Urol* 2009;16:507–14
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013
4. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med* 2016;13:135–43

5. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* 2016;15:205–21
6. Simon JA, Lukas VA. Distressing sexual function at midlife: unmet needs, practical diagnoses, and available treatments. *Obstet Gynecol* 2017;130:889–905
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994
8. Parish SJ, Goldstein AT, Goldstein SW, et al. Toward a more evidence- based nosology and nomenclature for female sexual dysfunctions. Part II. *J Sex Med* 2016;13:1888–906
9. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive sexual desire disorder: a review of epidemiology, biopsychology, diagnosis, and treatment. *Sex Med Rev* 2016;4:103–20
10. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008;112:970–8
11. Worsley R, Bell RJ, Gartoulla P, Davis SR. Prevalence and predictors of low sexual desire, sexually related personal distress, and hypoactive sexual desire dysfunction in a community-based sample of midlife women. *J Sex Med* 2017;14:675–86
12. Zeleke BM, Bell RJ, Billah B, Davis SR. Hypoactive sexual desire dysfunction in community-dwelling older women. *Menopause* 2017;24:391–9
13. Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *J Sex Med* 2007;4:311–21
14. Tungphaisal S, Chandeying V, Sutthijumroon S, Krisanapan O, Udomratn P. Postmenopausal sexuality in Thai women. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol* 1991;17:143–6
15. Parish SJ, Nappi RE, Krychman ML, et al. Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. *Int J Womens Health* 2013;5:437–47
16. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA)—results from an international survey. *Climacteric* 2012;15:36–44
17. Palacios S, Nappi RE, Bruyniks N, Particco M, Panay N. EVES Study Investigators. The European Vulvovaginal Epidemiological Survey (EVES): prevalence, symptoms and impact of vulvovaginal atrophy of menopause. *Climacteric* 2018;21:286–91
18. Chua Y, Limpaphayom KK, Cheng B, et al. Genitourinary syndrome of menopause in five Asian countries: results from the Pan-Asian REVIVE survey. *Climacteric* 2017;20:367–73
19. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007;357:762–74
20. Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA* 2005;294:91–6

21. Wahlin-Jacobsen S, Pedersen AT, Kristensen E, et al. Is there a correlation between androgens and sexual desire in women? *J Sex Med* 2015;12:358–73
22. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas* 2016;94:87–91
23. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril* 2001;76:456–60
24. Hayes R, Dennerstein L. The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *J Sex Med* 2005;2:317–30
25. Hawton K, Gath D, Day A. Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynecological, and menopausal factors. *Arch Sex Behav* 1994;23:375–95
26. Avis NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA, Ory M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Qual Life Res* 2004;13:933–46
27. Blumel JE, Chedraui P, Baron G, et al. Sexual dysfunction in middle- aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause* 2009;16:1139–48
28. Chedraui P, Perez-Lopez FR, San Miguel G, Avila C. Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. *Climacteric* 2009;12:213–21
29. Chedraui P, Perez-Lopez FR, Mezones-Holguin E, San Miguel G, Avila C. Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America. Assessing predictors of sexual function in midaged sexually active women. *Maturitas* 2011;68:387–90
30. Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas* 2016;87:49–60
31. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 2003;32:193–208
32. Fernandez-Alonso AM, Alcaide-Torres J, Fernandez-Alonso IM, Chedraui P, Perez-Lopez FR. Application of the 21-item Vulvovaginal Symptoms Questionnaire in postmenopausal Spanish women. *Menopause* 2017;24:1295–301
33. Levine KB, Williams RE, Hartmann KE. Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. *Menopause* 2008;15:661–6
34. Leon P, Chedraui P, Hidalgo L, Ortiz F. Perceptions and attitudes toward the menopause among middle aged women from Guayaquil, Ecuador. *Maturitas* 2007;57:233–8
35. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR. The relationship between self-reported sexual satisfaction and general wellbeing in women. *J Sex Med* 2009;6:2690–7
36. Biddle AK, West SL, D'Aloisio AA, Wheeler SB, Borisov NN, Thorp J. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burden. *Value Health* 2009;12:763–72

37. Nappi RE, Verde JB, Polatti F, Genazzani AR, Zara C. Self-reported sexual symptoms in women attending menopause clinics. *Gynecol Obstet Invest* 2002;53:181–7
38. Nappi RE, Albani F, Santamaria V, et al. Hormonal and psychorelational aspects of sexual function during menopausal transition and at early menopause. *Maturitas* 2010;67:78–83
39. Gallicchio L, Schilling C, Tomic D, Miller SR, Zacur H, Flaws JA. Correlates of sexual functioning among mid-life women. *Climacteric* 2007;10:132–42
40. Avis NE, Colvin A, Karlamangla AS, et al. Change in sexual functioning over the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* 2017;24:379–90
41. Davis SR, Castelo-Branco C, Chedraui P, et al. Understanding weight gain at menopause. *Climacteric* 2012;15:419–29
42. Nackers LM, Appelhans BM, Segawa E, Janssen I, Dugan SA, Kravitz HM. Associations between body mass index and sexual functioning in midlife women: the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* 2015;22:1175–81
43. Jackson KL, Janssen I, Appelhans BM, et al. Body image satisfaction and depression in midlife women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Arch Womens Ment Health* 2014;17:177–87
44. Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric* 2014;17:3–9
45. Portman DJ, Gass ML. Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Climacteric* 2014;17:557–63
46. Nappi RE, Kingsberg S, Maamari R, Simon J. The CLOSER (CLarifying Vaginal Atrophy's Impact On SEx and Relationships) survey: implications of vaginal discomfort in postmenopausal women and in male partners. *J Sex Med* 2013;10:2232–41
47. Nappi RE, Palacios S, Panay N, Particco M, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. *Climacteric* 2016;19:188–97
48. Hunter MM, Nakagawa S, Van Den Eeden SK, Kuppermann M, Huang AJ. Predictors of impact of vaginal symptoms in postmenopausal women. *Menopause* 2016;23:40–6
49. Masters WH, Johnson VE, Human Sexual Inadequacy. Boston, USA: Little, Brown; 1970
50. Althof S, Psychogenic impotence: treatment of men and couples In: Leiblum SR, ed. *Principles and Practice of Sex Therapy*. New York: Guilford Press; 1989:237–68
51. Paquet M, Rosen N, Steben M, Mayrand M, Santerre-Baillargeon M, Bergeron S. Daily anxiety and depressive symptoms in couples coping with vulvodynia: associations with women's pain, women's sexual function and both partners' sexual distress. *J Pain* 2018;19:552–61
52. Smith K, Pukall C, Boyer S, Psychological and relational aspects of dyspareunia. In: Goldstein A, Pukall C, Goldstein, I, eds. *Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management*. Oxford: Wiley- Blackwell; 2009

53. Dogan S, Dogan M. The frequency of sexual dysfunctions in male partners of women with vaginismus in a Turkish sample. *Int J Impot Res* 2008;20:218–21
54. Althof S, Turner L, Levine S, Bodner D, Kursh E, Resnick M. Through the eyes of women: the sexual and psychological responses of women to their partners' treatment with self- Injection or vacuum constriction therapy. *J Urol* 1992;147:1024–7
55. Fisher W, Rosen R, Eardley I, Sand M, Goldstein I. Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: The Female Experience of Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (FEMALES) Study. *J Sex Med* 2005;2:675–84
56. Hobbs K, Symonds T, Abraham L, May K, Morris MF. Sexual dysfunction in partners of men with premature ejaculation. *Int J Impot Res* 2008;20:512–17
57. Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems—HSDD in Europe. *J Sex Med* 2007;4:211–19
58. Rosen RC, Maserejian NN, Connor MK, Krychman ML, Brown CS, Goldstein I. Characteristics of premenopausal and postmenopausal women with acquired, generalized hypoactive sexual desire disorder: the Hypoactive Sexual Desire Disorder Registry for women. *Menopause* 2012;19:396–405
59. Hartmann U, Heiser K, Ruffer-Hesse C, Kloth G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol* 2002;20:79–88
60. Clayton AH, Goldstein I, Kim NN, et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health process of care for management of hypoactive sexual desire disorder in women. *Mayo Clin Proc* 2018;93:467–87
61. Cuerva MJ, Gonzalez D, Canals M, et al. The sexual health approach in postmenopause: the five-minutes study. *Maturitas* 2018;108:31–6
62. Clayton AH, Goldfischer ER, Goldstein I, Derogatis L, Lewis- D'Agostino DJ, Pyke R. Validation of the decreased sexual desire screener (DSDS): a brief diagnostic instrument for generalized acquired female hypoactive sexual desire disorder (HSDD). *J Sex Med* 2009;6:730–8
63. Johannes CB, Clayton AH, Odom DM, et al. Distressing sexual problems in United States women revisited: prevalence after accounting for depression. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1698–706
64. Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med* 2012;9:1497–507
65. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, et al. Female sexual health consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34:769–75
66. Randolph JF, Jr, Zheng H, Avis NE, Greendale GA, Harlow SD. Masturbation frequency and sexual function domains are associated with serum reproductive hormone levels across the menopausal transition. *J Clin Endocrinol Metab* 2015;100:258–66
67. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, et al. Hypoactive sexual desire disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc* 2017;92:114–28

68. Wierman ME, Arlt W, Basson R, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2014;99:3489–510
69. Kingsberg SA, Althof S, Simon JA, et al. Female sexual dysfunction- medical and psychological treatments, Committee 14. *J Sex Med* 2017;14:1463–91
70. Kingsberg SA, Rezaee RL. Hypoactive sexual desire in women. *Menopause* 2013;20:1284–300
71. Goldstein I, Clayton AH, Goldstein AT, Kim NN, Kingsberg S, Textbook of Female Sexual Function and Dysfunction: Diagnosis and Treatment. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2018
72. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2016;13:538–71
73. Brotto LA, Goldmeier D. Mindfulness interventions for treating sexual dysfunctions: the gentle science of finding focus in a multitask world. *J Sex Med* 2015;12:1687–9
74. Brotto LA, Basson R, Luria MA. mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med* 2008;5:1646–59
75. Annon JS. The PLISSIT Model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther* 2015;2:1–15
76. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, et al. Treatment of symptoms of the menopause: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2015;100:3975–4011
77. Santen RJ, Stuenkel CA, Davis SR, Pinkerton JV, Gompel A, Lumsden MA. Managing menopausal symptoms and associated clinical issues in breast cancer survivors. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102:3647–61
78. Bouchard C, Labrie F, Archer DF, et al. Decreased efficacy of twice-weekly intravaginal dehydroepiandrosterone on vulvovaginal atrophy. *Climacteric* 2015;18:590–607
79. Bell RJ, Rizvi F, Islam MR, Davis SR. A systematic review of intravaginal testosterone for the treatment of vulvovaginal atrophy. *Menopause* 2018;25:704–9
80. Cruz VL, Steiner ML, Pompei LM, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial for evaluating the efficacy of fractional CO2 laser compared with topical estriol in the treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women. *Menopause* 2018;25:21–8
81. Gambacciani M, Levancini M, Cervigni M. Vaginal erbium laser: the second-generation thermotherapy for the genitourinary syndrome of menopause. *Climacteric* 2015;18:757–63
82. Gartoulla P, Worsley R, Bell RJ, Davis SR. Moderate-severe vasomotor and sexual symptoms remain problematic for 60-65 year old women. *Menopause* 2015;22:694–701
83. Zeleke BM, Bell RJ, Billah B, Davis SR. Vasomotor and sexual symptoms in older Australian women: a cross-sectional study. *Fertil Steril* 2016;105:149–55.e1 41
84. Kingsberg SA, Krychman M, Graham S, Bernick B, Mirkin S. The Women's EMPOWER Survey: identifying women's perceptions on vulvar and vaginal atrophy and its treatment. *J Sex Med* 2017;14:413–24

85. Santoro N, Worsley R, Miller KK, Parish SJ, Davis SR. Role of estrogens and estrogen-like compounds in female sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2016;13:305–16
86. Davis SR, Worsley R, Miller KK, Parish SJ, Santoro N. Androgens and female sexual function and dysfunction—findings from the Fourth International Consultation of Sexual Medicine. *J Sex Med* 2016;13:168–78
87. Shifren J, Davis SR, Moreau M, et al. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the INTIMATE NM1 study. *Menopause* 2006;13:770–9
88. Davis SR. Cardiovascular and cancer safety of testosterone in women. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2011;18:198–203
89. Alkatib AA, Cosma M, Elamin MB, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials of DHEA treatment effects on quality of life in women with adrenal insufficiency. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94:3676–81
90. Elraiyah T, Sonbol MB, Wang Z, et al. Clinical review: The benefits and harms of systemic dehydroepiandrosterone (DHEA) in postmenopausal women with normal adrenal function: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2014;99:3536–42
91. Worsley R, Santoro N, Miller KK, Parish SJ, Davis SR. Hormones and female sexual dysfunction: beyond estrogens and androgens—findings from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. *J Sex Med* 2016;13:283–90
92. Constantine G, Graham S, Portman DJ, Rosen RC, Kingsberg S. Female sexual function improved with ospemifene in postmenopausal women with vulvar and vaginal atrophy: results of a randomized, placebo-controlled trial. *Climacteric* 2015;18:226–32
93. Thorp J, Simon J, Dattani D, et al. Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the DAISY study. *J Sex Med* 2012;9:793–804
94. Derogatis LR, Komer L, Katz M, et al. Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the VIOLET Study. *J Sex Med* 2012;9:1074–85
95. Katz M, DeRogatis LR, Ackerman R, et al. Efficacy of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: results from the BEGONIA trial. *J Sex Med* 2013;10:1807–15
96. Simon JA, Kingsberg SA, Shumel B, Hanes V, Garcia M, Jr, Sand M. Efficacy and safety of flibanserin in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: results of the SNOWDROP trial. *Menopause* 2014;21:633–40
97. Seagraves RT, Clayton A, Croft H, Wolf A, Warnock J. Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:339–42
98. Fava M, Rush AJ, Thase ME, et al. 15 years of clinical experience with bupropion HCl: from bupropion to bupropion SR to bupropion XL. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005;7:106–13
99. Clayton AH, Warnock JK, Kornstein SG, Pinkerton R, Sheldon- Keller A, McGarvey EL. A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2004;65:62–7

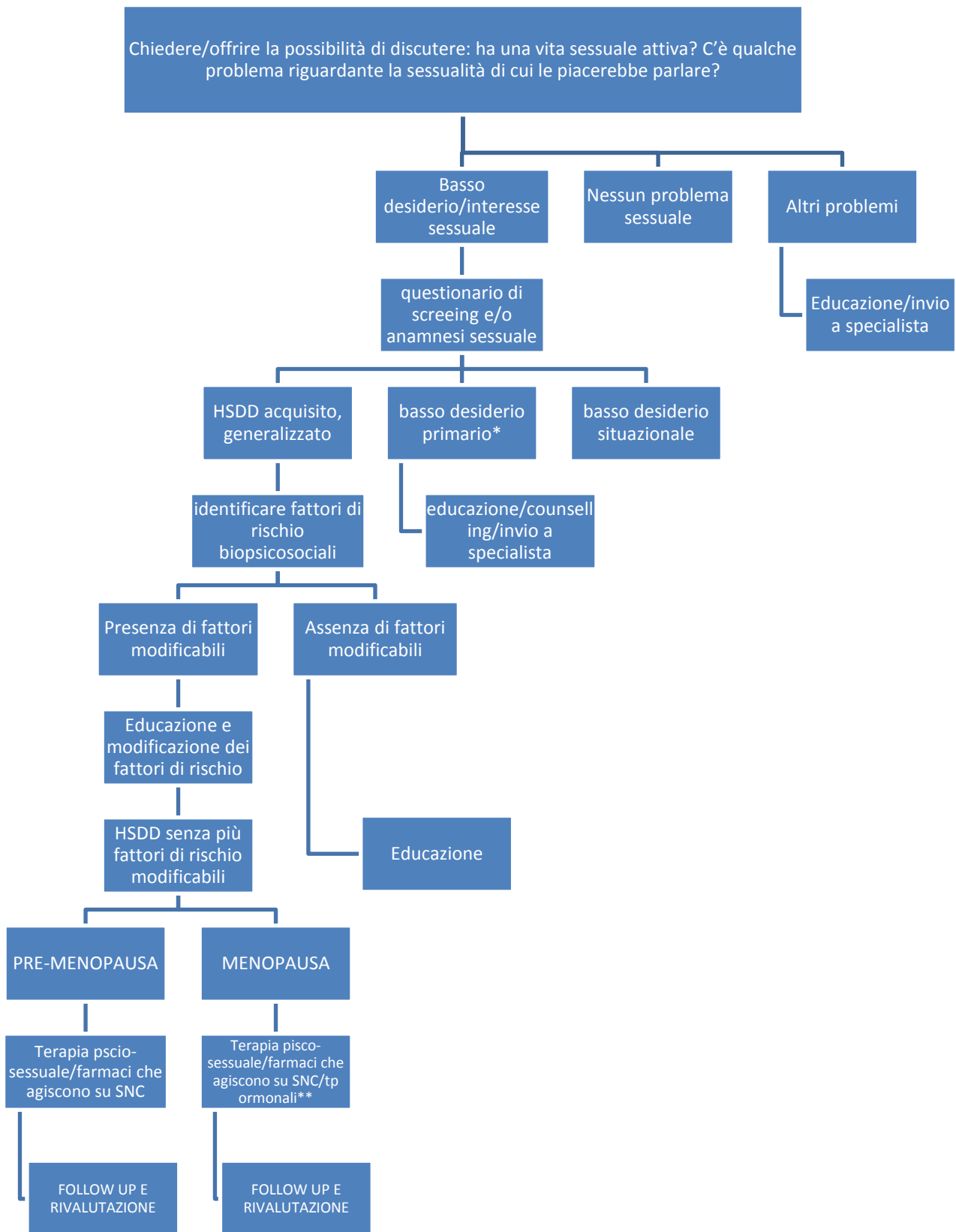
100. Landen M, Eriksson E, Agren H, Fahlen T. Effect of buspirone on sexual dysfunction in depressed patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors. *J Clin Psychopharmacol* 1999;19:268–71
101. Stahl SM. Targeting circuits of sexual desire as a treatment strategy for hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Psychiatry* 2010;71:821–2
102. Clayton AH, Althof SE, Kingsberg S, et al. Bremelanotide for female sexual dysfunctions in premenopausal women: a randomized, placebo-controlled dose-finding trial. *Womens Health (Lond)* 2016;12:325–37
103. Tuiten A, van Rooij K, Bloemers J, et al. Efficacy and safety of ondemand use of 2 treatments designed for different etiologies of female sexual interest/arousal disorder: 3 randomized clinical trials. *J Sex Med* 2018;15:201–16
104. Pyke R, Katz M, Segraves RT, Sitchon N, Phase IIa study of a proprietary combination of bupropion and trazodone for hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in premenopausal women: novelresponder and remitter results [poster]. Presented at Annual Meeting of American Society of Clinical Psychopharmacology;Miami FL, USA; 22–25 June, 2015

TABELLA 1

Modifiche nella classificazione delle FSD nel DSM-5.

<p>La V edizione del DSM definisce 4 categorie</p> <ul style="list-style-type: none">- Disturbo dell'interesse e dell'eccitazione sessuale- Disturbo dell'orgasmo- Disturbo del dolore genito-pelvico/della penetrazione- Disfunzione sessuale secondaria a sostanze d'abuso/farmaci	<p>La IV edizione del DSM definisce 7 categorie di DSF:</p> <ul style="list-style-type: none">- Disturbo del desiderio ipoattivo- Disturbo di avversione sessuale- Disturbo dell'eccitazione- Disturbi dell'orgasmo- Vaginismo- Dispareunia- Disfunzioni sessuali secondarie ad altre condizioni mediche
---	--

FIGURA 1



Percorso di cura per la diagnosi e il trattamento del disturbo del desiderio ipoattivo (HSDD) sviluppato dalla Società Internazionale per lo Studio della Salute Sessuale nella Donna (ISSWSH, International Society for Women's Sexual Health). L'algoritmo inizia offrendo la possibilità alla paziente di discutere riguardo ad eventuali problemi sessuali, focalizzandosi in particolare sul desiderio/interesse. L'anamnesi o l'uso di strumenti di screening rappresentano il primo passo nel percorso diagnostico. Donne con altre disfunzioni sessuali o donne con desiderio ipoattivo primario o situazionale non sono considerate in questa flow chart. Le pazienti con disturbo del desiderio ipoattivo generalizzato e acquisito devono essere sottoposte ad un esame clinico dettagliato, cercando di identificare i possibili fattori di rischio modificabili. Il percorso terapeutico inizia con l'educazione e l'analisi dei fattori di rischio. Le donne nelle quali il disturbo persiste vengono categorizzate a seconda dello stato menopausale e il trattamento viene scelto di conseguenza. *le donne con basso desiderio non associato a disagio non sono candidate al trattamento **donne nella vita fertile avanzata.

FIGURA 2

Il questionario di screening Decreased Sexual Desire Screener (DSDS) è uno strumento che aiuta a identificare un problema di desiderio sessuale; risponda alle seguenti domande scegliendo sì o no.

1. Nel passato i suoi livelli di desiderio o interesse sessuale erano buoni e soddisfacenti per lei? SI/NO
2. Ha notato una diminuzione nei livelli di desiderio/interesse? SI/NO
3. La diminuzione di desiderio/interesse la infastidisce? SI/NO
4. Le piacerebbe avere livelli di desiderio sessuale più alti? SI/NO
5. Quali dei seguenti fattori pensa che possano aver interferito con l'attuale diminuzione di desiderio/interesse sessuale:
 - a. Un intervento chirurgico, uno stato depressivo o altri motivi medici SI/NO
 - b. Farmaci, sostanze d'abuso o alcolici SI/NO
 - c. La gravidanza, un parto recente o sintomi menopausali SI/NO
 - d. Altri problemi sessuali (dolore, problemi di eccitazione o di orgasmo) SI/NO
 - e. I problemi sessuali del partner SI/NO
 - f. Insoddisfazione per la relazione o per il partner SI/NO
 - g. Stress o stanchezza SI/NO