

Atrofia vulvovaginale e sindrome genitourinaria della menopausa

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

Indice

| | | |
|---|------|---|
| La secchezza vaginale | pag. | 1 |
| Quali altri sintomi accompagnano la secchezza vaginale? | pag. | 1 |
| Che cosa causa la secchezza vaginale? | pag. | 2 |
| Perché sono colpiti sia i tessuti vaginali e vulvari, sia la vescica e l'uretra? | pag. | 2 |
| Dal punto di vista dei tessuti quali sono i denominatori comuni di questi sintomi? | pag. | 2 |
| Perché un problema così importante e grave per la donna è rimasto a lungo sottostimato, sottodiagnosticato e sottotrattato? | pag. | 3 |
| Come superare la collusione del silenzio? | pag. | 4 |
| E per la donna che non desidera gli ormoni e non vuole mettere nulla in vagina, quali opzioni ci sono? | pag. | 4 |
| Bibliografia essenziale | pag. | 4 |

La secchezza vaginale

Si tratta di un disturbo frequentissimo dopo la menopausa, a causa della scomparsa degli ormoni estrogeni (e del testosterone). Dopo tre anni dall'ultimo ciclo ne soffre dal 40% al 54,4% delle donne, a seconda del Paese (DiBonaventura et al 2015). Lo lamentano quasi tutte, a 10 anni dalla menopausa.

Raramente la secchezza è un sintomo isolato: è solo **la punta dell'iceberg di un complesso di disturbi cronici genitourinari e sessuali** che tendono a peggiorare nel tempo (Graziottin 2015; Portman e Gass 2014).

Quali altri sintomi accompagnano la secchezza vaginale?

La donna lamenta:

- **sintomi vaginali**: bruciore, irritazione, perdite vaginali biancastre e, a volte, odorose;
- **sintomi urinari**: urgenza minzionale, che può essere così imperiosa da dare incontinenza, bruciori alla minzione (disuria), infezioni con cistiti ricorrenti, in particolare più frequenti 24-72 ore dopo il rapporto (cistiti post-coitali);
- **sintomi sessuali**: mancanza di lubrificazione, quindi con secchezza non solo "basale" ma anche dopo stimolazione, anche con un partner amato; dolore ai rapporti, specialmente all'inizio della penetrazione (dispareunia introitale) e disfunzione sessuale: chiaro che se la secchezza e il dolore peggiorano, anche il desiderio se ne va. Tutti questi problemi portano la donna ad evitare

sempre più l'intimità.

Più aumentano i sintomi, in numero e gravità, **più peggiora la qualità della vita** della donna (DiBonaventura et al 2015), ma anche della coppia. Per molti uomini la secchezza è sgradevole e irritante, perché si sentono rifiutati sessualmente: «Ecco, sei secca perché non mi desideri più!». In realtà il problema è prima di tutto fisico: senza estrogeni (e testosterone), mancano sia la più potente spinta biologica alla lubrificazione, sia la salute tessutale che consenta ai vasi di rispondere allo stimolo nervoso di desiderio ed eccitazione. Inoltre la secchezza vaginale, e l'atrofia che la sottende, causano problemi anche all'uomo. La penetrazione è più difficile e, se l'erezione non è gloriosa, può facilitare la comparsa di un vero e proprio deficit di erezione. Causa così molti problemi fisici e psicologici, a lei, a lui e alla coppia, che potrebbero essere facilmente risolti con le giuste cure.

Non ultimo, l'avversione ai rapporti a causa del dolore («Immagino che una donna violentata si senta così», mi ha detto una signora), la sensazione di rifiuto, i litigi e l'aggressività che ne derivano possono causare crisi di coppia gravi fino alla separazione.

Purtroppo, il problema della secchezza vaginale è **poco conosciuto, poco diagnosticato e poco trattato**. Solo nell'ultimo periodo si è visto un nuovo interesse sia medico, a livello di ricerca e clinico, sia dei media.

Che cosa causa la secchezza vaginale?

L'**atrofia vulvo-vaginale** (VulvoVaginal Atrophy, VVA), ossia l'involuzione di tutti i tipi di cellule che compongono l'architettura dei tessuti vaginali e vulvari, per la carenza di ormoni sessuali dopo la menopausa, è la causa strutturale che si traduce nella sensazione di "secchezza" per la donna. Oggi sappiamo che questa involuzione coinvolge anche la vescica e l'uretra: ecco perché i sintomi sono molti e diversi, per cui è più appropriato parlare di **sindrome genitourinaria della menopausa** (Genitourinary Syndrome of the Menopause, GSM) (Portman e Gass 2014).

Perché sono colpiti sia i tessuti vaginali e vulvari, sia la vescica e l'uretra?

Per ragioni molteplici (Calleja-Agius e Brincat 2015; Graziottin 2015):

- **comune origine embrionale**, in particolare di alcune strutture vescicouretrali e vulvovaginali;
- **stessa sensibilità agli ormoni sessuali**, grazie alla diffusa presenza di recettori per gli estrogeni e il testosterone in tutti questi tessuti;
- **stessa sensibilità alla perdita degli ormoni sessuali, dopo la menopausa**, anche se differenze genetiche possono causare una maggiore sofferenza e sintomi in un organo più che in un altro;
- **innervazione in parte condivisa**;
- **comune vulnerabilità "biomeccanica"** durante il rapporto;
- **presenza di biofilm patogeni** in vagina che aumentano sia le vaginiti, sia le aggressioni batteriche alla vescica, con cistiti.

Dal punto di vista dei tessuti quali sono i denominatori comuni di questi sintomi?

Ogni componente dei tessuti della vagina, della vulva, della vescica e dell'uretra si assottiglia e perde in struttura e funzione:

1) La mucosa:

- **vaginale** si assottiglia e va facilmente incontro a **microabrasioni** spontanee (visibili solo con lenti d'ingrandimento, ma dolorosissime) che, soprattutto dopo il rapporto, fanno dire alla donna «Ho la sensazione di avere dei taglietti lì». E il partner può arrivare ad avere una sensazione spiacevole: «E' così secca che sembra carta vetrata». Aumentano le infezioni, più che raddoppiate nelle donne con secchezza e atrofia (Palma et al 2015);

- **uretrale** si assottiglia, diventa meno capace di aiutare la continenza e si infiamma più facilmente dopo i rapporti, con bruciori urinari fino a una franca cistite a causa dell'aumentata vulnerabilità ai **biofilm patogeni**, soprattutto da Escherichia Coli, extracellulari in vagina e intracellulari nell'urotelio (Graziottin e Zanello 2015).

2) La **sottomucosa vaginale, vulvare e uretrale**, normalmente ricca di fibre elastiche, di un collagene di ottima qualità e di mucopolisaccaridi, si assottiglia, perde l'elastina e il collagene migliore, e viene sostituita da fibre collagene biologicamente scadenti (perché, senza ormoni, i fibroblasti, che sono gli operai costruttori di questi tessuti portanti, lavorano meno e malissimo): ecco perché la vagina diventa sempre più stretta ("stenotica"), rigida e corta, la vulva sempre più assottigliata e secca, l'uretra meno funzionante nella continenza. Cambiamenti che diventano poi irreversibili.

3) I **vasi sanguigni**:

- **vaginali**, che formano una rete ricchissima al di sotto della mucosa, si chiudono, si riducono di numero, scompaiono: con la scomparsa degli ormoni si atrofizzano anche loro, rispondono sempre meno agli stimoli nervosi di eccitazione, fino a diventare sessualmente "silenti": è questa la causa dell'imbarazzante secchezza lamentata dalle donne e del senso di rifiuto avvertito dai loro partner;

- **vulvari e periuretrali**, vasi sessualmente specializzati noti come "**corpi cavernosi**", si riducono di più del 50% dai 20 ai 50 anni, con un'ulteriore perdita dopo la menopausa (se non viene trattata con ormoni). Questa atrofia, insieme con l'involuzione delle fibre nervose che stimolano i corpi cavernosi stessi, è la causa della perdita progressiva di sensibilità sessuale che fa dire alle donne «Non sento più niente!», «Il mio clitoride è morto!», «Non arrivo più all'orgasmo, neanche se sto lì tre ore a stimolarmi!»).

4) I **nervi** si atrofizzano e lo stimolo nervoso arriva sempre più debole.

5) I **muscoli vaginali** (muscolatura "liscia", involontaria) e perivaginali ("elevatore dell'ano", volontario) perdono proteine contrattili, massa e forza muscolare: questo facilita il prolasso, sia della vagina sia dell'uretra, altro problema causato anche dalla carenza di ormoni sessuali.

Perché un problema così importante e grave per la donna è rimasto a lungo sottostimato, sottodiagnosticato e sottotrattato?

Questo è il punto: la "**collusione del silenzio**" tra donne e medici.

Le **donne** non collegano i sintomi alla carenza di estrogeni. Infatti, solo il 4% delle donne attribuisce all'atrofia vaginale la secchezza vaginale, il dolore ai rapporti, il bruciore; solo il 12% li attribuisce a cambiamenti ormonali e solo il 24% li attribuisce alla menopausa. Ben il 63%

pensa che i disturbi "passeranno con l'età", senza rendersi conto che senza estrogeni l'invecchiamento accelerato dei tessuti continuerà. Di conseguenza poche chiedono aiuto al medico per una terapia specifica.

Anche i **medici**, peraltro, hanno una forte responsabilità in questa collusione del silenzio. Più del 50% non chiede nemmeno se esista il problema e, quand'anche la donna ne parli, la risposta terapeutica è soddisfacente solo nel 14% dei casi. Risultati imbarazzanti, visto che il problema è di facile diagnosi e di pronta soluzione, mentre, se non trattato, ha conseguenze pesanti in termini di dolore, qualità di vita e crisi di coppia.

Come superare la collusione del silenzio?

Bisogna parlare con franchezza al medico curante, per scegliere insieme a lui/lei la cura più adatta alla singola donna e alla coppia.

Le cure più efficaci sono **ormonali**. La prima scelta sono gli **estrogeni locali**: estriolo, che può essere usato per anni (è molto più leggero dell'estradiolo, molto attivo), promestriene, estrogeni coniugati. Se ci sono problemi di secchezza e di minore risposta fisica anche dei genitali esterni (vulva), una pomata di **testosterone locale** (galenica, su prescrizione medica) riaccende ancora di più la risposta fisica. La terapia ormonale locale può risolvere i problemi di secchezza e atrofia genitale dell'85% delle donne dopo la menopausa, meglio se la cura è iniziata subito dopo la scomparsa del ciclo.

Per tutte le donne che non vogliono ormoni nemmeno vaginali, e per il 10-12% di donne che non possono usare gli estrogeni, nemmeno locali, perché operate di tumore al seno o di adenocarcinoma dell'ovaio o dell'utero, per ridurre secchezza e dolore oggi è possibile usare l'acido ialuronico vaginale, che ha un'eccellente azione riparativa e antiossidante; il gel al colostro, molto riparativo grazie ai suoi fattori nutritivi; il laser vaginale, efficace ma molto più costoso; o creme fitoterapiche, che però non hanno l'impatto terapeutico degli ormoni.

E per la donna che non desidera gli ormoni e non vuole mettere nulla in vagina, quali opzioni ci sono?

Fiocco azzurro! E' appena arrivato in Italia un nuovo farmaco da assumere per bocca, l'**ospemifene**. Non è un ormone, ma un "modulatore selettivo dei recettori estrogenici (Selective Estrogen Receptor Modulator, SERM). In termini semplici, l'ospemifene si comporta come una chiave che si inserisce nella serratura ("recettore estrogenico"). La sua abilità è questa: a seconda dell'organo e del tessuto, gira la serratura in modo da:

- **bloccare i recettori estrogenici**, per esempio a livello della mammella: ecco perché è "anti proliferativo", e quindi molto protettivo. E' questa la ragione molto rasserenante per cui è indicato e approvato anche per le donne con tumore al seno che abbiano completato le cure ormonali, e per tutte le donne che hanno paura degli ormoni o non amano le terapie locali;
- **stimolare i recettori estrogenici** a livello di tutti i tessuti vaginali: ecco perché dà di nuovo un buon stimolo alla salute dei tessuti e, di conseguenza, una buona lubrificazione.

L'importante è chiedere aiuto per stare bene, anche a livello intimo, nella lunga stagione (circa 35 anni!) che attende la donna e la coppia dopo la menopausa.

Bibliografia essenziale

Calleja-Agius J, Brincat MP.

The urogenital system and the menopause
Climacteric. 2015 Oct; 18 Suppl 1: 18-22

DiBonaventura M, Luo X, Moffatt M, Bushmakina AG, Kumar M, Bobula J.

The Association Between Vulvovaginal Atrophy Symptoms and Quality of Life Among Postmenopausal Women in the United States and Western Europe
J Womens Health (Larchmt). 2015 Sep ;24 (9):713-22

Graziottin A.

Vaginal biological and sexual health: the unmet needs
Climacteric. 2015 Oct;18 Suppl 1:9-12. doi: 10.3109/13697137.2015.1079408.

Graziottin A. Zanello P.P.

Pathogenic biofilms: their role in recurrent cystitis and vaginitis (with focus on D-mannose as a new prophylactic strategy)
in: Studd J. Seang L.T. Chervenak F.A. (Eds), Current Progress in Obstetrics and Gynaecology, Vol. 2, Second Edition, Kothari Medical, Mumbai, 2015 (in press)

Palma F, Volpe A, Villa P, Cagnacci A; as the writing group of the AGATA study

Vaginal atrophy of women in postmenopause. Results from a multicentric observational study: The AGATA study
Maturitas. 2015 Sep 14. [Epub ahead of print]

Portman DJ, Gass ML.

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. Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel
Maturitas. 2014 Nov; 79 (3): 349-54
