

DISFUNCTIILE SEXUALE FEMININE

DISFUNCTIILE SEXUALE FEMININE - DEFINITIE

Disfunctiile sexuale se refera la dificultatile ce apar in timpul ciclului raspunsului sexual si impiedica individul sa experimenteze satisfactia urmare a activitatii sexuale.

DISFUNCTIILE SEXUALE FEMININE - PREVALENTA

Discutiile despre aceasta tema au devenit mai evidente in ultimii 20 de ani.

Cu toate acestea personalul medical si pacientii evita acest subiect in timpul consulturilor.

Aceasta stare de fapt este totusi in contrast cu prevalenta acestei patologii si cu relevanta temei dat fiind faptul ca o activitate sexuala buna contribuie la starea generala de bine si la calitatea vietii.

Deseori pacientele evita sa initieze aceste discutii datorita senzatiei lipsei de timp in timpul vizitei medicale si a aparentei lipse de mijloace terapeutice.

DISFUNCTIILE SEXUALE FEMININE - PREVALENTA

Pentru a depasi timiditatea pacentelor medicul trebuie sa initieze discuti despre dimensiunea functiei sexuale in timpul consulturilor.

Astfel medicul poate evalua daca este un disconfort al pacientei fata de activitatea sexuala.

Intr-un timp scurt pe baza unor chestionare se poate evalua functia sexuala a unui cuplu si eventualele disfunctii sexuale.

In continuare prezint o imagine de ansamblu a disfunctiilor sexuale feminine, a tratamentului acestora si a discutiilor ce pot fi purtate cu pacientele pentru a efectua screeningul patologiei sia evalua eficienta tratamentului.

DISFUNCTIILE SEXUALE FEMININE – PERSPECTIVE ISTORICE

Sexualitatii feminine nu i-a fost acordata prea multa importanta in medicina pana in anii 1950 cand in SUA s-a reusit indepartarea perceptiei gresite ca femeile nu ar fi interesate de activitatea sexuala.

Cu toate acestea – depasirea barierelor culturale a facut sa treaca mult timp - pana s-a inteles ca o femeie are dreptul de a avea propria sexualitate.

Aceasta lupta pentru egalitate intre sexe nu este inca terminata deoarece cercetarea referitor la sexualitatea femeilor este inca in urma cercetarii in domeniul sexualitatii masculine.

Este inca dificil pentru multe culturi sa accepte faptul ca sexualitatea este la fel de importanta pentru femei si barbati.

DISFUNCTIILE SEXUALE FEMININE – PERSPECTIVE ISTORICE

Dincolo de piedicile culturale exista o serie de motive obiective pentru care cercetarea sexualitatii feminine este in urma celei masculine.

In primul rand este dificil de stabilit parametrii masurabili in sexualitatea feminina.

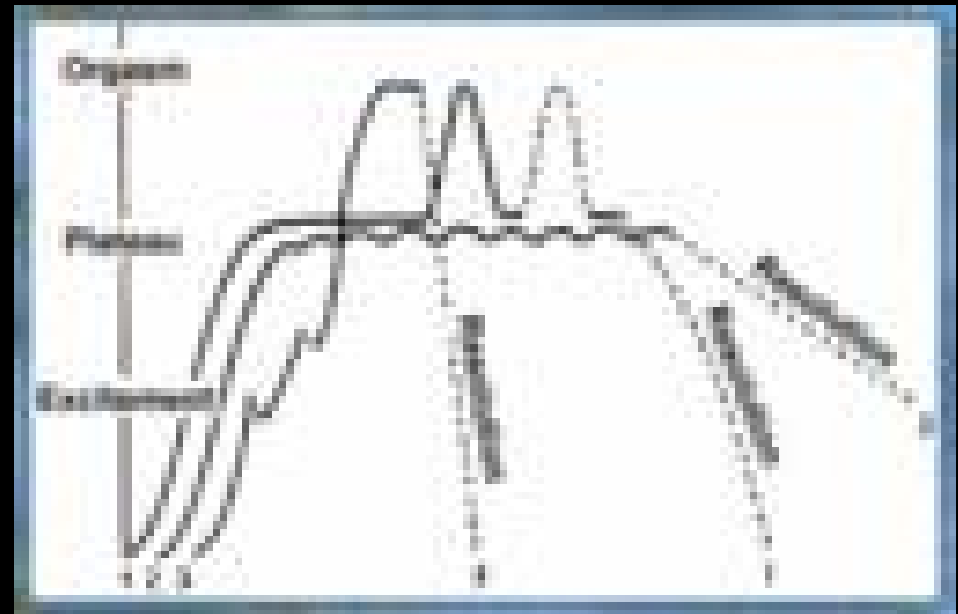
De asemenea pana nu de mult existau doar putine scale de masurare a dorintei sexuale a femeilor. In schimb evaluarea excitatiei sexuale a barbatilor este mai facila.

Un alt motiv este ca modelul conceptual de sexualitate al femeii este mult mai complex comparativ modelului conceptual de sexualitate masculina.

DISFUNCTIILE SEXUALE FEMININE – PERSPECTIVE ISTORICE

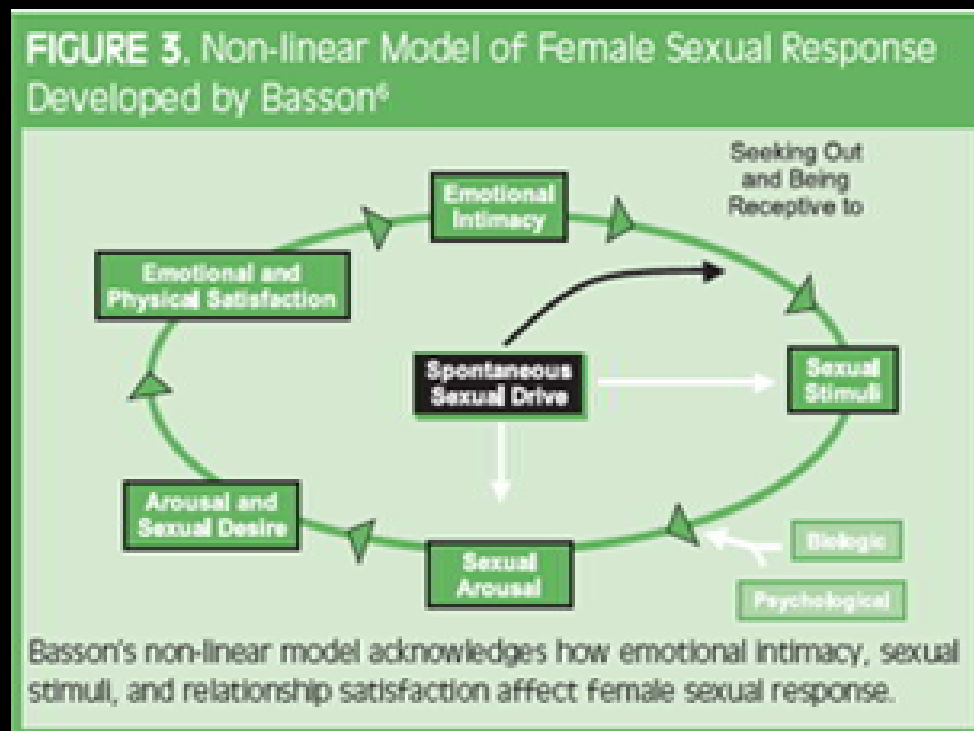
Conform modelului traditional al sexualitatii dupa Master&Jhonson, se considera ca raspunsul sexual este intodeauna la fel pentru barbati si femei, dorinta precedand excitarea.

Modelul raspunsului sexual: Model clasic
Excitare (dorinta si excitare)
Platou
Orgasm
Rezolutie
Progresie lineara



DISFUNCTIILE SEXUALE FEMININE – PERSPECTIVE ISTORICE

Recent Basson a dezvoltat un model non-linear al raspunsului sexual feminin, ce integreaza intimitatea emotionala, stimulii sexuali si satisfactia in relatie.



DISFUNCTIILE SEXUALE FEMININE – PERSPECTIVE ISTORICE

Modelul Basson ne arata faptul ca sexualitatea feminina este mult mai complexa comparativ sexualitatii masculine si este mai putin liniara comparativ sexualitatii masculine.



DISFUNCTIILE SEXUALE FEMININE – PERSPECTIVE ISTORICE

Multe femei incep o intalnire sexuala dintr-un punct de neutralitate sexuala. Decizia de a fi activa sexual vine dintr-o dorinta constienta pentru apropiere emotionala sau ca rezultat al seductiei sau sugestiei unui partener.

Femeile au si alte motive de a incepe o activitate sexuala in afara unei simple dorinte sexuale.

De asemenea neutralitatea sexuala sau a fi receptiva la mai degraba decat a initia o activitate sexuala este considerata o varianta normala a functionarii sexuale a femeii.

De asemenea deseori excitarea femeii precede dorinta de a avea activitate sexuala.

DISFUNCTIILE SEXUALE FEMININE – CLASIFICARE

Bazat pe modelul Masters si Johnson exista 6 tipuri de disfunctii sexuale feminine ce se asociaza ciclului raspunsului sexual.

Hypoactive sexual desire	Dorinta sexuala diminuata
Sexual aversion disorder	Boala aversiunii sexuale
Femal sexual arousal disorders	Boli ale excitarii sexuale
Female orgasmic disorders	Disfunctii legate de orgasm
Dyspareunia	Dispareunia
Vaginismus	Vaginismul

1. DORINTA SEXUALA DIMINUATA – Scaderea Libidoului

Dorinta sexuala diminuata – este definita ca deficitul sau absenta recurenta sau permanenta a gandurilor/fanteziilor sexuale si/sau a dorintei sexuale si a receptivitatii pentru activitatea sexuala.

Incadrarea ca si deficienta este subiectiva complexa si trebuie integrata cu varsta, conditia fizica, si contextul vietii personale.

La fel ca si in cazul altor patologii sexuale prevalenta este dificil de estimat.

Se considera ca prevalenta variaza intre 5.4% si 13.6%

Deseori femeile se prezinta cu aceasta simptomatologie fara sa poata preciza cum, de cand sau de ce a aparut.

1. DORINTA SEXUALA DIMINUATA

Se considera ca dorinta sexuala este un fenomen complex ce contine 3 componente:

1 – Componenta biologica – are la baza mecanisme neuroendocrine si se evidentiaza prin instinctul/interesul sexual spontan (drive). De exemplu ganduri, fantezii, vise sau senzatii genitale de timp atingere pot fi promotori ai dorintei sexuale

2 – A doua componenta a dorintei este cea cognitiva – reflecta asteptarile, parerea si valorile referitor la activitatea sexuala

3 – A treia componenta a dorintei este cea emotionala si interpersonală si este caracterizata prin consimtirea unei persoane de a se angaja intr-o relatie sexuala.

Aceasta este deseori cea mai importanta si este influentata de calitatea unei relatii, de factorii psihologici, de grii referitor la sanatate, copii si alti factori psihosociali.

1. DORINTA SEXUALA DIMINUATA

Atunci cand se efectueaza anamneza trebuie distins intre lipsa instinctului sexual si al motivarii sexuale pentru a vedea care componenta este afectata.

De exemplu o femeie poate avea un instinct sexual puternic insa o motivare afectata de exemplu pentru ca nu mai este fericita in relatia respectiva, pentru ca are probleme stressante, sufera de depresie si ca urmare nu isi urmeaza instinctul sexual, dorinta fiind afectata.

Menopauza poate afecta sexualitatea si determina dorinta sexuala diminuata. In special menopauza chirurgicala ce determina scaderea concentratiei de testosteron.

Mai nou se considera ca varsta are un efect mai accentuat asupra sexualitatii comparativ menopauzei.

Concentratia maxima de androgeni la o femeie este maxima in jurul varstei de 25 de ani si dupa 30 de ani scade. La 50 de ani concentratia este injumatatita.

Tratamentul consta in estrogeni, testosteron sau tibolon. Nu exista medicatie aprobata FDA pentru aceasta patologie. EU – plasture cu testosteron.

Declinul funcției ovariene.



40 ani

± 60 ani

midlife

UM

post-menopauza
'menopauza'

Estrogenii ovarieni

vârstă

pubertate

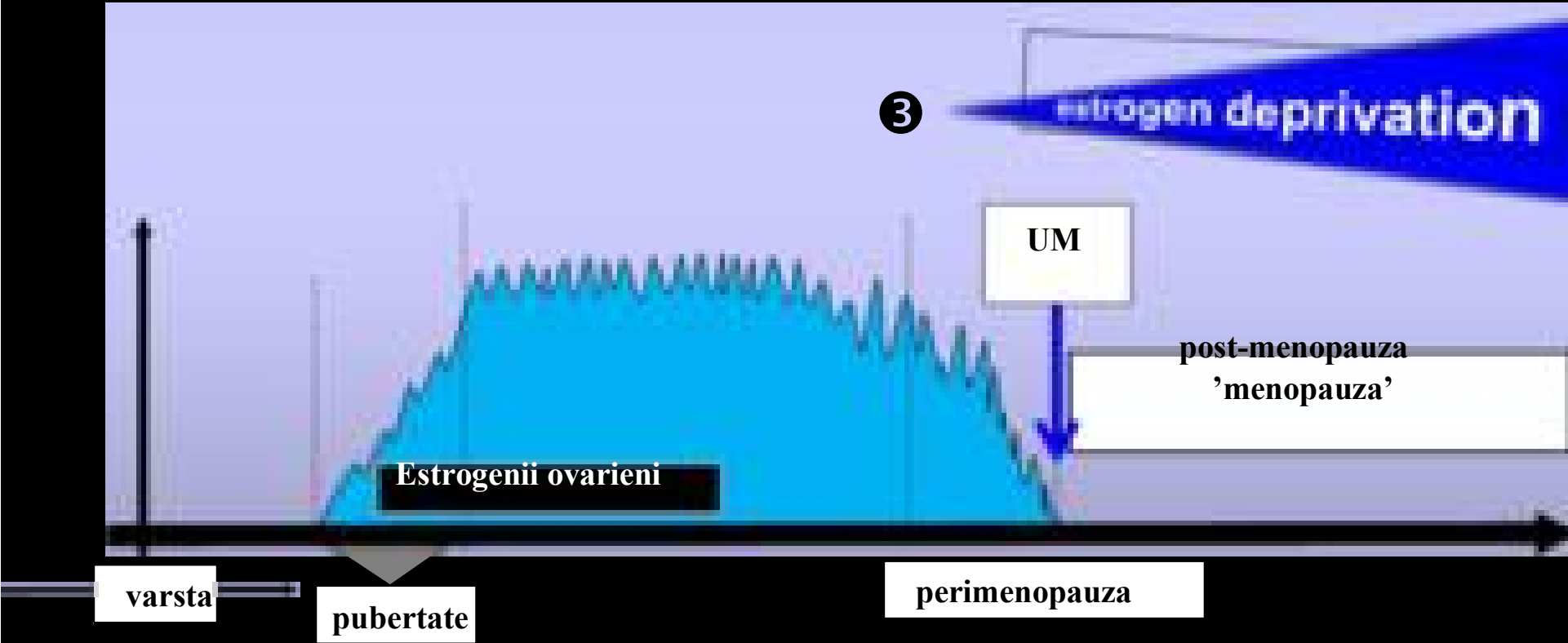
perimenopauza

midlife

fertilitate

Disparația fertilității

perioada de tranziție
Modificări neuroendocrine



TABLOUL CLINIC GENITAL

- INVOLUTIA FIZIOLOGICA

VAGIN

- ↓ compartiment collagen
- Modificare flora vaginala
- Alcalinizare pH > 5
- Deshidratare celulara accelerata
- Diminuaere lubrefiere vaginala

DISPARITIA LABII MICI

ATROFIE VASCULARA, MUSCULARA REGIONALA

TABLOUL CLINIC GENITAL

- **Ingustarea introitului vaginal**
 - **Fibrozarea clitorisului**
 - **Atrofia mucoasei vezicii urinare**
-
- **Arsura, usturime, durere, mancarime**
 - **Infectii locale nespecifice**
 - **LUTS: mictiuni imperioase, disurie, nicturie**
 - **Aparitia/agravarea unui prolaps uterin**
 - **IUE**

2. AVERSIUNEA SEXUALA

Definitie – raspuns aversiv persistent sau recurent fata de activitatea sexuala sau fata de orice contact genital cu un partener sexual.

- Anxietate pronuntata si dezgust fata de activitatea sexuala
- Fobie fata de act/context sexual
- Claustrofobie emotionala/sexuala
- Prevalenta:
 - » nu se cunoaste in populatia generala
 - » 75% din femeile abuzate
 - » 21% femeile anxioase
- Suprastimularea SNS inhibitor, suprastimulare SR, inhibitie centrala gonadostat

2. AVERSIUNEA SEXUALA

Poate imbraca forme diferite.

Uneori este denumita ca si fobia sexuala insa spre deosebire de o fobie este asociata cu dezgustul.

Tratamentul necesita efectuarea unei anamneze penru a diferentia intre cauza ce a determinat aversiunea si poate un comportament sexual care intretine aceasta aversiune

3. ALTERAREA EXCITABILITATII

- Inabilitatea **persistenta/recurenta** de a **obtine/mentine** pana la finalul activitatii sexuale, o excitare sexuala suficienta ca raspuns la stimularea sexuala. Deficit de lubrifiere.
- se poate manifesta fie ca lipsa unei excitatii **subiective si/sau obiective**.
- Determina **discomfort** personal/relational

3. DISFUNCTII ALE EXCITABILITATII -TIPURI

I = Disfunctie subiectiva a excitabilitatii

- scaderea/absenta sentimente de excitare sexuala si placere din orice fel de activitate sexuala
- lubrefierea vaginala poate exista

II = Disfunctie a excitabilitatii genitale

- scaderea /absenta tumescentei vulvare, lubrefierii vaginale din orice fel de activitate sexuala
- Excitarea sexuala subiectiva poate exista

III = disf. combinata centrala + periferica

3. DISFUNCTII ALE EXCITABILITATII - PREVALENTA

- 6-49 % din femei
- Crește cu vârsta
- Maxima la 50 de ani

3. DISFUNCTII ALE EXCITABILITATII - TRATAMENT

- De regula terapia se bazeaza pe lucrarile lui Masters si Johnsons care recomanda pacientelor:
 - sa se concentreze pe senzatiile sexuale utilizand manverele din timpul autosatisfacerii
 - sa imbunatateasca in cadrulcuplului comunicarea cu partenerul.

Rezultatele acestei forme de terapie efectuate repetat sunt bune.

3. DISFUNCTII ALE EXCITABILITATII - TRATAMENT

- Etiologic
 - Farmacologic
 - Estrogeni general, local
 - Tibolone amelioreaza dorinta si excitabilitatea
 - Nonhormonal
- Sildenafil
- Lubrefianti locali: ZESTRA
- EROS- CTD (clitoridian therapy device)
- microstimulare clitoridiana
 - refacere si mentinere vascularizatia locala
 - creste lubrefierea
 - sporeste capacitatea orgasm



3. DISFUNCTII ALE EXCITABILITATII - Excitarea sexuala persistenta

- Prevalenta: necunoscuta
- Nedocumentata decat pe cazuri izolate
- Etiologie
 1. Modificari neurologice centrale
 2. Modificari neurologice periferice
 3. Presiune mecanica sfera genitala
 4. Modificari vasculare
 5. Medicatie
 6. Combinatie
- Nu este un tratament recomandat

4. DISFUNCTIA ORGASMICA

- Prezenta persistenta sau recurenta a unei intarzieri/absenta unui orgasm dupa o activitate sexuala normala.
- Discomfort personal/interpersonal
- Absent dintotdeauna
- Situational anumite situatii
anumiti parteneri

4. DISFUNCTIA ORGASMICA - PREVALENTA

- 24-37% din femei
- **Inaintarea in varsta:** scadere intensitate/durata a orgasmului.

4. DISFUNCTIA ORGASMICA - CAUZE

- 90% cauze psihologice/sociologice
 - Probleme maritale/interpersonale
 - Afectiuni psihiatrice: SSRI
 - Comunicare sexuala proasta
 - Cunostiinte insuficiente despre sexualitate
 - Experiente precoce traumatice

4. DISFUNCTIA ORGASMICA - CAUZE

- Af. neurologice leziune n.sacrali/pelvini
 b.Parkinson
 narcolepsie,epilepsie
 spuna bifida
- Af. chirurgicale traumatism obstetrical
 histerectomie
 cicatrice postepisiotomie
- Af. genitale vulvodinie
 adeziune clitoridiana
- Af. Interne DZ, Hh, sicle cell anemia

4. DISFUNCTIA ORGASMICA - CAUZE

- MEDICAMENTE
 - antidepressive, antipsihotice, antiepileptice
barbiturice/Litiu/SSRI/antidepressive triciclice/inhibitori MAO
 - Anti HTA, alfablocanti, Digoxin
 - Antiadrogeni
 - Anorexigene
 - Droguri recreationale (heroina, cocaina, metadona, ecstasy)
 - Chimioterapie cancer

4. DISFUNCTIA ORGASMICA - ANAMNEZA

- Aveti placere si satisfactie fara orgasm?
- Dificultatea orgasmica este generalizata?
 - DA = cauza biologica
 - Nu = probleme relationale
- Debut rapid/treptat?
 - gradual = frecvent dependent de varsta
 - brusc = medicatie, cauze chirurgicale
- Ce credeti ca va genereaza problema?
- Pierdere selectiva a sensibilitatii clitoridiene?
 - DA = distrofia, androgeni topici

4. DISFUNCTIA ORGASMICA - ANAMNEZA

- Senzatie coitala diminuata cu cea clitoridiana pastrata?
 - DA= Hipotonia peretilor vaginali
- Durere in timpul contactului sexual?
- Exista schimbari de pozitie in timpul actului sexual coital?

4. DISFUNCTIA ORGASMICA - ANAMNEZA

- Dezechilibru hormonal
- Semne si simptome de incontinenta
- Distrofie vulvara
- Influenta iatrogena

4. DISFUNCTIA ORGASMICA - TRATAMENT

- Masturbarea directa
- Tehnici de reducere a anxietatii
- Exercitii Kegel
- Traning pelvin cu biofeedback
- Farmacologic 0

4. DISFUNCTIA ORGASMICA – TERAPIE COGNITIV COMPORTAMENTALA

- Schimbarea gandurilor maladaptative si repetitive
- Modificarea expectatiilor irealizabile
- Stabilirea normelor si valorilor legate de sex
- Focalizarea asupra informatiilor de calitate despre sexualitate

4. DISFUNCTIA ORGASMICA – TERAPIE RELATIONALA

- Opreste presiunea exercitata de partener
- Regaseste afectiunea
- Creste intimitatea emotionala
- Creste atingerile efective
- Incredere + respect
- Central = dinamica cuplului
- comunicare

4. DISFUNCTIA ORGASMICA – TERAPIE PSIHOSEXUALA

- Masturbare directionata
 - 80% obtin orgasm in timpul masturbarii
 - 20-60% obtin orgasm prin act sexual coital
 - ! Invata cum sa sa stimuleze, invata sa elimite teama de descatusare

4. DISFUNCTIA DUREROASA – DISPAREUNIA SI VAGINISM

- DISPAREUNIA = durere persistenta sau recurenta ce apare la incercarea/penetrarea completa.
- VAGINISM = dificultate permanente/recurenta a femeii de a permite penetrarea vaginala cu deget, penis sau orice obiect in ciuda dorintei femeii de a o face.

Asociat: anticipare fobica, evitare, teama de durere, contractie involuntara a musculaturii pelvine.

4. DISFUNCTIA DUREROASA – DISPAREUNIA si VAGINISM

Grad I	spasmul m. ridicator anal dispare la linistirea pacientei
Grad II	spasm m. ridicator anal, ce persista la ex.ginecologic/urologic/proctologic
Grad III	spasm m. ridicator anal si tensiunea feselor la orice tentativa de examinare
Grad IV	excitare neurovegetativa usoara, spasm m. ridicator anal, arcuire dorsala, adductia coapselor, retractie si protejarea perineului
Grad V	refuzul examinarii ginecologice

CARACTERISTICI

TENSIUNE MUSCULARA	Localizata superficial Sfinctre vaginal Planseul pelvin Adductori Extindere in tot corpul
DURERE	Superficial- introitul vaginal Vulvovestibular/perineal Limitata la atingere Durata dupa atingere Activitati sexuale/nonsexuale Sedere, mers pe bicicleta, lenjerie stramta
TEAMA	De durere/de act sexual
MODIFICARI COMPORTAMENT	evitant

PREVALENTA

Dispareunia

- 12-15% din femeile active sexual coital
- 45.3% in postmenopauza

Vaginism

- 0.5-1% femeile fertile

ETIOLOGIE DISPAREUNIE

- BIOLOGIC

Dispareunie superficiala

- infectii: vulvite, vestibulite, vaginite, cistite
- inflamatii: supraexpresie celule mastocitare
- hormonal; vulvovaginita atrofica hipo E
- anamotic: himen fibros, agenezie vaginala
- muscular: hiperactivitate I/II m.ridicator anal
- postchirurgie genitla/perineala
- veurologic
- vascular

ETIOLOGIE DISPAREUNIE

- BIOLOGIC

Dispareunie profunda

- endometrioza
- boala inflamatorie pelvina
- varicocel pelvin
- durere pelvina cronica
- radioterapie pelvina,endoveginala

ETIOLOGIE DISPAREUNIE

- PSIHOSEXUAL
 - comorbiditate cu disfuncție dorință, excitare, vaginism
 - abuz sexual antecedent
 - disfuncții de afectivitate: depresie, anxietate
 - catastrofism
- CONTEXTUAL
 - lipsa intimității emotionale
 - preludiu inadecvat
 - conflicte în cuplu
 - compatibilitate anatomică proastă
 - Insatisfacție sexuală cu excitare inadecvată

ANAMNEZA

- Ati avut durere la contact de la inceputul vietii sexuale?
 - DA = vaginism usor/moderat
= libido mult diminuat lifelong
- Daca este dobandita, sineti minte contextul aparitiei durerii?
- Unde doare?
 - La nivelul introitului = vaginism uspr, preludiu prost, distrofie vulvara, VV, episiorafie, colpo/perineorafie
 - Mijlocul vaginului = mialgia m. ridicator anal
 - Profund = endometrioza, boala inflamatorie pelvina, chirurgie.

ANAMNEZA

- Cand simtiti durere?
 - Inainte de contact = vaginism, VV
 - In timpul contactului =
 - Dupa contact = leziunea mucoasei vaginale in timpul contactului, (VV, lubrefriere insuficienta, contractie defensiva musculatura pelvina
- Aveti alte simptome de insotire?
 - Uscaciune vaginala = dispareunie (E2/preludiu)
 - Clitoralgie, vulvodinie, hipertornie musculatura pelvina
 - Cistita postcoitala – debut viata sexuala, hipoE
 - Hipertonie planseul pelvin

ANAMNEZA

- Prurit vulvar, uscaciune vulvara, arsura vulvara ?
Lichen vulvar
- Intensitatea durerii?

Ideal completarea unui JURNAL

- Zilnic, cu debut dupa menstruatie
- Durerea scala 0-10 (alb-negru)
- Urmarire zilnica pe 24 de ore

EVALUARE CLINICA - dispareunie

- Harta durerii
- Troficitate musculatura pelvina
- Ph vaginal, aspect mucoasa vaginala
- Semne de inflamatie (VV)
- Sd. Dureros asociat: urogenital/rectal
- F.psihosexuali
- F.relationali
- F. hormonal

TRATAMENT

- MEDICAL

Etiologie inflamatorii:

1. Modulare hiperactivitate celulelor mastice: AMITRIPTILINA/gel local
ALIAMIDE
2. Reducerea agonsitilor celulari:
vaginite recurente candidozice/Gardenella
microabraziuni
alergeni/irinatnti chimici
agenti fizici

Etiologie musculara

1. Automasaj/streching al m. ridicador anal
2. Biofeedback electromiografic
3. Toxina botulinica tip A

Sarcina si
sexualitatea,



?

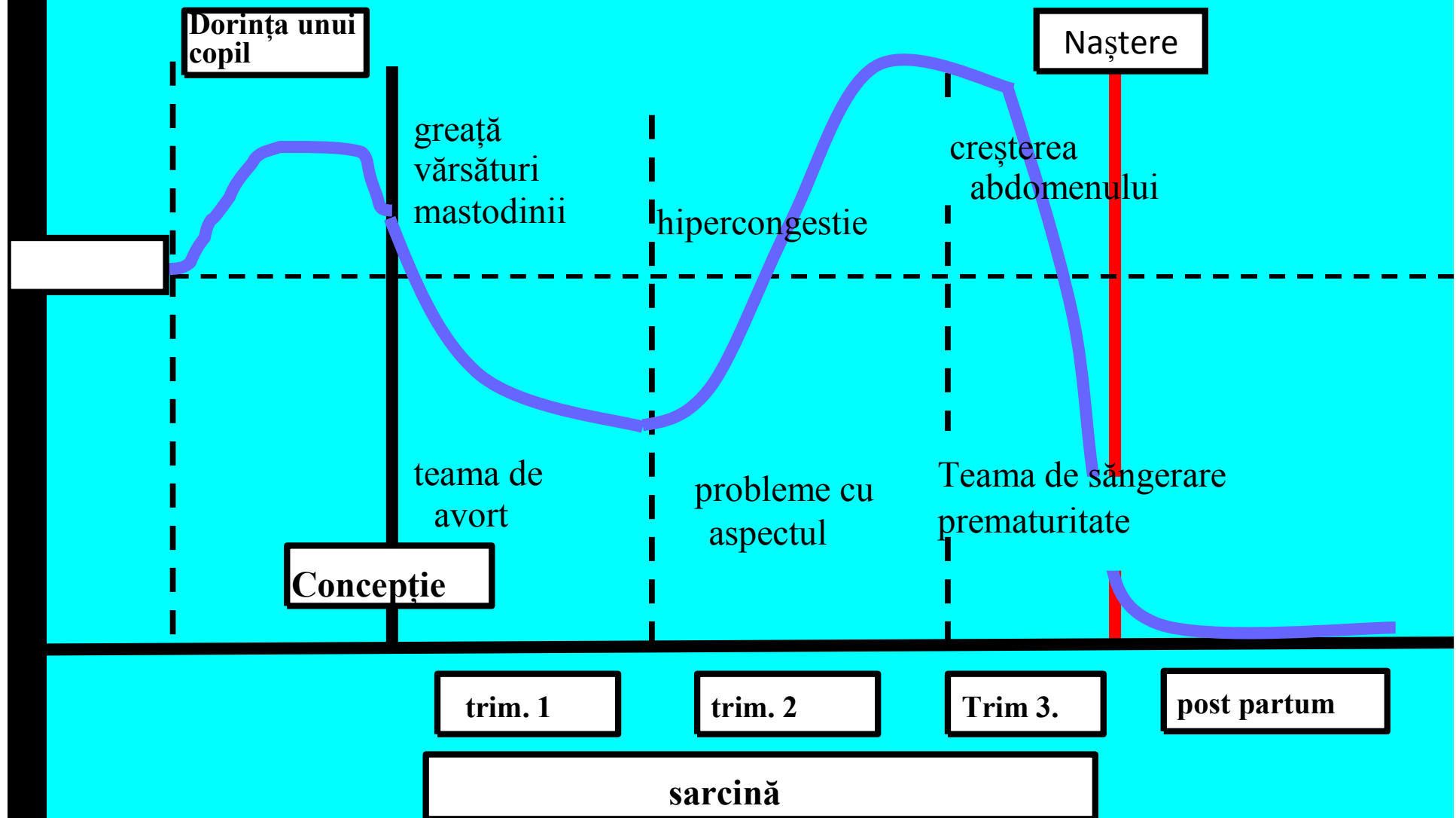


Sarcina poate genera modificari

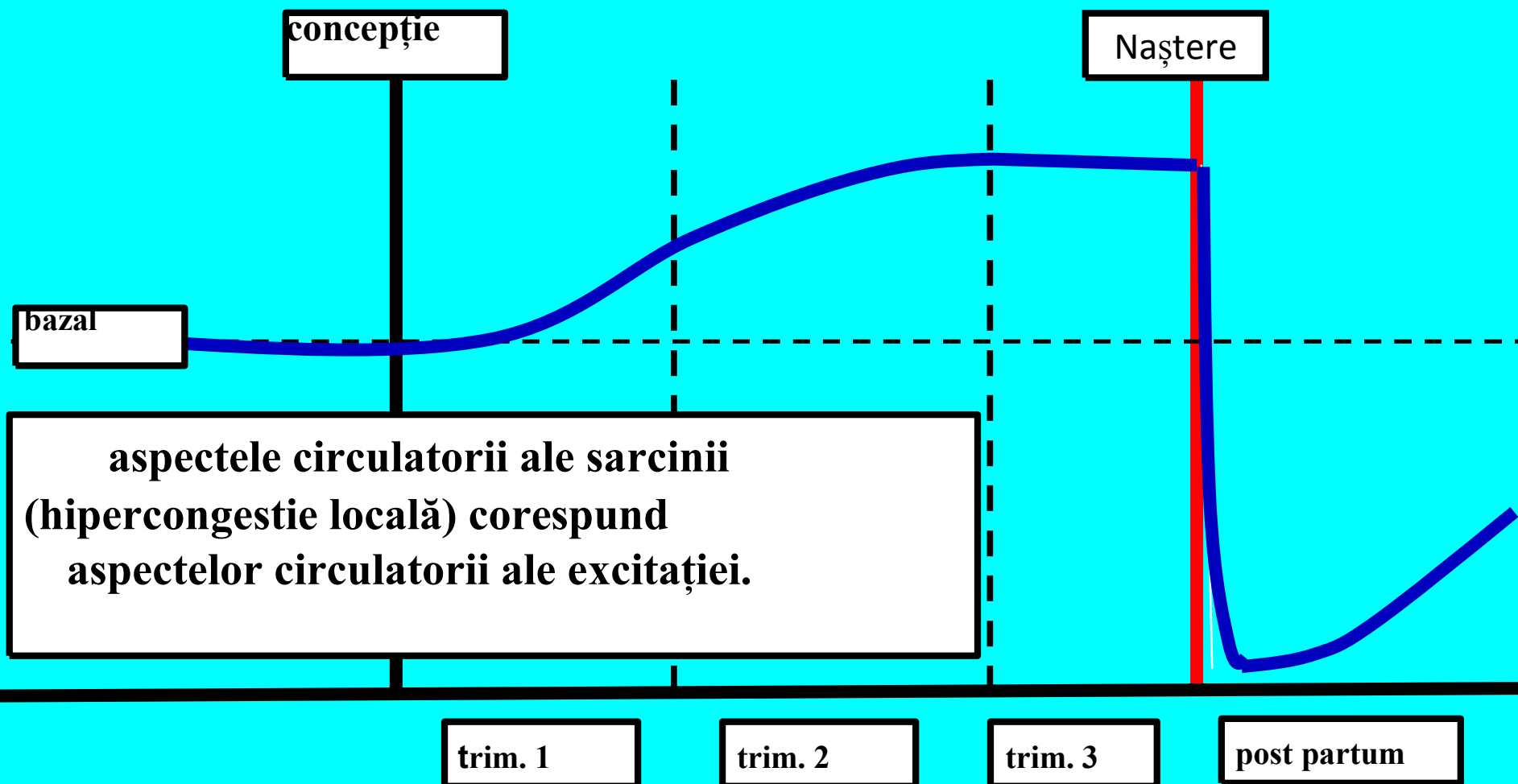
- ♥ fizice / fiziologice
- ♥ psihologice
- ♥ ale relației
- ♥ partenerului
- ♥ existentiale
- ♥ consecințe pe termen lung



Dorința sexuală



Excitația genitală



- **Activitatea sexuala** ↓ trim. I, trim III (50%, 35-50%, 30%)
10% din femei abstenență sexuală
- **Activitate nongenitală** nemodificată trim I+II
declin trim. III – 3 ani postpartum
- **Vasocongestie** ↑ trim I + II, ↑ ↑ ↑ trim III
- **Interes sexual** nemodificat, declin sfârșitul trim. III
- **Orgasm** intensificat ! contracții uterine

SARCINA

Orgasm

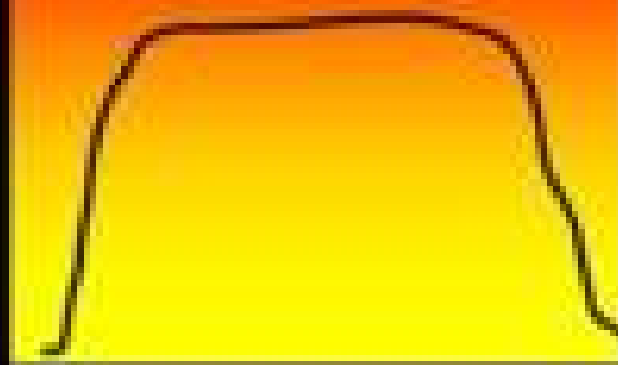
Orgasm itself changes

clonic contractions



Outside pregnancy
and till 3rd trimester

tonic contraction



In the last 4-6 wks
before delivery

- sangerare
- membrane rupte
- dilatație cervicală prematură
- placenta previa
- insuficiență placentară
- ± sarcină gemelară

? Trebuie să aibe grijă

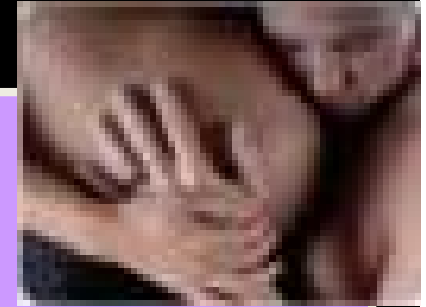
aspecte legate de partener

“bărbatul & sarcina”

- **acuze fizice**
- **modificări hormonale**
- **confuzie existențiale**
- **temeri și frici**
- **apetit sexual diminuat**



Acuze fizice



11-22% dintre bărbați au simptome ale sarcinii masculine

‘sd. Couvade sau ‘durerile prin simpatie’

- **Reluare activitate sexuală** **6-8 săpt.**
- **1 orgasm** **2-18 săpt.**
- **Satisfacție sexuală** **> 50% prezentă**
 18-20% parțial
 24-30% deloc

POSTPARTUM

- **Excitabilitate** ↓ 6-8 săpt./alăptare
- **Interes sexual** ↓ 3-4 luni
- **Responsivitatea** ↓ 6-12 luni 40-50% mame, 20% tați

POSTPARTUM

NEGATIV

- **Mame rigide, protectoare**
- **Alăptarea** **modificări hormonale: HPRL**
 rol nutrițional nu sexual
- **Depresia postpartum**
- **Factori biografici**
- **Factori economici** **spațiu locativ**
 intimitate
 asigurare venit
- **Epuizarea mamei**

POSTPARTUM

DORINȚA

Mesajul

“Totul este normal!”

Dorința de copil

naștere

Serati: Italy ♣

Sexul la 1 an
postpartum)

Mai bun 5%

La fel 83%

Mai rău 12%

bazal

Concepție

Infuența culturii!

Trim .1

trim. 2

trim. 3

post partum

