

# **Vulvodinia, dispareunia e contraccezione ormonale**

## Colpevole?

**F. Murina**

Primo Referente Servizio di Patologia Vulvare, Ospedale V. Buzzi, Università di Milano

Direttore Scientifico Associazione Italiana Vulvodinia

E' stato evidenziato come fattori ormonali correlati agli estrogeni ed al testosterone possono svolgere un ruolo rilevante nella vestibolodinia.

Le donne con vestibolodinia hanno una espressione significativamente ridotta di recettori estrogenici in sede vestibolare, ciò spiega la frequente osservazione un assottigliamento della mucosa vestibolare che appare più fragile e vulnerabile.

Il ruolo degli androgeni nella vestibolodinia è di recente introduzione ed appare molto interessante dal punto di vista concettuale.

Il tessuto vestibolare è di derivazione dal seno urogenitale, che è embriologicamente analogo alle ghiandole urogenitali del maschio.

Queste ghiandole esprimono un'alta concentrazione di recettori androgenici, che implicano come un'adeguata quantità di testosterone è essenziale per il mantenimento di un corretto trofismo tissutale.

Analogamente a quanto avviene per gli estrogeni, anche per gli androgeni è stato dimostrato come nelle donne con vestibolodinia, c'è una minor espressione recettoriale a livello vestibolare.

Uno studio clinico ha comparato 138 pazienti con vestibolodinia rispetto a 309 controlli, rilevando che le donne che avevano usato estro progestinici contraccettivi (E-P) erano 6.66 volte più a rischio di sviluppare una vestibolodinia rispetto a quelle non li avevano mai assunti ; inoltre se l'assunzione era avvenuta prima dei 16 anni, il rischio relativo raggiungeva le 9.3 volte, in particolare se l'uso era stato protratto dai 2 ai 4 anni.

Gli ormoni contenuti negli E-P agiscono negativamente nella vestibolodinia attraverso un meccanismo di down-regulation dei recettori estrogenici nel tessuto vulvo-vaginale. Questi, inoltre, modificano la quantità e la qualità del muco, rendendo più vulnerabile la mucosa vestibolare, che diventa maggiormente irritabile da parte delle secrezioni vaginali fisiologicamente ad un ph acido, tipico dell'età fertile della donna.

Test di valutazione sensitiva (soglia quantitativa di percezione termico-tattile) eseguiti in sede vestibolare, hanno evidenziato come nelle donne che assumono E-P vi sia una soglia di percezione tattile al dolore significativamente più bassa rispetto ai controlli, in particolare nella parte posteriore del vestibolo.

Queste evidenze suggeriscono come l'uso degli E-P può indurre un incremento della sensibilità della mucosa vestibolare in donne sane, contribuendo allo sviluppo di una vestibolodinia.

Analizzando la dose e la composizione degli E-P, si è evidenziato come non tutti i prodotti si comportano allo stesso modo nei confronti della vulvodinia. I preparati a basso contenuto estrogenico ( $\leq 20$  microg), sono tra gli E-P maggiormente imputati nel predisporre od aggravare una vulvodinia.

La mucosa vestibolare spesso subisce un fenomeno di assottigliamento legato ad uno scarso assorbimento estrogenico, che viene aggravato se la donna assume un E-P che apporta una ridotta dose di estrogeni.

Anche gli androgeni sono influenzati dagli E-P, il loro livello ematico è ridotto attraverso due differenti meccanismi: l'inibizione diretta della produzione ovarica, e l'incremento della sintesi epatica delle SHBG.

In conclusione la scelta degli E-P nelle pazienti con vestibolodinia non deve essere casuale, ma bisogna optare per prodotti con tasso di etinilestradiolo maggiore di 20  $\mu\text{g}$  e con progestinici differenti dal norgestimato o drospirenone, principi attivi più distanti dal testosterone.

### Riferimenti bibliografici

- Berglund AL, Nigaard L, Rylander E: Vulvar pain, sexual behavior, and genital infections in a young population: a pilot study. Acta Obst and Gynecol Scandinavica 81, 738-42; 2002
- Eva LJ, MacLean AB, Reid WM, Rolfe KJ, Perrett CW: Estrogen receptor expression in vulvar vestibulitis syndrome. Am J Obstet Gynecol 189(2):458-61; 2003
- Sutherland S et Al: Female sexual dysfunction to sexual pain: androgen influence on the pathophysiology of vulvar vestibulitis syndrome. ISSWSH Meeting Oct 28-31, Atlanta
- Bouchard C, Brisson J, Fortier M, Morin C and Biancohetta, C: Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: a case-control study, Am J Epidemiol 156:254-61; 2002
- Bohm-Starke N, Johannesson U, Hilliges M, Rylander E and Torebjork, E: Decreased mechanical pain threshold in the vestibular mucosa of women using oral contraceptives: a contributing factor if vulvar vestibulitis? J Reprod Med 49:888-92; 2004

<b>La semeiotica del dolore e le comorbidità associate</b>	<b>5</b>
Fisiopatologia e semeiologia della dispareunia e del vaginismo <i>A. Graziottin</i>	6
Le dermatosi quale causa di dolore vulvare <i>M. Preti</i>	11
La sfida terapeutica delle candidosi ricorrenti <i>F. Murina</i>	15
L'infezione da HPV: dalla prevenzione all'overtreatment <i>L. Mariani</i>	16
<b>Mastociti, infiammazione e comorbidità nel dolore sessuale femminile</b>	<b>19</b>
Il punto di vista del ginecologo <i>A. Graziottin</i>	20
Il punto di vista dell'urologo <i>D. Grassi</i>	21
Il punto di vista del gastroenterologo <i>V. Stanghellini</i>	23
<b>Aspetti relazionali e sociali del dolore sessuale femminile</b>	<b>25</b>
L'Associazione Italiana Vulvodinia <i>M. Puliatti</i>	26
L'Associazione Italiana Cistite Interstiziale <i>L. Nasta</i>	28
L'Associazione Italiana Endometriosi <i>J. Veit</i>	29
L'Associazione Nazionale Fibromialgia e Stanchezza Cronica <i>R. Romor</i>	30
<b>Implicazioni ostetriche del dolore sessuale femminile</b>	<b>33</b>
Il punto di vista del ginecologo <i>G. Radici</i>	34
Il punto di vista dell'ostetrica <i>M. Esposito</i>	36
Il punto di vista del sessuologo <i>N. Giovannini, A. Graziottin</i>	38
Il punto di vista del fisioterapista <i>A. Bortolami</i>	40
<b>Dolore sessuale femminile: comorbidità, diagnosi e terapia</b>	<b>43</b>
Endometriosi e dispareunia: diagnosi e terapia <i>P. Vercellini</i>	44
Sindrome della vescica dolorosa e dispareunia: diagnosi e terapia <i>M. Cervigni</i>	45
Il dolore vulvare: implicazioni neurologiche e muscolari <i>L. Bertolasi</i>	47
<b>Vulvodinia, dispareunia e contraccezione ormonale</b>	<b>49</b>
Innocente? <i>A. Graziottin</i>	50
Colpevole? <i>F. Murina</i>	51
<b>La vulvodinia: il dilemma del dolore "senza cause apparenti"</b>	<b>53</b>
Eziopatogenesi e semeiologia <i>A. Graziottin, F. Murina</i>	54
Le implicazioni psicosessuologiche <i>M. Puliatti</i>	56
Strategie terapeutiche <i>F. Murina, A. Graziottin</i>	60



Organizzato da:

**Associazione Italiana Vulvodinia O.N.L.U.S.**

**Fondazione Alessandra Graziottin  
per la cura del dolore nella donna**



# **Il dolore sessuale femminile e le comorbilità associate**

**- dai sintomi alla diagnosi e alla terapia -**

**venerdì **12** marzo 2010**

**MILANO - Museo della scienza e della tecnologia Leonardo da Vinci**

Con il patrocinio di:

A.G.E.O. Associazione Ginecologi Extra Ospedalieri

A.GI.CO. Associazione Ginecologi Consultoriali

F.I.O.G. Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia

S.I.G.O. Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

S.I.I.V. Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia

## **Abstract Book**