

Il dolore vulvare: implicazioni neurologiche e muscolari

L. Bertolasi

U.O. di Neurologia, Ambulatorio per i disturbi del movimento dell'età pediatrica, Policlinico G. B. Rossi, Università degli Studi di Verona

Il mantenimento della continenza urinaria e rettale, lo svuotamento urinario e rettale, le funzioni sessuali sono la conseguenza del corretto coordinamento tra attività della vescica urinaria e dei suoi sfinteri, del retto e dei suoi sfinteri e tra muscoli che costituiscono il piano perineale. Tali meccanismi dipendono direttamente dall'integrità di un complesso sistema di controllo neurale, che coinvolge vie nervose periferiche e centrali.

La complessità anatomo-fisiologica del piano pelvico e degli organi ad esso connessi, conferisce allo studio neurofisiologico un ruolo importante nella comprensione dei meccanismi che ne consentono il corretto funzionamento e nella rilevazione delle possibili alterazioni.

Lo studio neurofisiologico del pavimento pelvico si basa sulla rilevazione dell'attività elettrica generata dalle fibre muscolari striate in condizioni basali e durante attività volontaria e riflessa, sulla valutazione della velocità di conduzione della componente nervosa motoria e sensitiva dei muscoli che lo costituiscono e sull'analisi delle vie centrali oltre che sulla rilevazione dell'integrità della componente autonomica.

Elettromiografia

A differenza della restante muscolatura striata, i muscoli appartenenti alla linea mediana ed in particolare del piano pelvico presentano un'attività tonica a riposo caratterizzata dal reclutamento di poche unità motorie che scaricano a bassa frequenza. Nel soggetto sano, lo sforzo volontario incrementa il reclutamento fino a raggiungere l'interferenza mentre il ponzamento inibisce la scarica di ogni unità motoria realizzando il silenzio elettrico.

La rilevazione viene generalmente eseguita con elettrodo ad ago concentrico. L'indagine standard con ago concentrico consiste nell'introduzione dell'ago-elettrodo nel muscolo per rilevare l'attività dei potenziali di unità motoria a riposo e durante l'attività volontaria e riflessa. Questa metodica di studio consente una valutazione qualitativa e quantitativa dell'innervazione delle fibre muscolari, documentando quadri di denervazione acuta o cronica, totale o parziale, di reinervazione o quadri di iperattività muscolare.

Nelle situazioni caratterizzate da ipertono muscolare del piano pelvico, accanto ad un'attività tonica di base, il più delle volte ricca, coesiste una mancata inibizione del reclutamento durante il ponzamento.

VDC motoria del nervo pudendo

La determinazione del tempo di latenza del nervo pudendo è un'indagine facilmente eseguibile con il cosiddetto elettrodo del "St Mark's Hospital" in grado di valutare l'integrità funzionale della via motoria periferica. In alcuni pazienti con incontinenza si rilevano tempi di latenza molto lunghi e in soggetti con sequele chirurgiche o prolasso rettale completo si può dimostrare un'alterazione.

Riflessi sacrali

Elettrofisiologicamente i riflessi sacrali sono risposte riflesse dei muscoli perineali e pelvici in seguito a stimolazione elettrica della regione urogenitale. I due riflessi più comunemente evocati a livello sacrale sono il bulbocavernoso e il pudendo-anale. La branca afferente e quella efferente di entrambi i riflessi si collocano a livello del nervo pudendo e trovano un'integrazione centrale a livello di S2-S4.

Sono costituiti da due risposte, una più precoce (R1) e una più tardiva (R2).

La risposta R1 appare stimolo-dipendente e mostra una spiccata tendenza all'abitudine. Si ritiene che la risposta R1 sia mediata da circuiti oligosinaptici complessi.

La risposta R2, più tardiva, polisinaptica, è l'espressione del controllo soprasegmentale.

La valutazione dei riflessi sacrali da stimolo elettrico del nervo dorsale del pene o del clitoride, assume una notevole importanza nei pazienti con lesioni della cauda equina o del secondo motoneurone, sebbene il riscontro di una latenza normale del riflesso non possa escludere la possibilità di una lesione assonale nell'arco riflesso. Riflessi sacrali con latenze molto brevi possono suggerire la presenza di una tethered cord, ma sono stati descritti anche pazienti con lesioni soprasacrali che presentavano un riflesso diminuito in latenza.

Ma il corretto e fisiologico funzionamento dell'apparato muscolare pelvico è il risultato di un equilibrato controllo eccitatorio e inibitorio sulle vie finali ultime effettive. Così anche l'incrementata ampiezza delle risposte riflesse, in particolare della R2, documenta la presenza di un patologico ridotto controllo inibitorio che clinicamente si esprime con una eccessiva attività muscolare. Il vaginismo, caratterizzato da spasmi muscolari involontari, ne rappresenta il tipico esempio.

Penziali evocati somatosensitivi da stimolo del nervo pudendo.

I potenziali evocati somatosensitivi (PESS) del nervo pudendo si ottengono dalla stimolazione elettrica del nervo dorsale del pene o del clitoride, rispettivamente nell'uomo o nella donna mediante elettrodi ad anello o a placca penieni e la registrazione delle risposte evocate viene effettuata a livello lombare e corticale.

La registrazione dei PESS corticali del nervo pudendo, da stimolo elettrico del nervo dorsale del pene o del clitoride sembra essere una metodica utile nel monitoraggio intraoperatorio dei pazienti con lesioni del cono o della cauda equina, sottoposti ad intervento chirurgico.

Le risposte di origine corticale rappresentano anche il frutto di una integrazione ed elaborazione del segnale proveniente dalla periferia. Così come già descritto per gli arti inferiori, anche per i PESS da stimolo del nervo pudendo, la risposta corticale N50 può dimostrare una mancata inibizione, con la tecnica del doppio stimolo, in situazioni cliniche di iperattività muscolare a livello del pavimento pelvico come nel vaginismo.

| | |
|---|-----------|
| La semeiotica del dolore e le comorbilità associate | 5 |
| 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 |
| Mastociti, infiammazione e comorbilità nel dolore sessuale femminile | 19 |
| 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 |
| Aspetti relazionali e sociali del dolore sessuale femminile | 25 |
| 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 |
| Implicazioni ostetriche del dolore sessuale femminile | 33 |
| 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 |
| Dolore sessuale femminile: comorbilità, diagnosi e terapia | 43 |
| 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 |
| Vulvodinia, dispareunia e contraccezione ormonale | 49 |
| Innocente? <i>A. Graziottin</i> | 50 |
| Colpevole? <i>F. Murina</i> | 51 |
| La vulvodinia: il dilemma del dolore "senza cause apparenti" | 53 |
| 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 comorbidità 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.G.I.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