

Simposio su "Il ginecologo e le sindromi dolorose mestruali"
organizzato dalla "Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna – Onlus"

Modena, 29-31 marzo 2012

Semeiologia del dolore pelvico cronico

Maria Adele Giamberardino

Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti

Il dolore pelvico cronico (DPC), ovvero "dolore nei quadranti addominali inferiori presente da almeno 6 mesi, continuo o intermittente, non esclusivamente associato a mestruazioni, rapporti sessuali, gravidanza o processi neoplastici" ha una prevalenza del 17%-24% nella popolazione femminile adulta. Di difficile inquadramento fino ad un decennio fa, attualmente si ritiene dovuto ad una combinazione di condizioni algogene pelviche viscerali, neuropatiche e muscoloscheletriche.

DPC viscerale

I visceri della cavità pelvica appartengono agli apparati riproduttivo, digerente e urinario e le condizioni più frequentemente associate a DPC nei tre distretti sono: dismenorrea ed endometriosi; Sindrome del Colon Irritabile [IBS], e Cistite Interstiziale, spesso tra loro associate. Le caratteristiche semeiologiche del DPC viscerale includono dolore spontaneo e fenomeni di ipersensibilità viscerale e somatica. *Il dolore spontaneo*, tensivo o crampiforme, percepito nei quadranti addominali inferiori, talora irradiato all'inguine, alla parte superiore delle cosce ed alla zona sacrale, è spesso esacerbato in fase perimestruale negli anni fertili. *L'ipersensibilità viscerale*, frequentemente multiorgano (vagina, colon-retto, vescica), è rivelata da reazioni dolorose a stimoli fisiologici: rapporti sessuali, defecazione, distensione vescicale. *L'ipersensibilità somatica* è presente nei quadranti addominali inferiori, con abbassamento della soglia algogena a vari stimoli nel muscolo e nel sottocute, ma anche nella cute in casi estremi, fino alla allodinia, con percezione dolorosa per semplice sfioramento. Spesso riscontrabile è anche *l'iperalgia visceroviscerale*, una reciproca amplificazione di sintomi fra organi ad innervazione sensitiva parzialmente sovrapponibile (per esempio, colon e utero). E' il caso della coesistenza di IBS e dismenorrea, che porta ad aumento del dolore e dell'iperalgia riferita dall'intestino ad opera del processo algogeno uterino e del dolore mestruale e dell'iperalgia riferita dall'utero ad opera dell'IBS.

Il DPC viscerale si modifica nel tempo: le aree dolorose si espandono, la qualità del dolore diviene "simil-neuropatica" e l'ipersensibilità viscerale e somatica aumentano. L'iperalgia somatica in particolare si estende anche alle aree non spontaneamente dolenti, configurando un quadro di ipersensibilità generalizzata, espressione di sensibilizzazione centrale.

DPC neuropatico

Traumi chirurgici (laparotomia esplorativa o laparoscopia) ma anche non chirurgici (incidenti automobilistici, esercizio fisico) possono stirare o danneggiare il nervo ilioinguinale, ilioipogastrico o genitofemorale. Può risultarne una neuropatia dopo intervalli di tempo variabili (giorni, settimane o persino mesi), con dolore bruciante o lancinante, anche di elevatissima intensità nei quadranti addominali inferiori più o meno irradiato alla parte superiore delle cosce e dei genitali, che tende a cronicizzare. L'esame obiettivo estesiologico nell'area dolente può rivelare iper o ipoestesia.

Simposio su "Il ginecologo e le sindromi dolorose mestruali"
organizzato dalla "Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna – Onlus"

Modena, 29-31 marzo 2012

DPC muscoloscheletrico

Sindromi miofasciali (MPS) nei muscoli dell'area pelvi-perineale (otturatore interno, sfintere ed elevatore dell'ano, coccigeo, ma anche retto dell'addome, addominale laterale o medio gluteo) sono causa frequente di DPC muscoloscheletrico. La MPS è un complesso di sintomi sensitivi, motori e disautonomici causati da trigger point (TrPs). Il TrP, prevalentemente secondario a microtraumi, è un sito di iperirritabilità all'interno di una banda indurita e palpabile di muscolo; quando compresso è localmente dolorabile e, se sufficientemente ipersensibile, produce dolore, dolorabilità e fenomeni disautonomici in un'area distante (bersaglio) specifica per ogni singolo muscolo. La diagnosi di MPS è strettamente clinico-semeiologica, con identificazione della banda tramite palpazione snapping o pincer (se il muscolo è aggredibile da una o due direzioni rispettivamente), e del/dei trigger/s con pressione digitale al suo interno, una manovra che deve evocare dolore locale e a distanza, riproducendo la sintomatologia spontanea. Il DPC da MPS presenta alterazioni sensitive distrettuali, con soglia del dolore abbassata nel trigger e nel bersaglio, ma non in zone controllo non dolenti.

In sintesi

L'inquadramento semeiologico del DPC prevede la valutazione del dolore spontaneo ed evocato da stimoli fisiologici, della algosensibilità nelle aree dolenti e non dolenti, nonché dei trigger point miofasciali nei distretti affetti. Esami strumentali/laboratoristici mirati andranno prescritti secondariamente in caso di incertezza diagnostica.

Bibliografia essenziale

1. Butrick CW. Patients with chronic pelvic pain: endometriosis or interstitial cystitis/painful bladder syndrome? JSLS 2007; 11: 182-9.
2. Choung RS, Herrick LM, Locke GR 3rd, et al. Irritable bowel syndrome and chronic pelvic pain: a population-based study. J Clin Gastroenterol 2010; 44: 696-701.
3. Giamberardino MA, Costantini R, Affaitati G, et al. Viscero-visceral hyperalgesia: characterization in different clinical models. Pain 2010; 151: 307-22.
4. Graziottin A. Perception of chronic pelvic pain in women: predictors and clinical implications. Urologia 2008; 75: 67-72.
5. Labat JJ, Robert R, Delavierre D, et al. Anatomy and physiology of chronic pelvic and perineal pain. Prog Urol 2010; 20: 843-52.
6. Mense S, Simons DG & Russell IJ. Muscle Pain. Understanding its nature, diagnosis, and treatment, 385 pp. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
7. Sibert L, Rigaud J, Delavierre D, et al. Chronic pelvic pain: epidemiology and economic impact, Prog Urol 2010; 12: 872-85.