

**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'*iperalgesia viscero-viscerale*, 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'iperalgesia riferita dall'intestino ad opera del processo algogeno uterino e del dolore mestruale e dell'iperalgesia 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'iperalgesia 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.