La vulvodinia: il dilemma del dolore “senza cause apparenti”

Eziopatogenesi e semeiologia

A. Graziottin [1]***, F. Murina*** [2]

[1] Direttore del Centro di Ginecologia, H. San Raffaele Resnati, Milano

[2] Primo Referente Servizio di Patologia Vulvare, Ospedale V. Buzzi, Università di Milano. Direttore Scientifico Associazione Italiana Vulvodinia

Il termine **vulvodinìa** definisce la **sindrome dolorosa vulvare**. La vulvodinìa può essere **spontanea** o **provocata.**
Dal punto di vista **etiologico, la vulvodinìa** è in genere multifattoriale, ed è caratterizzata da:

1) **fattori predisponenti:**
   - ***biologici*, costituiti da una iper-reattività del mastocita,** probabilmente geneticamente determinata, a stimoli infiammatori infettivi, per esempio da candida, chimici, fisici, traumatici (incluso in microtrauma introitale durante la penetrazione in condizioni di secchezza vaginale e/o di ipertono dell'elevatore associato o meno a vaginismo)**; da iper-reattività del sistema muscolare locale con iperattività primaria (miogena),** che può associarsi a stipsi ostruttiva**, o acquisita; da iperreattività del sistema del dolore, periferico e centrale,** cui può concorrere una più alta ansia di tratto, costituzionale**;**
   - ***psicogeni,*** costituiti da traumi psichici, abusi fisici o sessuali**,** negletto affettivo, che attivano una risposta cronica da stress attraverso il "*corticotropin-releasing factor (CRF) signaling pathways", con alterazioni centrali e periferiche conseguenti* alla attivazione surrenalica e alla iperproduzione di glucocorticoidi che aumentano la vulnerabilità del sistema nervoso, immunitario e muscolare a noxae e stimoli algogeni esogeni and endogeni, nonché ad alterazioni del sonno;

2) **fattori precipitanti:**
   - ***biologici,*** costituiti da antibiotici, che possono scatenare un'infezione ricorrente da candida;
     rapporti sessuali, per le microabrasioni che possono indurre a livello della mucosa vestibolare, specie se già infiammata; traumi meccanici, anche sportivi (ciclismo o spinning); lesioni iatrogene, post-episiotomia; post laser-terapia, post-chemio o radioterapia pelvica; disendocrinie, quali il diabete con cattivo controllo glicemico e candida secondaria recidivante;
   - ***psicogeni,*** per traumi acuti sessuali (abusi), affettivi, emotivi;

3) **fattori di mantenimento:**
   - ***biologici e psicogeni,*** costituiti da persistenza di uno o più fattori predisponenti e/o precipitanti, per inadeguata diagnosi, omissione diagnostica, insufficiente terapia;

Dal punto di vista fisiopatologico

- **La vestibolite vulvare**, quadro clinico che ha un'etiologia di tipo infiammatorio, è caratterizzata da:
  - ***iperattività del mastocita***, che è il direttore d'orchestra di tutta la risposta flogistica locale. Esso libera nel tessuto fattori dell'infiammazione (citochine, sostanza P, tumor-necrosis-factor alpha; sostanze vasoattive) che promuovono il rossore e l'edema tessutale, il bruciore e il dolore; serotonina; fattori neurotrofici (Nerve Growth Factor) che stimolano la proliferazione delle fibre nervose del dolore; enzimi ad azione litica (triptasi ed eparanasi) che distruggono il connettivo del tessuto infiammato, assottigliando la mucosa e aumentando la vulnerabilità a "traumi" anche minimi, quali la penetrazione in condizione di secchezza vaginale e/o di spasmo delle fibre nervose;
  - ***iperattività delle fibre nervose del dolore***, A delta e C, che proliferano verso gli strati più superficiali della mucosa vestibolare. L'aumento di numero concorre all'*iperalgesia* mentre lo spostamento delle fibre nervose verso gli strati più superficiali della mucosa spiega il viraggio percettivo da stimolo tattile a dolore urente ("*allodinìa*"), in caso di contatto per visita ginecologica o con rapporto;
  - ***iperattività del muscolo elevatore dell'ano***, che può essere primaria ("miogena") presente in circa il 28% delle vestiboliti vulvari con dispareunia lifelong, o acquisita, quando la contrazione è difensivamente evocata dallo stato infiammatorio locale.

- La **vulvodinìa disestesica,** che include tutti i quadri in cui **il sintomo dolore non correla con alcun dato semeiologico apprezzabile alla visita ginecologica**, pur accuratissima. In questi casi la vulvodinìa è espressione di:
  - *dolore* ***neurologico***: da sindrome da intrappolamento del nervo pudendo, post chirurgica o post traumatica, dopo traumi sacro-coccigei, per compressione di una o più delle branche del pudendo provenienti da S2,S3,S4; da traumi acuti o cronici del medesimo, a livello vulvare, per esempio nel ciclismo; da sclerosi multipla, che abbia interessato il pudendo; da neuropatia periferica iatrogena, per esempio post-chemioterapia, post-radioterapia o post- laserterapia vulvare. Le evidenza anatomopatologiche dipendono

dalla patologia di base;

- *dolore **neuropatico***, in cui il viraggio da dolore nocicettivo si caratterizza per la riduzione/perdita dei segni almeno macroscopici dell'infiammazione e per la predominanza del sintomoalgico, che risulta generato lungo le vie e i centri del dolore. Dati recenti suggeriscono tuttavia che anche nel dolore neuropatico possa persistere una componente infiammatoria sottosoglia.

Dal punto di vista semeiologico

- La **vulvodinìa a genesi infiammatoria, la cosiddetta vestibolite vulvare**, è caratterizzata dai **segni tipici dell'infiammazione,** con prevalenza di variabile **rossore vestibolare, del dolore/bruciore**, specialmente alle h.5 e alle h.7, se si guardi l'entrata vaginale come un quadrante dell'orologio, e della lesione funzionale (dispareunia introitale). Edema e calore sono più frequenti nelle vestiboliti associate a infezione da candida. Il dolore può essere spontaneo o provocato dal contatto con il dito guantato o con un cotton fioc mosso in modo random sulla vulva e sull'introito vaginale, per valutare la "**mappa del dolore**". La quantizzazione va fatta per ciascun punto con **scala analogica da zero a dieci**. Il dato va registrato in cartella anche per monitorare nel tempo progressivi miglioramenti.
  Accanto a questi, è presente una variabile **contrazione dell'elevatore dell'ano** che può essere dolente o mialgico. La mialgia può essere localizzata o associarsi a fibromialgia sistemica. All'esame obiettivo è possibile visualizzare la contrazione del muscolo elevatore attraverso la **retrazione del centro tendineo del perineo**. Un'emorroide può essere più evidente, spesso alle ore 12 dello sfintere anale, in caso di comorbilità con stipsi ostruttiva. All'esplorazione, la contrazione del muscolo elevatore può essere evidenziata, alla palpazione alla sua inserzione sulla spina ischiatica bilateralmente, in forma di punto di **dolorabilità localizzata ("tender point**") o punto di **dolorabilità che si irradia** in forma non metamerica e/o verso la vulva e/o verso la pelvi ("**trigger point**"). Questa dolorabilità è in genere più accentuata alla pressione sulla spina ischiatica di sinistra, in circa il 70-75% dei casi, per asimmetrie nella contrazione del muscolo elevatore (spesso associate a problemi posturali).

- La **vulvodinìa disestesica** è per definizione **muta dal punto di vista dell'esame obiettivo**. Medici differenti possono tuttavia evidenziare segni di iperattività del muscolo elevatore, mialgia localizzata, o altri segni, in base all'accuratezza dell'esame e all'attenzione a possibili comorbilità.

Semeiologia: esame obiettivo in caso di comorbilità associate a vulvodinìa

- **Comorbilità con sindrome della vescica dolorosa** (dalle cistiti ricorrenti post-coitali alla cistite interstiziale): la palpazione può evidenziare dolorabilità in zona uretrale, e/o trigonale.
- **Comorbilità con endometriosi**: l'esame obiettivo può evidenziare placche endometriosiche a livello della parete vaginale posteriore, specie del fornice vaginale, e/o dolorabilità specifica alla messa in tensione dei ligamenti utero sacrali, suggestiva di una localizzazione pelvica di endometriosi profonda. In caso di dischezia (defecazione dolorosa, specie in coincidenza con il ciclo), la esplorazione rettale potrebbe evidenziare una o più placche endometriosiche. Eventuali retrazioni cicatriziali della parete del colon, conseguenti all'infiammazione cronica associata ai focolai endometriosi, sono meglio evidenziabili con clisma opaco.
- **Comorbilità con sindrome del colon irritabile (IBS Irritable Bowel Syndrome):** è obiettivabile l'iperattività del muscolo elevatore che può complicarsi con anismo in caso di IBS nella variabile **stipsi ostruttiva primaria** (lifelong**).** A livello addominale, la palpazione può evidenziare meteorismo, corda colica e variabile dolorabilità nella regione delle fosse iliache o delle flessure del colon.
- **Comorbilità con fibromialgia**: è obiettivabile la dolorabilità elettiva alla palpazione di alcuni o tutti i 18 punti tipici della sindrome fibromialgica.

Index

La semeiotica del dolore e le comorbilità associate 5

Fisiopatologia e semeiologia della dispareunia e del vaginismo
A. Graziottin 6

Le dermatosi quale causa di dolore vulvare
M. Preti 11

La sfida terapeutica delle candidosi ricorrenti
F. Murina 15

L'infezione da HPV: dalla prevenzione all'overtreatment
L. Mariani 16

Mastociti, infiammazione e comorbilità nel dolore sessuale femminile 19

Il punto di vista del ginecologo
A. Graziottin 20

Il punto di vista dell'urologo
D. Grassi 21

Il punto di vista del gastroenterologo
V. Stanghellini 23

Aspetti relazionali e sociali del dolore sessuale femminile 25

L'Associazione Italiana Vulvodinia
M. Puliatti 26

L'Associazione Italiana Cistite Interstiziale
L. Nasta 28

L'Associazione Italiana Endometriosi
J. Veit 29

L'Associazione Nazionale Fibromialgia e Stanchezza Cronica
R. Romor 30

Implicazioni ostetriche del dolore sessuale femminile 33

Il punto di vista del ginecologo
G. Radici 34

Il punto di vista dell'ostetrica
M. Esposito 36

Il punto di vista del sessuologo
N. Giovannini, A. Graziottin 38

Il punto di vista del fisioterapista
A. Bortolami 40

Dolore sessuale femminile: comorbilità, diagnosi e terapia 43

Endometriosi e dispareunia: diagnosi e terapia
P. Vercellini 44

Sindrome della vescica dolorosa e dispareunia: diagnosi e terapia
M. Cervigni 45

Il dolore vulvare: implicazioni neurologiche e muscolari
L. Bertolasi 47

Vulvodinia, dispareunia e contraccezione ormonale 49

Innocente?
A. Graziottin 50

Colpevole?
F. Murina 51

La vulvodinia: il dilemma del dolore "senza cause apparenti" 53

Eziopatogenesi e semeiologia
A. Graziottin, F. Murina 54

Le implicazioni psicosessuologiche
M. Puliatti 56

Strategie terapeutiche
F. Murina, A. Graziottin 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 -

venerdi**12**marzo2010

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