

DOLORE PELVICO NELL'ADOLESCENTE, QUANDO LA PRIMA SCELTA È CHIRURGICA

Mario G. Meroni

Direttore S.C. di Ostetricia e Ginecologia, A.O. Niguarda Cà Granda, Milano

INTRODUZIONE

Lo scopo di questa relazione è dare delle indicazioni al chirurgo sull'orientamento diagnostico-terapeutico nell'ambito delle patologie che più frequentemente causano dolore pelvico nell'adolescente, con particolare attenzione ai casi in cui l'approccio chirurgico risulta inevitabile. Con il termine "adolescenza" ci riferiamo al periodo della vita dell'individuo il cui inizio coincide con la comparsa dei primissimi segni di maturazione puberale e il cui termine va al di là della conclusione dello sviluppo del corpo. In termini di età anagrafica, secondo l'OMS, l'adolescenza comprende il periodo della vita compreso tra il decimo e il diciannovesimo anno.

Il dolore viene spesso descritto come "esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno". Nella realtà il sintomo "dolore" rappresenta la somma della parte sensoriale nocicettiva (ricezione e trasporto di stimoli potenzialmente lesivi per l'organismo al sistema nervoso centrale) e della parte cognitiva (rappresentata dallo stato psichico collegato alla percezione di una sensazione non piacevole).

La sensazione dolorosa è mediata da un sistema che si estende dalla periferia con i nocicettori, fino alla corteccia cerebrale, passando attraverso il corno posteriore del midollo spinale.

Il dolore pelvico in età pre-puberale è maggiormente correlato a patologie del tratto gastro-intestinale e dell'apparato urinario. Nell'adolescenza, invece, diventano preponderanti le patologie del tratto genitale.

Il dolore pelvico associato al ciclo mestruale (dismenorrea) è molto frequente in età adolescenziale e, per tale motivo, si può rischiare di sottovalutarne l'importanza, tralasciando l'esecuzione di indagini che potrebbero risultare indispensabili per una corretta diagnosi.

L'approccio medico e, soprattutto, ginecologico, alla paziente adolescente presenta una serie di difficoltà legate agli aspetti molto delicati tipici di tale periodo (maturità sessuale, contesto familiare e sociale, sessualità, ecc.). Pertanto, una corretta anamnesi può risultare difficile perché spesso la paziente è condizionata da ansia, sensi di colpa, paura, rifiuto, instabilità emotiva. Anche l'esame obiettivo presenta delle difficoltà e, soprattutto, alcune manovre della semeiotica classica (ad esempio esplorazione rettale, esame ginecologico bima-

nuale) vanno praticate tenendo conto della situazione anatomica della paziente e del suo stato emotivo.

DOLORE PELVICO NELL'ADOLESCENTE: EVIDENZE EPIDEMIOLOGICHE

La consultazione della letteratura riguardante il problema in esame ci offre numerosi spunti di riflessione, soprattutto sul come siano cambiate le abitudini, i bisogni e le percezioni delle adolescenti di oggi, se messe a confronto con le vecchie generazioni.

Da una recente *review*, pubblicata a settembre 2017, si evince che una percentuale compresa tra il 45 e il 95% delle donne in età riproduttiva soffrono di dismenorrea, molte delle quali in età adolescenziale (Bernardi et al 2017).

Circa il 33% delle donne riferiscono un dolore di tipo severo in corrispondenza del ciclo mestruale, tale da causare assenza dal lavoro o da scuola, andando ad influire sulla qualità di vita.

Un algoritmo sul management della dismenorrea prevede la distinzione tra dismenorrea primaria (possibilità di trattamento medico) e secondaria. Nel caso di dismenorrea secondaria a patologie il trattamento potrà essere sia medico che chirurgico a seconda del caso specifico.

Secondo uno studio MDOT (*Menstrual Disorder of Teenagers*) condotto in Australia e pubblicato nel 2010, il 93% delle adolescenti di età compresa tra i 14 e i 19 anni riferiscono dismenorrea (Parker et al 2010). Nel 21% dei casi, si tratta di una sintomatologia di tipo severo. La dismenorrea causa assenza da scuola nel 14-51% dei casi e influisce in maniera negativa sulle attività quotidiane e sul riposo notturno.

Nel 47-73% delle adolescenti con dismenorrea severa, che non rispondono a terapia medica, è stata diagnosticata patologia endometriotica. Nel passato si riteneva che l'endometriosi fosse una patologia dell'età adulta ma, negli ultimi anni, tale convinzione è stata abbandonata. Come sottolineato dall'*American College of Obstetricians and Gynecologists*, la diagnosi precoce di tale patologia può permettere di iniziare, quando possibile, la terapia medica o di intervenire chirurgicamente in casi selezionati anche in età adolescenziale. Tale atteggiamento può limitare la progressione della malattia ed evitare i problemi connessi alla fertilità di queste pazienti quando si troveranno ad affrontare il loro desiderio di maternità (ACOG 2005).

La comunità scientifica si propone di differenziare la patologia nelle varie fasi della vita della donna ma, per tale scopo, sono necessari ulteriori studi che mettano a confronto le caratteristiche cliniche e l'eventuale risposta alle terapie disponibili in età adolescenziale e in età adulta.

Secondo le linee guida pubblicate dal *National Institute for Health and Care*

Excellence, pubblicate a settembre 2017, si ritiene fondamentale, una volta posta la diagnosi, l'invio delle pazienti a centri di riferimento specializzati per valutare la necessità di una terapia medica e/o chirurgica (Kuznetsov et al 2017).

DIAGNOSI DEL DOLORE PELVICO NELL'ADOLESCENTE

Un protocollo diagnostico-terapeutico del *Royal College Obstetrics and Gynecology* prevede la raccolta di una corretta anamnesi, e l'utilizzo di una terapia medica, riservando la diagnosi o il trattamento laparoscopico alle pazienti che non mostrano miglioramento della sintomatologia con trattamento medico.

Tra le cause di dolore pelvico vanno menzionate anche possibili cause congenite, anatomiche, che diventano clinicamente evidenti dopo il menarca. Una di queste, correlata a difetti della fusione dei dotti di Müller, è rappresentata dall'**utero unicorne** (classe U4 secondo la classificazione ESHRE/ESGE) (Grimbizis et al 2013) con corno rudimentale non comunicante, cavitato, che causa dolore per accumulo del sangue mestruale nella cavità, senza possibilità di drenaggio esterno (Kuznetsov et al 2017). Tale evenienza, una volta posta la diagnosi, va corretta chirurgicamente.

Altra causa congenita di dolore pelvico che compare in corrispondenza del menarca è un'**alterazione dell'imene**, per cui tale struttura ricopre totalmente l'introito vaginale, in assenza di perforazioni che permettano la fuoriuscita del sangue mestruale, che quindi si accumula in vagina causando ematocolpo, ematometra e, ovviamente, amenorrea. Anche in tale caso la prima scelta terapeutica è la correzione chirurgica.

Le **neoformazioni ovariche** rappresentano uno dei motivi più frequenti di ricorso alla visita ginecologica, in alcuni casi su richiesta del medico di pronto soccorso o di medicina generale che si trovano spesso a dover fare una diagnosi differenziale tra le varie patologie che causano dolore pelvico.

Secondo un recente studio (2017) condotto presso l'Università di Ankara su 1009 pazienti di età compresa tra i 5 e i 18 anni, sottoposte a ecografia pelvica dopo accesso presso il pronto soccorso pediatrico per dolore pelvico, il picco di incidenza delle neoformazioni ovariche si stabilisce intorno ai 15 anni, dopo l'inizio dell'attività funzionale ovarica (Emeksiz et al 2017).

Tali formazioni di solito destano preoccupazione solo se di dimensioni superiori ai 5 cm o se mostrano caratteristiche atipiche all'indagine ecografica. Una delle più frequenti neoformazioni annessiali benigne diagnosticate in età adolescenziale è il "**teratoma ovarico**". Spesso la diagnosi è occasionale, ma sono causa di **torsione ovarica nel 15% dei casi** (Multani e Kives 2015).

Di norma, l'approccio chirurgico delle neoformazioni ovariche in età adolescenziale è riservato solo ai casi di cisti di grosse dimensioni, o che presentano un rapido accrescimento (rischio di torsione ovarica e/o annessiale) o caratteristiche

“sospette” con dosaggio dei marcatori ovarici positivo. Nella maggior parte dei casi, si interviene solo dopo aver valutato la risposta e la possibile remissione dopo terapia medica per almeno tre mesi.

Quando ci troviamo di fronte a un dolore acuto in una paziente adolescente, soprattutto se con sospetto di una neoformazione ovarica, paraovarica o tubarica, dobbiamo sempre fare i conti con la possibilità di una **torsione annessiale**. Tale patologia si presenta di solito con dolore pelvico, irradiato alla regione inguinale. Più frequentemente si tratta di torsione ovarica; solo in una bassa percentuale di casi, la diagnosi concorda con torsione isolata della salpinge.

L'annesso destro va incontro a torsione più frequentemente. In alcuni casi la sintomatologia include anche nausea e vomito. In caso di torsione annessiale, nella prima fase gli indici di flogosi possono risultare del tutto negativi o debolmente positivi, per poi subire un aumento significativo quando, a causa della necrosi, l'intervento non potrà più essere conservativo. Per tale motivo, la diagnosi deve essere quanto più precoce possibile. In tutti i casi di sospetto di torsione, la prima scelta è l'intervento chirurgico con accesso laparoscopico e trattamento conservativo.

Altra causa di dolore pelvico nell'adolescente è rappresentata dal **“corpo luteo emorragico”**, legato ad anomalie nel processo ovulatorio con formazione di cisti luteiniche che possono andare incontro a rottura e comparsa di emoperitoneo. L'intervento chirurgico non è sempre la prima scelta: lo specialista deciderà, caso per caso, se attendere o se intervenire, sulla base degli esami ematochimici e della sintomatologia clinica.

Da una recente *review* americana, pubblicata nel 2017, risulta evidente come negli ultimi anni si siano diffuse le **malattie sessualmente trasmesse** anche tra le adolescenti. I patogeni più frequentemente coinvolti sono la *Chlamydia trachomatis* e la *Neisseria gonorrhoeae* (Risser et al 2017). Tali patologie spesso non vengono riconosciute e, quindi, se non trattate, possono evolvere in **malattia infiammatoria pelvica**, uno dei principali fattori predisponenti a una **gravidanza ectopica nelle adolescenti** (Risser et al 2017).

Uno studio condotto presso l'Università di Medicina di Philadelphia mette in evidenza che circa il 9.7% delle gravidanze insorte in adolescenti è ectopica e, oltre alla patologia infiammatoria pelvica, altro fattore predisponente nelle adolescenti e non solo, risulta essere il fumo di sigaretta (Menon et al 2007; Vichnin 2008) (**Tab. 1**).

L'*American College of Obstetricians and Gynecologists* ha recentemente pubblicato le linee guida per la gestione della gravidanza tubarica, ribadendo la possibilità di utilizzare una terapia medica con methotrexate (ACOG 2018). In tutti i casi in cui tale terapia è controindicata, la scelta terapeutica è sicuramente chirurgica mediante tecnica laparoscopica. Sarà compito del

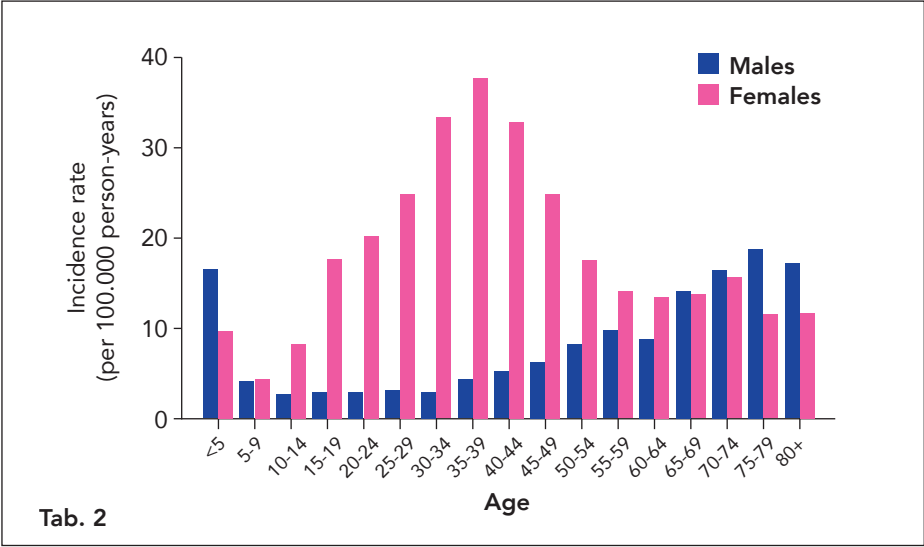
	Ectopic Pregnancy	Intrauterine Pregnancy	Spontaneous Abortion	Total
Adolescents	63 (9.7%)	172 (26.5%)	414 (63.8%)	649
Adults	446 (21.7%)	505 (24.4%)	1121 (53.9%)	2072

Pearson Chi-square test of association, *P*-value < 0.01

Tab. 1 - Breakdown of Diagnosis by Age

chirurgo valutare, caso per caso, la necessità di eseguire una salpingectomia o una salpingotomia conservativa.

Una delle patologie che, più frequentemente, entra in **diagnosi differenziale** con le patologie ginecologiche è l'**appendicite acuta** che, attualmente, resta la più frequente emergenza chirurgica addominale. Il picco massimo di incidenza si ha tra gli 11 e i 12 anni: nel 30% dei casi la punta dell'appendice si proietta nella pelvi, e quindi è giustificato il dolore pelvico. Non sempre la diagnosi di appendicite acuta risulta agevole. Si calcola che non sia infrequente il riscontro di falsi positivi in corso di laparoscopia per appendicite acuta (circa il 20% tra le adolescenti, ma con trend in aumento in età fertile) (**Tab. 2**).



CONCLUSIONI

Fondamentale per la scelta terapeutica e l'eventuale indicazione chirurgica è una corretta diagnosi. Dopo una accurata anamnesi ed esame obiettivo, la valutazione dello specialista passa attraverso l'utilizzo di indagini di primo e, se necessario, di secondo livello, per arrivare all'ultimo step che è rappresentato dalla tecnica laparoscopica, spesso utilizzata anche a scopo diagnostico.

L'approccio laparoscopico rappresenta attualmente il *gold standard* nel trattamento della patologia pelvica nell'adolescente.

Lo scopo del chirurgo è quello di utilizzare una tecnica minimamente invasiva e altamente conservativa, trattandosi di pazienti molto giovani, rispettandone sempre il potenziale riproduttivo, anche in situazioni di urgenza. A tale scopo è consigliabile utilizzare uno strumentario dalle dimensioni molto ridotte (es. ottiche da 5 mm, trocars da 5 e 3 mm).

È indispensabile in questi casi che il chirurgo abbia competenze sia diagnostiche che chirurgiche per poter gestire tali problematiche in età adolescenziale e poter compiere le scelte più giuste per la salute di queste pazienti.

Bibliografia

- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion. Number 310, April 2005. Endometriosis in adolescents. *Obstet Gynecol.* 2005 Apr;105(4):921-7.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin. Tubal Ectopic Pregnancy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 191, February 2018
- Bernardi M, Lazzeri L, Perelli F, Reis FM, Petraglia F. Dysmenorrhea and related disorders. *F1000Res.* 2017 Sep 5;6:1645. doi: 10.12688/f1000research.11682.1. eCollection 2017
- Emeksiz HC, Derinöz O, Akkoyun EB, Güçlü Pınarlı F, Bideci A. Age-Specific Frequencies and Characteristics of Ovarian Cysts in Children and Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2017 Mar 1;9(1):58-62. doi: 10.4274/jcrpe.3781. Epub 2016 Dec 30
- Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezo Sardo A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, Li TC, Tanos V, Brölmann H, Gianaroli L, Campo R. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Hum Reprod.* 2013 Aug;28(8):2032-44. doi: 10.1093/humrep/det098. Epub 2013 Jun 14.
- Kuznetsov L, Dworzynski K, Davies M, Overton C; Guideline Committee. Diagnosis and management of endometriosis: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2017 Sep 6;358:j3935. doi: 10.1136/bmj.j3935.
- Menon S, Sammel MD, Vichnin M, Barnhart KT. Risk factors for ectopic pregnancy: a comparison between adults and adolescent women. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007 Jun;20(3):181-5.
- Multani J, Kives S. Dermoid cysts in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2015 Oct;27(5):315-9. doi: 10.1097/GCO.0000000000000206
- Parker MA, Sneddon AE, Arbon P. The menstrual disorder of teenagers (MDOT) study: determining typical menstrual patterns and menstrual disturbance in a large population-based study of Australian teenagers. *BJOG.* 2010 Jan;117(2):185-92. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02407.x.
- Risser WL, Risser JM, Risser AL. Current perspectives in the USA on the diagnosis and treatment of pelvic inflammatory disease in adolescents. *Adolesc Health Med Ther.* 2017 Jun 27;8:87-94. doi: 10.2147/AHMT.S115535. eCollection 2017
- Vichnin M. Ectopic pregnancy in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008 Oct;20(5):475-8. doi: 10.1097/GCO.0b013e32830d0ce1

PATOLOGIE GINECOLOGICHE BENIGNE E DOLORE:



come scegliere
il meglio fra terapie
mediche
e chirurgiche

MILANO
25 MAGGIO 2018

ATTI E APPROFONDIMENTI DI FARMACOLOGIA

a cura di Alessandra Graziottin

8.00 - 8.45 Registrazione

8.45 - 9.00 Apertura dei lavori

Lettura magistrale

9.00 - 9.30

**L'adolescente con dolore ginecologico:
quando la prima scelta è la terapia medica**

Vincenzina Bruni (Firenze)

Introducono: Alessandra Graziottin (Milano)

e Vincenzo Stanghellini (Bologna)

**09.30
11.00**

Il dolore mestruale e pelvico nella donna giovane: la prospettiva chirurgica

Moderatori: Filippo Murina (Milano) e Rodolfo Siritto (Genova)

9.30-9.50

Neuroanatomia pelvica e implicazioni chirurgiche

Marcello Ceccaroni (Verona)

9.50-10.10

**Dolore pelvico nell'adolescente: quando la prima
scelta è chirurgica**

Mario Meroni (Milano)

10.10-10.30

I trigger anorettali del dolore pelvico

Aldo Infantino (Pordenone)

10.30-10.45

Discussione

10.45-11.00

Coffee Break

Lecture magistrali

**11.00
12.00**

11.00-11.30

Cervello viscerale e dolore: il ruolo dell'intestino

Vincenzo Stanghellini (Bologna)

Introducono: Alessandra Graziottin (Milano)

e Riccardo Torta (Torino)

11.30-12.00

Lettura magistrale

**Endometriosi: il punto sul dolore e gli errori
da non commettere**

Edgardo Somigliana (Milano)

Introducono: Vincenzina Bruni (Firenze) e

Mario Meroni (Milano)

**12.00
13.15**

Endometriosi e dolore: come scegliere fra terapia medica e terapia chirurgica

Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano) e Aldo Infantino (Pordenone)

12.00-12.20

**Strategie terapeutiche di nuova generazione
e protezione della fertilità**

Stefano Luisi (Siena)

12.20-12.40

**Prevenzione delle complicanze nella chirurgia
per endometriosi**

Marcello Ceccaroni (Verona)

12.40-13.00

**Endometriosi e sessualità, fra omissioni
diagnostiche e opportunità terapeutiche**
Alessandra Graziottin (Milano)

13.00-13.15

Discussione

13.15-14.00 Lunch

Lettura magistrale

14.00
14.30

14.00-14.30 Contraccezione estroprogestinica e sintomi mestruali: impatto sulla salute della donna
Franca Fruzzetti (Pisa)
 Introducono: *Alessandra Kustermann (Milano)*
 e *Stefano Luisi (Siena)*

14.30
15.40

Fibromi uterini: strategie di personalizzazione terapeutica

Moderatori: Franca Fruzzetti (Pisa) e Alessandra Graziottin (Milano)

14.30-14.50 Fibromi uterini e infertilità
Alessandro Fasciani (Genova)

14.50-15.10 Fibromatosi uterina: ruolo della miolisi in radiofrequenza
Rodolfo Sirito (Genova)

15.10-15.30 Fibromatosi uterina fra progetti di vita e bivi terapeutici
Alessandra Graziottin (Milano)

15.30-15.40 Discussione

15.40
18.00

Il dolore pelvico, vulvare e vaginale: prospettive terapeutiche

Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano), Filippo Murina (Milano) e Vincenzo Stanghellini (Bologna)

15.40-16.00 Dolore pelvico neuropatico, tra sistema nervoso centrale e cervello viscerale: quali terapie farmacologiche?
Riccardo Torta (Torino)

16.00-16.20 Dolore da candida, herpes e flogosi croniche vulvovaginali: dalla diagnosi ai protocolli terapeutici
Filippo Murina (Milano)

16.20-16.40 Dolore vulvo-vaginale, atrofia vulvo-vaginale e comorbidità sessuali, proctologiche, vescicali, sistemiche: terapie farmacologiche su indicazioni del Progetto Vu-Net
Alessandra Graziottin (Milano)

16.40-17.00 Dolore vulvare e disfunzione del pavimento pelvico: dalla semeiotica alle scelte fisioterapiche
Arianna Bortolami (Padova)

17.00-17.30 Discussione plenaria

17.30-18.00 Conclusioni
Alessandra Graziottin (Milano), Rodolfo Sirito (Genova) e Vincenzo Stanghellini (Bologna)

18.00 Test ECM

Prefazione e ringraziamenti	<i>Pag. 07</i>
Neuroanatomia pelvica e implicazioni chirurgiche	<i>Pag. 08</i>
Dolore pelvico nell'adolescente, quando la prima scelta è chirurgica	<i>Pag. 09</i>
I trigger anorettali del dolore pelvico	<i>Pag. 15</i>
Cervello viscerale e dolore: il ruolo dell'intestino	<i>Pag. 21</i>
Endometriosi: nuove strategie terapeutiche e fertilità	<i>Pag. 27</i>
Prevenzione delle complicanze nella chirurgia per endometriosi	<i>Pag. 34</i>
Contraccezione estroprogestinica e sintomi mestruali: impatto sulla salute della donna	<i>Pag. 35</i>
Miomi e fertilità	<i>Pag. 39</i>
Miolisi in radiofrequenza: ablazione mirata dei miomi per via transvaginale, isteroscopica e laparoscopica - In singolo o multi-accesso	<i>Pag. 47</i>
Fibromatosi uterina fra progetti di vita e bivi terapeutici	<i>Pag. 51</i>
Dolore da candida, herpes e flogosi croniche vulvovaginali: dalla diagnosi ai protocolli terapeutici	<i>Pag. 56</i>
Vu-Net: Dati preliminari del primo Progetto italiano per lo studio e la formazione medica sul dolore vulvare	<i>Pag. 60</i>
Endometriosi e sessualità, fra omissioni diagnostiche e opportunità terapeutiche	<i>Pag. 66</i>
Dolore vulvare e disfunzione del pavimento pelvico: dalla semeiotica alle scelte fisioterapiche	<i>Pag. 71</i>