

I TRIGGER ANORETTALI DEL DOLORE PELVICO

Aldo Infantino, Greta Giacomel, Erica Stocco

SOC Chirurgia Generale, AAS5-FVG, San Vito al Tagliamento (PN)

INTRODUZIONE

Il dolore pelvico è un sintomo caratterizzante una molteplicità di patologie funzionali e organiche; può risultare talmente invalidante da alterare la qualità di vita personale e di relazione, con alti costi sociali. Secondo i criteri di Roma III (Wald et al 2006), il dolore pelvico viene definito cronico quando, con aspetto costante o ciclico, perdura da oltre 6 mesi e frequentemente non risponde ai comuni analgesici. Nei diversi studi sono affetti dal dolore pelvico cronico dal 7% al 24% della popolazione (Chiarioni et al 2011).

Secondo una *review* sistematica del 2011, l'85% dei pazienti che si presenta dagli specialisti per dolore pelvico cronico mostra, dopo studi radiologici, colonscopia, visita chirurgica – proctologica e ginecologica –, l'assenza di una causa organica, rientrando tra le patologie funzionali (Chiarioni et al 2011). In tale definizione troviamo diverse patologie quali: la proctalgia cronica, distinta a sua volta nella sindrome dell'elevatore dell'ano e nel dolore pelvico da patologia funzionale ano-rettale non specificata, la proctalgia fugax, la coccigodinia e la sindrome del canale di Alcock (Bharucha e Lee 2016). In uno studio inglese degli anni Novanta venivano riconosciute nei pazienti con dolore pelvico prevalenze pari al 6.6% per la sindrome dell'elevatore dell'ano e all'8% per la proctalgia fugax (Drossman et al 1993). Ogni quadro può riconoscere dei tipici "trigger point".

COME IDENTIFICARE I TRIGGER ANORETTALI?

Il dolore pelvico acuto e cronico, secondario a infiammazione, ritrova diverse cause organiche che devono essere identificate già alla prima visita con un'attenta anamnesi, un esame obiettivo completo di esplorazione rettale ed anoscopia, e quando possibile con ausilio dell'ecografia transanale. Va sempre esclusa la presenza di una patologia maligna che ne possa mimare i sintomi.

Escluse le patologie minori ano-rettali – emorroidi, ascessi, fistole, ragadi, etc – in cui il cui dolore si presenta nella sede di sviluppo della patologia, ci concentriamo su quelle patologie pelvi-rettali in cui il dolore pone problemi diagnostici.

- **Il prollasso rettale**, può coinvolgere la parete del retto a tutto spessore oppure la sola mucosa, e può presentarsi fuori dall'ano o come un'intussuscezione (retto-anoale o retto-rettale) (Bartram 2010). Il prollasso può determinare un dolore dovuto dallo stiramento dei ligamenti utero-sacrali (DeLancey e Abbas Shobeiri 2010). In quest'ultimo caso il dolore può essere

accusato all'area lombare-glutea, a volte ricordando il dolore mestruale, o all'inguine per il coinvolgimento di un ramo terminale del nervo pudendo; altre volte il dolore è in sede ipogastrica e si risolve con la defecazione. Il dolore, solitamente assente in clinostatismo, si presenta in stazione eretta o dopo ponzamento. Durante la visita proctologica, non si evoca dolore alla sola esplorazione rettale, mentre in anoscopia la trazione del prolasso può risvegliarlo. Il paziente può riferire perdite ematiche o sierose, senso di ano umido, prurito, fino a vere e proprie dermatiti perianali, difficoltosa evacuazione e/o incontinenza anale di vario grado. Oltre all'esame obiettivo proctologico completo di anoscopia, lo studio di questi pazienti prevede l'esecuzione di un'ecografia transanale e translabiale, sia a riposo che in manovra di Valsalva, per evidenziare lesioni sia degli sfinteri striati che dello sfintere liscio. L'Rx defecografia (Fig. 1) e la RMN defecografia risultano utili nel fornire *imaging* relativi al prolasso (Bartram 2010).

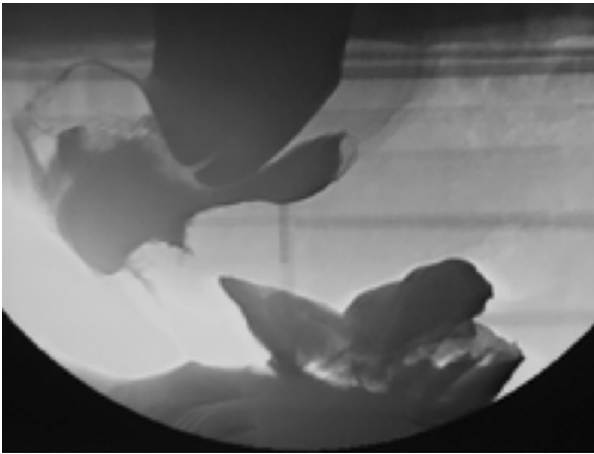


Fig. 1 - Immagine di Rx cisto-colpo-defecografia al ponzamento: evidenti l'abbassamento del piano perineale, il prolasso rettoanale, il peritoneocele, il cistocele con uretra ben posizionata.

- **Il dolore pelvico da patologia funzionale** è espressione di un gruppo di patologie eterogenee. La definizione di dolore cronico anorettale da proctalgia cronica si ha quando i criteri di Roma III (Wald et al 2006) siano soddisfatti. Il dolore qui ha sempre un carattere cronico o remittente, episodico, perdurando come dolore puro o come dolenzia diffusa della regione perineale per almeno 20 minuti e oltre (Chiarioni et al 2011) (**Tab. 1**).
- **La sindrome dell'elevatore dell'ano** è caratterizzata da dolore vago perineale e rettale che, se pur in assenza di una causa organica dimostrabile, risulta evocabile durante l'esplorazione rettale dalla palpazione del muscolo elevatore dell'ano (sinonimi: spasmo dell'elevatore, mialgia pelvica tensiva). La base fisiopatologica di questa sindrome non è ancora del tutto chiara: alcuni autori hanno suggerito uno spasmo o un'alterazione tensiva cronica del muscolo (Grimaud et al 1991), altri sostengono un'infiammazione del muscolo elevatore dell'ano o del proprio arco tendineo; la palpazione endoanale sinistra del muscolo elevatore dell'ano, laddove si inserisce all'ischio e al pube, risulta essere punto *trigger* (Park et al 2005). Entrambe

Patologie funzionali	Trigger point	Caratteristiche
Prolasso rettale e intussuscezione retto-rettale e retto-ale	Non dolore alla ER. Anoscopia: la trazione del prolasso può evocare il dolore accusato.	Dolore irradiato all'area lombare-glutea, in ipogastrio, all'inguine. Tipicamente assente in clinostatismo, esacerbato in stazione eretta o dopo ponzamento.
Sindrome del muscolo elevatore dell'ano	ER: Dolore alla palpazione o trazione dei mm elevatori dell'ano	Dolore retto-ale e perianale, spesso unilaterale, cronico, remittente, episodico, durata maggiore di 20'.
Proctalgia fugax	Dolore non evocato durante l'ER	Episodi ricorrenti, di breve durata (<20'), spesso notturno. Regressione spontanea completa.
Coccigodinia	ER: Dolore coccigeo e regione anatomica circostante	Dolore evocato da posizione seduta prolungata, da sollevamenti, piegamenti, rapporti sessuali, posizioni costrette. Possibile post traumatico.
Sindrome di Alcock	ER o EV: Digitopressione della spinta ischiatica evoca dolore vivo. Remissione del dolore con blocco del pudendo.	Dolore in territorio nervo pudendo, cronico, terebrante, urente, monolaterale, associato a parestesie e disestesie, irradiato al testicolo o alle grandi labbra. Sensazione di corpo estraneo in ano.

ER: esplorazione rettale; EV: esplorazione vaginale.

Tab. 1 - Principali quadri di dolore perineo-pelvico del compartimento posteriore.

le tesi risultano però ancora non confermate, la prima per l'assenza di dimostrazione obiettiva dello spasmo o dell'alterazione tensiva, la seconda per l'inefficacia nella somministrazione di steroidi locali. Durante l'esplorazione rettale l'esaminatore deve attendere qualche secondo dopo l'introduzione del dito esploratore prima di esercitare una trazione sull'elevatore per evitare falsi positivi. La ripetizione della trazione o della palpazione dell'elevatore causa il dolore. L'evocazione del dolore alla visita sembra essere un fattore predittivo della risposta clinica alla terapia che prevede il rilassamento muscolare come focus. Attualmente i trattamenti più efficaci prevedono l'utilizzo di mi Rilassanti (es. iniezione locale di tossina botulinica), stimolazione elettro galvanica, massaggio muscolare e *biofeedback*, con risultati migliori dopo *biofeedback* (87% vs 45% vs 22% rispettivamente dopo *biofeedback*, stimolazione elettrica e massaggio) (Bharucha e Lee 2016). Va posto l'accento come, in un'alta percentuale di pazienti affetti da proctalgia cronica, siano associate patologie ansioso-depressive e patologie stress-correlate, che in alcuni soggetti sono il fattore scatenante.

- La **proctalgia fugax**, a differenza della precedente, è caratterizzata da episodi ricorrenti di dolore tipicamente notturno, di breve durata (da pochi secondi fino a un massimo di 15-20 minuti), a rapida risoluzione completa spontanea, non correlati alla defecazione, con imprevedibilità nello sviluppo di un nuovo accesso doloroso. Tale sintomatologia è scatenata da diversi fattori: rapporti sessuali, stati d'ansia, alterazioni dell'alvo, periodo mestruale; non si riconosce però alcun punto *trigger* specifico (Jeyarajah e Purkayastha 2013). Il/la paziente durante la visita proctologica è completamente asintomatico/a all'esplorazione rettale. Per la risoluzione possono contribuire anche solo i cambi di posizione, semicupi caldi, la flessione delle gambe. Fondamentale nella tipizzazione di questi pazienti è la corretta raccolta dell'anamnesi.
- Nella **coccigodinia** il dolore è limitato al coccige e alla regione anatomica circostante (sacro, anoretto, perineo). Dati provenienti da uno studio retrospettivo identificano la coccigodinia in meno dell'1% dei pazienti con dolore pelvico posteriore (Andromanakos et al 2011). A evocare il dolore tipicamente è la posizione seduta prolungata (soprattutto su superfici dure), ma anche sollevamenti o piegamenti, rapporti sessuali o posizioni costrette per molto tempo. Fra le cause, traumi al coccige o traumi da parto. Obiettivamente il *trigger point* del dolore si riscontra nella palpazione o nella pressione sul coccige durante la visita. Può inoltre essere presente un anomalo movimento dell'articolazione sacro coccigea (Chiarioni et al 2011). Va differenziata la natura idiopatica da forme secondarie a traumatismi. Per la diagnosi possono essere di aiuto radiogrammi standard e dinamici, TC e RMN: più del 50% dei pazienti può mostrare segni di instabilità coccigea, un altro 15% speroni ossei anomali; RMN e TC servono ad escludere altre patologie organiche (Maigne et al 2000). Il trattamento iniziale della patologia prevede la rimozione dei fattori scatenanti; le terapie più efficaci si basano su massaggi e manipolazioni con associate infiltrazioni locali di corticosteroidi e anestetici locali; il trattamento chirurgico consiste nella coccigectomia parziale e va riservata quasi esclusivamente alle forme secondarie a traumatismi pur con risultati non soddisfacenti nel tempo (Infantino e Lauretta 2012).
- Nella **sindrome del canale di Alcock** il dolore è cronico; si presenta nell'area perineale, è frequentemente monolaterale, spesso accompagnato da sensazione di bruciore, intorpidimento o parestesie (Mazza et al 2004). Il dolore è legato al percorso del nervo pudendo; questo è a predominanza un nervo somatico che origina dalle radici S2-S4; attraversa il perineo nel canale di Alcock, dividendosi infine in tre branche (ramo perineale, ramo emorroidario inferiore, ramo clitorideo o penieno), fino a giungere al pene o al clitoride continuandosi nel nervo dorsale, mentre il ramo perineale ha una componente sensoriale e riceve stimoli dallo scroto o dalle grandi labbra, restando così coinvolto nella sensibilità del pene o del clitoride, ma non del canale anale. Nella sindrome di Alcock, sempre in assenza di patologie organiche o in assenza di possibili neuropatie secon-

darie che ne spieghino i sintomi (neuropatie erpetiche, neuropatie post irradiazione o in esiti di parto), il dolore caratteristico è scatenato dalla posizione seduta, frequentemente peggiora con l'andare in bicicletta e ha le caratteristiche di un dolore urente che spesso accompagna il dolore terebrante, talvolta anche con parestesie. Il dolore terebrante tipico di questa sindrome può presentare una localizzazione a tutte le strutture anatomiche innervate somaticamente dal nervo pudendo: testicolo negli uomini, grandi labbra nelle donne, sensazione di corpo estraneo, bruciore gluteo e dolore anale in entrambi i sessi (Infantino e Lauretta 2012). Per facilitare la diagnosi, di per sé difficile, di questa patologia, nel 2006 sono stati definiti dei criteri, detti criteri di Nantes: 1. Il dolore è nel territorio irradiato dal nervo pudendo; 2. Il dolore si accentua in posizione seduta; 3. Il dolore non fa svegliare durante la notte; 4. Il dolore non è associato a un deficit sensoriale superficiale del perineo, come avviene invece nelle vie del plesso sacrale o della cauda equina; 5. Diagnosi *ex adjvantibus* dopo infiltrazione del nervo pudendo con anestetico (Labat et al 2008). La negatività della risposta all'iniezione di anestetico locale, tuttavia, può essere fuorviante poiché l'iniezione potrebbe essere non sufficientemente precisa o effettuata distalmente anche quando la tecnica è TAC-guidata. Di conseguenza la diagnosi resta innanzitutto clinica, e il trattamento con il blocco del nervo risulta sia diagnostico (*ex adjvantibus*) che terapeutico, quando correttamente eseguito. La digitopressione della spina ischiatica scatena un dolore violento con la stessa lateralità riferita dal paziente all'anamnesi (Roche et al 2009). Lo studio elettromiografico rileva una latenza prolungata al motoneurone terminale del lato coinvolto, anche se il dato non è patognomonico. La decompressione chirurgica può essere l'ultima scelta di trattamento per alleviare il dolore in pazienti *non responder* al trattamento locale (Chiarioni et al 2011).

In diversi studi è stato evidenziato che i pazienti con dolore pelvico cronico possono presentare comorbidità psicosociali; ciò obbliga a un approccio terapeutico multidisciplinare, non solo chirurgico o proctologico, che preveda programmi riabilitativi psicologici e comportamentali (Chiarioni et al 2011).

CONCLUSIONI

Il dolore pelvico riconosce un'eziologia molto varia, includendo patologie anorettali (organiche, funzionali, neoplastiche), patologie urogenitali e patologie infiammatorie (IBS, IBD). Ogni patologia determina lo sviluppo di un dolore con caratteristiche, sintomi associati e *timing* specifici, con *trigger point* spesso caratteristici, di fondamentale aiuto nella diagnosi, spesso non facile. Un'attenta anamnesi del/la paziente, accompagnata da una completa visita specialistica può fornire un'indicazione diagnostica e terapeutica. Il supporto di indagini strumentali più complesse (ecografia transanale, RMN, defecografia) dev'essere utilizzato qualora vi sia la necessità di approfondire lo studio del quadro clinico per ottenere il miglior trattamento possibile per il paziente.

Bibliografia

- Andromanakos NP., Kouraklis G., Alkiviadis K. Chronic perineal pain: current pathophysiological aspects, diagnostic approaches and treatment. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2011; 23:2-7
- Bartram C.I. Imaging as key to understanding the causes of pelvic organ prolapse. Editors GA Santoro, AP Wiczorek, CI Bartram. Springer. 2010, pagg 385-403
- Bharucha A., Lee T.H. Anorectal and pelvic pain. *Mayo clinic proc.* 2016 October; 91 (10): 1471-1486
- Chiarioni G., Asteria C., Whitehead W.E. Chronic proctalgia and chronic pelvic pain syndromes: new etiologic insights and treatment options. *World J Gastroenterol* 2011 October 28; 17(40): 4447-4455
- DeLancey J.O.L., Abbas Shobeiri S. State of art pelvic floor anatomy. Editors: GA Santoro, AP Wiczorek, CI Bartram. Springer. 2010, pagg 3-14
- Drossman DA., Li z., Williams JB., et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, socio-demography and health impact. *Digestive Disease and Sciences*. 1993; 38 (9): 1569-1580
- Grimaud JC, Bouvier M, Naudy B, Guieu C, Salducci J. Manometric and radiologic investigations and biofeedback treatment of chronic idiopathic anal pain. *Dis Colon Rectum*. 1991; 34(8):690-695
- Jeyarajah S., Purkayastha S. Proctalgia fugax. *CAMJ*, 2013 March 19, 185 (5)
- Infantino A, Lauretta A. The Assessment of Pelvic Pain: the Role of the Coloproctologist; in *Pelvic floor disorders*, Editors GA Santoro, AP Wiczorek, CI Bartram. Springer. 2012, pagg 579-593
- Labat JJ., Riant T., Robert R., et al. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes Criteria). *Neurourol Urolyn* 2008; 27: 306-310
- Maigne JY, lagauche D., Doursounian L. Instability of the coccyx in coccydinia. *J Bone Joint Surg Br*, 2000; 82:1038-1041
- Mazza L., Formento E., Fonda G. Anorectal and perineal pain: new pathophysiological hypotesis. *Tech Coloproctol*. 2004, 8:77-83
- Park DH., Yoon SG., Kim KU., et al. Comparison study between electrogalvanic stimulation e local injection therapy in levator ani syndrome. *Int J Colorectal Dis*, 2005; 20:272-276
- Roche B., Robert-Yapj., Skala K., et al. Pudendal nerve compression syndrome. *Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale*. 2009; 20: 172-179
- Wald A., Bharucha AE., Enck P., et al. Functional anorectal disorders. 3rd ed. Drossman DA , et al ., editors. Roma III: The functional gastrointestinal disorders. McLean: Degnon associates, 2006: 639-685

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

Letture magistrali

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

Letture 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 **Letture magistrali**
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

Letture 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>