

Semeiotica del dolore in gravidanza

Valeria Dubini
Direttore SC ASF 10 - Firenze

Il dolore, e in particolare il **dolore pelvico (Pregnancy-related Pelvic Girdle Pain, PPGP)**, è in gravidanza un sintomo molto frequente.

I fattori della gravidanza che favoriscono la comparsa di questa sintomatologia sono molteplici e comprendono, da una parte, gli **imponenti cambiamenti dei livelli ormonali**, con conseguente rilassamento muscolare e imbibizione dei ligamenti e dell'apparato di sostegno; e, dall'altra, la **crescita dell'utero con la conseguente compressione degli organi viciniori, comprese le strutture nervose e vascolari**.

Anche la **postura**, che si altera nel tentativo di riequilibrare la **crescita addominale e l'aumento ponderale**, ha un ruolo non secondario nella comparsa del dolore.

Tutti i fattori di rischio per dolore pelvico, **preesistenti alla gravidanza**, possono andare incontro a peggioramento a causa del sommarsi di fattori specifici legati alla **condizione gravidica**:

- **obesità**
- **disturbi delle articolazioni e altri fattori biomeccanici**
- **attività lavorative usuranti**
- **scarsa attitudine all'attività fisica**
- **età avanzata o molto giovane**
- **multiparità**
- **presenza di fibromi o cisti ovariche**
- **basso livello socioeconomico**
- **fumo**
- **storia di cistiti ricorrenti o infezioni del tratto genito-urinario**
- **colite o stipsi**
- **calcolosi renale**
- **fibromialgia**
- **storia di dolore pelvico cronico**

sono tutte condizioni che possono ripresentarsi e aggravarsi nel corso della gravidanza.

Infine, non sono da sottovalutare i **fattori ostetrici specifici** che possono costituire un rischio per la comparsa e la persistenza del sintomo "dolore":

- **gravidanze multiple**
- **macrosomia fetale**
- **malposizioni e/o presentazioni anomale**

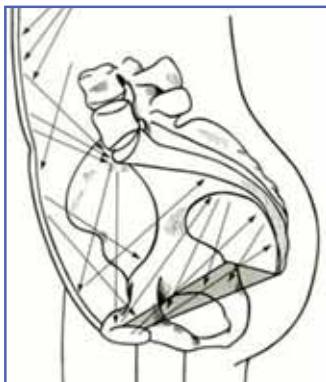
- presenza di pregresse cicatrici sull'utero
- carenza di oligoelementi o di sostanze che fanno parte del meccanismo della contrattilità muscolare

entrano infatti potentemente in gioco, e talvolta è il dolore stesso che può rappresentare una guida nell'interpretazione della problematica ostetrica.

Da tutte queste considerazioni si può comprendere come sia importante mettersi **in ascolto** quando una donna riporta un dolore in corso di gravidanza: in realtà, come spesso accade di fronte a un sintomo così soggettivo e sfumato, c'è un rischio non infrequente di una **sottovalutazione** e comunque di una mancata presa in carico da parte dei sanitari, che etichettano il sintomo come psicosomatico o come comunque "normale" in considerazione della situazione gravidica.

La realtà è che la cultura ostetrica intorno a queste **tematiche è certamente deficitaria** e, una volta escluse le cause di rischio immediato, per le altre condizioni diviene difficile una più approfondita definizione.

E' invece essenziale cercare di individuare nel modo più possibile preciso la **localizzazione del dolore** e la sua origine, tenendo anche conto della possibilità di **dolori riflessi**: è inoltre essenziale un approccio multidisciplinare a un sintomo come questo, che spesso trae origine da più fattori che tra loro si intrecciano e spesso si potenziano.



La crescita uterina determina la compressione degli organi e delle strutture addominali con forze che si esprimono in diverse direzioni

Il dolore del primo trimestre

Nel primo trimestre è importante distinguere il dolore legato a fattori importanti come **aborto o gravidanza extrauterina (GEU)**, generalmente accompagnati comunque da perdite ematiche.

Escluse queste situazioni, che devono essere diagnosticate attraverso il **rilievo clinico, semeiotico** (si pensi al **caratteristico dolore evocato nel Douglas in caso di GEU**) ed **ecografico**, il dolore più frequente del primo trimestre è determinato dall'iniziale crescita uterina con compressione degli

organi più vicini, che devono adattarsi alla nuova situazione: non sono infrequentî infatti, in questa epoca, la sensazione di “**tenderness**” uterina, la stipsi, i disturbi urinari.

Anche qui la storia clinica, l’ascolto della sintomatologia e la semeiotica ci indirizzeranno verso la causa.

Il dolore nel secondo e terzo trimestre

In questo periodo della gravidanza devono essere escluse **situazioni ad alto rischio** come **distacco di placenta, torsioni di cisti, pancreatite acuta, rottura di utero, emoperitoneo determinato da rottura di vasi anomali, appendicopatia acuta**, che costituiscono vere emergenze e si manifestano con quadri riconoscibili come addome acuto, con segni diffusi di sofferenza e Bloomberg positivo.

Con il **distacco di placenta** coesiste nella gran parte di casi, anche se non sempre, un’abbondante perdita ematica.

Infine nella **rottura d’utero**, che non avviene solo in fase di travaglio, può essere presente sanguinamento vaginale e la dolorabilità è più spesso riferita a livello della parte bassa dell’utero (istmo), con accentuazione alla palpazione superficiale e profonda.

Si deve inoltre riconoscere e definire l’insorgenza di **attività contrattile** che può preludere a un parto pretermine, e per questo necessita di un’assistenza ostetrica intensiva.

In questi casi con una mano appoggiata sull’utero gravido saremo in grado di riconoscerne l’indurimento e valutarne la durata. La presenza di **perdite di sangue e muco, la ritmicità del dolore, la visita ostetrica e talvolta la tocografia**, possono completare il quadro diagnostico.

Nell’ambito delle possibili patologie croniche ed acute che possono insorgere in quest’epoca ricorderemo le più comuni per apparato.

Apparato scheletrico

Le più frequenti cause di dolore in quest’epoca sono legate al **sovracca-rico sull’apparato scheletrico e alla compressione sulle radici nervose**, e vanno dalle **lombosciatalgie al dolore coxarticolare**, con quadri che possono arrivare a rendere difficile la deambulazione, ridurre la possibilità di movimenti articolari e costringere la donna a un’immobilità forzata che può compromettere l’andamento della gravidanza specie nelle epoche più avanzate.

Non si deve dimenticare la possibilità di **microfratture**, specie a livello del

collo del femore, delle vertebre lombari o sacrali, o delle costole: questo può accadere in soggetti particolarmente predisposti, a causa di una preesistente e spesso misconosciuta osteoporosi, e provocare danni gravi e persistenti a carico degli organi colpiti.

Queste situazioni andrebbero affrontate con un **team multidisciplinare**, e si dovrebbe sempre tenere conto della possibilità di un **dolore riferito**: una compressione della **radice dei nervi a livello lombare**, infatti, non raramente si presenta come dolore pelvico; per tutte le altre condizioni sarà necessario valutare i punti in cui si manifesta il dolore e i movimenti, attivi e passivi, che sono in grado di provocarlo.

Frequenti anche le **pubalgie**, per l'aumentata imbibizione di tutte le strutture tendinee e in particolare di quelle che riguardano la sinfisi pubica, e per la pressione esercitata dal feto e dalla parte presentata. Queste devono essere distinte dal dolore riflesso a partenza lombare, dove generalmente è possibile determinare dolore provocato sia alla pressione a livello delle vertebre lombari, lateralmente, sia chiedendo alla donna di effettuare alcuni movimenti.

Tipico del **dolore lombare** può essere inoltre il **segno dello scatto**, con percezione di un rumore di scatto durante la deambulazione: mentre il dolore dell'articolazione dell'anca si manifesta prevalentemente con l'acutizzazione durante la deambulazione o quando si salgano le scale. Può rendere inoltre difficile la rotazione e l'estensione dei singoli arti.

Nella **pubalgia** il dolore è invece terebrante e persistente, talora irradiato agli inguini, favorito dal mantenimento per lungo tempo della posizione seduta, risvegliabile con la pressione a livello della sinfisi pubica.

Si deve distinguere anche dal **dolore vescicale**, dove la dolenzia è concentrata al di sopra della sinfisi pubica, centralmente, e dove si può avere una differenza della dolorabilità a seconda del grado di replezione della vescica stessa. Inoltre le problematiche vesicali sono generalmente, anche se non sempre, accompagnate da disturbi urinari come **pollachiuria** (frequente comunque in gravidanza), **stranguria**, **ematuria**.

Tutti i **sintomi scheletrici** sono più accentuati in **donne con problematiche preeistenti** (donne con accentuazione della lordosi fisiologica o altre problematiche scheletriche, donne in sovrappeso, incidenti pregressi con fratture a livello del bacino o degli arti inferiori), e quindi questi sono elementi anamnestici fondamentali da tenere presenti nella definizione del disturbo.

Apparato urinario

Sono frequenti in tutte le fasi della gravidanza, ma specialmente nel 2° e 3° trimestre, le **coliche renali e il dolore vescicale, o cistite**.

Le **coliche renali** riconoscono raramente la presenza di calcolosi: più frequentemente si tratta di una **stasi urinaria a livello del bacinetto renale** determinata dalla distorsione dell'uretere a causa dell'accrescimento ute-rino.

La colica può presentare vari gradi di intensità ed è facilmente riconoscibile per la presenza di segno di Giordano positivo, che può anche essere bilaterale proprio per quanto detto in precedenza, irradiazione del dolore alla faccia interna della coscia, talora disuria e febbre. Inoltre si può riconoscere ecograficamente la presenza di una dilatazione del bacinetto renale posizionando la donna su un fianco e chiedendole di trattenere il respiro per meglio evidenziare la struttura renale.

I **disturbi vescicali** sono riconoscibili per la spiccata dolorabilità sovrapubica, la **difficoltà a svuotare la vescica (facilmente rilevabile ecograficamente)**, **stranguria, disuria, pollachiuria e talora ematuria**. Sono generalmente accompagnati da urino cultura positiva, spesso da E. Coli, anche se non è infrequente in gravidanza la presenza di una betteriuria asintomatica.

Questi sintomi sono spesso favoriti dalla presenza di **fibromi uterini** che, premendo sulla vescica, ne rendono difficoltoso lo svuotamento e favoriscono il ristagno di germi e le conseguenti infezioni.

A tutte queste condizioni è bene guardare con attenzione perché possono essere causa di aborto del 2° trimestre o parto pretermine, e necessitano dunque di adeguato trattamento nel più breve tempo possibile.

Apparato gastro-enterico

Tralasciando le frequentissime **gastralgie**, favorite talvolta anche da trattamenti farmacologici che si rendono necessari in gravidanza (ad esempio, terapia marziale), ricordiamo l'**ernia iatale favorita dalla gravidanza**, epoca nella quale spesso si presenta o comunque si slatentizza.

Spesso l'**ernia iatale** può provocare **dolore irradiato a livello pelvico**, specie nelle fasi finali della gravidanza: sarà però distinguibile per dolorabilità provocata a livello epigastrico e per la presenza di alcuni sintomi caratteristici come presenza di rigurgiti acidi, specie in alcune posizioni (sdraiati o "quando ci si lega le scarpe").

L'apparato intestinale è fortemente coinvolto in corso di gravidanza in quanto la crescita uterina ne determina una diffusa compressione, con frequenti **disturbi di tipo colitico e disturbi dell'alvo**. Inoltre il progesterone, che ha un'azione di spiccato rallentamento del transito, determina frequenti coliche d'aria che provocano dolorabilità anche spiccata.

Devono essere curati, soprattutto con l'alimentazione, i disturbi dell'alvo e ridotte le coliche d'aria, raccomandando di non mantenere a lungo la

stessa posizione: in effetti il movimento tende a risolvere questo tipo di dolore.

Si deve ricordare che è possibile andare incontro anche ad episodi di **appendicopatia acuta in gravidanza** che devono essere riconosciuti (segno di Bloomberg positivo) e risolti chirurgicamente nel più breve tempo possibile.

Un altro dolore possibile è riferito a **coliche biliari**, spesso favorite da precedenti patologie e dalla grande produzione di **estrogeni** che tendono ad aumentare la crescita di eventuali calcoli.

La classica **sindrome di Zieve (febbre, prurito, ittero)** non sempre è presente in gravidanza: una dolorabilità nel punto di Murphy ed eventuale accumulo biliare (prurito e ittero) potranno invece più facilmente orientarci.

Talvolta è possibile che questi calcoli, specie a seguito di trattamenti medici mirati alla loro riduzione, si frammentino e si indovino nel coledoco, dando coliche biliari anche importanti.

Sono queste situazioni ostetriche ad alto rischio che possono portare conseguenze anche molto gravi come **pancreatite acuta o parto pretermine**. Seppure sia possibile risolvere il quadro con trattamenti endoscopici, è sempre importante riconoscere patologie persistenti e seguire con attenzione queste situazioni, magari programmando il parto appena possibile per la maturità fetale.

Apparato genitale

Escluse le cause che richiedono trattamento in **urgenza (cisti ovariche torte, rottura d'utero, attività contrattile)**, cui si è già fatto cenno, la dolorabilità dell'apparato genitale interno è favorita dalla crescita uterina con la conseguente trazione esercitata sui propri ligamenti.

Caratteristiche sono la **dolorabilità e la trazione esercitata sul ligamento rotondo e sul ligamento largo**, che può determinarne anche la parziale disinserzione con quadro conseguente di addome acuto (raro). Più frequentemente queste trazioni si traducono in dolorabilità nella deambulazione o al passaggio rapido dalla situazione seduta a quella eretta.

Una causa frequente di dolore uterino è determinata dalla presenza di **fibromi**, spesso in fase di **necrosi o colliquazione** a causa dei fenomeni legati alla gravidanza: in questo caso il dolore si presenta **continuo e persistente nei punti di presenza del fibroma**. Difficilmente questo può comportare un'indicazione di rischio grave, anche se talvolta può innescare attività contrattile e dunque parto pretermine, o tutta una serie di sintomi da compressione (stipsi, globo vescicale) che necessitano di trattamenti

anche in emergenza.

Le contrazioni di **Braxton Hicks**, frequenti nel 2° e 3° trimestre, sono principalmente determinate dalla compressione esercitata dal feto sulla **muscolatura uterina**, dalla **disidratazione delle fibre uterine e dalla carenza di magnesio**, frequente in gravidanza, che favorisce l'ipercontrattilità delle fibre muscolari anche semplicemente in relazione ai movimenti: sono meno dolorose rispetto alle contrazioni del travaglio, saltuarie e irregolari, e non determinano modifiche della condizione ostetrica né perdite di muco o sangue.

Il dolore pelvico può essere determinato da tutte le cause precedenti, o da condizioni favorenti precedenti la gravidanza (**s. aderenziali, pregresso abuso o violenza**). Inoltre può essere determinato da problematiche vascolari a carico del plesso pampiniforme che, a causa della compressione e del rallentamento circolatorio, può andare incontro a varicocele pelvico, con conseguente dolore cronico persistente e senso di pesantezza.

Perineo

Il dolore a livello perineale riconosce come principale causa le **problematiche vascolari di natura varicosa** che possono coinvolgere la vulva (varici vulvarie) o il plesso emorroidario.

La compressione dovuta al peso del feto, la stipsi che talora accompagna la gravidanza, la tendenza varicosa, la vita sedentaria, l'attività lavorativa o lunghe ore trascorse in macchina sono i principali determinanti di questo fenomeno: non infrequente la comparsa di **flebiti** a questo livello, dato lo spostamento dell'assetto emocoagulativo in gravidanza verso un'ipercoagulabilità. In questo caso si rendono necessari trattamenti antitrombotici con eparina a basso peso molecolare fino alla risoluzione del problema.

Il **pavimento pelvico** deve comunque essere esplorato con attenzione per riconoscere altre patologie che possono risentirsi a questo livello: patologie urologiche o gastroenterologiche, ma anche vestiboliti e altre situazioni legate a condizioni organiche o anche psicologiche persistenti.

Bibliografia

Albert H, Godskesen M, Westergaard J. Prognosis in four syndromes of pregnancy related pelvic pain. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80 (6): 505-10

Bent S, Nallamothu BK, Simel DL, Fihn SD, Saint S. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? JAMA 2002 (22-5); 287: 2701-10

Noren L, Ostgaard S, Johansson G, Ostgaard HC. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. Eur Spine J 2002; 11 (3): 267-71

Ostgaard HC, Zetherstrom G, Roos-Hansson E. The posterior pelvic pain provocation test in

pregnant women. Eur Spine J 1994; 3 (5): 258-60

Savaris A, L.M. Teixeira B, T.G. Torres B Bladder tenderness as a physical sign for diagnosing cystitis in women International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 93, 256-257

Wigton RS, Hoellerich VL, Ornato JP, Leu V, Mazzotta LA, Cheng IH. Use of clinical findings in the diagnosis of urinary tract infection in women. Arch Intern Med 1985; 145: 2222-7

Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JM, van Dieën JH, Wuisman PI et al. Pregnancy related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. Eur Spine J 2004; 13 (7):575-89

*Alessandra Graziottin
e Claudio Crescini*

ATTI DEL CORSO ECM

DOLORE IN OSTETRICIA, SESSUALITÀ E DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

**Il ruolo del ginecologo
nella prevenzione
e nella cura**

MILANO, 6 GIUGNO 2014



**Fondazione Alessandra Graziottin
per la cura del dolore nella donna Onlus**
www.fondazionegraziottin.org

PROGRAMMA

08.00 - 08.45	Registrazione dei partecipanti
08.45 - 09.00	Introduzione e obiettivi del corso <i>Alessandra Graziottin</i> <i>Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano</i>
	<i>Claudio Crescini</i> <i>Direttore U.O. Ostetricia Ginecologia Ospedale di Treviglio (BG) - Direttore Dipartimento Materno Infantile Segretario Regionale AOGI Lombardia</i>
09.00 - 09.30	Lettura inaugurale Infiammazione e dolore in ostetricia. Implicazioni per la sessualità della donna e della coppia <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
09.30 - 11.20	SIMPOSIO: SEMEIOTICA DEL DOLORE IN GINECOLOGIA-OSTETRICIA <i>Moderatori: Walter Costantini, Claudio Crescini</i>
09.30 - 09.50	Semeiotica ginecologica in pre-gravidanza: sintomi e segni critici <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
09.50 - 10.10	Semeiotica del dolore in gravidanza <i>Valeria Dubini (Firenze)</i> <i>Direttore SC ASL 10 Firenze - Consigliere nazionale SIGO</i>
10.10 - 10.30	Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo <i>Claudio Crescini (Treviglio)</i>
10.30 - 10.50	Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica <i>Walter Costantini (Milano)</i> <i>Presidente del Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Milano</i>
10.50 - 11.20	Discussione
11.20 - 11.40	Coffee break
11.40 - 13.15	SIMPOSIO: BIOFILM E INFESIONI UROGENITALI IN GRAVIDANZA E PUEPERIO <i>Moderatori: Alessandra Graziottin, Filippo Murina</i>
11.40 - 12.00	Vaginiti e cistiti recidivanti: il binomio diabolico <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
12.00 - 12.20	Infesioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere <i>Filippo Murina (Milano)</i> <i>Responsabile Servizio di Patologia Vulvare Ospedale V. Buzzi-ICP-Università di Milano</i>
12.20 - 12.40	Aborto naturale, interruzione volontaria di gravidanza, dolore fisico ed emotivo: prevenzione e cura <i>Valeria Dubini (Firenze)</i>
12.40 - 13.00	Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio <i>Franco Vicariotto (Milano)</i> <i>Ospedale San Pio X, Milano</i>

13.00 - 13.15	Discussione
13.15 - 14.00	Pranzo
14.00 - 14.30	Lettura Integratori in ostetricia: prima, durante e dopo la gravidanza <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
14.30 - 16.30	SIMPOSIO: IL DOLORE ADDOMINALE E PELVICO NELLA DONNA <i>Moderatori: Franco Vicariotto, Giovanna Valentini</i>
14.30 - 14.50	Semeiotica del dolore vescicale: sintomi, segni e comorbilità <i>Andrea Salonia (Milano)</i> <i>UO Urologia sede, IRCCS Ospedale San Raffaele</i> <i>URL-Urological Research Institute,</i> <i>Istituto Scientifico San Raffaele</i>
14.50 - 15.10	Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotonico del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista <i>Arianna Bortolami (Padova)</i> <i>Fisioterapista - Consulente in Sessuologia</i>
15.10 - 15.30	Semeiotica del dolore in puerperio <i>Filippo Murina (Milano)</i>
15.30 - 15.50	Semeiotica e terapia del dolore in ostetricia: il ruolo dell'anestesiista <i>Giovanna Valentini (Milano)</i> <i>Anestesiista rianimatore, Istituto Auxologico Italiano</i>
15.50 - 16.10	Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione <i>Franco Vicariotto (Milano)</i>
16.10 - 16.30	Discussione
16.30 - 17.30	SIMPOSIO: RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO E CURA DEL DOLORE IN OSTETRICIA <i>Moderatori: Valeria Dubini, Arianna Bortolami, Andrea Salonia</i>
16.30 - 16.50	Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotonico: dal punto di vista della fisioterapista <i>Arianna Bortolami (Padova)</i>
16.50 - 17.10	Terapia della vulvodinia post partum <i>Filippo Murina (Milano)</i>
17.10 - 17.30	La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo <i>Giorgio Piubello (Verona)</i> <i>Specialista in Andrologia</i>
17.30 - 18.00	Discussione plenaria e Take Home Messages
18.00 - 18.30	Conclusioni e Valutazioni ECM <i>Alessandra Graziottin, Claudio Crescini</i>

INDICE

Infiammazione e dolore in ostetricia	pag. 05
Semeiotica ginecologica prima della gravidanza, con focus sul pavimento pelvico	pag. 15
Semeiotica del dolore in gravidanza	pag. 25
Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo	pag. 33
Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica/o	pag. 37
Cistiti e vaginiti recidivanti: il binomio diabolico Dalla fisiopatologia a strategie terapeutiche integrate	pag. 43
Infezioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere	pag. 55
Aborto naturale e interruzione volontaria di gravidanza	pag. 59
Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio	pag. 63
Integratori: prima, durante e dopo la gravidanza	pag. 67
Il dolore in ostetricia, sessualità e disfunzioni del pavimento pelvico - Cistiti interstiziali	pag. 81
Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotonico del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista	pag. 87
Semeiotica del dolore in puerperio	pag. 95
Analgesia per il travaglio di parto: il ruolo dell'anestesista	pag. 99
Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione	pag. 103
Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotonico: dal punto di vista della fisioterapista	pag. 107
Terapia della vulvodinia post partum	pag. 115
La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo	pag. 119