

Terapia della vulvodinia post partum

Filippo Murina

Responsabile Servizio di Patologia Vulvare Ospedale V. Buzzi-ICP-Università di Milano

Premessa

L'International Society for the Study of Vulvovaginal disease (ISSVD) definisce la vulvodinia come un disturbo vulvare spesso descritto come bruciore, dolore o dispareunia, in assenza di alterazioni obiettive visibili di un qualche rilievo o di specifici disturbi neurologici clinicamente identificabili, della durata di almeno 3 mesi (Haefner 2007).

Nella maggior parte delle pazienti (80% circa) il vestibolo vaginale è la sede dove è concentrato il bruciore: in questi casi si parla di **vestibolodinia provocata (VP)**, o **vestibolite vulvare**.

Le terminazioni libere del nervo pudendo hanno una fitta ramificazione nel vestibolo vaginale, in misura maggiore rispetto a quanto avviene nella vagina. Queste sono di fatto i recettori del dolore e si trovano subito al di sotto della mucosa, formando un intreccio di reti sensitive pronte a trasmettere gli stimoli sensitivi al midollo spinale.

La VP può essere considerata una sindrome da dolore neuropatico a genesi multifattoriale.

A 6 mesi dal parto sino al 25% delle donne possono lamentare una dispareunia persistente non presente prima della gravidanza (Kennedy 2009).

Obiettivo della presentazione

- Illustrare i meccanismi fisiopatologici responsabili del dolore e della dispareunia presenti nella VP post-parto.
- Fornire le linee guida per un approccio terapeutico della VP post-parto.

Risultati

La VP post-parto trova il suo determinismo nei seguenti meccanismi fisiopatologici coinvolgenti l'area vestibolare:

- ipoestrogenismo conseguente all'allattamento materno;
- coinvolgimento cicatriziale delle terminazioni nervose;
- attivazione dei nocicettori su base neuroinfiammatoria (attivazione mastocitaria).

Più meccanismi possono sovrapporsi in un processo sinergico che accentua il dolore vulvare.

Studi elettromiografici condotti sul pavimento pelvico delle donne con

dolore spontaneo mostrano differenze rispetto alle pazienti asintomatiche. In particolare, si riscontra un ipertono del pavimento pelvico nell'80-90% delle pazienti con vulvodinia (Glazer 1998).

Nel post-parto sovente si evidenzia un ipotono della muscolatura pelvica, che può condizionare fenomeni transitori d'incontinenza urinaria.

Nelle pazienti con VP post-parto può essere comunque presente un certo grado di ipertono, oppure si può assistere a un fenomeno paradossale di relativa ipotonia dolorosa dei fasci muscolari del pavimento pelvico, in particolare a livello pubococcigeo.

La terapia moderna della VP deve prevedere un approccio personalizzato e multimodale costruito in relazione alle caratteristiche di malattia della singola paziente, pur seguendo degli obiettivi comuni correlati ai meccanismi fisiopatologici che la generano (Graziottin e Murina 2011).

I punti chiave del programma di cura saranno, pertanto, indirizzati a:

- **bloccare la sensibilizzazione periferica e centrale;**
- **ridurre i trigger point dolorosi a carico della muscolatura del pavimento pelvico;**
- **correggere l'eventuale ipoestrogenismo.**

Blocco della sensibilizzazione periferica e centrale

Terapie fisiche, quali la stimolazione nervosa elettrica transcutanea (TENS), si sono dimostrate efficaci nel ridurre l'iperalgia e l'allodinia, espressione della sensibilizzazione centrale e periferica.

La TENS, in particolare, tecnica innocua e facilmente riproducibile, ha evidenziato un tasso di risposta positiva del 65-70%, purché utilizzata con adeguati parametri di stimolazione e per una sufficiente durata (Murina et al 2008).

La TENS agisce attraverso due meccanismi:

- attivazione di circuiti d'inibizione del dolore a livello midollare;
 - stimolazione di recettori per gli oppioidi endogeni a livello sovra-midollare, con conseguente innalzamento della soglia di percezione del dolore.
- Accanto a misure specifiche di prevenzione dell'infiammazione neurogenica, utile si è dimostrato l'uso della palmitoiletanolamide (PEA) quale agente in grado di ridurre la degranolazione mastocitaria (Murina et al 2013).

L'associazione TENS + PEA ha evidenziato come la sinergia di due presidi di cura a target differente possa incrementare l'efficacia di cura soprattutto nei confronti di una malattia a recente insorgenza, quali le forme di VB post-parto.

Quando l'ipersensibilità vestibolare è molto localizzata, con prevalente componente cicatriziale delle terminazioni nervose vulvo-vestibolari da esito di trauma perineale, può essere utile l'infiltrazione sottomucosa del trigger point con corticosteroidi associati ad anestetici locali, oppure con microdosi sottomucose di tossina botulinica di tipo A.

Il razionale è agire nei confronti della flogosi perineurale e dell'addensamento fibroconnettivale usando corticosteroidi, oppure indurre una desensibilizzazione sulle terminazioni nervose sfruttando l'effetto antinocicettivo diretto della tossina botulinica (Murina et al 2001).

Queste tecniche possono avere buoni risultati purché si selezionino in

modo accurato le pazienti da sottoporvi.

Un approccio combinato TENS + infiltrazioni sottomucose di tossina botulinica di tipo A in sequenza può consentire di desensibilizzare il sistema nocicettivo in modo globale, per poi agire selettivamente su eventuali "pain generator" rappresentati da micro neuromi localizzati in sede di esiti di lacerazioni o episiorrafia (Graziottin e Murina 2011).

Riduzione dei trigger point dolorosi a carico della muscolatura del pavimento pelvico

Un ampio spettro di tecniche può essere utilizzato per ridurre l'iperattività della muscolatura del pavimento pelvico: esercizi di rilassamento, massaggio interno (vaginale) ed esterno, pressione sui trigger point, bio-feedback elettromiografico e dilatatori vaginali.

Spesso le pazienti non hanno "consapevolezza" dei loro muscoli pelvici: abituarsi a percepirne le tensioni durante la giornata è il primo passo per imparare a mantenerli rilassati.

Correzione dell' ipoestrogenismo vestibolare

Le alterazioni trofiche vestibolari possono essere corrette dall'applicazione di piccole quantità di estriolo in gel.

Gli estrogeni topici non hanno solo azione trofica, ma limitano anche l'iperattivazione nocicettiva della terminazione nervosa per un meccanismo di protezione recettoriale perineurale.

Questa nuova formulazione utilizza una dose dieci volte inferiore di ormone rispetto ai preparati fino ad ora in commercio, sfruttando il veicolo di un gel muco adesivo che consente una maggior biodisponibilità del principio attivo per un effetto "depot", associandovi un profilo di elevata tollerabilità e sicurezza anche in fase di allattamento materno.

Bibliografia

Haefner HK. Report of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease terminology and classification of vulvodinia. *J Low Genit Tract Dis* 2007; 11:48-9.

Glazer HI, Jantos M, Hartmann EH, Swenclonis C. Electromyographic comparisons of the pelvic floor in women with dysesthetic vulvodinia and asymptomatic women, *J Reprod Med*, 43 (1998) 959-962

Graziottin A, Murina F. *Vulvodinia Tips and Tricks*. Springer 2011.

Kennedy CM, Turcea AM, Bradley CS. Prevalence of vulvar and vaginal symptoms during pregnancy and the puerperium. *Int J Gynaecol Obstet* 105(3):236-9; 2009

Murina F, Tassan P, Roberti P, Bianco V. Treatment of vulvar vestibulitis with submucous infiltrations of methylprednisolone and lidocaine. An alternative approach. *J Reprod Med*. 2001;46(8):713-716.

Murina F, Bianco V, Radici G, Felice R, Di Martino M, Nicolini U. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG* 2008;115:1165-1170.

Murina F, Graziottin A, Felice R, Radici G, Tognocchi C. Vestibulodynia: synergy between palmitoylethanolamide + Transpolydatin and transcutaneous electrical nerve stimulation. *Journal of Lower Genital Tract Disease* 2013 Apr; 17 (2): 111-6

*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,</i> <i>H. San Raffaele Resnati, Milano</i> <i>Claudio Crescini</i> <i>Direttore U.O. Ostetricia Ginecologia Ospedale</i> <i>di Treviglio (BG) - Direttore Dipartimento Materno Infantile Segretario</i> <i>Regionale AOGOI Lombardia</i>
09.00 - 09.30	Letture 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 INFEZIONI UROGENITALI IN GRAVIDANZA E PUERPERIO <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	Infezioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere <i>Filippo Murina (Milano)</i> <i>Responsabile Servizio di Patologia Vulvare</i> <i>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
Moderatori: Franco Vicariotto, Giovanna Valentini

14.30 - 14.50	Semeiotica del dolore vescicale: sintomi, segni e comorbidità <i>Andrea Salonia (Milano)</i> <i>UO Urologia sede, IRCCS Ospedale San Raffaele</i> <i>URI-Urological Research Institute, Istituto Scientifico San Raffaele</i>
14.50 - 15.10	Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotono 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'anestesista <i>Giovanna Valentini (Milano)</i> <i>Anestesista 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
Moderatori: Valeria Dubini, Arianna Bortolami, Andrea Salonia

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'ipotono 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