

# Dolore vulvare e dolore pelvico cronico

## Alessandra Graziottin

Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano  
Presidente, Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus  
[www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)  
[www.fondazionegraziottin.org](http://www.fondazionegraziottin.org)

## Introduzione

Il dolore è **un sintomo di allarme** sul fronte della salute fisica e psichica. Se **acuto è un segnale amico** della salute, con una finalità in primis protettiva. Diventa **nemico se cronico** e, soprattutto, **se neuropatico, quando cioè diventa malattia per se**. Richiede grande attenzione clinica e solide conoscenze fisiopatologiche per una diagnosi adeguata, per comprenderne il significato, le potenzialità evolutive, le comorbidità.

Purtroppo la formazione medica è ancora carente proprio sul dolore, che è il sintomo più lamentato dai pazienti. Nello specifico, il ginecologo si confronta quotidianamente con tre sintomi frequenti per i quali non ha, in genere, ricevuto una formazione strutturata:

- **il dolore vulvare** (vulvodinia);
- **il dolore durante i rapporti** (dispareunia introitale/superficiale o profonda), che nella forma superficiale è spesso epifenomeno di patologie dolorose dell'introito vulvovestibolare (vestibolite vulvare/ vestibolodinia provocata);
- **il dolore pelvico cronico**.

## Vulvodinia e dispareunia

**Vulvodinia:** indica un dolore cronico localizzato nell'area vulvare e persistente da 3 a 6 mesi. Si tratta in realtà di un vocabolo che include un'ampia varietà di condizioni cliniche vulvari, con differenti eziologie e fisiopatologie, ma tutte con un sintomo comune: un dolore cronico, continuo o intermittente, spontaneo o provocato, e invalidante, con le caratteristiche del bruciore in zona vestibolare (Arnold et al, 2007; Bachmann et al, 2006).

**Dispareunia:** indica il persistente o ricorrente dolore al tentativo di penetrazione o alla penetrazione completa, o al rapporto sessuale completo.

**Punto chiave:** la vulvodinia può provocare dispareunia all'inizio della penetrazione (dispareunia introitale). Un rapporto doloroso, poiché la lubrificazione è inadeguata, c'è un'inflammazione vestibolovaginale e/o

il muscolo elevatore dell'ano è contratto, può peggiorare le **microabrasioni all'entrata della vagina, l'infiammazione da microtrauma mucoso associata e il dolore vulvovestibolare**. Concorre così a mantenerlo e a peggiorarne le comorbidità pelviche e sistemiche, quando l'infiammazione coinvolge gli organi vicini, contribuendo al **dolore pelvico cronico**, e il cervello, causando **neuroinfiammazione e comportamento di malattia**, il cosiddetto "sickness behaviour".

La vulvodinia può non essere causata da alcun fattore noto (**spontanea**), o può manifestarsi in risposta a uno stimolo tattile (**provocata**), inclusi un abbigliamento troppo stretto o la stimolazione fisica dell'area vulvare, in occasione del rapporto sessuale o della visita medica. Può essere **generalizzata**, ossia estesa a tutta l'area vulvare, o **circoscritta** all'area vestibolare (si parla allora di vestibolite vulvare, VV), al clitoride (clitoralgia), alla mucosa periuretrale o a una porzione limitata della vulva (tabella 1).

Il dolore, sintomo costante della vulvodinia, ha pressoché sempre una causa biologica (la sola vera eccezione è costituita dal dolore da lutto). La causa può non essere immediatamente visibile a una prima sommaria analisi della vulva, ma può e deve diventarlo quando venga effettuato un esame medico obiettivo appropriato e competente, e/o quando i dati istologici rivelino con chiarezza la presenza di un'infiammazione: una condizione tipica della **vestibolite vulvare**, ora ridefinita come **vestibolodinia provocata**.

| Tabella 1 - Caratteristiche del dolore nella vulvodinia                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- cronico / ininterrotto</li> <li>- intermittente / episodico</li> <li>- spontaneo</li> <li>- provocato</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- generalizzato</li> <li>- localizzato / limitato a:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• area vestibolare (vestibolite vulvare)</li> <li>• clitoride (clitoralgia)</li> <li>• mucosa periuretrale</li> <li>• una porzione limitata della vulva</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- isolato</li> <li>- in comorbidità con:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• patologie mediche:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- vaginiti ricorrenti da Candida</li> <li>- sindrome della vescica dolorosa</li> <li>- sindrome del colon irritabile</li> <li>- endometriosi</li> <li>- fibromialgia</li> <li>- cefalea</li> </ul> </li> <li>• ansia e depressione</li> <li>• disturbi sessuali:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- dispareunia introitale</li> <li>- perdita del desiderio</li> <li>- secchezza vaginale</li> <li>- anorgasmia coitale</li> <li>- evitamento sessuale</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |

### Dolore vulvare e comorbidità

Il **dolore vulvare**, e la dispareunia che ne è l'epifenomeno sessuale, possono manifestarsi in comorbidità con (Bachmann et al, 2006; Graziottin 2007; Graziottin et al, 2013; Harlow e Stewart 2003):

1. **patologie mediche:** infezioni vulvovaginali da Candida, distrofie e neoplasie vulvari, dermatiti da contatto, atrofia ipoestrogenica e

ipoandrogenica, fibromialgia, cefalea, ansia, depressione, nonché sindrome della vescica dolorosa, endometriosi e sindrome del colon irritabile, che specificamente contribuiscono al dolore pelvico cronico. Fra gli altri disturbi medici che possono associarsi al dolore vulvare cronico vanno ricordate patologie neurologiche come la sindrome da intrappolamento del nervo pudendo e la sclerosi multipla, le mialgie (soprattutto del muscolo elevatore dell'ano) e i fattori iatrogeni, come il dolore secondario a interventi chirurgici (episiorrafia, emorroidectomia, colporrafia posteriore) o a radioterapia pelvica e perineale;

2. **disturbi psicosessuali:** il dolore coitale (dispareunia) può causare perdita del desiderio, secchezza vaginale riflessa per il dolore e anorgasmia, soprattutto durante il rapporto. Nei casi più gravi, il dolore può indurre evitamento sessuale. La dispareunia può anche essere la conseguenza della perdita del desiderio sessuale, della secchezza vaginale, di ipertono del muscolo elevatore associato a cistiti post-coitali con perdita progressiva dell'interesse e della motivazione sessuale.

## Epidemiologia

Negli Stati Uniti, il 15% delle donne soffre di dolore vulvare cronico, che può associarsi a vulvodinia, nell'arco della vita (Graziottin e Murina 2011; Kennedy et al, 2007; Laumann et al, 1999).

L'incidenza dei sintomi è maggiore nelle giovani fra i 18 e i 25 anni, e minore dopo i 35.

Nonostante i sintomi siano più frequenti durante l'età riproduttiva, dagli studi emerge che ne soffre anche il 4% delle donne fra i 45 e i 54 anni, e un altro 4% fra i 55 e i 64: nel 50% dei casi, il dolore limita o impedisce i rapporti sessuali (Graziottin e Murina 2011; Kennedy et al, 2007; Laumann et al, 1999).

## Fisiopatologia

**Dolore vulvare e dispareunia** riconoscono un'eziopatogenesi complessa e un fattore patogenetico comune: **l'ipertono del muscolo elevatore dell'ano**. Quando questo muscolo è cronicamente iperattivo (**iperattività "miogena"**, associata o meno a **fobia della penetrazione**), riduce anatomicamente l'entrata della vagina. Questo espone la mucosa vestibolare introitale alle microabrasioni meccanicamente provocate da ogni tentativo di penetrazione.

Un fattore che può contribuire a questo processo è l'inadeguata eccitazione genitale, dovuta a propria volta:

- a) all'inibizione riflessa che il dolore provoca sulla lubrificazione vaginale e sulla congestione vulvare;
- b) alla paura del dolore, sia esso cronico o acquisito.

Il danno meccanico alla mucosa attiva immediatamente la risposta dei mastociti. Quando i tentativi di penetrazione sono ricorrenti, e/o il danno coitale persistente, e/o fattori concomitanti come una vaginite da Candida contribuiscono ulteriormente allo stato infiammatorio, si verificano queste conseguenze:

1. **il mastocita viene iperattivato**, con una sovrapproduzione di molecole dell'infiammazione e di neurotrofine tra cui il Nerve Growth Factor (NGF) (box 1). Questo a sua volta comporta:
2. **una proliferazione delle fibre nervose del dolore**, responsabile dell'iperalgia introitale;
3. **una loro superficializzazione**, lungo tunnel scavati all'interno della membrana basale dell'epitelio mucoso dalle eparanasi e triptasi prodotte dai mastociti. E' questa la base biologica e morfologica del viraggio dello stimolo da tattile a bruciore urente: la cosiddetta allodinia. Bruciore e dolore provocano o peggiorano:
4. **l'iperattività del pavimento pelvico**, per la contrazione difensiva del muscolo levatore dell'ano e dei muscoli del trigono superficiale.

### Box 1 - Ruolo del mastocita

I mastociti sono la principale sorgente di **mediatori dell'infiammazione**. Queste cellule periferiche sono localizzate nel derma, vicino ai vasi sanguigni, alle terminazioni nervose e ai dotti ghiandolari. Il loro citoplasma è pieno di granuli sferici contenenti numerosi fattori implicati nell'infiammazione neurogenica, come il Nerve Growth Factor, NGF, il fattore di necrosi tumorale, le proteasi (fra cui triptasi ed eparanasi, ad azione litica su sottomucosa, membrane basali e tessuti connettivi) e le citochine.

Gli stimoli fisici, chimici, meccanici e neurogeni attivano i mastociti locali provocandone la degranulazione, con conseguente secrezione dei mediatori che mediano tutte le risposte fisiche dell'infiammazione: *tumor, rubor, calor, dolor, functio laesa*, ossia **edema tissutale, rossore, calore, dolore, riduzione funzionale**. Inoltre sensibilizzano e inducono la proliferazione delle fibre nervose C. Queste fibre rilasciano ulteriori mediatori dell'infiammazione, incluso il NGF, che a sua volta aumenta la proliferazione delle fibre del dolore e la degranulazione dei mastociti, causando iperalgia e allodinia, e amplificando la risposta infiammatoria.

I mastociti svolgono dunque un ruolo molto complesso nel processo infiammatorio. La loro densità nel tessuto infiammato cambia nel tempo. Quando il tessuto è interessato da una risposta infiammatoria acuta, la concentrazione dei mastociti è alta. Quando l'infiammazione diventa cronica, il loro numero si riduce e si osserva un parallelo incremento nella proliferazione delle fibre nervose. In questa fase, inoltre, i sintomi neuropatici diventano importanti.

In qualsiasi momento, soprattutto se si riattiva la noxa patogena, incluso il rapporto sessuale, o se si accentua lo stimolo neurogeno in caso di una vulvodinia ormai neuropatica, si può verificare una riattivazione dei mastociti con un'accelerazione del processo infiammatorio neurogenico e un'accentuazione dei sintomi di dolore vulvare.

Se sono già in atto altre cause di dolore pelvico, o se è in atto la comorbidità dovuta al cross-talk tra fibre nervose afferenti ad organi pelvici diversi, il dolore pelvico può peggiorare in parallelo al dolore vulvare (Graziottin e Murina 2017).

Questo circolo vizioso può verificarsi anche a ritroso: ossia iniziando con una ricorrente/cronica infiammazione della mucosa introitale, provocata da infezioni (Candida, Herpes, Gardnerella...), danni fisici (terapia laser o diatermocoagulazione), agenti chimici (saponi, profumi, gel doccia o altre sostanze), allergie, fattori iatrogeni (episiotomia-episiiorrafia, o qualsiasi altro intervento chirurgico perineale, come per esempio la rimozione di una cisti del Bartolini), stili di vita (come l'uso di jeans troppo stretti), stimoli neurogeni, che inducano l'iperattivazione del mastocita, la contrazione difensiva del muscolo elevatore dell'ano e la proliferazione delle fibre nervose del dolore indotta dal NGF.

Nel tempo, come anticipato, si verifica una stretta reciprocità fra vulvodinia e dispareunia. Nei casi più gravi, ciò determina:

- ❖ **una progressione della vulvodinia da provocata** (da uno stimolo genitale o sessuale, o dall'esame ginecologico) **a spontanea, da localizzata a generalizzata**, con una progressiva comorbidità con sintomi vescicali;
- ❖ **il passaggio dalla dispareunia alla perdita acquisita del desiderio, a disturbi dell'eccitazione mentale e genitale, a disturbi dell'orgasmo**, sino al progressivo evitamento del rapporto sessuale, con importanti conseguenze sulla qualità dell'intimità fisica ed emotiva, e sulla relazione di coppia.

## **Il dolore vulvare e le sue comorbidità**

Si stima che più di metà delle pazienti con vulvodinia abbiano sintomi di urgenza e frequenza urinaria, e di dolore sovrapubico. Questa condizione è definita sindrome della vescica dolorosa/cistite interstiziale (Pain Bladder Syndrome, PBS / Interstitial Cystitis, IC). La PBS/IC è una patologia cronica e gravemente debilitante della vescica, con un decorso che è normalmente caratterizzato da attacchi e remissioni (Graziottin 2011; Graziottin et al, 2014; Marinoff e Turner 1992; Moyal-Barracco e Lynch 2004; Neill et al, 2002; Pukall et al, 2007; Sideri et al, 2009; Salonia et al, 2013).

La **dispareunia** è frequente nelle donne con PBS/IC (ne soffre circa

il 50-60%) e può correlarsi agli effetti meccanici che il rapporto sessuale determina sull'uretra e sul trigono della vescica infiammata.

La **sindrome dell'intestino irritabile** (Irritable Bowel Syndrome, IBS) è un disturbo gastrointestinale molto diffuso, caratterizzato da infiammazione della parete dell'intestino, con iperattivazione mastocitaria, dolore addominale, gonfiore e diarrea alternata a stipsi. Molte pazienti hanno almeno una comorbidità somatica, e molte soddisfano i criteri diagnostici di altri disordini funzionali.

Numerosi studi riportano una maggiore prevalenza di disturbi sessuali fra le pazienti affette da IBS, fra cui dispareunia, e un peggioramento dei sintomi della stessa IBS dopo i rapporti (Graziottin 2011; Graziottin et al, 2014; Marinoff e Turner 1992; Moyal-Barracco e Lynch 2004; Neill et al, 2002; Pukall et al, 2007; Sideri et al, 2009).

L'**endometriosi** è un'altra patologia ad alta prevalenza (il 15% delle donne ne è colpita in modo clinicamente rilevante).

In tutte queste patologie **l'infiammazione che sottende il dolore** è caratterizzata da una **triade istologica** precisa, caratterizzata da un aumento significativo:

- ❖ dei **mastociti** nel tessuto infiammato;
- ❖ dei **mastociti degranulati**, cioè che hanno liberato il contenuto delle loro vescicole nei tessuti infiammati;
- ❖ dei **mastociti vicini alle fibre del dolore**, con spazi simil-sinaptici dove il **cross-talk** tra nervi e mastociti è stretto e immediato.

Tutti gli studi concordano nell'affermare che la **sovrapposizione fra questi disturbi** (vulvodinia, sindrome della vescica dolorosa/cistite interstiziale, sindrome dell'intestino irritabile, endometriosi) è maggiore di quanto ci si aspetterebbe in base alle loro percentuali di prevalenza prese separatamente (Graziottin 2011; Graziottin et al, 2014; Marinoff e Turner 1992; Moyal-Barracco e Lynch 2004; Neill et al, 2002; Pukall et al, 2007; Sideri et al, 2009; Salonia et al, 2013).

Inoltre, le pazienti con più di una patologia presentano sintomi più gravi, una più elevata incidenza di disturbi psicopatologici, e una qualità di vita complessivamente più bassa di quelle con una sola patologia (Graziottin 2011; Graziottin et al, 2014; Marinoff e Turner 1992; Moyal-Barracco e Lynch 2004; Neill et al, 2002; Pukall et al, 2007; Sideri et al, 2009; Salonia et al, 2013), anche perché **la neuroinfiammazione, che sottende e alimenta il dolore neuropatico anche nella componente neurogena, diventa sempre più severa.**

Di conseguenza, molte pazienti affette da vulvodinia assumono **ansiolitici** e **antidepressivi** per stati ingravescenti di ansia e depressione, spesso secondarie al dolore vulvare e all'inondazione del cervello da parte di **citochine infiammatorie** che abbassano la soglia del dolore, aumentano

la sua percezione, inducono o peggiorano il “sickness behaviour”.

La maggior parte delle pazienti che assumono psicofarmaci accusa poi disturbi sessuali, determinati dall'effetto della terapia sui neurotrasmettitori che mediano la funzione sessuale: si osservano in particolare disturbi dell'orgasmo e del desiderio, associati all'assunzione di inibitori del reuptake della serotonina (SRRI) e inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (SNRI). Le benzodiazepine, soprattutto nelle alte dosi indicate per gli attacchi di panico, sono più strettamente associate al calo della libido (Graziottin 2011; Graziottin et al, 2014; Marinoff e Turner 1992; Moyal-Barracco e Lynch 2004; Neill et al, 2002; Pukall et al, 2007; Sideri et al, 2009).

## Diagnosi

**Anamnesi** (Plaut e Graziottin 2004): verrà qui approfondita la parte relativa all'anamnesi clinica del **dolore vulvare, della dispareunia associata e del dolore pelvico cronico**, perché gli altri aspetti diagnostici del dolore vulvare vengono discussi in altre relazioni e nei pertinenti contributi.

Le domande chiave da porre per ottenere le informazioni più rilevanti ai fini di una diagnosi tempestiva di dolore vulvare e di eventuali comorbidità con il dolore pelvico cronico possono essere riassunte così (9-10 Plaut e Graziottin 2004; Graziottin et al 2009).

❖ **Quando è comparso il dolore vulvare?** Ricorda le circostanze in cui è avvenuto? Per esempio una cura antibiotica con successiva infezione da Candida; rapporti ripetutamente dolorosi; interventi genitali (dal laser all'episiotomia); interventi per incontinenza o ragadi anali;

❖ **Ha provato dolore durante i rapporti** fin dall'inizio della sua vita sessuale (disturbo primario, lifelong, cronico) o dopo un periodo di rapporti normali, senza dolore (disturbo acquisito)? Se si tratta di un dolore che ha sempre avuto, aveva paura di provare dolore prima di avere il suo primo rapporto?

***Punto chiave:** quando è cronica, la dispareunia può normalmente essere causata da un vaginismo lieve o moderato (che consente la penetrazione, pur con dolore) e/o da paralleli disturbi cronici del desiderio e dell'eccitazione.*

❖ **Se è un dolore sessuale acquisito**, riesce a ricordare la situazione o ciò che accade quando è iniziato?

***Punto chiave:** la risposta può fornire informazioni sulla “storia naturale” dell'attuale disturbo sessuale, e sulla “lettura personale” che la donna ha del suo problema, dei cofattori più importanti e del loro significato.*

❖ **Dove fa male?** All'inizio della vagina, a metà vagina, o al fondo?

**Punto chiave:** la localizzazione del dolore e il suo tempo di inizio durante un rapporto sono i più forti fattori predittivi della presenza e del tipo di cause organiche.

La **dispareunia introitale** può essere più frequentemente provocata da inadeguata eccitazione, vaginismo lieve, vestibolite, distrofia vulvare, esiti di terapie vulvari, chirurgia perineale (episiorrafia, colpiorrafia, perineorrafia posteriore), mutilazioni genitali femminili con restringimento dell'introito e della vagina, sindrome dell'intrappolamento del nervo pudendo e/o nevralgia pudenda, sindrome di Sjogren.

Il **dolore medio-vaginale**, evocato in forma acuta durante l'esame obiettivo con una leggera pressione sull'inserzione sacro-spinale del muscolo elevatore dell'ano, è più frequentemente dovuto a una mialgia dell'elevatore dell'ano, trascurata causa biologica di dispareunia.

Il **dolore vaginale profondo** (dispareunia profonda) può essere provocato più frequentemente dall'endometriosi, dal dolore pelvico cronico o dalla malattia infiammatoria pelvica (PID), o dagli esiti di radioterapia pelvica o di chirurgia vaginale radicale. Varicocele, aderenze, dolore addominale riferito e sindrome dell'intrappolamento del nervo cutaneo addominale (ACNES) sono cause meno frequenti e ancora controverse, ma che comunque andrebbero prese in considerazione nella diagnosi differenziale.

❖ **Quando sente male?** Prima, durante o dopo il rapporto?

**Punto chiave:** il momento in cui il dolore si manifesta è critico per capire la concatenazione degli eventi fisiopatologici, nonché la potenziale connessione fra vaginismo, dispareunia e dolore vulvare, e le principali comorbidità.

Il **dolore prima del rapporto** suggerisce un'attitudine fobica verso la penetrazione, solitamente associata a vaginismo, e/o la presenza di vestibolite vulvare cronica, clitoralgia o vulvodinia, che può favorire il dolore anche nella condizione di eccitazione che si determina durante i preliminari e immediatamente prima della penetrazione.

Il **dolore durante il rapporto** è quello più frequente. Questa informazione, combinata con la precedente (Dove fa male?), è la più predittiva della base organica del dolore.

Il **dolore dopo il rapporto** indica che il danno alla mucosa è stato provocato durante la penetrazione, probabilmente a causa di un'inadeguata lubrificazione, parallela a una vestibolite, al dolore e/o alla contrazione difensiva del pavimento pelvico.

❖ **Avverte sintomi correlati**, secchezza vaginale, dolore o parestesie nei



genitali e nell'area pelvica? **Soffre di cistite** 24-72 ore dopo il rapporto?

***Punto chiave:** l'attenzione ai sintomi correlati è un fattore chiave per la diagnosi precoce delle comorbidità, in particolare del dolore pelvico cronico, e per la corretta comprensione della fisiopatologia dei disturbi attuali.*

La **secchezza vaginale**, secondaria a carenza estrogenica e/o a inadeguata eccitazione genitale, può determinare la dispareunia, o contribuirvi in misura determinante, e predisporre alla vulvodinia se le abrasioni della mucosa vestibolare durante il rapporto attivano un'iperattività mastocitaria.

La **clitoralgia** e la **vulvodinia**, spontanee e/o peggiorate dal rapporto sessuale, possono associarsi a dispareunia, ipertono del pavimento pelvico, e/o dolore neurogenico, inclusa la sindrome da intrappolamento del nervo pudendo.

La **cistite post-coitale** dovrebbe suggerire una condizione di biofilm patogeni all'interno della parete detrusoriale (Graziottin et al, 2014), ipoestrogenismo e/o la presenza di un ipertono del pavimento pelvico. Dovrebbe essere specificamente investigata nelle giovani che lamentino bruciori alla vescica in comorbidità con dolore vulvare e dispareunia; e nelle donne in post menopausa che possano trarre beneficio da un trattamento estrogenico locale e dalla riabilitazione del pavimento pelvico, mirata a rilassare i muscoli perivaginali mialgici.

Il **prurito vulvare**, la **secchezza vulvare** e la **sensazione di bruciore alla vulva** dovrebbero essere investigate, perché possono suggerire la presenza di un lichen sclerosus vulvare, che a sua volta può peggiorare la dispareunia introitale. Il dolore neurogenico può causare non solo dispareunia, ma anche **clitoralgia**. La secchezza degli occhi e della bocca, associata a dispareunia e a secchezza vaginale, dovrebbe suggerire l'ipotesi diagnostica della **sindrome di Sjogren**, una malattia connettiva autoimmune.

❖ **Quanto è intenso il dolore che avverte?**

***Punto chiave:** l'analisi dell'intensità e delle caratteristiche del dolore è un approccio relativamente nuovo nella cura della dispareunia. Lo spostamento del dolore da nocicettivo a neuropatico è tipico della vulvodinia, che si associa poi a dispareunia cronica, e, spesso, al dolore pelvico cronico. La terapia può richiedere un approccio analgesico sistemico e locale.*

## **Conclusioni**

Il dolore vulvare, la dispareunia introitale associata e il dolore pelvico cronico continuano a rappresentare una sfida per i ricercatori e i clinici

a causa della loro natura eterogenea, multisistemica e multifattoriale, specialmente nella sua causa più comune in età fertile: la vestibolite vulvare. Un punto essenziale è la diagnosi della sua organicità senza limitarsi a considerare il dolore come psicogeno.

Le strategie terapeutiche dovrebbero basarsi su un approccio di tipo fisiopatologico e non più solamente limitarsi alla cura del corteo sintomatologico. Il ginecologo, o il sessuologo medico con formazione ginecologica, possono dare al dolore vulvare, sessuale e pelvico il suo pieno significato clinico solo attraverso un'accurata anamnesi e un rigoroso esame obiettivo attento a descrivere nei dettagli la **"mappa del dolore"**, che correla perfettamente con le diverse eziologie biologiche.

In parallelo, un'appropriata attenzione anamnestică dovrà essere dedicata anche alle possibili componenti psicosessuali e relazionali, nonché alle comorbidità associate.

## Bibliografia

- Arnold LD, Bachmann GA, Rosen R, Rhoads GG. Assessment of vulvodynia symptoms in a sample of US women: a prevalence survey with a nested case control study. *Am J Obstet Gynecol.* 196(2):128.e1-6, 2007
- Bachmann G, Rosen R, Pinn V, Utian W, Ayers C, Basson R, Binik Y, Brown C, Foster D, Gibbons J, Goldstein I, Graziottin A, Haefner H, Harlow B, Kellogg Spadt S, Leiblum S, Masheb R, Reed B, Sobel J, Veasley C, Wesselmann U, Witkin S. Vulvodynia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management. *J Reprod Med.* 51(6): 447-456, 2006
- Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems – HSDD in Europe. *J Sex Med.* 4 Suppl 3: 211-9, 2007
- Graziottin A. Psychogenic causes of Chronic Pelvic Pain and impact of CPP on psychological status. In: Vercellini P. (Ed), *Chronic pelvic pain*, Blackwell Publishing, Oxford, UK, 2011, p. 29-39
- Graziottin A. Murina F. *Vulvodinia*. Springer Verlag, Milano, 2011
- Graziottin A. Murina F. *Vulvar pain from childhood to old age*. Springer Verlag 2017
- Graziottin A. Serafini A. Palacios S. Aetiology, diagnostic algorithms and prognosis of female sexual dysfunction, *Maturitas* 63, 2, 2009, Special issue on "Female sexual dysfunctions in the office: tools to meet the challenge", p. 128-134
- Graziottin A. Skaper S. Fusco M. Inflammation and chronic pelvic pain: a biological trigger for depression in women? *Journal of Depression & Anxiety*, 2013, 3: 142-150. doi:10.4172/2167-1044.1000142
- Graziottin A. Skaper S. Fusco M. Mast cells in chronic inflammation, pelvic pain and depression in women. *Gynecol Endocrinol.* 2014 Jul; 30 (7): 472-7. doi: 10.3109/09513590.2014.911280. Epub 2014 May 8
- Graziottin A. Zanello P.P. D'Errico G. Cistiti e vaginiti recidivanti: ruolo dei biofilm e delle persister cells. Dalla fisiopatologia a nuove strategie terapeutiche. *Minerva Ginecologica* 2014, 66, 497-51
- Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *J Am Med Womens Assoc.* 58(2):82-8, 2003
- Kennedy CM, Nygaard IE, Bradley CS, Galask RP. Bladder and bowel symptoms among women with vulvar disease: are they universal? *J Reprod Med.* 52(12):1073-8, 2007
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 10;281(6):537-44, 1999
- Marinoff S.C. and Turner M.L.C. Vulvar vestibulitis syndrome. *Dermatologic Clinics* 10: 435-444, 1992
- Moyal-Barracco M. and Lynch P.J., 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective, *J Reprod Med*, 49, 772-7, 2004
- Neill SM, Tatnall FM, Cox NH. Guidelines for the management of lichen sclerosus. *British Journal of Dermatology* 147: 640-649, 2002
- Plaut M. Graziottin A. Heaton J. *Sexual Dysfunction. Fast Facts Series*, Health Press, Oxford, UK, 2004

- Pukall CF, Young RA, Roberts MJ, Sutton KS, Smith KB. The vulvalgesiometer as a device to measure genital pressure-pain threshold. *Physiol Meas.* 28(12):1543-50, 2007
- Salonia A. Clementi MC. Graziottin A. Nappi RE. Castiglione F. Ferrari M. Capitanio U. Damiano R. Montorsi F. Secondary provoked vestibulodynia in sexually-active women with recurrent uncomplicated urinary tract infections. *J Sex Med.* 2013 Sep; 10 (9): 2265-73. doi: 10.1111/jsm.12242. Epub 2013 Jul 22
- Sideri M, Murina F, Bianco V, Radici GL. The Role of Vulvoscopy in the Evaluation of Dyspareunia. In A. Goldstein, C. Pukall & I. Goldstein, *Female Sexual Pain Disorders*, 1st edition, Blackwell Publishing, 32-42, 2009

*Alessandra Graziottin e Filippo Murina*  
(a cura di)

**ATTI E  
APPROFONDIMENTI DI FARMACOLOGIA**



# **Il dolore vulvare dall'A alla Z: dall'infanzia alla post-menopausa**

**Milano - 7 APRILE 2017**

 **Fondazione  
Alessandra Graziottin** onlus  
PER LA CURA DEL DOLORE NELLA DONNA

[www.fondazionegraziottin.org](http://www.fondazionegraziottin.org)

# PROGRAMMA

**8.15 – 8.45 Registrazione**

**8.45 – 9.00 Introduzione e saluti**

**9.00 – 9.30 Opening lecture**

Il dolore vulvare dall'infanzia alla post-menopausa

*Alessandra Graziottin (Milano)*

*Introduce: Filippo Murina (Milano)*

**9.30 11.50**

## **Mastociti, infiammazione e comorbidità nel dolore vulvare. Specialisti a confronto**

*Moderatori: Maria Adele Giamberardino (Chieti), Filippo Murina (Milano)*

**9.30 – 9.50 Mastociti, infiammazione e comorbidità  
nel dolore viscerale**

*Maria Adele Giamberardino (Chieti)*

**9.50 – 10.10 Dolore vulvare e dolore gastrointestinale**

*Vincenzo Stanghellini (Bologna)*

**10.10 – 10.30 Dolore vulvare e dolore vescicale**

*Daniele Grassi (Modena)*

**10.30 – 10.50 Dolore vulvare e dolore pelvico cronico**

*Alessandra Graziottin (Milano)*

**10.50 – 11.10 Il progetto VU-NET: indagine epidemiologica  
multicentrica sul dolore vulvare in Italia**

*Dania Gambini (Milano)*

*Coordinatori Nazionali: Alessandra Graziottin (Milano),*

*Filippo Murina (Milano)*

**11.10 – 11.30 Discussione**

**11.30 – 11.50 Coffee Break**

**11.50 14.00**

## **Semeiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica - Parte 1**

*Moderatori: Metella Dei (Firenze), Vincenzo Stanghellini (Bologna)*

**11.50 – 12.10 Nell'infanzia e nell'adolescenza**

*Metella Dei (Firenze)*

**12.10 – 12.30 Nelle mutilazioni genitali**

*Jasmine Abdulcadir (Svizzera)*

**12.30 – 12.50 Nelle comorbidità dermatologiche**

*Filippo Murina (Milano)*

**12.50 – 13.00 Discussione**

**13.00 – 14.00 Lunch**

14.00 15.30

## Semeiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica - Parte 2

*Moderatori: Claudio Crescini (Treviglio), Emmanuele Jannini (Roma)*

- 14.00 -14.20 Nel dolore sessuale: dispareunia e vaginismo**  
*Alessandra Graziottin (Milano)*
- 14.20 -14.40 Nel post parto e in puerperio**  
*Raffaele Felice (Milano)*
- 14.40 -15.00 In post-menopausa, dopo tumori e cause iatrogene**  
*Filippo Murina (Milano)*
- 15.00 -15.20 Impatto del dolore vulvare e della dispareunia sulla sessualità maschile**  
*Emmanuele Jannini (Roma)*
- 15.20-15.30 Discussione**

15.30 18.15

## Principi e protocolli di terapia del dolore vulvare nell'arco della vita

*Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano), Ezio Vincenti (Padova)*

- 15.30 -15.50 Dolore vulvare e dolore pelvico cronico: contracccezione e strategie terapeutiche**  
*Alessandra Graziottin (Milano)*
- 15.50 -16.10 Fisioterapia nel dolore vulvare**  
*Arianna Bortolami (Padova)*
- 16.10 -16.30 Laser e chirurgia nella terapia del dolore vulvare**  
*Filippo Murina (Milano)*
- 16.30 -16.50 Psicoterapia nel dolore vulvare**  
*Chiara Micheletti (Milano)*
- 16.50 -17.10 Terapia antalgica nel dolore vulvare**  
*Ezio Vincenti (Padova)*
- 17.10 -17.30 Stili di vita e terapia farmacologica del dolore vulvare - Linee Guida**  
*Alessandra Graziottin (Milano), Filippo Murina (Milano)*
- 17.30 -17.45 Discussione**
- 17.45 -18.00 Conclusioni e take home message**
- 18.00 -18.15 Test ECM e chiusura dei lavori**

# INDICE

|                                                                                                                         |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Prefazione e ringraziamenti                                                                                             | pag. 05  |
| Il dolore vulvare nell'infanzia                                                                                         | pag. 08  |
| Mastociti, infiammazione e comorbidità nel dolore viscerale                                                             | pag. 12  |
| Dolore vulvare e dolore intestinale                                                                                     | pag. 19  |
| Dolore vulvare e dolore vescicale                                                                                       | pag. 24  |
| Dolore vulvare e dolore pelvico cronico                                                                                 | pag. 28  |
| Vu-NET: il primo progetto italiano per lo studio, la ricerca e la formazione medica sul dolore vulvare                  | pag. 39  |
| Semiologia del dolore vulvare nell'infanzia e nell'adolescenza                                                          | pag. 44  |
| Semiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica nelle mutilazioni genitali femminili                                   | pag. 47  |
| Semiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica nelle comorbidità dermatologiche                                       | pag. 51  |
| Il dolore sessuale: semeiologia di vaginismo e dispareunia                                                              | pag. 56  |
| Semiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica nel post parto e in puerperio                                          | pag. 64  |
| Semiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica in post menopausa, dopo tumori e cause iatrogene                       | pag. 70  |
| Impatto del dolore vulvare e della dispareunia sulla sessualità maschile                                                | pag. 74  |
| Dolore vulvare e dolore pelvico cronico: ruolo della contracccezione ormonale con estradiolo valerato e dienogest       | pag. 77  |
| Fisioterapia nel dolore vulvare                                                                                         | pag. 85  |
| Laser e chirurgia nella terapia del dolore vulvare                                                                      | pag. 92  |
| La psicoterapia nel dolore vulvare                                                                                      | pag. 97  |
| Terapia antalgica nel dolore vulvare                                                                                    | pag. 100 |
| Terapia multimodale del dolore vulvare: stili di vita e terapie farmacologiche, riabilitative, antalgiche e chirurgiche | pag. 108 |