

VULVODINIA: ETIOPATOGENESI E APPROCCIO TERAPEUTICO

PRIMA PARTE

Luciano Mariani ¹ e Filippo Murina ²

¹ UOC Ginecologia Oncologica, Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma

² Servizio di Patologia Vulvare, Ospedale V. Buzzi-Milano

INTRODUZIONE

Si può definire la vulvodinia come una sindrome eterogenea, multifattoriale, multi sistemica, caratterizzata da persistente dolore vulvare senza alcuna causa apparente. Rappresenta, in altri termini, il risultato di una disregolazione dei meccanismi deputati alla percezione del dolore ascrivibile al dolore neuropatico, ma in cui sono fortemente presenti processi di somatizzazione, cioè la tendenza ad esprimere e a comunicare disagi psicologici attraverso sintomi somatici. Pertanto, si tratta di una sindrome algica sostenuta da processi somatosensoriali alterati che innesca, come in una spirale perversa, un processo biomolecolare di auto-mantenimento.

La complessità di questa visione etiopatogenetica impone un approccio multimodale, a sua volta frutto dell'integrazione di due prospettive interpretative: quella "oggettiva" del ginecologo (che indaga la fenomenologia e la neuro-fisio-patologia del dolore) e quella "soggettiva" dello psicologo (che investiga sulle alterazioni psicosomatiche della percezione del dolore).

L'assenza di una *causa organica*, pur in presenza di intensa e persistente algia vulvo-perineale, pone in gravi difficoltà lo specialista e lo induce spesso a scelte terapeutiche casuali, empiriche, irrazionali e, quindi, inefficaci. Di fatto, il più delle volte la paziente trascina negli anni il corteo sintomatologico (dolore vulvare, dispareunia, contrazione difensiva del pavimento pelvico, disturbi psicorelazionali,...), consultando molti specialisti e sottoponendosi a molteplici tentativi terapeutici, talvolta alternativi alla medicina ufficiale.

INQUADRAMENTO E PERCORSO TERMINOLOGICO

Dalla prima citazione in letteratura internazionale (Skene A,1889 ¹) trascorrono quasi cento anni prima che si riparli di vulvodinia, anche sull'onda di una rivalutazione e riscoperta del proprio corpo da parte delle donne a seguito dei cambiamenti sessuali degli anni '80.

Benché sia una patologia ancora in gran parte sommersa, la prevalenza sulla popolazione generale può raggiungere il 10% (²) e persino il 15% (³), rappresentando di fatto la più importante causa di dispareunia. Caratteristica di questa patologia è quella di gravare, in modo pressoché esclusivo, sulle donne di razza bianca, mentre estremamente rara è nelle donne di colore o nelle asiatiche (^{5,4}). L'unico dato di prevalenza in Italia fa riferimento ad uno studio epidemiologico sulla malattia promosso dall'Associazione Italiana Vulvodinia,

denominato ESOVIA (Epidemiological Study of Vulvodynia Italian Association). In base ai dati dell'indagine, rivolta a duemila ginecologi italiani, la vulvodinia appare avere un'incidenza pari al 6% circa delle pazienti sottoposte a valutazione ginecologica nell'arco dei trenta giorni di osservazione dello studio.

Dalla prima classificazione di Friedrich del 1987 ⁽⁵⁾ si sono succedute numerose ed articolate proposte classificative, accompagnate da una terminologia che ne metteva in evidenza le caratteristiche etiopatogenetiche (di volta in volta secondo gli orientamenti del tempo).

Al momento attuale viene utilizzata la classificazione proposta nel 2003 ⁽⁶⁾ dall'ISSVD (International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases) che formalizza la distinzione del dolore vulvare in collegato a cause organiche e quelle idiopatiche (Tabella 1).

Tabella 1 Suddivisione del dolore vulvare secondo la classificazione ISSVD 2003

DOLORE VULVARE	
<p>DOLORE COLLEGATO A SPECIFICHE CONDIZIONI</p> <p>vengono qui ascritte tutte le condizioni correlate ad un evento patogenetico di varia natura:</p> <ul style="list-style-type: none">• infettiva (HSV, candidosi)• infiammatoria (processi di lichenificazione)• neoplastica (morbo di Paget, carcinoma)• neurologica (pudendalgia)	<p>VULVODINIA IDIOPATICA</p> <p>a sua volta suddivisa in:</p> <p>generalizzata → vulvodinia propr. detta</p> <p>localizzata → vestibulodinia e clitorodinia</p> <p>(a loro volta distinte in forme <i>primitive</i> e <i>secondarie</i>)</p>

MANIFESTAZIONI CLINICHE

Il corteo sintomatologico che caratterizza la vulvodinia è multiforme e fa riferimento alla percezione dolorosa propria della patologia neuropatica: disestesia, allodinia ed iperalgesia.

Il termine *disestesia* è stato per anni sovrapposto a quello di vulvodinia, e si esprime in un'anomala percezione (talvolta spiacevole, ma non necessariamente dolorosa) di normali stimoli sensoriali che possono tradursi in sensazione di puntura, prurito, alterazione termica (caldo o freddo) o tipo scossa elettrica. L'*allodinia* è, invece, di gran lunga l'espressione sintomatologica dominante: il vero *key-symptom* di questa patologia. Per allodinia si intende l'evocazione di dolore da parte di uno stimolo/noxa comunemente non doloroso o semplicemente non esistente. Infine, molte pazienti lamentano una sintomatologia dolorosa esagerata e/o esageratamente prolungata ad un modesto stimolo doloroso, come si realizza nella risposta amplificata dell'*iperalgisia*.

All'ispezione della vulva non si mette in evidenza alcuna anomalia riconducibile ad altre patologie, locali o sistemiche. Classicamente le forme localizzate (cioè le vestibulodinie) sono caratterizzate dalla triade sintomatologica proposta da Friedrich (⁵): bruciore vestibolare, swab test positivo ed eritema, localizzato come spot vestibolari, di grado variabile. La reazione della paziente, talvolta violentemente dolorosa (Q-tip test positivo), al delicato contatto del cotton-fioc sull'area vestibolare (specie in corrispondenza dei dotti delle ghiandole vestibolari maggiori) è un elemento di riferimento per lo specialista.

Va tuttavia sottolineato che altre condizioni cliniche possono generare un dolore vulvare di questo tipo. Di fatto, la neuropatia diabetica o post-erpetica o post-traumatica (discopatia, esiti cicatriziali di episiorrafia, entrapment syndrome) possono condizionare un'alterazione neurosensoriale ed ingenerare una nevralgia del pudendo (^{7,8}), sostenendo la vestibulodinia.

Le manifestazioni cliniche sopra descritte possono essere esacerbate da tutte quelle condizioni che esercitano una pressione sull'area vulvare, come l'andare in bicicletta, cavalcare, inserzione di tampone vaginale o durante il rapporto sessuale.

La vulvodinia generalizzata viene descritta per lo più nella donna adulta (>40-45 anni), mentre la vestibulodinia è tipica della donna più giovane (<30 anni), talvolta nell'adolescente all'inizio dell'attività sessuale. In entrambe le condizioni, la raccolta anamnestica rivela spesso una *long-term therapy* con anticoncezionali orali, reiterati episodi infettivi vulvo-vaginali, candidiasi cronica, pelvic inflammatory disease (⁹), o trattamenti laser vulvari (¹⁰).

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Skene AJC. **Treatise on the diseases of women.** New York: Appelton and Company; 1889.
- ² Munday P, Green J, Randall C, Fox D, Singh M, Ismailjee F, Perreira E. **Vulval vestibulitis: a common cause of dyspareunia?** BJOG 112 (4): 500-3, 2005
- ³ Goetsch MF. **Vulval vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynaecologic private.** Am J Obstet Gynaecol. 164: 1606-11, 1991
- ⁴ Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K. **Vulvar vestibulitis syndrome: a critical review.** Clin J Pain 13: 27-43. 1997
- ⁵ Friedrich EG. **Vulvar vestibulitis syndrome.** J Reprod Med 32: 110-4, 1987
- ⁶ Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 **ISSVD terminology and classification of vulvodinia: a historical perspective.** J Reprod Med. 2004 Oct; 49(10): 772-7
- ⁷ Benson JT, Griffis K **Pudendal neuralgia, a severe pain syndrome.** Am J Obstet Gynecol. 192: 1663-8, 2005
- ⁸ Connell K, Guess MK, La Combe J, Wang A, Powers K, Lazarou G, Mikhail M. **Evaluation of the role of pudendal nerve integrity in female sexual function using noninvasive techniques.** Am J Obstet Gynecol. 192: 1712-7, 2005

-
- ⁹ Smith EM, Ritchie JM, Galask R, Pugh EE, Jia J, Ricks-McGillan J. **Case-control study of vulvar vestibulitis risk associated with genital infections.** Infect Dis Obstet Gynecol. 10: 193-202, 2002
- ¹⁰ Tschanz C, Salomon D, Skaria A, Masouye I, Vecchietti GL, Harms M. **Vulvodinia after CO2 laser treatment of the female genital mucosa.** Dermatology 202: 371-2, 2001