Dolore pelvico e vestibolodinia provocata: impatto sulla vita sessuale

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

Bao C, Noga H, Allaire C, Williams C, Bedaiwy MA, Sadownik LA, Brotto LA, Smith KB, Yong PJ.
Provoked vestibulodynia in women with pelvic pain
Sex Med. 2019 Apr 3. pii: S2050-1161(19)30030-3. doi: 10.1016/j.esxm.2019.03.002. [Epub ahead of print]

Analizzare le conseguenze sessuali dell'interazione fra dolore pelvico e vestibolodinia provocata – prima definita come "vestibolite vulvare", termine che merita di essere mantenuto perché ne descrive meglio l'iniziale componente infiammatoria, che colpisce l'entrata della vagina, tra vulva e residui dell'imene (vestibolo) prima che la cronicizzazione dei fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento favorisca il viraggio del dolore vestibolare da sintomo di allerta, e quindi sintomo amico, a dolore neuropatico, una vera malattia in sé, per la quale è pertinente il termine "vestibolodinia provocata".

E' questo l'obiettivo dello studio condotto da quattro importanti realtà scientifiche canadesi: il British Columbia Women's Center for Pelvic Pain and Endometriosis, il Women's Health Research Institute, il Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia della University of British Columbia, e il British Columbia Centre for Vulvar Health, tutte di Vancouver.

La ricerca è stata condotta su **129 donne in età fertile**, di età compresa fra i 18 e i 49 anni, suddivise in due gruppi:

- gruppo 1: affette da dolore pelvico e vestibolodinia provocata (**DP+VP**) (n=42);
- gruppo 2: affette solo da dolore pelvico (**DP**) (n= 87).

Gli outcome presi in considerazione includono **la dispareunia superficiale e profonda** (misurata su una scala numerica da 0 a 10), e **la qualità di vita correlata alla sessualità** (calcolata con l'Endometriosis Health Profile-30).

Questi, in sintesi, i risultati.

Rispetto alle donne con solo DP, le donne con DP+VP hanno:

- **una dispareunia superficiale più severa** (OR = 12.00 (4.48-32.16), P < .001), ossia un rischio 12 volte maggiore di avere dolore all'entrata vaginale, all'inizio della penetrazione;
- **una dispareunia profonda più intensa** (OR = 4.08 (1.83-9.10), P = .001), ossia un rischio 4 volte maggiore di avere dolore anche durante la penetrazione profonda;
- **una più povera qualità della vita sessuale** (OR = 4.39 (1.67-11.57), P = .002). La copresenza di entrambe le cause di dolore, che i ricercatori inglesi chiamano anche "the evil twins", **i gemelli diabolici**, aumenta l'infiammazione pelvica e la neuroinfiammazione, contribuisce alle basi biologiche della depressione e riduce il desiderio fino a inibirlo completamente, riducendo la lubrificazione e favorendo quindi le microabrasioni che peggiorano ulteriormente sia la gravità della vestibolite vulvare/vestibolodinia provocata, sia la contrazione difensiva del muscolo elevatore che circonda la vagina, restringendo ulteriormente l'entrata e

peggiorando ancor più il dolore vestibolare, spontaneo o provocato dal rapporto, ed evocabile con la visita e/o con il test del cotton fioc ("swab test").
Le donne con DP+VP manifestano anche maggiori livelli di **ansia**, **depressione** (da neuroinfiammazione associata all'infiammazione cronica pelvica e sistemica) e **pensiero catastrofico**; una più frequente **dolorabilità alla vescica e al pavimento pelvico**, quest'ultima per la contrattura dolorosa del muscolo elevatore dell'ano, fino alla mialgia; una più frequente incidenza della **sindrome della vescica dolorosa**.
La comorbilità con la patologia vescicale è stata ben dimostrata anche da ricerche italiane, tra le quali un accurato lavoro del professor Andrea Salonia, dell'Ospedale San Raffaele, cui ho contribuito, che ha dimostrato una comorbilità di ben il 60% tra cistiti recidivanti, dolore all'inizio della penetrazione e vestibolodinia provocata. La ragione di questa specifica comorbilità è complessa. Vi contribuiscono fattori:
- **biomeccanici**, fra cui l'eccessiva contrazione del muscolo elevatore dell'ano che, con effetto "a fionda", contribuisce all'infiammazione traumatica dell'uretra e del trigono vescicale durante la penetrazione, con comparsa di cistiti 24-72 ore dopo il rapporto;
- **infettivi**: per la presenza di biofilm patogeni da Escherichia coli in vagina e in vescica;
- **ormonali**: per la carenza di recettori per il testosterone a livello del vestibolo vaginale, con minore congestione e lubrificazione; in post-menopausa, per la carenza di estrogeni che causa atrofia vaginale (e uretrale) e aumenta la vulnerabilità all'aggressione da parte di germi patogeni come l'Escherichia Coli.
Invece, **non ci sono fra i due gruppi differenze significative** per quanto riguarda la dismenorrea, il dolore pelvico cronico, l'allodinia della parete addominale, la positività al test di Carnett per il dolore addominale, la qualità di vita funzionale, l'endometriosi e la sindrome dell'intestino irritabile.
Questo interessante lavoro conferma la necessità di **una maggiore e più tempestiva attenzione clinica**:
- al **dolore ai rapporti** e alle diverse cause biologiche che lo provocano;
- alle **comorbilità** vescicali e pelviche;
- alla **risonanza emotiva**, all'ansia e alla depressione;
- all'impatto drammatico sulla **qualità della vita** sessuale, personale e di coppia.