

## **Vulvodinia e sindrome della vescica dolorosa: diagnosi e terapia**

Grassi D.

### **Vulvodinia e sindrome della vescica dolorosa: diagnosi e terapia**

Video stream della relazione tenuta al corso ECM su "Dolore pelvico cronico, vulvodinia, e comorbilità associate" - Condirettori: Prof.ssa Alessandra Graziottin e Prof. Vincenzo Stanghellini - Organizzato dalla "Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna", nell'ambito del Congresso Regionale (Emilia Romagna) dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI) - Associazione Ginecologi Territoriali (AGITE) - Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (FNCO), Rimini, 24 marzo 2011

### **Sintesi della relazione e punti chiave**

La sindrome della vescica iperattiva (Overactive Bladder Syndrome, OAB) è caratterizzata da un'eccessiva contrazione del muscolo detrusore, ed è quindi un tipico fenomeno motorio caratterizzato da "urgenza", da un bisogno impellente di urinare. La sindrome del dolore vescicale o della vescica dolorosa (Bladder Pain Syndrome, BPS, o Painful Bladder Syndrome, PBS) è invece un disturbo sensoriale, contraddistinto da dolore, disagio e senso di pesantezza sovrapubica che si attenuano solo con la minzione, e che sono definiti collettivamente con il termine "urge". Si definisce poi "cistite interstiziale" (Interstitial Cystitis, IC) la conferma istologica della BPS, sulla base del conteggio dei mastociti tramite cistoscopia e biopsia.

Qual è il meccanismo fisiopatologico della sindrome della vescica dolorosa? Da quali fattori è governato? Che cosa sono l'infiammazione neurogena, e la sensitivizzazione periferica e centrale? Quali sono le terapie più efficaci?

In questa relazione, il dottor Daniele Grassi illustra:

- la classificazione dei sintomi del basso tratto urinario correlati al riempimento e allo svuotamento della vescica;
- i concetti clinico-funzionali di "urgence" e "urge", e i differenti sintomi che li contraddistinguono;
- le caratteristiche anatomiche e la funzione di barriera dell'urotelio, con particolare riferimento al "coating";
- che cosa accade quando il coating viene eroso da un agente patogeno e l'impermeabilità dell'urotelio viene meno: percolazione di agenti chimici e/o chimici nell'interstizio, attivazione dei mastociti, avvio del processo infiammatorio;
- il numero minimo di mastociti per "campo di osservazione microscopica" che definisce la cistite interstiziale;
- come l'infiammazione, attraverso la produzione di NGF da parte dei mastociti e la conseguente proliferazione delle fibre nervose C, divenga progressivamente neurogena;
- perché le sensazioni di dolore veicolate dalla fibre C sono lente e sorde;
- che cosa sono lo "sprouting" delle fibre C e la "sensitivizzazione" periferica e centrale, e il loro ruolo nello sviluppo delle comorbilità urologiche, ginecologiche e intestinali responsabili delle sindromi da dolore pelvico cronico (Chronic Pelvic Pain Syndrome, CPPS);
- la funzione svolta dalla microglia nella sensitivizzazione centrale;
- come questa complessa concatenazione di eventi dimostri che il dolore neurogenico può essere

innescato da cellule non neuronali (mastocita e microglia);

- alcune indicazioni terapeutiche per affrontare l'iperattivazione dei mastociti e il danneggiamento del coating, con particolare riferimento alla palmitoil-etanolamide e all'acido ialuronico.