Vulvodinia: un quadro complesso che richiede una terapia articolata

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano
Dott.ssa Dania Gambini
Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, H. San Raffaele, Milano

"Buongiorno, trasmetto in sintesi una recente diagnosi professionale per un vostro cortese parere, dato che la terapia adottata non mi dà i risultati sperati, in termini di attenuazione del dolore.
«Da circa due anni la paziente avverte un dolore urente molto intenso a livello vaginale, e a livello pelvico, presente anche durate la minzione. Tenesmo vescicale con urine sterili. Tampone vaginale negativo. Successiva comparsa di dolore pelvico profondo, riscontro di polipo endometriale e fibrosi uterina (isteroannessiectomia per via laparoscopica) a novembre 2012. Bene dopo l'intervento, ma successivamente il sintomo doloroso è ricomparso in modo intenso ed esteso in regione perianale. Valutazione proctologica (non significativa), in cui è stato posto il sospetto di una nevralgia del nervo pudendo. In trattamento con paracetamolo e tramadolo, ma con effetti collaterali. Presa visione di Tx diretta del sacro da cui si evince una distorsione laterale ed anteriore del segmento coccigeo. L'esame fisico pelvico documenta una discreta disestesia della regione vestibolare, peraltro rivestita da mucosa di aspetto roseo e normotrofico (trigger point positivi a livello della commessura posteriore e della regione clitoridea); la prima imenale è poco compiacente a due dita esploratrici e produce il dolore riprodotto in profondità verso il lume vaginale, ove si apprezzano alcune sinechie facilmente sanguinanti. Il dolore poi diventa parossistico in corrispondenza del canale Alcock. Diaframma muscolare contratto e diffusamente dolente su entrambi i versanti, con ridotta contrattilità volontaria in sinergia di co-contrazioni agoniste. Riflessi sfinterico-anali non valutati per la sofferenza della paziente. In conclusione, ritengo trattarsi di dolore a genesi neuro-muscolare (neuropatico) per la gestione del quale consiglio: programma di FKT perineale a scopo miorilassante ed antalgico; farmacoterapia antinevralgica con pregabalin 25 mg. (1 cp x 2/die) per una confezione, quindi, senza soluzione di continuità, pregabalin 50 mg (1 cp x 2/die) per un'altra confezione, e infine pregabalin 75 mg (1cp per 2/die) per 6 mesi almeno; farmacoterapia miorilassante con alprazolam 0,25 mg, continuativamente (sostituita poi con 10 gocce di bromazepam 3-4 volte al dì); farmacoterapia antiflogistica cronica con palmitoiletanolamide (1 Cp per 2/die per 6 mesi)».
Nonostante questa terapia, il dolore si è solo leggermente attenuato, e non in maniera significativa. Attendo gentilmente un Vostro cortese suggerimento in merito. Con mille ringraziamenti e un cordiale saluto".
Marzia

Cara Marzia, il quadro descritto è sicuramente complesso e meriterebbe una valutazione clinica

accurata per poter individuare con più precisione tutti gli aspetti della patologia sottostante, responsabili di una così grande sofferenza per lei. Dal suo racconto si possono riconoscere segni e sintomi di una vulvodinia severa (dolore urente a livello del vestibolo vaginale, in regione clitoridea, con ipertono della muscolatura del pavimento pelvico) associata a sintomi disurici (minzione dolorosa in presenza di urinocolture negative nel quadro della sindrome della vescica dolorosa). Potrebbe essere consigliata l'esecuzione di alcuni esami diagnostici (elettromiografia del nervo pudendo, RMN lombosacrale) per meglio comprendere la componente "nervosa" del quadro. La terapia che le è stata impostata è corretta, ma non completa. Risulta infatti fondamentale aggiungere:

- un farmaco antimicotico, che vada cioè ad agire contro la Candida la cui presenza in forma cronica è tra i fattori scatenanti dell'intero quadro infiammatorio alla base della vulvodinia, qualora evochi un'iperreattività immunoallergica, che tende a cronicizzare, come può succedere anche nelle forme con tampone negativo;
- un'eventuale terapia con tossina botulinica, se l'EMG evidenziasse un'iperreattività eccessiva: lo valuterà il neurologo curante (un medico molto esperto in questi problemi neuromuscolari associati a vulvodinia è la dottoressa Laura Bertolasi, presso la Clinica Neurologica dell'Università di Verona);
- D-mannosio, per ridurre la vulnerabilità vescicale ad infezioni da enterobatteri e ridurre la sintomatologia algica a livello vescicale.

Non si arrenda: guarire dalla sua patologia è possibile! Auguri di cuore.