Dolore mestruale e dolore ai rapporti: le possibili cause

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

"Ho 28 anni e soffro di dismenorrea da quando ne avevo 16. E' un problema che mi limita sempre di più, in quanto per i primi due giorni di mestruazioni non riesco nemmeno a camminare e ad alzarmi dal letto. Il dolore mi blocca completamente: ho crampi fortissimi alle ovaie, dolori lombosacrali, sento i nervi tirare come se si stessero strappando. Non posso usare la pillola perché ho un deficit di proteina C che mi espone ai trombi. Uso antidolorifici, ma ormai credo di essere un po' assuefatta. Non so più cosa fare. In più, non so se le due cose siano correlate, a volte non riesco ad avere rapporti normali a causa del dolore sia all'inizio della penetrazione (sento come una lama), sia durante la penetrazione completa (è come se lui mi colpisse all'interno provocandomi dolori alle ovaie e all'intestino). Esternamente sento la pelle strapparsi al livello della forchetta. L'unica cosa che sanno dirmi i ginecologi è di lubrificare, ma io a volte soffro talmente che devo interrompere il rapporto perché piango dal dolore. Spero possiate aiutarmi".
Francesca S.

Gentile Francesca, la dismenorrea (dolore in fase mestruale) può rappresentare il sintomo tipico dell'endometriosi, una patologia ginecologica benigna che colpisce il 7-10% delle donne in età fertile, ma che purtroppo è poco diagnosticata: il ritardo medio dall'inizio dei sintomi alla diagnosi è di oltre 9 anni. E' caratterizzata dalla presenza di frammenti di endometrio, lo strato più interno dell'utero, in sedi ectopiche, ossia al di fuori della sede naturale. Questi frammenti, sotto l'effetto degli ormoni, subiscono le stesse trasformazioni dell'endometrio in utero. Durante la mestruazione si sfaldano ovunque si trovino e liberano sangue mestruale nei tessuti, provocando un'intensissima progressiva infiammazione e dolore.
Considerando la sua storia clinica, con la presenza di dismenorrea invalidante, dolore pelvico e dolore alla penetrazione profonda (dispareunia profonda) ormai di lunga durata, la diagnosi di endometriosi è altamente probabile. Una visita ginecologica accurata può essere molto utile per confermare un'endometriosi a livello del fornice vaginale superiore, del Douglas e/o dei ligamenti uterosacrali responsabile del dolore alla penetrazione profonda. Un'ecografia pelvica accurata, il dosaggio del Ca 125, e una risonanza magnetica pelvica possono confermare il dubbio diagnostico. Qualora questi esami fossero negativi, potrebbe trattarsi di un'endometriosi "sottosoglia", ossia già presente ma con isole endometriosiche non ancora sufficientemente grandi per essere visualizzate con gli attuali mezzi di indagine.
Il dolore invalidante legato al ciclo merita tuttavia di essere senz'altro trattato con progestinici come il dienogest (l'unico approvato al mondo e in Italia con questa indicazione). In caso di

© 2014 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org

rischio coagulativo, i progestinici sono utilizzabili anche secondo le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità , meglio se dopo consulenza con un collega esperto di rischio coagulativi. Questa terapia con il dienogest, che va assunta in continua così da evitare la mestruazione, potrebbe evitare la dismenorrea e ridurre drasticamente il dolore pelvico e il dolore ai rapporti.

Il ginecologo curante valuterà poi se potrebbe essere utile sottoporla a una laparoscopia diagnostica per valutare la condizione dei suoi organi pelvici, l'eventuale presenza di focolai di endometriosi e aderenze cicatriziali.

Il dolore all'inizio della penetrazione (dispareunia superficiale) non riconosce invece l'endometriosi tra le possibili cause; la condizione patologica più frequentemente associata a dolore in sede di penetrazione è la vestibolite vulvare, recentemente rinominata vestibolodinia provocata: è un'infiammazione cronica del vestibolo vaginale (introito della vagina), generalmente associata ad infezione cronica da Candida, con iperattivazione dei mastociti (le cellule del sistema immunitario che rappresentano la prima linea di difesa dell'organismo), e ad ipertono del muscolo elevatore dell'ano (il principale muscolo del pavimento pelvico).

Nel suo caso, il dolore provocato dalla penetrazione profonda potrebbe avere favorito proprio la progressiva contrazione dei muscoli perivaginali, rendendo difficile la penetrazione stessa e provocando piccole abrasioni ad ogni tentativo: queste abrasioni, con il tempo, potrebbero aver dato origine alla vestibolite vulvare. Le due patologie, nel suo caso, potrebbero risultare così collegate dall'ipertono del pavimento pelvico.

Dalla vestibolite si può guarire instaurando un corretto e completo piano terapeutico (farmaci antimicotici, probiotici intestinali, miorilassanti, modulatori dell'attività del mastocita). E' inoltre utile ricorrere a sedute di riabilitazione del pavimento pelvico per ottenere il necessario rilassamento del muscolo elevatore dell'ano. Prima però è necessario procedere a una corretta diagnosi differenziale per individuare quali dei fattori predisponenti siano effettivamente coinvolti nel suo caso.

Su questo sito, e in particolare ai link sotto riportati, potrà trovare ulteriori approfondimenti sia sull'endometriosi che sulla vestibolite vulvare. Un cordiale saluto.