Un quadro complesso di vestibolite e lichen vulvare: la terapia consigliata

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

"Sono una pediatra di 64 anni. Due gravidanze con parti spontanei. Menopausa a 54 anni. Sono stata operata di prolasso mucoemorroidario di 3° grado nel maggio 2012. Per il persistere della sintomatologia caratterizzata da dolore gravativo, senso di tensione perineale e a volte tenesmo rettale, mi sono sottoposta a colpocistodefecografia che, nel settembre 2013, ha evidenziato un rettocele anteriore di circa 5 centimetri e un abbassamento della base vescicale con orizzontalizzazione dell'uretra come per un quadro di cistocele. Un solo proctologo mi consigliava la terapia chirurgica per via addominale, ma con discreta percentuale di insuccesso. Per consiglio di un altro collega da quattro mesi ho iniziato la riabilitazione del pavimento pelvico, con esercizi di Kegel giornalieri e coni vaginali. Sono iscritta in palestra, dove faccio pilates. La sintomatologia è diminuita notevolmente, ma persiste a volte un senso di fastidio perineale nella posizione seduta, specialmente in macchina. Purtroppo soffro spesso di irritazione con bruciore, iperemia e prurito alla regione anale-perineale e alla forchetta vaginale. Da circa un mese applico una crema vaginale a base di promestriene, due volte la settimana. Vorrei chiedere se questa terapia è idonea al mio caso e per quanti mesi posso continuare. Per prevenire e curare questo stato irritativo locale quale terapia esterna posso adottare? Purtroppo soffro anche di cistiti e attualmente sono in trattamento con destro mannosio. Potrei avere dei benefici? La riabilitazione del pavimento pelvico può essere di aiuto per evitare l'intervento?".
Rosa G.

Gentile dottoressa, la situazione che ci presenta richiede una valutazione ginecologica precisa e completa, al fine di individuare le cause specifiche alla base dei suoi disturbi. Sicuramente andrebbe ricercata anche la presenza di una vestibolite vulvare, recentemente rinominata con il termine di vestibolodinia provocata: si tratta di una condizione clinica complessa, associata generalmente a un'infezione cronica da Candida con iperattivazione dei mastociti (le cellule del sistema immunitario che liberano fattori proinfiammatori che sostengono il quadro), e alla presenza di un ipertono di grado variabile della muscolatura del pavimento pelvico. Clinicamente si manifesta con bruciore e dolore all'introito della vagina, sia spontaneo (in questo caso si parla più propriamente di vulvodinia), sia provocato, ad esempio, dal semplice contatto con indumenti intimi, dalla visita ginecologica, dalla penetrazione: in quest'ultimo caso, il dolore, detto anche "dispareunia superficiale", può essere così forte da impedire il rapporto. Inoltre, la vestibolite vulvare compare frequentemente in comorbilità con cistiti postcoitali e/o ricorrenti, come risulta dal suo racconto.

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

Nel caso venga confermata la diagnosi, va instaurato il corretto protocollo terapeutico basato sull'utilizzo di farmaci antimicotici, antinfiammatori per il blocco della degranulazione mastocitaria e miorilassanti per ottenere il rilassamento della muscolatura del pavimento pelvico. E' inoltre fondamentale eseguire delle sedute di riabilitazione mirate al recupero del tono fisiologico del muscolo elevatore dell'ano: l'ipotono si associa al rettocele, l'ipertono al dolore alla penetrazione e alle cistiti post-coitali. In aggiunta si deve ricorrere a farmaci di protezione vescicale, a base di estratti di mirtillo rosso e destro mannosio (come correttamente sta già facendo), per ridurre l'insorgenza di cistiti. Ottenuta in questo modo la riduzione dell'infiammazione del vestibolo vaginale, e qualora non ci siano controindicazioni, può essere utile l'applicazione di estrogeni per via locale, che è bene evitare in fase acuta di patologia in quanto il loro utilizzo può determinare un incremento della degranulazione mastocitaria con peggioramento della sintomatologia.
Il prurito che Lei lamenta nella regione anale-perineale può invece essere indotto dal lichen vulvare: nel caso l'esame obiettivo dovesse confermarne la presenza, va instaurata una terapia locale a base di cortisone locale, per un breve periodo di tempo, fino alla remissione del prurito, e di testosterone e vitamina E come terapia di mantenimento.
Infine, le consigliamo una valutazione uro-ginecologica con l'esecuzione di prove urodinamiche per valutare la funzionalità vescicale, e l'eventuale presenza di incontinenza urinaria o di ristagno vescicale positivo. Un cordiale saluto.