Cistiti e vaginiti recidivanti: fattori predisponenti e principi di terapia

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

"Non riesco a uscire dal circolo vizioso di infezioni vaginali e cistiti che ogni mese, a partire sei mesi fa, mi affliggono. Soffro di disbiosi intestinale e intolleranza al lattosio e sono affetta da tiroidite di Hashimoto, senza patologia conclamata di ipotiroidismo. Dai tamponi vaginali eseguiti ogni mese sono emersi a turno diversi batteri – escherichia coli, enterococco faecalis, klebsiella pneumoniae, gardnerella – tutti curati con antibiotici, con conseguente candida. In passato, dalle analisi delle urine sono emerse solo le colonie di candida. Dall'ultimo tampone sono invece emerse discrete colonie di enterococco faecalis. Sono disperata, continuo ogni mese ad avvertire bruciori vaginali e cistite. Sto assumendo destro mannosio, un preparato vegetale per l'intestino (e sto meglio), dei probiotici e degli ovuli ai semi di pompelmo. Cosa posso fare d'altro? Ci sono degli integratori più appropriati e una cura locale che mi evitino di assumere antibiotici, che ormai non mi fanno più effetto? Vi ringrazio per il prezioso consiglio".
Jessica

Gentile Jessica, il suo racconto è purtroppo comune a quello di molte altre donne: e lei l'ha ben definito come un ciclo continuo e vizioso fra cistiti, disbiosi intestinali e vaginiti, in particolar modo di natura micotica, sostenuto dal ricorso continuo alla terapia antibiotica.
Tre soli episodi di vaginiti da Candida possono attivare una risposta immuno-allergica aberrante che colpisce l'entrata vaginale, il cosiddetto vestibolo vulvare, perfino nel topo da esperimento. E' questa la ragione per cui il 60% delle donne con cistiti recidivanti, che effettuano molte cure con antibiotici, finiscono per sviluppare sia le vaginiti recidivanti, sia un'infezione e un'infiammazione progressivamente dolorosa del vestibolo vulvare. Il quadro clinico viene allora definito di vestibolite vulvare, una patologia infiammatoria cronica del vestibolo vaginale.
Cistiti recidivanti e vestibolite hanno in comune un'eccessiva contrazione dolorosa (ipertono di grado variabile, con mialgia) del muscolo elevatore dell'ano, ossia della muscolatura che circonda uretra, vagina e ano. E' questo il fattore biomeccanico che predispone a entrambe le patologie. E' in genere presente anche un dolore più acuto alle 5 e alle 7, se si toccano con un cotton-fioc i vari punti all'entrata della vagina, come se fosse il quadrante di un orologio. Il sintomo più frequente che la donna avverte è il dolore/bruciore ai rapporti proprio all'entrata della vagina, con un bruciore che può persistere per giorni dopo il rapporto.
Questo complesso quadro clinico riconosce quindi una patogenesi multifattoriale, su cui bisogna intervenire in maniera completa e mirata da un punto di vista terapeutico. All'iniziale patologia vescicale, le cistiti recidivanti, si associano infatti le vaginiti, la vestibolite con il dolore ai rapporti

© 2020 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org

e i disturbi intestinali, tra cui la sindrome dell'intestino irritabile, per la disbiosi provocata dagli antibiotici, oltre alla stitichezza e/o alle allergie alimentari.
Su queste patologie – la cistite recidivante e la vestibolite vulvare, così spesso compresenti nella singola donna – può trovare numerose schede di approfondimento e video utili pubblicati sul sito. Si può arrivare a guarigione completa, o almeno migliorare molto i sintomi e il quadro clinico, nel giro di alcuni mesi, ricorrendo a una strategia terapeutica multimodale effettuata da ginecologo esperto. La terapia prevede l'utilizzo personalizzato di antimicotici, miorilassanti, antinfiammatori, probiotici intestinali e integratori a protezione vescicale, da associarsi a sedute di riabilitazione del pavimento pelvico.
Le consigliamo inoltre di seguire norme dietetico-comportamentali precise, come ad esempio ridurre i lieviti e gli zuccheri semplici nell'alimentazione, utilizzare biancheria intima di cotone bianco o di fibroina di seta medicata, evitare indumenti attillati, non accavallare le gambe.
Sono invece da evitare gli anestetici locali prima del rapporto: attenuano per pochi minuti il dolore alla penetrazione, ma il rapporto in tali condizioni finisce per peggiorare e perpetuare le lesioni della mucosa vestibolare, dell'uretra e della vescica.
E' necessario dunque evitare i rapporti con penetrazione finché non saranno ben curati sia l'ipertono del muscolo elevatore, che altrimenti contribuisce alla componente "biomeccanica" responsabile delle cistiti dopo il rapporto sessuale, sia la vestibolite vulvare. E' una scelta faticosa e pesante per la donna e la coppia, ma è indispensabile se davvero si vuole curare questo complesso problema alla radice, per risolverlo davvero.
Un cordiale saluto.

© 2020 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org