VULVODINIA E NEUROPATIA DEL PUDENDO: UN DOLORE SENZA VOCE

Comitato
VULVODINIA
E NEUROPATIA
DEL PUDENDO

Quest'opera è stata rilasciata con licenza Creative Commons
Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 2.0 Italia (CC BY-NC-ND 2.0 IT)
Per leggere una copia della licenza visita il sito web:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/it/
Dicembre 2022

INDICE

4. Introduzione
7. Neuropatia del nervo pudendo
16. Vulvodinia
20. Vulvodinia: meccanismi fisiopatologici
24. Terapia di vulvodinia e neuropatia del pudendo
27. Trattamento farmacologico del dolore neuropatico e del dolore nociplastico
35. Riabilitazione del pavimento pelvico
42. Approccio psicoterapico in vulvodinia e neuropatia del pudendo
53. Conclusioni

56. Criteri per la costruzione di PDTA

64. Autori e autrici

Introduzione

Silvia Carabelli
Presidente Associazione vulvodinia e neuropatia del pudendo - ETS

Vulvodinia e neuropatia del pudendo sono due patologie ad oggi ancora sottovalutate e scarsamente conosciute in ambito sanitario. Sebbene, stante la letteratura scientifica internazionale (Bautrant et al., 2019; Bergeron et al., 2020; Spinosa et al., 2006), la prevalenza della vulvodinia sia stimata essere del 10-16% (tra la popolazione assegnata femmina alla nascita) e dell'1% quella della neuropatia del pudendo, tali malattie non sono ancora entrate regolarmente nei curricula di studio delle Facoltà di Medicina e delle relative Scuole di Specializzazione, con il risultato di un personale sanitario largamente impreparato a diagnosticare e trattare le due sindromi.
A titolo esemplificativo, il 45-65% dei ginecologi non sa diagnosticare la vulvodinia, quasi il 40% è in grado di diagnosticarla, ma solo il 20% è capace di impostare una prima terapia (Bautrant et al., 2019). Non esistono ulteriori dati in letteratura, ma l'esperienza delle associazioni di malati e malate che operano in Italia conferma che, cambiando tipo di specializzazione medica (medicina generale, urologia, neurologia, fisiatria, dermatologia, gastroenterologia, terapia del dolore, psicologia, ecc.) non migliora la preparazione dei professionisti sanitari su queste patologie.
L'inevitabile risultato della mancanza di preparazione medica è il ritardo diagnostico medio di 4 anni e mezzo[1] e una percentuale di appena il 10-20% di pazienti che ottiene la giusta diagnosi alla prima visita specialistica (Bautrant et al., 2019) tra coloro che cercano aiuto, a fronte di un 40% che rinuncia a cercare una diagnosi o che non inizia nemmeno l'iter diagnostico per la vergogna provocata da due malattie che colpiscono principalmente gli organi genitali (Harlow et al., 2003). Inoltre, una recente ricerca realizzata nel 2021 in Italia dal progetto Gruppo Ascolto Vulvodinia in collaborazione con CasaMedica Bergamo[2], che ha raccolto 1100 questionari di pazienti che soffrono di vulvodinia o neuropatia del pudendo, ha evidenziato che il 77% delle pazienti arriva all'autodiagnosi tramite internet, il 5% tramite amicizie e conoscenze (autodiagnosi poi confermate dai pochi specialisti di settore) e solo il 18% ottiene una diagnosi tramite il personale sanitario.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto la vulvodinia nell'ICD-11 in vigore dal 1° gennaio 2022.
La stesura di questo dossier scientifico ha l'obiettivo primario di far emergere la necessità del riconoscimento di queste due patologie nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) come malattie croniche e invalidanti. Questo, di per sé, comporterebbe una diversa organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) al fine di garantire non solo un'adeguata presa in carico di questi pazienti, cosa che ad oggi non avviene, ma anche una diversa formazione per il futuro personale sanitario che contempli anche queste due malattie, considerate "parenti strette".
Nella vulvodinia, infatti, è sempre presente una componente di dolore neuropatico/nociplastico. Le terminazioni nervose principalmente coinvolte sono quelle dei nervi pudendi, sebbene possano essere coinvolti anche altri nervi pelvici-perineali. All'ultimo congresso del 2021 della società scientifica internazionale Convergences in pelvi perineal pain[3] è stata proposta un'eziopatogenesi comune per la vulvodinia spontanea e la neuropatia del pudendo, mentre la vestibolodinia provocata, forma prevalente della vulvodinia, ha caratteristiche peculiari che non consentono di identificarla con la neuropatia del pudendo, ma nemmeno di escluderne la parentela. Molto ancora resta da scrivere in questo ambito scientifico a lungo ignorato dalla medicina, ma altrettanto oggi si conosce grazie agli studi condotti soprattutto negli ultimi vent'anni.
Il presente dossier, attraverso una revisione sistematica di tutta la letteratura scientifica internazionale esistente ad oggi, analizza nel dettaglio le due patologie, sia dal punto di vista fisiopatologico, che da quello diagnostico e terapeutico.

[1] Fonte del dato riferito all'Italia: https://www.vulvodinia.online/la-campagna-di-sensibilizzazione-sulla-vulvodinia/
[2] Dati presentati al convegno: "Vulvodinia e neuropatia del pudendo: un dolore senza voce" (Roma, 2021). https://www.youtube.com/watch?v=E05ckAJpcqQ&t=4214s (rif. 4h 21')
[3] https://www.convergencespp.com/fr/

Bibliografia

• Bautrant, E., Porta, O., Murina, F., Mühlrad, H., Levêque, C., Riant, T., Ploteau, S., Valancogne, G., & Levesque, A. (2019). Provoked vulvar vestibulodynia: Epidemiology in Europe, physio-pathology, consensus for first-line treatment and evaluation of second-line treatments. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, 48*(8), 685-688. https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.04.011

• Bergeron, S., Reed, B. D., Wesselmann, U., & Bohm-Starke, N. (2020). Vulvodynia. *Nature reviews. Disease primers, 6*(1), 36. https://doi.org/10.1038/s41572-020-0164-2

• Harlow, B. L., & Stewart, E. G. (2003). A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia?. *Journal of the American Medical Women's Association (1972), 58*(2), 82–88. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12744420/

• Spinosa, J. P., de Bisschop, E., Laurençon, J., Kuhn, G., Dubuisson, J. B., & Riederer, B. M. (2006). Les réflexes sacrés etagés dans l'etude de la névralgie pudendalte: validation anatomique [Sacral staged reflexes to localize the pudendal compression: an anatomical validation of the concept]. *Revue medicale suisse, 2*(84), 2416–2421. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17121249/

Neuropatia del nervo pudendo

Daniele Porru
Urologo presso Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia

La neuropatia del pudendo è una delle cause di sindrome del dolore pelvico cronico dovuta al danno o all'irritazione del nervo. Tale patologia viene sospettata in una minoranza di casi, ed è spesso misconosciuta e confusa con cause infettive o di altro tipo. Ciò può generare frustrazione nel paziente e spesso provoca severe conseguenze negative nella sfera emotiva, sessuale e cognitiva e in ambito psico-sociale [1].
La neuropatia del pudendo (NP) colpisce entrambi i sessi e nei bambini si verifica a causa di anomalie congenite nella via nervosa. È un processo mono o bilaterale [2].
Il nervo pudendo è un nervo misto con funzioni sensoriali, motorie e autonomiche, pertanto l'infiammazione o la lesione del nervo può anche provocare disfunzioni della vescica, dell'intestino, sessuali e autonomiche. È generalmente composto da fibre provenienti dalle radici nervose di S2, 3 e 4 [3].
Il nervo decorre anteriormente al muscolo piriforme, quindi passa tra i legamenti sacrotuberosi e sacrospinosi, che sono analoghi a una "morsa" o a un "artiglio di aragosta", giungendo a contatto con il nervo [4].
Successivamente il nervo percorre il canale pudendo (canale di Alcock) e si divide nel nervo perineale, nel nervo dorsale del pene o del clitoride e nel nervo rettale inferiore. Molte variazioni nella struttura del nervo sono state notate durante le dissezioni anatomiche di chirurgia. Il rimodellamento osseo nella pelvi si verifica comunemente ed è correlato alla contrazione e all'impiego ripetitivo della muscolatura del pavimento pelvico. Ciò si traduce in modificazioni della spina ischiatica e dell'angolo laterale inferiore del sacro. Quando la neuropatia del pudendo non viene trattata, progredisce da sintomi minori, spesso iniziando con disturbi della vescica, producendo altri sintomi se il danno sui nervi prosegue. Il dolore severo può verificarsi in molte sedi e può essere confuso con una malattia morfologica/d'organo.
I sintomi sono spesso trattati da specialisti degli organi terminali, ossia ginecologi, chirurghi del colon-retto e urologi. La diagnosi viene solitamente fatta dopo molti anni dall'insorgenza dei sintomi, durante i quali i pazienti sono stati sottoposti a molteplici valutazioni, impiego di farmaci e interventi chirurgici. Purtroppo questa sequenza di eventi può condurre alla dipendenza da oppiacei. Quando è possibile una diagnosi e un corretto trattamento, è possibile il controllo dei sintomi a lungo termine e la remissione totale dei sintomi, che è stata riportata fino a 20 anni dopo i trattamenti [1].

Cause

La nevralgia del pudendo è una sindrome del tunnel, tipicamente derivante da microtraumi cumulativi e ripetitivi del nervo.
Tra le cause più comuni ricordiamo:

- prolungata posizione seduta (ad es. sarta, operatori di computer, giudici, pianisti, macchinisti);
- flessione ripetitiva dell'anca (attività sportive, esercizio fisico, jogging, ciclismo);
- dimagrimento rapido con perdita della massa muscolare e conseguente venir meno della sua azione protettiva dalla compressione esercitata dalle strutture ossee e legamentose della pelvi;
- traumi diretti tra cui cadute, incidenti automobilistici e interventi chirurgici pelvici, specialmente quando si utilizzano mesh sintetici;
- radioterapia, soprattutto nei pazienti trattati per cancro alla prostata e in quelli trattati per tumori rettali e ginecologici.

Le cause poco frequenti includono: lesioni metastatiche e non alla via nervosa e infezione da herpes simplex. Lo stress non è causale, ma è possibile che rappresenti un potente fattore aggravante del dolore neuropatico.

Epidemiologia

La nevralgia del pudendo (NP) è spesso non riconosciuta, quindi la vera incidenza è incerta. Le stime dell'International Pudendal Neuropathy Association sono 1 su 100.000 della popolazione generale [5], mentre Spinosa et al. documentano l'incidenza dell'1% nella popolazione generale, che colpisce le donne più degli uomini [6]. Orphanet afferma che la NP colpisce il 4% dei pazienti sottoposti a visita per il dolore e colpisce sette donne ogni tre uomini. Molti operatori, in particolare quelli che trattano la NP, ritengono che i tassi di incidenza effettivi siano significativamente più alti di quanto dichiarato nella letteratura esistente.

Fisiopatologia

La compressione del/i nervo/i pudendo/i è visibile al chirurgo durante gli interventi di decompressione e trasposizione. Il grado di compressione può essere grave. La compressione congenita è frequente e si nota quando si riscontrano fasce aberranti e quando il nervo attraversa il legamento sacrotuberoso. Le compressioni acquisite comprendono cicatrici dopo interventi chirurgici pelvici e sospetti ematomi dopo ripetute cadute violente, come negli snowboarder. Un muscolo otturatore interno ipertrofico può comprimere il nervo nel canale pudendo. In alcuni atleti si osserva un processo falciforme più consistente e ipertrofico. Occasionalmente si osserva uno stiramento dei nervi.

Storia ed esame fisico

La nevralgia del pudendo (NP) deve essere sospettata in pazienti con anamnesi di dolore pelvico (soprattutto perineale e genitale) con o senza sintomi concomitanti sessuali, vescicali o intestinali. L'inizio del dolore è solitamente lieve, tranne quando causato da un trauma acuto. Il dolore è generalmente meno intenso al mattino e progredisce nel corso della giornata. I pazienti si lamentano frequentemente di dolore urente e possono anche provare formicolio, dolore lancinante e dolore simile a uno shock. In oltre il 50% dei pazienti, il dolore è esacerbato stando seduti e alleviato stando in piedi, sdraiati o seduti sul water [7].
I pazienti con NP possono presentare problemi intestinali, vescicali e sessuali senza dolore. La distribuzione del dolore può essere limitata o estesa e può includere la vulva, la vagina, il clitoride, il perineo e il retto nelle femmine; glande, scroto, perineo e retto nei maschi [2]. Anche il dolore al coccige e il dolore riferito al polpaccio, al piede e alle dita dei piedi sono disturbi frequenti. Il contatto con gli indumenti può causare dolore o disagio - allodinia. Una sensazione di corpo estraneo pelvico come sedersi su una pallina da golf o un corpo estraneo caldo nel retto sono indicativi di una sensibilizzazione centrale. Altri sintomi associati alla NP includono la frequenza urinaria, urgenza, sintomi che mimano la cistite interstiziale, eiaculazione dolorosa, dispareunia, orgasmi notturni dolorosi e eccitazione sessuale persistente [8]. L'esame obiettivo pelvico e perineale, dei genitali esterni, e l'esame uro-ginecologico nella donna, è fondamentale, così come palpare il percorso del nervo pudendo medialmente alla spina ischiatica in corrispondenza del canale di Alcock. Quando la palpazione di queste sedi riproduce il dolore nella distribuzione del pudendo, indica una lesione del "tratto medio" del nervo, il fenomeno di Valleix, diagnostico di lesione del segmento medio del nervo.

Valutazione

La nevralgia del pudendo (NP) è essenzialmente una diagnosi clinica che viene fatta "sul lettino" e che viene confermata al meglio utilizzando test neurofisiologici. Le tecniche di imaging di solito forniscono scarso aiuto per la diagnosi. Le scansioni TC addominali e pelviche sono utili solo a scopo di esclusione. La risonanza magnetica della colonna lombare e sacrale è raramente utile, ma dovrebbe essere eseguita prima di eventuali interventi chirurgici.

Test neurofisiologici

I test neurofisiologici sono stati utilizzati nel work up della neuropatia del pudendo. Il test di latenza motoria del terminale del nervo pudendo (PNTML) è stato utilizzato per la diagnosi e il monitoraggio dei risultati del trattamento [9]; può essere eseguito in ambulatorio, ma è alquanto invasivo e richiede un esame rettale o vaginale.
Altri test per lo studio della funzione motoria del nervo includono il riflesso bulbocavernoso e il test di latenza. Sebbene l'elettromiografia (EMG) possa integrare la diagnosi, i pazienti la trovano un'esperienza dolorosa rispetto al PNTML.
Il test del potenziale evocato somatosensoriale (SSEP) è stato utilizzato per confermare la neuropatia del pudendo. SSEP è anche uno strumento prezioso per limitare i danni al nervo pudendo provocati dalla compressione del perineo in caso di trazione durante gli interventi chirurgici all'anca [10, 11].

Trattamento

I pazienti con nevralgia del pudendo (NP), generalmente, ricevono una diagnosi dopo diversi anni di sintomi. In genere, hanno visitato più specialisti e sono stati sottoposti ripetutamente a test ed esami. Potrebbero aver subito diversi interventi chirurgici e spesso è stato detto loro: "È nella tua testa". Soffrono di ansia e depressione. Il rinvio a uno psicologo esperto dovrebbe essere preso in considerazione per il supporto emotivo man mano che il trattamento progredisce. In qualsiasi momento durante il trattamento e anche dopo una "cura" a lungo termine, lo stress può accelerare o aggravare il dolore. Poiché la neuropatia del pudendo è una sindrome del tunnel, viene trattata in modo alquanto analogo ai trattamenti per la sindrome del tunnel carpale, vale a dire: "protezione dei nervi", farmaci, riabilitazione pelvi-perineale e posturale. Iniezioni perineurali del nervo pudendo (PNPI) somministrate in serie di tre a intervalli di quattro settimane. Se i trattamenti conservativi falliscono, può essere tentata la strada della decompressione del/i nervo/i pudendo/i.

Protezione dei nervi

Questo è un trattamento per lo più gestito dallo stesso paziente. Quando si manifesta dolore stando seduti, si consiglia un semplice "cuscino" che può essere auto-adattato o acquistato. Con il centro del cuscino rimosso, il perineo non ha pressione e il paziente è seduto sulle sue tuberosità ischiatiche. Questi cuscinetti sono utili e possono essere curativi. La cessazione degli esercizi di flessione dell'anca, dell'uso della bicicletta, del jogging e delle attività sportive è essenziale per prevenire ripetute lesioni della NP.

Farmaci

Spesso sono necessari più farmaci per controllare i molteplici sintomi del dolore neuropatico e della sensibilizzazione centrale che è comune in questi pazienti. Il controllo della scarica ectopica dal nervo e dal ganglio dorsale può essere ottenuto con vari farmaci tra cui gli antidepressivi triciclici, farmaci simpaticolitici ad azione centrale e altri. È necessario un attento monitoraggio con la variazione dei farmaci a seconda della risposta al trattamento e degli effetti collaterali.

Fisioterapia pelvica con azione miorilassante

Iniezioni perineurali del nervo pudendo (PNPI)

A scopo terapeutico viene utilizzata una serie di tre blocchi del nervo pudendo con una miscela di lidocaina 1% e bupivacaina 0,25% e un corticosteroide. I blocchi sono eseguiti a intervalli di quattro settimane. Questo regime lascia il tempo all'effetto benefico degli steroidi di integrare il controllo precoce del dolore dagli anestetici locali. Quando il beneficio degli steroidi diminuisce, viene eseguito il blocco successivo.

Chirurgia di decompressione

Come con qualsiasi sindrome del tunnel, il nervo pudendo può richiedere un intervento di decompressione. L'intrappolamento è identificabile solo in sala operatoria. L'indicazione per la decompressione è dolore/sintomi gravi che non rispondono alla protezione del nervo, ai farmaci e a una serie di PNPI di buona qualità. Robert, in Francia, ha sviluppato l'approccio transgluteo più comunemente utilizzato a livello internazionale [2]. Il nervo viene decompresso sezionando e rimuovendo il legamento sacrospinoso. Viene quindi trasposto medialmente e anteriormente alla spina ischiatica dopo l'apertura del canale pudendo. Spesso viene applicata una barriera di adesione prima della chiusura.

Esistono diversi approcci perineali per la decompressione chirurgica del nervo pudendo. Shafik ha descritto il primo approccio perineale. Un approccio minimamente invasivo utilizza un resettoscopio urologico [12]. Diverse serie di casi riportano risultati simili tra i vari approcci [13].

Uno studio di controllo randomizzato pubblicato da Robert ha dimostrato il vantaggio della chirurgia rispetto alla cura conservativa [14]. La decompressione laparoscopica è un altro approccio che sta diventando sempre più ampiamente utilizzato. Il sito più comune per la compressione NP è nello spazio interlegamentoso tra i legamenti sacrospinoso e sacrotuberoso. Il secondo sito comune è nel canale pudendo. Il processo falciforme può comprimere il nervo. La compressione congenita può essere dovuta a fasce aberranti. Il nervo può anche essere compresso tra gli strati del legamento sacrotuberoso. Sono state descritte molteplici variazioni anatomiche del nervo pudendo [15].

Il controllo efficace della NP intrattabile è possibile con la pudendoscopia operativa. L'utilizzo di un resettoscopio bipolare con irrigazione di soluzione salina consente al chirurgo di controllare le diverse fasi della decompressione del nervo pudendo, di mostrare i livelli di intrappolamento e di sezionare il legamento sacrospinoso sotto controllo visivo. La decompressione del nervo pudendo transperineale non è più una procedura alla cieca [16].

Durante la guarigione dei nervi dopo l'intervento di decompressione, il trattamento con farmaci è spesso necessario per diversi mesi per controllare il dolore e trattare la sensibilizzazione centrale. I trattamenti di altre neuropatie della parete addominale associate devono essere continuati. Per il completo controllo del dolore possono essere necessarie neurectomia dei nervi ileoipogastrico e ileoinguinale.

L'analisi di diversi studi mostra che la chirurgia, senza sede preferenziale, sembra essere l'approccio terapeutico più efficace: il dolore è significativamente alleviato [17], la QoL dei pazienti è segnalata come notevolmente migliorata garantendo un ritorno alla vita sociale e a condizioni di salute generale ottimali.

Il beneficio mostra di durare a lungo termine (4 anni), o essere permanente, in alcuni casi dopo un re-intervento.

Diagnosi differenziale

Nel sesso maschile la diagnosi errata più comune di nevralgia del pudendo (NP) è la prostatite. Il National Institutes of Health ha tentato di chiarire questo problema svilup-

pando quattro categorie di prostatite, tra cui "Sindrome da dolore pelvico cronico" o CPPS, come una delle categorie [18]. Il clinico dovrebbe escludere l'infiammazione della prostata, eventualmente esaminando le secrezioni prostatiche o il liquido seminale. L'Associazione Europea di Urologia elenca 23 sindromi che si presentano con dolore pelvico cronico [19]. Ognuna di queste, inclusa la cistite interstiziale, potrebbe essere considerata simile alla neuropatia del pudendo.
Nelle donne spesso la diagnosi differenziale è con l'endometriosi e le infezioni urogenitali.
La patologia anorettale può essere diagnosticata mediante esame obiettivo. Come discusso in precedenza, dovrebbero essere considerate ed escluse diverse altre neuropatie addominali e pelviche che si sovrappongono al territorio del pudendo o possono essere riferite a tale territorio.
I criteri di Nantes sono stati pubblicati per guidare la diagnosi di neuropatia del pudendo.
Essi consistono in:

- dolore che peggiora da seduto
- dolore che non risveglia la notte il paziente
- assenza di deficit sensitivi
- dolore riferito nel territorio di innervazione del nervo pudendo
- miglioramento del dolore con il blocco anestestico

Tuttavia, non c'è un consenso unanime internazionale sulla loro utilità diagnostica [20].

Prognosi

Il trattamento sequenziale della nevralgia del pudendo (NP) allevia o riduce i sintomi nella maggior parte dei pazienti. Dopo PNPI, la riduzione del dolore di solito consente uno stile di vita normale. Sono state riportate guarigioni complete in 12 anni. Sebbene ci siano segnalazioni occasionali di sollievo immediato e totale dopo l'intervento chirurgico, la maggior parte degli autori riporta il controllo del dolore/sintomo per 6-24 mesi o più. Pertanto, dovrebbe essere stabilito un programma di trattamento post-operatorio. La definizione del successo delle varie modalità di trattamento può essere influenzata dal grado di lesione nervosa e dalla durata della mancata compressione.
Occorre comprendere che la persistenza dei sintomi è una parte costantemente riportata nel normale processo di guarigione. La sensibilizzazione centrale è comune nei pazienti con NP; la persistenza o l'intensità dei sintomi può essere amplificata da neuropatie concomitanti che possono verificarsi nei pazienti e che richiedono un trattamento. Possono rivelarsi necessarie neurectomie ileoipogastriche e ileoinguinali per eliminare il dolore nel quadrante inguinale/inferiore.
La causa principale dei sintomi ricorrenti della NP è la ripresa precoce delle attività che hanno aggravato la condizione, come andare in bicicletta, fare esercizio, fare jogging, stare seduti a lungo. Dopo l'intervento, in cui il legamento sacrospinoso è stato rimosso e "l'artiglio di aragosta" rilasciato, la manovra di Valsalva nella posizione accovacciata per sollevare può costringere il pavimento pelvico a comprimere il nervo contro il legamento sacrotuberoso.

Complicazioni

Il blocco del nervo pudendo può avere effetti collaterali da steroidi come agitazione, ansia e iperglicemia nei diabetici. Il posizionamento dell'ago per l'iniezione può penetrare nel nervo, una complicanza rara che causa dolore immediato che può durare fino a sei settimane o più. L'infiltrazione intravascolare di lidocaina e bupivacaina è rara. Inizialmente, il paziente può notare un sapore metallico. Un bolo con dose eccessiva può causare problemi cardiovascolari significativi. A seguito dell'infiltrazione di farmaci può verificarsi una transitoria esacerbazione del dolore, ciò potrebbe avvenire per la diversa temperatura (temperatura ambiente inferiore) o alla pressione locale del volume del bolo. Le complicanze chirurgiche specifiche della decompressione del pudendo comprendono la lesione di un piccolo ramo del nervo, suscettibile di riparazione microchirurgica.

Bibliografia

1. T L Soon-Sutton, M P Feloney, S Antolak. Pudendal Neuralgia. NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-, pg 1.
2. Robert R, Prat-Pradal D, Labat JJ, Bensignor M, Raoul S, Rebai R, Leborgne J. Anatomic basis of chronic perineal pain: role of the pudendal nerve. Surg Radiol Anat. 1998;20(2):93-8. [PubMed: 9658526]
3. Shafik A, el-Sherif M, Youssef A, Olfat ES. Surgical anatomy of the pudendal nerve and its clinical implications. Clin Anat. 1995;8(2):110-5. [PubMed: 7712320]
4. Bautrant E, de Bisschop E, Vaini-Elies V, Massonnat J, Aleman I, Buntinx J, de Vlieger J, Di Constanzo M, HabibL, Patroni G, Siboni S, Céas B, Schiby V, Uglione-Céas M. Modern algorithm for treating pudendal neuralgia: 212 cases and 104 decompressions. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2003 Dec;32(8 Pt 1):705-12. [PubMed:15067894]
5. Hibner M, Desai N, Robertson LJ, Nour M. Pudendal neuralgia. J Minim Invasive Gynecol. 2010 Mar-Apr;17(2):148-53. [PubMed: 20071246].
6. Spinosa JP, de Bisschop E, Laurençon J, Kuhn G, Dubuisson JB, Riederer BM. [Sacral staged reflexes to localize the pudendal compression: an anatomical validation of the concept]. Rev Med Suisse. 2006 Oct 25;2(84):2416-8,2420-1. [PubMed: 17121249]
7. Ramsden CE, McDaniel MC, Harmon RL, Renney KM, Faure A. Pudendal nerve entrapment as a source of intractable perineal pain. Am J Phys Med Rehabil. 2003 Jun;82(6):479-84. [PubMed: 12820792]
8. Waldinger MD, Venema PL, van Gils AP, Schweitzer DH. New insights into restless genital syndrome: staticmechanical hyperesthesia and neuropathy of the nervus dorsalis clitoridis. J Sex Med. 2009 Oct;6(10):2778-87.[PubMed: 19732313]
9. Tetzschner T, Sørensen M, Lose G, Christiansen J. Pudendal nerve function during pregnancy and after delivery. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1997;8(2):66-8. [PubMed: 9297593]
10. de Aguiar Cavalcanti G, Manzano GM, Nunes KF, Giuliano LM, de Menezes TA, Bruschini H.Electrophysiological evaluation of the pudendal nerve and urethral innervation in female stress urinary incontinence. Int Urogynecol J. 2013 May;24(5):801-7. [PubMed: 22961497]
11. Dettmers C, van Ahlen H, Faust H, Fatepour D, Tackmann W. Evaluation of erectile dysfunction with the sympathetic skin response in comparison to bulbocavernosus reflex and somatosensory evoked potentials of the pudendal nerve. Electromyogr Clin Neurophysiol. 1994 Oct-Nov;34(7):437-44. [PubMed: 7859672).
12. Beco J, Seidel L, Albert A. Endoscopic transperineal pudendal nerve decompression: operative pudendoscopy. Surg Endosc. 2018 Aug;32(8):3720-3731. [PubMed: 29796819]
13. Beco J, Climov D, Bex M. Pudendal nerve decompression in perineology: a case series. BMC Surg. 2004 Oct 25/12/21, 12:44 Pudendal Neuralgia - StatPearls - NCBI Bookshelfhttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562246/?report=printable9/927.28.29.30;4:15. [PMC free article: PMC529451] [PubMed: 15516268]
14. Robert R, Labat JJ, Bensignor M, Glemain P, Deschamps C, Raoul S, Hamel O. Decompression and transposition of the pudendal nerve in pudendal neuralgia: a randomized controlled trial and long-term evaluation. Eur Urol.2005 Mar;47(3):403-8. [PubMed: 15716208]
15. Nakanishi T. [Studies on the pudendal nerve. 1. Macroscopic observation on the pudendal nerve in humans].Kaibogaku Zasshi. 1967 Aug 01;42(4):223-39. [PubMed: 5626219]
16. Jacques Beco, Laurence Seidel and Adelin Albert. Endoscopic transperineal pudendal nerve decompression: operative pudendoscopy. Surg Endosc (2018) 32:3720-3731DOI 10.1007/s00464-018-6239-4.
17. Moscatiello P, Carracedo Calvo D, Yupanqui Guerra L et al. Robot assisted pudendal neurolysis in the treatment of pudendal nerve entrapment syndrome. Actas Urol Esp 2018; 42: 344-349.
18. Krieger JN, Nyberg L, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. JAMA. 1999 Jul 21; 282 (3):236-7. [PubMed: 10422990]
19. Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, van Ophoven A, Williams AC., European Association of Urology.The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development. Eur Urol. 2013 Sep;64(3):431-9.[PubMed: 23684447]
20. Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). Neurourol Urodyn. 2008;27(4):306-10. [PubMed: 17828787]

Vulvodinia

Giorgio Galizia
Neuro-urologo

Definizione

La vulvodinia viene descritta come un disagio, un bruciore, a volte dolore urente in area vulvare.
Si parla di vulvodinia generalizzata quando la condizione coinvolge tutta la vulva.
Si parla di vulvodinia localizzata quando la condizione coinvolge solo alcune zone, solitamente il vestibolo (il territorio compreso tra le piccole labbra), in questo caso si parla di vestibolodinia.
Questa forma più circoscritta, vestibolodinia, risulta la più diffusa e frequente.
Si definisce vulvodinia spontanea quando il dolore o il bruciore, vengono avvertiti spontaneamente.
Si definisce vulvodinia provocata quando è conseguente ad un contatto fisico (come in caso di indumenti stretti, assorbente, accavallando le gambe, andando in bicicletta, speculum ginecologico, coito).
Spesso le due forme, spontanea e provocata, coesistono.
Si definisce vulvodinia primaria quella che insorge in giovanissima età e si manifesta di solito al primo uso di assorbente o al primo rapporto sessuale.
Si definisce vulvodinia secondaria quella che interviene dopo un certo lasso di tempo di benessere vulvare dal primo rapporto.

Quando si manifesta

L'età di massima incidenza della vulvodinia è compresa tra i 20 ed i 40 anni.
Si stima che ne soffra, in gradi di gravità diversi, il 12-15% delle donne in età fertile, ma, nonostante la diffusione, la vulvodinia è poco conosciuta e poco riconosciuta anche dagli specialisti.
Spesso la vulvodinia, presentando alcuni sintomi simili a cistiti batteriche e vulvovaginiti micotiche, viene erroneamente trattata con antibiotici e antimicotici.

Sintomi

I sintomi della vulvodinia sono i seguenti:

- Prurito
- Bruciore (che può estendersi alla clitoride e all'ano), frequentemente riferito a fine minzione
- Sensazione di punture di spillo
- Gonfiore delle piccole e grandi labbra
- Perdite vaginali abbondanti (leucorrea)
- Sensazione di abrasioni
- Sensazione di scariche elettriche
- Abrasioni all'ingresso vaginale
- Disturbi urinari (minzione frequente, urgenza).
- Dolore trafittivo (come una «coltellata»).
- Dolore gravativo (come una «contusione»).
- Sensazione di corpo estraneo.
- Nei casi più gravi le pazienti non possono stare sedute, hanno difficoltà a camminare, trovano sollievo solamente stando distese, a gambe divaricate e senza indossare biancheria intima.
- Le mucose vulvari possono essere arrossate, o assumere un colorito rosso/violaceo con tessuti edematosi.
- I sintomi non sono sempre presenti con la stessa intensità ma oscillano anche nell'ambito della stessa giornata. Di solito peggiorano nel pomeriggio/sera, mentre non vengono quasi avvertiti di notte e al risveglio mattutino.
- Presentano periodi di miglioramento e acutizzazione, anche in relazione alle variazioni ormonali durante il ciclo mestruale.

Sessualità

I rapporti sessuali penetrativi sono dolorosi, solitamente proprio all'ingresso (vestibolo), e spesso diventano impossibili. La sensazione di dolore nella zona interessata può continuare per ore o giorni dopo il rapporto.
Nei casi gravi, anche la masturbazione può diventare impossibile.

Fattori scatenanti

La vulvodinia è correlata a due componenti fisiopatologiche: la neuropatia (sempre presente) e l'ipertono della muscolatura pelviperineale (presente nella maggior parte dei casi), inteso come un'aumentata contrattilità su base non neurogena del pavimento pelvico, i cui muscoli mostrano incapacità/difficoltà al rilassamento (in inglese "non relaxing pelvic floor")[1].
I seguenti fattori concorrono alla genesi della vulvodinia:

- Cadute sul coccige (anche molti anni prima)
- Interventi chirurgici pelvici
- Parti complicati (con lacerazioni spontanee o episiotomie)
- Cistiti e vaginiti ricorrenti
- Abuso di alcuni antibiotici e antimicotici locali
- Stipsi ostinata o sindrome del colon irritabile
- Attività fisica molto intensa
- Cause ormonali

Diagnosi

La diagnosi si basa esclusivamente sull'anamnesi, sui sintomi riportati e sull'esame obiettivo, indirizzato alla ricerca della ipersensibilità vulvare e all'eventuale presenza di ipertono dei muscoli pelvici tramite digito-pressione.
In particolare l'ipersensibilità vulvare si elicita tramite lo Swab Test (o test del cotton fioc), con il quale il medico, esercitando una modica pressione/sfregamento sui vari quadranti della vulva, ricerca punti dolorabili con uno stimolo che normalmente sarebbe innocuo (allodinia). I sintomi riferiti durante lo Swab Test vanno dal prurito, alla puntura di spillo, al bruciore intenso, fino al dolore urente.

Una patologia senza alterazioni clinicamente rilevabili

La vulvodinia è una patologia caratterizzata da dolore in assenza di alterazioni clinicamente rilevabili con esami strumentali e questo porta tanti medici a ritenere l'origine dei sintomi psicosomatica («è tutto nella tua testa», «ti devi rilassare»).
Queste conclusioni errate allungano i tempi per ottenere una diagnosi corretta.
Il ritardo diagnostico e il ritardo nell'inizio della terapia peggiora la malattia, peggiora la sofferenza delle pazienti e rende la cura più lunga e complessa.

La vulvodinia è un problema sociale

Considerando quindi la cronicità della patologia, l'età della popolazione maggiormente colpita dalla vulvodinia (donne in età fertile e in piena età lavorativa), la diffusione della patologia, il fatto che la stessa patologia venga poco e, spesso, tardivamente riconosciuta, o peggio non attribuita a cause fisiche ma psicosomatiche, si può tranquillamente affermare che: la vulvodinia non è una malattia rara, la vulvodinia rappresenta un problema sociale.

[1] Da qui in poi, in tutto il dossier, per sintesi utilizzeremo solo il termine "ipertono" per descrivere questa condizione.

Bibliografia

1. Goetsch, M.R. (1991). Vulvar Vestibulitis: Prevalence and historic feat in a general gynecologic population. *American Obstetrics and Gynecology*, 164, 1609-1616.
2. Granot, M., Friedman, M., Yarnitzsky, D., & Zimmer, E.Z., (2002). Enhancement of the perception of systemic pain in women with vulvar vestibulitis. *British Journal Of Gynecology*, 109(8), 863-66.
3. Friederich E.G.: *Vulvar Vestibulitis Syndrome. Journal of Reproductive Medicine*, 1987; 32: 110-4.
4. Graziottin A.: *Etiology and diagnosis of coital pain*. J. Endocr. Invest. 2003; 26 (Suppl. 3): 115-21.
5. Graziottin A., Brotto L.: *Vulvare Vestibulitis Syndrome: clinical approach*. JSMT, 2003.
6. Alvarez, D.J., & Rockwell, P.G. (2002). Trigger points: diagnosis and management. *American Family Physician*, 65 (4), 653-60.
7. Pukall, C.F., Binik, Y.M., Khalifé, S., Amsel, R., & Abbott, F.V. (2002). *Vestibular tactile and painthresholds in women with vulvar vestibulitis syndrome.* Pain, 96, 163-175.
8. Baggish M.S., Miklos J.R.: *Vulvar pain syndrome: a review*. Obstetrics and Gynecology Survey, 1995; 50: 618-627.
9. Basson R., Berman J., Burnett A., De- Rogatis L., Graziottin A. et al.: *Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definition and classification*. J.Urol. 2000; 163: 889-93.
10. Bergeron S., Binik Y .M., Khalife S., Pagidas K.: *Vulvar vestibulitis syndrome: A critical review*. Clinical Journal of Pain, 1997; 13: 27-42.
11. Vincenti E. Graziottin A.: *Neuropathic Pain in Vulvar Vestibulitis: diagnosis and treatment*. In: Graziottin A. (ed) Female Sexual Dysfunction: Clinical Approach, Urodinami

Vulvodinia: meccanismi fisiopatologici

Filippo Murina
Ginecologo responsabile Servizio di Patologia del Tratto Genitale Inferiore Osp. V. Buzzi - Università degli Studi di Milano

La classificazione terminologica del dolore vulvare persistente è stata recentemente rivista, introducendo, oltre al concetto di percezione dolorosa vulvare conseguente a una causa clinicamente identificabile, quello di presenza di una condizione di vulvodinia dove il dolore, della durata di almeno 3 mesi, non presenta elementi clinici evidenziabili ma nella quale sono presenti fattori potenzialmente associati (Bornstein J et Al, 2016).
I fattori associati alla vulvodinia sono indice di un'anomalia sensoriale legata alla provocazione del dolore, tipica delle sindromi da dolore neuropatico (Pukall CF et Al, 2016). La maggior parte delle evidenze clinico sperimentali si riferiscono alla vestibolodinia (VBD) dove l'allodinia e l'iperalgesia sono gli elementi neurofisiopatologici che giustificano la sintomatologia. L'iperalgesia è la risposta amplificata a uno stimolo doloroso in sé normale, mentre l'allodinia è il viraggio della percezione dello stimolo da tattile a doloroso urente. Il correlato clinico dell'iperalgesia e allodinia è rappresentato dall'anomala percezione dolorifica alla provocazione, ossia toccamento, sfregamento o dolore alla penetrazione nel rapporto sessuale (Wesselmann U et Al, 2014).
Il dolore vulvo-vestibolare è quasi costantemente associato a una condizione di ipertono della muscolatura del pavimento pelvico. Questo prolungato pattern di alterazione muscolare induce una ridotta vascolarizzazione tissutale con lo sviluppo di trigger points miofasciali e un'accentuazione del dolore a ridosso dell'introito vaginale, particolarmente importante nel mantenimento della dispareunia medio-introitale (Morin M et Al, 2017).
La disfunzione neuropatica vestibolare e l'ipertonicità muscolare possono considerarsi una conseguenza multifattoriale di una neuroplasticità negativa del sistema nervoso periferico e centrale, comune denominatore di tutte le pazienti con VBD con rilevanza e gravità differenti in ogni singolo caso.
Ma come si giunge a questa situazione "terminale"?
Un quadro esauriente, e per molti aspetti stimolante, riguardo il profilo epidemiologico del dolore vulvare è stato delineato da un ampio studio epidemiologico definito progetto VuNet (Graziottin et Al, 2020). Lo studio multicentrico ha coinvolto 21 sedi dislocate sul territorio nazionale che hanno profilato le caratteristiche epidemiologiche, anamnestiche e cliniche di 1.183 donne con dolore vulvare persistente (presenza da almeno 3 mesi). La principale finalità dello studio è stata quella di definire i criteri diagnostici del dolore vulvare, per consentire di raggruppare ("clusterizzare") le pazienti sulla base dei principali processi fisiopatologici e delle caratteristiche cliniche della malattia, tutto ciò in prospettiva di migliorare l'efficacia terapeutica basata su una solida lettura fisiopatologica dello scenario clinico. Le pazienti comprese nello studio VuNet hanno utilizzato differenti terapie topiche e farmacologiche sistemiche senza però un filo conduttore fisiopatologico, con il dato disarmante che il dolore in circa il 70% dei casi non ha subito alcuna variazione.
Multipli meccanismi fisiopatologici possono avere un ruolo nello sviluppo e nella persistenza della VBD e vari aspetti possono contribuire in tempi differenti nel decorso della malattia.
Non esiste consenso unanime riguardo un algoritmo terapeutico della vulvodinia, e le linee di indirizzo esistenti sono principalmente basate sull'opinione di esperti, case report e un numero limitato di studi clinici randomizzati e controllati con placebo (RCT), riguardanti esclusivamente la VBD, in assenza di protocolli standardizzati od outcomes clinici uniformi.
L'analisi dei dati dello studio VuNet suggerisce alcuni interessanti elementi, importanti per costruire i "cluster" fisiopatologici utili a indirizzare il percorso di cura.

1. Cluster infettivo
La candidosi ricorrente è rilevata nel 32% dei casi, con un'anamnesi familiare positiva per diabete mellito nell'8.5% dei casi, rispetto a un'incidenza del 5.3% nella popolazione con meno di 65 anni, elemento predisponente l'infezione micotica. Il legame tra infezione candidosica e VBD ha solide basi sperimentali, che impongono in questo cluster di pazienti un'adeguata profilassi antimicotica, unitamente a corretti stili di vita alimentare e comportamentale.

2. Cluster intestinale
Colon irritabile nel 28% circa e stipsi nel 24% delle pazienti, sono elementi suggestivi di una frequente comorbilità con problematiche intestinali che deve essere attentamente considerata nel percorso di cura.

3. Cluster ormonale
Circa metà delle pazienti considerate nello studio aveva utilizzato preparati ormonali contraccettivi, suggerendo un possibile legame con la VBD. In alcune pazienti con VBD si è dimostrato un assottigliamento della mucosa vestibolare correlato alla gravità dei sintomi, con un profilo similare alle donne in post-menopausa (Murina et Al, 2021). L'alterato trofismo potrebbe essere accentuato dall'uso di contraccettivi a basso dosaggio, con una predisposizione alla vulnerabilità a stimoli infettivi, traumatici od allergici.

4. Cluster vescicale
L'indagine VuNet ha evidenziato una storia anamnestica di infezioni urinarie nel 37.4%,

cistiti ricorrenti nel 19.5% e post coitali nel 17.9%, tutti elementi importanti per la coesistenza di disturbi vescicali, tipici della sindrome della vescica dolorosa, importante comorbilità della VBD.

5. Cluster psico-sessuale

Si veda il contributo della dr.ssa Zanardo nel presente dossier.

La VBD può essere considerata, pertanto, la sommatoria e possibile sovrapposizione di differenti fattori innescanti che differiscono per "peso" e "predominanza" in ogni singola paziente, creando dei veri e propri "cluster" profilanti differenti quadri di VBD.

Bibliografia

• Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, Coady D.
2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia . J Sex Med. 2016;13:607-612
• Graziottin A, Murina F, Gambini D, Taraborrelli S, Gardella B, Campo M; VuNet Study Group. Vulvar pain: The revealing scenario of leading comorbidities in 1183 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020 Sep;252:50-55.
• Morin M, Binik YM, Bourbonnais D, Khalifé S, Ouellet S, Bergeron S. Heightened pelvic floor muscle tone and altered contractility in women with provoked vestibulodynia. J Sex Med 2017 Apr 1;14(4):592-600.
• Murina F, Barbieri S, Lubrano C, Cetin I. Vestibular Mucosa Thickness Measured by Ultrasound in Patients Affected by Vestibulodynia: A Case-Control Study. Sex Med. 2021 Apr;9(2):100320.
• Pukall CF, Goldstein AT, Bergeron S, Foster D, Stein A, Kellogg-Spadt S, Bachmann G. Vulvodynia: Definition, prevalence, impact, and pathophysiological factors. J Sex Med 2016 Mar 1;13(3):291-304.
• Wesselmann U, Bonham A, Foster D. Vulvodynia: Current state of the biological science. Pain 2014 Sep;155(9):1696.

Terapia di vulvodinia e neuropatia del pudendo

Chiara Marra
Ginecologa e direttrice sanitaria di CasaMedica Bergamo

Molteplici meccanismi fisiopatologici rivestono un ruolo nello sviluppo e nella persistenza della vulvodinia e della neuropatia del pudendo. Inoltre, vari fattori peggiorativi possono inserirsi in tempi diversi durante il decorso di queste patologie.
Il modello integrativo più recente considera fondamentale l'interdipendenza tra fattori causali biomedici e psicosociali.
Tra i fattori biomedici, ricordiamo, ad esempio, meccanismi periferici e centrali del dolore, fattori ormonali, aspetti genetici, disfunzioni del pavimento pelvico, fattori neuroinfiammatori (come quelli dovuti a vaginiti micotiche ricorrenti). Tra i predisponenti psicosociali, annoveriamo a titolo esplicativo maltrattamenti nell'infanzia, abusi sessuali, sindromi ansioso-depressive.
Nessuno di questi fattori biomedici o psicosociali singolarmente porterebbe a vulvodinia o neuropatia del pudendo, ma, associato a uno o più elementi di rischio, innesca il meccanismo del dolore cronico.

È fondamentale quindi individuare quali fattori siano presenti nella persona malata e che peso rivestano nel mantenimento delle sindromi dolorose, per poter indirizzare la terapia su ognuno di questi fattori, nel modo più personalizzato e specifico possibile.

Un approccio step by step multimodale è quello raccomandato.

Le basi della terapia prevedono nella maggior parte dei casi la riabilitazione del pavimento pelvico (in quanto la disfunzione della muscolatura è quasi sempre presente) e la neuromodulazione attraverso farmaci antidepressivi e anticonvulsivanti.
Tra gli antidepressivi ricordiamo amitriptilina e duloxetina; tra gli anticonvulsivanti, pregabalin e gabapentin.
Vengono spesso impiegati farmaci miorilassanti sia per via sistemica che locale (ad esempio baclofene, eperisone, tizanidina).
Fisioterapia e ginnastica posturale sono spesso praticate per lavorare a monte dell'ipertono della muscolatura pelvica.
Creme topiche per ridurre l'ipersensibilità delle mucose e desensibilizzare le terminazioni nervose, ad esempio, a base di amitriptilina e gabapentin, possono essere impiegate.

Nella donna, terapie con creme locali a base ormonale possono risultare utili laddove il fattore ormonale rivesta un ruolo, come ad esempio durante l'utilizzo della contraccezione estroprogestinica o in post-menopausa.
Spesso è anche importante agire sull'aspetto intestinale, con dieta e farmaci, qualora fosse presente una sindrome del colon irritabile o altra condizione di disbiosi, per evitare infezioni urogenitali ricorrenti.
Nei casi più gravi e resistenti alle comuni terapie soprascritte, si fa ricorso alla terapia del dolore con farmaci oppioidi, infiltrazioni di tossina botulinica nella muscolatura del pavimento pelvico, infiltrazioni locali di cortisonici e anestetici, blocchi infiltrativi del nervo pudendo, radiofrequenza, infiltrazione del ganglio impari e posizionamento di neuromodulatore.
È molto raro il ricorso alla chirurgia per la cosiddetta vestibolectomia (asportazione del vestibolo vulvare) o per decompressione del nervo pudendo.
Importante è invece l'intervento psicosessuale come supporto a una sindrome dolorosa localizzata all'apparato genitale e come lavoro su eventuali traumi trascorsi, nonché per aiutare la coppia ad affrontare in modo congiunto una problematica che incide pesantemente sulla sfera sessuale.
Da non dimenticare infine il ricorso molto frequente dei/delle pazienti a integratori (L-acetil carnitina, acido alfa lipoico, vitamine del gruppo B, palmitoiletanolamide, omega 3-9) e a medicine complementari come l'agopuntura.

Come si può notare, la terapia multifattoriale richiede la presenza di più attori tra medici, fisioterapisti, ostetriche, psicologi, nutrizionisti, con conseguente maggior numero di visite, terapie fisiche e farmacologiche. Il tutto si traduce in una spesa a carico del/la paziente gravosa, sia in termini economici che di ore di lavoro perse, e di difficoltà a portare avanti le normali attività quotidiane.
Il collo di bottiglia nell'accesso alle cure non è solo dovuto ai costi, ma anche al rapporto, decisamente sfavorevole, tra prevalenza della patologia e personale sanitario formato.

Bibliografia

• Bergeron S. et al, Vulvodynia. Nature Reviews Disease Primers 2020
• Elkins N. et al, Neurogenic Pelvic pain. Phys Med Rehabil Clin N Am 2017
• Rosen N.O. et al, Treatment of Vulvodynia: Pharmacological and Non-Pharmacological Approaches. Drugs 2019
• Lua L. et al, Current practice patterns for management of vulvodynia in the United States.
Arch Gynecol Obstet, 2016.
• Xie Y et al, Economic burden and quality of life of vulvodynia in the United States. Current Medical Research and Opinion 2012

Trattamento farmacologico del dolore neuropatico e del dolore nociplastico

Stefano Jann
Neurologo esperto in dolore neuropatico

Il dolore neuropatico è il sintomo cardine e maggiormente destabilizzante della neuropatia del nervo pudendo. Anche in molti casi di vulvodinia e vestibolodinia il dolore può essere di tipo neuropatico. Possiamo quindi distinguere vulvodinie con dolore nocicettivo (ad esempio infiammatorio) e altre con dolore neuropatico (da sofferenza prevalentemente del nervo pudendo o più raramente di rami perineali del nervo femorale posteriore o del nervo genito-femorale).
Il dolore che origina dall'attivazione fisiologica di recettori nervosi specifici (nocicettori) è una sensazione familiare, frequente, che ha la funzione di evitare l'esposizione dell'organismo a eventi dannosi (dolore nocicettivo). Il dolore neuropatico è sempre patologico. Mentre il dolore nocicettivo è legato alla attivazione fisiologica dei recettori ed è quindi a sistema nervoso intatto, il dolore neuropatico (DN) insorge come conseguenza diretta di una lesione o malattia che colpisce il sistema somato-sensoriale (1).
Il DN deve quindi avere una distinta distribuzione neuroanatomica plausibile e vi deve essere una storia indicativa di una lesione o malattia che colpisca il sistema somato-sensoriale periferico o centrale.
I problemi nascono quando vi è presenza di dolore con caratteristiche neuropatiche in assenza di segni di lesione o malattia del sistema somatosensoriale. Per questo è stato introdotto un nuovo termine. Il termine dolore nociplastico è stato introdotto nel 2017 dalla IASP (International Association for the Study of Pain) per descrivere un dolore che deriva da nocicezione alterata nonostante nessuna chiara evidenza di danno tissutale, effettivo o potenziale, che causa l'attivazione dei nocicettori periferici, o evidenza di malattia o lesione del sistema somatosensoriale che causa il dolore.
Come detto, il dolore neuropatico è il sintomo che impatta maggiormente sulla qualità della vita dei pazienti, sul loro benessere sociale, economico e psicologico. Ha un notevole costo sociale in quanto limita marcatamente le possibilità lavorative di chi ne è affetto (2). Nei pazienti con dolore nociplastico può accadere che un dolore acuto, insorto per un input nocicettivo, perduri oltre i tempi fisiologici di guarigione tissutale, principalmente per due motivi:

- alterazione dell'inibizione discendente, ossia di quei meccanismi del sistema nervoso centrale che "filtrano" e, appunto, inibiscono gli input nocicettivi provenienti dalla periferia;

- sensibilizzazione centrale, ossia l'aumento della reattività dei neuroni nocicettivi nel sistema nervoso centrale al loro input afferente normale o sotto-soglia: ne sono segni caratteristici l'iperalgesia e l'allodinia.

La sensibilizzazione centrale è ciò che accomuna la maggior parte delle malattie che spesso si associano sia alla vulvodinia che alla nevralgia del pudendo: sindrome della fatica cronica, colon irritabile, disfunzione ATM, cistite interstiziale, cefalea etc.
Per quale ragione questo accada in alcuni pazienti e non in altri non è del tutto noto. Fattori biopsicosociali hanno grande valenza: emozioni, credenze errate, ridotta partecipazione sociale, disagio emotivo (ansia, depressione). Questi fattori possono modificare la risposta del sistema nervoso centrale alle afferenze periferiche favorendo il persistere del dolore oltre i 3 mesi dall'insorgenza.
Purtroppo, la diagnosi di dolore neuropatico non è semplice e spesso viene misconosciuta. Nessun singolo segno o sintomo è patognomonico di dolore neuropatico e va quindi valutato nel complesso di tutti gli altri parametri.
Alla base della diagnosi di dolore neuropatico e nociplastico vi è un percorso diagnostico che prende il via chiaramente dall'anamnesi del paziente. Questi riferisce un disturbo non familiare, la sensazione di pelle addormentata, di gonfiore, oppure di trazione-fasciatura. Spesso riferisce un concomitante formicolio, oppure una fastidiosa sensazione di freddo o caldo. Il dolore ha caratteristiche urenti, superficiali o profonde, può essere crampiforme, lancinante, talora parossistico, tipo scossa elettrica, talaltra simile a punture di spillo. Caratteristico è il dolore che insorge in conseguenza dello sfioramento della cute. Inoltre, al colloquio possono emergere quei fattori che ci possono far sospettare si tratti di un dolore nociplastico.
La presentazione del dolore può essere cosí schematizzata in due forme principali: spontaneo, non indotto da stimolo, ed evocato, provocato da stimoli sensoriali e quindi riproducibile durante l'esame del paziente.
Il dolore neuropatico deve essere quantificato con l'aiuto di scale di misurazione dei suoi aspetti. I sistemi di misurazione variano dai più semplici con analogo visivo, scale numeriche o verbali relative all'intensità del dolore, all'impedimento funzionale e alla qualità di vita del paziente. La VAS (Visual Analogue Scale) ove su una linea che va da 0 (assenza di dolore) a 10 (massimo dolore possibile) il paziente deve indicare la propria sintomatologia dolorosa, o utilizzando una NRS (Numeric Rating Scale) in cui sono invece segnalati i punti da 0 a 10, e sempre il paziente deve indicare il proprio dolore (3).
L'esame neurologico parte dalla osservazione del paziente: volto, mimica, posture, 'pain behaviour', interazioni con l'ambiente e le persone. L'ispezione del territorio dolente mostra che in sede di dolore spesso non vi sono alterazioni tissutali. Talvolta si osserva distrofia cutanea. Devono essere ricercati i disturbi sensitivi, negativi o positivi. Altrettanto importante è evidenziare la presenza di deficit o di iperattività del sistema nervoso vegetativo. Inoltre, vanno ricercati segni e sintomi che ci permettano di differenziare il dolore nociplastico dal dolore neuropatico (presenza di segni coerenti con lesione del sistema somato-sensoriale).

Accanto al dolore spontaneo, descritto dal paziente, assai importante è la ricerca del dolore evocato. L'iperalgesia e l'allodinia sono le due manifestazioni di dolore indotto più frequenti e tipiche nel DN, seppur non patognomoniche, potendosi osservare anche in casi di dolore nocicettivo. Nella iperalgesia stimoli solitamente dolorosi producono un dolore di intensità aumentata. Nell'allodinia stimoli normalmente non dolorosi provocano dolore. Distinguiamo l'iperalgesia e l'allodinia in base allo stimolo. Tale stimolo può essere termico, meccanico dinamico - o da sfregamento meccanico o da pressione di un oggetto che produce dolore.
L'esame clinico può essere completato da indagini neurofisiologiche e morfologiche. Alcune sono in grado di evidenziare deficit a carico delle fibre di grande calibro A beta (ENG, PESS), altre evidenziano maggiormente i deficit a carico delle fibre A delta (LEP-potenziali evocati laser) o delle fibre C (biopsia cutanea). Altre tecniche ancora esplorano entrambe le afferenze sensitive e in particolare la soglia di stimolazione, ma necessitano della collaborazione del paziente (QST- Quantitative Sensory Testing). Sempre maggiore appare l'apporto delle tecniche di neuroimaging e in particolare la RMN.

A causa della sua complessa fisiopatologia, il dolore neuropatico è spesso difficile da trattare: solo il 40-60% di pazienti ottiene un adeguato sollievo dal dolore (4). Ancora peggiore è la risposta al dolore nociplastico.
L'assenza di procedure diagnostiche standard rende difficile la diagnosi, che di conseguenza è spesso errata o sottostimata (5). I pazienti sono spesso trattati in modo empirico o con un approccio terapeutico a step che può durare mesi o anni (6).
I trattamenti sistemici sono associati a un'ampia gamma di reazioni avverse. I trattamenti attuali richiedono una titolazione del dosaggio e quindi il sollievo dal dolore può essere ottenuto solo nell'arco di molte settimane. La maggior parte dei pazienti interrompe il trattamento sistemico del dolore neuropatico per mancanza di efficacia e/o effetti collaterali gravi (7).

Detto questo, tutte le maggiori società scientifiche che si occupano di dolore pelvico cronico sono concordi in linea di massima sul trattamento del dolore neuropatico (8-9). Non esistono al momento studi specifici sul trattamento del dolore neuropatico in situazioni particolari quali la vulvodinia con dolore neuropatico e la neuropatia del pudendo, vengono quindi utilizzati i risultati ottenuti in altre neuropatie dolorose, localizzate o generalizzate (10-11-12-13-14-15-16).
Le più recenti linee guida pubblicate (17) suddividono le terapie in sei linee di trattamenti:

1. La prima linea comprende gli antidepressivi triciclici (TCA), i cosiddetti duali, serotoninergici e noradrenergici (SNRI) e gli alfa2delta ligandi (gabapentin e pregabalin, GBP e PGB).
I TCA sono stati i primi e tuttora sono tra i più utilizzati. Il loro meccanismo d'azione sul

dolore è plurimo (18-19):
- modulazione dei canali del sodio voltaggio-dipendenti;
- inibizione del reuptake sinaptico di NE e 5-HT;
- blocco canale del calcio;
- potenziano l'azione di NE e 5-HT sul sistema endogeno di soppressione del dolore;
- bloccano l'attività spontanea causata da aumento dei canali del sodio (dolore spontaneo, ipereccitabilità).

Hanno anche altri effetti e in particolare bloccano i recettori postsinaptici alfa-adrenergico, H1-istaminergico, colinergico muscarinico. Questi ultimi sono alla base dei principali effetti collaterali che limitano l'utilizzo di questa categoria di farmaci: secchezza delle fauci, sedazione, ritenzione urinaria, aritmie cardiache, ipotensione ortostatica, vertigini, costipazione, incremento ponderale, convulsioni. Per questa ragione vi sono delle controindicazioni al loro utilizzo: aritmie cardiache, scompenso cardiaco congestizio, recente infarto del miocardio, compromissione funzionalità epatica, glaucoma ad angolo chiuso, ipersensibilità, ritenzione urinaria da ipertrofia prostatica e altre cause.
I farmaci SNRI (duloxetina e venlafaxina) appaiono meglio tollerati. Agiscono sulle vie discendenti inibitorie riducendo l'intensità del dolore (20).
GBP e PGB sono farmaci che agiscono sulla subunità alfa2 delta dei canali del calcio presinaptici voltaggio dipendenti a livello delle corna posteriori del midollo spinale, riducendo la liberazione di neurotrasmettitori (glutammato) nello spazio intersinaptico. Si sono dimostrati attivi in diversi tipi di dolore neuropatico (21). La differenza tra loro riguarda una farmacocinetica assai più stabile nel PGB che presenta dosaggi efficaci in un range più limitato. Gli effetti collaterali sono di solito modesti ed in particolare sonnolenza, fatica, vertigini, confusione, tremore, incremento ponderale, edema periferico fino al 10% dei pazienti, soprattutto nell'anziano o con dosaggi superiori ai 1800 mg/die, cefalea (22).
Sempre nella prima linea di trattamento vi sono anche preparazioni topiche ma le uniche prese in considerazione dalle linee guida sono i cerotti a base di lidocaina e capsaicina. Esistono preparazioni transdermiche anche di altre sostanze che però hanno mostrato risultati solo transitori e scarsamente riproducibili (ketamina, amitriptilina, clonidina, diclofenac).

2. La seconda linea di trattamento è determinata o dalla rotazione di un altro farmaco di prima linea non utilizzato nel primo trattamento o dalla combinazione di due farmaci di categorie diverse. La terapia combinata deve sottostare ad alcune regole:
- non utilizzare due o più farmaci della stessa classe;
- non sottodosare i farmaci;
- non superare la dose tetto;
- non utilizzare vie improprie;
- non utilizzare farmaci dei quali non si conoscano a fondo dosaggi, effetti collaterali, tossicità e controindicazioni.

Da ultimo in seconda linea compaiono il tramadolo e il tapentadolo. Sono entrambi agonisti deboli del recettore mu degli oppiacei e hanno un secondo effetto sui neurotrasmettitori. Il tramadolo inibisce il reuptake di serotonina e noradrenalina, il tapentadolo della sola noradrenalina. Gli effetti collaterali spesso riportati sono costipazione, cefalea e nausea, sedazione e vertigini meno frequenti (in alcuni soggetti sono meglio tollerati dei TCA). Controindicazione al loro uso è una pregressa ipersensibilità agli oppioidi. Possono avere potenziali interazioni con carbamazepina, digossina e warfarin. Da evitare l'associazione con neurolettici, antidepressivi, ipnotici, e alcool dipendenza (23).

3. La terza linea di trattamento è caratterizzata dalla possibilità di utilizzare altri farmaci ad azione anticonvulsivante quali lamotrigina, carbamazepina, oxcarbazepina, topiramato e valproato. Tranne che nella nevralgia trigeminale il loro effetto appare ancora da dimostrare (24).
Nella terza linea di trattamento compaiono le terapie interventistiche quali infiltrazioni, radiofrequenza pulsata, blocchi del ganglio o del simpatico. La reale efficacia di questi trattamenti è ancora dubbia e legata alla mancanza di adeguati studi clinici controllati e non vi sono raccomandazioni delle società scientifiche sul loro utilizzo (25).

4. La quarta linea di trattamento è dedicata alla neuromodulazione. Anche qui le raccomandazioni circa l'efficacia della neuromodulazione spinale sono deboli per la mancanza di adeguati studi controllati ma diverse società scientifiche (NICE ed EFNS) la consigliano in quei casi di dolore neuropatico resistente al trattamento e di intensità elevata o in caso di eccessivi effetti collaterali delle terapie farmacologiche e soprattutto prima di iniziare un trattamento con oppiacei (26).

5. Con il passare degli anni gli oppiacei sono costantemente retrocessi nelle linee guida sul trattamento del dolore neuropatico e ora si trovano in quinta linea. Questo per una scarsa risposta del dolore neuropatico a tale trattamento, per gli elevati effetti collaterali, e per i dubbi circa l'utilizzo di tali farmaci a lungo termine. È, infatti, noto che vi è una scarsa riduzione del dolore neuropatico con l'utilizzo degli oppiacei probabilmente per una downregulation dei recettori mu in questa situazione (27). Inoltre, in una metanalisi su 41 trial e 6019 pazienti della durata media del trattamento di 5 settimane, emergeva che vi era il 33% di dropped out. Il 15% per inefficacia, il 21% per effetti collaterali, il resto per entrambi. Gli effetti collaterali principali erano nausea, stipsi e sedazione. Nell'anziano deficit cognitivi. Vi era poi elevato rischio di abuso. Infine, dipendenza fisica (praticamente in tutti) (28).

Per quanto riguarda il dolore nociplastico, il 50% circa dei pazienti non risponde ai trattamenti farmacologici. Non esistono linee guida cui appoggiarsi.
Molti trattano il dolore nociplastico seguendo le linee guida del dolore neuropatico.

Altri con farmaci indicati nel trattamento del dolore nocicettivo (paracetamolo, FANS). In un recente studio epidemiologico su 379 soggetti affetti da dolore nociplastico è emerso come il 33% dei pazienti fosse trattato con benzodiazepine e FANS, il 25% con oppioidi, il 16% con SSRI, il 15% con SNRI, il 14% con antidepressivi triciclici in monoterapia o in associazione, mentre il 23% dei pazienti non riceveva alcun trattamento farmacologico (29).

Bibliografia

1. Treede et al., Neurology 2008.
2. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al.Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: A systematic review and meta-analysis and updated NeuPSIG recommendations. Lancet Neurol 2015; 14(2):162–73
3. Farrar JT, Young JP Jr, LaMoreaux L, Werth JL,Poole RM. Clinical importance of changes in
chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. Pain 2001;94(2):149–58
4. Dworkin RH, et al. Pain. 2007;132(3):237-51
5. Vadalouca A, et al. Ann N Y Acad Sci. 2006;1088:164-86
6. Gore M, et al. Pain Pract. 2008;8(4):253-62
7. Meyer-Rosberg K, et al. Eur J Pain. 2001;5(4):379-89
8. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Copenhagen 2018. EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands.
http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines
9. 2013 Vulvodinia Guidelines Update, Journal of Lower Genital Tract Disease, Volume 18, Number 2, 2014, 93Y100
10. NICE. Neuropathic pain in adults: Pharmacological management in non-specialist settings. NICE, Clinical Guideline. 2013. Available at: nice.org.uk/guidance/cg173
11. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: A systematic review and meta-analysis and updated NeuPSIG recommendations. Lancet Neurol 2015; 14(2):162–73
12. Sumitani M, Sakai T, Matsuda Y, et al. Executive summary of the clinical guidelines of pharmacologic therapy for neuropathic pain: Second edition by the Japanese Society or Pain Clinicians. J Anesth 2018; 32(3):463–78
13. Haanpaa M, Attal N, Backonja M, Baron R, Bennett M, et al. NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. Pain 2011;152(1):14–27
14. Cruccu G, Sommer C, Anand P, et al. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: Revised 2009. Eur J Neurol 2010;17(8):1010–8
15. Attal N, Cruccu G, Baron R, et al. European Federation of Neurological Societies. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain. Eur J Neurol 2010;17:e67–88
16. Mu A, Weinberg E, Moulin DE, Clarke H. Pharmacologicalmanagement of chronic neuropathic pain. Review of the Canadian Pain Society consensus statement. Can Fam Physician 2017;63:844–52
17. A Comprehensive Algorithm for Management of Neuropathic Pain, Daniel

Bates,et al. Pain Med. 2019 Jun; 20(Suppl 1): S2–S12
18. Obata H. Analgesic mechanisms of antidepressants for pain. Int JMol Sci 2017;18(11):2483
19. Jensen TS, Madsen CS, Finnerup NB. Pharmacology and treatment of neuropathic pains. Curr Opin Neurol 2009;22(5):467–74)
20. Sumitani M, Sakai T, Matsuda Y, et al. Executive summary of the clinical guidelines of pharmacologic therapy for neuropathic pain: Second edition by the Japanese Society or Pain Clinicians. J Anesth 2018; 32(3):463–78
21. Luo ZD, Chaplan SR, Higuera ES, et al. Upregulation of dorsal root ganglion (alpha)2(delta) calcium channel subunit and its correlation with allodynia in spinal nerve-injured rats. J Neurosci 2001;21(6):1868–75
22. Wiffen PJ, Derry S, Bell RF, et al. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017;6:CD007938
23. Mu A, Weinberg E, Moulin DE, Clarke H. Pharmacologicalmanagement of chronic neuropathic pain. Review of the Canadian Pain Society consensus statement. Can Fam Physician 2017;63:844–52
24. Dworkin RH, O'Connor AB, Audette J, et al. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: An overview and literature update. Mayo Clinic Proc 2010;85(3,Suppl):S3–S14
25. Dworkin RH, O'Connor AB, Kent J, et al. Interventional management of neuropathic pain: NeuPSIG recommendations. Pain 2013;154 (11):2249–61
26. NICE pain overview. Available at: http://pathways. nice.org.uk/pathways/neuropathic-pain (accessed October 8, 2018
27. Uchida et al, J Neurosci. 31, 2010
28. Kroenke K, General Hospital Psichiatry, 31 (2009) 206-219
29. Martini A, Schweiger V, Del Balzo G et al. Clin Exp Rheumatol 2019;37 Suppl116(1):27-38

Riabilitazione del pavimento pelvico

Ileana Luglio
Fisioterapista esperta in disfunzioni pelvi-perineali

Alessandra Marchi
Ostetrica specialista in riabilitazione perineale

Secondo le Linee Guida dell'European Association of Urology (EAU), dell'International Continence Society (ICS) e dell'International Association for the Study of Pain (IASP) [1], la vulvodinia e la neuropatia del pudendo sono inquadrate all'interno del dolore pelvico persistente, per cui l'approccio terapeutico necessita di un team multidisciplinare, composto da diverse figure professionali: medico di medicina generale, ginecologo, urologo, pediatra, dietologo, terapista del dolore, radiologo, gastroenterologo, colon-proctologo, neurologo, psichiatra, sessuologo, fisiatra, fisioterapista, infermiere, ostetrica e psicologo.
Seguendo la suddivisione secondo il sistema di classificazione utilizzato dalla IASP, come si vede nel GRUPPO III, l'apparato muscolo scheletrico fa parte degli end-organs e nello specifico i muscoli del pavimento pelvico:

GRUPPO I Suddivisione primario o secondario		**GRUPPO II** Sistemi coinvolti	**GRUPPO III** Organo bersaglio della sidrome dolorosa individuato grazie ad anamnesi, esami ed indagini diagnostiche	**GRUPPO IV** Area dolorosa riferita	**GRUPPO V** Caratteristiche temporali del dolore	**GRUPPO VI** Caratteristiche del dolore	**GRUPPO VII** Sintomi associati	**GRUPPO VIII** Sintomi psicologici
Dolore pelvico cronico	Dolore pelvico cronico secondario, conosciuto formalmente come dolore pelvico specifico oppure sindrome da dolore pelvico cronico primario, conosciuta formalmente come sindrome da dolore pelvico	Urologico	Prostata Vescica Scroto Testicolo Epididimo Pene Uretra Post-vasectomia Vulva Vestibolo Clitoride Associazione con endometriosi CPPPS con aggravamenti clinici Dismenorrea Intestino irritabile Anale cronico Anale cronico intermittente Sindrome dolorosa del pudendo Dispaneuria Dolore pelvico con disfunzione sessuale Qualsiasi organo pelvico Muscoli pavimento pelvico Addominali Spinali Coggice	Sovrapubica Inguinale Uretrale Penile/clitoridea Rettale Rachide Schiena Glutei Cosce	INSORGENZA: Acuto Cronico PERSISTENZA: Sporadico Ciclico Continuo TEMPO: Dolore al riempimento Dolore allo svuotamento Dolore immediato Dolore tardivo TRIGGER: Provocato Spontaneo	Acuto Bruciante Lancinante A scossa elettrica	UROLOGICI: Frequenza Nicturia Esitazione minzionale Flusso disfunzionale Urgenza Incontinenza GINECOLOGICI: Mestruali Menopausa GASTROINTESTINALI: Costipazione Diarrea Gonfiore addominale Urgenza Incontinenza NEUROLOGICI: Disestia Iperestesia Allodinia Iperalgesia SESSUALI: Soddisfazione Dispaneuria femminile Evitamento Disfunzione erettile Farmaci MUSCOLARI: Impotenza funzionale Fascicolazioni CUTANEI: Alterazioni del trofismo Alterazioni della sensibilità	ANSIA per il dolore o la causa presunta del dolore Pensieri catastrofici sul dolore DEPRESSIONE attribuita al dolore o all'impatto del dolore Attribuita ad altre cause Non attribuito ad alcuna causa Sintomi di PTSD (disturbo da stress post traumatico): rivivere l'esperienza evitamento
		Ginecologico						
		Gastrointestinale						
		Sistema nervoso periferico						
		Sessuale						
		Psicologico						
		Muscolo scheletrico						

Il pavimento pelvico rappresenta la struttura di chiusura caudale della cavità addominale. È una struttura complessa, caratterizzata da componenti muscolari, connettivali, fasciali e legamentose. L'integrità del funzionamento del pavimento pelvico, inteso come un complesso equilibrio dinamico tra le diverse strutture muscolari, fasciali e muscolo-aponeurotiche, permette il controllo delle funzioni urinaria e fecale, la biomeccanica del cingolo pelvico e il sostegno degli organi endoaddominali. Inoltre, il suo corretto funzionamento è essenziale per permettere una sessualità soddisfacente e l'espletamento del parto.
Per quanto riguarda le disfunzioni, nel 2010 l'International Urogynecological Association (IUGA) e la ICS3 hanno standardizzato la terminologia.
La valutazione dei muscoli pelvici avviene attraverso la palpazione, la contrazione e il rilassamento volontario.
La contrazione volontaria può essere definita:
- assente
- debole
- normale
- forte

Il rilassamento volontario:
- assente
- parziale
- completo

In base a questi segni il pavimento pelvico può essere classificato:
- non-contracting pelvic floor
- non-relaxing pelvic floor
- non-contracting, non-relaxing pelvic floor

In base ai sintomi e ai segni si possono avere le conseguenti condizioni:
- normal pelvic floor muscles;
- overactive pelvic floor muscles;
- underactive pelvic floor muscles;
- non-functioning pelvic floor muscles.

Con il termine di overactive pelvic floor muscles (ipertono) si intende un aumento dell'attività contrattile in cui la muscolatura del piano perineale anteriore e posteriore presenta un aumento del tono e incapacità/difficoltà al rilassamento.
La tensione muscolare può divenire cronica, favorendo infiammazione, ridotta perfusione sanguigna e provocando cambiamenti nella sensibilità dell'area genitale[5].
Questa condizione porta a un complesso quadro sintomatologico caratterizzato principalmente da dolore persistente in sede pelvica con possibili irradiazioni in aree distali, presentando sintomi minzionali, colonproctologici e sessuali, a seconda dei distretti muscolari coinvolti[2].
Sebbene la vulvodinia e il dolore pelvico persistente abbiano un'eziologia multifattoriale, numerosi studi hanno dimostrato che alcuni fattori muscoloscheletrici alterati quali iperattività, mancanza di propriocezione e presenza di trigger points miofasciali, possono contribuire all'insorgenza o al mantenimento di queste sindromi[2,3,8,9].

Una parte fondamentale del trattamento delle disfunzioni perineali si avvale di tecniche riabilitative di tipo conservativo.
Queste tecniche, a cui si rifà la fisioterapia perineale, come riportato dalle linee guida del 2015 dell'"European Association of Urology", comprendono:
- la terapia manuale e l'esercizio terapeutico;
- le terapie fisiche;
- le terapie comportamentali.

Obiettivi:
- urologico (prevenzione e trattamento dei sintomi da riempimento e svuotamento vescicale);
- ginecologico (prevenzione e trattamento delle alterazioni della statica pelvica);
- colo-proctologico (prevenzione e trattamento dell'incontinenza fecale e della stipsi);
- sessuologico (prevenzione e trattamento di alcune disfunzioni sessuali);
- trattamento della sindrome del dolore pelvico persistente.

Modalità:
- miglioramento del tono e del trofismo muscolare;
- reclutamento muscolare;
- attività funzionale;
- uso di mezzi fisici:
- correnti elettriche (T.E.N.S.), radiofrequenza, ultrasuoni, magnetoterapia, biofeedback;
- dilatatori vaginali/anali.

Analizziamo di seguito più nello specifico.
La terapia manuale è costituita dalla combinazione di diverse tecniche quali: manipolazioni intravaginali e intra-anali, stretching, utilizzo di pratiche miofasciali e somministrazione di esercizi domiciliari. Lo scopo è quello di ristabilire il normale tono muscolare, aumentare la consapevolezza del paziente, rilasciare i tender e trigger points, restituire la propriocezione e la capacità dei muscoli di contrarsi e rilassarsi, desensibilizzando l'area. Il trattamento è risultato efficace nei pazienti di entrambi i sessi, con riduzione del dolore, miglioramento delle funzioni sessuali e dei parametri muscolari[14,5,12].
Le TENS hanno la finalità di migliorare la propriocezione, la circolazione sanguigna locale, ridurre il segnale nocicettivo (teoria gate control). Protocolli di intervento della durata di 30 minuti e 20 sessioni hanno dimostrato riduzione del dolore e della dispareunia[11,13].
L'utilizzo di dilatatori è utile per ridurre la paura del dolore e promuovere la distensione

muscolare durante l'inserimento. Anche in questo caso la tecnica è efficace nella riduzione della dispareunia, se inserita in un contesto di trattamento multimodale[11].
Il biofeedback ha l'obiettivo di aumentare il controllo del pavimento pelvico e promuovere il rilassamento muscolare. Gli studi hanno applicato protocolli variabili dalle 8 alle 30 sessioni; il trattamento è risultato efficace nella riduzione della dispareunia[11].
Molti studi hanno evidenziato miglioramenti significativi in termini di dispareunia, miglioramento dei parametri muscolari, riduzione del dolore, miglioramento della qualità di vita, sia nel trattamento della vulvodinia che nel dolore pelvico persistente[6,9,10,11,12].
Nessuno studio riporta un protocollo ottimale e diversi sono i bias: il successo del piano terapeutico dipende da numerosi fattori quali la formazione del terapista, le tecniche utilizzate e il numero di sessioni.
Nella nostra pratica clinica l'intervento multimodale, che applichi le diverse tecniche che hanno dimostrato efficacia, personalizzandole sul singolo paziente, è l'impostazione più efficace.
Un terapista esperto e formato nel trattare la vulvodinia e la neuropatia del pudendo dovrebbe usare diverse tecniche manuali (come trattamenti intravaginali e intra-anali, tecniche miofasciali, massaggi e stretching), andando a personalizzare l'intervento.
Questo tipo di approccio è risultato efficace nel ridurre il dolore e migliorare la qualità di vita[11] dei pazienti, risulta però ancora difficilmente protocollabile e necessita di terapisti preparati e formati nel trattare queste problematiche. Sono necessari ulteriori studi per definire meglio l'approccio multimodale più efficace per trattare la vulvodinia e la neuropatia del pudendo.

Bibliografia

1. Linee Guida EAU 2020
2. Padoa A, McLean L, Morin M, Vandyken C. The overactive pelvic floor (OPF) and sexual dysfunction Part 1: pathophysiology of OPF and its impact on the sexual response. Sex Med Rev 2021;9:64-75
3. Linee guida ICS
5. Grigol Bardin M, Giraldo PC, Martinho N, Pelvic floor biometric changes assessed by 4D translabial ultrasound in women with vulvodynia submitted to physical therapy: a pilot study of a randomized controlled trial. J Sex Med 2020; 17:2236-2246
6. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, et al. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. International Urogynecology Journal (2019) 30:1849-1855
8. Morin M, Bergeron S, Khalife S, Mayrand MH et al. Morphometry of the pelvic floor muscles in women with and without provoked vestibulodynia using 4D ultrasound. J Sex Med (2014) 11(3):776-85.doi: 10.1111
9. Andres J, Lopez NS, Asensio-Samper JM et al. Vulvodinia- An evidence-based literature review and proposed treatment algorithm. World Institute of Pain (2015) 1530-7085/16. Pain practice, Volume 16, Issue 2, 2016 204-236
11. Morin M, Carroll MS, Bergeron S. Systematic Review of the effectiveness of physical therapy modalities in women with provoked vestibulodynia. Sex Med Rev 2017: 1-28
12. Fitzgerald M, Anderson R, Potts J, Payne CK, et al. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urologic chronic pelvic pain syndromes. J Urol 2013; 189 (1 Suppl): S75-85
13. Murina F, Bianco V, Radici G, Felice F, Di Martino M, Nicolini U. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomized controlled trial. BJOG 2008 10.1111
14. Van Reijn-Baggen DA, Han-Geurts IJM, Voorham-van der Zalm PJ, Pelger RCM, Hagenaars-van Miert C, Laan ETM. Pelvic floor physical therapy for pelvic floor hypertonicity: a systematic review of treatment efficacy. Sex Med Rev 2021;000:1-22

Approccio psicoterapico in vulvodinia e neuropatia del pudendo

Federica Zanardo
Psicologa e psicoterapeuta

"Dottoressa, mi creda, avrei preferito rivivere l'esperienza del cancro piuttosto che questa malattia. Mi ha tolto tutto: il mio essere donna, moglie, madre e lavoratrice". (I.T.)

Un'affermazione di questo tipo non è così infrequente tra i pazienti che soffrono di neuropatia del pudendo o vulvodinia. Dovrebbe in sé bastare a far capire all'interlocutore l'intensità di questo tipo di dolore e le ricadute che esso può avere sulla maggior parte degli ambiti della vita della persona (Bergeron S., 2020).
Molto spesso il pellegrinaggio dei pazienti affetti da dolore pelvico dura anni prima della diagnosi. Anni durante i quali gli schemi antalgici appresi, siano essi cognitivi, ovvero i pensieri, siano essi comportamentali, ovvero le azioni, che molto spesso costituiscono veri e propri stili "disfunzionali" al benessere della persona, sono talmente radicati da provocare spesso sindromi ansioso-depressive secondarie anche di grave entità (Anisman e Hayley, 2012).
Troppo spesso, infatti, la diagnosi più frequente da parte del medico curante o del ginecologo o dell'urologo, mancando le "consuete evidenze cliniche" delle patologie pelviche più conosciute, è in realtà una non-diagnosi; troppo spesso a sostituire la non conoscenza o la difficoltà a trattare questo tipo di patologie da parte dei medici vi è, come extrema ratio, l'invio allo psichiatra o allo psicoterapeuta, attribuendo così al paziente, anche inconsapevolmente, l'etichetta di "malato immaginario", come spesso purtroppo finiscono per autodefinirsi i pazienti quando arrivano alla prima seduta (Bergeron S., 2020).
Questo tipo di "rassegnato" invio provoca molto spesso nei pazienti affetti da queste patologie un sentimento di sconforto, inadeguatezza, senso di colpa e incomprensione davanti al quale lo psicoterapeuta o lo psichiatra, preparato in materia, non può far altro che prendere atto di come la formazione continua in medicina sia assolutamente necessaria per fermare il peregrinare di queste donne e uomini non solo in Italia ma in Europa o nel mondo.
Inoltre, un invio così effettuato spesso fa credere al paziente che in realtà "tutto" stia nella sua testa, creandogli grande confusione rispetto a ciò che è psicosomatico, o non lo è, e creando notevole ambiguità rispetto a termini come "dolore reale" e "dolore percepito": il dolore, per sua natura, è solamente percepito.

È consuetudine, infatti, incontrare molti pazienti che si autodiagnosticano e spesso correttamente, attraverso la fonte del web, patologie come la vulvodinia o la neuropatia del pudendo o la sindrome del dolore pelvico cronico, a fronte di una media di otto visite specialistiche pregresse e cinque anni di vere e proprie peregrinazioni (www.ainpu.it).
Questo avviene soprattutto grazie alle varie associazioni di pazienti che hanno deciso di fondare gruppi di sostegno, ricerca, formazione e informazione che hanno permesso a tante donne o uomini di ottenere elementi necessari per accedere alla diagnosi corretta o per sapere a quale specialista rivolgersi proprio via internet.
Per questo il dolore pelvico richiede senza dubbio, sin dalla fase diagnostica, un approccio multidisciplinare da parte di vari professionisti del settore sanitario: il medico curante in primis, il neuro-urologo, il neurologo, il ginecologo, il fisioterapista, lo psicoterapeuta, il sessuologo (Morin, 2016).
Il ruolo dello psicoterapeuta consiste anzitutto nell'aiutare il paziente ad accogliere la patologia, debitamente diagnosticata, e a porre fine agli innumerevoli tentativi di cura, spesso sempre più invasivi, e talvolta anche più dannosi, presso i vari specialisti, per adottare in primis uno stile di vita che permetta allo stesso di convivere in maniera serena, o quantomeno dignitosa, con la sintomatologia. Laddove possibile, attraverso un approccio multidisciplinare, molto spesso si assiste anche a una vera e propria riduzione della percezione del dolore e, in taluni casi, anche alla guarigione completa e al riappropriarsi della proprie dimensioni in un nuovo equilibrio cognitivo, sociale, emotivo e sessuale (Bornstein, 2016).

La psicoterapia cognitivo comportamentale

Innanzitutto, nel processo terapeutico, lo psicoterapeuta deve fare importanti distinzioni a livello psichico tra i pazienti che soffrono di dolore pelvico cronico (Dickinson, 2004), ovvero:

- coloro che manifestano una sindrome ansioso-depressiva secondaria al dolore cronico;
- coloro che hanno una sindrome ansioso-depressiva primaria a cui successivamente si associa un dolore pelvico di varia natura, molto probabilmente per l'abbassamento della soglia del dolore che caratterizza queste pazienti.

Vi sono, inoltre, ma in maniera statisticamente inferiore, categorie di pazienti il cui dolore è di origine psicosomatica, ovvero che hanno la tendenza a sperimentare o comunicare distress a livello somatico, da cui poi deriva la differenza tra reazione somatica, quando l'espressione somatica tende ad essere prioritariamente l'espressione di un conflitto psichico, oppure il disturbo somatico, quando le vulnerabilità organiche e biologiche dell'individuo si intrecciano purtroppo con il conflitto psichico del paziente (Antonelli 1984, Giannantonio e Puliatti, 2007).
Infine, non bisogna dimenticare il legame particolare tra ansia e dolore. Quest'ultimo infatti è costituito dal sistema nervoso simpatico che abbassa la soglia del dolore e aumenta l'attività spontanea dei nocicettori (Symreng, Fishman, 2004; Ercolani, Pa-

squini, 2007). Il circolo vizioso dolore-ansia-tensione-acutizzazione del dolore è stato evidenziato nelle sindromi dolorose dove è coinvolto l'apparato muscolare e muscolo-scheletrico (Zanus, 1997; Puliatti, 2008). Purtroppo, anche l'aspettativa del dolore può influenzare la percezione stessa del dolore nel momento in cui esso si verifica, influendo sul processo di cronicizzazione (Trapanotto, Ferrari, 2001). L'incremento dei livelli d'ansia in fase anticipatoria, è stato dimostrato essere associato a una maggiore conduttanza cutanea, e a una maggiore tensione nelle sindromi dolorose croniche. L'ansia anticipatoria può talvolta rappresentare per i pazienti un'esperienza ancora più spiacevole della stessa percezione dolorosa e può anche amplificarla in modo significativo (Ercolani e Pasquini, 2007)
Una buona anamnesi, un buon colloquio clinico da parte dello psicoterapeuta specializzato in questo settore, permette la diagnosi più corretta e, di conseguenza, il percorso terapeutico migliore, sia a livello psicologico che farmacologico. Per questo la concertazione tra i vari specialisti che seguono il paziente è d'obbligo.

I principali step del percorso terapeutico
I pazienti che si presentano per la prima volta sono spesso confusi, sfiduciati e impauriti, talvolta provano anche un forte senso di pudore e vergogna, per questo è necessario creare in primis una buona alleanza e seguire un protocollo cognitivo comportamentale specifico volto a lavorare sui seguenti aspetti:
1. l'aspettativa e la paura legata al dolore;
2. la memoria associata del dolore;
3. le dimensioni emotive, cognitive e comportamentali del dolore;
4. gli aspetti psico-sociali del dolore;
5. il controllo del dolore.

È necessario, anzitutto, iniziare il processo di accettazione e accoglienza della malattia a *livello cognitivo*:
- chiarire, insieme al paziente, in modo "definitivo" qual è la patologia che lo caratterizza, grazie ai consulti medici precedentemente avuti, spiegando passo per passo, ove possibile, di cosa si tratta, se necessario e fino a dove questo è possibile;
- aiutarlo a concentrarsi non tanto sulle sfumature che talvolta può avere l'etichetta diagnostica attribuita (es. dolore pelvico cronico/neuropatia del pudendo, etc.), quanto sulla sintomatologia;
- fermare i *thinking loop* rispetto alle cause della patologia, aiutandolo ad accettare che spesso queste si individuano ma talvolta no, e che comunque questo non aiuta la risoluzione del problema, anzi alimenta i sensi di colpa già molto presenti;
- in un'ottica ottimistica e speranzosa, essere comunque realisti, fornendo le concrete possibilità di miglioramento o guarigione conosciute o a disposizione;
- oggettivare e diminuire la peculiare paura, talvolta angoscia, che il paziente ha rispetto a non avere i mezzi necessari per curarsi (ricordiamo infatti che molto spesso gli specialisti che si occupano di questa patologia lavorano privatamente);
- fornire modelli ed esempi reali di convivenza con la patologia che dimostrano come sia possibile svolgere una vita comunque dignitosa, serena e soddisfacente, nonostante alcune limitazioni;
- proporre il coinvolgimento, attraverso la condivisione di ciò che sta caratterizzando la vita di questi pazienti in una prospettiva socio-cognitiva, delle persone che li circondano e di cui hanno fiducia per ottenere da loro la comprensione e il supporto necessari: i genitori, il partner, i figli, gli amici e il proprio datore di lavoro.

In particolare, è fondamentale considerare il partner come una risorsa, non come ulteriore vittima della patologia, "santificandolo" o "demonizzandolo" come colui o colei che subisce il dolore del paziente, ma approfondendo, in un secondo momento, come poter vivere ancora al meglio la vita quotidiana in coppia e la propria sessualità. Molte donne e uomini convivono con la paura di essere lasciati per le difficoltà che questa patologia comporta nel vivere la propria sessualità (Corsini, 2020). Per questo motivo lo psicoterapeuta deve essere estremamente preparato nella conoscenza della malattia della neuropatia del pudendo e della vulvodinia, per aiutare la coppia a ritrovare la propria intimità al meglio, perché la zona deputata al piacere è stata per mesi o, molto più spesso, anni, la zona deputata al dolore.

Per ciò che riguarda il datore di lavoro, è necessario fornire alle pazienti tutte le informazioni utili rispetto al riconoscimento della patologia a livello legislativo e agli eventuali diritti che queste possano avere: in particolar modo, collaborando con il medico curante, spesso si raggiungono i dovuti riconoscimenti.

Approfondire l'aspetto della rete amicale e familiare, laddove vi siano sani rapporti con la famiglia di origine, è fondamentale non solo ai fini diagnostici, ma è utile anche per poter attuare con serenità le norme comportamentali suggerite per le varie patologie tipiche del dolore pelvico e necessarie alla sua diminuzione o risoluzione.
In questo iniziale processo di psicoterapia è fondamentale la gestione della rabbia del paziente che insorge solitamente proprio durante questa prima fase di lavoro sulle cognizioni più frequenti, soprattutto rispetto all'accettazione della caratteristica di cronicità del dolore. Talvolta insorge in maniera scatenante, tanto da compromettere l'alleanza terapeutica. È importante aiutare il paziente ad esprimere la rabbia, lavorando anche sulla consapevolezza di come la stessa sia fonte di tensioni muscolari che compartecipano al mantenimento del dolore.
Molto spesso i pazienti con dolore cronico sviluppano un focus attenzionale sui sintomi dolorosi così intenso e frequente che è molto difficile far spostare loro l'attenzione su altro. Per questo è necessario dare loro compiti ben specifici da effettuare da una seduta all'altra, per consentire al proprio sistema cerebrale di attivare le zone del piacere da troppo tempo spente dall'eccessiva focalizzazione, anche involontaria, sul dolore.
Talvolta si incontrano pazienti il cui mantenimento del sintomo diviene funzionale al

loro modus vivendi (Caretti, 2008). Per queste e questi pazienti si insinua quindi un processo di *auto-invalidazione* per cui sembra vano ogni tentativo di far cambiare il proprio atteggiamento anche solo cognitivo verso la malattia e di conseguenza meno ancora il loro comportamento. Sono senza dubbio i e le pazienti più resistenti al trattamento, perché in qualche modo, consciamente o meno, la paura che provano rispetto al poter migliorare o guarire e di cosa le aspetterà è dominante. Per questo è necessario lavorare con diverse tecniche (che illustreremo in seguito) al fine di far sperimentare loro nel concreto il benessere provato senza dolore anche solo in alcuni istanti e per cause e ragioni oggettive e volontarie.

A livello comportamentale si cercherà di aiutare il paziente a:

- fermare la spirale delle consultazioni sia presso i vari specialisti sia attraverso la ricerca in internet, talvolta divenuta compulsiva, di ulteriori soluzioni;
- fermare la compulsione relativa all'osservazione ripetuta più volte al giorno della zona interessata, guardando le varie zone pelviche dolenti; spesso ciò accade con l'uso di uno specchietto o fotografandole, o peggio ancora stimolandole col tocco per capire l'entità del dolore che nel qui ed ora non provano, ma che hanno paura di provare presto;
- fermare i comportamenti compulsivi di varia natura che portano il paziente alla ricerca del dolore anche quando esso non c'è (tipico del dolore cronico);
- aiutare il paziente a capire che stare sdraiato a letto senza muoversi per non sentire dolore, con le dovute precauzioni, non è la soluzione a questa patologia che coinvolge il sistema muscolo-scheletrico. Dare quindi degli esercizi quotidiani e alcuni compiti da svolgere che lo costringano all'attività fisica: qualche camminata piacevole, qualche bagno rilassante, qualche attività fisica che non vada ad irritare ulteriormente la zona interessata dal dolore, ma che permetta di mantenere la mente "distratta" dal sintomo e il fisico in movimento;
- aiutare il paziente a mettere in atto le norme comportamentali suggerite dagli specialisti e considerate fondamentali nel processo di guarigione, come detto sopra, liberandosi dall'opinione altrui e da alcuni schemi precostituiti che non permettono di prendere decisioni importanti rispetto, per esempio, al lavoro o al rapporto di coppia;
- controllare che tali norme comportamentali vengano rispettate e dare delle istruzioni ben specifiche per rinforzare tali comportamenti con gratificazioni che il paziente stesso può darsi nel corso del tempo;
- aiutare il paziente nella ricerca concreta di interessi alternativi a quelli fino ad oggi avuti, qualora questi non fossero compatibili con la malattia, e monitorare il grado di piacere che da essi ne trae.

Il colloquio clinico e gli strumenti utilizzati

È importante indagare in modo esteso e preciso la storia e il vissuto del paziente affetto da dolore pelvico per cercare eventuali possibili fattori di rischio che possono aver causato o mantenuto la malattia o che non gli permettono di accogliere la malattia stessa e di tenere a bada il dolore in modo adeguato: uno stress acuto in ambito lavorativo, un disagio in ambito sessuale e relazionale, etc. Ovviamente questi aspetti possono essere presenti oppure no: l'importante è verificarne la presenza o meno per poterli trattare all'interno del percorso psicoterapeutico.

La tipologia di comparsa o manifestazione del dolore, espressa in termini di limitazioni vitali, relazionali, famigliari o di coppia, amicali o lavorative, fornisce anch'essa informazioni decisive sulle implicazioni psicologiche che il dolore assume per il paziente. Potrà essere dunque utile indagare quando insorge maggiormente la patologia dolorosa: nel week-end, o durante le vacanze, o in coincidenza di una richiesta lavorativa stressante, o di una richiesta sessuale da parte del partner, o, come talvolta accade, appurare che non vi siano relazioni di sorta.

Talvolta può essere utile somministrare anche test psicometrici specifici per indagare oggettivamente la presenza o meno di alcune patologie psichiche, siano esse primarie o secondarie, e per valutare la qualità e l'intensità del dolore. Ne elencheremo alcuni di fondamentali:

- Depressione: BDI_II Beck Depression Inventory II (Beck AT, Steer RA, Brown GR, 2006)
- Ansia: BAI-Beck Anxiety Inventory (Beck AT, Ster RA, 2006)
- Aspetti di personalità: MMPI 2 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (Hathaway, McKinseley, 1995)
- Brief Pain Inventory (BPI) (Cleeland & Ryan, 1994)
- Fattori di rischio: questionario sui fattori di rischio del dolore cronico (Grant, 2004)

Le tecniche nello specifico

A seconda di quanto riportato nei paragrafi precedenti rispetto alle caratteristiche primarie o secondarie o psicosomatiche della malattia a livello psichico e della prevalenza della componente ansiosa o depressiva, verranno applicate o meno alcune delle tecniche maggiormente usate nella psicoterapia cognitivo-comportamentale per il dolore cronico, che descriviamo di seguito brevemente:

- **La desensibilizzazione sistematica**

Il processo di desensibilizzazione sistematica è orientato ad affrontare una situazione stressante in modo consapevole, rivivendo ed esprimendo passo per passo tutto ciò che il paziente pensa o sente quando è sottoposto a ciò che lo pone in condizione di stress. Il rilassamento produce un effetto tranquillizzante e allo stesso tempo fornisce strumenti di apprendimento, riducendo lo stato di ansia.

La desensibilizzazione sistematica ha lo scopo di rafforzare un comportamento appreso di auto-dominio, attraverso la ripetizione, che avviene al ritmo che consideriamo adeguato al paziente, monitorando sempre il suo lo status emotivo, e soprattutto il grado di arousal (stato di attivazione del sistema nervoso).

Il fine ultimo è disimparare le risposte negative apprese di fronte alle situazioni stressanti, divenute dei veri e propri automatismi, e imparare nuove risposte più funzionali al benessere psico-fisico della persona. Per raggiungere l'obiettivo, bisogna promuovere lo sviluppo di abilità e risorse per controllare in modo consapevole le situazioni

fonti di ansia. La memoria, inoltre, ha il compito fondamentale di ricordare la nuova sensazione che il paziente ha appreso; lo psicoterapeuta ha il compito di verificare che tale apprendimento, non solo sia avvenuto, ma venga mantenuto nel tempo in maniera automatica.

• **Le tecniche di rilassamento**

Le tecniche di rilassamento sono delle azioni volontarie per regolare e gestire gli stati di ansia e di stress. Sono tecniche che hanno come obiettivo quello di alleviare l'individuo dalla tensione e ristabilire il suo equilibrio psico-fisico. In occidente è solo negli ultimi decenni che le tecniche di rilassamento si sono fatte spazio poiché è stata accettata l'idea che l'organismo sia un sistema complesso costituito dall'interazione di mente e corpo. Lo psichiatra Johanson Schultz fu uno dei primi che si interessò a queste tecniche e ne approfondì il funzionamento sviluppando il *Training Autogeno*, ovvero uno stato psicofisico che induce rilassamento fisico e mentale. Successivamente, sono stati diversi gli psicologi e i medici che hanno approfondito le tecniche di rilassamento in aggiunta alle tecniche tradizionali.

Attualmente le tecniche di rilassamento sono ampiamente utilizzate in molteplici protocolli di terapia cognitivo-comportamentale, in quanto rappresentano un buon metodo per imparare a rilassarsi in momenti di difficoltà e un meccanismo per ridurre i livelli di attivazione durante la giornata. Le principali tecniche di rilassamento oggi utilizzate sono due: il *Rilassamento Muscolare Progressivo* di Jacobson e il *Training Autogeno* di Schultz.

Rilassamento Muscolare Progressivo

Il Rilassamento Muscolare Progressivo venne sviluppato agli inizi del secolo scorso da Edmund Jacobson, che pubblicò il volume: "Progressive Relaxation" ("Rilassamento Progressivo") in cui spiegava il suo metodo. Tale metodo si basa sull'idea che il pensiero e lo stato emotivo influiscano sul livello di risposta muscolare, evidenziando una relazione tra muscolo, pensiero ed emozioni.

Il Rilassamento Muscolare Progressivo di Jacobson prevede che il paziente, in primo luogo, sviluppi la capacità di individuare lo stato di tensione muscolare. Per raggiungere questo obiettivo, il terapeuta insegna al soggetto a percepire la differenza tra tensione e rilassamento, attraverso ripetuti esercizi di contrazione volontaria e prolungata delle varie zone del corpo, fino a quando sarà in grado di avvertire anche minime contrazioni muscolari. Una volta che il soggetto ha imparato ad avvertire la tensione dei vari gruppi muscolari, sarà in grado di rilassare i muscoli che non sono interessati al movimento che sta effettuando e sarà anche in grado di applicare in ogni attività esclusivamente la quantità di tensione muscolare necessaria. L'essenza della tecnica consiste nel mettere in tensione, secondo tempi predefiniti, alcune parti del corpo e in seguito rilassarle. Far notare al paziente la sensazione di tensione e successivo rilassamento, aiuta il soggetto in trattamento a provare una piacevole sensazione di benessere corporale, che si traduce in benessere psicologico nel momento in cui smette di contrarre il muscolo.

Training Autogeno

Training Autogeno significa "allenamento" che si "genera" (dal greco: "genos") "da sé" (dal greco: "autos"). Consiste nell'apprendimento e nell'allenamento costante di una serie di esercizi di rilassamento di tipo autoindotto. Le immagini mentali, dopo che è avvenuto il rilassamento fisico, inducono visualizzazioni piacevoli e rilassanti per richiamare sensazioni legate ai cinque sensi e possono essere a carattere generale o specifiche per sintomi particolari. Una volta appreso, il Training Autogeno può essere sempre utilizzabile in diverse situazioni della vita quotidiana. Messo a punto da Schultz nel 1932, il Training Autogeno è considerato una delle tecniche di rilassamento più efficaci nella cura dell'ansia, delle somatizzazioni, dello stress e nella gestione del dolore cronico.

Come dice lo stesso autore: "Con l'allenamento sistematico agli esercizi di questa tecnica di autodistensione psichica e somatica è possibile smorzare, risolvere, eliminare sintomi disturbanti, mobilizzare attitudini interiori che non riuscivano a realizzarsi spontaneamente, smantellare resistenze che impedivano il ristabilirsi di equilibri funzionali alterati, trasferire dinamismi positivi negli strati più profondi della personalità, decondizionare situazioni patologiche anche da tempo stabilizzate" (Schultz, 1932).

Anche rispetto ai pazienti con dolore pelvico gli esercizi di rilassamento fondamentali si suddividono in inferiori e superiori. Nei primi l'attenzione mentale viene rivolta a particolari sensazioni corporee; nei secondi, invece, l'attenzione viene rivolta a particolari rappresentazioni mentali. In tutto gli esercizi di rilassamento sono sei, i primi due sono detti fondamentali e gli altri quattro complementari:

- esercizio della pesantezza, che agisce sul rilassamento dei muscoli;
- esercizio del calore, che agisce sulla dilatazione dei vasi sanguigni periferici;
- esercizio del cuore, che agisce sulla funzionalità cardiaca;
- esercizio del respiro, che agisce sull'apparato respiratorio;
- esercizio del plesso solare, che agisce sugli organi dell'addome;
- esercizio della fronte fresca, che agisce a livello cerebrale.

L'EMDR

L'EMDR (dall'inglese "*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*", ossia: "Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari") è un approccio terapeutico utilizzato per il trattamento del trauma e di problematiche legate allo stress, soprattutto allo stress traumatico.

L'EMDR si focalizza sul ricordo dell'esperienza traumatica ed è una metodologia completa che utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata destra/sinistra (es. tapping) per trattare disturbi legati direttamente a esperienze traumatiche o particolarmente stressanti dal punto di vista emotivo.

Dopo una o più sedute di EMDR, i ricordi disturbanti legati all'evento traumatico hanno una desensibilizzazione, ossia perdono la loro carica emotiva negativa. Il cambiamento è molto rapido, indipendentemente dagli anni che sono passati dall'evento. L'immagine cambia nei contenuti e nel modo in cui si presenta, i pensieri intrusivi in

genere si attutiscono o spariscono, diventando più adattivi dal punto di vista terapeutico e le emozioni e sensazioni fisiche si riducono di intensità. L'elaborazione dell'esperienza traumatica che avviene con l'EMDR permette al paziente, attraverso la desensibilizzazione e la ristrutturazione cognitiva che avviene, di cambiare prospettiva, cambiando le valutazioni cognitive su di sé, incorporando emozioni adeguate alla situazione oltre ad eliminare le reazioni fisiche. Questo permette, in ultima istanza, di adottare comportamenti più adattivi.
Dal punto di vista clinico e diagnostico, dopo un trattamento con EMDR il paziente non presenta più la sintomatologia tipica del disturbo post-traumatico da stress, quindi non si riscontrano più gli aspetti di intrusività di pensieri e ricordi, i comportamenti di evitamento e l'*iperarousal* neuro-vegetativo nei confronti di stimoli legati all'evento, percepiti come pericolo. Un altro cambiamento significativo è dato dal fatto che il paziente discrimina meglio i pericoli reali da quelli immaginari condizionati dall'ansia. Si sente che veramente il ricordo dell'esperienza traumatica fa parte del passato e quindi questo viene vissuto in modo distaccato. I pazienti in genere riferiscono che, ripensando all'evento, lo vedono come un "ricordo lontano", non più disturbante o pregnante dal punto di vista emotivo.
Dopo l'EMDR, il paziente ricorda l'evento, ma il contenuto è totalmente integrato in una prospettiva più adattiva. L'esperienza è usata in modo costruttivo dall'individuo ed è integrata in uno schema cognitivo ed emotivo positivo. Il paziente realizza, quindi, le connessioni appropriate: ciò che è utile, è appreso e immagazzinato con l'emozione corrispondente ed è disponibile per l'uso futuro.

Il protocollo per la gestione del dolore cronico è stato modellato sul protocollo di Shapiro per il trattamento dei traumi (1995, 2001). Le fasi includono gli stessi processi base individuati per il protocollo originale per il trattamento del trauma, ma vi sono altresì differenze nella loro applicazione e nei contenuti (Grant, 2001).

Bibliografia

1. AA.VV. Che cos'è l'EMDR, https://emdr.it/index.php/emdr/
2. AA.VV. www.ainpu.it
3. Anisman H, Hayley S. Inflammatory factors contribute to depression and its comorbid conditions. Sci Signal. 2012; 5 (244): 45-50.
4. Antonelli, F. Evoluzione storica della psicosomatica. *Trattato di Medicina psicosomatica*. Vol. 1. Roma. 1984
5. Beck A.T., Steer R.A., *BAI- Beck Anxiety Inventory*. NY, 2006.
6. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. *BDI-II- Beck Depression Inventory II*. New York, 2006
7. Bergeron S. et al.. Nature Reviews. Disease Primers. 2020; 6:36
8. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al. Consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH), and the International Pelvic Pain Society (IPPS). 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. J. Low Genit. Tract. Dis. 2016; 20: 126
9. Caraceni, Mendoza T.R., Mencaglia E., Baratella C., Edwards K., Forjaz M.J., Martini C., Serlin R. C., De Conno F. & Cleeland Ch.S. 1996. A validation study of an Italian version of the Brief Pain Inventory. Pain. 1996; 65:87-92
10. Caretti, V, Craparo, G. *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*. Roma, 2008.
11. Cleeland, C.S. and Ryan, K.M. Pain assessment The global use of the Brief Pain Inventory. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 1994.23:129-138.
12. Corsini, S., Bergeron S., PhD, Rosen N. O. Self-Focused Reasons for Having Sex: Associations Between Sexual Goals and Women's Pain and Sexual and Psychological Well-being for Couples Coping With Provoked Vestibulodynia. The Journal of sexual medicine. 2020; 17:975 e 984
13. Dickinson J, MacLeod A. Brief report, depression and approach and avoidance goals. Cogn Emot 2004; 18:423-430
14. Ercolani M, Pasquini L. *La percezione del dolore*. Milano, 2007.
15. Giannantonio, M., Puliatti M. Conseguenze sessuologiche e uro-ginecologiche a lungo termine dell'abuso sessuale infantile: considerazioni diagnostiche e implicazioni terapeutiche. In *Atti del XIV Congresso AIAMC*. Milano, 2007.
16. Granot, M Friedman, M. et al. Primary and secondary vulvar vestibulitis syndrome: systemic pain perception and psychophysical characteristics. Am J. Obstet. Gynecol.,2004; (6) 138-142

17. Grant M. EMDR: A new treatment for trauma and chronic pain. *Therapies in Nursing and Midwifery. 2000*; 6, 2, 91-94.
18. Grant M. Pain control with EMDR. *Therapists Resources*. Canada, 2001
19. Grant M., Threlfo C. EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of Clinic Psychology 2002*; 58, 12: 1505-1520.
20. Hathaway S.R., McKinseley J.C.. Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2 Trad. it. 1997
21. http://www.elombu.com/aip/clinic/capri99clinicp11.htm
22. http://www.pelviperineology.org/
23. Jacobson E. *Progressive Relaxation*. University of Chicago Press, Chicago, 1928.
24. Jurgen H. Schultz, D. Langen, et al.. Il training autogeno. Metodo di autodistensione da concentrazione psichica. *Quaderno di esercizi per il training autogeno*. 2007
25. Morin, M. et al. Efficacy of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight topical lidocaine in women with provoked vestibulodynia: a bi-center randomized controlled trial. J. Sex Med., 2016; S2:43-57
26. Pukall, C.F. et al Vulvodynia: definition, prevalence, impact, and pathophysiological factors. J.Sex. Med, 2016; 291-304
27. Puliatti M. L'EMDR nel trattamento delle sindromi uroginecologiche. *Workshop In Congresso nazionale EMDR "Applicazioni cliniche dell'EMDR" Roma*, 2008.
28. Puliatti M. 2010. Psicosomatica del dolore pelvico cronico femminile. *Collana di Psicotraumatologia e Psicosomatica di Genere Vol. 1.Roma*, 2008
29. Puliatti M. L'approccio psicosessuologico alla vulvodinia: quale ruolo per l'AIV? *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia* XXX, 2008;6/7:66-67
30. Shapiro F. *EMDR, desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*. Mc-Graw-Hill, Milano, 1995.
31. Shapiro F. EMDR in the treatment of trauma. *Mental Research Institute*. 1999;12: 15-19
32. Shapiro F. Self-healing aspects of EMDR: therapeutic change process and perspectives of integrated psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2000;10: 2-14
33. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures. Palo Alto, 2001
34. Symreng I, Fishmann SM. *Anxiety and Pain Clinical Updates*. 2004;12:1-6.
35. Trapanotto M, Ferrari R.. Aspettativa e percezione del dolore in pazienti con dolore cronico. Milano, 2001
36. Zanus L. *Il dolore cronico: psicologia e psicoterapia*. Padova, 2008

Conclusioni

Silvia Carabelli
Presidente Associazione vulvodinia e neuropatia del pudendo - ETS

Vulvodinia e neuropatia del pudendo possono essere patologie molto invalidanti. Il ritardo diagnostico, oggi ancora molto elevato con anni persi tra errate diagnosi e cure inutili o dannose, non fa che accrescere la sofferenza fisica e psicologica di malati e malate (Shallcross et al., 2018, 2019). Quanto più le due sindromi si cronicizzano, tanto più l'iter terapeutico sarà lungo e complesso, oltre che costoso.
La principale obiezione che è stata mossa dalla classe politica al riconoscimento di queste due patologie è il problema dei costi a carico del SSN, vista l'alta prevalenza delle due sindromi nella popolazione. La risposta semplice, quanto ovvia, è che i conti non sono stati fatti adeguatamente. Esistono solo due studi americani che stimano i costi della vulvodinia (Lua et al., 2017; Xie et al., 2012). In generale, essi non sono applicabili al contesto italiano perché i sistemi sanitari sono profondamente diversi e perché le terapie indicate non corrispondono alle principali linee guida di trattamento indicate nel presente dossier. Tuttavia, un dato riportato in questi studi è rilevante anche per indirizzare le nostre politiche sanitarie: le persone malate che soffrono di vulvodinia e neuropatia del pudendo, in assenza di diagnosi o in presenza di diagnosi errata, sono già disperse nel SSN e sono già un costo per lo Stato, il problema è che, attualmente, questi soldi e questo tempo sono uno spreco per tutta la società, in quanto le pazienti passano anni a sottoporsi a esami, visite e trattamenti senza alcun beneficio proprio perché non hanno una diagnosi corretta. Sono inoltre frequenti anche inutili accessi al pronto soccorso e altrettanto inutili ospedalizzazioni.
Infine, con il protrarsi degli anni, la mancata diagnosi, la cronicizzazione del dolore, l'isolamento conseguente al non riconoscimento della propria sofferenza implicano un impatto sulla salute fisica e mentale delle persone malate, aumentando ulteriormente i costi individuali e sociali correlati a queste sindromi.
Il motivo per cui queste patologie devono essere riconosciute nei LEA è innanzitutto etico: il diritto alla salute, in Italia, è un diritto universale sancito dalla Costituzione. Ad oggi, però, di fatto non è un diritto garantito a tutti e tutte, perché chi soffre di vulvodinia e neuropatia del pudendo viene lasciato ai margini. L'economia è soltanto uno strumento al servizio della politica che non può essere anteposto all'etica, soprattutto quando si tratta di un diritto umano fondamentale come quello alla salute. L'allocazione delle risorse economiche è, infatti, uno dei principali compiti della politica, ma avviene sempre sulla base di valori etici, siano essi impliciti o espliciti. In questo caso,

pur volendo considerare il lato economico, la verità è che sia i costi individuali che quelli sociali si abbasserebbero sensibilmente se le persone malate ottenessero una diagnosi precoce e una terapia adeguata al loro specifico caso.
Ad oggi non esistono ancora, nel pubblico, centri specializzati in dolore pelvico, eppure questa sarebbe l'unica via da percorrere per garantire un trattamento multidisciplinare e multimodale per tutte le patologie pelviche che si presentano come rispettive comorbidità e concause (vulvodinia, neuropatia del pudendo, endometriosi, sindrome della vescica dolorosa/cistite interstiziale, sindrome miofasciale, fibromialgia, ecc.) (Graziottin et al., 2020). Come evidenziato nel documento allegato al presente dossier: "Criteri per la costruzione di PDTA per vulvodinia e neuropatia del pudendo", le figure coinvolte nei centri specializzati in dolore pelvico dovrebbero essere tutte quelle elencate e dovrebbero lavorare in équipe, perché solo questo approccio si è rivelato essere in grado di garantire la guarigione o una remissione dei sintomi tale da rendere il dolore cronico compatibile con la vita (pensieri suicidari e suicidio, sono, infatti, una realtà per chi non ha trovato sollievo al proprio dolore).
Il riconoscimento nei LEA garantirebbe, altresì, l'assegnazione di un codice univoco per queste patologie, che a sua volta consentirebbe l'accesso ad ambulatori ospedalieri, anche universitari, con la possibilità di dedicare tempo e risorse a studi epidemiologici su larga scala, e, in generale, un avanzamento nella ricerca scientifica.
Il fatto che queste malattie, che colpiscono principalmente il genere femminile, vengano ignorate e sottovalutate dalla medicina e dallo Stato non è un caso. Tra la medicina e le donne vi è un contenzioso aperto che dura quanto la storia della medicina occidentale stessa (Murphy, 2012). Riproduzione a parte, storicamente i corpi delle donne sono stati considerati fino all'epoca moderna come una "devianza" rispetto al corpo maschile, da sempre metro e misura della medicina occidentale (Viola, 2022). Inoltre, proprio quando i problemi riguardano l'area genitale e il dolore nei rapporti sessuali, come in questo caso, le donne in media non vengono credute dal personale sanitario, i loro sintomi vengono sottovalutati e il loro dolore viene normalizzato, come se esso fosse parte integrante del destino "naturale" del corpo femminile (Shallcross, 2018, 2019). Anche questo trattamento riservato alle donne fa parte del retaggio culturale che ha sempre teso a vedere nel loro dolore una causa psicologica perché, stante il costrutto sociale della femminilità, esse sarebbero (e tutt'oggi sono considerate) emotivamente e psicologicamente più fragili rispetto agli uomini (Samulowitz et al., 2018).
La medicina di genere è nata proprio con lo scopo di colmare la diseguaglianza ancora oggi esistente tra donne e uomini (e corpi intersex e trans) in ambito medico (Viola, 2022). Una tempestiva e adeguata presa in carico nel pubblico di coloro che soffrono di vulvodinia e neuropatia del pudendo, non solo allevierebbe la sofferenza di queste pazienti, che oggi peregrinano per anni da un ambulatorio all'altro in cerca di aiuto, ma consentirebbe anche a tutte e tutti la possibilità di accesso alle terapie, ad oggi disponibili solo per chi può permettersi di curarsi in regime privatistico.

Bibliografia

• Graziottin, A., Murina, F., Gambini, D., Taraborrelli, S., Gardella, B., Campo, M., & VuNet Study Group (2020). Vulvar pain: The revealing scenario of leading comorbidities in 1183 cases. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 252, 50–55. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.05.052
• Lua, L. L., Hollette, Y., Parm, P., Allenback, G., & Dandolu, V. (2017). Current practice patterns for management of vulvodynia in the United States. *Archives of gynecology and obstetrics*, 295(3), 669–674. https://doi.org/10.1007/s00404-016-4272-x
• Murphy, M. (2012). *Seizing the Means of Reproduction: Entanglements of Feminism, Health, and Technoscience*. Duke University Press. https://doi.org/10.2307/j.ctv125jmpm
• Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain research & management, 2018*, 6358624. https://doi.org/10.1155/2018/6358624
• Shallcross, R., Dickson, J. M., Nunns, D., Mackenzie, C., & Kiemle, G. (2018). Women's Subjective Experiences of Living with Vulvodynia: A Systematic Review and Meta-Ethnography. *Archives of sexual behavior*, 47(3), 577–595. https://doi.org/10.1007/s10508-017-1026-1
• Shallcross, R., Dickson, J. M., Nunns, D., Taylor, K., & Kiemle, G. (2019). Women's Experiences of Vulvodynia: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Journey Toward Diagnosis. *Archives of sexual behavior*, 48(3), 961–974. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1246-z
• Viola, A. (2022). *Il sesso è (quasi) tutto. Evoluzione, diversità e medicina di genere*. Feltrinelli. https://www.feltrinellieditore.it/opera/opera/il-sesso-e-quasi-tutto/
• Xie, Y., Shi, L., Xiong, X., Wu, E., Veasley, C., & Dade, C. (2012). Economic burden and quality of life of vulvodynia in the United States. *Current medical research and opinion*, 28(4), 601–608. https://doi.org/10.1185/03007995.2012.666963

CRITERI PER LA COSTRUZIONE DI PDTA (OSPEDALIERI, AMBULATORIALI E REGIONALI) PER VULVODINIA E NEUROPATIA DEL PUDENDO

Pazienti senza diagnosi o in cerca di diagnosi

• Possono parlarne con il proprio **medico di medicina generale**, motivo per cui questi dovrebbero ricevere un'adeguata formazione sulle due patologie.

• I **consultori pubblici** possono essere un altro punto di accesso per una diagnosi per molte donne. Per questo motivo, dovrebbe essere offerta una specifica formazione ai ginecologi consultoriali, che poi potrebbero indirizzare le pazienti all'ambulatorio/centro specializzato.

• **Ginecologo/a, urologo/a o neurologo/a**: queste sono le tre figure specialistiche che più frequentemente intercetteranno pazienti che soffrono di vulvodinia o neuropatia del pudendo. Poiché si stima che la vulvodinia colpisca circa il 10-16% della popolazione assegnata femmina alla nascita, qualsiasi ginecologo/a, urologo/a e neurologo/a, che lavori in pronto soccorso, in ambulatorio o in reparto, dovrebbe conoscere queste due patologie al fine di porre un sospetto diagnostico e indirizzare le persone malate verso i centri specializzati.

Pazienti con sospetto diagnostico o che hanno già ricevuto una diagnosi

Le terapie per vulvodinia e neuropatia del pudendo sono multimodali, per cui serve un'équipe di specialisti/e che prenda in carico i/le pazienti, tenendo conto anche delle comorbidità, che spesso sono concause di queste patologie.

Ospedali/Poliambulatori/ASL/Case di cura/Consultori

Considerata la grande diffusione delle due patologie, qualsiasi unità di cura dovrebbe avere un PDTA dedicato, che sia per fornire semplicemente una diagnosi o, laddove sia possibile, seguire la/il paziente in un percoso terapeutico.

Per una presa in carico adeguata, comprendente un iter terapeutico, gli specialisti coinvolti nei PDTA, dovrebbero essere i seguenti:

1. ginecologo/a specializzato/a in dolore pelvico cronico (vulvodinia ed endometriosi spesso coesistono e le terapie devono essere orchestrate con competenza, affinché non confliggano). In caso di endometriosi candidata alla chirurgia, se non vi sono internamente le competenze per rispondere a queste necessità, occorre appoggiarsi e fare rete con un altro ospedale regionale che abbia tali competenze;
2. urologo/a specializzato in dolore pelvico cronico (la vulvodinia presenta spesso come comorbidità la sindrome della vescica dolorosa/cistite interstiziale);
3. neurologo/a preferibilmente specializzato in neuropatie;
4. fisiatra specializzato/a in riabilitazione pelvi-perineale per la stesura del programma personalizzato di riabilitazione del pavimento pelvico;
5. fisioterapista o ostetrico/a specializzato/a nella riabilitazione del pavimento pelvico perché vulvodinia e neuropatia del pudendo si accompagnano almeno nell'80% dei casi a disfunzioni del pavimento pelvico caratterizzate da contrattura e difficoltà nel rilasciare la muscolatura (condizione che, nella terminologia anglosassone, viene resa con: "non relaxing

pelvic floor dysfunction" - NRPFD -; in italiano, invece, il termine più comunemente diffuso è "ipertono del pavimento pelvico", intendendo un aumento del tono muscolare non su base neurogena). Le opzioni riabilitative, da personalizzare in base al/alla paziente, sono: a) terapia manuale ed esercizio terapeutico; b) terapie fisiche (radiofrequenza, tens, biofeedback) c) norme comportamentali;
6. gastroenterologo/a e colon-proctologo per diagnosticare e intervenire su eventuali problematiche intestinali, anch'esse frequentemente in comorbidità con (e mantenenti) vulvodinia o neuropatia del pudendo;
7. nutrizionista o dietologo/a per definire la dieta più adeguata nei casi di concomitanti problematiche intestinali, che lavori in tandem con il/la gastroenterologo/a;
8. psichiatra, per la gestione di sindromi ansioso-depressive reattive al dolore e per la gestione di politerapie in pazienti con comorbidità psichiatriche;
9. psicoterapeuta per sostenere psicologicamente chi convive con il dolore cronico e per chi sente il bisogno di indagare eventuali fattori psicosociali, traumatici e non, che potrebbero mantenere, insieme ad altri fattori, le condizioni dolorose;
10. sessuologo/a perché queste patologie invalidano in varia misura la salute sessuale delle persone malate;
11. terapista del dolore specializzata/o in dolore pelvico per le/i pazienti che non rispondono alle terapie di prima linea;
12. reumatologo/a, poiché ad esempio la fibromialgia è una di quelle condizioni di dolore cronico che spesso si sovrappongono a vulvodinia e neuropatia del pudendo;
13. endocrinologo/a in caso di disfunzioni ormonali legate alle due patologie;

Personale infermieristico

Le persone malate che soffrono di vulvodinia o neuropatia del pudendo, ricoverati/e presso reparti di diverse specialità, dovrebbero poter incontrare personale infermieristico preparato sulle due patologie, affinché possa mettere in atto le giuste norme comportamentali, onde evitare il peggioramento della sintomatologia durante la degenza a causa di, per esempio, igiene intima inappropriata per queste patologie, utilizzo di pannoloni, cateterismi non tollerati oppure non necessari, ecc. Si veda l'allegato A.

Personale amministrativo

I centri di prenotazioni ospedalieri e regionali devono saper indirizzare i/le pazienti con impegnativa recante come quesito diagnostico "vulvodinia" o "neuropatia del pudendo" verso gli ambulatori o i centri specializzati. Questi ambulatori/centri dovrebbero essere conosciuti, così come le regole di accesso a tali strutture.

PDTA e Pelvic Unit

È auspicabile la creazione di **almeno un centro regionale specializzato nel trattamento del dolore pelvico cronico**, con un'équipe multidisciplinare dedicata solo a queste patologie (ossia tutte le figure professionali sopra citate) e con delle risorse economiche e di struttura che siano adeguate alla gestione di questi/e pazienti. Tali centri possono essere un poliambulatorio creato ad hoc (che dovrà fare rete con un ospedale per la chirurgia e altre necessità non gestibili a livello ambulatoriale) oppure un consultorio pubblico riadattato per tale scopo.
Nella più riduttiva delle ipotesi, si potrà trattare di un ambulatorio uro-ginecologico ospedaliero in cui tutte le altre figure coinvolte saranno consulenziali, quindi chiamate secondo le necessità. Imprescindibile sarà comunque l'attivazione di un servizio di riabilitazione del pavimento pelvico, in affiancamento all'ambulatorio uroginecologico.

PDTA regionali

Le regioni dovrebbero, attraverso un PDTA ad hoc, **mettere in rete** tutti i soggetti che sul territorio si occupano delle due patologie: dai medici di medicina generale ai centri di riferimento.
Poiché, ad oggi, il personale sanitario non riceve una **formazione adeguata** su vulvodinia e neuropatia del pudendo, compito delle regioni sarà anche quello di garantire la formazione necessaria a colmare le lacune esistenti, per quanto di loro competenza, affiancando le università. Senza tale investimento nella formazione, i PDTA e i centri per il dolore pelvico esisteranno soltanto sulla carta.

Stima dei costi

L'approccio terapeutico per vulvodinia e neuropatia del pudendo è multimodale e personalizzato.
La letteratura ci dice che la vulvodinia è spesso associata ad altre sindromi come fibromialgia, endometriosi, vescica dolorosa/cistite interstiziale e dell'intestino irritabile. Le disfunzioni intestinali sono i disturbi più comuni associati in pazienti con dolore vulvare cronico: sindrome dell'intestino irritabile (28%), costipazione (23,5%), dischezia (11,7%), emorroidi (10,7%), dolore addominale (10,7%), allergie alimentari (10,1%). In totale, il 94,7% presenta una comorbilità che coinvolge l'intestino.
La percentuale di pazienti con sintomi vescicali concomitanti è del 37,4%: il 19,5% presenta cistite ricorrente e il 17,9% cistite post-coitale in comorbidità con dolore vulvare. L'endometriosi è stata segnalata nell'11,1% delle donne con vulvodinia.
Si registrano tassi di ansia (15%) e depressione (7,6%).
Dall'esperienza clinica, l'80% di chi soffre di vulvodinia necessita della riabilitazione del pavimento pelvico.

Da questi dati, si possono stimare le ore di consulenza necessarie in relazione al numero di accessi come prime visite (tempo stimato per la prima visita specialistica: 1 ora). I controlli dovrebbero avvenire al massimo ogni 4 mesi.
In particolare, andrà offerto un servizio di riabilitazione del pavimento pelvico ade-

guato al numero di accessi, tenendo presente che l'80% delle prime visite andrà incontro a riabilitazione, che ogni seduta ha una durata di 45 minuti e che sono necessarie, in media, sedute ogni 2 settimane circa.

Allegato A
Gestione delle persone malate che soffrono di vulvodinia o neuropatia del pudendo[1]

1. Abbigliamento
- Non utilizzare indumenti stretti e aderenti in area vulvare
- Biancheria intima, se tollerata, in puro cotone bianco. Se non tollerata, non utilizzare alcuna biancheria intima
- Non utilizzare pannoloni, soprattutto se sintetici, nemmeno durante le mestruazioni: il contatto prolungato con materiale umido o comunque occludente peggiora l'infiammazione locale.

2. Mestruazioni
- Utilizzare assorbenti 100% cotone usa e getta o lavabili o mutande mestruali (la coppetta mestruale può essere indicata per alcune ma non è adatta a tutte)

3. Calore
- Consentire alla/al paziente di tenere la zona pelvica al caldo attraverso l'utilizzo di scaldini elettrici, termofori, borsa dell'acqua calda o cerotti riscaldanti (questi ultimi non vanno indossati a diretto contatto con la pelle, ma sopra la biancheria intima)
- Il calore va applicato sull'addome sotto l'ombelico (mai a contatto diretto con la pelle per evitare scottature), evitando l'applicazione diretta sulla zona vulvare (ad alcune l'applicazione in zona vulvare peggiora la sintomatologia) e sulle natiche (in caso di emorroidi il calore può peggiorare il disturbo). In caso di neuropatia del pudendo, si può applicare il calore a livello delle ossa sacrali, ma mai direttamente a contatto con la pelle per evitare scottature.

4. Igiene intima
- Non utilizzare alcun detergente o salviettina per la vulva: sciacquare solo con acqua
- Il detergente intimo va utilizzato solo in zona anale dopo la defecazione (scegliere detergenti delicati a ph neutro)
- Evitare qualsiasi contaminazione tra vulva e ano

5. Regolarizzare l'intestino
- Sia la stipsi sia la diarrea possono peggiorare le due sindromi
- Garantire che il/la paziente possa seguire una dieta alimentare in linea con le proprie problematiche intestinali e che possa assumere gli abituali integratori/fermenti lattici/probiotici, ecc.

6. Urine
- A causa dell'ipertono della muscolatura del pavimento pelvico, urinare può richiedere molto tempo: invitare a rispettare i propri tempi. Inoltre, ricordare che i/le pazienti non devono trattenere le urine e non devono "spingere" per emetterle
- I cateterismi sono da evitare quando non assolutamente necessari perché peggiorano i sintomi delle due patologie
- Applicare calore in zona addominale può favorire il rilassamento della muscolatura pelvica e, conseguentemente, la minzione
- Le pazienti devono evitare di urinare in posizione "sospesa" perché non permette un agevole rilassamento dei muscoli atti a urinare, si consiglia l'utilizzo di coni per urinare dalla posizione in piedi (ne esistono di usa e getta o lavabili)
- Urinare nella "padella" può essere difficoltoso, soprattutto nella posizione supina. Meglio aiutare la paziente a portarsi in posizione seduta e lasciarle il tempo necessario per la minzione.

7. Farmaci e parafarmaci potenzialmente dannosi/utili
- Evitare quanto più possibile gli antibiotici (soprattutto fluorochinoloni e chinoloni di cui è stato dimostrato l'effetto neurotossico) e il cortisone applicato localmente (di norma, peggiora i sintomi)
- Evitare l'utilizzo di ovuli, pomate e lavande a base di antimicotici, antibiotici e cortisone in assenza di comprovata (tramite tampone vaginale o esame urine o urinocultura) infezione batterica o micotica
- Garantire che le pazienti possano proseguire nell'utilizzo delle loro abituali creme, gel o oli topici per la vulvodinia (preparazioni galeniche agli ormoni, all'amitriptilina, al CBD, ecc.)

8. Posizione seduta
- Chi soffre di vulvodinia o neuropatia del pudendo non può mantenere a lungo la posizione seduta (in alcuni casi, non può proprio sedersi)
- Evitare sedute rigide e garantire la presenza di cuscini sulle sedie, quando è necessaria la posizione seduta (anche nelle sale d'aspetto, per esempio)

9. Strumenti di lavoro
- Il lattice, in genere, è mal tollerato in zona vulvare, vaginale e anale da chi soffre di vulvodinia o neuropatia del pudendo: preferire guanti in vinile o nitrile

10. Attività sportive o motorie per eventuali riabilitazioni fisioterapiche
- Chi soffre di vulvodinia e neuropatia del pudendo deve evitare qualsiasi attività

fisica che comporti sfregamento in area vulvare (es. cyclette), inoltre, sono particolarmente controindicate attività quali il sollevamento pesi e che prevedono salti
- Concordare l'eventuale attività motoria che comporta la sollecitazione dei muscoli di gambe, glutei ed addominali con il/la fisiatra o fisioterapista che segue il/la paziente affetto/a da vulvodinia o neuropatia del pudendo
- Sono preferibili: passeggiate (solo in piano, in caso di sintomatologia grave), ginnastica posturale o nuoto (sempre con moderazione)

11. Terapie in acqua
- Chi soffre di vulvodinia o neuropatia del pudendo può soffrire molto quando entra in acqua o avere una riacutizzazione dei sintomi successivamente. Quando l'ingresso in acqua non è del tutto impossibile, meglio applicare sulla vulva una crema al pantenolo o alla vitamina E o l'allantoina per proteggere le mucose sensibili

[1] Alcuni punti sono riferiti solo a persone assegnate femmina alla nascita.

Hanno contribuito alla stesura del presente documento:

Dott. Daniele Porru: dirigente medico 1° livello di U.O. Urologia presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
danieleporru@tin.it

Dott. Giorgio Galizia: neuro-urologo specializzato in vulvodinia e neuropatia del pudendo, libero professionista
studiomedicogalizia@gmail.com

Dott. Filippo Murina: ginecologo responsabile del servizio di patologia del tratto genitale inferiore e centro menopausa presso Osp. V. Buzzi - Università di Milano, direttore scientifico Associazione Italiana Vulvodinia
filippo.murina@unimi.it

Dott.ssa Chiara Marra: ginecologa e direttrice sanitaria del poliambulatorio CasaMedica di Bergamo, centro di riferimento per il dolore pelvico
chiara.marra@casamedica.it

Dott. Stefano Jann: neurologo esperto in dolore neuropatico, libero professionista
segreteria.studiojann@gmail.com

Dott.ssa Ileana Luglio: fisioterapista e osteopata esperta in disfunzioni pelvi-perineali, libera professionista
info@ileanalugliofisio.it

Dott.ssa Alessandra Marchi: ostetrica specializzata in riabilitazione perineale e direttrice del Centro Salute Pelvi, fondatrice GAV - Gruppo Ascolto Vulvodinia
alessandra@centrosalutepelvi.com

Dr.ssa Federica Zanardo: psicologa e psicoterapeuta specializzata in dolore pelvico cronico, direttrice sanitaria del Centro Multidisciplinare "Fenice" di Noale - Venezia
zanardo.federica@gmail.com

Dr.ssa Silvia Carabelli: presidente Associazione vulvodinia e neuropatia del pudendo - ETS
silvia.carabelli@gmail.com

Hanno contribuito alla revisione del presente documento:

Dott.ssa Silvia di Maria: fisioterapista e consulente sessuale esperta in disfunzioni del pavimento pelvico, libera professionista
info@silviadimaria.com

Dott. Fabrizio D'Urso: fisioterapista esperto in dolore cronico neuromuscolo-scheletrico e dolore pelvico cronico presso AOU Federico II di Napoli
fabrizio.dursoft@gmail.com

Dott.ssa Barbara Gardella: professore associato Ostetricia e Ginecologia MED 40 Università degli studi di Pavia
barbara.gardella@unipv.it

Dott.ssa Claudia Monti: medico e osteopata libera professionista, collabora presso Studio REM e CasaMedica
dott.claudiamonti@gmail.com

Dott.ssa Valentina Proserpio: ricercatrice (RTDb) presso Università degli Studi di Torino - Dipartimento di Scienze della Vita e Biologia dei Sistemi
valentina.proserpio@unito.it

Dott.ssa Martina Sapienza: Medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
martina.sapienza93@gmail.com

Comitato Vulvodinia e Neuropatia del Pudendo
Sito: www.vulvodinianeuropatiapudendo.it
FB: vulvodinianeuropatiapudendo
IG: vulvodinianeuropatiapudendo
TW: vulvodinianp
Telegram: t.me/pdlvulvodinia

Comitato
VULVODINIA
E NEUROPATIA
DEL PUDENDO