

LA VULVODINIA

A cura di: **Dott.ssa Ester Veronesi**, Ostetrica e fisioterapista

Il termine vulvodinia, viene utilizzato per descrivere un dolore costante o intermittente, localizzato nell'area vulvare, in assenza di alterazioni obiettive o di specifici disturbi neurologici, di durata superiore ai 3-6 mesi. Il fastidio percepito dalla paziente, può essere descritto anche come bruciore, sensazione di presenza di taglietti, pesantezza, gonfiore o difficoltà ad avere dei rapporti sessuali.

La vulvodinia non è, come si pensa, un disturbo raro, infatti, secondo recenti studi, il 15% delle donne ne soffre o ne ha sofferto nel corso della vita.

La prevalenza di questo problema, può essere sottostimato in funzione di due motivi; molti medici pensano che questo problema sia di natura psicologica e molte donne non sono propense a parlare dei sintomi correlati alla patologia.

Un dato importante da non sottovalutare durante la valutazione di questo tipo di pazienti, è che le donne affette da vulvodinia, hanno una probabilità significativamente maggiore di soffrire di altre patologie croniche come la sindrome della vescica dolorosa, la cistite interstiziale, la fibromialgia e la sindrome del colon irritabile.

Le cause della vulvodinia non sono pienamente note, la teoria prevalente identifica la malattia come una sindrome di dolore neuropatico con elementi riferibili ad un processo di sensibilizzazione del sistema nervoso centrale per una riduzione della soglia del dolore. Di base, è presente un innesco ed un mantenimento dei sintomi.

La mucosa del vestibolo vaginale, diventa sede di un'intensa risposta infiammatoria mediata dal mastocita.

Il mastocita produce il fattore di crescita dei nervi (NGF), che causa la proliferazione delle terminazioni nervose del dolore nel vestibolo vulvare e la conseguente iperalgesia. Le fibre proliferano inoltre verso la superficie della mucosa, questo spiega il viraggio della sensazione da tattile a dolorosa, con le caratteristiche del bruciore urente (allodinia). E' stato descritto anche un aumento della responsività dei termocettori e dei nocicettori nella mucosa vestibolare.

L'incremento dei segnali del dolore e la persistenza del loro arrivo al cervello attivano vie polisinaptiche a bassa resistenza, in cui il segnale del dolore viaggia con velocità maggiore. Può altresì essere presente il viraggio del dolore da nocicettivo a neuropatico: il dolore da segnale autoprotettivo, di danno da cui il soggetto dovrebbe cercare di allontanarsi, diventa poi malattia per sé.

In risposta alla sintomatologia, l'elevatore dell'ano ha una contrazione difensiva persistente, che può dare luogo a una mialgia (presenza di trigger point). L'ipertono muscolare causa ipossia tissutale, la quale mi porta alla produzione di sostanze proinfiammatorie, le quali, causano altro dolore e bruciore.

La contrazione è inoltre responsabile del restringimento dell'area vulvare, che rende la mucosa più vulnerabile alle microabrasioni date dal rapporto sessuale. Evento più probabile se la lubrificazione è scarsa o assente, a causa del dolore, e/o dello scarso desiderio.

E' stato dimostrato che in donne con vestibolodinia, è presente una elevata percentuale di un polimorfismo genico, avente come risultato la ridotta capacità di arginare i fenomeni infiammatori. Prima di poter fare diagnosi di vulvodinia, devono essere escluse altre cause di dolore quali: infezioni (es candida), dermatosi (es lichen), neoplasie e lesioni neurologiche.

CARATTERISTICHE DELLA PATOLOGIA

In relazione alla durata del sintomo, può essere: cronica, continua o intermittente e episodica.

In base alle caratteristiche del sintomo può essere:

- provocata: i sintomi sono prevalentemente legati alla stimolazione (contatto, sfregamento, penetrazione vaginale);
- spontanea: i sintomi sono quasi sempre presenti, indipendentemente dalla stimolazione.

In base alla sede può essere:

- generalizzata: disturbi che interessano gran parte della regione vulvare;
- localizzata: vestibolo vaginale (vestibolite vulvare VVS) circa 80% casi; Clitoride (clitoridodinia, clitoralgia); alla mucosa periuretrale o a una porzione limitata della vulva.

In base alla presenza di sintomi concomitanti:

- isolata;
- in commorbidità con altre patologie mediche (endometriosi, fibromialgia, ansia, depressione...);
- in commorbidità con disturbi sessuali (dispareunia introitale, secchezza vaginale, evitamento sessuale...);

In alcuni casi sono presenti sintomi associati quali:

- urinari: bisogno di urinare dopo il rapporto, riferito dall'80% delle donne;
- sintomi uretralgici o cistitici entro 24-72 ore dal rapporto;
- secchezza vaginale.
- intolleranza alla frizione sui vestiti, stimolazioni manuali durante il petting, difficoltà o incapacità nell'inserimento di un assorbente interno;
- disturbi vulvari: prurito, secchezza, bruciore.

Fattori predisponenti:

- Vulvovaginiti da candida recidivante;
- Infezioni batteriche;
- Infezioni virali;
- Ipertono del muscolo elevatore dell'ano;
- Condizioni infiammatorie infettive e non;
- Condizioni di patologia cutanea vulvare (es lichen sclerosus);
- Utilizzo di saponi o detergenti intimi;
- Bagni in mare o piscine (in soggetti predisposti);

- Microtraumi (il più frequente, il rapporto sessuale abbinato per lo più a secchezza vaginale);
- Terapie topiche;
- Indumenti inadatti;
- Ormoni (gli estrogeni sono in grado di iperattivare i mastociti e quindi peggiorare la patologia);

Fattori partecipanti:

Il più frequente e rilevante è il rapporto sessuale: quando causa dolore, si parla di dispareunia, introitale (superficiale) o profonda. Le vulvodinia è associata soprattutto a dispareunia superficiale.

Fattori di mantenimento:

Il più frequente è purtroppo l'omissione diagnostica, cui seguono l'inadeguatezza delle misure terapeutiche, quando non siano etiologicamente mirate, e la non compliance e non aderenza al trattamento, farmacologico, riabilitativo e/o relativo alla modificazione degli stili di vita.

VESTIBOLODINIA

La vestibolodinia, definita in passato Sindrome vulvo-vestibolare o vestibulite vulvare, è la forma più frequente di vulvodinia. L'area interessata è il vestibolo vaginale, un'area vulvare compresa anteriormente dal frenulo del clitoride alla commessura labiale posteriore o forchetta posteriormente; il bordo più interno è dato dal margine dei residui imenali ed il bordo laterale dalla linea di Hart. La diagnosi è clinica e viene posta soddisfacendo i cosiddetti criteri di Friedrich, ovviamente dopo avere escluso ogni potenziale e visibile causa di dolore vulvare.

Segni: rilevante dolore al tocco vestibolare o al tentativo di penetrazione vaginale, dolore alla pressione vestibolare con l'apice di un cotton-fioc, definito swab-test.

TRATTAMENTO TERAPEUTICO

Numerose sono le terapie proposte per il trattamento di questa patologia.

Importanza fondamentale ha la soggettività del paziente e la tipicità della malattia: quello che è adatto per una paziente, non è sempre adatto per un'altra.

In primo luogo è importante una educazione igienico comportamentale, che mi andrà a rimuovere i fattori scatenanti, predisponenti o di mantenimento della malattia.

Le modificazioni comportamentali, andranno ad aiutare e migliorare l'efficacia del trattamento e a ridurre le recidive. In secondo luogo, si andrà a lavorare sulla diminuzione della iperattivazione del mastocita attraverso farmaci e sostanze che vanno a ridurre l'infiammazione a livello vestibolare e in alcuni casi bisognerà andare a modulare il dolore a livello centrale (nei casi più severi). Infine andrò a lavorare sui muscoli del pavimento pelvico.

RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

L'obiettivo principale del trattamento riabilitativo sarà quello di migliorare il rilassamento della muscolatura perineale, normalizzare il tono muscolare, migliorare la vascolarizzazione, ridurre il dolore e, indirettamente, andare a ridurre la paura della penetrazione.

Nel contesto della valutazione del paziente, per la tipicità di questa patologia, e con specifico riferimento alle problematiche di ordine psicologico, andrà prestata particolare attenzione alla raccolta anamnestica, che avrà complessità ed importanza straordinarie rispetto al consueto operare: rappresenta infatti il primo momento di incontro tra il riabilitatore e il paziente e sarà la sede per creare i presupposti di fiducia umana e professionale fondamentali per la prosecuzione del programma riabilitativo. Fondamentale è l'elemento tempo e la qualità e la quantità delle domande.

L'atteggiamento di accoglienza e ascolto, avrà immediato effetto benefico sia dal lato somatico che

dal lato psichico e potranno, a mio avviso, segnare la differenza tra il successo e il fallimento del trattamento riabilitativo. Il dato rilevato negli studi clinici che valutano la qualità di vita in soggetti che presentano disfunzioni del pavimento pelvico, consiste nella presenza del peggioramento di importanti aspetti psicologici e sociali della qualità della vita stessa. Questo aspetto deve necessariamente essere preso in considerazione nella progettazione e nella programmazione dell'intervento riabilitativo, attraverso il recupero della funzione e il miglioramento della qualità di vita del paziente.

VALUTAZIONE

Dal punto di vista clinico, un'accurata mappa del dolore permette di identificare le caratteristiche della patologia, fondamentale per la programmazione di un iter riabilitativo appropriato.

Valutazione del dolore

In primo luogo andrò ad esaminare con cura tutte le possibili sedi:

- introitale: da vestibolite, vaginismo, iperalgesia neurogena del pudendo, cicatrici episiotomiche retraenti, esiti iatrogeni di chirurgia vaginale, vulvodinia;
- mediovaginale laterale: da ipertono dell'elevatore fino a mialgia con tender e/o trigger point;
- mediovaginale anteriore: da cistalgia, trigonite, uretrite;
- introitale e mediovaginale posteriore: da ragadi, esiti iatrogeni di emorroidectomia, anismo;
- vaginale profonda: da cause di dispareunia profonda.

Successivamente andrò a valutare l'intensità del dolore, attraverso scala analogica (VAS), la cadenza del dolore, (prima, durante, dopo, senza che vi sia stato rapporto sessuale) e la durata del dolore (presente solo durante il rapporto oppure persiste anche dopo).

Il risultato della valutazione, sarà la produzione di una "scheda del paziente", che dovrà contenere informazioni clinico-anagrafiche atte a fornire le basi, per creare un idoneo indirizzo riabilitativo, e per permettere un suo corretto monitoraggio, attraverso l'aggiornamento delle metodiche impiegate e dei risultati conseguiti. Oltre a quanto detto in precedenza, il trattamento fisioterapico si avvale di:

Fisiokinesiterapia: Prendere coscienza della propria muscolatura, per poterla poi "utilizzare" in maniera ottimale. Lo scopo ultimo sarà quello di arrivare ad un "buon" rilassamento muscolare. Esercizi di automassaggio, stretching e respirazione. Rieducazione Posturale Globale.

Biofeedback: per ridurre il tono muscolare.

Elettroterapia: a scopo antalgico, per rilassare gli spasmi muscolari, per aumentare la circolazione sanguigna locale, decontratturante e per ridurre l'infiammazione.

Elettrostimolazione: a scopo antalgico, decontratturante, antinfiammatorio e favorente l'ossigenazione tissutale.

Stimolazione del nervo tibiale.