



>>> Seque da paq. 1

Le parole della Vulvodinia

SUBDOLA

La sintomatologia arriva e se ne va all'improvviso, senza segni premonitori, spesso le pazienti passano il tempo ad ascoltarsi.

PULSANTE

Questa parola specifica una tipologia delle manifestazioni dolorose, il dolore si sviluppa con una dinamica davvero up and down, con una intensità sempre diversa e non prevedibile.

INCENDIARIA

Il termine immaginifico, fa pensare a un incendio che brucia anche la volontà delle pazienti rendendole impotenti e rassegnate.

INVALIDANTE

Le pazienti spesso smettono di fare per la paura di innescare la sintomato-

>>> Segue da pag. 1

L'approccio di cura personalizzato della Vulvodinia

lizzo di preparati inadeguati. Gli anestetici locali sono spesso utilizzati dalle pazienti con vestibolodinia, particolarmente per ridurre la dispareunia. Sebbene siano riportati dati di discreta efficacia, il loro im-

piego è da limitare fortemente sia per un'azione parziale e superficiale, sia per la potenziale azione allergizzante alla base di questi principi attivi. Una supplementazione ormonale topica a base di estriolo e testo-

CRITERI D'USO DI UN PREPARATO TOPICO

Indicati nel trattamento della vestibolodinia: Adiuvanti in un protocollo di cura multimodale

Esclusivi in un approccio di cura iniziale in forme non severe

Utili in fase di mantenimento o nelle recidive

Contenenti eccipienti che favoriscono l'assorbimento del principio attivo e privi di azione allergizzante

sterone ha dimostrato di essere funzionale nel ripristino del trofismo vestibolare. Recentemente, è stato introdotto nella terapia della vestibolodinia un preparato topico a base di spermidina in un complesso di acido ialuronico che ha dimostrato di poter avere un ruolo importante nella riduzione dei sintomi della malattia. Il razionale d'uso della spermidina è correlato ad un'azione sinergica di stimolazione del "nutrimento" della mucosa vestibolare, unitamente ad una limitazione dei processi infiammatori.

Si dovrebbe sempre indagare la presenza di problemi sessuali che possano costituire un fattore predisponente, precipitante o di mantenimento della vulvodinia, come pregressi abusi psichici o sessuali, nonché esperienze emotive avverse (ad es., divorzio dei genitori, aborti, parti difficoltosi). Dal momento che la convivenza con il dolore genitale e sessuale persistente ha spesso conseguenze sul piano psicosessuale, alcune pazienti possono trarre beneficio da un counseling o da una terapia psicosessuologica.



Tech realitu Supplemento a General Medicine Tech n. 2 • 2024

Techdow Pharma Italy s.r.l.

Centro Direzionale Strada 1 Palazzo F4 - Piano 2° 20090 Assago Milanofiori (MI), Italia Tel: +39 0238266548 - Fax: +39 0238266547 F-mail: info@it techdow.com www.techdow.com

Autorizzazione Trib. di Milano N 12371 del 25/09/2019

Paolo E. Zoncada

Editor in Chief

Giovanni Gabrielli, Monica Rizzo

Per contatti con il Comitato Editoriale scrivete a: info@it.techdow.com

© Copyright 2024



Divisione EDIMES Edizioni Medico-Scientifiche - Pavia Via Riviera, 39 - 27100 Pavia Tel. 0382526253 - Fax 0382423120 E-mail: edint.edimes@tin.it



sto, che poi si traduce nel fare una diagno-

si, punto cruciale, perché l'efficacia tera-

peutica è tanto più valida quanto più è

tempestiva nel bloccare la cascata di even-

ti neuro-infiammatori. Le donne, parle-

ranno di dolore vero e proprio solamente

in merito alla dispareunia superficiale o

medio-vaginale (dolore alla penetrazione

iniziale e media), mentre per esprimere la

loro condizione riferiranno, bruciore, sen-

sazione sgradevole al semplice sfioramen-

to (allodinia), irritazione, sen-

sazione di tagli (disestesia),

punture di spillo (parestesie),

scosse elettriche (dolore paros-

sistico), indolenzimento, iper-

sensibilità al tatto (iperalgesia),

secchezza, abrasione, gonfiore,

cistalgia associata. Questa sinto-

matologia, in aggiunta all'assenza di

lesioni apparentemente visibili, può

essere fuorviante, indirizzando verso

una patologia di tipo infettivo/infiam-

matorio che fa di conseguenza dilatare

il tempo diagnostico e terapeutico. La

spiegazione di ogni singolo sintomo è

insita nella cascata di eventi che portano

all'insorgenza della Vulvodinia stessa.

Le parole della Vulvodinia

di GIOVANNI GABRIELLI

PUNGENTE

Una parola che si riferisce alla qualità del dolore, un dolore pungente, a volte come punture di spillo, un dolore non costante ma che quando arriva punge anche la mente.

SFIANCANTE

Una condizione anche mentale, che non lascia tregua, perché anche nei momenti in cui la sintomatologia dolorosa non si manifesta la paura di una sua comparsa sfianca le difese mentali.

IMPREVEDIBILE

La parola sottintende la dinamica con cui si manifesta, senza segnali di preallarme che permettano di fronteggiarne i sintomi.

VOLUBILE

Questo termine sta a significare le varie ed innumerevoli sfaccettature della patologia, che ha dinamiche camaleontiche, dinamiche mai uguali.

IMPLACABILE

Questo aggettivo vuole sottolineare il suo essere senza respiro, che non dà tregua, che lascia la donna indifesa e prostrata.

DOLOROSA

La parola di più facile comprensione, più ricorrente, dolore anche durante i rapporti sessuali che porta allo sviluppo di paure e negazione della sessualità.

SPAVENTOSA

Un termine che la dice lunga su chi sia davvero questa patologia. Fa paura prima durante e dopo il manifestarsi della sintomatologia fisiologica.

ATROCE

La parola è una sintesi di tutte le precedenti, atroce sta a significare l'impatto reale della patologia sulla vita.

Segue a pag. 4 >>>

DOLORE VULVARE

Come interpretare i sintomi

di **Barbara Dionisi**

ultima definizione delle ISSVD -Non sono presenti quindi lesioni apparen-L'ultima derinizione della Vulvo-ISSWSH - IPPS definisce la Vulvotemente visibili a carico della vulva a giudinia come un dolore vulvare presente da almeno stificazione oggettiva della sintomatolotre mesi, senza una causa chiara e identificabile, gia riferita. Inoltre, quando il dolore entra che può avere potenziali fattori associati. Un donella cronicità si crea una disregolazione lore definito dai suoi quattro "descrittori" dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene con una sensibilizzazione viscero-viscerale, sendi localizzazione, provocazione, esordio ed andamento temporale in dolore localizzato sitivizzazione centrale e periferica, disfun-(vestibolo/clitoride) o diffuso, dolore prozione miofasciale con contrattura di difesa della muscolatura pelvica, oltre che turbe vocato o spontaneo, dolore primitivo o secondario, a carattere persistente, costante, del sonno, stati di ansia e depressione. intermittente, immediato o ritardato. Ci Come capire le parole delle donne? aspetteremmo a questo punto che le pa-Nel 2017 la IASP ha introdotto un terzo zienti riferiscano solo dolore a carico del distretto vulvare, ma nella realtà le espresdescrittore del dolore meccanicistico, il sioni che utilizzeranno per descriverlo, comprendono una gamma molto più variegata di sintomi. È un dolore reale, vissuto o solamente immaginato? Focalizzare que-

dolore nociplastico, un termine semantico suggerito e voluto dalla comunità internazionale dei ricercatori del dolore per descrivere proprio quella categoria dolorosa che non rientrava né nel dolore nocicettivo, causato da un danno dei tessuti non neurali, né nel dolore neuropatico, causato da un danno neuronale. Questa nuova categoria descrive un dolore derivato da una alterata nocicezione nonostante nessuna chiara evidenza di "danno tissutale effettivo o minacciato o lesione del sistema somatosensoriale. Dobbiamo sospettare un dolore nociplastico, secondo la IASP, in presenza di un dolore perdurante da almeno 3 mesi, con distribuzione

essere spiegato con meccanismi nocicettivi o neuropatici ed associato a ipersensibilità locale, per l'appunto la Vulvodinia. L'area vulvare è infatti ricca di terminazioni nervose libere amieliniche (fibre C) - veicolanti la sensazione di prurito e di dolore sordo, lento, profondo riferito come bruciore - e di fibre A delta debolmente mielinizzate - veicolanti una sensazione di dolore rapido con caratteristica di puntura, spillo e scarica elettrica - tutti sintomi che le donne riportano per descrivere la Vulvodinia.

loco-regionale, che non può



Una donna su sette è affetta da una patologia invisibile, la vulvodinia, di cui non si muore, ma la cui sofferenza può essere tale da far pensare al suicidio.

Risulta, pertanto, fondamentale offrire a queste donne una tempestiva diagnosi che permetta di bloccare quel meccanismo eziopatogenetico che, autoalimentandosi, può indurre allodinia fino alla comparsa di dolore neuropatico. Si stima che circa il 30% delle pazienti non riceva un trattamento adeguato a causa del ritardo diagnostico in quanto patologia misconosciuta dalla maggior parte degli operatori sanitari

Il percorso diagnostico vede nell'anamnesi un primo step fondamentale per evidenziare fattori di rischio congeniti e iatrogeni, come infezioni recidivanti cervico-vaginali ed urinarie, anamnesi ostetrica, allergie, terapie ormonali, sindrome dell'intestino irritabile. traumi sul cingolo pelvico, attività predisponenti un ipertono dei muscoli del pavimento pelvico e patologie metaboliche. La diagnosi prevede in primis l'esclusione di potenziali cause di dolore vulvare, quali: neoplasie, patologie infiammatorie, patologie neuro-

La tempestività nella diagnosi

Un obiettivo da perseguire

di MARIA TERESA SCHETTINO

logiche ed infezioni in atto. Escluse tali condizioni bisogna stabilire se si tratti di vulvodinia o vestibolodinia (80%).

La vestibolodinia può essere spontanea o evocata, la forma evocata è la più frequente e può essere indotta dai rapporti sessuali, dal solo stare seduta, dall'attività fisica ed anche dalla visita ginecologica se non condotta da personale esperto. Il percorso diagnostico, dopo la fase anamnestica e la raccol-

La valutazione della sensibilità vestibolare rappresenta il momento diagnostico più importante e la si valuta toccando il vestibolo con un cotton fioc (swab test).

ta dei sintomi, solitamente riconducibili a bruciore, irritazione, dolore, sensazione di ustione, punture di spillo, sensazione di gonfiore alla vulva, secchezza e dispareunia prevede l'ispezione della vulva e l'esecuzione dello swab test (test del cotton fioc).

L'ispezione rappresenta il primo momento dell'esame obiettivo. Quasi sempre negativo macroscopicamente, ma ad una valutazione approfondita ed attenta si rileva spesso un'eritema della linea di hart, ovvero la linea che demarca la giunzione fra l'epitelio non cheratinizzato del vestibolo e quello cheratinizzato della faccia interna delle piccole labbra. Al fine di aumentare la sensibilità diagnostica, è stato proposto uno schema visivo di benessere del trofismo vestibolare che tenga conto della presenza di petecchie, pallore, assottigliamento, secchezza, eritema, in modo da poter distinguere un normale trofismo, da una lieve-media o severa alterazione del trofismo vestibolare, i dati su una concordanza diagnostica sono in corso di valutazione. La valutazione della sensibilità vestibolare rappresenta il momento diagnostico più importante e la si valuta toccando il vestibolo con un cotton fioc (swab test), procedendo in senso randomizzato.

Il lieve contatto evoca iperestesia, ossia una sensazione sproporzionata rispetto alla pressione applicata, o allodinìa, la percezione di una sensazione diversa da quella che si dovrebbe avvertire (per es dolore urente anziché contatto). Il dolore, inoltre, è maggiore nel vestibolo posteriore fra i punti corrispondenti alle 5 e alle 7 (immaginando il vestibolo come il quadrante di un orologio). L'ultimo momento diagnostico studia la componente muscolare al fine di evidenziare eventuali stati di ipertono della muscolatura del pavimento pelvico.

La sola osservazione della regione vulvare in contrazione può già far evidenziare una ridotta mobilità.

L'approccio di cura personalizzato della Vulvodinia

di **Filippo Murina**

La terapia della vulvodinia non prevede un approccio terapeutico standardizzato, ma più strategie di cura devono essere personalizzate attraverso uno schema multimodale. Oggi sono disponibili diverse opzioni di trattamento che possono consentire alle donne di ritrovare una vita normale e l'intesa di coppia, a patto che la vulvodinia venga gestita in maniera appropriata e competente. Non esiste una cura unica indicata per tutte le pazienti, in quanto ogni caso è complesso e peculiare investendo diversi fattori. In sintesi, andrebbe studiato uno specifico cammino di cura in cui la combinazione delle diverse opzioni terapeutiche viene definita sulle

OBIETTIVI DELLA TERAPIA

Riduzione dei fattori scatenanti (trigger) e degli stimoli irritativi

Blocco dell'ipersensibilità vestibolare

Trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico

Trattamento delle implicazioni psicosessuali della sindrome dolorosa

esigenze e le peculiarità di ogni singola donna. Il percorso terapeutico va costruito considerando la tipologia di vulvodinia (vestibolodinia o vulvodinia generalizzata), la sintomatologia e taluni aspetti evidenziati durante la visita ginecologica.

Adeguate norme igienico comportamentali, come l'uso di detergenti intimi adeguati e biancheria intima con caratteristiche di ipoallergenicità, sono il primo approccio che ogni operatore sanitario dovrebbe consigliare alle pazienti con vestibolodinia, forma più frequente di vulvodinia. Un dolore prevalentemente spontaneo, ossia non legato ad alcuna stimolazione e/o una vulvodinia generalizzata si avvalgono maggiormente dell'utilizzo di farmaci orali quali l'amitriptilina e la pregabalina, principi attivi che agiscono riducendo l'azione delle sostanze (neurotrasmettitori) che stimolano le vie nervose del dolore. Un bruciore provocato (es. toccamento, sfregamento e stimolazione) od il disagio ai rapporti sessuali (dispareunia) che si associa sovente ad una contrattura dolorosa della muscolatura del pavimento pelvico, trovano primaria indicazione nel trattamento con tecniche fisioterapiche di riabilitazione della muscolatura pelvica unitamente all'elettrostimolazione trans mucosa del nervo (TENS). La TENS è una tecnica che consente di realizzare in modo innocuo ed indolore una sorta di "rieducazione" delle vie del dolore (neuromodulazione), finalizzata a controllare in modo graduale ed efficace il dolore. Si è dimostrato che la TENS può essere significativamente utile nella cura della vestibolodinia (risposta positiva del 70% circa), ma è essenziale utilizzare parametri di stimolazione appropriati e validati.

www.techdow.com

In alcune pazienti con vestibolodinia si è documentato un assottigliamento della mucosa vestibolare correlato alla gravità dei sintomi, con un profilo similare alle donne in post-menopausa.

L'alterato trofismo potrebbe essere accentuato dall'uso di contraccettivi a basso dosaggio, con una predisposizione alla vulnerabilità a stimoli infettivi, traumatici od allergici.

La terapia locale della vulvodinia deve essere finalizzata a specifiche caratteristiche di malattia, al fine di ottenere adeguati risultati oltre ad evitare problematiche irritative od allergiche conseguenti all'uti-

Segue a pag. 4 >>>>

La sessualità nelle pazienti con Vulvodinia

di **Roberto Bernorio**

È possibile una vita di coppia regolare?

Nel 2001 Rosemary Basson elabora un modello teorico di risposta sessuale femminile introducendo il concetto di desiderio sessuale responsivo, ovvero un desiderio che si attiva dopo che la stimolazione sessuale ha già prodotto uno stato di eccitazione. Dunque, se mettiamo l'eccitazione in mezzo, il desiderio pulsionale viene prima dell'eccitazione, il desiderio responsivo viene dopo l'eccitazione.

La risposta sessuale può anche essere descritta come una sorta di circuito elettrico che collega **tre stazioni**, **Corporea**, **Emotiva** e **Cognitiva**, il quale può attivarsi, ma altresì può essere interrotto, in ognuna delle aree sopra menzionate.

Le tre dimensioni possono scardinarsi per motivi indipendenti l'uno dall'altro. La dimensione corporea può "interrompersi" quando la donna sente male. Oppure se la donna è stimolata in maniera inadeguata. In una donna affetta da vulvodinia diventa quindi importantissimo che la donna spieghi esattamente al partner il tipo di stimolazione che le procura piacere senza attivare il dolore.

La dimensione emotiva ha pure le sue criticità, quando impatta l'ansia da prestazione, la rabbia, i conflitti irrisolti e risentimenti latenti, che sono tutti in grado di bloccare l'attività erotizzante del cervello. Spesso le donne affette da vulvodinia sono arrabbiate per la loro condizione e nella coppia si strutturano conflitti correlati alla sintomatologia; elementi che possono quindi intaccare la sfera sessuale.

Per quanto riguarda l'aspetto cognitivo è la distrazione che impedisce un buon funzionamento sessuale.

Tutti i pensieri divergenti spostano il pensiero e vanno ad interrompere il circuito della sessualità. Anche il ruolo da spettatore, durante la propria esperienza sessuale, può generare un'interruzione dell'eccitazione.

Nella donna affetta da vulvodinia spesso agisce a livello cognitivo il meccanismo di anticipazione, ovvero prevede di sentire male e ascolta i suoi genitali in attesa che la profezia si realizzi ancora prima che inizi l'interazione sessuale; come conseguenza il corpo si irrigidisce e i muscoli connessi al bacino, pelvici ed extrapelvici, strutturano una contrattura difen-

siva che aumenta la probabilità di percepire il dolore.

La fase di rielaborazione descritta in precedenza che si struttura al termine di una esperienza sessuale è importante: che lo si voglia o no, ogni volta che si è fatto sesso, il cervello elabora quello che è successo. Tale elaborazione condizionerà quello che viene dopo.

Cosa può accadere quando è presente una vulvodinia? Possiamo immaginare che nella fase di plateau una donna sperimenti dolore, magari sopportando e resistendo per consentire al proprio partner il raggiungimento dell'orgasmo.

Dopo la fine del rapporto si struttura l'elaborazione e il vissuto del dolore percepito porterà ad una connotazione negativa dell'esperienza.

Questa elaborazione andrà ad incidere sul desiderio di ripetere tale esperienza. Dopo un po' di volte che la donna prova dolore non avrà più voglia di avere rapporti sessuali. E questo è quello che troviamo nella valutazione clinica; a fronte di un dolore percepito durante l'atto sessuale il desiderio sessuale spesso diminuisce.

Come gestire quindi la sessualità all'interno della coppia quando è presente una vulvodinia?

In maniera molto semplice evitando le stimolazioni dolorose (legate al coito e al contatto con l'introito vaginale) ed incentivando le stimolazioni piacevoli (legate soprattutto alla stimolazione clitoridea). I risultati di un recentissimo articolo (Mautz et al.) suggeriscono che un maggiore piacere vulvare è associato a una minore ansia legata al dolore, a una minore catastrofizzazione del dolore e a una maggiore funzione sessuale nelle pazienti con dolore vulvare cronico. Ciò è in

linea con gli studi condotti da Whipple e Komisaruk, che avevano rivelato come il piacere vulvare e l'orgasmo aumentassero la soglia del dolore e la tolleranza al dolore e diminuissero la sensibilità al dolore. Va sottolineato come una buona comunicazione diadica sessuale nella coppia ed il comportamento del partner siano ulteriori elementi determinanti la qualità della vita sessuale della donna affetta da vulvodinia.

Rosen in uno studio del 2010 aveva identificato tre tipologie di risposta del partner al dolore sessuale della donna, premurosa, negativa e facilitativa dimostrando che solo la terza di queste era in grado di aumentare la soddisfazione sessuale e una diminuzione della percezione del dolore nelle pazienti con vulvodinia.

Quindi sarebbe utile poter coinvolgere anche i partner, se presenti, nella consultazione clinica per un problema di vulvodinia.