



8° CONGRESSO SIUD FISIOTERAPISTI INFERMIERI E OSTETRICHE VERONA, 18 - 19 GIUGNO 2010

Il dolore pelviperineale

L'intervento dell'infermiere nella cistite interstiziale

A. FALLUCCA

Infermiera - Magenta

La cistite interstiziale è una sindrome infiammatoria cronica vescicale, abatterica, irritativa caratterizzata da gravi sintomi presenti costantemente, sia di giorno che di notte, quali dolore, bruciore, urgenza e disturbo della frequenza minzionale. La patologia, che presenta un grande impatto sulla qualità della vita del paziente, richiede una valutazione clinica ben strutturata al fine di ottenere la diagnosi corretta: ne deriva un processo lungo ed articolato finalizzato all'impostazione della terapia più adatta.

Spesso questi pazienti giungono nei nostri centri dopo numerose ed infruttuose visite presso altri specialisti ginecologi e/o urologi senza ottenere una risposta sulla natura dei propri disturbi. Ricordo che solo dal 2001 questa patologia viene riconosciuta come "malattia rara" con un codice di riferimento RJ0030.

Voglio comunque sottolineare che a tutt'oggi non c'è ancora uniformità di comportamento fra le 20 regioni italiane nell'inquadramento delle terapie per la cistite interstiziale e nella loro erogazione.

Rimane comunque fondamentale conservare una visione unitaria e globale della situazione del paziente e degli interventi di cura. L'infermiere in questo contesto agisce su 2 livelli: gestionale-organizzativo e assistenziale specifico. Dal punto di vista assistenziale l'obiettivo deve essere l'accoglienza dell'utente e la soddisfazione delle sue richieste di cura e guarigione dalla malattia e va perseguito con:

- competenze di base
- competenze tecnico-specialistiche funzionali allo svolgimento delle attività specifiche
- conoscenze utili a fornire informazioni necessarie al paziente
- capacità comportamentali e/o relazionali che si manifestano attraverso un atteggiamento empatico nei confronti dell'utente
- valutazione dei risultati attraverso l'utilizzo di documenti appropriati accuratamente compilati come i questionari
- creazione in equipe di cartelle integrate, di procedure chiare e standardizzate attraverso programmi di miglioramento costante
- capacità concettuali che determinano la modalità di approccio ai problemi volta alla soluzione degli stessi.

Dal punto di vista gestionale organizzativo l'obiettivo deve essere "perseguire la perfezione" attraverso una standardizzazione dei processi non impostata dall'alto ma realizzata con la partecipazione di tutta l'equipe. Infatti l'attuazione del processo di cura per pazienti affetti da cistite interstiziale, in particolare modo se inserita in una realtà organizzativa complessa come quella ospedaliera, non può essere demandata ad un solo indivi-

duo ma richiede che sia affidata a tutto il gruppo che concorre in maniera diretta alla sua realizzazione. E' quindi fondamentale:

- una buona organizzazione degli orari pianificando le prenotazioni al fine di garantire tutte le sedute di trattamento con cadenze non sempre programmabili ed assicurare la possibilità di attuare anche una terapia di mantenimento con tempi differenti al fine di mantenere i benefici ottenuti, considerando le risorse in termini di spazi-strutture e gli approvvigionamenti necessari: farmaci, presidi, tecnologie
- ridurre i tempi di attesa
- semplificare le modalità di accesso al servizio e i percorsi dell'utente.

È comunque frequente che gli utenti esigano di essere "serviti" subito, di essere riconosciuti nella loro unicità e, magari, di essere trattati come privilegiati.

ALCUNE SPECIFICAZIONI

La cartella clinica integrata ha per oggetto l'intero processo assistenziale (presuppone e facilita un'assistenza programmata), è un sistema di documentazione medico-infermieristica che permette una visione unitaria e globale della situazione dell'utente e degli interventi che riceve, è completa facile da usare e versatile, collaudata nel tempo e sottoposta a verifiche periodiche.

Le relazioni di concomitanza create tra pazienti affetti dalla stessa patologia rappresentano talvolta un importante problema gestionale per il personale medico ed infermieristico: essi infatti, convinti di conoscere "ormai" la propria malattia meglio di chiunque altro e di possedere tutte le informazioni utili alla sua cura (grazie a strumenti impropri come la rete internet), spesso si sostituiscono ai curanti proponendo se non imponendo terapie non sempre adeguate.

Il foglio minzioni è uno strumento fondamentale nel monitoraggio dell'andamento della malattia, peraltro vantaggioso economicamente e di facile utilizzo.

Fondamentale è il ruolo del team leader che esercita la sua leadership per condurre il gruppo verso il raggiungimento degli obiettivi; egli è un punto di riferimento e di coordinamento di informazioni e di azioni all'interno ed all'esterno del gruppo.

Il trattamento dei pazienti affetti da cistite interstiziale richiede quindi elevata professionalità che va intesa come un armonico insieme di conoscenze e di capacità: sapere, saper fare e saper essere.

Il fisioterapista ed il dolore pelvico: strumenti terapeutici utilizzabili.

D. GIRAUDDO*, G.F. LAMBERTI*

*Fisioterapista - Milano; *Medico fisiatra - Fossano

La patogenesi del dolore pelviperineale cronico (DPPC) è spesso di difficile interpretazione: molti quadri patologici degli apparati riproduttivo, gastrointestinale ed urologico, del sistema muscololegamentoso e del sistema nervoso centrale e periferico possono essere associati a DPPC. L'interpretazione dei meccanismi di insorgenza nelle molteplici manifestazioni cliniche possibili è un elemento difficile e cruciale per la valutazione ed il trattamento riabilitativo del paziente.

Il DPPC può essere riferito sia a patogenesi neurologica, osteoarticolare o muscolare, sia come originario da organi interni, configurando il quadro classico di dolore nocicettivo rispettivamente somatico e viscerale; in altre situazioni il DPPC è assimilabile al dolore

neuropatico, causata da modificazioni della fisiologica risposta dei neuroni del sistema somato-sensoriale centrale o periferico, dovute a stimolazione cronica o ad una lesione del tessuto nervoso.

Il dolore pelvico di origine somatica può avere origine da diverse strutture che si trovano all'interno o in diretto rapporto di contiguità con la pelvi: le articolazioni sacrococcigea e sacroiliaca, la coxofemorale e le cerniere dorso-lombo-sacrale; il tessuto nervoso con interessamento radicolare e/o plessulari; infine, la muscolatura pelvi-perineale, con la possibile insorgenza di sindromi dolorose miofasciali, o con i più rari quadri di mialgia di tipo articolare.

Nell'ambito del dolore viscerale la componente organica e quella più propriamente definibile come "disfunzionale" sono spesso

strettamente interagenti in un'unica serie di fenomeni che si auto-alimentano: in questo caso il trattamento riabilitativo - indirizzato ad obiettivi apparentemente non direttamente coinvolti - ha comunque una funzione di supporto alla terapia più specifica.¹

Più generalmente gli obiettivi del trattamento riabilitativo possono essere riassunti:²

- gestione della sintomatologia dolorosa
- gestione della sintomatologia specifica organo-correlata
- gestione della alterata funzionalità sia in ambito posturodinamico che urologico, proctologico, sessuologico.

Tra gli strumenti che possono essere impiegati per il trattamento delle algie pelviperineali, l'utilizzo della elettroterapia a scopo antalgico, rivelatosi efficace nelle algie pelviche acute, è stato suggerito anche per le forme croniche; i parametri suggeriti, difforniti da studio a studio, non consentono un giudizio clinico univoco sull'efficacia a lungo termine. Analoga conclusione può essere posta per l'utilizzo della ultrasuonoterapia.³

L'utilizzo del biofeedback nel DPPC ha come razionale la frequente concomitante presenza, come già visto, di un quadro miotensivo della muscolatura pelvica che può contribuire alla genesi ed alla persistenza nel tempo della sintomatologia dolorosa. Preferibilmente da associarsi sempre alle tecniche manuali, ha un meccanismo di azione basato sia sulla possibilità di rilassamento della muscolatura sia sull'incremento del flusso ematico che il trattamento determinerebbe.

Il trattamento chinesiterapico fornisce un contributo fondamentale nel trattamento del DPPC, sia attraverso la applicazione degli strumenti convenzionali (esercizi passivi ed esercizi attivi in contrazione concentrica ed eccentrica della muscolatura pelvi-perineale, esercizi respiratori, rieducazione posturale, mobilizzazione articolare, massaggio), sia attraverso tecniche non convenzionali, recentemente proposte in trials clinici randomizzati.

In particolare, per l'inattivazione dei punti trigger miofasciali, sono utilizzabili le tecniche di compressione ischemica, frequentemente in grado di risolvere un problema di recente insorgenza e moderatamente attivo; il meccanismo di azione è verosimilmente legato agli effetti positivi della reazione iperemica post-ischemica.

In una fase successiva, alle tecniche manuali descritte possono essere associate, con particolare indicazione relativa allo sfintere anale esterno ed all'elevatore dell'ano, le tecniche di contrazione isometrica dalla posizione di massimo allungamento associate allo stiramento passivo durante la fase di rilassamento e le tecniche in contrazione eccentrica, quasi esclusivamente applicabili al

muscolo elevatore dell'ano. Questi ultimi esercizi potranno essere richiesti al paziente realizzando un allungamento dell'elevatore dell'ano grazie ad una retroversione di bacino a partenza addominale (e non con l'ausilio dei glutei) e contemporaneamente una sua contrazione, in modo tale da sfruttare sia i benefici dell'azione in accorciamento, sia quelli dell'allungamento muscolo-connettivale favorito dai vincoli esterni. Oltre alle tecniche di rieducazione posturale, la ricerca del beneficio legato all'*allungamento* dell'elevatore dell'ano in casi di DPPC potrà essere ricercata grazie alla rieducazione ed alla riprogrammazione respiratoria. I rapporti tra il reclutamento dei muscoli respiratori ed il reclutamento della muscolatura addominale, ormai da tempo noti, e più in generale i meccanismi che correlano l'aumento della pressione intra-addominale con la pressione intra-toracica sono importanti nel determinare il grado di accorciamento/allungamento relativo dell'elevatore dell'ano. Altri elementi da considerare sono il ruolo particolare svolto dal traverso dell'addome nel determinismo dell'aumento della pressione intra-addominale, il rapporto tra la co-attivazione della muscolatura profonda della parete addominale ed i muscoli del pavimento pelvico. E' infatti possibile ottenere un auto-allungamento sia mediante tecniche manuali di autopalpazione sia sfruttando l'azione del diaframma sui muscoli del pavimento pelvico, utilizzando sia la respirazione diaframmatica che quella paradossa a seconda delle esigenze.

Di conseguenza, in caso di DPPC, la valutazione di questi elementi dovrà essere parte integrante del progetto riabilitativo ed il ripristino del timing più corretto possibile fra le diverse funzioni sarà l'obiettivo intermedio del programma chinesiterapico. Il trattamento riabilitativo ha quindi un ruolo di primo piano nella gestione del DPPC sia in presenza di alterazioni muscolo-connettivali, sia in caso di quadri disfunzionali potenzialmente favorevoli a componente organica.

BIBLIOGRAFIA:

1. Schmidt R, Doggweiler R. Neuromodulation and Neurostimulation: a Guide to selecting the right urologic patient. Eur Urol 1998;34:23-26
2. Birolì A. Le sindromi dolorose pelviche. E' possibile un progetto riabilitativo? In: Uroginecologia: quando e come riabilitare?, a cura di A. Birolì e R. Carone, Torino, 2001.
3. Garofalo A, Uberti E, Gibbone C. E' possibile un progetto riabilitativo? L'impiego della terapia fisica. In: Uroginecologia: quando e come riabilitare?, a cura di A. Birolì e R. Carone, Torino, 2001.

Focus sulla vulvodinia

F. MURINA

Ginecologo - Milano

L'International Society for the Study of Vulvovaginal disease (ISSVD) definisce la vulvodinia come un disturbo vulvare spesso descritto come bruciore, dolore o dispareunia, in assenza di alterazioni obiettive visibili di un qualche rilievo o di specifici disturbi neurologici clinicamente identificabili, della durata di almeno 3 mesi.¹

La malattia viene classificata in relazione a due aspetti fondamentali: *la sede e le caratteristiche dei disturbi*. Si definisce localizzata una forma dove i sintomi sono presenti in una zona circoscritta della regione vulvare; nella maggior parte delle pazienti (80% circa) il vestibolo vaginale è la sede dove è concentrato il bruciore, in questi casi si parla di *vestibolodinia*.

Il vestibolo, la "porta d'ingresso" alla vagina, è un'area vulvare compresa anteriormente dal frenulo del clitoride e dalla commessura labiale posteriore o forchetta; il bordo più interno è dato dal margine dei residui imenali ed il bordo laterale da un confine ideale, la cosiddetta *linea di Hart*. Una delle principali caratteristiche anatomico-funzionali del vestibolo vaginale è rappresentata dalla presenza di una ricca ramificazione di terminazioni libere del nervo pudendo, in misura maggiore rispetto a quanto avviene nella vagina. Queste sono di fatto i recettori del dolore e si trovano subito al di sotto della mucosa, formando un intreccio di reti sensitive pronte a trasmettere lo stimolo sia tattile che dolorifico in corrispondenza del midollo spinale. La vulvodinia localizzata, seppur raramente, si può ritrovare anche in altre regioni vulvari, come ad esempio il clitoride (*clitoridodinia*). Queste forme sono sovente innescate da eventi traumatici (es. traumi da bicicletta), e sono di gestione problematica visto la particolarità della regione clitoridea (organo erettile riccamente innervato). La vulvodinia può interessare anche gran parte della regione vulvare (*vulvodinia generalizzata*), perineo e zona anale compresa. Quando i disturbi sono evocati da stimolazione, contatto, sfregamento e penetrazione vaginale, si parla di *vulvodinia provocata*.

Nelle pazienti dove i sintomi sono quasi sempre presenti, indipendentemente dalla stimolazione, si parla di *vulvodinia spontanea*. Talora componenti diverse di vulvodinia possono sovrapporsi anche se nella pratica clinica si evidenziano due forme: *la vulvodinia generalizzata spontanea e la vestibolodinia prevalentemente provocata*, quest'ultima di gran lunga la variante più frequente (80% circa dei casi).

L'eziologia della vulvodinia non è ancora completamente nota, ma numerosi sono gli studi che soprattutto negli ultimi anni hanno chiarito molti degli aspetti della malattia.

E' intuitivo pensare che la vestibolodinia e la vulvodinia generalizzata possano essere due aspetti a gravità crescente della stessa malattia dove è solo il fattore tempo a determinarne le caratteristiche. In realtà le evidenze clinico-epidemiologiche suggeriscono come le due condizioni possano essere due malattie diverse, che nascono in modo autonomo e tali si mantengono nel tempo, anche se ne è possibile un'associazione e sovrapposizione. Si ipotizza che ripetuti fattori promotori ("start") attivino cellule immunogene, mastociti in primis, che liberano sostanze stimolanti la crescita delle terminazioni nervose libere vestibolari, principali recettori periferici del dolore.

Uno dei principali fattori "start" è rappresentato dalle infezioni vulvo-vaginali, ed in particolare quella da *Candida*. La suscettibilità individuale a forme ricorrenti di Candidosi vulvo-vaginale è conseguente ad un polimorfismo genico che coinvolge il sistema delle interleuchine, sostanze endogene deputate al controllo e regolazione dell'infiammazione, in questo caso a genesi micotica.³

Si è dimostrato, inoltre, che l'allele-2 del gene che codifica l'antagonista per il recettore dell'interleuchina-1 alfa è presente in forma di omozigosi in circa il 55% delle donne con vestibolodinia; come pure il gene per l'interleuchina-1 beta è sede di polimorfismo in elevata percentuale di queste pazienti.^{4,5}

In pratica la predisposizione genetica alla vulvodinia ha elementi

di forte legame con il mantenimento di forme ricorrenti di candidosi vulvo-vaginale. Nelle donne con vestibolodinia è stata evidenziata un'elevata concentrazione di mastociti, soprattutto in forma de-granulata; l'infiltrato infiammatorio mastocitario è concentrato nella sottomucosa, in particolare in zone adiacenti alle ghiandole vestibolari minori.⁵

Ulteriore elemento rilevato rispetto ai controlli, è stata la concentrazione fino a dieci volte più elevata, di terminazioni nervose libere; in buona sostanza si è riscontrata una correlazione significativa tra il numero totale di fibre nervose vestibolari ed la quantità di mastociti nelle donne con vestibolodinia rispetto ai controlli.

L'alterata percezione periferica dello stimolo doloroso (iperalgnesia e/o allodinia) progressivamente induce una modificazione dei circuiti centrali del dolore (spinali e cerebrali), che si abituano a percepire in modo anomalo ed esagerato gli stimoli, perpetuando di fatto il circolo vizioso (sensibilizzazione centrale). Le ricche connessioni delle vie cerebrali del dolore con la corteccia frontale, sede dell'elaborazione psico-emozionale del dolore, rendono ragione degli elementi di elaborazione e predisposizione psico-biologica della malattia.

La vulvodinia può essere inserita nell'ambito di una Complex Regional Pain Syndrome (CRPS), ossia di una di quelle sindromi complesse caratterizzate da dolore cronico distrettuale di tipo neuropatico e che includono:

- a. *Dolore provocato e/o spontaneo (iperalgnesia ed allodinia)*
- b. *Modificazioni recettoriali periferiche (Sensibilizzazione centrale)*

La muscolatura del pavimento pelvico assume un ruolo importante nei meccanismi patogenetici della vulvodinia, ciò in particolare per la frequente condizione di ipertono.⁶ L'esplorazione digitale spesso accentua il dolore in corrispondenza dei fasci del muscolo pubococcigeo, principale componente muscolare del pavimento pelvico.

Poiché le fibre sensitive e motorie sia della vulva che del muscolo pubococcigeo sono branche del plesso del nervo pudendo, contenendo fibre che originano dalle radici nervose di S3 e S4, si è ipotizzato che l'ipersensibilità vestibolare destabilizzi la muscolatura del pavimento pelvico. L'ipertono è la principale alterazione muscolare ma una valutazione elettromiografia può evidenziare altri elementi di alterata funzionalità della muscolatura pelvica, quali un'instabilità a riposo ed uno scarso controllo in contrazione e rilassamento.⁶ Questo non è fonte di sorpresa, in quanto è ben noto che in ogni area del corpo dove la componente sottocutanea è interessata da uno stimolo nocicettivo, la struttura muscolare locale reagisce aumentando la propria forza tensiva, come un processo di reazione naturale di difesa finalizzato a proteggere l'area dal dolore. In buona sostanza la tensione muscolare è conseguenza del dolore vulvare. Si è ipotizzato, invece, che la muscolatura pelvica possa svolgere un ruolo primario nell'insorgenza del dolore vestibolare. In pratica l'elevato tono muscolare provocherebbe una prolungata vasocostrizione in grado di indurre un processo ischemico, con liberazione di mediatori algogeni, istamina in primis.⁷

Il circolo vizioso tenderebbe ad auto mantenersi accentuando l'alterazione muscolare e la sintomatologia dolorosa vestibolare (reflex sympathetic dystrophy). A supporto di questa teoria c'è l'osservazione che un processo riabilitativo della muscolatura pelvica (bio-feedback elettromiografico) può risolvere la sintomatologia dolorosa vestibolare. Le recenti e sempre crescenti acquisizioni riguardo l'origine neuropatica della malattia, unitamente alle osservazioni clinico-evolutive della vestibolodinia, pongono fondati dubbi riguardo il ruolo primitivo della muscolatura pelvica nel determinismo della patologia.

Gli elementi fondamentali a supporto di ciò possono essere così riassunti:

1. La proliferazione delle fibre nervose vestibolari, come pure i processi di sensibilizzazione centrale, si sono dimostrati essere elementi alla base della vulvodinia
2. Non esiste una proporzionalità diretta tra la gravità della sintomatologia dolorosa ed il grado d'ipertono della muscolatura pelvica
3. In un numero non limitato di pazienti, la riduzione del tono muscolare pelvico non si traduce in una riduzione dell'ipersensibilità dolorosa vestibolare
4. La valutazione manuale della muscolatura pelvica, seppur eseguita in modo empirico e qualitativo, tende ad accentuarsi dopo stimolazione puntiforme tramite *cotton (swab test)* dei trigger points vestibolari, a dimostrazione di una reazione muscolare di difesa della muscolatura a seguito della percezione dolorosa
5. Le modificazioni del tono muscolare (ipertono o spasmo) sono elementi associati tipici e riconosciuti delle sindromi da dolore neuropatico
6. Spesso si assiste ad una correlazione tra la durata di malattia e l'entità del tono muscolare, quasi a suggerire che maggiore è il tempo di percezione del dolore tanto superiore è la reazione di difesa muscolare.

La muscolatura pelvica deve essere valutata palpatariamente per evidenziare tensione, trigger points di dolorabilità, ipertono, ridotta mobilità ed una anomala percezione sensitiva.

In aggiunta, si deve esaminare la forza contrattile della muscolatura, attraverso l'invito a "stringere e rilassare" i fasci muscolari attorno al dito indice inserito in vagina.

Questo stabilisce il grado di sinergia o dissinergia nel reclutamento muscolare, che è elemento fondamentale nella scelta di agire attraverso un trattamento riabilitativo. In definitiva, seppure non sia ancora chiaro se sia nato prima "l'uovo o la gallina", la muscolatura pelvica svolge un ruolo da non trascurare nell'approccio terapeutico alla vestibolodinia, soprattutto nelle donne con malattia presente da molto tempo.

La terapia della vulvodinia non è legata ad un protocollo terapeutico standardizzato e l'impostazione della cura deve essere personalizzata in relazione alle peculiarità di ogni paziente.

Ciononostante il clinico che gestisce la malattia deve costruire un programma che sia razionale, strutturato, multidisciplinare e, soprattutto, scevro da elementi di casualità. Si deduce, pertanto, che la terapia della vulvodinia può prevedere più strumenti da utilizzarsi in modo sincrono o metacrono.

Analizzando gli elementi fisiopatologici basilari della malattia, un orientamento terapeutico prevede l'applicazione di cure nei seguenti campi d'intervento:

1. Alterazione delle fibre nervose nocicettive e dei meccanismi di percezione del dolore a livello del Sistema Nervoso Centrale
2. Iperattività mastocitaria
3. Alterazione del pattern di contrattilità della muscolatura del pavimento pelvico
4. Azione sui fattori predisponenti e precipitanti

Alterazione delle fibre nervose nocicettive

TENS (Transcutaneous Electric Nerve Stimulation). La tecnica prevede l'applicazione di uno stimolo elettrico nei confronti delle terminazioni nervose sottocutanee; in relazione ai parametri utilizzati (ampiezza e durata dell'impulso) è possibile agire sulle terminazioni nervose attraverso un meccanismo neurofisiologico mirato. Il meccanismo d'azione della Tens è sostenuto dall'attivazione di sistemi d'inibizione periferica degli stimoli nocicettivi (teoria del "gate control"), nonché dallo stimolo alla produzione e liberazione di oppioidi endogeni, neuropeptidi e neuromodulatori ad azione analgesica; entrambi i meccanismi d'azione non hanno una semplice azione sintomatica, ma agiscono con sinergia e gradualità ottenendo una sorta di "reset" del sistema nocicettivo, che si era abituato a veicolare in modo anomalo la percezione del dolore (iperestesia ed allodinia). L'efficacia della tecnica è stata validata in uno studio randomizzato con placebo, nel quale si è evidenziata una percentuale di efficacia nel 75% delle pazienti; in questo caso i parametri di stimolazione sono stati scelti tenendo conto di due aspetti: le caratteristiche delle sottopopolazioni delle fibre nervose (C, Aβ ed Aδ), e la peculiarità della mucosa vestibolare, sito dove viene posizionata la sonda che emette lo stimolo elettrico.⁸

TERAPIA FARMACOLOGICA. Tra i farmaci il principio attivo maggiormente utilizzato è l'amitriptilina; questa sostanza esercita un'inibizione noradrenergica e serotonergica della ricaptazione agendo primariamente sui recettori nocicettivi. Nella vulvodinia, l'amitriptilina ha evidenziato una percentuale di risposta positiva in circa il 50-60% dei casi; si raccomanda di incominciare con una dose compresa tra i 5 mg ed i 25 mg, incrementando di 10-25 mg la settimana, generalmente senza superare i 150 mg al giorno.¹ Gli effetti collaterali sono spesso un fattore limitante al raggiungimento della dose terapeutica (secchezza delle fauci, sonnolenza, aumento di peso corporeo, tachicardia e disturbi dell'accomodazione visiva). L'utilizzo appropriato di alcuni gruppi di farmaci, come gli anticonvulsivanti, poggia sulla loro azione modulatrice nei confronti dei neurotrasmettitori (GABA). La conversione di glutammato (*azione eccitatoria*) in GABA (*azione inibitoria*) e l'antagonismo nei confronti dei recettori NMDA sono i punti cardine dell'efficacia terapeutica di questi farmaci. Il principio attivo maggiormente utilizzato è la gabapentina, segue la più recente evoluzione pregabalina. Complessivamente è riportata una risposta clinica pari al 65% dopo terapia con gabapentina.¹ Gli effetti avversi più comuni in corso di terapia con gabapentin e pregabalina sono vertigini e sonnolenza. E' consigliabile associare farmaci differenti (ad es. amitriptilina+ gabapentina) per sfruttare l'azione sinergica di principi attivi differenti, consentendo di ridurre la posologia, per attenuare gli eventuali effetti collaterali.

Iperattività mastocitaria

ALIAMIDI La palmitoiletanonolamide (PEA), fisiologicamente sintetizzata nel tessuto quando lo stimolo mastocitario diviene sovra massimale, controlla il tono degranulatorio del mastocita, attraverso

un meccanismo noto con l'acronimo ALIA (Autocoid Local Injury Antagonism). La Politadina, glucoside naturale è in grado di svolgere un'importante azione antiossidante, contrastando la degranulazione mastocitaria indotta dallo stress ossidativo. L'associazione di questi due principi attivi può essere un ottimo coadiuvante nel controllo della risposta infiammatoria propria dell'innescamento, del mantenimento e della riattivazione delle alterazioni neuropatiche proprie della vulvodinia.

TERAPIA INFILTRATIVA VESTIBOLARE In casi selezionati possono essere efficaci infiltrazioni sottomucose vestibolari di cortisonico e anestetico locale (metilprednisone o betametasona con lidocaina).⁹ La rapida interruzione del sintomo, l'azione antiinfiammatoria, e l'effetto inibitorio esercitato sulle nervose, giustificano l'efficacia di questa strategia.

Alterazione del pattern di contrattilità della muscolatura del pavimento pelvico

BIOFEEDBACK ELETTROMIOGRAFICO La tecnica, messa a punto da Blazer,¹⁰ utilizza un elettromiografo di superficie collegato ad un sensore endovaginale. In questo modo, la paziente ha una visione di ritorno di quello che sta facendo e quindi ha la possibilità di vedere se esegue correttamente l'esercizio affidatogli dal terapeuta ed eventualmente di correggersi. La finalità della terapia è consentire alla paziente d'imparare a controllare la muscolatura pelvica, riducendo progressivamente l'ipertono che la caratterizza. A differenza della TENS, il biofeedback elettromiografico non è facilmente riproducibile e risente di due fattori limitanti: l'esperienza del terapeuta che lo coordina e la compliance della paziente (protocolli domiciliari ripetitivi e di lunga durata) come dimostrato da un elevato numero di drop-out se comparato ad una tecnica invasiva quale la chirurgia.

Azione sui fattori predisponenti e precipitanti

FATTORI BIOLOGICI Particolare attenzione deve essere posta nella diagnosi e cura di episodi infettivi quali le Candidosi, che devono essere approcciate in modo adeguato e competente. Fondamentale è adottare adeguate norme comportamentali migliorano l'efficacia del trattamento ed aiutano a ridurre le recidive. Tra queste:

- Indossare biancheria intima di cotone bianco e pantaloni comodi ed ampi

Parto e dolore, dolore nel post parto

G. GARIGLIO

Ostetrica - Torino

Il dolore durante il travaglio ed il parto è un dolore finalizzato alla nascita. Infatti la sensazione nocicettiva, che normalmente ha un significato protettivo, in questo momento non rappresenta un sintomo di possibile danno bensì il segnale di un evento biologico. Se da un lato il dolore da parto è dovuto a cause meccaniche come la dilatazione del collo uterino, la compressione articolare della pelvi, lo stiramento muscolare e legamentoso e a cause metaboliche (ischemia e acidosi a livello uterino), dall'altro lato la componente psicologica, dovuta all'ansia e alla paura dell'ignoto nella primipara, gioca comunque un ruolo importante.

Nella dinamica del parto la possibilità di movimento reciproco tra le ossa del bacino, la mancanza di organizzazione di tipo fibrotico a carico dei legamenti, dei muscoli e delle fasce della pelvi favorisce un'armoniosa sinergia d'azione. L'utero si adatta con un movimento elicoidale durante lo sviluppo fetale, il feto percorre il canale da parto con un movimento a spirale ed il bacino lo accompagna con un movimento analogo. Qualora ci siano delle restrizioni di movimento dovute a traumi diretti e iatrogeni, posture lavorative scorrette, processi infiammatori, tensioni durali per problematiche di tipo cranio-sacrali e difetti sensoriali, la dinamica sarà sicuramente penalizzata, con un periodo espulsivo più lungo e doloroso.

Inoltre non bisogna dimenticare l'importante impegno cardio-circolatorio per il quale la donna della società moderna, molto spesso costretta ad un'attività sedentaria, non è preparata.

Nell'ottica di una prevenzione primaria, l'approccio ottimale prevede:

- analisi osteopatica prima del concepimento
- analisi del benessere perineale prima del concepimento
- al 5° mese di gravidanza inizio del lavoro muscolare globale con particolare attenzione alla zona perineale, tramite esercizi isotonici, propriocettivi e di stretching. Inoltre l'esercizio fisico costante e controllato riduce l'incidenza di ipertensione e di iperglicemia migliorando lo stato psichico della donna
- controlli osteopatici a cadenza mensile, ogni 15 giorni in caso di algie

Durante tutta la gravidanza, salvo controindicazioni mediche,

- Usare detergenti intimi adeguati: delicati, non profumati
- Evitare esercizi fisici che comportino un eccessivo sfregamento e frizione sulla regione vulvare (Es. bicicletta, ciclette o spinning)

FATTORI PSICOGENI Un supporto psicoterapeutico può essere utile, in particolare quando in anamnesi si evidenzino elementi riferibili a traumi psichici, abusi fisici o sessuali.

BIBLIOGRAFIA

1. Haefner, H.K., Collins, M.E., Davis, G.D., et Al. The vulvodynia guideline, J Lower Genital Tract Disease, 9 (2005) 40-51.
2. Sarma, A.V., Foxman, B., Bayirli, B., Haefner, H. and Sobel, J., Epidemiology of vulvar vestibulitis syndrome; an exploratory case-control study, Sex Trans Inf, 75 (1999) 320-6.
3. Babula, O., Danielsson, I., Sjöberg, I., Ledger, W.J. and Witkin, S.S., Altered distribution of mannose-binding lectin alleles at exon I codon 54 in women with vulvar vestibulitis syndrome, Am J Obstet Gynecol, 191 (2004) 762-6.
4. Gerber, S., Bongiovanni, A.M., Ledger, W.J. and Witkin, S.S., Defective regulation of the proinflammatory immune response in women with vulvar vestibulitis syndrome, Am J Obstet Gynecol, 186 (2002) 696-700.
5. Gerber, S., Bongiovanni, A.M., Ledger, W.J. and Witkin, S.S., Interleukin-1beta polymorphism in women with vulvar vestibulitis syndrome, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 107 (2003) 74-7.
6. Glazer, H.I., Jantos, M., Hartmann, E.H. and Swenclonis, C., Electromyographic comparisons of the pelvic floor in women with dysesthetic vulvodynia and asymptomatic women, J Reprod Med, 43 (1998) 959-962.
7. Glazer, H.I., Dysesthetic vulvodynia. Long-term follow-up after treatment with surface electromyography-assisted pelvic floor muscle rehabilitation, J Reprod Med, 45 (2000) 798-802.
8. Murina F, Bianco V, Radici G, Felice R, Di Martino M, Nicolini U. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomized controlled trial. BJOG Aug 2008; 115:1165-1170
9. Murina F, Tassan P, Roberti P, Bianco V. Treatment of vulvar vestibulitis with submucous infiltrations of methylprednisolone and lidocaine. J Low Genit Tract Dis. 2002 Jan;6(1):62
10. Glazer HI, Rodke G, Swenclonis C, Hertz R, Young AW. Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. J Reprod Med 1995;40:283-90

è opportuno un allenamento cardio-circolatorio aerobico. La gravidanza ed il parto determinano importanti sollecitazioni scheletriche muscolari e perineali con insorgenza di disagio e dolore; durante gli sforzi espulsivi tutte le strutture del pavimento pelvico (muscoli, fasce, mucosa vaginale, cute tessuto connettivo, nervi pudendi) vengono distese, lacerate (o tagliate mediante episiotomia) con conseguente insorgenza di un deficit funzionale del pavimento pelvico.

Nel post-parto tali disfunzioni perineali possono comportare problematiche di tipo urologico (ritenzione urinaria con sovrastensione vescicale, IUS), proctologico (emmorroidi, incontinenza anale a gas/ feci), ginecologico (alterazione della statica pelvica con insorgenza di dolori addominali, dismenorrea secondaria) e sessuali (dispareunia superficiale - media - profonda). L'episiotomia può inoltre determinare l'insorgenza di episodi di gonalgia mediale (per interessamento del nervo otturatore).

Nel periodo post-parto, oltre al dolore causato da problematiche ostetriche, non bisogna dimenticare:

- i dolori di tipo meccanico (legamenti, capsule, articolazioni, muscoli, nervi) che vedono principalmente coinvolte la zona sacro-iliaca, lombo-sacrale, sacro-coccigea
- i dolori tipo emicrania da lesione coccigea e la cefalea, spesso correlati alla tensione durale causata dall'anestesia peridurale
- il dolore cervicale talvolta riconducibile ad aderenze della cicatrice del taglio cesareo.

Infine, nel postpartum, durante la fase involutiva che coinvolge tutti gli organi pelvici ed addominali, che in gravidanza si erano adattati allo sviluppo verticale uterino, può verificarsi un ripristino non armonioso della mobilità e della motilità dei visceri che può a sua volta causare disturbi neurovegetativi e dolori in diverse zone del corpo.

BIBLIOGRAFIA:

1. Balaskas J. Manuale del parto attivo. Red: Como 1987.
2. Blandine Calais-Germain. Le périnée féminin et l'accouchement. Dés Iris Méolans-Revel: 2000.

3. Di Benedetto Paolo. *Piacere e Dolore*. Libreria Goliardica, maggio 1997.
4. Lee D. *Terapia fisica del cingolo pelvico*. Ed. italiana a cura di Pasquali M. Ed. Utet Torino: 2000.
5. Jean-Pierre Barral e Pierre Mercier. *Manipolazione Viscerale 1-2*. Ed. Italiana Castello editore 2000.
6. Souchard P.E. *Basi del metodo di rieducazione posturale globale*. Ed. Marrapese: Roma 1994.