

La gestione del dolore pelvico cronico nella donna

Il dolore pelvico cronico è così definibile se perdura da almeno tre mesi, non è legato solo alle mestruazioni o ai rapporti sessuali, è senza sollievo dopo eventuali trattamenti e mette in forte discussione la qualità di vita della donna. La sua origine può essere di natura ginecologica o meno e spesso si riscontra in assenza di patologia organica funzionale. Anche in questo caso non va sottovalutato per gli aspetti psicologici che può nascondere

Il dolore pelvico cronico è una patologia frequente e causa di notevole impiego di risorse sanitarie. Tale tipo di dolore persistente è lamentato da circa una donna su sei nell'arco della vita, è la motivazione di almeno una visita ginecologica ogni dieci, del 40% delle laparoscopie diagnostiche e del 12% delle isterectomie. La cattiva gestione di questa sindrome può favorirne la cronicizzazione e ridurre la possibilità di guarigione con conseguenze psicologiche, relazioni, socio-economico lavorative rilevanti. Il dolore pelvico si dice cronico se perdura da sei mesi, attualmente però è preferibile definirlo tale se:

- dura da almeno tre mesi;
 - non è legato esclusivamente alla mestruazione o ai rapporti;
 - è senza sollievo in base ai trattamenti provati;
 - ha un forte impatto psicologico-relazionale o lavorativo.
- L'anamnesi è fondamentale per la diagnosi e deve essere molto dettagliata anche alla ricerca di patologie, come per esempio la cistite interstiziale o la sindrome miofasciale, che sembrano rare, ma che ne sono frequenti cause o concause. Il dolore pelvico cronico è una patologia spesso multifattoriale, per cui non bisogna fermarsi alla prima patologia sospettata o riscontrata, ma individuare e trattare ogni causa rilevabile. Nel dolore cronicizzato vi possono essere componenti insorte conseguentemente alla mancata risoluzione dei primi sintomi e che complicano il qua-

dro: per esempio un'endometriosi può dare dispareunia, questo determina vaginismo e possono insorgere problemi relazionali, somatizzazioni intestinali e sintomi depressivi tali per cui si forma un circolo vizioso. Etichettare e trattare solo la componente rilevata per prima non è sufficiente. Le pazienti affette da dolori cronici nel 25-50% dei casi hanno problemi psichici in parte causa in parte conseguenti ai dolori pelvici e altrettante sono state vittime di abusi sessuali. Pertanto andrebbero ascoltate empaticamente, a lungo, rassicurate e potrebbe essere necessario rimandare

l'esame obiettivo, che è molto intrusivo, a una seconda visita per una valutazione dettagliata. Tuttavia queste pazienti sono di difficile gestione e spesso sono frustranti per i medici, in quanto con difficoltà si trovano le cause o si ottengono significativi e duraturi benefici.

Al fine di individuare gli aspetti psico-sociali rilevanti vanno poste le domande indicate in *tabella 1*. Per aiutare ad individuare le diverse cause, ginecologiche e non, del dolore pelvico cronico e per praticità clinica queste sono presentate in modo differenziale in *tabella 2* e *3*.

Tabella 1

Domande da porre alle pazienti con dolore pelvico cronico per gli aspetti psicologici

| Domanda | Obiettivo della domanda | Azioni conseguenti |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| Quali pensa siano le cause del dolore che avverte? | Coinvolgere attivamente | Informare sulle cause probabili |
| Cosa la preoccupa? | Rassicurare | Escludere le cause temute (tumori) |
| Si sente ansiosa o triste? | Valutare ansia e depressione | Ascolto ed empatia |
| Quanto il dolore altera la sua vita? | Impatto psico-sociale-economico | Gestione multidisciplinare |
| Ha subito abusi sessuali? | Rilevare una causa sottostimata | Ascolto, psicoterapia |
| Desidera un aiuto psicologico? | Autoconsapevolezza del bisogno | Psicoterapia |

Tabella 2

Dolore pelvico cronico di origine ginecologica

| | Fibromi | Cisti ovariche | Endometriosi o adenomiosi | Malattia infiammatoria pelvica | Varicocele pelvico |
|-----------------------------------|---|--|---|---|---|
| Cosa chiedere all'anamnesi | Precedenti rilievi di miomi (visite o ecografie); menorragie | Pregresso rilievo di cisti o masse annessiali | Infertilità, algie pelviche inizialmente cicliche mestruali, poi croniche | Storia di malattie a trasmissione sessuale; gravidanze extrauterine; febbre o febricola; leucorrea e perdite ematiche | Flebopatie; utero retroverso |
| Tipo di dolore | Dolore gravativo compressivo, continuo da più di 3 mesi | Dolore monolaterale cronico; senso di peso o nessun sintomo | Dispareunia, defecazione dolorosa. Utero globoso e dolorabile | Dolore pelvico stabile; senso di peso o vago bruciore; dispareunia; infertilità | Dolore pelvico-sacrale esacerbato in fase mestruale; dispareunia o nessun sintomo |
| Esame obiettivo | Utero aumentato di volume e consistenza; irregolare come superficie | Tumefazione annessiale | Noduli ai legamenti uterosacrali e al setto rettovaginale; fissità dei genitali interni | Utero e annessi dolorabili alla mobilizzazione e ipomobili; dolori al cavo di Douglas | Utero retroverso, a volte dolorabile; emorroidi; varici vulvari e agli arti |
| Ecografia transvaginale | Fondamentale; utile il color-Doppler | Fondamentale per l'inquadramento diagnostico | Utile per diagnosi differenziale con adenomiosi | Idro o sactosalpinge e liquido nel cavo di Douglas | Utile il color-Doppler |
| Laboratorio | Emocromo, ferritina; leucocitosi (se mioma in degenerazione); CA 125 | CA 125, beta-HCG ed eventualmente altri marker ovarici (CA 19-9, CA 15-3, CEA, alfa-fetoproteina) | CA 125 | Emocromo, PCR; tampone vaginale generale e per <i>Chlamydia trachomatis</i> | Non utile |
| Laparoscopia | Miomectomia laparoscopica o tomica; isteroscopia per terapia e diagnosi dei miomi sottomucosi | Utile per la diagnosi e la terapia | Fondamentale per la diagnosi e la terapia: lisi di aderenze, tasche peritoneali e asportazione dei noduli; neurectomia presacrale | Utile per diagnosi (colture) e terapia: salpingectomia e lisi di aderenze | Non dimostrata efficacia |
| Diagnosi differenziale | Adenomiosi; malattia infiammatoria pelvica | L'istologia è il criterio fondamentale | Adenomiosi; aderenze | Aderenze; TBC genitale | Malattia infiammatoria pelvica |
| Terapie | GnRH analoghi; laparoscopia; isteroscopia; isterectomia | Contraccettivi orali; asportazione della massa annessiale; non è certo che le cisti causino dolori cronici | Contraccettivi orali, progestinici IUD-levonorgestrel (adenomiosi); danazolo; gestrinone; GnRH analoghi; isterectomia | Antibiotici; se rottura di ascesso o peritonite indispensabile la chirurgia; salpingectomia se pio-sactosalpinge | Flebtonici; antiinfiammatori; coagulazione delle varici; embolizzazione radiologica |

Tabella 3

Dolore pelvico di origine non ginecologica

| Origine del dolore | Gastrointestinale | Urinario | Muscolo-scheletrico | Neuropatico o psichico |
|-----------------------------------|--|---|--|---|
| Cosa chiedere all'anamnesi | Caratteri dell'alvo: modificazioni-alterazioni, il dolore cessa con la defecazione, muco nelle feci, relazione con pasti, mestruo e stress (colon irritabile); dolore aspecifico (appendicite cronica); diarrea ematica e perdita di peso (retocolite e neoplasie) | Pollachiuria, nicturia alleviati dalla minzione (cistite interstiziale); disuria e urgenza minzionale, ematuria (cistite); senso di peso sovrapubico (nefrolitiasi) | Lombalgie, cervicalgie, scoliosi; traumi o interventi | Interventi o endometriosi con coinvolgimento di nervi; ansia, insonnia, depressione; vaginismo; violenze o abusi sessuali |
| Tipo di dolore | Dolore prevalente in fossa iliaca sinistra che si esacerba dopo i pasti e ha carattere colico; meteorismo, alvo alternante (colon irritabile); dolore in fossa iliaca destra (morbo di Crohn) | Dolore sovrapubico, ai fianchi o all'inguine correlato con la minzione o accentuato nel premenstruo; dolore vescicale al trigono | Dolore localizzato in superficie, in un dermatomero o anche a distanza nei trigger points (sindrome dolorosa miofasciale); dolore incrementato contraendo il muscolo | Urente o a "pugnolata"; aspecifico, multiforme |
| Esame obiettivo | Dolorabilità intestinale, senso di corda colica; segni di peritonite (diverticolite) | Dolore sovrapubico e alla compressione vescicale; segno di Giordano positivo | Posture anomale; asimmetrie scheletriche | Dolore nel territorio di un nervo con alterazioni neurologiche; contrattura muscoli perineali |
| Ecografia transvaginale | Ostacolata da meteorismo; iperperistaltismo | Ecografia renale, vescicale e vie urinarie | Non dirimente | Utile per escludere cause ginecologiche e rassicurare la paziente |
| Laboratorio | Ricerca di sangue occulto nelle feci | Esame delle urine; urinocoltura | Quelli necessari a escludere patologie organiche | Quelli necessari a escludere patologie organiche |
| Indagini strumentali | Rettocolonscopia; clisma opaco | Cistoscopia; biopsia vescicale urodinamica | Elettromiografia | Quelle necessarie a escludere patologie organiche |
| Diagnosi differenziale | Sindrome del colon irritabile; appendicite; morbo di Crohn; retocolite ulcerosa; diverticolosi, diverticolite; neoplasie intestinali | Sindrome uretrale cronica; cistite interstiziale; schistosomiasi; nefrolitiasi; rene ectopico; neoplasie della vescica | Sindrome dolorosa miofasciale; intrappolamento nervoso dei nervi ileoipogastrico o ileoinguinale | Tutte le altre cause. Fattori psichici primitivi o secondari al dolore? |
| Terapie | Esclusione di cibi contenenti lattosio o glutine; antispastici; fibre | Antibioticoterapia; terapie specifiche di competenza urologica | Esercizi perineali; fisiochinesiterapia; antidepressivi; terapie antalgiche | Gabapentin; psicoterapia; ansiolitici; antidepressivi |

Esame obiettivo e altre indagini

L'esame obiettivo va fatto in modo molto accurato e delicato, cercando di individuare le strutture dolorabili. Metà delle donne che hanno alterazioni laparoscopiche non rilevano anomalie all'esame obiettivo pelvico.

L'ecografia transvaginale può escludere gran parte delle cause rilevanti, ma vi possono essere difficoltà nel rilevare l'adenomiosi e gli impianti peritoneali dell'endometriosi.

La risonanza magnetica nucleare pelvica può essere di aiuto nella valutazione dell'endometriosi profonda e dell'adenomiosi, ma non rileva i piccoli impianti endometriosici.

La laparoscopia è l'indagine più accurata per rilevare l'endometriosi a livello peritoneale e le aderenze. Essa permette anche di trattare questa e altre patologie.

Prima di attribuire un causa al dolore o di trattare va tenuto conto però che non vi è un stretta correlazione tra dolori pelvici e laparoscopia.

Il 40% delle laparoscopie eseguite per dolori pelvici cronici sono negative e quando rilevano anomalie nel 85% dei casi vi è endometriosi o aderenze.

Tuttavia anche tra le donne che non hanno dolori pelvici il 28% ha anomalie laparoscopiche e si stima che addirittura il 45% delle donne asintomatiche abbia segni di endometriosi.

Le aderenze peritoneali sono frequenti, ma sono un possibile causa dei dolori se sono spesse, vascolarizzate e tali da creare tensioni e ipomobilità. Gli studi randomizzati indicano che l'adesiolisi non è un trattamento efficace per il dolore pelvico cronico.

Trattamento

Il trattamento della singola donna deve essere olistico ovvero mirato all'unità della persona con la sua peculiare patologia dolorosa. Inoltre il trattamento del dolore

Tabella 4

Panoramica delle principali terapie mediche per il dolore pelvico

| Farmaco | Indicazioni del dolore pelvico | Suggerimenti |
|--------------------------------|--|--|
| FANS | Dismenorrea e forse dolore cronico | Provare un tipo diverso prima di abbandonare i Fans |
| Contraccettivi ormonali | Dismenorrea, endometriosi e dolore pelvico cronico | Uso continuativo senza pause |
| Progestinici | Dismenorrea, endometriosi e dolore pelvico cronico | Sembrano efficaci anche quelli intrauterini |
| Analoghi del GnRH | Dismenorrea, endometriosi e dolore pelvico cronico | L'add-back therapy consente di limitare sintomi vasomotori e osteopenia |
| Antibiotici | Malattia infiammatoria pelvica | Trattamento prudenziale in attesa di conferma microbiologica o nel sospetto di infezione da <i>Chlamydia trachomatis</i> |
| Antispastici | Colon irritabile | Ex adjuvantibus |
| Antidepressivi | Dolore pelvico cronico e depressione | Associare psicoterapia |
| Gabapentin | Dolore neuropatico | Collaborazione con neurologo |

cronico è molto difficile e presuppone idealmente l'esperienza di un centro dedicato in cui opera un team multidisciplinare.

Nella pratica clinica è indispensabile innanzitutto tenere presenti i principi ippocratici del "primum non nocere", evitando di sottovalutare e trattare parzialmente, lasciando cronicizzate la sindrome.

Va posta molta attenzione a non etichettare come "psicologico" il dolore cronico: anche se è vero che la componente psichica è spesso rilevante la paziente nel sentirselo dire si sente ancora più sfiduciata, mentre è indispensabile rassicurarla e lasciare che sia condotta a prendere consapevolezza e richiedere spontaneamente l'aiuto psicologico di cui gran parte dei casi invalidanti hanno necessità.

Nei casi più lievi gestibili dal singolo medico le principali terapie mediche da proporre nel caso di dolori pelvici cronici sono Fans,

contraccettivi ormonali, progestinici, antibiotici, antispastici, antidepressivi, gabapentin (tabella 4).

BIBLIOGRAFIA

- Butrick CW. Chronic pelvic pain: how many surgeries are enough? *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50: 412-24.
- Cheong Y, Stones RW. Doctors and the chronic pelvic pain patient. *Minerva Ginecol* 2007; 59: 613-8.
- Denny E, Mann CH. Endometriosis and the primary care consultation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007 Dec 6; (Epub ahead of print)
- Jarrell JF, Vilos GA, Lea R et al. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain; SOGC Clinical Practice Guidelines. *J Obstet Gynaecol Can* 2005; 27: 781-826.
- Jones KY et al. Abdominal and pelvic pain. In: Pearlman MD. *Emergency care of the woman*. Mc Graw-Hill, New York 1998, 503-511.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists Guidelines. The initial management of chronic pelvic pain. Guideline n. 41, april 2005. www.rcog.org.uk
- The International Pelvic Pain Society: www.pelvicpain.org
- Vignali M, Spreafico C. La paziente con dolore pelvico. *Rivista italiana di ostetricia e ginecologia* 2006; 1: 147-153.