

Valutazione diagnostica e trattamento del dolore pelvico nella donna

Lino Del Pup

UO di Oncologia Ginecologica
Istituto Nazionale dei Tumori, CRO
Aviano (PN)

Il dolore pelvico nella donna è un'esperienza condizionata da aspetti soggettivi. Può essere acuto o cronico e in ambedue i casi è di difficile gestione, in quanto le cause sono molteplici e tra queste vi sono anche patologie rilevanti. Un primo orientamento diagnostico non può prescindere da una rigorosa anamnesi e da un accurato esame obiettivo pelvico, a cui eventualmente far seguire ulteriori indagini specifiche

Il dolore pelvico femminile è un sintomo frequente e di difficile gestione per diversi motivi. Innanzitutto molte possono essere le cause e tra queste vi sono anche patologie rilevanti, come le neoplasie o le gravidanze extrauterine.

La diagnosi differenziale anamnestica e clinica è difficoltosa, particolarmente quando il dolore è cronico. Quindi è necessario fare sempre un'ecografia pelvica transvaginale e eventuali indagini di laboratorio.

La laparoscopia va eseguita nei casi in cui il rischio di non diagnosticare una patologia importante si reputi maggiore del rischio di mortalità e complicanze della procedura stessa. Il dolore può persistere in zone in cui la causa non è più presente, ma nelle quali questa ha modificato persistentemente la nocicezione, in modo da fare divenire dolorose sensazioni che normalmente non sono tali. Aree sensitive interconnesse possono essere percepite come sede del processo patologico, mentre sono solo aree in cui vengono proiettate tali sensazioni.

Il sistema nervoso centrale interviene attivamente modificando non solo la percezione del dolore, ma anche la motricità o le funzioni degli organi coinvolti o adiacenti; inoltre il dolore è un'esperienza sensoriale soggettiva, condizionata da aspetti psico-emotivi, relazionali-sessuali, socio-culturali e economico-lavorativi.

A volte gli aspetti psicologici profondi agiscono in modo inconsapevole, come per esempio gli abusi sessuali co-

me potenziali cause del dolore cronico e pertanto l'anamnesi non li può escludere oppure vengono consapevolmente negati. Il mimare il persistere o accentuare l'intensità del dolore a seguito di un trauma o di un intervento chirurgico è talmente vantaggioso in termini di attenzioni, astensioni lavorative, rendite economiche assicurative o pensionistiche da superare, per alcune donne, le istanze morali che dovrebbero indurre a non simulare.

In questi casi il medico ha enormi difficoltà a quantizzare la reale entità del dolore e a capirne le componenti e, consapevole delle difficoltà di diagnosi differenziali obiettive, tende a convalidare quanto riferito e nel tempo la paziente stessa può essere così immersa nel suo ruolo da autoconvincersi e credere che il dolore esista. La frequenza e la ricaduta personale, familiare, lavorativa ed economico-sanitaria delle algie pelviche è tale per cui si propongono delle strategie di gestione del dolore con un approccio di tipo pratico.

■ Approccio clinico globale al dolore pelvico

L'anamnesi è, come sempre, l'indagine iniziale e la più importante per impostare le successive.

La data delle mestruazione va sempre chiesta alle donne in età potenzialmente fertile, ma bisogna sottolineare che una recente perdita ematica vaginale riferita come "mestruale" non esclude con certezza la possibilità di

gravidanza extrauterina e che neppure l'ecografia può rilevare gravidanze, se molto iniziali. L'anamnesi deve essere accurata e rigorosa e al fine di non trascurare alcun elemento. Si consiglia di fare sistematicamente sempre almeno le domande riportate in *tabella 1*.

La sede del dolore va precisata, pur tenendo conto che spesso la sensazione è vaga o fonte di difficoltà interpretative. L'intensità del dolore può essere quantizzata in una scala da 0 a 10 dove dieci è il massimo dolore immaginabile. La tipologia di dolore è spesso difficile da verbalizzare, ma può essere utile richiederla per orientarsi usando metafore: "come una pugnalata", "come una pressione", "come un crampo". L'insorgenza del dolore in relazione al tempo, ovvero se è appena insorto, legato alle mestruazioni o protratto nel tempo permette di orientarsi verso le cause più probabili indicate in *tabella 2*. L'anamnesi va approfondita chiedendo cosa aumenta o riduce il dolore e a quali eventuali altri sintomi o segni si associa.

Un accurato esame obiettivo pelvico può rilevare aspetti semeiologici non valutabili con la diagnostica per immagini: sede elettiva del dolore alla pressione, consistenza e mobilità degli organi pelvici, segni di irritazione peritoneale.

L'ecografia va preferibilmente eseguita per via transvaginale, per avere una migliore definizione degli organi pelvici, per potere fare una mappatura del dolore e verificare la mobilità e dolorabilità tramite la pressione selet-

Tabella 1

Anamnesi sui caratteri del dolore pelvico

| Dove ha dolore? | Quanto è intenso? | Che tipo di dolore è? | Da quando o quando insorge? | Cosa lo aumenta? | Cosa lo riduce? | A che altri sintomi o segni si associa? |
|--|---|---|-----------------------------|--------------------------------------|--|---|
| Pelvico laterale, bilaterale, centrale, diffuso, irradiato | Scala 1-10, intermittente, evoluzione nel tempo | A fitte, crampiforme, compressivo, urente | Acuto, ciclico, cronico | Mestruo, movimenti, rapporti, stipsi | Posture antalgiche, defecazione, farmaci | Perdite ematiche vaginali, secrezioni o disturbi vaginali-vulvari, disturbi urinari o intestinali |

tiva con la sonda vaginale ed eventualmente rettale. L'adenomiosi è di difficile diagnosi e l'endometriosi negli stadi iniziali può essere rilevata o confermata solo dalla laparoscopia. Le indagini ematochimiche più importanti sono il CA 125, marker dell'endometriosi, cancro ovarico e irritazioni peritoneali in genere e l'emocromo con formula, insieme alla PCR come indicatori di flogosi in atto. La valutazione deve essere fatta in base al giudizio clinico complessi-

vo, non essendo questi parametri sufficientemente sensibili né specifici per le patologie che sottendono la dismenorrea secondaria. Il test di gravidanza va sempre eseguito in donne in età fertile e possono essere utili l'esame delle urine, l'urinocoltura o la ricerca del sangue occulto nelle feci. Il tampone vaginale con ricerca di *Chlamydia trachomatis*, micoplasmi e *Neisseria gonorrhoeae* va richiesto se si sospettano flogosi pelviche, tenen-

done ben presenti i limiti diagnostici e le difficoltà interpretative.

La laparoscopia è in genere l'ultima tra le indagini fondamentali, in quanto invasiva e gravata da un certo rischio, ma permette diagnosi conclusive e trattamenti di quasi tutte le patologie causa di algie.

La sintesi delle indagini da prescrivere nelle algie pelviche sia acute sia croniche è riportata in *tabella 3*.

■ Dolore pelvico acuto

Il dolore pelvico acuto può essere dovuto a patologie che devono essere prontamente diagnosticate e trattate, in quanto possono ridurre la fertilità, dare esiti dolorosi cronici oppure sono potenzialmente fatali se tardivamente diagnosticate.

Non vi sono affidabili dati epidemiologici e l'approccio clinico deve consentire di valutare ed escludere rapidamente tutte le cause. L'anamnesi deve mirare innanzitutto a individuare o escludere cause più probabili di dolore pelvico acuto che sono: gravidanza extrauterina, torsione di un annesso, malattia infiammatoria pelvica acuta o appendicite acuta. Ulteriori cause meno rilevanti o rare sono: emorragia in una cisti ovarica, rottura di una cisti ovarica o di un ascesso tubo ovarico, degenerazione di un mioma, diverticolite acuta, perforazione intestinale, ernia complicata, volvolo, ostruzione intestinale, morbo di Crohn o rettocolite ulcerosa complicata, diverticolo di Meckel, nefrolitiasi, ritenzione urinaria acuta, trombosi pelvica, ischemia della mesenterica, infarto intestinale, aneurisma dell'aorta addominale, porfiria acuta. Nelle donne in età fertile la gravidanza è la prima condizione da escludere,

Tabella 2

Insorgenza del dolore pelvico in relazione al tempo

| | Dolore acuto | Dolore ciclico | Dolore cronico |
|-------------------------|--|---|---|
| Caratteri | Improvviso | Associato a fasi del ciclo | Dura da oltre 3-6 mesi |
| Cause principali | Gravidanza extrauterina Malattia infiammatoria pelvica Torsione di un annesso Appendicite | Endometriosi Algomenorrea ovulatoria | Ginecologiche Intestinali Urinarie Muscolo-scheletriche Neurologiche Psicogene |

Tabella 3

Indagini da svolgere in presenza di dolori pelvici acuti e cronici

| Esame obiettivo | Ecografia | Esami ematochimici | Indagini microbiologiche | Laparoscopia |
|---|--|---|--|---|
| Ispezione, palpazione, mobilità e dolorabilità alla mobilizzazione cervicale e annessiale, esame vagino-rettale | Transvaginale con palpazione con la mano esterna, pressione diretta con la sonda ecografica e valutazione della mobilità | Test di gravidanza, emocromo, PCR, CA 125, esame delle urine, sangue occulto nelle feci | Tampone vaginale con ricerca di <i>Chlamydia trachomatis</i> , Micoplasmi e <i>Neisseria gonorrhoeae</i> Urinocoltura | Laparoscopia diagnostica ed eventualmente operativa |

mediante indagini sicure come il dosaggio delle beta-HCG ematiche. La sola anamnesi mestruale non è sufficiente, dato che l'emorragia da rottura delle tuba è potenzialmente letale, ma in attesa delle indagini di laboratorio può orientare la diagnosi.

La torsione ovarica può causare la perdita anatomica dell'annessò o più raramente tromboflebiti e pertanto va sempre sospettata, soprattutto se vi è una cisti ovarica, se è stata scatenata da un movimento brusco e l'intensità varia nel tempo.

Le flogosi pelviche acute non adeguatamente trattate possono compromettere la fertilità e causare algie pelviche croniche. Va indagata la presenza di dispositivi intrauterini, strumentazioni endocavitari, cambio recente del partner e presenza di secrezioni vaginali o febbre. L'appendicite è la causa più frequente di dolore pelvico acuto e se trascurata può provocare gravi peritoniti, compromettere la fertilità ed è potenzialmente letale.

L'esame obiettivo ginecologico è importante, ma la negatività non esclude al 100% le patologie indicate. Il segno di Blumberg o i segni di irritazione peritoneale vanno cercati attivamente in presenza di dolori cronici.

L'ecografia transvaginale deve sempre accompagnare l'esame obiettivo e può essere integrata dal Doppler per aumentarne l'accuratezza. Le indagini di laboratorio ricalcano quelle indicate, ma vanno eseguite in urgenza. La laparoscopia consente di fare una diagnosi più approfondita e di trattare acutamente il dolore, tranne che nei casi di flogosi pelviche acute che vanno prima trattate con antibiotico-terapia.

I caratteri anamnestici, clinici, ecografici, laboratoristici e laparoscopici che consentono di fare una diagnosi differenziale e impostare la terapia sono indicati in *tabella 4*.

■ Dolore pelvico ciclico

Il dolore nel periodo mestruale, dismenorrea o algomenorrea, è un disturbo molto frequente, ma la ciclicità indica che risente delle fluttuazioni ormonali fisiologiche e raramente è dovuta a patologie gravi, a eccezione dell'endometriosi.

La dismenorrea primaria inizia circa dopo 6-12 mesi dal menarca, o comunque solo quando i cicli iniziano a essere ovulatori, per definizione non è associata a cause "organiche", clinicamente individuabili, ma all'iperproduzione di prostaglandine all'inizio del mestruo. Il dolore è massimo all'inizio del ciclo e dura dalle 8 alle 72 ore e si può irradiare alla schiena, alla radice delle cosce e associare a cefalee, nausea, vomito e diarrea.

La dismenorrea secondaria è dovuta a cause organiche che vanno sempre ipotizzate e valutate, o escluse con l'anamnesi ed eventualmente con appropriate indagini. Può iniziare in qualunque periodo dopo il menarca, in particolare se è dovuta a malformazioni uterine può iniziare anche al primo o secondo ciclo mestruale. In genere però tende a manifestarsi, anche in assenza di sintomi analoghi precedenti, nella terza e quarta decade di vita. È utile chiedere se vi sono state modificazioni dei caratteri mestruali e fare sempre diagnosi differenziale delle cause organiche, che rendono questa forma di dismenorrea meritevole di approfondimento specialistico e di trattamento: malformazioni uterine, endometriosi o adenomiosi, fibromi uterini, polipi endometriali, malattia infiammatoria pelvica e uso di dispositivi endouterini. Il periodo di inizio rispetto al menarca va sempre indagato: la malformazioni uterine causano dolore appena iniziano i flussi mestruali, le prostaglandine possono essere prodotte in modo eccessivo nei cicli in cui vi è l'ovulazione, le patologie uterine insorgono più tardivamente. Le forme primitive tendono a migliorare con l'età e dopo le gravidanze. Quelle secondarie in genere peggiorano se non sono trattate e il ritardo diagnostico può rendere più difficile e rischioso o meno efficace il trattamento causale.

L'infertilità che si associa a dolore mestruale insorto secondariamente deve fare insorgere il sospetto di endometriosi. Il dolore pelvico durante i rapporti, durante o dopo l'uso della spirale, o associato o conseguente a flogosi pelviche sono ulteriori elementi di rilievo. Fa insorgere il sospetto che vi sia una patologia organica anche la

scarsa o assente efficacia dei trattamenti.

L'intensità del dolore non necessariamente correla con la severità della patologia obiettivabile. Nelle forme primitive a volte è sufficiente rassicurare sull'assenza di patologie organiche. Se il dolore è intenso si possono usare farmaci antiprostaglandinici iniziati precocemente o un contraccettivo ormonale, per bloccare l'ovulazione, se la paziente lo desidera o lo necessita, sempre che non sia controindicato. L'efficacia di questi ultimi sembra simile a quella dei Fans (attorno al 65%), con il vantaggio di potere essere utilizzati in prevenzione o per la terapia anche delle cause organiche endocrinosensibili: polipi, fibromi, adenomiosi o endometriosi e delle infezioni pelviche non dovute a *Chlamydia trachomatis*. La scelta sarà quindi preferibilmente orientata sull'efficacia clinica dimostrata nel singolo caso, sulla tollerabilità e sicurezza e sulle preferenze della paziente.

In presenza di sospetto di malformazioni uterine, va indagato anche l'apparato urinario. In presenza di patologia ginecologica benigna, in genere meno impegnativa, quali polipi, miomi o aderenze post-flogistiche, il ginecologo di fiducia potrà eseguire l'eventuale trattamento isteroscopico e/o laparoscopico.

In caso di adenomiosi, menorragie e necessità di contraccezione è di prima scelta la spirale che rilascia levonorgestrel all'interno dell'utero per cinque anni.

I progestinici da soli, il danazolo o il gestrinone, sono terapie utili soprattutto in presenza di endometriosi, ma possono avere effetti collaterali di tipo androgenico-anabolizzante. L'uso di analoghi del GnRH può essere preso in considerazione, per pochi mesi, nei casi di dolore non responsivo o non suscettibile di ulteriori trattamenti in presenza di endometriosi, sospetta adenomiosi o per i miomi in attesa di intervento. L'eventuale aggiunta di estroprogestinici per limitarne gli effetti ipoestrogenici del GnRH è controversa, ma potenzialmente utile. Le caratteristiche distintive per inquadrare il dolore ciclico sono indicate in *tabella 5*.

Tabella 4

Inquadramento del dolore pelvico acuto

| | Gravidanza extrauterina | Torsione di un annesso | Malattia infiammatoria pelvica | Appendicite acuta |
|---------------------------------------|---|---|---|---|
| Cosa chiedere all'anamnesi | Ultimi due cicli mestruali, mestruazione anomala o scarsa, malattie infiammatorie, uso di spirale, interventi, algie pelviche croniche, metodiche di procreazione assistita, gravidanza iniziale non valutata all'ecografia | Cisti ovarica, specialmente dermoidi e cistoadenomi, mioma peduncolato, movimento brusco, nausea, vomito, febbre tardiva (da necrosi) | Malattie infiammatorie pelviche pregresse o in atto, uso di spirale, strumentazioni intrauterine, molti partner sessuali o recente cambio del partner, leucorrea, febbre, brividi, nausea | Sintomi gastrointestinali, nausea, vomito, modificazioni improvvise dell'alvo, febbre |
| Tipo di dolore | Dolenzia da nulla fino a intensa da rottura con peritonismo da emoperitoneo e shock | Crisi dolorose recidivanti e ingravescenti, dolore improvviso, crampi | Dolore, spesso bilaterale, lombosacrale, irradiato alla coscia, difesa addominale | Dolore addominale diffuso, a volte sintomi vaghi o simil malattia infiammatoria pelvica |
| Esame obiettivo | Annesso dolorabile tumefatto, dolore acuto al cavo del Douglas, perdite ematiche vaginali | Tensione muscolare e dolenzia limitano l'obiettività, tumefazione dolorabile | Dolenzia spiccata alla mobilizzazione cervicale, fornici, annessi e Douglas, segno di Blumberg + | Difesa addominale, segno di Blumberg +++ , segni di peritonite e paralisi intestinale |
| Ecografia transvaginale | Segni diretti e indiretti di gravidanza extrauterina | Anomalie di flusso al Doppler, cisti o mioma peduncolato | Ascesso tubo-ovarico, liquido nel cavo del Douglas | Limitata da meteorismo |
| Laboratorio | Test di gravidanza positivo, beta-HCG a lenta evoluzione | Aspecifici, esame urine | Leucocitosi, PCR e VES elevate, CA 125 alterato, tampone cervicale + | Come per la malattia infiammatoria pelvica |
| Laparoscopia | Tumefazione tubarica, emoperitoneo, rottura della tuba | Diagnostica e terapeutica | Diagnosi, asportazione del materiale purulento e del tessuto infetto | Diagnosi, appendicectomia |
| Diagnosi differenziale | Sede dell'extra, eterotopica, rottura di cisti, corpo luteo, aborto spontaneo o mola vescicolare | Annesso o mioma torto, nefrolitiasi, tromboflebite pelvica, trombosi della vena ovarica | Rottura di ascesso | Diverticolite, cistite, pielonefrite |
| Terapia | Attesa, metotrexato, salpingotomia lineare, salpingectomia | Detorsione, asportazione della cisti o mioma o asportazione della massa necrotica | Antibiotico, in caso di rottura di ascesso o peritonite indispensabile la chirurgia, salpingectomia se pio-sactosalpinge | Antibiotici, appendicectomia |
| Rischi del ritardo diagnostico | Morte, emoperitoneo con laparotomia e trasfusioni | Annessiectomia, ipofertilità | Infertilità tubarica, gravidanze extrauterine, algie pelviche croniche | Peritonite, complicanze post-operatorie, infertilità |
| Non omettere di fare sempre | Test di gravidanza | Ecografia transvaginale ed esame obiettivo delle pelvi | Emocromo, PCR, tampone vaginale | Emocromo, PCR, visita chirurgica |

Tabella 5

Inquadramento del dolore pelvico ciclico

| | Algomenorrea primaria | Algomenorrea secondaria | Sindrome premenstruale |
|-----------------------------------|--|--|---|
| Cosa chiedere all'anamnesi | Timing del dolore: inizio alla pubertà-adolescenza dopo mesi o pochi anni da menarca, dolore al mestruo, nausea, vomito, diarrea | Inizia dopo anni dal menarca; dura da molti giorni prima a pochi dopo il mestruo, possibili cause (<i>vedi diagnosi differenziale</i>), dispareunia profonda e infertilità, disturbi urinari e intestinali ciclici, menorragie | Sintomi fisici, emotivi, cognitivi e comportamentali nella fase luteale del ciclo: gonfiore, tensione e dolore mammario, modificazioni dell'alvo, ecc |
| Tipo di dolore | Crampiforme, inizia con il mestruo e dura 2-3 giorni, ipogastrico irradiato alla regione lombosacrale | Multiforme, in base alle cause e non sempre correlato con l'entità del quadro anatomico | Aspecifico |
| Esame obiettivo | Lieve dolorabilità uterina durante le contrazioni | Noduli ai legamenti uterosacrali o al setto rettovaginale, ipomobilità dei genitali interni, utero dolorabile alla mobilizzazione (endometriosi o adenomiosi). Si veda <i>tabella 4</i> per malattia infiammatoria pelvica. Utero aumentato di volume e consistenza irregolare (miomi), aumento del diametro trasverso e anomala conformazione uterina (malformazioni uterine) | Normale |
| Ecografia transvaginale | Normale, utile eseguirla per escludere altre cause | Indispensabile per la diagnosi differenziale non invasiva, ma è molto difficile individuare l'endometriosi o l'adenomiosi | Normale, utile per rilevare il corpo luteo emorragico che tende a scomparire dopo il mestruo |
| Laboratorio | Solo se si sospettano altre cause: flogosi, endometriosi | CA 125 per endometriosi (sensibilità 20-50%, specificità 80%) | Ridotta attività serotoninergica e basso rapporto allopregnenolone/pregnenolone |
| Laparoscopia | Solo se dolore invalidante e si sospetta endometriosi | Molto utile, anche come terapia, spesso utili anche isteroscopia o isterosalpingografia | Non necessaria |
| Diagnosi differenziale | Primitiva o secondaria | Endometriosi, adenomiosi, malattia infiammatoria pelvica, IUD, polipi o fibromi uterini, malformazioni uterine, stenosi cervicale, imene imperforato | Cisti da corpo luteo emorragico |
| Terapia | Fans, codeina-paracetamolo, contraccettivi orali | Contraccettivi orali, progestinici, IUD, levonorgestrel (adenomiosi) danazolo, gestrinone Analoghi del GnRH +- Add Back Inibitori dell'aromatasi P450 | Psicoterapia, antidepressivi serotoninergici, contraccettivi orali, progestinico, GnRH analoghi |

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Calgaro M et al. Cause extraginecologiche di interesse chirurgico dell'addome acuto. In: Massobrio M. Urgenze ed emergenze ostetriche e ginecologiche. Minerva Medica, Torino 2006.
- Cheong Y, Stones RW. Doctors and the chronic pelvic pain patient. *Minerva Ginecol* 2007; 59: 613-8.
- Menato G et al. Addome acuto ginecologico. In: Massobrio M. Urgenze ed emergenze ostetriche e ginecologiche. Minerva Medica, Torino 2006.
- Petraglia F et al. Il dolore pelvico in ginecologia. CIC Edizioni, Roma 2002.
- Petri E. Diagnosi differenziale gineco-urologica. In: Petri E. Urologia Ginecologica. CIC Edizioni, Roma 1998.
- Proctor M, Farquhar C. Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *BMJ* 2006; 332: 1134-38.
- Royal College of Obstetrics and Gynaecology. Guideline. Management of acute pelvic inflammatory disease, 2003 (www.rcog.org.uk)