

Quando il dolore pelvico da sintomo diventa malattia

La sindrome da dolore pelvico cronico è una patologia che interessa uomini e donne con un rapporto di 1:3. Il tempo medio per porre una diagnosi corretta è di circa 4 anni e vengono consultati in media 8 specialisti. Diagnosticare correttamente questa sindrome può essere estremamente difficile soprattutto perchè può essere causata da un elevato numero di disturbi di diversa origine, ginecologici, riproduttivi, gastrointestinali, urinari, muscolo-scheletrici

Francesco Cappellano
Ambulatorio del Dolore Pelvico
CDI, Milano

Il dolore pelvico cronico (CPP) rappresenta un'entità nosologica sottostimata e di fondamentale importanza socio-sanitaria. Infatti, circa il 30% delle donne lamenta durante la propria vita una qualche forma di dolore e almeno il 10-12% soffrono di dolore pelvico cronico in maniera insopportabile e con ricadute importanti in termini di qualità della vita e salute mentale. Il 17% dei soggetti affetti da CPP lamenta almeno un sintomo depressivo e il 4% sviluppa una vera e propria sindrome depressiva maggiore.

La prevalenza del CPP è maggiore nel sesso femminile, anche se può interessare parimenti il sesso maschile (ratio 3:1), con molteplici modalità di presentazione.

Parte delle patologie alla base del CPP vengono identificate e trattate (endometriosi, prostatiti, patologie ano-rettali organiche e disfunzionali) ma molte altre sfuggono a una chiara identificazione e conducono i pazienti a lunghi e penosi iter diagnostico-terapeutici. Patologie come la neuropatia del nervo pudendo, la vulvodinia superficiale e profonda, le sindromi da defecazione ostruita, la cistite interstiziale sono alla base di un CPP ma, spesso, vengono misconosciute.

In media un paziente affetto da CPP da neuropatia del nervo pudendo ottiene una diagnosi corretta dopo circa 4 anni dall'esordio dei sintomi e dopo avere consulta-

to in media 10-12 specialisti. Nasce quindi l'esigenza sanitaria, sociale e culturale di istituire dei Centri Specializzati per la diagnosi e la terapia del CPP da neuropatia del pudendo con competenze multispecialistiche integrate. Infatti, è impensabile oggi poter curare questa tipologia di pazienti senza ricorrere a competenze specialistiche in diversi settori, tutti collegabili al comune denominatore del dolore pelvico cronico. Ognuno degli specialisti (neurologo, uroginecologo, neurofisiologo, coloproctologo, fisiatra, psicologo, fisioterapista) riveste un ruolo di fondamentale importanza sia diagnostica sia terapeutica, con il requisito fondamentale di operare tutti nella medesima struttura ed in stretta collaborazione. Questo al fine di ottimizzare i risultati e i tempi, nell'interesse del paziente, non più costretto a peregrinare da uno specialista all'altro, in strutture divise, con notevole dispendio di tempo e con costi non indifferenti.

La sindrome da dolore pelvico cronico non organo-correlata risulta quindi essere un'entità nosologica di sempre maggiore interesse, alla luce non solo della multifattorialità ma anche per la carenza di figure professionali di riferimento con una reale esperienza in questo campo. Tutte le CPP hanno però un comune denominatore, in quanto la maggior parte dei sintomi riferiti sono localizzati nei territori somato-vi-

scerali innervati dal nervo pudendo. Già nel 1987 Amarenco identificò una patologia da intrappolamento del pudendo come una possibile causa di dolore pelvi-perineale cronico, denominandola "sindrome del ciclista", spiegando la causa del dolore con uno schiacciamento e successivo intrappolamento del nervo (Amarenco G et al. *Presse Med* 1987; 16: 399).

Ecco quindi che alla fine degli anni '90 si fanno spazio teorie innovative riguardo la possibile diversa eziopatogenesi della CPP, alla luce di recenti acquisizioni sull'infiammazione neuromediata come possibile causa di una neuropatia non da schiacciamento ma da infiammazione conica del nervo pudendo.

Nuove acquisizioni neurobiologiche come la sensibilizzazione crociata degli organi pelvici (Malykhina AP, *Neuroscience* 2007; 149: 660) e l'introduzione dell'infiammazione neuromediata come possibile causa di nocicezione (Wesselmann U, *World J Urol*, 2001; 19: 180; Pontari MA, Ruggieri MR; *J Urol* 2004; 172: 839; Pontari MA, *Curr Urol Rep* 2007; 8: 307) hanno dato un'ulteriore chiave di lettura di questa sindrome. Gli studi neurofisiologici si sono fatti sempre più delicati e sofisticati, e vengono utilizzati non solo in diagnostica ma anche in terapia, per le infiltrazioni del nervo pudendo sotto monitoraggio elettrofisiologico (Cappellano, Spinelli 2006).

La mappatura cerebrale delle aree coinvolte nella percezione del dolore e della continenza utilizzando la neurofisiologia ha permesso di scoprire come terapie mirate possano ripristinare a livello del SNS lo *status quo ante*; ulteriori evoluzioni di software hanno consentito di

rendere queste mappe tridimensionali e consentiranno in futuro di rappresentarle su RMN cerebrali con la possibilità di individuare anatomicamente le aree coinvolte nel processo della nocicezione (Fornara, Cappellano, 2005).

Di notevole importanza, inoltre, nella diagnostica del CPP è l'aspetto psicologico-clinico, per una rivisitazione nuova dello stato affettivo, emozionale e psicologico di questi pazienti, per troppo tempo bollati come psichiatrici in assenza di vera patologia. La percentuale di depressione è sicuramente maggiore rispetto alla popolazione di controllo (17.8%, con 4% di casi di depressione maggiore) ma aspetti comportamentali come la rabbia e l'affettività non vengono mai presi in considerazione, come neppure i possibili benefici delle tecniche di rilassamento.

Molto importante, in fase diagnostica, la valutazione della postura e il bilancio della muscolatura dello scavo e del cingolo pelvico, con possibilità di trattare le disfunzioni dal punto di vista fisioterapico in corso di terapia medica e/o mininvasiva (massaggio di Thiele, spray and stretch).

Le terapie mediche utilizzate per la CPP sono sempre più al passo con i tempi, mescolando vecchi farmaci (triciclici, Fans, oppiacei) a nuove molecole (anticonvulsivanti, antidepressivi di ultima generazione, inibitori della degranulazione dei mastociti, farmaci neurotrofici).

La terapia mininvasiva propone le infiltrazioni del nervo pudendo sotto guida TC o sotto guida ecografica, anche se il monitoraggio elettrofisiologico rimane la metodica più affidabile e funzionale per raggiungere il nervo e poter rila-



sciare i farmaci esattamente a ridosso dello stesso senza confidare sulla possibile diffusione passiva. I risultati dopo 2 anni di esperienza personale su oltre 100 pazienti sono ormai consolidati e si attestano su percentuali di guarigione pari al 60%. Nei pazienti non responder alle terapie conservative è possibile proporre come opzione terapeutica la neuromodulazione dell'area sacrale (sacrale o pudendo), la terapia iniettiva con tossina botulinica e la radiofrequenza pulsata (entrambe sperimentali e con risultati ancora da verificare nel tempo).

www.qr-link.it/video/0513



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code