

Il termine “vulvodinia” indica un dolore cronico localizzato nell’area vulvare e persistente da 3 a 6 mesi. Si tratta in realtà di un vocabolo che include un’ampia varietà di condizioni cliniche vulvari, con differenti eziologie e fisiopatologie, ma tutte con un sintomo comune: un dolore cronico, continuo o intermittente, spontaneo o provocato, e invalidante.

Caratteristiche del dolore

La vulvodinia può essere cronica, continua o intermittente, episodica (e spesso esacerbata in fase premestruale). Può non essere causata da alcun fattore noto (spontanea), o può manifestarsi in risposta a uno stimolo tattile (dolore provocato), inclusi un abbigliamento troppo stretto o la stimolazione fisica dell’area vulvare, in occasione del rapporto sessuale o della visita medica. Può essere generalizzata, ossia estesa a tutta l’area vulvare, o circoscritta all’area vestibolare (si parla allora di “vestibolite vulvare”, VVS), al clitoride (“clitoralgia”), alla mucosa periuretrale o a una porzione limitata della vulva (Fig. 2.1).

Dal punto di vista clinico, un’accurata “mappa del dolore” consente di identificare con chiarezza la sede e l’intensità del dolore stesso, risultante dall’anamnesi e dalla valutazione dei sintomi che la donna riferisce durante l’esame pelvico.

A tutt’oggi non c’è consenso sui termini da utilizzare per definire e classificare le condizioni sottiacenti il dolore. Tuttavia, alcune espressioni possono risultare di grande utilità nella pratica clinica. La vulvodinia, per esempio, può essere il solo sintomo che la donna lamenta (si parlerà allora di “vulvodinia isolata”), o manifestarsi in comorbidità con:

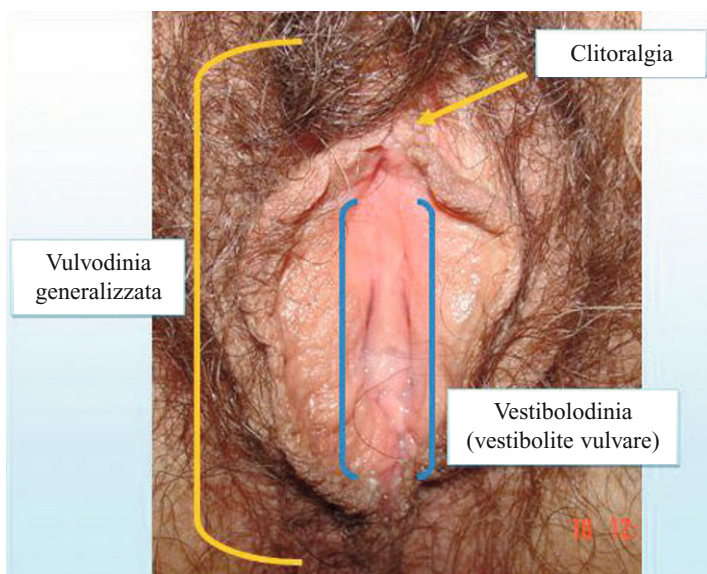


Fig. 2.1 Terminologia descrittiva del dolore vulvare, a seconda della localizzazione del dolore

1. **patologie mediche:** infezioni vulvovaginali da Candida, distrofie e neoplasie vulvari, dermatiti da contatto, atrofia ipoestrogenica e ipoandrogenica, sindrome della vescica dolorosa, endometriosi, sindrome del colon irritabile, fibromialgia, cefalea, ansia, depressione. Fra gli altri disturbi medici che possono associarsi al dolore vulvare cronico vanno ricordate patologie neurologiche come la sindrome da intrappolamento del nervo pudendo e la sclerosi multipla, le mialgie (soprattutto del muscolo elevatore dell'ano) e i fattori iatrogeni, come il dolore secondario a interventi chirurgici (episiorrafia, emorroidectomia, colpiorrafia posteriore) o a radioterapia pelvica e perineale;
2. **disturbi sessuali:** il dolore coitale ("dispareunia") è il disturbo più frequente, con perdita del desiderio, secchezza vaginale e anorgasmia, soprattutto durante il rapporto. Nei casi più gravi, il dolore può indurre evitamento sessuale.

Tabella 2.1 Caratteristiche della vulvodinia

Il dolore vulvare può essere:

- *Cronico/ininterrotto*
- *Intermittente/episodico*

- *Spontaneo*
- *Provocato*

- *Generalizzato*
- *Localizzato/limitato a:*
 - area vestibolare (*vestibolite vulvare*)
 - clitoride (*clitoralgia*)
 - mucosa periuretrale
 - una porzione limitata della vulva

- *Isolato*
- *In comorbidità con:*
 - patologie mediche:
 - vaginiti ricorrenti da Candida
 - sindrome della vescica dolorosa
 - sindrome del colon irritabile
 - endometriosi
 - fibromialgia
 - cefalea
 - ansia e depressione

 - disturbi sessuali:
 - dispareunia introitale
 - perdita del desiderio
 - secchezza vaginale
 - anorgasmia coitale
 - evitamento sessuale

Definizioni

Le definizioni di vulvodinia sono ampiamente mutate nel corso del tempo, a dimostrazione delle difficoltà incontrate dalla comunità scientifica nel comprendere e descrivere compiutamente la verità biologica e la fisiopatologia del dolore vulvare.

Riconosciuta a livello ufficiale solo nel 1898, la patologia fu sostanzialmente dimenticata per più 80 anni, e riemerse nei testi di Ginecologia solo nel corso degli anni Ottanta del secolo scorso. La definizione messa a punto da Bachmann e coll. nel 2006 parla di “dolore cronico localizzato nella regione vulvare, perdurante da tre a sei mesi, senza cause definibili”.

La più recente tassonomia messa a punto dalla *International Society for the Study of Vulvovaginal Disease* (ISSVD) (Haefner, 2003) suddivide le potenziali cause del dolore vulvare in quattro categorie:

- infettive;
- infiammatorie;
- neoplastiche;
- neurologiche.

Secondo la ISSVD, per poter arrivare alla diagnosi di vulvodinia, intesa come “disagio vulvare, spesso descritto come dolore urente in assenza di rilevanti cause visibili o di uno specifico disturbo neurologico identificabile a livello clinico”, le varie condizioni che ricadono in queste categorie devono essere via via escluse.

Per definizione, infatti, la vulvodinia non è causata da infezioni (candidiasi, herpes, ecc.), infiammazioni (*lichen planus*, pemfigoide benigno delle mucose, ecc.), neoplasie (malattia di Paget, carcinoma cellulare squamoso, ecc.), o da disturbi neurologici (nevralgia erpetica, compressione dei nervi spinali, ecc.).

Sempre secondo la ISSVD, la classificazione della vulvodinia vera e propria si basa poi sull'area interessata dal dolore (generalizzata o localizzata) e sul fatto di essere provocata, spontanea o mista. La tassonomia risulta quindi essere la seguente:

- Vulvodinia generalizzata
 - provocata (fattori sessuali, non sessuali, misti);
 - spontanea;
 - mista (sia provocata sia spontanea).
- Vulvodinia localizzata
 - provocata (fattori sessuali, non sessuali, misti);
 - *vestibulodinia provocata/vestibolite vulvare*;
 - spontanea;
 - mista (sia provocata sia spontanea).

Purtroppo queste definizioni inquadrano la vulvodinia come dolore vulvare “inspiegabile”, perdendo così di vista tutte le condizioni in cui il dolore ha una chiara eziologia.

A nostro avviso, invece, **il concetto di vulvodinia deve includere qualsiasi tipo di dolore vulvare: è responsabilità del medico effettuare una diagnosi differenziale fra le diverse cause biologiche del dolore, focalizzando la propria attenzione sulla fisiopatologia e l'istologia del tessuto vulvare.**

La vulvodinia può essere esacerbata da fattori psicobiologici (ansia, depressione, distress cronico) e psicosessuali (molestie, abusi fisici e sessuali) e da trigger sessuali come la penetrazione.

Il dolore però ha pressoché sempre una causa biologica (la sola vera eccezione è costituita dal dolore da lutto): la causa può non essere immediatamente visibile a una prima sommaria analisi della vulva, ma può e deve diventarlo quando venga effettuato un esame medico obiettivo appropriato e competente, e/o quando i dati istologici rivelino con chiarezza la presenza di un'infezione: una condizione tipica della vestibolite vulvare.

Impatto della vulvodinia sulla salute fisica e psicosessuale

La vulvodinia è un disturbo fortemente stressante, con importanti conseguenze a livello fisico, psicosessuale, interpersonale e sociale.

- **Aspetti biologici:** oltre ad essere un serio problema medico in sé, la vulvodinia può innescare un processo algico ad ampio raggio che coinvolge tutta la regione pelvica, presentandosi come un vero e proprio segnale d'allerta generalizzato. Il processo infiammatorio cronico sotteso al dolore vulvare può infatti estendersi ad altri organi pelvici: la comorbidità più frequente, a questo proposito, è rappresentata dai sintomi vescicali (cistite post-coitale, sindrome della vescica dolorosa). Altre significative comorbidità riguardano, come abbiamo anticipato, l'endometriosi, il dolore pelvico cronico, la sindrome del colon irritabile, la fibromialgia, la sindrome da fatica cronica ("fatigue"), la coccigodinia, la cefalea e l'ansia/depressione. Evidenze – ancora da confermare pienamente – sembrano suggerire che la fisiopatologia di queste comorbidità presupponga: a) un **processo infiammatorio cronico** che coinvolge organi pelvici differenti. Il comune denominatore sembra essere **l'iperattivazione del mastocita** (vedi Figura 2.2, al termine del capitolo), vero "direttore d'orchestra" del processo infiammatorio, che produce e rilascia differenti molecole responsabili dell'infiammazione locale, dell'attivazione del sistema del dolore e della contrazione difensiva dei muscoli dell'area dolente. Il mastocita è una cellula mobile, che pattuglia tutto il corpo e in particolare le aree di "confine" come la mucosa vescicale e del colon, e l'area vestibolare: ciò può aiutare a capire le comorbidità fra organi e sistemi localizzati in punti diversi; b) il **coinvolgimento dei nervi** degli organi immediatamente vicini (per esempio, il nervo pudendo): il termine "dialogo incrociato" (**cross-**

talk), già anticipato, esprime bene questo processo di condivisione dei segnali algici.

- **Aspetti psicosessuali:** avere male in un'area "segreta" del corpo, la difficoltà di parlarne e la paura di essere giudicata dai medici come "*una che il dolore se lo inventa*", può scatenare nella donna un profondo senso di solitudine, o la convinzione di essere "l'unica" a soffrire di un sintomo così imbarazzante e invalidante. La situazione può ulteriormente peggiorare se la donna, in passato, è stata molestata o abusata: il dolore può allora ricordarle ciò che ha sofferto e attraversato. Oppure può essere percepito come una punizione per desideri sessuali inappropriati, per aver praticato la masturbazione, o per avere vissuto una relazione adulterina. O, ancora, può associarsi a un disturbo post traumatico da stress. Poiché inoltre il dolore non voluto è il più forte inibitore del desiderio e dell'eccitazione mentale e fisica, la vulvodinia può associarsi – come abbiamo già sottolineato – a un progressivo impoverimento della risposta sessuale: con perdita del desiderio, secchezza vaginale, anorgasmia (specialmente coitale) e una crescente insoddisfazione, sino alla franca frustrazione nei riguardi dell'intimità. Il dolore cronico, di qualsiasi tipo, divora infine l'energia vitale, lasciando la donna indebolita, affaticata, priva di energie, di cattivo umore, impaurita, stressata, depressa, pessimista sino al catastrofismo: l'ombra della persona che era quando il dolore non aveva ancora devastato la sua vita.
- **Aspetti interpersonali e sociali:** a) nella coppia: avere una donna che lamenta dolore cronico genitale è una sfida impegnativa anche per il partner più innamorato, e questo per una serie di motivi: 1. limita costantemente qualsiasi forma di intimità, sino all'evitamento sessuale; 2. focalizza il dialogo e la vita quotidiana sul dolore vulvare e i sintomi ad esso correlati; 3. irrita e provoca rabbia, aggressività, veri e propri abusi verbali e fisici quando il medico afferma che la donna "*non ha niente, il dolore è tutto nella sua testa*", o che "*il dolore se lo inventa*", o che "*sta solo cercando di evitare i rapporti*"; 4. determina costi crescenti: quantizzabili (per visite, esami, perdita di giorni lavorativi) e non quantizzabili (per lo spreco di tempo, i giorni neri, la depressione, la perdita di smalto e di serenità all'interno della relazione); b) in famiglia: quando la mamma sta male, i bambini se ne accorgono; inoltre ottengono meno attenzioni, tenerezza e cure, in misura direttamente proporzionale alla sofferenza della donna; c) al lavoro: le donne affette da vulvodinia perdono molti giorni di lavoro, fanno fatica a concentrarsi e persino a stare sedute per ore alla scrivania; molte sono costrette a chiedere un part time o a lasciare l'impiego, sentendosi relegate contro voglia al ruolo di "casalinga".

Conclusioni

La vulvodinia è un disturbo diffuso e grave che va assolutamente diagnosticato e curato:

- per ridurre la sofferenza nella donna, nella coppia e nella famiglia;
- per scongiurare il progressivo peggioramento del disturbo stesso, con cronicità e comorbidità;
- per ridurre i costi personali, familiari e sociali, quantizzabili e non;
- per restituire una serena vita intima alla donna e alla coppia.

La vulvodinia è una ben precisa entità medica, con un ampio spettro di eziologie e manifestazioni cliniche, che merita un approccio rigoroso, globale e multidisciplinare.

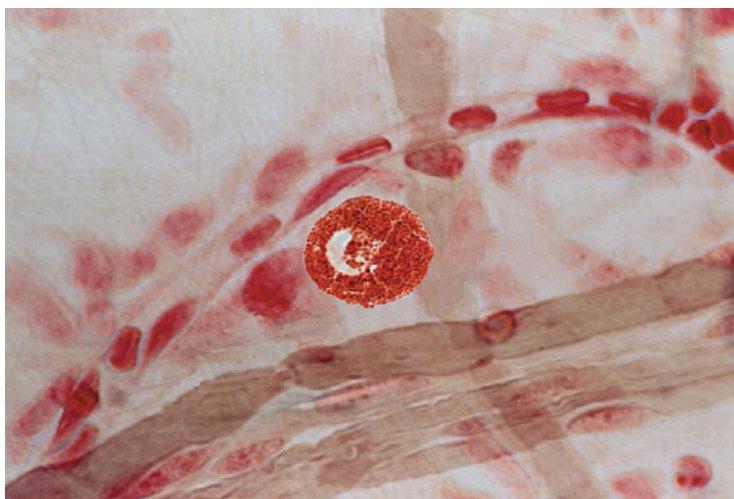


Fig. 2.2 Immagine del mastocita, cellula infiammatoria ubiquitaria densa di vescicole contenenti decine di mediatori chimici: citochine infiammatorie, vasodilatatori, prostaglandine, serotonina, fattori di crescita dei nervi, enzimi, tra cui triptasi, eparanasi, ecc. Il contenuto delle vescicole viene riversato nel tessuto in modo selettivo, in risposta a stimoli nocivi eterogenei, attivando i 5 correlati clinici dell'infiammazione secondo gli antichi medici (*rubor, tumor, calor, dolor, functio laesa*: rossore, gonfiore, calore, dolore, limitazione funzionale). Se il processo infiammatorio resta nei limiti fisiologici e la *noxa* è scomparsa o curata, si ha la guarigione con *restitutio ad integrum*, ossia con pieno recupero anatomico e funzionale. Se persistono le *noxae patogene*, se diagnosi e cura sono inadeguate e/o se esiste un'iper-reattività mastocitaria geneticamente modulata in risposta a diversi stimoli flogogeni, il mastocita può essere iperattivato, con viraggio verso l'infiammazione persistente e il dolore cronico, fino al dolore neuropatico. Più di 45.000 lavori scientifici, pubblicati negli ultimi 10 anni, attribuiscono al mastocita il ruolo di grande direttore dell'orchestra infiammatoria e protagonista cardinale nel viraggio del dolore da segnale di danno in corso ("nocicettivo") a malattia in sé ("neuropatico")

Letture consigliate

- Bachmann G, Rosen R, Pinn V et al (2006) Vulvodynia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management. *J Reprod Med* 51: 447-456
- Haefner HK (2007) Report of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease terminology and classification of vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis* 11:48-49
- Moyal-Barracco M, Lynch PJ (2004) 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *J Reprod Med* 49:772-777
- Ren K, Dubner R (2010) Interactions between the immune and nervous system in pain. *Nature Medicine*, published online the 14th October 2010, pp 1-10

Vulvodinia

Strategie di diagnosi e cura

Graziottin, A.; Murina, F.

2011, X, 100 pagg., Softcover

ISBN: 978-88-470-1898-3