

Trattamento riabilitativo in donne affette da vestibolodinia: la nostra esperienza.

Pasquale Chiara, D'Alfonso Angela, Ciccozzi Monia, Daveri Valentina, Carta Gaspare

U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia D.U. Ospedale Civile "San Salvatore", Via Vetoio 1, 67100 L'Aquila (Italia)

INTRODUZIONE: la vestibolodinia è la forma più frequente di vulvodinia ed è definita come un dolore o un bruciore localizzato al vestibolo vulvare, provocato dalla pressione o dalla frizione sul vestibolo stesso. L'aspetto infiammatorio che sottende il dolore determina la contrazione difensiva del muscolo elevatore dell'ano, predisponendo alla dispareunia introitale, alle complicanze infettive e ad importanti comorbidità, quali le cistiti interstiziali post-coitali. La terapia fisica può ridurre il dolore associato alla vestibolodinia provocata.

SCOPO DELLO STUDIO: (I) abituare le donne ad avere "consapevolezza" dei loro muscoli pelvici e (II) valutare l'impatto che la terapia fisica svolge nelle donne affette da vestibolodinia provocata.

METODI: all'arruolamento, 16 pazienti con vestibolodinia provocata sono state sottoposte a:

(I) valutazione clinica oggettiva del pavimento pelvico attraverso:

1. l'osservazione della vulva e del vestibolo, per la rilevazione di eventuale eritema (alle 5 e alle 7 del vestibolo; periuretrale e sotto il clitoride; vulvare generalizzato) o comorbidità (lichen sclerosus; esiti di episiotomia/episiiorrafia; congestione e/o dolore al clitoride);
2. l'osservazione del perineo, prestando particolare attenzione a lunghezza del perineo, tono del muscolo elevatore dell'ano, grado di retrazione del centro tendineo, presenza di un'isolata emorroide "sentinella" alle ore 12 o di più emorroidi (in comorbidità con stipsi ostruttiva);
3. effettuazione dello "swab test" per la valutazione della sensibilità vestibolare, mediante tocco in senso randomizzato del vestibolo tramite l'utilizzo di un cotton fioc;
4. esame dell'elevatore dell'ano; la valutazione funzionale del pavimento pelvico includerà:
 - tono (normale, iper- o ipoattivo);
 - mialgia (*tender e/o trigger point* monolaterali o bilaterali all'inserzione dell'elevatore sulla spina ischiatica);
 - qualità del comando perineale (assente, corretto o inverso);
5. esame della vagina e del fornice per ricercare altre aree di dolore, suggestive di comorbidità, ed eventuali esiti post-traumatici o iatrogeni (dopo chirurgia o radioterapia) potenzialmente responsabili di dolore coitale;
6. esame della secrezione vaginale: se presente, se ne dovranno valutare colore, odore e intensità ed eventualmente valutazione a fresco al microscopio.

(II) questionari di autosomministrazione quali:

1. il Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ) che analizza il dolore in base alle dimensioni cognitivo-valutativa, motivazionale-affettiva e sensitivo-discriminatoria. Contiene una scala di "intensità" e

una serie di parole idonee a descrivere e determinare le caratteristiche dell'esperienza dolorosa. Una volta compilato, il questionario è in grado di fornire delle misurazioni quantitative del dolore clinico;

2. la scala VAS, analogica visiva, che permette di attribuire un valore numerico al dolore percepito, paragonando l'intensità dolore ad una grandezza fisica definita su una asticella orizzontale di 10 cm dove il numero 0 equivale ad assenza di dolore e 10 al massimo dolore sopportabile.

Le pazienti sono state rivalutate tramite l'esame clinico e i questionari di autovalutazione dopo le 10 sedute di terapia fisica (1 ciclo)

RISULTATI: Prima del trattamento, le donne con vestibolodinia hanno evidenziato di avere una scarsa "consapevolezza" dei muscoli del pavimento pelvico e un severo ipertono degli stessi in risposta allo stimolo pressorio algogeno. Dopo il trattamento, le donne con vestibolodinia hanno evidenziato un notevole miglioramento per la riduzione del tono dei muscoli del pavimento pelvico e la minore, a volte assente, risposta allo stimolo algogeno, nonché migliori recettività vaginale e predisposizione alle capacità relazionali.

CONCLUSIONI: le donne con vestibolodinia hanno mostrato un'alterata funzionalità dei muscoli del pavimento pelvico verificabile con l'ipertono del muscolo elevatore dell'ano e la dolorabilità evocata allo Swab test. Dopo il ciclo di terapia fisica, 14 donne su 16 hanno avuto risoluzione della vestibolodinia e 2 su 16 notevole miglioramento.

BIBLIOGRAFIA

1. Henzell H, Berzins K. Localised provoked vestibulodynia (vulvodynia): assessment and management. Aust Fam Physician. 2015 Jul;44(7):460-6.
2. Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, Pukall CF, Chamberlain S. Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. J Sex Med. 2010 Feb;7(2 Pt 2):1003-22. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01642.x. Epub 2010 Jan 6.
3. Thibault-Gagnon S, Morin M Active and Passive Components of Pelvic Floor Muscle Tone in Women with Provoked Vestibulodynia: A Perspective Based on a Review of the Literature. J Sex Med. 2015 Nov;12(11):2178-89. doi: 10.1111/jsm.13028.
4. Marinoff SC, Turner MLC, (1992) Vulvar vestibulitis syndrome. Dermatologic clinics 10:435-44
Melzack R (1987) The short form McGill Pain Questionnaire. Pain 30:191-197.
5. Graziottin A, Murina F. Vulvodinia: Strategie di diagnosi e cura, Edizione Springer 2011.