

La Vulvodinia e il dolore sessuale nella donna.

Una importante percentuale di donne, da taluni stimata intorno al 15%, prova dolore nel fare l'amore o convivono con una continua sensazione di disagio o di bruciore vulvare fino a vedere seriamente compromessa la propria vita affettiva e di relazione o, nei casi più estremi, la propria identità femminile. Molto spesso alla visita ginecologica convenzionale non si riscontra nulla di obbiettivo: non infezioni, non traumi e tutti gli esami di routine sono negativi. Queste donne debbono quindi arrendersi alla sconcertante lettura sull'origine psicologica dei loro disturbi. Invece si sa che non sono frigide, depresse o particolarmente stressate, ma affette appunto da Vulvodinia. Si tratta di una patologia che fino a pochi anni fa era misconosciuta e non ritenuta degna di particolare interesse, in quanto i sintomi si presentano spesso in modo subdolo e sfuggente. Considerata come un disturbo di ordine psicosomatico, misconosciuta dai ginecologi e ignorata anche dai sessuologi, non se ne faceva cenno nelle classificazioni dei disturbi sessuali. Solo negli ultimi anni si è compreso la patogenesi e i criteri diagnostici, con lo sviluppo degli approcci terapeutici adeguati.

La storia della Vulvodinia Per la prima volta nella letteratura ginecologica venne descritta nel 1880 da Thomas una "sindrome dolorosa vulvare" come "forma di eccessiva sensibilità delle fibre nervose deputate all'innervazione della mucosa vulvare, confinata al vestibolo e talora a un piccolo labbro". Un' analoga situazione fu descritta da Skene nel 1888 questa malattia è caratterizzata da ipersensibilità della vulva: "quando le dita toccano le parti iperestesiche la paziente lamenta dolore così forte che piange". Per tornare a parlare di questa sindrome bisogna aspettare il 1928 quando Kelly descrive "aree di arrossamento particolarmente sensibili localizzate a ridosso dell'anello imenale". Per i successivi 50 anni non ne viene più fatto cenno nelle sedi scientifiche e solo nel 1975 al congresso mondiale di vulvologia viene descritta come la sindrome della "vulva che brucia". La definizione attuale della vulvodinia secondo ISSVD è pubblicata nel 2004 è: "fastidio vulvare, spesso bruciore, in assenza di alterazioni visibili, o di problematiche neurologiche".

Cosa si intende per Vulvodinia? L'Associazione Italiana Vulvodinia così la descrive: "una sensazione dolorosa cronica che interessa la regione vulvare. Il fastidio può essere descritto come bruciore, dolore, irritazione, sensazione di gonfiore o arrossamento. Tra i problemi ginecologici che possono causare dolore vulvare vanno esclusi: infezioni, dermatiti, lichen scleroso, esiti di trauma e lesioni pre-tumorali o tumorali. Se il disturbo dura da più di tre mesi e dalla vulvosopia e dagli esami di laboratorio non si evidenziano elementi alterati, si pone diagnosi di Vulvodinia". Si distinguono due forme principali di vulvodinia:

- Forma localizzata o vestibulodinia, in cui il dolore è localizzato all'ingresso della vagina in cui prevale il dolore alla penetrazione e al contatto per sfregamento. E' di gran lunga la forma più diffusa (80 % dei casi).

- Forma generalizzata che interessa in maniera diffusa la vulva e può irradiarsi all'ano e alle gambe. La pressione sulla vulva accentua il dolore. In entrambi i casi il sintomo può comparire in assenza di contatto sessuale o non sessuale.

Quali sono le cause della Vulvodinia? E' considerata l'ipotesi di una predisposizione genetica ad un'eccessiva risposta agli stimoli infiammatori; può essere presente una dermatite atopica con intolleranza ai farmaci applicati localmente fino al punto da riportare un drastico peggioramento della sintomatologia. Quasi sempre nella storia clinica della paziente viene riferito come causa scatenante episodi ripetuti di candidosi e infezioni della vescica recidivanti. Abitudini inappropriate quali pantaloni aderenti, slip, body, collant facilitano il contatto prolungato delle secrezioni vaginali a livello vulvare favorendo irritazioni croniche. In molte di queste pazienti si registra un abbassamento della soglia del dolore a livello centrale; tale disposizione amplifica i segnali dalla periferia con l'attivazione di risposte emotive quali ansia e paura e neurovegetative come l'ipertono muscolare. E' frequente che si manifestino sintomi psicosessuali quali mancanza di desiderio con scarsa lubrificazione o dispareunia per l'ipertono dei muscoli del pavimento pelvico. A volte in anamnesi sono presenti traumi a livello vulvo-perineale dovuti a cadute accidentali, esiti cicatriziali di suture di episiotomie o lacerazioni da parto. Più frequentemente ci troviamo di fronte a una storia di ripetuti trattamenti fisici come laser o diatermocoagulazione per la terapia di condilomatosi. In questi casi si suppone che gli effetti arrivino troppo in profondità causando un danno alle terminazioni nervose del dolore. Nelle donne affette dalla malattia il nervo pudendo che interessa il vestibolo vaginale e la vulva presenta fibre aumentate per volume e numero configurando il quadro di una neuropatia periferica.

Terapia A tutt'oggi non esiste una terapia standardizzata della vulvodinia; data la multifattorialità della sindrome, qualsiasi intervento deve essere calibrato sulla singola paziente e può coinvolgere più figure professionali (ginecologo, urologo, anestesista, chirurgo plastico, fisioterapista, dietologo, sessuologo) contemporaneamente o in tempi successivi. Il rapporto che si stabilisce tra medico e paziente è fondamentale: nel colloquio il medico si pone in ascolto con un atteggiamento non direttivo ma empatico e la donna può liberamente esprimere i suoi vissuti senza paura di essere giudicata. Compito del ginecologo è quello di spiegare alla paziente le complesse origini della malattia e, modulare i vari momenti terapeutici. Questi spaziano dalle norme igieniche e comportamentali mirate ad eliminare, per quanto possibile, i fattori locali irritanti fino alle diete a basso contenuto di ossalati. E' altresì previsto l'uso di farmaci quali gli anticonvulsivanti e gli antidepressivi triciclici per trattare la neuropatia periferica. Per il trattamento di quest'ultima, in base ai più recenti studi del Dr. F. Murina, Direttore scientifico dell'Associazione Italiana Vulvodinia, è risultata di particolare efficacia la tecnica TENS (Elettrostimolazione antalgica). Nei casi più gravi e resistenti a ogni tipo di terapia sono previste varie tecniche di blocco del nervo pudendo con l'intervento dell'anestesista. Più

specificatamente, nella terapia della vulvovestibolite, ci si avvale di infiltrazioni locali con anestetici e cortisone, utili in caso di dolore intenso ma localizzato. Ridimensionato l'uso dell'interferone, per la presenza di importanti effetti collaterali, si sono ottenuti buoni risultati con il botulino, per ridurre l'ipertono dei muscoli perineali che molto spesso è presente in questa malattia e contribuisce in modo decisivo al mantenimento dei sintomi. La tecnica di ablazione chirurgica, detta vestibulectomia, è stata quasi completamente abbandonata per la notevole invasività e a fronte dell'elevato rischio di insuccesso e di complicanze. Un capitolo a parte riguarda la terapia psicosessuale che può risultare assai efficace in molti i casi di vulvodinia per la frequente associazione, in queste donne, di esperienze sessuali traumatiche o negative che hanno generato fobie, blocchi e conflitti verso il partner. Con gli esercizi di Kegel, da praticare sul lettino ginecologico, la paziente impara a riconoscere lo stato di tensione cronica dei muscoli del perineo e apprende a contrarli e a rilassarli volontariamente. Successivamente si praticherà lo stretching del pavimento pelvico associato al movimento ritmico del bacino e a una respirazione rilassata e consapevole. In questo modo il corpo si libera, le tensioni accumulate nel bacino si sciolgono, e si possono avvertire sensazioni piacevoli a livello della vulva, invertendo la consuetudine al dolore e modificando così il vissuto corporeo.

Lecture di approfondimento:

Vulvodinia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management

Bachmann G. Rosen R. Pinn V. Utian W. Ayers C. Basson R. Binik Y. Brown C. Foster D. Gibbons J. Goldstein I. Graziottin A. Haefner H. Harlow B. Kellogg Spadt S. Leiblum S. Masheb R. Reed B. Sobel J. Veasley C. Wessellmann U. Witkin S.

Vulvodinia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management

J Reprod Med. 2006 Jun; 51(6): 447-456