

Dolore pelvico cronico. Approccio multidisciplinare e ruolo del Medico di Famiglia

Chronic pelvic pain: a multidisciplinary approach and role of the Family Doctor

Irene Dell'Orco
SIMG BAT



Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Dolore pelvico cronico. approccio multidisciplinare e ruolo del Medico di Famiglia
Rivista SIMG 2025; 32 (05):48-51.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Una delle tematiche più ricorrenti negli ambulatori della medicina generale è la gestione del dolore cronico. Esso è definito come un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno (definizione secondo IASP International Association for the Study of Pain).¹

In un vasto studio europeo intrapreso nel 2004² è stato riscontrato che il dolore cronico di intensità da moderata a grave si verifica nel 19% degli europei adulti, compromettendo la qualità della vita sociale e lavorativa. Nello specifico il dolore pelvico cronico è definito come il dolore cronico o persistente percepito* in strutture correlate al bacino di ambo i sessi. Spesso è associato anche a conseguenze negative cognitive, comportamentali, sessuali ed emotive, come a sintomi indicativi di disfunzioni alle vie urinarie inferiori, sessuali, intestinali, associate al pavimento pelvico o ginecologiche.

*[*Percepito indica che il paziente e il medico, al meglio delle loro capacità dalla storia clinica, dagli esami e dalle indagini (se appropriate) hanno localizzato il dolore come se fosse derivato da una specifica area anatomica del bacino³]*

Definizione della sindrome del dolore pelvico cronico
La sindrome del dolore pelvico cronico (CPP) è l'insorgenza di dolore pelvico quando non vi sono infezioni accertate o altre evidenti patologie locali che possano giustificare il dolore. La Sindrome del dolore pelvico cronico è una sottodivisione del CPP.

Una diagnosi o un nome, piuttosto che un insieme di sintomi, può dare al paziente la sensazione di essere compresi e può rivelarsi utile nell'accettazione della problematica come malattia cronica. Al tempo stesso tale consapevolezza può favorire l'accesso a fonti non validate, con il rischio di generare ulteriori preoccupazioni riguardo all'evoluzione della malattia e all'adeguatezza delle cure.

Il dibattito sulle classificazioni delle sindromi dolo-

rose rimane acceso, risulta essere preponderante la tendenza a distaccarsi dalla nomenclatura degli organi terminali (Tabella 1).

Di seguito una panoramica delle sindromi di più frequente riscontro in medicina generale.

A ► La Sindrome del Dolore Vaginale e Vulvare, spesso è dovuta a traumi o infezioni, come conseguenza del parto o di un intervento chirurgico. Il dolore solitamente è precedente alla dispareunia.

B ► La Dispareunia è definita come dolore percepito all'interno del bacino associato al sesso penetrativo e può essere applicato a donne e uomini, al rapporto anale o vaginale³. Quando il dolore persiste per più di 6 mesi può essere diagnosticato come sindrome del dolore vulvare, precedentemente noto come "vulvodinia" o "dolore vaginale cronico", senza causa nota. Può essere generalizzato ed essere presente in sedi diversi della vulva oppure essere focale, con localizzazione all'ingresso della vagina. Esso è descritto come una sensazione di bruciore che si verifica con il solo tocco o pressione. Le cause sono molteplici tra cui: storia di abusi sessuali, utilizzo perpetrato di antibiotici, ipersensibilità alle infezioni da candida, allergie a sostanze chimiche, risposta infiammatoria abnorme ad infezioni e traumi, lesioni ai nervi o muscoli, cambiamenti ormonali.

C ► La Sindrome del Dolore Prostatico (PPS) è l'insorgenza di episodi persistenti o ricorrenti di dolore, in assenza di infezione provata o altra patologia locale. La prostatite cronica continua ad essere equiparata alla PPS, sebbene gli autori delle linee guida del SIU ne prendono le distanze. Tra i molti fattori proposti come scatenanti vi sono quelli infettivi, neuromuscolari, immuni o psicologici.

D ► La Sindrome del Dolore Vescicale (BPS), anche nota in precedenza come Cistite Interstiziale, è l'insorgenza di dolore persistente o ricorrente percepito nella regione della vescica urinaria, accompagnato almeno da un altro sintomo come ad esempio l'au-

mentata frequenza urinaria. Non vi sono infezioni accertate o evidenza di altre patologie. L'insulto iniziale spesso non viene identificato, tuttavia l'infezione urinaria durante l'infanzia e l'adolescenza rappresenta la causa più frequente nei pazienti con BPS in età adulta⁴.

E ▶ La Sindrome del Colon Irritabile viene definito come dolore episodico cronico o ricorrente percepito nell'intestino, in assenza di infezione accertata o altra evidente patologia locale. Come tutte le altre disfunzioni presenta conseguenze negative cognitive ed emotive. Secondo i Criteri di Roma IV è definita come la persistenza negli ultimi tre mesi di dolore addominale ricorrente, almeno una volta a settimana; può essere associato a 2 o più dei seguenti

criteri: associato alla defecazione, associato ad una variazione nella frequenza delle evacuazioni, associato ad un cambio di forma (aspetto) delle feci⁵.

F ▶ La Dismenorrea. Rappresenta il dolore sovrapubico crampiforme che si manifesta dopo alcune ore dall'insorgenza del sanguinamento mestruale, deve essere considerata come una sindrome da dolore cronico qualora sia persistente ed associata a conseguenze cognitive ed emotive negative. Oltre ai dolori crampiformi che dal pube possono irradiarsi alla schiena ed alle cosce, possono verificarsi anche sintomi sistemici come nausea e vomito, diarrea o stipsi, emicrania e lipotimie. Il MMG non deve considerare questo disturbo come "normale" ma indagare con l'anam-

nesi (storia familiare di endometriosi, cicli mestruali abbondanti) e l'esame obiettivo addominale. La visita ginecologica va raccomandata in caso di persistenza e refrattarietà al trattamento farmacologico.

Tra i farmaci di scelta ruolo centrale è svolto dai FANS⁶. Altra strategia terapeutica è rappresentata dall'utilizzo dei contraccettivi orali, sebbene, come riportato da una revisione Cochrane, le evidenze non sono ancora conclusive⁷. Tra gli integratori a disposizione ci sono quelli a base di magnesio e vitamina B6, ma anche in questo caso le evidenze a sostegno sono deboli.

La valutazione generale del paziente con dolore cronico parte da una accurata raccolta anamnestica remota, familiare e farma-

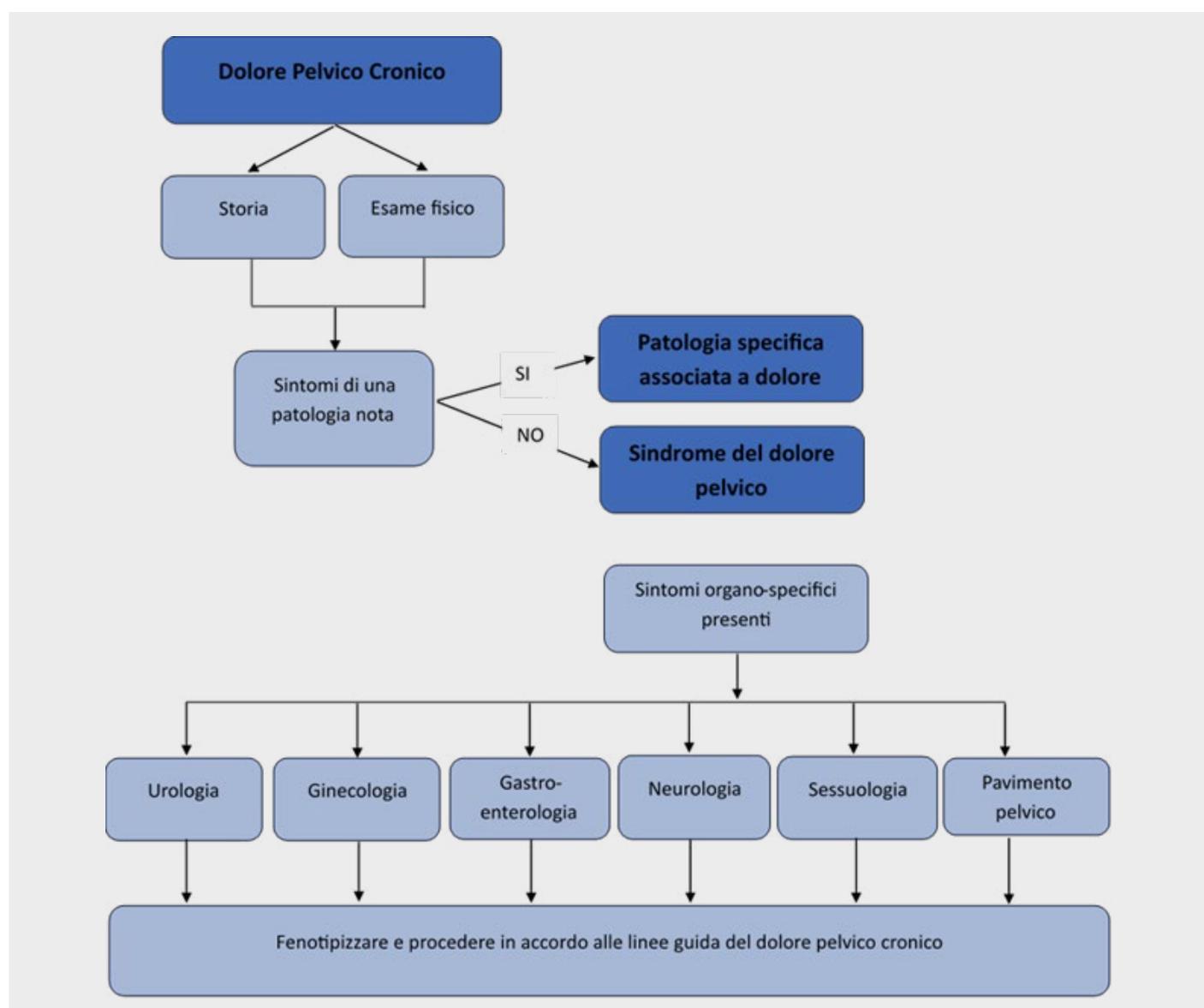


Figura 1 - Diagnosi del dolore pelvico cronico (Linee guida EAU 2020)

Tabella 1 - Fenotipizzazione del dolore pelvico- Classificazione UPOINT (Linee guida EAU 2020)

FENOTIPIZZAZIONE	VALUTAZIONE
Urologia	Flusso urinario, diario della minzione, cistoscopia, ultrasuoni, uroflussometria
Psicologia	Ansia su dolore, depressione e perdita di funzionalità, storia di esperienze sessuali negative
Organo-specifico	Indagare su disturbi ginecologici, gastro-intestinali, anorettali, sessuali. Esame ginecologico, esame rettale
Infezione	Coltura dello sperma e coltura delle urine, tampone vaginale, coltura delle feci
Neurologico	Indagare su disturbi neurologici (perdita sensoriale, disestesia). Test neurologici durante esami fisici: problemi sensoriali, riflessi sacrali e funzione muscolare
Muscolare	Palpazione dei muscoli del pavimento pelvico, dei muscoli addominali e dei glutei
Sessuale	Funzione erettile, funzione eiaculatoria, dolore post-orgasmico

cologica anche pregressa. Inoltre, il MMG dovrebbe, ponendo delle semplici domande, far eventualmente emergere tematiche riguardanti la preoccupazione e l'ansia per l'insorgenza del dolore o evidenziare delle limitazioni circa il vivere quotidiano. L'esame clinico serve a confermare o smentire le impressioni iniziali e dovrebbe sempre essere spiegato al paziente cosa il medico si accinge a fare. Pensiamo ad esempio ad un esame rettale e/o vaginale che oltre che imbarazzare il paziente potrebbero esacerbare il dolore stesso.

Poiché non esiste un test diagnostico specifico per la CPP, le indagini sono differenziali e volte a escludere specifiche patologie della pelvi. Ad esempio, nei pazienti con dolore scrotale eseguire una palpazione delicata atta a individuare neoformazioni in tutte le strutture contenute nella sacca scrotale. Tramite il riflesso bulbo-cavernoso nel maschio valutare l'integrità dei nervi pudendi. All'esame clinico valutare una dermatite fecale segno di incontinenza fecale o diarrea cronica; presenza di ragadi anali in caso di dolore anorettale. La quantizzazione del dolore ci fornisce un dato oggettivo in merito alla gravità della malattia, alla progressione nel tempo ed alla risposta al trattamento. I metodi più affidabili riguardano l'utilizzo di scale

che possono essere verbali o a punteggio VAS numerico. Per alcuni fenotipi è possibile l'utilizzo di score o scale specifiche, ad esempio l'Interstitial Cystitis Symptom Index⁸ per il dolore vescicale o l'IBS- Symptom Severity Scale⁹ per la sindrome da intestino irritabile.

Altre metodiche d'indagine

Altre metodiche più o meno invasive possono essere utilizzate per la diagnosi differenziale, tra queste possiamo citare le iniezioni di anestetico locale nel sito della lesione nervosa oppure il blocco differenziale del nervo pudendo. Trova spazio nella valutazione del paziente con dolore cronico anche l'imaging: ad esempio risonanza magnetica in combinazione con defecografia per lo studio della funzione anorettale dinamica. Tra gli esami di laboratorio vanno citati gli stick ed urinocoltura per la sindrome del dolore vescicale e tamponi vaginali ed endocervicali per gli aspetti ginecologici del dolore pelvico cronico. Invece, tra i test invasivi considerare la rettosigmoidoscopia o colonscopia per il dolore ano-rettale o la laparoscopia (evidenza 1b)³ per le donne al fine di escludere una patologia ginecologica; valutare la cistoscopia con eventuale biopsia, sebbene i pareri siano discordanti.

GESTIONE

La gestione del dolore pelvico cronico si basa sull'approccio olistico con coinvolgimento attivo del paziente, al fine di una personalizzazione del trattamento.

Esso prevede una parte educativa sulle cause del dolore che responsabilizza il paziente migliorando l'aderenza terapeutica. La fisioterapia è parte integrante dell'approccio multidisciplinare, eseguita da specialisti esperti nel dolore cronico. La terapia manuale transvaginale della muscolatura del pavimento pelvico con massaggio di Thiele nei pazienti affetti da dolore vescicale cronico con alto tono del pavimento pelvico ha migliorato significativamente diverse scale di valutazione¹⁰. Il trattamento di biofeedback (tecnica di riabilitazione che usa sensori per monitorare l'attività muscolare pelvica e fornire feedback visivi o acustici al paziente) nella sindrome del dolore anale ha un esito terapeutico favorevole, utile nell'interrompere il ciclo spasmo-dolore, con evidenza 1a. Tra le altre metodiche fisiche vi è la terapia elettromagnetica, la termoterapia a microonde, la terapia extracorporea con onde d'urto e l'agopuntura.

Gli studi presentano delle limitazioni nel numero dei reclutati e ci vorranno ancora ulteriori prove per stabilire un reale be-

neficio in ognuna delle metodiche sopra citate. La terapia psicologica prevede degli interventi atti alla gestione del dolore stesso oppure al suo adattamento. Diverse revisioni sistematiche e meta-analisi hanno sottolineato come la psicoterapia abbia effetto maggiore sulla gestione dell'angoscia che sul dolore stesso.

TERAPIA FARMACOLOGICA

Ognuno dei diversi fenotipi di dolore pelvico cronico può giovare di un diverso trattamento farmacologico sebbene per alcuni ci siano delle sovrapposizioni, di seguito alcune specifiche.

Nella PPS i FANS hanno efficacia moderata ma sono necessari studi più ampi per confermarla, considerando gli effetti collaterali nell'utilizzo a lungo termine. Gli Alfa-Blocanti e la terapia antibiotica empirica hanno dimostrato benefici moderati (1a)3, per la seconda in caso di vantaggio dovrebbe essere mantenuta per 4-6 settimane.

Gli antibiotici utilizzati sono fluorochinoloni e tetracicline; si ritiene che i pazienti che giovano di questo trattamento hanno contratto agenti uro-patogeni non riconosciuti. Altri studi citano la Fitoterapia (estratto di polline e quercetina), Pregabalin, un antiepilettico approvato per l'uso del dolore neuropatico, miorilassanti (Diazepam e Baclofen) utili nella disfunzione dello sfintere o nello spasmo muscolare del pavimento pelvico/perineale; l'utilizzo invece della Tossina Botulinica di tipo A non ci consente attualmente di trarre conclusioni definitive.

Nella BPS si può considerare l'uso di Amitriptilina con miglioramento dei sintomi, limitato però dalla sonnolenza come effetto collaterale. Il Polifostato Pentosano, farmaco semi sintetico prodotto da emicellulosa di legno di faggio, ha presentato un miglioramento soggettivo del dolore, in termini di frequenza della minzione ma non della nicturia¹¹. Inoltre, i farmaci possono essere somministrati per via intravesicale, questo limita gli effetti collaterali sistemici e massimizza la concentrazione di farmaco all'interno dell'organo.

Tra i farmaci utilizzati ci sono anestetici locali, acido ialuronico e condroitin fosfato, eparina ed ossigeno iperbarico; quest'ultimo presenta come svantaggio un costo elevato e una limitata disponibilità di centri di trattamento.

GESTIONE CHIRURGICA

Non è mai un'opzione terapeutica di prima scelta nella PPS. Ad esempio, l'idrodistensione vescicale, in aggiunta all'iniezione trigonale di Tossina Botulinica A, può es-

sere considerata in quarta linea di terapia, secondo gli ultimi aggiornamenti della *American Urological Association*.

In alcuni casi invece la chirurgia non raccoglie consensi univoci come, ad esempio, nella adesiolisi per la paziente ginecologica con CPP.

NEUROMODULAZIONE

Le tecniche di neuromodulazione devono essere considerate in aggiunta ad altri approcci terapeutici ed essere accompagnate da un follow-up regolare.

Trovano spazio nella BPS con tecniche sia di neuromodulazione sacrale che di stimolazione del nervo pudendo. La prima può essere proposta al paziente che non ha risposto al biofeedback e tanto meno alla terapia farmacologica.

BLOCCHI NERVOSI

Fanno parte di un approccio più ampio al paziente con dolore cronico e vengono eseguiti da specialisti in medicina del dolore. La nevralgia del pudendo, definita come dolore aggravato dalla posizione seduta ridotto in posizione eretta o supina e migliorato dalla seduta sul water, è un intrappolamento del nervo pudendo che genera dolore, solitamente secondario a sforzi ripetuti come in caso di stipsi o parto vaginale. In questi casi il paziente può beneficiare sia dell'iniezione di anestetico locale che di steroide. Inoltre, la procedura ha un valore diagnostico in quanto il blocco differenziale aiuta a fornire informazioni sul sito esatto in cui il nervo è intrappolato.

Il paziente deve essere sempre rivalutato, soprattutto nello studio del medico di famiglia, indagata la compliance terapeutica ed i risultati ottenuti con i diversi caregiver e figure specialistiche. Qualora i benefici attesi non sopraggiungessero vanno valutati assieme al paziente approcci alternativi, rendendo il paziente partecipe del processo decisionale, degli effetti collaterali ed eventuali cambi ed aggiustamenti posologici. Se ancora non si avesse beneficio, si renderebbe necessario l'invio ad un centro di riferimento di livello avanzato, con assistenza maggiormente specializzata. Alcuni dei farmaci o integratori citati non sono rimborsati dal SSN o addirittura prevedono un utilizzo *off label*. Inoltre, per queste patologie non esiste ancora un codice di esenzione che renda più facile l'accesso alle cure.

La strada è tortuosa, soprattutto in un momento storico come quello attuale dove il SSN chiede ai MMG di fare un giro di vite sulla prescrivibilità.

Bibliografia

1. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16095934>
3. Linee guida EAU sul dolore pelvico cronico <https://siu.it/lg-dolore-pelvico-cronico-2021>
4. Peters KM, et al. Childhood symptoms and events in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urology* 2009;73:258.
5. <https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria/>
6. Proctor M, et al. Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *BMJ* 2006;332:1134-38
7. Wong CL, et al. Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4.
8. https://painful-bladder.org/media/archive/pdf/RESOURCES_ICSIICPI_scores.doc.pdf
9. https://repository.niddk.nih.gov/media/studies/ibsos/Forms/IBSOS_IBS_Symptom_Severity_Scale_IBSSSS_Form.pdf
10. Oyama IA, et al. Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction. *Urology* 2004;64: 862.
11. Mulholland SG, et al. Pentosan polysulfate sodium for therapy of interstitial cystitis. A double-blind placebo-controlled clinical study. *Urology* 1990;35:552.