La percezione del dolore pelvico: fattori predittivi e implicazioni cliniche

Prof. Alessandra Graziottin Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Lettura magistrale

56° Convegno della Società degli Urologi del Nord Italia (SUNI), Saint Vincent (AO), 25-27 ottobre 2007

La percezione del dolore costituisce un'esperienza soggettiva complessa. Il dolore pelvico può essere acuto; oppure cronico, descritto come un "dolore ciclico o non ciclico, di durata superiore ai sei mesi, che si localizza alla pelvi anatomica, sufficientemente grave da causare disabilità funzionale che richiede trattamento medico o chirurgico". Interessa circa il 10% delle donne che richiedono una visita ginecologica, il 40% delle indicazioni alla laparoscopia e il 10-15% delle indicazioni alla isterectomia. La comorbilità tra diversi tipi di dolore (urologico, ginecologico, sessuale, colon-proctologico, muscolare...) che concorrono al dolore pelvico cronico (CPP), e il riconoscimento di fattori etiologici comuni sono di grande importanza nella pratica clinica per disegnare il più efficace trattamento multifattoriale e multimodale.

Dal punto di vista *psiconeuroimmunoendocrino* il dolore pelvico cronico coinvolge in modo dinamico:

- 1) *il sistema del dolore*, a livello del Sistema Nervoso Periferico e Centrale. Il dolore ha due significati: può essere "nocicettivo", ossia indicatore di un danno in corso, da cui l'organismo dovrebbe riuscire a sottrarsi e/o a difendersi; oppure "neuropatico", quando i segnali di dolore si generano all'interno delle stesse vie e dei centri del dolore. Il viraggio progressivo dal primo al secondo tipo di dolore è tipico del CPP ed è mediato da cambiamenti neuroplastici a livello neuronale, centrale e periferico;
- 2) il sistema immunitario: il mastocita è la cellula principe che media il passaggio tra infiammazione cronica e dolore cronico. Il mastocita iperattivo, che produce elevate quantità di Nerve Growth Factor (NGF) è responsabile della proliferazione delle terminazioni nervose periferiche, della conseguente iperalgesia e allodinia, e protagonista di un dialogo sempre più stretto tra risposta infiammatoria cronica e dolore. Infiltrazioni tessutali di mastociti iperattivi sono state dimostrate nell'endometriosi, nella cistite interstiziale, nella vestibolite e anche nella parete del colon nel corso dell'elusiva "sindrome del colon irritabile";
- 3) *il sistema muscolare*, con contrazioni difensive in risposta al dolore, critiche quando coinvolgono il muscolo elevatore dell'ano, causando mialgia, modificazioni posturali e biomeccaniche, e diventando cofattori di dolore e di comorbilità uroginecologica, sessuale e proctologica;
- 4) il sistema neurovegetativo, che ha la stazione centrale a livello dell'ipotalamo, per tutte le risposte biologiche riflesse che il dolore evoca;
- 5) il sistema emotivo affettivo, con coinvolgimento del lobo limbico, per il potente ruolo che ansia e depressione hanno nella modulazione della percezione del dolore e dei comportamenti correlati. Secondo la metanalisi di P. Latthe, BMJ, 2006, l'ansia aumenta la percezione del dolore nella dismenorrea con un OR=2.77; nella dispareunia con un OR =3.23; nel dolore pelvico cronico (CPP) con un OR=2.28; la depressione aumenta la percezione del dolore con un OR=2.59 nella dismenorrea; con un OR=7.77 nella dispareunia; e con un OR=2.69 nel CPP, in cui la concomitanza di un Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD) aumenta il dolore con un OR=5.47, che sale a OR=8.01 in caso di disturbi psicosomatici;
- 6) *il sistema cognitivo*, per il vissuto, il giudizio ultimo sul significato personale, relazionale e sociale del dolore stesso, e la modulazione cosciente dei comportamenti adattativi di risposta al dolore.

L'etiologia del dolore pelvico è multifattoriale: biologica, in primis, con componenti psicosessuali e correlate al contesto che concorrono alla percezione finale del dolore stesso. Tra le cause biologiche vanno indagate: le ginecologiche (tra cui vulvodinia, endometriosi, adenomiosi, varicocele, infiammazione pelvica cronica – PID); sessuali (dispareunia e vaginismo); gastrointestinali (sindrome del colon irritabile, morbo celiaco, diverticolite, diverticolosi, stipsi ostruttiva, ragadi); genitourinarie (cistite interstiziale, cistiti recidivanti, uretrocistalgia); miofasciali (mialgia del pavimento pelvico con dolori riferiti di tipo non dermatomerico); neurologiche, tra cui la sindrome iatrogena da intrappolamento dei nervi addominali (ACNES, abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome) o pelvici; malattie scheletriche; ernie inguinali o addominali. Fattori psicosomatici, tra cui abusi, parti o aborti traumatici, indagini invasive per sterilità, e fattori iatrogeni, possono concorrere al dolore.

Verranno discussi i principali fattori predittivi del dolore pelvico, con speciale attenzione alla loro rilevanza semeiologica e clinica nella pratica urologica e ginecologica, per una migliore definizione diagnostica della patologia leader e delle comorbilità (the "evil twins"), e per la scelta della più efficace strategia terapeutica, multifattoriale e multimodale, in un clima di collaborazione multidisciplinare.