

## Fisiopatologia e semeiotica della vulvodinia

Alessandra Graziottin, MD

Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano  
Presidente, Fondazione Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus

La **vulvodinia** indica un dolore vulvare che può colpire circa il 16% della popolazione femminile. Il dolore può essere:

- **localizzato** (al vestibolo vaginale: "vestibolodinia"; al clitoride: "clitoralgia"; a parti della vulva) o **diffuso** all'intera regione vulvare;
- **intermittente** o **continuo**;
- di durata superiore ai tre o sei mesi, a seconda delle definizioni (Graziottin & Murina 2011, Stockdale & Lawson 2014).

Le definizioni hanno sottolineato per primo l'**aspetto infiammatorio** che sottende il dolore, per esempio a livello del vestibolo vaginale. Il termine **vestibolite vulvare (VV)** rispecchia il dato **istopatologico** della **triade infiammatoria**, che vede un **aumento significativo**:

1. dei **mastociti** in sede vestibolare;
2. di **mastociti degranulati**;
3. dei **mastociti in prossimità delle fibre nervose del dolore**.

Più recentemente, il termine **vestibolodinia provocata (VP)** è stato preferito nella letteratura anglosassone (Stockdale & Lawson 2014). Esso sottolinea l'**aspetto semeiologico** del dolore provocato: **al contatto manuale** (nell'intimità ma anche nell'ispezione clinica, in cui è documentabile nel 90% dei casi, se la visita ginecologica è svolta con attenzione ad un'accurata semeiologia vulvare), all'uso di **tamponi interni** (presente nel 66% dei casi), alla **penetrazione**, all'uso di pantaloni attillati. Tuttavia il termine vestibolodinia provocata perde l'attenzione alla componente infiammatoria, prima implicito nella stessa definizione di vestibolite vulvare.

L'**etiologia del disturbo** è multifattoriale. Include, tra gli altri, **fattori biomeccanici**, legati all'ipertono primario o secondario del muscolo elevatore dell'ano, che può predisporre al dolore all'inizio della penetrazione (dispareunia introitale), a microabrasioni all'introito («Ho al sensazione di avere dei taglietti lì, dopo il rapporto»), a complicanze di tipo infettivo, specialmente da Candida recidivante, nonché a comorbilità importanti, quali le cistiti recidivanti, specie postcoitali, presenti nel 60% delle donne con vestibolodinia provocata (Salonia et Al 2013); **iper-reattività di tipo immunoallergico**, specialmente, ma non solo, agli antigeni della Candida, spesso in comorbilità con allergie alimentari e/o respiratorie; **fattori genetici**; **problemi sessuali**, legati alla penetrazione in condizioni di scarso desiderio, modesta o assente lubrificazione, secchezza vaginale da fattori endocrini, quali l'ipoestrogenismo relativo o assoluto, con microabrasioni e contrazione difensiva del muscolo elevatore dell'ano, documentata con elettromiografia nel 91,6% delle donne con vestibolite, fobia della penetrazione. **Pregressi abusi** sono statisticamente più frequenti nelle pazienti che soffrono anche di significativa depressione associata a VV/VP.

Molteplici fattori concorrono a un quadro infiammatorio che sottende il dolore: la cronicità del problema, se non vengono accuratamente diagnosticati e trattati i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento che lo alimentano (Graziottin & Murina 2011), facilita un progressivo coinvolgimento centrale con **neuroinfiammazione**, **depressione** ed evoluzione verso il **dolore neuropatico**.

La **semeiotica**, la "semeïon techné", è l'**arte di leggere i segni**. In medicina, costituisce il **metodo principe della diagnosi**. Richiede lo sviluppo di un'**intelligenza indiziaria**, capace di interpretare i **sintomi**, ossia il **linguaggio verbale** con cui la paziente esprime i propri disturbi, e i **segni**, che si compongono di due grandi aspetti:

1. il **linguaggio non verbale** della paziente, il modo con cui esprime e commenta quanto sta dicendo attraverso il comportamento, la mimica del volto, i cambi di postura, i toni di voce e così via. Linguaggio particolarmente chiaro in caso di dolore, genitale e/o sessuale. In particolare, si definisce "linguaggio non verbale" ciò che il corpo della donna rivela spontaneamente o in risposta a una o più domande e alla valutazione obiettiva;
2. i **segni clinici in senso stretto**, attraverso i quali il corpo rivela la presenza di disfunzioni o patologie organiche, di fattori predisponenti, precipitanti o di mantenimento, di vulnerabilità d'organo e/o di sistema.

### Punto chiave

**Quando la donna lamenta vulvodinia**, l'obiettivo è riconoscere, diagnosticare e curare tutte le condizioni che causano e/o si associano a dolore coitale e/o pelvico e **che riconoscono nell'ipertono del muscolo elevatore un denominatore comune essenziale** (Graziottin e Murina 2011): **un aspetto semeiologico, questo, purtroppo spesso trascurato nella valutazione clinica** (Graziottin 2007, Graziottin e Rovei 2007).

Questa presentazione approfondisce, in particolare, la **semeiotica ginecologica del dolore vulvare e coitale** (dispareunia superficiale e profonda).

**Nello specifico**, se la paziente si presenta per un sintomo di **dolore**, occorre osservarne attentamente:

- il **comportamento** quando è **epifenomeno di attivazione del sistema neurovegetativo** (sudorazione, respiro superficiale, tachipnea, tachicardia, tutti segni neurovegetativi di ansia e angoscia);
- le **posture di difesa** (ad esempio, l'adduzione delle cosce, i gesti di autoprotezione/evitamento, e così via);
- la **contrazione muscolare**.

#### **Punto chiave**

Nel percorso di raccolta dell'anamnesi, è opportuno **ascoltare e scrivere esattamente** ("verbatim") le parole con cui la paziente descrive il proprio disturbo, bisogna cercare di "filmare" la storia del dolore, dalle prime battute ai sintomi correnti: ciò che oggi viene descritto come "**medicina narrativa**", che si basa sulla registrazione accurata del racconto della malattia o del disturbo in corso.

E' essenziale focalizzarsi su **tre criteri** che qualificano **le caratteristiche base sia del sintomo dolore, sia di un eventuale disturbo sessuale primario o acquisito** (Graziottin 2007, Graziottin e Rovei 2007, Graziottin 2008a, 2008b, Graziottin e Murina 2011, Graziottin et Al 2013, Stockdale & Lawson 2013):

- primario (*lifelong*) vs. secondario (*acquired*);
- generalizzato o situazionale;
- ad eziologia biologica, psicologica, mista.

Alcune semplici domande possono utilmente guidare l'anamnesi alla prima visita: «Ha già avuto esperienze sessuali intime/rapporti?», «Se sì, come sono stati?», fino al chiedere, sempre con delicatezza ed empatia, «Qual è il motivo più importante della visita?», «C'è qualche problema di desiderio, di secchezza, di piacere/orgasmo, o di dolore?».

Tre domande di base consentono di tracciare una prima "mappa" del dolore, a cui fare poi riferimento nell'iter diagnostico e terapeutico:

- **quando fa male** (all'inizio della penetrazione o a penetrazione completa) e **per quanto tempo** (durante il coito o anche dopo il rapporto);
- **dove fa male**, per distinguere tra dispareunia **introitale** e dispareunia **profonda**, che riconoscono, nell'età fertile e nella post menopausa, cause biologiche diverse;
- **quali sono i sintomi associati** (dolore alla visita ginecologica, ad esempio, riferito dal 90% delle donne; dolore all'inserzione dei tamponi o di un dito [65,8% e 72,9%]; bisogno di urinare dopo il rapporto [80,7%] ecc.) (Bergeron et al. 2001). Un'attenta indagine dei sintomi associati consente di arrivare facilmente a una diagnosi di comorbidità e di capire l'eziologia del disturbo (Graziottin 2007, Graziottin e Rovei 2007, Graziottin e Murina 2011, Graziottin et Al 2013).

L'esame obiettivo, finalizzato a riconoscere la "**mappa del dolore**", consente di completare la diagnosi e definire l'eziologia, la prognosi e la terapia della dispareunia (Graziottin 2007, Graziottin e Rovei 2007, Graziottin e Murina 2011).

Un esame obiettivo accurato includerà la valutazione di **cinque elementi chiave**:

- la cute e la mucosa;
- la contrazione del muscolo;
- la mappa del dolore e il suo *score*;
- il pH e il trofismo;
- eventuali infezioni.

#### **Dove c'è un muro, c'è una porta**

*Prima* di procedere all'esame occorre insegnare alla paziente come comandare e rilassare il pavimento pelvico. In caso di fobia/vaginismo/avversione sessuale, la visita dovrà essere rimandata: affinché l'esame non venga vissuto come un abuso, andrà effettuato solo *dopo* aver ridotto la paura e l'ansia con un'adeguata terapia sessuale e farmacologica. "Sensibilità" e "gentilezza" sono le parole chiave che devono guidare la valutazione dell'area vulvovaginale e la ricerca della mappa del dolore.

Nell'esame obiettivo si dovrà in particolare procedere a (Graziottin e Murina 2011):

1. **osservazione della vulva e del vestibolo**, che potrà risultare normale, oppure evidenziare eritema (alle 5 e alle 7 del vestibolo; periuretrale e sotto il clitoride; vulvare generalizzato) o comorbidità (lichen sclerosus; esiti di episiotomia/episiorragia; congestione e/o dolore al clitoride);
2. **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:** con un cotton fioc si toccheranno in punti casuali la vulva e il vestibolo e si chiederà alla donna di quantificare il dolore e il bruciore provato, su una scala da 0 a 10 (il massimo dolore fisico percepibile nella vita), in ogni punto di contatto, riportando poi il risultato in cartella clinica;
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);
 Un'iperattività dell'elevatore è stata riscontrata nel 91,6% delle donne con dolore vulvare/sindrome vulvovestibolare;
5. **esame della vagina e del fornice** per ricercare altre aree di dolore, suggestive di comorbilità, 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; il pH deve sempre essere misurato; è ottima la valutazione a fresco al microscopio.

#### Speculum: quattro semplici buone regole per usarlo con rispetto

1. *Prima* di inserire lo speculum, domandare sempre se la ragazza è vergine
2. Usarlo *solo* con gel e quando la paziente riesce a rilassare il pavimento pelvico
3. Usare *sempre* lo speculum da virgo, e comunque il più piccolo per età e parità
4. Dilatare gentilmente le labbra e chiedere di spingere *prima* di inserirlo

#### Conclusioni

La consulenza per il dolore richiede l'ascolto della paziente, del suo linguaggio verbale e non verbale, il rispetto della verità della sua sofferenza: mettendosi nella pelle della donna, la si capirà molto di più. Ancor più nel dolore intimo, vulvare e sessuale. Richiede una semeiotica estremamente accurata, attenta al linguaggio non verbale e ai segni che il corpo rivela.

L'esito della consulenza e della terapia, anche sessuologica, dipenderà dalla qualità della semeiotica e dalla capacità di creare una relazione significativa con la paziente dal punto di vista umano ed emotivo, oltre che, com'è evidente, dalla competenza medica specifica.

#### Bibliografia essenziale

- Bergeron S, Binik YM, Khalifé S et al. Vulvar vestibulitis syndrome: reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstet Gynecol* 2001; 98 (1): 45-51
- Graziottin A. Vaginismo: fisiopatologia e diagnosi. In: Jannini E.A. Lenzi A. Maggi M. (Eds), *Sessuologia Medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*, Elsevier Masson, Milano, 2007, p. 374-379
- Graziottin A. La percezione del dolore pelvico cronico nella donna: fattori predittivi e implicazioni cliniche. *Urologia*, vol. 75, n. 2, 2008a, p. 67-74
- Graziottin A. Dyspareunia and vaginismus: review of the literature and treatment. *Current Sexual Health Reports*, Vol. 5, Issue 1: March 2008b, p. 43-50
- Graziottin A. Psychogenic causes of chronic pelvic pain and impact of CPP on psychological status. In: Vercellini P. (Ed), *Chronic pelvic pain*, Blackwell Publishing, Oxford, UK, 2011, p. 29-39
- Graziottin A. Recurrent cystitis in women: why the gynaecologist has a say. In: Chervenak F. Studd J. (Eds), *Current Progress in Obstetrics and Gynecology*, Vol. 2, Kothari Medical, Mumbai 2014
- Graziottin A, Murina F. *Vulvodinia. Strategie di diagnosi e cura*. Springer Verlag Italia, Milano, 2011
- Graziottin A. Rovei V. Fisiopatologia, classificazione e diagnosi della dispareunia. In: Jannini E.A. Lenzi A. Maggi M. (Eds), *Sessuologia Medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*, Elsevier Masson, Milano, 2007, p. 379-382
- Graziottin A, Skaper S, Fusco M. Inflammation and chronic pelvic pain: a biological trigger for depression in women? *J Depress Anxiety* 2013; 3: 142
- Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen DR. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstet Gynecol* 1997b; 90 (4 Pt 1): 583-9
- Salonia A. Clementi MC. Graziottin A. Nappi RE. Castiglione F. Ferrari M. Capitanio U. Damiano R. Montorsi F. Secondary provoked vestibulodynia in sexually-active women with recurrent uncomplicated urinary tract infections. *J Sex Med.* 2013 Sep; 10 (9): 2265-73
- Stockdale CK, Lawson HW. *Vulvodinia* Guideline update, *J Low Genit Tract Dis* 2014 april; 18 (2): 93-100
- van Hoboken EA, Thijssen AY, Verhaaren R et al. Symptoms in patients with ulcerative colitis in remission are associated with visceral hypersensitivity and mast cell activity. *Scand J Gastroenterol* 2011; 46 (7-8): 981-7

#### Per saperne di più

[www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it) - [www.fondazionegraziottin.org](http://www.fondazionegraziottin.org) - @ProfAGraziottin