Vestibolite vulvare: che cos'è?

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

Indice

Che cos'è la vestibolite vulvare? pag. 1
Da cosa è provocata? pag. 1
Come si cura? pag. 2
Approfondimenti generali pag. 3
Approfondimenti specialistici pag. 4

Che cos'è la vestibolite vulvare?

Per vestibolite vulvare si intende l'infiammazione della mucosa del vestibolo della vagina, ossia dei tessuti posti all'entrata della vagina (1).
I sintomi principali sono tre:
1. il **rossore**, di varia entità, della mucosa della vulva posta all'interno delle piccole labbra e intorno al bordo esterno dell'imene, e quindi del vestibolo della vagina: guardandosi con uno specchio si può notare questo arrossamento, più intenso proprio nella parte del vestibolo vaginale;
2. il **bruciore**, specie alle ore 5 e alle ore 7, se si immagina l'entrata vaginale come il quadrante di un orologio;
3. **il dolore ai rapporti** (2).

Da cosa è provocata?

Le cause possono essere diverse e spesso interagiscono tra loro, quando il disturbo diventa cronico, ossia persistente nel tempo. Possono causare la vestibolite vulvare, o peggiorarla:

1 - l'iperattivazione di una cellula di difesa, chiamata mastocita. Questa cellula produce non solo sostanze che causano dilatazione vasale, rossore, edema e quindi gonfiore e dolore locale, ma anche sostanze come il fattore di crescita del nervo (Nerve Growth Factor, NGF), che moltiplicano le terminazioni nervose del dolore (3-5). Tra i fattori che più frequentemente causano l'iperattività del mastocita ci sono:
a) *le infiammazioni ripetute* da germi come la Candida (un fungo sempre più frequente nelle donne, a causa dell'uso spesso indiscriminato di antibiotici), la Gardnerella o l'Escherichia Coli (proveniente dall'intestino);
b) *i microtraumi della mucosa del vestibolo vaginale* subiti durante il rapporto sessuale. Queste microlesioni, che danno alla donna la sensazione di "avere dei taglietti lì", si verificano innanzitutto se il rapporto avviene in condizioni di scarsa o assente lubrificazione, e quindi con

© 2005 - Prof. Alessandra Graziottin - www.alessandragraziottin.it

secchezza vaginale. La secchezza, a sua volta, può dipendere da scarso desiderio e scarsa eccitazione sessuale, carenza di estrogeni, dolore durante la penetrazione (il dolore non cercato è la causa riflessa più potente di inibizione della lubrificazione);
c) *gli stili di vita inappropriati*, fra i quali:
- l'uso di saponi aggressivi;
- gli indumenti o i pantaloni troppo stretti o aderenti, perché causano microtraumi alla mucosa già infiammata e impediscono la traspirazione, mantenendo le secrezioni vaginali, dense di germi, a contatto con la mucosa del vestibolo vaginale;
- i cibi contenenti zuccheri semplici (come gelati, dolci, cioccolata, bibite zuccherate) e lieviti (pane, pizza, focacce, birra), perché facilitano le recidive di Candida.

2 - l'iperattività dei muscoli che circondano la vagina: questa può essere presente prima della vestibolite (6), come succede nei casi di vaginismo, oppure può essere determinata dal dolore che la donna prova durante il rapporto. La contrazione può diventare essa stessa causa di dolore ("mialgia"). Inoltre il muscolo contratto può concorrere a ridurre l'ossigenazione del tessuto, causando ulteriore dolore (2,7).

3 - l'iperattività del sistema del dolore:
a) *periferico*, per la proliferazione delle terminazioni nervose, che fa virare il dolore da nocicettivo (ossia indicatore di danno, e quindi utile alla salute) a neuropatico (che si genera nelle stesse vie o fibre del dolore, e quindi malattia in sé) (3);
b) *centrale*, per l'abbassamento della soglia del dolore, che provoca una crescente sensibilità agli stimoli dolorosi, soprattutto se peggiorano l'ansia e la depressione causate dalla malattia (8).

Al peggioramento della situazione concorre anche la comorbidità con disturbi urinari, specialmente di tipo infiammatorio: cistiti ricorrenti, cistite interstiziale. Il 38,7 per cento delle mie pazienti con vestibolite vulvare ha anche sintomi urinari di tipo cistitico: nelle forme croniche, le due infiammazioni si sommano, principalmente a causa di interazioni fra le vie nervose del dolore. Questo concorre al "dolore pelvico cronico", che finisce per mantenersi anche indipendentemente dai rapporti sessuali.

Come si cura?
Come abbiamo visto, il bruciore e il dolore hanno una solida base medica: **la vestibolite vulvare quindi può essere curata** (2,5,8,9). Le terapie includono:

- **la riduzione dell'iperattività del mastocita**, attraverso:
a) farmaci che riducano la degranulazione del mastocita, come la amitriptilina;
b) sostanze da applicare sul vestibolo vaginale, con un leggero massaggio, due-tre volte al giorno. Fra queste è prezioso un gel a base di aliamidi (9), appositamente studiato per ridurre l'iperattivazione del mastocita, e quindi l'infiammazione e l'iperstimolazione delle terminazioni

nervose del dolore;

- **la riduzione dei fattori "agonisti"** che, causando infiammazione tissutale, mantengono l'iperattività del mastocita (6). Tale riduzione può avvenire attraverso:
a) la prevenzione delle recidive di Candida o di altre infezioni;
b) astensione dalla penetrazione finché non sia guarita l'infiammazione vestibolare, per evitare i microtraumi della mucosa;
c) il cambiamento degli stili di vista inappropriati, come l'uso di saponi aggressivi, gli indumenti troppo stretti o aderenti, e i cibi contenenti zuccheri semplici e lieviti;

- **il rilassamento dei muscoli perivaginali tesi**:
a) con automassaggio e stretching;
b) con biofeedback di rilassamento;
c) con fisioterapia (7);

- **la modulazione del dolore**:
a) farmacologica, con analgesici specifici come la amiptriptilina o il gabapentin;
b) con elettroanalgesia locale;
c) con blocco antalgico del ganglio impari.

Personalmente non consiglio la vestibolectomia, perché ritengo che il trattamento debba essere conservativo, ossia rispettoso dell'integrità dei tessuti genitali.

La combinazione terapeutica più efficace viene sempre personalizzata dal medico in base ai fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento, e alla gravità e durata dei sintomi.

Eliminato il dolore, è altrettanto importante un'adeguata terapia sessuologica per (ri)trovare la piena normalità della risposta sessuale: desiderio, lubrificazione, orgasmo, e, importantissimo, il piacere dell'intimità.

Approfondimenti generali
Graziottin A., **Il dolore segreto - Le cause e le terapie del dolore femminile durante i rapporti sessuali**, Mondadori, Milano 2005
Con un linguaggio semplice ed empatico, e insieme con rigore scientifico, il libro guida le lettrici e i lettori alla scoperta dei complessi meccanismi nervosi, immunologici, ormonali, muscolari e infettivi che presiedono all'insorgenza e alla progressione del dolore sessuale. Esamina le diverse patologie che causano il sintomo doloroso, lo sottendono e lo esasperano, ne esplora le implicazioni psicologiche, nella donna e nella coppia. Per ogni causa delinea una nuova

prospettiva terapeutica, aprendo un orizzonte di speranza a chi, forse, aveva smesso di credere di poter guarire.

Approfondimenti specialistici

1) Friedrich E.G.
Vulvar Vestibulitis Syndrome
Journal of Reproductive Medicine, 32, 110-114

2) Graziottin A.
Il ginecologo e la dispareunia
In Leiblum S.R. e Rosen R. (Eds), Principi e pratica di terapia sessuale, Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2004, p. 248-267

3) Bornstein J. Goldschmid N. Sabo E.
Hyperinnervation and mast cell activation may be used as a histopathologic diagnostic criteria for vulvar vestibulitis
Gynecol Obstet Invest, 58: 171–178, 2004

4) Graziottin A.
La vestibolite vulvare e il dolore cronico
In Benedetto C. e Massobrio M. (Eds), Psicosomatica in Ginecologia e Ostetricia – Una medicina a misura di donna, CIC Edizioni Internazionali, 2004, Roma p. 166-176

5) Graziottin A. Brotto L.
Vulvar Vestibulitis Syndrome: clinical approach
Journal of Sexual Marital Therapy, 30, 125-139, 2004

6) Graziottin A.
Sexual pain disorders in adolescents
In Genazzani A.R. (Ed), Proceedings of the XI World Congress of Human Reproduction, CIC Edizioni Internazionali, 2005, Roma, p. 434-449 (vedi testo completo nella sezione "Pubblicazioni/Articoli per atti di congressi" presente su questo sito)

7) Bourcier A.P. McGuire E.J. Abrams P.
Pelvic Floor Disorders
Elsevier Saunders, Philadelphia, USA, 2004

8) Plaut M. Graziottin A. Heaton J.
Sexual dysfunction
Fast Facts Series, Health Press, Oxford, UK, 2004

9) Jack D.B.

Aliamides: A New Approach to the Treatment of Inflammation
Drug News & Perspectives, 9; 2: 93-97, 1996