Dolore pelvico acuto in ginecologia

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

Indice

Che cosa è il dolore pelvico acuto? pag. 1
Gravidanza extrauterina pag. 1
Aborto spontaneo pag. 2
Degenerazione di un fibroma pag. 3
Torsione di un ovaio o di un annesso uterino (tuba e ovaio) pag. 3
Endometrite pag. 4
Malattia infiammatoria pelvica (PID, Pelvic Inflammatory Disease) pag. 4
Dolore ovulatorio di "metà ciclo" pag. 5
Adenomiosi pag. 5
Approfondimenti generali pag. 5
Approfondimenti specialistici pag. 6

Che cosa è il dolore pelvico acuto?

Il dolore acuto in ginecologia si manifesta improvvisamente: al basso ventre, in corrispondenza delle ovaie o all'utero. Assume le caratteristiche di un crampo violento, di una morsa, a volte di una vera e propria a coltellata, oppure è sordo e continuo. Insieme al dolore, la donna avverte un malessere crescente e, spesso, una sensazione di angoscia. La pressione crolla. Vediamo le cause più frequenti di dolore acuto in ginecologia. E, soprattutto, come riconoscerle.

Gravidanza extrauterina

Caratteristiche

E' una causa di dolore acuto potenzialmente grave. In queste situazioni, che si verificano all'incirca in un caso di gravidanza su 200, l'uovo fecondato, invece di impiantarsi in utero, va a radicarsi al di fuori della cavità uterina. Nel 98 per cento dei casi, nella tuba (si parla allora di gravidanza tubarica): nel rimanente due per cento può impiantarsi nel peritoneo, sull'ovaio, sulla parete addominale.

Quando pensarci

Questo tipo di dolore si manifesta:

- se c'è stato un ritardo mestruale e si sono avuti rapporti liberi per cui è possibile che si sia rimaste incinte;
- quando si è fatto il test di gravidanza, ma non si è ancora fatta l'ecografia che confermi che la gravidanza è ben impiantata in utero;
- quando, molto più raramente, una gravidanza è normalmente in utero e l'altra, gemellare, è

impiantata in tuba o in addome.

Sintomo principale

E' il dolore pelvico. Inizialmente è limitato alla sede di impianto ed è dovuto alla distensione delle strutture che circondano l'embrione e in particolare del peritoneo viscerale. Se compare l'emorragia interna, il dolore aumenta e diventa intensissimo, per l'irritazione che il sangue provoca sulla parete del peritoneo. Se la donna è in posizione distesa, il dolore, inizialmente limitato al piccolo bacino, può estendersi fino al diaframma, perché il sangue può scivolare lungo il peritoneo che ricopre le strutture addominali e raggiungere le parti superiori. L'irritazione del diaframma può causare un dolore riflesso irradiato alla spalla. La donna impallidisce e ha la tachicardia: se l'emorragia è severa, può perdere conoscenza per la rapida anemizzazione. La diagnosi deve essere rapida in quanto è necessario un ricovero immediato con intervento d'urgenza, per bloccare l'emorragia, che altrimenti può essere fatale.

Diagnosi

In genere la diagnosi è facile ed è determinata dalla storia clinica, dalla visita ginecologica, dall'ecografia o dalla presenza di un test di gravidanza positivo. Se si aspira il sangue raccolto dietro l'utero, si nota subito che non coagula, perché i fattori della coagulazione sono già stati utilizzati nell'iniziale coagulo che si è poi lisato, cioè sciolto.

Terapia

Il dolore scompare con l'interruzione della gravidanza extrauterina (che non potrebbe comunque essere portata avanti senza pericolo di morte per la donna e il bambino) e il lavaggio della cavità peritoneale per rimuovere il sangue residuo.

Aborto spontaneo

Caratteristiche

In questo caso sono le contrazioni spontanee dell'utero, che cerca di espellere l'embrione, a provocare il dolore acuto uterino, tipicamente un crampo intermittente, simile ai crampi mestruali. Inizialmente leggero, aumenta di intensità specialmente quando inizia la perdita di sangue, che può essere massiccia, e con l'espulsione di tessuto placentare. Nell'aborto settico, ossia infetto, sono presenti anche i segni di infezione: la febbre, che può essere alta, i brividi, l'espulsione di materiale purulento dalla vagina, un forte dolore all'utero. Se l'infezione si diffonde poi alle tube e al peritoneo, causando un'infezione pelvica, possono comparire i segni dell'infezione peritoneale: nausea, stipsi, spasmi muscolari riflessi con eventuali segni di setticemia, che è una complicanza molto grave.

Quando pensarci

Questo tipo di dolore può manifestarsi:

- quando c'è dubbio o certezza di gravidanza, confermato dal test urinario o plasmatico che dosa l'ormone della gravidanza (gonadotropina corionica umana);
- quando negli esami di laboratorio compaiono i segni di un'infezione;
- quando l'ecografia rivela che non ci sono più il battito e i movimenti embrionali e/o che il sacco gestazionale è rotto o irregolare.

Terapia

Se si tratta solo di minaccia d'aborto, sono consigliati il riposo a letto e l'utilizzo di progesterone

micronizzato per via vaginale (200 mg al giorno). Il progesterone riduce le contrazioni uterine, se la causa della minaccia d'aborto è una scarsa produzione di progesterone da parte dell'ovaio e/o l'ipercontrattilità dell'utero. Non cambia tuttavia la situazione se l'aborto è dovuto a una causa embrionale (genetica o cromosomica). Se la minaccia si trasforma in un vero e proprio aborto, l'embrione può venire espulso spontaneamente; a volte però è necessario procedere a una revisione chirurgica della cavità uterina, il cosiddetto "raschiamento", se l'aborto è ritenuto in cavità o se l'espulsione è incompleta (per evitare il rischio di infezioni successive). In caso di aborto spontaneo, il dolore dura finché tutto il materiale embrionale non è stato espulso. Può persistere anche dopo, per qualche ora, se vengono somministrati farmaci, come l'ossitocina, o la metilergometrina, che tengono l'utero contratto per evitare ulteriori emorragie.

Degenerazione di un fibroma

Caratteristiche

Può succedere in gravidanza, quando i fibromi tendono rapidamente a crescere sotto l'impulso dei crescenti livelli di ormoni prodotti dalla placenta. Siccome i vasi sanguigni non sempre riescono a crescere in parallelo, così da nutrire adeguatamente i tessuti del fibroma, può comparire la necrosi, ossia la morte e la degenerazione delle strutture muscolari e fibrose che compongono il fibroma.

Quando pensarci

In caso di anamnesi di fibromi peduncolati (caso più frequente) e di fibromi che tendono a crescere rapidamente in gravidanza. La visita ginecologica, che evidenza una massa dolente, e l'ecografia possono confermare la diagnosi.

Sintomi

Il dolore è intenso e continuo nella sede del fibroma, e tende a non cedere finché la necrosi non è completa.

Terapia

A volte sono necessari analgesici potenti, come la morfina, per sedare il dolore. In casi selezionati di fibromi "peduncolati", che possono cioè essere rimossi senza ledere la parete dell'utero, il ginecologo può rimuovere il fibroma in laparoscopia, in anestesia generale. In tal caso il dolore cessa rapidamente.

Torsione di un ovaio o di un annesso uterino (tuba e ovaio)

Caratteristiche

E' favorita dalla presenza di cisti ovariche, che possono ruotare su se stesse torcendo il peduncolo tramite cui sono attaccate alla parete addominale, bloccando così l'afflusso di sangue per la compressione dei vasi contenuti nel peduncolo stesso.

Quando pensarci

Quando la visita ginecologica e l'ecografia evidenziano una massa dolente da un solo lato. Spesso l'esame del sangue evidenzia anche un modesto aumento dei globuli bianchi.

Sintomi

La torsione può produrre un dolore intermittente, se è discontinua; continuo e sordo, se è

progressiva. Può essere accompagnata da nausea e febbre.
Terapia
Il dolore scompare con la rimozione chirurgica dell'annesso ritorto.

Endometrite
Caratteristiche
Implica l'infezione solo dello strato interno dell'utero e va distinta dalla malattia infiammatoria pelvica, che invece interessa tutto il piccolo bacino. L'endometrite è causata da un'infezione batterica, partita usualmente dalla vagina. Il dolore è dovuto alla moltiplicazione dei batteri nella cavità dell'utero, che usualmente è "sterile", cioè senza batteri. La causa può essere un normale batterio vaginale oppure un germe a trasmissione sessuale, come la *Chlamydia trachomatis* o la *Neisseria gonorroheae*. Usualmente la cervice non lascia risalire i germi dalla vagina. Questo invece può succedere quando la cervice è aperta:
- dopo un aborto spontaneo o provocato;
- dopo il parto;
- dopo la dilatazione per un'isteroscopia;
- dopo l'inserimento di un dispositivo intrauterino.
Quando pensarci
Quando il dolore è inizialmente limitato alla zona sopra il pube, che corrisponde all'utero. Il dolore può poi diventare crampiforme. La donna nota spesso una secrezione maleodorante dalla vagina e l'aumento della frequenza urinaria o sintomi simili a quelli della cistite, per la parallela irritazione della vescica. A volte può comparire una febbre leggera.
Sintomi
Alla visita ginecologica si riscontra un utero rammollato e dolente. Con lo speculum è possibile evidenziare una secrezione purulenta dal collo dell'utero. In tal caso è bene fare subito un prelievo con un tampone vaginale per la diagnosi del germe in causa.
Terapia
Una terapia antibiotica domiciliare è sufficiente se l'infezione resta limitata all'utero. Se invece c'è febbre e si ha il dubbio che l'infezione possa provocare una setticemia (ossia un'invasione e moltiplicazione di germi nel sangue), la donna deve essere ricoverata. Il dolore cede gradualmente con il progressivo ridursi dell'infezione.

Malattia infiammatoria pelvica (PID, Pelvic Inflammatory Disease)
Caratteristiche
E' un'infezione che interessa gli organi pelvici intraddominali. E' la causa più frequente di gravidanza extrauterina e di sterilità da occlusione tubarica. E' causata da germi vaginali aerobi e anaerobi, quali la *Chlamydia trachomatis* o la *Neisseria gonorroheae*. Una malattia sessualmente trasmessa è infatti la causa più frequente di PID. E' più probabile quando si cambia spesso il partner o quando il partner è infedele e non usa il profilattico. E' più frequente nelle donne che non hanno ancora avuto figli. Il dolore è causato dalla moltiplicazione dei germi negli organi infettati. Questo provoca la distruzione dei tessuti, la produzione di sostanze che

causano dolore (algogene) e l'irritazione del peritoneo.
Quando pensarci
Quando il dolore si estende al piccolo bacino, in particolare bilateralmente nella zona delle ovaie.
Sintomi
La visita ginecologica è molto indicativa, perché evoca un dolore acuto alla pressione nelle due regioni degli annessi, nello scavo del Douglas (retrouterino), e perché il dolore è intollerabile quando con la mano si imprimono movimenti al collo dell'utero. Il dolore varia a seconda del germe in causa: può essere molto forte, soprattutto nel caso di un'infezione da gonococco. Gran parte delle infezioni pelviche da Chlamydia, invece, è asintomatica, e quindi silenziosa: l'infezione viene scoperta, o ipotizzata, solo quando ci si trova di fronte a una sterilità da chiusura delle tube. Purtroppo la crescente promiscuità senza protezione sta drasticamente aumentando questo tipo di sterilità, specialmente fra le giovani.

Dolore ovulatorio di "metà ciclo"
Si manifesta all'ovaia, destra o sinistra, ed è dovuto all'irritazione del peritoneo per l'uscita di piccolissime quantità di sangue in coincidenza con l'ovulazione. E' una condizione fastidiosa, ma benigna. Può essere curato con una pillola contraccettiva, che mette a riposo l'ovaio per qualche mese.
Attenzione, però: un recente studio conferma un'osservazione clinica già familiare agli ecografisti, e cioè che le pillole contraccettive a basso dosaggio, sia monofasiche sia trifasiche, non sopprimono completamente la funzionalità ovarica, diversamente da quelle ad alto dosaggio (35 gamma di etinilestradiolo). Per questo motivo con i dosaggi inferiori è possibile avere ugualmente cisti ovariche e le loro complicanze, tra cui la temibile torsione o l'emoperitoneo da rottura della cisti.
In tutte le indicazioni di "messa a riposo" dell'ovaio, per esempio in caso di micropolicistosi, di tendenza a cisti benigne recidivanti, o di dolore ovulatorio, è quindi opportuno orientarsi sui dosaggi di almeno 30 gamma di etinilestradiolo, oppure sul cerotto contraccettivo, che grazie alla maggiore costanza dei livelli plasmatici riduce la probabilità di cisti ovarica.

Adenomiosi
In questo caso il dolore si manifesta in occasione delle mestruazioni (dismenorrea). Si tratta di una malattia in cui alcuni frammenti di endometrio si trovano all'interno della parete muscolare dell'utero. Anche quest'endometrio è sensibile alle stimolazioni ormonali e quindi si sfalda in coincidenza con la mestruazione, provocando il dolore. Una terapia conservativa è prendere una pillola tipo "seasonal", ossia stagionale, senza interruzione per tre mesi o più,, in modo da ridurre gli episodi di dismenorrea. Se il dolore è intenso, non più controllabile con la terapia medica, e si hanno già figli, la soluzione può consistere nel rimuovere l'utero, tenendo le ovaie.

Approfondimenti generali
Graziottin A.

Il dolore segreto - Le cause e le terapie del dolore femminile durante i rapporti sessuali
Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 2005

Approfondimenti specialistici

Graziottin A.
Aspetti neurobiologici e modelli interpretativi del dolore pelvico cronico e del dolore sessuale
in: Arisi E. (a cura di), Il dolore pelvico, I libri dell'AOGOI, Editeam Gruppo Editoriale, Cento (Ferrara), 2006, p. 43-69

Weijenborg P.T. Greeven A. Dekker F.W. Peters A.A. Ter Kuile M.M.
Clinical course of chronic pelvic pain in women
Pain, 7 Nov; 132 Suppl 1: S117-23

Holt V.L. Cushing-Haugen K.L. Daling J.R.
Oral contraceptives, tubal sterilization and functional ovarian cysts
Obstet Gynecol 102 (2): 252-8, 2003

Graziottin A.
Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus
in: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, 2006, p. 342-350

Peters K. Killinger K. Carrico D.J. Ibrahim I. Diokno A. Graziottin A.
Sexual function and sexual distress in women with interstitial cystitis: a case control study
Urology 70 (3), 2007, 543-547