

Dolore pelvico cronico: comorbidità e implicazioni psicosomatiche

Prof. Alessandra Graziottin

Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

www.alessandragraziottin.it

www.fondazionegraziottin.org

Parole chiave

Comorbidità - Dolore pelvico cronico - Fattori biologici - Fattori iatrogeni - Fattori psicosomatici - Mastocita - Sistema del dolore

Premessa

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 donna è più vulnerabile al dolore viscerale (intestinale, genitale, vescicale) per ragioni biologiche, psicosessuali e contesto-correlate. La **percezione del dolore** costituisce infatti **un'esperienza soggettiva complessa** in cui il dato sensoriale – causato dal danno tessutale periferico – viene elaborato e modulato a livello centrale da molteplici fattori neurobiologici e psicosomatici.

Obiettivo del lavoro

Analizzare l'**etiologia** e le **comorbidità** associate al dolore pelvico cronico (CPP) e le loro **implicazioni fisiopatologiche**, come premessa per ottimizzare una **strategia terapeutica multimodale**.

Metodo

Revisione della letteratura, in MedLine – con le parole chiave: dolore pelvico cronico, endometriosi, adenomiosi, cistite ricorrente, cistite postcoitale, cistite interstiziale, vestibolite vulvare, vulvodinia, dispareunia, vaginismo, malattia infiammatoria pelvica, sindrome del colon irritabile, dischezia, morbo celiaco, diverticolite, stipsi, mialgia, mastocita, fattore di crescita dei nervi, ansia, depressione, violenza sessuale, molestia sessuale, dolore iatrogeno – ed **esperienza clinica dell'Autrice**.

Risultati

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 quelle:

- ginecologiche (tra cui vulvodinia, endometriosi, adenomiosi, varicocele, infiammazione pelvica cronica, o PID);
- sessuali (dispareunia e vaginismo);
- gastrointestinali (sindrome del colon irritabile, morbo celiaco, diverticolite, diverticolosi, stipsi ostruttiva, ragadi);
- genito-urinarie (cistite interstiziale, cistiti recidivanti, uretrocistalgia);
- miofasciali (mialgia del pavimento pelvico con dolori riferiti di tipo non dermatomero);
- neurologiche, tra cui la sindrome iatrogena da intrappolamento dei nervi addominali (ACNES, Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome) o pelvici;
- legate alle malattie scheletriche;
- legate alle ernie inguinali o addominali.

Fattori **psicosomatici**, fra cui abusi, parti o aborti traumatici, indagini invasive per sterilità, e fattori **iatrogeni**, possono concorrere al dolore.

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, e 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 vulvare, nella parete del colon nel corso dell'elusiva "sindrome del colon irritabile" e nel muscolo mialgico;

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 comorbidità uroginecologica, sessuale e proctologica;

4) **il sistema neurovegetativo**, che ha la stazione centrale a livello dell'ipotalamo, per tutte le risposte biologiche riflesse (endocrine, vascolari, metaboliche) 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 meta-analisi 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.

Le strategie terapeutiche risultano tanto più efficaci quanto più sono in grado di modulare efficacemente i diversi fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento che concorrono al dolore.

Conclusioni

La **comorbidità** tra diversi tipi di dolore (urologico, ginecologico, sessuale, colon-proctologico, muscolare...) che concorrono al dolore pelvico cronico (CPP) è elevata. Il riconoscimento di **fattori etiologici comuni**, di cui il più importante è **il mastocita iperattivo**, e la comprensione degli aspetti psicosomatici e affettivi che lo modulano (ansia e depressione in primis) è di grande importanza nella pratica clinica per disegnare il più efficace trattamento multifattoriale e multimodale.