

## ABSTRACT

### **DOLORE PELVICO CRONICO: ANCORA UNA SFIDA DIFFICILE PER IL GINECOLOGO?**

#### **Prof.ssa Alessandra Graziottin**

Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano

Prof. ac. Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, Università di Verona

Presidente, Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna onlus

Il dolore pelvico cronico (*Chronic Pelvic Pain*, CPP) è definito come un dolore persistente, non ciclico né ricorrente, che colpisce la pelvi e gli organi pelvici, di durata superiore ai sei mesi. Colpisce il 12-15% delle donne nell'arco della vita. E' la conseguenza di un fallimento diagnostico e terapeutico, fatto di **normalizzazione del dolore** della donna, e in particolare del dolore mestruale, di **omissioni semeiologiche** e di **banalizzazioni diagnostiche** («Il dolore è tutto nella sua testa»).

Le **principali condizioni cliniche** che contribuiscono al CPP includono: endometriosi e adenomiosi, sindrome della vescica dolorosa, vestibolodinia provocata e vulvodinia, malattia infiammatoria pelvica (Pelvic Inflammatory Disease, PID).

L'attenzione fisiopatologica e clinica descrive **nuovi protagonisti del CCP**: cervello viscerale (*gut brain*), disbiosi persistenti del microbioma intestinale, sindrome dell'intestino irritabile, ipertono dei muscoli del pavimento pelvico/mialgia, sindrome da intrappolamento del nervo pudendo.

La **fisiopatologia del CPP** valorizza la comprensione sia delle modalità di processazione dei segnali di infiammazione che sottendono il dolore sia dell'organizzazione delle vie e dei centri del dolore. Questo aiuta a distinguere **il dolore nocicettivo**, segnale "amico" che richiede attenzione, diagnosi tempestiva e terapie appropriate, e **il dolore neuropatico e nociplastico**, vera malattia in sé che caratterizza le fasi tardive del CPP.

La presentazione si focalizzerà sui **fattori clinici essenziali per ridurre il ritardo diagnostico**: *in primis*, una rinnovata attenzione semeiologica all'anamnesi e all'esame obiettivo, sempre più trascurati nella medicina attuale.

L'obiettivo è duplice:

1. aumentare le probabilità di **intercettare** i primi focolai di infiammazione patologica di singoli organi prima che l'incendio infiammatorio che sottende il dolore si estenda a coinvolgere i diversi organi pelvici, le vie e i centri del dolore;
2. interrompere il crescendo drammatico di **comorbidità**, tipico del CPP, che divora l'energia vitale della donna mentre ne distrugge la salute e la qualità di vita. Questo richiede un maggiore impegno formativo per aumentare l'efficacia clinica, diagnostica e terapeutica, del ginecologo.

## TAKE-HOME MESSAGES

Il dolore è una richiesta perentoria di ascolto e di attenzione fisiopatologica e semeiologica ai sintomi e ai segni che lo caratterizzano, per garantire tempestività diagnostica ed efficacia terapeutica.

Il dolore pelvico richiede una diagnosi dei primi sintomi di endometriosi (dismenorrea severa, dispareunia profonda, cicli abbondanti), di sindrome della vescica dolorosa (cistiti recidivanti), di vulvodinia (incluso il dolore all'inizio della penetrazione), di ipertono del pavimento pelvico, di disbiosi intestinale e vaginale, di infiammazione e dolore nocicettivo, prima dell'evoluzione a neuropatico e nociplastico.

Il dolore chiede al medico un rinnovato impegno di studio, formazione e dedizione.