

Il dolore pelvico cronico

E. PICCIONE, S. BONIFACIO, C. LA PENNA

Il dolore pelvico cronico deve essere inteso come un dolore pelvico non mestruale, persistente da sei o più mesi e sufficientemente grave da essere causa di incapacità funzionale o da richiedere un trattamento medico o chirurgico (1, 2).

Il suo corretto inquadramento è fondamentale per la tutela della salute della donna.

A livello individuale può comportare, infatti, anni di sofferenza; disaccordi familiari; perdita del lavoro; numerosissimi e spiacevoli insuccessi terapeutici (2).

Incidenza

La reale incidenza del dolore pelvico cronico rimane sconosciuta, sebbene sia riconosciuta la sua frequenza nella pratica clinica.

Difatti, in molte donne la diagnosi di dolore pelvico cronico non è formulata, sia per l'assenza di adeguata comunicazione della problematica tra paziente e medico, sia per un ritardo nella consultazione medica stessa, se non in presenza di dolore intollerabile. Nel Regno Unito l'incidenza di dolore pelvico cronico è pari al 38% di tutte le donne di età compresa tra i 15 e i 73 anni (l'incidenza della cefalea, dell'asma e della lombalgia è, rispettivamente, di 2,1%, 3,7%, 4,1%) (3). Secondo dati del Regno Unito e degli Stati Uniti d'America, l'incidenza del dolore pelvico cronico va dal 14,7% al 24% (4, 5) di tutte le donne in età riproduttiva. Il dolore pelvico cronico costituisce il 10% di tutte le richieste di visite ginecologiche, il 17-40% di tutte le richieste di laparoscopie diagnostiche (2) e, infine, il 10-20% di tutte le isterectomie effettuate negli Stati Uniti d'America (1, 6). A tale riguardo deve essere tenuto presente che il 25% delle donne continua a presentare dolore pelvico dopo isterectomia. Relativamente ai costi per visite mediche, consulti psicologici ed altre spese dell'utente, il dolore pelvico cronico incide, negli Stati Uniti d'America, per una cifra pari a 2,8 bilioni di dollari/anno (7).

Eziologia

Frequentemente l'eziologia del dolore pelvico cronico rimane non comprensibile.

Ogni struttura dell'addome e della pelvi può avere un ruolo nell'eziologia del dolore pelvico cronico: l'apparato riproduttivo, gli organi urologici, l'apparato gastrointestinale, l'apparato muscolo-scheletrico, il sistema psiconeurologico.

Occasionalmente è presente un solo fattore eziologico, con trattamento curativo in questi casi; più frequentemente, il dolore è associato a più fattori eziologici che necessitano ciascuno di adeguato trattamento, più spesso non risolutore.

L'endometriosi, la sindrome del colon irritabile, l'alterata postura e gli stress emotivi, possono essere tutti fattori concorrenti in una singola donna. Per quanto riguarda l'endometriosi l'incidenza tra le donne con dolore pelvico cronico è compresa tra il 15% e l'80%; più della metà delle donne si presenta con lesioni endometrioidiche non pigmentate.

I meccanismi nella patogenesi del dolore associato ad endometriosi sono rappresentati da infiammazione, aderenze, interessamento neuronale, aumentata produzione prostaglandinica, fattori psicologici. Il dolore spesso non è correlato alla gravità della patologia, anche se il grado di infiltrazione ha una correlazione con il dolore pelvico.

Il dolore pelvico cronico non è una malattia ma una sindrome dovuta ad una complessa interazione tra sintomi neurologici, muscoloscheletrici ed endocrini, ed ulteriormente influenzata da fattori comportamentali e psicologici (8). I meccanismi neurologici implicati sono rappresentati dal dolore nocicettivo, somatico o viscerale, e dal dolore non nocicettivo, neuropatico o psicogeno.

Un concetto importante è costituito dalla iperalgesia visceroviscerale: l'infiammazione o la congestione degli organi riproduttivi, sia fisiologica (ovulazione o mestruazione) che patologica (endometriosi), può aumentare il dolore a livello dei visceri, cute e muscoli che dividono comuni segmenti di cordone spinale. L'iperalgia visceroviscerale può spiegare il peggioramento nel periodo mestruale del dolore pelvico croni-

co, problema questo che non può essere confuso con la dismenorrea.

Rimane, tuttavia, da chiarire perché più fattori algogeni causano la sindrome del dolore pelvico in alcune donne, e perché in altre donne più fattori algogeni non determinano sintomatologia dolorosa pelvica. Questi ultimi aspetti costituiscono al momento aree di ricerca scientifica.

Approccio diagnostico

Parte del dilemma nella valutazione (e nel *management*) del dolore pelvico cronico è dovuto al concetto che il dolore deve essere dovuto a qualche forma di patologia o a danni tissutali obiettabili (9).

La laparoscopia diagnostica è stata da sempre considerata il *gold standard* per la diagnosi del dolore pelvico cronico, sebbene non sia stato dimostrato un miglioramento dell'*outcome* a lungo termine (più del 40% delle laparoscopie diagnostiche viene eseguito per dolore pelvico cronico). L'incidenza di quadri normali alla laparoscopia, in caso di dolore pelvico cronico, varia dal 35% all'85% (8).

La patologia identificata non è automaticamente in rapporto causale con il dolore; l'endometriosi è presente nel 44-49% di donne asintomatiche, ma più del 50% delle donne con patologia documentata non ha dolore pelvico (10).

Relativamente al ruolo della laparoscopia nella diagnostica del dolore pelvico cronico, deve essere considerato anche che:

- molti disturbi che contribuiscono a determinare il dolore pelvico cronico non possono essere identificati con la laparoscopia;
- una laparoscopia negativa, quindi, non è sinonimo di mancata diagnosi o di assenza di patologia, e non significa che una donna non abbia una causa fisica del suo dolore;
- dovrebbe essere fatto un uso più selettivo della laparoscopia diagnostica; difatti, è stato riportato come una maggiore attenzione alla storia della paziente, all'esame obiettivo, ai dati di laboratorio e alla diagnostica per immagini, possa ridurre la percentuale delle laparoscopie negative dal 39% al 4% (11).

Più recentemente è stato proposto, nella diagnostica del dolore pelvico cronico, la microlaparoscopia in sedazione cosciente, associata al "*pain mapping*". Deve essere detto che questa pratica necessita ancora di valide conferme da studi randomizzati, controllati, prospettici per chiarire se le donne così valutate abbiano

prognosi migliore rispetto a quelle valutate con la laparoscopia tradizionale.

Trattamento

Il trattamento può essere complesso e gli obiettivi devono essere realistici.

Due possono essere gli approcci terapeutici:

1. il trattamento delle patologie che potrebbero essere causa di dolore pelvico cronico (endometriosi, adenozenosi);
2. il trattamento del dolore pelvico cronico inteso come una diagnosi.

Tali approcci terapeutici non si escludono l'uno con l'altro, anzi in molte donne l'effetto migliore si ha mettendo in atto entrambi.

Per quanto riguarda il dolore pelvico da endometriosi, si può dire che molte pazienti, sottoposte ad ablazione dei focolai endometrioidici per via laparoscopica, hanno un significativo miglioramento del dolore a 6 mesi (come quantificare, tuttavia, l'effetto placebo?); inoltre, il 45% delle pazienti presenta una ricorrenza del dolore pelvico ad un anno, ma sono necessari più dati per verificare la reale minore ricorrenza dei sintomi osservata dopo terapia medica postoperatoria; infine, le denervazioni pelviche non si sono rivelate sufficientemente efficaci per poter essere raccomandate nella pratica clinica.

Relativamente al trattamento del dolore pelvico cronico, inteso come una diagnosi, l'approccio si basa essenzialmente su tre principali cardini terapeutici: farmacologico, psicologico, neuroablativo.

Il trattamento multidisciplinare è migliore dell'approccio tradizionale seguito dal solo ginecologo, almeno nelle donne con valutazioni negative da parte del ginecologo stesso (ovvero nessuna patologia ad una precedente laparoscopia o laparotomia).

L'obiettivo del trattamento in un centro multidisciplinare per il dolore pelvico cronico, dovrebbe essere generalmente non già la "cura", quanto il "management" del dolore pelvico cronico stesso, ai fini del raggiungimento di ridotti livelli di dolore che permettano un ritorno alle normali attività. Spesso, però, l'obiettivo di *management* piuttosto che di cura del dolore pelvico, non corrisponde a quello della donna affetta da questo tipo di sintomatologia; questa, al contrario, rimane generalmente focalizzata sulla diagnosi e sulla cura del dolore e, di conseguenza, si rivolge frequentemente ad altri medici, riferendo della "mancata diagnosi di una patologia ritenuta da essa stessa curabile".

Bibliografia

1. HOWARD F.M.: *The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls*. Obstet. Gynecol. Surv. 48:357, 1993.
2. HOWARD F.M.: *Chronic pelvic pain*. Obstet. Gynecol. 101:594, 2003.

Il dolore pelvico cronico

3. ZONDERVAN K.T., YUDKIN P.L., VESSEY M.P. et al.: *Prevalence and incidence in primary care of chronic pelvic pain in women: evidence from a national general practice database.* Br. J. Obstet. Gynecol, 106:1149, 1999.
 4. MATHIAS S.D., KUPPERMANN M., LIBERMAN R.F. et al.: *Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates.* Obstet. Gynecol, 87:321, 1996.
 5. ZONDERVAN K.T., YUDKIN P.L., VESSEY M.P. et al.: *The community prevalence of chronic pelvic pain in women associated illness behaviour.* Br. J. Gen Pract, 51:541, 2001.
 6. LAMVR G., TU F., AS-SANIE S. et al.: *The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of conditions associated with chronic pelvic pain.* Obstet. Gynecol. Clin. N. Am. 31:619, 2004.
 7. BARBIERI R.: *Chronic pelvic pain: drawing on evidence to construct a practical strategy.* OBG Manag Bull, 12:1, 2000.
 8. GUNTER J.: *Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment.* Obstet.Gynecol. Surv. 58:615, 2003.
 9. ZONDERVAN K.T., BARLOW D.H.: *Epidemiology of chronic pelvic pain.* B Clin. Obstet Gynecol, 14: 403, 2000.
 10. MARTIN D.C., LING F.W.: *Endometriosis and pain.* Clin. Obstet. Gynecol, 42:664, 1999.
 11. HOWARD F.M.: *The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: pitfalls with a negative laparoscopy.* J. Am. Ass. Gynecol.
-