

Un approfondito approccio al dolore pelvico

FRANK F. TU



Un approccio originale al dolore neuropatico, alla sindrome dell'intestino irritabile, e alla lombalgia. Poche condizioni, più del dolore pelvico cronico, frustrano le pazienti e i ginecologi. Anche il termine stesso genera confusione. *Cronico* implica che il disturbo sia resistente al trattamento, ma la parola può riflettere anche l'incapacità di identificare il meccanismo del dolore, con conseguente trattamento inadeguato. E, sebbene molti clinici considerino cronica una condizione quando i sintomi persistono per 3-6 mesi, questo aspetto della diagnosi non è stato mai realmente validato.

Anche l'espressione *pelvico* non è chiaramente definita. Alcuni considererebbero in questa classe i sintomi che includono la parte lombosacrale del dorso, i glutei, l'anca, il perineo o l'addome, mentre altri preferiscono limitarlo ai disturbi associati a disfunzione viscerale (cioè, urgenza minzionale, stipsi o dismenorrea). Il ruolo dell'endometriosi, delle aderenze pelviche, dei leiomiomi, delle cisti ovariche sintomatiche, della flogosi, della mucosa vescicale, dei fattori psicologici o della sensibilizzazione delle vie nervose, rimane non chiaro. Un'inchiesta condotta presso i clinici conferma che si tratta di un problema difficile da trattare (1).

Per i nostri scopi, focalizzeremo l'attenzione sul trattamento del dolore, ricorrendo ad approcci sviluppati per condizioni non-ginecologiche, quali il dolore neuropatico, la sindrome dell'intestino irritabile (IBS, *Irritable Bowel Syndrome*) e la lombalgia. Gran parte dell'algoritmo che propongo ha per oggetto il sistema nervoso, ma tutte le componenti di questo programma sono possibili nelle mani del ginecologo.

Comprensione della fisiopatologia

Si stima che almeno il 25% delle donne accusino un dolore pelvico della durata di almeno 3 mesi (2). Il dolore pelvico cronico può avere varie cause, tra cui disfunzioni gastrointestinali, genito-urinarie, neurologiche, ormonali, cognitivo-psicologiche, muscolo-scheletriche, infettive, immunologiche (Tab. 1). I singoli meccanismi del dolore possono risiedere nei nervi periferici, nel sistema nervoso centrale (SNC), nella sierosa peritoneale, negli organi viscerali addominali o pelvici, o nei muscoli del cingolo pelvico e della parete addominale. Data la mancanza di test diagnostici definitivi per la maggior parte delle condizioni ritenute causa di dolore pelvico, i clinici non devono lasciarsi trascinare dalle vaste diagnosi differenziali pubblicate di solito nelle rassegne. In termini pratici, la maggior parte delle pazienti, finché vengono escluse condizioni serie quali infezioni, neoplasie maligne o emorragie, trarranno beneficio soprattutto da un'attenzione diretta al miglioramento dei loro dolori, piuttosto che dal trattamento di una causa "teorica" dei loro sintomi.

Raccogliere l'anamnesi e formulare la diagnosi

L'anamnesi deve essere accurata, ma non è necessario prolungare una prima visita per ottenere tutti gli ele-

Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, and Assistant Professor of Physical Medicine and Rehabilitation Medicine
Feinberg School of Medicine at Northwestern University
and Division Director, Endoscopic Surgery and Chronic Pelvic Pain
Evanston Northwestern Healthcare

© Copyright 2007, CIC Edizioni Internazionali, Roma

TABELLA 1 - DIAGNOSI DIFFERENZIALE DEI COMUNI MECCANISMI DI PRESENTAZIONE DEL DOLORE PELVICO.

Gastrointestinali <ul style="list-style-type: none"> ■ Sindrome dell'intestino irritabile ■ Malattia celiaca ■ Malattie infiammatorie intestinali 	Neurologici (continuazione) <ul style="list-style-type: none"> ■ Neuromi postoperatori della parete addominale o vaginale ■ Nevralgia del nervo pudendo ■ Aderenze intra-addominali sintomatiche
Genito-urinari <ul style="list-style-type: none"> ■ Cistite interstiziale/sindrome della vescica dolente ■ Leiomioma infartuato ■ Cisti annessiali sintomatiche ■ Adenomiosi ■ Dismenorrea primaria ■ Sindrome uretrale ■ Cistite ricorrente ■ Urolitiasi 	Cognitivi-psicologici <ul style="list-style-type: none"> ■ Somatizzazione ■ Drammatizzazione
Neurologici <ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibilizzazione centrale o periferica (cioè, dolore persistente dopo malattia infiammatoria pelvica o colite infettiva) 	Muscolo-scheletrici <ul style="list-style-type: none"> ■ Trigger point ■ Sindromi dolorose del pavimento pelvico ■ Disfunzione del cingolo pelvico ■ Diastasi della sinfisi pubica ■ Disfunzione delle articolazioni sacro-iliache
	Immunologici <ul style="list-style-type: none"> ■ Endometriosi ■ Sindrome di congestione pelvica

menti fin dall'inizio o anche alla seconda visita. Occorre domandare quali sono le caratteristiche qualitative, di sede e temporali del dolore. I crampi possono certamente suggerire una causa viscerale, specialmente quando si accompagnano a disfunzioni viscerali; il dolore urente è spesso descritto in condizioni di dolore "neuropatico". Si devono chiedere anche, in particolare, gli eventi o i problemi medici che si sono verificati in vicinanza del momento della presentazione iniziale. Le pazienti che sviluppano un dolore persistente dopo un grave incidente del traffico, o dopo un intervento di chirurgia pelvica maggiore è più probabile che abbiano una disfunzione muscolo-scheletrica o neuropatica non trattata che si protrae dopo questi insulti, piuttosto che una condizione nuova e non correlata all'evento, come ad esempio una endometriosi.

Occorre tener presente che le rappresentazioni dei visceri pelvici (cioè, vescica urinaria, utero) e delle strutture somatiche (vale a dire, retto addominale, ileopsoas, sinfisi pubica) probabilmente si sovrappongono a livello del SNC (3). Così, la stessa localizzazione del dolore riferita da due diverse pazienti può essere dovuta alla presenza di *trigger point* (aree locali di spasmo) nella parete addominale in una, e a una adenomiosi che ha invaso il miometrio nell'altra.

È opportuno anche esplorare i sintomi associati a carico di sistemi d'organo correlati, tra cui i problemi relativi al dolore durante i rapporti sessuali. La sindrome della vescica dolorosa è caratterizzata da urgenza minzionale, pollachiuria, e nicturia associate a dolore pelvico. Una base diagnostica comunemente impiegata richiede che i sintomi persistano per almeno 3 mesi, che la paziente riferisca un punteggio del dolore vescicale superiore a 2/10, e che siano presenti almeno 2 delle seguenti condizioni: (a) uno score di urgenza superiore a 2/10, (b) una frequenza minzionale media di più di 7 volte al giorno, e (c) nicturia. Nello stesso tempo, bisogna escludere una cistite batterica acuta, un herpes genitale, neoplasie maligne del tratto urogenitale, tumori benigni della vescica, nonché una storia di cistite indotta da ciclofosfamide o da radiazioni o di natura tubercolare, di lesione del midollo spinale, accidente cerebrovascolare, malattia di Parkinson, sclerosi multipla o spina bifida (4, 5).

Quando si esplorano i problemi gastrointestinali, va presa in considerazione la IBS, che naturalmente si accompagna ad alterazioni dell'alvo o della consistenza delle feci.

Devono essere riviste anche altre condizioni mediche concomitanti, in particolare le diagnosi psicologiche (fino a tre quarti delle pazienti con dolore pelvico cronico possono avere disturbi del sonno, che derivano dalla loro malattia cronica. Mirare a questa privazione del sonno può essere di importanza cruciale per ripristinare una normale qualità di vita e, a sua volta, per affrontare in maniera adeguata una condizione dolorosa cronica). Una storia di abuso di droghe, soprattutto oppioidi, andrebbe valutata esplicitamente, poiché queste pazienti non sono evidentemente candidate ideali per assumere altri oppioidi.

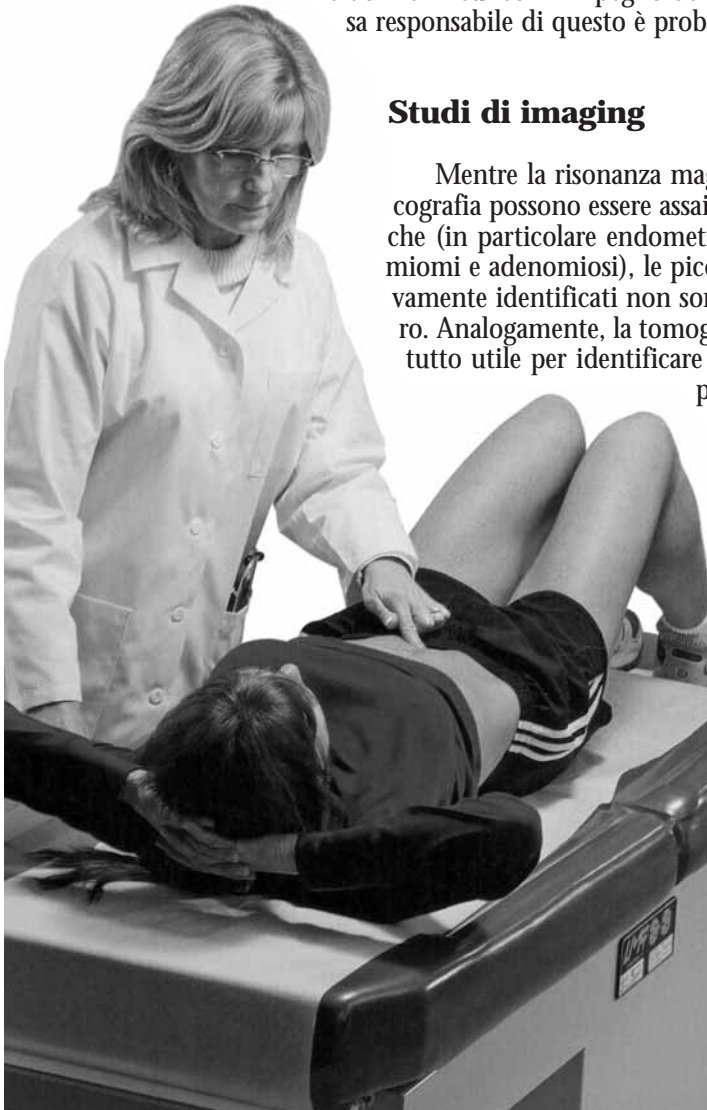
La precedente storia chirurgica, con una revisione dei relativi referti operatori, può contribuire a stabilire se è stata eseguita una adeguata esplorazione del bacino (onde escludere una endometriosi e programmare in anticipo un eventuale intervento successivo). Va anche esplorata la storia sociale della paziente. Quale tipo di lavoro svolge e quale attività ricreativa/fisica pratica?

Quando rivedo l'uso attuale e pregresso di farmaci e di altre terapie (incluse quelle della medicina complementare), mi soffermo a valutare quanto efficaci siano stati i trattamenti precedenti. Alcune donne non avranno

provato per un tempo sufficiente un certo farmaco (ad esempio, un antidepressivo triciclico), mentre altre avranno presentato effetti collaterali significativi, che devono mettere in guardia contro un loro impiego futuro.

Eseguire l'esame obiettivo

Un esame tranquillo deve avere per oggetto i tessuti sia somatici che viscerali di addome, dorso, anche e bacino. La palpazione sia superficiale che profonda con un unico dito può aiutare a distinguere tra una sensibilità esagerata a stimoli che normalmente non provocano dolore (allodinia), come un leggero sfioramento della cute, una dolenzia della parete addominale (*trigger point* o sindrome dolorosa miofasciale regionale); e un dolore viscerale. Aree locali di allodinia della parete addominale, particolarmente a livello della cicatrice di una vecchia incisione addominale, possono rispondere in maniera eclatante alle iniezioni di un anestetico locale (vedi oltre). I *trigger point*, sebbene assai discussi, godono di un certo favore quali legittimi disturbi nella letteratura generale sul dolore cronico (6). Essi sono stati descritti come aree locali di spasmo muscolare, con bande rigide e quadri caratteristici di dolore riferito. Poiché possono rispondere straordinariamente bene ad approcci conservativi, quali la terapia fisica e le iniezioni di anestetici locali, vale la pena differenziarli da cause di dolore più profonde. Una tecnica che può servire a questo scopo è il test di Carnett (Fig. 1), dove la paziente, in posizione supina, esegue uno schiacciamento addominale modificato mentre il medico palpa sistematicamente il muscolo retto. Nelle donne in cui con l'impegno della parete addominale il dolore diminuisce, la causa responsabile di questo è probabilmente viscerale o intra-addominale.



Studi di imaging

Mentre la risonanza magnetica (MRI, *Magnetic Resonance Imaging*) o l'ecografia possono essere assai utili per caratterizzare ulteriormente masse pelviche (in particolare endometriosi) e disturbi uterini sospetti (voluminosi leiomiomi e adenomiosi), le piccole cisti ovariche semplici e i leiomiomi successivamente identificati non sono in genere cause di dolore pelvico cronico severo. Analogamente, la tomografia computerizzata (TC) con contrasto è soprattutto utile per identificare sospette infezioni intra-addominali, come un'appendicite o un ascesso tubo-ovarico. In generale, quindi, gli studi di imaging sono utili soprattutto per confermare diagnosi suggerite dall'anamnesi e dall'esame obiettivo.

Un numero sempre crescente di radiologi interventisti preferiscono la venografia in risonanza magnetica per valutare varicosità pelviche. La presenza di vene pelviche e ovariche dilatate e tortuose, con flusso lento, è stata definita sindrome da congestione pelvica (PCS, *Pelvic Congestion Syndrome*), ma non possiamo essere certi se essa sia un marker di infiammazione generale o una reale causa dei sintomi dolorosi. Va notato che oltre il 30% delle donne presentatesi per una

Fig. 1 - Test di Carnett - Per differenziare il dolore della parete addominale da quello viscerale più profondo, mettere la paziente in posizione supina con i ginocchi flessi. Fategli eseguire un movimento modificato di schiacciamento addominale che impegni i retti addominali, mentre si stacca dal lettino di 3-5 cm. Il confronto del dolore con e senza contrazione di questi muscoli può aiutare a localizzare la fonte del dolore, poiché con l'impegno muscolare i visceri sono protetti da una mano dell'esaminatore.

valutazione completa in una clinica turca specializzata nel dolore pelvico avevano unicamente segni di PCS, e che molte di esse rispondevano alla terapia con agonisti GnRH o con progestosterone (7). Nelle donne con studi di MRI positivo, il passo successivo è rappresentato in genere da una venografia sotto guida fluoroscopica, con il mezzo di contrasto iniettato o nell'utero o nelle vene pelviche attraverso un approccio giugulare, per confermare la presenza di vene di morfologia anormale. In assenza di reperti evidenti all'esame obiettivo, si rinvia l'imaging fino a quando non siano state almeno tentate le terapie di primo grado.

Quale ruolo ha l'endoscopia?

Molte pazienti si sottopongono alla colonscopia per la valutazione del dolore addominale, il cui uso routinario non è, al pari dell'imaging, consigliato. Anche nei disturbi funzionali intestinali quali l'IBS, è probabile una scarsa resa (tranne nel caso in cui vi sia una storia di rettorragie). La laparoscopia pelvica diagnostica rimane oggetto di dibattito sebbene sia largamente usata, dal momento che quasi il 40% di tutte le laparoscopie eseguite negli Stati Uniti lo sono con l'indicazione di dolore addominale o pelvico (8). Certamente esistono solide evidenze che suffragano l'utilità della laparoscopia nel trattamento minimamente invasivo dell'endometriosi diffusa o delle masse ovariche, o nell'isterectomia per sospetta adenomiosi. Tuttavia, quando l'endometriosi è sospettata quale causa fondamentale, numerosi esperti hanno raccomandato il trattamento empirico del dolore pelvico.

Un ricercatore, usando criteri preoperatori che escludevano altre possibili cause del dolore, ha predetto con precisione, al momento della laparoscopia, una endometriosi nel 71%–87% delle donne. Egli ed altri hanno suggerito che gli agonisti GnRH, senza intervento chirurgico, potrebbero essere più appropriati (9). Sebbene questa strategia attragga quei medici che possono sentirsi a disagio nell'eseguire biopsie peritoneali laparoscopiche, molti sono ancora favorevoli alla laparoscopia diagnostica, ma in generale, dato il gran numero di donne che riferiscono intolleranza agli agonisti GnRH, la laparoscopia viene riservata ai soggetti con esami clinici sospetti per endometriosi diffusa o masse pelviche, o in cui i tentativi empirici con la terapia ormonale, la fisioterapia e gli agenti neurologici non hanno avuto successo.

Trovare il miglior trattamento

Sebbene l'algoritmo qui proposto differisca da molte delle linee-guida pubblicate, i lettori troveranno che questo approccio rispecchia in gran parte quanto affermato nelle linee-guida di consenso prodotte nel 2005 dalla *Society of Canadian Obstetricians and Gynaecologists*, che sono quelle in lingua inglese di gran lunga più complete su questo disturbo (10). Tuttavia, se il sospetto clinico indica fortemente un particolare disturbo, è sensato indirizzare per prima la terapia verso quel disturbo.

Ormoni

Molte donne traggono sollievo dal dolore con i contraccettivi orali (CO) estroprogestinici. Se ciò sia dovuto alla loro capacità di sopprimere l'endometriosi o di attenuare le influenze ormonali endogene sulla sensibilità dolorifica non è chiaro, ma un tentativo empirico della durata di 3-4 mesi sembra ragionevole, con la somministrazione continua quale opzione per sopprimere il flusso mestruale. Preparati sotto forma di cerotti o di anelli vaginali, che necessitano di essere sostituiti solo una volta la settimana o una volta al mese, sono opzioni per le pazienti con minor compliance.

I progestinici sono efficaci in varie sindromi di dolore pelvico, tra cui quella da congestione pelvica e per il dolore in rapporto con l'endometriosi (11). Gli agenti a breve durata di azione come il noretindrone acetato, alla dose di 5-15 mg, possono indurre amenorrea per contribuire ad alleviare il dolore severo correlato alle mestruazioni. Analogamente, anche un dispositivo intrauterino contenente levonorgestrel rappresenta un'utile opzione per ottenere una concentrazione tissutale locale sufficiente perfino a ridurre un'endometriosi retrovaginale (12).

Gli agonisti GnRH hanno guadagnato una notevole popolarità quale terapia empirica del dolore pelvico di presunta origine endometriosa. Il loro esatto meccanismo di azione non è chiaro, poiché lo stato ipoestrogenico può ridurre la crescita degli impianti endometriosici o alterare la sensibilità generalizzata al dolore. Sebbene almeno un trial randomizzato e controllato abbia dimostrato che questi farmaci sono utili, la significativa disfun-

zione cognitiva, le modificazioni dell'umore e le vampate di calore avvertite da molte utilizzatrici moderano l'entusiasmo per un loro impiego routinario. Inoltre, essi sono consigliati per non più di 6-9 mesi, con terapia *add-back* di basse dosi di estrogeni o di progesterone, generalmente indicata per evitare una perdita ossea significativa.

Molte pazienti, che non rispondono agli agonisti GnRH, hanno una sottostante disfunzione muscoloscheletrica che risponde invece alla terapia fisica o ai farmaci tradizionalmente usati nel dolore neuropatico, evitando così i seri effetti collaterali e i fastidi della terapia con gli agonisti GnRH. Studi recenti, che vanno però confermati da ulteriori ricerche, indicano che gli inibitori dell'aromatasi, insieme ai CO o ai progestinici, possono causare minori effetti collaterali e perdita ossea (13).

Non-oppioidi

Se la paziente non ha già provato i farmaci anti-infiammatori non-steroidi (FANS), un breve tentativo della durata di 1 settimana alle dosi normalmente prescritte (600-800 mg di ibuprofene, 3-4 volte al giorno, oppure 550 mg di naproxene sodico, 2 volte al giorno) è certamente appropriato. Il tramadolo, un analgesico ibrido con proprietà analgesiche oppioidi e non-oppioidi, può essere preso in considerazione nelle pazienti che hanno bisogno di un agente leggermente più forte. In genere si comincia somministrando, secondo necessità, 25 mg ogni 6 ore, fino a una dose totale di 200-400 mg. Tuttavia, occorre sapere che questo farmaco può interagire con parecchi altri composti spesso usati per il controllo del dolore, e in particolare con gli antidepressivi triciclici; entrambi possono abbassare la soglia convulsiva.

Le donne con *trigger point*, o con aree dolenti, ipersensibili a livello di cicatrici, possono trarre beneficio dalla applicazione notturna di cerotti anestetici locali, per ridurre l'allodinia e la sensibilizzazione dei nervi periferici. Iniezioni nei *trigger point* di 3-5 mL di xilocaina 1%-2% tamponata 9:1 con bicarbonato di sodio, possono essere praticate sia nella parete addominale che in vagina con un ago 25-G, a condizione di avere familiarità con l'anatomia dei vasi adiacenti. Tali iniezioni vengono spesso eseguite in serie di tre, a distanza di una settimana, e combinate nello stesso tempo con terapia fisica.

Un pilastro del trattamento del dolore cronico, che non ha ricevuto grande attenzione in ginecologia, è l'impiego di farmaci neuromodulatori come gli antidepressivi triciclici e gli antiepilettici, che si ritiene riducano il dolore attraverso meccanismi serotoninergici sulle vie endogene centrali degli oppioidi. In certe situazioni, essi possono eliminare l'attività spontanea dei neuroni sia periferici che centrali ritenuta responsabile di molte sindromi dolorose pelviche, e determinare un prolungato sollievo dal dolore. Sebbene nessun trial randomizzato e controllato abbia valutato questi farmaci nelle sindromi ginecologiche di dolore pelvico, essi si sono dimostrati utili sia nella cistite interstiziale (IC, *Interstitial Cystitis*) che nelle IBS, e vengono usati routinariamente nel dolore sia endometrioso che non-endometrioso. Per ridurre al minimo gli effetti collaterali quali sedazione, secchezza delle fauci, disturbi dell'equilibrio, stipsi o ritenzione urinaria, noi consigliamo un aumento graduale della posologia (Tab. 2). Le pazienti ultracinquantacinquenni possono non essere candidate ideali al trattamento con antidepressivi triciclici, perché effetti collaterali possono presentarsi con maggior frequenza; in queste pazienti più anziane va presa in considerazione l'esecuzione annuale di un elettrocardiogramma, poiché sono possibili anomalie della conduzione. Se tali composti si dimostrano inizialmente efficaci, va fatto un tentativo di trattamento per 6-12 mesi; per evitare sintomi di astinenza, una volta che siano stati raggiunti dosaggi superiori a quello iniziale, i farmaci non vanno sospesi improvvisamente.

Terapia fisica

Molte donne con sintomi pelvici non ben definiti migliorano dopo essere state trattate da un fisioterapista bene addestrato. In studi recenti condotti in soggetti di sesso maschile con dolore pelvico cronico, incidenze più elevate di anomalie muscolo-scheletriche sono state osservate nei pazienti che nei controlli sani (14). Inoltre, molte pazienti con IC risponderanno alla terapia riabilitativa del pavimento pelvico. Idealmente, il terapeuta dovrebbe aver ricevuto un addestramento nel campo della salute femminile, ed essere in grado di eseguire una valutazione e un trattamento intravaginali. Molti dei muscoli della pelvi femminile possono sviluppare spasmi primari o secondari, la cui eziologia non è peraltro chiara. La perdita del rafforzamento fondamentale dovuto ad attività fisica non equilibrata o insufficiente può provocare uno sforzo esagerato di certi gruppi muscolari, quali l'ileoas, l'ereettore spinale o il retto addominale. Le sindromi dolorose del pavimento pelvico possono essere

TABELLA 2 - REGIMI SUGGERITI PER INIZIARE LA TERAPIA FARMACOLOGICA DEL DOLORE.

Farmaco	Dose iniziale, regime di graduale aumento	Effetti collaterali frequenti
<i>Antidepressivi triciclici</i> (nortriptilina, amitriptilina, imipramina, desipramina)	10-25 mg la sera, da aumentare gradualmente della stessa quantità ogni 4-7 giorni, fino a 100-150 mg	Sedazione, disturbi dell'equilibrio, secchezza delle fauci, stipsi, aritmie (quando si superano i 100 mg/die, prendere in considerazione il controllo dei livelli ematici dei metaboliti) In combinazione con il tramadolo, possono abbassare la soglia convulsiva*
<i>Antiepilettici</i> (gabapentin)	100-300 mg la sera, da aumentare gradualmente ogni 4-7 giorni, fino a 900-1.200 mg, 3 volte al giorno	Sedazione, disturbi dell'equilibrio, atassia, modificazioni dell'umore, facili lividi

**Se i sintomi migliorano l'aumento graduale della posologia va arrestato; se gli effetti collaterali durano più di 1-2 giorni, il paziente va mantenuto al dosaggio più basso precedentemente tollerato per un periodo di tempo fino a 2 settimane, per determinare il massimo beneficio.*

spesso trattate efficacemente con la manipolazione manuale, il *biofeedback*, o l'iniezione dei *trigger point* (15). Analogamente, le sindromi dolorose perineali, classicamente descritte come *nevralgie del nervo pudendo*, possono rispondere alla manipolazione fisica e agli esercizi di rafforzamento disegnati per alleviare la tensione sui nervi periferici pelvici che attraversano i forami della parte posteriore del bacino.

Oppioidi

In molte pazienti sarà necessario impiegare l'oxicodone, l'idrocodone o la morfina, specialmente dopo esposizione a questi farmaci in ambito postoperatorio. Purtroppo, sono pochi i dati sul loro ruolo nel trattamento del dolore pelvico. Piccole dosi di oppioidi a breve durata di azione quali l'oxicodone o l'idrocodone (fino a un massimo di 3-4 al giorno) possono essere usate con sicurezza nelle pazienti episodicamente (ad esempio, nella dismenorrea severa), ma un uso più frequente o l'inizio con formulazioni a rilascio prolungato (morfina solfato a rilascio prolungato, 15-60 mg ogni 8-12 ore; oxicodone a rilascio prolungato, 10-20 mg ogni 8-12 ore; metadone, 5-10 mg ogni 6-8 ore) deve essere limitato a un ruolo complementare in donne sottoposte a terapia multimodale. In questi casi, è utile consultare uno specialista algologo e stabilire politiche riguardo alla frequenza del follow-up ed a condizioni che regolino l'aggiustamento posologico.

Invio allo psicologo-psichiatra

Un approccio biopsicosociale può affrontare i fattori non-medici che invariabilmente colorano l'esperienza dolorosa unica di ogni donna, mentre questa viene trattata con i regimi terapeutici medici/chirurgici. Infatti, vi sono ricerche che indicano che i sintomi della IBS migliorano sia con la terapia cognitivo-comportamentale che con gli antidepressivi triciclici (16). Le pazienti con storia di abuso, scarso supporto sociale, depressione significativa, ansia o che tendono a drammatizzare, sono le migliori candidate per essere inviate allo psicologo-psichiatra. L'enfasi sull'invio a uno "psicologo della salute", soprattutto se per diminuire l'eccitazione del sistema nervoso autonomo è desiderabile un *biofeedback*, può ridurre le preoccupazioni delle pazienti di essere considerate delle simulatrici.

Terapie interventistiche

I trial clinici controllati per suffragare il trattamento operatorio routinario restano scarsi. Obiettivi della terapia ablativa sono gli impianti endometriocici. In assenza di solide evidenze obiettive che indichino un disturbo intraperitoneale strutturale (ad esempio, una massa ovarica, un endometrioma rettosigmoideo, un leiomioma andato incontro a infarto o a torsione), si può prendere in considerazione il rinvio della laparoscopia diagnostica almeno fino a quando non sia stato tentato uno degli approcci sopramenzionati. In effetti, un trial clinico randomizzato e controllato ha dimostrato un maggior sollievo dal dolore con la terapia non-chirurgica che con l'im-

mediata laparoscopia (17). Quando si eseguono approcci laparoscopici per endometriosi, l'escissione è generalmente preferita all'asportazione, poiché una invasione più profonda può essere correlata alla gravità dei sintomi, e quest'ultima tecnica elimina la probabilità di una diagnosi errata.

Molti chirurghi non raccomandano più l'adesiolisi, poiché un ben disegnato trial randomizzato pubblicato recentemente ha dimostrato che nelle sindromi di dolore addominale la rimozione delle aderenze non comportava alcun beneficio rispetto alla laparoscopia diagnostica (18). Analogamente, la neurectomia presacrale, mentre è efficace nella dismenorrea, non sembra offrire benefici significativi nel dolore pelvico, ove potenzialmente causa disfunzione vescicale e intestinale persistente. L'embolizzazione venosa da parte di un radiologo interventista esperto può aiutare a selezionare le pazienti che soddisfano i criteri della PCS; ancora una volta, è meglio riservare questo approccio alle pazienti in cui altre terapie sono fallite e nelle quali la presentazione generale del dolore pelvico è scarsamente caratterizzata. L'isterectomia deve essere l'ultima opzione cui ricorrere, a meno che non vi sia, sulla base dell'anamnesi e della valutazione MRI, un forte sospetto di una adenomiosi estesa, o non sia stata precedentemente diagnostica e sia clinicamente sospettata una endometriosi allo stadio IV.

Sebbene non ci siano bacchette magiche per il dolore pelvico cronico, numerose misure possono migliorare la qualità di vita di una paziente che ne è affetta, particolarmente una accurata, calma valutazione iniziale, riconoscendo che la maggior parte delle sindromi dolorose hanno probabilmente una importante componente neurologica. In effetti, semplicemente acquisendo familiarità con una manciata di antidepressivi triciclici, identificando una buona terapia fisica e le risorse della psicologia della salute nella comunità, e usando gli oppioidi in maniera attenta e senza automatismi, si potranno vantaggiosamente aiutare molte di queste donne.

Bibliografia

1. SELFE SA, VAN VUGT M, STONES RW. *Chronic gynaecological pain: an exploration of medical attitudes*. Pain. 1998;77:215-225.
2. ZONDERVAN KT, YUDKIN PL, VESSEY MP, et al. *The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour*. Br J Gen Pract. 2001;51:541-547.
3. BERKLEY KJ, RAPKIN AJ, PAPKA RE. *The pains of endometriosis*. Science. 2005;308:1587-1589.
4. WARREN JW, MEYER WA, GREENBERG P, et al. *Using the International Continence Society's definition of painful bladder syndrome*. Urology. 2006;67:1138-1142.
5. GILLENWATER JY, WEIN AJ. *Summary of the National Institute of Arthritis, Diabetes, Digestive and Kidney Diseases Workshop on Interstitial Cystitis*. National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, August 28-29, 1987. J Urol. 1988;140:203-206.
6. TRAVELL JG, SIMONS DG. *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*. Vol. 2. Baltimore, Md: Williams and Wilkins; 1992.
7. SOYSAL ME, SOYSAL S, VICDAN K, et al. *A randomized controlled trial of goserelin and medroxyprogesterone acetate in the treatment of pelvic congestion*. Hum Reprod. 2001;16:931-939.
8. TU FF, BEAUMONT JL. *Outpatient laparoscopy for abdominal and pelvic pain in the United States 1994 through 1996*. Am J Obstet Gynecol. 2006;194:699-703.
9. LING FW. *Randomized controlled trial of depot leuprolide in patients with chronic pelvic pain and clinically suspected endometriosis*. Pelvic Pain Study Group. Obstet Gynecol. 1999;93:51-58.
10. JARRELL JF, VILOS GA, ALLAIRE C, et al. *Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain*. J Obstet Gynaecol Can. 2005;27:781-826.
11. STONES RW, MOUNTFIELD J. *Interventions for treating chronic pelvic pain in women*. Cochrane Database Syst Rev. 2000:CD000387.
12. FEDELE L, BIANCHII S, ZANCONATO G, et al. *Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis*. Fertil Steril. 2001;75:485-458.
13. AMSTERDAM LL, GENTRY W, JOBANPUTRA S, et al. *Anastrozole and oral contraceptives: a novel treatment for endometriosis*. Fertil Steril. 2005;84:300-304.
14. HETRICK DC, CIOL MA, ROTHMAN I, et al. *Musculoskeletal dysfunction in men with chronic pelvic pain syndrome type III: a case-control study*. J Urol. 2003;170:828-831.
15. TU FF, AS-SANIE S, STEEGE JF. *Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: a systematic review of diagnosis: part I*. Obstet Gynecol Surv. 2005;60:379-385.
16. DROSSMAN DA, TONER BB, WHITEHEAD WE, et al. *Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders*. Gastroenterology. 2003;125:19-31.
17. PETERS AA, VAN DORST E, JELLIS B, et al. *A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain*. Obstet Gynecol. 1991;77:740-744.
18. SWANK DJ, SWANK-BORDEWIJK SC, HOP WC, et al. *Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial*. Lancet. 2003;361:1247-1251.

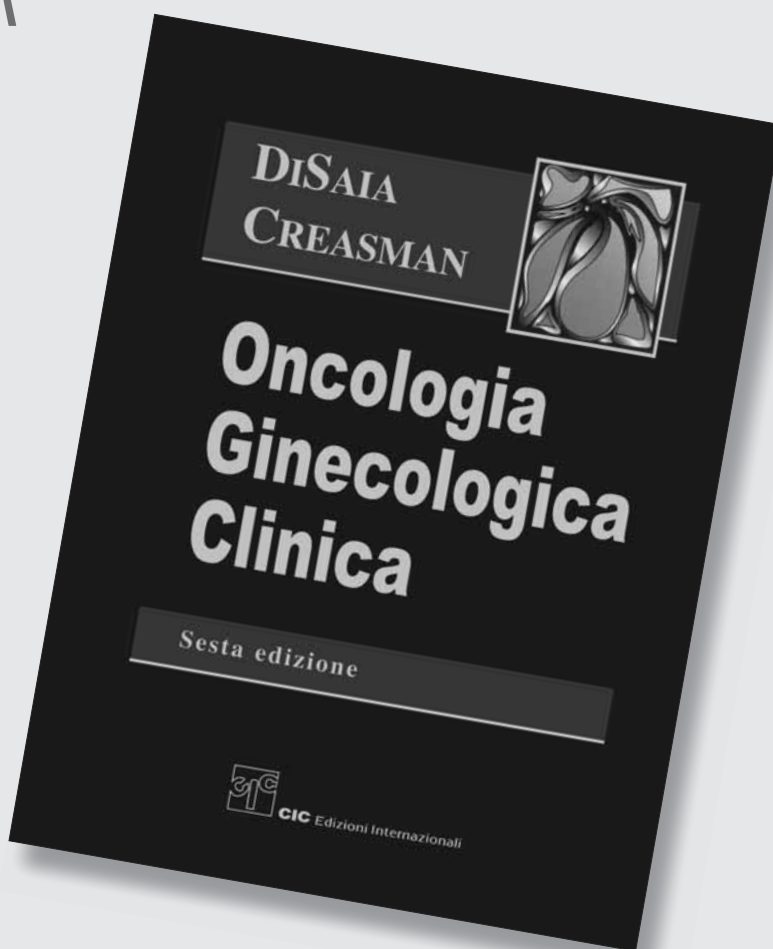
(Da Contemporary Ob/Gyn Febbraio 2007, pp. 44-55. ©Copyright 2007 Advanstar Communications Inc.)

W.T.Creasman, P.J. DiSaia

ONCOLOGIA GINECOLOGICA CLINICA

I edizione italiana
dalla VI edizione
inglese

Volume cartonato
di 740 pagine
con 330 immagini b/n
e 78 tavole a colori
f.to cm 21x29
€ 130,00



per acquisti on line www.gruppocic.com



CIC Edizioni Internazionali