



Somatizzazione e distress psicologico nelle donne con sindrome della vestibolite vulvare

D. ZOLNOUN^{a,b,*}, E.M. PARK^c, C.G. MOORE^d, C.A. LIEBERT^c,
F.F. TU^{e,f}, S. AS-SANIE^g

SOMATIZATION AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS AMONG WOMEN WITH VULVAR VESTIBULITIS SYNDROME

D. Zolnoun^{a,b}, E.M. Park^c, C.G. Moore^d, C.A. Liebert^c,
F.F. Tu^{e,f}, S. As-Sanie^g

^aDivision of Advanced Laparoscopy and Pelvic Pain, Department of Obstetrics and Gynecology, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA

^bCenter for Women's Health Research, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA

^cUniversity of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA

^dGeneral Medicine and Epidemiology, Department of Medicine, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA

^eDepartment of Obstetrics and Gynecology, Feinberg School of Medicine at Northwestern University, Chicago, IL, USA

^fDepartment of Physical Medicine and Rehabilitation, Feinberg School of Medicine at Northwestern University, Chicago, IL, USA

^gDepartment of Obstetrics and Gynecology, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA

Int. J. of Gynecol. and Obstet. 103:38-43, 2008
0020-7292\$ - see front matter

© 2008 International Federation of Gynecology and Obstetrics

Introduzione

La sindrome della vestibolite vulvare (VVS, *Vulvar Vestibulitis Syndrome*), il tipo più comune di dolore vulvovaginale cronico, compromette, in un qualche momento della loro vita, la salute psicologica, fisica e riproduttiva di quasi 1 donna su 10 (1). La VVS è nota anche come vulvodinia localizzata, vulvodinia localizzata provocata, e vestibolodinia (2, 3). L'eziologia della VVS resta poco conosciuta. La diagnosi si basa sui criteri generali di Friedrich del 1987: dolore persistente all'ingresso della vagina e dolenzia alla pressione locale sulla mucosa vulvare (vestibolo), quando non

viene identificato alcun altro disturbo ginecologico (4).

Dal punto di vista clinico, la VVS è classificata in 2 sottogruppi, primaria e secondaria, sulla base della iniziale comparsa del dolore, quando la paziente per la prima volta usa un tampone o ha un rapporto sessuale (primaria), o successivamente, dopo un intervallo libero da dolore (secondaria) (4). Tra i due gruppi vengono riportate differenze per quanto riguarda il decorso clinico e le caratteristiche psicologiche (5). È stato dimostrato che, rispetto alle donne con VVS secondaria, quelle con VVS primaria hanno una più scarsa risposta al trattamento e livelli più elevati di distress psicologico (6).

Sulla base della nostra esperienza clinica e dei costrutti esistenti in letteratura per quanto concerne il dolore cronico (7), abbiamo ipotizzato che un sistema di classificazione a due livelli (primario e secondario)

non potesse cogliere appieno, in questa popolazione, la gamma delle caratteristiche psicologiche e fisiche. Nonostante l'opportunità di incorporare le caratteristiche psicologiche nella classificazione delle donne con VVS sia stata a lungo sostenuta (8, 9), scarse sono le evidenze che mettono in rilievo l'importanza di questo approccio modificato.

Le sfumature della relazione tra presentazione clinica, informazioni riguardo al dolore, e caratteristiche psicologiche, non sono completamente note. Convenzionalmente, tuttavia, i più elevati livelli di distress osservati nella VVS primaria sono stati attribuiti alla gravità del dolore e alla sua più lunga durata (10, 11). Noi ipotizziamo che queste sfumature nella presentazione clinica e nelle caratteristiche psicologiche possano essere indicative di differenze fisiopatologiche di base, che possono non essere colte usando uno schema binario. Ad esempio, delle donne con VVS secondaria, alcune possono riferire una comparsa acuta del dolore dopo anni di attività sessuale libera da esso (secondaria "vera"), mentre altre possono avallare una comparsa del dolore più intermittente/graduale (primaria latente). Le donne di quest'ultimo gruppo, sebbene classificate convenzionalmente come affette da VVS secondaria, possono avere caratteristiche simili a quelle delle donne con VVS primaria. Pertanto, abbiamo ipotizzato che una delle ragioni dell'eterogeneità frequentemente osservata nelle pazienti con VVS secondaria sia che le donne con una storia di dolore subacuto che dura tutta la vita e che più tardi diviene clinicamente significativo sono raggruppate con quelle che hanno una comparsa "acuta" del dolore. La nostra ipotesi è che le caratteristiche psicologiche delle pazienti con VVS primaria latente sarebbero simili a quelle delle donne con dolore a comparsa primaria e che entrambe avrebbero maggiori disturbi psicologici, rispetto a quelle con VVS secondaria. Abbiamo quindi studiato la distribuzione delle caratteristiche psicologiche e la cronaca del dolore clinico usando sia uno schema classificativo convenzionale (a 2 livelli) che uno più sfumato (a 3 livelli).

Materiali e metodi

Lo studio esplorativo trasversale è stato condotto tra il 1° agosto 2003 e il 31 ottobre 2005, ed è stato approvato dal Comitato dell'Università della North Carolina per Protezione dei Soggetti Umani. Tutte le pazienti con una diagnosi di VVS valutate presso la Clinica del Dolore Pelvico dell'Università della North Carolina (*UNC Pelvic Pain Clinic*) erano eleggibili per la partecipazione, tranne quelle con altri dolori urogenitali (ad es., vaginismo, vulvodinia generalizzata, cistite interstiziale, dolore pelvico cronico), disturbi der-

matologici (ad es., lichen sclerosus, lichen simplex cronico) o neuropatie (ad es., neuralgia pudenda). Abbiamo spedito un modulo per il consenso e i questionari per valutare le caratteristiche psicologiche e il dolore nei rapporti sessuali a 191 donne eleggibili, il 71% ($n = 137$) hanno restituito i questionari compilati. Tuttavia, soltanto 109 pazienti (il 57% di quelle eleggibili) erano in grado di essere intervistate per una classificazione diagnostica. Queste 109 donne costituiscono il campione dello studio.

Al fine di classificare le donne come affette da VVS primaria o secondaria, un ricercatore (LP) ha eseguito telefonicamente un'intervista strutturata a tutti i soggetti. Secondo la definizione standard di VVS primaria, a tutte le pazienti veniva chiesto: "il dolore ha avuto inizio in occasione del primo tentativo di rapporto sessuale o di impiego di un tampone?". Una risposta positiva indicava una classificazione primaria, una negativa una classificazione secondaria. Le donne con VVS secondaria riferivano di avere sviluppato il dolore dopo un intervallo libero. Per verificare che la nostra intervista telefonica fosse simile alla diagnosi clinica standard (usando i criteri di Friedrich [4]), abbiamo confrontato la diagnosi da noi formulata per mezzo dell'intervista con la cartella clinica. La concordanza tra i due metodi (revisione della cartella clinica e intervista telefonica) era elevata (90%) per la classificazione in VVS primaria e secondaria ($\kappa = 0,78$; intervallo di confidenza al 95%, 0,65–0,91).

L'intervista telefonica strutturata è stata usata anche per ottenere la classificazione della VVS in 3 categorie. Questo schema classificativo più dettagliato includeva la categoria "VVS primaria latente". Una diagnosi di VVS primaria latente era formulata quando le donne riferivano di aver sviluppato un dolore costante nei rapporti sessuali più tardi nel corso della vita, ma indicavano anche di avere avvertito un fastidio intermittente nell'uso dei tamponi e/o nei rapporti sessuali che influenzava il loro comportamento ma era di breve durata. La diagnosi di VVS primaria latente era posta se le donne riferivano che "il dolore era cominciato come un dolore o un fastidio lieve che all'inizio non era di grado tale da richiedere la consultazione di un medico, ma che era andato progressivamente peggiorando nel giro di mesi o di anni." Delle 34 donne riclassificate nel gruppo della VVS primaria latente, 26 (76,5%) provenivano dal sottogruppo convenzionale della VVS secondaria, e 7 (20,6%) da quello della VVS primaria.

Le partecipanti hanno compilato una batteria di questionari di valutazione dei tratti psicologici e del dolore autoriferito. Le caratteristiche demografiche erano estratte dalle registrazioni elettroniche dei dati medici. Per misurare 5 aspetti del dolore durante i rapporti sessuali abbiamo usato la *Gracely Pain Scale* (12). Le donne classificavano i dolori massimo, medio e mi-

nimo associato ai rapporti su una scala da 0 a 100. Le partecipanti sceglievano anche i descrittori verbali del loro dolore, cercando la parola che meglio descriveva la loro esperienza di dolore. Questi descrittori verbali colgono due importanti domini: (1) intensità (gravità del dolore fisico): e (2) sgradevolezza (risposta emotiva a un determinato livello di dolore fisico). Di un valore numerico predeterminato per ciascun descrittore verbale veniva fatta la media per ottenere un punteggio riassuntivo. Versioni modificate di questo questionario sono frequentemente usate per valutare il dolore nei pazienti con disturbi algici idiopatici (ad es., disturbo temporomandibolare e fibromi algia) (13).

Per valutare le caratteristiche psicologiche generali abbiamo usato i seguenti questionari: *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*; *Pennsylvania State University Inventory of Limbic Languidness (PILL)*; e *Global Severity Index of the Brief Symptom Inventory (BSI-GSI)*. Lo STAI (14) è largamente usato nella ricerca clinica e consiste in due questionari a 20 voci che valutano il livello di ansia attuale (stato) e la tendenza generale all'ansia (tratto). Il valore normale per una popolazione femminile con caratteristiche demografiche simili è di 36 in entrambe le scale. Per confronto, il punteggio medio di una popolazione di soggetti neuropsichiatrici ricoverati è di 47,7 e 46,6 per le scale dell'ansia di stato e di tratto, rispettivamente. Il PILL (15) valuta la somatizzazione cogliendo la frequenza con cui si verificano 54 sintomi fisici e sensazioni comuni (ad es., cefalea, xerofthalmia). Esso ha un'elevata consistenza interna ($\alpha = 0,88$). Il valore normale per la popolazione femminile è di 99–104. Un punteggio elevato per la somatizzazione di base è un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di uno stato di dolore cronico (16) e correla bene con la sensibilità al dolore e la progressione verso la cronicità (17). Il BSI (18) consiste in 53 voci che classificano il distress psicologico in 9 aree quali somatizzazione, ansia e depressione. L'indice globale di severità (GSI) si ottiene combinando il numero e l'intensità dei sintomi riferiti. La validità test-retest per il punteggio GSI è di 0,90 (18). Il valore normale per la popolazione femminile è 50, con un cutoff clinico di 63 (19).

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando la SAS versione 9,0 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Tutti i test sono stati eseguiti ad $\alpha = 0,05$. Per confrontare le 2 e le 3 categorie della VVS per le variabili discrete (razza, livello di istruzione, stato civile, e parità) abbiamo usato il test esatto di Fisher. Per valutare le variabili continue demografiche e medico-anamnestiche (età, numero di precedenti medici, e durata del dolore nei rapporti sessuali) abbiamo utilizzato un test t a 2 campioni per le due categorie di VVS, e l'analisi della varianza per le tre categorie. Per confrontare le 2 e le 3 categorie di VVS per il dolore e le

caratteristiche psicologiche, abbiamo impiegato l'analisi della covarianza, controllando per l'età, in quanto i gruppi differivano significativamente per questa variabile demografica. Non abbiamo controllato per le differenze nella storia medica tra gruppi (ad es., nulliparità e precedenti visite mediche), perché queste variabili sono conseguenze dell'inizio precoce della malattia, e sono quindi parte della definizione diagnostica. Quando l'analisi della varianza era significativa per la definizione della VVS in 3 categorie, sono stati eseguiti confronti tra gruppi per mezzo del test t .

Risultati

Complessivamente, la nostra coorte era costituita da donne sposate (75,2%), di razza bianca (91,7%), istruite (91,9% con diploma di scuola superiore), nel quarto decennio di vita (età media, $31 \pm 6,9$ anni) che riferivano dolore nei rapporti sessuali da una media di $3,2 \pm 2,3$ anni. Il numero medio di visite mediche eseguite per tali dolori era di $2,9 \pm 2,4$. Come gruppo, le partecipanti avevano livelli più elevati di ansia di tratto (media, $42,4 \pm 11,3$), distress psicologico (media, $60,7 \pm 8,8$) e somatizzazione (media, $115 \pm 26,2$), rispetto a quelli normali per la popolazione generale.

La nostra intervista ha accertato, in 38 donne (34,9%) una diagnosi di VVS primaria, e in 71 (65,1%) di VVS secondaria. Usando la nostra classificazione più dettagliata a 3 livelli, abbiamo calcolato che 39 donne (29,4%) avevano una VVS "primaria latente", e 43 (39,4%) una VVS secondaria. Il gruppo con la forma primaria latente era costituito principalmente da pazienti cui precedentemente, usando il sistema classificativo binario, era stata diagnosticata una forma secondaria (82,4%).

Usando quest'ultimo sistema, non c'erano differenze per quanto riguarda le variabili rappresentate dalle caratteristiche demografiche di base e dalla storia medica, tra i gruppi della VVS primaria e secondaria, se si eccettuano l'età, la parità, e il numero medio di visite mediche per tale causa (Tab. 1). Le pazienti del gruppo con VVS primaria, essendo un po' più giovani e avendo avuto, per definizione, una comparsa più precoce dei sintomi, era più probabile che fossero nullipare e fossero state sottoposte a un maggior numero di visite mediche, rispetto a quelle con VVS secondaria. I due sottogruppi di donne con VVS riferivano dolori simili nei rapporti mestruali. Nel gruppo con VVS primaria, rispetto a quello con la forma secondaria, ansia di tratto, somatizzazione e distress psicologico erano significativamente maggiori.

I risultati ottenuti usando il sistema di classificazione a 3 livelli rispecchiavano quelli della classificazione convenzionale per quanto riguarda la più giovane età e

TABELLA 1 - DATI DEMOGRAFICI, STORIA MEDICA E CARATTERISTICHE PSICOLOGICHE DI DONNE CON SINDROME DI VESTIBOLITE VULVARE, USANDO LO SCHEMA DI CLASSIFICAZIONE CONVENZIONALE.

| | Vestibolite primaria | | Vestibolite secondaria | | P |
|---|----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------|
| | No. | | No. | | |
| <i>Dati demografici e storia medica</i> | | | | | |
| Età, anni | 38 | 29,0 (6,1) | 71 | 32,1 (7,1) | 0,027 |
| Durata del dolore nei rapporti, anni | 38 | 3,1 (2,4) | 70 | 3,3 (2,2) | 0,718 |
| Precedenti visite | 33 | 3,7 (3,0) | 56 | 2,4 (1,7) | 0,023 |
| Razza bianca, % | 38 | 92,1 | 71 | 91,5 | 1,000 |
| Livello di istruzione (diplomate), % | 36 | 88,9 | 63 | 93,6 | 0,457 |
| Coniugate, % | 38 | 65,8 | 71 | 80,3 | 0,108 |
| Nullipare, % | 38 | 94,7 | 71 | 62,0 | 0,0002 |
| <i>Dolore riferito e caratteristiche psicologiche</i> | | | | | |
| Dolore medio nei rapporti | 34 | 62,7 (4,9) ^b | 69 | 54,3 (3,4) ^b | 0,173 |
| Dolore massimo nei rapporti | 34 | 81,8 (4,0) ^b | 69 | 75,4 (2,8) ^b | 0,091 |
| Dolore minimo nei rapporti | 34 | 40,3 (5,2) ^b | 69 | 34,3 (5,6) ^b | 0,342 |
| Descrittori verbali del dolore nei rapporti | | | | | |
| Intensità | 33 | 36,2 (3,2) ^b | 67 | 33,1 (2,2) ^b | 0,427 |
| Sgradevolezza | 33 | 15,6 (1,6) ^b | 69 | 13,9 (1,1) ^b | 0,379 |
| Ansia di stato (STAI-S) | 38 | 43,0 (2,0) ^b | 71 | 38,5 (1,4) ^b | 0,069 |
| Ansia di tratto (STAI-T) | 38 | 45,4 (1,8) ^b | 71 | 40,8 (1,3) ^b | 0,049 |
| Somatizzazione (PILL) | 38 | 124,6 (4,2) ^b | 71 | 110,4 (3,0) ^b | 0,007 |
| Distress psicologico (BSI-GSI) | 38 | 63,3 (1,4) ^b | 71 | 59,2 (1,0) ^b | 0,022 |

Abbreviazioni: STAI-S, State Anxiety Inventory; STAI-T, Trait Anxiety Inventory; PILL, Pennebaker Inventory of Limbic Languidness; BSI-GSI, Brief Symptom Inventory, Global Severity Index.

aI valori sono espressi come media (deviazione standard), media (errore standard)^b, o percentuale.

cTest t a due campioni sono stati usati per età, numero di precedenti medici, e durata del dolore. Test esatti di Fisher sono stati usati per razza, livello di istruzione, stato civile, e parità. Per tutte le caratteristiche psicologiche e del dolore è stata usata l'analisi della covarianza, controllando per l'età.

la maggiore probabilità di essere nullipare delle pazienti con VVS primaria, rispetto a quelle degli altri due gruppi (Tab. 2). I gruppi non differivano per altre variabili demografiche, storia clinica, o dolore nei rapporti sessuali. Come con la classificazione a 2 livelli, le donne con VVS primaria avevano la tendenza a maggiori ansia e distress psicologico, e una somatizzazione significativamente più elevata, rispetto a quelle con VVS secondaria. Il gruppo con VVS primaria latente non differiva significativamente, nelle variabili psicologiche, rispetto a quelli con le forme sia primaria che secondaria, collocandosi in genere tra le due. Il gruppo con VVS primaria latente tendeva a mostrare una somatizzazione maggiore (116) che la popolazione generale (99–104) (13).

Discussione

Il nostro gruppo ha trovato che il sottogruppo di donne con VVS primaria aveva i livelli più alti di somatizzazione, ansia, e distress psicologico. Tuttavia, non abbiamo rilevato differenze significative, tra i sottogruppi di donne con VVS, nelle misure del dolore

nei rapporti sessuali. Non abbiano neppure confermato la nostra ipotesi che il gruppo con VVS primaria latente differisse da quello con VVS secondaria quanto a distress psicologico e somatizzazione. Il gruppo con la forma primaria latente non presentava differenze significative, rispetto agli altri due gruppi, in termini di dolore o di caratteristiche psicologiche; tuttavia, in queste misure le donne tendevano ad avere punteggi intermedi tra i gruppi con VVS primaria e secondaria. Inoltre, nel gruppo con VVS primaria latente i punteggi relativi alla somatizzazione tendevano a essere più alti che nella popolazione normale, mentre erano paragonabili in quello con la forma secondaria.

Si tratta di dati interessanti, ma per confermare questi trend sono necessari campioni più numerosi. Nondimeno, come suggerito da altri ricercatori del settore, la classificazione dicotomica delle donne con VVS basata sulla storia limitata alla comparsa del dolore può non cogliere a sufficienza l'eterogeneità di un disturbo algico (21).

Il nostro studio ha diverse limitazioni. Primo, è importante notare che la nostra popolazione di riferimento della Clinica del Dolore Pelvico riflette l'estremità più grave dello spettro delle pazienti con VVS.

TABELLA 2 - DATI DEMOGRAFICI, STORIA MEDICA E CARATTERISTICHE PSICOLOGICHE DI DONNE CON SINDROME DI VESTIBOLITE VULVARE, USANDO LO SCHEMA DI CLASSIFICAZIONE A 3 LIVELLI^a.

| | Vestibolite primaria | | Vestibolite primaria latente | | Vestibolite secondaria | | P ^b |
|---|----------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------------|
| | No. | | No. | | No. | | |
| <i>Dati demografici e storia medica</i> | | | | | | | |
| Età, anni | 32 | 28,3 (6,1) ^d | 34 | 32,2 (7,4) | 43 | 32,1 (6,6) | 0,026 |
| Durata del dolore nei rapporti, anni | 32 | 3,3 (2,6) | 34 | 3,0 (2,1) | 42 | 3,4 (2,3) | 0,895 |
| Precedenti visite | 28 | 3,5 (3,0) | 27 | 2,5 (2,2) | 34 | 2,8 (1,8) | 0,246 |
| Razza bianca, % | 32 | 90,6 | 34 | 91,2 | 43 | 93,0 | 1,000 |
| Livello di istruzione (diplomate), % | 31 | 90,3 | 29 | 86,2 | 39 | 97,4 | 0,228 |
| Coniugate, % | 32 | 65,6 | 34 | 73,5 | 43 | 83,7 | 0,195 |
| Nullipare, % | 32 | 96,9 ^e | 34 | 61,8 | 43 | 65,1 | 0,001 |
| <i>Dolore riferito e caratteristiche psicologiche</i> | | | | | | | |
| Dolore medio nei rapporti | 28 | 63,7 (5,5) ^b | 32 | 54,3 (5,0) ^b | 43 | 55,0 (4,3) ^b | 0,383 |
| Dolore massimo nei rapporti | 28 | 84,1 (4,5) ^b | 32 | 73,2 (4,1) ^b | 43 | 73,1 (3,6) ^b | 0,124 |
| Dolore minimo nei rapporti | 28 | 41,4 (5,8) ^b | 32 | 32,9 (5,3) ^b | 43 | 35,4 (4,6) ^b | 0,548 |
| <i>Descrittori verbali del dolore nei rapporti</i> | | | | | | | |
| Intensità | 27 | 36,1 (3,6) ^b | 30 | 33,8 (3,4) | 43 | 33,0 (2,8) ^b | 0,798 |
| Sgradevolezza | | 16,2 (1,8) ^b | | 13,7 (1,6) ^b | | 13,8 (1,4) ^b | 0,487 |
| Ansia di stato (STAI-S) | 32 | 43,4 (2,2) ^b | 34 | 40,6 (2,1) ^b | 43 | 37,3 (1,8) ^b | 0,099 |
| Ansia di tratto (STAI-T) | 32 | 45,9 (2,0) ^{b,f} | 34 | 42,8 (1,9) ^b | 43 | 39,5 (1,7) ^b | 0,056 |
| Somatizzazione (PILL) | 32 | 124,2 (4,6) ^{b,g} | 34 | 116,4 (4,6) ^b | 43 | 107,8 (3,9) ^b | 0,029 |
| Distress psicologico (BSI-GSI) | 32 | 63,7 (1,6) ^{b,f} | 34 | 60,3 (1,5) ^b | 43 | 58,7 (1,3) ^b | 0,058 |

Abbreviazioni: STAI-S, State Anxiety Inventory; STAI-T, Trait Anxiety Inventory; PILL, Pennebaker Inventory of Limbic Languidness; BSI-GSI, Brief Symptom Inventory, Global Severity Index.

^aI valori sono espressi come media (deviazione standard), media (errore standard)^b, o percentuale.

^cAnalisi della varianza è stata usata per età, precedenti medici, e durata del dolore. Test esatti di Fisher sono stati usati per razza, livello di istruzione, stato civile, e parità. Per tutte le caratteristiche psicologiche e del dolore è stata usata l'analisi della covarianza, controllando per l'età.

^dP<0,05; ^eP<0,01 tra il gruppo della vestibolite primaria e gli altri 2 gruppi (latente e secondaria).

^fP<0,05; ^gP<0,01 tra vestibolite primaria e vestibolite secondaria. I confronti tra i 3 gruppi diagnostici sono stati eseguiti per mezzo del test t.

Inoltre, noi non avevamo, per confronto, un gruppo di controllo senza dolore o dei dati longitudinali. Un'altra possibile limitazione era data dal fatto che per classificare la VVS usavamo un'intervista telefonica, anziché basarci su una cartella clinica. Tuttavia, le cartelle cliniche tendono a essere incomplete, e la nostra intervista telefonica era strutturata e standardizzata, e coincideva ampiamente con la cartella clinica (concordanza del 90%). Infine, le 109 donne che siamo riusciti a raggiungere telefonicamente potevano essere differenti da quelle non trovate o che rifiutavano di partecipare. Tuttavia, le donne non disponibili per l'intervista telefonica non differivano in maniera significativa dalle partecipanti, in termini di variabili demografiche o importanti dal punto di vista clinico.

Le categorie della VVS non differivano quanto a durata o gravità del dolore nei rapporti. Nelle donne con VVS primaria, il dolore non durava da più lungo tempo, forse a causa della loro età più giovane e dell'inizio più tardivo dei rapporti sessuali. Nonostante un'analogia intensità del dolore, le donne con VVS primaria riferivano un distress psicologico e una somatizzazione maggiori, rispetto alle donne con VVS secondaria. Questo lavoro preliminare solleva il problema

relativo a una connessione causale tra distress psicologico e tipi di VVS (2). Trattati psicologici specifici possono precedere i disturbi dolorosi cronici o essere da questi modificati. Quando il disturbo psicologico viene misurato in un determinato punto nel tempo, è difficile determinare la natura dell'associazione causale con le sottocategorie di VVS. Sebbene distress psicologico e somatizzazione possano essere una conseguenza di condizioni di dolore cronico, tali tratti possono in realtà precedere lo sviluppo del dolore (anche se i tratti possono essere amplificati dai sintomi dolorosi) (16, 22). Infatti, in alcune condizioni di dolore idiopatico (ad es., disturbo temporomandibolare, sindrome dell'intestino irritabile) è stato dimostrato che i tratti psicologici che favoriscono la somatizzazione precedono la condizione e possono essere fattori di rischio indipendenti (23).

Il reperto di associazioni tra gravità di distress psicologico/somatizzazione e sottocategoria di VVS può indicare che una suscettibilità innata può precedere e permettere lo sviluppo della VVS in certi sottogruppi (ad es., in quella primaria). A differenza delle donne che possono avere una maggiore predisposizione genetica (ad es., primaria), quelle con una forma più lieve

possono presentare periodi variabili di sintomi fluttuanti subclinici (cioè, primari latenti), prima dello sviluppo della condizione più tardi, nel corso della vita. L'associazione tra caratteristiche psicologiche quali somatizzazione e condizioni di dolore idiopatico può essere spiegata in parte da varianti genetiche specifiche che mediano le attività di vie regolatorie centrali. Ad esempio, una variazione nel polimorfismo di un singolo nucleotide del gene che codifica per la catecol-O-metiltransferasi (COMT) è predittiva di distress psicologico (24, 25).

Poiché la gravità del dolore non differiva con la classificazione, mentre ciò avveniva per il distress psicologico, dobbiamo cominciare a pensare a un focolaio

unidimensionale su fattori periferici (mucosa del vestibolo) quale ragione del dolore, del distress persistente, e del successivo intervento chirurgico. Quasi dieci anni or sono, Pukall et al. (21) proposero di incorporare le caratteristiche psicologiche nella classificazione delle donne con VVS. Tuttavia, fino ad oggi non è stata implementata una revisione della classificazione. Il presente studio fornisce una prova empirica, peraltro limitata, in favore della inclusione di caratteristiche psicologiche nella valutazione delle donne con VVS. Esso mette altresì in risalto la necessità fondamentale di cercare di definire sottotipi di donne con VVS e di meglio comprendere l'associazione tra fattori psicologici ed esiti clinici.

Bibliografia

1. Harlow BL, Wise LA, Stewart EG. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185(3):545-50.
2. Bachmann GA, Rosen R, Arnold LD, Burd I, Rhoads GG, Leiblum SR et al. Chronic vulvar and other gynaecologic pain: prevalence and characteristics in a self-reported survey. *J Reprod Med* 2006;51(1):3-9.
3. Bachmann GA, Rosen R, Pinn VW, Utian WH, Ayers C, Basson R et al. Vulvodynia: a state of the art consensus on definitions, diagnosis and management. *J Reprod Med* 2006;51(6):447-56.
4. Zolnoun D, Hartmann K, Lamvu G, As-Sanie S, Maixner W, Steege J. A conceptual model for the pathophysiology of vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol Surv* 2006;61(6):395-401 quiz 423.
5. Granot M, Friedman M, Yarnitsky D, Tamir A, Zimmer EZ. Primary and secondary vulvar vestibulitis syndrome: systemic pain perception and psychophysical characteristics. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(1):138-42.
6. Granot M, Zimmer EZ, Friedman M, Lowenstein L, Yarnitsky D. Association between quantitative sensory testing, treatment choice, and subsequent pain reduction in vulvar vestibulitis syndrome. *J Pain* 2004;5(4):226-32.
7. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992;6(4):301-55.
8. Binik YM. Dyspareunia Looks Sexy on First But How Much pain Will It Take for It To Score? A Reply to My Critics Concerning the DSM Classification of Dyspareunia as a Sexual Dysfunction. *Arch Sex Behav* 2005;34(1):63-7.
9. Pukall CF, Binik YM, Khalife S. A new instrument for pain assessment in vulvar vestibulitis syndrome. *J Sex Marital Ther* 2004;30(2):69-78.
10. Arnold LD, Bachmann GA, Rosen R, Kelly S, Rhoads GG. Vulvodynia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstet Gynecol* 2006;107(3):617-24.
11. Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen D. Psychosocial correlates of pain attributions in women with dyspareunia. *Psychosomatics* 1999;40(6):497-502.
12. Gracely RH. Evaluation of multi-dimensional pain scales. *Pain* 1992;48(3):297-300.
13. Zolnoun DA, Rohl J, Moore CG, Perinetti-Liebert C, Lamvu GM, Maixner W. Overlap between orofacial pain and vulvar vestibulitis syndrome. *Clin J Pain* 2008;24(3):187-91.
14. Spielberg CD, Gorusch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the state-trait anxiety inventory (form Y1). Palo Alto: Consulting Psychology Press; 1983.
15. Pennebaker JW, Gonder-Frederick L, Elfman L, Skelton JA. Physical symptoms associated with blood pressure. *Psychophysiology* 1982;19(2):201-10.
16. Diatchenko L, Nackley AG, Slade GD, Fillingim RB, Maixner W. Idiopathic pain disorders—pathways of vulnerability. *Pain* 2006;123(3):226-30.
17. Rammelsberg P, LeResche L, Dworkin S, Mancl L. Longitudinal outcome of temporomandibular disorders: a 5-year epidemiologic study of muscle disorders defined by research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2003;17(1):9-20.
18. Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med* 1983;13(3):595-605.
19. Reissing ED, Binik YM, Khalife S, Cohen D, Amsel R. Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther* 2003;29(1):47-59.
20. Bornstein J, Zarfati D, Goldshmid N, Stolar Z, Lahat N, Abramovici H. Vestibulodnynia—a subset of vulvar vestibulitis or a novel syndrome? *Am J Obstet Gynecol* 1997;177(6):1439-43.
21. Pukall CF, Payne KA, Binik YM, Khalife S. Pain measurements in vulvodynia. *J Sex Marital Ther* 2003;29(Suppl 1):111-20.
22. Diatchenko L, Slade GD, Nackley AG, Bhalang K, Sigurdsson A, Belfer I et al. Genetic basis for individual variations in pain perception and the development of a chronic pain condition. *Hum Mol Genet* 2005;14(1):135-43.
23. Nicholl BL, Halder SL, Macfarlane GJ, Thompson DG, O'Brien S, Musleh M et al. Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome – Results of a large prospective population-based study. *Pain* 2008;137(1):147-55.
24. Diatchenko L, Nackley AG, Slade GD, Bhalang K, Belfer I, Max MB et al. Catechol-O-methyltransferase gene polymorphisms are associated with multiple pain-evoking stimuli. *Pain* 2006;125(3):216-24.
25. Diatchenko L, Anderson AD, Slade GD, Fillingim RB, Shabalina SA, Higgins TJ et al. Three major haplotypes of the beta2 adrenergic receptor define psychological profile, blood pressure, and the risk for development of a common musculoskeletal pain disorder. *M J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2006;141(5):449-62.