



## 11 - VULVODINIA

Ostetrica Dott.ssa Liliana Di Nicolantonio

# COS'E' LA VULVODINIA

- La VULVODINIA viene definita come un dolore vulvare della durata superiore a 3 mesi, senza alcuna causa identificabile (Bornstein J, 2016).
- La vulvodinia viene classificata in relazione alla sede del dolore ed alle caratteristiche dell'insorgenza dei disturbi (Bornstein J, 2016)

- **FORMA LOCALIZZATA:** è la più frequente ed interessa una zona circoscritta della regione vulvare (vestibolodinia, più raramente clitoridedinia e uretrodinia)
- **FORMA GENERALIZZATA:** il dolore può interessare gran parte della regione vulvare, perineo e zona anale compresa.

- PRIMARIA: quando si manifesta fin dai primi episodi di penetrazione vaginale, dovuti all'inizio dell'attività sessuale, ma anche all'utilizzo di assorbenti interni.
- SECONDARIA: quando compare dopo un periodo di rapporti sessuali privi di dolore

(LeClair CM, 2011)

# EPIDEMIOLOGIA

- La vulvodinia **non è un disturbo raro**
- prevalenza del **10-28%** nelle donne in età fertile.
- **L' 8%** delle donne tra 18 e 40 anni riferisce un' anamnesi positiva per bruciore e dolore vulvare di durata maggiore di 3 mesi che limita o impedisce i rapporti sessuali

(Harlow BL, 2003; Pukall CF, 2016)

# EZIOLOGIA

- La Vulvodinia è una sindrome complessa, la cui eziologia rimane ad oggi non del tutto chiara;
- Viene ipotizzata una eziopatogenesi neuropatica di tipo multifattoriale (Farage MA, 2005):
  - ▣ IPERALGESIA: risposta amplificata ad uno stimolo doloroso in sé normale, dovuta ad una moltiplicazione delle fibre del dolore.
  - ▣ ALLODINIA: viraggio della percezione dello stimolo da tattile a doloroso dovuta alla dislocazione delle fibre del dolore, che si superficializzano verso gli strati superficiali della mucosa.

- Nella vestibolodinia si ha un'elevata risposta nella corteccia cerebrale insulare in seguito a stimolo tattile.
- la percezione anomala vestibolare nelle donne con vestibolodinia può essere correlato ad una iperattivazione e regolazione di aree cerebrali che solitamente non sono attivate dal semplice stimolo tattile.
- Tali aree sono rappresentative degli aspetti emozionali ed anticipatori del dolore (sensibilizzazione centrale)

# Trigger factors

- Stimoli infettivi, fisici, chimici e meccanici causano infiammazione:
    - ▣ infezioni, prolungata esposizione a irritanti o ad allergeni, traumi, modificazioni ormonali.
    - ▣ **candidosi vulvovaginale ricorrente:** è il
  - Altri trigger factors sono di natura traumatica sul vestibolo, quali :
    - ▣ diatermocoagulazione di condilomi floridi,
    - ▣ le lacerazioni da parto,
    - ▣ l'episiotomia e le relative riparazioni chirurgiche
- (Kennedy CM, 2009)



- E' dimostrata la **persistenza di dispareunia** a distanza di **6 mesi dal parto** in donne che hanno affrontato un **parto operativo vaginale** o un'**episiotomia paramediana**, con una percentuale molto maggiore rispetto a donne con genitali integri dopo un parto vaginale (Buhling KJ, 2006).

## □ ASSETTO ORMONALE – GLI ESTROGENI:

- ▣ hanno un'azione fondamentale nella determinazione del trofismo vaginale,
- ▣ presentano un rapporto di proporzionalità inversa con l'innervazione del tratto genitale e l'ipersensibilità delle terminazioni nervose stesse.

in condizioni di **Ipoestrogenismo** quali la menopausa o il puerperio, vi è aumentato rischio, in soggetti predisposti, di sviluppo della vulvodinia (Ting A Y, 2004).


- Contraccettivi ormonali:
  - ▣ Ruolo non ancora chiaro
  - ▣ Il rischio è maggiore quando l'uso è di lungo termine (da almeno 2-4 anni),
  - ▣ iniziato in giovane età
  - ▣ con contraccettivi ad alto contenuto progestinico e basso contenuto estrogenico e androgenico

(Bouchard C, 2002).

# Ricadute sul benessere psicologico

- le donne con vulvodinia hanno meno rapporti sex
- un minor desiderio sex
- maggiori difficoltà a raggiungere l'orgasmo
- spesso accettano di avere rapporti per senso del dovere piuttosto che per desiderio

(Desrochers G, 2008).

- 
- Numerosi studi indicano la presenza in queste pazienti di elevati livelli di ansia, sintomi depressivi, disturbi psicosomatici e sintomi ipocondriaci (Desrochers G, 2008)

# Iper tono del pavimento pelvico

- L'80-90% delle donne con vulvodinia presentano almeno 3 dei seguenti fattori:
  - ▣ Instabilità della muscolatura pelvica,
  - ▣ scarso recupero dopo contrattura,
  - ▣ elevata contrattura di base,
  - ▣ ridotta frequenza e forza contrattile

(Reissing ED, 2005).

- Si innesca un circolo vizioso in cui il dolore vulvare produce uno **spasmo del muscolo elevatore dell'ano e l'ipertono del pavimento pelvico** contribuisce a sua volta al mantenimento del dolore.

# DIAGNOSI

- La diagnosi viene fatta per esclusione (infezioni, dermatosi, neoplasie, etc.)
- All'ispezione la vulva risulta nella maggior parte dei casi nella normale.
- Swab-test: con l'apice di un cotton si rileva ipersensibilità locale alla pressione

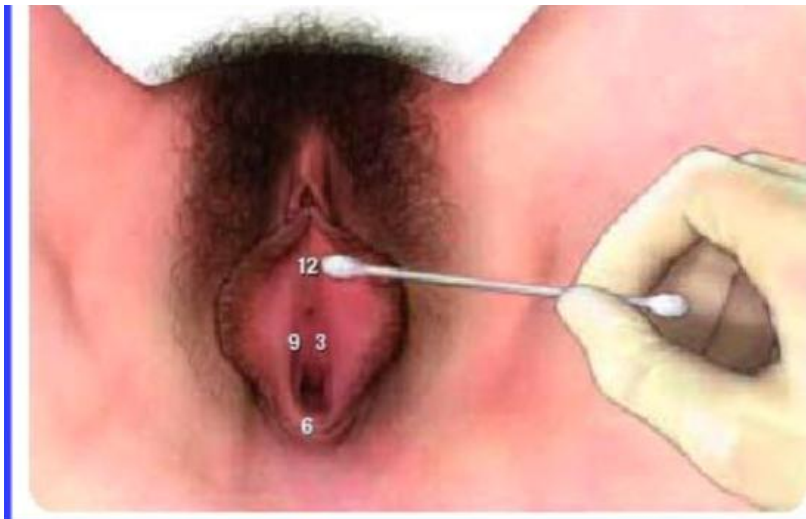


# Gravità percezione dolorosa

- Viene stabilita in base ad uno score da 0 a 3:
  - 0=no dolore;
  - 1=lieve fastidio;
  - 2=fastidio moderato;
  - 3=dolore intenso.
- Nelle donne con vestibolodinia il dolore è maggiore nel vestibolo posteriore

# Swab-test

## Swab-test



## Mappa del Dolore

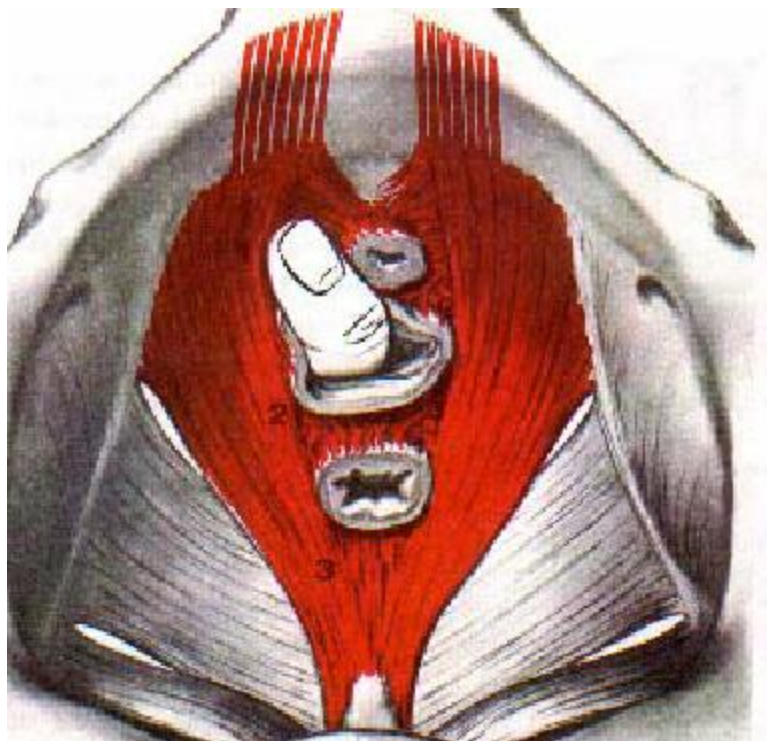
- identifica l'esatta localizzazione del dolore
- L'ipertono può essere evidenziato da un perineo breve o corto, inferiore ai 2 cm

# Scala di Marinoff” (Marinoff SC, 1992)

- attribuisce uno score crescente di gravità alla dispareunia:
  - 0=assenza di ipertono,
  - 1=ipertono lieve,
  - 2=ipertono moderato,
  - 3= Ipertono severo),

# Iper tono

## Pavimento pelvico



## All'esplorazione:

- L'ostetrica può:
  - ▣ verificare la consapevolezza e la capacità di controllo dei muscoli del pavimento pelvico
  - ▣ la capacità di contrarre e rilassare il muscolo elevatore dell'ano

# Terapia

- Approccio multimodale e personalizzato:
  - ▣ Sul sistema nocicettivo alterato
  - ▣ Finalizzato alla riduzione dell'ipertono della muscolatura pelvica
- riduzione dei fattori scatenanti (trigger factors) e degli stimoli irritativi
- il blocco della nocicezione periferica
- il trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico associate
- il trattamento delle implicazioni psicosessuali della sindrome dolorosa.

# Midwifery e Presa di coscienza del perineo



- L'ostetrica affianca e sostiene la donna affetta da vulvodinia in un percorso volto ad aiutarla a:
  - entrare in contatto con questa parte di sé prendendosene cura
  - prendere coscienza e consapevolezza dei muscoli perineali
  - Favorire mediante la respirazione l'esecuzione di semplici esercizi di contrazione e rilassamento dei muscoli perineali anche con l'ausilio di visualizzazioni
  - Apprendere il massaggio del perineo che permette anche l'esplorazione di sé e delle sensazioni evocate

# Educazione sanitaria

- Prevenire, eliminare o ridurre i fattori scatenanti e gli stimoli irritativi quali:
  - infezioni e infiammazioni vulvovaginali,
  - stimoli chimici locali (saponi, detergenti, idratanti intimi),
  - stimoli fisici e ormonali
  - Indossare solo biancheria intima in cotone non colorato,
  - indossare pantaloni comodi o gonne,
  - evitare i collant
- non avere rapporti con penetrazione fino alla risoluzione della vulvodinia,
- evitare le attività fisiche che possano esercitare una pressione diretta sulla vulva, come andare in bicicletta o a cavallo