



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA



Università degli Studi di Genova

Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche

**Master in Riabilitazione dei Disturbi
Muscoloscheletrici**

A.A 2013-2014

Campus Universitario di Savona

“Diagnosi differenziale del Pelvic Pain nella popolazione femminile”

Candidato:

Ft Monica Giovagnoni

Relatore:

Ft OMT Emy Pistola

*A mio marito,
che mi insegna che nella vita
bisogna sempre lottare.*

INDICE

1 ABSTRACT.....	1
2 INTRODUZIONE.....	3
3 MATERIALI E METODI.....	5
4 RISULTATI.....	16
4.1 Diagramma di flusso	
4.2 Fattori di rischio	
4.3 Diagnosi Differenziale	
5 DISCUSSIONE.....	20
5.1 Valutazione	
5.2 Dolore pelvico di origine ginecologica	
5.3 Dolore pelvico di origine urologica	
5.4 Dolore pelvico di origine gastrointestinale	
5.5 Dolore pelvico di origine neurologica	
5.6 Dolore pelvico di origine muscolo-scheletrica	
5.7 Dolore pelvico di origine psicologica	
5.8 Gestione e Trattamento	
6 CONCLUSIONI.....	33
7 BIBLIOGRAFIA.....	35

ABSTRACT

La diagnosi differenziale del Pelvic Pain è un argomento che è stato a lungo dibattuto e riguardo il quale molti autori hanno presentato dei risultati che non hanno comunque permesso di giungere a conclusioni definitive.

Una valutazione clinica meticolosa permetterà al clinico di identificare lo specialista appropriato per la gestione e il trattamento della donna affetta dal Pelvic Pain.

Obiettivo: Lo scopo della presente revisione è quello di individuare delle possibili cause di dolore pelvico nelle donne, correlate a determinati quadri sindromici sia muscolo scheletrici che viscerali, determinando segni e sintomi riconducibili alle diverse eziologie. Inoltre verificare se la letteratura fornisce dati statisticamente e clinicamente rilevanti con una ricaduta significativa nella pratica clinica quotidiana o comunque indicazioni per le ricerche future.

Materiali e metodi: La ricerca è stata effettuata sul data base MEDLINE, includendo articoli pubblicati dal 2000 al 2014, utilizzando le parole chiave *pelvic pain*, *pelvic pain syndrome*, *etiology*, *women*, combinandole tra loro attraverso l'utilizzo degli operatori booleani e la funzione Clinical Queries. Sono stati inseriti i limiti rispetto alla lingua di pubblicazione (italiano e inglese).

Risultati: La ricerca ha portato alla selezione di 13 articoli. Nella valutazione clinica delle donne con CPP è essenziale adottare un approccio multidisciplinare in quanto possono coesistere più patologie.

Le donne con CPP dovrebbero essere informate del fatto che, non sempre è possibile identificare una causa organica, prima di acconsentire alle indagini potenzialmente più rischiose. È necessario eseguire un esame meticoloso di quei sistemi collegati alle possibili cause del CPP (ginecologico, gastrointestinale, genito-urinario, neurologico, muscolo-scheletrico, e psicologico). Inoltre fondamentale è identificare i fattori di rischio per l'insorgenza e il mantenimento di questa condizione.

Discussione: Dal confronto delle Revisioni descrittive emerge che ogni Autore, per la diagnosi differenziale considera diverse patologie che contribuiscono all'insorgenza o al mantenimento del CPP. Questo potrebbe essere un punto di disomogeneità dei risultati. Mentre quasi la totalità degli studi concordano sull'approccio multidisciplinare, basato sul modello biopsicosociale, sull'importanza dell'anamnesi e dell'esame fisico generale e specifico. A volte si pensa che le cause contribuiscono al dolore, mentre altre volte, non si

trova una diagnosi specifica quindi il quadro clinico di CPP viene definito come idiopatico quindi il trattamento è mirato alla gestione del dolore.

.

Conclusioni: Il dolore pelvico cronico è una condizione disabilitante comune che non è ancora stata investigata a sufficienza e non ci sono dati rilevanti e certi su cause e miglior trattamento. I risultati di questa revisione dimostrano come sia importante definire degli studi validi mirati a investigare i fattori di rischio patologici e psicologici modificabili nel dolore pelvico cronico. La futura ricerca dovrà migliorare la metodologia degli studi, in modo da poter fornire prove statisticamente significative sulla diagnosi differenziale del pelvic pain, attraverso studi longitudinali e sull'individuazione di quadri clinici che possano giovare di un trattamento fisioterapico e di terapia manuale.

2. INTRODUZIONE

Il dolore pelvico “DP” (Pelvic Pain) viene descritto come un dolore che dura almeno sei mesi. È una delle principali cause di morbidità e disabilità nel sesso femminile. Quando il dolore è riferito nella regione pelvica, sia le pazienti che i medici ascrivono la causa all'apparato riproduttivo. Sfortunatamente molte di queste donne vanno in contro a interventi di asportazione ma rimangono con lo stesso dolore nel post operatorio.

Studi Statunitensi e del Regno Unito mostrano una prevalenza del dolore pelvico, nella popolazione femminile in età riproduttiva, che si attesta fra il 14.7% al 24.0%. Negli USA interessa circa 9 milioni di donne in età riproduttiva con un costo di cure di circa 3miliardi di dollari.(1)

Il dolore pelvico è sia nocicettivo (origina da una lesione rilevata dalle strutture da T10 in giù che trasmettono il dolore sia somatico che viscerale) che non nocicettivo (neuropatico o psicogeno).

Il dolore somatico origina da stimolazioni che si realizzano dalle strutture innervate da T12 a S5 a livello di pelle, muscoli, ossa e articolazioni; esso è trasmesso lungo fibre sensoriali ed è generalmente descritto come tagliente o sordo.

Il dolore viscerale invece interessa strutture innervate da T10 a S5 e si presenta come mal localizzabile, sordo o crampiforme, è trasmesso da fibre del sistema nervoso simpatico e si associa spesso a fenomeni come nausea, vomito, sudorazione e reazioni emozionali intense. Origina da una lesione centrale o periferica del sistema nervoso che produce una sensazione di bruciore, parestesie e dolore penetrante.

La diagnosi è difficile, specie se manca un fattore noto di lesione e spesso è una diagnosi che si ottiene per esclusione.(2)

Il dolore pelvico si associa spesso a cambiamenti di personalità in senso depressivo che aggravano a loro volta il dolore.

Ogni struttura nell'addome e/o pelvi potrebbe avere un ruolo nell'eziologia del DP, l'origine potrebbero essere:

- Urologica;
- Ginecologica;
- Gastrointestinale;
- Neurologica;
- Muscoloscheletrica (3).

La patogenesi del DP è poco conosciuta e molte donne che non rispondono a una terapia chirurgica vengono erroneamente etichettate con un dolore psicogeno.(4)

Il dolore ricorrente o persistente associato a sintomi che suggeriscono il coinvolgimento dei sistemi sovra elencati, in assenza di infiammazioni o patologie specifiche costituiscono le sindromi del dolore pelvico.

La sua persistenza oltre 6 mesi viene identificato come Chronic Pelvic Pain. Le sindromi dolorose croniche, in genere, sono più comuni fra le donne che anche lamentano dolore più frequentemente, con un tasso di disabilità maggiore e con un ricorso alle cure sanitarie superiore se comparato agli uomini.

La prevalenza del CPP varia dal 5.7% al 26.6%:

- ci sono tuttora molti Paesi privi di dati di base sulla diffusione del CPP;
- sono tuttora pochi gli studi sul CPP, e in particolare sussiste una grave scarsità di ricerche multidisciplinari e multifattoriali, che con ogni probabilità fornirebbero dati più attendibili sulla prevalenza della patologia, sulle sue cause e caratteristiche cliniche, e sulle sue conseguenze psicologiche e socioeconomiche.(5)

Con questo lavoro si vuole raccogliere le evidenze fino ad oggi presenti in letteratura così da mettere in rilievo il percorso fatto in questi ultimi 10 anni nell'ambito della diagnosi differenziale del pelvic pain nella popolazione femminile.

3. MATERIALI E METODI

Lo scopo di questa tesi è individuare delle possibili cause di dolore pelvico nelle donne, correlate a determinati quadri sindromici sia muscolo scheletrici che viscerali, determinando segni e sintomi riconducibili alle diverse eziologie. Inoltre si è inteso estrapolare indicazioni utili alla pratica clinica riguardo il triage e il corretto percorso terapeutico fisioterapico o medico.

La ricerca bibliografica (in prima istanza) è stata condotta all'interno dei database elettronici "MEDLINE", usando i seguenti processi di ricerca:

- Stringa: systematic [sb] AND (pelvic pain syndrome) ottenuta attraverso la funzione Clinical Queries; ho trovato 102 articoli riguardanti esclusivamente le revisioni sistematiche ma un solo articolo è risultato rilevante.
- Stringa: "pelvic pain" AND "women"AND"etiology" utilizzando come filtri pubblicazione nel periodo compreso tra il 2000 e il 2014, lingua inglese; ho trovato 608 articoli e ne ho selezionato 1, da questo articolo attraverso la funzione "related citation" ho ottenuto altri 127 articoli di cui solo 18 selezionati.

Per selezionare gli articoli sono stati letti gli abstract e sono stati scelti i più rilevanti, che contenessero informazioni inerenti all'argomento da trattare. Una seconda e più approfondita valutazione è stata effettuata dopo la lettura completa degli articoli.

I criteri utilizzati per l'inclusione degli studi sono stati: l'alta qualità degli scritti (RCT, Systematic Review), il fatto che provvedessero a dati di ricerca primaria sulla gestione e la diagnosi differenziale e l'argomento specifico riguardante il dolore pelvico includendo solo articoli riferiti alla popolazione femminile.

Le ragioni dell'esclusione, invece, sono state: lingua diversa da quella inglese, non reperibilità dei full-text.

La revisione è stata condotta su un totale di tredici articoli dei quali è stato possibile reperire i full-text.

Nella tabella 1 vengono presentati gli studi reperiti in prima istanza insieme alla motivazione di quelli esclusi dal lavoro.

Nella tabella 2 vengono descritti i studi inclusi dal lavoro.

Tabella 1: studi reperiti in prima istanza.

STUDIO	TIPO	DATA E AUTORE	INCLUSIONE/ESCLUSIONE
Clinic interview and clinical examination of patient with chronic pelvic pain	Review of the literature	Rigaud J ¹ , Delavierre D, Sibert L, Labat JJ 2010	Escluso full-text in lingua francese
Symptomatic approach to musculoskeletal dysfunction and chronic pelvic perineal pain	Review of the literature	Labat JJ ¹ , Guerineau M, Delavierre D, Sibert L, Rigaud J 2010	Escluso full-text in lingua francese
Symptomatic approach to referred chronic pelvic and perineal and posterior ramus syndrome	Review of the literature	Delavierre D ¹ , Rigaud J, Sibert L, Labat JJ; 2010	Escluso full-text in lingua francese
General principles of the diagnostic approach to chronic postoperative pelvic and perineal pain	Review of the literature	Rigaud J ¹ , Delavierre D, Sibert L, Labat JJ; 2010	Escluso full-text in lingua francese
Treatment algorithms for the management of chronic pelvic and perineal pain:from syndrome to treatment.	Review of the literature	Rigaud J ¹ , Delavierre D, Sibert L, Labat JJ; 2010	Escluso full-text in lingua francese
Vulvodynia and chronic pelvic and perineal pain	Review of the literature	Moyal-Barracco M ¹ , Labat JJ; 2010	Escluso full-text in lingua francese
Chronic pelvic pain in woman: evalution and management in primary care	Review of the literature	Samraj GP ¹ , Kuritzky L, Curry RW.2005	Escluso per assenza del full-text
Different diagnosis of chronic pelvic pain in woman: the urologist's approch	Review of the literature	Fletcher SG, Zimmern PE; 2009	Incluso
Chronic pelvic pain in woman: etiology, pathogenesis and diagnostic approach	Review of the literature	Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Fedele L; 2009	Incluso
Factors predisposing woman to chronic pelvic pain	Systematic Review	Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K 2006	Incluso
Chronic female pelvic pain—part 1: clinical pathoanatomy and examination of the pelvic region	Review of the literature	Apte G ¹ , Nelson P, Brismée JM, Dedrick G, Justiz R 3rd, Sizer PS Jr.; 2012	Incluso
Chronic pelvic pain in women	Clinic Review	Jane P. Daniels, Khalid S Khan; 2010	Incluso
Management of Chronic Pelvic Pain	Review of the literature	James E. Carter, MD, PhD; 2011	Incluso
Chronic female pelvic pain—part 2: differential diagnosis and management	Review of the literature	Nelson p, Apte G, Justiz R, Brismée JM, Dedrick G, Sizer P; 2011	Incluso
Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain	Review of the literature	Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R, Lapensée L, Lea RH, Leyland NA, Martyn P, Shenassa H, Taenzer P, Abu-Rafea B;2005	Incluso
Management of Chronic Pelvic Pain	Review of the literature	Paulson JD, Gor HB; 2007	Incluso
Diagnosis and Management of Chronic Pelvic Pain	Review of the literature	Lifford KL, MD, Barbieri RL; 2002	Incluso
Chronic Pelvic Pain in women : assessment and management	Review of the literature	Dick ML; 2004	Incluso

Chronic Pelvic Pain: An Integrated Approach to Diagnosis and Treatment	Review of the literature	Gunter J, MD, FRCS, FACOG; 2003	Incluso
Chronic pelvic pain	Review of the literature	Howard FM; 2003	Incluso

Tabella 2: studi inclusi

STUDIO	DATA E AUTORE	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO	METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI
Factors predisposing woman to chronic pelvic pain	Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K 2006	Systematic Review	Valutare i fattori che predispongono le donne al dolore pelvico cronico e ricorrente utili nella valutazione clinica e nello sviluppo delle strategie di prevenzione e trattamento	<u>Gruppo campione:</u> fattori di rischio del dolore pelvico cronico e ricorrente <u>Gruppo di controllo:</u> donne senza dolore pelvico con informazioni sull'esposizione a qualsiasi fattore di rischio in base a diversi criteri. Hanno classificato i fattori di rischio in: generali, ginecologici e ostetrici, psicologici e sociali. INCLUSIONE: studi sul dolore cronico non ciclico, presente da più di tre mesi, dismenorrea, dispareunia. ESCLUSI: studi sulla vulvodinia e studi senza informazioni comparative sui fattori di rischio e out come. Gli studi osservazionali inclusi (cohort, case-control, cross selectional) dovevano fornire informazioni sull'associazione dei fattori di rischio nei soggetti con dolore pelvico cronico. In prima istanza hanno identificato 122 studi in 111 articoli, di questi il 46% sulla dismenorrea, 68% sulla dispareunia, 70% sul dolore pelvico non ciclico che soddisfacevano tre o più criteri di qualità (studi prospettici, reclutamento dei soggetti, fattori di rischio accertati, out come accertati, temporalità)	<u>Fattori di rischio per il dolore pelvico cronico:</u> Dismenorrea : associata a età <30 anni, BMI<20, fumo, menarca precoce(<12), ciclo mestruale lungo, flusso mestruale irregolare e abbondante, presenza di sintomi premestruali, sospetta malattia infiammatoria pelvica, sterilizzazione, storia di violenza sessuale. Il rischio aumentava con il numero di sigarette fumate (P<0.05) L'uso di contraccettivi, assunzione di pesce, esercizio fisico, relazione sentimentale stabile, parità con l'altro sesso riducono il rischio di dismenorrea. (Studi eterogenei P<0.001, P<0,01) Dispareunia: più comune nelle donne che hanno subito l'infibulazione, sospetta infiammazione pelvica, in prossimità e/o menopausa, ansia depressione, abuso sessuale. (Studi eterogenei P<0,001, P<0,01) Dolore pelvico non ciclico: associato a numerosi fattori generali, ginecologici, ostetrici. Abusi, morbidità psicologiche in particolare l'aborto spontaneo, flusso mestruale lungo, endometriosi, sospetta malattia infiammatoria pelvica, cicatrici da	Sono stati valutati più di 60 fattori di rischio in 122 studi in cui sono state trovate forti e coerenti associazioni tra dolore pelvico cronico e la presenza di patologie pelviche, storia di abusi sessuali e coesistente morbidità psicologiche. Questi fattori psicosociali e ginecologici forniscono dei potenziali traguardi per nuove strategie terapeutiche per la gestione del dolore pelvico cronico.

					parto cesareo, aderenze pelviche, abuso sessuale e la sua durata, ansia, depressione, isteria e somatizzazione. (Studi eterogenei $P < 0,001$ $P < 0,01$). Nell'analisi dei sottogruppi hanno visto che l'abuso è fortemente associato al DP nei soggetti del gruppo di controllo ($P = 0.02$). Morbilità psicologiche correlate maggiormente a donne con dolore pelvico ($P = 0,03$).	
Chronic Female Pelvic Pain-Part 2:Differential Diagnosis and Management	Nelson p, Apte G, Justiz R, Brismée JM, Dedrick G, Sizer P 2011	Review	Istituire un programma di gestione completo.	Revisione della letteratura utilizzando come parole chiave: pelvic pain, rehabilitation, female, intervention . INCLUSIONE articoli in cui venissero descritte le condizioni ginecologiche, urologiche, gastrointestinali, muscolo-scheletriche e neurologiche che possono portare o essere associate al dolore pelvico cronico.	Descrizione delle proposte di gestione conservativa basate sull'evidenza disponibile riguardo il dolore pelvico cronico correlato con il sistema ginecologico, correlato al Sistema Urologico, Muscolo-scheletrico. CPP correlato a Proctalgia Fugax, al Sistema Nervoso Periferico e Pelvic Pain correlato alla sensibilizzazione del Sistema Nervoso Centrale.	L'approccio Biopsico-sociale che incorpora il trattamento cognitivo-comportamentale , un approccio multidisciplinare, e tecniche di intervento medico e fisioterapico rivolte alla gestione del dolore sono efficaci per la gestione del CPP.
Chronic female pelvic pain-part 1:Clinical Pathoanatomy and Examination of the pelvic region	Gail Apte, PT, ScD; Patricia Nelson, PT, ScD; Jean-Michel Brismée, PT, ScD; Gregory	Review	Ricerca analitico descrittiva: • Informazioni di base • Etiologia • Fisiopatologia	Revisione della letteratura utilizzando come parole chiave: myofascial pain, pelvic pain, sign and symptoms, female examination	Descrizione dell'anatomia patologica del sistema muscolo-scheletrico pelvico e del relativo sistema neurologico, l'esame clinico specifico per il dolore pelvico, e relative misure di out come dello stesso e delle complicanze e l'esame clinico specifico per il pavimento pelvico	La valutazione e la gestione efficace del CPP deve essere sistematica e completa. Una approfondita anamnesi del paziente, la considerazione delle bandiere rosse, l'esame fisico e dei tessuti molli

	Dedrick, PT, ScD; Rafael Justiz III, MD; Phillip S. Sizer Jr., PT, PhD; 2011				e la valutazione del controllo motorio del sistema muscolare lombo-pelvico.	del pavimento pelvico sono necessari.
Chronic pelvic pain in women	Jane P. Daniels, Khalid S Khan; 2010	Clinic Review	Ricerca analitico descrittiva: • Diagnosi differenziale • Trattamento	La ricerca condotta all'interno dei database elettronici EMBASE e Medline. Inclusi articoli con parole chiave "Chronic pelvic pain". LIMITI: lingua inglese e articoli relativi agli ultimi cinque anni, selezionando solo metanalisi, revisioni sistematiche e studi randomizzati controllati. Identificate revisioni sistematiche e citazioni nella Cochrane Library utilizzando i termini MeSH dolore pelvico e dismenorrea. Hanno ricercato le linee guida Nazionali pubblicate dalle associazioni internazionali del dolore e ginecologiche e hanno cercato il Codice Nazionale Clearing House.	Descrizione le possibili cause del CPP, i fattori di rischio associati, l'esame obiettivo e scale di valutazione per il dolore e specifiche per patologia. Vengono analizzati percorsi terapeutici farmacologici, strumentali e cognitivo comportamentali per la gestione del CPP specifici per patologia.	La laparoscopia in circa 1/3 delle donne con CPP non trova una causa specifica. Sintomi psicologici, come ansia e depressione, sono spesso presenti. Il trattamento ginecologico per il dolore pelvico cronico è spesso soddisfacente anche se diretto da una causa specifica. Un approccio multidisciplinare è essenziale per un efficace gestione.
Diagnosis and Management of Chronic Pelvic Pain	Lifford KL, MD, Barbieri RL; 2002	Review	Ricerca analitico descrittiva: • Diagnosi differenziale • Trattamento	Non specificato	Descrizione: • Epidemiologia • Etiologia Valutazione ginecologica (esami di laboratorio, interventi chirurgici diagnostici) • Trattamenti chirurgici nel CPP • Trattamento Trattamento multidisciplinare	Un approccio sistematico è utile per una appropriata valutazione e terapia. Storia clinica completa ed l'esame fisico screening per individuare condizioni co-esistenti sono fondamentali. Nel dolore pelvico cronico di origine ginecologica, la differenziazione tra Hormonally responsive e

						unresponsive, è una condizione utile per la diagnosi e il trattamento.
Chronic Pelvic Pain in women assessment and management	Dick ML;2004	Review	Approccio alla diagnosi e gestione di CPP nelle donne	Non specificato	Descrizione: • CPP • Eziologia • Approcci alla diagnosi • Le principali cause associate al CPP • Gestione del CPP	A volte si identificano cause che sottendono il CPP, in altre invece non si identifica una diagnosi specifica. Importante non attribuire immediatamente al dolore cause psichiatriche, nel caso in cui non si trovi inizialmente una causa. Trattamento delle patologie specifiche secondo delle linee guida mediche. La diagnosi e la cura non sono sempre possibile e le donne andrebbero informate. Un approccio multidisciplinare è necessario
Differential diagnosis of chronic pelvic pain in women: the urologist's approach	Fletcher SG, Zimmer PE; 2009	Review	Ricerca analitico descrittiva: • Diagnosi differenziale del sistema urologico • Valutazione clinica e strumentale • Trattamento	La ricerca condotta all'interno dei database elettronici EMBASE e Medline. Sono stati selezionati gli articoli che includevano come parole chiave "interstitial cystitis", "painful bladder syndrome" e "IC/PBS" "pelvic pain", "chronic pelvic pain", "bladder pain", "uretra pain", "dysuria", "periuretral mass", "intestine". LIMITI: ultimi 5 anni	Descrizione delle sindromi urologiche dolorose, le relative valutazioni cliniche e strumentali da eseguire per differenziarle.	Consigliato l'utilizzo di un approccio multidisciplinare. Un'anamnesi meticolosa può indirizzare la diagnosi differenziale, e identificare la vescica come la fonte del dolore in alcuni casi. La CI/SVD andrebbe inclusa nella diagnosi differenziale. Utilizzando un approccio graduale e un ragionamento clinico basato sull'evidenza,

						l'incomprensione del dolore uretrale e della vescica cronici, possono evolvere verso una diagnosi differenziale progressivamente più precisa.
Chronic pelvic pain	Howard FM; 2003	Review	Ricerca analitico descrittiva: • Diagnosi differenziale • Valutazione clinica • Trattamento	Non specificato	Descrizione dell'adeguato approccio diagnostico da utilizzare nel CPP.	Gli obiettivi di trattamento devono essere realistici. A volte questi consistono solo nel trattamento di uno o più malattie, ma spesso dovrebbero includere il trattamento del dolore stesso come diagnosi. Ricerare le disfunzioni psiconeurologiche responsabili del dolore pelvico cronico porterà a trattamenti curativi definitivi.
Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic approach	Vercellini P, Somigliana E, Abbiati A, Viganò P, Barbara G, Fedele; 2009	Review	Ricerca analitico descrittiva: • Diagnosi differenziale • Valutazione clinica	Revisione della letteratura utilizzando come parole chiave: "Chronic pelvic pain", "post-operative adhesions", "pelvic varices", "interstitial cystitis", "irritable bowel syndrome"	Descrizione della fisiopatologia e l'eziologia del CPP, la raccolta anamnestica e l'esame fisico da eseguire per arrivare ad una diagnosi più precisa possibile.	Il CPP può avere impatti negativi nelle donne nella sfera affettiva, lavorativa, sociali e personale. Questa condizione viene definita sindrome di dolore cronico. Il CPP è un sintomo, non una malattia, a volte è riferito ad un singolo processo patologico. Quando sono presenti fattori multipli, il trattamento di solo alcuni di essi porterà a

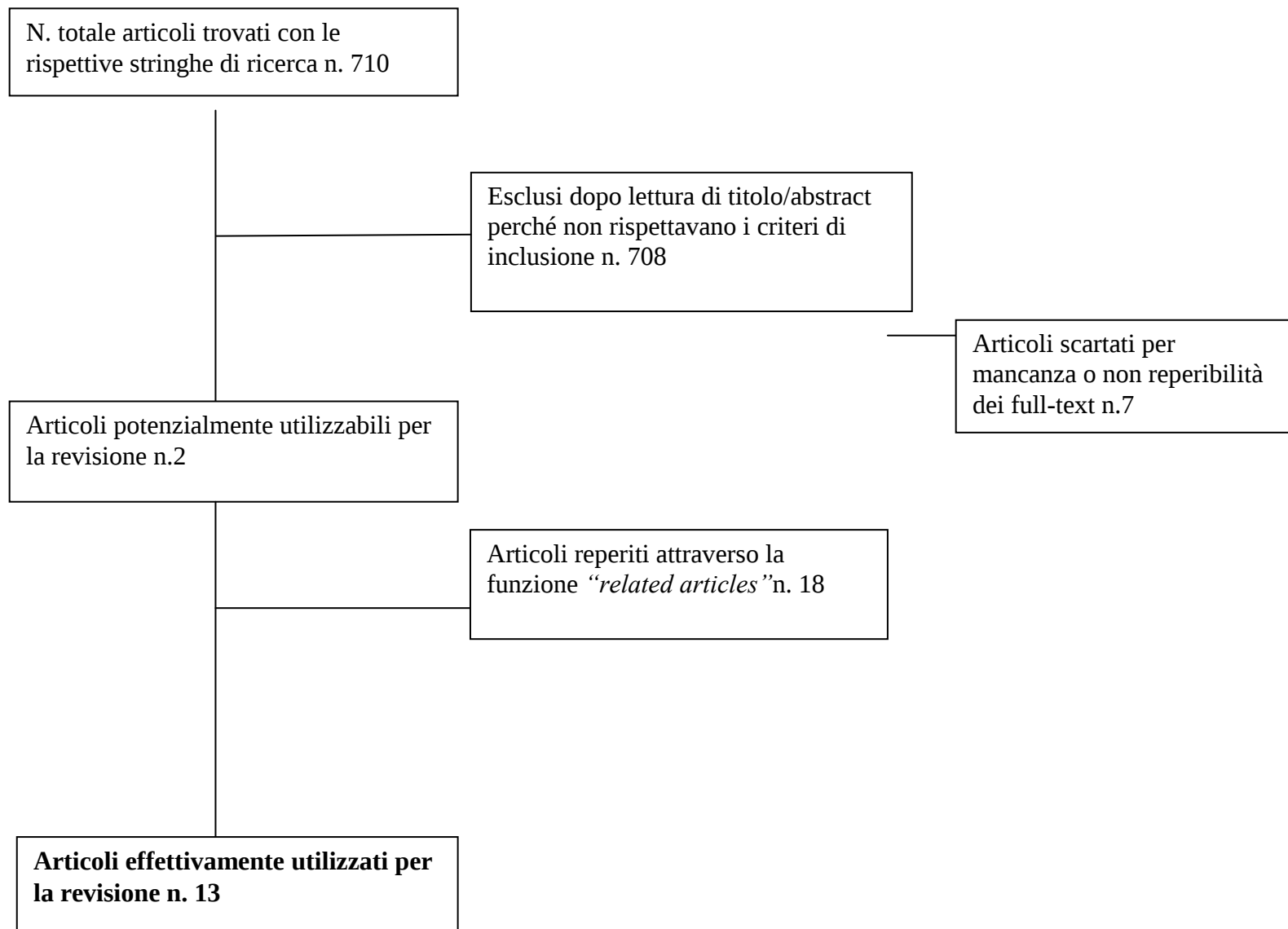
						solievo incompleto e frustrazione per il paziente e il medico.
Management of Chronic Pelvic Pain	James E. Carter, MD, PhD; 2011	Review	Ricerca analitico descrittiva: • Diagnosi differenziale • Valutazione clinica • Trattamento	Non specificata	Descrizione delle diverse cause del CPP la relativa valutazione clinica e strumentale (esami di laboratorio, imaging, radiografie, test di uro dinamica e il test di sensibilità al potassio) da eseguire per diagnosticarle. Infine vengono descritti i trattamenti relativi alle patologie specifiche e al CPP come quadro clinico idiopatico.	La diagnosi come il trattamento del CPP possono essere classificate in: farmacologica, Psicologica, Fisica, Neuroablative. Gli obiettivi di trattamento del CPP come malattia comprendono :trattamento dei sintomi identificati e le correlate morbidità psicologiche, ripristino della normale funzionalità, migliorare la qualità della vita, evitare le recidive e la disabilità.Il trattamento consigliato è:farmacologico e psicologico
Management of Chronic Pelvic Pain	Paulson JD, Gor HB; 2007	Review	Ricerca analitico descrittiva: • Diagnosi differenziale • Valutazione clinica • Trattamento	Revisione della letteratura utilizzando come parole chiave: “adenomyosis”, “adhesions”, “bladder distention”, “bladder isnstallation”, “chronic pelvic pain”, “cystoscopy” “elmiron”, “endometriosis”, “Inflammatory bowel disease”, “interstitial cystitis”, “irritable bowel syndrome”, “pelvic congestion syndrome”, “pelvic floor defect”, “trigger point”.	Vengono descritte le cause del dolore pelvico cronico, le diagnosi relative al sistema ginecologico, e il trattamento del CPP.	Il CPP solo recentemente è stato riconosciuto come problema rilevante. L’inserimento di un approccio multidisciplinare permetterà nei prossimi anni di migliorare la ricerca sulla diagnosi e il trattamento di questa problematica.

Chronic Pelvic Pain: An Integrated Approach to Diagnosis and Treatment	Gunter J, MD, FRCS, FACOG; 2003	Review	Ricerca analitico descrittiva: • Diagnosi differenziale • Valutazione clinica • Trattamento	Non specificata	Descrizione della fisiopatologia del CPP, la raccolta anamnestica e l'esame fisico da svolgere per una diagnosi precisa. Inoltre vengono riportati gli esami diagnostici specifici per ogni causa del CPP e il relativo trattamento non invasivo, chirurgico e farmacologico.	La sua gestione richiede una combinazione di interventi terapeutici, medici e psicologici. Molti interventi non chirurgici, potrebbero essere efficaci. Un gruppo selezionato potrebbe beneficiare dell'intervento chirurgico. Il CPP è un sintomo non una malattia e raramente riflette un unico processo patologico. Un approccio multidisciplinare permette una diagnosi e trattamento più efficaci.
Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain	Jarrell JD, MD, FRCSC, MSc, CSPQ, Calgary AB George A. Vilos, BSc, MD, FRCSC, FACOG, FSOGC; 2005	Review	Ricerca analitico-descrittiva composta da tre sottogruppi: • informazioni di base; • diagnosi e epidemiologia; • intervento terapeutico	Revisione della letteratura utilizzando come parole chiave: "adenomyosis", "adhesions", "pelvic pain", "endometriosis", "pelvic inflammatory disease", "residual ovary syndrome", "ovarian remnant syndrome", "ovarian cysts", "pelvic congestion syndrome", "myofascial pain syndrome", "endosalpingiosis", "pelvic peritoneal defect", "hysterectomy", "uterine fibroids", "adnexal torsion", "diagnostic imaging", "laparoscopy", "hormonal treatment", "complementary therapies"	Linee guide consensuali, la cui qualità è stata giudicata usando i criteri descritti nel Report of the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Le raccomandazioni risultanti sono: • Comprensione delle necessità delle donne con CPP • Valutazione clinica generale • Valutazione pratica dei livelli di dolore • Dolore mio fasciale • Procedure mediche e chirurgiche • Principi di gestione del CPP • Maggior uso della RMN	L'efficacia delle opzioni di diagnosi e trattamento, compresa la valutazione delle disfunzioni miofasciali e le cure multidisciplinari, sono un modello riabilitativo che enfatizza il raggiungimento delle funzionalità, piuttosto che una cura vera e propria del dolore. Inoltre si consiglia l'uso di oppiacei per lo stato di dolore cronico.

					• Malattie osservate chirurgicamente • Terapia alternativa • Modello di cura multidisciplinare • Formazione professionale delle figure sanitarie verso il CPP • Ricerca formale	
--	--	--	--	--	---	--

4. RISULTATI

4.1 Diagramma di flusso



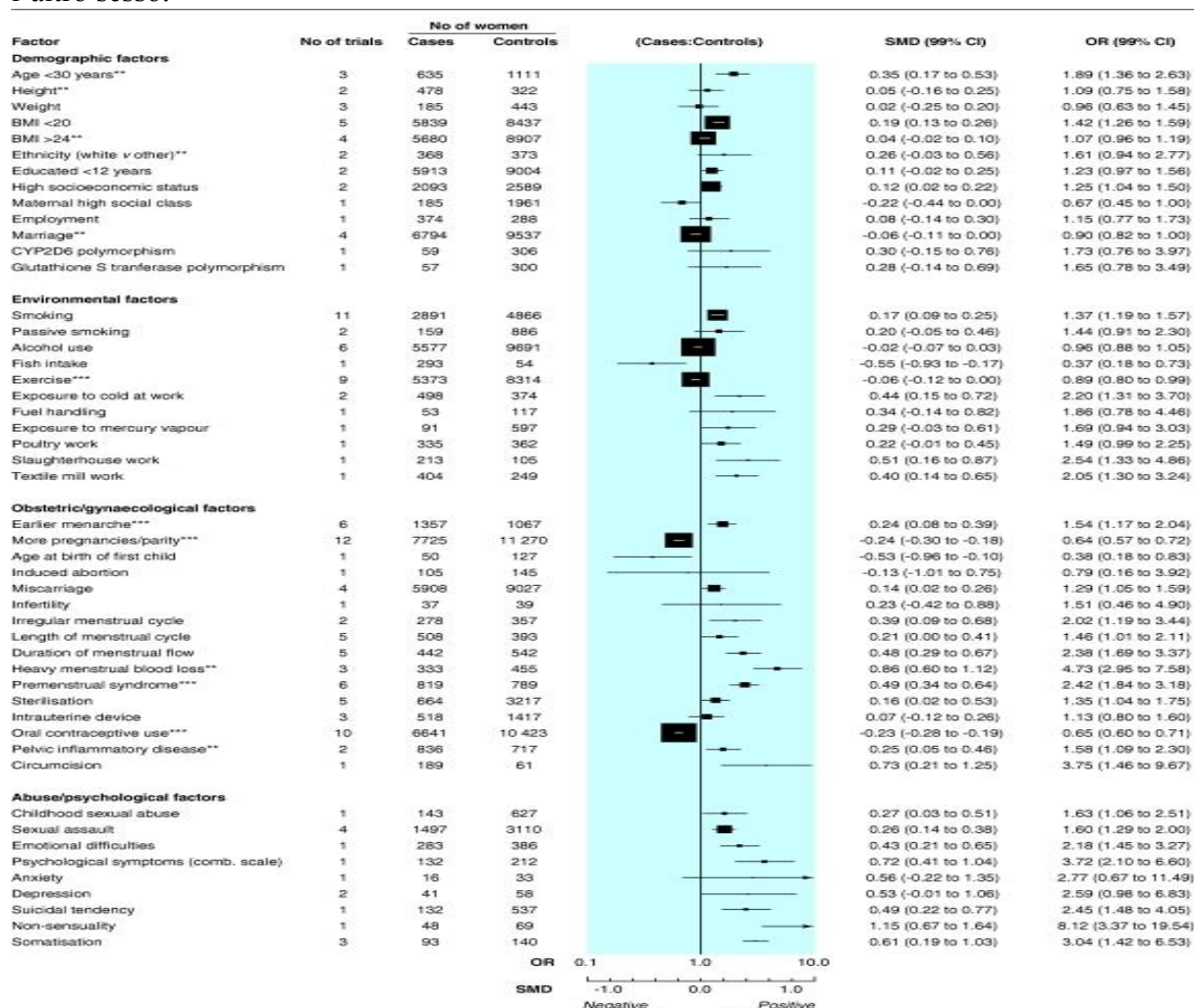
4.2 Fattori di rischio

Nella Revisione sistematica di Latthe P et al. del 2006 (6), riguardante i fattori di rischio che predispongono al dolore pelvico cronico, sono state identificate 5567 citazioni, di cui sono stati selezionati 111 articoli per la revisione; sessantatre studi (in 64286 donne) hanno valutato 54 fattori di rischio per la dismenorrea, 19 studi hanno valutato 14 fattori di rischio per la dispareunia (in 18601 donne) e 40 studi hanno valutato 48 fattori di rischio per il dolore pelvico cronico non ciclico (in 12040 donne).

Il risultato finale, in percentuale, degli studi inclusi secondo i criteri di qualità imposti all'inizio dello studio sono : 46% sulla dismenorrea, 68% sulla dispareunia e il 70% sul dolore pelvico non ciclico.

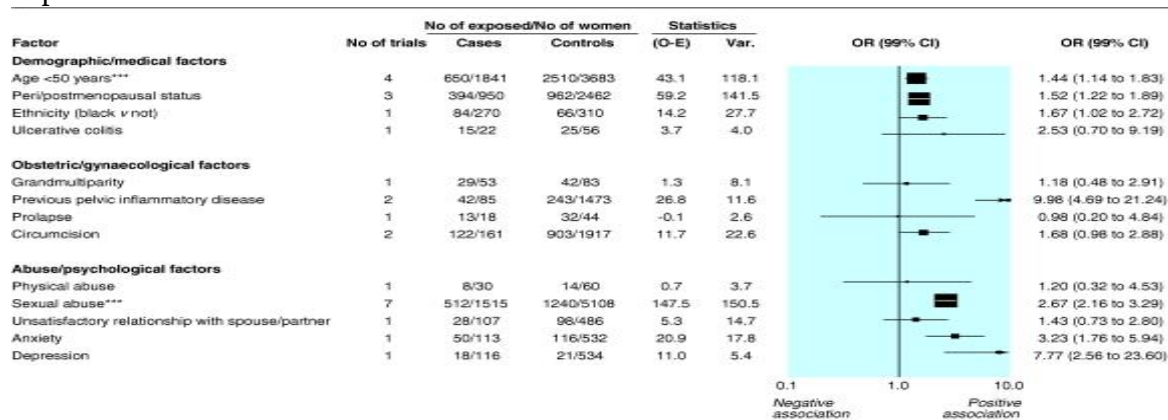
Dal lavoro risulta che la dismenorrea è stata associata con l'età inferiore a 30 anni, BMI inferiore a 20, fumo, menarca precoce (inferiore a 12 anni), cicli mestruali frequenti e abbondanti, flusso mestruale irregolare o abbondante, presenza di sintomi premestruali, sospetta malattia infiammatoria pelvica, sterilizzazione e storia di abusi sessuali.

Inoltre è stato evidenziato che il rischio aumentava con il numero di sigarette mentre diminuiva con l'uso di contraccettivi orali, l'assunzione di pesce, l'esercizio fisico, relazioni sentimentali stabili e la parità con l'altro sesso.



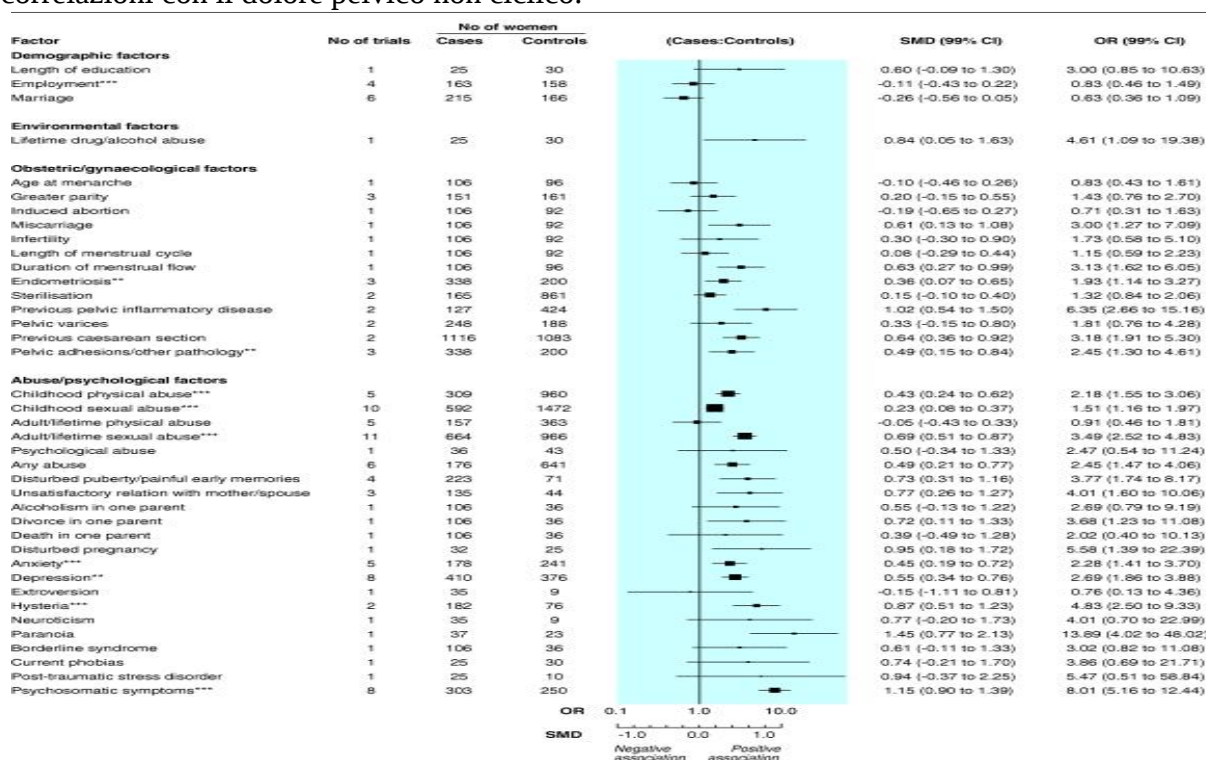
(6)METANALISI FATTORI DI RISCHIO ASSOCIATI A DISMENORREA (TUTTI GLI STUDI SONO ETEROGENEI;***P<0.001,**p<0.01)

La dispareunia è più comune nelle donne che hanno subito l'infibulazione, con sospetta infiammazione pelvica, in prossimità della menopausa o in menopausa, e con problematiche psicologiche quali ansia, depressione e storia di abusi sessuali.



(6)METANALISI FATTORI DI RISCHIO ASSOCIATI A DISPAREUNIA (TUTTI GLI STUDI SONO ETEROGENEI;***P<0.001,**P<0.01)

Infine il dolore pelvico non ciclico è stato associato con numerosi fattori di rischio generali, ginecologici e ostetrici. L'abuso sessuale e comorbidità psicologiche (ansia, depressione, isteria, somatizzazione) legate ad esso e non, in particolare l'aborto spontaneo, flusso mestruale prolungato, la presenza di endometriosi, sospetta malattia infiammatoria pelvica, cicatrici da parto cesareo, aderenze pelviche hanno forti correlazioni con il dolore pelvico non ciclico.



(6)METANALISI FATTORI DI RISCHIO ASSOCIATI AL NON CYCLICAL CHRONIC PAIN (TUTTI GLI STUDI SONO ETEROGENEI;***P<0.001, P<0.01)

Successivamente attraverso una metanalisi regressiva in cui i risultati sono stati suddivisi in sottogruppi, per identificare le possibili fonti di eterogeneità. Questi sono stati definiti dal tipo di dolore e dai fattori di rischio. Nell'analisi studi di bassa qualità hanno dimostrato maggior correlazione tra abusi e dolore pelvico rispetto agli studi di buona qualità. All'interno dei sottogruppi hanno visto che l'abuso era fortemente associato al dolore pelvico cronico quando il gruppo di donne in esame era senza dolore o con altre problematiche come mal di schiena o mal di testa. Infine impairment psicologici come ansia, depressione, somatizzazione, stato nevrotico, erano maggiormente presenti in donne con dolore pelvico rispetto alle donne senza dolore pelvico, indipendentemente dalla presenza o meno di patologie pelviche scoperte attraverso la laparoscopia.

4.3 Diagnosi Differenziale

Nella valutazione clinica delle donne con CPP è essenziale adottare un approccio multidisciplinare in quanto possono coesistere più patologie.

Le donne con CPP dovrebbero essere informate del fatto che, non sempre è possibile identificare una causa organica, prima di acconsentire alle indagini potenzialmente più rischiose (7).

È necessario eseguire un esame meticoloso di quei sistemi collegati alle possibili cause del CPP (ginecologico, gastrointestinale, genito-urinario, neurologico, muscolo-scheletrico, e psicologico) (7,8,9,10).

Janicki propone che il CPP può essere considerato una forma di Sindrome Dolorosa Regionale Complessa (CRPS) o può essere una forma di sensibilizzazione del sistema nervoso centrale (8,11, 12).

Ogni struttura nell'addome e/o nella regione pelvica potrebbe avere un ruolo nell'eziologia del CPP. Quindi, è essenziale tenere a mente non solo gli organi del tratto riproduttivo superiore ma considerare anche l'influenza dei seguenti sistemi: il sistema nervoso centrale e periferico, i vasi sanguigni, strutture miofasciali della parete addominale e del pavimento pelvico, l'uretere, la vescica, e il tratto gastrointestinale (9).

Paulson et al. includono nella diagnosi differenziale cause psicologiche (abusi fisici, sessuali e depressione) e cause sistemiche (porfiria acuta intermittente, emicrania addominale, lupus eritematoso, linfoma, neurofibromatosi).

5. DISCUSSIONE

5.1 Valutazione

Inizialmente, è necessaria una storia clinica dettagliata del dolore stesso, indagando la qualità, la localizzazione, l'irradiazione, la durata, la severità, e i fattori aggravanti e/o allevianti del dolore; il punto d'irradiazione del dolore può essere un indizio dell'origine del dolore (7).

Secondo Gunter et al.(9) si dovrebbe adottare un metodo standard per quantificare la severità del dolore così da poter misurare il dolore nelle visite successive.

Il dolore somatico ha origine dalla pelle, dai muscoli, dalle ossa e dalle articolazioni, ed è trasmesso lungo le fibre sensoriali; viene generalmente descritto come acuto o lieve, ed è solitamente discreto. Il dolore viscerale, dall'altro lato, viene trasmesso attraverso le fibre simpatiche del sistema nervoso autonomo e potrebbe essere descritto come non ben localizzato, lieve, o spasmodico. Il dolore viscerale è frequentemente associato a fenomeni autonomi come la nausea, il vomito, la sudorazione e forti reazioni emotive. Il dolore neuropatico è il risultato di un trauma al sistema nervoso periferico o centrale e produce tipicamente bruciore, parestesia, e dolore lancinante. Se non si possono identificare dei meccanismi, si può prendere in considerazione la diagnosi del dolore psicogeno; tuttavia, questa dovrebbe essere solo una diagnosi di esclusione. È importante ricordare che fattori psicologici come personalità premorbosa, depressione, e disturbi comportamentali hanno certamente effetto sull'esperienza del dolore (9).

Fondamentale inoltre è ricercare la correlazione del dolore con il ciclo mestruale, le funzioni urinarie, intestinali, l'attività fisica e il suo impatto sulle attività di vita quotidiane, compreso il lavoro e le relazioni interpersonali (7).

Uno screening per la depressione è importante non solo perché è collegata al dolore pelvico, ma anche perché i tentativi di suicidio e l'abuso di sostanze possono essere maggiori in questi pazienti (9,13).

È anche appropriato fare domande sulla storia di abusi sessuali e fisici poiché i pazienti con CPP hanno una maggiore prevalenza di abusi. Tuttavia, questa è solo un'associazione e non implica una relazione di causa-effetto (9).

L'esame fisico dovrebbe essere eseguito sia in stazione eretta, statica e dinamica, in posizione supina e in posizione litotomica.

Attenzione particolare andrebbe riservata alla postura, osservando le fisiologiche curve del rachide vertebrale, eventuali deviazioni scoliotiche e la tipica postura antalgica. Inoltre si valuta l'andatura del paziente quando cammina e mentre esegue semplici movimenti o la comparsa del dolore mantenendo l'appoggio monopodalico (13).

Contemporaneamente andremo ad osservare anche la mimica facciale, identificando le espressioni del volto mentre esegue il test richiesto. Un esame della testa, collo, cuore e polmoni andrebbe effettuato; così come un esame neurologico e la valutazione della rachide toraco-lombare. Qualsiasi dei seguenti muscoli o gruppi muscolari può causare o contribuire al CPP: il muscolo retto addominale, obliquo esterno ed interno, trasverso dell'addome, quadrato dei lombi, piramidale, ileo-psoas, coccigeo, elevatore dell'ano, otturatore interno, grande otturatore. Fondamentale anche l'esame neurologico della sensibilità e della forza allargato anche alla zona addominale (9).

L'esame addominale dovrebbe iniziare con un'ispezione delle cicatrici. La palpazione serve ad escludere organomegalie o altre masse addominopleviche. L'esatta localizzazione del dolore dovrebbe essere

mappata se corrisponde alla distribuzione dei nervi ileoinguinali o genitofemorali ecc. Si dovrebbe eseguire una valutazione della parete addominale anteriore per identificare i punti dolorosi alla pressione e i trigger points. L'esame pelvico andrebbe eseguito in posizione litotomica iniziando con un'ispezione dei genitali esterni. In seguito un esame digitale one-finger andrebbe eseguito per valutare il pavimento pelvico. Molti pazienti hanno spasmi dolorosi del muscolo elevatore dell'ano, otturatore, pubococcigeo e i muscoli trasversi perineali profondi. A volte si possono identificare dei trigger points specifici (9).

5.2 Dolore pelvico di origine ginecologica

La funzione urogenitale dipende dall'integrità dei tessuti muscolari, connettivi, e neurali del pavimento pelvico. La disfunzione di uno di questi tessuti può causare un'insufficienza del supporto dell'organo e la perdita dei meccanismi sfinteriali per la vescica e la funzione intestinale, nonché la perdita del sostegno posturale. Secondo Nelson et al., la conseguente sensibilizzazione del sistema nervoso centrale e dei nervi somatici che innervano queste strutture, possono portare alla disabilità nelle donne che soffrono di CPP (11).

Principali condizioni ginecologiche che contribuiscono al CPP includono endometriosi, malattia infiammatoria pelvica (PID), vulvodinia, dispareunia, dismenorrea, aderenze post-operatorie, sindrome da congestione pelvica, patologie uterine (leiomioma, adenomiosi), patologie degli annessi (cisti ovariche, sindrome del residuo ovarico).

ENDOMETRIOSI

E' considerata la maggior causa del CPP con prevalenza del 33% (10,11,14).

Nello revisione di Vercellini et al. l'endometriosi non viene inclusa nel processo diagnostico differenziale in quanto associata a sintomi ciclici ben definiti, quindi viene considerata come un'entità differente dal CPP, con strategie diagnostiche e terapeutiche specifiche (15).

Si può presentare come un cambiamento metaplastico del tessuto fuori dalla cavità uterina. Si presenta tipicamente nella donna intorno ai 30 anni, nullipara, sterile con dismenorrea.

Il dolore da endometriosi è ciclico e può variare da dismenorrea intermittente che aumenta poco prima della comparsa del ciclo mestruale, al dolore cronico viscerosomatico che interferisce con la maggior parte degli aspetti della vita (11).

Nelle donne con CPP sembra esserci connessioni tra endometriosi e IC (cistite interstiziale) (16).

Una conferma della diagnosi con laparoscopia non risulta necessaria purché non ci siano altre indicazioni per l'intervento chirurgico, quindi è consigliato un tentativo mediante terapia farmacologica di prima linea (ad esempio antinfiammatori non steroidei) e di seconda linea (ad esempio danazol, gonadotropina e progestine). L'obiettivo del trattamento ormonale è quello di indurre un'atrofia degli impianti endometriali (7).

Altri autori, invece, indicano come gold standard l'efficacia della laparoscopia, sia come mezzo diagnostico sia come tecnica di trattamento (10,13,16).

La terapia fisica (TENS) e la mobilizzazione dei tessuti molli possono essere utili per influenzare le vie convergenti viscerosomatiche del dolore alle aree toraco - lombari (7,11,13,14).

INFIAMMAZIONE PELVICA

La PID (pelvic inflammatory disease) è una comune causa del CPP in una popolazione con elevata prevalenza di malattie sessualmente trasmissibili. Approssimativamente il 30% delle donne con PID sviluppano successivamente CPP, in età compresa tra 18 e 25 anni. (10,11,16)

Un recente studio riportato dalle Linee Guida proposte da Jarrel et al. (10) mostra una riduzione della salute mentale ($P<0,001$) e fisica ($P<0,001$) nella popolazione di donne con CPP dopo PID. Le donne con CPP avevano meno probabilità di essere negative alla presenza di PID con valori $P<0,001$, rispetto al gruppo che era più soggetto a denunciare una storia di PID con valori $P<0,004$. Il CPP è stato associato con età elevata ($P=0,079$), essere sposati ($P=0,084$), istruzione scolastica inferiore ($P=0,074$), e 3 o più giorni tra l'insorgenza dei sintomi PID e il relativo trattamento ($P=0,182$).

La PID può rispondere al trattamento mediante terapia fisica della giunzione toraco-lombare con l'obiettivo di provare a ridurre il dolore in modo da permettere le attività di vita quotidiana.

VULVODINIA

E' un discomfort vulvare cronico di durata di almeno tre mesi. Generalmente viene descritta con dolore, bruciore, prurito, dispareunia, fitte dolorose, irritazione costante e intermittente. La fascia di età colpita è tra 11 e 75 (età media 43). Viene classificata in vulvodina primaria e secondaria rispetto alla comparsa prima o dopo il primo rapporto sessuale o l'uso di tampone. Molti medici sospettano l'eziologia neuropatica. Il dolore viene avvertito come allodinia, iperalgesia e disestesia oppure tutte e tre contemporaneamente. Una possibile causa neuropatica è relativa ad un danneggiamento del nervo pudendo o dell'elevatore dell'ano in seguito ad un prolungato travaglio o un abbassamento del pavimento pelvico. Inoltre, tale danneggiamento può essere il risultato di un'episiotomia o di una lesione per via dello stare a cavalcioni a seguito di un incidente in moto. Tra le altre cause ci sono: cambiamenti ormonali, tumori e cisti, effetti collaterali chirurgici, o le conseguenze dell'uso di steroidi o antivirali.

La gestione del disturbo attraverso un approccio multidisciplinare sembra essere la scelta di trattamento primaria. Tra gli elementi che compongono il trattamento multidisciplinare, vanno considerati: il biofeedback per diminuire l'ipertono del pavimento pelvico, l'applicazione topica di lidocaina gel, la prescrizione di farmaci antidepressivi e iniezioni locali di Botox. In aggiunta possono essere prese in considerazione programmi di sostegno psicologico cognitivo, terapia comportamentale e counseling sessuologico (11,10,16).

Una condizione dolorosa, sottotipo della vulvodinia è la Sindrome Vulvo-vestibolare, spesso idiopatica caratterizzata da dolore nella regione vulvare accompagnata spesso da dispareunia. Granot riporta che la bassa pressione sanguigna e i fattori personali predispongono allo sviluppo di VVS.

DISPAREUNIA

E' una sindrome caratterizzata da dolore ricorrente o persistente che si verifica durante il rapporto sessuale ed è spesso una componente del complesso dei sintomi delle donne con dolore pelvico (13).

Può essere percepito nella parte iniziale, nella regione mediale o in profondità della vagina; può comparire durante la penetrazione e anche dopo l'atto sessuale. cronico.

Heim ha individuato cause fisiche, psicogene ed organiche, alla base di tale disturbo, comprese: lubrificazione insufficiente della mucosa vaginale, atrofia, infezioni e cicatrici dopo episiotomia o altri interventi chirurgici.

I sintomi includono dolore bruciante, prurito che sono spesso accompagnati da ansia e angoscia.

Il trattamento conservativo può includere massaggi, dilatatori meccanici e training per il rilassamento (11).

DISMENORREA

La dismenorrea primaria comincia dai 6 ai 12 mesi dopo il menarca e coincide con l'inizio del ciclo ovulatorio. Le pazienti lamentano dolore spasmodico o in forma di crampi al basso addome, che si può diffondere alla parte alta del pube, alla zona lombare e alle parti medio-anteriori delle cosce. Altri

sintomi come mal di testa, nausea, vomito, diarrea e affaticamento spesso accompagnano il dolore mestruale. I sintomi di solito durano 48 ore o meno. La dismenorrea secondaria tende a manifestarsi in età più avanzata rispetto a quella primaria. Il dolore che insorge prima della mestruazione è spesso dovuto a malattia infiammatoria pelvica, a sindrome da congestione pelvica, a endometriosi, o a sindrome premestruale.

Risultati anormali dell'esame fisico suggeriscono che la dismenorrea è secondaria. La diagnosi della dismenorrea primaria avviene per esclusione. L'esame fisico generale e l'esame pelvico non rivelano anormalità (13).

ADERENZE POST-OPERATORIE

Le aderenze pelviche possono essere causate da disturbi infiammatori acuti o cronici (ad esempio infezioni tubo-ovariche e endometriosi) o da traumi chirurgici.

Il ruolo specifico delle aderenze associato all'infezione pelvica cronica e all'endometriosi nel causare CPP, è difficile da definire, dato che molte variabili di queste condizioni determinano la frequenza e la severità dei sintomi percepiti. Di conseguenza, quando si valutano le aderenze come potenziale cause del CPP andranno considerate solo le aderenze post-operatorie.

Sono state riscontrate nel 25-50% dei casi di donne con CPP, ma il loro ruolo rimane controverso. Un esame di più di 3000 donne con CPP hanno dimostrato che le aderenze sono presenti nel 36% della popolazione esaminata. E' stata avanzata l'ipotesi che le aderenze intraperitoneali causino dolore quando modificano le normali relazioni anatomiche e quando attività, come al corsa o i rapporti sessuali, causano l'allungamento del peritoneo o della sierosa viscerale nei siti di attaccamento delle aderenze, stimolando l'attivazione dei nocicettori. Inoltre è probabile che le aderenze vascolari sfocino in dolore (10,13,14,15,16).

La diagnosi viene fatta attraverso l'esame fisico, la storia clinica e la laparoscopia, mentre il trattamento di elezione per la risoluzione del dolore pelvico conseguente è l'adesiolisi (8).

SINDROME DA CONGESTIONE PELVICA

E' una costellazione di sintomi dolorosi associati alla presenza di varici ovariche e pelviche (dell'arteria iliaca interna) associate ad incompetenza venosa e a ridotto spazio venoso nella zona pelvica. La patofisiologia è ancora sconosciuta, è stato ipotizzato un collegamento con fattori psicologici, sessuali e genetico-biologici. Secondo molti studi, fino al 30% delle pazienti con CPP presenta varici pelviche come sola eziologia e un ulteriore 12% presenta altre patologie pelviche (13,15,16).

Soysal et al. hanno eseguito ultrasuoni trans addominali e trans vaginali, flebografie pre-uterina e laparoscopia in 148 donne con CPP e in 30 donne asintomatiche, sessualmente attive sottoposte a sterilizzazione tubarica. In 47 pazienti (31%) con CPP la congestione pelvica era l'unica anormalità identificata e nessun caso di congestione pelvica grave è stato riscontrato nel gruppo di controllo (15).

Gli esami strumentali specifici per la diagnosi sono venografia pelvica, ultrasonografia doppler, e la MRI. Il trattamento chirurgico standard è l'isterectomia (10).

5.3 Dolore pelvico di origina urologica

Lesioni delle strutture muscolari, neurali e fasciali del pavimento pelvico, la perdita della vascolarizzazione della mucosa uretrale, malattie del sistema uro ginecologico, nonché cambiamenti legati ad alterazioni strutturali del muscolo striato uretrale possono portare dei cambiamenti funzionali nell'attività del pavimento pelvico (PP).

CISTITE INTERSTIZIALE

La International Continence Society (ICS) ha definito la CI come "il lamento di dolore sovrapubico correlato al riempimento della vescica e accompagnato da altri sintomi come l'aumentata frequenza diurna e notturna, in assenza di diagnosi di infezione del tratto urinario o di altre patologie". Questa definizione sottolinea come il dolore sia parte integrante della CI, pertanto la ICS ha raccomandato il termine 'sindrome della vescica dolorosa' (SVD); negli ultimi anni, la nomenclatura si è evoluta per includere la CI nella SVD (11,17).

Questo termine include l'intero complesso di sintomi: dolore pelvico o della vescica, e urgenza o frequenza urinaria, in assenza di altre patologie identificabili. La CI/SVD presenta pochi segnali fisici, nessuna istopatologia patognomica, nessun parametro urodinamico caratteristico, e nessun test diagnostico di laboratorio, e tanto meno un'etiologia identificabile. La valutazione di pazienti con sospetta IC/SVD può essere lunga e frustrante sia per il paziente che per il medico. La CI/SVD andrebbe inclusa nella diagnosi differenziale del CPP, ma non dovrebbe essere usata per una diagnosi veloce quando il dolore coesiste con frequenza e urgenza (17).

La diagnosi definitiva viene effettuata con un test di sensibilità al KCl; Person et al. hanno riportato una sensibilità del 100% rispetto ad altri metodi diagnostici (9,11,14,16).

Comorbidità per IC (cistite interstiziale) comprendono infezioni delle vie urinarie, endometriosi, fibromialgia, vulvodinia, CPP, IBS (sindrome dell'intestino irritabile), disturbo d'ansia e depressione.

Il trattamento è multimodale e dovrebbe includere una corretta dieta, modificazione di comportamenti errati, terapia intra vescicale, biofeedback e terapie fisiche.

La cistoscopia eseguita da specialisti esperti, con o senza laparoscopia diagnostica va considerata quando c'è un sospetto di CI (10).

Altre condizioni urologiche che possono portare allo sviluppo di CPP è la sindrome uretrale e l'iperattività vescicale.

La sindrome uretrale è una condizione non infettiva presentata come dolore uretrale e disturbi funzionali di disuria senza nicturia. Questa condizione è causata da stenosi o modifiche fibrose dell'uretra dovute ad infezioni, trauma, o atrofia (16).

5.4 Dolore pelvico di origine gastrointestinale

Le condizioni intestinali che possono contribuire al dolore pelvico sono diverticoli, morbo di Chron, colite ulcerosa, appendicite cronica le quali sono ben gestite dal medico curante.

SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE

La sindrome dell'intestino irritabile (IBS) colpisce circa il 15% degli adulti, in prevalenza le donne rispetto agli uomini. I pazienti presentano dolore addominale ricorrente associato ad alterate abitudini intestinali quali diarrea, stipsi e gonfiore. La fisiopatologia è multifattoriale, coinvolgendo la motilità intestinale alterata, l'ipersensibilità viscerale e fattori psicosociali.

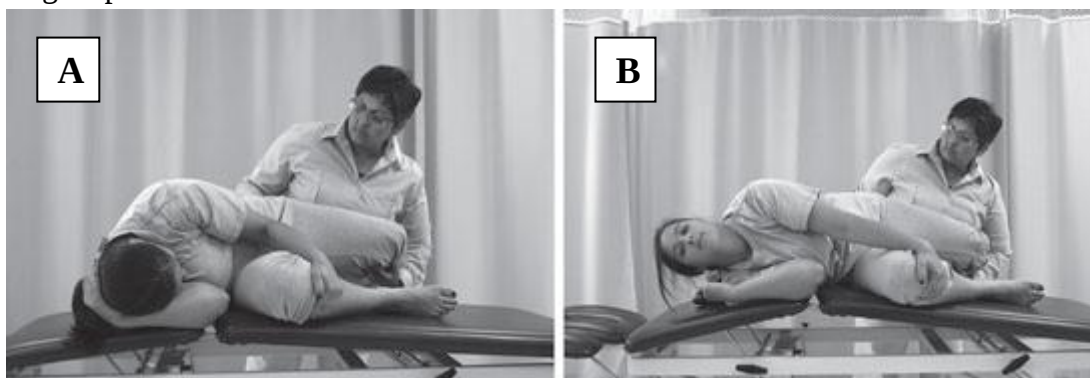
Olden propone i seguenti approcci diagnostici : escludere la presenza di bandiere rosse (Red Flags) che indicano la presenza di disordini gastrointestinali strutturali, infettivi o infiammatori, inoltre determinare se il paziente soddisfa i criteri Roma per la IBS. Se non ci sono red flags e il paziente soddisfa i criteri Roma allora è opportuno procedere al trattamento specifico per la IBS. (Dick, Jarrel, Paulson)

È importante guidare il paziente verso un trattamento di tipo conservativo rivolgendosi ad uno specialista. Altre patologie urologiche, proposte per la diagnosi differenziale nel CPP, sono descritte nella revisione di Paulson et al. : infiammazione intestinale, costipazione cronica, tumore dell'intestino.

5.5 Dolore pelvico di origine neurologica

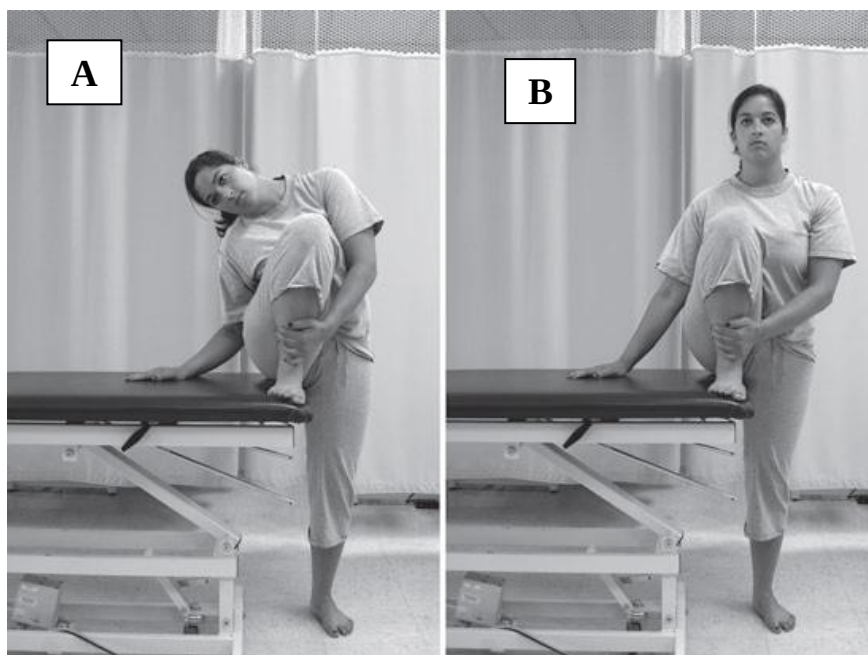
L'irritazione del nervo o il suo intrappolamento può essere la causa di dolore pelvico. Può essere correlata a lesioni dei segmenti superiori lombari, i quali danno luogo a irritazione dei nervi o da trauma diretto addominale dovuto ad incisioni o divaricatori usati durante interventi chirurgici. La localizzazione del dolore e le parestesie dovrebbero indicare il nervo maggiormente coinvolto; affezioni che possono interessare il nervo ileo-ipogastrico, ileo-inguinale, genito-femorale, pudendo e otturatore. (Paulson)

Nella revisione di Nelson et al. 2011 (11), vengono riportati dei test neuro dinamici per identificare il nervo compromesso e le relative tecniche di mobilizzazione neurale da eseguire se la causa del CPP è di origine periferica.



(11) **TEST NEURODINAMICO NERVO ILEOIPOGASTRICO, ILEOINGUINALE E GENITOFEMORALE.**

Il paziente viene posizionato con il rachide in flessione e inclinazione contro laterale al lato da esaminare (Fig A) in modo da mettere in tensione il tessuto neurale e riprodurre la sintomatologia dolorosa. La Fig B rappresenta la posizione di detensione.



(11) MOBILIZZAZIONE NEURODINAMICA NERVO ILEOPOGASTRICO, ILEOINGUINALE E GENITOFEMORALE LATO SINISTRO IN POSIZIONE SEDUTA.

L'anca del paziente viene pre-posizionata neutra e in adduzione. La manovra viene eseguita con il movimento di flessione laterale contro laterale del tronco.

Fig A Posizione iniziale

Fig. B Mobilizzazione con movimento di inclinazione laterale



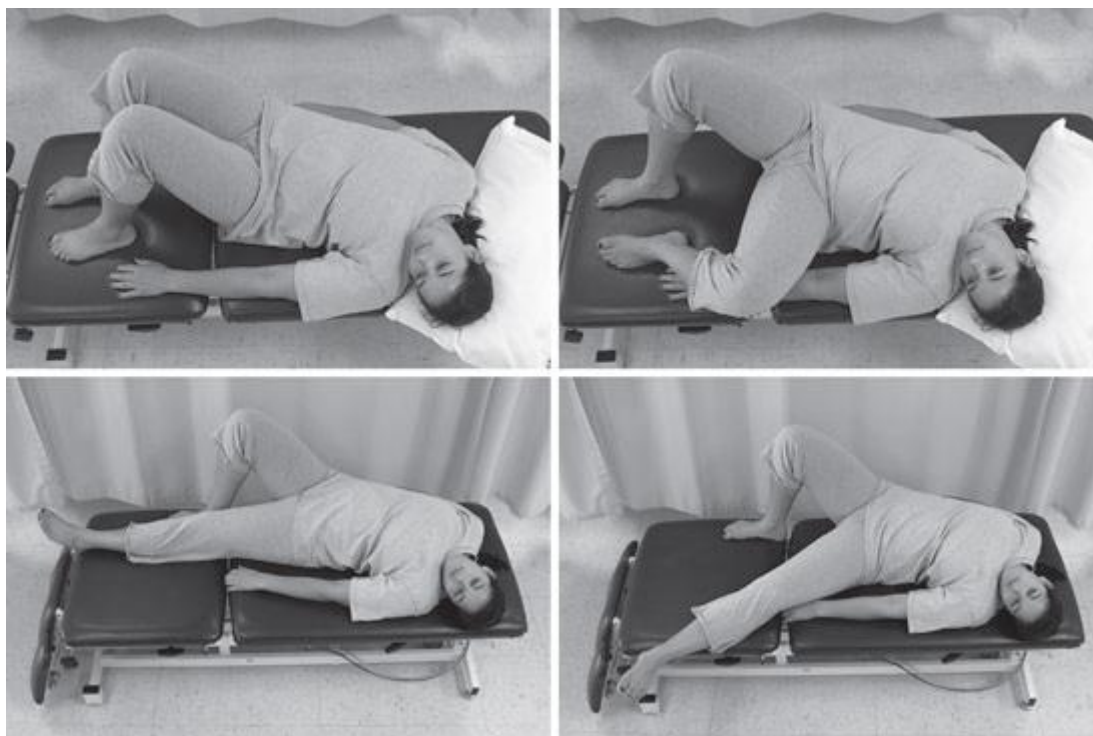
(11)TEST NEURODINAMICO NERVO OTTURATORE LATO SINISTRO IN DECUBITO LATERALE.

Il paziente viene posizionato in flessione laterale contro laterale al lato da esaminare con estensione e abduzione dell'anca omolaterale per mettere in massima tensione il nervo.

Fig. A Posizione di tensione

Fig. B Posizione di detensionamento

Fig. C Posizione ottimale con estensione di ginocchio per ridurre la tensione degli adduttori



(11) MOBILIZZAZIONE NEURODINAMICA NERVO OTTURATORE LATO SINISTRO IN POSIZIONE SUPINA.

Il tronco posizionato in inclinazione laterale dal lato da mobilizzare la posizione è supina gancio. La coscia viene mobilizzata in abduzione e rotazione esterna.

Fig. A Posizione di gancio con inclinazione laterale omo

Fig. B Movimento di abduzione /rotazione esterna d'anca

Fig. C Posizione di partenza alternativa

Fig D Posizione alternativa con mobilizzazione in abduzione d'anca

L'obiettivo del trattamento non cruento, dovuto ad intrappolamento del nervo consiste nel ripristinare un ambiente ottimale per consentire al tessuto neurale la guarigione e il recupero.

Il trattamento può includere il massaggio lungo il decorso del nervo e movimenti dello stesso per indurre i processi neurobiologici di guarigione. (11)

5.6 Dolore pelvico di origine muscolo-scheletrica

Patologie muscolo-scheletriche che possono causare dolore pelvico comprendono la disfunzione articolare dell'articolazione sacro-iliaca, della sinfisi pubica e sacro-coccigea, lesioni al coccige o mal posizionamento. Possono essere coinvolte strutture del torace basso, lombare e del plesso sacrale (11,16). L'ipermobilità pelvica colpisce tra il 7% e 14% di tutte le donne in gravidanza. Quindi un prolungato pelvic girdle pain oltre 6 mesi dopo il parto, si stima dal 3% al 30% di donne. Tale disfunzione più spesso si traduce in dolore che si localizza alla spina iliaca postero superiore e alla sinfisi pubica.

Come trattamento si procede alla pratica di manipolazioni della sacro iliaca, stabilizzazioni del tronco e l'attivazione di un corretto controllo motorio.

Alterazioni dell'articolazione coccigea è una condizione rara che provoca dolore dentro ed intorno al coccige a seguito di un trauma locale o dal sovraccarico ed è accentuata dall'accovacciarsi e dal sedersi.

Maigne ha studiato gli effetti dello stretching e di mobilizzazione del coccige e ha riportato che lo stretching del muscolo elevatore dell'ano dà più risultati rispetto alla mobilizzazione del coccige. Il trattamento include inoltre iniezioni locali con steroidi e neuro modulazione sacrale.

DOLORE MIOFASCIALE

Il dolore miofasciale fa parte di questo dominio. L'iperattività muscolare e l'irritabilità sono sostenuti da stress meccanici e posturali che prolungano la contrazione del muscolo; possiamo quindi parlare di trigger points che si localizzano nel muscolo stesso. Tale meccanismo si può instaurare a seguito di intrappolamenti del nervo; si possono presentare nei retti dell'addome e nei muscoli obliqui, flessori dell'anca (compreso l'ileopsoas), nel gruppo degli adduttori, piriforme, glutei, e muscolatura del pavimento pelvico, i quali riferiscono il dolore dentro e intorno alla parete addominale e nel bacino. Quando il trigger point viene palpato nella parete addominale il paziente può rispondere con un salto o un twitch locale.

Risoluzione manuale dei tessuti può essere indicato per ridurre il tono e la tensione del muscolo, l'agopuntura è importante per inattivare i trigger points e ripristinare la normale struttura del muscolo prima di essere rinforzato. Si possono effettuare inoltre delle infiltrazioni di anestetico locale, ultrasuoni, calore e/o ghiaccio.

Montenegro et al., sottolinea che ci sono forti evidenze fino all'85% dei pazienti con CPP che presenta delle disfunzioni del sistema muscolo-scheletrico compresi cambiamenti posturali ad esempio della lordosi lombare, iper estensione delle ginocchia, antiversione del bacino, associato a cambiamenti dei muscoli del pavimento pelvico come spasmo dell'elevatore dell'ano e del piriforme.

Queste disfunzioni possono portare all'adozione di posture scorrette che contribuiscono ad aumentare la tensione e lo spasmo muscolare con conseguente accorciamento adattivo che aggrava e perpetua il dolore.

FIBROMIALGIA

Il CPP è molto comune in questa condizione patologica. Il dolore è il segno caratteristico della sindrome fibromialgica (FMS). E' comune che predomini in un'area specifica. Le aree doloranti comprendono i muscoli, ma si possono localizzare anche nella giunzione mio-tendinea. L'affaticamento è spesso il sintomo più debilitante della FMS. Sono comuni anche i disturbi del sonno.

Se il dolore si scatena con una leggera pressione su almeno 11 dei 18 punti indicati, allora la diagnosi è confermata. Non esistono studi per immagini o di laboratorio che diagnostichino la SDF. Il trattamento include analgesici, antinfiammatori, antidepressivi e ipnotici. La fisioterapia può essere integrata per ridurre la sintomatologia (13).

PELVIC FLOOR PAIN SYNDROME

La sindrome dolorosa del pavimento pelvico è caratterizzato dall'associazione di dolore pelvico e aumentata stiffness di uno o più muscoli del pavimento pelvico: muscolo elevatore dell'ano, muscolo coccigeo, muscolo piriforme, nonché le loro inserzioni o le fasce connettivali associate.

I sintomi sono solitamente vaghi e mal localizzabili. In un numero significativo di pazienti il dolore è unilaterale e può essere molto severo. Mal di schiena e irradiazione del dolore all'osso sacro o all'area di

inserzione del muscolo elevatore dell'ano non è raro. Il dolore può imitare quadri clinici di malattie degli organi riproduttivi, con alterazioni e variazioni legate al ciclo mestruale (13).

La diagnosi si basa sia sulla storia clinica del paziente, sulle informazioni relative al dolore e l'esame clinico manuale, che ha l'obiettivo di valutare la forza, resistenza e sensibilità della regione perineale (12).

Il trattamento specifico si basa sulle tecniche muscolari manuali, biofeedback, esercizio terapeutico del PP e dei muscoli sinergici (Muscolo trasverso dell'addome, Multifido, Diaframma)

5.7 Dolore pelvico di origine psicologica

Le diagnosi psicologiche nelle donne con CPP sono evidenti con percentuali pari al 60% (depressione 25-50%, disturbi somatici 10-20%, ansia 10-20% e diagnosi psicologiche multiple 20-30%). Identificare se i fattori psicosociali siano la causa o l'effetto del CPP rimane problematica.

E' importante non attribuire immediatamente la causa del dolore a ragioni psichiatriche se non si trova subito una causa organica (7).

Tra le cause maggiormente menzionate dagli studi selezionati troviamo: abusi fisici, sessuali e depressione.

Il trattamento proposto da Carter e Paulson (13,16) è prettamente farmacologico mentre altri sostengono anche un supporto psicoterapico.

5.8 Gestione e Trattamento

All'interno delle revisioni prese in esame troviamo il trattamento specifico, basato sulle linee guida mediche, per ogni patologia che può determinare o contribuire alla presenza del CPP.

Ciò che viene enfatizzato da molti autori è l'importanza dell'approccio multidisciplinare che si adatta al modello biopsicosociale.

Nello studio randomizzato Olandese presente nelle clinical review di Marie-Louise Dick (7) emerge che il gruppo sottoposto alla gestione multidisciplinare (somatica, psicologica, alimentare, ambientale e fisioterapica) ha ottenuto maggior miglioramenti in termini di attività di vita quotidiana e dei sintomi, rispetto al gruppo sottoposto a laparoscopia, utilizzata come gestione standard per escludere dolore pelvico di origine organica (7).

Ogni piano di gestione del paziente con CPP richiede il consenso dello stesso in conformità con il trattamento. Questo è fondamentale in quanto abbiamo spesso modificazioni cognitivo-comportamentali. E' necessario informarlo sul piano di intervento, quindi sugli obiettivi da conseguire e negoziare sulle migliori strategie terapeutiche da utilizzare. Tale preparazione rappresenta la base del "contratto terapeutico". Per i pazienti con un maggior coinvolgimento del sistema cognitivo ed affettivo, questa metodica è fondamentale per il successo. Le componenti educative nella gestione del paziente con CPP includono: informazioni sui meccanismi del dolore, sui meccanismi della patologia, e la relazione del sistema viscerale e muscolo-scheletrico. L'obiettivo educativo fondamentale è stimolare a prendere attivamente parte al piano di trattamento, imparando strategie di coping positive, sviluppare modelli di pensiero e di movimento appropriati per aumentare la ripresa funzionale e aumentare l'autoefficacia del paziente.

Le strategie verranno selezionate in base alle esigenze del paziente includendo tecniche di gestione, trattamento delle condizioni specifiche locali, e strategie di movimento adeguate, ovvero la ripresa del controllo motorio e posturale. I clinici possono includere nel trattamento da una a tutte le categorie, a seconda dei bisogni del paziente e del suo stato cognitivo, affettivo, e psicosociale. Le tecniche di gestione specifiche per il dolore possono essere : la gestione dello stress, adeguato ritmo sonno-veglia e tecniche di rilassamento.

Gli interventi di trattamento di gestione conservativa includono: fisioterapia, terapia cognitivo-comportamentale, terapia farmacologica inoltre abbiamo un'ampia gamma di interventi invasivi tra cui la chirurgia.

6. CONCLUSIONI

Il dolore pelvico cronico è una condizione disabilitante comune che non è ancora stata investigata a sufficienza e non ci sono dati rilevanti e certi su cause e miglior trattamento .

Uno dei limiti della revisione sistematica di Litthe P e al.(6) è non aver investigato sui fattori di rischio associati alla sindrome dell'intestino irritabile, sindrome che ha come localizzazione del dolore la zona addominale, medesima zona delle patologie analizzate nello studio. Il quadro clinico della sindrome dell'intestino irritabile può presentarsi con dolore addominale, meteorismo, distensione addominale, aumentata eruttazione o flautolenza, così come l'alterazione delle abitudini intestinali e sintomi gastro-intestinali. E' fondamentale prendere in considerazione questa problematica per la diagnosi differenziale come anche riportato dalle revisioni di altri Autori inclusi nella tesi.

Il funnel plot della revisione ha dimostrato errori di pubblicazione per solo tre dei fattori di rischio studiati: l'uso di contraccettivi orali, parità di sesso e il fumo che, hanno dimostrato un'asimmetria a favore dei risultati positivi nella dismenorrea, mentre non ci sono bias di pubblicazione tra abusi sessuali infantili o in età adulta associati al dolore pelvico non ciclico.

Inoltre le scale di valutazione non standard utilizzate per discriminare donne con o senza un fattore di rischio mancavano di una delle due caratteristiche di validità o affidabilità, quindi le associazioni che non sono forti e coerenti possono essere considerate solo come generatrici di ipotesi.

Altro limite emerso dagli studi retrospettivi può essere la scelta inappropriata del gruppo di controllo; per esempio donne che hanno subito abusi fisici o psicologici come controllo, versus un gruppo che ha subito abusi sessuali, possono nascondere differenze clinicamente rilevante in quanto il disagio psicologico è presente in entrambi i gruppi.

Il fatto di aver scelto gruppi di controllo collettivo in diversi studi, può essere fuorviante, poiché l'associazione tra dolore pelvico cronico e fattori di rischio potrebbe essere dovuta a differenze nell'assistenza sanitaria.

I criteri per giudicare se il fattore di rischio è causale sono: la consistenza, la forza e l'associazione temporale, la qualità metodologica degli studi, la relazione dose-risposta e la plausibilità biologica. Questa revisione è basata su studi caso-controllo che sono soggetti al bias recall. I studi coorte sono più efficaci nel delineare la relazione tra i vari fattori di rischio e il dolore pelvico cronico. Solo una parte degli studi valuta la relazione temporale tra fattori di rischio e dolore pelvico. L'associazione tra abuso, comorbidità psicologiche e patologia pelvica e dolore pelvico cronico è sufficientemente forte e consistente da suggerire un rapporto causale, come confermato da numero di studi eziologici.

I risultati di questa revisione dimostrano come sia importante definire degli studi validi mirati a investigare i fattori di rischio patologici e psicologici modificabili nel dolore pelvico cronico.

Dal confronto delle Revisioni descrittive emerge che ogni Autore, per la diagnosi differenziale considera diverse patologie che contribuiscono all'insorgenza o al mantenimento del CPP. Questo potrebbe essere un punto di disomogeneità dei risultati. Mentre quasi la totalità degli studi concordano sull'approccio multidisciplinare, basato sul modello biopsicosociale, sull'importanza dell'anamnesi e dell'esame fisico generale e specifico. A volte si pensa che le cause contribuiscono al dolore, mentre altre volte, non si trova una diagnosi specifica quindi il quadro clinico di CPP viene definito come idiopatico quindi il trattamento è mirato alla gestione del dolore.

Subentra quindi il ruolo della terapia manuale per la modulazione del dolore, anche se scarsamente supportata da studi scientifici presenti in letteratura, clinici esperti suggeriscono che questo trattamento ha benefici per la gestione del dolore. Trattamenti specifici delle disfunzioni muscolo-scheletriche includono tecniche di stretching muscolare e release dei trigger point. Il trattamento dei gruppi muscolari dolorosi è stato valutato efficace nelle donne con IC e rappresenta il trattamento conservativo standard. Incorporare l'esercizio terapeutico può essere una parte importante per il miglioramento sia del controllo motorio sia della ripresa funzionale globale.

La chiave è incoraggiare il paziente ad utilizzare tecniche come : rilassamento, respirazione diaframmatica, incentivare un pensiero positivo e l'utilizzo del biofeedback, quando il dolore inizia ad aumentare.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Mathias SD, Kupperman M, Liberman RF, et al. **Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates.** *Obstet Gynecol* 1996;87:321-327.
2. Raj PP. Visceral pain. In: Raj PP, Abrams BM, Benson HT, et al., eds. **Practical Management of Pain**, 3rd ed. St. Louis: Mosby, Inc; 2000:223-239.
3. Banks SM, Kerns RD. **Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework.** *Psychol Bull* 1996;119:95-110.
4. Derasari MD. **Taxonomy of pain syndromes: classification of chronic pain syndromes.** In: Raj PP, Abrams BM, Benson HT, et al., eds. **Practical Management of Pain**, 3rd ed. St. Louis: Mosby, Inc; 2000:10-16.5
5. Ahangari A. **Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review Pain Physician.** 2014; 17(2): E141-7
6. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K : **Factors predisposing women of Chronic pelvic pain Systematic Review.** *BMJ* 2006 Apr; 332(7544):749-55
7. Dick ML: **Chronic pelvic pain in women Assessment and management.** Reprinted from *Australian Family Physician* Vol. 33, No. 12, December 2004
8. Howard F.M, MS, MD: **Chronic Pelvic Pain.** *The American College of Obstetricians and Gynecologists.* VOL. 101, NO. 3, MARCH 2003
9. Gunter J, MD, FRCS(C), FACOG: **Chronic Pelvic Pain: An Integrated Approach to Diagnosis and Treatment.** *OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SURVEY* Volume 58, Number 9; 2003.
10. Jarrel J.F, MD, FRCSC, MSc, CSPQ, Calgary AB George A. Vilos, BSc, MD, FRCSC, FACOG, FSOGC, London ON: **Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain. SOGS Clinical practice guidelines.** No164, August 2005
11. Nelson P, Apte G, Justiz R, Brismée JM, Dedrick G, Sizer P: **Chronic female pelvic pain—part 2: differential diagnosis and management.** *Pain Practice*, Volume 12, Issue 2, 2012 111–141
12. Apte G¹, Nelson P, Brismée JM, Dedrick G, Justiz R 3rd, Sizer PS Jr.; 2012: **Chronic female pelvic pain—part 1: clinical pathoanatomy and examination of the pelvic region.** *Pain Practice*, Volume 12, Issue 2, 2012 88–110
13. Carter J.E, MD, PhD: **Management of Chronic Pelvic Pain.** *OBGYN* June 21, 2011
14. Lifford KL, MD, Barbieri RL: **Diagnosis and management of chronic pelvic pain.** *Urol Clin N Am* 29 (2002) 637–647
15. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Fedele L: **Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic Approach.** *Gynecological Endocrinology*, March 2009; 25(3): 149–158
16. Paulson JD, Gor HB: **Management of Chronic pelvic pain.** *Expert Rev. Obstet Gynecol.* 2(1), 37-50(2007)
17. Fletcher SG, Zimmern PE: **Differential diagnosis of chronic pelvic pain in women: the urologist's approach.** *Nat. Rev. Urol.* 6, 557–562 (2009);