



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA



Università degli Studi di Genova
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici
A.A. 2010 2011
Campus Universitario di Savona

IL DOLORE PELVICO CRONICO
Le diverse forme di dolore pelvico e i disordini muscolo scheletrici
associati:
il ruolo della Terapia Manuale attraverso una revisione della
letteratura.

Candidato:

Dott.ssa FT Chiara Ciciliani

Relatore:

Dott. OMT FT Andrea Turolla

INDICE:

- **ABSTRACT** pag. 1
- **INTRODUZIONE** pag. 2
- **PATOLOGIA** pag. 3
- **EPIDEMIOLOGIA** pag. 3
- **ORIGINE DELLE DIVERSE FORME DI DOLORE PELVICO:**
 - Ginecologico pag. 4
 - Urologico pag. 6
 - Gastrointestinale pag. 7
 - Neurologico pag. 7
 - muscolo- scheletrico pag. 7

- **TRATTAMENTO E RISULTATI A CONFRONTO**..... pag. 9
- **LA RICERCA** pag.13
 - cluster degli articoli scartati pag.13
 - cluster degli articoli presi in considerazione pag. 20

- **CONCLUSIONI** pag. 25
- **BIBLIOGRAFIA** pag. 26

ABSTRACT

Chronic Pelvic Pain (CPP) è un termine spesso vago e confuso, in genere è riferito all'area della pelvi e \o dell'addome, che è presente da un tempo maggiore di 6 mesi o caratterizzato da meccanismi dolorosi di breve durata.

Questa patologia ha un impatto negativo sulla vita e sulle ADL del paziente, colpisce prevalentemente le donne, ma anche gli uomini ne soffrono in una percentuale minore.

I sintomi associati al CCP sono dolore alla schiena, sensazione di pesantezza nella pelvi, dolore irradiato alle gambe, dolore durante la minzione \ defecazione, costipazione, diarrea, dolore in regione sovra pubica, dolore all'addome (sensazione di crampi), ciclo mestruale irregolare, dispareunia.

L'obiettivo di questa tesi è quello di individuare le varie forme di dolore di origine pelvica ed individuare secondo un aggiornamento critico, ciò che risulta affrontabile dal punto di vista muscolo scheletrico con la terapia manuale.

Per una corretta realizzazione dello studio, viene effettuato un approccio sperimentale attraverso una revisione sistematica della letteratura.

Ai fini della validità scientifica delle terapie e dei risultati da queste ottenuti nella gestione e trattamento del CPP, bisogna considerare l'utilizzo di un approccio sperimentale, l'unico in grado di individuare l'effettiva efficacia dei trattamenti. Inoltre viene aggiunto un campionamento randomizzato per assicurare una rappresentatività del campione.

Quindi le impostazioni di ricerca e i rispettivi risultati sono stati estrapolati da studi condotti nel rispetto di tali criteri metodologici.

Dallo studio condotto emerge che la terapia manuale rappresenta uno degli strumenti elettivi per il trattamento di CPP a cui si associano esercizi di stabilizzazione della pelvi e attività aerobiche che migliorano lo status fisico del paziente.

Da non sottovalutare l'importanza di un approccio cognitivo- comportamentale che aiuta il paziente a gestire ed affrontare in maniera corretta il dolore in tutte quelle che sono le attività di vita quotidiana.

INTRODUZIONE

Il presente lavoro si propone di studiare il ruolo della terapia manuale per ciò che concerne il trattamento del dolore pelvico e quindi i disordini muscolo scheletrici ad esso associati.

Si tratta di individuare la validità dei principali studi presi in esame cercando di delineare gli interventi che possono essere messi in atto per il trattamento della patologia.

PATOLOGIA

Il dolore pelvico cronico è un dolore localizzato nella regione pelvica che persiste da più di 6 mesi derivante da disfunzioni ginecologiche, urologiche, gastrointestinali e patologie muscolo scheletriche.

L'effettiva gestione e valutazione di questo problema deve essere sistematica e globale.

Deve essere effettuata un'attenta considerazione delle red flags, della storia clinica del paziente attraverso visite ginecologiche ed esami tessuto specifici.

Uno schema dell'esame clinico che si basa nell'individuare l'insorgenza dei sintomi primari (regione lombo-sacrale, coccigea, sacro-iliaca, inguine ,pavimento pelvico e regione addominale) può essere utilizzato per trattare e gestire il dolore specifico.

Secondo le linee guida per la gestione del dolore pelvico cronico, la sindrome da dolore cronico di solito comprende le seguenti caratteristiche:

- durata dei sintomi da 6 mesi o più
- incompleta guarigione dopo diversi trattamenti
- significativa compromissione delle funzioni a lavoro e a casa
- segni di depressione come risveglio precoce, perdita di peso, anoressia
- ruoli familiari alterati

EPIDEMIOLOGIA

Il dolore nella regione pelvica può derivare da condizioni muscolo scheletriche, ginecologiche, urologiche, gastrointestinali e neurologiche. Questo dolore può coinvolgere sia il sistema somatico che viscerale.

Janicki sottolinea che il CCP può essere una forma di sindrome dolorosa o una forma di sensibilizzazione centrale del sistema nervoso.

La difficoltà nell'identificare la causa del dolore e l'efficacia del trattamento spiega la tendenza del dolore pelvico a diventare cronico e la frustrazione associata alla sua gestione sia per il paziente che per l'operatore sanitario.

In una revisione sistematica di Pallavi et al., è emerso che i fattori che predispongono al dolore pelvico cronico sono diversi.

Associati a dismenorrea (ciclo mestruale doloroso) sono:

- <30 anni e BMI<20
- menarca precoce <12 anni
- ciclo mestruale lungo/ durata del sanguinamento
- flusso mestruale irregolare
- presenza di sintomi premestruali
- sospetto clinico di malattia infiammatoria
- sterilizzazione
- storia di abusi
- ansia, depressione, somatizzazione

L'uso di contraccettivi orali, l'assunzione di pesce, l'esercizio fisico, essere sposati o avere una relazione stabile, e più alto di parità sono stati associati con la riduzione del rischio di dismenorrea.

Associati a dispareunia (dolore durante rapporti sessuali):

- circoncisione
- sospetto clinico di malattia pelvica infiammatoria
- periodo peri/post menopausale
- ansia, depressione
- violenza sessuale

Associati a dolore pelvico non- ciclico:

- abusi sessuali

- droga, alcool
- aborto spontaneo
- flusso mestruale lungo
- endometriosi
- aderenze pelviche
- ansia, depressione e somatizzazione

Il dolore pelvico che origina dal sistema ginecologico:

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.

Principali condizioni ginecologiche che contribuiscono al CPP includono malattia infiammatoria pelvica (PID), endometriosi, cisti ovariche, sindrome del residuo ovarico, patologie uterine (leiomioma, adenomiosi), e pelvic girdle pain associato a gravidanza.

ENDOMETRIOSI

Si può presentare come un cambiamento metaplastico del tessuto fuori dalla cavità uterina. Si presenta tipicamente nelle 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.

Per quanto riguarda il trattamento si utilizzano misure conservative come farmaci anti-infiammatori non steroidei, ormoni progestinici e gonadotropina. L'obiettivo del trattamento ormonale è quello di indurre un'atrofia degli impianti endometriali.

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.

VULVODINIA

È definito come fastidio vulvare cronico con una durata di almeno 3 mesi. Generalmente questo disturbo può essere definito come dolore, bruciore, prurito o "irritazione" di natura costante o intermittente. La gestione del disturbo attraverso un approccio multi disciplinare

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.

DISPAREUNIA

È una sindrome caratterizzata da dolore durante i rapporti in assenza di vaginismo. 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.

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.

DOLORE CLITORIDEO

Dolore causato dalla compressione del nervo pudendo: può essere esacerbato dall'esercizio fisico, dall'uso di vestiti stretti e da alti livelli di stress. I sintomi associati sono localizzati al clitoride.

L'eziologia è multifattoriale e vengono prese in considerazione anche possibili cause metaboliche (diabete), traumatiche o idiopatiche. La neuro modulazione sacrale è stata utilizzata con successo per il trattamento della nevralgia del pudendo. Ai fini dell'educazione del paziente è importante fornire indicazioni per quanto riguarda l'uso di un abbigliamento comodo e largo, modificare gli esercizi, consigliare la pratica di esercizi specifici uso di impacchi caldi o freddi e un training per il rilassamento.

Il dolore pelvico cronico che origina dal sistema urologico:

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 apportare dei cambiamenti funzionali nell'attività del pavimento pelvico(PP).

Una condizione comune dolorosa che coinvolge il sistema urinario è la cistite interstiziale (IC); questa condizione comporta un' aumento della frequenza, urgenza e nicturia.

Il dolore da IC comunemente è localizzato nella regione sovra pubica, tuttavia il dolore può essere riferito nella parte bassa della schiena, al gluteo e nell'area perineale ; spesso viene scambiato per infezione delle vie urinarie.

Nei casi cronici ci può essere un' aumento del tono dei muscoli del pavimento pelvico(PFM).

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.

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.

Recentemente uno studio pubblicato da Kuo e Chandler ha riferito che iniezioni intra vescicali di tossina botulinica A, in combinazione con idrodistensione produce risultati clinici significativamente migliori rispetto alla sola idrodidensione nei pazienti con IC:

In uno studio più recente, Zabihi et al. ha rilevato che la neuromodulazione sacrale per pazienti affetti da IC induce un miglioramento significativo del dolore pelvico, così come dei sintomi minzionali.

Una seconda condizione urologica che può portare allo sviluppo di CPP è la sindrome uretrale, che 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.

Il dolore pelvico cronico che origina dal sistema gastrointestinale:

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.

IBS è una patologia che fa parte delle alterazioni dei disturbi gastrointestinali; si presenta con dolori addominali, gas intestinali, gonfiore, costipazione e diarrea. È importante guidare il paziente verso un trattamento di tipo conservativo rivolgendosi ad uno specialista.

Il dolore pelvico cronico che origina dal sistema neurologico:

Irritazione del nervo o 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.

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.

Il dolore pelvico cronico che origina dal sistema muscolo- scheletrico:

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.

L'iper mobilità 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.

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.

TRATTAMENTO

Lavorare con il paziente trovando una posizione confortevole è essenziale (Kendall, McCreary & Proveance, 1993; King Baker 1998), è consigliato l'uso di cuscini per aiutare il posizionamento degli arti inferiori e del tronco in posizione supina.

Da seduto invece, usare un rotolo a livello lombare e un poggiapiedi per supportare la flessione dell'anca a 90° e una corretta lordosi lombare.

Monitorare la postazione di lavoro del paziente, la seduta della macchina e una corretta postura durante le ADL.

Spesso l'attività fisica aumenta il dolore pelvico e quindi il paziente sceglie di stare a riposo; l'inattività causa decondizionamento. Quindi educare il paziente verso un'attività aerobica porta ad avere una forma fisica generale migliore (3\6 volte a settimana praticare esercizio fisico per almeno 20\40 minuti).

Camminare, nuotare e attività aerobica a basso impatto sono le attività migliori, al contrario della corsa o del ciclismo che aumentano e aggravano il dolore pelvico.

Esercizi di stretching o yoga aiutano ad alleviare il dolore a livello muscolare. Un programma di esercizi semplici da svolgere a casa per aumentare la stabilità pelvica possono comprendere: esercizi addominali e rinforzo della muscolatura degli arti inferiori con l'ausilio di theraband, tubi in gomma, swiss ball o direttamente a terra.

Tenere un diario sull'attività defecatoria ed urinaria aiuta il paziente ad identificare qualsiasi irregolarità in modo rapido ed efficace.

È importante infatti che il paziente capisca l'importanza di una buona regolarità intestinale per il controllo del CPP. La tensione dei muscoli pelvici (PFM), scarsa assunzione di fibre, fluidi e una ridotta attività fisica provoca costipazione incrementando il dolore pelvico.

Una corretta valutazione iniziale include un completa ed attento esame dell'apparato muscolo- scheletrico: controllo della postura, deambulazione , trasferimenti, movimenti attivi e valutazione della forza degli arti inferiori e del tronco (American Physical Therapy Association, 1997).

Inoltre viene valutata la presenza di cicatrici nella parete addominale, il tono muscolare, presenza e localizzazione di tender o trigger points, movimenti perineali, abilità di contrazione dei PFM.

Durante la valutazione è importante prendere in considerazione la rotazione, la flessione, l'estensione delle anche, l'articolazione sacro iliaca, il pattern lombo-sacrale, lunghezza degli arti inferiori e i pattern di movimento generali.

Come prima cosa si utilizza un programma di stretching per i muscoli accorciati e doloranti, specialmente quelli del tronco e della zona pelvica; una buona stabilità della pelvi e del tronco da realizzare attraverso esercizi di rinforzo insieme al ripristino di una corretta coordinazione dei muscoli del pavimento pelvico risulta la cosa migliore da attuare.

Secondo la revisione di Montenegro et al, il dolore pelvico che origina dallo spasmo dei muscoli pelvici può essere trattato con diverse modalità.

Iniezioni di tossina botulinica migliora in modo significativo la VAS per la dispareunia (80 vs 28) e dismenorrea (67 vs 28), aumentano i punteggi per ciò che riguarda la qualità della vita e l'attività sessuale con vantaggi rispetto al placebo e si riduce lo spasmo del pavimento pelvico.

Terapia manuale trans vaginale è stata usata nelle disfunzioni del pavimento pelvico in pazienti CPP con cistite interstiziale con notevoli miglioramenti dopo 4,5 mesi.

L' elettrostimolazione trans vaginale è stata associata ad un tasso di successo del 50%, circa, con l'intensità del dolore (VAS) in via di miglioramento dopo 4 settimane post-trattamento (83% vs 32%) è rimasto dopo 30 settimane post-trattamento.

Tuttavia l'iniezione di anestetico locale ha mostrato migliori risultati a breve termine (1 -, 3 - e 6 mesi di follow-up) e il tasso di successo maggiore (75% vs 45%) dopo 12 mesi di follow-up.

Elaine Meadows nella rivista "Urologic Nursing" descrive i trattamenti per il dolore pelvico. Sottolinea l'importanza del biofeedback per monitorare i muscoli del pavimento pelvico e i muscoli accessori per i pazienti con dolore pelvico cronico. Questo strumento interpreta informazioni rilevate dai muscoli pelvici attraverso un display (monitor di un computer) e risulta essere molto efficace.

Il biofeedback può essere utilizzato per rinforzare i muscoli del pavimento pelvico, facilitare il rilassamento e ridurre l'ipertono. Inoltre migliora la coordinazione muscolare, inibendo i muscoli accessori che si sostituiscono ai PFM.

Molto spesso i pazienti con CPP hanno poca abilità di contrarre e rilassare i muscoli del pavimento pelvico; per questo si cerca di assistere il paziente con tecniche respiratorie, massaggio e progressivi esercizi di rilassamento.

Anche la TENS risulta essere efficace per il trattamento di pazienti con CPP in quanto rinforza la muscolatura pelvica, ma richiede continue visite dallo specialista.

La stimolazione elettrica neuromuscolare (NMES) utilizzata per inibire i riflessi nei pazienti con disfunzioni del pavimento pelvico, si serve di un sensore a livello anale o vaginale. Lo si usa prima di andare a dormire per l'assistenza del sonno e del rilassamento.

La terapia manuale rappresenta uno dei punti importanti per il trattamento di CPP e comprende: mobilizzazioni viscerali degli organi pelvici e delle strutture di supporto, massaggio dei tessuti molli o tecniche miofasciali della muscolatura pelvica, massaggio del tessuto cicatriziale, mobilizzazione articolari delle colonna vertebrale e degli arti.

Nella revisione sistematica di Ferreira et al., il trial di Stuge et al 2004 (quality score=6), ha messo a confronto esercizi specifici di stabilizzazione più un programma convenzionale di fisioterapia (modalità , manipolazioni e consigli ergonomici) con un programma convenzionale di fisioterapia solo per pazienti con dolore pelvico.

L'aggiunta ad un programma convenzionale di fisioterapia a esercizi specifici di stabilizzazione è risultato più efficace della sola fisioterapia convenzionale per tutti gli outcomes di valutazione fino a 12 mesi con stime degli effetti a 20-27 punti.

TRATTAMENTO PSICOLOGICO

Tra i trattamenti con approccio psicologico nel dolore cronico, terapie cognitivo - comportamentali sono le più diffuse e con maggiori evidenze.

Il trattamento fornisce istruzioni in strategie e competenze per controllare e gestire il proprio dolore.

Secondo Taenzer et al., che hanno analizzato le strategie nelle linee guida della gestione del dolore pelvico cronico, comprende il rilassamento muscolare, la meditazione, tecniche di gestione dello stress, il riconoscimento e la modifica di condizioni catastrofiche e negative che amplificano l'eccitabilità. Importante inoltre il cambiamento dello stile di vita (per evitare sforzi eccessivi, stanchezza fisica e decondizionamento) indirizzandosi verso un'attività fisica appropriata e realizzando una comunicazione efficace con la famiglia, gli amici e operatori sanitari.

Affinché questo approccio abbia successo è necessario che i pazienti arrivino a comprendere che il loro problema deriva da cause psicologiche, sociali e fisiche; inoltre la

riduzione del dolore è possibile solo attraverso le proprie capacità in aggiunta ai farmaci o alla chirurgia.

Si può dire che le terapie cognitivo- comportamentali sono il trattamento da prediligere per aiutare le donne a sviluppare strategie di coping efficace nei confronti del dolore.

MEDICINA ALTERNATIVA

La Cochrane Collaboration ha esaminato l'uso della TENS e dell'agopuntura, rispetto al placebo, alla terapia farmacologica e l'assenza di trattamento

Nove studi randomizzati sono stati identificati, e la revisione ha concluso che alta frequenza TENS era efficace nel trattamento di dismenorrea. Uno studio metodologico ha suggerito i benefici dell'agopuntura.

La Revisione Cochrane di terapie a base di erbe e prodotti dietetici per dismenorrea primaria e secondaria, con l'aggiunta di magnesio può aiutare a ridurre i sintomi.

La revisione costituisce la miglior evidenza disponibile sulla coerenza e forza dell'associazione dei fattori di rischio con i vari tipi di dolore pelvico cronico.

LA RICERCA

○ CLUSTER DEGLI ARTICOLI SCARTATI: (113)

Si riferiscono a low back pain	40 articoli Aboseif, S., K. Tamaddon, et al. (2002). "Sacral neuromodulation in functional urinary retention: an effective way to restore voiding."
Si riferiscono ad interventi secondari a fratture pelviche	Bellabarba, C., W. M. Ricci, et al. (2000). "Distraction external fixation in lateral compression pelvic fractures."
	Brenneman, F. D., D. Katyal, et al. (1997). "Long-term outcomes in open pelvic fractures."
	Gribnau, A. J., P. B. van Hensbroek, et al. (2009). "U-shaped sacral fractures: surgical treatment and quality of life."

	<p>McLaren, A. C., C. H. Rorabeck, et al. (1990). "Long-term pain and disability in relation to residual deformity after displaced pelvic ring fractures."</p>
<p>Sono studi analitico descrittivi</p>	<p>Allison, G. T. and S. L. Morris (2008). "Transversus abdominis and core stability: has the pendulum swung?"</p>
	<p>Balogun, J. A. and F. E. Okonofua (1988). "Management of chronic pelvic inflammatory disease with shortwave diathermy". A case report."</p>
	<p>Dinoff, B. L., S. M. Meade-Pruitt, et al. (2003). "Mental health care providers: resource rather than last resort in patients with chronic pelvic pain."</p> <p>Bayoglu Tekin, Y., B. Dilbaz, et al. (2011). "Postoperative medical treatment of chronic pelvic pain related to severe endometriosis: levonorgestrel-releasing intrauterine system versus gonadotropin-releasing hormone analogue."</p>

	<p>Grace, V. and K. Zondervan (2006). "Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities."</p>
	<p>Hawk, C., C. Long, et al. (1997). "Chiropractic care for women with chronic pelvic pain: a prospective single-group intervention study."</p>
	<p>Heinberg, L. J., B. J. Fisher, et al. (2004). "Psychological factors in pelvic/urogenital pain: the influence of site of pain versus sex."</p>
	<p>Neville, C. E., C. M. Fitzgerald, et al. (2012). "A preliminary report of musculoskeletal dysfunction in female chronic pelvic pain: a blinded study of examination findings."</p>

	<p>Pearce, C. and M. Curtis (2007). "A multidisciplinary approach to self care in chronic pelvic pain."</p>
	<p>Roth, R. S., M. Punch, et al. (2011). "Psychological factors in chronic pelvic pain due to endometriosis: a comparative study."</p>
	<p>Roth, R. S., M. R. Punch, et al. (2011). "Patient beliefs about pain diagnosis in chronic pelvic pain: relation to pain experience, mood and disability."</p>
	<p>Roth, R. S., M. R. Punch, et al. (2011). "Psychological factors and chronic pelvic pain in women: a comparative study with women with chronic migraine headaches."</p>

	<p>Srinivasan, A. K., J. D. Kaye, et al. (2007). "Myofascial dysfunction associated with chronic pelvic floor pain: management strategies."</p>
	<p>Kuile, M. M., P. T. Weijnenborg, et al. (2010). "Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression"</p>
	<p>Thomas, C. T. and P. G. Napolitano (2000). "Use of acupuncture for managing chronic pelvic pain in pregnancy. A case report."</p>
	<p>Watanabe, S., A. Eguchi, et al. (2007). "Influence of trunk muscle co-contraction on spinal curvature during sitting for desk work."</p>

	<p>Watanabe, S., K. Kobara, et al. (2010). "Influence of trunk muscle co-contraction on spinal curvature during sitting cross-legged"</p>
	<p>Watanabe, S., A. Eguchi, et al. (2008). "Influence of trunk muscle co-contraction on spinal curvature during sitting reclining against the backrest of a chair"</p>
<p>Si riferiscono a gravidanza</p>	<p>Zadinsky, J. K. and J. S. Boyle (1996). "Experiences of women with chronic pelvic pain."</p>

<p>Si riferiscono a pazienti adolescenti</p>	<p>De Paepe, H., C. Renson, et al. (2000). "Pelvic-floor therapy and toilet training in young children with dysfunctional voiding and obstipation"</p>
	<p>Highfield, E. S., M. R. Laufer, et al. (2006). "Adolescent endometriosis-related pelvic pain treated with acupuncture: two case reports"</p>
	<p>Maigne, J., I. Pigeau, et al. (2011). "Chronic coccydynia in adolescents. A series of 53 patients."</p>
<p>Si riferiscono ad altre patologie</p>	<p>Modirian, E., P. Pirouzi, et al. (2010). "Chronic pain after spinal cord injury: results of a long-term study."</p>

	<p>Mkandawire, N. C., D. A. Boot, et al. (2002). "Musculoskeletal recovery 5 years after severe injury: long term problems are common."</p>
--	---

○ **CLUSTER DEGLI ARTICOLI PRESI IN CONSIDERAZIONE: (10)**

AUTORE, ANNO	METODI	RISULTATI
<p>Chronic female pelvic pain-part 1: clinical pathoanatomy and examination of the pelvic region</p> <p>Gail Apte, PT, ScD; Patricia Nelson, PT, ScD; Jean-Michel Brism�e, PT, ScD; Gregory Dedrick, PT, ScD; Rafael Justiz III, MD; Phillip S. Sizer Jr., PT, PhD Apte 2012</p>	<p>Ricerca analitico descrittiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informazioni di base • Eziologia • Fisiopatologia 	

<p>Chronic Female Pelvic Pain—Part 2: Differential Diagnosis and Management</p> <p>Patricia Nelson, Gail Apte, Rafael Justiz III, MD, MS, FIPP, ABIPP; Jean-Michel Brismee', Gregory Dedrick, Philip S. Sizer Jr., Apte 2012</p>	<p>Ricerca analitico descrittiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi differenziale • Trattamento 	
<p>Specific stabilisation exercise for spinal and pelvic pain: A systematic review</p> <p>Paulo H Ferreira Manuela L Ferreira, Christopher G Maher, Robert D Herbert and Kathryn Refshauge.</p>	<p>I partecipanti sono adulti con sintomi nell'area cervicale, toracica, lombare o pelvica. È stato somministrato un trattamento di gruppo con "esercizi specifici di stabilizzazione" finalizzati ad attivare e ripristinare la funzione di muscoli specifici della colonna e del bacino come flessori profondi del collo, multifido, trasverso dell'addome, diaframma o muscoli pelvici. Misure di out come sono: ritorno a lavoro, disabilità, dolore, numero di episodi, qualità della vita.</p>	<p>Per quanto riguarda il Pelvic pain (Stuge et al 2004) (quality score = 6), un trial ha confrontato esercizi specifici di stabilizzazione più un programma convenzionale di fisioterapia (modalità, manipolazioni della colonna e consigli ergonomici) con un solo programma convenzionale di fisioterapia per i pazienti con dolore pelvico. L'aggiunta di esercizi specifici è più efficace rispetto alla fisioterapia convenzionale (fino a 12 mesi). Con una stima degli effetti a 20-27 punti.</p>

<p>Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain</p> <p>John F. Jarrell, MD, FRCSC, MSc, CSPQ, Calgary AB George A. Vilos, BSc, MD, FRCSC, FACOG, FSOGC, London ON</p>	<p>Ricerca analitico-descrittiva composta da tre sottogruppi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informazioni di base; • diagnosi e epidemiologia; • intervento terapeutico. 	
<p>Treatments for patients with pelvic pain</p> <p>Elaine Meadows 1999</p>	<p>Opzioni di trattamento del dolore pelvico cronico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • biofeedback • tens • terapia manuale 	
<p>Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain</p> <p>M. L. L. S. Montenegro, E. C. L. M. Vasconcelos, F. J. Candido dos Reis, 1A. A. Nogueira O. B. Poli-Neto</p>	<p>Nella revisione si discute delle caratteristiche della storia clinica e dell'esame fisico associati ad un coinvolgimento muscoloscheletrico nelle donne con CPP e possibili trattamenti, specialmente nell'area fisioterapica.</p>	<p>Ci sono evidenze di disordini muscolo-scheletrici in donne con CPP. Questi disordini sono la causa primaria di CPP o di cambiamenti posturali e contratture dei muscoli pelvici secondari a CPP.</p>
<p>A preliminary report of musculoskeletal dysfunction in female chronic pelvic pain: A blinded study of examination findings</p> <p>Cynthia E. Neville, PT, DPT, WCS, BCB-PMD, Colleen M. Fitzgerald, MD, Trudy Mallinson, PhD, Suzanne Badillo, PT, WCS, Christina Hynes, MD, Frank Tu.</p>	<p>49 partecipanti: 19 con CPP e 29 senza dolore.</p>	<p>Le donne con disfunzione muscolo-scheletrica non solo hanno avuto come risultati debolezza di base, ma anche risultati positivi di dolore muscolo-scheletrico e in particolare dolore muscolare del pavimento pelvico. Due donne senza dolore presentavano un elevato numero di risultati positivi all' esame, che sembrava simile ad altre donne nel cluster del sistema muscolo scheletrico.</p>

<p>Educational achievement and pain disability among women with chronic pelvic pain</p> <p>Randy S. Rotha,, Margaret R. Punch, Jan E. Bachman</p>	<p>187 pazienti una batteria di questionari per la valutazione del dolore (McGill Pain Questionnaire), stato psicologico (Beck Depression Inventory) ed capacità funzionali (Pain Disability Index). Il livello di istruzione è stato ripartito in 5 livelli: dal non completamento della scuola superiore alla laurea.</p>	<p>I pazienti con basso livello di istruzione hanno segnalato un dolore più severo su una scala di valutazione numerica [F (4) = 4,766, P = 0,001] e l'esperienza del dolore totale [F (4) = 3,274, p = 0,01] sul MPQ (Mc Gill pain questionnaire). Inoltre per ciò che concerne la BDI(Beck Depression Inventory) punteggi più alti sulle misure di somatizzazione [F (4) = 3,107, P <.05] e ideazione paranoide [F (4) = 2,554, p <0,05] nei soggetti con basso livello di istruzione. PDI (Pain Disability Index) ha rivelato associazioni significative tra bassi livelli di istruzione e incremento del dolore che interferisce con le attività familiari [F(4) = 3.714, P < .01, attività ricreative [F(4) = 3.395, P < .05 e disabilità totale [F (4) = 3,430, P = 0,01.</p>
<p>Chronic pelvic pain in women</p> <p>Jane P Daniels, Khalid S Khan 2010</p>	<p>Revisione clinica sulla diagnosi, gestione ed approccio al dolore pelvico cronico.</p>	

<p>Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review</p> <p>Pallavi Latthe, Luciano Mignini, Richard Gray, Robert Hills, Khalid Khan 2006</p>	<p>Ci sono stati 122 gli studi (in 111 articoli) di cui 63 (in 64 286 donne) ha valutato 54 fattori di rischio per la dismenorrea, 19 (in 18 601 donne) ha valutato 14 fattori di rischio per dispareunia, e 40 (in 12 donne 040) ha valutato 48 fattori per dolore pelvico non ciclico.</p>	<p>Età <30 anni, basso indice di massa corporea, il fumo, prima menarca (<12 anni), cicli più lunghi, flusso mestruale abbondante, nulliparità, sindrome premestruale, la sterilizzazione, sospetto di malattia infiammatoria pelvica, l'abuso sessuale, e sintomi psicologici sono stati associati a dismenorrea. Menopausa, malattia infiammatoria pelvica, abuso sessuale, ansia e la depressione sono associati a dispareunia. Droga o alcool, aborto spontaneo, abbondante flusso mestruale, precedente cesareo, patologia pelvica, abuso e comorbidità psicologica sono legati ad un aumento di sviluppo di dolore pelvico non ciclico.</p>
---	--	---

CONCLUSIONI:

Dai dati emersi dagli studi analizzati si può notare che il primo approccio per quanto concerne il trattamento del dolore pelvico cronico consiste in un buon esame dell'apparato muscolo- scheletrico.

Un'alterata postura infatti può essere la prima causa di attivazione di un pattern non corretto della muscolatura pelvica, che scatena quindi dolore.

Biofeedback e tens sono terapie fisiche indicate per selezionare e rinforzare la muscolatura del perineo, dove necessario si cerca di rilassare quei gruppi muscolari che spesso vanno incontro ad ipertono.

La terapia manuale rappresenta uno dei punti importanti per il trattamento di CPP e comprende: mobilizzazioni viscerali degli organi pelvici e delle strutture di supporto, massaggio dei tessuti molli o tecniche miofasciali della muscolatura pelvica, massaggio del tessuto cicatriziale, mobilizzazione articolari delle colonna vertebrale e degli arti.

Un'ottima alternativa per la riduzione del dolore è la pratica degli esercizi aerobici a basso carico (nuoto, corsa, yoga) che inoltre inducono rilassamento della muscolatura.

Gli esercizi di stabilizzazione della pelvi insieme ai esercizi di rinforzo rappresentano uno degli approcci più significativi da attuare.

Importanti e con maggiori evidenze sono le terapie cognitivo - comportamentali in quanto aiutano il paziente a sviluppare delle strategie corrette nei confronti della gestione del dolore.

È consigliato comunque un trattamento personalizzato e adattato al paziente in quanto le variabili esterne che possono incidere sul quadro clinico sono molte , tenendo presente gli approcci riabilitativi esaminati in questa tesi.

BIBLIOGRAFIA:

- Janicki TI. "Chronic pelvic pain as a form of complex regional pain syndrome" 2003.
- Gunter J. "Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment" 2003.
- Cheong Y, William Stones R. "Chronic pelvic pain: aetiology and therapy" 2006.
- Pearce C, Curtis M. "A multidisciplinary approach to self-care in chronic pelvic pain" 2007.
- Gunter J. "Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment". 2003
- Clemons JL, Arya LA, Myers DL. "Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain" 2002.
- Howard FM. "Chronic pelvic pain" 2003.
- Banerjee S, Farrell RJ, Lembo T. "Gastroenterological causes of pelvic pain" 2001.
- Summitt RL Jr. "Urogynecologic causes of chronic pelvic pain" 1993.
- Stones RW, Mountfield J. "Interventions for treating chronic pelvic pain in women (Cochrane review) "2004.
- Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT. "Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain" 1993.
- Nielson WR, Weir R. "Biopsychosocial approaches to the treatment of chronic pain" 2001.
- Reiter RC. "Evidence-based management of chronic pelvic pain" 1998.
- . Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT. "Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain" 1993.

- Montenegro, M.L., Vasconcelos, E.C., Candido Dos Reis, F.J., Nogueira, A.A., Poli-Neto, O.B. “Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain” 2008.
- Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, VanRompay M, et al. “Trends in alternative medicine use in the United States” 1990–1997.
- Proctor ML, Murphy PA. “Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea (Cochrane review)”2005.
- Costello K. Myofascial syndromes. In: Steege JF, Metzger DA, Levy BS, editors. “Chronic pelvic pain – an integrated approach”. Philadelphia 1998.
- Latthe P, Mignini L, Gray R et al. “Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review” 2006.
- Baker PK. “Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain.” Diagnosis and treatment 1993.
- Prendergast SA, Weiss JM. “Screening for musculoskeletal causes of pelvic pain” 2003.
- Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM et al. „Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain”.
- Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engler D, Hughes J, Messelink EJ, et al.”Guidelines on chronic pelvic pain” 2010.
- Zondervan K, Barlow DH. “Epidemiology of chronic pelvic pain” 2000.