

Dolore pelvico cronico (Chronic Pelvic Pain Syndrome)

Complesso di disturbi caratterizzato principalmente da dolore persistente in sede pelvi-perineale con possibile estensione alla regione inguinale ed ai genitali, oltre che alla regione sacrale e lombare. Si associano disturbi minzionali, colon-proctologici e sessuali.

È una patologia quasi esclusivamente femminile e si stima che circa il 10% delle visite ginecologiche sia da correlare a tale problema.

Sfortunatamente in passato, in assenza di una causa facilmente identificabile, spesso si etichettava la sindrome come “psicosomatica”. Lo stato di depressione conseguente alla sofferenza cronica, il ritiro sociale e l'inibizione dell'attività sessuale alimentavano probabilmente questo pregiudizio. Allo stesso modo poteva essere mal interpretata la possibile efficacia di alcuni farmaci antidepressivi (sappiamo invece che agiscono sul dolore neuropatico indipendentemente dagli effetti sulla psiche).

Oggi si ritiene che il dolore pelvico cronico sia dovuto ad una combinazione di fattori di ordine viscerale, nervoso e muscolare. Alterazioni fisiopatologiche comuni sono l'abbassamento della soglia del dolore e l'ipertono dei muscoli pelvici.

Le cause più frequenti di ordine viscerale sono endometriosi, cistite interstiziale, sindrome del colon irritabile, malattie infiammatorie croniche dell'intestino. Il continuo susseguirsi di stimoli dolorosi porta ad una sensibilizzazione delle strutture viscerali (abbassamento della soglia del dolore) con reciproca amplificazione dei sintomi fra organi che condividono la stessa innervazione (es.: colon e utero).

Cause di dolore pelvico cronico di ordine neuropatico possono essere eventi chirurgici o traumatici che abbiano determinato lesioni di nervi inguino-pelvici. La neuropatia può insorgere precocemente o dopo intervallo di settimane o mesi con dolore lancinante o bruciante. L'area di sofferenza diviene ipersensibile. Fattori di ordine muscolo-scheletrico sono le sindromi miofasciali riguardanti muscoli del pavimento pelvico. In tal caso possono essere palpatoriamente identificabili dei noduli muscolari iper-irritabili (trigger-point).

La diagnosi può richiedere intervento e collaborazione di specialisti diversi ed il ricorso ad indagini mirate. Fondamentale è soprattutto escludere malattie ginecologiche o intestinali gravi.

Le malattie identificate vanno singolarmente curate, ove possibile, con trattamenti specifici. Se ciò non è sufficiente a controllare il dolore, si rende necessaria l'integrazione di trattamenti farmacologici sintomatici che prevedono l'uso di farmaci anti-infiammatori, anti-nevralgici ed analgesici oppioidi, secondo specifiche linee guida.

Un'alternativa alla ripetuta somministrazione di oppioidi per via orale, è l'erogazione di morfina direttamente nel canale vertebrale, nel liquido cerebrospinale che bagna midollo e radici spinali, per mezzo di una pompa impiantabile dotata di serbatoio: il flusso di farmaco può essere ottimizzato utilizzando dosi circa cento volte inferiori a quelle necessarie per os. Il serbatoio della pompa può essere facilmente rifornito mediante iniezione attraverso la pelle, ad intervalli di mesi.

Particolarmente promettente appare la neuromodulazione elettrica che, associando neurostimolazione midollare e delle radici nervose sacrali, permette in molti casi di stabilire un efficace controllo del dolore e contemporaneamente ottenere una correzione delle disfunzioni vescico-uretrali ed ano-rettali eventualmente associate.