

EZIO VINCENTI • HELGA VINCENTI

Il dolore intimo

vulvare e perineale

EZIO VINCENTI • HELGA VINCENTI

Il dolore intimo

vulvare e perineale

2

PICCIN

Opera coperta dal diritto d'autore – tutti i diritti sono riservati.

Questo testo contiene materiale, testi ed immagini, coperto da copyright e non può essere copiato, riprodotto, distribuito, trasferito, noleggiato, licenziato o trasmesso in pubblico, venduto, prestato a terzi, in tutto o in parte, o utilizzato in alcun altro modo o altrimenti diffuso, se non previa espressa autorizzazione dell'editore. Qualsiasi distribuzione o fruizione non autorizzata del presente testo, così come l'alterazione delle informazioni elettroniche, costituisce una violazione dei diritti dell'editore e dell'autore e sarà sanzionata civilmente e penalmente secondo quanto previsto dalla L. 633/1941 e ss.mm.

AVVERTENZA

Indicazioni accurate, effetti indesiderati e dosaggi per i farmaci sono indicati nel libro, ma è possibile che cambino. Il lettore deve esaminare le informazioni contenute nel foglietto illustrativo dei produttori dei medicinali menzionati. Gli autori, curatori, editori o distributori non sono responsabili per errori od omissioni o per qualsiasi conseguenza derivante dall'applicazione delle informazioni di quest'opera, e non danno alcuna garanzia, esplicita o implicita, rispetto al contenuto della pubblicazione. Gli autori, curatori, editori e distributori non si assumono alcuna responsabilità per qualsiasi lesione o danno a persone o cose derivante da questa pubblicazione.

ISBN 978-88-299-3134-7

Stampato in Italia

*Alla mia famiglia,
che mi ha sempre sostenuto
e offerto pace e serenità*

*Alla memoria dei miei genitori,
a cui debbo tutto,
inclusa un'incrollabile fede nel lavoro*

Presentazione alla II edizione

Dopo oltre un decennio dal *Il dolore intimo*, vede la luce questa seconda edizione, ampliata nel testo e nell'iconografia, a cui ha dato il suo decisivo contributo mia figlia Helga, che da qualche anno mi supporta nell'attività clinica e assistenziale dello studio medico, partecipando attivamente sia al perfezionamento diagnostico, sia all'epicrisi decisionale di ogni singolo/a paziente.

Oltre all'inserimento di una ventina di nuovi casi utili all'arricchimento conoscitivo teorico e pratico delle varieguate forme in cui il dolore pelvico-perineale può manifestarsi, trovano posto recenti contributi terapeutici farmacologici e non-invasivi; ma anche di natura chirurgica mininvasiva, quando un'alterata anatomia di base è all'origine dei disturbi, dei fastidi, dei bruciori e/o dei sintomi più specificatamente dolorosi, non dominabili con un approccio di tipo conservativo.

Va altresì evidenziato l'allargamento dell'attenzione anche al sesso maschile, di cui precedentemente si era offerto solo qualche sporadico spazio. Infatti, anche se nella nostra pratica corrente è sempre il sesso femminile a dominare la scena clinica in termini percentuali, sempre più spesso ci è dato occuparci di uomini sofferenti di dolore cronico scrotale, testicolare, penieno, anorettale, di varia natura e origine, refrattario ai comuni e tradizionali trattamenti analgesici.

Da menzionare, infine, la riscrittura della sindrome fibromialgica, spesso abbinata alla patologia dolorosa vulvare di nostra osservazione.

Gli Autori ringraziano sentitamente la Dott.ssa Giulia Barollo, l'illustratore Marco Marzola e la disegnatrice grafica Anna Scanferla per la loro preziosa e impagabile collaborazione tecnica ed editoriale.

Presentazione alla I edizione

Nel dolore cronico non soffre solo il corpo, ma anche e soprattutto la mente, che può esserne devastata. Il dolore toglie la voglia di stare con gli altri, impedisce di essere in pace con se stessi. I propri pensieri non hanno più spazio, ma sono ridotti in una gabbia stretta, soffocati, senza possibilità di divagare, senza mai placarsi e distendersi in una dimensione di libertà. Sì, perché il dolore continuo rende schiavi, senza speranza di affrancamento.

Il dolore è un male per ciò che è, ma soprattutto per ciò che sarà. Rende tristi, impotenti, rabbiosi e disperati. Abbruttisce e abbruttisce, imbarbarisce e guasta, vela lo sguardo e modifica la voce, altera profondamente il comportamento.

Indipendentemente da dove origina, il dolore perdurante è un male supremo, ma è ancora peggiore se proviene da un ambito intimo, spesso inconfessabile, se esplode da zone in cui di solito si trae il massimo piacere...

Laddove la maggior parte delle persone trova appagamento, lasciandosi cullare dalla dolcezza delle carezze, lì si scatena, per alcuni (o, più frequentemente, per alcune), una tempesta micidiale di indicibili sofferenze. Il dolore può esistere già a riposo, senza alcuna stimolazione, senza alcun contatto: figurarsi cosa può succedere solo per uno sfioramento, per un tocco leggero.

A molti tutto ciò potrà apparire un'esagerazione, il frutto, casomai, di un'avversione nei confronti dell'intimità, qualcosa che proviene da una mente malata, attenta ad evitare qualsiasi effusione per motivi che solo la psichiatria può indagare.

Può sembrare spesso una malattia psicosomatica, se l'esame obiettivo tradizionale non rileva nulla di patologico. Se non c'è arrossamento, se non c'è edema, se non ci sono segni clinici inequivocabili di patologia, allora c'è chi pensa che sia la mente a produrre il dolore, o meglio la malattia sine materia che lo sostiene. Se il processo patologico non si vede, vuol dire che non c'è. È una logica cartesiana, ferrea, di tipo meccanicistico, ma non è la logica della biologia, meno ancora della neurobiologia.

Al contrario, la malattia (in più del 99% dei casi) è reale ed è organica, ha una spiegazione e può beneficiare di una terapia efficace. Infatti quando un approccio corretto avvia ad un trattamento causale, rispettoso della complessa fisiopatologia che ne sta alla base, si può migliorare fino alla guarigione.

Dunque, non bisogna rassegnarsi, non si deve supinamente accettare il dolore, anche se appare ineliminabile. Non è giusto abbandonare la speranza di ritrovare un'intimità perduta da tempo. Non si deve darla vinta al dolore intimo...

Oggi si può fare molto. Basta partire e aver voglia di continuare il percorso: la lotta al dolore intimo si può e si deve vincere, combattendo insieme, paziente e medico, giorno dopo giorno.

Questo libro, inizialmente concepito per un pubblico colto, in itinere ha cambiato target, come si suole dire oggi, divenendo alla fine utile anche ai medici, allorché è apparso evidente che alcuni capitoli erano stati redatti utilizzando aspetti troppo tecnici e quindi eccessivamente impegnativi sul piano scientifico per i non addetti ai lavori. Ma non è detto che non possa in futuro, una volta semplificato e addomesticato, riapparire dimagrito per un pubblico più vasto. In ogni caso non ho potuto (e forse voluto) evitare che rimanesse una specie di crescendo, dalle prime pagine di tenore semplice, e semplicistico, a quelle successive sempre più tecniche, per finire con una lettura più amena (si fa per dire) incon-

trando le storie di tante pazienti. Tuttavia, dove ho potuto, ho cercato di usare uno stile scorrevole, poco accademico: sebbene sia un testo scientifico, in quanto basato su evidenze cliniche documentate, controllabili e ripetibili, la forma è spesso di tipo narrativo per una più piacevole lettura.

Ma il cuore di questo libro è rappresentato dalle numerose testimonianze dirette di molte donne e di qualche uomo, tutti accomunati da una sofferenza di lunga durata, più volte definita come “odissea” o come “calvario”: ad ogni storia è stato dato largo spazio, perché il dolore, prima di tutto, va ascoltato. Le storie, vere e proprie narrazioni da archivio, sono autentiche: in qualche caso sono state redatte senza una richiesta esplicita, in qualche altro sollecitate da me. I nomi delle pazienti però sono stati cambiati e appaiono con le iniziali i cognomi dei medici e le località inseriti nei testi delle storie. Ciascun racconto è preceduto da una brevissima descrizione di come mi è apparsa al primo incontro ogni paziente ed è seguito da un commento sul caso clinico. Le storie troppo lunghe sono state mondate delle disquisizioni eccessivamente prolisse, quelle troppo polemiche sono state sfrondate delle espressioni troppo compromettenti. Ma, in ogni caso, il contenuto e lo spirito delle varie testimonianze sono stati rispettati.

Ezio Vincenti

Prologo alla I edizione

L'esigenza di scrivere un libro sul dolore intimo è sorta dalle richieste che pazienti, colleghi e amici mi hanno rivolto ripetutamente, dopo aver constatato i positivi risultati ottenuti con un originale approccio antalgico. Erano tutti casi accomunati da dolore della sfera perineale, più frequentemente genitale, che perdurava da molti anni. I correnti trattamenti non avevano avuto effetto o, nella migliore delle ipotesi, il beneficio si era rivelato troppo modesto. Perciò ho solo cercato di applicare a questo particolare settore, invero negletto, i principi terapeutici che da trent'anni impiego in un vasto arco di patologie dolorose non neoplastiche. Purtroppo mi sono accorto che la cura da me praticata rientra in una filosofia terapeutica poco nota.

Non ho inventato nulla, ho solo messo assieme alcune tessere che prima erano spaiate e non riuscivano a comporre quel puzzle che un po' alla volta ha preso invece le sembianze di qualcosa di reale e razionale, in cui teoria e pratica (ma forse dovrei dire pratica e teoria) hanno trovato un insperato incastro. Dunque vecchie teorie rivisitate ed applicate in modo innovativo per una serie di patologie dolorose croniche emergenti spesso sottostimate, frequentemente sottovalutate, certamente di rado comprese.

In sé il concetto informatore principale della "nuova filosofia terapeutica" è molto suggestivo e affascinante: addormentare temporaneamente, ma periodicamente, alcune strutture nervose periferiche in sedi anatomiche appropriate per insegnare al cervello a non curarsene più. Poiché è il nostro cervello a ricevere le informazioni dolorose, ad elaborarle ed integrarle dando loro un preciso significato, di norma negativo, è proprio sul cervello che va operato un resettaggio specifico delle informazioni che vi giungono, per modificare il suo sistema di allarme ed indurlo a riconsiderare il tutto sotto una diversa luce. Recenti ricerche di neurofisiologia applicata all'uomo e condotte usando mezzi diagnostici come la PET ma soprattutto la risonanza magnetica nucleare funzionale, hanno dimostrato che il cervello di persone affette da dolore cronico è attivato in modo più esteso e allargato quando si sovrappone in periferia uno stimolo doloroso acuto. In altre parole, se nell'individuo normale vengono attivate nel cervello determinate aree sotto stimolo doloroso, nel paziente con dolore cronico si assiste ad un maggior grado di attivazione per lo stesso tipo di stimolo nocicettivo applicato. Quando il paziente guarisce, la risposta cerebrale agli stessi stimoli ritorna alle modalità osservate prima della condizione dolorosa cronica. Ebbene i blocchi anestetici ripetuti possono riportare alla norma l'alterata neurofisiologia cerebrale, se la causa efficiente è stata rimossa.

Ora, il problema principale è che i medici stessi fanno fatica a capire come un anestetico locale, che la farmacologia ha sempre inserito nell'ambito delle sostanze ad azione locale e transitoria, possa, pur nei dovuti modi, essere fattore in grado di modificare a lungo termine un dolore ormai cronicizzato. In effetti in tutte le sale operatorie del mondo gli anestetici locali vengono impiegati per abolire o controllare il dolore chirurgico, che è acuto per definizione. Possono essere iniettati, per infiltrazione, esattamente nei tessuti della zona in cui si debba eseguire un intervento poco esteso e relativamente superficiale; oppure possono essere somministrati in prossimità di plessi nervosi, come il plesso brachiale, per eseguire interventi in aree anatomicamente circoscritte.

O, ancora, possono essere iniettati in prossimità del midollo spinale, per via epidurale o subaracnoidea, per interventi più impegnativi, come un taglio cesareo, ad esempio.

Comunque, in tutti questi casi, si tratta di bloccare un dolore chirurgico acuto. Lo stesso dentista si serve correntemente dell'anestetico locale: ma, come è ben noto soprattutto per l'ambito oro-dentale, finito ben presto l'effetto dell'anestetico, il dolore si ripresenta e il suo sollievo viene demandato ai classici analgesici anti-infiammatori.

Ma allora, se l'anestetico locale ha un effetto limitato nel tempo e nello spazio, come può essere utile nell'alleviare il dolore intimo di tipo cronico, spesso coinvolgente vagina ed ano?

Il fatto è che per troppo tempo si è pensato al sistema nervoso centrale come a qualcosa di fisso, quasi immutabile. Solo in anni recenti si è incominciato a parlare di neuroplasticità e di crescita neuronale. Il cervello forma continuamente nuove sinapsi, nuovi collegamenti, rendendo la rete neuronale sempre più complessa. Così come la periferia può modificare le sue terminazioni nervose in presenza di infiammazione cronica o comunque di stimolo aggressivo ripetuto, anche il midollo spinale ed il cervello sono in grado di rispondere in modo diverso al ricevimento di informazioni patologiche dalla periferia.

È stato dimostrato che nella sindrome da vestibolite vulvare, una delle principali cause di dolore intimo, le terminazioni periferiche libere risultano più arborizzate e più superficiali rispetto alla norma. E ciò è alla base dell'allodinia e dell'iperalgnesia, ossia di un'aumentata sensibilità alla stimolazione periferica: così si produce più facilmente dolore proprio perché c'è una rete più fitta e "affiorante" di terminazioni nervose in grado di mandare segnali nocicettivi al cervello. D'altra parte si presume che il cervello abbia bisogno di questa fitta rete nervosa in periferia per controllare meglio la situazione d'allarme che si è creata: è come se in un'area di crisi si dovesse inviare un esercito numeroso e ben armato per tenere sotto controllo il territorio e prevenire attacchi proditori. Ma se dopo un determinato periodo di tempo si osserva che in quell'area, prima critica, la situazione non è più pericolosa, allora si può anche pensare ad un ritiro delle truppe di presidio, non più necessarie ed in ogni caso costose. In effetti la periodica attuazione dei blocchi periferici sembra tranquillizzare il cervello, informandolo che da quella periferia non arrivano più necessariamente messaggi di pericolo o di allarme reale o potenziale. E allora un po' alla volta le terminazioni nervose periferiche diventano meno superficiali e si riducono di numero, ritornando alla normalità: e ciò avviene perché il cervello, non essendo più sotto allarme, non ha più bisogno di un "esagerato" apparato nervoso periferico deputato alla ricezione di messaggi "aggressivi". Il cervello stesso non deve più attivarsi oltre misura, coinvolgendo una maggior quantità di aree cerebrali e ritorna perciò a lavorare in modo normale. Tutto ciò coincide con la guarigione clinica. La donna ritorna ad una normale sensibilità, provando dolore solo quando effettivamente ce n'è motivo.

Storicamente i blocchi nervosi ripetuti sono stati impiegati nella pratica clinica per lenire vari tipi di dolore cronico non maligno quando ancora si ignoravano i meccanismi fisiopatologici di base, chiariti solo negli ultimi anni. Funzionavano, ma non si sapeva perché. D'altra parte, morfina ed aspirina acquistarono popolarità come analgesici quando ancora non se ne conoscevano i rispettivi meccanismi d'azione, delucidati solo quasi un secolo dopo la loro commercializzazione.

La terapia del dolore a base di blocchi nervosi periferici, eseguiti in modo appropriato, non è l'unico modo di affrontare con successo il dolore intimo persistente, ma sicuramente è una degli migliori opzioni per quelle donne che non hanno tratto sufficiente beneficio da terapie di altra natura. Il principale limite rimane la paura ed il timore che molte donne provano istintivamente di fronte alla prospettiva di subire qualche puntura. Ma come si potrà constatare leggendo le storie di tante donne, i benefici che se ne ricavano, di norma, possono ben valere il modesto dolore che qualche puntura provoca per pochi secondi.

Questo libro, dunque, mira ad affrontare il controllo del dolore intimo, quasi esclusivamente femminile e solo di natura non oncologica, sotto una nuova angolazione, proponendo una via alternativa di trattamento. D'altra parte, intende anche incoraggiare tante donne, divenute deluse e depresse, a non rassegnarsi, a non demordere, ad iniziare il riscatto da un'ordinaria storia di sofferenza, insomma a non darla vinta al dolore intimo, come scrisse con straordinaria efficacia Lorenza Resuli in un articolo apparso nel noto settimanale *Vivere Sani e Belli*.

Se conosci il dolore, potrai più facilmente vincerlo.

Indice generale

CAPITOLO 1

Il dolore intimo

1.1 Che cos'è e da cosa si origina?	1
1.1.1 L'importanza della lubrificazione	2
1.1.2 Quando la lubrificazione è assente nella donna	2
1.1.3 Come si genera il dolore sessuale	4
1.1.4 Motivi della diminuita soglia al dolore genitale	6
1.1.5 Dall'infiammazione cronica alla proliferazione delle fibre nervose	7
1.2 Le sedi anatomiche e le caratteristiche del dolore intimo	9
1.2.1 Il dolore vulvare acuto e cronico	9
1.2.2 Il dolore vulvare persistente post-chirurgico	10
1.2.3 Il dolore clitorideo (clitoralgia o clitoridinia)	16
1.2.4 Il dolore al vestibolo vulvare: sindrome da vestibolite vulvare e vulvodinia	20
1.3 I trattamenti	35
1.3.1 I trattamenti convenzionali non invasivi	35
1.3.2 I trattamenti mininvasivi non chirurgici	36
1.3.3 Il dolore neuropatico e i blocchi nervosi	36
1.3.4 I principali blocchi nervosi per il dolore vulvovaginale	37
1.3.5 Anestetici locali: non solo semplici anestetici	42
1.3.6 Il trattamento chirurgico	45
1.3.7 Tossina botulinica	45
1.3.8 Ketamina (gel)	47
1.3.9 Oleolito di Iperico	51
1.3.10 Linee guida attuali	52
1.4 Dolore e piacere: neurofisiopatologia e principi di terapia antalgica in ambito perineale e pelvico	53
1.4.1 Elementi di neurofisiopatologia del dolore	54
1.4.2 Vie spinotalamiche e recettori per gli oppiacei	57
1.4.3 Localizzazione e distribuzione dei recettori per gli oppioidi nel sistema nervoso centrale	58
1.4.4 Peptidi oppioidi e sistemi discendenti spinali di controllo del dolore	60
1.4.5 Sostanze algogene periferiche	61
1.4.6 Sintesi dell'organizzazione funzionale del corno dorsale del midollo spinale	62
1.4.7 Il razionale della terapia in varie condizioni patologiche pelviche e perineali	63

1.4.8 Le parti del cervello coinvolte nel dolore	67
1.4.9 Riorganizzazione cerebrale e sindromi dolorose regionali complesse (CRPS)	75
1.4.10 Riorganizzazione cerebrale e dolore mediato dal sistema simpatico	76
1.4.11 Funzione cerebrale e modulazione farmacologica	77
1.4.12 Dolore nella sindrome da vestibolite vulvare e rappresentazione cerebrale	77
1.4.13 Palline dell'amore: dal dolore al piacere	78
1.4.14 Educazione sessuofobica e masturbazione	82

CAPITOLO 2

Dolore intimo e psiche

2.1 Mente e corpo: un binomio indissolubile	85
2.2 Sentirsi soli, incompleti e non creduti	85
2.3 Classificazione ufficiale dei principali disturbi psichici di natura emotiva	86
2.4 Il ruolo delle neuroscienze e della psicofarmacologia	92
2.5 Trattare il corpo per curare la mente, trattare la mente per curare il corpo	95

CAPITOLO 3

Il ruolo della fibromialgia

3.1 Fibromialgia e sindrome da vestibolite vulvare	97
3.1.1 La sindrome fibromialgica	98
3.1.2 Il trattamento della FM: farmacoterapia	104
3.1.3 Il movimento fisico	105
3.1.4 FM e terapie termali	107
3.1.5 A mali estremi, estremi rimedi: la cura del sonno o la terapia elettroconvulsivante	108

CAPITOLO 4

Le testimonianze

4.1 Come viene vissuto il dolore intimo	111
4.2 Le fonti di informazione	114
4.3 Le testimonianze dai diari e dalle e-mail	114
4.4 Raccolta antologica delle testimonianze	115
4.5 Altre storie non scritte	303
4.6 Fallimenti e insuccessi della terapia con blocchi anestetici	303
4.6.1 Patologia dolorosa incoercibile da "pace-maker endogeni"	304
4.6.2 Altre cause di insuccesso dei blocchi nervosi	305

4.7 Monitoraggio del dolore	306
4.8 Epilogo	320
CAPITOLO 5	
Tecniche e chirurgia riparativa mininvasiva	
5.1 Trapianto adiposo nel trattamento delle distrofie vulvari e nel rimodellamento anatomico vaginale	323
5.1.1 Generalità	323
5.1.2 Il trapianto adiposo (lipofilling)	325
5.1.3 Applicazioni terapeutiche	326
5.1.4 Fase preoperatoria	327
5.1.5 Esecuzione tecnica	328
5.1.6 Risultati e follow-up	332
5.1.7 Conclusioni	334
5.2 Chirurgia mininvasiva riparativa	335
5.2.1 Generalità	335
5.2.2 Imene parzialmente pervio: cribriforme o anulare	335
5.2.3 Riduzione di piccole labbra ipertrofiche	340
5.2.4 Correzione fimosi clitoridea	341
5.2.5 Selezione iconografica di casi chirurgici	342
Questionari	349
Indice della funzione sessuale femminile (FSFI)	349
PUNTEGGIO DEL FSFI	354
FSFI: punteggi di categoria e punteggio finale	358
Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)	360
Bibliografia	363

