

La vulvodinia dal punto di vista riabilitativo

Alessandra Marchi, Ostetrica¹

¹Libera professionista, Torino

ABSTRACT: La vulvodinia è una condizione di dolore cronico vulvare che colpisce milioni di donne ed è riconosciuta come la più frequente causa di dispareunia. L'eziopatogenesi è ancora incerta; l'ipotesi attualmente più accreditata è quella di un dolore disfunzionale causato da una sensibilizzazione del sistema nervoso. Poiché la diagnosi di vulvodinia provocata (PVD) non è specifica e l'eziopatogenesi incerta, i trattamenti non sono basati su forti evidenze scientifiche e rimane per il clinico un disturbo difficile da trattare. Lo scopo di questo lavoro è quello di proporre un protocollo riabilitativo che unisca TENS, norme eutrofiche vulvari e trattamento dei muscoli perineali combinando tecniche di terapia manuale (tender-trigger point), biofeedback, automassaggio ed esercizi fisici adattati. Sono stati presentati quattro casi di pazienti trattate con lo schema seguente: 30 minuti TENS, 10 minuti terapia manuale, 10 minuti biofeedback, esercizi domiciliari. Sono state descritte le tecniche di valutazione, gli interventi utilizzati e sono stati discussi i risultati ottenuti confrontandoli con i dati di letteratura.

Nella nostra pratica clinica, e nei casi presentati, l'utilizzo combinato dei trattamenti si è rivelato efficace nel trattare le pazienti affette da PVD. Sarebbero necessari studi statistici condotti su un campione significativo per attestarne l'effettiva efficacia.

Introduzione

La vulvodinia è una condizione di dolore cronico vulvare che colpisce milioni di donne.

L'International Society for The Study of Vulvar Disease (ISSVD) descrive la vulvodinia come "dolore vulvare, spesso descritto come dolore urente, in assenza di rilevanti reperti all'ispezione vulvare, o patologia neurologica specifica rilevabile clinicamente¹. Non è dunque una condizione infettiva, infiammatoria o neoplastica. La vulvodinia è classificata in base al sito del dolore ed è generalizzata se il dolore è esteso a tutta la vulva, o localizzata se il dolore è circoscritto ad una porzione e può essere descritta come provocata, non provocata o mista². Provocata si riferisce al dolore evocato a seguito di uno stimolo, come il rapporto sessuale e/o l'inserimento di un tampone vaginale, mentre nella variante non provocata il dolore è spontaneo.

Vulvodinia provocata (PVD) è riconosciuta come la più frequente causa di dispareunia con una prevalenza stimata nel 12% tra le donne in età fertile 16% tra le donne nella popolazione generale³. Il ritardo diagnostico è importante e queste donne comunemente interpellano una serie di specialisti prima di ottenere una diagnosi e sovente cambiano diversi medici per la mancanza di risultati ottenuti nella gestione dei loro sintomi⁵.

Le donne lamentano delle sensazioni di bruciore, dolore, fastidio e discomfort vulvare e questo dolore urogenitale ha un forte impatto sulla loro qualità di

vita, sulla vita sessuale e sul benessere psicologico⁴.

Vulvodinia è una diagnosi di esclusione: alle donne con dolore vulvare, in cui non è riconosciuta una patologia infettiva, infiammatoria, neoplastica o neurologica, si diagnostica vulvodinia. Si utilizza lo swab-test, con una gentile pressione con un bastoncino cotonato sul vestibolo, che può provocare disagio o dolore severo nella paziente.

L'eziopatogenesi è ancora in parte sconosciuta; le proposte includono fattori genetici o immunitari, ormonali, infiammatori, infettivi e neuropatici². L'ipotesi eziopatogenetica più attuale è quella di un dolore disfunzionale causato da una sensibilizzazione del sistema nervoso periferico e centrale, sviluppato a seguito di un evento scatenante, che può essere di natura psichica o fisica⁷.

Poiché la diagnosi di PVD non è specifica e l'eziopatogenesi incerta, i trattamenti non sono basati su forti evidenze scientifiche⁵ e rimane per il clinico un disturbo difficile da trattare⁶.

I trattamenti proposti negli anni sono diversi: misure eutrofiche vulvari, farmaci, biofeedback, terapia riabilitativa, elettrostimolazione, psicoterapia e l'intervento chirurgico. Nonostante diversi studi abbiano trattato l'argomento, allo stato attuale non esiste una forte evidenza scientifica che deponga per la preferenza di un trattamento^{2,6}. Sarebbe preferibile l'approccio individualizzato, multidisciplinare, composto da medico, terapeuta, sessuologo e specialista nel dolore, che consideri tutti gli aspetti fisici e psichici legati alla vulvodinia⁶.

Nel nostro ambulatorio applichiamo una terapia fisica globale con un protocollo terapeutico che negli anni è risultato efficace nel trattare le nostre pazienti affette da PVD. Lo scopo di questo lavoro è quello di presentare il protocollo terapeutico ed alcuni casi trattati, allo scopo di proporre uno studio per valutare l'effettiva efficacia del trattamento.

Metodi

In questo lavoro presentiamo quattro casi di donne trattate con il protocollo proposto. Sono state scelte le ultime pazienti afferite all'ambulatorio negli ultimi mesi che avessero, alla data della scrittura del presente lavoro, effettuato almeno cinque sedute di trattamento. Tutte le pazienti selezionate avevano una diagnosi di vulvodinia provocata effettuata da un medico ginecologo inviante. Criteri di inclusione: dolore introitale, in assenza di patologie manifeste rilevabili clinicamente, swab-test positivo, dispareunia, durata dei sintomi > 6 mesi ed età > 18 anni. Criteri di esclusione: malattie importanti, patologie psichiatriche, infezioni vaginali o dermatosi vulvari, diabete, stato di gravidanza, precedente vestiblectomia.

Al primo appuntamento ad ogni partecipante viene consegnata la forma abbreviata del McGill-Melzack Pain Questionnaire (SF-MPQ), e la dispareunia viene valutata con la Marinoff Dyspareunia Scale. Nei casi di seguito presentati tali dati non sono disponibili. Vengono inoltre valutati i sintomi dolorosi a seguito di swab-test con una scala analogica da 0 a 10 (VAS). Il terapeuta segnala la presenza e la dolorabilità dei Tender Trigger Point, il Test Perineale.

Protocollo di Trattamento

Tutte le pazienti vengono valutate dal terapeuta che in base all'esame obiettivo individua un programma di esercizio terapeutico e terapia manuale individualizzato. Le sedute hanno una durata di 1 ora durante la quale vengono effettuati: accoglienza della paziente e valutazione dei risultati, 10 minuti di terapia manuale, 30 minuti di elettrostimolazione, 10 minuti di biofeedback, discussione degli esercizi da eseguire a domicilio. Al termine di ogni trattamento il terapeuta annota in cartella clinica la sintomatologia riferita dalla paziente e il grado di tensione muscolare riscontrato. Inizialmente i pazienti hanno un appuntamento settimanale; non ci sono limiti sul numero di sedute da effettuarsi. Si richiede alle pazienti di sospendere l'attività sessuale penetrativa per le prime 3 settimane di trattamento.

Valutazione del trattamento

Al termine del trattamento, o al massimo dopo 15 sedute, le pazienti vengono invitate a ricompilare i questionari proposti nel corso della prima seduta: SF-MPQ, Marinoff Dyspareunia Scale. Viene ripetuto lo swab-test, valutata la dolorabilità dei tender e trigger point e il Test Perineale.

Descrizione del Trattamento

L'approccio fisico riabilitativo globale include norme eutrofiche vulvari, esercizi, tecniche manuali, biofeedback ed elettrostimolazione. L'obiettivo del trattamento è aumentare la consapevolezza e il controllo della muscolatura del pavimento pelvico nella contrazione e nel rilassamento, di normalizzare il tono muscolare e aumentare l'elasticità dei tessuti, desensibilizzare l'area vestibolare e ridurre gli atteggiamenti protettivi di reazione alla penetrazione vaginale⁹.

Valutazione muscolare del pavimento pelvico

¹⁰L'esame inizia con l'ispezione a riposo. Alla donna si fa assumere una posizione ginecologica modificata e piedi appoggiati sul lettino. Si osservano i genitali esterni, valutando la distanza anovulare e la posizione del nucleo fibroso centrale del perineo rispetto alla linea che unisce le due spine ischiatiche.

Si prosegue con l'ispezione alla richiesta di contrazione della muscolatura pelviperineale con particolare attenzione alla qualità del rilassamento fisiologico postreclutamento che deve rispettare, in condizioni fisiologiche, parametri di velocità e di escursione del movimento uguali ma opposti a quelli della contrazione. Si valuta l'eventuale contemporanea contrazione dei muscoli addominali, glutei e adduttori e del pattern respiratorio.

Si prosegue con la palpazione a riposo: il terapeuta può iniziare a valutare la compliance tissutale, e l'eventuale reazione protettiva anticipatoria della paziente⁹. Si apprezza la tonicità e la consistenza del nucleo fibroso centrale. Una resistenza aumentata o l'evocazione del dolore sono spie di ipertonìa o incapacità di rilassarsi.

La palpazione interna viene effettuata con l'ausilio di un lubrificante prima con l'introduzione di un dito successivamente se possibile due dita. Si valuta dapprima il tono dei fasci del muscolo pubococcigeo, tenendo le dita lievemente flesse quasi ad agganciare il muscolo. Successivamente si valuta la tonicità dei fasci laterali del muscolo elevatore dell'ano (muscolo ileococcigeo); la valutazione va eseguita esercitando una modica spinta in direzione laterale, verso le spine ischiatiche. Si valuta la presenza di eventuali asimmetrie, l'aumento del tono o l'incapacità di rilassamento attivo (- 1 ipotónico, 0 normale, +1 ipertonico).

Tabella 1. Valutazione muscolare del pavimento pelvico

AIDPA

- 0 Assenza di contrazione rilevabile clinicamente
 - 1 Accenno di contrazione, appena percettibile
 - 2 Contrazione di entità modesta, indubbiamente presente, ma si evidenzia movimento solo senza resistenza
 - 3 Contrazione di entità media: si evidenzia movimento anche contro modesta resistenza
 - 4 Contrazione di entità importante: si evidenzia movimento anche contro forte resistenza
-

Trigger Point (TP) La presenza di dolore mio-fasciale (trigger e/o tender point) viene rilevata attraverso la digitopressione sulle strutture mio-fasciali che possono essere coinvolte nella disfunzione e la successiva palpazione, all'interno di tale zona, di banderelle muscolari contratte (trigger point). Altri muscoli possono irradiare il dolore nella zona perineale, lombo-sacrale, pubica e inguinale: grande gluteo, il grande adduttore, l'ileo-psoas e il piriforme. Occorre testarli per procedere con l'eventuale trattamento. Si annota in cartella clinica l'eventuale presenza indicando la relativa dolorabilità con scala VAS.

Valutazione del tono, del trofismo e dell'attività volontaria del pavimento pelvico. Con le dita appoggiate sul muscolo pubococcigeo si chiede alla donna di contrarre la muscolatura del pavimento pelvico (TP test) e si valuta l'attività volontaria di contrazione e di rilassamento del muscolo. Numerose scale di valutazione sono state elaborate per determinare i parametri muscolari del pavimento pelvico. Noi utilizziamo il sistema standardizzato di valutazione AIDPA (Associazione Interdisciplinare Piemontese per lo studio e il trattamento delle Disfunzioni Autonome) Tab. 1. Valutare la presenza di eventuali asimmetrie. Valutare la componente tonica della muscolatura, ricercando le capacità di tenuta nel tempo o di ripetibilità nel tempo della contrazione. (Tab 2).

Valutazione anale. Porre la paziente in decubito laterale e introdurre il dito delicatamente. Valutare lo SAE (1-2- cm dopo l'apertura anale) e il puborettale, (3-4-cm) lungo la loro circonferenza per il trofismo e il tono (- 1 ipotónico, 0 normale, +1 ipertonico). Valutare la contrazione e il rilassamento volontari e i trigger point come per via vaginale. Valutare la posizione e la mobilità del coccige.

Al termine della valutazione il terapeuta annoterà in cartella clinica le relative valutazioni e produrrà uno schema di lavoro per esercizio terapeutico e terapia manuale personalizzato per il paziente.

Tabella 2. Valutazione muscolare del pavimento pelvico

AIDPA

- A Durata della contrazione < 5 sec
 - B Durata della contrazione tra 5 e 10 sec
 - C Durata della contrazione > 10 sec
-

Norme eutrofiche-igieniche vulvari e modificazioni dello stile di vita

Nel corso dei primi appuntamenti vengono individuati i fattori di rischio nelle abitudini di vita della paziente che possano alimentare la condizione dolorosa e vengono fornite delle classiche norme eutrofiche-igieniche della vulva:² utilizzo di biancheria intima di cotone bianco da non utilizzare di notte, evitare di utilizzare prodotti potenzialmente irritanti per la vulva, come profumazioni o ammorbidenti. Per l'igiene utilizzare acqua o detergenti intimi oleosi, asciugare bene tamponando senza sfregare eccessivamente. Dopo il lavaggio utilizzare un emolliente delicato come olio vegetale o, come suggerisce la nostra pratica clinica, lubrificante a base di aloe vera. Sciacquare delicatamente la vulva dopo la minzione. Evitare assorbenti salvaslip e durante il flusso mestruale utilizzare assorbenti di cotone, alternando l'uso di coppette mestruali (se l'ipertonico non è importante) o di assorbenti lavabili. Evitare di indossare capi di abbigliamento eccessivamente aderenti e preferire l'uso di gonne. Evitare attività sportiva inadeguata come cyclette, spinning, equitazione. Utilizzare dei lubrificanti non profumati per i rapporti sessuali.

Terapia manuale ed esercizio terapeutico

Nel corso delle prime sedute viene spiegata alla paziente la relazione esistente tra i suoi sintomi e la componente muscolare del pavimento pelvico, utilizzando immagini e modelli anatomici, al fine di favorire il processo di percezione e consapevolezza del distretto interessato. Nel corso dell'esercizio terapeutico vengono coscientizzate e apprese le diverse azioni del pavimento pelvico al fine di favorire il ripristino dei parametri muscolari relativi al rilassamento e alla coordinazione muscolare.

La terapia manuale è finalizzata al trattamento dei trigger e dei tender point, ad incrementare lo spazio dell'introito vaginale e a desensibilizzare l'area dolente. Si utilizzano tecniche di massaggio esterno, massaggio a stripping, compressione ischemica dei trigger point, release e stiramento, tecniche di rilassamento post isometrico ed esercizi in posizioni di detensione del pavimento pelvico.

TENS

La tecnica prevede l'applicazione di uno stimolo elettrico nei confronti delle terminazioni nervose sottocutanee. Abbiamo utilizzato l'elettrostimolazione utilizzando l'apparecchio Megastim MS-280 (HC Italia srl. Milano) utilizzando una piccola sonda vaginale

Periprobe TP2B, con anelli metallici trasversali come elettrodi. La stimolazione è stata effettuata seguendo i seguenti parametri: 10 minuti (frequenza 3 Hz e durata di 200 μ s), seguito da 10 minuti (frequenza 10 Hz durata 50 μ s) e 10 minuti (frequenza 50 Hz durata 100 μ s). L'intensità è stata determinata con la paziente, in modo da non evocare sensazioni dolorose. E' stata eseguita un' applicazione settimanale fino a miglioramento sintomatologico.

Biofeedback elettromiografico

Consiste in uno strumento elettromedicale che permette di trasformare l'azione muscolare del pavimento pelvico in uno stimolo visivo. La tecnica utilizza un elettromiografo di superficie collegato ad un sensore endovaginale. Attraverso la sonda intravaginale viene rilevata l'azione muscolare del pavimento pelvico e trasformata dal computer in un segnale visibile sul monitor. In questo modo, la paziente ha una visione di ritorno di quello che sta facendo e quindi ha la possibilità di vedere se esegue correttamente l'esercizio affidatogli ed eventualmente di correggersi. La finalità della terapia è consentire alla paziente d'imparare a controllare la muscolatura pelvica, riducendo progressivamente l'ipertono che la caratterizza. Può inoltre essere utilizzato per monitorare i parametri e i miglioramenti delle caratteristiche muscolari della paziente nel corso del trattamento terapeutico.

L'evidenza scientifica ha dimostrato l'efficacia della tecnica, anche se, a differenza della TENS, il biofeedback elettromiografico (BFB) non è facilmente riproducibile, e risente di due fattori limitanti: l'esperienza del terapeuta che lo coordina e la compliance della paziente (protocolli domiciliari ripetitivi e di lunga durata)². L'azione muscolare compiuta con l'utilizzo del BFB è la medesima di quella che viene realizzata con l'esercizio terapeutico, il quale presenta migliori evidenze scientifiche e una minor difficoltà di esecuzione dell'esercizio domiciliare. Per questa ragione è stato deciso di attuare un protocollo di BFB in studio 1 volta la settimana e di far eseguire ai pazienti il lavoro domiciliare con degli esercizi senza l'ausilio di apparecchi elettromedicali. Lo schema utilizzato è stato il seguente: N. 2 serie da 10 contrazioni massimali, N. 20 contrazioni durata 5 s con 10 s pausa in cui si eseguono N. 2 respirazioni diaframmatiche.

Tabella 3. Descrizione delle pazienti

Tabella 4. Caratteristiche dei casi

Da ripetere 2 volte al giorno. BFB elettromiografico in ambulatorio eseguito per la durata di 10 minuti per seduta alternando contrazioni fasiche a contrazioni toniche.

Autotrattamento domiciliare

Alle pazienti viene richiesta l'esecuzione al proprio domicilio di esercizi appresi durante le sedute e viene insegnato l'automassaggio perineale, da eseguirsi quotidianamente previa adeguata lubrificazione. Lo scopo di quest'ultima tecnica è quello di aumentare la consapevolezza delle aree dolenti, e mantenere l'elasticità ottenuta in seguito alla terapia manuale eseguita in studio.

Risultati e descrizione dei casi

L'età media delle pazienti prese in esame è di 25 anni, tutte nullipare e all'inizio trattamento, tutte avevano sospeso l'attività sessuale per dispareunia. La durata media del dolore al vestibolo è di 21 mesi, con una VAS media di 8; metà delle pazienti riportavano un franco ipertono alla valutazione iniziale. In media sono stati fatti 8 trattamenti della durata di 1 h ciascuno oltre l'autotrattamento domiciliare. Alla fine dei trattamenti due delle pazienti presentate hanno avuto una completa remissione dei sintomi, mentre altre due pazienti hanno avuto un miglioramento con una riduzione della VAS.

Descrizione dei casi

- S.A. 21 anni nullipara parrucchiera, nega patologie di rilievo in passato. All'anamnesi si riscontrano candidosi ricorrenti e infezioni vaginali sostenute da Gardnerella: ultimo batteriologico vaginale negativo. No disturbi mizionali e alvo regolare, pratica amatoriale di bicicletta. Non sessualmente attiva da 2 anni per dispareunia. Aprile 2014 diagnosi di vulvodinia provocata con ipertono. La signora riporta una sensazione di "dolore bruciante, spilli nella vulva" nel corso della giornata. Swab-test positivo con VAS 10 e numerosi TP con dolorabilità 10. Valutazione dei muscoli perineali: Test Perineale 2B. Si procede con la spiegazione delle norme comportamentali (eliminazione bicicletta, indicazioni dietetiche per ridurre recidive di candida, norme eutrofiche vulvari) e con il protocollo di trattamento. Dopo N. 10 sedute la paziente riporta un netto miglioramento della dolorabilità allo swab-test (VAS 5), riduzione completa dell'ipertono Test Perineale 3C e riduzione del Trigger Point. Persiste dolore esterno vulvare inviata all'attenzione del curante per valutare eventuale

Età		25					
Età	Durata dei sintomi mesi	VAS iniziale	Trigger/tender point (VAS)	Ipertono	N. trattamenti	VAS finale	
21	40	10	10	SI	10	5	
22	14	8	8	SI	8	0	
30	16	6	1	NO	6	0	
27	22	8	8	NO	10	4	

concomitante assunzione di farmaci.

- D.A. 22 anni nullipara, disoccupata, nega patologie cliniche di rilievo in passato. Enuresi notturna giovanile ripresentatasi negli ultimi 12 mesi con una frequenza di 2-3 volte la settimana, IUS di I grado con ICI-Q-SF 16. Da 14 mesi dispareunia profonda e superficiale. Risonanza magnetica di marzo 2014: non si apprezzano cisti endometrioidiche. Alvo stitico, dolore alla defecazione, non sessualmente attiva dall'insorgere del disturbo. Swab-test positivo (VAS 8) e presenza di numerosi Tender e Trigger point irradianti nelle regioni pelviche profonde (VAS 9). Valutazione dei muscoli perineali: franco ipertono, Test Perineale 1A. Si procede con il protocollo di trattamento e modificazioni alimentari per migliorare l'alvo. Dopo N. 8 sedute terapeutiche la paziente riporta eliminazione delle perdite urinarie (ICI-Q-SF 0), ed eliminazione del dolore superficiale e profondo (VAS 0). Ha ripreso l'attività sessuale utilizzando un lubrificante: presenza di desiderio, eccitazione, scarsa lubrificazione, mancato raggiungimento dell'orgasmo, sensazione di fastidio iniziale ma soddisfazione. Indicazioni post-terapeutiche: la paziente continuerà il programma domiciliare che prevede: automassaggio, esercizi di rilassamento, contrazione del pavimento pelvico. Valutare l'eventuale somministrazione di apparecchio domiciliare per elettrostimolazione.

- S.A. 30 anni, nullipara circa 10 anni fa ha iniziato a soffrire di cistiti recidivanti, risolte con l'assunzione di antibiotici. Da alcuni anni i sintomi non regrediscono con l'assunzione di farmaci e i disturbi sono divenuti continuativi, con uroculture negative. Stranguria, senso di peso ipogastico, sensazione di incompleto svuotamento della vescica, no frequenza minzionale o incontinenza, da circa 16 mesi dolore vulvare e dispareunia. Diagnosticata vulvodinia con modesto ipertono, in attesa di valutazione urologica. Swab-test positivo (VAS 6), modesti tender point dolorabilità (VAS 1). Valutazione dei muscoli perineali: non riscontrato ipertono, Test Perineale 3C. Si procede con protocollo di trattamento. A seguito di N. 6 sedute eliminazione del dolore vulvare (VAS 0) e dei tender-trigger point. La paziente ha ripreso attività sessuale con presenza di desiderio e di eccitamento, buona lubrificazione, presenza di orgasmo e soddisfazione. Nessun miglioramento dei sintomi vescicali. In attesa di cistoscopia.

- P.L. 27 anni, nullipara, affetta da artrite reumatoide in cura con Deltacortene 25mg e Metrotexate. Da 22 mesi riporta "bruciore pungente" a livello vulvare,

ha sospeso l'attività sessuale. Tampone vaginale negativo. Aprile 2014 diagnosi di vulvodinia provocata diagnosticata a seguito di vulvosopia. Non desidera assumere ulteriori farmaci. Non sono presenti sintomi urinari, alvo regolare. Swab-test positivo (VAS 8), presenza di numerosi Tender-Trigger point dolorabilità (VAS 8). Valutazione dei muscoli perineali: lieve ipertono con Test Perineale 3 B. A seguito di N. 10 sedute terapeutiche la paziente riferisce una riduzione del dolore vulvare (VAS 4), assenza di trigger point esterni. Permane trigger point sull'otturatore interno (VAS 2). La paziente non ha ripreso l'attività sessuale. Si proseguono le sedute terapeutiche, con l'aggiunta dell'uso di un'apparecchiatura domiciliare per elettrostimolazione.

Discussione

In questo lavoro è stato presentato un protocollo che prevede l'uso combinato di più metodiche per il trattamento della vulvodinia. L'evidenza scientifica⁶ dimostra l'efficacia di diverse terapie, senza che nessuna risulti preferibile all'altra.

Una porzione di trattamento è dedicata all'utilizzo della TENS. Questa tecnica è largamente utilizzata nelle condizioni caratterizzate da dolore cronico. Il meccanismo d'azione della TENS è sostenuto dall'attivazione di sistemi d'inibizione periferica degli stimoli nocicettivi, nonché dallo stimolo alla produzione e liberazione di oppioidi endogeni, neuropeptidi e neuromodulatori ad azione analgesica. Tali meccanismi non hanno una semplice azione sintomatica, ma agiscono con sinergia e gradualità ottenendo una sorta di "reset" del sistema nocicettivo. Uno studio randomizzato¹¹ condotto su 40 donne ha dimostrato miglioramenti significativi nel gruppo trattato di tutti i parametri presi in esame (VAS, SF-MPQ, Marinoff scale). L'efficacia si è dimostrata alternando alte e basse frequenze per 15-30 minuti con una frequenza massimo bisettimanale per ridurre il rischio di assuefazione. Lo stesso protocollo di trattamento è stato recentemente utilizzato per un altro lavoro¹² che ha dimostrato l'efficacia dell'uso della TENS nella riduzione del dolore vulvare e nella riduzione della dispareunia.

Nella nostra pratica clinica utilizziamo gli stessi parametri di stimolazione aggiungendo 10 minuti ad una frequenza di 3 Hz 200 μ s a scopo miorellassante e propriocettivo.

Tra i vari trattamenti proposti, il lavoro sui muscoli del pavimento pelvico è una metodica comunemente utilizzata, con tecniche manuali o con l'utilizzo di apparecchiature per il biofeedback (BFB). Glazer et al.¹³ per primo ha utilizzato la tecnica BFB per trattare PVD con un protocollo della durata di 16 settimane e l'utilizzo di un apparecchio portatile per un uso domiciliare con il seguente schema: 10 contrazioni

massimali durata 5 s pausa 5 s. 10 contrazioni fasiche. 15 contrazioni massimali durata 10 s con 10 s pausa e 1 contrazione massimale di 60 s. I risultati riportano un miglioramento dell'attività muscolare (95%) riduzione dell'ipertono (68%) e un ritorno all'attività sessuale (79%); i risultati si sono mantenuti al follow up dei 6 mesi. Altri studi si sono susseguiti^{14,15} dimostrando che il trattamento domiciliare con BFB elettromiografico riduce il dolore e aumenta l'attività sessuale in modo significativo. Uno studio randomizzato¹⁶ ha valutato l'efficacia della tecnica confrontando il BFB alla chirurgia e alla terapia comportamentale. Le donne sottoposte al biofeedback avevano un miglioramento significativo rispetto al pretrattamento, ma le pazienti sottoposte all'intervento chirurgico riportavano un livello maggiore di miglioramento dal dolore rispetto alle donne sottoposte a BFB. Il tasso di successo della tecnica è risultato inferiore rispetto alle precedenti valutazioni¹³. Gli autori attribuiscono questo dato alla difficoltà in termini di risorse e di tempo dell'esecuzione del BFB domiciliare. Per questa ragione nel nostro protocollo di trattamento è stato preferito inserire il lavoro con BFB solamente durante la seduta in studio ed è stato lasciato l'esercizio terapeutico domiciliare libero, richiedente al massimo 5 minuti al giorno senza l'utilizzo di apparecchiature, allo scopo di aumentare la compliance delle pazienti. La terapia manuale è considerata come una delle possibili terapie efficaci nel trattamento della vulvodinia⁶, se eseguita da terapisti esperti nel trattare il dolore vulvare. In un gruppo di pazienti trattati con terapia manuale, il 71% dimostra un miglioramento maggiore del 50% dei sintomi, mentre il 62% riporta un miglioramento della funzione sessuale e il 50% un miglioramento della qualità di vita². Sebbene sia stata dimostrata l'efficacia, gli studi risultano di bassa qualità a causa della difficoltà di riprodurre o validare le tecniche. Queste infatti risultano personalizzate sul paziente e dipendono dall'abilità del terapeuta. Uno studio retrospettivo¹⁷ ha riscontrato un forte miglioramento della sintomatologia a seguito di 7 incontri di terapia manuale nel 51% dei partecipanti e un moderato miglioramento nel 20%; sono stati riscontrati una riduzione del dolore ai rapporti sessuali, un aumento nella frequenza dei rapporti e un aumento del desiderio sessuale. Altri studi^{18,19} hanno provato l'efficacia della metodica, ma con un basso numero di partecipanti. Nella nostra pratica clinica riteniamo che, nonostante la difficile standardizzazione delle tecniche utilizzate, risulta essenziale inserirle in un programma terapeutico per garantire la miglior efficacia del trattamento. Gli obiettivi del BFB e della terapia manuale sono: aumentare la propriocezione, migliorare la flessibilità e l'elasticità dei tessuti, ridurre la tensione muscolare, migliorare l'afflusso sanguigno, desensibilizzare le fibre nervose, ridurre la muscolatura e ridurre la

paura della penetrazione. Il funzionamento di queste metodiche si basa sul rationale che nelle pazienti con PVD alcuni parametri del pavimento pelvico risultano alterati. I muscoli perineali svolgono un ruolo importante nella sessualità e nel mantenimento delle condizioni dolorose. L'ipertono dei muscoli perineali è proposto come un importante fattore di mantenimento del dolore e un aumento della tensione perineale è di comune riscontro in sede di esame ginecologico di queste pazienti. Diversi studi hanno dimostrato che le donne affette da PVD, se comparate a donne sane, hanno un ipertono della muscolatura perineale^{13,20}. Un recente studio⁸ ha analizzato con Eco ultrasuono 4D vari parametri relativi all'area perineale di donne affette da PVD paragonandole a donne sane. I risultati hanno dimostrato delle significative alterazioni perineali suggestive di aumento del tono muscolare nelle donne affette da PVD, una riduzione della forza e del controllo muscolare. Questi dati supporterebbero l'utilizzo delle terapie mirate a ripristinarne la funzionalità e spiegherebbero la regressione a seguito di terapia per PVD delle eventuali comorbilità associate all'ipertono (incontinenza urinaria, stipsi, ragadi anali).

Nella nostra pratica clinica, e nei casi presentati, l'utilizzo combinato dei trattamenti si è rivelato efficace nel trattare le pazienti affette da PVD. Data la sua relativa economicità e totale sicurezza potrebbe essere preso in considerazione come trattamento da adottare da solo o in combinazione con altre terapie farmacologiche. E' necessario attestare l'effettiva efficacia attraverso studi statistici condotti su un campione significativo.

Bibliografia

1. Haefner HK. Report of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease ter, ompòggy and classification of vulvodynia. J Low Gen Tract Dis. 2007; 11:48-49
2. Haefner HK, Collins ME, Davis GD, et al. The vulvodynia guideline. J Low Genit Tract Dis. 2005; 9 (1): 40-51
3. Harlow BL, Stewart EG, A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: Have we underestimated the prevalence of vulvodynia? J Am Med Womens Assoc 2003; 58: 82-8
4. Landry T, Bergeron S, Dupuis MJ, The Treatment of Provoked Vestibulodynia A Critical Review. Clin J Pain. 2008; 24(2): 155-171
5. Jeffrey C, Andrews MD, Vulvodynia Interventions – Systematic Review and Evidence Grading. Obstetrical and

- Gynecological Survey. 2011; 66 (5): 299-315
6. Stockdale CK, Lawson HW. 2013 Vulvodynia Guideline Up.date. J Low Genit Tract Dis. 2014; 18(2): 93-100
 7. Micheletti L, Radici G, Lynch PJ. Provoked vestibulodynia: inflammatory, neuropathic or dysfunctional pain? A neurobiological perspective. Journal Obst Gynaecol. 2014; 34: 285-288
 8. Morin M, Bergeron S, Khalifé S, et al. Morphometry of the Pelvic Floor Muscles in Women With and Without Provoked Vestibulodynia Using 4D Ultrasound. J Sex Med. 2014; 11: 776-785
 9. Reissing ED, Brown C, Lord MJ, Binik YM, Khalife S. Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. Journal of Psychosomatic Obst Gynecol. 2005; 26(2): 107-113
 10. Giraudo G, Lamberti G. Incontinenza Urinaria Femminile: Manuale per la riabilitazione. 2007 Edi-Ermes
 11. Murina F, Bianco V, Radici G, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. BJOG 2008; 115: 1165-1170
 12. Murina F, Graziottin A, Felice R et al. Vestibulodynia: Synergy Between Palmitoylethanolamide + Transpolydatin and Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation. J Low Gen Tract Dis. 2013; 17 (2)-. 111-116
 13. Glazer HI, Rodke G, Swencionis C, Hertz R, Young AW. Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. J Reprod Med. 1995; 40 (4):283-901
 14. McKay E, Kaufman RH, Doctor U, Berkova Z, Glazer H, Redko V. Treating vulvar vestibulitis with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. J Reprod Med. 2001; 46(4): 337-42
 15. Glazer HI. Dysesthetic vulvodynia. Long-term follow-up after treatment with surface electromyography-assisted pelvic floor muscle rehabilitation, J Reprod Med. 2000; 45(10):798-802
 16. Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. Pain 2001; 1:297-306
 17. Bergeron S, Brown C, Lord MJ, Oala M, Binik YM, Khalife S. Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study. J Sex Marital Ther. 2002; 28:183-192
 18. Forth HL, Cramp MC, Drechsler WI. Does physiotherapy treatment improve the self-reported pain levels and quality of life of women with vulvodynia? A pilot study. J Obstet and Gynaecol. 2009; 29(5): 423-429
 19. Goldfinger C, Pukall C, Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Chamberlain S. A prospective Study of Pelvic Floor Physical Therapy: Pain and Psychosexual Outcomes in Provoked Vestibulodynia. J Sex Med 2009; 6:1955-1968
 20. Reissing ED, Brown C, Lord MJ, Binik YM. Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. J Psychosom Obst Gynaecol. 2005; 26(2): 107-113