

Trattamento riabilitativo combinato nella vestibolodinia provocata: dati preliminari

Alessandra Marchi, Ostetrica

Introduzione

Secondo le più recenti linee guida, il trattamento multimodale della vestibolodinia provocata (VP) include anche tecniche riabilitative¹. Lo scopo di questo lavoro è quello di presentare il nostro protocollo terapeutico riabilitativo ed alcuni casi trattati, allo scopo di proporre uno studio per valutare l'effettiva efficacia del trattamento.

Metodi

Presentiamo quattro casi di donne trattate recentemente con il protocollo proposto. La diagnosi di VP viene effettuata dal medico ginecologo inviante. Al primo appuntamento e al termine del trattamento (al massimo dopo 15 sedute) ad ogni paziente viene consegnata la forma abbreviata del McGill-Melzack Pain Questionnaire (SF-MPQ) e la dispareunia viene valutata con la Marinoff Dyspareunia Scale. Viene quindi effettuato il test pressorio, con misura del dolore provocato mediante scala analogica da 0 a 10 (VAS). Il terapeuta procede con la valutazione muscolare del pavimento pelvico: vengono valutati la presenza di tender-trigger point e il tono muscolare, il trofismo e l'attività volontaria muscolare utilizzando il sistema standardizzato di valutazione AIDPA (Associazione Interdisciplinare Piemontese per lo studio e il trattamento delle Disfunzioni Autonome). Viene effettuata un'indagine anale per valutare lo sfintere anale esterno, il muscolo puborettale e la presenza di eventuali trigger point.

Protocollo di Trattamento

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. Inizialmente gli appuntamenti hanno cadenza settimanale; non ci sono limiti sul numero di sedute da effettuarsi. Si richiede alla paziente di sospendere l'attività sessuale penetrativa per le prime 3 settimane.

Descrizione del Trattamento

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 le norme eutrofiche-igieniche della vulva.

Terapia manuale ed esercizio terapeutico

Nel corso della terapia manuale 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

E' stato utilizzato 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). E' stata eseguita un'applicazione settimanale fino a miglioramento sintomatologico.

Biofeedback elettromiografico (BFB)

E' stata eseguita una seduta settimanale di BFB della durata di 10 minuti con contrazioni fasiche e toniche. Alle pazienti è stato chiesto di proseguire il lavoro al proprio domicilio 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.

Autotrattamento domiciliare

Alle pazienti viene richiesta l'esecuzione di esercizi appresi durante le sedute e viene insegnato l'automassaggio perineale, da eseguirsi quotidianamente previa adeguata lubrificazione.

Descrizione dei casi e risultati

L'età media delle pazienti prese in esame è di 25 anni, nullipare e tutte sessualmente non attive 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 state fatte 8 sedute della durata di 1 h ciascuna 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.

Caratteristiche dei casi						
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

Discussione

Una fase del trattamento è dedicata all'utilizzo della TENS, tecnica largamente utilizzata nelle condizioni caratterizzate da dolore cronico. Alcuni recenti studi² hanno dimostrato l'efficacia dell'uso della TENS nella riduzione del dolore vulvare e nella riduzione della dispareunia. Anche l'utilizzo del BFB è stato largamente utilizzato nel trattamento di VP³ con tassi di successo variabili. La terapia manuale è considerata una delle possibilità efficaci nel trattamento la VP^{1,4} se eseguita da terapeuti esperti, seppure gli studi risultino di bassa qualità a causa della difficoltà di riprodurre o validare le tecniche che risultano personalizzate sul paziente e dipendono dall'abilità del terapeuta.

Nella nostra pratica clinica, e nei casi presentati, l'utilizzo combinato dei trattamenti si è rilevato efficace nel trattare le pazienti affette da VP. 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. Stockdale CK, Lawson HW. 2013 Vulvodynia Guideline Up.date. J Low Genit Tract Dis. 2014; 18(2): 93-100
2. Murina F, Graziottin A, Felice R et al. Vestibulodynia: Synergy Between Palmitoylethanolamide + Transpodydatin and Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation. J Low Gen Tract Dis. 2013; 17 (2)-. 111-116
3. 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
4. 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