



**CORSO TEORICO PRATICO PER MEDICI DI
MEDICINA GENERALE**

**Approccio integrato alla patologia del pavimento
pelvico**

**THEORETISCH-PRAKTISCHER KURS FÜR ÄRZTE FÜR
ALLGEMEINMEDIZIN**

**Integriertes Management der
Beckenbodenerkrankung**

BOLZANO - BOZEN

22. - 10. – 2011

SPARKASSE ACCADEMY CASSA DI RISPARMIO

**Il dolore pelvico: orientamento diagnostico e
razionale di terapia**

Dr. G. Accinelli

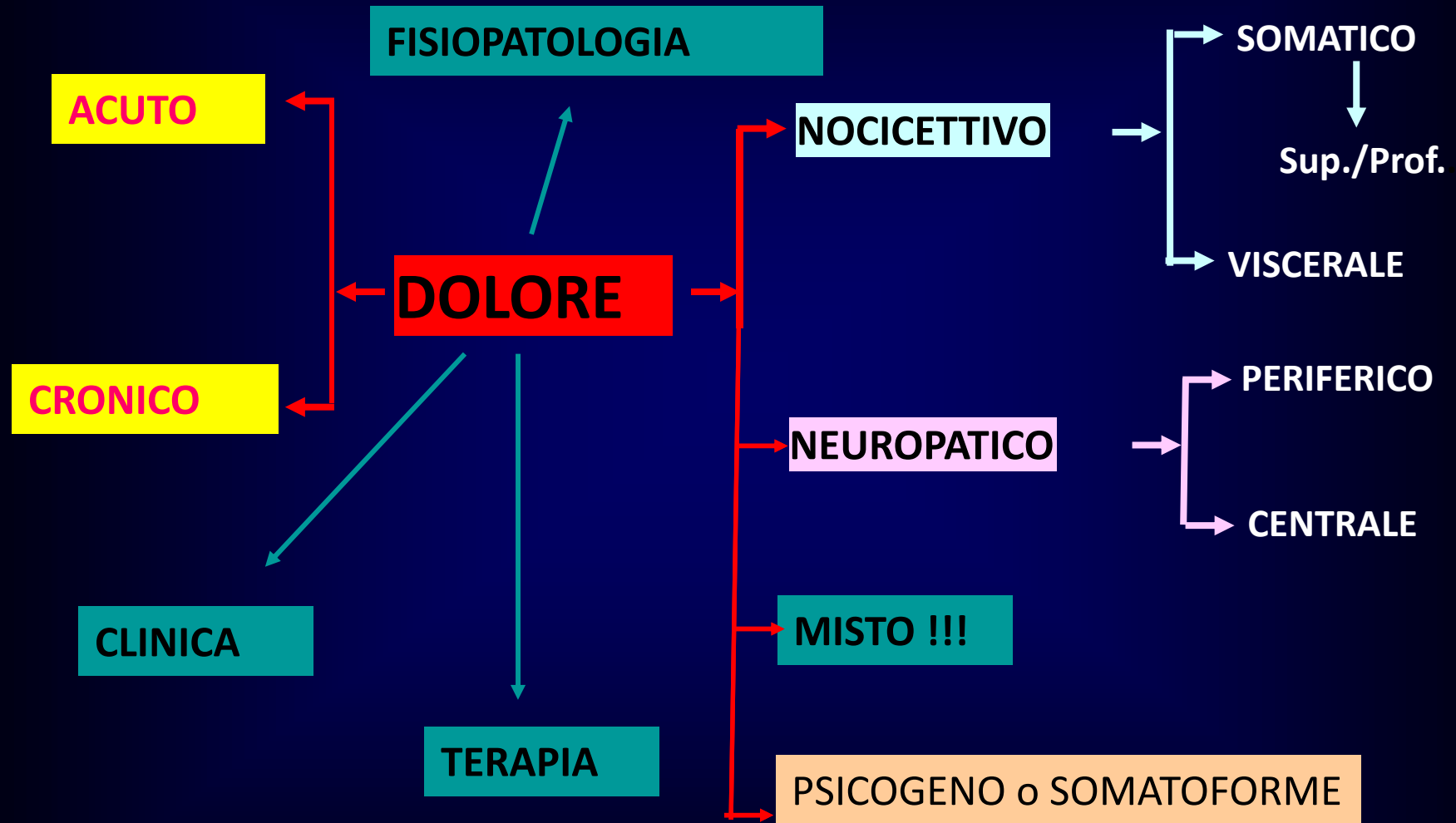
IL DOLORE PELVI-PERINEALE

**IL DOLORE:
ALCUNI CONCETTI GENERALI**

Il dolore: definizione IASP 1986

“Il dolore è un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tessutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno”

TASSONOMIA DEL DOLORE



Dolore

A)
fisiologico

Dolore acuto o
persistente o
ricorrente
nocicettivo
somatico e/o
viscerale

B)
patologico

Dolore acuto e cronico
neuropatico

Non esiste il dolore misto ma sindromi cliniche con
dolori patologici nocicettivi e neuropatici presenti in
diverse proporzioni

Dolore nocicettivo

D. nocicettivo: è un sintomo comune di molte malattie ed è veicolato dalla periferia verso il SNC da fibre A δ e C; assolve fisiologicamente la funzione di informazione dell'esistenza di un danno reale o potenziale e di protezione dell'organismo. Può essere acuto, persistente o ricorrente.

- Più frequente del dolore neuropatico
- Circoscritto
- Diminuisce nel tempo dal momento dell'insulto
- Elevata sensibilità al trattamento con FANS

DOLORE NOCICETTIVO SOMATICO E /O VISCERALE

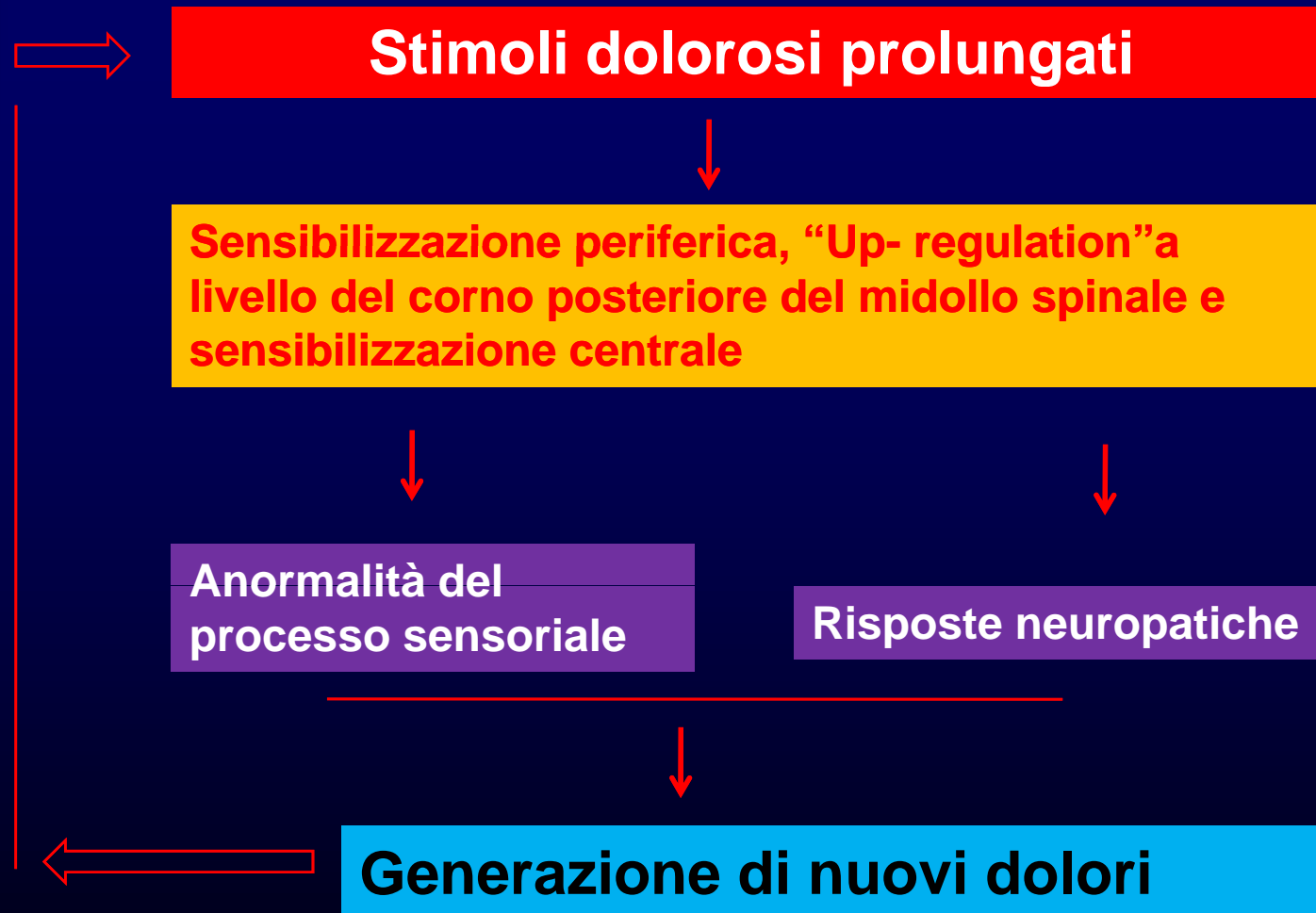
- **D. SOMATICO (superficiale-profondo):** ben localizzato e caratterizzato da ben precise sensazioni.
- **D. VISCERALE:**
 - diffuso e poco localizzato, tipicamente **referito** o trasferito in sedi somatiche (muscoli e pelle). La sua sede di origine è **difficile da individuare**.
 - provocato da **stimoli differenti** da quelli per i nocicettori somatici (trazione, distensione)
 - i suoi nervi afferenti sono “sparsi” sia a livello nervoso periferico sia a livello del SNC (fenomeno della convergenza ipsi- e contro-laterale).
 - il ruolo e il **contributo del n. vago** rimane controverso.

Dolore neuropatico

D. neuropatico: “dolore dovuto a una diretta conseguenza di una **lesione o malattia** del **sistema somatosensoriale**” (EFSN, 2008 in collaborazione con la IASP e la NeuPSIG)

- **Meno frequente del dolore nocicettivo**
- **Proiettato, diffuso...**
- **Persiste per periodi prolungati indipendentemente dal processo di guarigione**
- **Non risponde ai FANS**

NEUROPATOLOGIA DEL DOLORE CRONICO



**VALUTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE
CON DOLORE:**

ANAMNESI

I QUESTIONARI

CARATTERISTICHE DEL DOLORE

ESAME OBIETTIVO

La valutazione **clinica** del paziente con dolore

Anamnesi

remota e recente

Caratteristiche

Temporali (durata e periodicità)

Qualitative

Quantitative (intensità)

Localizzazione

Esame Obiettivo

esame fisico generale

esame regione dolente

esame di altre regioni

esame neurologico

Dati funzionali

Scale funzionali, v. psicologica

Dati strumentali

Imaging, EMG, PES, Es lab...

METODI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE CRONICO

QUALI STRUMENTI !!!???

CARATTERISTICHE del DOLORE

Quantitative



Temporali

Qualitative

Altro.....

1. Le scale
(semantico-
analogiche)

2. I questionari semantici
multidimensionali: generici e
specifici

LA MISURA (diretta) QUANTITATIVA DEL DOLORE

Le scale per la misurazione dell'intensità del dolore:

- Scale semantiche (di tipo descrittivo verbale):

- Scala descrittiva semplice (SDS)
con la sua risposta antalgica nota come
"Pain Relief" o di "solievo":

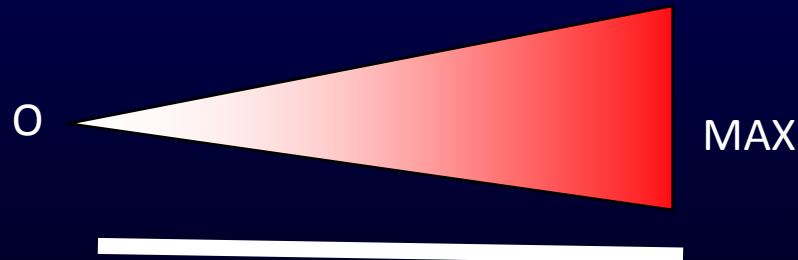


- Scale analogiche:

- Scala analogico-visiva (VAS) o numerica (NRS)
- Scala delle espressioni del viso (bambini)

• Dolore assente	0
• Lieve	1
• Intermedio	2
• Forte	3
• Insopportabile	4

• Miglioramento	0
• Lieve	1
• Buono	2
• Notevole	3
• Senza dolore	4



Perdita di valore delle scale quantitative nella misurazione del dolore cronico di lunga durata. Difficili da interpretare tra una visita e l'altra.

Colimon L.M. et al.; Multidisciplinary Management of Chronic Pain Without Obvious Pathology. In: Vercellini P., Chronic Pelvic Pain. Wiley-Blackwell eds. 2011

Salaffi F. et al. Scale di valutazione e malattie muscoloscheletriche- Mattioli eds. 2005

I QUESTIONARI

- Sono dei “**descrittori**” che possono essere dati al paziente prima della visita per facilitare la compilazione della sua **storia** clinica e renderla **più precisa ed efficace**.
- Sono un **punto di riferimento** per le visite successive e per le consulenze specialistiche.
- Contengono quanto descritto e dichiarato dal paziente. La loro precisa ed attenta compilazione è già un **indicatore** di come il paziente vuole impegnarsi e farsi attivamente coinvolgere alla risoluzione del suo problema.

Il malato, da “paziente” a
“parte attiva” nella
gestione del suo stato di
salute



“Aiutateci ad aiutarvi”

I QUESTIONARI: esempi

- Questionario per il paziente con dolore / *Fragebogen für Schmerzpatienten*
- Questionario per il paziente con dolore dopo l'inizio della terapia / *Veränderung Fragebogen für Schmerzpatienten*

Q. GENERICI

www.ildolore.bz.it



Q. SPECIFICI
PER PATOLOGIA

Pelvic Pain Assessment

Initial History and Physical Exam

www.pelvicpain.org/pdf/FRM_Pain_Questionnaire.pdf

IL DOLORE PELVI-PERINEALE

Cause di dolore pelvico

- gastrointestinali
- urinarie
- del apparato riproduttivo
- muscoloscheletriche/altro

DOLORE PELVICO: definizioni

- **Il dolore** percepito nell'area della pelvi vera e propria (parte inferiore imbutiforme del bacino osseo).
- **Acuto (APP):** intenso, caratterizzato da inizio improvviso, aumento rapido e durata breve.
- **Cronico (CPP):** non ciclico, non da neoplasia,, persistente e ricorrente per almeno 6 mesi, se nocicettivo; localizzato nella pelvi, tanto severo da causare disabilità funzionale, spesso associato alla presenza di alterazioni negative comportamentali, sessuali ed emozionali, e con necessità di trattamento medico.
- **Sindrome del dolore cronico pelvico (CPPs)**



IL DOLORE PELVICO CRONICO (CPP):DEFINIZIONI

Il dolore può essere considerato **cronico**, indipendentemente dal tempo della sua durata, se i meccanismi del dolore non acuto ed i meccanismi della sensibilizzazione centrale (**periferical or neural-axial central sensitisation**) sono ben documentati.

All'origine del CPP si trova una condizione di "**dis-regolazione**" quantitativa e qualitativa del sistema delle afferenze provenienti dall'area pelvica

→ SINDROME DEL DOLORE CRONICO PELVICO (CPPs)

- dolore con le caratteristiche del CPP senza riscontro oggettivo di infezioni né di altre patologie.
- alla sua base c'è la “neural-axial central sensitation”
- bersagli potenziali: organi pelvici, muscolatura pelvi
- alterazioni della sensibilità viscerale con di allodinia, iperalgesia e disestesia a carico di tutti gli organi pelvici. I muscoli pelvici possono divenire iperalgici, con multipli “trigger point”.

SINDROME DEL DOLORE CRONICO PELVICO (CPPs))

La diagnosi di CPPs deve comportare l'esclusione di patologie organiche e l'identificazione del comune marker disfunzionale della **neural-axial-central sensitation** in relazione all'organo più sintomatico e alla funzione che risulta più disturbata.

La EAU (2008) ha modificato la tassonomia della IASP (2003) cambiando i termini come "chronic orchitis" in testicular pain syndrome, chronic prostatitis in prostata pain syndrome, IC in bladder pain sindrom ecc.

•Epididymal Pain Syndrome

- Endometriosis associated Pain Syndrome
- Vaginal Pain Syndrome
- Vulvar Pain Syndrome
- Generalized vulvar Pain Syndrome
 - o Dysesthetic Vulvodynia
- Localized vulvar Pain Syndrome
- Vestibular Pain Syndrome
- Bladder Pelvic Pain Syndrome

•Urethral Pain Syndrome

- Penile Pain Syndrome
- Prostata Pain Syndrome
- Scrotal Pain Syndrome
- Testicular Pain Syndrome
- Post-vasectomy Pain Syndrome
- Anorectal Pain Syndrome
- Pudendal Pain Syndrome
- Perineal Pain Syndrome
- Pelvic floor muscle Pain Syndrome

MUSCOLI PELVICI E CPP

Lo spasmo dei muscoli pelvici può accompagnare il CPP. È difficile stabilire se è causa primaria (es. dolore muscolare o sindrome miofasciale) del dolore o la risposta naturale alla presenza di altre condizioni patologiche.

Sindromi dolorose muscolari spinali ed addominali

- la giunzione toraco-lombare è una importante sorgente di dolore riferito alla natica , all'anca, all'inguine e ai testicoli.
- lo spasmo muscolare può essere associato alla irritazione locale dei nervi genitofemorale e branche anteriori dei nervi intercostali che attraversano il retto dell'addome o a altri nervi e muscoli (piriforme, otturatore int., levator ani, coccigeo, psoas).

DOLORE DEL CINGOLO PELVICO (PGP): definizione

E' una specifica forma di dolore lombare posteriore e basso che può presentarsi da solo o con il LBP, avvertito tra la cresta iliaca posteriore e la piega dei glutei.

Caratteristiche cliniche:

- ridotta la resistenza a stare in piedi, camminare, sedersi e dolore a girarsi nel letto
- la sua origine è più spesso muscolare ma anche per patologie della articolazione sacro iliaca
- è spesso in relazione con la gravidanza, ma anche con trauma o artrite

LA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE CON DOLORE PELVICO

L'ESAME OBIETTIVO

- Esame fisico particolareggiato per valutare il sistema muscolo-scheletrico, gastrointestinale ed urologico oltre al sistema riproduttivo.
- In posizione eretta (postura), seduta, prona, litotomica, ginecologica per tutti i sistemi sopra elencati.
- Individuare le zone di iperestesia: “mappaggio del dolore”.
- L'EO può essere veramente “time-consuming”
- Immagini (es. RMN), blocchi e test ematici potrebbero aiutare a indirizzare verso un sospetto di diagnosi ed avvalorare il reperto sintomatologico.

STRUMENTI, TECNICHE E TEST PER LA VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL PAVIMENTO PELVICO

L'esame obiettivo

□ valutazione attività riflessa

- patologie neurologiche

□ Valutazione sensibilità

- ipo- iper- analgesia
- dolore (trigger, tender point)

VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL CINGOLO PELVICO (PGP)

EO: tests muscolo-scheletrici per la valutazione della “catena cinetica” lombo sacrale (dd: LBP).

RAZIONALE DI TERAPIA

Fisiatri, chirurghi, radiologi, algologi.....e pazienti



CPP – CPPs:

- molti aspetti
- molti attori
- molte...

soluzioni...!!!??

RAZIONALE DI TERAPIA

La T. del dolore dovrebbe sempre basarsi su presupposti **eziopatogenetici del dolore.**

- 1. patologie ben definite di CPP** (tumori, malattie infettive ecc.):
 - *sono diagnosticate e trattate appropriatamente.*
- 2. sindromi dolorose non chiare nei termini della patologia classica (CPPs).** Nevralgie e mialgie ???
 - *collegamento tra specialisti e MMG*
 - *trattamento sintomatico/funzionale*
 - *in casi selezionati: neuromodulazione (SCS,.....)*
 - *equilibrio tra rischi e benefici dimostrabili*

TRATTAMENTO DEL DOLORE NEL CPP

Un unico processo patologico può essere responsabile del CPP, ma la maggior parte dei CPP è causato da un numero di fattori per i quali è necessario un trattamento multifattoriale diversificato.

I trattamenti, più o meno in combinazione, sono intrapresi per gradi ed includono interventi:

1. Non invasivi
2. Farmacologici
3. Interventi invasivi chirurgici
4. Altre opzioni

CONCLUSIONI

DOLORE PELVICO E TRANS-SPECIALITA'

UROLOGO

PSICHIATRA

PELVI-
PERINEOLOGO

MMG

GINECOLOGO

La transdisciplinarietà è fondamentale, soprattutto, nelle forme di dolore pelvico cronico (CPP). Consiste in una stretta e reciproca collaborazione tra il MMG ed altri specialisti, esperti nel settore pelvi-perineale.

INTERNISTA
NEUROLOGO

ALGOLOGO

GASTROENTE
-ROLOGO

FISIATRA/ALTRI

Modello di trattamento del dolore „Bio-psico-sociale“: migliore „ outcome“ paziente con CPP

Modificazione
Della
elaborazione
somatosensoriale

Locale o regionale
o generale

„Bio“

„Sociale“

- disturbi affettivi
- mediatori
cognitivi
- importanti
vantaggi
da malattia

„Psycho“

- Condizionamento
operativo
- Imparare un modello

**Fattori psicosociali, comportamentali e
sociali possono modulare i livelli di dolore**

GRAZIE DELL'ATTENZIONE

e

Any questions?

gino.accinelli@ildolore.bz.it

www.ildolore.bz.it