

Uso di terapie integrative nel trattamento delle donne affette da dolore pelvico cronico.

Articolo originale:

Jerome M.Weiss, Pelvic Floor Myofascial Trigger Points: Manual Therapy for Interstitial Cystitis and The Urgency-Frequency Syndrome, *The Journal of Urology* 2001. Volume 166, Issue 6: 2226-2231.

Il dolore pelvico cronico è un disagio ginecologico comune che affligge circa il 5% delle donne americane. La diagnosi differenziale è vasta e comprende malattie mediche, patologie chirurgiche, problemi muscolo-scheletrici e disfunzioni somatiche. Le donne sono più soggette degli uomini al dolore pelvico perché il loro corpo subisce più cambiamenti. Questi cambiamenti comprendono lo stato ormonale ciclico, le importanti alterazioni biomeccaniche durante la gravidanza, lo stress psicosociale, altre modificazioni durante e dopo l'accudimento dei figli e ulteriori adattamenti nella menopausa. Sia l'approccio medico che quello chirurgico nella gestione del problema sono possibili, ma le modalità di terapia integrative si rivolgono al continuum corpo-mente-spirito. Il trattamento manipolativo osteopatico è un'opzione da prendere in considerazione per molte donne affette da questo tipo di disagio, dal parto fino alla menopausa.

Il seguente scenario medico prende in esame il caso di una paziente che è l'esempio tipico della presentazione clinica e del trattamento di una donna con dolore pelvico cronico.

Presentazione del caso

Pamela, una donna di 54 anni, viene visitata in studio per un esame facente parte del progetto "benessere donna". La sua ultima mestruazione è stata 16 mesi prima. Pam riferisce di avere vampate occasionali, dolori multipli articolari e dispareunia. E' preoccupata perché, oltre al dolore pelvico, accusa dolore lombare, che attribuisce al progressivo aumento di peso dopo la nascita dei suoi due figli. Questi dolori sono stati aggravati, inoltre, da una caduta da otto gradini e da due tamponamenti automobilistici

Alle domande sul dolore pelvico e lombare, Pam risponde che l'episodio iniziale di forte dolore è esordito dopo il suo difficile primo parto, avvenuto con forcipe. Durante la gravidanza era ingrassata di circa 18 kg. Dice di aver sofferto di incontinenza urinaria per 8 mesi dopo il parto. Il secondo bambino di Pam fu partorito due anni dopo con taglio cesareo perché "la testa del bambino

era incastrata nella mia pelvi”. La donna non ebbe più bambini a causa del dolore, della dispareunia e dell’aumento di peso.

Pam ha subito un’isterectomia 10 anni fa quando aveva dolore lombare. Le avevano detto che aveva un’adenomiosi. Nonostante l’intervento, il dolore continuava. La donna non poteva fare esercizio fisico a causa del dolore; così continuava ad aumentare sempre più di peso. Andò dal suo internista per un parere sul dolore lombare. Non aveva diabete, disordini tiroidei, né artrite reumatoide; la causa del suo dolore fu diagnosticata come osteopenia e probabilmente fibromialgia.

Oltre a prendere farmaci antinfiammatori non steroidei da banco, Pam ha anche ricevuto prescrizioni di vari medicinali per affrontare il suo disagio: antidepressivi, narcotici, miorilassanti, pillole dimagranti e sonniferi. La donna è preoccupata per le dosi e la quantità dei suoi farmaci. In effetti, Pam ammette che spesso si è auto-medicata perché ha tante pillole tra cui scegliere. Lei teme che i suoi problemi fisici cronici stiano stressando il suo matrimonio e che possa avere qualche malattia davvero grave che non è stata ancora diagnosticata. Pam riferisce che vuole disperatamente “stare meglio”.

Discussione

La filosofia osteopatica adotta un approccio al benessere attraverso la conoscenza delle interrelazioni tra strutture e funzioni e va alla ricerca delle cause dei problemi dei pazienti. Quando vengono applicati per affrontare il dolore nelle pazienti donne, i principi e la pratica osteopatici offrono un approccio globale che tiene conto dei complessi fattori psicologici e fisici che influenzano il progredire del dolore cronico. Durante la sua vita riproduttiva, la percezione del dolore di una donna è dovuta a fattori emotivi legati a stimoli nocicettivi. Esiste inoltre una combinazione di segnali dolorosi periferici che influenzano tale percezione; essi sono incorporati nel sistema nervoso centrale e si adattano al carattere, all’ambiente, alla cultura e alle esperienze personali.

Il corpo femminile è stato creato per portare avanti una potenziale gravidanza e per prendersi cura della prole, il che lo rende soggetto a diversi stress ginecologici e strutturali. Durante la gravidanza, il fisico di una donna cambia per adattarsi alla crescita del suo feto (*Figura 1*).



Figura 1. Alterazione dell'anatomia pelvica femminile per accogliere il feto in crescita

Dopo il parto, il corpo femminile continua ad adattarsi al ruolo di chi si prende cura degli altri – sollevare i bambini, la spesa, i membri della famiglia disabili o anziani. Varie occasioni mettono in crisi la forza della donna e la stabilità del suo sistema muscolo-scheletrico, tanto da influenzare il dolore e la disfunzione della pelvi femminile.

Incidenza e Diffusione del Dolore Pelvico Cronico

Il dolore pelvico cronico, un disagio femminile spesso incontrato nella pratica clinica ginecologica, è definito dolore ciclico o non ciclico della pelvi, se continua per 6 mesi o più ed è abbastanza forte da causare un'impotenza funzionale che richiede il trattamento medico o chirurgico, se non entrambi. Il dolore pelvico cronico è il motivo di circa il 10% di tutti i consulti ginecologici, del 40% delle laparoscopie, e del 10-15% delle isterectomie, rappresentando così un problema di salute pubblica clinicamente importante.

Una donna su sette presenta un'eziologia indefinita nella diagnosi di dolore pelvico cronico.

In un recente studio prospettico di coorte su donne trattate per dolore pelvico cronico, le diagnosi più comuni sono state sindrome del colon irritabile, aderenze, disordini muscolo-scheletrici del pavimento pelvico ed endometriosi.

Cambiamenti strutturali e anatomici come fattori eziologici

Il dolore pelvico cronico può essere collegato a uno o più fattori eziologici, come endometriosi, esiti di malattia infiammatoria pelvica, cisti ovariche, congestione vascolare pelvica, sindrome del dolore mio-fasciale, sindrome del colon irritabile, cistite interstiziale, calcolosi renale, dismenorrea primaria, alterazioni posturali, malattie muscolo-scheletriche e disfunzioni somatiche.

Il corpo femminile e la pelvi sono soggetti a considerevoli cambiamenti strutturali nel corso dello sviluppo. Durante gli anni seguenti al menarca, la pelvi si allarga, i muscoli glutei si allungano e si verifica una rotazione interna dei femori che porta allo spostamento delle rotule. Durante le attività

sportive, le giovani donne sono soggette a lesioni alle ginocchia e alle caviglie che possono essere attribuite alla debolezza dei legamenti provocata dalle influenze ormonali del ciclo mestruale. Alcune di queste lesioni possono influenzare l'andatura e contribuire al dolore pelvico strutturale.

La costante rotazione interna dei femori può influenzare la funzione del diaframma pelvico, facendo correre alle donne il rischio di soffrire di incontinenza da stress nel futuro.

La gravidanza (*figura 1*) o l'aumento di peso possono incrementare questo rischio. Nella donna sana, le rotule sono localizzate in corrispondenza del secondo dito del piede per un giusto equilibrio nella posizione eretta. In molte donne, a causa della deviazione laterale di una rotula, la mobilità della caviglia diminuisce, e l'arco del piede può appiattirsi. I cambiamenti strutturali delle estremità inferiori possono essere davvero notevoli in gravidanza ; di conseguenza, l'andatura scorretta può influenzare il dolore delle ossa pelviche a causa della tensione gravitazionale.

Le donne hanno per natura i legamenti più lassi degli uomini: dunque, è per loro necessario sviluppare la forza muscolare per mantenere stabili le articolazioni. Muscoli più tonici stabilizzano le articolazioni, riducendo le lesioni e aumentando la facilità di movimento. Sebbene la lassità legamentosa sia buona cosa in gravidanza (per facilitare il parto naturale vaginale), una lassità persistente può contribuire al prolasso di un organo e alla congestione venosa nella donna non incinta. Il sacro è sospeso tra gli ilei dai legamenti. Le cadute sulle natiche o sulla pelvi possono limitare la mobilità sacrale e portare al dolore pelvico, attraverso la tensione dei legamenti sull'utero o sul pavimento pelvico. Se la condizione non viene trattata, può insorgere dispareunia.

La parte inferiore del corpo ha più muscoli di quella superiore. Uno scarso tono muscolare può aumentare la lordosi lombare ed esagerare l'inclinazione anteriore pelvica, con il risultato che i visceri contenuti nella cavità pelvica si ammassano. Anche la gravidanza può aggravare la lordosi lombare. La cifosi toracica può inoltre aumentare a causa dell'ingrossamento del seno. Se le tensioni dei muscoli e dei legamenti non vengono trattate dopo il parto, la postura sbagliata che deriva da questi cambiamenti può contribuire all'insorgenza del dolore pelvico.

L'equilibrio ormonale favorisce l'instaurarsi della gravidanza, riduce la sindrome premestruale e aiuta la salute delle ossa. Gli estrogeni rafforzano le ossa, ma non aumentano la massa o la forza muscolari. L'allenamento interagisce sinergicamente per stabilizzare le ossa durante gli anni della pre-menopausa e successivamente. Dopo la menopausa, con la ridotta produzione di estrogeni, la debolezza del pavimento pelvico predispone all'incontinenza urinaria. La secchezza e l'atrofia

vaginali provocano dispareunia e incontinenza durante gli anni post-menopausa. I cambiamenti anomali della curvatura vertebrale (per es., la lordosi lombare o una pronunciata cifosi toracica) possono costituire un fattore di rischio clinicamente importante nello sviluppo del prolasso degli organi pelvici.

Gli organi pelvici sono collegati funzionalmente attraverso comuni e condivisi percorsi nervosi, non soltanto dalla vicinanza anatomica. I sintomi intestinali e vescicali spesso accompagnano quelli ginecologici, come nel caso di dispareunia, dismenorrea, vulvodinia, cistite interstiziale e colon irritabile. Le disfunzioni intestinali o vescicali possono non rappresentare una malattia dell'organo bersaglio, ma una sindrome da dolore viscerale con sovraregolazione neuropatica che dà luogo al rilascio di sostanza P che aggrava l'infiammazione e l'iperestesia. Il danneggiamento del plesso nervoso ipogastrico inferiore durante il parto può dare luogo a cambiamenti legati alla reinnervazione che produrranno dolore viscerale dopo alcuni anni. Quinn ha riscontrato fenomeni di rigenerazione nervosa collaterale e caotica distribuzione di fibre nervose dopo l'uso di speciali colorazioni su campioni pelvici ottenuti da interventi chirurgici ginecologici.

Altre cause di lesione al plesso ipogastrico inferiore, come interventi ginecologici in laparoscopia, tagli cesarei, infezioni pelviche o traumi da incidenti stradali, possono alla fine causare dolore pelvico cronico. L'isterectomia può essere prescritta come trattamento chirurgico contro il dolore pelvico cronico quando la rigenerazione nervosa anomala in seguito a un precedente trauma è limitata all'utero.

Il trattamento manipolativo osteopatico (OMT) diretto a stabilizzare il cingolo pelvico o le strutture in esso contenute (figura 2), oppure tutto l'insieme, può prevenire sindromi dolorose future, incluso il dolore pelvico cronico. La sezione "Gestione" comprende esempi di tecniche che favoriscono la stabilità pelvica.



Figura 2. Il trattamento manipolativo osteopatico può aiutare a prevenire il futuro dolore pelvico cronico nelle donne stabilizzando il cingolo pelvico o le strutture in esso contenute.

Problemi psicosociali

Le donne affette da dolore pelvico cronico spesso presentano alterazioni psicologiche e una storia di vita che comprende sia uno solo sia una serie dei seguenti fattori: abuso sessuale, problemi familiari, divorzio o un precedente di violenza. Il disagio sessuale può essere causato dal dolore cronico o dagli effetti collaterali dei farmaci (per es., narcotici, antidepressivi triciclici o TCAs, antipsicotici) usati per curare il dolore. Il dolore artritico o la disfunzione somatica possono inibire il desiderio di partecipare al coito; oppure i livelli alterati degli ormoni e il cambiamento della libido possono contribuire a diminuire il piacere sessuale. I farmaci usati per curare una donna dall'ansia, la depressione e il dolore conseguenti ai traumi di cui si è parlato possono provocare alterazioni del desiderio sessuale (barbiturici, farmaci anti-colesterolo, β -bloccanti); stanchezza, secchezza vaginale (antistaminici); livello di attenzione alterato (anticolinergici, antipertensivi, benzodiazepine); o sindrome da anorgasmia (droghe anoressizzanti, pillole dimagranti, TCAs, anfetamine). Sebbene la cronicità del dolore pelvico rappresenti il punto focale nell'area ginecologica, alcune donne manifestano altri segni fisici di disagio. Debolezza muscolare, spasmi e dolore causati dall'alterazione della contrazione e del rilassamento muscolari portano le donne a lamentare stanchezza, dolore lombare, dolore facciale, bruxismo, mal di testa, fibromialgia o una combinazione di questi disturbi.

Dato che molte donne tendono a interiorizzare lo stress, la ripetuta alternanza di tensione e rilassamento muscolari possono causare l'intrappolamento dei nervi o l'alterazione della circolazione nei muscoli o in altre strutture del corpo. I cambiamenti di peso sono altri fattori che modificano la postura e l'andatura, e che sono all'origine di disturbi somatici.

Gestione del dolore pelvico cronico nelle pazienti donne

La gestione del dolore pelvico cronico nelle pazienti donne può comportare un approccio multidisciplinare. La stabilizzazione delle curve vertebrali anteriori e posteriori attraverso l'esercizio o il trattamento osteopatico manipolativo che utilizza le tecniche di energia muscolare, la tensione equilibrata dei legamenti e il rilascio miofasciale, aiuta i muscoli a mantenere la colonna diritta e sufficientemente flessibile per supportare una buona postura.

Alcune donne hanno già tentato una soluzione chirurgica o medica; altre presentano un dolore difficile da gestire perché la loro percezione di questo disagio comporta eccessive reazioni avverse indotte dal farmaco, rendendo complicata la farmacoterapia.

Le donne con sintomi multipli possono richiedere farmaci multipli, instaurando una politerapia che rende difficile distinguere un sintomo riferito dalla paziente dalla reazione avversa di uno dei tanti farmaci.

Commento

I medici osteopati, grazie alla loro esperienza e alla loro filosofia, sono ben preparati a partecipare alla gestione del dolore pelvico cronico nelle donne affrontando gli aspetti emotivi, psicologici e strutturali di questo complesso fenomeno. Attraverso la loro conoscenza dell'anatomia e fisiologia femminili, essi possono identificare i fattori biomeccanici e la disfunzione somatica che contribuiscono al dolore pelvico cronico. Questi medici possono utilizzare il trattamento manipolativo osteopatico, che cerca di normalizzare struttura e funzione, per affrontare il dolore pelvico cronico.

Nella presentazione del caso, Pam è la paziente donna tipo che soffre di un dolore da lungo tempo a causa di problemi ginecologici, complicazioni psicologiche e sfide strutturali. Considerare tutta la storia, l'esame fisico e ginecologico, insieme alla revisione medica possono essere processi esaurienti. Concludendo, è necessario conoscere l'intera "storia" e valutare tutto il "quadro" da parte dell'operatore per sviluppare un piano completo di cura che tratti la paziente nel complesso, non solo i suoi sintomi.



Figura 3. La depressione insieme alla mancanza di sonno e al dolore possono indurre nella donna con dolore pelvico cronico il rischio di serie lesioni.