

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di medicina e chirurgia

Dipartimento di medicina

Corso di laurea in infermieristica

TESI DI LAUREA

**INDAGINE SUL DOLORE PELVICO DELLA DONNA TRA
GLI OPERATORI DEI SERVIZI SANITARI**

Relatore: Dott. Rinaldo Maurizio

Laureando: Chessa Emma

Matricola: 2023064

ANNO ACCADEMICO 2022-2023

ABSTRACT

Introduzione: Il dolore è una sensazione soggettiva e sgradevole, il cui mancato trattamento può portare a significative conseguenze psicologiche, fisiche e sociali. Purtroppo, il dolore nelle donne è spesso minimizzato e sottovalutato, poiché si presume che le donne siano più abituate a sopportare il dolore in relazione al dolore del parto e del ciclo mestruale.

Questa sottovalutazione ha portato a ritardi nella diagnosi di patologie anche rilevanti come l'endometriosi, con conseguente peggioramento della qualità della vita delle donne stesse. In Letteratura è descritto un *gap di genere* tra l'uomo e la donna nella valutazione e terapia del dolore.

Obiettivo: Lo scopo di questo lavoro è analizzare l'attenzione dedicata al dolore pelvico, esaminando se gli Operatori sanitari prestino la dovuta attenzione a questo problema o se lo sottovalutino.

Materiali e metodi: durante il periodo di osservazione stabilito, che va dal 01/07/2023 al 31/10/2023, è stato somministrato un questionario anonimo ad Infermieri e Medici dei reparti di ginecologia-ostetricia dei presidi ospedalieri dell'Ulss 6 Euganea in particolar modo presso le U.O degli ospedali di Cittadella, Piove di Sacco e Monselice.

Conclusioni: La somministrazione del questionario ha messo in evidenza quanto sia importante continuare a pensare la pratica sanitaria nella logica della *medicina di precisione* vicina alle problematiche di ogni singola persona.

Keywords: Chronic Pelvic Pain, menstrual cycle, dysmenorrhea, vulvodynia, endometriosis, interstitial cystitis, recurrent cystitis.

Parole chiave: Dolore pelvico cronico, ciclo mestruale, dismenorrea, vulvodinia, endometriosi, cistite interstiziale, cistite ricorrente.

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA.....	5
1.1 Dolore pelvico cronico.....	5
1.2 Fisiologia dello stimolo doloroso.....	6
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI	9
2.1 Caratteristiche del dolore pelvico.....	9
<i>2.1.1 Mestruazioni e dolore mestruale.....</i>	<i>9</i>
<i>2.1.2 Endometriosi.....</i>	<i>12</i>
<i>2.1.3 Vulvodinia.....</i>	<i>15</i>
<i>2.1.4 Cistite ricorrente.....</i>	<i>19</i>
<i>2.1.5 Cistite interstiziale.....</i>	<i>21</i>
2.2 Obiettivo dell'elaborato.....	22
2.3 Metodologia utilizzata.....	23
CAPITOLO 3: RISULTATI.....	25
3.1 Sintesi dei risultati.....	25
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE.....	31
4.1 Implicazioni per la pratica infermieristica.....	31
4.2 Conclusioni.....	31
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	33

ALLEGATI

INTRODUZIONE

La scelta di svolgere la tesi di laurea nell'ambito ginecologico si deve all'incontro con questa realtà avvenuto durante il primo e secondo anno di corso, rispettivamente in reparto, durante l'orario di tirocinio clinico e con la frequenza al corso "Seminario di Ginecologia-Ostetricia".

Quest'ultima esperienza mi ha dato la possibilità di entrare in contatto con le problematiche ginecologiche, in particolare mi ha dato la possibilità di conoscere personalmente un ambito che seppur può sembrare limitato al lato clinico-diagnostico, nella realtà ha ampie implicazioni per la salute della donna.

Il dolore rappresenta un'esperienza sgradevole e soggettiva e, tra i sintomi, è quello che tende a minare maggiormente la qualità di vita. Una gestione errata porta a conseguenze fisiche, psicologiche e relazionali molto importanti.

Nel genere femminile è un malessere che spesso viene sotto-trattato e sottostimato, nonostante il sollievo del dolore sia un diritto inalienabile del malato.

La medicina sta comprendendo sempre più come il genere femminile sia differente da quello maschile a partire da alcune caratteristiche biologiche che portano ad avere risposte differenti relative all'incidenza di malattia, ai sintomi e anche alle risposte farmacologiche. Spesso viene sottovalutato a causa di un problema culturale che vede i valori maschili maggiormente considerati rispetto a quelli femminili (Boylan et al., 2022). Attualmente si è sviluppato il concetto di **Medicina di Genere** inteso come **Medicina di precisione** (Carè et al., 2021).

Il dolore cronico è un importante fattore di malattia che può portare ad emarginazione sociale e il suo insufficiente trattamento espone il rischio di una cronicizzazione, depressione ed anche a disturbi del sonno con compromissione talvolta sia della vita sociale che lavorativa causando un peggioramento significativo della qualità della vita stessa. Tali aspetti presentano caratteristiche differenti tra i generi e le singole persone.

Tuttavia, sono presenti malattie che portano a provare intenso dolore, come ad esempio l'endometriosi prettamente di carattere femminile e che vengono sottovalutate, poco considerate e di conseguenza trattate a volte in modo inadeguato.

Molte donne e molti operatori sono indotti a pensare che non ci si debba lamentare perché spesso il dolore è *normale* (mestruazioni, parto...) e fa parte dell'essere donna; tale atteggiamento porta a trascurare i propri disturbi perché liquidati come dei semplici

problemi femminili e porta alla sopportazione del dolore piuttosto che ad una completa valutazione clinica.

La conseguenza è che non sempre la paziente chieda aiuto; molto spesso la sintomatologia è varia e può essere frequentemente associata ad altri disturbi, infatti, questo è uno dei problemi che porta al ritardo della diagnosi.

Le motivazioni che hanno guidato lo sviluppo e l'analisi della mia tesi si riferiscono alla conoscenza di molte sindromi dolorose a rischio di cronicizzazione e alla scarsa valutazione che potrebbe avere il dolore femminile. Sebbene la Ginecologia non sia sinonimo di medicina di genere (Baggio et al., 2013)¹, pure presenta molte problematiche legate alle differenze sesso-specifiche e di genere.

Molto spesso accade che venga data più attenzione al lato clinico-strumentale piuttosto che alla comprensione di ciò che realmente prova la donna e alla sua qualità di vita.

Pertanto, la mia ricerca si prefigge di mettere in evidenza il livello di attenzione presente rispetto al dolore pelvico cercando di cogliere se da parte degli operatori sanitari vi sia un'adeguata attenzione.

Il dolore addomino-pelvico è una patologia multifattoriale potendo originare da varie strutture (intestino; vescica; apparato genitale interno...) e multidisciplinare: compito dell'infermiere è aiutare la donna ad esprimere le caratteristiche di questi sintomi non sempre specifici in quanto si tratta di un dolore di tipo viscerale e con una componente emozionale rilevante (Plaghki et al., 2018) (Fig.1).

¹ La *Sindrome del Bikini* è stata descritta come un'attenzione esclusiva ai problemi ginecologici e riproduttivi nella donna (Baggio G.)

CAPITOLO 1: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

Nel seguente capitolo verranno riportate inizialmente, alcune nozioni sul dolore pelvico cronico (Chronic Pelvic Pain) al fine di comprendere al meglio come si caratterizza tale disturbo. Successivamente, verrà descritto il meccanismo fisiologico che porta l'essere umano a percepire dolore.

1.1 Dolore pelvico cronico

Il dolore pelvico può essere acuto o cronico. Il dolore pelvico cronico è definito come un *dolore ciclico o non ciclico, di durata superiore a sei mesi, che si localizza alla pelvi anatomica, sufficientemente grave da causare disabilità funzionale che richiede trattamento medico o chirurgico* (Graziottin, 2017). Interessa circa il 10% delle donne che richiedono una visita medica ed è l'indicazione principale per il 40% delle laparoscopie e il 10-15% delle isteroannessiectomie. La comorbilità del dolore (urologico, ginecologico, sessuale, colon-proctologico, osteo-muscolare) che contribuisce al dolore pelvico cronico, insieme al riconoscimento di fattori eziologici comuni, è di grande importanza nella pratica clinica per sviluppare un trattamento efficace, che sia multifattoriale e multimodale.

Come indicato nella Fig.1 il dolore è molto spesso un fenomeno complesso neuro-percettivo rappresentando una delle basi biologiche più importanti e a volte trascurate che comporta la frequente associazione con la sensazione di essere ammalati e al maggior rischio di depressione (Graziottin, 2017).

Il dolore pelvico cronico può avere diverse cause, tra cui:

1. La **sindrome dell'intestino irritabile** (IBS)
2. L'**endometriosi**
3. La **sindrome della vescica dolorosa** (cistiti ricorrenti; sindrome da congestione pelvica; cistite interstiziale) e la **vulvodinia**.
4. I **dolori fibromuscolari** (artrosi; sindromi reumatiche e soprattutto la fibromialgia).

Tuttavia, l'infiammazione e il dolore sono trattabili, ma è fondamentale effettuare una diagnosi accurata e tempestiva per prevenire complicanze legate alla persistenza dei

sintomi personalizzando il trattamento, affrontando i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento del dolore.

Inoltre, è fondamentale attuare un rapporto empatico di cura ai fini di garantire l'adesione al programma terapeutico e farmacologico (Graziottin, 2017).

1.2 Fisiologia dello stimolo doloroso

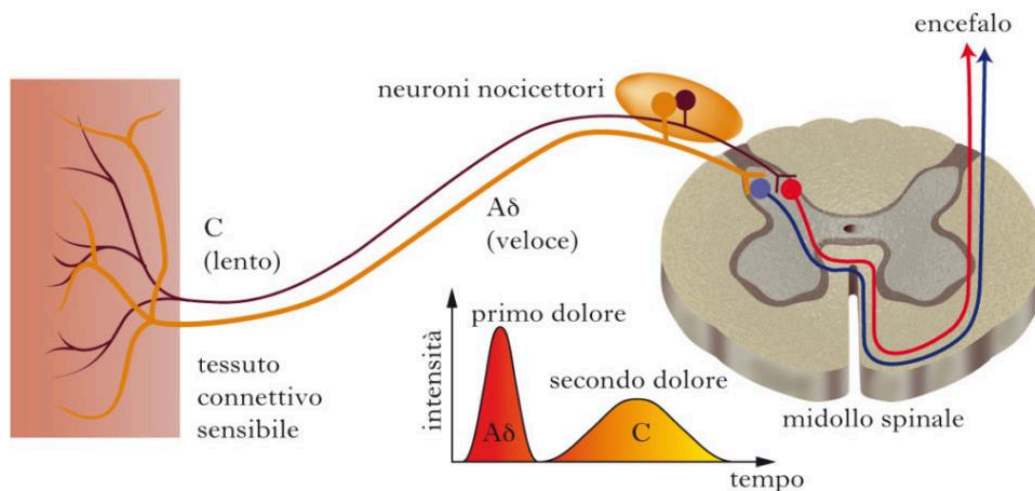


Fig.1: *Le vie del dolore*

Ciò che è rilevante per quest'elaborato sono le fibre nervose che interessano maggiormente la trasmissione dello stimolo doloroso, ovvero: le fibre Aδ mieliniche, le fibre C amieliniche e il "gate control". Il dolore viscerale è trasmesso principalmente attraverso i sistemi simpatico e parasimpatico.

Le prime due fibre originano dal recettore periferico che si trova sulla cute, fino ad arrivare al midollo spinale. Le fibre Aδ veicolano il "primo dolore" (ad esempio quando ci si scotta), un dolore a conduzione molto rapida che attiva risposte immediate di evitamento. Successivamente a questa sensazione dolorosa, ne segue subito un'altra definita come *secondo dolore* e veicolato dalle fibre C amieliniche, un dolore molto più lento e mal localizzato che fanno percepire una sensazione di dolore diffuso (Ministero della salute, 2010).

Il *gate control* invece è una teoria secondo la quale il cosiddetto “gate” ha la capacità di ridurre la percezione del dolore; infatti, questo sistema si trova a livello del midollo spinale e molto vicino ai fasci nervosi (di tipo C). Tutte le fibre nervose, quindi, sono connesse attraverso questo “cancello”, zona che se stimolata in modo adeguato, può ridurre l’intensità del dolore che viene percepito. Per far in modo che si verifichi tutto ciò, è necessario che le fibre C e le fibre A δ comunichino con gli interneuroni, i quali successivamente trasmetteranno l’informazione al neurone midollare.

Gli interneuroni, rilasciando oppioidi endogeni, diminuiscono l’intensità del segnale e di conseguenza riducono la percezione del dolore (Fig. 1) (Wipradio.it).

Un aspetto importante relativo alla percezione del dolore è anche la risposta muscolare. Questa è ad esempio significativa nello sviluppo di una risposta eccessiva (**ipertono muscolare**). L’ipertono vulvare comporta una maggiore tensione dei muscoli che compongono il pavimento pelvico.

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Caratteristiche del dolore pelvico

2.1.1 Mestruazioni e dolore mestruale

Il menarca cioè la comparsa del primo ciclo mestruale, segna l'inizio dell'età fertile e lo sviluppo di un'identità femminile di genere e di un nuovo, significativo equilibrio sessuale.

Con l'arrivo del menarca e dei primi cicli mestruali, emergono sintomi legati alla mestruazione: dolore ricorrente, più o meno rilevante e cambiamenti psico-emotivi (appunto, la mestruazione rappresenta un *indicatore di genere femminile*).

Nei primi anni del ciclo mestruale, circa il 60% delle ragazze presenta irregolarità del flusso mestruale, che tende a regolarizzarsi di norma al secondo/terzo anno dopo il menarca quando elevata è la frequenza dei cicli ovulatori (Fig.2) (Pall; Taylor; Sell, 2019). Un'ulteriore fase di irregolarità del ciclo caratterizza gli anni della transizione menopausale (*premenopausa*).

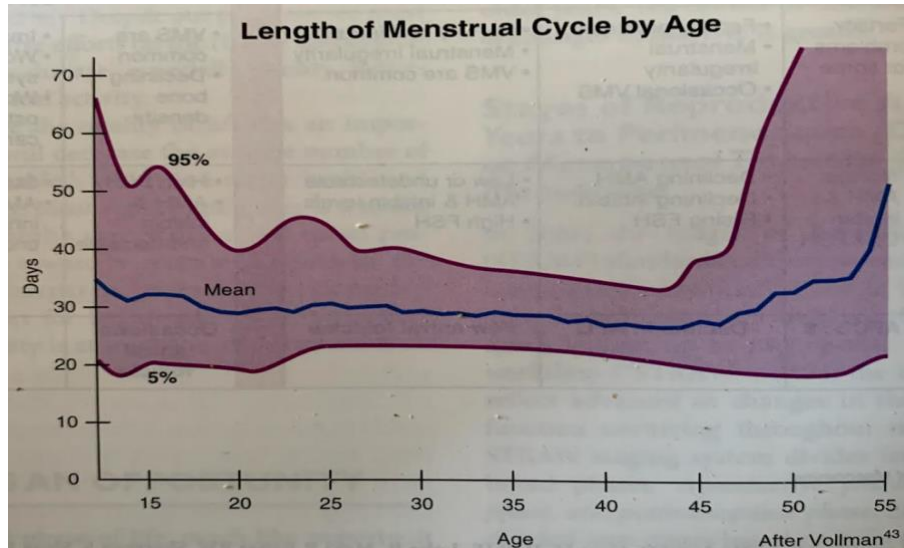


Fig. 2: Durata del ciclo mestruale alle varie età della donna

Il dolore mestruale o dismenorrea, è un problema molto comune. La dismenorrea può essere primitiva o secondaria ad altre patologie pelviche. La dismenorrea se grave, influenza la qualità della vita, interferendo con le attività quotidiane e molto spesso, porta

oltre alla sofferenza soggettiva, alla diminuzione della performance sociali (scuola; lavoro) e relazionali (Roger et al., 2023).

Come detto precedentemente, la dismenorrea può comparire fin dai primi cicli mestruali o più tardi nel corso dell'età fertile.

In particolar modo la dismenorrea primitiva è definita come dolore a tipo di colica che si verifica nella regione sovrapubica, con irradiazione alla zona lombare e alle cosce, prima o durante le mestruazioni in assenza di una specifica condizione pelvica.

Il dolore si manifesta soprattutto durante i cicli ovulatori, è più intenso nel primo e secondo giorno a causa di un massivo rilascio di prostaglandine, che comporta una ipercontrattilità del miometrio, con conseguente ipossia e ischemia uterina responsabili del dolore (In: Speroff's..., 2019).

Per comprendere il motivo per il quale spesso si avverte dolore durante il flusso mestruale, è bene porre attenzione alle prostaglandine² in quanto maggiore è la loro produzione, maggiore sarà la gravità del dolore e dei sintomi associati.

Nei cicli ovulatori la liberazione di prostaglandine avviene in modo rapido e massivo alla fine della fase secretiva dell'endometrio.

La dismenorrea è caratterizzata da un aumento un aumento delle contrazioni uterine; Infatti, se il tono a riposo del miometrio è di circa 10 mmHg, durante la mestruazione si può arrivare ad una pressione intrauterina di 120 mmHg. Queste variazioni portano ad una scarsa perfusione uterina con ipossia, ischemia, distacco della mucosa deciduale che portano alla percezione del dolore.

In caso di flusso ostruito (Utero retroversoflesso; esiti aderenziali da infezione pelvica; anomalie uterine) la pressione endouterina può raggiungere 200 mmHg.

Il dolore è di tipo viscerale, irradiato, non somatico.

² Le prostaglandine sono una classe di sostanze a 20 atomi di carbonio (eicosanoidi) che esercitano potenti effetti di regolazione, ad esempio del tono vascolare, dell'adesività piastrinica, ecc, che agiscono prevalentemente a livello locale con una breve durata d'azione.

Esistono tre tipi principali di trattamento per la dismenorrea primitiva: farmacologico, non farmacologico e assai raramente chirurgico.

1. **Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS):** Questi sono il trattamento principale, poiché riducono la produzione di prostaglandine. Il loro utilizzo deve avvenire preferibilmente all'insorgere dei primi sintomi, talora in previsione di essi poiché agiscono come inibitori della sintesi prostaglandinica.
2. **Contraccettivi orali combinati:** La pillola estro-progestinica agisce sopprimendo l'ovulazione e la crescita dell'endometrio, riducendo il volume mestruale e la secrezione di prostaglandine. Alcune donne continuano a percepire dolore anche durante l'utilizzo dei contraccettivi ormonali. Ciò può dipendere dalla coesistenza di cause secondarie della dismenorrea ma a volte dipende da una maggiore sensibilità soggettiva al dolore e comunque anche nei cicli non ovulatori indotti dalla pillola persiste un certo livello di stress infiammatorio ciclico legato alla fase di sospensione ormonale (Graziottin, 2017). In quest'ultimo caso l'utilizzo continuativo della pillola estroprogestinica oppure delle pillole solo progestiniche può ridurre o eliminare la frequenza dei cicli mestruali.
3. **Dispositivi intrauterini:** Sono in commercio due tipi di IUD; uno che libera a livello endometriale Rame, l'altro libera un Progestinico: Il secondo tipo si associa più frequentemente a una significativa riduzione del flusso e a volte causa amenorrea. Al contrario i dispositivi non ormonali possono peggiorare la sintomatologia poiché aumentano spesso l'entità del flusso e la liberazione locale di prostaglandine.
4. **Applicazione di calore:** Questo trattamento non farmacologico, considerato efficace nella Letteratura medica prevede l'applicazione diretta di calore nella regione sovrapubica ed è economico (Smith; Kaunitz, 2023).
5. **Ablazione laparoscopica del nervo uterosacrale:** Questo è un trattamento chirurgico utilizzato solo in casi gravi e resistenti alle cure, ma è poco raccomandato a causa della scarsa evidenza scientifica (Guimarães et al., 2020).

Una sindrome dolorosa mestruale è l'emicrania catameniale. Ne esistono in realtà tre tipi indipendentemente dalla presenza o assenza di aura, in relazione al momento in cui compare la cefalea in risposta alla variazione dei livelli di estrogeni. Un primo tipo è l'emicrania mestruale, la più comune. L'emicrania

correlata alla mestruazione e l'emicrania non mestruale. Siccome l'emicrania può essere scatenata da variazioni dei livelli estrogenici essa è tre volte più comune nella donna che nell'uomo (O'Neal, 2023).

Questa sindrome dolorosa mestruale ciclica può essere presente anche nei flussi indotti dagli estroprogestinici. In questi casi l'uso continuativo del contraccettivo orale oppure delle pillole solo progestiniche può ridurre o eliminare la frequenza dei cicli mestruali e le oscillazioni dei livelli estrogenici. L'emicrania con aura rappresenta una controindicazione assoluta agli estro-progestinici ma non alle pillole progestiniche (CDC, 2016).

2.1.2 Endometriosi

L'endometriosi è una condizione caratterizzata dalla presenza di ghiandole funzionali di tipo endometriale e di stroma al di fuori della cavità uterina. Le sedi più frequenti sono: le ovaie, la fossetta ovarica, i legamenti uterosacrali, lo scavo del Douglas, la plica vescico-uterina. Tuttavia, l'endometriosi può localizzarsi in molte sedi come, ad esempio, cicatrici laparotomiche e addirittura tessuti extra-addominali.

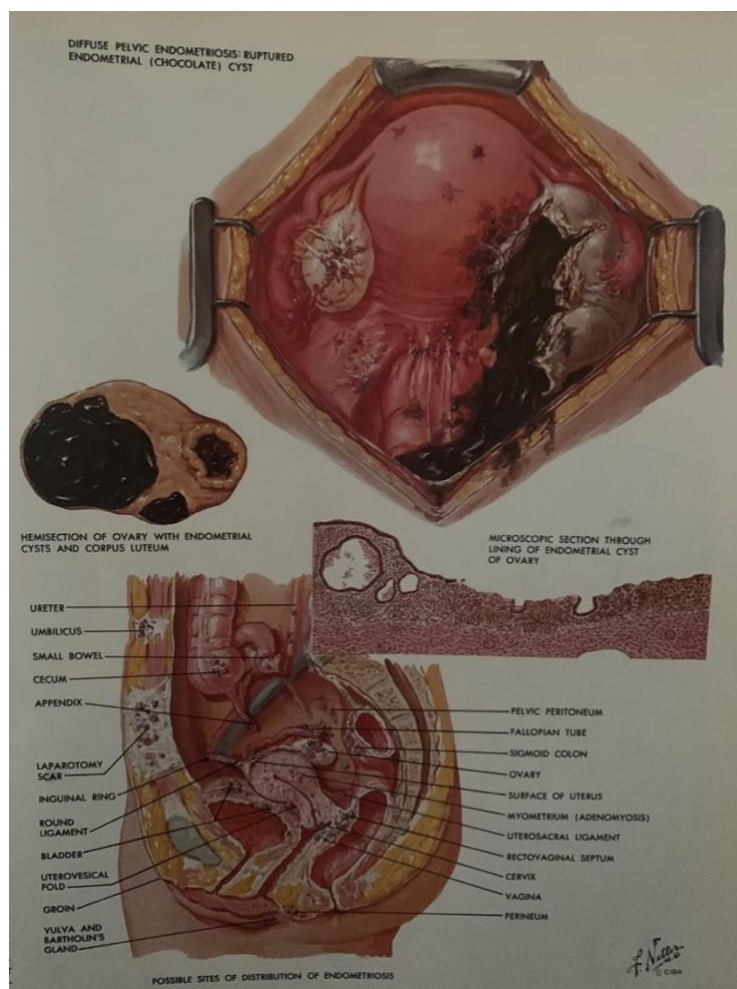


Fig.2: Localizzazione degli impianti endometriosisi (*Atlante Netter; Ciba ed.*)

L'endometriosi si manifesta nelle donne in età fertile, tende a regredire dopo la menopausa o dopo l'intervento chirurgico di ovariectomia bilaterale. La gravidanza rappresenta un potenziale fattore protettivo e durante la gestazione può verificarsi una regressione della malattia. Pertanto, l'endometriosi è da considerare una patologia ormone-dipendente.

La fisiopatologia dell'endometriosi non è ancora del tutto nota, ma il meccanismo attualmente accettato riguarda la possibilità di impianto di cellule endometriali attraverso il meccanismo della *mestruazione retrograda* (Mehedintu et al., 2014).

Altri meccanismi ipotizzati riguardano la metaplasia cellulare e il trasferimento tramite il sistema linfatico, vascolare (localizzazione a distanza) e diretto (cicatrici chirurgiche).

La mestruazione retrograda, che si osserva nella maggior parte delle donne, consente al flusso mestruale di trasportare frammenti endometriali vitali attraverso le tube di Falloppio nella cavità peritoneale. Questa ipotesi è confermata dalla distribuzione anatomica delle lesioni endometrioidiche, infatti, esse tendono a disporsi in modo simmetrico e nelle porzioni declivi dell'addome per effetto della gravità.

È evidente però che la teoria della mestruazione retrograda, non spiega completamente il meccanismo di impianto del tessuto endometriale sul peritoneo pertanto è possibile che siano presenti altri fattori come l'infiammazione, gli ormoni, i fattori genetici, epigenetici ed ambientali (interferenti endocrini).

L'endometriosi è difficile da diagnosticare, e uno dei principali motivi è sicuramente la difficoltà da parte degli operatori di valutare con attenzione i sintomi della malattia e la loro evoluzione nel tempo. La sintomatologia dolorosa e alcune conseguenze dell'endometriosi, non si correlano direttamente con l'estensione della malattia stessa e pertanto un esame obiettivo e soprattutto la non elevata attenzione al problema possono portare ad un significativo ritardo nella diagnosi. L'eterogeneità della malattia, la sua possibilità di essere asintomatica e l'eventuale coesistenza di altre condizioni possono complicare ulteriormente la diagnosi. L'adenomiosi è una forma di localizzazione atipica dell'endometrio nell'ambito della parete miometriale. Si associa a dolore mestruale secondario e a flussi mestruali molto abbondanti.

I sintomi tipici dell'endometriosi sono: dolore mestruale (*algomenorrea* a volte più intensa man mano che continua il flusso mestruale); dolore sessuale (dispareunia profonda) disturbi dell'alvo (diarrea, colon irritabile, disturbi minzionali). Soprattutto nelle giovani donne, molti sintomi potrebbero essere trascurati in quanto il sintomo cardine è il dolore mestruale che può confondersi con la dismenorrea primitiva.

Un criterio differenziale è che la dismenorrea primitiva tende a manifestarsi nei primi giorni del ciclo mentre nell'endometriosi il dolore tende ad aumentare nel secondo/ terzo giorno e a volte peggiora nel tempo (dismenorrea secondaria).

Quotidianamente, i professionisti della salute affrontano la sfida di distinguere se il dolore sperimentato da una paziente sia effettivamente causato dall'endometriosi o se sia

associato ad altre condizioni legate al dolore cronico, alla depressione o ad esperienze di abuso sessuale (Chapron et al., 2019).

Per la diagnosi il primo passo da compiere è quindi stabilire un rapporto empatico con la paziente cercando di comprendere la sua storia clinica soffermandosi sui sintomi, età di loro comparsa, storia ostetrica (l'endometriosi risulta prevalente nel gruppo di donne con difficoltà ad avere una gravidanza (Pall; Tylor; Sell, 2019)), sintomi correlati, ecc..

Successivamente l'approccio di imaging più utilizzato è l'ecografia transvaginale grazie alla possibilità di essere eseguita anche durante la visita che per l'appunto può essere *eco-guidata*. Può essere possibile confermare i segni rilevati all'esplorazione bimanuale della pelvi. I rilievi principali riguardano la possibilità di rilevare tumefazioni annessiali (endometriomi: formazioni cistiche a contenuto *ground-glass*, a vetro smerigliato) punti trigger di dolore; fissità degli organi pelvici (*sliding sign* : libertà di scivolamento delle strutture pelviche alla pressione della sonda); in mani esperte: localizzazioni endometriotiche di piccole dimensioni e profonde.

L'ecografia non è molto sensibile ma rappresenta il mezzo più utile nell'approccio al problema. Ulteriori informazioni possono provenire dalla risonanza magnetica. (Bazot et al., 2017).

La diagnosi definitiva di endometriosi si basa in tutti i casi sulla visualizzazione diretta degli elementi tipici e quindi è possibile con la chirurgia laparoscopica. Tuttavia, il ricorso alla chirurgia pelvica non è necessario in molti casi.

L'approccio terapeutico si basa sul controllo della sintomatologia, sulla prevenzione dell'evoluzione e sull'eventuale potenziamento della fertilità e si può basare sull'utilizzo di farmaci che riducano l'attività ormono-dipendente degli impianti endometriotici (soprattutto progestinici ed estro-progestinici) sugli antidolorifici e un ruolo significativo è quello chirurgico laparoscopico.

2.1.3 Vulvodinia

Secondo la *Society for the Study of Vulvovaginale Disease* (www.issvd.org), la vulvodinia è un dolore vulvare della durata di almeno tre mesi senza una specifica causa, che può avere un elevato numero di fattori potenzialmente associati.

Per comprendere in modo ottimale questa condizione, è importante conoscere l'anatomia della vulva e del vestibolo vulvare: la regione perineale rappresenta i genitali esterni femminili e comprende diverse strutture come il mons pubis, le grandi e piccole labbra, il prepuzio clitorideo, il clitoride, il vestibolo e la regione perineale (Fig. 2.1).

È innervata da tre nervi principali, tra i quali si trovano i rami labiali anteriori del nervo ilioinguinale, del nervo genitofemorale e del nervo pudendo. Il pavimento pelvico è composto da tre muscoli fondamentali: i muscoli superficiali che controllano la funzione sessuale, lo strato intermedio comprendente lo sfintere ureterale e il muscolo perineale profondo e trasversale ed infine i muscoli profondi, i quali compiono il ruolo di sostegno e stabilità per i visceri addominali, l'evacuazione e la funzione sessuale (Yeung, 2015).

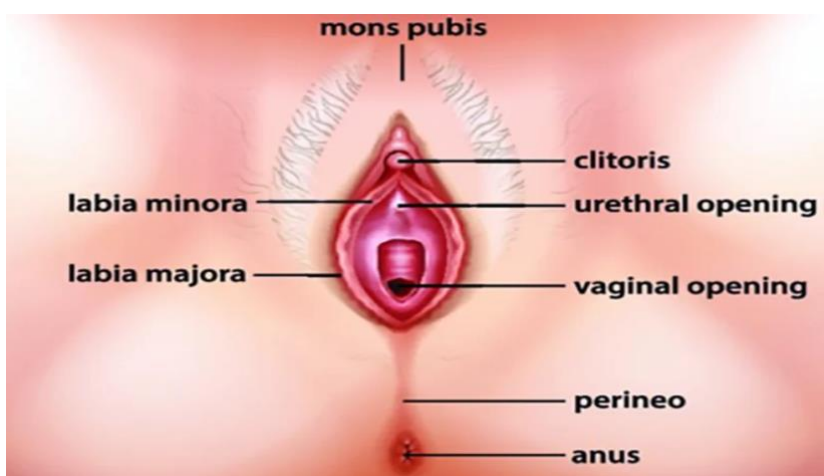


Fig. 2.1: Il Vestibolo è la parte compresa tra il clitoride, il meato uretrale, l'introito vaginale, la parete mediale delle piccole labbra e la commessura labiale posteriore.

La vulvodinia è una condizione di disfunzione sessuale che può presentarsi prima, durante e dopo un rapporto sessuale. A volte il dolore può essere indipendente da stimoli diretti e può presentarsi con esacerbazioni e remissioni periodiche.

In giovane età, il dolore è attribuito soprattutto alla *vulvodinia localizzata* caratterizzata da dolore che si verifica nel momento in cui viene stimolata la zona del vestibolo (la valutazione si esegue con lo *swab test* (Fig.2.3), test di provocazione utilizzando un cotton-fioc).

Dopo i 50 anni invece, prevale la sindrome genito-urinaria della menopausa correlata in particolar modo a cambiamenti associati alla carenza estrogenica. (Faye et al., 2023).

La *vulvodinia generalizzata* comporta un dolore urente, irritazione e fastidio in qualsiasi zona compresa tra ano e clitoride e dipende prevalentemente da stimoli dolorifici del nervo pudendo.

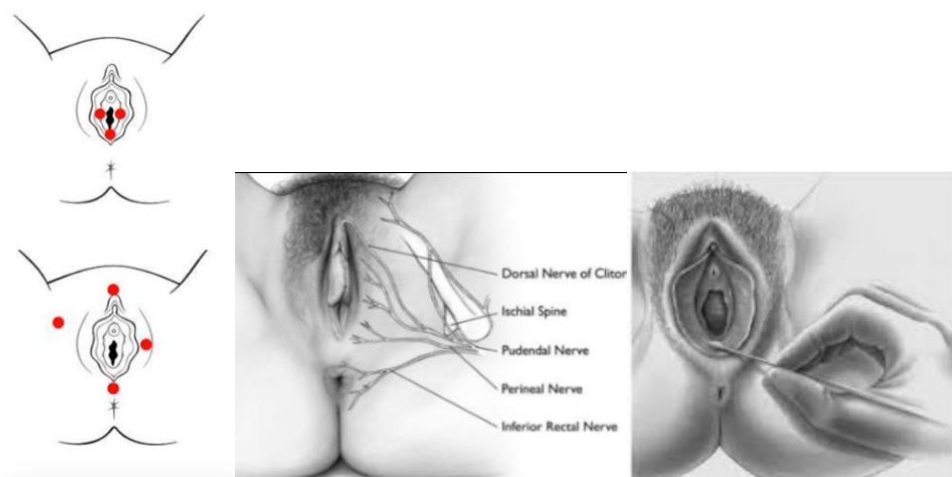


Fig. 2.3: Aree di localizzazione del dolore nella vulvodinia localizzata sopra a dx e sopra a sx generalizzata, elicetabili mediante swab test.

Il disturbo principale della vulvodinia è quindi il dolore, ma è importante notare che spesso è accompagnato da altri sintomi caratteristici, tra cui disfunzione sessuale (*dispareunia*). Questi sintomi possono avere un impatto significativo sulla vita relazionale delle donne con i loro partner (il ruolo del partner maschile e le sue risposte

psicologiche sono in realtà molto poco studiati). Può essere interessante considerare che esistono associazioni e blog che si riferiscono alla vulvodinia (www.vulvodinia.it).

Il dolore è caratterizzato da tre principali meccanismi:

1. **Allodinia**: stimoli indolori diventano improvvisamente dolorosi.
2. **Iperalgesia**: risposta più intensa ad uno stimolo doloroso
3. Dolore associato all'**infiammazione**

Allodinia e iperalgesia, includono una componente neuropatica, periferica o centrale. Le piccole fibre C amieliniche verosimilmente coinvolte in questo tipo di dolore generano a volte una sensazione di prurito che possono portare ad una sovrastima di un'infezione da Candida con conseguente trattamento inopportuno³.

Le condizioni erroneamente diagnosticate come vulvodinia sono la vulvovaginite da candida e la sintomatologia genitale della menopausa, il vaginismo e problemi psicologici. In realtà quasi nulle sono le evidenze di una causa psicologica della vulvodinia (Bergeron et al., 2020).

Il primo approccio terapeutico per la vulvodinia è la fisioterapia del pavimento pelvico con l'obiettivo di ridurre l'ipertono dei muscoli che quasi sempre coesiste nella sindrome.

Tuttavia, considerata l'eterogeneità di questa condizione, i provvedimenti terapeutici da poter attuare sono molti, tra cui: eliminazione dei fattori irritanti direttamente o attraverso la dieta, assunzione di antidepressivi triciclici (anche ad uso topico), analgesici e anticonvulsivanti in grado di modulare l'attività delle vie neurologiche del dolore, applicazione di anestetici locali ed infine molto raramente, l'intervento chirurgico riservata a pazienti specifiche (Faye et al., 2023; Graziottin., Murina, 2010).

³Circa 3 anni fa ho avuto la mia prima infezione vaginale, una banale candida.

Da lì, la situazione è degenerata velocemente.

Ho iniziato ad avere infezioni sempre più frequentemente, sempre più fastidi (prurito, bruciore, dolore vulvare o vaginale) anche senza che vi fosse realmente qualche causa a scatenare tutto, nonostante seguissi le terapie mediche perfettamente e praticassi mille accorgimenti igienici (tra cui una dieta severissima, senza dolci né lieviti). (Dal blog vulvodinia on.line (modificato)).

Un meccanismo possibile è rappresentato dall'iperattività dei mastociti locali che portano alla liberazione di sostanze che tra l'altro aumentano la densità delle sottili fibre C (Graziottin; Murina). Ma la causa della vulvodinia è in gran parte non nota (Iglesia, 2023; Støkken-Dahl, Brochmann, 2017).

Molte donne non menzionano il disturbo vulvare in quanto esiste il pregiudizio che il dolore sessuale sia in alcuni casi una componente normale oppure di cui vergognarsi o di cui non è opportuno parlare. Inoltre, come vedremo nella raccolta dei dati, esiste un possibile pregiudizio degli operatori in quanto l'area vulvare è poco valutata. Il dolore sessuale è infine uno dei sintomi cardine dell'endometriosi. Un approccio empatico potrebbe favorire l'inizio di una discussione sulla possibile diagnosi.

2.1.4 Cistite ricorrente

È definita cistite ricorrente, l'infezione urinaria che si presenta per almeno tre volte nel corso di un anno oppure due in sei mesi. Nella maggior parte delle casistiche, si tratta di reinfezioni e non di recidive. Il problema non riguarda solo il sesso femminile.

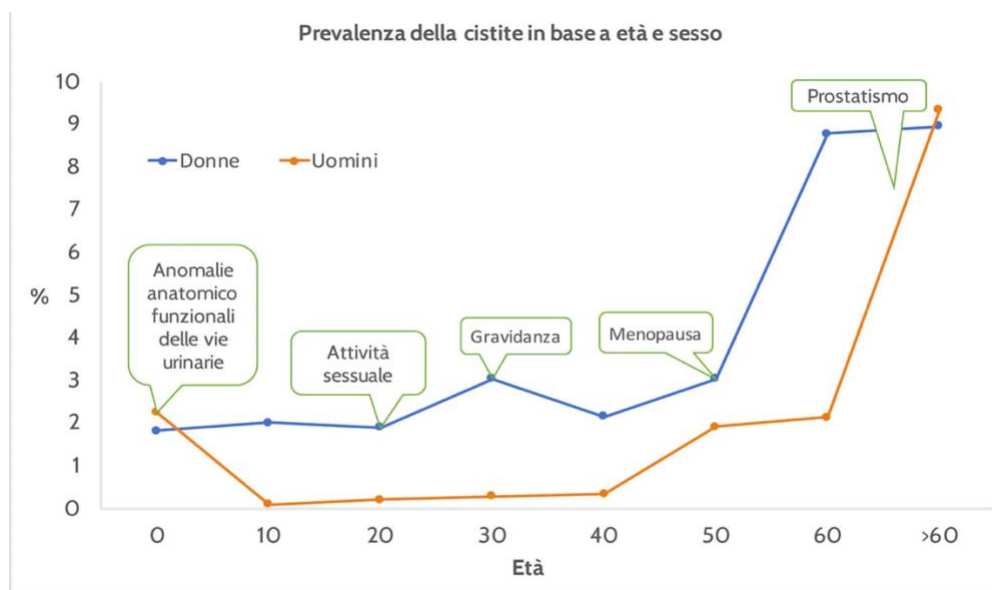


Fig 2.4: Prevalenza della cistite

Le caratteristiche epidemiologiche, i microrganismi responsabili, i criteri diagnostici e il trattamento sono molto simili a quelli della semplice cistite episodica; la principale differenza, infatti, sta nell'identificazione e nel monitoraggio delle recidive.

Sono presenti alcuni fattori di rischio ai quali una donna può essere esposta, a causa dei quali è possibile individuare con maggior probabilità il rischio di un problema ricorrente; questi includono: l'attività sessuale (circa il 60% delle recidive avviene dopo i rapporti) e all'inizio di una relazione sessuale; l'utilizzo di lavande vaginali (soprattutto a causa dell'alterazione dell'equilibrio del microbiota vaginale); l'insorgenza del primo episodio di cistite ad un'età precoce (15 anni o meno) e infine una storia familiare (materna) di infezioni delle vie urinarie (Gupta, 2023).

Ci sono altre condizioni predisponenti che possono incidere notevolmente sulla comparsa di recidive: i fattori metabolici (diabete), fattori vescicali (problemi della barriera uroteliale), fattori uretrali, la gravidanza. Un ruolo importante e attualmente intenso oggetto di ricerche è infine il ruolo del microbiota vaginale e intestinale ed alla formazione dei biofilm batterici.

La terapia della cistite acuta si basa sull'utilizzo di antibiotici sulla guida dell'antibiogramma. Tuttavia, l'utilizzo frequente di antibiotici espone al rischio di resistenza batterica, la quale rappresenta un problema di salute pubblica enormemente rilevante.

Resistenza agli antibiotici: i numeri in Europa

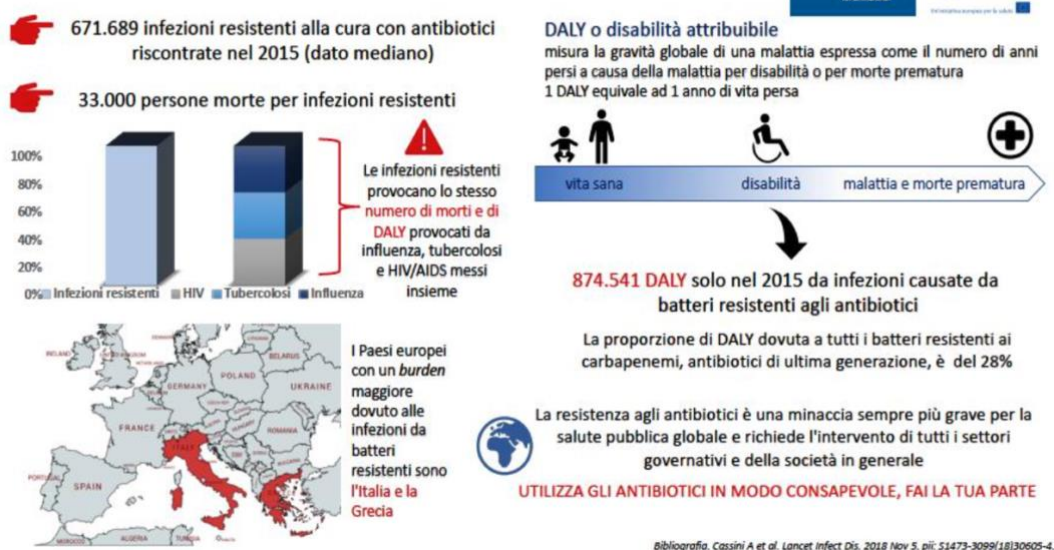


Fig. 2.5: Resistenza agli antibiotici. L'Italia risulta essere un paese ad alto rischio.

Risulta, pertanto, di notevole importanza valutare strategie di prevenzione della cistite ricorrente (Nitrofurantoina dopo i rapporti; D-mannosio; cranberry; probiotici...sebbene non esista in Letteratura una validazione di efficacia elevata tranne che per l'utilizzo della nitrofurantoina al bisogno).

2.1.5 Cistite interstiziale

La cistite interstiziale detta anche sindrome del dolore vescicale, è una condizione ad eziopatogenesi poco nota che si manifesta con dolore pelvico persistente, spesso correlato ad una sensazione di urgenza e frequenza urinaria. Può essere considerata paradigmatica del dolore pelvico in quanto è una sindrome dolorosa, che interessa entrambi i sessi, con una frequenza comunque maggiore nella donna, che condivide verosimilmente meccanismi fisiopatologici e sintomatologia con molte altre sindromi dolorose (IBS; congestione pelvica; nel maschio prostatite cronica). La cistite interstiziale ha come sintomo il dolore riferito alla vescica. È considerata molto rara. (Bhide et al., 2020).

Sebbene le cause vere e proprie non siano ancora del tutto note, sono stati identificati alcuni fattori che potrebbero contribuire all'insorgenza come, ad esempio, fattori genetici

e anomalie dell'urotelio. Inoltre, si ritiene ci sia una facilitazione neuronale sia a livello vescicale che a livello del sistema nervoso centrale aumentando la sensibilità vescicale al dolore in seguito ad un insulto iniziale anche lieve (Clements, 2023).

Per alcuni aspetti la cistite interstiziale può essere associata alle altre sindromi di dolore cronico come la fibromialgia.

Nonostante il termine, non c'è alcuna evidenza istopatologica di una causa infettiva/inflammatoria e non avendo cause determinanti correlate all'insorgenza della cistite interstiziale, la diagnosi si basa prevalentemente sull'esclusione di fattori identificabili di dolore cronico alla vescica.

Secondo le linee guida dell'*American Urological Association* (www.auanet.org), la sintomatologia tipica della cistite interstiziale consiste: *in una sensazione spiacevole (dolore; senso di peso; fastidio) percepito come collegato alla vescica, associato a sintomi del basso tratto urinario della durata di più di sei settimane in assenza di infezione o di altre cause identificabili*. Solitamente questi sintomi aumentano con il riempimento vescicale e diminuiscono notevolmente dopo la minzione. Anzi, la frequenza minzionale non deve essere confusa con l'incontinenza urinaria o con la cistite in quanto essa sembra correlata alla sensazione di riduzione dei sintomi svuotando la vescica stessa (Clements, 2023).

Per il trattamento è quindi necessario un approccio multidisciplinare e un'elevata capacità di ascolto. Tuttavia, l'obiettivo principale di cura implica la possibilità di controllo e soprattutto di migliorare la qualità di vita della paziente in quanto si tratta di una malattia ad elevato rischio di cronicizzazione⁴.

⁴ Francesca Neri: *Come carne viva*; Rizzoli-BUR; 2023

2.2 Obiettivo dell'elaborato

Spesso il dolore pelvico viene sottovalutato e quindi non trattato in tempi adeguati. Infatti, la latenza tra la comparsa dei sintomi e la completa valutazione medica è descritta da molte ricerche riguardo alle sindromi presentate. Il dolore ginecologico viene molte volte definito come *naturale* sebbene nella maggior parte dei casi nasconda qualcosa di più ampio del solo dolore mestruale fisiologico. Esiste un *gap* di interpretazione del dolore nella donna (Haley, 1991).

Lo scopo del presente elaborato è comprendere il livello di attenzione da parte degli operatori sanitari ai fini di un'adeguata attenzione e comprensione del problema.

Il dolore pelvico spesso richiede, come visto, un approccio empatico e non legato al singolo episodio di una visita medica. Il mio obiettivo è stato quindi quello di conoscere alcuni rilevanti aspetti del dolore pelvico cronico al fine di favorire una buona valutazione del problema.

In particolare, l'infermiere ha un ruolo importante come indicato dalla lettura di alcuni articoli del Codice Deontologico (www.fnopi.it). In esso viene indicato che:

- *L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca (Art. 2 capo 1)*
- *Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura. (Art. 4 capo 1)*
- *L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina (Art. 10 capo 2)*

- *Nel percorso di cura l’Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l’espressione della sofferenza. L’Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l’interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l’adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili. (Art. 17 capo 4)*
- *L’Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell’assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona. (Art. 18 capo 4)*

In base agli articoli citati si può affermare che un importante ruolo infermieristico consiste nell’accompagnare il paziente rendendolo partecipe del percorso di diagnosi e cura, anche nelle condizioni che possono cronicizzare.

2.3 Metodologia utilizzata

Per poter valutare quanto mi sono proposta, ho creato un questionario anonimo a risposta multipla (Allegato) rivolto a medici ed infermieri dei reparti di Ginecologia-Ostetricia dei Presidi Ospedalieri dell’Ulss 6 Euganea in particolar modo delle U.O di Monselice, Cittadella e Piove di Sacco.

Il periodo di osservazione stabilito, che va dall’ 01.07.2023 al 31.10.2023, è stato utilizzato per la somministrazione del test riuscendo a coinvolgere il maggior numero di partecipati possibili.

Le persone coinvolte nel progetto di tesi non sono state selezionate secondo un criterio specifico, ma hanno partecipato volontariamente in modo anonimo.

Il questionario utilizzato nel progetto di tesi è costituito da 15 quesiti a risposta multipla e si concentra sull’argomento del dolore pelvico.

In tale periodo ho raccolto la testimonianza di 53 Operatori su 100 questionari consegnati.

CAPITOLO 3: RISULTATI

3.1 Sintesi dei risultati

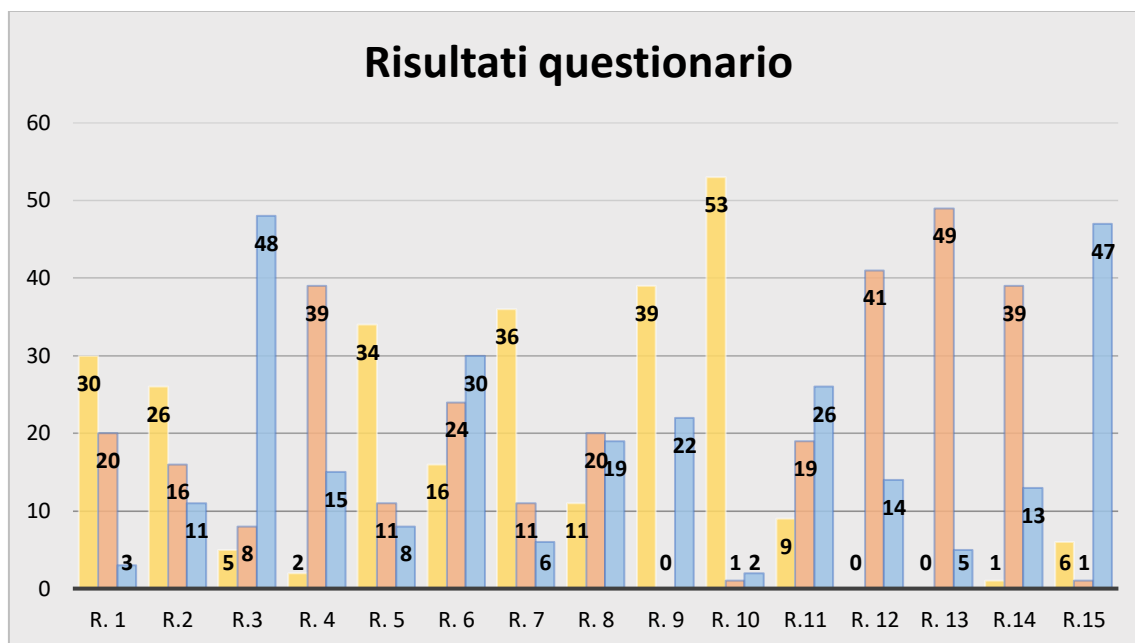


Grafico 1: *Frequenza delle risposte alle relative domande del questionario somministrato.*

La tabella considera la frequenza delle risposte alle singole domande:

- : Risposta A
- : Risposta B
- : Risposta C

Nell'asse delle ascisse si trovano le relative domande fatte all'interno del questionario (Allegato) e sulle ordinate, la relativa frequenza con la quale i partecipanti hanno risposto ai diversi quesiti posti.

Alcune domande presentavano la possibilità di più risposte quindi, all'interno dei risultati, sono state tenute in considerazione anche queste alternative.

Qui di seguito vedremo quanto emerso per ogni singola domanda proposta.

RISPOSTA 1: Si riferisce alla frequenza del sintomo *dolore* come motivo di una visita.

La risposta A è effettivamente più aderente ai dati fisiopatologici descritti nella tesi e considerata la più adeguata. La risposta B è associata ad una buona comprensione del problema mentre la risposta C è considerata inadeguata.

La maggioranza degli operatori (57%) nel campione è orientata per la risposta A.

RISPOSTA 2: Si riferisce alla considerazione che il sintomo *dolore* riceve da parte degli operatori.

La risposta A che si riferisce alla considerazione del dolore durante la visita ginecologica è effettivamente più aderente ai dati fisiopatologici descritti e considerata la più adeguata in quanto indica un adeguato accordo sulla considerazione di questo sintomo. Tuttavia, un numero non trascurabile di operatori ha messo in luce che il sintomo del dolore pelvico riceve verosimilmente un'attenzione secondaria rispetto ai rilievi obiettivi e strumentali.

La maggioranza degli operatori (49%) nel campione è orientata per la risposta A.

RISPOSTA 3: Si riferisce alla modalità di gestione del sintomo del *dolore*

La risposta C enfatizza il ruolo dell'obiettività dell'imaging ma al contempo, ritiene importante entrare a conoscenza della storia medico-clinica della paziente. Le risposte A e B invece, affrontano in modo superficiale il problema.

La maggioranza degli operatori (90%) nel campione è orientata per la risposta C.

RISPOSTA 4: Si riferisce all'iter clinico-diagnostico qualora non risulti conclusiva la prima valutazione.

La risposta A sottovaluta nella totalità il problema riportato dalla paziente poiché serra la strada a possibili diagnosi e cura. La risposta B invece, come evidenziato dal grafico, è stata la scelta maggiormente accettata come vera, sebbene molte volte ecografia e visita ginecologica risultino normali: la persistenza di dolore pelvico necessita di ampliare il raggio della valutazione clinica del sintomo. La risposta C infine, non sarebbe stata completamente idonea poiché sottovaluta il ruolo di un percorso di valutazione complessivo.

La maggioranza degli operatori (73%) nel campione è orientata per la risposta B.

RISPOSTA 5: Si riferisce alla valutazione di caratteristiche individuali, non solo strumentali e laboratoristiche, del sintomo.

Il dolore pelvico nella donna è correlato agli eventi nelle varie età. La risposta A è quella che più correttamente esprime una valutazione adeguata e che secondo il grafico, vanta il maggior numero di adesioni.

La maggioranza degli operatori (64%) nel campione è infatti orientata per la risposta A.

RISPOSTA 6: Si riferisce al dolore sessuale.

Come mette in evidenza la frequenza delle risposte, spesso, viene sottovalutato il problema

La maggioranza degli operatori (57%) nel campione è orientata per la risposta C.

RISPOSTA 7: Si riferisce al dolore mestruale.

La risposta A denota un'attenzione frequente al dolore durante il ciclo mestruale che, come messo in evidenza precedentemente, può mascherare la natura di dolore secondario ad una patologia. Il dolore mestruale può essere considerato *normale* oppure la diagnosi di endometriosi può essere eccessiva. Le risposte B e C sottovalutano il problema non considerandolo come reale.

La maggioranza degli operatori (68%) nel campione è orientata per la risposta A.

RISPOSTA 8: Si riferisce alla diagnosi differenziale del dolore mestruale.

Come è noto, il dolore mestruale è effettivamente un aspetto fondamentale dell'endometriosi tuttavia, come messo in evidenza dalla frequenza delle risposte al questionario, sono state ritenute valide la B e la C. Non sempre il dolore mestruale è sinonimo di endometriosi. Il dolore non è direttamente correlato alla estensione e alla gravità dell'endometriosi.

La maggioranza degli operatori (38%) nel campione è orientata per la risposta B.

RISPOSTA 9: Si riferisce all'opportunità di alleviare un dolore ricorrente pur se fisiologico.

La risposta A risulta essere la più corretta per quanto descritto precedentemente al cap. 2 (sotto-capitolo 2.1.1); il dolore mestruale comporta delle forti contrazioni uterine che fanno percepire la sensazione di dolore alla donna.

Le risposte B invece, sottovaluta ampiamente il problema. La risposta C invece, può essere considerata come valida in quanto le forti contrazioni uterine che si verificano durante il flusso mestruale sia in condizioni di normalità che in casi di flusso ostruito, risultano colpire negativamente le attività di vita quotidiana della donna.

La maggioranza degli operatori (73%) nel campione è orientata per la risposta A.

RISPOSTA 10: Si riferisce alle principali modalità di trattamento della *dismenorrea*.

La risposta A è sicuramente l'opzione più corretta e anche all'interno del gruppo campione ha ricevuto la maggioranza dei consensi. Il trattamento farmacologico, infatti, è sicuramente la prima scelta. Ad ogni modo, com'è stato precedentemente descritto, anche l'assunzione della pillola anticoncezionale poiché blocca l'ovulazione e rende più sottile l'endometrio, ha un effetto di riduzione del dolore. Le terapie non farmacologiche hanno un ruolo non limitato.

La maggioranza degli operatori (100%) nel campione è orientata per la risposta A.

RISPOSTA 11: Si riferisce alla valutazione del dolore sessuale (*dispareunia da vulvodinia*).

Spesso, come evidenziato dal grafico, si pensa che la vulvodinia abbia una causa prevalentemente psicologica (B) in realtà, la sua eziologia non è del tutto chiara. Come visto, questa condizione può erroneamente essere diagnosticata come vulvovaginite da candida o da fenomeni di infiammazione e atrofia non valutando la vera natura del dolore. Per fattori culturali, l'area vulvare può riservare una scarsa attenzione da parte degli operatori.

La maggioranza degli operatori (49%) nel campione è orientata per la risposta C, corretta.

RISPOSTA 12: Si riferisce alle cistiti ricorrenti in menopausa.

La terapia antibiotica è utile ed è il trattamento di prima linea soprattutto in caso di complicanze. Tuttavia, espone al rischio di resistenza agli antibiotici che è un grande problema di sanità pubblica (Fig. 2.5). La risposta B riguarda per lo più la sindrome genito-urinaria della menopausa associata alla carenza estrogenica. La terapia di questa condizione si basa essenzialmente sull'applicazione topica di estrogeni. Scarsa efficacia è stata attribuita alla terapia ormonale sostitutiva (TOS).

La maggioranza degli operatori (77%) nel campione è orientata per la risposta B.

RISPOSTA 13: Si riferisce al dolore addominale di recente insorgenza nella donna la cui funzione riproduttiva è cessata.

Secondo l'*American Cancer Society* (www.cancer.org) il sintomo più importante del carcinoma ovarico è il dolore addominale, il calo del peso corporeo e sintomi che presentano una notevole sovrapposizione con altre patologie addominali. Le ovaie, infatti, sono strutture anatomiche non ricoperte dal peritoneo all'interno della cavità addominale ed è possibile considerare la loro patologia come patologia addominale e non ginecologica in senso specifico. La maggior parte degli operatori indica opportuna anche una valutazione ginecologica: infatti, la maggioranza di essi (92%) si è orientata per la risposta B.

RISPOSTA 14: Si riferisce alla caratteristica epidemiologica della familiarità in caso di dolore addomino-pelvico.

Il dolore pelvico può sicuramente avere una familiarità o una predisposizione genetica oltre che essere legato all'età. La risposta B, quindi, risulta essere quella più corretta. Alcune patologie (il carcinoma ovarico; il carcinoma del colon come pure il rischio di cistite ricorrente) presentano carattere familiare e quindi l'anamnesi familiare va sempre ricercata. La risposta C invece denota una lieve sottovalutazione del problema e uno scarso approfondimento della casistica.

La maggioranza degli operatori (73%) nel campione è orientata per la risposta B.

RISPOSTA 15: Si riferisce alla sintomatologia dolorosa dell'endometriosi.

L'endometriosi può associarsi ad intenso dolore pelvico cronico che si accentua nella fase mestruale associato a disturbi dell'apparato digerente, oppure può essere poco sintomatica. L'entità anatomica dell'endometriosi non si correla all'entità del dolore. Pertanto, il dolore pelvico mestruale richiede una significativa attenzione di diagnosi differenziale. La maggior parte degli operatori sono risultati consapevoli dell'impatto di questa condizione sulla salute della donna. La maggioranza degli operatori (89%) nel campione è orientata per la risposta C.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

4.1 Implicazioni per la pratica infermieristica

L'elaborato mi ha permesso di confrontarmi con problematiche di salute della donna frequenti e di grande significato clinico, sociale e soprattutto in grado di influenzare la qualità della vita. Come professionista Infermiera penso che il mio ruolo possa essere rilevante nell'aiutare l'emersione di problemi che, per fattori di pregiudizio culturale, sono spesso poco presenti nella pratica assistenziale. Recentemente invece, si ritiene importante fare attenzione alle problematiche di genere che, non sono solo aspetti legati al sesso dell'individuo interessando la soggettività dell'individuo stesso.

Il questionario ha evidenziato quanto importante sia continuare a pensare la pratica sanitaria nella logica della *medicina di precisione* vicina alle problematiche di ogni singola persona.

4.2 CONCLUSIONE

Il presente elaborato ha cercato di rispondere alla seguente domanda: ***Quando una donna riferisce dolore pelvico, i diversi professionisti sanitari tengono in considerazione il problema o lo sottovalutano?***. L'inquadramento clinico richiede di essere adeguato alla complessità del dolore e al suo aspetto multidisciplinare.

A tal fine è stata condotta un'indagine tra i diversi operatori sanitari (medici ed infermieri) per cercare di trovare qualche risposta al quesito di ricerca.

All'interno delle domande poste, venivano trattate diverse condizioni che, come sintomo cardine, avevano il *dolore pelvico*: le mestruazioni e il dolore da ciclo mestruale, l'endometriosi, la vulvodinia, la cistite ricorrente e la cistite interstiziale.

Ciò che emerge da questa indagine risulta essere interessante perché anche se la maggior parte delle testimonianze raccolte, risulta tenere in considerazione il dolore pelvico andandone a chiarire gli aspetti più profondi, una parte (non trascurabile) di operatori, ritiene che il sintomo sia una problematica di moderata importanza e attenzione.

Ciononostante, è importante che il professionista continui ad arricchire il proprio bagaglio di sapere per poter offrire un percorso di cura personalizzato.

La somministrazione del questionario ha avuto per me una tangibile rilevanza positiva per poter comprendere la necessità di capire e trattare il dolore: esso può avere un grande impatto sulla qualità di vita di una donna.

BIBLIOGRAFIA

1. Baggio G.; Corsini A.; Floreani A.; Giannini S.: *Gender Medicine: a task for the third millennium*. Clin Chem Lab Med 2013
2. Bergeron, S., Reed, BD, Wesselmann, U. *et al. Vulvodinia. Nat Rev Dis Primer* **6**, 36 (2020)
3. Bhide, A., Tailor, V., & Khullar, V. (2020). *Interstitial cystitis/bladder pain syndrome and recurrent urinary tract infection and the potential role of the urinary microbiome. Post reproductive health*, 26(2), 87–90.
4. Boylan A.M., et al, *il dolore femminile è sottovalutato*, in L'internazionale, a. MMXXII, 1993, pagina 104
5. Carè A.; et Al. *Genere. Supplemento a Recenti Progressi in Medicina – Vol 112*, numero 10, 2021
6. CDC Atlanta; *Contraception* 2016
7. Chapron, C., Marcellin, L., Borghese, B. *et al. Ripensare i meccanismi, la diagnosi e la gestione dell'endometriosi. Nat Rev Endocrinol* **15**, 666–682 (2019).
8. Clements J.Q.: *Interstitial cystitis/bladder pain syndrome: Clinical features and diagnosis*; Uptodate online; 2023
9. Faye RB, Piraccini E. *Vulvodinia*. [Aggiornato il 17 luglio 2023]. In: *StatPearls* [Internet]. Isola del tesoro (FL): pubblicazione StatPearls; gennaio 2023
10. Graziottin A., *Il fiume del dolore pelvico cronico*, in “FondazioneGraziottin”; a. 2017
11. Graziottin A., Murina F., *Vulvodinia strategie di diagnosi e cura*, Springer. Raffaello Cortina ed., 2010
12. Graziottin A.; *La percezione del dolore pelvico cronico nella donna: fattori predittivi e implicazioni cliniche*, in “Urologia”; a. MMX, aprile-giugno 2008
13. Guglielmi E., et al, *Il dolore cronico in medicina generale*, in “Ministero della salute”, a. 2013
14. Guimarães, I., & Póvoa, A. M. (2020). *Primary Dysmenorrhea: Assessment and Treatment. Dismenorreia primária: Avaliação e tratamento. Revista brasileira de ginecologia e obstetricia: revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 42(8), 501–507.

15. Gupta K.: *Recurrent simple cystitis in women*; Uptodate online; 2023
16. Haley B.: *The Yenti Syndrome*. NEJM, 1991
17. Iglesia C.: *Vulvar pain of unknown cause (vulvodynia): Clinical manifestations and diagnosis*; Uptodate online; 2023
18. Mehedintu, C., Plotogea, M. N., Ionescu, S., & Antonovici, M. (2014). Endometriosis still a challenge. *Journal of medicine and life*, 7(3), 349–357.
19. Neri F.: *Come carne viva*, Rizzoli – BUR; 2023
20. Netter F.H., *Atlante di anatomia reproductive system*, Ciba ed. 1981
21. O’Neal Mary A.; *Estrogen-associated migraine headache, including menstrual migraine*; Uptodate online, 2023.
22. Pal L.; Taylor H.S.; Sell E.: *Speroff’s Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Ninth Edition; 2019
23. Plaghki L.; Moraux A.; Le Bors D.: *Fisiologia del dolore*. EMC – Medicina Riabilitativa, I, 2018
24. Roger P., at al UpToDate, 2013
25. Smith R.P.; Kaunitz A.M.: *Dysmenorrea in adult females: Clinical features and diagnosis*; Uptodate online; 2023
26. Støkken Dahl E.; Brochmann N.: *Il libro della vagina*; Universale Economica Feltrinelli – Marsilio; 2017
27. Yeung, J., & Pauls, R. N. (2016). *Anatomy of the Vulva and the Female Sexual Response*. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 43(1), 27–44.

SITOGRAFIA

1. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028217319969>
2. <https://www.epicentro.iss.it/parkinson/>
3. https://www.pazienti.it/contenuti/sintomi/ipertono-vulvare#cs_3
4. <https://www.wipradio.it>

5. www.aunet.org
6. www.cancer.org
7. www.fnopi.it
8. www.issvd.org

ALLEGATI

Questionario

- 1) Secondo lei, quante volte il dolore pelvico rappresenta il primo problema clinico durante la visita ginecologica
 - A. A Molto spesso
 - B. A volte
 - C. Raramente

- 2) Il sintomo del dolore pelvico riceve una attenzione specifica da parte degli Operatori
 - A. Sempre
 - B. Non approfonditamente
 - C. In modo sistematico

- 3) La diagnosi del dolore pelvico si basa più spesso
 - A. Solo sulla visita ginecologica
 - B. Sull'ecografia transvaginale
 - C. Su esami guidati da una completa valutazione clinico-anamnestica

- 4) Nel caso di dolore pelvico, se la visita ginecologica e/o l'ecografia sono normali
 - A. Si conclude la valutazione
 - B. Si fanno ipotesi alternative
 - C. Si invia ad altra visita

- 5) Rispetto al problema dolore pelvico si tiene conto dell'età della donna
 - A. Sempre
 - B. A volte
 - C. Poco rilevante

6) Se viene riferito dolore sessuale, la principale ipotesi riguarda

- A. Problemi psicologici e relazionali
- B. Endometriosi
- C. Secchezza vaginale

7) Il dolore mestruale è considerato

- A. Oggetto di attenzione
- B. Un fenomeno fisiologico
- C. È raramente considerato

8) Il dolore mestruale intenso riceve la diagnosi di endometriosi

- A. Molto spesso
- B. A volte
- C. Non in prima ipotesi

9) Il dolore mestruale ricorrente

- A. Richiede adeguato trattamento
- B. Una donna sa come affrontarlo
- C. Può essere invalidante

10) Il dolore mestruale

- A. Si tratta con farmaci
- B. Passa con il tempo
- C. Richiede solo rassicurazioni

11) La vulvodinia (vestibolodinia) con dolore sessuale

- A. Si pensa abbia una causa infettiva
- B. Si pensa abbia causa psicologica
- C. Non sembra avere una causa specifica

12) le cistiti ricorrenti in menopausa...

- A. Non sono di competenza ginecologica
- B. Sono associate alla carenza di estrogeni
- C. Richiedono terapia antibiotica

13) In menopausa il dolore addominale di recente insorgenza

- A. Non è di competenza ginecologica
- B. Richiede una tempestiva valutazione ginecologica
- C. Va indirizzato al Chirurgo

14) Il dolore pelvico ha familiarità

- A. Molto spesso
- B. A volte
- C. Raramente

15) L'endometriosi interessa

- A. Solo i giorni del ciclo mestruale
- B. Solo i giorni prima o dopo il ciclo mestruale
- C. Anche altri momenti della vita quotidiana