

Dolore pelvico cronico: le raccomandazioni delle linee guida internazionali

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

Commento a:

Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A.

Chronic pelvic pain in women: a review

JAMA. 2021 Jun 15;325(23):2381-2391. doi: 10.1001/jama.2021.2631

Analizzare le linee guida sulla valutazione clinica e il trattamento del dolore pelvico cronico nelle donne: è questo l'obiettivo delle review coordinata da Andrea Rapkin, del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia presso la David Geffen School of Medicine dell'Università di California a Los Angeles, Stati Uniti. Allo studio hanno partecipato anche il Dipartimento di Scienze cliniche dell'Università della Florida Centrale e la Divisione di Chirurgia ginecologica del Veterans Affairs Medical Center di Orlando (FL).

Il dolore pelvico cronico (CPP) colpisce circa **il 26% della popolazione femminile mondiale**. Negli Stati Uniti, ogni anno, sono riconducibili a questa particolare forma di dolore il 40% delle laparoscopie e il 12% delle isterectomie, **anche se nell'80% delle pazienti il CPP non è di origine ginecologica**. Le pazienti riferiscono spesso frustrazione per la percezione di una sostanziale assenza di considerazione diagnostica e cure appropriate.

Dall'analisi dei documenti di consenso emerge che:

- il CPP si associa spesso a **forme di dolore non pelvico** (per esempio, emicrania e fibromialgia) e a **comorbidità non caratterizzate da dolore** (come disturbi cognitivi, del sonno e dell'umore);
- in una percentuale variabile dal 50 al 90% delle pazienti, a seconda degli studi, si riscontrano **disfunzioni e dolore muscolo-scheletrico**;
- i **traumi** e il **distress** giocano un ruolo determinante nella modulazione del dolore;
- è importante che il medico prenda in considerazione i **fattori centrali** della percezione del dolore, così come le **strutture viscerali e somatiche pelviche e non pelviche** che possono generare il dolore o contribuire al suo peggioramento;
- un corretto rapporto medico-paziente non può prescindere da una completa **anamnesi** a livello biologico e psico-sociale, da un'accurata **spiegazione** dei meccanismi di generazione e trasmissione del dolore e dalla **disponibilità** a estendere la normale durata delle visite;
- una formazione volta ad approfondire il **ruolo dei traumi** e le modalità dell'**esame obiettivo muscolo-scheletrico** è essenziale per ridurre nella donna l'ansia legata alla visita e non trascurare le possibili cause del dolore miofasciale;
- i trattamenti raccomandati sono usualmente **multimodali** e richiedono un **team interdisciplinare** di specialisti;
- è in ogni caso **opportuno evitare** di concentrare l'esame clinico su un singolo organo o distretto;

- sono **componenti importanti del processo di cura** il coinvolgimento della paziente nel processo decisionale, l'identificazione di obiettivi funzionali e l'analisi delle aspettative a lungo termine.