

IL DOLORE PELVICO NELLA DONNA

Dr. Lino Del Pup 360 693900 www.delpupginecologia.it

“un’esperienza sensoriale ed emotiva associata ad un danno tissutale effettivo o potenziale”

L’anamnesi è la parte più importante e deve essere sistematica e dettagliata. L’esame obiettivo non consente di escludere al 100% una patologia, anche grave, quindi è necessario fare sempre almeno un’ecografia pelvica transvaginale, che vede più nei dettagli le strutture pelviche e che permette di toccare i diversi organi, mappando le sedi elettive del dolore, e spostandoli, rilevando eventuali aderenze. La risonanza nucleare magnetica può aiutare a chiarire quadri ecografici dubbi. Le indagini di laboratorio vanno mirate, ma va sempre esclusa in età fertile un gravidanza misconosciuta (il beta HCG è molto meglio della data dell’ultima mestruazione) o l’endometriosi e i tumori maligni (può aiutare il Ca 125, ma ha falsi negativi e positivi) a qualunque età. La laparoscopia è utile, nei casi in cui il rischio di diagnosticare una patologia importante (tumore) sia tale da compensare i rischi della diagnostica invasiva (emorragie) o se è utile come terapia (cisti da rimuovere).

Indagini da svolgere in presenza di dolori pelvici

Anamnesi	Esame obiettivo	Ecografia	Laboratorio	Laparoscopia
Caratteri del dolore Possibili cause Aspetti psichici	Ispezione Palpazione, mobilità e dolorabilità alla mobilizzazione cervicale e degli annessi; esame vaginoretale	Transvaginale con palpazione con mano esterna, pressione diretta e valutazione dello scivolamento	Test di gravidanza Emocromo, PCR, VES Ca125 (ed HE4) Tampone vaginale Urocoltura Sangue occulto nelle feci	Diagnostica con cromosalpingoscopia Asportazione noduli endometriosi, cisti, salpinge, ascessi, aderenze,...

Caratteri del dolore

Dove	Da quando	Quanto intenso	Cosa lo aumenta	Cosa lo riduce
Laterale, bilaterale, centrale, diffuso, irradiato a...	Acuto, ciclico, cronico	Scala 1-10, intermittente; evoluzione nel tempo	Mestruo, rapporti; esame obiettivo e pressione con sonda ecografica	Posture antalgiche, atti fisiologici, farmaci

Diagnosi differenziale del dolore pelvico in base alle tempistiche

	Acuto	Ciclico	Cronico
Caratteri	Improvviso	Associato a fasi del ciclo	Dura da oltre 3 mesi
Cause principali	Gravidanza extrauterina (GEU) Malattia Infiam. Pelvica (PID) Torsione di un annesso Appendicite	Endometriosi Algo o dismenorrea Ovulatorio	Ginecologico Intestinale Urinario Muscoloscheletrico Psicogeno

Dolore acuto

Causa	Extrauterina o GEU	Torsione	M. Infiam. Pelvi. o PID	Appendicite
Cosa chiedere all’anamnesi	Ultimi due cicli mestruali e caratteri (pseudomestruo scarso); MST, IUD, interventi, algie pelviche croniche; PMA; gravidanza iniziale non valutata all’ecografia	Cisti ovarica, specialmente dermoidi e cistoadenomi; mioma peduncolato; movimento brusco scatenante; nausea, vomito; febbre tardiva da necrosi	Malattie Sessualmente T pregresse o in atto; spirale (IUD; strumentazioni intrauterine; molti partner sessuali; leucorrea, febbre, brividi; nausea	Sintomi gastrointestinali; nausea, vomito, turbe acute dell’alvo; febbre
Tipo di dolore	Dolenzia fino a intensa da rottura con peritonismo da emoperitoneo e shock	Crisi dolorose recidivanti e ingravescenti; dolore improvviso; crampi	Dolore, spesso bilaterale, lombosacrale, irradiato alla coscia; difesa addominale	Dolore addominale diffuso, a volte sintomi vaghi o simil PID
Esame obiettivo	Annesso dolorabile, tumefatto, dolore acuto al Douglas; irritazione perineale; perdite ematiche vaginali	Tensione muscolare e dolenzia limitano l’obiettività; tumefazione dolorabile	Dolenzia spiccata alla mobilizzazione cervicale, fornici, annessi e Douglas; Blumberg +/+++	Difesa addominale; Blumberg +++ , segni di peritonite e paralisi intestinale
Ecografia TV	Segni diretti ed indiretti di extrauterina; versamento libero	Anomalie di flusso al Doppler; cisti o mioma peduncolato	Ascesso tubo ovarico o massa complessa; liquido nel Douglas	Limitata da meteorismo; ingrandimento appendice, versamento
Laboratorio	Test di Gravidanza positivo; Beta HCG a lenta evoluzione (<+60%/48 ore)	Aspecifici; esame urine	Leucocitosi, PCR e VES elevate; Ca 125 alterato; tampone cervicale	Come le PID
Laparoscopia	Tumefazione tubarica, emoperitoneo, rottura della tuba	Dirimente segni di torsione	Diagnosi; asportazione del materiale purulento e del tessuto infetto	Diagnosi, appendicectomia
Diagnosi differenziale	Sede dell’extra, eterotopica; rottura di cisti; corpo luteo; aborto spontaneo o mola vescicolare	Annesso o mioma torto; nefrolitiasi	Rottura di ascesso	Diverticolite; cistite, pielonefrite

Terapia	Attesa vigile Metotrexate Salpingotomia lineare Salpingectomia	Detorsione, asportazione della cisti o mioma o asportazione della massa necrotica	Antibiotica; se rottura di ascesso o peritonite indispensabile la chirurgia; salpingectomia	Antibiotici, appendicectomia
Rischi del ritardo diagnostico	Morte; emoperitoneo con laparotomia e trasfusioni	Annessiectomia; ipofertilità	Infertilità tubarica; extrauterine; algie pelviche croniche	Peritonite, complicanze post operatorie, infertilità croniche
Non omettere di fare sempre	Test di gravidanza	Ecografia TV, Doppler ed esame obiettivo pelvi	Emocromo, PCR Tampone vaginale	Emocromo, PCR Vis. chirurgica

Dolore pelvico ciclico

	Algomenorrea primaria	Algomenorrea secondaria	Sindrome premestruale
Cosa chiedere all'anamnesi	Timing del dolore: inizio alla pubertà-adolescenza; dolore al mestruo; nausea, vomito, diarrea;	Inizia dopo anni dal menarca; dura da molti giorni prima a pochi dopo il mestruo; possibili cause (vedi diagnosi differenziale); dispareunia profonda e infertilità; disturbi urinari e intestinali ciclici. Menorragie	Sintomi fisici, emotivi, cognitivi e comportamentali nella fase luteale del ciclo: gonfiore, tensione e dolore mammario, modificazioni dell'alvo,...
Tipo di dolore	Crampiforme inizia con il mestruo e dura 2-3 giorni; ipogastrico irradiato alla regione lombosacrale	Multiforme in base alle cause e non sempre correlato con l'entità del quadro anatomico	Aspecifico
Esame obiettivo	Lieve dolorabilità uterina durante le contrazioni	Noduli ai legamenti uterosacrali o al setto rettovaginale; ipomobilità dei genitali interni; utero dolorabile alla mobilizzazione (endometriosi o adenomiosi). Vedi tabella PID; Utero aumentato di volume (adenomiosi) e consistenza irregolare (miomi). Aumento del diametro trasverso e anomala conformazione uterina (malformazioni uterine).	Normale, ma può coesistere con altre cause
Ecografia TV	Normale, utile farla per escludere altre cause	Indispensabile per la diagnosi differenziale non invasiva, ma è molto difficile individuare l'endometriosi o l'adenomiosi.	Normale. Utile per rilevare il corpo luteo emorragico che tende a scomparire dopo il mestruo
Laboratorio	Solo se si sospettano altre cause: flogosi, endometriosi	Ca 125 per endometriosi: sensibilità 20-50%, specificità 80%.	Nessuna (ridotta attività serotoninergica e basso rapporto allopregnenolone/pregnenolone?)
Laparoscopia	Solo se dolore invalidante e si sospetta endometriosi	Utile, anche come terapia, ma intervenire può ridurre la riserva ovarica di follicoli (fare AMH)	Non necessaria
Diagnosi differenziale	Primitiva o secondaria (vedi accanto)	Endometriosi, adenomiosi Malattia infiammatoria pelvica IUD (spirale) Polipi o fibromi uterini Malformazioni uterine Stenosi cervicale Imene imperforato	Cisti da corpo luteo emorragico
Terapia	FANS Codeina-paracetamolo Pillola	Contraccettivi orali, progestinici IUD- levonorgestrel (adenomiosi) Analoghi del Gn RH +/- Add Back Inibitori dell'aromatasi (?)	Psicoterapia Antidepressivi serotoninergici Contraccettivi orali (con drospirenone), progestinici, Gn RH analoghi

Dolore pelvico Cronico

	Fibromi	Cisti ovariche	Endometriosi	PID	Varicocele
Cosa chiedere anamnesi	Precedenti rilievi di miomi (visite ed ecografie); menorragie	Pregresso rilievo di cisti o masse annessiali	Infertilità, algie pelviche inizialmente cicliche mestruali poi croniche	Storia di MST, extrauterine; febbre o febricola; leucorrea; molti partner	Flebopatie; utero retroverso
Tipo di dolore	Dolore gravativo compressivo, continuo; dipende dalla sede del mioma	Dolore monolaterale cronico; acuito da torsioni o subtorsioni; senso di peso; riflessi neurovegetativi	Dispareunia ed altre manifestazioni anche sfumate e atipiche; dolori anche rettale – intestinale ciclico	Dolore pelvico che si esacerba in fase premestruale-mestruale; dispareunia, infertilità; senso di peso o vago bruciore	Dolore sordo pelvico-sacrale esacerbato in ortostatismo protratto o in fase premestruale; dispareunia
Esame obiettivo	Utero aumentato di volume e consistenza, irregolare come superficie	Tumefazione annessiale	Noduli ai legamenti uterosacrali e al setto rettovaginale; fissità dei genitali interni	Utero fisso, dolorabile alla mobilizzazione; dolori al Douglas ed agli annessi	Utero retroverso, a volte dolorabile; emorroidi, varici vulvari ed agli arti

Ecografia TV	Fondamentale; utile il Doppler	Fondamentale per l'inquadramento diagnostico	Utile per diagnosi differenziale con adenomiosi	Idro o sactosalpinge e liquido nel Douglas	Utile in color Doppler
Laboratorio	Emocromo, ferritina; Leucocitosi se in degenerazione; Ca 125	Ca 125, beta HCG ed ev. altri marker ovarici (HE4, ca 19-9, ca 15-3, CEA, AFP)	CA 125 ed HE4 che non viene modificato dalla endometriosi (più specifico)	Emocromo, PCR; tampone vaginale generale e per clamidia;	Non utile
Laparoscopia	Miomectomia laparoscopica o tomica. Isteroscopia per terapia e diagnosi dei miomi sottomucosi.	Fondamentale per la terapia; utile per diagnosi	Fondamentale per la terapia	Utile per diagnosi e terapia (salpingectomia)	Diagnosi differenziale e forse anche per la terapia
Diagnosi differenziale	Adenomiosi; PID (possono coesistere), Cancro ovarico	Ecografia, l'istologia (fondamentale), Cancro ovarico	Adenomiosi Aderenze (in genere coesistono); Cancro ovarico	Aderenze TBC genitale, Cancro ovarico	PID; Cancro ovarico (ricordare che cause diverse possono coesistere)
Terapia	Gn RH analoghi Laparoscopia Isteroscopia Isterectomia	Contraccettivi orali Asportazione della massa annessiale	Progestinici (dienogest), contraccettivi orali, IUD- levonorgestrel (adenomiosi) Analoghi del Gn RH +- Add Back Inibitori dell'aromatasi	Antibiotica; se rottura di ascesso o peritonite indispensabile la chirurgia; salpingectomia se pio-sactosalpinge	Flebotonici Antiinfiammatori Coagulazione delle varici Embolizzazione radiologica

Dolore pelvico non ginecologico

Origine del dolore	Gastrointestinale	Urinario	Muscolo-scheletrico	Psichico
Cosa chiedere anamnesi	Caratteri dell'alvo; relazione con pasti e stress (Colon irritabile); Diarrea ematica (Rettocolite ulcerosa). Perdita di peso (rettocolite e neoplasie)	Pollachiuria, disuria ed urgenza minzionale. Senso di peso sovrapubico. Nefrolitiasi o patologie urinarie note. Febbre, ematuria.	Lombalgie, cervicalgie, scoliosi. Traumi o interventi.	Ansia, depressione. Violenze o abusi sessuali.
Tipo di dolore	Dolore che si esacerba dopo i pasti e ha carattere colico, prevalente in fossa iliaca sinistra. Meteorismo, alvo alternante (Colon irritabile). Dolore in fossa iliaca destra (Crohn).	Dolore sovrapubico, ai fianchi o all'inguine correlato con la minzione. Dolore colico nelle nefrolitiasi.	Dolore localizzato in superficie, in un dermatomero o anche a distanza nei trigger points (sindrome dolorosa miofasciale).	Aspecifico, multiforme.
Esame obiettivo	Dolorabilità intestinale, senso di corda colica; segni di peritonite (diverticolite)	Dolore sovrapubico e alla compressione vascolare. Giordano +	Posture anomale, asimmetrie scheletriche	Aspecifico
Ecografia TV	Ostacolata da meteorismo, iperperistaltismo	Ecografia renale, vescicale e vie urinarie	Non dirimente	Utile per escludere cause ginecologiche e rassicurare.
Laboratorio	Ricerca del sangue occulto nelle feci	Esame delle urine urinocoltura	Non dirimente	Quelle necessarie ad escludere patologie organiche
Indagini strumentali	Rettocolonscopia Clisma opaco	Cistoscopia	Elettromiografia	Quelle necessarie ad escludere patologie organiche
Diagnosi differenziale	Sindrome del colon irritabile Appendicite Crohn, rettocolite ulcerosa Diverticolosi, diverticolite Neoplasie intestinali	Sindrome uretrale cronica Cistite interstiziale Schistosomiasi Nefrolitiasi Rene ectopico Neoplasie della vescica	Sindrome dolorosa miofasciale Intrappolamento nervoso dei nervi ileoipogastrico o ilieinguinale,..	Tutte le altre cause. Fattori psichici primitivi o secondari al dolore ?
Terapia	Correzione della dieta, delle flora intestinale e dello stile di vita. Escludere cibi (intolleranze). Terapie specifiche di competenza non ginecologica	Antibiotici, antinfiammatori. Terapie specifiche di competenza non ginecologica	Fisiochinesi terapia Antidepressivi Analgesia Terapie specifiche di competenza non ginecologica	Psicoterapia Ansiolitici Antidepressivi