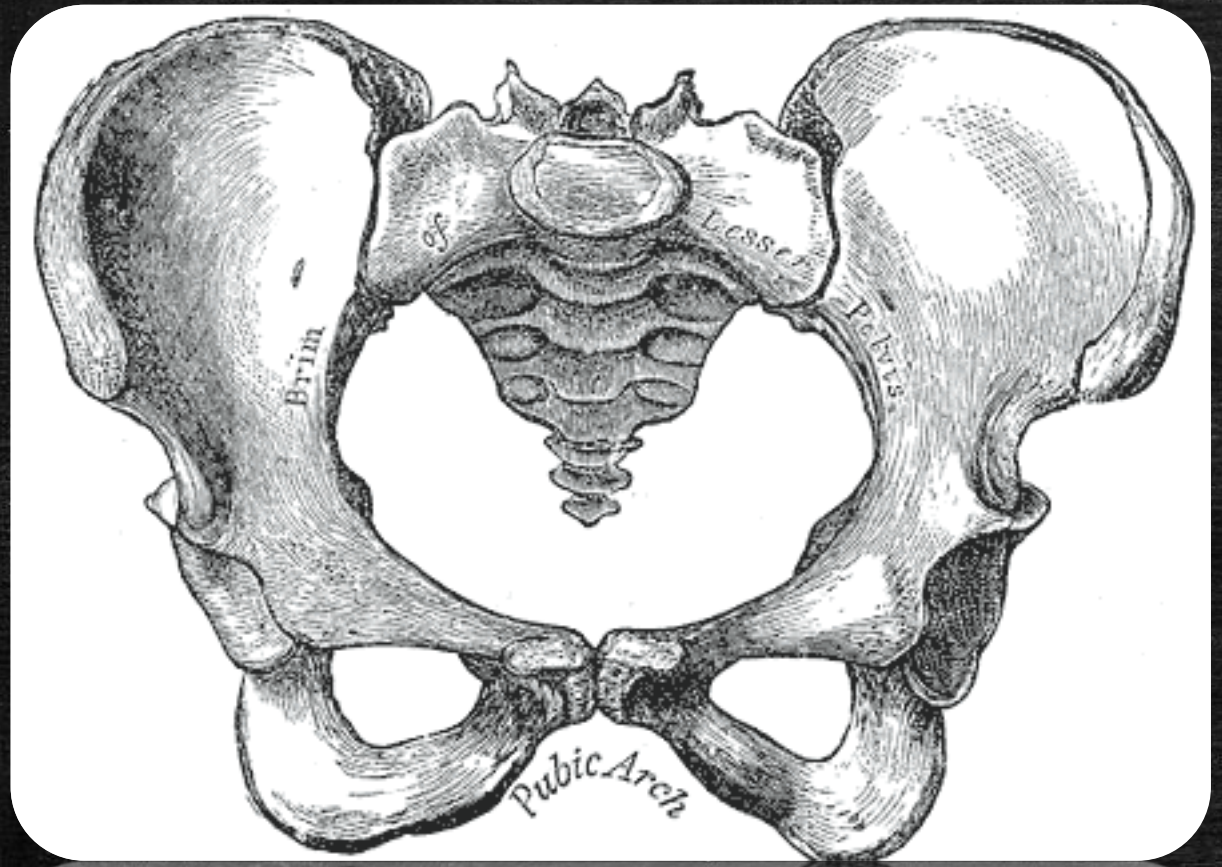
Tabulae Sceletie Musculorum Corporis Humani
Barnhard S. Albinus, London, 1747.
Jan Wanderlaar, artist.

DOLORE PELVICO CRONICO: DIAGNOSI DIFFERENZIALE E GESTIONE FISIATRICA

Dr. Alessandro Valent

- *Specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa*
- *Consulente Fisiatra Azimut Volley Modena*
- *Membro comitato Italian Society of Muscles, legaments and Tendons*

ANATOMIA



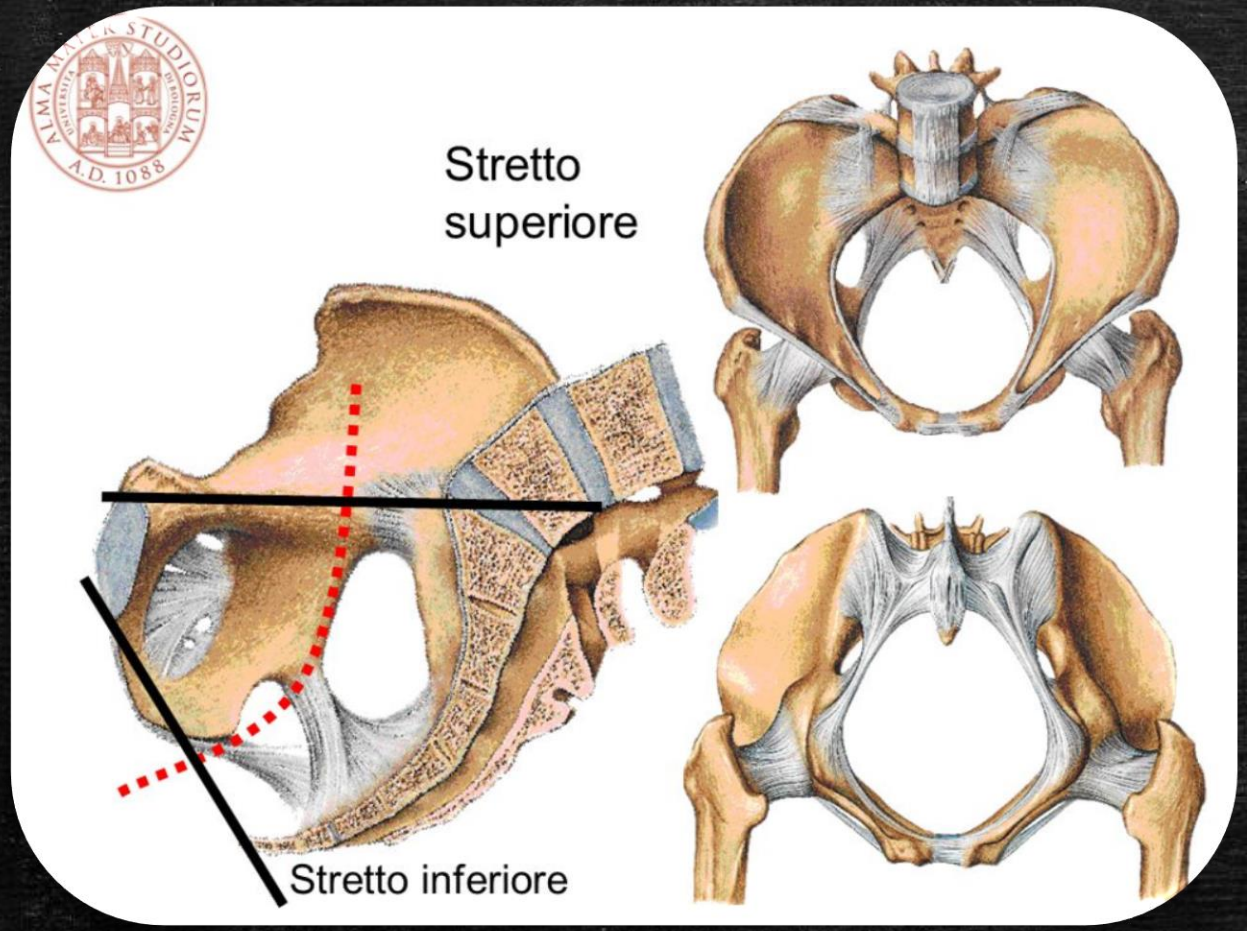
- La <u>regione pelvica</u> rappresenta la zona di transizione tra l'area addominale e gli arti inferiori. Essa comprende:

  - ✓ Bacino o cingolo pelvico (ossa iliache, sacro, coccige),
  - ✓ Cavità pelvica,
  - ✓ Pavimento pelvico o Perineo,

  - ✓ Parte inferiore dei muscoli larghi dell'addome, gruppo degli adduttori, ileopsoas, sartorio, retto femorale,

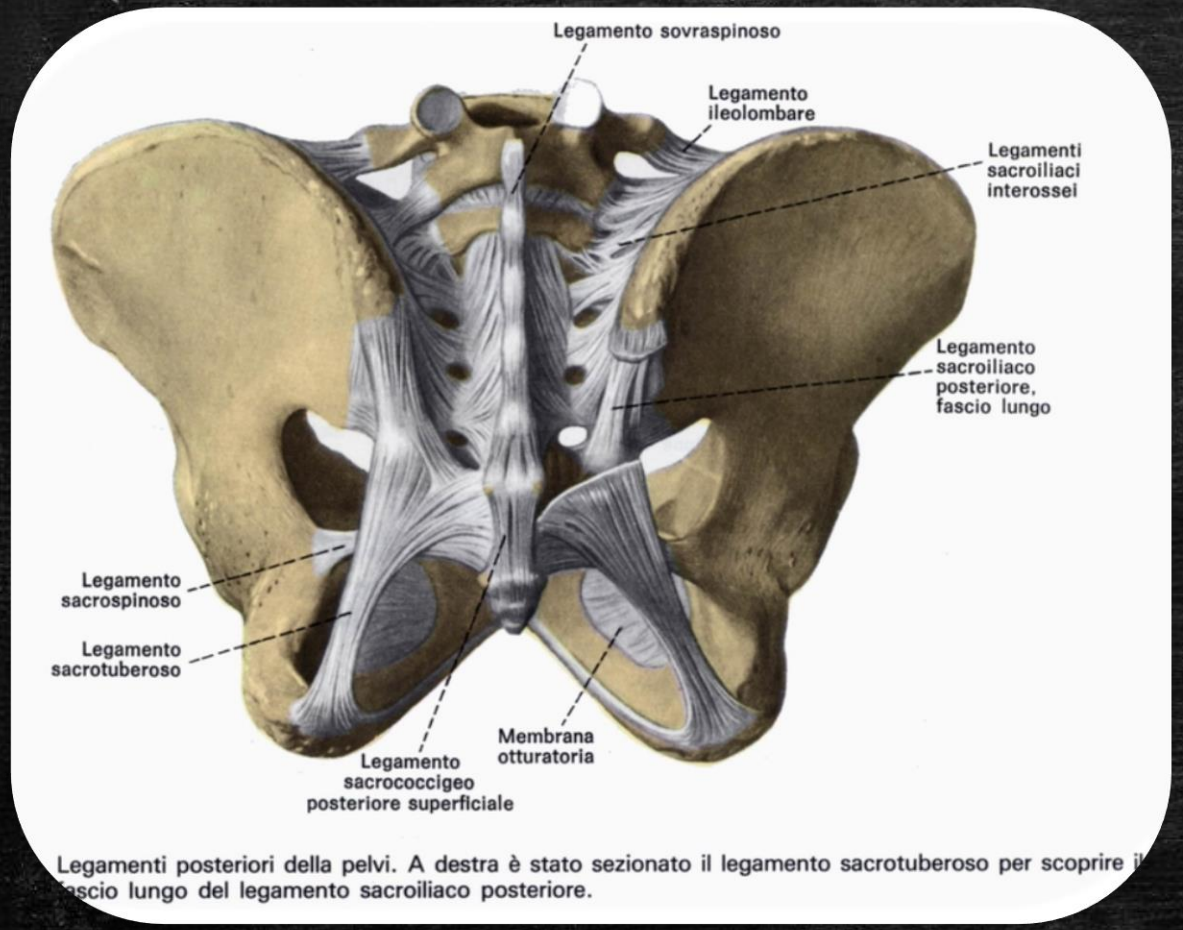
  - ✓ Canale inguinale.

ANATOMIA

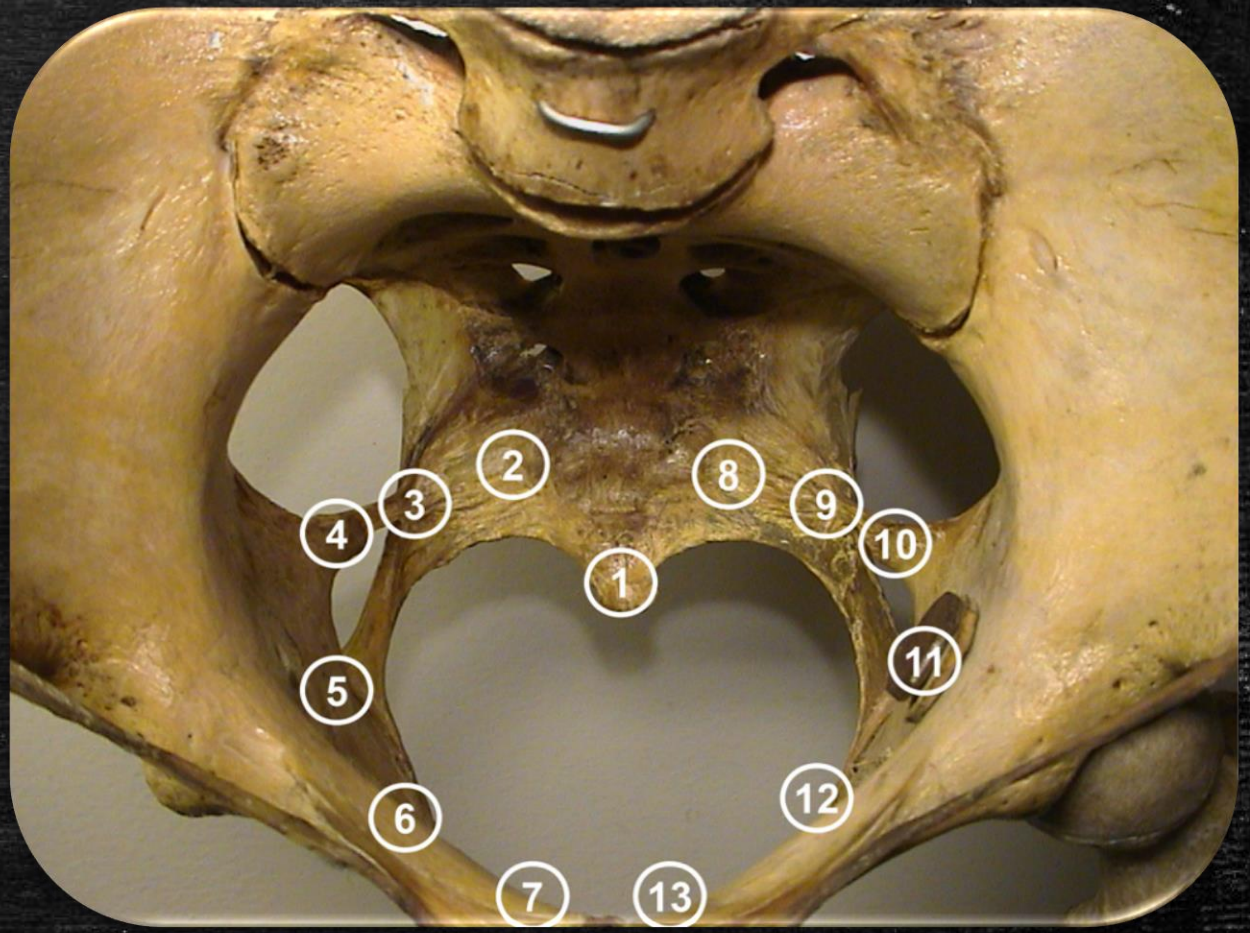


- Stretto superiore –stretto inferiore,
- Grande pelvi – piccola pelvi,
- La piccola pelvi accoglie gli organi genitali, le basse vie urinarie e la parte terminale dell'intestino,
- I muscoli pelvici formano il pavimento della cavità pelvica e sostengono gli organi contenuti,
- La regione dello stretto inferiore viene chiamata perineo.

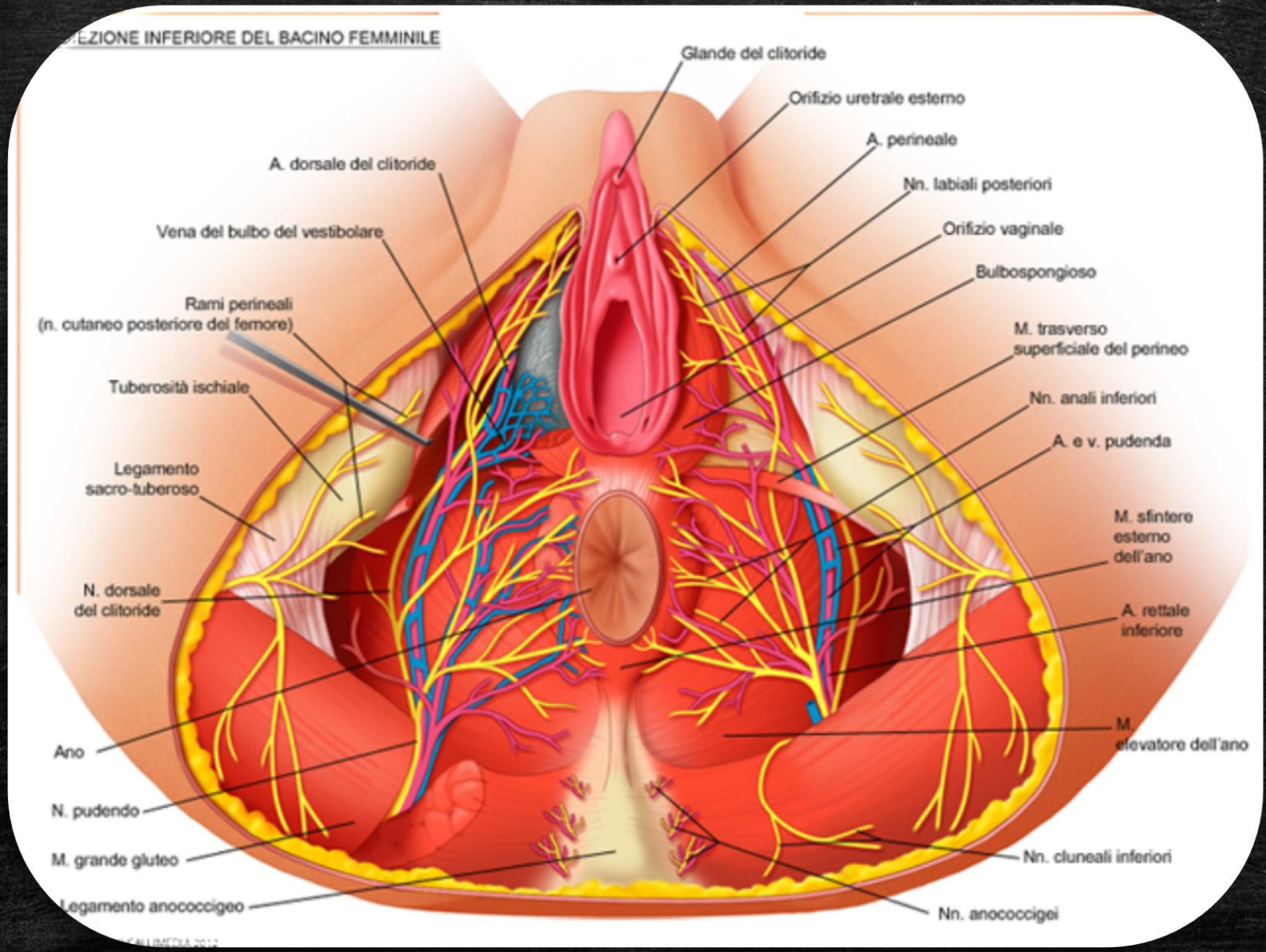
ANATOMIA



Legamenti posteriori della pelvi. A destra è stato sezionato il legamento sacrotuberoso per scoprire il fascio lungo del legamento sacroiliaco posteriore.



ANATOMIA


EZIONE INFERIORE DEL BACINO FEMMINILE
Glande del clitoride
Orifizio uretrale esterno
A. perineale
A. dorsale del clitoride
Nn. labiali posteriori
Vena del bulbo del vestibolare
Orifizio vaginale
Bulbospongioso
Rami perineali
(n. cutaneo posteriore del femore)
M. trasverso
superficiale del perineo
Tuberosità ischiale
Nn. anali inferiori
A. e v. pudenda
Legamento
sacro-tuberoso
M. sfintere
esterno
dell'ano
N. dorsale
del clitoride
A. rettale
inferiore
M.
elevatore dell'ano
Ano
N. pudendo
M. grande gluteo
Nn. cluneali inferiori
Legamento anococcigeo
Nn. anococcigei

DOLORE PELVICO CRONICO (CPPS)

- Il dolore pelvico cronico viene definito come un dolore costante o ciclico della durata superiore ai 6 mesi, che si localizza nella regione pelvica, parete addominale anteriore o zona lombosacrale, sufficientemente grave da causare disabilità funzionale che richiede trattamento medico o chirurgico, (The American College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004),

- CPPS ha una prevalenza del 6-25% delle donne, con un impatto socio-economico importante,

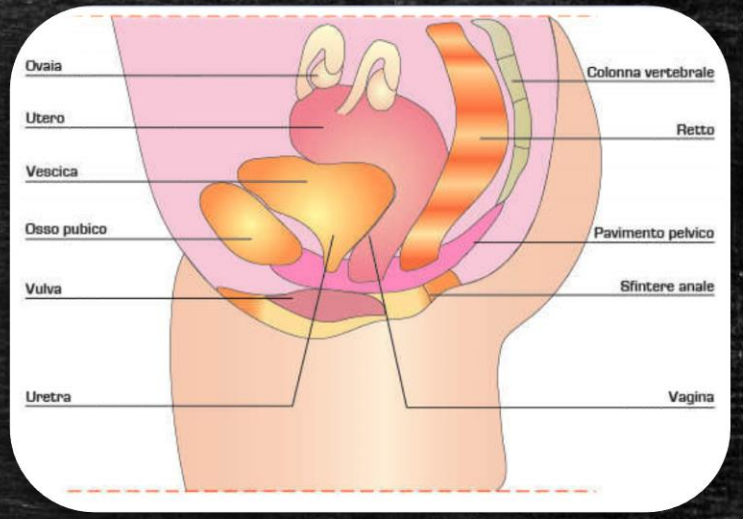
- il dolore pelvico cronico è responsabile del 10% delle visite ginecologiche ambulatoriali, del 40% delle laparoscopie diagnostiche e del 10-15% degli interventi di isterectomia.

- *Dalpiaz O, Kerschbaumer A, Mitterberger M, Pinggera G, Bartsch G, Strasser H. Chronic pelvic pain in women: still a challenge. BJU Int. 2008; 102: 1061–1065.*

DOLORE PELVICO CRONICO (CPPS)

L'eziologia risulta spesso sconosciuta. L'origine può essere:

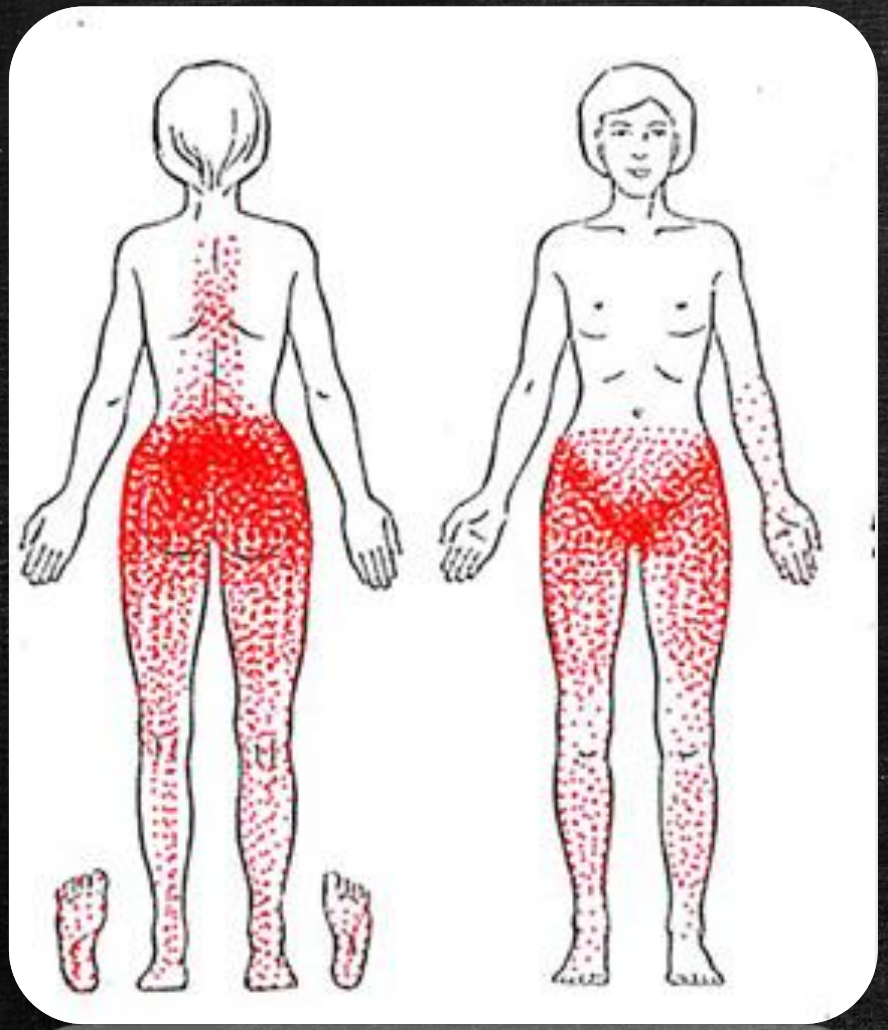
- Viscerale (vescica, uretra, utero, colon-retto, vagina)
- Nervosa (radici e tronchi nervosi)
- Miofasciale (fasce connettivali)
- Osteoarticolare (articolazioni, muscoli, tendini)



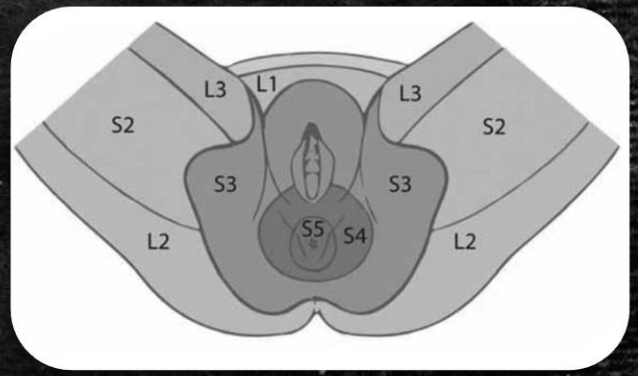
✓ <u>Cause ginecologiche</u>: endometriosi, malattia infiammatoria pelvica, aderenze fibro-cicatriziali, sindrome da congestione pelvica, sindrome da ritenzione ovarica, sindrome dell'ovaio resistente, adenomiosi, leiomiomi.

✓ <u>Cause non ginecologiche</u>: cistite interstiziale/sindrome della vescica dolorosa, sindrome del colon irritabile, sindrome disfunzionale del pavimento pelvico, dolore miofasciale, neuropatie da intrappolamento, sindromi da somatizzazione/fibromialgia, patologie articolari o tendinee.

DOLORE PELVICO CRONICO (CPPS)

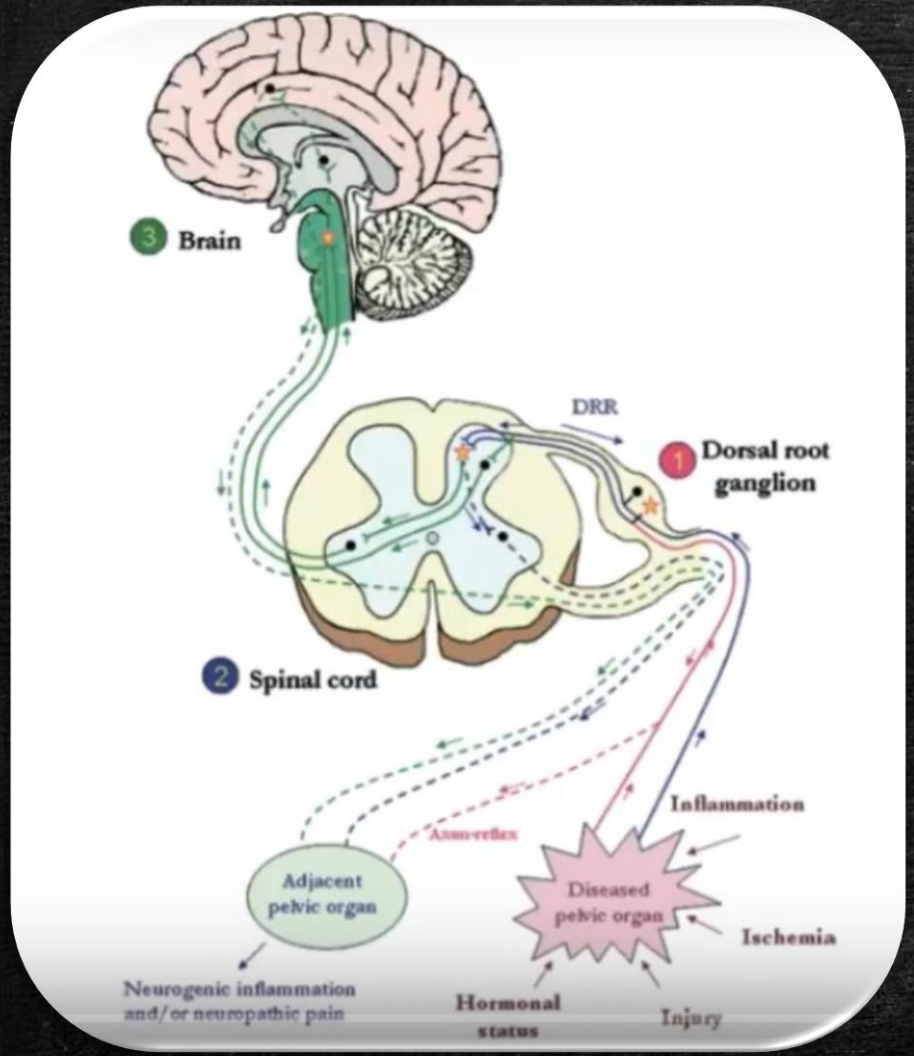


- Nella patologia viscerale o somatica pelvica, il dolore da acuto diventa frequentemente cronico (dolore neuropatico) a causa della sensibilizzazione periferica e centrale,
- Nel dolore neuropatico, la sintomatologia è sproporzionata rispetto alla causa, manifestando fenomeni come allodinia ed iperalgesia,
- La distribuzione del dolore è prevalentemente nei dermatomeri L1-L3 ed S2-S4,



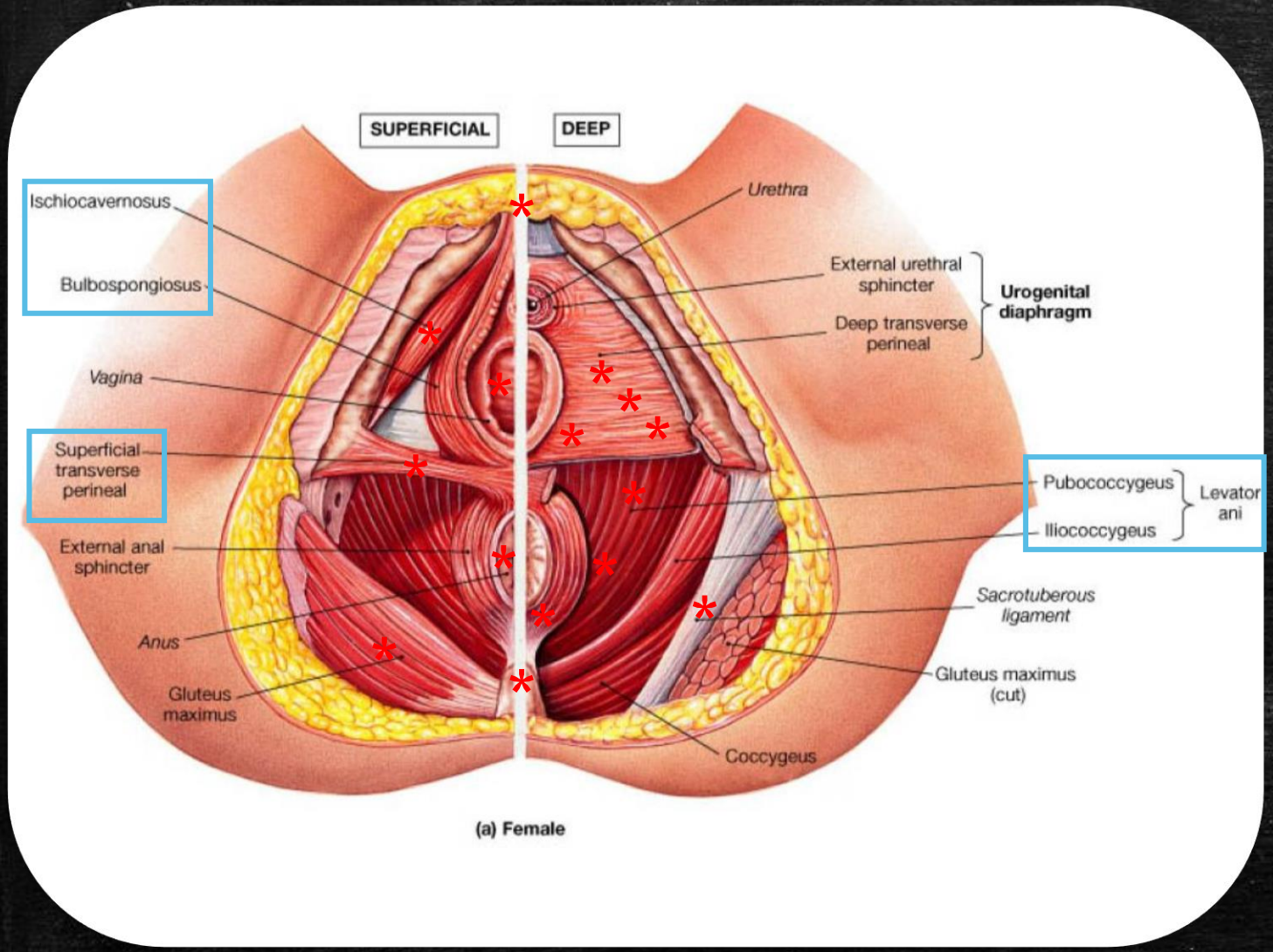
- La prevalenza di depressione maggiore in pz con CPPS è tra 30-54%, contro il 5-17% della popolazione generale.

DOLORE PELVICO CRONICO (CPPS)



- Nel CPPS, non viene coinvolto solo l'organo di partenza ma anche gli organi con innervazione dallo stesso metamero, i quali manifestano sintomi (x neuroinfiammazione) anche se non vi è una causa «organica». Questo fenomeno viene chiamato convergenza viscero-viscerale,
- Per questo motivo al dolore si accompagnano frequentemente disturbi vescicali, intestinali e sessuali ed anche disturbi emozionali,
- Denominatore comune nella CPPS è il coivolgimento della muscolatura del pavimento pelvico, per un meccanismo denominato convergenza viscero-somatica.
- L'iperattivazione dei motoneuroni α delle corna anteriori da parte di interneuroni dei mielomeri corrispondenti ai visceri caratterizzati da infiammazione cronica, determina ipertono della muscolatura del pavimento pelvico.

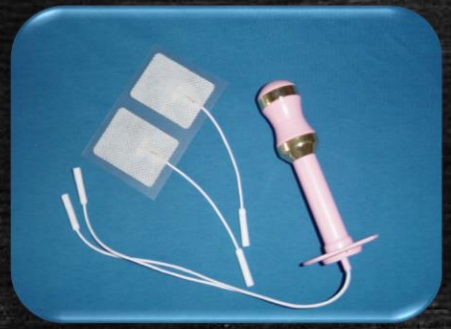
DOLORE PELVICO CRONICO (CPPS)



- Sindrome disfunzionale del pavimento pelvico,
- Sindrome correlata al fenomeno della convergenza viscero-somatica,
- Ipertono della muscolatura del pavimento pelvico con presenza di Trigger points specifici, accompagnato da disturbi sessuali, urinari e rettali con conseguenze psicologiche e sulla qualità di vita.

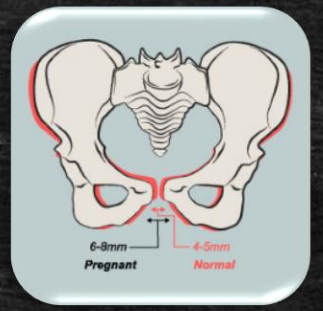
DOLORE PELVICO CRONICO (CPPS): TRATTAMENTO

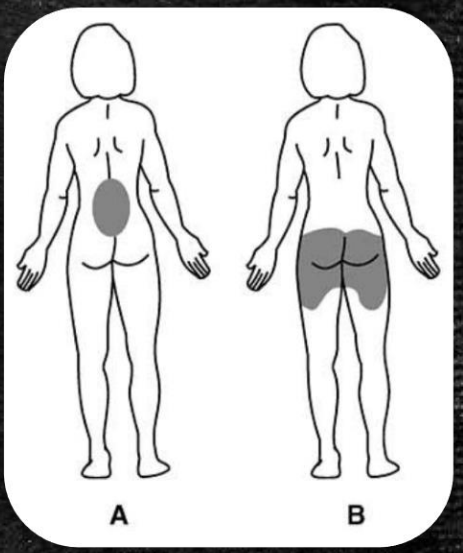
- Chinesiterapia perineale, Rieducazione posturale globale (RPG),
- Trattamento manuale endocavitario o esterno dei trigger points (pavimento pelvico, trasverso dell'addome, obliquo, piriforme). Autotrattamento,
- Elettroterapia:
  - ✓ Funzionale (FES)
  - ✓ Biofeed back vescico-sfinterico-perineale (sonde vaginali);
  - ✓ Elettrostimolazione del nervo tibiale posteriore (innervato da L4, L5, S1, S2,S3) secondo Stoller
  - ✓ Elettroagopuntura
- Ultrasuonoterapia perineale,
- Terapie interventistiche:
  - ✓ Agopuntura
  - ✓ Infiltrazioni di tossina botulinica
  - ✓ Blocco gangliare del simpatico, nervoso periferico, del plesso ipogastrico superiore
  - ✓ Neuromodulazione sacrale
- Terapia cognitivo comportamentale,
- Terapia farmacologica (attivi contro il dolore neuropatico, antidepressivi, miorilassanti).



DOLORE PELVICO & GRAVIDANZA

- 50-75% delle gravide soffre di dolori pelvici posteriori ed anteriori (3° trimestre).
- Il dolore deriva prevalentemente dal rachide lombosacrale, dalle sacroiliache e dalla sinfisi pubica.

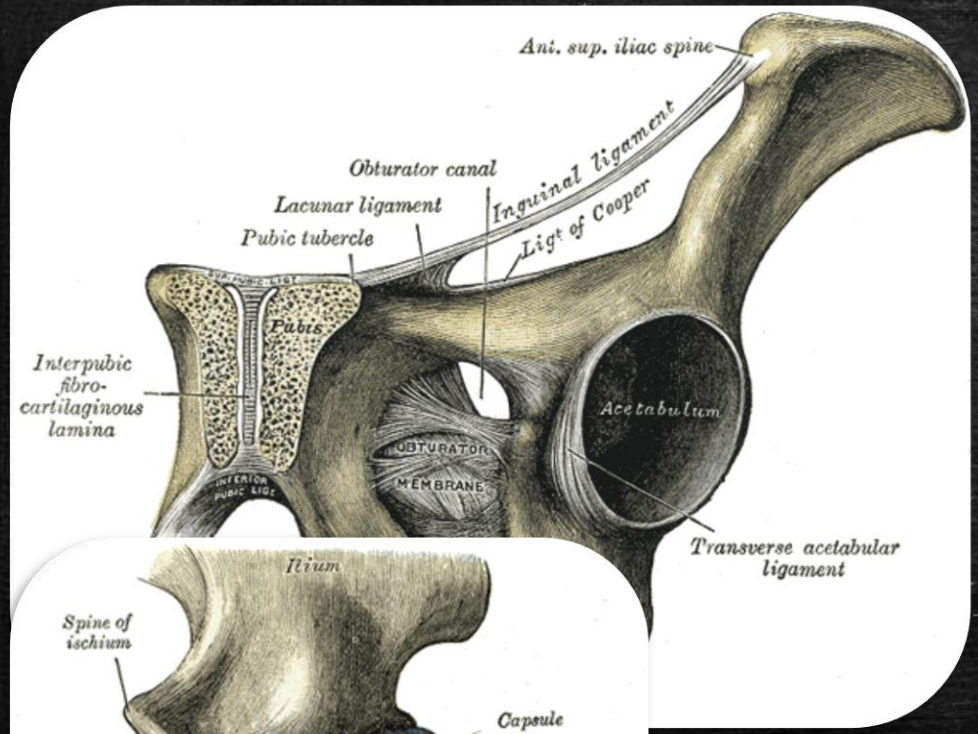


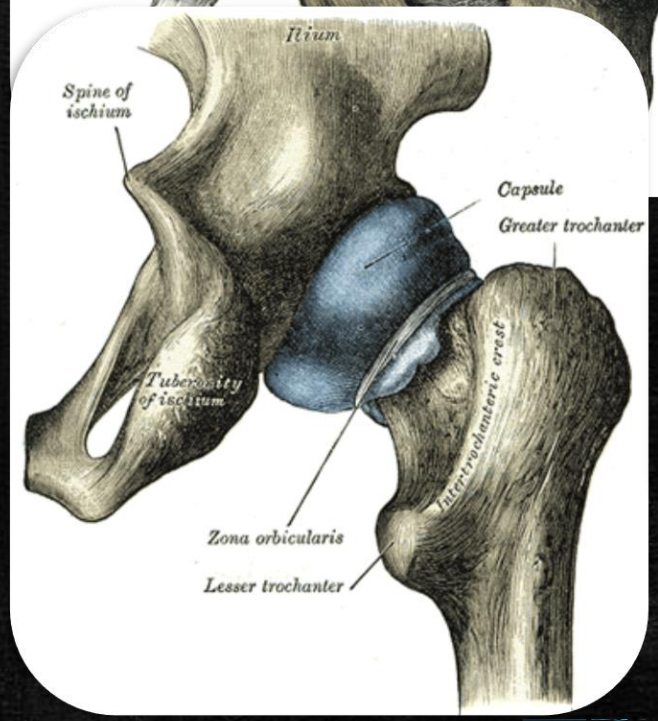


- Le cause sono sia meccaniche che ormonali.
- La fisiologica lassità legamentosa può favorire l'instabilità della sinfisi.
- In questa fase la donna è più suscettibile ai traumi.
- In alcuni casi l'instabilità permane anche dopo il parto facilitando l'insorgenza di osteite pubica.

- *Forrester M. Low back pain in pregnancy. Acupunct Med 2003 21: 36-41*

PATOLOGIE ARTICOLARI

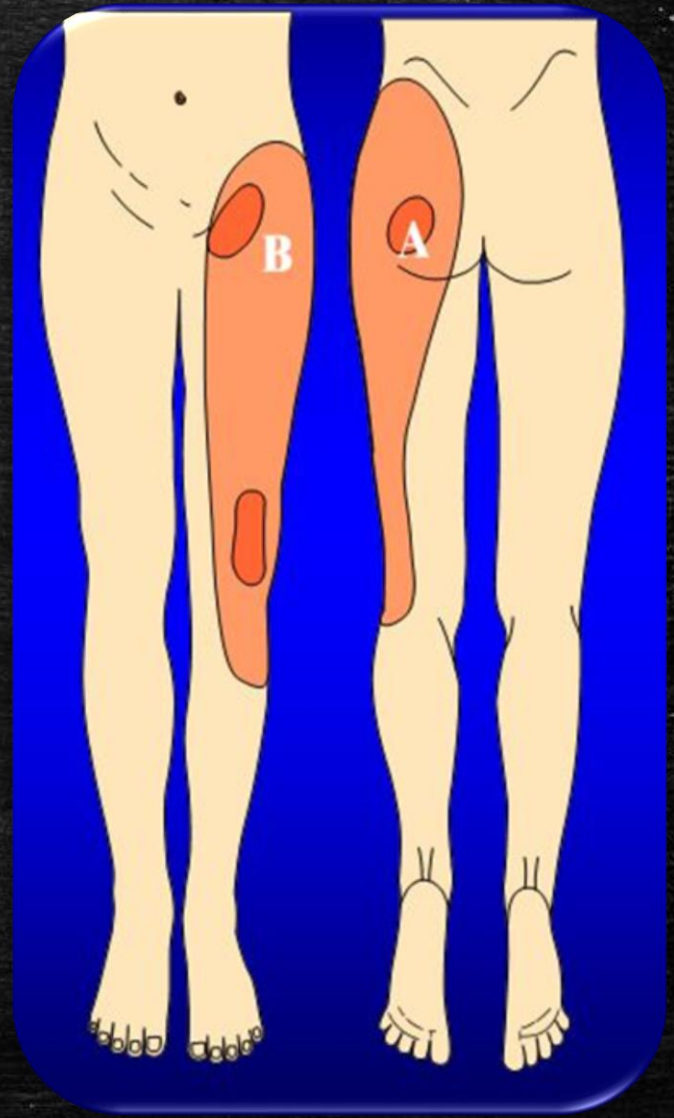




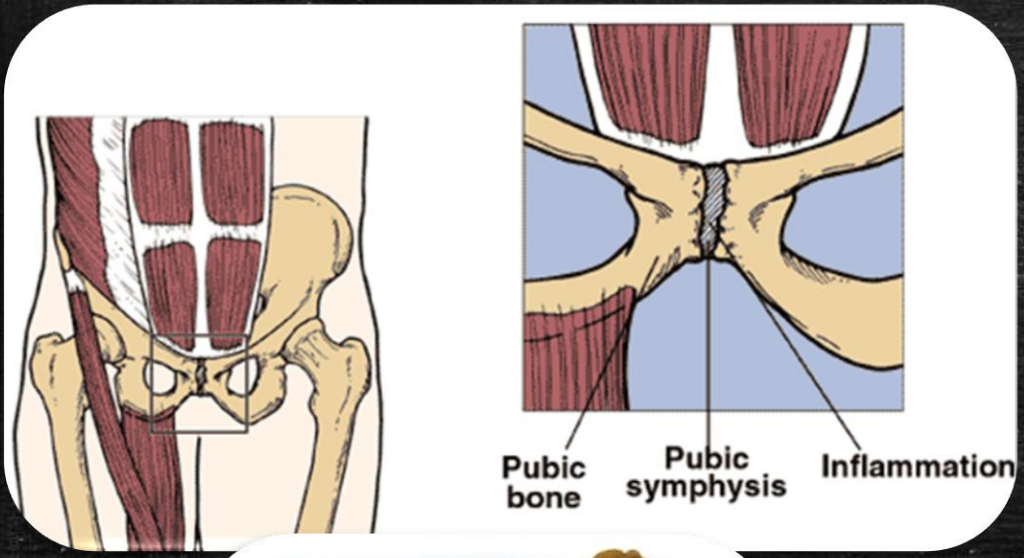
- Coxartrosi, osteite pubica, artropatia delle sacroiliache: patologie articolari cronico/ degenerative,
- Molto frequente all'anca (2° distretto interessato, 100.000/anno ATA in Italia), meno alla sinfisi pubica,
- La coxartrosi colpisce F>>M, spesso bilaterale; l'osteite pubica è frequente in certi sport e la gravidanza è un fattore predisponente,
- Fattori di rischio: età, genetica, obesità, fattori meccanici (traumi, displasia congenita dell'anca, artrite, epifisiolisi, Perthes, necrosi asettica), dismetabolismi, gravidanza.

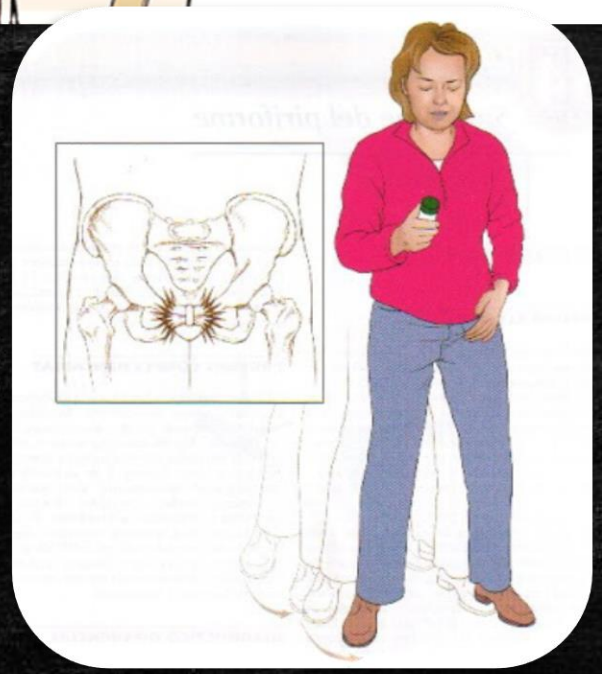
COXARTROSI

- Dolore
- Limitazione funzionale (anca flessa, addotta ed extraruotata)
- Zoppia di fuga
- Iperlordosi lombare



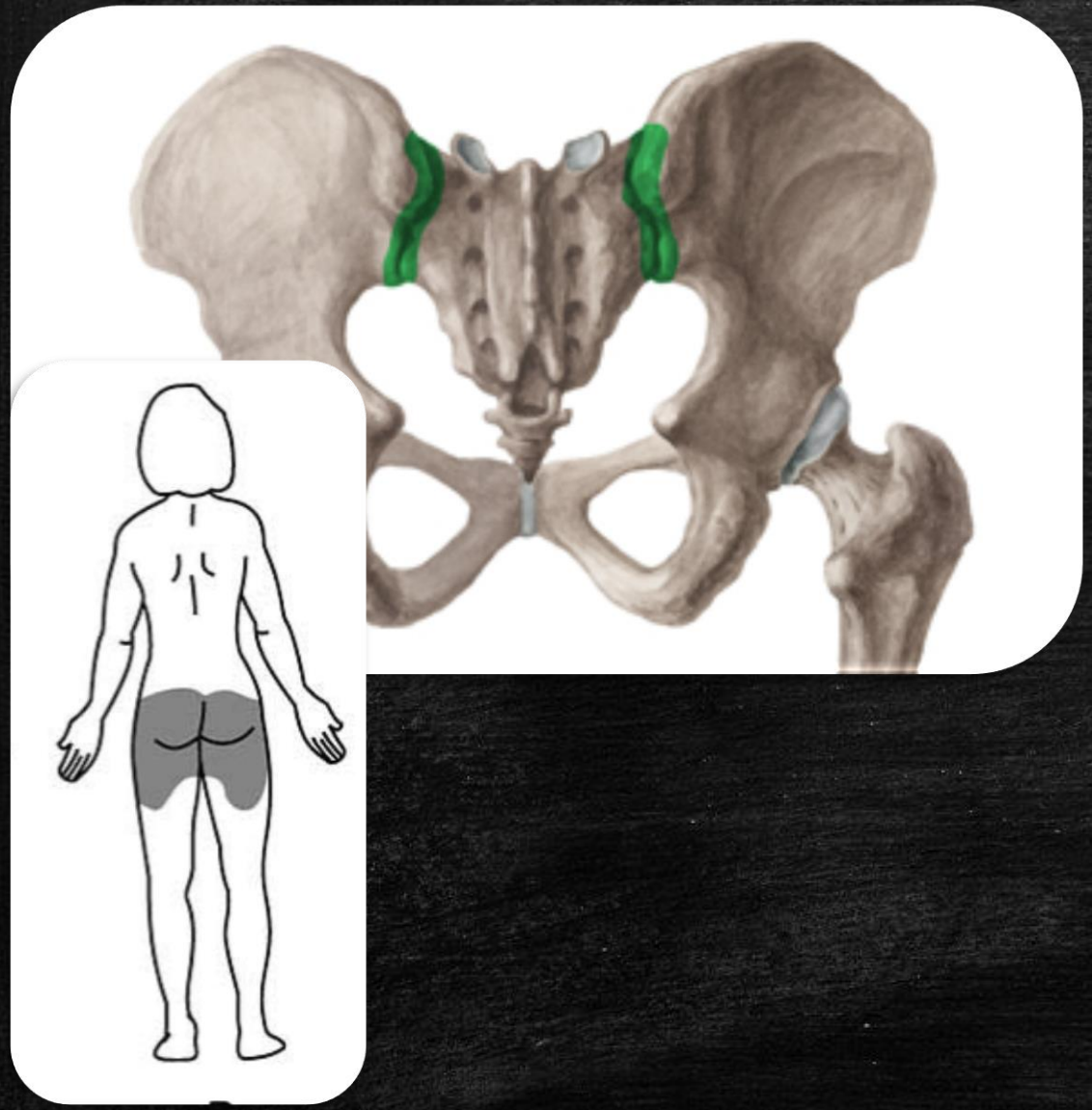
OSTEITE PUBICA





- Artropatia degenerativa della sinfisi pubica comune negli sportivi (calciatori, podisti, cestisti..)
- Dolenzia in sede di sinfisi a volte irradiato all'inguine o in zona perineale in stazione monopodalica.
- Causata da microtraumi ripetuti di taglio e torsione che determino instabilità della sinfisi che a lungo andare determina lesione e degenerazione della fibrocartilagine.
- Fattori predisponenti: ipertono degli adduttori rispetto agli addominali, accorciamento dell'ileopsoas, limitazione funzionale di anca e sacroiliaca, dismetria agli arti inferiori, anomalie nell'appoggio plantare, gravidanza.

ARTROPATIA SACROILIACA

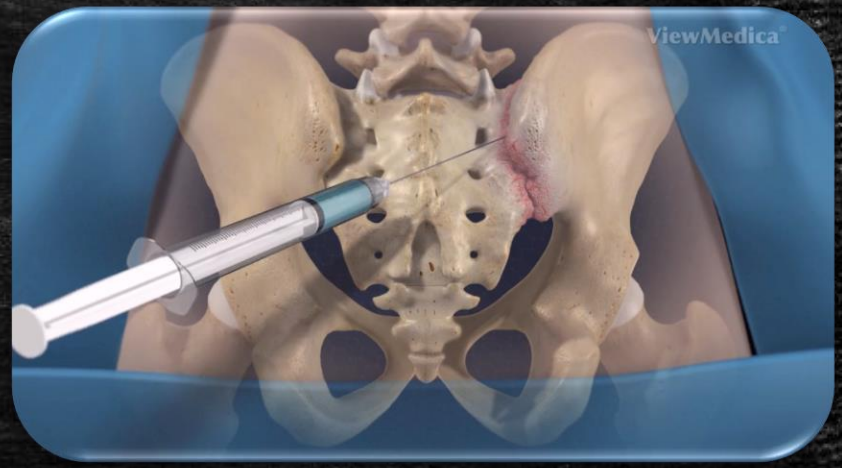


- Dolore lateralmente al passaggio lombosacrale,
- Prevalentemente monolaterale,
- Di tipo degenerativo/meccanico (artrosi) o reumatico infiammatorio (sacroileite),
- Irradiazione tipo sciatica «mozza».

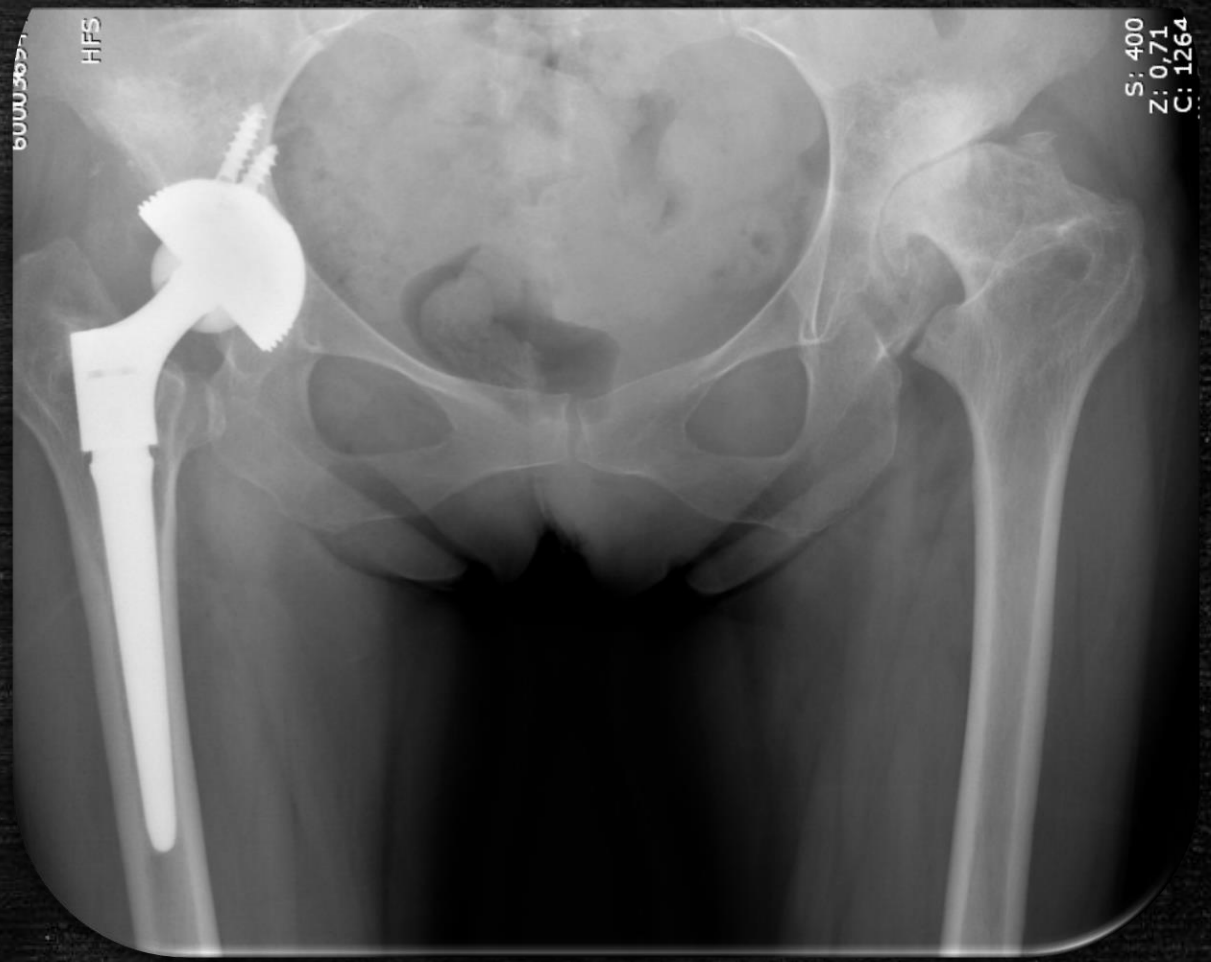
TRATTAMENTO CONSERVATIVO

- FKT: ET, terapia manuale e strumentale

- Terapia infiltrativa ecoguidata:
  - Acido Ialuronico (HA)
  - Cortisonici
  - PRP



TRATTAMENTO CHIRURGICO



CONFLITTO FEMORO-ACETABOLARE

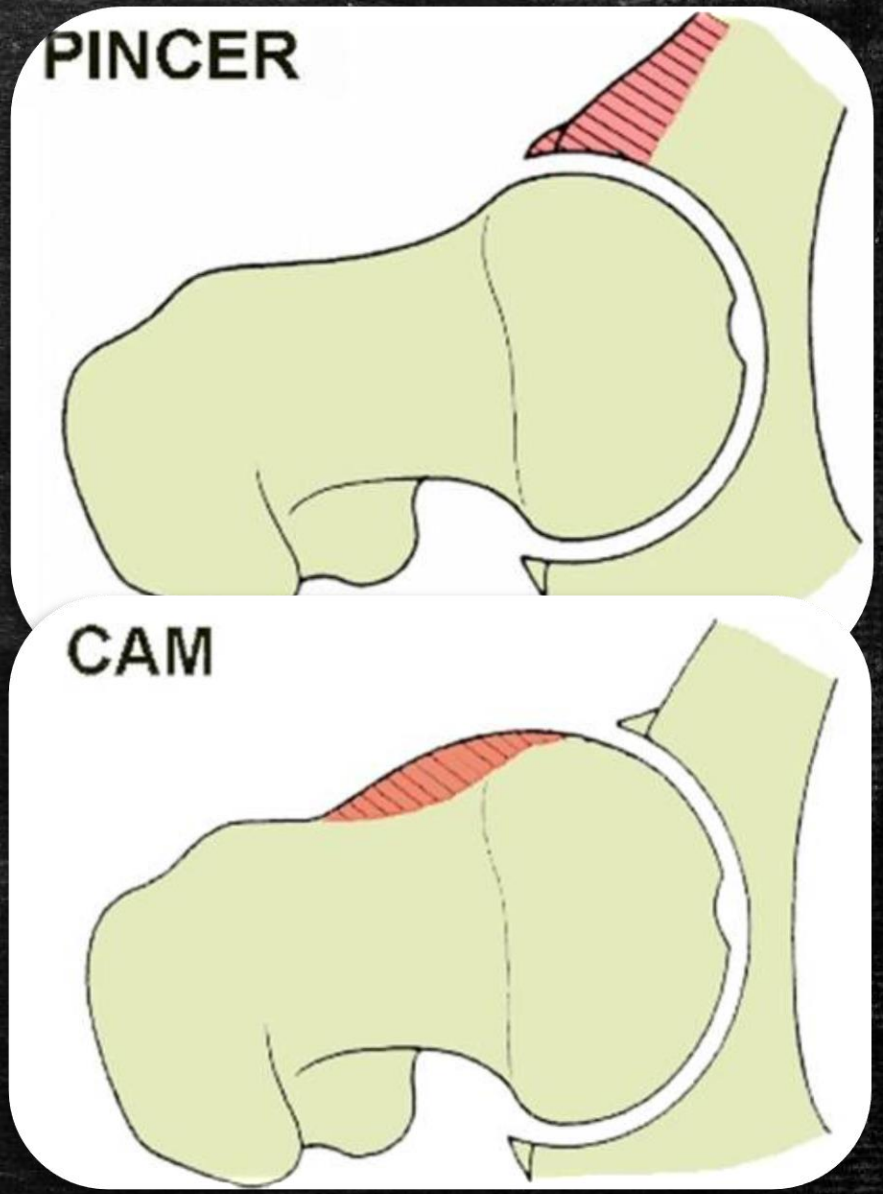
- Il conflitto femoro-acetabolare (o FAI, femoro-acetabular impingement) consiste nella non perfetta conformazione di acetabolo e/o testa femorale, che determina un conflitto tra le due componenti durante l'escursione articolare.

- Il conflitto porta ad una progressiva lesione del labbro acetabolare, con una riduzione nella produzione di liquido sinoviale e ad un danno cartilagineo che nel tempo può favorire l'insorgenza di artrosi.

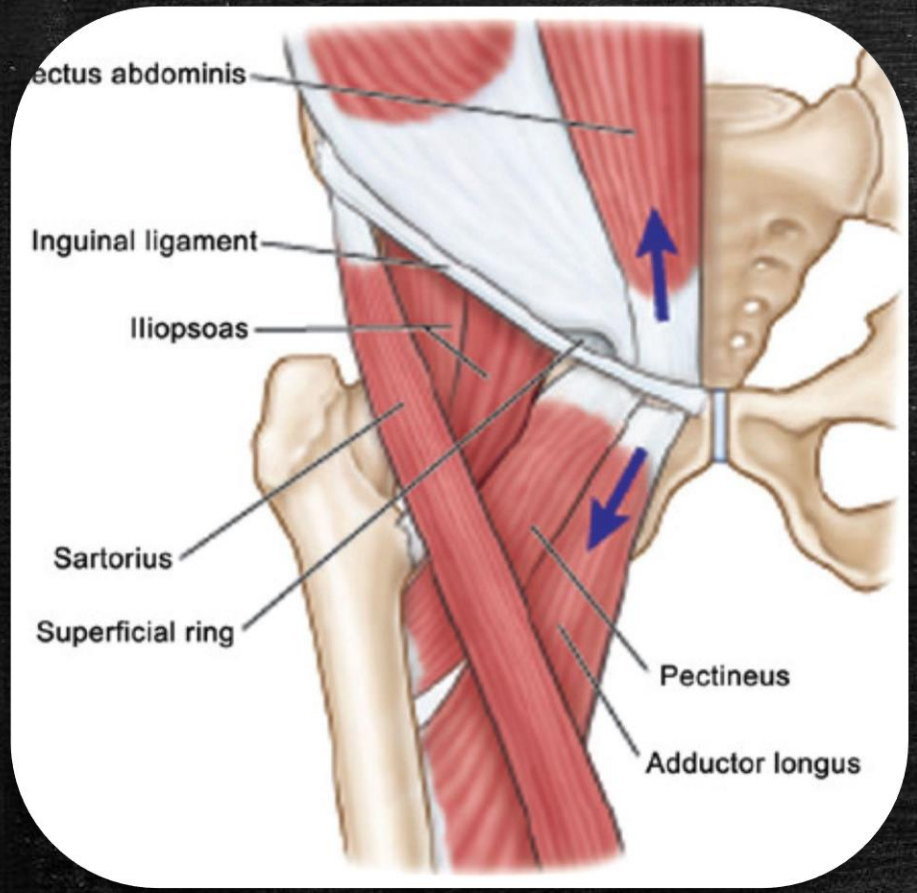
  - ✓ Tipo *Pincer:* eccessiva copertura della testa femorale da parte del tetto acetabolare (Coxa profunda); esordisce più avanti F>M; determina prevalentemente lesione del labbro.

  - ✓ Tipo *Cam:* da un'anomalia morfologica della giunzione testa-collo femorale con perdita della concavità. M>F; esordio precoce; progressiva lesione della cartilagine e del labbro.

- Il trattamento è inizialmente conservativo (FKT, infiltrazioni ecoguidate); nelle forme severe: Artroscopia d'anca o mini-open

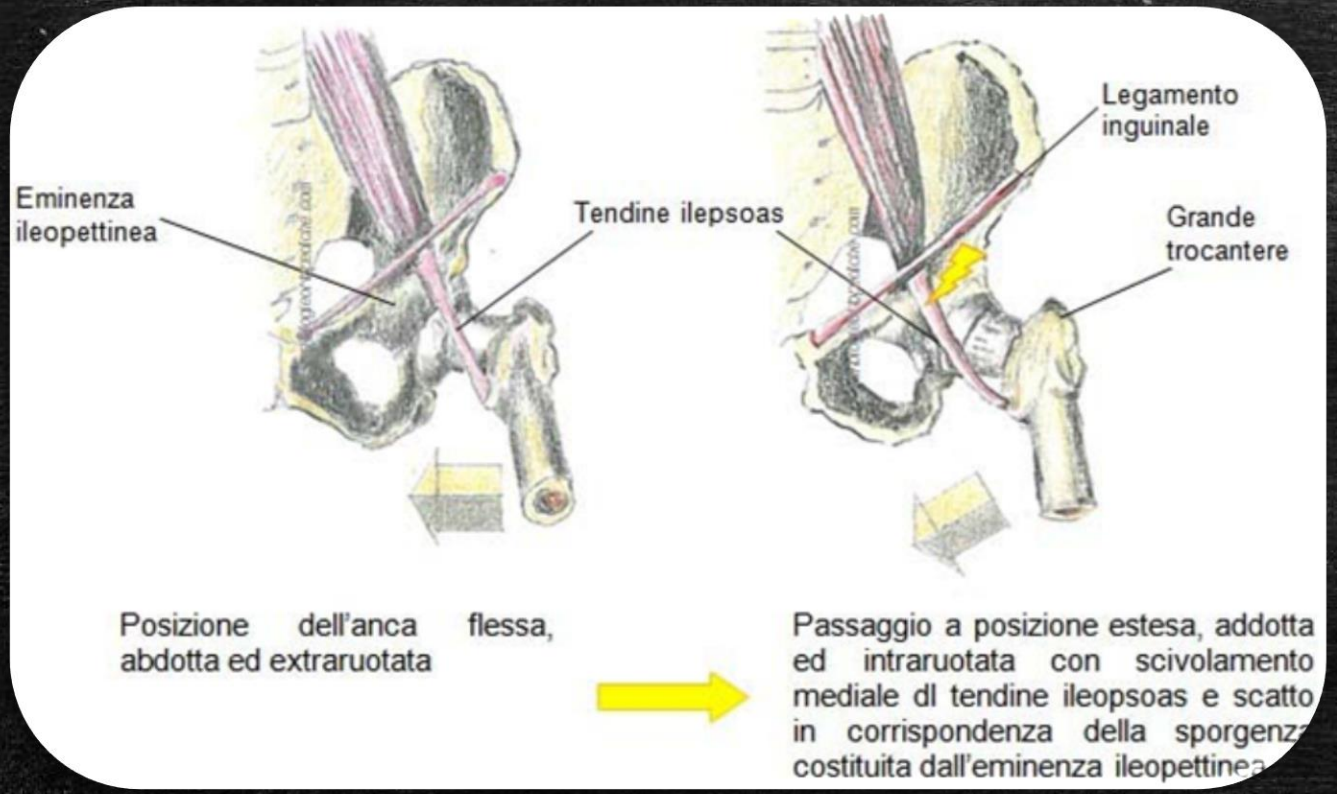


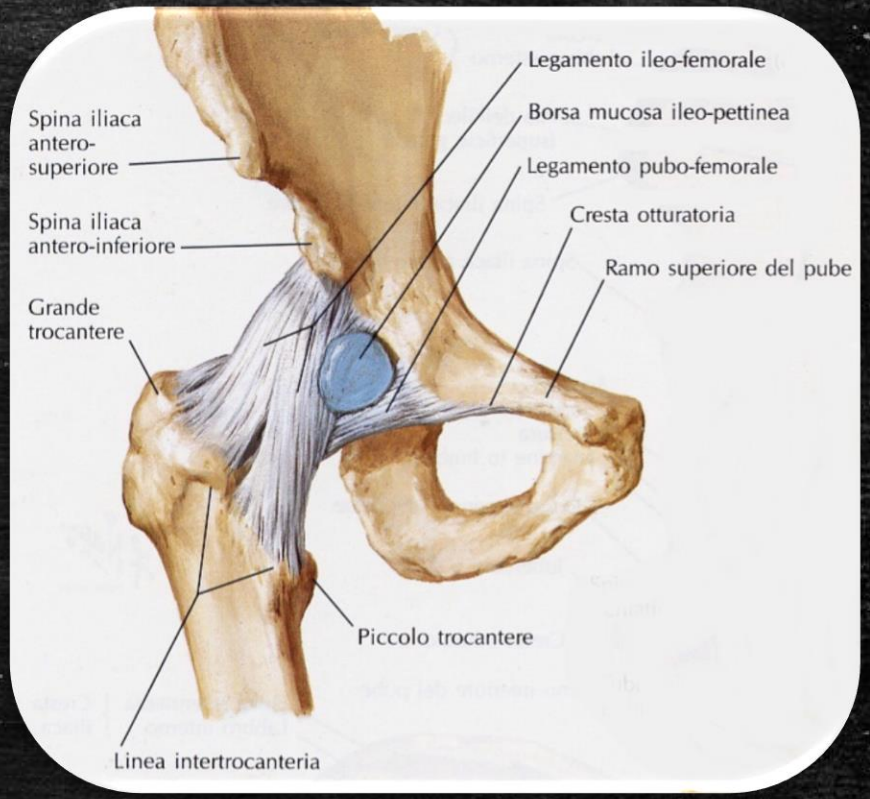
PATOLOGIE TENDINEE



- Legate spesso all'attività sportiva,
- La tendinopatia di maggior riscontro è quella a carico dell'adduttore lungo, la cui eziologia è sostanzialmente basata su di un meccanismo di overuse,
- Alla tendinopatia dell'AL è spesso associata ad una simile situazione a carico del retto addominale,
- Un altro tendine frequentemente interessato è l'ileo-psoas (colpisce ballerine e ginnaste in particolare).

ANCA A "SCATTO" ANTERIORE

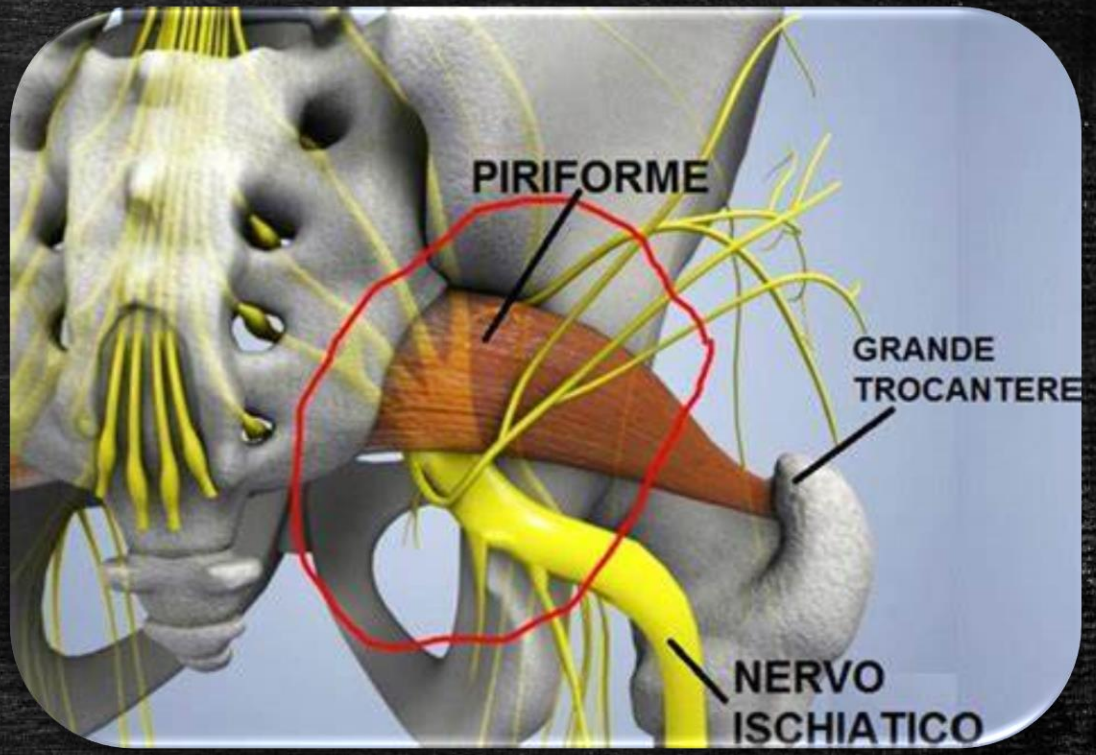




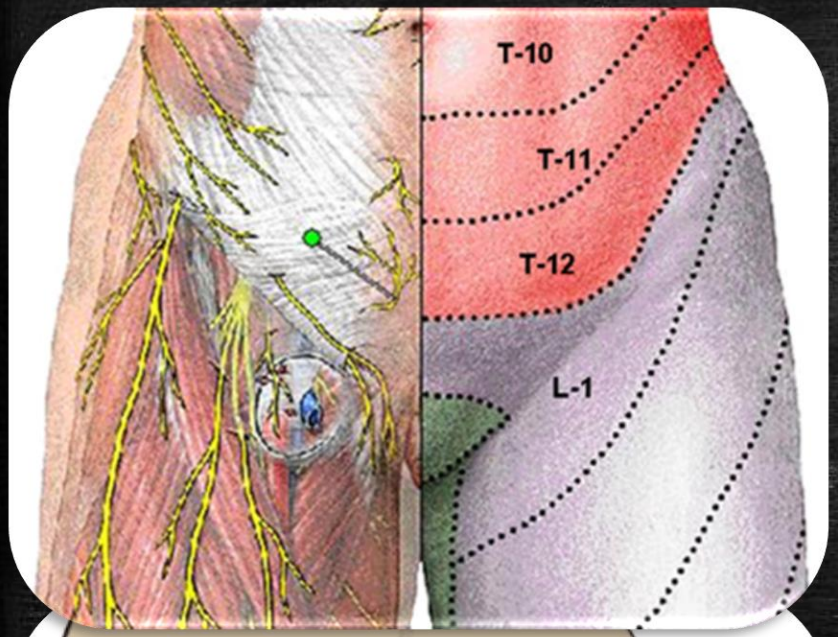
- Dovuta ad un attrito tra il tendine dell'ileopsoas con l'eminenza ileo-pettinea quando si passa da una posizione di flessione-abduzione-extrarotazione dell'anca ad una di estensione-adduzione-intrarotazione,
- L'anca a scatto anteriore può causare dolore anteriore di anca irradiato all'inguine con sensazione di "scatto" palpabile e a volte udibile,
- Se il problema cronicizza può dare origine a tendinopatia e/o borsite dell'ileopsoas.

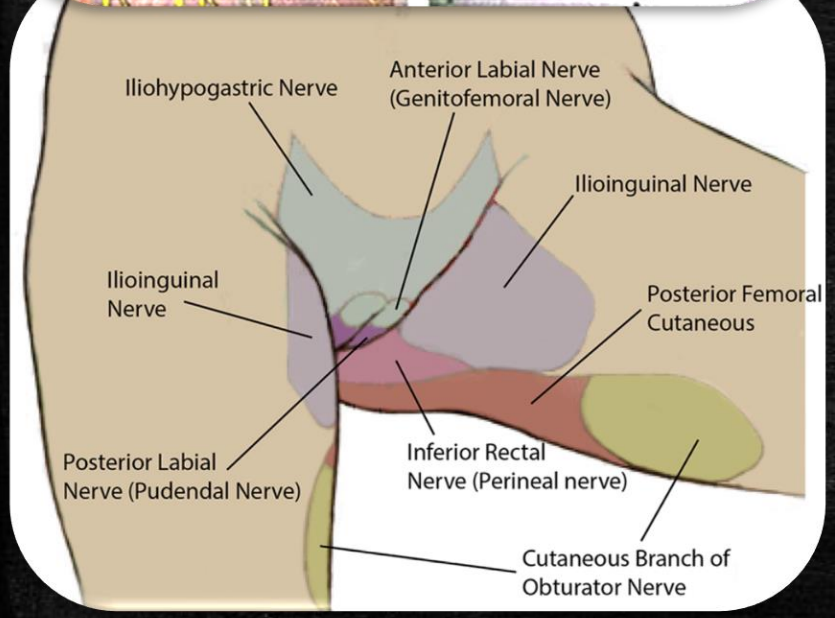
SINDROME DEL «PIRIFORME»

- Muscolo extrarotatore/abduttore di anca,
- A stretto contatto con il nervo sciatico,
- F>M, monolaterale,
- Cause: contrattura, ipertrofia o stress funzionale (sindrome da somatizzazione/fibromialgia),
- Dolore gluteo irradiato al rachide lombare e alla coscia posteriore, difficoltà alla postura seduta ed ad accavallare le gambe,
- Trattamento conservativo: (FKT; infiltrazioni ecoguidate; Miorilassanti, Neutrofici ed antidepressivi.



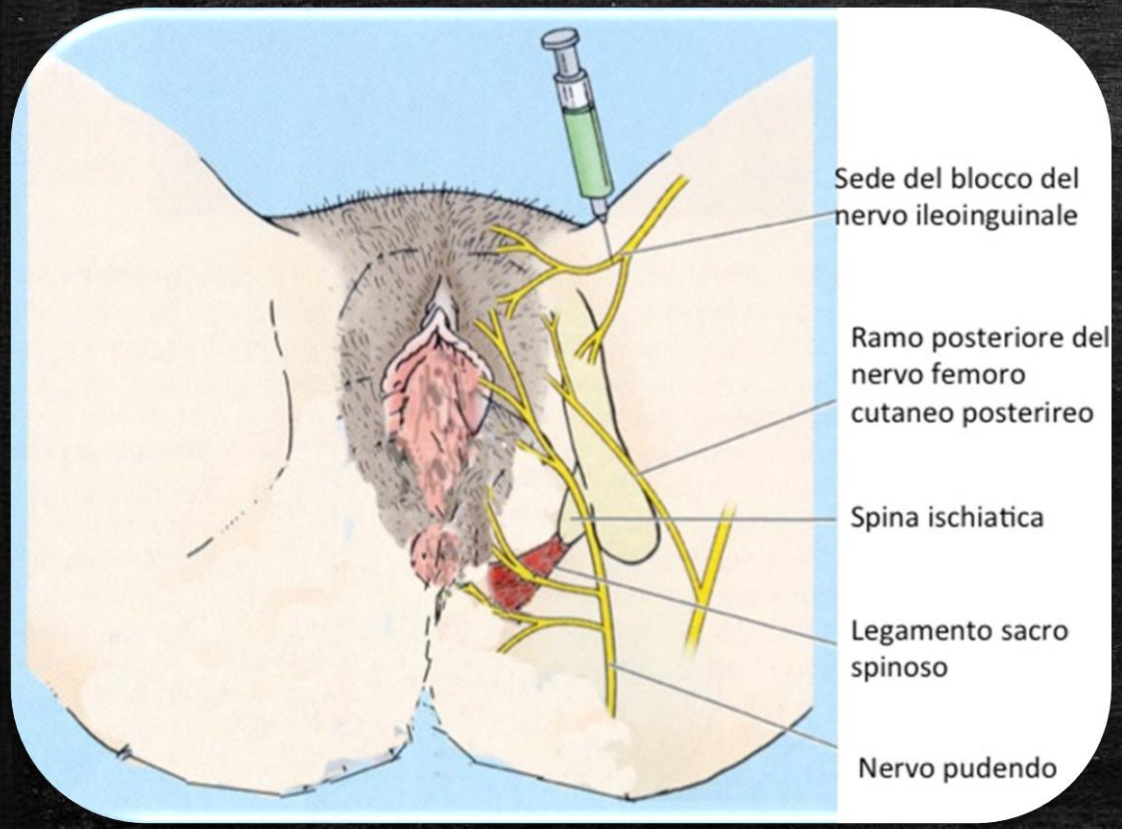
CAUSE NEUROLOGICHE





- Radicolopatia L2-L4 sostenuta da protrusione/ernia discale,
- Radicolopatia S2-S4 per cisti di Tarlow,
- Sindrome da intrappolamento di nervo periferico: Nervo ileo-inguinale, genito-femorale, otturatorio, femorale, femoro-cutaneo, pudendo,
- Di solito monolaterale, raramente bilaterale,
- Sintomi e segni neurologici: deficit motori, sensitivi, parestesie, disestesie, dolore neuropatico.

CAUSE NEUROLOGICHE



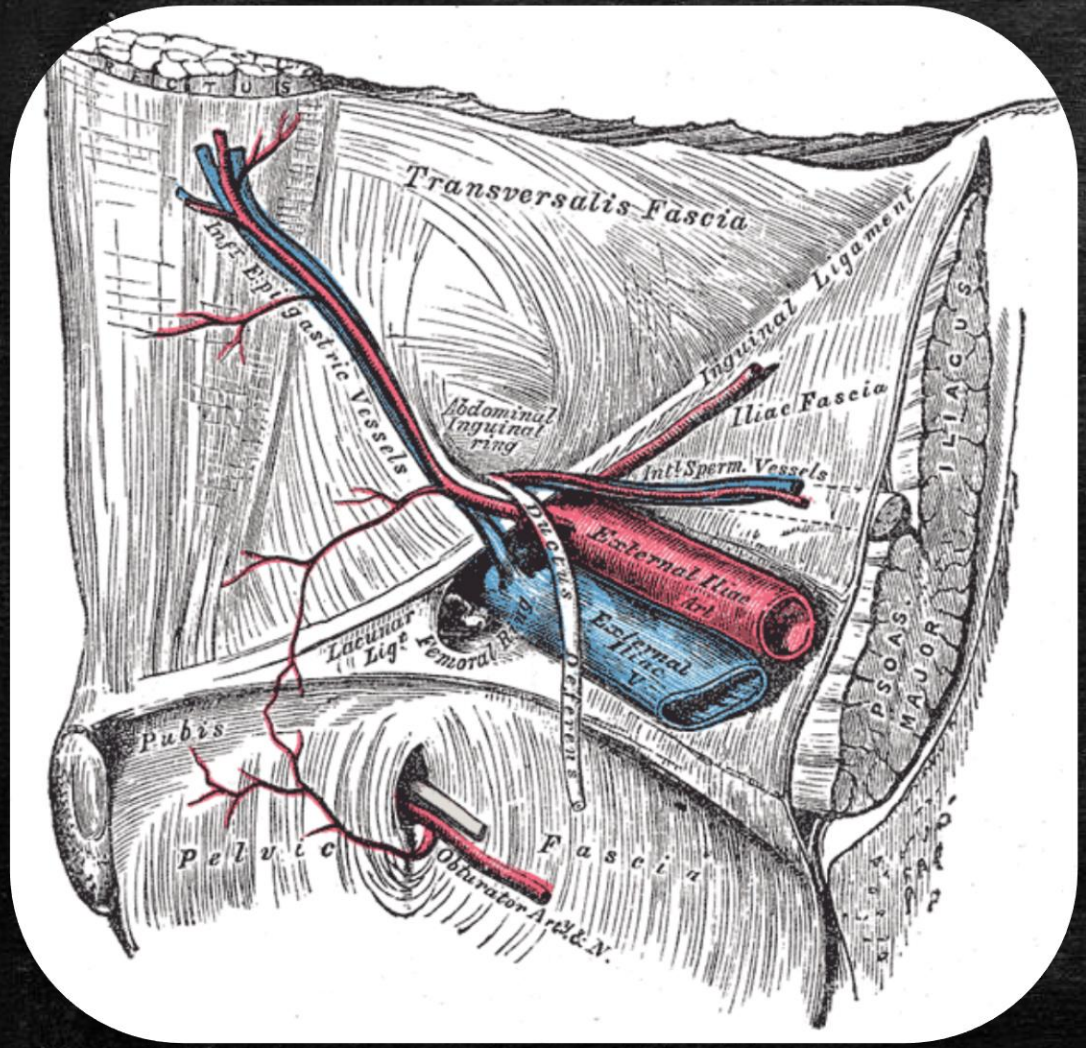
- Il trattamento è per lo più conservativo:
  - Integratori Neurotrofici (Vitamine B1, B6, B12, L-AcetilCarnitina, Acido α-Lipoico, SuperOssidoDismutasi, Palmitoiletanolamide)
  - Farmaci Anticonvulsivanti (Gabapentin 900-3600 mg, Pregabalin 150-600 mg)
  - Antidepressivi Triciclici (Amitriptilina 50-100 mg/dì in 2-4 somministrazioni)
  - Oppiacei deboli (Tramadolo, Ossicodone + Naloxone…)
  - Tapentadolo (Mor-NRI) 1 cp 50-250 mg x 2/dì

  - In caso di flogosi acuta: Metilprendisolone 4-32 mg/dì, Prednisone 5-50 mg/dì, Deflazacort 6-90 mg/dì

  - Terapia infiltrativa locale con blocco anestetico (con o senza cortisone)

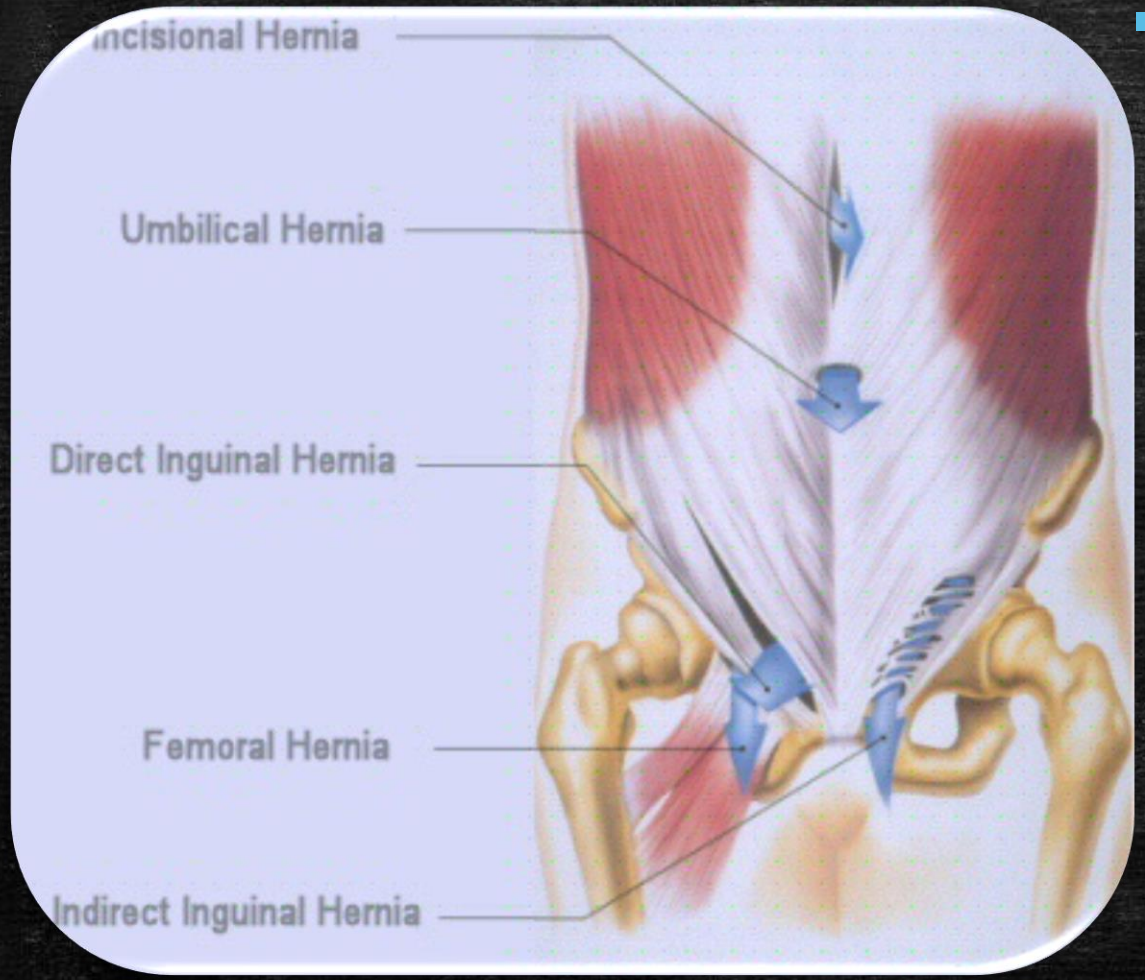
  - Terapia Fisica: Laser, Elettroanalgesia (InterX)

PATOLOGIA DELLA PARETE ADDOMINALE



- Ernia inguinale

PATOLOGIA DELLA PARETE ADDOMINALE



- Ernia inguinale nella donna (F<M):
  - ✓ Raramente le ernie sono voluminose, spesso sintomi vaghi.
  - ✓ Spesso ernie sintomatiche ma non palpabili non vengono diagnosticate.
  - ✓ L'ernia obliqua esterna è quella più frequente, poi la crurale.
  - ✓ DD con lipomi o fibromiomi del legamento rotondo, endometriosi, cisti del canale di Nuck.

TAKE HOME MESSAGES

- Il dolore pelvico cronico rappresenta un importante sfida per lo Specialista, tanto che molto spesso la causa rimane sconosciuta,

- L'approccio multidisciplinare è spesso necessario, coinvolgendo Ginecologo, Urologo, Gastroenterologo, Fisiatra, Ortopedico, Chirurgo generale,

- Alcune patologie come fibromialgia, depressione o sindrome da somatizzazione possono esserne la causa, ma spesso ne sono la conseguenza,

- La diagnosi deve essere quanto più precisa al fine di impostare il miglior percorso terapeutico. L'anamnesi e la clinica sono fondamentali,

- L'approccio è prevalentemente conservativo basato su un approccio multidisciplinare fisioterapico, farmacologico e psicoterapico.

Grazie dell'attenzione

www.dottorvalent.it