

L'approccio osteopatico nel trattamento di donne con Dolore Pelvico Cronico (DPC)

Autrice: Melicien A. Tettambel, DO

Estratto

Il Dolore Pelvico Cronico (DPC), benché sia una problematica ginecologica di cui soffre il 5% delle donne americane, è caratterizzato da una molteplicità di diagnosi differenziali che lo rendono denominatore comune di parecchie sindromi mediche -alcune delle quali con indicazioni chirurgiche- così come di problematiche di tipo osteomuscolare e disfunzioni somatiche.

Si tratta di una sindrome che affligge prevalentemente le donne per via dei maggiori adattamenti a cui il corpo viene sottoposto nell'arco della vita. Questi adattamenti hanno inizio con l'amenorrea e la conseguente ciclicità ormonale, proseguono con importanti alterazioni biomeccaniche durante la gravidanza, stress psicologico, ulteriori modifiche della silhouette mentre i figli crescono, per concludere con ulteriori modifiche durante la menopausa.

Il DPC viene affrontato nella Medicina Tradizionale dal punto di vista fisioterapico, farmacologico, chirurgico.

L'importanza attribuita all'interrelazione e reciprocità tra corpo/mente/spirito, alla base della Medicina Integrativa o Non Convenzionale, fa sì che il Trattamento Manipolativo Osteopatico (OMT) diventi un valore aggiunto e in molti casi risolutivo per questa sindrome che interessa le donne nel periodo che intercorre tra il parto e la menopausa.

Background

La filosofia osteopatica ricerca il benessere attraverso la conoscenza dell'interrelazione esistente tra struttura e funzione e l'identificazione della priorità nell'origine disfunzionale che è causa del problema. L'osteopatia applicata ai casi di dolore pelvico femminile offre quindi un approccio globale che prende in considerazione i fattori psicofisici e sociali che nel tempo potrebbero condurre a una cronicità algica.

La donna, durante la vita riproduttiva, percepisce il dolore dovuto a cause emotive collegate a stimoli nocicettivi. Questa particolare modalità nella percezione del dolore è una combinazione di segnali periferici (carattere/personalità, casualità delle circostanze, cultura, esperienze personali) integrati con il Sistema Nervoso Centrale. Il corpo femminile, progettato per ruoli potenziali di gravidanza e assistenza, deve quindi essere in grado di sopportare e superare svariate e differenti forze/tensioni che vanno dall'ambito ginecologico a quello strutturale.

Durante la gravidanza il corpo della donna cambia per accogliere la crescita del feto (Figura 1).

Dopo il parto il corpo continua ad adattarsi al suo ruolo di assistenza (prendendo in braccio bambini, portando borse della spesa, sollevando disabili o persone anziane della famiglia).

Essendo quindi moltissime le occasioni in cui il sistema osteomuscolare viene messo sotto pressione, sia in termini di forza che di stabilità, l'insorgenza di dolore e/o disfunzioni a carico del bacino diventano legittime.



Figura 1.

Modificazione nell'anatomia del bacino femminile per accogliere la crescita del feto

Discussione

Incidenza e prevalenza del Dolore Pelvico Cronico

Il DPC, frequente nella casistica clinica ginecologica, è definito ciclico o aciclico quando è localizzato nel bacino e persiste per 6 mesi o più, raggiungendo talvolta livelli di dolore così invalidanti da richiedere un intervento farmacologico o chirurgico (o con entrambe le modalità).¹

Poiché il DPC è la problematica per cui il 10% delle donne richiede un consulto ginecologico (a fronte del 40% di richieste di laparoscopia e del 10-15% di richieste di isterectomia) diventa chiaro come possa essere considerato un problema significativo che riguarda la Salute pubblica.^{2,3}

Ad una donna su sette viene diagnosticato il DPC ad eziologia ignota.⁴

L'incidenza e la prevalenza del DPC negli Stati Uniti non sono ancora state scientificamente provate anche se si stima che circa il 5% delle donne americane siano colpite da questa sindrome, con un aumento che arriva a raggiungere il 20% in quelle pazienti con precedenti di malattie di tipo infiammatorio a carico della regione pelvica.⁵

Modificazioni anatomiche e strutturali come cause eziologiche

Il DPC può derivare da più fattori eziologici quali l'endometriosi, i postumi di PID (*trad: Sindrome Infiammatoria Pelvica*), cisti ovariche, congestione vascolare pelvica, sindrome da dolore miofasciale, sindrome del colon irritabile, cistite interstiziale, nefrolitiasi, dismenorrea primaria, alterazioni posturali, malattie muscolo-scheletriche e disfunzioni somatiche.¹⁻⁷

Il corpo femminile e il bacino sono soggetti a considerevoli cambiamenti strutturali.

Nel periodo dello sviluppo e negli anni successivi al menarca il bacino si allarga, i muscoli dei glutei si tendono e si assiste ad una rotazione interna delle anche che talvolta determina una traslazione laterale delle rotule. Durante le attività sportive le ragazze subiscono danni a ginocchia e caviglie che possono essere ricondotti alla lassità legamentosa derivata dalle influenze ormonali del ciclo mestruale.

Alcuni di questi danni potrebbero in seguito pregiudicare l'andatura contribuendo all'insorgenza del dolore pelvico strutturale.

La persistente rotazione interna del femore potrebbe invece alla lunga influenzare la funzionalità del diaframma pelvico con conseguente rischio di stress da incontinenza urinaria. La gravidanza (figura 1) e/o l'aumento di peso sono altrettanti fattori di rischio.

Per assicurare un corretto equilibrio in ortostasi le rotule, in soggetti esenti da patologie e/o disfunzioni, dovrebbero essere posizionate in proiezione del secondo dito del piede. In molte donne, a causa della

traslazione laterale rotulea, potrebbe verificarsi la perdita di mobilità della caviglia con conseguente appiattimento dell'arco plantare. Durante la gravidanza, con l'aumento del peso, intervengono a carico degli arti inferiori notevoli cambiamenti strutturali che potrebbero portare ad un indebolimento nell'incedere e possibili algie a livello pelvico per via dello sforzo gravitazionale.

Poiché le donne generalmente hanno legamenti più lassi degli uomini devono incrementare la forza muscolare affinché vi sia stabilità tra le articolazioni. Muscoli potenti (*ndt: a livello del bacino*) stabilizzano le articolazioni, riducono gli infortuni e aumentano la facilità di movimento. Sebbene la lassità legamentosa pelvica sia auspicabile in gravidanza per facilitare il parto, una persistente lassità dopo la gravidanza potrebbe tuttavia provocare nel tempo un prolasso vaginale e/o una congestione venosa.

L'osso sacro è mantenuto tra le ossa iliache per mezzo di legamenti. Cadere sui glutei o avere un trauma a livello del bacino potrebbe quindi limitare la mobilità sacrale e generare dolore pelvico a causa dell'eccessiva tensione dei legamenti uterini e/o perineali.

In questo caso, la donna non sottoposta a Trattamento Manipolativo Osteopatico (OMT) potrebbe andare incontro a dispareunia (*vaginismo*).

La metà inferiore del corpo ha più muscoli rispetto alla metà superiore. Poca tonicità muscolare determina un incremento della lordosi lombare e una forte inclinazione pelvica verso l'anteriorità con conseguente pressione dei visceri nella cavità pelvica. La gravidanza aumenta la lordosi lombare mentre l'incremento della cifosi toracica è dovuto per lo più all'aumento di peso del seno.

Se le tensioni muscolari e legamentose non venissero riarmonizzate dopo il parto, una postura non corretta potrebbe contribuire all'insorgenza di dolori pelvici.

L'equilibrio ormonale raggiunto dopo una gravidanza riduce la sindrome pre-mestruale e favorisce la salute delle ossa. Gli estrogeni infatti rafforzano le ossa senza aumentare la massa muscolare o la forza. L'esercizio fisico, interagendo con gli estrogeni, contribuisce nello stabilizzare le ossa durante gli anni della pre-menopausa e successivamente.

Dopo la menopausa si assiste ad una progressiva riduzione nella produzione di estrogeni e all'indebolimento del pavimento pelvico con la possibile predisposizione all'incontinenza urinaria associata a dispareunia (*rapporti sessuali dolorosi*) negli anni post menopausa. Modifiche a livello delle curve nella colonna vertebrale, perdita della fisiologica lordosi lombare o una marcata cifosi toracica potrebbero diventare fattori di rischio di prolasso degli organi situati nella cavità pelvica.⁸

Questi ultimi (Figura 2) sono funzionalmente collegati tra loro tramite percorsi neurologici comuni oltre che dalla vicinanza nella collocazione topografica anatomica. Sintomi a intestino e vescica si accompagnano spesso a disturbi ginecologici come la dismenorrea e la vulvodinia. La lacerazione di un nervo situato nel plesso ipogastrico inferiore durante il parto, potrebbe provocare cambiamenti (nel processo di reinnervazione) tali da causare dolori viscerali anche a distanza di anni.

Quinn⁹ registrò l'improvviso sviluppo del nervo collaterale e la caotica distribuzione delle fibre nervose quando macule speciali vennero utilizzate sui vetrini campione istologici provenienti dal reparto di chirurgia pelvica ginecologica.



Figura 2.

Gli organi situati nella cavità pelvica hanno percorsi neurologici comuni

Traumi a livello del plesso ipogastrico inferiore (laparoscopia, chirurgia ginecologica, taglio cesareo, infezione pelvica, incidente automobilistico) potrebbero nel tempo causare DPC.

L'isterectomia può essere eseguita come trattamento chirurgico del DPC quando la rigenerazione del nervo lesionato da traumi precedenti è limitata all'utero.

Il Trattamento Manipolativo Osteopatico (OMT) rivolto alla normalizzazione della cavità pelvica e/o delle strutture in essa contenute (Figura 3) ha come fine quello di prevenire sindromi algiche future, incluso il DPC.

Le tecniche utilizzate per normalizzare la stabilità pelvica sono trattate in seguito, nella sezione "Coordinamento e gestione nell'integrazione dei trattamenti".



Figura 3.

Il Trattamento Manipolativo Osteopatico può essere d'aiuto nella prevenzione del dolore pelvico femminile mediante la normalizzazione della cavità pelvica e/o delle strutture in essa contenute.

Problematiche psicologiche

Le donne con DPC presentano frequentemente alterazioni psicologiche e storie di vita in cui hanno subito uno o più traumi che vanno dall'abuso sessuale a problemi familiari (come il divorzio), o in generale storie di violenza.¹⁰

Sebbene ciò che conduce la donna dal ginecologo sia principalmente la cronicità del dolore pelvico, alcune di esse, oltre a questa sindrome, evidenziano altri segni di malessere fisico dovuto allo stress: debolezza muscolare, spasmi, dolori derivanti da contratture o flaccidità muscolare, sindrome da affaticamento cronico, mal di schiena, dolori al viso, bruxismo, mal di testa, fibromialgia o un insieme di questi disturbi. Poiché molte donne tendono ad interiorizzare lo stress, la ripetuta alternanza tra tensione e flaccidità muscolare potrebbe causare l'intrappolamento di un nervo o l'alterazione della circolazione nei muscoli o in altre strutture del corpo.¹¹

Anche la variazione del peso è un fattore che potrebbe arrecare modificazioni nella postura e nell'andatura con i relativi disturbi somatici. Quando si portano pesi eccessivi si verifica un incremento delle curve della colonna vertebrale e contestualmente si sottopone ad una maggiore pressione il bacino e gli arti. Una donna che perde peso a causa dello stress vede aumentare il rischio di osteoporosi per via di una ridotta immissione di calcio e di un'alterata produzione di estrogeni che danno come conseguenza la riduzione della massa ossea.

Tra gli aspetti psicologici del DPC rientrano anche i continui cambiamenti di umore e il sonno alterato che contribuiscono a compromettere il sistema immunitario provocando ulteriore ansia derivata dalla paura di avere altre malattie croniche come la sindrome da stanchezza cronica, la sindrome da dolore miofasciale e la fibromialgia.¹² I segnali di dolore e altri input sensoriali vengono amplificati e sensibilizzati per via centrale a livello del midollo spinale. Il dolore non si trova in questo caso a livello della dorsale media, punto di scarico di tutte le sensazioni pressorie.¹² Quando viene compromessa la modulazione degli impulsi dolorifici che origina dal tronco encefalico si assiste ad una iper-produzione di liquor (LCR), di sostanza P e di altri neurotrasmettitori coinvolti nella nocicezione. Bassi livelli di serotonina, noradrenalina, norepinefrina e dopamina sono stati riscontrati nel liquor di pazienti con sindrome depressiva.¹²

Privazione del sonno, depressione, dolore, possono mettere una donna sofferente di DPC in gravi difficoltà anche nella vita sociale. Per esempio potrebbe essere richiamata da un dirigente per il ritardo sul lavoro dovuto al fatto di aver accompagnato i figli a scuola; oppure, se è stressata da dolori persistenti, potrebbe distrarsi durante la guida ed essere coinvolta in un incidente stradale in cui riporta ferite che causano altro dolore, depressione e tensione; oppure nell'assumere (per alleviare i dolori) uno o più farmaci potrebbero insorgere effetti collaterali che alterino la volontà e la vigilanza.

Tutti questi fattori contribuiscono a perpetrare un circolo vizioso da cui è difficile uscire.

Coordinamento e gestione nell'integrazione dei trattamenti

La pianificazione del lavoro riguardante il DPC femminile avviene attraverso l'approccio pluridisciplinare: da una parte vengono assegnati esercizi al fine di stabilizzare, sia anteriormente che lateralmente, le curve in prossimità del bacino e della regione pelvica, dall'altra si ricorre al Trattamento Manipolativo Osteopatico (OMT). Attraverso l'OMT si effettuano tecniche ad energia muscolare, tecniche di bilanciamento delle tensioni legamentose, tecniche di rilasciamento miofasciale e di counterstrain che predispongono la muscolatura affinché la colonna vertebrale riesca a mantenere un posizionamento verticale e nel contempo abbia una flessibilità/elasticità tale da consentire una buona postura.

Alcune donne hanno già ricevuto un trattamento di tipo farmacologico oppure hanno subito un intervento chirurgico, altre invece hanno dolori difficili da gestire in quanto la percezione di essi, probabilmente amplificata da effetti collaterali indotti dai farmaci, rende quasi impossibile risalire alla causa e quindi prescrivere la terapia farmacologica più indicata. Per esempio, tra gli effetti collaterali del leuprolide ci sono: l'aumento di vampate di calore, l'alterazione del ritmo sonno/veglia o dolori alle ossa (o una combinazione di questi effetti).¹³

A pazienti con sindromi multiple potrebbero essere state prescritte diverse tipologie di medicinali rendendo in tal modo ancora più difficile distinguere il sintomo riferito dall'effetto collaterale dei farmaci assunti.

Conclusioni

Gli osteopati, in virtù delle loro competenze e della filosofia osteopatica, sono in grado di assicurare un miglioramento, e in alcuni casi la risoluzione, del DPC analizzando e affrontando con le pazienti gli aspetti emotivi, psicologici e strutturali di questa complessa sindrome.

Grazie all'approfondita conoscenza di anatomia e fisiologia, gli osteopati sono in grado di identificare le cause biomeccaniche che precedono la disfunzione somatica che darà in seguito origine al DPC. Gli osteopati utilizzano il Trattamento Manipolativo Osteopatico (OMT) allo scopo di normalizzare struttura e funzione e applicarlo al Dolore Pelvico Cronico.

(Traduzione a cura di Marco Guarnera)

1. Gelbaya TA, El-Halwagy HE. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women.
2. Kames LD, Rapkin AJ, Naliboff BD, Afifi S, Ferrer-Brechner T. Effectiveness of an interdisciplinary pain management program for the treatment of chronic pelvic pain.
3. Howard FM. Chronic pelvic pain.
4. Howard FM. The role of laparoscopy in the chronic pelvic pain patient.
5. Steege JF, Metzger DA, Levy BS. *Chronic Pelvic Pain: An Integrated Approach*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1998.
6. Scialli AR. Evaluating chronic pelvic pain: a consensus recommendation.
7. Almeida EC, Nogueira AA, Candido dos Reis FJ, Rosa e Silva JC. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain.
8. Mattox TF, Lucente V, McIntyre P, Miklos JR, Tomezsko J. Abnormal spinal curvature and its relationship to pelvic organ prolapse.
9. Quinn M. Obstetric denervation—gynaecological reinnervation: disruption of the inferior hypogastric plexus in childbirth as a source of gynaecological symptoms.
10. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates.
11. Gunter J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment.
12. Waxman J. The best approach to relieving fibromyalgia symptoms.
13. *Monthly Prescribing Reference*. April 2005.