

# Il dolore pelvico nelle adolescenti



Dott. Metella Dei

# Algie addomino-pelviche in adolescenza

**ginecologiche**

**urologiche**

**gastro-intestinali**

**neuropatiche**

**muscolo-scheletriche**

**componente psicogena o  
psico-sessuale**

**SPESSE MULTICOMPONENTE**



# Algie addomino-pelviche in adolescenza

risposta ad un' alterazione organica, associata a reazioni umorali e neurovegetative =  
SEGNALE AUTOPROTETTIVO

## Acute

Rottura follicolo/cisti ovarica  
Sanguinamento corpo luteo  
Gravidanza ectopica  
Aborto spontaneo/mola  
Malattia infiammatoria pelvica  
Appendicite  
Cistite. Colica renale  
Porpora di Schonlein Henoch  
Crisi falciformi  
Febbre mediterranea familiare  
Assunzione di cocaina  
Patologie muscolo-scheletriche  
Dolore neurogeno ...

Anomalie Mulleriane ostruttive  
Torsione ovarica  
MICI

## Cicliche

Dismenorrea  
Colon irritabile

## Croniche

Malattia infiammatoria pelvica  
Endometriosi pelvica  
Appendicopatia subacuta  
Cistite interstiziale  
Patologie muscolo-scheletriche  
Dolore neurogeno ...

dolore non ciclico nella pelvi e nel basso addome, intermittente o costante, persistente da almeno (3) **6 mesi**, non esclusivamente associato con la mestruazione o i rapporti. (RCOG, ACOG) spesso perde connessione con causa scatenante e innesca meccanismi di auto-mantenimento e modifiche nell'attività del sistema nervoso centrale.

## Anomalie Mulleriane ostruttive

*in soggetti vicini al menarca*

Dolore pelvico ciclico  
Ritenzione urinaria o urgenza  
Pressione sul retto

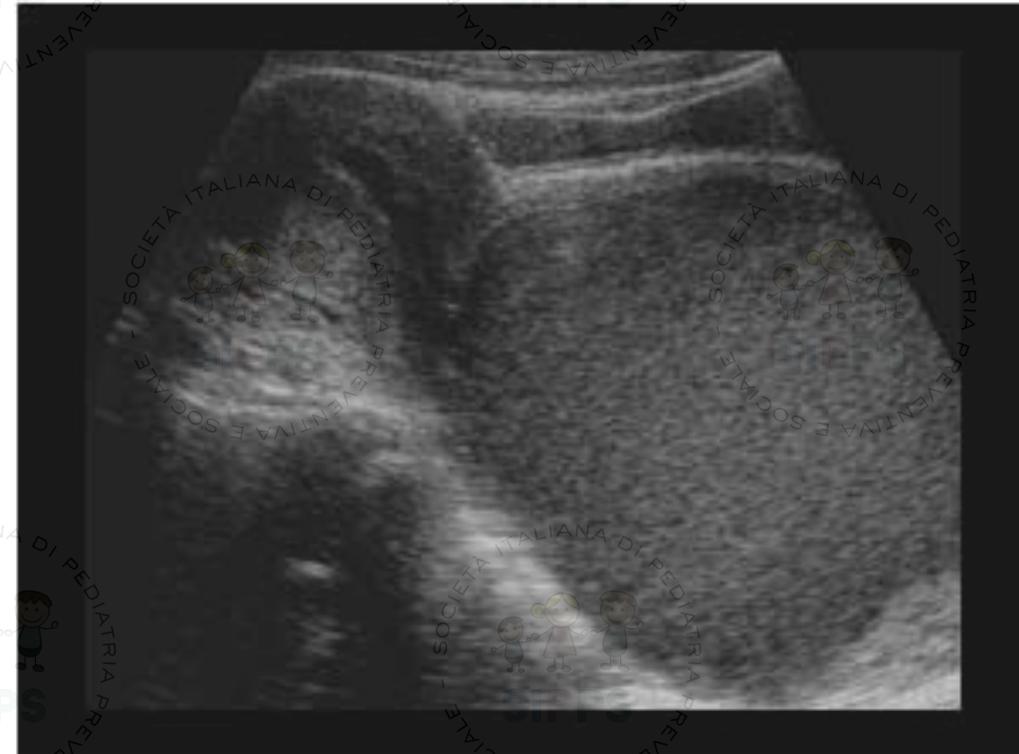
Massa addomino-pelvica palpabile

Ostruzione visibile o percepibile  
a livello vaginale



Ecografia transperineale o transaddominale:  
ematocolpo e/o ematometra

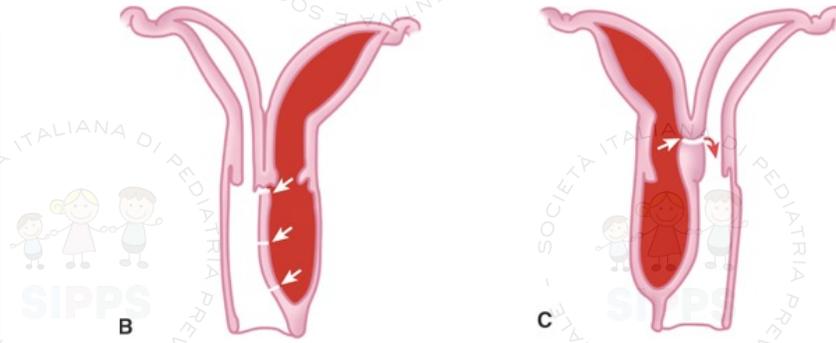
**IMENE IMPERFORATO**  
**SETTO VAGINALE TRASVERSO**  
**ATRESIA/AGENESIA VAGINALE DISTALE**  
**ATRESIA/ DISGENESIA CERVICALE**



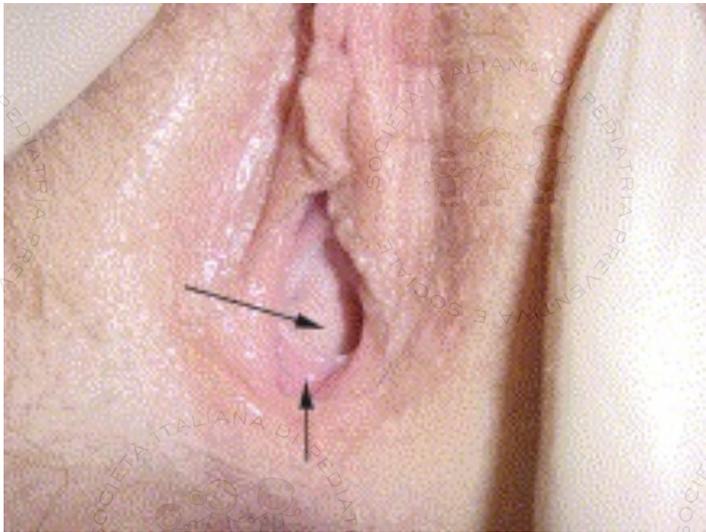
# Anomalie Mulleriane ostruttive

in soggetti post menarca

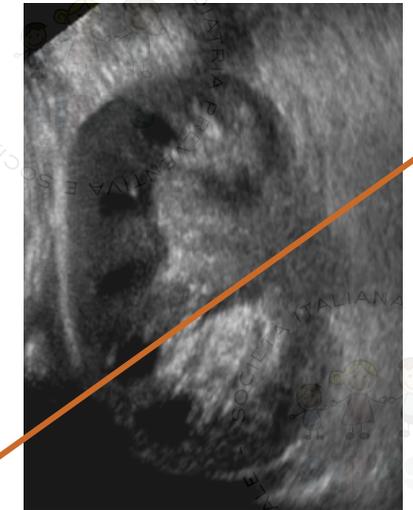
- Dolore pelvico ciclico ingravescente
- Pressione sul retto o sulla vescica
- Stillicidi ematici aciclici
- Complicanze infiammatorie



**SETTI VAGINALI LONGITUDINALI**  
di solito con minima comunicazione  
associati a duplicità uterina e  
disgenesia /agenesia renale  
omolaterale ad emivagina occlusa



Rigonfiamento talvolta visibile



# Anomalie Mulleriane ostruttive

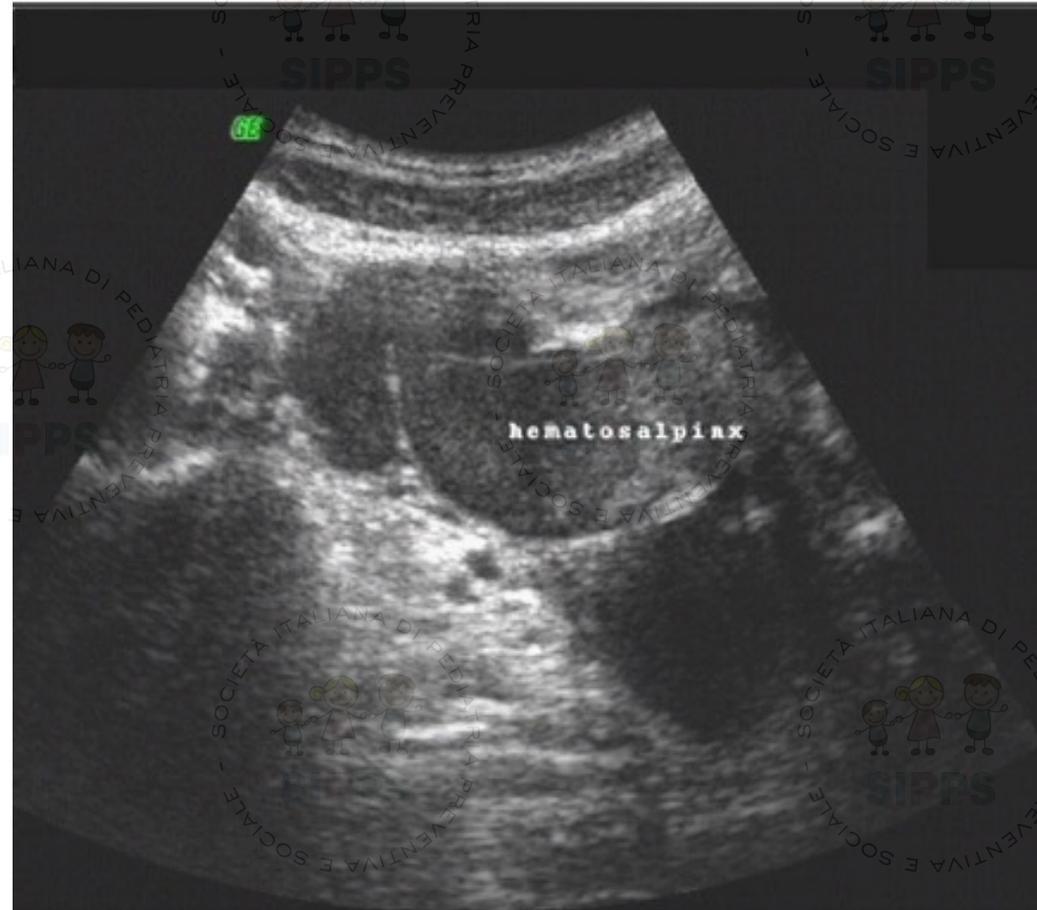
## CORNO UTERINO RUDIMENTARIO



Dolore ciclico ingravescente per ematometra ed ematosalpinge; possibile anche torsione

comunicante o

non comunicante



Ecografia transaddominale  
Altri esami di imaging  
DD con mioma peduncolato,  
cavità endometriali accessorie,  
adenomioma cistico.

# Torsione ovarica (30%) o annessiale (60%) o tubarica (10%)

3% circa delle cause di dolore addominale acuto in adolescenza (+ a destra)

## Fattori di rischio:

- rapido aumento di volume delle ovaie:
  - periodo perimenarcale
  - cisti funzionali o neoformazioni: dermoidi, cisti paraovariche, idrosalpingi, ematosalpingi e più raramente neoplasie (0.5%)
- anomalie Mulleriane, soprattutto SRKHM

## Sintomi specifici e ricorrenti

dolori periodici e intermittenti ai quadranti addominali inferiori, acuti o subacuti, di solito non irradiati.

nei casi pre-menarca la sintomatologia persiste per più tempo in modo intermittente

possono associarsi dolore lombare, distensione addominale, disuria, nausea, tachicardia; raramente vomito e rialzo febbrile.

## DIAGNOSI CLINICA E ECOGRAFICA

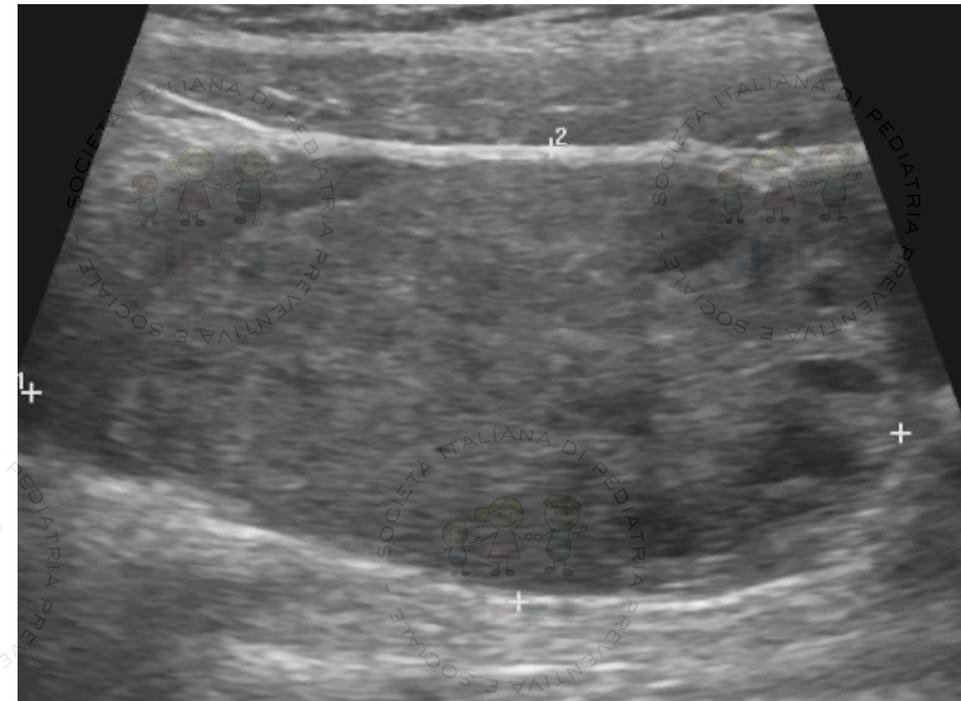
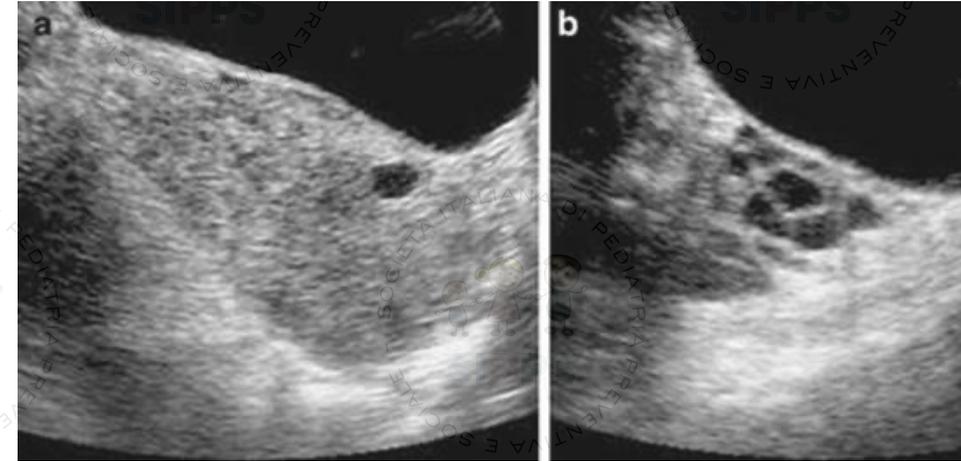
**aumento di volume ovaio per ristagno venoso-linfatico**

**edema diffuso con follicoli periferici**

**ovaia centralizzata**

**falda fluida in cavità**

**Doppler variabile**



## Torsione ovarica (30%) o annessiale (60%) o tubarica (10%)

Detorsione ovarica o tubarica per via laparoscopica con strumentazione adeguata

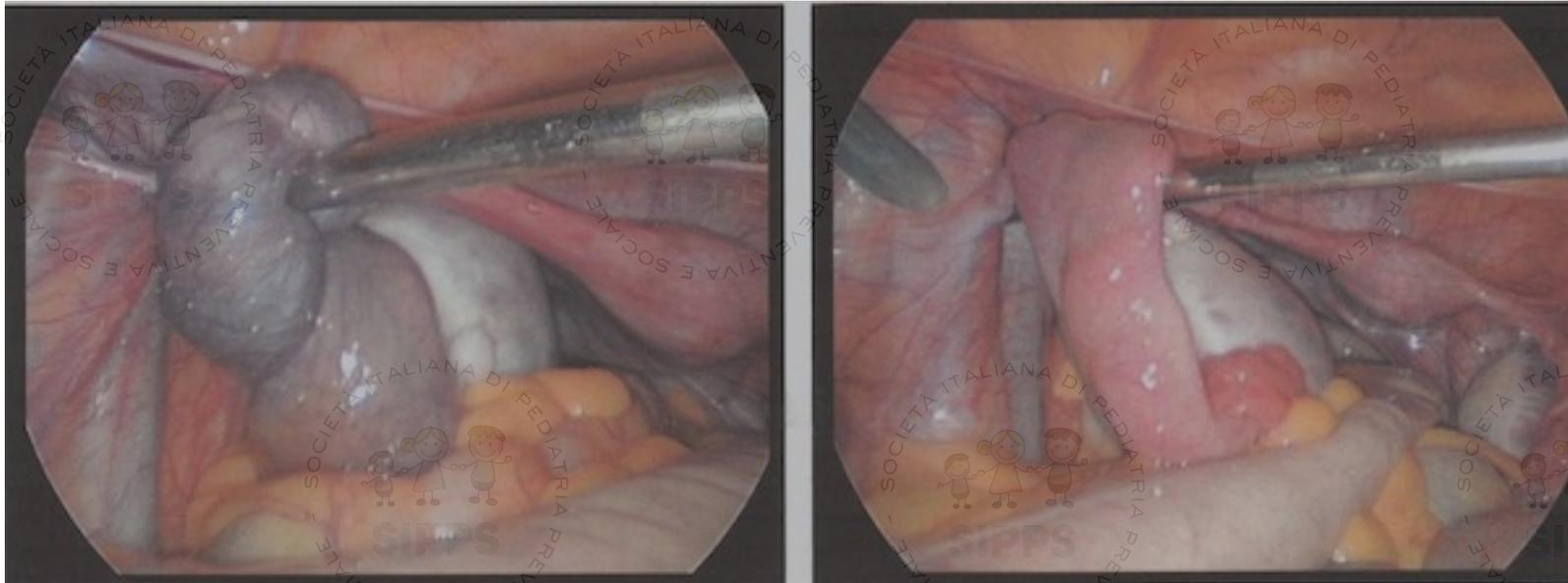
→ con detorsione entro 36 ore recupero funzionale elevato (80%) anche in presenza di necrosi estesa  
non rischio tromboembolico

ev. second look laparoscopico se imaging non sufficiente

in discussione:

asportazione di eventuale cisti ovarica (successiva)

ovariopessi (sì se mono-ovaio o se recidiva di torsione)



# Malattia infiammatoria pelvica (PID)

Malattia polimicrobica

Chlamydia, Gonococco, Mycoplasma genitalium (Ison et al 2018), anaerobi (Bacteroides fragilis), possono associarsi Streptococchi, Stafilococchi, H. influenzae, E coli ...

## Fattori di rischio:

- nuovo partner
- mancato uso del profilattico
- passaggio da profilattico a contraccettivo ormonale
- rischio di PID con Gonorrea 4.54; con Chlamydia 1.77 (Reekie et al 2018)

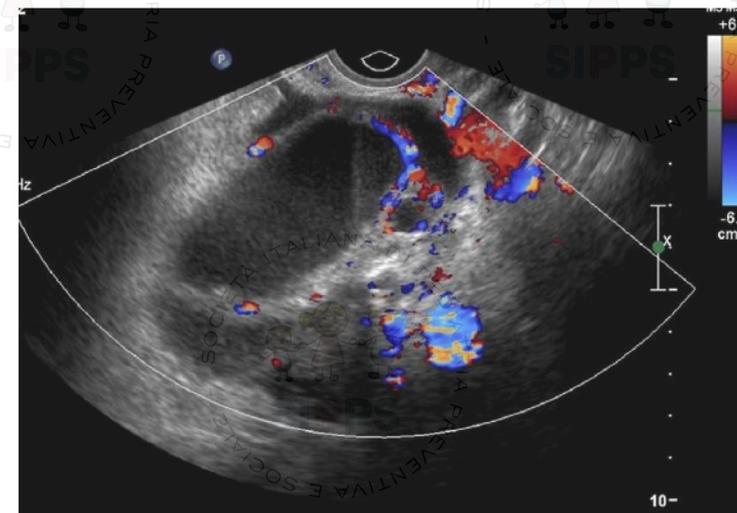
→ reports anche in prepuberi o in soggetti che non hanno iniziato attività sessuale

## Sintomi aspecifici

dolori addomino-pelvici; dispareunia; disuria e pollachiuria  
spotting intermestruali, leucorrea  
dolore all'ipocondrio destro con nausea, talvolta irradiato a spalla

## DIAGNOSI CLINICA E ECOGRAFICA

visita monomanuale e monodigitale per evidenziare dolorabilità e reazie peritoneale; palpazione massa dolente; visualizzazione portio → tampone  
Reperti ecografici iniziali: lieve aumento volume ovaie ed utero, visibilità tube, falda fluida in cavità uterina o pelvica → salpingite e complesso tubo-ovarico  
↑ PCR, VES e GB non sempre presente



# Malattia infiammatoria pelvica: linee di trattamento



effettuare prelievo per coltura,  
e iniziare **TRATTAMENTO SU DIAGNOSI PRESUNTA** (**tempo** è elemento critico per complicanze)

## OSPEDALIZZAZIONE

- incertezza diagnostica
- sintomatologia severa
- accesso tubo-ovarico
- gravidanza
- non miglioramento con terapia ambulatoriale
- mancata adesione al trattamento

Terapia parenterale + per os  
in associazione

## AMBULATORIALE

ceftriaxone 500 mg im monodose o cefoxitina 1 g im +  
doxiciclina 100 mg x 2 + per 14 giorni  
(metronidazolo 500 mg x 2)  
(moxifloxacina 400 mg in caso di riscontro di *M genitalis*)

consigliare rapporti protetti  
testare e trattare il partner



**European Guideline for the management of  
pelvic inflammatory disease.**

Ross J, Guaschino S, Cusini M, et al Int J STD AIDS 2018

## Dismenorrea primaria

prevalenza di quadri importanti intorno al 60-70 % delle adolescenti;  
di solito associata con inizio di cicli ovulatori.

### Fattori associati:

Familiarità

Menarca precoce

Flussi mestruali abbondanti

Fumo (anche passivo)

Sedentarietà

Insufficiente apporto nutrizionale di PUFA

Bassi livelli di vitamina D

Alto consumo di prodotti con caffeina

Disallineamento colonna vertebrale (iperlordosi, scoliosi...)

Difficoltà nell'ambiente familiare, disturbi del tono dell'umore



## e secondaria (10%)

Malformazioni utero-vaginali

Endometriosi pelvica

Mioma sottomucoso

Cisti ovariche

PID

Aderenze estese

Mutilazioni genitali femminili

Patologie vescicali ed intestinali



La dismenorrea va trattata perché nel tempo può modificare soglia del dolore e stato infiammatorio complessivo dell'organismo e facilitare associazione con altre patologie dolorose. (Jarrell et al 2016, Evans et al 2018, Payne et al 2019)

# Dismenorrea: linee di trattamento

1



+

**Integratori** (magnesio,  
Ω 3, B6, antiossidanti...)

+



+

**Paracetamolo**

2

**FANS**

assunzione ai primi sintomi (ev. inizio sublinguale)  
dosaggio pieno iniziale  
non superare i tre giorni di trattamento  
scegliere preparato in base ad emivita e durata sintomi  
valutare effetto pro sanguinamento di ketoprofene e naprossene  
non associare FANS tra loro e con corticosteroidi  
attenzione con allergia a ASA e a proteina LTP

3

**Contraccettivo ormonale** estroprogestinico o con solo progestinico (anche IUS)  
valutare regime esteso in casi gravi

## Endometriosi pelvica in adolescenza

prevalenza stimata: 10% di adolescenti

Sintomi più frequenti di **endometriosi** in adolescenza:

dismenorrea moderata/severa, che inizia poco dopo il menarca

dolori pelvici diffusi non ciclici

(DiVasta et al 2018)

dolori ipogastrici e peri-ombelicali

(Schliep et al 2015)

dischezia e sintomi gastrointestinali che peggiorano con fase mestruale

(Suvitie et al 2016, Moore et al 2017)

dispareunia profonda

talvolta: disuria e dolori perineale

e raramente: ematuria, dolore alla spalla, pneumotorace catameniale, emottisi

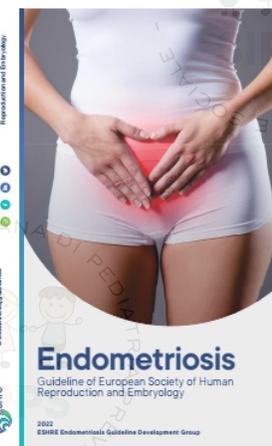
ciclica, gonfiore ciclico di cicatrici...

**Adenomiosi** → dismenorrea e FMA, ma anche asintomatica

(Vannuccini et al 2017)



**Dubbio clinico → iter diagnostico → invio per progetto terapeutico**



## Endometriosi pelvica: diagnosi clinica

**Visita ginecologica orientata** al sospetto clinico  
con valutazione sistematica aditus vaginale, fornici, cervice,  
muscoli pavimento pelvico, dolorabilità alla mobilizzazione lieve ...  
+ visualizzazione portio e vagina



## Endometriosi pelvica: diagnosi ecografica

moderata sensibilità e alta specificità (per eco TV). E' possibile visualizzazione di:

**endometrioma** (raro)

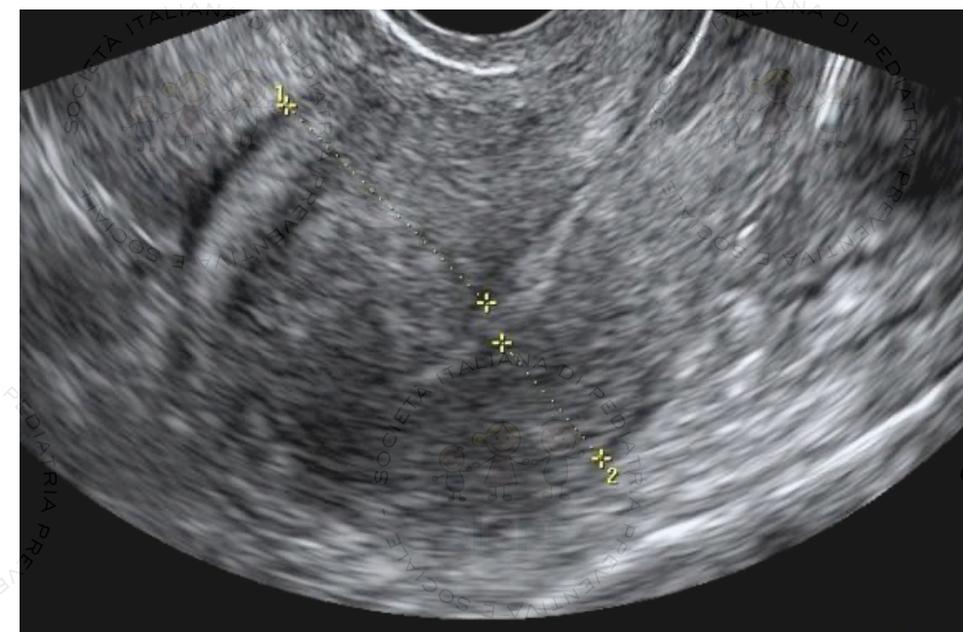


**adenomiosi** (non sempre associata ad endo;  
non rara: 34% in giovani donne (Pinzauti et al 2015))

Criteri diagnostici:  
ispessimento miometrio  
asimmetrico, lacune miometriali,  
strie ipoecogene, adenomiomi,  
isole iperecogene, giunzione  
endometriale- miometriale  
irregolare sia in B-mode che in 3D

(van den Bosch et al 2015)

**impianti endometriosisi**  
operatore dipendente



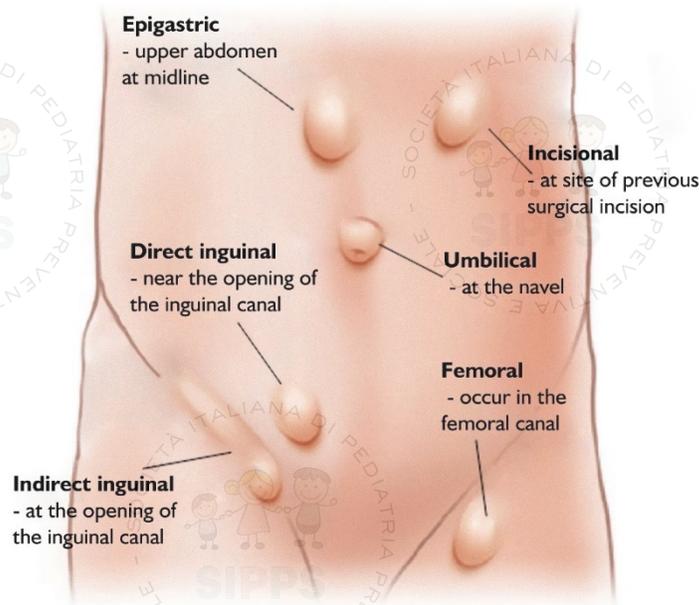
# Patologie muscolo-scheletriche

**11%** soggetti con dolore pelvico persistente (Schroeder et al 2000)

Stiramenti muscolo-tendinei (muscoli retti, muscoli addominali)

Irradiazione pelvica da lombalgie, sacralgie, coxalgie (post-traumatiche)

Sindromi dolorose miofasciali a carico di psoas, piriforme, otturatore interno, pubo-coccigeo; spesso correlate ad asimmetrie posturali (asimmetria arti inferiori, iperlordosi lombare...)



## Ernie della parete addominale

5% di prevalenza life-time

con ernia riducibile percezione di dolore lieve e soprattutto con attività fisica

con ernia incarcerata il dolore è maggiore

con strangolamento erniario dolore acuto per fenomeni ischemici

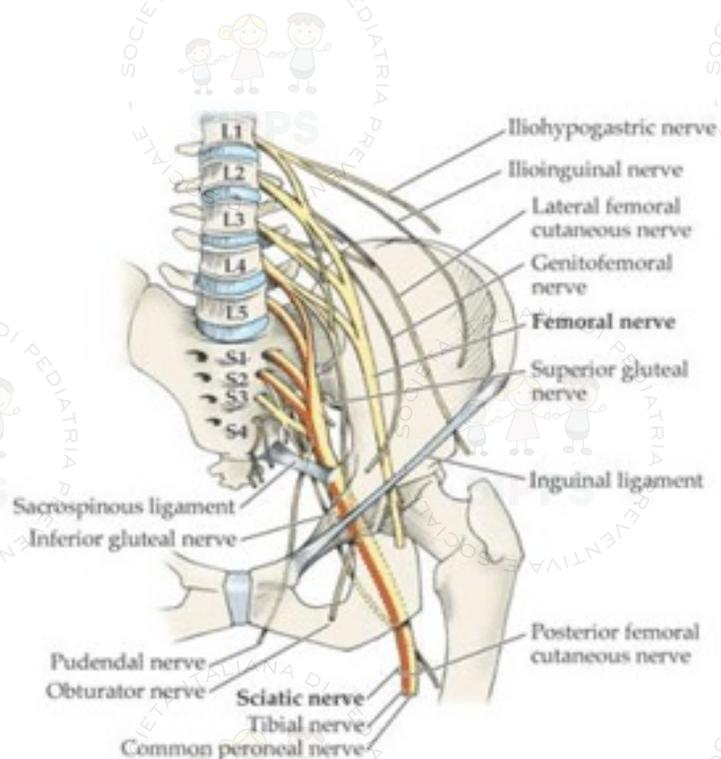
(Kavic 2005)

## Dolore neuropatico

Pelvi ha innervazione somatica (T12–S5) e viscerale (T10–S5)

Utero, vescica e retto hanno neuroni sensoriali che convergono prevalentemente su radici dorsali T10-L1

Vulva, vagina, parte della vescica e della cervice danno input sensoriale nelle radici dorsali S2-S4



Neuropatia nervo ileo-inguinale o ileo-femorale da intrappolamento in incisione di Pfannenstiel

Neuropatia nervo latero-femorale a seguito di appendicectomia

Neuropatia del pudendo da microtraumi (spinning, bici, moto) o laser terapia. Spesso si associa a dispareunia e disfunzione urinaria

Neuropatie da traumi lombo-sacrali

Nevralgie da virus herpeticici

**Dolore neuropatico si può associare nel tempo a dolore addomino-pelvico persistente da altre cause**

## ESTENSIONE DEI QUADRI DOLOROSI



## Comorbilità

### SINDROME DEL COLON IRRITABILE

dolore, più frequente in fossa iliaca sinistra, ma spesso diffuso e variabile  
stipsi, diarrea o loro alternanza  
meteorismo con senso di gonfiore addominale, nausea.  
frequente riacutizzazione perimestruale

### CISTITE INTERSTIZIALE/SINDROME DOLOROSA VESCICALE

sintomi intermittenti di frequenza/urgenza  
senso di pressione e percezione di mancato svuotamento  
peggiora con attività sessuale, mestruazione, alcuni cibi  
comparsa del dolore più tardivo

### ALTRE PATOLOGIE DOLOROSE:

emicrania  
cefalea  
lombalgia  
fibromialgia  
vulvodinia ...

Prevalenza in adolescenti 10 - 30%  
(Sandhu et al 2014, Kesuma et al 2021)

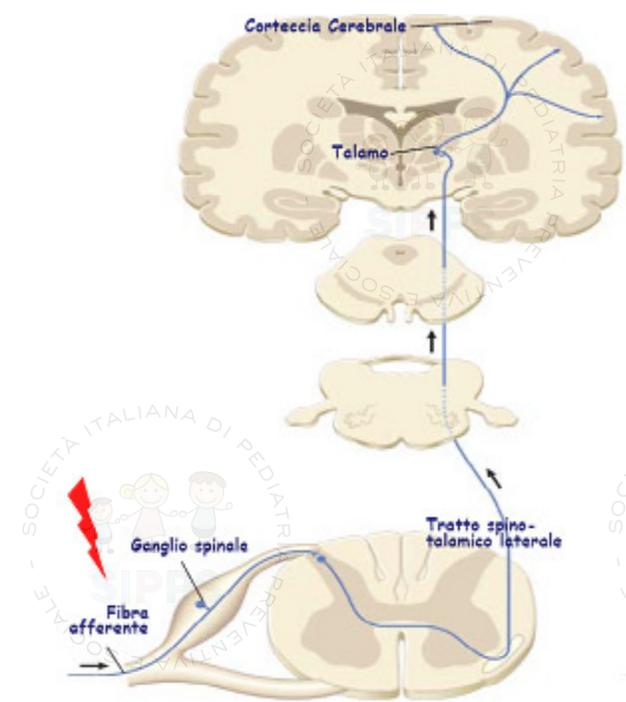
Inizio sintomi riferito dal 21% < 10 aa  
(Lowell Parsons 2015)

## DAL DOLORE ACUTO/ CICLICO AL DOLORE CRONICO

**SENSIBILIZZAZIONE CENTRALE:** riorganizzazione funzionale e strutturale delle vie del dolore che mantengono la percezione dolorosa e ne facilitano l'espansione per:

1. proliferazione di fibre nervose nelle aree delle lesioni e del peritoneo adiacente
2. presenza di livelli elevati di mediatori infiammatori in cavità addominale
3. reclutamento di più nocicettori periferici
4. stimolo persistente su corna dorsali del midollo amplifica e mantiene percezioni dolorose
5. convergenza di fibre viscerali su fibre somatiche provocano percezioni dolorose riferite ad altre aree e riflessi muscolari (ipertono o spasmo) che agiscono da trigger
6. alterazioni dell'asse CRF-ACTH- cortisolo con attivazione SNA
7. adattamento dei centri del sistema limbico e delle loro connessioni (componente «emotiva»)

(Carey et al 2016, Aredo et al 2017, Kutch et al 2017, Eller Smith et al 2018)



**AMPLIFICAZIONE → ALLERTA → ANSIA**

## EVENTI AVVERSI PRECOCI COME RADICE DI PATOLOGIE DOLOROSE CRONICHE

soprattutto al femminile (Sigurdardottir et al 2014)

Dolore addomino-pelvico cronico  
Mialgie del pavimento pelvico  
Dolore sessuale

Sindrome dolorosa  
vescicale

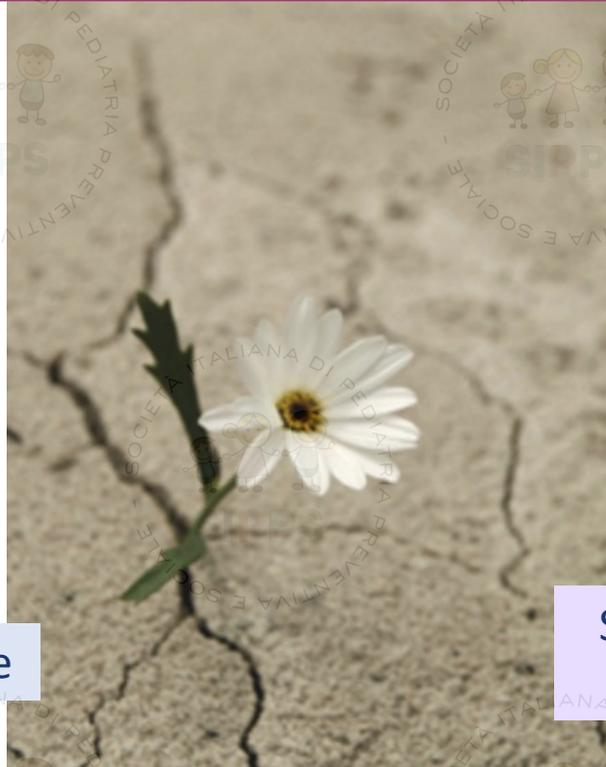
Eemicrania e cefalea tensiva grave

Colon irritabile grave

Lombalgia, fibromialgia, dolore  
temporo-mandibolare ...

Dolore ano-rettale

Sindrome da fatica  
cronica



(Raphael et al 2001, Latthe et al 2006, Bianchi & Moretti 2006, Lutfey 2008, Maniglio et al 2009, Jones et al 2009, Irish et al 2010, Tietjen et al 2010, Wilson 2010, Eslik et al 2011, Scott et al 2011, Bradford et al 2012, Kempke et al 2013, Godwin et al 2013, Sonneveld et al 2013, As Sanie et al 2014, Park et al 2016, Reuchlein et al 2016, Yu et al 2018, Krantz et al 2019, Hashemi et al 2020, Mansiz-Kaplan et al 2020, de Almeida et al 2021...)

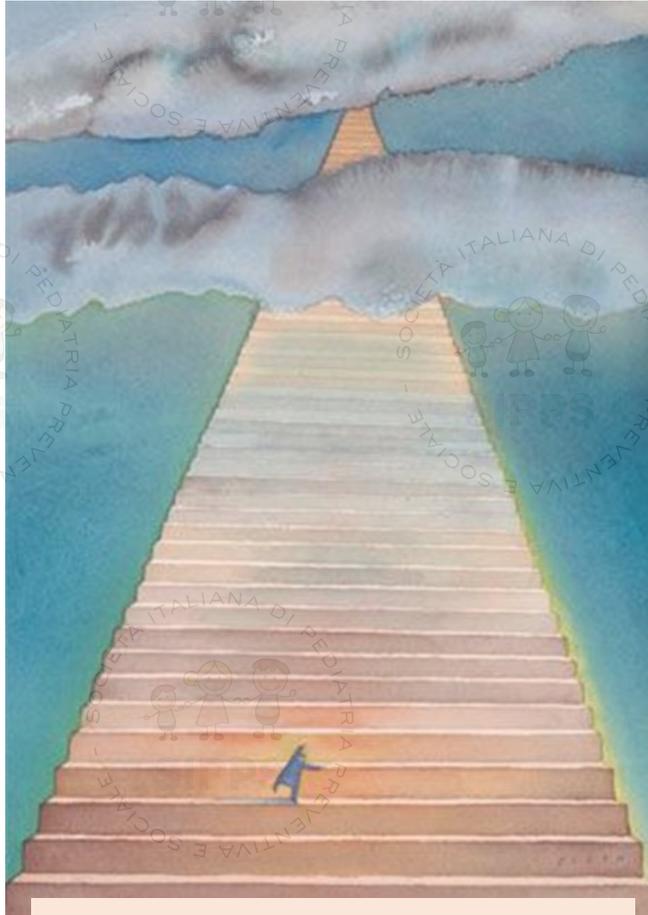


## RIVEDERE LA STORIA CLINICA

- Familiarità per patologie dolorose
- Patologie cicliche nell'infanzia (vomito ricorrente, dolori addominali ricorrenti, infezioni urinarie)
- Dismenorrea, dispareunia
- Sintomi dolorosi pelvici (rettali, vescicali...) ed extrapelvici (emicrania, disfunzione temporo-mandibolare, dolori muscolari ...)
- Traumi, soprattutto a livello del rachide e del bacino
- Pregressi interventi chirurgici (appendicectomia, ernie ...)
- Tipo ed intensità dell'attività fisica
- Disturbi del sonno
- **Storia del sintomo**
  - eventi concomitanti la comparsa, sede del dolore ed irradiazioni, durata, intensità, correlazione col ciclo mestruale, fattori di miglioramento e/o aggravamento, sintomi associati, pregresse terapie, impatto sul quotidiano, idee personali sull'origine del dolore
- Uso di farmaci
- Stati depressivi /ansia / anticipazione
- Qualità di vita
- **Contesto familiare e relazionale**
  - situazione e funzionamento familiare, vulnerabilità materna all'ansia e allo stress, assenza di figure familiari, episodi di maltrattamento, incuria, abuso sessuale ...

(Fillingim et al 2005, Ringel et al 2008, Sheridan et al 2012, Heim et al 2013, Fuentes et al 2018)

*Iniziare e motivare ad un percorso di cura prima possibile, per intervenire quando corpo e cervello sono ancora «plastici»*



**PERCORSO TERAPEUTICO**



**DIAGNOSTICA CLINICA E DI IMAGING**

### **COLLABORAZIONE CON ALTRI SPECIALISTI**

Ginecologo

Fisiatra/Ortopedico

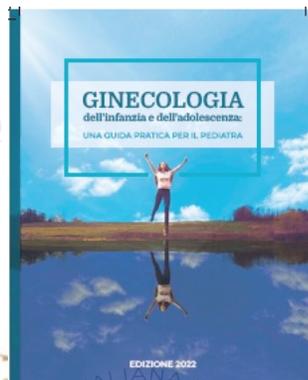
Radiologo dedicato

Fisioterapista/Chiropratico

Agopuntore

Urologo/Gastroenterologo/Chirurgo generale ...

Psicologo ...



[metella.dei@gmail.com](mailto:metella.dei@gmail.com)