



# GINECORAMA

TRIMESTRALE DI ATTUALITÀ ED AGGIORNAMENTO DI OSTETRICIA  
GINECOLOGIA E MEDICINA DELLA DONNA DIRETTO DA A.R. GENAZZANI

Trimestrale - ISSN 0391 - 8920. In caso di mancato recapito inviare a Roma Romanina  
Stampe per la restituzione al mittente previo pagamento resi.

Anno XXXVII - N. 2/2015 - Giugno

## Il trasporto in utero... ed il diritto di esistere

A.R. Genazzani

**H**o scelto un disco di Giovanni Allevi per accompagnarmi in queste due parole scritte una domenica mattina con un cielo attraversato da nuvole gonfie di pioggia primaverile ed un vento a raffiche che muove le fronde degli alberi del giardino.

Ho appena letto l'interessante articolo di Irene Cetin e della SIMP sul trasporto in utero e su tutto l'impegno, lo sforzo e la passione che alcuni di noi mettono per preservare la vita e la qualità della stessa in piccoli esseri che già combattono per il loro diritto di esistere e di aver una vita a

pari possibilità con gli altri, senza handicap mentali o fisici... Che bello, il tutto mi ha riportato ai miei giovani tempi all'inizio della lunga storia della medicina fetale, a Alberto Centaro ed al Congresso tenutosi a Siena sulla Sofferenza Fetale nel Settembre 1966 ove Erich Saling ci parlò della amnioscopia, del prelievo ematico dallo scalpo fetale, dell'equilibrio acido-base e del pH ematico fetale per la diagnosi della sofferenza fetale.

Era il primo congresso a cui partecipavo, laureato da poco prima ancora di cominciare i corsi di specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, ma già appassionato al mondo della ricerca.

Fu una rivoluzione in Clinica, arri-

varono il pH metro e quant'altro e si iniziò a cercare di capire quei segnali che rapidamente integrarono l'ascolto del BCF sostituiti dal cardiocitografo e dal prelievo del sangue dalla testa del feto.

Quanta acqua sotto i ponti è passata da allora e come si è modificato l'impegno ostetrico e soprattutto la realtà quotidiana dei nostri punti nascita.

Adesso le gravidanze sono poche, spesso tardive, spesso uniche, un tempo erano tante, le primipare avevano appena vent'anni e le pluripare di appena 30 con 3-4 figli erano la consuetudine! Le case erano piene di bambini e a scuola si accompagnavano non

### Editoriale



**meclon**<sup>®</sup>  
Metronidazolo, Clotrimazolo



ALFA WASSERMANN

# Onligol<sup>®</sup>

Macrogol 4000

• Regolarizza l'intestino e facilita l'evacuazione

• Non provoca né crampi né dolore addominale

• La sua efficacia non si riduce nel tempo

• Non altera il gusto della bevanda

• Non contiene eccipienti o aromi

• **SENZA ZUCCHERO**

## AD AZIONE LASSATIVA

IL PRIMO MACROGOL SENZA ELETTROLITI E SENZA AROMA  
CHE SI SCIOLGIE IN QUALSIASI BEVANDA, ANCHE CALDA

*(es. tè, tisane, latte, brodo o succo di frutta)*

**ALFA WASSERMANN**



## ➔ Il trasporto in utero... ed il diritto di esistere

uno ma un gruppo di figli spesso distanziati fra loro anche da meno di due anni! Grembiolini colorati prima, poi bianchi e neri, i fiocchi rosa o blu, i visi, quelli di tutti i bimbi, ridenti, aperti, curiosi nei loro abiti semplici, talvolta con i cappottini ottenuti con le stoffe "rigirate" delle giacche del babbo o del nonno, ed i maglioni fatti dalla nonna o da una delle altre donne di casa che passavano il tempo con ferri e gomitoli mentre nelle pentole si cuocevano cibi con quegli odori antichi che pervadevano la cucina e da lì l'intera casa...e che ancora albergano tra i ricordi nei meandri della mia mente.

I valori erano diversi e le possibilità offerte ai figli erano quelle di un paese che stava vivendo il suo boom di sviluppo economico

e sociale. Adesso nei giardinetti delle periferie urbane non ci sono più gruppi di bambini vocianti che giocano a pallone o altro, adesso le piazze sono deserte, casomai con qualche adolescente che inganna il tempo isolato nelle sue chat, inviando messaggi o seguendo quanto avviene su Facebook o Youtube. Il gruppo è scomparso trasformandosi in solitudine e isolamento, anche quando con le tecnologie ti sembra di possedere il mondo.

Adesso il trasporto in utero, una rete efficiente e centri preparati ad accogliere madre e feto sono una impellente necessità per far fronte a gravidanze sempre più rare, preziose e complesse.

Fa piacere leggere quanto vedrete su questo numero, come l'impegno di pochi e la organiz-

zazione possano salvaguardare il bene prezioso della vita e della integrità dell'essere che nasce... che possa essere così in ogni parte del nostro paese e della nostra Europa e che nei punti nascita si possa sentire l'entusiasmo e la soddisfazione che si legge tra le righe del testo di Irene Cetine e degli altri amici lombardi.

Giovanni Allevi ed il suo piano sono stati nel frattempo seguiti da Paolo Fresu e dalla sua tromba in quel meraviglioso disco che è "Mare Nostrum"... ricordi lontani di Berchidda... del festival del Jazz che si tiene ogni anno in Agosto, delle giornate assolate e dei concerti al tramonto sui sagrati di Chiese sparse nelle campagne dove, con la musica, con gli odori della terra, con il silenzio raccolto di un pubblico estasiato e vario-

pinto, sdraiato o seduto sulle stoppie e sui massi, si sentiva l'incanto che da quelle note si diffondeva nella campagna e ci portava nell'animo la meraviglia e l'illusione, la gioia e la nostalgia, la percezione reale del momento vissuto, dell'amore presente o passato, e delle meraviglie che la musica sa evocare nell'animo.

Ricordi di Berchidda, del vermentino, del vissuto d'amore, di Paolo e della sua musica, della tromba e del corno di Fresu, delle notti stellate e di quella meravigliosa soddisfazione che è il vivere... nell'impegno del quotidiano per la tutela e la salvaguardia della vita nascente, proprio come vogliono gli amici della SIMP ed il loro progetto sul trasporto in utero...

## IL PUNTO DI INCONTRO DEI GINECOLOGI EUROPEI

European Society of Gynecology  Société Européenne de Gynécologie

**11** Congress of the European Society of Gynecology  
Congrès de la Société Européenne de Gynécologie  
PRAGUE CONGRESS CENTRE 21-24 OCT 2015

[www.SEG2015.COM](http://www.SEG2015.COM)

Registrazione ridotta  
13/7 2015

**RISPARMIA  
100€**

Scadenza abstract  
1/06 2015

**INVIA IL TUO  
ABSTRACT**



## Trasporto in utero e trasporto neonatale

Irene Cetin, Patrizia Vergani, Carlo Bellini, Gianpaolo Donzelli, Mariarosaria Di Tommaso, Nicola Chianchiano, Rinaldo Zanini, Luca Ramenghi

Gruppo di Lavoro della Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP)

L'evoluzione dell'attenzione al momento del parto, al suo *timing* ed al riconoscimento del rischio ostetrico e neonatale hanno accompagnato in tempi recentissimi i grandi progressi della medicina perinatale. Fino agli anni '60 si partoriva quasi sempre in casa, con una elevatissima mortalità e solo a partire dagli anni '70 i pediatri hanno cominciato a occuparsi dei neonati.

In quegli anni uscivano i primi studi che dimostravano come un accesso ben programmato a livelli appropriati delle cure ostetriche e neonatali si associ ad una riduzione della mortalità perinatale. Nel 1976 uscì un primo documento della *March of Dimes* che concettualizzava le regole di un sistema integrato per una cura perinatale organizzata a livello territoriale (*Toward improving the outcome of pregnancy*) (March of Dimes, 2010).

Questo documento analizzava i criteri per stratificare le necessità di cura materna e neonatale in tre livelli di complessità e raccomandava l'invio di pazienti ad alto rischio in centri con competenze mediche di livello elevato e risorse strumentali adeguate per affrontare questa maggiore complessità di cura.

Successivamente uscivano i primi lavori che dimostravano che l'implementazione di un'organizzazione di questo tipo, con sistemi di trasporto materno e neonatale per condizioni ad alto rischio, portava a migliorare gli esiti neonatali.

Sulla base di queste osservazioni in Italia alla fine degli anni '70 nascevano le terapie intensive neonatali, e la figura del neonatologo, un po' pediatra ed un po'

rianimatore. Soltanto negli anni '90 però si è cominciato a trasportare, in modo organizzato, i neonati da un ospedale a un altro, dando vita a quel concetto di centralizzazione delle cure, così attuale ed in costante sviluppo. Nonostante i primi studi individuassero la necessità di un sistema che organizzasse i livelli di cura sia per la madre che per il neonato, il focus dell'attenzione negli ultimi decenni è stato orientato principalmente nell'individuazione dei livelli di cura neonatali.

Nel 2012 l'ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*) e l'AAP (*American Academy of Pediatrics*) hanno delineato i requisiti dei diversi livelli di assistenza nelle *Guidelines for Perinatal Care*, concludendo che è necessario individuare precocemente le gravidanze ad alto rischio e organizzare i livelli di cura. Questo argomento è stato anche ripreso in un recentissimo documento di consenso ACOG/SMFM (2015), ponendo il problema della identificazione dei requisiti ostetrici per i livelli di cura. Questo tipo di organizzazione richiede che il sistema garantisca anche il trasporto materno e neonatale, in un contesto di sicurezza e chiare regole. Il trasporto può e deve anche essere bidirezionale con il *back transport* in caso di ritorno ad un livello di rischio inferiore. La SIMP ha deciso di affrontare questo argomento con un approccio perinatale, nel quale benessere materno e neonatale rappresentano un *continuum* reale, con un approccio veramente multidisciplinare. Il team ostetrico e neonatale devono rappresentare un unico gruppo. In questo articolo abbiamo riassunto alcuni punti car-

dine delle regole del trasporto materno e neonatale, che devono essere garantiti in tutte le regioni, indipendentemente dal luogo di nascita, al fine di contribuire ad una nuova organizzazione italiana, con una migliore distribuzione delle risorse, per migliorare gli esiti perinatali di mamma e bambino.

### Trasporto in utero

La territorializzazione del sistema di cure materno-fetali è uno dei principali fattori che hanno contribuito al significativo miglioramento degli *outcome* perinatali avvenuto negli ultimi decenni. Curare nel modo migliore una madre e/o un neonato significa garantire l'accesso ad un livello adeguato di cura. Punti cardine in tale processo sono la razionalizzazione della rete dei punti nascita e la concordanza per coerenza e complessità tra le Unità Operative ostetrico-ginecologiche e le Unità Operative neonatologiche/pediateriche.

Nel processo di territorializzazione sono quindi necessari l'attivazione, o il completamento e la messa a regime, ove già presente, del Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM) e del Sistema di Trasporto Neonatale di Emergenza (STEN). A differenza del sistema STEN, istituito all'inizio degli anni '90 e a diffusione maggiormente capillare, il sistema STAM è presente sul territorio lombardo come progetto pilota coinvolgente tre province (Lecco, Monza e Milano) a partire dal 2011.

La concordanza, garantita quindi attraverso i sistemi STAM e STEN, tra la presenza/assenza di pato-

logie severe della gravidanza e/o perinatali ed il luogo di cura garantisce sia un'elevata sicurezza della paziente che un'ottimizzazione delle risorse, valorizzando e rispettando le peculiarità dei differenti livelli assistenziali dei punti nascita. Più precisamente, il Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) è realizzato sulla base di un collegamento funzionale tra strutture invianti (definite all'interno del sistema di trasporto *SPOKE UNIT*) e le strutture che accettano perché in grado di trattare adeguatamente i casi più severi di patologia - materne e fetali - della gravidanza (parallelamente definite *HUB UNIT*), collegate in rete tra loro e con le reti regionali dell'emergenza-urgenza sanitaria (Servizio 118). La comunicazione tra le varie unità del sistema è resa efficace, sicura e rapida grazie a due applicazioni web create *ad hoc* (NeoTS-TM Web e EUOL) e alla disponibilità di una linea telefonica dedicata (Fig. 1).

Indicazione *sine qua non* al trasporto è che i benefici attesi derivanti dall'accesso ad un adeguato livello di cura siano maggiori rispetto ai rischi connessi al trasporto stesso (ACOG, *Guidelines for perinatal care*, 2002).

Insieme alla profilassi RDS, il trasporto in utero è l'unico intervento dimostratosi efficace nel ridurre la mortalità perinatale nei nati pretermine. Considerando la morbilità, il trasporto in utero ha un effetto statisticamente significativo in termini di riduzione di emorragia intraventricolare severa (aOR 2.2), sindrome da distress respiratorio (aOR 4.8) e infezioni nosocomiali (aOR 2.5), come descritto da Chien Ly nel 2001.



# Ferroguna

Documentata efficacia  
nelle carenze di  
ferro in gravidanza\*

\* Studio clinico multicentrico, aperto, randomizzato,  
controllato a gruppi paralleli, condotto per 12 settimane su 49 pazienti  
- A. Roncuzzi et Al. "Efficacia e tollerabilità di Ferroguna versus ferro solfato nel trattamento  
dell'anemia sideropenica in gravidanza: studio controllato di non inferiorità".  
Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia Vol.XXXIV - n.6 Novembre-Dicembre 2012

- **aumento della concentrazione di emoglobina**
- **aumento della ferritina e sideremia**
- **elevata tollerabilità e sicurezza**



Confezione  
da 28 bustine.

1 bustina fornisce,  
**Ferro Fumarato,**  
**polpa del frutto del Baobab,**  
**Rame e Vitamina C**

il nostro laboratorio è a  
**Impatto Zero®**  
GUNA S.p.a. aderisce al progetto  
Impatto Zero® di LifeGate.  
Compensato le emissioni di CO<sub>2</sub>  
con la creazione di nuove foreste.



GUNA S.p.a. - Milano  
www.guna.it



AZIENDA CON SISTEMA  
DI GESTIONE QUALITÀ  
UNI EN ISO 9001:2008  
CERTIFICATO DA CERTIQUALITY





# GINECORAMA

Anno XXXVII · N. 2/2015 · Giugno

Anno XXXVII - N. 2

Giugno 2015

Direttore scientifico

Andrea Riccardo Genazzani

Direttore editoriale e responsabile

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Antonella Onori

onori@gruppcic.it

Area Pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile

arcangioli@gruppcic.it

Grafica e impaginazione

Daniela Manunza

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione

Lungotevere Michelangelo, 9 - 00192 Roma

Tel. 06.8412673 - Fax 06.8412688

e-mail: info@gruppcic.it

www.gruppcic.com

Reg. Tribunale di Roma n° 17561 del 20/2/1979

R.O.C. 6905/90311

Abbonamento annuo

Italia: € 10,00 - Estero: € 30,00

Una copia € 3,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c) D.P.R. 633/72 e D.M. 29-12-89.

Testata volontariamente sottoposta a certificazione di titolarità e diffusione in conformità al Regolamento CSST - Certificazione Editoria Specializzata e Tecnica

**CSST** CERTIFICAZIONE EDITORIA SPECIALIZZATA E TECNICA



A member of IFABC International Federation of Audit Bureau of Circulation

Per il periodo 01/01/2014-31/12/2014

Periodicità: BIMESTRALE

Tiratura media: 4.200; Diffusione media: 3.765

Certificato CSST n. 2014-2504 del

03/03/2015

Società di Revisione: FAUSTO VITTOCCI & C. srl

Il periodico viene inviato ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore. Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantire la riservatezza. I dati sono gestiti interamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo, inoltre, del diritto in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, di richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispetchia esclusivamente l'esperienza degli Autori.

La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione del giornale ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

Finito di stampare nel mese di giugno 2015

Stampa:

ACM SpA

Torre del Greco - Napoli

© Copyright 2015

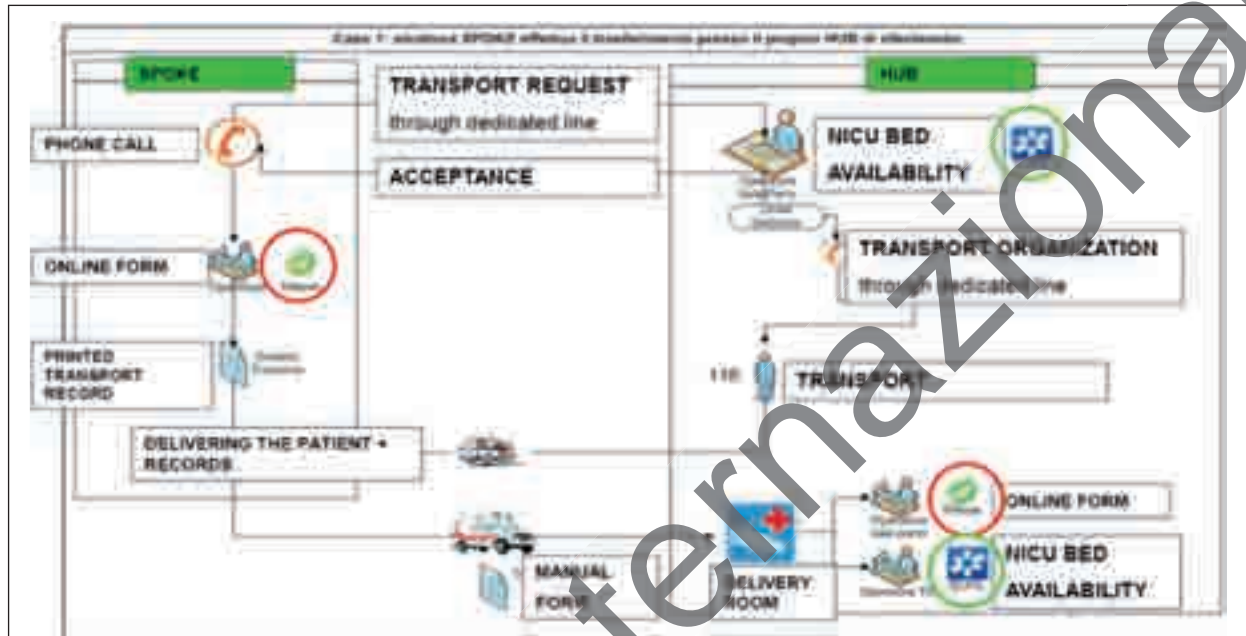


CIC Edizioni Internazionali

ASSOCIATO A:  
**A.N.E.S.**  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



## Trasporto in utero e trasporto neonatale



Gli *outcome* dei neonati ricoverati in TIN e trasferiti in utero sono, inoltre, maggiormente favorevoli rispetto ai neonati trasferiti dopo il parto, soprattutto ad epoche gestazionali inferiori alla trentesima settimana gestazionale. Da qui la necessità di privilegiare, se effettuabile in sicurezza, il trasporto in utero.

Similmente, i nati ad epoche gestazionali estremamente basse (minori di 26 settimane) in strutture non adeguate, definiti *'outborn'*, hanno un rischio aumentato di sviluppare complicanze neonatali maggiori e sequele neurocognitive rispetto agli *'inborn'*, probabilmente a causa di una riorganizzazione sub-ottimale e/o una difficoltà di accesso alle cure specialistiche.

Per garantire la sicurezza del trasporto, il sistema fornisce, attraverso l'applicazione web NeOTS, protocolli riguardanti le indicazioni, le controindicazioni, il materiale, le figure professionali e la gestione della paziente durante il trasporto (Tab. 1).

Nell'ottimizzare l'allocazione delle risorse, e per consentire anche un miglior rapporto con le pazienti ed il loro contesto di provenienza, misure chiave sono il *back transport* neonatale, che permette di liberare posti letto per nuovi pazienti acuti, e, parallelamente, la

possibilità di una gestione ultraspecialistica ambulatoriale della paziente con gravidanza ad alto rischio, sia in regime di post-ricovero che come prima forma di accoglienza. La condivisione di protocolli tra *spoke* ed *hub unit* all'interno della rete favorisce un'omogeneizzazione dei livelli di cura, aumentando trasversalmente la sicurezza ed il benessere delle pazienti (sia in merito alla scelta di effettuare il trasporto che durante il trasferimento stesso al centro di riferimento dove, infine, le possibilità di gestione sono adeguate alla complessità delle pazienti). L'organizzazione semplice e ripetibile alla base dei sistemi di trasporto sinora descritti garantisce inoltre una esportabilità della stessa, rendendo quindi maggiormente efficienti i processi di istituzione e di ottimizzazione dei sistemi STAM/STEN nelle diverse realtà territoriali italiane. In altre nazioni questa esperienza è attiva già da tempo: dati francesi di Grenoble, pubblicati già nel 2003, mostravano come l'organizzazione del trasporto *in utero* aveva portato in un triennio a raddoppiare il numero dei trasporti materni, aumento quasi interamente dovuto a situazioni con possibilità di parto prematuro, anche in casi di altissima prematurità, ponendo la

necessità di creare regole precise per il trasporto materno e le sue eventuali controindicazioni.

## Trasporto neonatale

La centralizzazione delle gravidanze a rischio mira ad assicurare che l'evento nascita avvenga nella struttura ospedaliera più adeguata alle esigenze cliniche di madre e neonato; malgrado lo sforzo della rete ostetrica, e stimato tuttavia che circa l'1-2% delle emergenze neonatali (ITN = neonati trasferiti/nati vivi x 100) non può essere previsto, anche in regioni in cui il trasporto in utero è organizzato adeguatamente.

Può accadere perciò che un neonato venga alla luce in un ospedale che non possiede le attrezzature e le competenze per poterlo assistere adeguatamente in una situazione di emergenza, come per esempio l'asfissia al momento del parto. Il Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN) rappresenta in questi casi un importante ed indispensabile anello della rete organizzativa ostetrico-neonatalogica, che ormai da decenni è adottato da tutte le

NOVITÀ



# Materna®

È la gamma completa di integratori alimentari che accompagna la donna dalla gravidanza all'allattamento.

Da oggi si aggiunge alla gamma il nuovo Nestlé® Materna® DHA con:

- *Nutrienti selezionati*  
vitamine e minerali essenziali e nelle quantità adeguate: acido folico, DHA 200 mg e ferro nella formula FERROCHEL® altamente biodisponibile
- *Capsula unica gastroresistente*  
una sola capsula al giorno studiata per sciogliersi nell'intestino per favorire l'assorbimento dei nutrienti ed evitare la comparsa di retrogusto



Nestlé® Materna® DHA,  
dalla gravidanza allattamento.



GLI INTEGRATORI ALIMENTARI NON VANNO INTESI COME SOSTITUTI DI UNA DIETA VARIA ED EQUILIBRATA E DI UNO STILE DI VITA SANO. NON ECCEDERE LE DOSI RACCOMANDATE PER L'ASSUNZIONE GIORNALIERA. AVVISO IMPORTANTE: l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'allattamento al seno esclusivo per i primi 6 mesi. Nestlé supporta pienamente questa raccomandazione ed il prolungamento dell'allattamento materno anche durante lo svezzamento, come consigliato dal pediatra e dalle autorità sanitarie.

Nestlé Italiana S.p.A. • Via del Mulino, 6 • 20090 Assago (MI) • Tel. 02.8181.1



## Trasporto in utero e trasporto neonatale

Tabella 1

### Indicazioni ostetriche

- la minaccia di parto prematuro ad epoche minori di 31+6 settimane gestazionali e/o per peso fetale stimato inferiore a 1500 gr (corrispondente a circa il 50% dei trasporti materni assistiti)
- la pre-eclampsia insorgente tra 23+6 e 31+6 settimane non gestibile nel centro *spoke* (corrispondente all'11%), la sindrome HELLP
- l'emorragia *antepartum*, placenta previa centrale o placenta accreta diagnosticata in epoca < 31+6 settimane, sintomatica che necessiti di ricovero per alto rischio di parto
- patologie materne complesse con danno funzionale o di organo che richiedano competenze plurispecialistiche, o con possibilità di parto prima di 31+6 sg (corrispondente al 30%)
- la sepsi materna senza MOF (*multi-organ failure*) né CTG patologico
- + trauma, indisponibilità di posti letto

### Indicazioni fetali

- iposviluppo severo
- patologie malformative o disfunzionali fetali somatiche o cardiovascolari con necessità di assistenza neonatale intensiva a qualunque epoca di gestazione
- infezioni

### Controindicazioni

- parametri vitali/condizione clinica instabile materno e/o fetale
- travaglio avanzato
- malposizioni fetali in presenza di membrane rotte
- ematomi placentari
- mancato consenso della paziente

nazioni evolute dal punto di vista sanitario.

L'Italia sotto questo aspetto si colloca a metà strada non avendo ancora coperto tutto il territorio nazionale, al contrario di quanto è avvenuto per il trasporto in emergenza dell'adulto (servizio 118): alcune regioni, con un impegno economico ed organizzativo rilevante hanno istituito uno STEN, altre non ancora.

L'attività STEN rappresenta un momento di estrema intensità, clinico-assistenziale ed emotiva, sia per il personale assistenziale del team di trasporto che per i medici del centro che ne richiede l'intervento, oltre che - naturalmente - per la famiglia del neo-

nato. La latenza che intercorre tra attivazione dello STEN e arrivo del team di trasporto presso l'ospedale richiedente impone infatti che le prime cure debbano essere prestate dal personale dell'ospedale ove è avvenuto il parto.

Il neonatologo che si forma per affrontare il trasporto neonatale deve inoltre sviluppare conoscenze molto particolari, legate non solo alle condizioni del neonato ma anche alle condizioni del trasporto. Vi sono diverse problematiche che vanno affrontate, *in primis* la stabilità emodinamica, cioè dei flussi ematici dei grandi vasi e del cervello stesso, stabilità che è fortemente insidiata dall'accelerazione durante la partenza ed il viaggio in elicottero; questa possibilità è particolarmente elevata in particolare per i neonati pretermine più piccoli, a maggior rischio di emorragia cerebrale intraventricolare nei primi momenti di vita. È importante anche la ricerca della posizione ideale da trasporto del piccolo paziente, longitudinalmente o trasversalmente, lungo la direzione del viaggio stesso. Le linee guida su questi argomenti sono americane e derivano principalmente da manuali sul trasporto aereo (*Guidelines for Air & Ground Transport, 2007; Blumen IJ, 1999; Federal Aviation regulations; Ferreira J, 2005; AMPA Air Medical Physician Association*). La parola ricerca, in questo settore particolare della medicina perinatale, merita una considerazione particolare. La medicina moderna non può prescindere in alcun modo dalla ricerca.

L'esperienza del trasporto neonatale va condivisa ed è necessario quindi il confronto delle diverse esperienze professionali, dei molti che lavorano in attrezzatissimi ospedali pediatrici, ove è presente anche l'ECMO (*Extra Corporeal Membrane Oxygenation*), peraltro possibile anche nel trasporto. Queste esperienze sono vere e

proprie "ricerche" nella soluzione di urgenti problemi clinici, problemi spesso inaspettati, e non sempre facilmente confrontabili perché così diversi nelle diverse aree geografiche (più o meno popolate), diverse negli ambienti, nei mezzi a disposizione, e nelle culture professionali.

Il mestiere del medico che trasporta un neonato richiede alte competenze ed esperienza consolidata perché molte sono le insidie che si possono presentare. Si deve essere in grado di far tutto, spesso in solitudine, spesso dovendo risolvere un inaspettato problema, senza poter prescindere da quella capacità di improvvisazione, che nella cultura anglosassone viene brillantemente definita come *thinking out of box*. Oltre all'aspetto tecnico, chi si occupa di trasporto di neonati ad alto rischio deve imparare ad essere diplomatico e disponibile, specie con i colleghi che si vanno ad aiutare nei posti più disparati, in quanto non si può avere una equipe di neonatologi-rianimatori in ogni luogo ove nasca un bambino. Importantissima è anche la comunicazione con i genitori, che devono essere aiutati ad affrontare spesso una situazione completamente inaspettata.

Va sottolineata la necessità di meglio organizzare la formazione dei neonatologi dediti al trasporto del neonato critico, con l'auspicio di standardizzare il *training* dei neonatologi in Europa, e soprattutto in Italia, spesso lasciata alla buona volontà localistica delle diverse scuole di specializzazione di pediatria. Oltre al neonatologo è necessaria anche la formazione del personale infermieristico che deve essere in grado di svolgere bene, con sicurezza, il gesto umano e professionale del trasporto di un neonato critico, così vulnerabile, spesso intubato, ventilato artificialmente, posizionando in lui diversi cateteri nei vasi venosi ed arteriosi. L'impre-

scindibile necessità assistenziale di centralizzazione delle cure renderà infatti questa attività sempre più importante.

Bisogna però sottolineare che la professionalità nel trasporto neonatale è ad alto rischio: solo i neonatologi più esperti sono in grado di operare in questo campo.

Le difficoltà tecniche maggiori si riscontrano nel gestire la ventilazione meccanica in aereo ed in elicottero oltre che in ambulanza, sempre nell'ottica di salvaguardare le funzioni vitali, cercando di proteggere l'organo più importante del neonato che è il cervello.

## Conclusioni

Le evidenze scientifiche dimostrano che la centralizzazione dei parti ad alto rischio in strutture di eccellenza è di grande beneficio per gli esiti neonatali, e quando ciò non è possibile l'efficienza del trasporto neonatale rappresenta una necessità che va organizzata con personale e strutture adeguatamente formate.

La necessità di organizzare una rete di trasferimenti e di trasporti in utero del feto e/o del neonato sarà sempre più necessaria verso quegli ospedali con caratteristiche perinatali di eccellenza, dotati di una adeguata terapia materno-fetale e delle terapie intensive e chirurgiche di settore (neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia pediatrica, ecc.). Tutto ciò non può prescindere dal lavorare in rete dei professionisti e delle aziende sanitarie territoriali per assicurare la sempre maggiore attenzione all'umanizzazione del parto fisiologico ma con l'attenzione alla centralizzazione delle gravidanze e dei neonati con patologie, in strutture con prestazioni sempre più appropriate e sicure a tutti i livelli.

La bibliografia è a disposizione presso l'Editore.



## Congresso internazionale tenutosi a Genova sul trasporto dei neonati ad alto rischio

Nello scorso gennaio, i temi scientifici di alta specializzazione del trasporto neonatale, le tecnologie più sofisticate, atte a proteggere anche le funzioni di certe apparecchiature sotto le tante sollecitazioni di un trasporto in ambulanza, in elicottero o in aereo, sono stati discussi a Genova durante il congresso internazionale "Transport of high risk neonates. Excellence in perinatal medicine: when skill makes the difference", organizzato da Luca Ramenghi e Carlo Bellini. In questo contesto si sono contrapposte esperienze internazionali di stridente diversità, da quella australiana, ove l'équipe medica e infermieristica, a causa delle grandi distanze si prepara anche a trascorrere una notte prima di ripartire dal luogo ove si è andati a prelevare il nuovo nato, a quella svedese ove alcune università hanno addirittura un jet privato di proprietà dell'ospedale stesso dedicato al

trasporto del neonato critico, ed ancora a quella così toccante dell'Indonesia, ove spesso, per la mancanza di efficienti incubatori da trasporto adatti all'indispensabile elicottero (si pensi alle grandi distanze), si utilizza il torace e l'addome del papà (la mamma ha appena partorito e non è trasportabile) come marsupio, come succedaneo del lettino o incubatore da trasporto, mentre un medico ed una infermiera lo connettono al ventilatore.

Nelle alte quote dello Utah, in caso di trasporto in elicottero, i problemi aumentano, in quanto oltre alle basse temperature (i neonati sono così esposti a questo problema) è difficile mantenere quella minima pressurizzazione, possibile invece in aereo, ove, comunque, anche in condizioni ideali è come se si visse ad una altitudine di circa 1800 metri.

La saturazione dell'ossigeno si abbassa, un eventuale pneumotorace (una patologica raccolta di aria all'interno del polmone che minaccia la compressione del polmone e dei grandi vasi e la vita stessa del piccolo paziente) aumenta di dimensioni per un gioco di pressioni esterne che diminuiscono così significativamente in altitudine e un tubo endotracheale si allarga anche di un po' nel suo diametro maggiore.

Durante il congresso è stato un vero piacere ascoltare l'entusiasmo e le capacità professionali di tutti. Non si può dimenticare quella di Hubert Messner di Bolzano, che ha saputo coniugare la esperienza e cultura di vita personale di scalatore di montagne, con quella di neonatologo esperto di trasporto neonatale, spiegando come sia possibile che l'organismo si possa adattare a così basse concentrazioni di ossigeno, proprio perché alcuni organelli intracellulari, come i mitocondri, sono in grado di resistere a questi stress da basso ossigeno.

Hyalo Gyn,  
intimamente  
in forma...



Hyalo Gyn è la nuova gamma di prodotti clinicamente testati per il benessere intimo femminile a base di acido ialuronico.

Hyalo Gyn Gel è un gel ipoallergenico indicato nel trattamento della secchezza vaginale di varia natura nel climaterio e in menopausa, in caso di stress e disidratazione, nel post-partum e durante l'allattamento. Il suo formato ultrasottile di condoncini, unito a una formula farmaceutica a base di acido ialuronico, garantisce un'efficace idratazione.

Pratico da usare, senza bisogno di risciacquo e di lubrificanti, è il gel ideale per Helixmax e Microtraq il nuovo reggino, attivando il naturale processo di secrezione, pronto al bisogno, ed è anche il miglior modo per prevenire il gonfiore delle mucose e il dolore del dopo-avvolgimento mestruale.

Hyalo Gyn Lavanda 50 ml è la soluzione di Gel a richiesta a scopo profilattico, per favorire il biologico processo di rinnovamento delle cellule delle mucose intime, grazie all'azione balsamica e antibatterica, e utile per contrastare le infezioni di tutti gli organi della sensibilità vaginale.

Leggere attentamente le avvertenze e la data di scadenza per l'uso.

## Il piano del parto: strumento di umanizzazione e continuità assistenziale nel percorso nascita

R. Mereu, D. Porru, S.F. Deiana, V. Cofelice, G. Galassi, A.M. Paoletti, G.B. Melis, A. Meloni

Dipartimento Chirurgico Materno Infantile, UOC di Clinica Ostetrica e Ginecologica, PO Duilio Casula, AOU Cagliari

### Introduzione

L'umanizzazione della medicina, attraverso l'applicazione delle *Medical Humanities*, rappresenta attualmente uno dei principali traguardi assistenziali emergenti. Secondo R. Charon fondatrice della *Narrative Based Medicine*, alla malattia sotto il profilo biologico, deve affiancarsi il vissuto

personale della malattia stessa. Ponendo la dimensione individuale al centro dell'attenzione in contrapposizione al particolare (*disease*): "dunque sovrapporre il malato alla malattia". L'applicazione di questi principi al percorso nascita, significa offrire attitudini nel controllare eventi naturali per mezzo di una nuova cultura del partorire e del nascere

che raccolga ed elabori le conoscenze scientifiche, coniugandole con comportamenti assistenziali rispettosi degli stati emotivi e mirati al mantenimento del massimo benessere della partoriente e del nascituro. Difatti si assiste, ai nostri giorni, ad una maggiore richiesta di «naturalità» e si cerca di rispondere



## Novità EFFIK: l'acido folico 400 mcg per la gravidanza in confezione da 120 compresse in fascia A

Dal 30 Marzo 2015 è in commercio l'acido folico 400 mcg di Effik Italia nella nuova confezione da 120 compresse, 4 mesi di trattamento, in fascia A.

AIFA ha approvato la multiconfezione per un farmaco in fascia A, mantenendone la rimborsabilità proprio per garantire l'assunzione dell'acido folico a tutte le donne in età fertile.

Un apporto adeguato di acido folico nel periodo **preconcezionale e nel primo trimestre della gravidanza** è infatti un fattore importante di prevenzione del rischio di malformazioni congenite, tra cui i difetti del tubo neurale.

È ormai assodato che **l'acido folico**, il cui fabbisogno è aumentato durante la gravidanza, **sia essenziale per il normale sviluppo del sistema nervoso centrale e che una sua carenza sia il principale fattore responsabile delle malformazioni del tubo neurale** (1).

Poiché il tubo neurale completa la sua chiusura entro il 28° giorno dal concepimento, **solo un'assunzione preconcezionale può consentire la prevenzione efficace di queste malformazioni.**

È stato infatti dimostrato che l'assunzione

adeguata di acido folico, pari ad almeno 400 mcg al giorno a partire dal periodo preconcezionale, sia in grado di ridurre l'incidenza delle malformazioni del tubo neurale fino al 70% (1).

L'assunzione di acido folico, alla dose raccomandata di 400 mcg, dovrebbe iniziare almeno un mese prima del concepimento per poi proseguire per tutto il primo trimestre di gravidanza.

Tuttavia non è possibile stabilire con certezza l'esatto momento in cui avverrà il concepimento: l'80% delle coppie impiega infatti un tempo medio di 6-8 mesi per ottenere una gravidanza dalla ricerca attiva di prole (2) e il 50% delle gravidanze non sono pianificate (3).

Per tali motivi le **raccomandazioni del Ministero della Salute** prevedono che **l'assunzione di acido folico al dosaggio di 400 mcg al giorno venga attuata da tutte le donne in età fertile, in cerca di una gravidanza o che non ne escludono attivamente la possibilità** (1).

Particolare attenzione è rivolta alle adolescenti nelle quali la gravidanza non pianificata è ancora più frequente rispetto alle donne di età maggiore (1) e alle donne

straniere residenti in Italia in cui la supplementazione con acido folico prima di una gravidanza è ancora molto bassa (solo nel 4-6% delle donne) (4).

**La disponibilità dell'acido folico 400 mcg di Effik Italia nella nuova confezione da 120 compresse, 4 mesi di trattamento, in fascia A, migliora l'aderenza alla terapia nel preconcezionale e in gravidanza consentendo la giusta prevenzione delle malformazioni congenite.**

Costituisce quindi uno strumento essenziale per il benessere della gestante, e per la salute del nascituro.

Elena Casolati  
Direzione Medica Effik Italia

### Bibliografia

- 1) [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) "Acido folico e gravidanza... prima è meglio!"
- 2) Gnath C et al "Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility". *Human Reprod* 2003;18(9): 1959-1966.
- 3) De Santis M et al. Folic Acid Use in Planned Pregnancy: An Italian Survey. *Matern Child Health J* (2013) 17:661-666
- 4) Rapporto ISTISAN 2013 "Prevenzione primaria delle malformazioni congenite:attività del Network Italiano Promozione Acido Folico".



NOVITA'

NOVITA'

NOVITA'

# FERTIFOL 120

acido folico 400 mcg

cpr

L'ACIDO FOLICO PER LA GRAVIDANZA,  
IN CONFEZIONE DA 4 MESI



FASCIA A

MIGLIORA L'ADERENZA ALLA TERAPIA  
NEL PRECONCEZIONALE E IN GRAVIDANZA

613.0415 Dep. AIFA 08/04/15 Classe A



**EFFIK**  
ITALIA S.p.A.





te introduttiva sul vissuto della gravidanza al fine di costruire una relazione empatica con le donne e attraverso cui queste possano comunicare al personale sanitario che le assisterà in travaglio ed al parto le proprie necessità ed esigenze che vorrebbero vedere soddisfatte, nonché le procedure che vorrebbero o eviterebbero qualora non indispensabili.

## Materiali e metodi

Sono stati somministrati 15 piani del parto, a donne di epoca gestazionale > 37 settimane di gestazione con gravidanza fisiologica, singola e con feto in presentazione cefalica, afferenti all'Ambulatorio della Gravidanza Fisiologica e a Rischio dell'AOU Cagliari. Oltre alle 15 raccomandazioni O.M.S. (Tab. 1), sono state formulate:

- 3 domande introduttive a risposta aperta sul vissuto della gravidanza.
- 1) *Qualche pensiero su ciò che ha provato quando ha scoperto di essere in attesa.*
- 2) *Come ha vissuto l'esperienza dell'attesa? Vorremmo che cercasse di trasmetterci il vissuto della sua maternità, le gioie, le paure, le ansie legate a questo periodo così particolare.*
- 3) *Quali sono le sue aspettative riguardo al parto e all'assistenza in ospedale? Se ha già avuto precedenti gravidanze sarebbe interessante che ci raccontasse i ricordi che le suscitano sia positivi che spiacevoli. Ci sarebbe comunque di aiuto conoscere come lei immagina il suo travaglio e parto, dubbi e domande su pratiche assistenziali o quant'altro le sia poco chiaro.*
- Informazioni relative alla possi-

bilità di accesso gratuito all'anestesia peridurale e alla donazione del sangue cordonale.

Il piano parto è stato somministrato in due differenti modalità: Modalità 1 "Colloquio donna/ostetrica" (n° 5 donne): Somministrazione del questionario durante un colloquio in due tempi: 1) alla donna veniva chiesto di chiudere gli occhi ed immaginare la sequenza degli eventi ravvicinati al parto di descrivere il proprio stato d'animo, l'ambiente in cui vorrebbe trovarsi, l'assistenza che vorrebbe ricevere. L'ostetrica riporta per iscritto sul piano parto quanto raccolto dalla donna; 2) fase di raccolta dati anagrafici e anamnesi ostetrica remota e prossima.

Modalità 2 "Compilazione diretta dalla donna" (n° 10 donne): Somministrazione del questionario che la donna compila in autonomia e commenta insieme all'ostetrica al controllo successivo. In ambo i casi è prevista la firma della donna in calce al documento ai fini dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

## Risultati

Dall'analisi delle risposte alle domande introduttive sul vissuto della gravidanza è emersa nella Modalità 1 difficoltà della donna di esprimere ad un interlocutore in tempo reale il proprio intimo vissuto. È viceversa risultata efficace nel chiarire immediatamente eventuali dubbi relativi alle manovre assistenziali. La Modalità 2 è risultata efficace relativamente all'espressione delle proprie emozioni ed alla riflessione sul proprio vissuto. Sono emersi i dubbi relativi alle manovre assistenziali, chiariti al successivo colloquio: 2 donne non erano a conoscenza del significato di termini quali amniorexi, induzione

**Tabella 1:** Raccomandazioni O.M.S. sul parto fisiologico.

1. Deve essere assicurata la presenza di una persona di scelta della neo madre - familiare o non
2. A tutte le donne che partoriscono in una struttura deve venir loro garantito il rispetto dei loro valori e della loro cultura
3. Parti vaginali dopo cesareo dovrebbero venire incoraggiati
4. L'induzione del travaglio deve essere riservata solo per specifiche indicazioni mediche
5. La rottura artificiale delle membrane, fatta di routine, non ha nessuna giustificazione scientifica e se non richiesto, si raccomanda solo in uno stadio avanzato del travaglio
6. Non c'è nessuna indicazione per la rasatura del pube e per il clistere prima del parto
7. Durante il travaglio si dovrebbe evitare la somministrazione routinaria di farmaci, se non per casi specifici
8. Il monitoraggio elettronico fetale, fatto di routine, deve essere eseguito solo in situazioni mediche particolarmente selezionate e nel travaglio indotto
9. Si deve incoraggiare la donna a camminare durante il travaglio ed a scegliere liberamente la posizione a lei più adatta al parto
10. L'uso sistematico dell'episiotomia non è giustificato
11. Il neonato in salute deve restare con la madre ogni volta che le condizioni dei due lo permettano
12. Si deve promuovere immediatamente l'inizio dell'allattamento già prima che sia lasciata la sala parto
13. L'allattamento costituisce l'alimentazione normale ideale del neonato e dallo sviluppo del bambino basi biologiche ed effetti impareggiabili
14. Si deve incoraggiare le madri a tenere il bambino vicino a loro e ad offrirgli il seno ogni volta che il bimbo lo richiede
15. Si deve prolungare l'allattamento al seno il più possibile e di evitare il complemento di aggiunte (fino a 4-6 mesi di vita del bambino)

del travaglio di parto, episiotomia; 3 mostravano scarsa conoscenza dell'argomento; 3 esprimevano dubbi non meglio precisati. I dati più significativi sulle richieste/preferenze, relativamente alle raccomandazioni O.M.S. sono stati:

1. Scelta persona di fiducia in sala parto: 10 donne hanno scelto il partner (66%), 2 la madre (13%), 1 il padre (7%), 1 un amico/a (7%), 1 l'ostetrica/o (7%).
2. Presenza dell'ostetrica (costante/saltuaria/preferenza non espressa): 7 donne la richiedono costante (46%), 4 saltuaria (27%), 4 non esprimono preferenza (27%).

3. Scelta della posizione in travaglio: il 98% esprime parere favorevole alla libera scelta, il restante 2% preferisce una scelta guidata/suggerita.
4. Il totale (100%) delle donne ha espresso la volontà di ridurre al minimo monitoraggio e visite vaginali e favorevoli alle manovre assistenziali accessorie ritenute necessarie.
5. Allattamento esclusivo al seno: 6 donne (40%); favorevoli alla somministrazione di latte artificiale ed oggetti consolatori 9 donne sul totale (60%).
6. Affidamento immediato del neonato: richiesto da 7 donne (46%).

## Il piano del parto: strumento di umanizzazione e continuità assistenziale nel percorso nascita

### Discussione

L'associazione di domande a risposta aperta relative al vissuto della donna nella parte introduttiva del piano parto da noi proposto si è dimostrata rilevante dal punto di vista della comunicazione e dell'empatia tra donna e ostetrica.

La modalità verbale del piano parto da noi formulato ha permesso l'instaurarsi di un'immediata relazione tra l'ostetrica e la donna, favorevole ad una fase di rappresentazione materna della gravidanza importante sia per l'ostetrica che per la donna.

La modalità narrativa, impostata seguendo un modello di *Narrative Based Medicine* con la compilazione diretta del questionario, ha consentito alla donna di esprimersi in totale li-

bertà, di indagare la propria sfera emozionale e di mettere in luce i propri sentimenti relativamente alla gravidanza in atto, riducendo il muro di soggezione che può emergere nel confronto diretto con l'ostetrica.

La successiva discussione con l'ostetrica si è rivelata comunque indispensabile per una comunicazione efficace con la donna, al fine di creare dei momenti di crescita per ambo le parti, nonché chiarire gli eventuali dubbi emersi dalla compilazione del questionario. Sebbene il numero di questionari somministrati non consenta di trarre considerazioni definitive, relativamente ai punti proposti dal protocollo O.M.S., la bassa percentuale di donne richiedenti l'allattamento esclusivo al seno e l'affidamento immediato del neonato ha rappresentato uno

spunto di riflessione sulle necessità di maggiori informazioni alle donne durante la gravidanza relativamente all'obiettivo di salute, a breve e lungo termine, rappresentato dall'allattamento al seno.

Il piano parto è risultato un utile strumento di comunicazione ed empatia, con un ruolo chiave per la continuità assistenziale permettendo alla donna di offrire l'esperienza della propria gravidanza al personale dedicato alla presa in carico per il parto.

La migliore conoscenza del vissuto della donna da parte del personale che l'ha accolta in sala parto, ha favorito un percorso personalizzato durante il travaglio e il parto con maggiore consapevolezza delle attese da ambo le parti nel rispetto fondamentale dei principi di umanizzazione e sicurezza.

### Conclusioni

Riteniamo il piano parto uno strumento efficace ad ottemperare al bisogno crescente di continuità assistenziale in realtà ospedaliere organizzate in modo tale da rendere particolarmente difficoltoso garantire un'assistenza alla donna da parte della stessa ostetrica durante tutto il percorso nascita. Fra i 2 modelli da noi proposti è maggiormente proficuo in termini di partecipazione della donna e di creazione di legami empatici con il personale medico/ostetrico, il modello narrativo che perciò ci proponiamo a sottoporre alle nostre gestanti. È emersa l'esigenza di mantenere costante l'attenzione sulla formazione e informazione relativa all'allattamento al seno. ■

La bibliografia è a disposizione presso l'Editore.

## Una esclusiva formulazione per il benessere psico-fisico in menopausa

**Profem** è un integratore alimentare innovativo privo di glutine, lattosio e glucosio, che associa principi vegetali e probiotici, studiato per sostenere il benessere psico-fisico della donna in menopausa. Profem si caratterizza per tre nuclei d'azione: il primo contenente **isoflavoni derivati da Soia, Pueraria lobata e Trifoglio rosso**; la loro associazione unica ed equilibrata esplica un'efficace azione di controllo sulla sintomatologia vasomotoria anche intensa che si manifesta durante il periodo menopausale.



Il secondo nucleo, con **thè verde, titolato min. 50% in polifenoli**, assicura una marcata attività *antiaging* secondaria all'azione antiossidante, e **melatonina**, in dose di 1 mg per bustina, utile per riequilibrare i ritmi circadiani, fondamentali nella pulsatilità ormonale e per mantenere l'equilibrio neuro-vegetativo.

Il terzo nucleo contiene **6 ceppi batterici selezionati e specifici** in forma "**microincapsulata gastroprotetta**", ad attività probiotica documentata, fondamentali per la biodisponibilità degli isoflavoni, e **frutto-oligosaccaridi a corta catena (FOSc)**, indispensabili per sostenere la vitalità dei lattobacilli. La posologia consigliata è di una bustina al giorno.



Metella Dei

Clinica Ostetrica e Ginecologica,  
Università di Firenze

## Asimmetria e violenza nelle coppie adolescenti

**P**er un'epidemiologia della violenza nelle coppie adolescenti.

L'attenzione all'elevata prevalenza di relazioni violente tra le coppie più giovani è stata sollevata negli anni '90 da segnalazioni di letteratura nordamericana (Stati Uniti e Canada) sul fenomeno della *dating violence*, che hanno sottolineato come le ragazze adolescenti abbiano un rischio di subire violenza fisica, psicologica, verbale da parte del partner maggiore delle donne che vivono nello stesso contesto. È stato stimato che 1 ragazza su 5 sperimenta violenza fisica o sessuale da parte di un partner, mentre 1 su 3 sperimenta molestie e comportamenti aggressivi; anche i maschi naturalmente possono esserne oggetto ed è frequente che entrambi i membri della coppia siano coinvolti in una dinamica violenta. Meno del 20% dei genitori risulta consapevole di queste situazioni.

Il dibattito è stato mosso anche da una metanalisi che evidenziava come le ragazze ancora più dei loro compagni compiranno atti di violenza, anche se questi ultimi tendevano di più a causare lesioni importanti. Meno studiata è la prevalenza di violenza nelle relazioni intime tra soggetti dello stesso sesso, ma si stima che sia superiore a quella delle coppie eterosessuali; in particolare i soggetti che si definiscono bisessuali sembrano avere la più alta probabilità di diventare vittime ancora più silenziose dei loro partners. Anche le giovani ragazze immigrate da altri paesi spesso hanno alle spalle drammatiche storie di violenza sessuale sia nella loro terra di

origine, se sede di conflitti, sia durante il viaggio migratorio.

Per quanto riguarda l'Italia qualcosa suggeriscono i dati dell'indagine internazionale svolta da *TNS Healthcare*, un'agenzia di ricerca e sondaggi, svolta in 14 nazioni su quasi 3.000 ragazzi tra i 15 e i 21 anni: il 61% delle ragazze ed il 39% dei ragazzi italiani rimpiange di aver iniziato i rapporti sessuali troppo presto o in condizioni negative, cioè in situazioni in cui non rappresentava una scelta personale. Alcune indagini più mirate evidenziano meglio il fenomeno: una ricerca condotta nel 2007 nella Regione Friuli Venezia Giulia su questionari compilati da 726 ragazzi e ragazze di 18 anni ha evidenziato che il 16% delle ragazze ha subito gravi violenze psicologiche e comportamenti di sopraffazione e controllo in coppia; più di una ragazza su 10 ha subito violenze fisiche e il 14% molestie o violenze sessuali dal suo ragazzo. Le esperienze di violenza vissute dai ragazzi sono meno frequenti: meno di 1 ragazzo su 10 ha subito gravi violenze psicologiche o sessuali ed il 10% ha subito violenze fisiche. La ricerca è stata completata con alcune interviste, condotte in piccoli gruppi o individualmente, di altri 40 giovani di 15-17 anni, da cui è emerso che le ragazze riportano reazioni di rabbia, dolore, umiliazione, paura; al contrario i ragazzi affermano che il subire violenza li lascia indifferenti, o li fa ridere.

Tali risposte sembrano rispecchiare uno stereotipo antico dell'uomo sempre forte e mai fragile, incapace di provare dolore e della donna seduttiva e debole. Da questa indagine è nata l'esperienza di un sito [lenza/ con annessa pagina Facebook e Forum sul tema "violenza" rivolto prevalentemente ai giovani. Un'altra ricerca, condotta su 1.300 studenti dei primi tre anni delle scuole superiori fiorentine, conferma che nel 30% delle relazioni sentimentali è presente occasionalmente un'aggressività relazionale agita e subita, spesso compresente e nel 25% in modo grave. Il fenomeno della violenza nelle relazioni intime è maggiormente presente in soggetti più giovani: dopo i 17-18 anni declina, forse per l'acquisizione di una migliore capacità di gestire le relazioni intime.](http://www.units.it/noallavio-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

Altri sondaggi effettuati su campioni più piccoli, come quella nel 2010 a Padova all'interno del Contatto Giovani, un consultorio dedicato a ragazzi tra i 14 e i 21 anni, tramite un questionario anonimo auto-compilato ha evidenziato una forte presenza di asimmetria decisionale, di rapporti sessuali forzati e paura soprattutto del partner maschile.

### Fattori di vulnerabilità e radici del fenomeno

Esiste una vulnerabilità propria dell'età adolescenziale sia sul piano dello sviluppo cognitivo che relazionale. Relativamente alla prima, molti studi mirati alla maturazione neuro funzionale del cervello durante l'età evolutiva, hanno documentato uno sviluppo più tardivo, rispetto ai centri correlati ad altre competenze quali quelle cognitive ed esecutive, dell'area prefrontale deputata a

svolgere funzioni di previsione, ed inibizione dell'impulsività, il che potrebbe in parte spiegare la facilità di esporsi a situazioni che un adulto valuterebbe come rischiose. Contemporaneamente la vulnerabilità allo stress, anche in termini di ripercussioni sia psicologiche che psico-somatiche è maggiore nei soggetti più giovani. Dall'altro lato la crescita adolescenziale avviene proprio tramite un equilibrio instabile tra il mondo familiare e quello del gruppo dei pari, che comporta sfidare il primo e adeguarsi al secondo, talvolta per puro bisogno di appartenenza. Ma, al di là del trovarsi in questa fase così plastica e delicata del proprio percorso di crescita, esistono elementi più specifici alla base del fenomeno della violenza nelle relazioni privilegiate. La letteratura al riguardo infatti dice che esiste un'associazione ben documentata con l'uso di droghe e di alcool sia da parte delle vittime che degli aggressori. Se l'esposizione a programmi televisivi o videogames violenti non sembra un fattore predittivo particolare, l'uso aggressivo o intrusivo delle tecnologie, per esempio le molestie *online* risultano invece spesso associati ai comportamenti violenti agiti. Più rilevanti per la comprensione del fenomeno sono le indagini che hanno cercato di correlare le idee più o meno stereotipate relative al maschile, al femminile e alla sessualità presenti nei giovani che sono attori o vittime di violenza. Una ricerca svolta in Spagna all'indomani della legge Nazionale contro la violenza di genere approvata da questo Paese nel 2004, ha ben dimostrato, in ragazze e ragazzi delle scuole superiori, il legame tra attrazione e violenza, rilevando una spiccata prevalenza di un'ideologia per cui il ruolo dominante risulta di per sé attraente.



## Asimmetria e violenza nelle coppie adolescenti

Le ragazze ammettono di ricercare un ragazzo "bastardo" o "macho" per un'attrazione istintiva, che non consente loro di fare scelte ponderate. Studi simili in Italia sottolineano la persistenza di un'idea stereotipata di maschile, non esattamente corrispondente a quella delle generazioni precedenti, ma che comunque delinea un confine confuso tra sessualità e manifestazioni di potere, tra espressioni di amore e invece di controllo e la tendenza a passare ad atti anche violenti per difficoltà alla comunicazione verbale. Un'altra radice importante alla base sia del ruolo di vittima che di aggressore è cor-

relata all'esposizione personale ad eventi traumatici nell'infanzia, come documenta anche una recente indagine retrospettiva su 5.130 soggetti con almeno una relazione abusiva prima dei 21 anni che correla con la vittimizzazione ed il comportamento violento e con vari eventi avversi nell'infanzia: lutti, separazioni, malattie mentali dei genitori, uso di droghe in famiglia, violenza tra i genitori, criminalità in famiglia, problemi economici, abuso fisico, abuso sessuale, incuria.

È noto che questo tipo di esperienze è frequentemente alla base di situazioni di scarsa autostima e

capacità protettiva, con difficoltà di comunicazione nelle relazioni affettive e con un rischio elevato di rapporti asimmetrici, unito ad un maggior numero di patologie da dipendenza e da perdita di controllo. In modo più specifico è ormai dimostrata, soprattutto dagli studi effettuati sui figli di donne ospitate in case rifugio, che assistere a violenza fisica o psicologica è il fattore di rischio maggiore di trasmissione intergenerazionale della violenza, sia come aggressori che come vittime. È anche un fattore di rischio importante per comportamento antisociale in adolescenza.

## Ripercussioni sulla salute e strumenti di identificazione

È ampiamente dimostrato che, anche in soggetti adolescenti, l'essere vittima di comportamenti aggressivi reiterati sia verbali che fisici all'interno delle relazioni sentimentali, si associ in modo significativo ad elementi di rischio soprattutto relativo alla sfera della salute sessuale e riproduttiva. In particolare una inadeguata o scarsa protezione contraccettiva,

## OGGI per DOMANI Controllare OGGI la dismenorrea per limitare DOMANI la progressione di condizioni patologiche invalidanti

La prevalenza di adolescenti con dolore pelvico durante il ciclo mestruale è molto alta, oscilla infatti, dal 60% al 93%. Questo dolore, caratterizzato da crampi e dolore addominale che può irradiarsi alla schiena ed agli arti inferiori, viene chiamato **dismenorrea** ed è spesso accompagnato da vari sintomi extrapelvici come nausea, senso di vomito e di inappetenza, sonnolenza, mal di testa, vertigini, etc...

La dismenorrea può interferire in modo significativo con le normali attività quotidiane. In Italia la presenza di dismenorrea riportata in un recente studio epidemiologico è del 68% delle partecipanti; lo studio rivela che a causa della dismenorrea il 12% delle adolescenti è assente da scuola o dal lavoro per alcuni giorni al mese, il 13% manifesta dolore intermestruale che limita le attività quotidiane, il 27% delle partecipanti sessualmente attive manifesta dispareunia.

Le cause della dismenorrea non sono completamente chiarite. È noto, tuttavia, che la caduta dei livelli di ormoni steroidei a livello pelvico provoca la perdita dell'omeostasi tissutale e l'insorgenza di processi infiammatori locali. I **mastociti endometriali**, target degli ormoni steroidei, sono le cellule che coordinano insorgenza, progressione e risoluzione dei processi infiammatori. I mastociti attivati, in concerto ad altre cellule immunitarie reclutate *in situ*, secernono **citochine**, **prostanoidi**, **enzimi proteo-**

**litici**, **specie reattive dell'ossigeno**, fattori pro-angiogenesi, **fattori neurotrofici**, etc. I mediatori mastocitari includono quelli deputati alla risoluzione dell'infiammazione, come le citochine IL-10, IL-4 e i lipidi pro-risolutivi come la **Palmitoiletanolamide**. Una **disregolazione** nella produzione di mediatori pro- ed anti-infiammatori può favorire l'instaurarsi di **processi infiammatori cronici** associati a sensibilizzazione delle fibre nocicettive e sviluppo del dolore cronico. In particolare, i mediatori pro-infiammatori in eccesso possono agire sul miometrio causando aumento del tono uterino a riposo ed ischemia tissutale da ipercontrattilità uterina e sensibilizzazione delle fibre somatosensoriali.

Il rilascio dell'enzima triptasi dai mastociti attivati stimola la produzione di metalloproteasi da parte delle cellule stromali endometriali favorendo la degradazione di molte proteine tissutali. Il rilascio continuo ed imponente di fattori neurotrofici come l'NGF determina la sensibilizzazione delle fibre somatosensoriali endometriali. La sensibilizzazione periferica, se non controllata, può facilitare l'attivazione della microglia spinale e lo sviluppo della sensibilizzazione centrale, una condizione in cui il dolore persiste indipendentemente dagli stimoli periferici. La disregolazione dell'attività dei mastociti endometriali può favorire, dunque, l'instaurarsi di una condizione di neuroinfiammazione ricorrente in sede endometriale asso-

ciata a danno tissutale e dolore mestruale. Per garantire all'adolescente una buona qualità della vita è importante che il **dolore mestruale non venga banalizzato**. Il corretto controllo della dismenorrea impedisce che si inneschino quei meccanismi, sia periferici che centrali, che tendono a improntare e mantenere negli anni una maggiore vulnerabilità alle situazioni dolorose in genere. Inoltre, gli studi più recenti suggeriscono che la dismenorrea può essere un importante **campanello d'allarme** per malattie difficili da individuare e diagnosticare, in particolare, è stato osservato che la presenza di endometriosi in età adulta è associata nel 60-70% dei casi a una storia clinica pregressa di dismenorrea adolescenziale.

È importante che la dismenorrea venga gestita in modo adeguato agendo sui meccanismi che generano il dolore. Il controllo della disregolazione mastocitaria rappresenta un approccio terapeutico innovativo per mantenere a livello endometriale l'omeostasi tissutale, limitando l'ambiente pro-infiammatorio e pro-nocicettivo e favorendo la risoluzione della neuroinfiammazione e del dolore.

Il controllo della dismenorrea adolescenziale intesa come **campanello d'allarme** di situazioni più complesse è **OGGI** importante non solo per contrastare la sintomatologia dolorosa ma anche e soprattutto perché permette di limitare la progressione del danno tissutale, limitando così, **DOMANI**, l'instaurarsi di condizioni patologiche che fortemente incidono sulla qualità della vita e che includono lo sviluppo di un'alterata sensibilità agli stimoli dolorosi e la progressione di condizioni che possono arrivare a compromettere la fertilità della donna stessa.

# OGGI PER DOMANI

per il controllo  
dei Meccanismi Tissutali  
che inducono e sostengono la  
Dismenorrea dell'adolescente



**adolene**<sup>®</sup>

PALMITOILETANOLAMIDE co-micronizzata con  
POLIDATINA 200 mg + 20 mg



[info@epitech.it](mailto:info@epitech.it)



## Asimmetria e violenza nelle coppie adolescenti

con conseguente maggior rischio di gravidanze indesiderate e di infezioni sessualmente trasmesse, perché il ragazzo con comportamenti prevaricanti tende a sabotare la contraccezione in modo diretto o indiretto, per un desiderio più o meno esplicito di gravidanza come conferma della propria virilità e fertilità.

Una relazione violenta comporta anche una sessualità spesso agita come manifestazione di potere più che come comunicazione intima, e causa difficoltà e disturbi nella risposta sessuale stessa. Inoltre il coinvolgimento in relazioni violente, correla con una spirale che congiunge cause ed effetti, con l'abuso di alcool e di sostanze, disturbi del comportamento alimentare e, anche, tendenza al suicidio. Quindi un'analisi dell'eventuale asimmetria o del potere all'interno

della coppia dovrebbe essere collocato nel repertorio anamnestico di chi offre consulenze mediche, contraccettive o sessuologiche ad adolescenti. Non sempre è facile chiedere, ma è importante disporre di alcune domande chiave da porre (Tab. 1).

Esistono poi scale specifiche per l'identificazione dei comportamenti violenti, come quelle proposte dal CDC.

Anche una riflessione sulle idee di maschile e femminile presenti nella coppia e nel gruppo di riferimento può essere indicativa. Altra caratteristica è la tendenza da parte del partner ad accelerare le tappe fisiologiche della relazione con fidanzamenti ufficiali, progetti matrimoniali... che colludono nella ragazza con il desiderio romantico di essere amate in modo straordinario, ma spesso ri-

**Tabella 1.** Domande chiave per indagare sulla violenza nella relazione di coppia.

Visto che la violenza nell'ambiente familiare e nella coppia è un fenomeno molto frequente, noi chiediamo a tutti se è presente nella loro realtà ...

- Ti senti sempre sicura nello stare con il tuo ragazzo?
  - Ti è mai capitato di avere paura di lui?
  - Cosa pensa il tuo ragazzo della contraccezione?
  - Sei mai stata costretta ad avere rapporti sessuali non desiderati negli ultimi tempi?
  - Il tuo ragazzo tende a controllare i tuoi movimenti e le tue amicizie?
  - Ha mai minacciato atti violenti o estremi in caso di separazione?
  - Come si risolvono di solito i momenti in cui litigate?
- Riuscite a comunicare verbalmente sui vostri problemi?

spondono, ancora una volta, più al bisogno di possesso e controllo, che ad una scelta progettuale.

## Ipotesi di prevenzione

Negli interventi di educazione all'affettività sono già impliciti obiettivi di tutela rispetto alle relazioni violente se viene preso come elemento di partenza il concetto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità nei suoi "Standards for Sexuality Education in Europe" del 2010 pone alla base delle sue indicazioni, quello di "intimate citizenship": l'invito è a sostenere per ognuno il concetto, per non dire il diritto, di una cittadinanza nella propria dimensione di intimità. Un'intimità però da definire di volta in volta, con modalità e metodologie adeguate all'età e al contesto, nel



16 CREDITI ECM

4° CORSO NAZIONALE DELLA SCUOLA ITALIANA  
DI GINECOLOGIA ENDOCRINOLOGICA E RIPRODUTTIVA

## Obesità e diabete in Ginecologia Endocrinologica: dalla adolescenza alla menopausa avanzata

6-7 NOVEMBRE 2015  
Grand Hotel Mediterraneo, Firenze



### Programma

- **Obesità e sviluppo adolescenziale**  
Vincenzina Bruni (Firenze)
- **Obesità e disturbi del ciclo mestruale**  
Alessandro D. Genazzani (Modena)
- **Obesità e fertilità**  
Rossella Nappi (Pavia)
- **Obesità e gravidanza**  
Fabio Facchinetti (Modena)
- **La gravidanza della paziente diabetica**  
Herbert Valensise (Roma)
- **Diabete gestazionale**  
Sandro Gerli (Perugia)
- **Il rischio dell'obesità e del diabete nella donna che invecchia**  
Tommaso Simoncini (Pisa)
- **Obesità e tumori ginecologici**  
Nicoletta Biglia (Torino)
- **Obesità e terapia ormonale sostitutiva**  
Andrea R. Genazzani (Pisa)

Sono previste incontri con l'esperto per presentare i propri casi clinici direttamente ai relatori e ai colleghi

[WWW.GINENDO.IT](http://WWW.GINENDO.IT)

# PruriGyne®

crema vulvare pH 5.5

Benessere intimo  
irritazione e prurito vulvare

Dermatite irritativa

Prurito vulvare

Secchezza vulvare

Emulsione a base di principi attivi naturali  
con azione antinfiammatoria e antiprurito

- Cardiospermum halicacabum 2%
- Aloe vera liposomi 2%
- Melaleuca alternifolia 0,10%
- Vitamina E 1%

Senza anestetici locali

Senza cortisone

Senza PEG, parabeni, petrolati

Tubo da 30 ml

CE  
Dispositivo Medico

## Asimmetria e violenza nelle coppie adolescenti

suo significato più ampio che comprende il proprio corpo, le relazioni significative familiari ed extrafamiliari, i valori personali e le scelte sessuali.

In modo più mirato, sia nei gruppi di classe che in altri gruppi di adolescenti, sono molto preziosi gli incontri di confronto attivo sugli stereotipi dominanti di maschile e femminile, sulle loro radici familiari e sociali, per creare un contesto di riflessione che apra, nella discussione guidata, all'ascolto di punti di vista diversi e ad una maggiore flessibilità. Interventi specifici a partire dalla riflessione sulle norme di genere espresse dai mass media sono stati svolti con successo anche in varie scuole italiane. Parallelamente ci sono esperienze, anche

in letteratura, di lavoro sulle situazioni di conflitti tra coetanei, sulla loro gestione, e sulla capacità di dare e chiedere aiuto sfruttando metodologie attive (*role-playing*, drammatizzazioni) mirate sulle capacità comunicative e, specialmente per le ragazze, di rinforzo dell'assertività rispetto ai propri bisogni e desideri. In realtà sarebbe importante estendere la riflessione sugli stereotipi di genere e sulla gestione dei conflitti anche ad educatori ed operatori sanitari per facilitare l'identificazione del fenomeno, che riguarda in realtà tutte le età e tutti i contesti.

In relazione a quanto detto sulle radici dell'asimmetria nella coppia, rappresentano di fatto interventi di prevenzione primaria i

progetti di sostegno alla genitorialità presenti sul territorio, promossi sia dalle aziende sanitarie che da altre agenzie. È infatti ben dimostrato come la qualità della relazione iniziale genitori-bambino, e soprattutto madre-bambino, sia fondamentale per ridurre le possibilità di disfunzione familiare e di maltrattamento.

Sono un'occasione importante anche i gruppi di discussione per genitori di preadolescenti e adolescenti, in cui il tema della violenza come spia di disagio e modalità sostitutiva della capacità a comunicare nelle relazioni tra coetanei, fa parte delle consapevolezze da acquisire per ridiscutere i propri modelli educativi e per identificare i comportamenti a rischio. Sono poi diffuse, soprattutto nel Nord

America, esperienze di gruppi terapeutici per genitori di giovani con problemi di aggressività e comportamenti violenti, basati sempre sull'analisi degli stili di attaccamento, sullo sviluppo di capacità di empatia e sulle tecniche di gestione dei conflitti, che hanno dimostrato di rispondere a requisiti di efficacia nelle valutazioni.

Esistono anche esperienze di lavoro terapeutico con gruppi di *teen-agers* violenti, simili a quelli presenti anche in Italia per gli uomini che usano violenza, ma adattati alle caratteristiche comunicative e alle capacità introspettive dell'età adolescenziale.

La bibliografia è a disposizione presso l'Editore.



## MEETING ANNUALE AGUI

LA FORMAZIONE DEI GIOVANI PENSATA DAI GIOVANI:  
STRATEGIE E MODALITÀ Bologna, 13-14 novembre 2015

Bologna  
2015

Presidenti  
**Nicola Rizzo**  
**Donatella Caserta**

Presidente AGUI  
**Nicola Colacurci**

Coordinatore Scuole Specializzazione  
in Ginecologia e Ostetricia  
**Fulvio Zullo**

Presidente Collegio Ordinari  
**Salvatore Dessolet**

### Le tematiche che verranno trattate sono:

- La contraccezione e la prevenzione delle MST
- Il counseling genetico e preconcezionale
- La gestione della gravidanza a basso rischio
- Approccio clinico al dolore pelvico cronico
- L'incapacità riproduttiva
- Vaginiti e vaginosi
- La fibromatosi uterina
- Oncologia ginecologica
- Minacce di parto pretermine

#### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

© MEETING&CONSULTING Via Michele Mercati, 33 00197 Roma  
Tel. 06 80 69 33 20 segreteria@emec-roma.com www.emec-roma.com

#### SEGRETERIA AGUI

Via Michele Mercati, 33 00197 Roma Tel. 06 80 69 33 20  
segreteria@aguionline.it www.aguionline.it



Nicola Carboni

Divisione di Neurologia,  
Ospedale San Francesco, Nuoro

## Sclerosi Multipla e gravidanza

### Introduzione

La relazione fra Sclerosi Multipla (SM) e gravidanza è da molti anni oggetto di studi ed approfondimenti. Nel corso delle ultime decadi, sono stati condotti numerosi studi volti a definire il possibile effetto della gravidanza sulla sclerosi multipla: inizialmente si pensava che la gravidanza potesse esercitare un effetto deleterio sul decorso della malattia; pertanto, alle giovani con SM veniva generalmente sconsigliato di intraprendere e portare avanti una gravidanza. Un primo studio, condotto e pubblicato nella metà del secolo scorso, ha iniziato a scardinare le precedenti credenze e mostrò che le riacutizzazioni di malattia tendevano a manifestarsi solo dopo il parto e che il periodo della gestazione tendeva a mantenersi relativamente libero da nuovi episodi di malattia. Successivi studi hanno supportato questa importante osservazione e via via è stato chiarito come la gravidanza possa giocare un ruolo sul decorso di malattia.

### Le evidenze attuali

Lo studio PRIMS (*Pregnancy in Multiple Sclerosis*), il primo esteso e prospettico della durata di due anni, ha valutato il possibile ruolo giocato dalla gravidanza e dal parto sulla malattia in una grande popolazione di giovani donne affette da SM. Lo studio ha confermato una riduzione dell'attività di malattia durante la parità, in particolare nell'ultimo trimestre di gesta-

zione, ma ha anche messo in evidenza una ripresa dell'attività di malattia, appaiabile a quella presente nell'anno prima dell'inizio della gravidanza, una volta trascorso il primo trimestre *post partum*.

Altri studi hanno successivamente confermato questi dati. In particolare, il fatto che la parità sia in grado di giocare un ruolo positivo nella regolazione della SM è stato confermato da numerosissime ricerche: ad esempio, un recente studio caso-controllo ha mostrato come donne in età fertile affette da SM abbiano un numero inferiore di gravidanze e nascite nei 5 anni precedenti l'anno di esordio clinico di malattia rispetto al gruppo di controllo costituito da donne con caratteristiche analoghe; tale dato suggerisce come la gravidanza e la nascita possano esercitare sulle donne un effetto protettivo contro lo sviluppo di SM. Questo stesso studio ha anche mostrato una correlazione inversa tra aborti indotti ed il rischio di ammalarsi di SM nei 5 anni prima dell'esordio clinico di malattia; anche una gravidanza iniziale o non condotta sino a termine può quindi determinare un effetto protettivo, in prima istanza legato alle modifiche ormonali.

È intuitivo considerare come la gravità di malattia possa esercitare un impatto sulla decisione di programmare una gravidanza. Le giovani donne con una storia di malattia a basso impatto sulla loro qualità di vita tendono infatti ad essere più aperte all'idea di intraprendere una gravidanza, mentre per le donne in età fertile con una forma severa di SM è probabile che sia più difficile portare avanti una gravidanza, sia

per il timore di intraprendere un simile percorso sia per le preoccupazioni relative alla possibilità di occuparsi concretamente di un eventuale figlio. Ponsonby et al. hanno superato questo possibile *bias* di selezione considerando solo le donne con un primo episodio di malattia demielinizzante. Questi autori hanno effettuato un ampio studio di coorte, includendo da una parte un folto numero di donne con un primo episodio demielinizzante e dall'altra un nutrito numero di controlli sani. Tale studio ha indicato che la gravidanza può contribuire a ridurre il rischio di sviluppare un primo evento demielinizzante a carico del SNC; in particolare, il rischio di svilupparlo sembra attenuarsi in relazione al numero di gravidanze, divenendo estremamente basso in caso di 4-5 gravidanze. Questo dato individua la pluriparità come un possibile fattore di protezione ed indica in prima battuta le modificazioni biologiche, che naturalmente occorrono durante la gravidanza, come responsabili dell'effetto protettivo. Lo stesso studio non raggiunge però alcuna conclusione in merito all'effetto che la parità può esercitare a lungo termine, sulla possibile evoluzione o progressione di malattia. Gli Autori comunque ipotizzano che fattori ormonali e non ormonali legati alla gravidanza possano in qualche modo esercitare un effetto protettivo e quindi ridurre il rischio di sviluppare un primo evento demielinizzante.

Sono state condotte numerose ricerche volte ad esplorare il possibile effetto biologico che le variazioni ormonali, normalmente presenti in gravidanza,

possono esercitare sul decorso della sclerosi multipla. Molti studi sinora condotti sembrano indicare che la gravidanza stessa eserciti un effetto biologico, probabilmente attraverso la modulazione del sistema immunitario da parte di precisi meccanismi regolati dalla stessa condizione di gravidanza.

A supporto di questa ipotesi, possiamo ricordare uno studio danese del 2009 che ha mostrato una correlazione inversa tra il numero delle gravidanze e lo sviluppo di un'altra patologia autoimmune, il LES.

È stato ipotizzato come la gravidanza sia in grado di esercitare un effetto a breve ed a lungo termine sulla Sclerosi Multipla. Tra i fattori che sembrano implicati nella modificazione del decorso della sclerosi multipla da parte della gravidanza, dobbiamo di certo annoverare le modifiche ormonali tipiche della gravidanza; tali modifiche sembrano giocare un ruolo preminente sul controllo dei processi disimmunitari che sono alla base della Sclerosi Multipla. Le variazioni dell'assetto ormonale sembrano esercitare un effetto diretto sul sistema immunitario e sul sistema nervoso centrale. A supporto di questa teoria, possiamo ricordare che numerosi studi di laboratorio e modelli sperimentali hanno mostrato come gli ormoni associati al sesso ed alla gravidanza abbiano un potenziale effetto terapeutico sulla sclerosi multipla; a riprova di questa affermazione, diversi studi sperimentali hanno mostrato come estrogeni (17 beta-estra-diolo ed estriolo), progesterone e testosterone siano in grado di esercitare un effetto regolatorio in senso anti-infiammatorio e neuroprotettivo sullo sviluppo dell'Encefalite Acuta Sperimentale (EAS), mediante una intera-



## ➔ Sclerosi Multipla e gravidanza

zione con i recettori per gli estrogeni espressi da Linfociti T e B regolatori e dalle cellule dendritiche e mediante l'interazione con i recettori siti su astrociti ed altre cellule del SNC. L'effetto degli estrogeni è soprattutto anti-infiammatorio e volto a stimolare e promuovere la risposta dei linfociti Th2. Il progesterone, invece, sembra avere un ruolo nella modulazione del sistema immunitario attraverso la riduzione del processo infiammatorio; il suo effetto è in gran parte sostenuto dall'inibizione dell'apoptosi dei timociti, la riduzione della produzione di ossido nitrico e dalla facilitazione della differenziazione dei linfociti Th2.

Il testosterone appare d'altra parte in grado di esercitare un effetto protettivo ed anti-infiamma-

torio mediante la sua diretta interazione con i recettori androgeni o una volta trasformato in estrogeni. Una serie di interessanti lavori ha indagato il Fattore di Pre-Impianto Embrio-specifico (PIF) ed evidenziato che esso ha un ruolo nel controllo dei processi infiammatori e nei processi di riparazione neurale.

Per quanto riguarda invece l'effetto a lungo termine esercitato dalla gravidanza sulla sclerosi multipla, vari autori invece hanno indagato il possibile effetto di fattori non ormonali, quali, ad esempio, il microchimerismo fetale, nel sostenere la disregolazione immunitaria alla base della SM. Studi sull'effetto sul sistema immunitario esercitato dalla presenza per lungo tempo di elementi cellulari ematopoietici di

origine fetale nel sangue materno hanno dato risultati contrastanti, suggerendone sia un effetto immunosoppressivo ed antiinfiammatorio, sia una possibile associazione diretta con la SM. Risultati così discordanti e contrastanti rendono improbabile che il microchimerismo fetale giochi un ruolo importante nello sviluppo e nella regolazione della Sclerosi Multipla.

Un altro meccanismo mediante il quale la gravidanza può esercitare un effetto sul decorso di malattia si basa sulla possibile regolazione degli ormoni circolanti sull'espressione di geni potenzialmente implicati nella modulazione del sistema immunitario, così da favorire una disregolazione immunitaria. Numerosi sono i meccanismi possibilmente implicati in questo affascinante

meccanismo regolatorio, molti ancora da scoprire e tanti da chiarire.

## Conclusione

Rimangono da chiarire molti aspetti importanti, necessari per comprendere i complessi meccanismi fisiopatologici alla base della relazione tra parità e malattia.

La conoscenza dei meccanismi alla base di questa complessa relazione sono necessari sia per poter offrire un corretto *counseling* alla paziente affetta da Sclerosi Multipla, sia per sperimentare nuove strategie terapeutiche in grado di contrastare l'effetto della sclerosi multipla sulla vita di milioni di pazienti.

1<sup>st</sup> Congress of  
Joint European  
Neonatal Societies (JENS)  
2015

September  
16<sup>th</sup> - 20<sup>th</sup> 2015

BUDAPEST

Organizing Societies: MCA

Supporting Societies: COINN

www.jens2015.eu

Leonardo Micheletti  
Gianluigi Radici

SCDU I Ginecologia e Ostetricia,  
Università di Torino, PO S. Anna

## Vulvodinia: una entità clinica controversa

### Introduzione

La vulvodinia, non riconosciuta per molto tempo dai ginecologi e dai dermatologi come vera entità clinica responsabile di grave disagio per la donna affetta, viene invece oggi forse sovradagnosticata e gestita in modo inappropriato. Ciò deriva dal fatto che rimane una sindrome complessa, a patogenesi multifattoriale, che richiede competenze interdisciplinari con particolare riguardo all'ambito algologico, per evitare eccessive semplificazioni ed interpretazioni patogenetiche improprie a cui seguono inevitabilmente approcci diagnostico-terapeutici spesso contraddittori, inefficaci e fonte di confusione non solo per la donna ma per i medici stessi.

Ecco perché si è deciso di iniziare con una breve ma aggiornata trattazione sulla neurobiologia del dolore. Senza questa premessa, infatti, sarebbe impossibile gestire correttamente l'argomento "vulvodinia".

### Classificazione neurobiologica del dolore

La recente e accreditata classificazione neurobiologica suddivide il dolore in nocicettivo, infiammatorio e patologico, quest'ultimo a sua volta distinto in neuropatico e disfunzionale.

Sia il *dolore nocicettivo* che *infiammatorio* possiedono, dal punto di vista evolutivo e fisiologico,

specifiche finalità protettive, in quanto il primo induce al riflesso di evitamento con allontanamento rapido dallo stimolo nocivo ed il secondo scoraggia il contatto fisico e il movimento, promuovendo quindi la guarigione del tessuto periferico lesionato.

Il *dolore infiammatorio* è caratterizzato dal fenomeno della "sensibilizzazione", per cui si ha, da parte dei tessuti danneggiati, il rilascio di numerosi mediatori della flogosi che sensibilizzano i neuroni nocicettivi periferici ("sensibilizzazione periferica") che a loro volta mantengono l'infiammazione tissutale ("infiammazione neurogenica"), mediante il rilascio di neuropeptidi, responsabili di vasodilatazione, aumento della permeabilità capillare e attivazione delle cellule immunitarie. Una volta sensibilizzati, i neuroni nocicettivi periferici rilasciano nel midollo spinale neuropeptidi e neurotrofine, responsabili anche della sensibilizzazione dei neuroni nocicettivi centrali ("sensibilizzazione centrale"). Clinicamente la "sensibilizzazione" provoca ipersensibilità al dolore, caratterizzata da sintomi positivi (guadagno di funzione sensoriale) quali dolore spontaneo, allodinia (dolore dovuto ad uno stimolo che normalmente non provoca dolore), iperalgesia (dolore esagerato e prolungato in risposta a stimolo normalmente doloroso), e iperalgesia secondaria (irradiazione del dolore alle aree limitrofe o anche in sedi distanti). L'iperalgesia secondaria è espressione di sensibilizzazione dei neuroni nocicettivi centrali, che espan-

dono il proprio campo recettivo oltre l'area interessata dal danno tissutale. Normalmente l'ipersensibilità al dolore è reversibile, esaurendosi con la guarigione del danno tissutale periferico.

Quando il dolore persiste alla guarigione del danno tissutale si parla di dolore patologico.

Il *dolore patologico* è generato all'interno del sistema nocicettivo senza adeguata stimolazione dei nocicettori. È pertanto un falso allarme. Esso è il risultato di una abnorme sensibilizzazione del sistema nocicettivo, che si manifesta clinicamente come dolore spontaneo, allodinia e iperalgesia, senza alcuna finalità protettiva. Il dolore patologico è distinto in neuropatico e disfunzionale.

Il *dolore neuropatico* è un dolore patologico indotto da un danno strutturale del sistema somatosensoriale, quale conseguenza diretta di una lesione o di una malattia dello stesso. Per lesione si intende un danno identificabile macroscopicamente o microscopicamente, come la lesione traumatica di un nervo, per malattia si intende un processo patologico quale una malattia nervosa infiammatoria o autoimmune. Il meccanismo principale che porta al dolore neuropatico è la scarica elettrica "ectopica", ossia la generazione del potenziale d'azione lungo le vie afferenti nocicettive e non a livello delle sedi corrette, rappresentate dai nocicettori periferici e dalle sinapsi centrali.

Altri meccanismi includono la sensibilizzazione periferica delle fibre nervose nocicettive non le-

sionate e la sensibilizzazione centrale con compromissione delle vie discendenti modulatorie del dolore.

Dolore spontaneo, allodinia e iperalgesia possono essere associati ad altri sintomi positivi, quali parestesia (sensazione anomala spontanea o provocata), disestesia (sensazione spiacevole spontanea o provocata), iperestesia (aumentata sensibilità allo stimolo tattile o termico), e a sintomi negativi (deficit sensoriali), che riflettono il danno neuronale, quali ipoestesia (ridotta sensibilità allo stimolo tattile o termico) e ipoalgesia (riduzione dell'intensità del dolore indotto da stimolo nocicettivo).

Il *dolore disfunzionale* è un dolore patologico, a bassa soglia di attivazione, conseguenza di uno stato di ipereccitabilità del sistema nervoso centrale, in assenza di flogosi tissutale periferica in atto e in assenza di danno strutturale del sistema somatosensoriale.

Esempi sono la fibromialgia, la cefalea di tipo tensivo, il disturbo dell'articolazione temporomandibolare, la sindrome dell'intestino irritabile, e la sindrome della vescica dolorosa. La frequente associazione di queste sindromi dolorose suggerisce un'origine comune in termini di abnorme sensibilizzazione centrale.

Sulla base delle più recenti acquisizioni scientifiche, il dolore disfunzionale insorge in individui caratterizzati da un fenotipo di predisposizione al dolore cen-



## Contracezione ormonale a regime esteso: la pillola si evolve

Giuseppe Borrelli

Direzione Medica TEVA Italia

I contraccettivi orali combinati sono il metodo anticoncezionale reversibile più utilizzato dalle donne (1). Nel corso di oltre 40 anni dalla sua prima introduzione, la pillola è andata incontro a numerosi cambiamenti, che hanno riguardato principalmente la riduzione dei dosaggi di estrogeno e l'impiego di progestinici più innovativi (1).

Inizialmente, la pillola era stata concepita con un regime di 28 giorni: 21 giorni di pillole attive e 7 giorni senza ormoni, per consentire una mestruazione mensile.

Si trattò di una decisione arbitraria, volta solo a imitare il ciclo naturale, con mestruazioni mensili, per rendere la pillola più accettabile dal punto di vista "culturale" e sociale (1). Si pensava, infatti, che la somiglianza con il ciclo mestruale avrebbe reso la pillola più accettabile come metodo di contraccezione naturale. Pertanto, la decisione di utilizzare un regime posologico di 28 giorni non era dettata dalla necessità fisiologica di avere 13 cicli l'anno, bensì dalle norme sociali vigenti all'epoca (1). Tuttavia, oggi, sondaggi condotti sulle donne nel mondo, ma anche in Italia, rivelano che le donne preferirebbero una riduzione della frequenza dei sanguinamenti mensili (2).

In Italia, uno studio recente, condotto su 350 donne in età fertile provenienti da diverse regioni italiane del Nord, del Centro e del Sud, alle quali è stato sottoposto un questionario in merito alla loro preferenza sulla frequenza del ciclo, ha riportato che solo il 32% delle donne che hanno risposto preferirebbe avere la mestruazione ogni mese. Il restante 78% ha invece dichiarato di voler dimi-

nuire il numero di cicli. Fra le donne già utilizzatrici di COC, inoltre, più del 30% aveva tentato di utilizzare pillole indicate per un regime 21/7 per controllare il ciclo, utilizzando i cosiddetti "regimi fai da te". Fra costoro, in circa il 70% dei casi, le motivazioni che le avevano indotte a cercare di ridurre la frequenza dei sanguinamenti utilizzando un COC non erano di tipo clinico (2).

Di conseguenza, per rispondere ad un'esigenza emergente, uno dei cambiamenti che hanno marcato il percorso evolutivo della contraccezione orale è stato lo sviluppo di contraccettivi orali combinati a regime esteso, che ha permesso alle donne che sceglievano la contraccezione di ridurre i sanguinamenti mensili. Il primo contraccettivo orale combinato, lanciato negli Usa nel 2003, prevedeva 84 giorni di assunzione di pillole attive, seguiti da 7 giorni di intervallo libero da ormoni (1). Recentemente, però, numerosi studi hanno dimostrato che la riduzione delle dosi ormonali, mantenendo un intervallo di 7 giorni libero da ormoni, può condurre a una riduzione della soppressione ipotalamo-ipofisi-ovaio e, di conseguenza, compromettere l'efficacia contraccettiva e provocare la comparsa di sintomi da sospensione ormonale (1, 3).

Uno studio condotto su 262 donne che assumevano la pillola ha mostrato che le donne manifestano una sintomatologia significativa (come dolore pelvico, cefalea, gonfiore, tensione mammaria) durante l'intervallo privo di ormoni, rispetto al periodo di assunzione delle pillole attive nei regimi contraccettivi orali combinati 21/7 (3). A partire dal Maggio 2015 la pillola a regime esteso è presente

anche in Italia con il marchio SEASONIQUE® e rappresenta il passo più recente nell'evoluzione dei contraccettivi orali.

SEASONIQUE® determina 4 brevi mestruazioni programmate di circa 3 giorni per ogni ciclo di 3 mesi (4). La somministrazione quotidiana di etinilestradiolo a basso dosaggio durante l'abituale intervallo di 7 giorni senza ormoni fornisce una maggiore soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio rispetto ai regimi tradizionali di 28 giorni e ai regimi estesi di precedente generazione (1, 3). Grazie alla formulazione a regime esteso e all'assenza dell'intervallo privo di ormoni, SEASONIQUE® può fornire alle donne il sollievo dalla comune sintomatologia osservata con i regimi tradizionali di 21/7 giorni. Se assunto correttamente, SEASONIQUE® offre un'efficacia superiore al 99% nella prevenzione della gravidanza e il suo indice Pearl dimostrato è in linea con quello degli altri contraccettivi orali approvati. Inoltre, SEASONIQUE® offre un comodo profilo di sanguinamento, con mestruazioni più brevi, meno frequenti e meno intense (5).

### Bibliografia

1. Sulak PJ. Continuous oral contraception: changing times. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008;22(2):355-374.
2. Fruzzetti F, Paoletti AM, Lombardo M, Carmignani A, Genazzani AR. Attitudes of Italian women concerning suppression of menstruation with oral contraceptives. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008;13(2):153-157.
3. Sulak PJ, Scow RD, Preece C, Riggs MW, Kuehl TJ. Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. *Obstet Gynecol.* 2000;95(2):261-266.
4. Seasonique Riassunto delle caratteristiche del prodotto
5. Anderson FD et al. Contraception. 2006;73(3):229-234.



seasonique

150 mcg/ 30 mcg e 10 mcg

Levonorgestrel/Etinilestradiolo

gennaio

**febbraio**

marzo

aprile

**maggio**

giugno

luglio

**agosto**

settembre

ottobre

**novembre**

dicembre

gennaio



CIC Edizioni Internazionali

TEVA

Women's Health





per il periodo della somministrazione della rifampicina e nei 28 giorni successivi alla sospensione del trattamento. Alle donne in trattamento a lungo termine con principi attivi che inducono gli enzimi epatici, si raccomanda di utilizzare un altro metodo contraccettivo non ormonale affidabile. **Influenza di Seasonique su altri medicinali.** È stato dimostrato che l'uso concomitante di COC e lamotrigina riduce i livelli di lamotrigina del 50% circa. Tale interazione può essere dovuta al componente estrogeno, in quanto non si verifica quando i progestinici vengono somministrati in monoterapia. Nelle pazienti già trattate con lamotrigina, possono essere necessari un attento monitoraggio clinico e un eventuale aggiustamento della dose all'inizio e alla fine dell'assunzione del contraccettivo. Al contrario, l'inizio dell'assunzione del contraccettivo orale durante la titolazione di lamotrigina deve essere evitato. **Analisi di laboratorio.** L'uso di COC può modificare i risultati di alcuni esami di laboratorio, fra cui i parametri biochimici relativi alla funzionalità epatica, tiroidea, surrenalica e renale, i livelli plasmatici delle proteine (carrier), quali per es. la globulina legante i corticosteroidi e le frazioni lipido/lipoproteiche, i parametri del metabolismo glucidico e i parametri della coagulazione e della fibrinolisi. Le variazioni generalmente rimangono entro i normali limiti di laboratorio. Le donne in terapia tiroidea sostitutiva potrebbero necessitare di un aumento della dose di ormoni tiroidei perché le concentrazioni sieriche della globulina legante la tiroxina aumentano con l'uso di COC. **4.6. Fertilità, gravidanza e allattamento.** **Gravidanza** Seasonique non è indicato in gravidanza. In caso di gravidanza durante l'utilizzo di Seasonique, il medicinale deve essere immediatamente sospeso. Studi epidemiologici di grandi dimensioni non hanno rivelato né aumento del rischio di malformazioni congenite in bambini nati da donne che avevano fatto uso di COC prima della gravidanza, né effetti teratogeni in caso di assunzione accidentale di COC durante la gravidanza. Studi sperimentali sull'animale hanno rivelato effetti indesiderati durante la gravidanza e l'allattamento (vedere paragrafo 5.3). In base a questi dati sull'animale non possono essere esclusi effetti indesiderati dovuti all'azione ormonale dei principi attivi. Tuttavia, l'esperienza clinica generale con i COC durante la gravidanza non ha fornito alcuna prova di un reale effetto indesiderato nell'uomo. **Allattamento** La lattazione può essere influenzata dai COC, in quanto questi possono ridurre la quantità e modificare la composizione del latte materno. Quindi, non è raccomandato l'uso dei COC fino al termine dell'allattamento al seno. Modeste quantità di steroidi ad azione contraccettiva e/o dei loro metaboliti possono essere escrete nel latte materno durante l'uso di COC. Tali quantità possono avere effetti sul bambino. **Fertilità** Seasonique è indicato per la prevenzione della gravidanza. **4.7. Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. Non è stato osservato alcun effetto sulla capacità di guidare e di usare macchinari nelle utilizzatrici di COC. **4.8. Effetti indesiderati.** Lo studio clinico pivotale che ha valutato la sicurezza e l'efficacia di Seasonique era uno studio randomizzato, multicentrico, in aperto della durata di 12 mesi che ha reclutato donne di età compresa tra 18 e 40 anni, 1.006 delle quali hanno assunto almeno una dose di Seasonique. Le reazioni avverse correlate al farmaco riferite con maggior frequenza erano sanguinamento uterino irregolare e/o pesante, aumento di peso e acne. Altre reazioni avverse identificate durante l'esperienza post-marketing di Seasonique sono state elencate qui con frequenza ignota. Le frequenze sono definite come segue: Molto comune (> 1/10); Comune (da 1/100 a <1/10); Non comune (da 1/1000 a <1/100); Raro (da 1/10.000 a <1/1000); Molto raro (<1/10.000); Non noto (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili)

Classificazione per sistemi e organi	Molto comune	Comune	Non comune	Raro	Frequenza non nota
Infezioni ed infestazioni			Infezioni micotiche, vaginosi micotica, vaginite batterica, infezione vescicale, gastroenterite, sinusite, faringite, candidosi vaginale, infezione vaginale, vaginite		
Tumori benigni, maligni e non specificati (cisti e polipi compresi)			Mastopatia fibrocistica, fibromi uterini, peggioramento dei fibromi uterini		
Patologie del sistema emolinfopoietico			Anemia		
Disturbi del sistema immunitario					Reazioni di ipersensibilità
Disturbi del metabolismo e della nutrizione			Aumento dell'appetito, anoressia, riduzione dell'appetito, diabete mellito, resistenza insulinica		
Disturbi psichiatrici		Disturbi dell'umore, riduzione della libido, depressione	Irritabilità, ansia, peggioramento della depressione, umore depresso, sofferenza affettiva, insonnia, labilità affettiva, peggioramento dell'ansia, orgasmo alterato, paranoia		
Patologie del sistema nervoso		Cefalea <sup>1</sup> , emicrania <sup>2</sup>	Capogiro, iperestesia, ipoestesia		Perdita di coscienza
Patologie dell'orecchio e del labirinto			Vertigini		
Patologie cardiache			Palpitazioni, tachicardia		
Patologie vascolari			Vampate di calore, ipertensione, peggioramento dell'ipertensione, ipotensione ortostatica		Trombosi
Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche			Sinusite		Embolia polmonare, trombosi polmonare
Patologie gastrointestinali:		Nausea <sup>3</sup> , dolore addominale <sup>4</sup>	Vomito, dispepsia, diarrea, stipsi, peggioramento della nausea		
Patologie epatobiliari			Colecistite, colelitiasi		
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo		Acne <sup>5</sup>	Eruzione cutanea, iperticosi, anomalie nella struttura dei capelli, ipotricosi, patologia delle unghie, sudorazione notturna, reazioni di fotosensibilità, iperpigmentazione cutanea		Alopecia
Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo			Tumefazione periferica, dolore dorsale, spasmi muscolari, artralgia, rigidità articolare, mialgia, dolore al collo		Dolore alle estremità
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella	Metrorragia	Menorragia, dolorabilità alle mammelle, dismenorrea	Secchezza vulvovaginale, spasmi uterini, dolore mammario, mestruazioni irregolari, congestione mammaria, aumento di volume mammario, dispareunia, sanguinamento post-coitale, perdite vaginali, secrezione mammaria, prurito genitale, eruzione cutanea genitale, dolore pelvico, ovaio policistico, disturbi vulvari, fastidio vulvovaginale		
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione			Spossatezza, edema <sup>6</sup> , dolore, dolore toracico, sentire caldo, disturbi simil-influenzali, malessere, piressia		
Esami diagnostici		Aumento di peso corporeo	Aumento della pressione arteriosa, aumento dei lipidi sierici, calo di peso corporeo		

<sup>1</sup> compreso il peggioramento della cefalea e cefalea tensiva <sup>2</sup> compreso il peggioramento dell'emicrania ed emicrania con aura <sup>3</sup> compreso il peggioramento della nausea <sup>4</sup> compresa distensione addominale, dolore addominale superiore e dolore addominale inferiore <sup>5</sup> compreso il peggioramento dell'acne <sup>6</sup> compreso l'edema periferico

Nelle utilizzatrici di COC sono state segnalate le seguenti reazioni avverse gravi, discusse nel paragrafo 4.4 "Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego": • Disturbi tromboembolici venosi • Disturbi tromboembolici arteriosi • Ipertensione • Tumori epatici • Insorgenza o aggravamento di condizioni per le quali l'associazione con l'uso dei COC non è dimostrata: morbo di Crohn, colite ulcerosa, epilessia, emicrania, mioma uterino, porfiria, lupus eritematoso sistemico, herpes genitale, corea di Sydenham, sindrome emolitico-uremica, ittero colestatico • Cloasma • Disturbi acuti o cronici della funzione epatica possono richiedere l'interruzione del trattamento con il COC fino a quando gli indici di funzionalità epatica non siano tornati alla norma. • Nelle donne con angioedema ereditario, gli estrogeni esogeni possono indurre o aggravare i sintomi dell'angioedema. La frequenza di diagnosi di carcinoma mammario tra le utilizzatrici di contraccettivi orali è aumentata molto lievemente. Dato che il carcinoma mammario è raro nelle donne di età inferiore ai 40 anni, il numero di casi in più è modesto rispetto al rischio complessivo di carcinoma mammario. Non è noto se vi sia un rapporto di causalità con i COC. Per ulteriori informazioni vedere i paragrafi 4.3 e 4.4. **Segnalazione delle reazioni avverse sospette. La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione all'indirizzo [www.agenziafarmaco.gov.it/risponsabili](http://www.agenziafarmaco.gov.it/risponsabili)** **4.9. Sovradosaggio.** Non vi sono segnalazioni di eventi avversi gravi a seguito di sovradosaggio dei contraccettivi orali. Sulla base dell'esperienza generale con i contraccettivi orali combinati, i sintomi che potrebbero verificarsi in tal caso sono: nausea, vomito e, nelle ragazze più giovani, lieve sanguinamento vaginale. Non esistono antidoti e l'eventuale trattamento deve essere sintomatico. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE. 5.1. Proprietà farmacodinamiche.** Categoria farmacoterapeutica: Ormoni sessuali e modulatori dell'apparato genitale, Contraccettivi orali per uso sistemico, Progestinici ed estrogeni, combinazione fissa. Codice ATC: G03AA07 Indice di Pearl complessivo (18-35 anni di età) 0,76 (limite superiore dell'intervallo di confidenza bilaterale al 95%: 1,76). Indice di Pearl per il fallimento del metodo (18-35 anni di età): 0,26 (limite superiore dell'intervallo di confidenza bilaterale al 95%: 0,80). Indice di Pearl complessivo (18-40 anni di età) 0,67 (limite superiore dell'intervallo di confidenza bilaterale al 95%: 1,56). L'effetto contraccettivo dei COC si basa sull'interazione di vari fattori, i più importanti dei quali sono l'inibizione dell'ovulazione e i cambiamenti che si verificano a livello dell'endometrio. Seasonique è un contraccettivo orale a regime esteso di 91 giorni che riduce i sanguinamenti da sospensione programmati a quattro episodi l'anno. Inoltre, durante gli ultimi 7 giorni del regime esteso (nei Giorni 85-91) Seasonique include 10 microgrammi di etinilestradiolo invece del placebo, per migliorare la soppressione dell'attività follicolare ovarica e ridurre il rischio di ovulazione intermestruale; tuttavia non è noto fino a che punto l'efficacia contraccettiva venga modificata. **Popolazione pediatrica.** L'Agenzia Europea per i Medicinali ha rinunciato all'obbligo di presentare i risultati degli studi su Seasonique in tutte le categorie della popolazione pediatrica in contraccettione (vedere paragrafo 4.2 per le informazioni sull'uso pediatrico). **5.2. Proprietà farmacocinetiche. Assorbimento** Etinilestradiolo e levonorgestrel vengono assorbiti con concentrazioni plasmatiche che raggiungono il picco entro 2 ore dalla somministrazione orale. Il levonorgestrel viene completamente assorbito dopo la somministrazione orale (biodisponibilità quasi del 100%) e non è soggetto a metabolismo di primo passaggio. L'etinilestradiolo viene assorbito dal tratto gastrointestinale ma a causa del metabolismo di primo passaggio nella mucosa intestinale e nel fegato, la sua biodisponibilità è del 43% circa. **Stato stazionario.** Durante l'uso continuativo di Seasonique i livelli sierici di levonorgestrel aumentano di circa 3 volte e quelli di etinilestradiolo di circa 1,5 volte al Giorno 21 rispetto al Giorno 1 di trattamento. I livelli di esposizione giornaliera a levonorgestrel ed etinilestradiolo al Giorno 21, corrispondente al termine del tipico regime contraccettivo da 3 settimane, e al Giorno 84, al termine di un regime esteso, erano simili, senza alcun ulteriore accumulo di farmaco. **Distribuzione** Levonorgestrel ha un alto legame proteico, principalmente con le globuline leganti gli ormoni sessuali (SHBG) e l'albumina sierica. L'etinilestradiolo ha un legame alto (95% circa), ma non specifico, con l'albumina sierica. L'etinilestradiolo non si lega agli SHBG, ma induce un aumento delle concentrazioni sieriche di SHBG, influenzando la distribuzione relativa di levonorgestrel nelle differenti frazioni proteiche (aumento della frazione legata agli SHBG e riduzione della frazione legata all'albumina). **Biotrasformazione** A seguito dell'assorbimento, levonorgestrel viene coniugato in posizione 17 -OH a formare solfato e, in percentuale minore, glucuronide nel plasma. Il metabolismo di primo passaggio dell'etinilestradiolo implica la formazione di etinilestradiolo-3-solfato nella parete intestinale, seguito da 2-idrossilazione di una porzione dell'etinilestradiolo restante non trasformato, ad opera del citocromo epatico P-450 3A4. I vari metaboliti idrossilati sono soggetti a ulteriore metilazione e/o coniugazione. **Eliminazione** Il 45% circa di levonorgestrel e dei suoi metaboliti viene escreto nelle urine e il 32% circa viene escreto nelle feci, principalmente sotto forma di glucuronide coniugato. L'emivita terminale di eliminazione di levonorgestrel dopo una singola dose di Seasonique era di circa 34 ore. L'etinilestradiolo viene escreto nelle urine e nelle feci come coniugati glucuronide e solfato, e subisce il ricircolo enteroepatico. L'emivita terminale di eliminazione di etinilestradiolo dopo una singola dose di Seasonique era di circa 18 ore. **5.3. Dati preclinici di sicurezza.** Negli animali di laboratorio gli effetti del levonorgestrel e dell'etinilestradiolo sono limitati a quelli associati alla loro riconosciuta attività farmacologica. In particolare, gli studi di tossicità riproduttiva hanno rivelato negli animali effetti embriotossici e fetotossici. Sulla base degli studi di tossicità a dose ripetuta, genotossicità e potenziale cancerogeno i dati non clinici di etinilestradiolo e levonorgestrel non rivelano alcun pericolo specifico per l'essere umano si deve tuttavia tenere a mente che gli steroidi sessuali possono promuovere la crescita di determinati tessuti e tumori ormono-dipendenti. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. 6.1 Elenco degli eccipienti.** Compresse rosa rivestite con film: Nucleo della compressa: lattosio anidro, ipromellosa, cellulosa microcristallina, magnesio stearato. Rivestimento della compressa: ipromellosa, titanio diossido (E171), Macrogol 400, lacca di alluminio AC rosso di allura (E129), polisorbato 80, lacca di alluminio FCF blu brillante (E133). Compresse bianche rivestite con film: Nucleo della compressa: lattosio anidro, potassio poliacrilin, cellulosa microcristallina, magnesio stearato. Rivestimento della compressa: Titanio Diossido (E171), Polidestrosio FCC, Ipromellosa, Triacetin, Macrogol 8000 **6.2 Incompatibilità.** Non applicabile. **6.3 Periodo di Validità.** 3 anni **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione.** Conservare nella confezione originale per proteggere il medicinale dalla luce e dall'umidità. **6.5 Natura e contenuto del contenitore.** Ciascuna confezione contiene 91 compresse rivestite con film (84 compresse rosa e 7 compresse bianche) in tre blister: 2 x 28 compresse rosa rivestite con film + 1 x (28 compresse rosa rivestite con film + 7 compresse bianche rivestite con film). Tre blister PCV/TE/PVDC // AL sono all'interno di una confezione di cartone, inseriti in un sacchetto di alluminio e in una scatola. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento.** Il medicinale non utilizzato e i rifiuti derivati da tale medicinale devono essere smaltiti in conformità alla normativa locale vigente. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Teva Italia S.r.l. Via Messina 38, 20154 - Milano - Italia **8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** 042139016 - "150 microgrammi/30 microgrammi+10 microgrammi compresse rivestite con film" 84+7 compresse in blister PCV/TE/PVDC/AL **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** 05 Maggio 2015 **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** Marzo 2015.

➔ Segue da pag. 23 **Vulvodinia: una entità clinica controversa**

trale: anamnesi familiare positiva per dolore cronico e disturbi dell'umore, anamnesi personale positiva per sintomi cronici di origine centrale (dolore multifocale, insonnia, astenia, ansia, depressione, catastrofizzazione), sesso femminile e predisposizione genetica.

Circa il 50% della sensibilità al dolore sperimentale è riferibile a fattori genetici, in particolare a polimorfismi genetici come ad esempio quelli che interessano il gene COMT (catecol-O-metiltransferasi) o il gene GTP ciclodrolasi. In presenza di predisposizione al dolore centrale, l'esposizione a un fattore scatenante, come uno stress fisico (trauma fisico, flogosi tissutale periferica) o psichico (trauma emotivo), innesca un'abnorme sensibilizzazione centrale, mediata da meccanismi quali l'abnorme potenziamento sinaptico a lungo termine e la compromissione dei meccanismi discendenti di modulazione del dolore. L'abnorme potenziamento sinaptico a lungo termine è definito come persistente incremento dell'efficacia sinaptica nelle vie nocicettive del sistema nervoso centrale, per cui l'ipersensibilità al dolore (dolore spontaneo, allodinia, iperalgesia) perdura in modo anomalo oltre il tempo di guarigione della flogosi tissutale periferica, diventando cronico e maladattativo.

L'alterazione dei meccanismi discendenti di modulazione del dolore rende inoltre l'individuo più vulnerabile a fattori scatenanti in altre regioni corporee, generando una sindrome dolorosa multifocale/multisistemica, il cui trattamento non può essere demandato a più specialisti, ognuno focalizzato sulla regione corporea di competenza, ma deve essere orientato alla desensibilizzazione centrale.

## Definizione di vulvodinia

Dopo differenti classificazioni utilizzate a partire dall'ultimo ventennio del 1900, la ISSVD (*International Society for the Study of Vulvovaginal Disease*) nel 2003 ha pubblicato la classificazione del dolore vulvare che a tutt'oggi rimane valida soprattutto alla luce delle recenti acquisizioni sulla neurobiologia del dolore.

La vulvodinia è definita come fastidio vulvare, spesso descritto come dolore urente, in assenza di rilevanti reperti all'ispezione vulvare, quali patologie infettive (es. vulvite micotica, herpes genitale), infiammatorie (es. lichen planus, dermatosi bollose), neoplastiche (es. malattia di Paget, carcinoma squamocellulare) o di patologia neurologica specifica rilevabile clinicamente, in particolare neuropatia periferica (es. nevralgia postherpetica, nevralgia da compressione di nervo spinale).

La vulvodinia è distinta in generalizzata, se il dolore è esteso a tutta la vulva, o localizzata, se il dolore è circoscritto ad una porzione della vulva, come il vestibolo vaginale (vestibolodinia) o il clitoride (clitoridodinia).

La vestibolodinia da sola rappresenta circa l'80% delle forme di vulvodinia, e non deve più essere definita con il termine vestibolite in quanto, come si vedrà più avanti, la flogosi evocata dal suffisso -ite non partecipa in maniera importante nella patogenesi di questa sindrome dolorosa.

La vulvodinia, sia generalizzata che localizzata, è distinta inoltre in non provocata, provocata o mista, a seconda che il dolore sia rispettivamente spontaneo, evocato dal contatto fisico (sessuale e/o non sessuale, come l'inserimento di un tampone), o sia spontaneo che evocato.

# PruriGyne

Crema vulvare a pH 5.5

## IRRITAZIONI E PRURITO VULVARE

**PruriGyne crema vulvare** è una crema intima, a pH fisiologico, da applicare sui genitali esterni a base di Cardispermum, Aloe vera liposomi, Melaleuca alternifolia (terpinene-4-olo), Glicosaminoglicani e Vitamina E. Utile in tutte le condizioni di irritazione, prurito vulvare e perianale, secchezza vulvo-vaginale a tutte le età.

**Emulsione ricca di sostanze naturali che svolgono una prolungata azione idratante e lenitiva aiutando a ripristinare il fisiologico comfort e benessere vulvare.**

**Non contiene cortisone e anestetici locali (es. lidocaina, benzocaina)**

### Indicazioni per uso ginecologico:

- Rapido sollievo in caso di prurito, bruciore vulvare e perianale.
- Azione lenitiva in caso di vestibolite vulvare, vulvodinie.
- Ripristina la fisiologica condizione vulvare contrastando la secchezza vulvare.
- Previene le irritazioni da confricazione (indumenti intimi, abbigliamento fasciante il perineo, salvaslip, assorbenti).

### Indicazioni per uso pediatrico:

- Azione antinfiammatoria e antipruriginosa dei genitali esterni nelle bambine anche nei quadri post-infettivi.
- Coadiuvante nelle sinechie (aderenze) delle piccole labbra e nelle fimosi.

**Modalità d'uso:** applicare uno strato sottile di crema sull'area da trattare: l'applicazione può essere ripetuta fino a 3 o 4 volte al giorno, se necessario.

**Tubo da 30 ml  
Dispositivo medico**

**Sakura Italia Srl  
www.sakuraitalia.it**



## Epidemiologia

Studi epidemiologici riportano una prevalenza della vulvodinia variabile dal 3 al 14% in tutte le etnie. La variabilità della stima di prevalenza dipende sia dall'utilizzo di termini differenti da parte dei vari autori che dalla scarsa accuratezza dei criteri diagnostici utilizzati in ambito epidemiologico.

La vulvodinia si manifesta in tutte le età, senza alcun calo di prevalenza nel periodo postmenopausale, considerando le donne che restano sessualmente attive, e nell'80% circa dei casi, si ribadisce, è rappresentata dalla vestibolodinia provocata.

## Eziopatogenesi

In base alle recenti acquisizioni neurobiologiche sul dolore più sopra succintamente riportate, l'ipotesi eziopatogenetica più attuale ed accreditata è quella che considera la vulvodinia come una sindrome da dolore patologico disfunzionale. Infatti la vulvodinia è frequentemente associata a comorbidità caratterizzate dal dolore di natura disfunzionale, quali la fibromialgia, il disturbo dell'articolazione temporomandibolare, la sindrome dell'intestino irritabile, la sindrome della vescica dolorosa.

I dati della letteratura suggeriscono che l'allodinia e l'ipersensibilità al dolore nella vestibolodinia, la forma più frequente di vulvodinia, sia dovuta piuttosto ad abnorme sensibilizzazione centrale che a sensibilizzazione periferica. Studi basati sui test quantitativi sensoriali hanno infatti evidenziato, nelle pazienti affette da vestibolodinia provocata, una riduzione della soglia di percezione del dolore da stimolo meccanico non solo a livello vul-

vare, ma anche in distretti cutanei non genitali. Inoltre le pazienti affette da vestibolodinia riferiscono un dolore più intenso dopo iniezione di capsaicina in distretti cutanei non genitali. Infine, la risonanza magnetica funzionale ha evidenziato, nelle pazienti affette da vulvodinia, incluse le pazienti affette da vestibolodinia provocata, un aumento della risposta cerebrale a stimoli pressori applicati su distretti cutanei non genitali.

Questi dati suggeriscono quindi che la vulvodinia/vestibolodinia sia il risultato di un'abnorme sensibilizzazione del sistema nervoso centrale, conseguente ad un pregresso evento scatenante periferico (vulvovaginiti micotiche ricorrenti, cistiti ricorrenti, dermatiti irritative da contatto, ecc.) in presenza di predisposizione genetica e/o psicologica.

La predisposizione genetica sembra dimostrata da particolari polimorfismi che coinvolgono i geni di IL-1 $\beta$ , antagonista del recettore di IL-1 e lectina legante il mannosio, condizionanti una risposta infiammatoria amplificata in presenza di stimoli flogistici banali e lievi, a sua volta inducente ipersensibilizzazione centrale.

Fattori predisponenti psicologici possono compromettere il sistema centrale di modulazione del dolore, amplificando la percezione del dolore in risposta ai suddetti eventi scatenanti periferici. Ansietà e depressione aumentano infatti di 4 volte il rischio di vulvodinia, che a sua volta può raddoppiare il rischio di ansia e depressione. Inoltre recenti dati di neurofisiologia e neuroradiologia confermano che la vestibolodinia provocata è dovuta ad attivazione delle aree cerebrali coinvolte nella modulazione del dolore e dello stress, quali l'ippocampo, il giro paraippocampale e i gangli della base.

Il dolore nella vulvodinia non è di tipo infiammatorio. Infatti, i dati della letteratura riguardanti la maggior presenza di cellule infiammatorie (mastociti, linfociti e macrofagi) nei campioni bioptici vestibolari ottenuti da pazienti affette da vestibolodinia provocata sono contraddittori.

Inoltre, per quanto riguarda gli aspetti biochimici dell'infiammazione, anche se alcuni studi hanno evidenziato nella vestibolodinia provocata un aumento di triptasi ed eparanasi, espressione di aumentata degranulazione mastocitaria, non risultano tuttavia aumentati i *markers* propri dell'infiammazione in atto, quali citochine proinfiammatorie (TNF $\alpha$ , IL-1 $\alpha$ , IL-1 $\beta$ ), COX-2, e NOs. Anche il termine di "infiammazione neurogenica", utilizzato da alcuni autori, è inappropriato, non essendo documentata un'infiammazione indotta dal rilascio di neuropeptidi da parte delle terminazioni nervose periferiche nocicettive.

La vulvodinia non è nemmeno un dolore di tipo neuropatico, in quanto per definizione le patologie neurologiche specifiche, quali la nevralgia post herpetica o la nevralgia da compressione del nervo pudendo, inducenti dolore neuropatico, escludono la diagnosi di vulvodinia.

Anche il termine di "neuropatia delle piccole fibre" utilizzato da alcuni per la vulvodinia è inappropriato, perché per definizione è riservato a neuropatie delle fibre periferiche A $\delta$  e C caratterizzate da riduzione della densità delle fibre nervose intraepiteliali. Mentre questi stessi autori sostengono che l'ipersensibilità al dolore nella vestibolodinia provocata dipende dall'aumento della densità delle fibre nervose nel tessuto vestibolare. Ma dai neuro-algologi emerge chiaramente che l'aumentata densità

delle fibre nervose cutanee non può essere considerata un marcatore biologico di ipersensibilità al dolore.

A sostegno dell'origine neuropatica del dolore vulvodinic vengono portati dati riguardanti anomalie sensoriali, documentate ai test quantitativi sensoriali (QST: *Quantitative Sensory Testing*) e alla risonanza magnetica funzionale. Tuttavia le linee guida 2011 NeuPSIG (*Neuropathic pain special interest group of the International Association for the Study of Pain*) sconsigliano l'utilizzo dei QST per la diagnosi del dolore neuropatico in quanto essi sono positivi anche nel dolore infiammatorio e disfunzionale.

Parimenti, anche la maggior attivazione dell'insula e delle regioni corticali frontali, documentata alla risonanza magnetica funzionale in seguito a stimolo pressorio sulla mucosa vestibolare descritto come doloroso dalle pazienti, non è specifica di dolore neuropatico, in quanto riscontrata anche in forme di dolore disfunzionale, quali la fibromialgia e la sindrome dell'intestino irritabile.

## Diagnosi

In accordo con l'attuale classificazione ISSVD del dolore vulvare, la diagnosi di vulvodinia è una diagnosi di esclusione.

Vanno quindi escluse sia le lesioni vulvari visibili, responsabili di dolore infiammatorio, sia le lesioni e le malattie nervose, responsabili di dolore neuropatico.

L'approccio diagnostico parte da una *mirata e consapevole anamnesi*, il che significa iniziare in primo luogo con l'anamnesi algologica, finalizzata ad individuare le caratteristiche qualitative, quantitative e temporali del dolore.

Le caratteristiche qualitative del





## Vulvodinia: una entità clinica controversa

dolore comprendono la localizzazione (dolore esteso a tutta la vulva o localizzato a un settore della vulva), i fattori causali (dolore spontaneo o provocato dal contatto fisico, sessuale e/o non sessuale), i termini soggettivi utilizzati per la descrizione (dolore urente, puntorio, lancinante, gravativo, crampiforme). Le caratteristiche quantitative possono essere individuate mediante le scale di misurazione del dolore, comunemente con la scala analogica visiva da 0 a 10.

Le caratteristiche temporali del dolore comprendono la durata (acuto se presente da meno di 3-6 mesi, cronico se presente da almeno 3-6 mesi) e la frequenza (continuo o intermittente).

L'anamnesi deve inoltre accertare l'eventuale correlazione con fattori scatenanti (infezioni, dermatosi, traumi fisici o psicologici, stress), l'eventuale presenza di sindromi dolorose correlate e la storia psicosessuale.

Una corretta anamnesi permette di sospettare anche un eventuale dolore neuropatico vulvare, quando suggerisce una lesione o una malattia in grado di colpire il sistema somatosensoriale, e la localizzazione del dolore è conforme al territorio di innervazione della struttura nervosa lesionata.

Il dolore neuropatico vulvare insorge generalmente come conseguenza di una lesione o di una malattia dei nervi periferici vulvari. La lesione nervosa può verificarsi in seguito a compressione, stiramento o sezione, causate generalmente da trauma ostetrico, chirurgico o altro trauma accidentale del pavimento pelvico. La compressione nervosa, detta "intrappolamento nervoso", è la forma più comune di danno meccanico nervoso. In alcuni casi la compressione, eventualmente associata ad infiltrazione nervosa,

può essere dovuta a masse addominali, endometriosi profonda infiltrante, ernia discale lombare o sacrale. Le malattie responsabili di dolore neuropatico vulvare sono meno frequenti delle lesioni meccaniche. La forma più frequente è la neuropatia da virus dell'herpes zoster. In presenza di possibile dolore neuropatico, la diagnosi deve essere confermata con l'esame clinico sensoriale, finalizzato a documentare segni sensoriali positivi e negativi confinati al territorio di innervazione della struttura nervosa lesionata. L'esame clinico sensoriale può essere effettuato da ginecologi e dermatologi semplicemente con il test pressorio (*swab test*). Si utilizza un bastoncino di legno dotato di un batuffolo di cotone ad un'estremità (Fig. 1). Mediante pressione delicata con l'estremità cotonata, è possibile documentare una sensibilità tattile normale, un'ipoestesia o un'allodinia meccanica. Vanno indicate le sedi di alterata sensibilità (mappatura mediante mappe dermatomeriche) e l'intensità del dolore percepito, graduato ad esempio mediante scala analogica visiva da 0 a 10.

La diagnosi di dolore neuropatico può essere confermata anche con indagini neuroradiologiche e neurofisiologiche, finalizzate ad evidenziare il danno della struttura nervosa.

Non sono invece da utilizzare a fini diagnostici i tests quantitativi sensoriali e la biopsia vulvare.

Segue un'accurata ispezione vulvare effettuata *ad oculo nudo*, in condizioni di adeguata illuminazione, per escludere patologie infettive, infiammatorie, e neoplastiche responsabili di dolore infiammatorio. Può essere utilizzata una lente di ingrandimento con luce LED e UV. Il colposcopio, in dotazione ai ginecologi, può essere utilizzato come lente di



**Figura 1.** Test pressorio: mediante pressione delicata con bastoncino cotonato, è possibile documentare una sensibilità tattile normale, un'ipoestesia o un'allodinia meccanica.



**Figura 2.** Eritema vestibolare localizzato in corrispondenza degli sbocchi delle ghiandole vestibolari maggiori del Bartholin di nessun significato patologico.

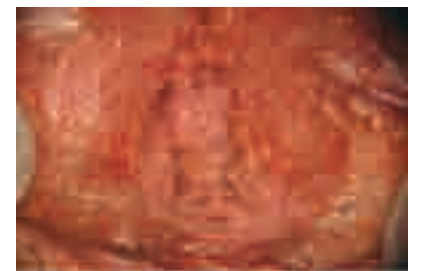
ingrandimento in casi selezionati, ma non è necessario per una corretta ispezione vulvare.

Non vanno utilizzati tests colorimetrici (acido acetico e blu di toluidina), obsoleti e fuorvianti.

L'ispezione vulvare va integrata con l'introduzione dello *speculum*, che ha lo scopo di evidenziare una leucorrea, possibile fonte di infiammazione, e la comparsa di fissurazioni secondarie all'introduzione dello *speculum* interpretabile come causa di dolore organico e non disfunzionale. Non tutte le patologie vulvari infettive, infiammatorie e neoplastiche sono "rilevanti", ossia responsabili del dolore vulvare. Ad esempio, i condilomi vulvari sono una patologia infettiva non associata a dolore. Le patologie dermatologiche vulvari sono associate più frequentemente al prurito, mentre il dolore si manifesta in caso di danno tissutale, ad esempio in presenza di erosioni o fissurazioni.

Vanno ricordati anche reperti normali non responsabili di dolore vulvare, come l'eritema vestibolare diffuso o localizzato in corrispondenza degli sbocchi delle ghiandole vestibolari maggiori del Bartholin (Fig. 2), e le papille vestibolari, papille digitiformi spesso con distribuzione bilaterale e simmetrica (Fig. 3).

Il *test pressorio* è fondamentale per identificare e mappare la vulvodinia provocata, caratterizzata



**Figura 3.** Presenza di papille vestibolari digitiformi fisiologiche. Nello specifico questa paziente era affetta da vestibolodinia ma non correlabile alle papille vestibolari.

da allodinia meccanica, ossia dolore provocato da delicata pressione con bastoncino cotonato (Fig. 1).

Infine l'*esplorazione vaginale*, effettuata introducendo delicatamente un solo dito ben lubrificato in vagina e premendo sulla parete vaginale posteriore (porzione pubococcigea del muscolo elevatore dell'ano), consente di evidenziare l'eventuale ipertono del muscolo elevatore dell'ano, frequentemente associato alla vestibolodinia provocata. In caso di ipertono muscolare, è possibile apprezzare il restringimento attorno al dito dell'esaminatore, il sollevamento della parete vaginale posteriore e la retrazione del perineo. Invitando la paziente a contrarre il muscolo elevatore dell'ano (come se dovesse trattenere l'urina), l'ipertono muscolare a riposo può essere talmente accentuato da impedire un'ulteriore forza contrattile. Se invece la paziente viene invitata a rilasciare il

muscolo elevatore dell'ano (come se dovesse urinare) spesso la paziente non riesce a rilasciare il muscolo completamente e può manifestare un'iper-tonicità di rimbalzo, ossia un irrigidimento del pavimento pelvico dopo il rilasciamento. Sempre con l'esplosione vaginale, è possibile valutare l'eventuale dolorabilità del muscolo elevatore dell'ano, in forma di *tender point*, ossia dolorabilità localizzata, o di *trigger point*, ossia dolorabilità che si irradia verso la vulva e/o la regione anale, e/o la pelvi. La presenza di *trigger points* è criterio diagnostico di sindrome dolorosa miofasciale.

## Terapia

La complessità eziopatogenetica della vulvodinia impedisce un trattamento identico per tutte le pazienti. Inoltre, se si applicano rigorosi criteri della medicina dell'evidenza, risulta che nessun tipo di trattamento può essere raccomandato rispetto ad altri. Nessuna delle linee guida attualmente disponibili comprendono raccomandazioni di grado A, ossia fortemente raccomandata. Qui di seguito si elencano le modalità terapeutiche più frequentemente riportate in letteratura:

- Misure igienico-comportamentali:** comprendono abolizione di indumenti attillati ed elasticizzati, utilizzo di biancheria intima in cotone bianco, utilizzo di assorbenti in puro cotone ed abolizione del salvaslip, deter-sione con acqua tiepida, utilizzo di adeguati detergenti intimi una sola volta al giorno, asciugatura mediante tamponamento, utilizzo di emollienti senza conservanti, gel lubrificanti ai rapporti, applicare un panno freddo o fare un bidet con acqua fredda dopo i rap-

porti sessuali, abolizione di esercizi fisici che comportano una eccessiva frizione della regione vulvare (bicicletta, cyclette, *spinning*), non trattenere a lungo l'urina e mantenere regolare lo svuotamento intestinale.

- Psicoterapia:** basata sull'approccio cognitivo-comportamentale (tende a decondizionare il sintomo, attraverso un apprendimento di comportamenti corretti che siano in grado di modificare lo stile di vita, quali abbigliamento, abitudini sessuali, uso di farmaci, aspetti emotivi), sistemico-relazionale (mette in primo piano gli aspetti dell'intimità emotiva della relazione e le sue difficoltà), e sessuologico (tiene in conto che la vulva è un organo di comunicazione sessuale e contribuisce a formare lo schema corporeo femminile).
- Terapia fisica:** chinesi-terapia, coni vaginali, *biofeedback* e TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), sono particolarmente efficaci in caso di ipercontrattilità dei muscoli del pavimento pelvico associata a vulvodinia; il valore della terapia fisica nella vulvodinia non provocata è meno chiaro.
- Terapie topiche:** i prodotti topici devono essere utilizzati con cautela per evitare problemi di irritazione; può essere preso in considerazione un tentativo terapeutico con anestetici locali, in particolare lidocaina, mentre è da evitare la benzocaina, per la maggior propensione ad indurre una dermatite da contatto allergica. Alcuni autori propongono anestetici locali prima della penetrazione vaginale, altri per periodi variabili di tempo indipendentemente dal rapporto vaginale.
- Terapie orali:** basate su antidepressivi triciclici (TCA), inibitori ri-

captazione delle monoamine (SNRI) e antiepilettici modulatori dei canali del calcio.

I TCA esercitano un effetto analgesico indipendente dall'effetto antidepressivo, dovuto sia alla inibizione della ricaptazione delle monoamine (noradrenalina e serotonina) con conseguente potenziamento della modulazione discendente inibitoria del dolore, che al blocco dei canali del sodio con conseguente inibizione della trasmissione del potenziale d'azione. Più utilizzata è l'amitriptilina (dosaggio: da 10 a 150 mg die). Particolare attenzione va posta agli effetti collaterali, soprattutto di tipo anticolinergici.

Gli SNRI esercitano un effetto analgesico come i TCA inibendo la ricaptazione di noradrenalina e serotonina, con conseguente potenziamento della modulazione discendente inibitoria del dolore. Comprendono la venlafaxina (dosaggio: da 37.5 a 225 mg die) e la duloxetina (dosaggio: da 30 a 120 mg die).

Gli antiepilettici modulatori dei canali del calcio bloccano i canali del calcio voltaggio-dipendenti a livello delle termi-

nazioni nervose presinaptiche, impedendo il rilascio di glutammato nelle sinapsi centrali eccitatorie.

Comprendono il gabapentin (dosaggio: da 100 a 3600 mg die) e il pregabalin (dosaggio: da 25 mg a 600mg die).

- Iniezioni o infiltrazioni:** alcuni Autori utilizzano, nella vestibolodinia provocata, iniezioni nel vestibolo vaginale di tossina botulinica o di anestetico associato a corticosteroide, nella vulvodinia generalizzata blocchi anestetici del nervo pudendo e analgesia spinale.
- Agopuntura:** viene citata in letteratura, ma non esistono dati sufficienti per esprimere un giudizio di efficacia.
- Terapia chirurgica:** La vestiblectomia, totale o settoriale, può essere presa in considerazione nella vestibolodinia provocata in una minoranza di pazienti, quasi esclusivamente in caso di insuccesso di altri trattamenti. L'efficacia stimata risultante dalle varie casistiche, tenuto conto che l'effetto placebo interviene per il 35%, varia dal 30 al 50%.

La bibliografia è a disposizione presso l'Editore

## LA VULVODINIA

Linee di indirizzo per la gestione diagnostica e terapeutica

Dionisi B., Murina F., Puliatti M.

Volume di 144 pagine  
F.to cm 21x29  
€ 40,00



CIC Edizioni Internazionali

# PEANASE

**PALMITOILETANOLAMIDE  
ACIDO ALFA-LIPOICO  
300 mg + 300 mg**

**UN  
APPROCCIO  
INNOVATIVO  
ED EFFICACE  
PER IL  
CONTROLLO  
DEL DOLORE  
PELVICO**



**30 compresse a rilascio  
modulato FAST-SLOW**