

Vulvodinia: la guida completa per le pazienti.

Sintomi, cause, diagnosi e cure

della Dott.ssa Cinzia Pajoncini

Dalle prime avvisaglie alla terapia: tutto quello che sappiamo sulla vulvodinia. Un linguaggio chiaro, basato sulle evidenze scientifiche e sulla mia esperienza clinica al fianco delle pazienti. Per le pazienti.

Dolore durante i rapporti, bruciore vulvare o fastidio persistente.. E se fosse vulvodinia?

Dolore durante i rapporti sessuali, bruciore vulvare, fastidio persistente o impossibilità alla penetrazione. Se questi sintomi durano da mesi e gli esami risultano sempre normali, potrebbe trattarsi di una condizione ancora poco conosciuta, ma tutt'altro che rara: la vulvodinia.

Molte donne, prima di arrivare alla diagnosi, affrontano un percorso lungo e frustrante fatto di visite, tamponi e terapie che non risolvono il problema. Ricevono ripetutamente diagnosi di candida, vaginiti o cistiti, assumono antibiotici e antimicotici senza ottenere un beneficio stabile e, non di rado, finiscono per sentirsi dire che il dolore dipende dallo stress o che «è tutto nella testa».

Ma un dolore può essere reale anche quando non esiste una ferita visibile e gli esami tradizionali risultano normali.

INDICE CON IPERTESTO

1° Capitolo - Che cos'è esattamente la vulvodinia?

- Come capire se può essere vulvodinia
- La vulvodinia provoca sempre "dolore"?
- Dove si sente il dolore della vulvodinia?
- La vulvodinia può fare male anche senza toccare la vulva?
- Perché mi fa male soprattutto durante la penetrazione?
- Perché durante i rapporti sembra che i muscoli si chiudano?
- La vulvodinia può esserci fin dal primo rapporto?
- Perché non riesco più a stare seduta o a indossare i jeans?
- Perché mi curano continuamente per la candida ma il bruciore non passa?
- Perché mi sembra di avere una cistite anche se l'urinocoltura è negativa?
- Posso avere la vulvodinia anche se la vulva sembra normale?

2° Capitolo - Qual è l'esame più importante per diagnosticare la vulvodinia?

- Che cos'è il cotton swab test?
- Perché bisogna esaminare anche il pavimento pelvico?
- Quali malattie devono essere escluse?
- Pap test, HPV test ed ecografia possono diagnosticare la vulvodinia?
- E' sufficiente dire: "Hai la vulvodinia"?

3° Capitolo - Perché viene la vulvodinia?

- Perché il dolore continua quando la causa iniziale non c'è più?
- Perché un tocco leggerissimo può fare così male?
- Che ruolo hanno infiammazione, mastociti, NGF e aumento delle fibre nervose?
- Che cosa fanno i mastociti?
- Che cos'è l'NGF e perché è così interessante?
- Che cosa significa avere più fibre nervose nel vestibolo?
- Quindi prima viene l'infiammazione e poi crescono i nervi?
- Perché allora durante la visita spesso non vediamo niente?

- Quindi la vulvodinia è una malattia infiammatoria?
- Che ruolo ha l'ipertono del pavimento pelvico?
- L'ipertono quindi può essere presente prima della vulvodinia?
- Che cosa succede durante una penetrazione quando il pavimento pelvico è iperattivo?
- Stress, trauma e ipervigilanza possono favorire l'ipertono del pavimento pelvico?
- La vulvodinia può modificare anche il modo in cui il cervello elabora il dolore?
- Perché vulvodinia, vescica dolorosa, colon irritabile ed endometriosi possono comparire insieme?
- Lo stress può causare la vulvodinia?
- La vulvodinia è quindi una malattia della vulva o del sistema del dolore?

4° Capitolo - Come si cura la vulvodinia?

- Qual è l'obiettivo della terapia?

La Fisioterapia: quando il pavimento pelvico è contratto

- Ma cosa significa davvero "fare fisioterapia per la vulvodinia"?
- Che cosa deve fare realmente una buona fisioterapia?
- Perché la terapia manuale può essere utile?
- A cosa serve il biofeedback?
- Perché anche la respirazione può avere un ruolo?
- A cosa servono i dilatatori vaginali?
- Bisogna continuare ad avere rapporti anche se fanno male?
- La fisioterapia da sola basta?

Terapie locali nella vulvodinia: che cosa si può applicare sul vestibolo?

- Che ruolo ha la lidocaina?
- Amitriptilina e gabapentin applicati localmente
- Perché nella vulvodinia si usano preparazioni galeniche?
- Che cos'è l'Adelmirol
- E la spermidina
- Il cannabidiolo (CBD)
- Spermidina, CBD e aliamidi sostituiscono le terapie tradizionali?

Terapie ormonali locali nella vulvodinia: quando servono davvero?

- Che cosa succede in menopausa?
- Gli estrogeni locali possono migliorare il dolore ai rapporti?
- Se assumo già una terapia ormonale sistemica posso avere ancora bisogno di terapia locale?
- Vagina e vestibolo sono la stessa cosa dal punto di vista ormonale?
- Perché questa distinzione è importante nella vestibolodinia?
- Perché il galenico è particolarmente importante nelle terapie ormonali vestibolari?
- Se correggo la componente ormonale, il pavimento pelvico si rilassa automaticamente?

La terapia sistemica: i neuromodulatori per curare il dolore

- Perché un antidepressivo come il Laroxyl può curare il dolore?
- Perché bisogna iniziare il Laroxyl a dosi basse?
- Perché alcune pazienti interrompono il Laroxyl?
- Come funziona il Gabapentin nella vulvodinia?
- Anche il gabapentin deve essere aumentato lentamente?
- E il Pregabalin?
- Duloxetina: quando può essere utile nella vulvodinia?
- Laroxyl, gabapentin o pregabalin, duloxetina, possono essere associati?
- I neuromodulatori curano l'ipertono?
- Per quanto tempo bisogna assumere questi farmaci?
- Se il dolore migliora con Laroxyl o gabapentin significa che era "neuropatico"?

I miorilassanti possono essere utili nella vulvodinia?

- Il baclofene: perché può essere utile?
- E il diazepam vaginale?
- Diazepam vaginale significa quindi "farmaco innocuo"? No.
- E tizanidina e cyclobenzaprina?
- Quale tipo di vulvodinia può beneficiare maggiormente dei miorilassanti?
- Quindi i miorilassanti curano l'ipertono?

5° Capitolo - Vulvodinia e cistite batterica ricorrente: perché spesso si incontrano?

- Quando possiamo parlare davvero di cistite ricorrente?
- Perché le cistiti ricorrenti sono spesso legate ai rapporti?
- Come distinguere una cistite post-coitale da una riacutizzazione della vulvodinia?
- Le cistiti batteriche ricorrenti possono favorire la comparsa di vulvodinia?
- Come potrebbe una cistite favorire il circuito del dolore?
- E quando compare l'ipertonico che cosa succede ai rapporti?
- La vulvodinia può invece causare una cistite batterica?
- Se la cistite compare quasi sempre dopo il rapporto, cosa bisogna fare?
- La profilassi post-coitale significa prendere antibiotici continuamente?
- Gli antibiotici possono peggiorare la vulvodinia?
- Bisogna urinare subito dopo ogni rapporto?
- Perché controllare le cistiti può aiutare anche la vulvodinia?
- Qual è quindi l'approccio corretto quando vulvodinia e cistiti ricorrenti coesistono?

6° Capitolo - Perché vulvodinia, vescica dolorosa, intestino irritabile ed endometriosi possono comparire insieme?

- Perché vulva, vescica e intestino possono influenzarsi?
- Perché posso avere sintomi di cistite con urinocoltura negativa?
- Come distinguere cistite ricorrente e sindrome della vescica dolorosa?
- Se ho la vescica dolorosa devo curarla insieme alla vulvodinia?
- Perché la sindrome dell'intestino irritabile è frequente nelle donne con vulvodinia?
- La stipsi può essere una conseguenza dell'ipertonico del pavimento pelvico?
- E l'endometriosi?
- L'endometriosi può sensibilizzare il sistema del dolore?
- Cosa succede se tratto soltanto la vulva e ignoro tutto il resto?
- Devo quindi curare contemporaneamente tutti i miei disturbi?

7° Capitolo - Qual è il ruolo della terapia psicologica nella vulvodinia?

- Perché un dolore fisico può essere trattato anche con la terapia cognitivo-comportamentale?
- Che cos'è realmente la terapia cognitivo-comportamentale?
- Che cosa significa "catastrofizzazione del dolore"?
- La paura del dolore può davvero aumentare il dolore?
- La CBT può rilassare il pavimento pelvico?
- Tutte le donne con vulvodinia devono fare psicoterapia?
- Che cosa significa evitare il rapporto per paura del dolore?
- E la sessualità?
- Lo psicologo deve cercare traumi infantili o problemi sessuali nascosti?
- E la Mindfulness?
- Come si integra quindi la CBT con le altre terapie?

7° Capitolo - Vulvodinia nella vita quotidiana: che cosa può aiutare davvero?

- Abbigliamento: meno pressione, meno attrito, meno irritazione
- Igiene intima: lavare bene non significa lavare troppo
- Rapporti sessuali: sospendere temporaneamente la penetrazione non significa rinunciare alla sessualità
- Sport: muoversi sì, ma senza traumatizzare la vulva
- Alimentazione, intestino e vescica: ridurre i fattori che mantengono irritazione e dolore
- E la dieta nelle donne con vaginiti ricorrenti o intolleranze?

8° Capitolo - Dalla vulvodinia si guarisce?

- Che cosa significa essere guarita dalla vulvodinia?
- Perché il miglioramento può essere graduale?
- Quanto tempo ci vuole?
- Il fatto che io abbia vulvodinia da molti anni significa che guarirò più difficilmente?
- Il dolore può diminuire anche dopo molti anni?
- La vulvodinia può tornare dopo essere guarita?
- Perché può esserci una riacutizzazione anche se la terapia sta funzionando?

- Come capisco se sto realmente migliorando?
- Quando posso ridurre Laroxyl, gabapentin o pregabalin?
- E quando posso interrompere la fisioterapia?
- Essere guarita significa non sentire mai più nulla?
- Cosa considero quindi un vero successo terapeutico?

9° Capitolo - Cosa fare quando la vulvodinia non migliora?

- Quando bisogna guardare di nuovo attentamente la vulva?
- E se continuo a essere curata per candida ma i tamponi sono negativi?
- E se la fisioterapia fa sempre malissimo?
- E se assumo già un neuromodulatore ma non funziona?
- E il nervo pudendo?
- E se ogni volta che riprendo i rapporti viene una vera cistite?
- Quando bisogna cambiare completamente strategia?
- Significa che bisogna aggiungere sempre più terapie?
- Quando serve un'équipe multidisciplinare?
- E la chirurgia?
- Una vulvodinia che non migliora è quindi senza speranza?

Conclusione

- Non esiste una sola vulvodinia
 - Questa guida vuole soprattutto indicare un percorso
- Capire la vulvodinia significa anche smettere di averne paura
- La cura non è una ricetta uguale per tutte
 - E soprattutto: non bisogna arrendersi al dolore

1° Capitolo - Che cos'è esattamente la vulvodinia?

La definizione internazionale è precisa: la vulvodinia è un dolore vulvare presente da almeno tre mesi, senza una causa chiaramente identificabile che sia sufficiente a spiegarlo.

Questo significa che prima di formulare la diagnosi bisogna escludere o riconoscere eventuali infezioni, malattie dermatologiche, lesioni vulvari, condizioni ormonali, patologie neurologiche o altre cause specifiche di dolore.

Ma c'è anche qualcosa di altrettanto importante: **una donna con vulvodinia può avere contemporaneamente altri disturbi o fattori associati.** La presenza, per esempio, di un ipertonio del pavimento pelvico o di una precedente candidosi non ne esclude la diagnosi.

La vulvodinia viene descritta secondo diverse caratteristiche: può essere localizzata o generalizzata, provocata dal contatto o spontanea, primaria o secondaria. Queste distinzioni non servono soltanto a dare un nome più preciso al problema: aiutano a capire quali meccanismi potrebbero essere predominanti e, successivamente, a scegliere la terapia.

Non è una condizione rara. In uno dei principali studi epidemiologici di popolazione, circa l'8% delle donne presentava sintomi compatibili con vulvodinia.

Eppure continua a essere sottodiagnosticata.

Uno dei motivi è semplice: molto spesso la vulva appare normale. Non ci sono necessariamente ferite, ulcerazioni o alterazioni evidenti capaci di spiegare un dolore che può essere fortissimo. Ma la normalità dell'aspetto della vulva non significa che il sistema che produce il dolore stia funzionando normalmente.

- Come capire se può essere vulvodinia

Il sospetto nasce soprattutto quando il dolore o il bruciore vulvare persistono o ritornano per almeno tre mesi e tamponi, urinocolture e visite non individuano una causa sufficiente a spiegare i sintomi.

Non significa che ogni bruciore con tampone negativo sia vulvodinia. La diagnosi deve essere accurata proprio perché molte condizioni diverse possono provocare sintomi simili.

Esistono, però, alcuni elementi particolarmente suggestivi.

Il dolore può comparire durante la penetrazione, introducendo un assorbente interno, durante una visita ginecologica oppure semplicemente con il contatto della biancheria.

In alcune donne compare soltanto durante il rapporto. In altre continua per ore dopo il rapporto. In altre ancora si manifesta spontaneamente, senza che la vulva venga toccata.

Un altro elemento caratteristico è la sproporzione tra lo stimolo e la risposta. Un contatto leggerissimo, normalmente innocuo, può essere percepito come una bruciatura, un taglio o una puntura.

Questo fenomeno prende il nome di **allodinia**: uno stimolo che normalmente non dovrebbe provocare dolore viene elaborato dal sistema nervoso come doloroso.

- La vulvodinia provoca sempre "dolore"?

No. Ed è uno dei motivi per cui può essere difficile riconoscerla.

Molte donne non dicono: «Mi fa male». Dicono: «Mi brucia». «Sento la pelle viva». «È come se avessi dei taglietti». «Mi sembra di avere un'abrasione». «Sento degli spilli». «Mi sembra di avere una ferita all'ingresso della vagina, ma non si vede niente».

Altre parlano di calore, pressione, gonfiore o di una continua sensazione di irritazione.

Queste descrizioni hanno un valore clinico importante. Il dolore vulvodinico può presentare caratteristiche neuropatiche o nociplastiche, oltre a componenti nocicettive periferiche. Il termine "bruciore", da solo, non

dimostra che si tratti di dolore neuropatico, ma racconta qualcosa di come lo stimolo viene elaborato dal sistema nervoso.

Per questo durante la visita non basta chiedere: «Quanto le fa male?».

Bisogna chiedere anche che cosa sente, dove lo sente, che cosa lo provoca e soprattutto quanto dura dopo che lo stimolo è terminato.

- Dove si sente il dolore della vulvodinia?

La sede più frequentemente interessata è il **vestibolo vulvare**, cioè la zona che circonda l'ingresso della vagina. Quando il dolore è localizzato prevalentemente in questa area si parla di **vestibolodinia**.

Il dolore può però concentrarsi anche sul **clitoride**, **nella regione periuretrale**, **sulle piccole labbra o in altre zone della vulva**.

Quando interessa una regione circoscritta si parla di **vulvodinia localizzata**. Quando coinvolge gran parte della vulva si parla invece di **vulvodinia generalizzata**. Questa distinzione è importante.

Una vestibolodinia strettamente provocata dalla penetrazione, associata a un importante ipertono del pavimento pelvico, può essere biologicamente e clinicamente molto diversa da una vulvodinia generalizzata, spontanea, associata ad altri disturbi dolorosi.

Chiamarle entrambe semplicemente "vulvodinia" è corretto dal punto di vista diagnostico. Ma non basta per capire come curarle.

- La vulvodinia può fare male anche senza toccare la vulva?

Sì. Nella forma spontanea il dolore può comparire anche senza alcun contatto. Può essere presente già al risveglio, aumentare durante la giornata oppure comparire a episodi.

Alcune donne descrivono un bruciore continuo; altre hanno periodi completamente normali alternati a riacutizzazioni.

Il dolore può interessare la vulva ma estendersi al perineo, alla zona intorno all'uretra o, in alcuni casi, ad aree limitrofe.

Quando un dolore compare apparentemente «senza motivo», può essere particolarmente difficile da comprendere. Ma assenza di uno stimolo causale esterno non significa assenza di un meccanismo biologico.

Quando le vie del dolore diventano sensibilizzate, l'attività del sistema nervoso può mantenere o amplificare la percezione dolorosa anche in assenza di una nuova lesione del tessuto.

- Perché mi fa male soprattutto durante la penetrazione?

La vestibolodinia provocata è una delle presentazioni più comuni della vulvodinia.

Il dolore compare quando il vestibolo viene toccato o sottoposto a pressione: durante la penetrazione, inserendo un tampone, durante una visita ginecologica o talvolta anche con pressioni molto più leggere.

In molte donne **il dolore è immediato**: compare appena il pene entra in contatto con l'ingresso vaginale. In altre il rapporto inizia quasi normalmente, ma **progressivamente compaiono bruciore e dolore**.

Un'informazione particolarmente interessante è **ciò che succede dopo**. Il rapporto è terminato, lo stimolo meccanico non c'è più, eppure il vestibolo continua a bruciare per ore o, talvolta, fino al giorno successivo.

Questo andamento suggerisce che il problema non sia più soltanto la pressione esercitata durante il rapporto. Le terminazioni nervose e le vie che elaborano quello stimolo possono essere diventate più reattive e mantenere una risposta amplificata anche dopo la fine del contatto.

- Perché durante i rapporti sembra che i muscoli si chiudano?

Quando una penetrazione è stata dolorosa, il sistema nervoso tende naturalmente a proteggere la zona.

Il pavimento pelvico può contrarsi involontariamente e inconsapevolmente prima o durante il rapporto. Per cui l'ingresso vaginale oppone maggiore resistenza e la penetrazione diventa ancora più difficile.

Si crea così un circuito molto semplice: dolore → contrazione → maggiore difficoltà alla penetrazione → maggiore dolore.

La contrazione non è volontaria e non significa che la donna stia inconsciamente "rifiutando" il rapporto. È una **risposta protettiva**.

Se, però, **si ripete nel tempo**, il pavimento pelvico può perdere la capacità di tornare spontaneamente e facilmente a riposo. Può diventare meno distensibile, più reattivo e doloroso alla palpazione.

A quel punto la contrazione muscolare non è più soltanto una reazione al dolore. Diventa uno dei meccanismi che lo mantengono.

Più avanti vedremo che, almeno in alcune pazienti, la storia potrebbe essere ancora più interessante: l'ipertonio potrebbe non essere sempre arrivato dopo il dolore.

- La vulvodinia può esserci fin dal primo rapporto?

Sì. Quando il dolore è presente fin dai primi tentativi di penetrazione, dall'introduzione del primo assorbente interno o dalla prima visita ginecologica si parla di **esordio primario**.

Queste donne spesso raccontano di non avere mai conosciuto una penetrazione completamente indolore.

Si parla invece di **esordio secondario** quando il dolore compare dopo un periodo nel quale i rapporti erano normali.

Nelle forme secondarie può esserci un evento iniziale riconoscibile: una candidosi, episodi urinari, un parto, un intervento, una fase di forte irritazione vulvare o una modificazione ormonale, un trauma fisico, un trauma psicologico,

Ma bisogna evitare un errore molto frequente: confondere ciò che ha preceduto il dolore con ciò che continua a mantenerlo.

Un'infezione può essere stata la scintilla. Non è detto che sia ancora il fuoco.

- Perché non riesco più a stare seduta o a indossare i jeans?

La vulvodinia non riguarda soltanto la sessualità. **In molte donne stare sedute per molte ore aumenta il bruciore.** Jeans stretti, collant, cuciture della biancheria o indumenti aderenti diventano difficili da sopportare.

Bicicletta e spinning possono diventare impossibili. Anche lavarsi o asciugarsi può provocare fastidio quando la zona è particolarmente sensibilizzata.

Nessuno di questi sintomi, preso isolatamente, permette di diagnosticare una vulvodinia. Ma quando compaiono insieme a dolore alla penetrazione, allodinia e assenza di una causa specifica evidente, diventano molto significativi.

- Perché mi curano continuamente per la candida ma il bruciore non passa?

È uno degli errori diagnostici che incontro più frequentemente. **Candida e vulvodinia** possono entrambe provocare bruciore e dolore durante i rapporti.

Ma non sono la stessa cosa.

Una candidosi attiva deve essere diagnosticata sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e, quando necessario soprattutto nelle forme ricorrenti o atipiche, degli accertamenti microbiologici appropriati.

Nella vulvodinia, invece, il sintomo dominante può essere il dolore al contatto, mentre secrezioni e tamponi risultano normali.

Le due condizioni possono anche coesistere e ripetuti episodi infiammatori potrebbero contribuire, in alcune donne predisposte, alla sensibilizzazione del vestibolo.

Ma continuare a somministrare antimicotici per mesi a una donna con colture negative e dolore persistente significa continuare a trattare un'infezione che potrebbe non esserci più.

- Perché mi sembra di avere una cistite anche se l'urinocoltura è negativa?

Vulva, uretra, vescica e pavimento pelvico sono anatomicamente e neurologicamente molto vicini.

Una donna con vestibolodinia può quindi descrivere bruciore periuretrale, stimolo frequente a urinare, fastidio dopo la minzione o una sensazione molto simile a quella della cistite.

L'ipertono del pavimento pelvico può inoltre interferire con il normale rilassamento necessario per urinare. Possono comparire **esitazione, flusso meno agevole, sensazione di incompleto svuotamento o frequenza urinaria.**

Ma anche qui bisogna ragionare, non sostituire un automatismo con un altro. Un'urinocoltura negativa non significa automaticamente vulvodinia, così come una donna con vulvodinia può avere anche una vera infezione urinaria.

Se i sintomi urinari persistono in assenza di infezioni documentate bisogna valutare la presenza di una sindrome della vescica dolorosa, il dolore uretrale e le disfunzioni del pavimento pelvico.

- Posso avere la vulvodinia anche se la vulva sembra normale?

Assolutamente sì. È uno degli aspetti più disorientanti della malattia.

Un lieve arrossamento vestibolare può essere presente, ma non è specifico: può comparire dopo un rapporto, uno sfregamento, un detergente, un'infezione o anche in donne che non hanno vulvodinia.

Quindi non si diagnostica la vulvodinia perché il vestibolo è rosso. E non la si esclude perché la vulva sembra perfettamente normale.

2° Capitolo - Qual è l'esame più importante per diagnosticare la vulvodinia?

Non esiste un unico esame. **La diagnosi è prevalentemente clinica.**

L'ecografia, una risonanza, un tampone o un esame del sangue non possono da soli confermare o escludere una vulvodinia. Anche la revisione clinica pubblicata sul BMJ nel 2026 mantiene questo principio fondamentale.

Il primo vero strumento diagnostico è quindi la storia raccontata dalla paziente.

Bisogna capire quando il dolore è cominciato, dove si trova, se compare spontaneamente o soltanto con il contatto, se è immediato o ritardato, quanto dura dopo lo stimolo e come varia durante il mese e nelle diverse attività.

Bisogna ricostruire che cosa accade durante i rapporti. Il dolore compare al primo contatto? Durante l'ingresso? In profondità? Aumenta con il movimento? Continua dopo? È importante capire se la penetrazione è sempre stata difficile o se il problema è comparso successivamente.

E **bisogna conoscere la storia che ha preceduto tutto questo**: infezioni, cistiti, parto, interventi, modificazioni ormonali, problemi intestinali, dolore pelvico e trattamenti già effettuati.

La diagnosi non è semplicemente ciò che rimane quando «tutti gli esami sono negativi». Deve emergere una coerenza clinica.

- Che cos'è il cotton swab test?

Il cotton swab test, o test del cotton fioc, serve a costruire una vera e propria mappa della sensibilità vulvare.

Il medico sfiora delicatamente diversi punti del vestibolo e della vulva con un piccolo bastoncino di cotone e chiede alla donna che cosa avverte e con quale intensità. Una pressione minima che provoca un dolore importante documenta la presenza di allodinia.

Il test aiuta inoltre a capire se il dolore è circoscritto al vestibolo, se prevale posteriormente oppure se interessa aree più ampie.

Ma c'è un punto fondamentale. Il cotton swab test non è "il test della vulvodinia". Un risultato positivo non sostituisce la diagnosi clinica e un test eseguito brutalmente perde gran parte del proprio significato.

La pressione deve essere lieve, riproducibile e rispettosa della paziente. La diagnosi non dipende dalla quantità di dolore che una donna riesce a sopportare durante la visita.

- Perché bisogna esaminare anche il pavimento pelvico?

Perché limitarsi a guardare il vestibolo significa esaminare soltanto metà del problema.

In molte donne con vestibolodinia provocata **il pavimento pelvico presenta aumento del tono, maggiore attività contrattile a riposo, ridotta capacità di rilassamento e dolorabilità muscolare.**

Studi fisiologici ed elettromiografici hanno confermato differenze misurabili rispetto alle donne senza vestibolodinia.

Durante l'esame, quando è possibile e tollerato, bisogna quindi valutare non soltanto la capacità di contrarre i muscoli ma, soprattutto, la capacità di lasciarli andare. Un pavimento pelvico forte non è necessariamente un pavimento pelvico sano. Un muscolo che sa contrarsi ma non sa rilassarsi può creare problemi importanti.

La palpazione può evidenziare **tensione, dolore, punti particolarmente sensibili e contrazioni involontarie**. E la pressione esercitata sui muscoli può, in molte donne, riprodurre esattamente il dolore che riconoscono durante la penetrazione o nella regione uretrale.

Questo dato cambia l'interpretazione del sintomo. Significa che il dolore percepito "alla vulva" può essere prodotto contemporaneamente da vestibolo, terminazioni nervose e muscolatura.

- Quali malattie devono essere escluse?

Una diagnosi di vulvodinia richiede un esame vulvare accurato.

Infezioni, herpes, dermatiti irritative o allergiche, lichen sclerosus, lichen planus, lesioni vulvari, condizioni atrofiche e ormonali, traumi e alcune neuropatie possono provocare sintomi simili.

In menopausa, per esempio, la sindrome genitourinaria e le modificazioni estrogeno e androgenodipendenti dei tessuti vulvovaginali possono provocare bruciore e dolore alla penetrazione e possono essere confuse con una vestibolodinia oppure coesistere con essa.

Prurito molto intenso, modificazioni del colore o dell'architettura vulvare, erosioni, fissurazioni persistenti, ulcerazioni o sanguinamento richiedono invece di cercare altre diagnosi e, quando indicato, di effettuare una biopsia.

Anche endometriosi, sindrome della vescica dolorosa, nevralgia del pudendo, dolore miofasciale e patologie lombosacrali possono produrre quadri in parte simili.

Essere rigorosi non significa prescrivere indiscriminatamente decine di esami. Significa fare gli esami che quella specifica storia clinica richiede.

- Pap test, HPV test ed ecografia possono diagnosticare la vulvodinia?

No.

Il Pap test studia le cellule del collo dell'utero. L'HPV test ricerca il papillomavirus. L'ecografia studia utero, ovaie e altre strutture pelviche. Nessuno di questi esami misura la sensibilità delle terminazioni nervose vestibolari, l'allodinia o il funzionamento del pavimento pelvico.

Possono quindi essere tutti perfettamente normali in una donna con vulvodinia perchè rispondono a domande diverse. Non alla domanda: «Perché mi fa male la vulva?»

- E' sufficiente dire: "Hai la vulvodinia"?

No.

Questa è forse una delle parti più importanti dell'intera guida. Dire semplicemente «hai la vulvodinia» non descrive ancora abbastanza ciò che sta succedendo.

Una buona diagnosi dovrebbe almeno stabilire **dove si trova il dolore, se è provocato o spontaneo, quando è iniziato, che rapporto ha con la penetrazione e quale ruolo sembra avere il pavimento pelvico.**

Una donna può avere prevalentemente allodinia vestibolare e un importante ipertono muscolare. Un'altra può avere dolore spontaneo diffuso e segni di sensibilizzazione più estesa. Un'altra ancora può avere tessuti vulvovaginali fragili per una condizione ormonale, associati a una risposta muscolare difensiva.

3° Capitolo - Perché viene la vulvodinia?

Non esiste una sola causa. Per anni si è cercato il colpevole: la candida, gli ormoni, un nervo, un trauma, il pavimento pelvico, lo stress. Oggi sappiamo che questa impostazione è troppo semplicistica.

La vulvodinia deve essere pensata come una condizione multifattoriale, nella quale possono interagire fattori infiammatori e immunitari, modificazioni delle terminazioni nervose periferiche, pavimento pelvico, fattori ormonali, meccanismi centrali di modulazione del dolore e predisposizioni individuali.

La classificazione internazionale riconosce infatti che, pur non essendoci una singola causa identificabile che spieghi questa patologia, **diversi fattori associati alla vulvodinia — muscolari, nervosi, infiammatori, ormonali e psicologici — possono contribuire, con un peso diverso da donna a donna, alla comparsa e soprattutto al mantenimento del dolore.**

- Perché il dolore continua quando la causa iniziale non c'è più?

Immaginiamo una candidosi reale. L'infezione provoca infiammazione e dolore. Le terminazioni nervose diventano temporaneamente più sensibili: è un normale meccanismo di protezione. Quando l'infezione guarisce, in condizioni normali l'infiammazione si spegne e la sensibilità ritorna gradualmente alla normalità.

Ma in alcune persone questo ritorno allo stato di partenza può avvenire più lentamente o non avvenire completamente. Le terminazioni nervose rimangono più reattive. Il sistema di allarme continua a segnalare pericolo anche quando l'evento iniziale è terminato.

Questa è la sensibilizzazione periferica. La qual cosa non significa che il dolore sia immaginario.

Significa esattamente il contrario: il sistema biologico deputato a rilevare il pericolo ha modificato la propria soglia. Lo stimolo è piccolo. La risposta è grande.

- Perché un tocco leggerissimo può fare così male?

In alcune donne con vestibolodinia provocata sono state descritte modificazioni dell'innervazione del vestibolo, con una **maggiore densità di fibre nervose** rispetto ai casi di controllo. Si parla di **iperinnervazione o neuroproliferazione vestibolare**.

Questo fenomeno non è presente in tutte le donne e non può essere considerato "la causa" universale della vulvodinia. Ma può contribuire a spiegare perché un tessuto che all'esame visivo appare perfettamente normale reagisca con una sensibilità esagerata a un contatto minimo.

- Che ruolo hanno infiammazione, mastociti, NGF e aumento delle fibre nervose?

Per capire perché in alcune donne il vestibolo diventa così sensibile bisogna guardare molto più in profondità di ciò che vediamo durante una normale visita ginecologica.

Un vestibolo può apparire quasi normale e, contemporaneamente, **avere terminazioni nervose più numerose e più reattive e un'alterata comunicazione tra sistema immunitario e sistema nervoso.**

È questo il significato della cosiddetta **neuroinfiammazione**.

Non dobbiamo immaginare necessariamente un'infiammazione classica con tessuto molto rosso, gonfio e caldo. Qui il fenomeno può avvenire soprattutto a livello microscopico.

Da dove può iniziare il processo? In alcune donne la storia della vestibolodinia inizia dopo episodi ripetuti di infezione o infiammazione locale. Per esempio candidosi ricorrenti, cistiti ricorrenti e altre infezioni, o ripetuti stimoli irritativi sono stati proposti come possibili eventi iniziali.

Questo non significa che una candidosi provochi necessariamente vulvodinia. La maggior parte delle donne che ha una candidosi guarisce senza sviluppare alcun dolore cronico. Ma in una donna predisposta, stimoli infiammatori ripetuti potrebbero lasciare il sistema locale del dolore in uno stato di maggiore reattività anche quando l'evento iniziale è ormai terminato.

Ed è qui che entrano in gioco **le cellule immunitarie e le terminazioni nervose.**

- Che cosa fanno i mastociti?

I mastociti sono cellule del sistema immunitario normalmente presenti nei tessuti, soprattutto nelle zone di confine con l'ambiente esterno, come cute e mucose. Sono quindi presenti anche nella regione vulvare.

Quando vengono attivati possono liberare numerosi mediatori chimici, tra cui istamina e altre sostanze capaci di influenzare sia l'infiammazione sia l'attività delle terminazioni nervose.

Il punto interessante è proprio la vicinanza tra mastociti e fibre nervose sensitive. I due sistemi possono comunicare. **Una cellula mastocitaria attivata può liberare sostanze che rendono la fibra nervosa più eccitabile;** a sua volta, l'attività delle terminazioni nervose può contribuire a modificare l'ambiente immunitario locale.

Si può quindi creare una sorta di dialogo continuo tra infiammazione, nervo e sistema immunitario.

Alcuni studi su tessuto vestibolare umano hanno trovato nelle aree dolorose un aumento dei mastociti, un aumento della loro attivazione e contemporaneamente una maggiore densità delle fibre nervose. In uno studio istologico l'area occupata dalle fibre nervose nel vestibolo delle donne con vestibolodinia risultava circa dieci volte maggiore rispetto ai controlli e correlava con il numero dei mastociti.

Ma questo dato non è stato confermato in tutti gli studi: altre ricerche hanno trovato una chiara attivazione immunitaria locale senza un aumento del numero dei mastociti.

Quindi è più corretto dire che **i mastociti possono partecipare al processo in alcune forme di vestibolodinia**, non che siano necessariamente aumentati in tutte le donne affette da vulvodinia.

- Che cos'è l'NGF e perché è così interessante?

Uno dei mediatori più studiati in questo processo infiammatorio è il Nerve Growth Factor, NGF. Il nome può trarre in inganno. Non è semplicemente una sostanza che "fa crescere i nervi". **L'NGF è una proteina fondamentale per la sopravvivenza e la funzione dei neuroni sensitivi** e può modificarne profondamente il comportamento.

Quando la sua attività aumenta in un tessuto sottoposto a infiammazione, possono verificarsi almeno due fenomeni importanti.

- **Il primo è che le terminazioni nervose diventano più sensibili.**
- **Il secondo è che può essere favorita la crescita e la ramificazione delle fibre sensitive, il cosiddetto sprouting nervoso.**

Studi sperimentali recenti sulla vulvodinia hanno mostrato proprio questa sequenza: dopo episodi infiammatori ripetuti aumentavano l'attivazione mastocitaria, l'NGF locale e successivamente l'innervazione sensitiva del tessuto.

Contemporaneamente aumentava nei neuroni l'espressione di canali coinvolti nella percezione del dolore, come TRPV1 e TRPA1. In altre parole, non abbiamo soltanto un aumento delle terminazioni nervose. **Possiamo avere terminazioni nervose aumentate e più facilmente eccitabili.**

- Che cosa significa avere più fibre nervose nel vestibolo?

Immaginiamo due vestiboli sottoposti allo stesso stimolo meccanico. Nel primo esiste una normale densità di terminazioni sensitive e queste hanno una normale soglia di attivazione. Nel secondo ci sono più terminazioni nocicettive e alcune di esse sono diventate più reattive.

Lo stesso contatto può quindi produrre un segnale molto diverso.

Una pressione che normalmente verrebbe percepita semplicemente come contatto può diventare bruciore. Lo sfregamento durante la penetrazione può essere interpretato come abrasione. L'introduzione di un tampone può diventare dolorosa. La pressione del cotton swab, normalmente innocua, può provocare dolore intenso.

Questo è uno dei possibili meccanismi biologici **dell'allodinia**. In alcune forme di vestibolodinia provocata, infatti, gli studi istologici hanno documentato una maggiore densità delle fibre nervose proprio nelle aree vestibolari dolorose.

- Quindi prima viene l'infiammazione e poi crescono i nervi?

È una delle ipotesi più interessanti, soprattutto per alcune forme secondarie di vestibolodinia. Il modello potrebbe essere questo:

stimolo infiammatorio ripetuto → attivazione immunitaria locale → aumento di mediatori come NGF → maggiore eccitabilità e crescita delle terminazioni sensitive → vestibolo più sensibile → dolore anche per stimoli normalmente innocui.

Gli studi sperimentali recenti rendono questa sequenza biologicamente molto plausibile. Nel modello pubblicato nel 2024, modulare l'attività dei mastociti o bloccare la via dell'NGF durante la fase infiammatoria riduceva la successiva iperinnervazione e l'ipersensibilità vulvare.

Gran parte della dimostrazione causale di questa sequenza deriva da modelli sperimentali animali. Negli studi sull'uomo possiamo osservare associazioni tra dolore, alterazioni immunitarie e aumento dell'innervazione, ma è molto più difficile dimostrare quale evento sia venuto per primo. Per questo non possiamo affermare che tutte le vestibolodinie seguano necessariamente questa successione.

E una volta che l'infiammazione iniziale è passata?

È proprio questo il punto più interessante. **L'evento iniziale può non essere più presente, mentre le modificazioni del sistema del dolore possono persistere.** La candidosi può essere guarita. Il tampone può essere negativo. La vulva può non essere più infiammata in maniera evidente.

Ma se nel frattempo le terminazioni nervose sono diventate più numerose o più eccitabili, il dolore può continuare anche senza che persista l'infezione che aveva dato origine al processo. Un'infezione può quindi essere stata la scintilla. Non necessariamente è ancora il fuoco.

E questo spiega perché continuare per mesi a prescrivere antimicotici a una donna con tamponi negativi può non produrre alcun beneficio, anzi! Stiamo continuando a trattare l'evento iniziale quando ormai il meccanismo che mantiene il dolore potrebbe essere completamente diverso.

- Perché allora durante la visita spesso non vediamo niente?

Perché **neuroinfiammazione** non significa necessariamente infiammazione visibile.

Un aumento della densità delle terminazioni nervose, una maggiore espressione di recettori del dolore o un'alterata comunicazione tra cellule immunitarie e neuroni **sono fenomeni microscopici e funzionali**. Non producono necessariamente edema, secrezioni o un intenso arrossamento.

E infatti studi su biopsie vestibolari hanno documentato nelle aree dolorose un aumento dell'innervazione e modificazioni delle popolazioni immunitarie anche se questi fenomeni non corrispondono a un quadro clinico di evidente "vaginite" o "infiammazione" osservabile a occhio nudo.

È proprio per questo che una donna può dire: «lo sento come se fosse tutto infiammato» mentre il ginecologo osserva una vulva apparentemente normale.

Le due cose non sono necessariamente in contraddizione. La paziente sta descrivendo ciò che il suo sistema nervoso percepisce. Il medico sta descrivendo ciò che vede macroscopicamente. Sono due livelli diversi dello stesso problema.

- Quindi la vulvodinia è una malattia infiammatoria?

Non possiamo dirlo. **Sarebbe una semplificazione eccessiva.**

Le ricerche sul tessuto vestibolare non hanno prodotto risultati identici in tutte le pazienti. Alcuni studi trovano più mastociti, altri no; alcuni documentano infiltrati immunitari differenti nelle forme primarie e secondarie; altri mostrano soprattutto iperinnervazione o modificazioni di specifiche popolazioni immunitarie.

Questo suggerisce ancora una volta che la vulvodinia non è probabilmente una sola malattia biologicamente identica in tutte le donne.

In alcune pazienti la componente neuroinfiammatoria periferica può essere importante. In altre può prevalere l'ipertono del pavimento pelvico. In altre ancora possono essere predominanti la sensibilizzazione del sistema nervoso, una componente ormonale o più meccanismi contemporaneamente.

Il messaggio quindi non è: «la vulvodinia è causata dai mastociti». È molto più preciso: in alcune forme di vestibolodinia, l'attivazione immunitaria locale può interagire con le terminazioni nervose e favorire, attraverso mediatori come l'NGF, una maggiore sensibilità e una maggiore innervazione del vestibolo. Quando questo circuito si stabilizza, il dolore può continuare anche dopo che l'evento infiammatorio iniziale è scomparso.

Ed è proprio questo uno degli esempi più chiari di come, nella vulvodinia, un evento iniziale e il meccanismo che mantiene il dolore possano non essere più la stessa cosa.

- Che ruolo ha l'ipertono del pavimento pelvico?

Quando il vestibolo diventa doloroso, il sistema nervoso può attivare automaticamente una **risposta di difesa muscolare**. I muscoli del pavimento pelvico aumentano il loro tono nel tentativo di proteggere una zona che viene percepita come vulnerabile.

È una risposta involontaria, simile a quella che si verifica quando, dopo una distorsione, tendiamo istintivamente a irrigidire i muscoli intorno all'articolazione dolorosa. Nel pavimento pelvico questo fenomeno viene spesso definito **guarding muscolare**.

All'inizio può essere una risposta comprensibile e persino utile: il corpo cerca di limitare il movimento e il contatto con una zona dolorosa. Il problema nasce quando questa contrazione **non si spegne più completamente**.

Un pavimento pelvico sano non deve essere semplicemente "forte". Deve soprattutto essere capace di **modulare il proprio tono**: contrarsi quando serve e, altrettanto importante, rilassarsi e lasciarsi distendere quando necessario.

Nell'ipertono questa capacità viene progressivamente alterata. I muscoli possono mantenere una maggiore attività anche a riposo, rilassarsi soltanto parzialmente dopo una contrazione e reagire in maniera eccessiva a stimoli che normalmente non richiederebbero una risposta difensiva.

Con il tempo il problema non riguarda più soltanto la contrazione. Un muscolo mantenuto cronicamente in uno stato di eccessiva attività può diventare **meno elastico, meno distensibile e doloroso alla palpazione**. Possono comparire aree particolarmente sensibili o trigger point miofasciali, e la compressione di alcuni muscoli — per esempio elevatore dell'ano o otturatore interno — può riprodurre esattamente il dolore che la donna riconosce durante la penetrazione.

Anche il normale equilibrio tra contrazione, rilassamento e perfusione muscolare può modificarsi. Una contrazione protratta aumenta infatti il lavoro muscolare e può contribuire a creare un ambiente locale favorevole all'accumulo di metaboliti e alla sensibilizzazione delle terminazioni nocicettive presenti nel muscolo. Per questo, dopo un certo tempo, **il muscolo stesso può diventare una sorgente di segnali dolorosi**.

A questo si aggiunge un importante problema meccanico.

Quando il pavimento pelvico rimane eccessivamente attivo, l'ingresso vaginale diventa **meno distensibile**. Durante la penetrazione è quindi necessaria una pressione maggiore per superare la resistenza muscolare. Il vestibolo viene sottoposto a una maggiore compressione e a un maggiore attrito, proprio nella zona che è già diventata sensibile.

Si può così creare un circuito:

dolore vestibolare → contrazione difensiva → introito meno distensibile → maggiore pressione e attrito sul vestibolo → nuovo dolore → ulteriore contrazione.

A questo punto il pavimento pelvico non è più soltanto una conseguenza passiva della vulvodinia. Può diventare uno dei principali meccanismi che continuano a mantenerla.

C'è inoltre un secondo circuito, questa volta neurologico. Muscoli dolorosi e costantemente iperattivi continuano a inviare al midollo e al cervello **informazioni sensitive e nocicettive** provenienti dalla regione pelvica. Se questo input persiste nel tempo, può contribuire a mantenere elevata la reattività dei circuiti del dolore.

Non significa che il cervello “immagini” che ci sia ancora un problema. Significa che continua realmente a ricevere segnali provenienti da muscoli che non sono tornati a funzionare normalmente.

Si può quindi instaurare una sorta di dialogo continuo:

il dolore mantiene la contrazione e la contrazione mantiene il dolore.

Ed è proprio per questo che, nelle donne con vestibolodinia e importante ipertono, **ridurre soltanto la sensibilità del vestibolo può non essere sufficiente**. È necessario restituire al pavimento pelvico la capacità di abbassare il tono, allungarsi, adattarsi alla penetrazione e tornare spontaneamente a riposo.

C'è infine un aspetto ancora più interessante: **l'ipertono non è necessariamente sempre nato dopo il dolore**. In alcune donne può essere presente già da molto tempo, con difficoltà a rilassare il pavimento pelvico, penetrazione da sempre faticosa, difficoltà all'introduzione di tamponi o una tendenza a contrarre involontariamente la muscolatura nelle situazioni di stress, paura o allerta. In queste pazienti è plausibile che l'ipertono abbia preceduto il dolore vestibolare e abbia contribuito, attraverso una maggiore sollecitazione meccanica del vestibolo, alla sua successiva sensibilizzazione.

Per questo durante la visita non basta chiedersi: «**Il pavimento pelvico è contratto?**» Bisogna cercare di capire: **perché è contratto, da quanto tempo lo è e quale ruolo sta avendo, in quella particolare donna, nel mantenimento del dolore.**

- L'ipertono quindi può essere presente prima della vulvodinia?

Il pavimento pelvico ipertonico non è sempre una conseguenza della vulvodinia. In alcune donne sembra essere presente prima della comparsa del dolore vestibolare. Stress cronico, ansia, esperienze traumatiche, ipervigilanza e paura possono determinare una vera risposta neuromuscolare difensiva, nella quale il pavimento pelvico rimane eccessivamente attivo e perde progressivamente la capacità di rilassarsi.

Studi sperimentali hanno dimostrato che la percezione di minaccia può aumentare involontariamente l'attività dei muscoli pelvici e che sintomi post-traumatici, soprattutto l'ipervigilanza, si associano a una maggiore attività del pavimento pelvico.

Nella mia esperienza clinica questo percorso è tutt'altro che raro: in molte pazienti, ricostruendo attentamente la storia, la contrazione del pavimento pelvico sembra precedere il bruciore vestibolare. **È plausibile che un introito cronicamente contratto e poco distensibile aumenti pressione e attrito sul vestibolo e contribuisca, nel tempo, alla sua sensibilizzazione.**

Riconoscere una componente psicologica o traumatica all'origine dell'ipertono non significa affatto affermare che il dolore sia “nella testa”. Significa riconoscere che cervello, sistema autonomo e muscoli del pavimento pelvico fanno parte dello stesso sistema biologico. Una risposta nata come protezione può, se persiste nel tempo, trasformarsi in una vera disfunzione neuromuscolare e contribuire alla comparsa del dolore.

- Che cosa succede durante una penetrazione quando il pavimento pelvico è iperattivo?

Per comprenderlo bisogna abbandonare l'idea che durante un rapporto il pavimento pelvico sia semplicemente “rilassato”. La fisiologia è più sofisticata.

I muscoli devono essere capaci di modulare il tono, coordinarsi e lasciarsi distendere quanto necessario affinché l'ingresso vaginale possa adattarsi alla penetrazione.

Un pavimento pelvico sano non è un pavimento pelvico sempre rilassato. È un pavimento pelvico capace di contrarsi e di lasciarsi andare al momento giusto.

Quando invece la muscolatura rimane eccessivamente attiva, l'introito oppone una maggiore resistenza alla distensione. La penetrazione richiede più pressione. Il contatto con il vestibolo diventa più intenso e l'attrito può aumentare.

Questo permette di formulare un modello fisiopatologico molto interessante. Se un vestibolo viene sottoposto ripetutamente a una maggiore sollecitazione meccanica durante rapporti che avvengono contro un ingresso vaginale poco distensibile, è biologicamente plausibile che gli stimoli nocicettivi provenienti da quella zona aumentino.

Ripetute stimolazioni nocicettive possono contribuire alla sensibilizzazione periferica e, in una persona predisposta, alimentare i meccanismi neuro-immunitari già descritti.

Ma dobbiamo fermarci un centimetro prima di trasformare un modello plausibile in una certezza.

Ed è proprio qui che una valutazione clinica accurata diventa fondamentale. In una paziente può essere nato prima il dolore e poi l'ipertono. In un'altra l'ipertono potrebbe essere stato presente da tempo e avere progressivamente reso dolorosa la penetrazione. In una terza entrambe le componenti possono essersi sviluppate contemporaneamente.

Alla fine, però, il risultato può essere lo stesso: vestibolo e pavimento pelvico iniziano ad alimentarsi reciprocamente. E a quel punto trattare soltanto uno dei due può non essere sufficiente.

- Stress, trauma e ipervigilanza possono favorire l'ipertono del pavimento pelvico?

Sì. Abbiamo visto che in alcune donne stress, trauma o ipervigilanza possono contribuire alla comparsa precoce dell'ipertono del pavimento pelvico. Ma la relazione può funzionare anche nella direzione opposta. Una volta comparso il dolore, la paura della penetrazione, l'anticipazione del bruciore e l'attenzione continua alla zona possono aumentare ulteriormente l'attività del pavimento pelvico e la risposta di allarme del sistema nervoso. Si crea così un circuito bidirezionale: lo stress può contribuire all'ipertono, ma il dolore stesso può generare stress e mantenere l'ipertono. Questo non rende la vulvodinia una malattia psicologica: mostra semplicemente quanto strettamente siano collegati cervello, sistema autonomo, dolore e controllo muscolare.

- La vulvodinia può modificare anche il modo in cui il cervello elabora il dolore?

Sì, in alcune forme persistenti. Quando gli stimoli dolorosi continuano per mesi o anni, le vie nervose centrali che li ricevono possono modificare la propria risposta. Si parla di sensibilizzazione centrale.

Questo non significa che «il cervello inventi il dolore». Significa che il sistema nervoso può diventare più efficiente nel rilevare e amplificare determinati segnali. Il dolore può comparire più facilmente, persistere più a lungo dopo lo stimolo o estendersi oltre l'area originariamente coinvolta.

Non tutte le donne con vulvodinia presentano la stessa componente centrale. È probabilmente più importante nelle forme spontanee, generalizzate o associate ad altre condizioni dolorose rispetto a una vestibolodinia esclusivamente provocata e localizzata.

Per questo parlare genericamente di **“dolore centralizzato”** in ogni paziente è sbagliato quanto ignorare completamente il cervello.

- Perché vulvodinia, vescica dolorosa, colon irritabile ed endometriosi possono comparire insieme?

Le sindromi dolorose non rispettano sempre i confini anatomici che utilizziamo nei libri di medicina.

Vulva, vagina, vescica, intestino e altri organi pelvici inviano informazioni a circuiti nervosi parzialmente condivisi. Una stimolazione persistente proveniente da una struttura può quindi influenzare la sensibilità delle altre.

Si parla di **sensibilizzazione incrociata o cross-sensitization**.

A questo si aggiungono il ruolo del pavimento pelvico, che partecipa contemporaneamente alla funzione urinaria, sessuale e defecatoria, e i meccanismi più generali di sensibilizzazione del sistema nervoso.

Non significa che ogni donna con vulvodinia debba sviluppare altre sindromi dolorose. Significa che la loro associazione non deve essere liquidata come casuale.

- Lo stress può causare la vulvodinia?

Dire che «la vulvodinia viene dallo stress» è una spiegazione semplicistica. Lo stress non spiega da solo la comparsa della malattia e non rende il dolore meno fisico. Ma sarebbe altrettanto sbagliato sostenere che il sistema dello stress non abbia alcun rapporto con il dolore.

Dolore, paura e risposta di allarme condividono molti circuiti biologici. Se una donna ha sperimentato ripetutamente una penetrazione dolorosa, può cominciare ad anticiparla. Il pavimento pelvico può attivarsi prima ancora del contatto. L'attenzione diventa concentrata sulla zona dolorosa.

Il sistema nervoso entra più facilmente in modalità di allarme. È quindi possibile che stress, sonno insufficiente, paura e ipervigilanza amplifichino un sistema del dolore già sensibilizzato. Ma modulare il dolore non significa averlo creato.

Questa distinzione dovrebbe essere spiegata chiaramente a ogni donna con vulvodinia.

- La vulvodinia è quindi una malattia della vulva o del sistema del dolore?

Entrambe le risposte, prese da sole, sono incomplete.

In alcune donne il problema è fortemente periferico e concentrato nel vestibolo. In altre il pavimento pelvico ha un ruolo predominante. In altre ancora diventano importanti la sensibilizzazione centrale e la presenza di altre sindromi dolorose.

Possono contribuire modificazioni immunitarie, neuroproliferazione, ormoni, muscoli e modalità con cui il sistema nervoso elabora gli stimoli.

La vera domanda clinica, quindi, non è soltanto: «Ha la vulvodinia?» La domanda più utile è: «Che tipo di vulvodinia ha questa donna e quali meccanismi stanno mantenendo il suo dolore?» Perché è dalla risposta a questa seconda domanda che nasce la terapia.

Significa capire, paziente per paziente, dove si trova il problema, che cosa lo alimenta e quali anelli del circuito dobbiamo interrompere.

4° Capitolo - Come si cura la vulvodinia?

Dopo avere capito che cosa mantiene il dolore, la domanda successiva è inevitabile: **si può curare la vulvodinia?**

Sì! Ma per curarla bisogna abbandonare l'idea che esista "la terapia della vulvodinia". Non esiste un farmaco che funzioni per tutte, così come non esiste un unico meccanismo responsabile del dolore in tutte le donne.

Una paziente con una vestibolodinia provocata, importante ipertono del pavimento pelvico e dolore quasi esclusivamente durante la penetrazione ha un problema diverso da una donna con bruciore vulvare spontaneo, dolore diffuso e segni di sensibilizzazione più estesa.

Allo stesso modo, una donna in menopausa con tessuti vestibolari fragili e ipoestrogenismo richiede una valutazione diversa da una giovane che ha dolore fin dai primi rapporti.

È esattamente per questo che abbiamo dedicato tanto spazio a capire come nasce e come si mantiene il dolore. **Perché la terapia deve intervenire sui meccanismi che abbiamo identificato.**

La letteratura scientifica conferma questa complessità. Una network meta-analysis pubblicata nel 2026, che ha analizzato 34 studi randomizzati e quasi 1.900 donne, mostra quanto sia difficile individuare una singola terapia nettamente superiore alle altre. Molti trattamenti producono miglioramenti, ma l'entità dell'effetto e la qualità delle prove sono molto variabili; inoltre, negli studi sulla vulvodinia esiste una risposta significativa anche nei gruppi placebo.

Questo non significa che "non sappiamo come curarla". Significa qualcosa di diverso: **la vulvodinia non si presta a una medicina fatta di protocolli identici per tutte.**

- Qual è l'obiettivo della terapia?

Non semplicemente abbassare di qualche punto il dolore. L'obiettivo è progressivamente riportare il sistema verso una condizione di normalità.

Significa ridurre l'ipersensibilità del vestibolo quando è presente, **recuperare la capacità del pavimento pelvico di rilassarsi e adattarsi alla penetrazione**, diminuire l'attivazione delle vie del dolore, trattare eventuali condizioni ormonali o patologie associate e, soprattutto, restituire alla donna una vita quotidiana e sessuale non più organizzata intorno alla paura del dolore.

Per questo il miglioramento non si misura soltanto con il cotton swab test. Una donna sta meglio quando riesce nuovamente a indossare ciò che vuole, stare seduta senza pensarci continuamente, fare attività fisica e avere un contatto sessuale senza aspettarsi inevitabilmente dolore.

E nella terapia bisogna avere un altro concetto molto chiaro: **non tutti gli anelli del circuito devono necessariamente essere trattati nello stesso momento e con la stessa intensità.** Bisogna individuare quelli che, in quella particolare paziente, stanno facendo funzionare il circuito.

La Fisioterapia: quando il pavimento pelvico è contratto

Abbiamo visto quanto frequentemente nella vestibolodinia provocata sia presente un **pavimento pelvico iperattivo**, incapace di rilassarsi completamente o doloroso alla palpazione.

Se questo è uno dei principali meccanismi della malattia, ignorarlo non ha senso.

Possiamo tentare di ridurre il dolore del vestibolo, ma se a ogni rapporto il pene continua a incontrare un ingresso vaginale rigido e scarsamente distensibile, quel vestibolo continuerà a essere sottoposto a una forte sollecitazione.

Questo è uno dei motivi per cui, nelle donne con vestibolodinia provocata e ipertono, **considero la riabilitazione del pavimento pelvico uno degli interventi centrali della terapia.** E su questo punto abbiamo finalmente anche dati clinici importanti.

Nel principale studio randomizzato multicentrico disponibile, la fisioterapia multimodale del pavimento pelvico è stata confrontata con l'applicazione notturna di lidocaina al 5% in donne con vestibolodinia provocata. La fisioterapia comprendeva educazione, esercizi di controllo del pavimento pelvico con biofeedback, terapia manuale e tecniche di dilatazione. Il miglioramento del dolore durante i rapporti e della funzione sessuale è risultato maggiore nel gruppo sottoposto a fisioterapia e il beneficio si manteneva anche a sei mesi.

Questo non significa che ogni vulvodinia debba essere trattata con fisioterapia. Significa che quando esiste una componente muscolare importante, abbiamo una ragione fisiopatologica e clinica molto forte per trattarla.

- Ma cosa significa davvero “fare fisioterapia per la vulvodinia”?

Qui nasce spesso un equivoco. La riabilitazione di un pavimento pelvico ipertonico non significa semplicemente fare esercizi. E soprattutto **non significa fare esercizi di Kegel.**

Gli esercizi di Kegel sono stati ideati prevalentemente per allenare la contrazione e la forza muscolare. Ma una donna che mantiene già il pavimento pelvico eccessivamente attivo non ha bisogno di contrarlo ancora di più. Ha bisogno di imparare qualcosa che può essere molto più difficile: lasciarlo andare.

Il problema, infatti, non è sempre la forza. È il controllo. Un muscolo può essere forte ma incapace di rilassarsi. Può contrarsi correttamente quando glielo chiediamo e restare comunque parzialmente attivo quando dovrebbe tornare a riposo.

La riabilitazione deve quindi insegnare al sistema neuromuscolare a riconoscere la tensione, ridurla e recuperare una corretta alternanza tra contrazione e rilassamento.

- Che cosa deve fare realmente una buona fisioterapia?

La fisioterapia della vulvodinia dovrebbe essere costruita sulla valutazione della singola donna. Non esiste un esercizio standard da consegnare a tutte.

la terapeuta deve prima capire quali muscoli sono eccessivamente attivi, dove è presente dolore, se esistono trigger point, quanto facilmente il pavimento pelvico si contrae e soprattutto quanto è capace di tornare a riposo.

Il trattamento può quindi comprendere terapia manuale interna ed esterna, lavoro miofasciale, biofeedback, controllo del respiro e del movimento, rieducazione del rilassamento e progressiva esposizione alla penetrazione. È proprio **questa combinazione multimodale**, più che una singola tecnica isolata, ad avere il maggiore sostegno clinico nella vestibolodinia provocata.

- Perché la terapia manuale può essere utile?

Quando il pavimento pelvico rimane contratto per molto tempo, **alcuni muscoli possono diventare rigidi, accorciati e dolenti.**

La palpazione degli elevatori dell'ano, dell'otturatore interno e delle strutture muscolari profonde può riprodurre esattamente il dolore che la donna avverte durante i rapporti.

In questi casi la terapeuta può utilizzare tecniche manuali interne ed esterne finalizzate a ridurre la tensione muscolare, migliorare la mobilità dei tessuti e diminuire la dolorabilità delle aree più reattive.

Non si tratta di “massaggiare la vagina”. Si tratta di lavorare su un sistema muscolare che non riesce più a modulare normalmente il proprio tono.

Ed è importante che il trattamento non diventi esso stesso una continua esperienza dolorosa. Una fisioterapia aggressiva, che forza un muscolo in difesa o provoca ogni volta dolore intenso, rischia di inviare al sistema nervoso esattamente il messaggio opposto a quello che stiamo cercando di insegnargli: “questa zona è ancora in pericolo”.

La riabilitazione deve invece recuperare progressivamente movimento, controllo e sicurezza.

- A cosa serve il biofeedback?

Molte donne con ipertono non si rendono conto di essere contratte. Non perché non conoscano il proprio corpo, ma perché quel livello di tensione è diventato il loro stato abituale. Se un muscolo rimane parzialmente contratto per mesi o anni, il cervello può cominciare a considerare quella condizione come normale.

Il biofeedback può aiutare la donna a vedere o percepire ciò che il muscolo sta facendo. Attraverso sistemi di registrazione dell'attività muscolare, o la guida manuale della terapeuta, è possibile imparare a riconoscere quando il pavimento pelvico si contrae e, soprattutto, quando riesce realmente a rilassarsi.

Il punto è ricostruire un controllo che successivamente deve diventare automatico.

- Perché anche la respirazione può avere un ruolo?

Diaframma e pavimento pelvico non lavorano come due strutture indipendenti. Durante la respirazione modificano continuamente la pressione all'interno dell'addome e partecipano alla regolazione del movimento del pavimento pelvico.

Una respirazione molto superficiale, una parete addominale costantemente trattenuta e una postura mantenuta in uno stato di tensione possono rendere più difficile il rilassamento pelvico.

Per questo nella riabilitazione possono essere utilizzate tecniche respiratorie, esercizi di consapevolezza corporea e movimenti finalizzati a recuperare la coordinazione tra diaframma, addome e pavimento pelvico.

Ma anche qui bisogna evitare semplificazioni. Non si cura la vulvodinia respirando. La respirazione è uno degli strumenti con cui possiamo insegnare a un sistema muscolare iperattivo a diminuire il proprio tono.

- A cosa servono i dilatatori vaginali?

Anche il termine "dilatatori" può creare un equivoco. **L'obiettivo non è allargare una vagina troppo stretta. La vagina non deve essere meccanicamente dilatata.**

L'obiettivo è permettere al sistema nervoso e al pavimento pelvico di sperimentare progressivamente una penetrazione che non venga immediatamente associata al dolore e alla difesa.

Si parte quindi da una dimensione che la donna riesce a tollerare senza forzare. Il lavoro non consiste semplicemente nell'inserire progressivamente oggetti più grandi. Consiste nel mantenere il pavimento pelvico rilassato mentre viene introdotto uno stimolo che prima provocava contrazione automatica.

È una forma di rieducazione sensoriale e motoria.

La letteratura sulla fisioterapia multimodale comprende proprio l'utilizzo di tecniche di dilatazione insieme a educazione, biofeedback e terapia manuale; considerate isolatamente, invece, le prove sui dilatatori sono molto più limitate. Questa differenza è importante. Il dilatatore non è la cura della vulvodinia. È uno strumento all'interno di un programma terapeutico.

- Bisogna continuare ad avere rapporti anche se fanno male?

No, se ogni rapporto significa riprodurre un dolore importante. Questo è un punto sul quale sono molto netta.

Continuare sistematicamente una penetrazione dolorosa nella speranza di "abituarsi" al dolore non è una buona strategia. Se il rapporto provoca dolore intenso, il pavimento pelvico si contrae, il vestibolo viene nuovamente sollecitato e il cervello registra un'altra associazione: **penetrazione = dolore**.

È esattamente il circuito che stiamo cercando di interrompere. Questo non significa sospendere necessariamente ogni forma di sessualità. Al contrario. È spesso importante mantenere intimità, eccitazione, piacere e contatto sessuale eliminando temporaneamente ciò che scatena un dolore importante.

La penetrazione può essere recuperata progressivamente quando il vestibolo è meno sensibile e il pavimento pelvico ha acquisito una migliore capacità di adattarsi.

L'obiettivo non è “resistere” al dolore da rapporto. È tornare ad avere un rapporto che il corpo non debba più interpretare come una minaccia.

- La fisioterapia da sola basta?

A volte può essere sufficiente. Molto spesso no. Ed è qui che torna il concetto fondamentale di tutta questa guida.

Se una donna presenta soprattutto ipertono muscolare e vestibolodinia provocata, la riabilitazione può avere un ruolo predominante. Ma se insieme all'ipertono esiste una marcata allodinia vestibolare, può essere necessario intervenire anche sulla componente dolorosa periferica. Se è presente una condizione ormonale, deve essere riconosciuta e trattata.

Se il dolore è spontaneo, diffuso e presenta caratteristiche di sensibilizzazione più estesa, può essere necessario agire anche sulla modulazione del dolore.

Se coesistono cistiti ricorrenti, sindrome della vescica dolorosa, endometriosi, disturbi intestinali o altre fonti di dolore pelvico, ignorarle significa lasciare attive altre possibili sorgenti di stimolazione.

La fisioterapia non può quindi diventare il trattamento universale che sostituisce tutti gli altri.

Deve essere utilizzata quando il meccanismo.

Terapie locali nella vulvodinia: che cosa si può applicare sul vestibolo?

Quando il dolore è concentrato soprattutto all'ingresso vaginale è naturale pensare che una terapia applicata direttamente sul vestibolo possa essere utile. E in alcuni casi lo è.

Ma anche qui dobbiamo evitare l'idea che esista una **generica “crema per la vulvodinia”**. Le terapie locali possono avere obiettivi molto diversi. Una può anestetizzare temporaneamente le terminazioni nervose. Un'altra può cercare di ridurre l'eccitabilità. Un'altra ancora può agire sul microambiente tissutale o sui processi neuroinfiammatori.

Per questo la domanda non è: «Quale crema funziona meglio?» La domanda è: «Che cosa sto cercando di modificare applicando questa sostanza sul vestibolo?»

- Che ruolo ha la lidocaina?

La lidocaina è un anestetico locale. Applicata sul vestibolo riduce temporaneamente la trasmissione dello stimolo doloroso dalle terminazioni nervose superficiali.

Questo può essere utile nelle donne con importante allodinia vestibolare, soprattutto in alcune fasi del percorso terapeutico.

Non modifica però direttamente l'ipertono del pavimento pelvico, non corregge una componente ormonale e non interviene sui diversi meccanismi del dolore neuropatico e che possono mantenere una vulvodinia complessa. Anche gli studi spiegano bene questa distinzione.

In un trial randomizzato su 133 donne, la lidocaina topica non risultò significativamente superiore al placebo sull'endpoint principale. In un successivo e importante studio multicentrico, sia la lidocaina notturna sia la fisioterapia produssero miglioramenti, ma la fisioterapia multimodale risultò nettamente superiore.

La conclusione quindi non è: «la lidocaina non serve». È: la lidocaina è uno **strumento sintomatico** che può essere utile in alcune pazienti e in alcuni momenti acuti, ma non rappresenta da sola la terapia della vulvodinia.

- Amitriptilina e gabapentin applicati localmente

E' uno dei motivi per cui nella vulvodinia le preparazioni galeniche possono avere un ruolo interessante.

L'amitriptilina e il gabapentin vengono utilizzati sistemicamente come neuromodulatori, ma sono stati studiati anche in formulazioni topiche con l'obiettivo di agire prevalentemente sulla componente periferica del dolore riducendo, almeno teoricamente, gli effetti sistemici.

Per l'amitriptilina topica, uno studio prospettico non controllato su 150 donne con vestibolodinia provocata utilizzò una crema al 2%: il 56% riferì un miglioramento, mentre una parte delle pazienti dovette interrompere per irritazione locale. Il limite è importante: non esisteva un gruppo placebo, quindi il dato è interessante ma non equivale alla dimostrazione fornita da un grande trial randomizzato.

Anche il gabapentin topico ha prodotto risultati interessanti. In uno studio retrospettivo su 51 donne con vulvodinia localizzata o generalizzata furono utilizzate concentrazioni comprese tra il 2% e il 6%. Tra le donne valutabili dopo almeno otto settimane, il dolore diminuì significativamente e molte riportarono un miglioramento clinicamente importante. Ma anche in questo caso si trattava di uno studio retrospettivo, senza placebo.

Quindi **amitriptilina e gabapentin locali possono essere opzioni ragionevoli** in pazienti selezionate, soprattutto quando vogliamo intervenire sulla componente periferica del dolore o quando gli effetti collaterali sistemici rendono difficile la terapia orale.

Ma il livello delle prove è ancora inferiore rispetto a quello disponibile per altri interventi, come la fisioterapia multimodale.

- Perché nella vulvodinia si usano preparazioni galeniche?

Perché molte delle formulazioni che utilizziamo sul vestibolo non esistono come prodotti industriali già pronti nella concentrazione, nell'associazione o nel veicolo di cui abbiamo bisogno. Ed è proprio questo uno dei campi nei quali il galenico può avere un vero significato terapeutico.

Non perché sia più naturale. Non perché ciò che viene preparato in farmacia sia automaticamente migliore. Ma perché **permette di personalizzare il trattamento**.

Possiamo scegliere il principio attivo. Possiamo utilizzare concentrazioni differenti. Possiamo evitare alcuni eccipienti. Possiamo scegliere un veicolo maggiormente tollerato da una mucosa estremamente sensibile.

I risultati disponibili sono prevalentemente osservazionali e non tutte le preparazioni testate hanno dimostrato un vantaggio rispetto al veicolo placebo.

Questo deve renderci prudenti. Personalizzare non significa improvvisare. E soprattutto **il veicolo conta quasi quanto il principio attivo**.

Un vestibolo allodinico può reagire con un intenso bruciore a una crema perfettamente innocua per altre zone della pelle. Se una preparazione provoca ogni volta bruciore importante e persistente, non dobbiamo pensare automaticamente: «brucia perché sta funzionando». Può semplicemente essere una formulazione non tollerata.

- Che cos'è l'Adelmirol

L'adelmidrol è particolarmente interessante nella vestibolodinia perché non agisce come un semplice antinfiammatorio o anestetico.

È un'aliamide che **modula l'iperreattività dei mastociti**, riducendone la degranolazione e il rilascio di mediatori capaci di sensibilizzare le terminazioni nervose. In questo modo può contribuire a interrompere il circuito tra neuroinfiammazione, mastociti, NGF e ipereccitabilità delle fibre vestibolari.

Può inoltre aumentare la disponibilità endogena di PEA, molecola coinvolta nei sistemi fisiologici di controllo dell'infiammazione e del dolore.

Il razionale è quindi particolarmente interessante nelle forme in cui prevalgono allodinia e sensibilizzazione periferica del vestibolo: non anestetizza semplicemente il tessuto, ma cerca progressivamente di ridurre l'iperreattività. I dati clinici specifici sono ancora limitati, ma questo meccanismo può spiegare perché nella pratica alcune pazienti rispondano molto bene al trattamento locale.

- E la spermidina

La spermidina è una poliammina naturalmente presente nelle nostre cellule e coinvolta nei processi di crescita, riparazione e mantenimento dell'omeostasi cellulare. Nelle formulazioni utilizzate nella vestibolodinia viene associata all'acido ialuronico ad alto peso molecolare formando un complesso spermidina-ialuronato.

L'interesse di questa associazione è soprattutto **trofico e rigenerativo**: mentre l'acido ialuronico idrata e protegge la superficie mucosa, la spermidina sembra stimolare proliferazione e vitalità cellulare e favorire i processi di riparazione del tessuto. In modelli di epitelio vaginale umano ricostituito il complesso spermidina-ialuronato ha aumentato l'espressione di Ki-67, indice di proliferazione cellulare, senza danneggiare l'integrità della mucosa.

Un altro meccanismo interessante è l'**autofagia**, il sistema attraverso cui le cellule eliminano componenti danneggiate e mantengono la propria efficienza. La spermidina è un noto modulatore dell'autofagia e, in diversi modelli sperimentali, migliora anche la risposta cellulare allo stress ossidativo e modula alcuni processi infiammatori.

Nella vestibolodinia questo razionale è particolarmente interessante perché un tessuto più idratato, trofico e resistente può sopportare meglio pressione, distensione e sfregamento, riducendo gli stimoli periferici che continuano ad attivare le terminazioni dolorifiche.

Il suo ruolo quindi è diverso da quello dell'adelmidrol: l'adelmidrol è interessante soprattutto per la modulazione neuroinfiammatoria e mastocitaria; la spermidina-ialuronato soprattutto per la biostimolazione, il trofismo e la resilienza del tessuto vestibolare. Nella pratica le due strategie possono quindi avere bersagli differenti e, in pazienti selezionate, anche complementari.

- Il cannabidiolo (CBD)

Il cannabidiolo (CBD) è interessante nella vestibolodinia soprattutto per la sua capacità di modulare l'iperreattività delle terminazioni nervose periferiche.

Il meccanismo più convincente riguarda i **canali TRPV1**, presenti sulle fibre nocicettive C che trasmettono bruciore e dolore. Il CBD può inizialmente attivare questi canali ma successivamente determinarne una desensibilizzazione, rendendo la fibra nervosa meno responsiva agli stimoli successivi.

Studi sperimentali sui neuroni sensitivi hanno confermato che il CBD può **ridurre la risposta di TRPV1** e quindi l'ipereccitabilità nocicettiva.

Questo meccanismo è particolarmente interessante nella vestibolodinia, dove un contatto normalmente innocuo può essere percepito come bruciore, taglio o abrasione. A differenza della lidocaina, che anestetizza temporaneamente il tessuto bloccando la trasmissione nervosa, il CBD potrebbe quindi agire soprattutto modulando la soglia di risposta della terminazione nervosa. Possiede inoltre effetti su altri sistemi coinvolti nella nocicezione e nell'infiammazione, tra cui TRPA1, PPAR γ , 5-HT1A e il sistema endocannabinoide, anche se non sappiamo ancora quale peso abbiano questi meccanismi nel vestibolo umano.

Nel 2025 Murina e collaboratori hanno pubblicato un trial multicentrico randomizzato, in doppio cieco e controllato con placebo specificamente sulla vestibolodinia. Quaranta donne sono state randomizzate a un oleogel contenente CBD al 5% più mircene oppure al solo veicolo, applicato una volta al giorno sul vestibolo per 60 giorni.

Il razionale clinico è molto interessante soprattutto nelle pazienti nelle quali prevalgono allodinia e sensibilizzazione periferica del vestibolo: il CBD non "ripara" principalmente il tessuto come la spermidina e non ha come bersaglio principale la modulazione mastocitaria come l'adelmidrol; cerca piuttosto di rendere meno ipereccitabili le terminazioni dolorifiche che trasformano un normale contatto in bruciore e dolore.

- Spermidina, CBD e aliamidi sostituiscono le terapie tradizionali?

No. E non credo che sia questo il modo corretto di utilizzarle.

Possono rappresentare strumenti aggiuntivi, soprattutto quando il dolore presenta una forte componente periferica vestibolare.

Ma se la donna ha un pavimento pelvico fortemente ipertonico, una crema non può sostituire la riabilitazione. Se esiste una componente ormonale, non può sostituire la terapia ormonale appropriata. Se il dolore è spontaneo e molto diffuso, può essere necessario intervenire anche sulla neuromodulazione sistemica.

È ancora una volta il fenotipo a decidere la terapia. Quindi qual è la migliore terapia locale? **Nella mia esperienza non esiste.**

- La lidocaina può essere utile soprattutto per controllare temporaneamente l'allodinia.
- Amitriptilina e gabapentin galenici possono essere utilizzati quando vogliamo tentare una neuromodulazione periferica.
- Le aliamidi hanno un razionale neuroinfiammatorio ma evidenze ancora limitate.
- La spermidina-ialuronato dispone di dati osservazionali recenti e promettenti.
- Il CBD associato a mircene dispone oggi anche di un piccolo trial randomizzato favorevole.

Sono strumenti diversi, con livelli di evidenza differenti.

La scelta corretta non è utilizzare tutto. È capire quale trattamento locale abbia un bersaglio plausibile in quella specifica donna. Perché anche sul vestibolo vale lo stesso principio che attraversa tutta questa guida: non si cura una diagnosi con una crema. Si tratta un meccanismo con uno strumento scelto per quel meccanismo.

Terapie ormonali locali nella vulvodinia: quando servono davvero?

Gli ormoni locali meritano un capitolo autonomo perché hanno un obiettivo completamente diverso dalle altre terapie applicate sul vestibolo.

Non anestetizzano le terminazioni nervose. Non sono neuromodulatori. Non riabilitano il pavimento pelvico. Servono quando nel dolore esiste una componente ormonale e tissutale reale.

E questo è un punto che può essere molto importante sia in menopausa sia in alcune donne giovani. Ma deve essere altrettanto chiaro il concetto opposto: **gli ormoni non sono una terapia universale della vulvodinia.**

Perché gli ormoni possono influenzare il dolore genitale? Vagina, vulva e vestibolo sono tessuti sensibili agli steroidi sessuali.

La riduzione dell'ambiente estrogenico e androgenico può modificare epitelio, lubrificazione, vascolarizzazione e caratteristiche dei tessuti genitourinari.

Questo non significa che ogni vestibolodinia sia provocata da una carenza ormonale. Significa che l'ambiente ormonale deve essere considerato quando la storia e l'esame dei tessuti lo suggeriscono.

- Che cosa succede in menopausa?

In menopausa può comparire la sindrome genitourinaria della menopausa, o GSM. Secchezza. Bruciore. Riduzione della lubrificazione. Fragilità dei tessuti. Dolore alla penetrazione. Sintomi urinari.

Sono sintomi che possono sovrapporsi in maniera impressionante a quelli riferiti da una donna con vulvodinia. Quindi in una donna in menopausa con dolore all'ingresso vaginale non dobbiamo chiedere soltanto: «Ha la vulvodinia?»

Dobbiamo anche chiederci: «Quanto di questo dolore è legato alla perdita di trofismo genitourinario?» Perché se esiste una GSM significativa, ignorarla significa **lasciare attiva una componente curabile del dolore.**

- Gli estrogeni locali possono migliorare il dolore ai rapporti?

Sì, quando il dolore è legato alla sindrome genitourinaria della menopausa. Gli estrogeni vaginali a basso dosaggio rappresentano oggi una delle terapie con maggiore evidenza per la GSM. Il loro obiettivo è migliorare le caratteristiche dell'epitelio e del tessuto genitourinario.

Ma bisogna distinguere chiaramente due concetti. **Curare la GSM non equivale automaticamente a curare una vulvodinia.**

Una donna può avere una mucosa ipoestrogenica e contemporaneamente un'allodinia vestibolare. Può avere un pavimento pelvico contratto da anni. Può avere sviluppato una forte risposta difensiva alla penetrazione. In quel caso migliorare il tessuto può essere fondamentale, ma gli altri meccanismi devono essere trattati separatamente.

- Se assumo già una terapia ormonale sistemica posso avere ancora bisogno di terapia locale?

Sì. La terapia sistemica per la menopausa non garantisce necessariamente il completo controllo dei sintomi genitourinari. Una donna può non avere più vampate, dormire bene e sentirsi molto meglio dal punto di vista generale, ma continuare ad avere secchezza, bruciore o dispareunia.

La terapia locale permette di intervenire direttamente sul distretto genitourinario quando questi sintomi persistono. Per questo durante una visita per dolore ai rapporti non basta sapere se una donna assume una TOS. Bisogna guardare i tessuti. Valutare vagina. Vestibolo. Piccole labbra. Lubrificazione. Elasticità. E naturalmente il pavimento pelvico.

- Vagina e vestibolo sono la stessa cosa dal punto di vista ormonale?

No. E questa distinzione clinica è importante.

Per questo **vagina e vestibolo, pur essendo anatomicamente contigui, non devono essere considerati lo stesso tessuto** dal punto di vista endocrinologico.

La vagina è un tessuto fortemente estrogeno-reattivo. Nell'epitelio, nello stroma e nella muscolatura vaginale sono presenti i recettori estrogenici ER α ed ER β ; la loro distribuzione varia tra i diversi compartimenti e cambia anche con l'età e lo stato menopausale. Sono presenti anche recettori androgenici, quindi la vagina non è esclusivamente estrogeno-dipendente, ma complessivamente l'espressione dei recettori estrogenici è particolarmente importante nella sua fisiologia.

Il vestibolo è diverso: una forte componente androgeno-reattiva

Il vestibolo vulvare possiede anch'esso recettori estrogenici e androgenici. Non possiamo quindi definirlo semplicemente "androgenico". Tuttavia, rispetto alla vagina, nel vestibolo e nei tessuti vulvari l'espressione e il ruolo biologico dei recettori androgenici sembrano essere particolarmente rilevanti. La più recente consultazione internazionale sulla GSM riassume questa differenza affermando che i recettori estrogenici predominano relativamente nella vagina, mentre i recettori androgenici sono più rappresentati nel vestibolo e nelle piccole e grandi labbra.

Nei tessuti genitali gli androgeni sembrano contribuire alla troficità epiteliale, alla funzione delle ghiandole, alla perfusione, al metabolismo della matrice extracellulare e al mantenimento della struttura tissutale. Gli effetti degli androgeni non sono semplicemente una copia di quelli degli estrogeni: possono essere distinti oppure complementari.

Questo è particolarmente interessante nel vestibolo, perché un tessuto vestibolare sano deve essere contemporaneamente trofico, elastico, ben vascolarizzato, adeguatamente lubrificato e capace di sopportare pressione e distensione durante la penetrazione.

la risposta di un tessuto non dipende soltanto dalla quantità di ormone presente nel sangue, ma anche dai recettori e dagli enzimi presenti localmente.

Due donne con lo stesso testosterone circolante possono quindi non avere necessariamente la stessa risposta vestibolare.

- Perché questa distinzione è importante nella vestibolodinia?

Perché aiuta a comprendere perché in alcune donne correggere soltanto l'ambiente estrogenico vaginale può non essere sufficiente a correggere una sofferenza prevalentemente vestibolare.

Una donna può avere una vagina apparentemente ben estrogenizzata e continuare ad avere un vestibolo sottile, irritabile o doloroso. Questo non dimostra automaticamente una carenza androgenica, ma indica che **vagina e vestibolo devono essere valutati separatamente**.

Bisogna capire quale tessuto stiamo trattando e perché.

- Perché il galenico è particolarmente importante nelle terapie ormonali vestibolari?

Perché non sempre esiste un prodotto industriale con il principio attivo, la concentrazione, il veicolo e la sede di applicazione che desideriamo. Questo è particolarmente vero per il testosterone locale e per alcune associazioni estrogeno-androgeniche destinate specificamente al vestibolo.

In questi casi il galenico permette una personalizzazione che può essere clinicamente indispensabile. Ma anche qui valgono le stesse regole: **galenico non significa innocuo**. Un ormone applicato localmente rimane un farmaco. Concentrazione, quantità, frequenza, durata e controlli devono essere definiti con precisione.

- Se correggo la componente ormonale, il pavimento pelvico si rilassa automaticamente?

Non necessariamente. È possibile che, riducendo il dolore del vestibolo, diminuisca progressivamente anche una parte della contrazione difensiva.

Ma se l'ipertono è presente da mesi o anni **il pavimento pelvico può avere acquisito una vera alterazione del controllo neuromuscolare**. Il tessuto migliora. La penetrazione continua però a essere anticipata come dolorosa. Il muscolo continua a contrarsi. In quel momento aspettare che la terapia ormonale faccia tutto significa lasciare attivo un altro anello del circuito.

Ecco perché terapia ormonale e fisioterapia possono essere entrambe necessarie nella stessa donna, ma per motivi differenti.

quindi il messaggio più importante sulle terapie ormonali è che **devono essere utilizzate quando esiste un bersaglio ormonale plausibile e riconoscibile**.

Perché una donna può avere contemporaneamente: un tessuto ormonalmente vulnerabile, un vestibolo sensibilizzato e un pavimento pelvico ipertonico.

Trattare soltanto uno di questi elementi può produrre un miglioramento parziale. Il vero obiettivo è **capire quale parte del dolore appartiene al tessuto, quale al sistema nervoso e quale alla muscolatura**. Ed è proprio questa distinzione che permette di utilizzare gli ormoni locali nel modo corretto.

La terapia sistemica: i neuromodulatori per curare il dolore

Quando il sistema del dolore è diventato ipersensibile, curare soltanto il tessuto vulvare o il pavimento pelvico può non essere sufficiente.

In alcune donne il problema dominante non è più semplicemente ciò che accade durante la penetrazione. Il bruciore può persistere per ore dopo uno stimolo, comparire anche senza contatto oppure estendersi oltre il vestibolo.

In questi casi entrano in gioco i farmaci neuromodulatori.

Il nome può creare confusione perché molti di questi farmaci sono nati come antidepressivi o anticonvulsivanti. Ma quando vengono utilizzati nella vulvodinia non significa che il medico pensi che la donna sia depressa o epilettica.

Significa che alcune molecole utilizzate in neurologia e psichiatria hanno anche la capacità di modificare il modo in cui le fibre nervose trasmettono il dolore e il modo in cui il sistema nervoso lo amplifica o lo inibisce.

Tra quelli maggiormente utilizzati troviamo amitriptilina, gabapentin, pregabalin. L'ISSVD li include da anni tra i farmaci impiegati per il dolore vulvare e continua a citarli anche nel materiale informativo più recente.

- Perché un antidepressivo come il Laroxyl può curare il dolore?

Il Laroxyl contiene amitriptilina, un antidepressivo triciclico. Ma il suo **effetto analgesico è in larga parte indipendente dall'effetto antidepressivo** e deriva dall'azione contemporanea su diversi meccanismi coinvolti nella trasmissione e nella modulazione del dolore.

Il primo meccanismo consiste nell'aumentare la disponibilità di **serotonina e noradrenalina** nelle vie discendenti che dal cervello e dal tronco encefalico raggiungono il midollo spinale. Questi circuiti rappresentano uno dei sistemi naturali con cui il nostro sistema nervoso può "frenare" la trasmissione degli stimoli dolorosi. Potenzialiandoli, l'amitriptilina può quindi ridurre l'amplificazione del segnale.

Ma non è l'unico meccanismo.

L'amitriptilina è anche in grado di bloccare i **canali del sodio voltaggio-dipendenti** delle fibre nervose, cioè alcuni dei canali necessari perché un neurone generi e propaghi il potenziale d'azione.

Questo meccanismo è particolarmente interessante nel dolore neuropatico. Una fibra nervosa sensibilizzata tende infatti a diventare ipereccitabile e a scaricare più facilmente e ripetutamente. L'amitriptilina mostra un blocco particolarmente efficace dei canali quando questi sono aperti o inattivati: in altre parole, può interferire maggiormente proprio con le fibre che stanno scaricando molto.

Quindi **riduce la capacità delle fibre nocicettive ipereccitabili di generare e trasmettere impulsi** e, contemporaneamente, rafforza i sistemi centrali che inibiscono il dolore.

L'effetto finale è una diminuzione dell'eccitabilità del neurone e della quantità di segnali dolorosi che riesce a trasmettere.

È proprio questa azione multipla che spiega perché l'amitriptilina venga utilizzata da decenni nel dolore neuropatico e in numerose sindromi dolorose croniche.

Nella vulvodinia può essere particolarmente utile quando prevalgono bruciore spontaneo, dolore persistente dopo gli stimoli, ipersensibilità diffusa o caratteristiche neuropatiche, ma può essere utilizzata anche nella vestibolodinia quando l'allodinia periferica è importante.

Uno studio osservazionale su donne con vulvodinia ha mostrato che le pazienti trattate con antidepressivi triciclici, e in particolare con amitriptilina, avevano una maggiore probabilità di riferire un miglioramento del dolore rispetto alle donne che non li assumevano.

Anche l'esperienza clinica accumulata negli anni spiega perché l'amitriptilina continui a essere uno dei neuromodulatori maggiormente utilizzati nella vulvodinia.

- Perché bisogna iniziare il Laroxyl a dosi basse?

Perché nel trattamento del dolore non stiamo cercando l'effetto antidepressivo. E perché la tollerabilità è fondamentale.

L'amitriptilina viene generalmente introdotta a dosi basse, spesso la sera, e aumentata progressivamente sulla base della risposta e degli effetti collaterali. Le indicazioni ISSVD hanno storicamente raccomandato proprio un incremento della posologia graduale, partendo da dosaggi bassi.

Questo è importante anche per un altro motivo. Una paziente non dovrebbe concludere dopo pochi giorni: «Il Laroxyl non funziona».

I neuromodulatori non funzionano come un analgesico assunto per il mal di testa. **La risposta può richiedere settimane** e spesso bisogna raggiungere progressivamente una dose efficace e mantenerla abbastanza a lungo prima di poter giudicare realmente il risultato.

La terapia del dolore cronico richiede quindi una cosa che molte pazienti, comprensibilmente, fanno fatica ad accettare: il tempo.

- Perché alcune pazienti interrompono il Laroxyl?

Perché gli effetti collaterali possono comparire prima dell'effetto terapeutico. Sonnolenza, secchezza della bocca, stitichezza e sensazione di rallentamento sono tra quelli più frequenti. L'ISSVD segnala anche possibili effetti cognitivi, soprattutto alle dosi più elevate e nelle persone più sensibili.

È proprio per questo che **l'incremento lento del dosaggio è importante**. Non bisogna necessariamente scegliere tra due estremi: "lo sopporto male, quindi devo continuarlo comunque", oppure, "mi ha dato sonnolenza per tre giorni, quindi non funziona".

La dose deve essere adattata alla persona.

Nella pratica clinica esiste una differenza enorme tra la dose teoricamente prescrivibile e la dose che quella particolare paziente riesce a tollerare e dalla quale ottiene beneficio.

- Come funziona il Gabapentin nella vulvodinia?

Il gabapentin nasce come farmaco anticonvulsivante, ma oggi viene utilizzato soprattutto come neuromodulatore nel dolore neuropatico.

Non agisce aumentando direttamente il GABA, nonostante il nome possa farlo pensare. Il suo principale bersaglio sono i **canali del calcio voltaggio-dipendenti**, particolarmente importanti nei neuroni sensitivi e nelle vie spinali che trasmettono il dolore.

Quando un neurone viene attivato, l'apertura di questi canali permette l'ingresso di calcio nella terminazione presinaptica; il calcio, a sua volta, favorisce il rilascio di neurotrasmettitori eccitatori che trasmettono il segnale al neurone successivo.

Il gabapentin riduce il traffico e la presenza funzionale dei canali del calcio nelle terminazioni presinaptiche. Il risultato è una minore disponibilità di calcio durante l'attivazione neuronale e quindi una riduzione del rilascio di neurotrasmettitori eccitatori coinvolti nella trasmissione del dolore.

In termini semplici: arriva meno calcio alla terminazione nervosa → vengono liberati meno mediatori eccitatori → il neurone successivo viene stimolato meno intensamente → la via del dolore diventa meno reattiva.

Questo meccanismo è particolarmente interessante quando il sistema nervoso è sensibilizzato. Dopo una lesione o una stimolazione dolorosa persistente, questo fenomeno è stato associato allo sviluppo di allodinia e ipersensibilità nei modelli di dolore neuropatico.

Il gabapentin sembra quindi agire soprattutto dove il sistema è diventato eccessivamente efficiente nel trasmettere il dolore.

Ma esiste anche un altro meccanismo interessante. Il farmaco potrebbe intervenire non soltanto sulla trasmissione immediata del dolore, ma anche su alcuni processi di plasticità patologica che contribuiscono a mantenere nel tempo un sistema nervoso sensibilizzato.

Sono stati inoltre descritti effetti sulle vie discendenti noradrenergiche, cioè sui circuiti provenienti dal cervello che modulano e inibiscono la trasmissione del dolore a livello spinale. Anche questo potrebbe contribuire all'effetto analgesico complessivo.

In termini clinici, quindi, **il gabapentin riduce la facilità con cui il sistema nervoso trasmette e amplifica il segnale doloroso**.

Per questo il suo razionale è particolarmente forte quando il dolore presenta caratteristiche come bruciore spontaneo, allodinia, ipersensibilità marcata, dolore che persiste dopo la cessazione dello stimolo o una componente di sensibilizzazione più estesa.

- Anche il gabapentin deve essere aumentato lentamente?

Sì. **L'aumento progressivo del dosaggio è fondamentale.**

Il sistema nervoso deve adattarsi al farmaco e sonnolenza, vertigini, instabilità e difficoltà di concentrazione possono comparire soprattutto all'inizio o dopo aumenti troppo rapidi.

Anche per il gabapentin vale quindi la stessa regola dell'amitriptilina: non si giudica il farmaco troppo presto e non lo si giudica a una dose necessariamente insufficiente.

Bisogna raggiungere progressivamente una dose clinicamente adeguata, mantenerla abbastanza a lungo da valutarne l'effetto e contemporaneamente verificare la tollerabilità.

La dose deve inoltre essere adattata alla funzione renale, perché il gabapentin viene eliminato principalmente attraverso il rene.

- E il Pregabalin?

Pregabalin e gabapentin appartengono alla stessa famiglia farmacologica. Entrambi agiscono sui canali del calcio voltaggio-dipendenti e riducono la trasmissione di alcuni segnali eccitatori coinvolti nel dolore.

Il pregabalin presenta però una farmacocinetica più prevedibile e un assorbimento più lineare rispetto al gabapentin. Questo significa che **non è semplicemente "un gabapentin più forte"**. È una molecola diversa, con caratteristiche farmacologiche differenti.

In alcune pazienti è meglio tollerato. In altre accade esattamente il contrario. E una donna che non ha risposto al gabapentin non necessariamente non risponderà al pregabalin.

Ci sono meno studi sul pregabalin nella vulvodinia. L'evidenza specifica è decisamente meno abbondante rispetto a quella sul gabapentin. Questo non significa che il pregabalin sia inefficace. Significa semplicemente che è stato studiato meno. L'ISSVD lo include tra i neuromodulatori utilizzati nella vulvodinia.

- Duloxetina: quando può essere utile nella vulvodinia?

La duloxetina è un farmaco appartenente alla classe degli SNRI, cioè gli inibitori della ricaptazione di serotonina e noradrenalina. Viene utilizzata come antidepressivo, ma possiede anche una vera **azione neuromodulatrice sul dolore**, indipendente dall'effetto sull'umore.

Serotonina e noradrenalina partecipano infatti alle cosiddette vie discendenti inibitorie del dolore, rinforzando i sistemi che "frenano" il segnale nocicettivo.

Per questo il suo razionale è particolarmente interessante nelle forme di vulvodinia in cui il dolore non è soltanto provocato dal contatto, ma è presente anche spontaneamente, persiste dopo lo stimolo o tende a diventare più diffuso.

Può essere interessante quando alla vulvodinia si associano altre condizioni dolorose croniche, perché questo può suggerire che il problema non sia più soltanto periferico, localizzato al vestibolo, ma coinvolga anche una maggiore amplificazione centrale del dolore.

più il dolore è spontaneo, persistente, diffuso e "sensibilizzato", maggiore è il razionale della duloxetina; più è strettamente provocato, localizzato e dominato dall'ipertono, minore è la sua priorità.

La duloxetina può quindi essere particolarmente utile quando sentiamo che il sistema del dolore è diventato più "reattivo" nel suo insieme e non stiamo più trattando soltanto un piccolo settore vestibolare.

Quindi **la duloxetina non è "il farmaco della vulvodinia"**. È piuttosto uno dei neuromodulatori che può diventare molto interessante quando il fenotipo suggerisce una componente centrale e spontanea del dolore.

- Laroxyl, gabapentin o pregabalin, duloxetina, possono essere associati?

In alcune pazienti sì. Ma non automaticamente.

Amitriptilina, gabapentinoidi e duloxetina agiscono attraverso meccanismi differenti di modulazione del dolore e, quando la risposta a un singolo farmaco è parziale, può essere ragionevole utilizzare una terapia combinata.

Il vantaggio potenziale è intervenire contemporaneamente su più meccanismi. Lo svantaggio è altrettanto evidente: gli effetti sedativi e cognitivi possono sommarsi.

Un dato interessante arriva da una casistica di donne con vulvodinia generalizzata non provocata, quindi proprio una popolazione nella quale la componente neuropatica e la sensibilizzazione possono avere particolare importanza.

Nel complesso, il trattamento con amitriptilina, gabapentin o pregabalin ha prodotto un sollievo duraturo dal dolore nel 60% delle pazienti e un beneficio temporaneo in un ulteriore 10%.

È uno studio retrospettivo e non permette di stabilire quale dei tre farmaci sia superiore. Ma racconta molto bene ciò che osserviamo nella pratica: in una paziente correttamente selezionata, i neuromodulatori possono modificare in maniera sostanziale il dolore.

Non considero però una buona strategia aggiungere farmaci uno dopo l'altro senza avere prima capito: che cosa è migliorato, che cosa non è migliorato e quale sintomo stiamo cercando di trattare.

Se una donna aveva un bruciore spontaneo 8/10 ed è arrivata a 3/10 con amitriptilina, quella terapia sta facendo qualcosa di importante.

Se invece il bruciore spontaneo è scomparso ma la penetrazione rimane impossibile perché il pavimento pelvico è fortemente contratto, **aumentare indefinitamente il neuromodulatore probabilmente non risolverà il secondo problema.**

Serve la terapia del secondo meccanismo.

- I neuromodulatori curano l'ipertono?

Non direttamente. Ed è una distinzione fondamentale. Riducendo il dolore possono indirettamente diminuire anche la risposta difensiva del pavimento pelvico. Una donna che sente meno dolore anticipa meno il dolore e può contrarre meno la muscolatura.

Ma questo non significa che gabapentin o amitriptilina siano una terapia riabilitativa del pavimento pelvico. Se il muscolo ha perso la capacità di rilassarsi, presenta trigger point o rimane costantemente iperattivo, quel problema deve essere riconosciuto e trattato.

Ecco perché spesso farmaco e fisioterapia non sono alternative. Possono agire su due componenti differenti dello stesso circuito. Il neuromodulatore riduce l'iperattività del sistema del dolore. La riabilitazione cerca di restituire al pavimento pelvico la capacità di modulare il proprio tono.

Quando entrambi i meccanismi sono presenti, trattarli insieme può avere molto più senso che chiedersi quale delle due terapie sia "migliore".

- Per quanto tempo bisogna assumere questi farmaci?

Non esiste una durata uguale per tutte. Ma un principio è importante. Un neuromodulatore efficace non dovrebbe essere sospeso appena la donna comincia a stare meglio.

Il sistema nervoso che ha mantenuto il dolore per mesi o anni non necessariamente torna alla normalità nel momento esatto in cui il sintomo diminuisce. In genere è necessario consolidare il miglioramento e successivamente valutare una riduzione progressiva. La sospensione brusca, soprattutto dopo un trattamento prolungato, non è una buona strategia.

Anche l'ISSVD sottolinea la necessità di ridurre gradualmente questi farmaci sia nella fase di introduzione sia, quando indicato, nella fase di riduzione.

L'obiettivo finale, quando possibile, non è tenere una donna indefinitamente sotto terapia. È arrivare a un punto nel quale il sistema abbia recuperato abbastanza stabilità da permettere una riduzione graduale senza riaccendere il circuito.

- Se il dolore migliora con Laroxyl o gabapentin significa che era "neuropatico"?

Non necessariamente. La risposta a un farmaco non è un test diagnostico. Il fatto che una donna migliori con amitriptilina o gabapentin ci dice che modificare la trasmissione e la modulazione del dolore è stato terapeuticamente utile.

Non dimostra da solo quale fosse il meccanismo iniziale della vulvodinia. Questo è importante perché nella maggior parte delle pazienti non esiste una separazione netta tra dolore “muscolare”, “neuropatico”, “infiammatorio” o “centrale”. I sistemi interagiscono.

Un vestibolo sensibilizzato aumenta la contrazione muscolare. Un muscolo contratto aumenta gli stimoli nocicettivi provenienti dalla regione pelvica. Il dolore persistente modifica il sistema nervoso. E un sistema nervoso più reattivo rende ancora più doloroso il vestibolo.

La terapia efficace è quella che riesce a spezzare questo circuito nei punti che contano davvero per quella donna.

Ed è per questo che amitriptilina, gabapentin, pregabalin e duloxetina non devono essere considerati né farmaci miracolosi né farmaci superati. Sono strumenti importanti.

La vera competenza consiste nel capire quando usarli, quale scegliere, come titolarlo e soprattutto in quale paziente aspettarsi che possa fare realmente la differenza.

I miorilassanti possono essere utili nella vulvodinia?

Sì, ma non in tutte le donne con vulvodinia e non perché la vulvodinia sia una malattia muscolare.

I miorilassanti diventano interessanti quando alla componente dolorosa vestibolare si associa un **ipertono significativo del pavimento pelvico**: i muscoli che circondano vagina, vestibolo e introito rimangono eccessivamente contratti, faticano a rilassarsi e rendono più difficile la distensione necessaria alla penetrazione.

Ma nell'ipertono associato alla vulvodinia, il problema non è una contrattura “intrinseca” della fibra muscolare, ma un'alterazione del controllo neuromuscolare: il pavimento pelvico rimane eccessivamente attivo, fatica a rilassarsi e può entrare in una risposta protettiva automatica al dolore. È quindi più logico agire sui circuiti nervosi che regolano il tono che non direttamente sulla capacità della fibra muscolare di contrarsi.

I **miorilassanti ad azione centrale**, come baclofen, tizanidina o diazepam, agiscono infatti a livello del midollo spinale o del sistema nervoso centrale **riducendo l'eccitabilità dei circuiti motori**. Il baclofen inibisce i riflessi spinali mono- e polisinfattici; la tizanidina riduce la facilitazione dei motoneuroni attraverso un'azione $\alpha 2$ -adrenergica centrale. In questo modo non “indeboliscono direttamente” il muscolo, ma cercano di ridurre il comando eccessivo che lo mantiene contratto.

Questo è particolarmente coerente con ciò che accade nella vestibolodinia con ipertono. Il pavimento pelvico può reagire al dolore con un *guarding* protettivo: si contrae prima ancora del contatto, rimane contratto durante la penetrazione e successivamente fatica a tornare al tono di riposo. Col tempo questa risposta può diventare sempre più automatica. In questo caso il bersaglio terapeutico non è semplicemente “il muscolo duro”, ma il circuito nervoso che continua a ordinarli di rimanere attivo.

È importante anche utilizzare le parole corrette. L'ipertono del pavimento pelvico della vulvodinia **non è una “spasticità” neurologica** come quella che si osserva, per esempio, nelle lesioni del sistema nervoso centrale.

L'importanza dell'ipertono è ormai riconosciuta anche negli algoritmi internazionali per l'*high-tone pelvic floor dysfunction*: la fisioterapia specifica del pavimento pelvico rimane il trattamento di prima linea, mentre i miorilassanti possono essere aggiunti quando la risposta alla sola riabilitazione non è sufficiente o quando la contrattura è talmente importante da rendere difficile il lavoro fisioterapico.

Il miorilassante non sostituisce la fisioterapia. Può piuttosto creare una sorta di “finestra terapeutica”: diminuendo temporaneamente l'eccessiva attività muscolare può consentire alla paziente di tollerare meglio la terapia manuale, imparare più facilmente a rilassare il pavimento pelvico e ridurre la contrazione difensiva associata alla penetrazione.

È proprio come trattamento aggiuntivo alla fisioterapia che gli esperti collocano i miorilassanti vaginali nell'*high-tone pelvic floor dysfunction*.

- Il baclofene: perché può essere utile?

Il baclofene è uno dei miorilassanti più interessanti quando è presente un importante ipertono.

Agisce prevalentemente a livello del sistema nervoso centrale e del midollo spinale, riducendo l'attività dei circuiti che facilitano la contrazione muscolare. La sua azione farmacologica è legata principalmente all'attivazione dei recettori GABA-B, con conseguente riduzione dell'eccitabilità neuronale e della trasmissione nei circuiti spinali coinvolti nel tono muscolare.

Nella paziente con vestibolodinia e pavimento pelvico molto contratto, quindi, il suo obiettivo non è anestetizzare il vestibolo, ma ridurre la componente neuromuscolare che mantiene chiuso, rigido e doloroso l'introito.

Il baclofene può essere utilizzato per via sistemica, ma nell'ambito del dolore pelvico vengono impiegate anche preparazioni vaginali o topiche galeniche. Un consenso multidisciplinare del 2024 sull'high-tone pelvic floor dysfunction considera infatti baclofene, diazepam, cyclobenzaprina e tizanidina possibili miorilassanti vaginali, preferendo in generale la somministrazione vaginale a quella orale quando si decide di utilizzare questa strategia. Bisogna però sottolineare che si tratta prevalentemente di consenso clinico in un settore nel quale gli studi controllati sono ancora pochi.

Esistono anche dati specifici, ma deboli, sul baclofene applicato localmente nella vestibolodinia. In uno studio retrospettivo su 38 donne con vestibolodinia provocata, una crema contenente amitriptilina 2% e baclofene 2% utilizzata due volte al giorno si associò a una riduzione della dispareunia e, nel 53% delle donne, a un miglioramento superiore al 60% dei sintomi. Lo studio non aveva però un gruppo placebo e non permette di stabilire quanto del beneficio fosse attribuibile al baclofene, quanto all'amitriptilina e quanto all'evoluzione spontanea o ad altre terapie.

Inoltre, un successivo piccolo studio crossover che confrontava diverse preparazioni topiche, compresa l'associazione amitriptilina-baclofene, non ha dimostrato un miglioramento significativo rispetto al veicolo. L'evidenza sul baclofene topico nella vestibolodinia rimane quindi preliminare.

- E il diazepam vaginale?

Il diazepam è probabilmente il miorilassante vaginale più utilizzato nelle donne con pavimento pelvico ipertonico.

È una benzodiazepina e potenzia l'azione del GABA, il principale neurotrasmettitore inibitorio del sistema nervoso centrale. Oltre all'effetto ansiolitico e sedativo, possiede quindi un'attività miorilassante. Il rationale dell'impiego vaginale è cercare di ottenere un effetto particolarmente utile sui muscoli del pavimento pelvico limitando, almeno in parte, gli effetti sistemici della somministrazione orale.

Ma "vaginale" non significa esclusivamente locale.

Uno studio farmacocinetico condotto con una dose vaginale di 10 mg ha mostrato una biodisponibilità sistemica di circa il 70% e soprattutto una lunga emivita, intorno alle 82 ore. Le concentrazioni plasmatiche di picco sono inferiori rispetto alla somministrazione orale, ma con l'utilizzo quotidiano il farmaco può accumularsi.

Gli stessi autori hanno suggerito che queste caratteristiche farmacocinetiche potrebbero rendere più razionale un utilizzo intermittente, per esempio in relazione alla fisioterapia o all'attività sessuale, piuttosto che un impiego continuativo indiscriminato.

Questo risultato è molto interessante perché suggerisce che il diazepam possa essere più utile non come analgesico diretto della vulvodinia, ma come coadiuvante quando esiste una vera componente muscolare.

- Diazepam vaginale significa quindi "farmaco innocuo"? No.

Poiché viene assorbito sistemicamente, il diazepam può provocare sonnolenza, affaticamento e riduzione della vigilanza e, soprattutto con utilizzo prolungato, le benzodiazepine comportano rischi di tolleranza, dipendenza fisica e sintomi da sospensione.

Per questo non dovrebbe trasformarsi automaticamente in una terapia quotidiana cronica semplicemente perché viene somministrato per via vaginale.

Il suo impiego ha più senso se inserito in una strategia precisa: ridurre temporaneamente l'iperattività muscolare per permettere alla paziente di recuperare la capacità di rilassare autonomamente il pavimento pelvico attraverso la riabilitazione.

- E tizanidina e cyclobenzaprina?

Esistono anche altri miorilassanti ad azione centrale.

La tizanidina è un agonista dei recettori α_2 -adrenergici centrali. Riduce la facilitazione dei motoneuroni attraverso una maggiore inibizione presinaptica e quindi diminuisce l'attività dei circuiti che mantengono l'eccessivo tono muscolare. Non agisce direttamente sulla fibra muscolare.

La cyclobenzaprina agisce anch'essa prevalentemente a livello del sistema nervoso centrale, soprattutto nel tronco encefalico, riducendo l'attività motoria tonica attraverso effetti sui sistemi motori α e γ .

Entrambi i farmaci sono stati inclusi dagli esperti tra le possibili opzioni per l'high-tone pelvic floor dysfunction, anche in formulazioni vaginali. Tuttavia, non disponiamo di trial clinici convincenti che ne dimostrino specificamente l'efficacia nella vulvodinia o nella vestibolodinia.

Per questo li considererei opzioni di seconda linea molto selezionate, non farmaci fondamentali della vulvodinia.

- Quale tipo di vulvodinia può beneficiare maggiormente dei miorilassanti?

La distinzione più importante non è tanto tra "vulvodinia sì o no", quanto tra presenza o assenza di una vera componente muscolare.

Il razionale è maggiore nella donna con: vestibolodinia provocata + importante ipertono del pavimento pelvico + difficoltà a rilassare i muscoli + introito poco distensibile + dolore o trigger point alla palpazione degli elevatori.

È invece molto più debole nella donna che presenta soprattutto vulvodinia spontanea o generalizzata, bruciore continuo e sensibilizzazione diffusa ma un pavimento pelvico normalmente rilassabile. In quel caso un neuromodulatore come amitriptilina, gabapentin, pregabalin o duloxetina può avere un bersaglio farmacologico molto più coerente.

Naturalmente le due situazioni possono coesistere.

Una donna può avere contemporaneamente allodinia vestibolare, sensibilizzazione delle vie del dolore e ipertono muscolare. In quel caso un neuromodulatore e un miorilassante non sono terapie ridondanti: intervengono su meccanismi differenti.

Il neuromodulatore cerca di diminuire l'iperattività del sistema del dolore. Il miorilassante cerca di ridurre l'eccessiva attività muscolare.

La fisioterapia, infine, deve insegnare al pavimento pelvico a rilassarsi, allungarsi e adattarsi nuovamente agli stimoli senza reagire automaticamente con una contrazione difensiva.

- Quindi i miorilassanti curano l'ipertono?

Possono aiutare a ridurlo, ma non "rieducano" il muscolo. Questo è forse il concetto più importante.

Se una donna assume un farmaco e il pavimento pelvico si rilassa temporaneamente, abbiamo modificato il tono muscolare in quel momento. Non abbiamo necessariamente modificato gli schemi motori, la risposta anticipatoria al dolore, la coordinazione con il diaframma, la capacità di rilassamento volontario o l'elasticità dei tessuti.

Per questo nella vulvodinia con ipertono i miorilassanti devono essere considerati soprattutto facilitatori della riabilitazione, non sostituti della fisioterapia.

Le raccomandazioni più recenti sull'high-tone pelvic floor dysfunction vanno esattamente in questa direzione: fisioterapia come prima linea; miorilassanti vaginali come possibile trattamento aggiuntivo quando la risposta è incompleta.

Il messaggio più importante: **non tutte le donne con vulvodinia hanno bisogno di un miorilassante.**

Ma quando il pavimento pelvico è fortemente ipertonico, doloroso e incapace di rilassarsi, ignorare la componente muscolare significa lasciare attivo uno dei possibili meccanismi che mantengono il dolore.

In queste pazienti baclofen, diazepam o, più raramente, altri miorilassanti centrali possono rappresentare un aiuto farmacologico per interrompere il circuito dolore–contrazione–dolore e rendere più efficace la riabilitazione.

Le evidenze specifiche nella vulvodinia sono ancora limitate e non giustificano un impiego automatico. Ma il razionale clinico è forte quando la paziente viene selezionata sulla base del suo fenotipo: non si prescrive il miorilassante perché c'è una diagnosi di vulvodinia; lo si prescrive perché, in quella particolare donna, **l'ipertono del pavimento pelvico è realmente parte del problema.**

Un neuromodulatore e un miorilassante non fanno la stessa cosa. Amitriptilina, gabapentin, pregabalin o duloxetina cercano soprattutto di ridurre l'amplificazione del segnale doloroso; un miorilassante come il baclofen viene invece utilizzato, in pazienti selezionate, per ridurre l'eccessiva attività muscolare. Se dolore e ipertono coesistono, può essere necessario intervenire su entrambi, ma con strumenti diversi.

5° Capitolo - Vulvodinia e cistite batterica ricorrente: perché spesso si incontrano?

Una donna con vulvodinia può avere anche vere cistiti batteriche ricorrenti. È un concetto importante perché, nella pratica, si commettono spesso due errori opposti. Il primo è considerare ogni bruciore vulvare o uretrale come una nuova cistite e prescrivere antibiotici anche quando le urinocolture sono ripetutamente negative. Il secondo è fare esattamente il contrario:

«Hai la vulvodinia, quindi i tuoi sintomi urinari dipendono tutti da quella». Anche questo è sbagliato.

Una donna con vulvodinia può avere una cistite da *Escherichia coli* esattamente come qualsiasi altra donna. E può avere contemporaneamente una vestibolodinia provocata, un pavimento pelvico ipertonico e cistiti batteriche che compaiono dopo i rapporti.

Il problema non è scegliere quale delle due diagnosi sia “quella vera”. Il problema è **riconoscere quando sono presenti entrambe** e impedire che continuino ad alimentarsi reciprocamente.

- Quando possiamo parlare davvero di cistite ricorrente?

Le linee guida europee definiscono la cistite ricorrente come la comparsa di **almeno tre episodi in un anno oppure almeno due episodi negli ultimi sei mesi**. La diagnosi iniziale deve essere confermata mediante urinocoltura.

Questo punto nella donna con vulvodinia è ancora più importante.

Bruciore uretrale, frequenza urinaria, urgenza e dolore dopo i rapporti possono infatti comparire anche in assenza di infezione. Nei nostri capitoli precedenti abbiamo già visto che un vestibolo fortemente allodinico e un pavimento pelvico ipertonico possono produrre sintomi che assomigliano moltissimo a quelli di una cistite.

Per questo, se gli episodi si ripetono, **l'urinocoltura diventa fondamentale** per capire quali siano vere infezioni batteriche e quali invece siano flare del dolore vulvare o del pavimento pelvico.

- Perché le cistiti ricorrenti sono spesso legate ai rapporti?

Perché il rapporto sessuale è uno dei principali fattori di rischio per la cistite ricorrente nelle donne giovani e in premenopausa. Le linee guida EAU includono esplicitamente tra i fattori predisponenti il rapporto sessuale, l'uso di spermicidi e un nuovo partner.

La cosiddetta cistite post-coitale non significa che il partner abbia trasmesso un'infezione. Nella maggior parte dei casi si tratta di batteri appartenenti alla flora intestinale della stessa donna che raggiungono l'area periuretrale e, attraverso l'uretra, la vescica.

Il rapporto rappresenta quindi soprattutto un fattore meccanico favorente. Ed è proprio qui che cistite ricorrente e vestibolodinia possono incontrarsi. La stessa penetrazione può essere contemporaneamente: uno stimolo che favorisce la risalita batterica verso la vescica e uno stimolo meccanico che provoca dolore su un vestibolo ipersensibile.

Per la donna la distinzione può diventare difficilissima. Il rapporto finisce. Comincia il bruciore. E la domanda è sempre la stessa: «È di nuovo cistite oppure è la vulvodinia?»

- Come distinguere una cistite post-coitale da una riacutizzazione della vulvodinia?

Non sempre è possibile basandosi esclusivamente sulla sensazione. La vulvodinia può provocare un intenso bruciore all'ingresso vaginale dopo il rapporto che persiste per ore.

L'urina, passando su un vestibolo già irritato, può bruciare molto. L'ipertono può produrre frequenza urinaria, urgenza e la sensazione di non riuscire a svuotare bene la vescica. Tutti sintomi che possono sembrare una cistite.

Ma nella cistite batterica esiste una vera infezione delle vie urinarie, e nei quadri ricorrenti questa deve essere documentata microbiologicamente. Le linee guida EAU raccomandano infatti di confermare la diagnosi di cistite ricorrente mediante urinocoltura.

Quindi, soprattutto all'inizio della storia clinica, considero molto utile ricostruire gli episodi con precisione: quando compaiono rispetto al rapporto, quali sintomi provocano, quanto durano, che cosa mostra l'urinocoltura, quale batterio viene isolato e se il sintomo risponde realmente all'antibiotico.

Dopo alcuni episodi il quadro spesso diventa molto più leggibile.

- Le cistiti batteriche ricorrenti possono favorire la comparsa di vulvodinia?

È possibile, ma dobbiamo distinguere ciò che sappiamo da ciò che ipotizziamo.

Gli studi epidemiologici hanno rilevato una forte associazione tra storia di infezioni urinarie ripetute e vulvodinia. In uno studio sulla popolazione femminile statunitense, le donne con sintomi compatibili con vulvodinia riferivano molto più frequentemente una storia di infezioni urinarie ricorrenti.

Un altro studio caso-controllo ha osservato che diverse infezioni urogenitali possono precedere l'esordio della vulvodinia e che esposizioni infettive ripetute erano associate a un rischio maggiore. Gli autori sottolineavano però correttamente che questi dati osservazionali non dimostrano un rapporto causale.

Quindi **non possiamo affermare: «Le cistiti causano la vulvodinia».**

Possiamo però dire che una storia di infezioni urogenitali ripetute è più frequente nelle donne che successivamente sviluppano vulvodinia e che esiste un razionale biologico per pensare che, in alcune pazienti predisposte, episodi dolorosi ripetuti possano contribuire alla sensibilizzazione del sistema pelvico.

- Come potrebbe una cistite favorire il circuito del dolore?

Una vera cistite provoca dolore. Brucia urinare. La vescica diventa dolorosa. Il rapporto può diventare fastidioso. Il sistema nervoso reagisce a questi stimoli aumentando la protezione della regione pelvica.

Uno dei modi con cui il corpo protegge una zona dolorosa è aumentare il tono muscolare. Se questo accade occasionalmente e poi tutto torna normale, probabilmente non succede nulla. Ma immaginiamo una donna che presenta una cistite post-coitale ogni uno o due mesi.

Rapporto. Dolore. Cistite. Contrazione. Antibiotico. Nuovo rapporto. Nuovo episodio.

Progressivamente il pavimento pelvico può imparare a prepararsi alla penetrazione aumentando il proprio tono ancora prima che arrivi il dolore. Questo meccanismo è biologicamente plausibile e coerente con ciò che sappiamo sulla risposta protettiva del pavimento pelvico e sulla sensibilizzazione del dolore, ma non è dimostrato come sequenza obbligatoria in tutte le donne con cistiti ricorrenti.

È importante fare questa precisazione. **Le cistiti possono essere una delle possibili scintille.** Non sono la spiegazione universale della vulvodinia.

- E quando compare l'ipertono che cosa succede ai rapporti?

La penetrazione diventa meno fisiologica. Se il pavimento pelvico non riesce a rilassarsi e ad adattarsi, l'ingresso vaginale offre maggiore resistenza. Il rapporto può produrre più attrito e maggiore pressione sul vestibolo. Il vestibolo comincia a bruciare. La donna anticipa il dolore. Il muscolo si contrae ancora di più.

A questo punto possono coesistere **due circuiti differenti.**

Da una parte la vera cistite batterica post-coitale. Dall'altra il circuito meccanico e neuromuscolare: ipertono → penetrazione più difficile → dolore vestibolare → ulteriore ipertono. È proprio questo il tipo di paziente nella quale curare soltanto le cistiti può non essere sufficiente.

Ma vale anche il contrario: fare soltanto fisioterapia e ignorare le vere infezioni urinarie ricorrenti significa lasciare attivo un importante generatore di dolore pelvico.

- La vulvodinia può invece causare una cistite batterica?

L'ipertono del pavimento pelvico può provocare disturbi urinari e difficoltà di rilassamento durante la minzione. Le disfunzioni del pavimento pelvico possono produrre frequenza, urgenza, flusso intermittente e sensazione di svuotamento incompleto.

Ma un muscolo contratto non crea direttamente un'infezione batterica.

Per avere una cistite devono essere presenti batteri capaci di colonizzare le vie urinarie. È quindi scorretto dire semplicemente: «L'ipertono causa le cistiti».

- Se la cistite compare quasi sempre dopo il rapporto, cosa bisogna fare?

Questo è uno dei casi nei quali la prevenzione può cambiare radicalmente la vita sessuale della paziente.

Se le urinocolture hanno dimostrato vere cistiti ricorrenti e gli episodi sono chiaramente collegati ai rapporti sessuali, **la profilassi post-coitale è una strategia sostenuta dalle linee guida internazionali.**

Le linee guida EAU riportano che sia la profilassi antibiotica continuativa a basse dosi sia quella post-coitale riducono significativamente le recidive e che non è stata dimostrata una differenza significativa di efficacia tra le due strategie. La scelta dovrebbe dipendere soprattutto dal rapporto temporale tra cistiti e attività sessuale e dalle preferenze della paziente.

Questo punto è particolarmente importante nella donna con vulvodinia. Immaginiamo una paziente che ogni volta che ricomincia ad avere rapporti sviluppa una cistite.

Come possiamo pretendere che smetta di anticipare il rapporto come qualcosa di pericoloso? Anche se stiamo facendo un'ottima fisioterapia, il corpo continua a ricevere un messaggio molto potente: rapporto = dolore e infezione.

Prevenire le vere cistiti post-coitali può quindi essere importante non soltanto per la vescica, ma anche per permettere al percorso di riabilitazione sessuale e del pavimento pelvico di procedere senza essere continuamente interrotto da nuove infezioni.

- La profilassi post-coitale significa prendere antibiotici continuamente?

No. È proprio questa una delle differenze rispetto alla profilassi continuativa.

Nelle donne nelle quali le recidive sono strettamente correlate ai rapporti, la profilassi viene collegata allo specifico fattore scatenante invece di somministrare quotidianamente l'antibiotico.

Naturalmente non è una terapia da utilizzare indiscriminatamente. Prima bisogna dimostrare che si tratta davvero di cistiti batteriche ricorrenti, conoscere i precedenti antibiogrammi e valutare allergie, funzione renale, resistenze e caratteristiche della paziente.

Ma quando l'indicazione è corretta non considero giusto demonizzarla. Le linee guida europee attribuiscono una raccomandazione forte alla profilassi antibiotica continuativa o post-coitale quando gli interventi non antibiotici non sono stati sufficienti.

- Gli antibiotici possono peggiorare la vulvodinia?

Non dobbiamo semplificare neppure questo punto.

Gli antibiotici modificano il microbiota e il loro uso ripetuto può favorire effetti indesiderati e selezione di resistenze; proprio per questo le linee guida moderne cercano di ridurre l'uso non necessario. Ma da questo non deriva che una vera cistite batterica debba essere lasciata senza terapia.

L'obiettivo è usare l'antibiotico quando serve e non usarlo quando non serve.

Una donna che ha bruciore dopo i rapporti e dieci urinocolture negative non dovrebbe ricevere automaticamente il suo undicesimo ciclo antibiotico. Una donna che presenta disuria, urgenza, piuria e urinocoltura positiva per un uropatogeno ha invece un problema completamente diverso.

La precisione diagnostica permette di ridurre gli antibiotici inutili senza negare quelli necessari.

- Bisogna urinare subito dopo ogni rapporto?

È una raccomandazione molto diffusa. Le linee guida EAU includono tra i comportamenti tradizionalmente consigliati l'evitare di rimandare a lungo la minzione dopo il rapporto, ma sottolineano anche che le prove scientifiche per molte di queste misure comportamentali sono limitate.

Quindi non trasformerei la minzione post-coitale in un rituale ossessivo. Se una donna desidera urinare dopo il rapporto, va benissimo. Ma non deve vivere pensando che, se non corre immediatamente in bagno, avrà inevitabilmente una cistite.

Anche questo contribuisce a trasformare il rapporto in una procedura medica invece che in un'esperienza sessuale.

- Perché controllare le cistiti può aiutare anche la vulvodinia?

Perché ogni nuovo episodio infettivo riaccende dolore, paura e difesa muscolare. In una donna che sta cercando di recuperare una penetrazione normale, avere una cistite dopo ogni rapporto significa interrompere continuamente il processo di recupero.

Il pavimento pelvico torna a contrarsi. Il rapporto viene nuovamente associato al dolore. La donna ricomincia a evitarlo. Il vestibolo può tornare più sensibile. E la fisioterapia deve continuamente recuperare terreno.

Per questo, nella paziente con vestibolodinia e cistite batterica post-coitale documentata, considero **la prevenzione delle cistiti una parte importante del trattamento complessivo**.

Non perché curando la cistite curiamo automaticamente la vulvodinia. Ma perché eliminiamo uno dei fattori che può continuare ad alimentare il sistema del dolore.

- Qual è quindi l'approccio corretto quando vulvodinia e cistiti ricorrenti coesistono?

Non bisogna scegliere tra ginecologia e urologia. Bisogna ricostruire il problema. Le vere infezioni devono essere documentate e curate. Se sono prevalentemente post-coitali, bisogna impostare una prevenzione adeguata e, quando indicato, considerare seriamente la profilassi post-coitale.

La vera cistite e la vulvodinia sono due patologie differenti. Ma nella stessa donna possono entrare nello stesso circuito.

Ed è proprio qui che un trattamento frammentato fallisce. Curare soltanto le cistiti significa rischiare di lasciare dolore, ipertono e dispareunia. Curare soltanto la vulvodinia significa rischiare che ogni rapporto venga seguito da una nuova infezione e che il sistema torni continuamente in allarme.

La strategia migliore è interrompere entrambe le sequenze: rapporto → infezione → dolore e rapporto → dolore → contrazione → maggiore dolore.

Quando riusciamo a farlo, il rapporto può finalmente smettere di essere il punto di partenza di un nuovo episodio patologico e tornare a essere semplicemente un rapporto sessuale.

6° Capitolo - Perché vulvodinia, vescica dolorosa, intestino irritabile ed endometriosi possono comparire insieme?

Molte donne con vulvodinia raccontano una storia che non riguarda soltanto la vulva. Hanno avuto episodi di cistite. Avvertono urgenza urinaria anche quando l'urinocoltura è negativa. Soffrono di colon irritabile. Hanno endometriosi, dolore mestruale o dolore pelvico profondo.

A volte sembra quasi che, progressivamente, tutto il bacino sia diventato sensibile. Non è necessariamente una coincidenza.

Gli studi epidemiologici mostrano che la vulvodinia si associa più frequentemente di quanto atteso ad altre condizioni dolorose croniche, in particolare sindrome della vescica dolorosa/cistite interstiziale, sindrome dell'intestino irritabile e fibromialgia. In uno studio di popolazione su quasi 1.900 donne, ciascuna di queste condizioni risultava significativamente associata alle altre.

Questo non significa che esista una sola malattia responsabile di tutti i sintomi. Significa che **organi differenti possono condividere alcuni sistemi di trasmissione e modulazione del dolore**. Ed è proprio questo che dobbiamo capire.

- Perché vulva, vescica e intestino possono influenzarsi?

Vulva, vagina, vescica, uretra, retto e altri organi pelvici non comunicano con il sistema nervoso attraverso circuiti completamente indipendenti. Una parte delle informazioni sensitive provenienti da questi distretti converge a livello del midollo spinale e viene successivamente elaborata da circuiti nervosi comuni.

Quando da una regione arrivano per lungo tempo segnali dolorosi, il sistema può diventare progressivamente più reattivo. In questo contesto viene utilizzato il concetto di **cross-sensitization, o sensibilizzazione incrociata**. In termini semplici:

un organo che continua a inviare segnali di allarme può contribuire ad aumentare la sensibilità anche delle strutture vicine.

Nei nostri capitoli precedenti avevamo già introdotto questo fenomeno: gli impulsi provenienti da vulva, vescica e intestino possono convergere sugli stessi sistemi spinali e contribuire a un dolore pelvico più complesso. È un modello biologicamente plausibile e molto studiato nel dolore pelvico cronico.

Non dobbiamo però trasformarlo in una spiegazione automatica per qualsiasi sintomo. Una donna che ha bruciore urinario può avere una vera cistite. Una donna con dolore intestinale può avere una patologia gastroenterologica. Una donna con dismenorrea importante può avere endometriosi.

La sensibilizzazione non deve diventare una nuova diagnosi che sostituisce tutte le altre. Prima dobbiamo capire che cosa sta realmente succedendo in ciascun organo.

- Perché posso avere sintomi di cistite con urinocoltura negativa?

È un problema molto frequente nelle donne con dolore vulvare. Bruciore uretrale, bisogno frequente di urinare, urgenza, sensazione di peso vescicale o dolore dopo la minzione possono essere interpretati immediatamente come una nuova infezione urinaria. Ma non sempre lo sono.

Come abbiamo già visto, un vestibolo molto sensibile può provocare bruciore quando entra in contatto con l'urina. Un pavimento pelvico ipertonico può inoltre interferire con il normale rilassamento durante la minzione e produrre frequenza urinaria, esitazione o sensazione di svuotamento incompleto.

E in alcune donne può coesistere una vera sindrome della vescica dolorosa/interstitial cystitis-bladder pain syndrome.

L'associazione tra vulvodinia e bladder pain syndrome è ben documentata e continua a emergere anche negli studi più recenti. Il problema clinico è quindi **evitare due errori opposti**. Il primo è trattare ogni bruciore urinario come una cistite e prescrivere antibiotici senza una documentazione microbiologica. Il secondo è pensare che, siccome la donna ha vulvodinia, non possa più avere una vera infezione urinaria.

Può averla eccome. Quando i sintomi sono compatibili con una cistite, soprattutto se nuovi o differenti dal solito, l'urinocoltura rimane fondamentale.

- Come distinguere cistite ricorrente e sindrome della vescica dolorosa?

La cistite batterica ricorrente richiede episodi documentati di infezione. Nella sindrome della vescica dolorosa, invece, i sintomi persistono o ricorrono in assenza di una causa infettiva capace di spiegarli. Tipicamente possono essere presenti dolore o pressione associati al riempimento vescicale, frequenza e urgenza urinaria.

Ma nella pratica i confini non sono sempre così netti. Una donna può avere avuto vere cistiti ricorrenti e successivamente sviluppare una componente di ipersensibilità vescicale.

Può avere contemporaneamente una disfunzione del pavimento pelvico. Oppure può avere sintomi uretrali legati soprattutto al vestibolo.

Per questo non considero sufficiente la frase: «Ha sempre l'urinocoltura negativa, quindi è vulvodinia».

La domanda deve essere: da dove nasce il sintomo urinario in questa donna?

- Se ho la vescica dolorosa devo curarla insieme alla vulvodinia?

Sì, quando la diagnosi è reale. Non avrebbe molto senso cercare di ridurre la sensibilizzazione del sistema pelvico lasciando contemporaneamente attiva una fonte importante di dolore vescicale.

Le donne con dolore pelvico complesso presentano frequentemente sovrapposizione tra vestibolodinia, sintomi vescicali e disfunzione del pavimento pelvico; negli studi su donne con dolore pelvico, la presenza di vestibolodinia è associata anche a maggiori disturbi vescicali e del pavimento pelvico.

Questo non significa che curare la vescica faccia automaticamente scomparire la vulvodinia. Significa che ogni fonte di dolore realmente presente deve essere riconosciuta e trattata per il proprio meccanismo.

- Perché la sindrome dell'intestino irritabile è frequente nelle donne con vulvodinia?

L'associazione tra vulvodinia e sindrome dell'intestino irritabile (IBS) è ben documentata: nelle donne con vulvodinia l'IBS è circa 2-4 volte più frequente rispetto alla popolazione di controllo. Questo non significa che una malattia provochi necessariamente l'altra.

Probabilmente, in alcune donne, le due condizioni condividono alcuni meccanismi di sensibilizzazione del sistema nervoso. Nell'IBS l'intestino può diventare eccessivamente sensibile alla distensione e agli stimoli normalmente fisiologici: è la cosiddetta **ipersensibilità viscerale**. Se gli stimoli dolorosi persistono, anche i circuiti spinali e cerebrali che li elaborano possono diventare più reattivi, favorendo una sensibilizzazione centrale.

Inoltre, gli organi pelvici non inviano informazioni al sistema nervoso attraverso circuiti completamente indipendenti. A livello del midollo esistono fenomeni di convergenza e sensibilizzazione crociata: un'attività nocicettiva persistente proveniente da un organo può aumentare la reattività dei circuiti che ricevono segnali anche da altre strutture pelviche. Questo meccanismo è ben documentato sperimentalmente, anche se il collegamento diretto tra intestino irritabile e vestibolo umano deve ancora essere chiarito completamente.

Sono stati proposti anche altri meccanismi comuni, tra cui alterazioni della comunicazione tra mastociti, sistema immunitario e terminazioni nervose e, più recentemente, dell'asse microbiota-intestino-cervello. Queste ipotesi sono biologicamente interessanti, ma le evidenze specifiche che colleghino direttamente questi fenomeni alla vulvodinia sono ancora insufficienti.

Ancora una volta, però, bisogna evitare una conclusione semplicistica: "la vulvodinia viene dall'intestino". È più corretto dire che, in alcune pazienti, disturbo intestinale, dolore pelvico e pavimento pelvico possono interagire e contribuire allo stesso sistema di mantenimento del dolore.

- La stipsi può essere una conseguenza dell'ipertono del pavimento pelvico?

Sì. Una donna che per anni deve spingere per evacuare può sviluppare una disfunzione muscolare. La defecazione normale richiede una corretta coordinazione del pavimento pelvico. Bisogna essere capaci di aumentare la pressione addominale e, contemporaneamente, permettere alla muscolatura pelvica di rilassarsi.

Se invece il pavimento pelvico rimane contratto, evacuare diventa più difficile. Il muscolo puborettale e lo sfintere anale possono mantenere una resistenza all'uscita delle feci. Si parla in questi casi di defecazione dissinergica. Per cui la spinta rettale e l'apertura del pavimento pelvico non sono correttamente coordinate.

La donna spinge maggiormente. Il muscolo può rispondere contraendosi ancora di più. Si può creare quindi un altro piccolo circuito: ipertono → difficoltà evacuativa → maggiore sforzo → ulteriore disfunzione del pavimento pelvico.

Ma gli effetti possono andare oltre la semplice difficoltà meccanica a evacuare. Se il retto rimane cronicamente pieno e disteso, possono attivarsi **riflessi retto-colici inibitori** capaci di ridurre il tono e l'attività propulsiva del colon. In alcune pazienti, quindi, un disturbo evacuativo può contribuire secondariamente anche a rallentare il transito intestinale.

Il fatto che, correggendo la dissinergia con il biofeedback, in alcuni studi si normalizzi anche il transito del colon sostiene questa possibilità. **Non tutta la stipsi, naturalmente, dipende dal pavimento pelvico:** esistono anche forme primitive di rallentamento della motilità colica.

Per questo, quando tratto una vulvodinia associata a importante ipertono, chiedo sempre anche come funziona l'intestino. Non è un dettaglio gastroenterologico estraneo alla vulvodinia. Può essere parte della valutazione funzionale del pavimento pelvico.

- E l'endometriosi?

Anche endometriosi e vulvodinia possono coesistere. Ma qui è fondamentale distinguere i tipi di dolore.

L'endometriosi provoca più frequentemente dolore pelvico profondo, dismenorrea e dispareunia profonda. La vestibolodinia provoca tipicamente dolore all'ingresso vaginale, soprattutto al contatto o alla penetrazione.

Una donna può avere entrambe. E quando succede, dire semplicemente: «Il dolore ai rapporti dipende dall'endometriosi» può farci perdere una vestibolodinia. Viceversa, attribuire tutta la dispareunia alla vulvodinia può farci ignorare un dolore profondo legato all'endometriosi.

Gli studi sulle donne con endometriosi mostrano una frequente associazione tra dolore profondo, dolorabilità della vescica e disfunzione del pavimento pelvico. Quindi durante la visita è importante chiedere: dove fa male? All'ingresso? In profondità? All'inizio della penetrazione? Durante le spinte profonde? Dopo il rapporto? Durante le mestruazioni?

Sono domande molto più utili della generica frase: «Ha dolore nei rapporti?»

- L'endometriosi può sensibilizzare il sistema del dolore?

Nelle forme dolorose persistenti può essere presente anche una componente di sensibilizzazione più estesa. Uno studio prospettico recente su donne con endometriosi/adenomiosi ha documentato una frequenza rilevante di caratteristiche compatibili con sensibilizzazione centrale, soprattutto nei quadri dolorosi più complessi.

Questo aiuta a spiegare una cosa che osserviamo frequentemente. Eliminare o trattare una lesione endometriosica non garantisce necessariamente che ogni dolore pelvico scompaia immediatamente.

Se nel frattempo si sono instaurati ipertono, dolore miofasciale, vestibolodinia o maggiore sensibilità del sistema nervoso, **questi meccanismi devono essere trattati separatamente**. Non perché la terapia per l'endometriosi abbia "fallito". Ma perché ormai esistono più generatori o amplificatori del dolore.

- Cosa succede se tratto soltanto la vulva e ignoro tutto il resto?

In alcune donne può funzionare perfettamente, perché il problema è prevalentemente locale. In altre no.

Se una paziente presenta contemporaneamente una vescica molto dolorosa, stipsi importante, endometriosi sintomatica e un pavimento pelvico costantemente contratto, concentrarsi esclusivamente sul cotton swab test rischia di essere riduttivo.

È uno dei motivi per cui considero la vulvodinia una patologia che richiede **una diagnosi di fenotipo, non soltanto un'etichetta**. Nei nostri materiali avevamo già fissato questo principio: due donne con la stessa diagnosi possono avere combinazioni completamente differenti di allodinia, ipertono, sensibilizzazione e fattori associati.

E la terapia deve cambiare di conseguenza.

- Devo quindi curare contemporaneamente tutti i miei disturbi?

Non necessariamente tutto nello stesso giorno...

Una terapia multimodale non significa iniziare cinque farmaci, tre fisioterapie e quattro specialisti contemporaneamente. Significa avere una visione complessiva del problema.

Bisogna capire quali meccanismi sono realmente attivi e quali, invece, appartengono soltanto alla storia passata. Una vecchia cistite che non si presenta da tre anni non richiede una terapia. Un colon irritabile lieve e ben controllato può non avere alcuna priorità. Un'endometriosi asintomatica non va trasformata automaticamente nella spiegazione della vulvodinia.

Ma se una seconda condizione continua a produrre dolore, infiammazione, tensione muscolare o stimolazione del sistema nervoso, ignorarla può rendere più difficile spegnere l'intero circuito.

7° Capitolo - Qual è il ruolo della terapia psicologica nella vulvodinia?

Quando a una donna con vulvodinia viene proposto un supporto psicologico, la prima reazione può essere: «Quindi pensano che il dolore sia nella mia testa?»

No. E questo va chiarito senza ambiguità. La vulvodinia non è causata dal fatto che una donna sia ansiosa, fragile, stressata o incapace di gestire le proprie emozioni. **Il dolore è reale.** Può coinvolgere il vestibolo, le terminazioni nervose, il pavimento pelvico e i sistemi nervosi che elaborano e modulano gli stimoli dolorosi.

La terapia psicologica interviene su un altro livello. Non cerca di convincere la donna che il dolore non esiste. Cerca di impedire che il dolore condizioni progressivamente il comportamento, la sessualità e la risposta del sistema nervoso. Ed è una differenza enorme.

- Perché un dolore fisico può essere trattato anche con la terapia cognitivo-comportamentale?

Perché dopo mesi o anni di dolore il cervello impara inevitabilmente qualcosa da ciò che accade.

Immaginiamo una donna che per dieci, venti, cinquanta volte ha provato dolore durante la penetrazione. All'inizio può pensare: «Speriamo che oggi non faccia male». Dopo altri episodi può cominciare a pensare: «So già che farà male». Il rapporto non è ancora iniziato, ma il corpo conosce già ciò che è accaduto le volte precedenti.

L'attenzione si concentra sull'ingresso vaginale. La donna controlla continuamente le sensazioni. Aspetta il momento in cui arriverà il bruciore. Il pavimento pelvico può aumentare la propria attività ancora prima della penetrazione. A quel punto il pene incontra un ingresso vaginale più rigido, il vestibolo viene maggiormente sollecitato e il dolore che la donna temeva può effettivamente comparire.

Si crea così un circuito molto concreto: esperienza di dolore → anticipazione → difesa → maggiore difficoltà alla penetrazione → nuovo dolore.

La componente psicologica non ha creato la malattia. È entrata nel circuito dopo che il dolore ha insegnato al sistema che quella situazione può essere pericolosa. Ed è proprio questo uno dei punti sui quali la terapia cognitivo-comportamentale può intervenire.

- Che cos'è realmente la terapia cognitivo-comportamentale?

La terapia cognitivo-comportamentale, o CBT, **non consiste semplicemente nel “pensare positivo”.** E non consiste nel dire alla paziente che deve smettere di preoccuparsi. È un trattamento strutturato che lavora sull'interazione tra pensieri, attenzione, emozioni e comportamenti legati al dolore.

Nel dolore sessuale può aiutare a riconoscere e modificare alcuni meccanismi che si sono instaurati nel tempo: l'anticipazione costante del dolore, la paura dello stimolo, l'evitamento, la sensazione di non avere alcun controllo sul sintomo e il progressivo restringimento della vita sessuale.

Non significa negare il pericolo. Significa aggiornare la risposta quando il sistema continua a comportarsi come se ogni contatto dovesse necessariamente produrre lo stesso dolore.

La CBT riduce davvero il dolore della vulvodinia? Sì. E questo è importante perché non stiamo parlando soltanto di migliorare “l'accettazione” della malattia. Esistono studi specifici sulla vulvodinia.

La psicoterapia di supporto offre ascolto, attenzione e sostegno. Quindi il beneficio della CBT non può essere ridotto semplicemente al fatto che: «Parlare con qualcuno fa bene». La componente cognitivo-comportamentale sembra aggiungere qualcosa di specifico al trattamento del dolore. Intervenire sui meccanismi cognitivi e comportamentali del dolore può modificare l'esperienza dolorosa, non soltanto l'umore della paziente.

- Che cosa significa “catastrofizzazione del dolore”?

Negli studi sulla vulvodinia compare spesso il termine inglese *pain catastrophizing*. È un termine poco felice nella comunicazione con le pazienti perché può sembrare significare: «Stai esagerando».

Non significa affatto questo. Descrive piuttosto un modo in cui il pensiero può organizzarsi quando una persona vive a lungo con un dolore difficile da controllare.

Il sintomo occupa progressivamente una parte sempre maggiore dell'attenzione. Diventa difficile pensare ad altro quando sta per arrivare una situazione che potrebbe provocarlo. Aumenta la sensazione che il dolore sia incontrollabile e che non esista una strategia efficace per affrontarlo.

Non è irrazionale. Dopo decine di rapporti dolorosi, aspettarsi nuovamente dolore è perfettamente comprensibile. **Il problema nasce quando questa previsione diventa così forte da influenzare a sua volta il comportamento e la risposta corporea.**

Negli studi sulla vestibolodinia, proprio la riduzione della *pain catastrophizing* e l'aumento della capacità percepita di gestire il dolore sono tra i cambiamenti associati ai risultati della CBT.

- La paura del dolore può davvero aumentare il dolore?

Può contribuire a mantenerlo. Questo non significa che la paura produca dal nulla un dolore vulvare. Significa che anticipare uno stimolo già sperimentato come doloroso modifica il modo in cui ci prepariamo a quello stimolo.

Questo accade in moltissime condizioni dolorose. Se muovere una spalla ha provocato ripetutamente una fitta, iniziamo inconsciamente a irrigidire il corpo prima del movimento. Nella penetrazione può accadere qualcosa di analogo. Ma qui entra in gioco una struttura particolarmente importante: il pavimento pelvico.

Una donna può desiderare il rapporto, essere eccitata e volere assolutamente la penetrazione, e contemporaneamente avere una risposta muscolare involontaria di protezione. Non c'è alcuna contraddizione. Il desiderio è volontario. La risposta difensiva del sistema nervoso non necessariamente lo è.

Per questo dire semplicemente: «Devi rilassarti», è inutile e spesso irritante. Se fosse sufficiente decidere di rilassare il pavimento pelvico, non avremmo bisogno della fisioterapia.

- La CBT può rilassare il pavimento pelvico?

Non direttamente. E non dobbiamo attribuire alla psicoterapia ciò che appartiene alla fisioterapia. Un pavimento pelvico con ipertono, dolorabilità miofasciale, trigger point e difficoltà reale al rilassamento deve essere valutato e riabilitato. La CBT non sostituisce il lavoro manuale, il biofeedback, il controllo motorio o gli altri interventi che abbiamo descritto.

Può però agire su ciò che precede e accompagna la risposta muscolare. Se diminuisce la paura anticipatoria della penetrazione, se la donna smette di monitorare ogni minima sensazione aspettando il dolore e se recupera progressivamente la percezione di avere controllo sul proprio corpo, può diminuire anche uno dei segnali che alimentano la risposta difensiva.

Per questo fisioterapia e CBT non sono due terapie concorrenti. In alcune donne lavorano su due parti differenti dello stesso circuito.

- Tutte le donne con vulvodinia devono fare psicoterapia?

No. **Non considero corretto trasformare il supporto psicologico in un passaggio obbligatorio semplicemente perché è stata formulata una diagnosi di vulvodinia.**

Una donna può avere una vestibolodinia provocata prevalentemente periferica, un importante ipertono muscolare, una vita sessuale relativamente serena e nessun particolare circuito di evitamento o distress. In quella paziente possono essere prioritari altri interventi.

La CBT diventa particolarmente interessante quando il dolore ha cominciato a produrre forte anticipazione, paura della penetrazione, evitamento sessuale, perdita di fiducia nel proprio corpo, grande attenzione ai sintomi o marcata interferenza del dolore nella vita quotidiana.

E può essere molto utile quando il dolore è migliorato biologicamente ma la donna continua a comportarsi come se fosse ancora invariato. Questo è un fenomeno clinico importantissimo. Il vestibolo può fare meno male. Il pavimento pelvico può essere più elastico. Ma la donna può continuare a pensare: «Non posso avere rapporti perché sicuramente farà male».

A quel punto dobbiamo aiutare anche il comportamento a raggiungere i miglioramenti che il corpo ha già ottenuto.

- Che cosa significa evitare il rapporto per paura del dolore?

Quando un rapporto provoca dolore importante, sospendere temporaneamente la penetrazione dolorosa è ragionevole. Non sostengo affatto che una donna debba continuare ad avere rapporti che fanno male per non diventare “evitante”. Abbiamo già spiegato perché ripetere continuamente una penetrazione dolorosa può rinforzare il circuito.

Il problema è diverso. Immaginiamo che, dopo mesi di terapia, il vestibolo sia molto meno sensibile e il pavimento pelvico riesca finalmente a rilassarsi. La donna potrebbe teoricamente ricominciare una progressione molto graduale. Ma la paura può essere ancora quella di sei mesi prima.

In questo momento l'evitamento, che inizialmente era stato una strategia protettiva corretta, può diventare un ostacolo al recupero. La CBT può aiutare a costruire una ripresa progressiva e controllata, nella quale la donna non venga mai forzata a sopportare il dolore ma ricominci a sperimentare situazioni che il sistema aveva imparato a evitare.

Non è: «Devi affrontare il dolore». È: «Dobbiamo permettere al tuo sistema di scoprire progressivamente che non tutte le esperienze di contatto sono ancora pericolose».

- E la sessualità?

È impossibile curare bene una vestibolodinia provocata ignorando la sessualità. Dopo mesi di dolore, il rapporto può trasformarsi da esperienza di piacere in un test.

La donna pensa: «Vediamo se oggi riesco». Il partner pensa: «Speriamo di non farle male». Durante il rapporto entrambi controllano continuamente ciò che sta accadendo. Il piacere passa in secondo piano. La penetrazione diventa l'obiettivo principale. Se riesce, il rapporto è considerato riuscito. Se non riesce, viene vissuto come un fallimento.

È una trasformazione enorme della sessualità. Ed è una delle ragioni per cui **la terapia non dovrebbe avere come unico indicatore di successo: “riesce a far entrare il pene?”**

L'obiettivo è recuperare una sessualità nella quale eccitazione, desiderio, contatto e piacere tornino al centro dell'esperienza.

Il partner deve essere coinvolto? Non sempre. Ma in alcune coppie può essere molto utile.

La vestibolodinia non coinvolge soltanto la persona che prova dolore. Può modificare anche il comportamento del partner, la comunicazione, la frequenza dei rapporti e il modo in cui entrambi reagiscono al dolore.

Per questo è stata studiata una forma specifica di terapia cognitivo-comportamentale di coppia. Non significa che ogni partner debba essere “mandato dallo psicologo”. Significa che, quando il dolore è entrato profondamente nella dinamica sessuale della coppia, anche la coppia può diventare parte della terapia.

- Lo psicologo deve cercare traumi infantili o problemi sessuali nascosti?

Non necessariamente. Questo è un altro errore che può fare molto danno. Avere vulvodinia non significa automaticamente avere subito un trauma sessuale. Non significa avere un conflitto inconscio con la

sessualità. E non significa che esista necessariamente un evento psicologico sepolto che, una volta scoperto, farà scomparire il dolore.

Se nella storia della donna esistono traumi, depressione, ansia o altre problematiche psicologiche rilevanti, naturalmente devono essere affrontati con competenza. Ma non devono essere inventati per spiegare una vulvodinia.

La terapia cognitivo-comportamentale utilizzata negli studi sul dolore vulvare non parte dall'idea che la donna abbia una patologia psichiatrica. Parte dall'idea molto più concreta che il dolore persistente modifica pensieri, comportamenti, aspettative e sessualità e che alcuni di questi cambiamenti possono a loro volta essere modificati terapeutamente.

- E la Mindfulness?

Anche gli approcci basati sulla mindfulness sono stati studiati nella vestibolodinia, soprattutto integrati con strategie cognitivo-comportamentali. Non significa meditare per "dimenticare" il dolore.

Il principio è ridurre l'attenzione automatica e giudicante verso ogni sensazione corporea e migliorare la capacità di osservare lo stimolo senza attivare immediatamente l'intera cascata anticipatoria.

La mindfulness può quindi essere uno strumento. Ma non deve diventare un'altra semplificazione del tipo: «Hai dolore perché sei stressata: medita». Non è questo il trattamento della vulvodinia.

- Come si integra quindi la CBT con le altre terapie?

È qui che **l'approccio multimodale acquista veramente senso**. Se il pavimento pelvico è ipertonico, lavoriamo sul muscolo. Se il vestibolo è fortemente allodinico, interveniamo sulla componente periferica del dolore. Se serve una neuromodulazione farmacologica, utilizziamo amitriptilina, gabapentin, pregabalin o altri farmaci appropriati.

Possiamo utilizzare TENS per modulare il segnale doloroso. Possiamo associare la tecarterapia quando vogliamo facilitare il trattamento di una componente muscolare particolarmente dolorosa e rigida.

E se nel frattempo la donna ha sviluppato una forte paura della penetrazione, un'anticipazione costante del dolore e una sessualità completamente organizzata intorno al sintomo, interveniamo anche su quel circuito. Non perché il resto non sia reale. Ma proprio perché è reale. Il dolore persistente coinvolge progressivamente sistemi differenti.

La buona medicina non deve scegliere tra: «è il corpo» e «è la mente». Questa contrapposizione, nel dolore cronico, non ci aiuta. La domanda clinicamente utile è molto più concreta: quali meccanismi stanno ancora mantenendo il dolore in questa donna?

E se uno di questi meccanismi è diventato l'anticipazione della penetrazione, la paura del dolore o l'evitamento, la terapia cognitivo-comportamentale non è una consolazione psicologica. È una parte specifica della terapia del dolore.

7° Capitolo - Vulvodinia nella vita quotidiana: che cosa può aiutare davvero?

Quando una donna soffre di vulvodinia, il dolore non dipende soltanto dai rapporti sessuali.

Può comparire mentre sta seduta, quando indossa un pantalone troppo stretto, dopo una giornata intera fuori casa, durante l'attività fisica, dopo una detersione troppo aggressiva o perfino a causa di uno sfregamento continuo che, in una vulva sana, verrebbe percepito appena.

Per questo la terapia non si esaurisce nei farmaci, nella fisioterapia o nelle altre cure specifiche. Esiste anche un lavoro quotidiano, fatto di piccoli accorgimenti, che non “guariscono” da soli la vulvodinia, ma possono ridurre gli stimoli irritativi, limitare le riacutizzazioni e rendere la vulva meno sollecitata mentre la terapia fa il suo corso.

Il principio generale è semplice: **una vulva dolorosa va protetta, non continuamente stressata.**

- Abbigliamento: meno pressione, meno attrito, meno irritazione

L'abbigliamento ha un impatto molto più importante di quanto si pensi. Un tessuto sintetico che non traspira bene, una cucitura che sfrega continuamente sul vestibolo, un pantalone molto stretto o un perizoma possono diventare, in una donna con vulvodinia, stimoli ripetuti e irritativi.

Per questo è preferibile utilizzare biancheria intima in cotone, meglio se bianca o comunque non fortemente colorata, perché più traspirante e in genere meglio tollerata.

È utile evitare perizoma, body aderenti, collant stretti, brasiliane o slip con cuciture centrali proprio a livello vulvare, che possono aumentare lo sfregamento. In molte donne risultano più comode mutandine morbide, con struttura semplice e con l'elastico disposto lateralmente all'inguine piuttosto che direttamente in zone di attrito.

Anche l'abbigliamento esterno dovrebbe essere il più possibile confortevole: pantaloni larghi, gonne, abiti morbidi, tessuti non compressivi. I vestiti molto aderenti possono aumentare la pressione e lo sfregamento sull'area vulvare durante tutta la giornata.

In casa, quando possibile, può essere utile scegliere indumenti molto comodi e, in alcune donne, anche evitare la biancheria intima per qualche ora, se questo riduce la sensazione di irritazione. Durante la notte molte pazienti stanno meglio senza slip, preferendo una camicia da notte o un indumento ampio che lasci la zona più libera e areata.

- Igiene intima: lavare bene non significa lavare troppo

Una delle cose che osservo più spesso è questa: quando la vulva brucia, molte donne cercano di “tenerla più pulita”. Ma una vulva dolorosa non ha bisogno di essere lavata di più. Ha bisogno di essere trattata in modo più delicato. La detersione eccessiva può peggiorare i sintomi alterando il film idrolipidico superficiale e aumentando secchezza e irritazione.

In genere consiglio di **non superare due detersioni intime al giorno**, utilizzando detergenti molto delicati, non profumati, e preferendo, quando tollerati, prodotti a componente oleosa o lipidica, che tendono a rispettare meglio la barriera cutanea rispetto ai detergenti aggressivi o schiumogeni.

Nei momenti in cui l'irritazione è molto intensa, in alcune pazienti la soluzione meglio tollerata può essere persino lavare la zona soltanto con acqua tiepida per alcuni giorni. È utile anche usare carta igienica morbida, non colorata e non profumata, per ridurre al minimo i microtraumi e le sostanze potenzialmente irritanti.

Per quanto riguarda il ciclo, quando possibile è preferibile utilizzare assorbenti e tamponi in cotone 100%. I salvaslip, soprattutto se usati quotidianamente, possono mantenere umidità, attrito e occlusione e per questo spesso è meglio eliminarli.

- Rapporti sessuali: sospendere temporaneamente la penetrazione non significa rinunciare alla sessualità

Questo è un punto molto importante. Quando i rapporti con penetrazione evocano dolore importante, continuare ad avere penetrazioni dolorose nella speranza che “prima o poi passi” è spesso controproducente.

Durante la fase più attiva della vulvodinia è spesso utile **sospendere temporaneamente i rapporti penetrativi fino a un miglioramento dei sintomi**, o almeno finché il dolore non diventa sufficientemente controllato. Non è una rinuncia definitiva alla sessualità: è una scelta terapeutica per evitare di mantenere acceso il circuito dolore–contrazione–nuovo dolore.

Se la coppia desidera riprovare la penetrazione, è molto importante farlo in una fase più favorevole e utilizzando un lubrificante idrosolubile ben tollerato, perché ridurre attrito e microfrizione può fare molta differenza. Se dopo il rapporto compare bruciore, può essere utile applicare una crema lenitiva o calmante, scelta in base alla tollerabilità della paziente e alle indicazioni del curante.

Dopo il rapporto consiglio spesso anche due semplici gesti: urinare, soprattutto nelle donne predisposte alle cistiti post-coitali, e sciacquare delicatamente la vulva con acqua tiepida, senza detergenti aggressivi, per ridurre eventuali residui irritanti.

- Sport: muoversi sì, ma senza traumatizzare la vulva

L'attività fisica è importante per il benessere generale e non deve essere demonizzata. Ma nella vulvodinia alcune attività possono essere particolarmente irritative, soprattutto se esercitano pressione diretta sulla vulva o una frizione intensa e ripetuta. Vanno quindi evitati o almeno fortemente limitati gli sport che comprimono direttamente la zona vulvare, come bicicletta e cavallo, soprattutto nelle fasi più sintomatiche.

Anche attività che aumentano in modo importante la frizione o la pressione sul pavimento pelvico e sulla vulva — per esempio spinning, step, squat ripetuti o corsa intensa — possono peggiorare i sintomi in alcune donne.

Questo non significa smettere di muoversi. Molte pazienti tollerano meglio attività come camminate, esercizio dolce, stretching non irritativo, Yoga, lavoro posturale o attività fisica meno traumatica, modulando intensità e durata in base alla fase clinica.

L'obiettivo non è l'immobilità. È scegliere un movimento che non continui ad aggredire l'area dolorosa.

- Alimentazione, intestino e vescica: ridurre i fattori che mantengono irritazione e dolore

Anche intestino e vescica possono influenzare molto la vulvodinia.

La stipsi merita particolare attenzione, perché aumentare sforzo evacuativo, tensione addomino-pelvica e distensione rettale può contribuire a mantenere disfunzione del pavimento pelvico e dolore. Per questo è importante favorire un'alvo regolare.

In molte donne può essere utile partire da misure semplici, come una buona idratazione e, se tollerati, alcuni alimenti che favoriscono l'evacuazione, per esempio due kiwi al mattino. In altre pazienti possono aiutare fibre solubili, come lo psillio, purché siano ben tollerate e non peggiorino gonfiore o sintomi intestinali. Nelle pazienti con comorbidità come la sindrome dell'intestino irritabile, questa parte va sempre personalizzata.

Se necessario, si possono utilizzare strategie delicate per facilitare l'evacuazione, mentre è preferibile evitare lassativi irritanti, che possono peggiorare discomfort e disordine intestinale.

Una corretta idratazione è importante anche per la vescica e per il benessere generale: in genere è utile bere circa 1,5–2 litri d'acqua al giorno, salvo controindicazioni specifiche. In alcune donne può inoltre essere utile evitare di trattenere troppo a lungo l'urina e di arrivare a una marcata sovradistensione vescicale, che può accentuare discomfort pelvico e urinario.

Esistono poi alimenti e bevande che in alcune pazienti possono aumentare irritazione vescicale o sensazione di bruciore: per esempio caffè, tè forte, vino rosso, cioccolato, spezie piccanti. Non tutte devono

eliminarli, ma nelle pazienti che notano un rapporto chiaro tra assunzione e peggioramento dei sintomi può avere senso ridurli.

- E la dieta nelle donne con vaginiti ricorrenti o intolleranze?

Qui bisogna essere equilibrati. **Non esiste una “dieta della vulvodinia” valida per tutte.**

Tuttavia, in alcune donne con candidosi recidivanti documentate, può essere ragionevole ridurre gli alimenti che sembrano favorire peggioramenti clinici o una dieta molto ricca di zuccheri semplici, se il quadro clinico lo suggerisce. Questo però va sempre contestualizzato e non trasformato in una lista universale di proibizioni.

Lo stesso vale per le intolleranze alimentari o la celiachia: se una paziente è celiaca deve naturalmente seguire una dieta priva di glutine; se è presente una reale intolleranza al lattosio, può essere necessario ridurre o eliminare i latticini. Ma queste indicazioni valgono quando la diagnosi esiste davvero, non come trattamento automatico della vulvodinia.

Questi accorgimenti sono una cura? No. Ed è importante dirlo chiaramente. Usare mutande di cotone, lavarsi con delicatezza, evitare la bicicletta o usare un lubrificante non “curano” da soli la vulvodinia.

Ma possono fare qualcosa di molto importante: ridurre il numero degli stimoli che continuano ogni giorno a irritare, comprimere o riaccendere una vulva già sensibilizzata.

In una paziente che sta seguendo una terapia corretta, questi accorgimenti possono rendere il terreno meno ostile, ridurre le riacutizzazioni e migliorare la qualità della vita mentre il dolore viene trattato nei suoi meccanismi più profondi. Il principio è sempre lo stesso: **non tutto ciò che aiuta è una cura**, ma tutto ciò che riduce gli stimoli irritativi può aiutare la cura a funzionare meglio.

8° Capitolo - Dalla vulvodinia si guarisce?

È probabilmente una delle prime domande che una donna fa dopo avere ricevuto la diagnosi: «Dottorressa, ma dalla vulvodinia si guarisce?»

La risposta è: sì, **si può stare progressivamente molto meglio e si può arrivare a non avere più dolore**. Ma la parola “guarigione” nella vulvodinia deve essere spiegata bene.

Non stiamo parlando di un'infezione nella quale assumiamo un antibiotico per cinque giorni, eliminiamo il batterio e possiamo individuare con precisione il momento in cui la malattia è terminata.

La vulvodinia può coinvolgere contemporaneamente il vestibolo, il pavimento pelvico e il sistema nervoso. Quando questi sistemi sono rimasti alterati per mesi o anni, anche il recupero può essere progressivo.

Significa soprattutto individuare e nel tempo correggere i **meccanismi che hanno provocato o continuano a mantenere il dolore**. Ed è proprio questo il punto più importante.

La vulvodinia non è necessariamente un problema isolato del vestibolo. In alcune donne il dolore viene mantenuto soprattutto da un pavimento pelvico ipertonico e incapace di rilassarsi; in altre da una persistente sensibilizzazione delle terminazioni nervose; in altre ancora possono contribuire cistiti ricorrenti, candidosi recidivanti realmente documentate, alterazioni ormonali del vestibolo, dolore durante i rapporti ripetutamente tollerato per mesi o anni, oppure più meccanismi contemporaneamente.

Anche gli aspetti psicologici possono avere un ruolo, ma vanno interpretati correttamente. Non significa che la vulvodinia sia “psicologica”. Dolore prolungato, paura della penetrazione, anticipazione del dolore, ipervigilanza e precedenti esperienze dolorose possono però mantenere una risposta protettiva del sistema nervoso e del pavimento pelvico. Quando questi meccanismi sono presenti, anche affrontarli fa parte della cura.

Per questo la domanda non dovrebbe essere soltanto: «Qual è il farmaco per la vulvodinia?» ma piuttosto: «Che cosa, in questa particolare donna, continua a mantenere il dolore?»

- Se troviamo un pavimento pelvico fortemente contratto, dobbiamo riabilitarlo.
- Se esistono cistiti batteriche ricorrenti, dobbiamo prevenirle e curarle correttamente.
- Se esiste una candidosi recidivante, dobbiamo trattarla senza continuare però a confondere ogni bruciore vulvare con una candida.
- Se esiste una componente ormonale, dobbiamo correggerla.
- Se le terminazioni nervose sono diventate ipereccitabili, possiamo intervenire sulla sensibilizzazione.
- Se paura e anticipazione del dolore continuano ad attivare una risposta difensiva, dobbiamo lavorare anche su quella.

La guarigione arriva quando, progressivamente, riusciamo a spegnere i diversi meccanismi che alimentano il dolore.

È per questo che raramente esiste una sola terapia valida per tutte. Una donna può avere bisogno soprattutto di fisioterapia; un'altra di una terapia locale; un'altra ancora di un neuromodulatore. In molte pazienti è necessario intervenire contemporaneamente su più livelli e poi, man mano che il sistema recupera, ridurre progressivamente le terapie.

Il percorso non deve essere interpretato come una lotta contro una malattia inevitabilmente destinata a durare per sempre. Al contrario, il sistema nervoso e il pavimento pelvico sono **sistemi plastici**: possono essersi modificati in risposta al dolore, ma possono anche modificarsi nuovamente quando vengono eliminate le condizioni che lo mantengono.

- Un pavimento pelvico può imparare nuovamente a rilassarsi.
- Una terminazione nervosa sensibilizzata può diventare meno reattiva.

- Un vestibolo irritato può recuperare trofismo e tolleranza agli stimoli.
- Una donna che anticipava la penetrazione come un pericolo può tornare progressivamente a viverla senza dolore.

Per questo non dico alle pazienti : «Deve imparare a convivere con la vulvodinia».

L'obiettivo della terapia è molto più ambizioso: capire perché il dolore continua, intervenire sui suoi meccanismi e accompagnare progressivamente il corpo verso una condizione nella quale quel dolore non abbia più motivo di essere mantenuto.

Naturalmente i tempi sono diversi da donna a donna e possono esserci periodi di miglioramento alternati a momentanee riacutizzazioni. Ma **una riacutizzazione non significa necessariamente essere tornati al punto di partenza.**

Guarire dalla vulvodinia significa arrivare progressivamente a un vestibolo non più doloroso, a un pavimento pelvico capace di rilassarsi, a rapporti nuovamente possibili senza dolore e, soprattutto, a una vita nella quale la vulva smette di occupare continuamente i pensieri della donna.

Questo però non significa affatto che la vulvodinia debba essere considerata una malattia inevitabilmente permanente. Gli studi sulla storia naturale della vulvodinia mostrano che la remissione è frequente e che la persistenza continua dei sintomi senza alcuna remissione rappresenta piuttosto l'eccezione.

Anche l'ISSVD sottolinea che la maggior parte delle donne con dolore vulvare migliora con il trattamento e che il miglioramento può richiedere tempo, talvolta mesi.

- Che cosa significa essere guarita dalla vulvodinia?

Non significa necessariamente ottenere un cotton swab test completamente indolore prima di poter dichiarare che la terapia ha funzionato. La guarigione è soprattutto funzionale.

Una donna che prima non riusciva ad avere rapporti e ora ha una penetrazione non dolorosa ha ottenuto un risultato enorme. Una donna che non riusciva a stare seduta, indossare i jeans o fare sport e ora può farlo senza pensare continuamente alla vulva sta guarendo. Una donna che aveva bruciore per 24 ore dopo ogni rapporto e ora avverte soltanto una lieve sensibilità per pochi minuti è enormemente migliorata anche se non siamo ancora arrivati al punto finale.

Per questo durante il trattamento non guardo soltanto quanto dolore provoca il cotton swab. Guardo anche:

- quanto dura il dolore dopo uno stimolo,
- quanto facilmente il pavimento pelvico riesce a rilassarsi,
- se la penetrazione è diventata possibile,
- se il dolore spontaneo è diminuito,
- se la donna ha ripreso sport e attività quotidiane
- e quanto spazio la vulvodinia occupa ancora nella sua vita.

La direzione del cambiamento è spesso più importante del singolo numero.

- Perché il miglioramento può essere graduale?

Perché stiamo modificando più sistemi contemporaneamente. Un pavimento pelvico che è rimasto contratto per anni deve recuperare elasticità e controllo. Un vestibolo estremamente allodinico deve diventare progressivamente meno reattivo. Un sistema nervoso che ha ricevuto migliaia di segnali dolorosi deve smettere di amplificarli. E una penetrazione che per molto tempo è stata associata al dolore deve tornare progressivamente a essere percepita come sicura.

Non sono necessariamente processi che avvengono tutti alla stessa velocità. Una paziente può accorgersi per prima cosa che non ha più dolore spontaneo. Successivamente il cotton swab diventa meno doloroso. Poi il fisioterapista trova un pavimento pelvico molto più elastico. Solo più tardi la penetrazione torna completamente confortevole.

Un'altra donna può seguire un percorso completamente diverso. È proprio perché la vulvodinia è eterogenea che non esiste una cronologia universale della guarigione.

- Quanto tempo ci vuole?

Non esiste un numero di settimane valido per tutte. L'ISSVD sottolinea esplicitamente che il miglioramento può richiedere mesi e che il dolore può avere un andamento oscillante. Questo è importante perché molte pazienti arrivano dopo anni di dolore e si aspettano di capire dopo due settimane se la terapia funzionerà.

Con alcune terapie possiamo osservare miglioramenti relativamente rapidi. Con altre — soprattutto neuromodulatori, fisioterapia e recupero progressivo della penetrazione — bisogna valutare il risultato su un periodo più lungo.

Ma “serve tempo” non deve diventare una giustificazione per continuare indefinitamente una terapia che non sta producendo alcun cambiamento. La terapia deve lasciare delle tracce.

Se dopo un periodo adeguato non cambia nulla — né dolore, né tono muscolare, né funzione sessuale, né durata delle riacutizzazioni — bisogna rivalutare la strategia. Non semplicemente aspettare.

- Il fatto che io abbia vulvodinia da molti anni significa che guarirò più difficilmente?

Non necessariamente. **La cronicità non significa automaticamente irreversibilità.** Un sistema nervoso può essere sensibilizzato per molto tempo e tuttavia modificarsi. Un pavimento pelvico può essere ipertonico da anni e recuperare progressivamente una migliore funzione.

È uno dei motivi per cui parliamo di neuroplasticità: il sistema nervoso può modificarsi nella direzione del dolore, ma può modificarsi anche nella direzione opposta.

Le forme primarie e secondarie hanno la stessa prognosi?

Non esattamente. Nelle forme primarie il dolore è presente fin dai primi tentativi di penetrazione, dall'introduzione del primo tampone o dalle prime esperienze sessuali. Nelle forme secondarie, invece, esiste un periodo precedente nel quale la penetrazione era completamente normale.

Uno studio osservazionale ha rilevato che le donne con vulvodinia primaria avevano una probabilità di remissione inferiore rispetto alle donne con esordio secondario. Questo non significa che la vulvodinia primaria non possa migliorare.

Significa piuttosto che potrebbero esistere differenze nei meccanismi sottostanti e che alcune forme richiedono percorsi più complessi o più lunghi.

È un altro motivo per cui non considero sufficiente una diagnosi che dica soltanto: «Ha la vulvodinia». Bisogna capire quale vulvodinia.

- Il dolore può diminuire anche dopo molti anni?

Sì. **Una storia lunga non autorizza nessuno a dire: «Ormai deve imparare a convivere».**

Può certamente rendere il percorso più articolato perché nel frattempo possono essersi aggiunti ipertono, paura della penetrazione, sensibilizzazione e altri disturbi pelvici. Ma non significa che il sistema non possa più cambiare.

- La vulvodinia può tornare dopo essere guarita?

Può succedere. Ed è importante dirlo senza trasformare la possibilità di una recidiva in una condanna. Questo ci dice che, almeno in alcune donne, la vulvodinia può avere un andamento fluttuante o episodico. Ma **una recidiva non significa necessariamente tornare al punto di partenza.** Una donna che conosce ormai il proprio problema riconosce molto prima i segnali.

- Sa se il pavimento pelvico sta tornando a contrarsi.
- Sa distinguere meglio una candidosi vera da un flare vulvare.
- Sa quando riprendere alcuni esercizi.

- Sa che una fase di dolore non significa automaticamente che tutto il percorso precedente sia stato inutile.
- E soprattutto il medico dispone già di una mappa dei meccanismi che in quella donna hanno funzionato in passato.

- Perché può esserci una riacutizzazione anche se la terapia sta funzionando?

Perché il dolore non sempre diminuisce lungo una linea perfettamente retta. Possono esserci settimane ottime e alcuni giorni peggiori.

- Un rapporto più impegnativo.
- Un episodio di candidosi o cistite.
- Una fase di stipsi importante.
- Una sospensione troppo rapida della fisioterapia.
- Una fase ormonale particolare.
- Un periodo nel quale il pavimento pelvico torna più attivo.

L'ISSVD ricorda proprio che il dolore vulvare può aumentare e diminuire nel tempo e che **una fase di peggioramento non significa necessariamente che una terapia precedentemente efficace abbia smesso di funzionare.**

Questo concetto è molto importante. Se per tre mesi il dolore è passato da 8 a 2 e poi per quattro giorni torna a 5, non dobbiamo automaticamente buttare via tutta la terapia e ricominciare da zero.

Dobbiamo capire che cosa è successo in quei quattro giorni.

- Come capisco se sto realmente migliorando?

Il modo migliore è non utilizzare un solo indicatore. Nella vestibolodinia provocata possono essere molto utili diversi segnali:

- il cotton swab provoca meno dolore;
- il pavimento pelvico è meno contratto e più facilmente rilassabile;
- la terapia manuale è meglio tollerata;
- la penetrazione diventa progressivamente possibile;
- il dolore dopo il rapporto dura meno;
- diminuisce il dolore spontaneo;
- la donna può stare seduta più a lungo;
- ricomincia a indossare indumenti prima intollerabili;
- torna a fare attività fisica;
- la sessualità non è più dominata dall'anticipazione del dolore.

Quando più di questi elementi cambiano nella stessa direzione, significa che **stiamo modificando realmente il sistema.**

- Quando posso ridurre Laroxyl, gabapentin o pregabalin?

Quando il miglioramento è diventato sufficientemente stabile e gli altri meccanismi che mantenevano il dolore sono sotto controllo, può essere ragionevole valutare una progressiva riduzione dei neuromodulatori.

Ma non considero una buona strategia sospendere il farmaco nel momento esatto in cui la paziente comincia a stare bene. Se abbiamo impiegato mesi per ridurre l'ipersensibilità del sistema, ha senso prima consolidare il risultato.

Successivamente la riduzione deve essere graduale e personalizzata, soprattutto dopo trattamenti prolungati. E deve avvenire con una domanda molto semplice: il sistema rimane stabile anche mentre riduco la terapia? Se sì, continuiamo.

Se il dolore ricompare nettamente durante la riduzione, bisogna capire se abbiamo semplicemente anticipato troppo il momento della sospensione oppure se esiste ancora un meccanismo non completamente controllato.

La terapia non deve diventare una gara a togliere il farmaco il prima possibile. L'obiettivo è **utilizzare il minimo trattamento necessario senza perdere il risultato ottenuto**.

- E quando posso interrompere la fisioterapia?

Anche qui il criterio non dovrebbe essere semplicemente il numero delle sedute. La fisioterapia ha raggiunto il proprio obiettivo quando il pavimento pelvico non soltanto è meno doloroso, ma ha recuperato la capacità di funzionare autonomamente:

- La donna riesce a riconoscere quando si contrae.
- Riesce a rilassarlo.
- La penetrazione non scatena più automaticamente una risposta difensiva.
- Non sono più presenti aree miofasciali importanti che richiedono continuamente il trattamento del fisioterapista.

A quel punto le sedute possono essere progressivamente distanziate e poi sospese. Una buona fisioterapia deve rendere progressivamente meno necessario la fisioterapista.

- Essere guarita significa non sentire mai più nulla?

Non necessariamente. Anche una donna senza vulvodinia può avere occasionalmente irritazione dopo un rapporto particolarmente lungo, una candidosi, una cistite o una giornata nella quale un indumento produce fastidio.

La guarigione non significa trasformare la vulva in una parte del corpo incapace di produrre qualsiasi sensazione spiacevole. Significa che **il dolore non è più patologicamente sproporzionato, persistente e limitante**.

Una donna guarita non deve necessariamente chiedersi ogni mattina: «Quanto mi fa male oggi?» Ed è forse questo il parametro più bello da osservare. A un certo punto la vulva smette di essere continuamente al centro dell'attenzione.

- Cosa considero quindi un vero successo terapeutico?

Non semplicemente passare da un dolore 8 a un dolore 6. L'obiettivo deve essere più ambizioso.

- che una donna torni ad avere una vita sessuale soddisfacente.
- Che possa avere un rapporto senza prepararsi psicologicamente al dolore.
- Che possa fare sport.
- Che non debba scegliere i pantaloni pensando al vestibolo.
- Che possa stare seduta, viaggiare e lavorare senza organizzare continuamente la giornata intorno ai sintomi.
- E, quando possibile, **voglio arrivare all'assenza del dolore**.

Non sempre tutte le pazienti raggiungeranno lo stesso risultato e non sempre lo raggiungeranno nello stesso tempo.

Ma considerare la vulvodinia come una condizione inevitabilmente permanente è sbagliato.

La vulvodinia può durare a lungo. Ma **persistente non significa incurabile**.

9° Capitolo - Cosa fare quando la vulvodinia non migliora?

Una delle situazioni più frustranti è questa: la diagnosi sembra corretta, la terapia è iniziata, sono passati mesi, ma il miglioramento è minimo o non arriva affatto. La prima reazione può essere pensare: «La mia vulvodinia è troppo grave e non guarirò».

Non necessariamente. Quando una terapia non funziona, prima di concludere che la malattia sia refrattaria bisogna porsi una domanda molto più utile: **stiamo trattando davvero il meccanismo che mantiene il dolore?**

La vulvodinia è una condizione eterogenea e le revisioni più recenti continuano a sottolineare che non esiste un trattamento unico valido per tutte. Pavimento pelvico, sistema nervoso periferico e centrale, condizioni ormonali, sessualità e patologie associate possono avere un peso molto diverso da una donna all'altra.

Per questo **il fallimento di una terapia non significa automaticamente fallimento della cura**. Talvolta significa semplicemente che dobbiamo rivedere la mappa.

- **Prima domanda: siamo sicuri che tutto il dolore sia vulvodinia?**

È la prima cosa che rivaluterei. Avere ricevuto una diagnosi di vulvodinia non rende impossibile sviluppare successivamente un'altra patologia.

Una donna può avere vulvodinia e candidosi. Vulvodinia e lichen sclerosus. Vulvodinia e sindrome genitourinaria della menopausa. Vulvodinia ed endometriosi. Vulvodinia e sindrome della vescica dolorosa. Oppure un dolore neuropatico di altra origine.

La definizione internazionale di vulvodinia richiede che il dolore persista per almeno tre mesi senza una causa chiaramente identificabile capace di spiegarlo; questo non significa che altre condizioni non possano coesistere.

Quindi, quando il quadro cambia o non risponde come previsto, **la diagnosi deve essere riaperta**. Non per cancellare automaticamente quella precedente. Per verificare che non si sia aggiunto qualcosa.

- Quando bisogna guardare di nuovo attentamente la vulva?

Sempre, quando i sintomi cambiano.

La vulvodinia può presentarsi con una vulva apparentemente normale o con segni molto modesti. Ma se compaiono modificazioni persistenti della cute, erosioni, fissurazioni, aree bianche, alterazioni dell'architettura vulvare, ulcerazioni, prurito importante o una lesione focale, non bisogna attribuire automaticamente tutto alla vulvodinia.

Dermatiti, lichen sclerosus e lichen planus richiedono diagnosi e terapie completamente differenti. ACOG raccomanda una valutazione specifica delle patologie cutanee vulvari quando segni e sintomi lo suggeriscono. **Una diagnosi precedente non deve diventare un paraocchi.**

- E se continuo a essere curata per candida ma i tamponi sono negativi?

Bisogna fermarsi e rivalutare. Una donna con vulvodinia può naturalmente avere una vera candidosi. Ma bruciore e dolore persistenti non devono essere trattati indefinitamente con antimicotici senza una conferma dell'infezione. Vale anche il contrario: una donna con vulvodinia che sviluppa prurito, secrezioni e un tampone positivo ha una candidosi vera e deve essere trattata come tale.

La diagnosi corretta non consiste nel decidere una volta per tutte se il problema è "candida oppure vulvodinia". Consiste nel **capire che cosa sta succedendo in quel momento**.

- **Seconda domanda: abbiamo valutato davvero il pavimento pelvico?**

È uno dei punti che più facilmente possono essere sottovalutati. ACOG raccomanda esplicitamente una valutazione muscoloscheletrica nelle donne con vulvodinia per ricercare iperattività dei muscoli pelvici, dolore miofasciale e alterazioni biomeccaniche.

Non basta chiedere: «Ha fatto fisioterapia?» Bisogna sapere che cosa è stato trovato e che cosa è stato fatto.

- Il pavimento pelvico è realmente ipertonico?
- Riesce a rilassarsi?
- Ci sono trigger point?
- La palpazione riproduce il dolore?
- La fisioterapia è stata specifica per un pavimento pelvico iperattivo oppure è consistita prevalentemente in esercizi di rinforzo?
- Dopo il trattamento il tono è cambiato?

Una paziente può aver fatto mesi di “fisioterapia pelvica” senza avere mai realmente trattato il meccanismo dominante.

La fisioterapia del pavimento pelvico è considerata tra gli interventi di prima linea quando è presente una disfunzione ad alto tono.

- E se la fisioterapia fa sempre malissimo?

Neppure questo dovrebbe essere considerato inevitabile. Una certa dolorabilità durante il trattamento di un muscolo ipertonico può verificarsi. Ma una terapia che ogni volta provoca una riacutizzazione intensa e prolungata merita di essere rivalutata. Un sistema che interpreta già il contatto come pericoloso non dovrebbe essere sottoposto continuamente a esperienze traumatiche.

Può essere necessario ridurre l'intensità del trattamento, utilizzare inizialmente tecniche più graduali, associare TENS o radiofrequenza capacitivo-resistiva per rendere il lavoro muscolare più tollerabile.

L'obiettivo della riabilitazione non è vincere una battaglia contro il muscolo. È insegnargli progressivamente a non difendersi.

- **Terza domanda: stiamo trattando soltanto il muscolo mentre il dolore è diventato neuropatico o più diffuso?**

Può succedere. Una donna inizia con dolore alla penetrazione e importante ipertono. Dopo mesi, però, riferisce anche bruciore spontaneo, dolore persistente dopo gli stimoli, maggiore estensione della zona dolorosa o altre caratteristiche che suggeriscono una maggiore sensibilizzazione del sistema del dolore.

A quel punto insistere esclusivamente sulla terapia manuale può non essere sufficiente. La revisione BMJ del 2026 sottolinea proprio la necessità di costruire il trattamento sulla combinazione dei meccanismi presenti, utilizzando interventi fisioterapici, psicologici e farmacologici in maniera individualizzata.

In questa paziente può essere necessario introdurre o ottimizzare una neuromodulazione farmacologica con amitriptilina, gabapentin o pregabalin, se clinicamente appropriato. Non perché la fisioterapia abbia fallito. Perché stiamo trattando un altro livello del problema.

- E se assumo già un neuromodulatore ma non funziona?

Bisogna capire innanzitutto se è stato realmente provato. Questo significa chiedere:

- la dose era adeguata?
- È stata raggiunta progressivamente?
- Il trattamento è durato abbastanza?
- La paziente lo assumeva regolarmente?
- Gli effetti collaterali hanno impedito di raggiungere una dose utile?

ISSVD include antidepressivi triciclici e anticonvulsivanti tra i farmaci utilizzati per modulare il dolore vulvare e sottolinea la necessità di un dosaggio appropriato.

Un farmaco assunto a una dose minima per pochi giorni e sospeso per sonnolenza non può essere considerato necessariamente un vero fallimento terapeutico. Ma nemmeno bisogna aumentare indefinitamente una terapia che, a dose adeguata e dopo un tempo ragionevole, non ha prodotto alcun beneficio.

A quel punto può essere più sensato **cambiare molecola o rivalutare il fenotipo**.

- **Quarta domanda: abbiamo trascurato una componente ormonale?**

È particolarmente importante in menopausa, durante l'allattamento o quando esiste una storia clinica compatibile con modificazioni ormonali del vestibolo.

Una donna può fare fisioterapia eccellente e assumere un neuromodulatore efficace, ma continuare ad avere una mucosa vaginale o un vestibolo fragile e doloroso. In questo caso non abbiamo necessariamente una vulvodinia "resistente". Potremmo avere una componente ormonale non trattata che continua ad alimentare il dolore.

La sindrome genitourinaria della menopausa, per esempio, deve essere riconosciuta e trattata come tale e può coesistere con il dolore vulvare persistente. ACOG distingue chiaramente le condizioni dermatologiche e ormonali dalle forme di dolore vulvare senza causa identificabile.

- **Quinta domanda: esiste un'altra sorgente di dolore nel bacino?**

Questa domanda è fondamentale soprattutto nelle forme più complesse:

- Endometriosi.
- Sindrome della vescica dolorosa.
- Dolore miofasciale.
- Patologie lombosacrali.
- Disturbi intestinali.
- Dolore neuropatico.

Il dolore pelvico cronico deriva spesso da più condizioni contemporaneamente e ACOG sottolinea che possono essere coinvolti apparato genitale, vie urinarie, intestino e sistema muscoloscheletrico.

Se il vestibolo è migliorato ma la paziente continua ad avere un dolore pelvico importante, dobbiamo chiederci se stiamo ancora misurando la vulvodinia oppure un'altra parte del suo dolore.

- E il nervo pudendo?

Va considerato quando la storia clinica lo suggerisce, ma non deve diventare la nuova spiegazione universale di ogni dolore vulvare resistente. Il dolore neuropatico pudendo presenta caratteristiche proprie e richiede una valutazione specifica.

Un dolore che peggiora fortemente da seduta, segue una distribuzione neurologica particolare o presenta caratteristiche differenti rispetto alla tipica allodinia vestibolare merita un approfondimento.

Ma diagnosticare una "nevralgia del pudendo" semplicemente perché una donna con vulvodinia non sta migliorando rischia di sostituire un'etichetta imprecisa con un'altra. Una diagnosi neurologica deve essere sostenuta dalla clinica.

- **Sesta domanda: continuiamo a provocare dolore ogni settimana?**

È un punto molto concreto. Possiamo prescrivere la migliore fisioterapia, TECARTERAPIA, TENS e neuromodulatori, ma se contemporaneamente la donna continua ad avere rapporti molto dolorosi due o tre volte alla settimana, il sistema riceve continuamente lo stesso messaggio.

- Penetrazione.
- Dolore.

- Contrazione.
- Riacutizzazione.
- Nuova penetrazione.

In questa fase può essere necessario modificare temporaneamente la sessualità, sospendere gli stimoli che provocano un dolore importante e reintrodurre la penetrazione progressivamente.

Non significa evitare il rapporto per paura. Significa **non continuare a traumatizzare il sistema mentre cerchiamo di desensibilizzarlo**.

- E se ogni volta che riprendo i rapporti viene una vera cistite?

Anche questo può impedire il recupero.

Come abbiamo visto, una donna con vestibolodinia può avere contemporaneamente vere cistiti batteriche post-coitali. Se ogni tentativo di riprendere la penetrazione è seguito da una nuova infezione documentata, il corpo continua inevitabilmente ad associare il rapporto a dolore e malattia.

In quella paziente il trattamento della vulvodinia non può essere separato dalla prevenzione delle cistiti ricorrenti. Non perché siano la stessa patologia. Ma perché una continua a riaccendere il circuito dell'altra.

- **Settima domanda: la paura del dolore è rimasta anche se il corpo è migliorato?**

Può accadere. Il vestibolo è meno allodinico. Il pavimento pelvico è più elastico. Il cotton swab test è nettamente migliorato.

Ma la penetrazione rimane quasi impossibile. In questi casi bisogna chiedersi se la risposta anticipatoria al dolore sia ancora molto forte.

Non significa che il problema sia diventato “psicologico”. Significa che un comportamento di difesa appreso quando il dolore era intenso può persistere più a lungo del dolore stesso.

La terapia cognitivo-comportamentale e gli approcci sessuologici possono essere molto utili proprio in questa fase, e le revisioni contemporanee continuano a considerarli parte del trattamento multimodale della vulvodinia.

- Quando bisogna cambiare completamente strategia?

Quando, dopo un trattamento adeguato per dose, durata e indicazione, non osserviamo alcun segnale di cambiamento.

Non pretendo che il dolore scompaia immediatamente. Ma voglio vedere una direzione.

- Meno bruciore.
- Meno dolore al cotton swab.
- Minore durata delle riacutizzazioni.
- Pavimento pelvico meno doloroso.
- Penetrazione progressivamente più tollerabile.
- Riduzione del dolore spontaneo.
- Ripresa delle attività quotidiane.

Se dopo mesi tutto è identico, continuare la stessa terapia per inerzia non è medicina personalizzata. È il momento di rivalutare.

- Significa che bisogna aggiungere sempre più terapie?

No. Questo è forse il punto più importante. Quando una donna non migliora, esiste la tentazione di costruire progressivamente una terapia enorme. Un nuovo integratore. Una nuova crema. Un nuovo farmaco. Una nuova macchina. Una nuova infiltrazione.

Alla fine diventa quasi impossibile capire che cosa stia funzionando e che cosa invece stia soltanto aggiungendo costi, effetti collaterali e attenzione continua alla malattia.

La vulvodinia richiede spesso un approccio multimodale, ma multimodale non significa accumulare trattamenti. Le fonti specialistiche raccomandano un approccio individualizzato e multidisciplinare proprio perché i fattori che contribuiscono al dolore possono essere diversi.

Una terapia ben costruita deve essere comprensibile. **Dobbiamo sapere perché stiamo utilizzando ogni intervento.**

- Quando serve un'équipe multidisciplinare?

Quando il quadro è realmente complesso. Una donna con vestibolodinia provocata e ipertono isolato può essere gestita molto bene da un ginecologo competente e da un fisioterapista esperto.

Ma se coesistono dolore spontaneo diffuso, disturbi vescicali, endometriosi, dolore intestinale, forte disfunzione sessuale e sensibilizzazione più estesa, può essere utile coinvolgere competenze differenti.

- Ginecologia.
- Fisioterapia del pavimento pelvico.
- Medicina del dolore quando necessaria.
- Urologia o gastroenterologia se esiste una reale indicazione.
- Psicoterapia o sessuologia quando il dolore ha profondamente modificato il comportamento e la sessualità.

Non perché una paziente difficile debba essere “passata da uno specialista all'altro”. Al contrario. L'approccio multidisciplinare funziona soltanto se esiste una visione comune del problema.

- E la chirurgia?

Nella stragrande maggioranza delle donne con vulvodinia non è necessaria.

La chirurgia non ha senso nelle forme generalizzate, nel dolore spontaneo diffuso o quando il problema dominante è il pavimento pelvico o la sensibilizzazione centrale.

Esiste però un piccolo sottogruppo molto specifico di donne con vestibolodinia provocata, localizzata e realmente refrattaria alle terapie conservative nelle quali può essere presa in considerazione la vestibulectomia. ACOG la indica come opzione per pazienti selezionate con dolore localizzato dopo il fallimento delle terapie conservative.

Non la considero il passaggio successivo dopo “la fisioterapia non ha funzionato”. Prima di arrivare a una decisione chirurgica bisogna essere molto sicuri che il dolore sia effettivamente localizzato al vestibolo e che non sia dominato da altri meccanismi. Perché **rimuovere un tessuto non corregge automaticamente un sistema del dolore complesso.**

- Una vulvodinia che non migliora è quindi senza speranza?

No. Significa che dobbiamo diventare più precisi. A volte manca una diagnosi. A volte manca un giusto trattamento del pavimento pelvico. A volte il farmaco è stato utilizzato male. O troppo poco. A volte esiste una componente ormonale. A volte continuiamo a trattare il vestibolo mentre il dolore è diventato più diffuso. A volte una cistite, l'endometriosi o un'altra patologia continuano a produrre stimoli. E a volte il corpo è migliorato ma la penetrazione è ancora associata a una forte risposta di difesa.

È proprio nelle pazienti più difficili che considero più importante tornare al principio con cui abbiamo costruito tutta questa guida: non chiedersi semplicemente “quale altra terapia posso aggiungere?”. Chiedersi: **«Quale meccanismo, nonostante tutto, continua a mantenere il dolore?»**

Perché quando una terapia non funziona, la risposta **non è necessariamente fare di più. Molto spesso è capire meglio.**

Conclusione

Questa guida non è un lavoro di ricerca scientifica e non vuole esserlo.

Non nasce per discutere ogni studio pubblicato sulla vulvodinia, confrontare tutte le ipotesi patogenetiche o stabilire quale trattamento abbia ottenuto il miglior risultato in ogni singolo trial.

Nasce con un obiettivo molto più concreto: dare risposte alle donne che soffrono di vulvodinia. Risposte alle domande che sento ogni giorno:

- Perché mi brucia se gli esami sono normali?
- Perché durante la penetrazione sembra che il corpo si chiuda?
- Perché continuo a essere curata per candida o cistite ma il dolore torna?
- Perché alcune terapie funzionano e altre no?
- Devo fare fisioterapia?
- Servono i farmaci?
- Posso tornare ad avere rapporti senza dolore?
- E soprattutto: posso guarire?

La letteratura scientifica è stata il punto di partenza indispensabile di questa guida. Le definizioni, i meccanismi del dolore, il ruolo del pavimento pelvico, la neuroinfiammazione, la sensibilizzazione, la fisioterapia, la neuromodulazione e gli altri trattamenti di cui abbiamo parlato devono essere sempre confrontati con ciò che la ricerca ci permette realmente di affermare.

Ma la medicina non si esaurisce nella lettura degli studi. Accanto alle evidenze scientifiche esiste l'esperienza clinica.

Esiste ciò che impariamo visitando le pazienti, seguendole nel tempo, osservando quali sintomi compaiono insieme, quali terapie funzionano in determinati quadri e perché la stessa cura può essere estremamente efficace in una donna e quasi inutile in un'altra.

Molte delle considerazioni contenute in questa guida derivano proprio da questo incontro tra evidenza scientifica ed esperienza clinica maturata accanto alle donne che soffrono di vulvodinia.

L'esperienza non sostituisce la scienza. Ma permette spesso di interpretarla e applicarla alla persona che abbiamo davanti. Ed è proprio questo il punto centrale.

- Non esiste una sola vulvodinia

Due donne possono ricevere la stessa diagnosi e avere quadri completamente differenti. Una può avere soprattutto una vestibolodinia provocata con un importante ipertono del pavimento pelvico. Un'altra può presentare bruciore spontaneo e una forte componente di sensibilizzazione del sistema nervoso. Un'altra ancora può avere una componente ormonale importante.

In altre possono coesistere cistiti batteriche ricorrenti, dolore vescicale, endometriosi, disturbi intestinali o altre condizioni che continuano ad alimentare il dolore pelvico.

Per questo non considero sufficiente dire: «Hai la vulvodinia». **La vera domanda è: «Quali meccanismi stanno mantenendo il dolore in questa donna?»**

È da questa domanda che dovrebbe partire la terapia.

- Questa guida vuole soprattutto indicare un percorso

Ricevere una diagnosi è importante. Ma sapere che il proprio dolore si chiama vulvodinia non basta. Una donna ha bisogno di sapere che cosa succederà dopo.

Deve capire perché viene valutato il pavimento pelvico. Perché può essere proposta una fisioterapia. Perché in alcuni casi vengono utilizzati amitriptilina, gabapentin o pregabalin. Perché TENS e TECAR/INDIBA possono avere un ruolo.

Perché in alcune pazienti bisogna valutare anche una componente ormonale. Perché continuare ad avere rapporti molto dolorosi può essere controproducente. Perché la terapia cognitivo-comportamentale non significa affatto che il dolore sia psicologico. E perché, se esistono vere cistiti ricorrenti, endometriosi o altre fonti di dolore pelvico, anche queste devono essere riconosciute e trattate.

Avere queste informazioni significa diventare più consapevoli. E una paziente consapevole riesce anche a partecipare molto meglio al proprio percorso terapeutico.

Capire la vulvodinia significa anche smettere di averne paura

Molte donne arrivano alla diagnosi dopo mesi o anni nei quali hanno ricevuto spiegazioni contraddittorie.

- Candida.
- Cistite.
- Stress.
- Problemi sessuali.
- “Non si vede niente”.
- “È tutto normale”.

A volte il primo effetto di una diagnosi corretta è semplicemente questo: finalmente ciò che sta accadendo acquista un senso.

Il dolore non è immaginario. Non è una debolezza. E **non è necessariamente destinato a rimanere per sempre.** Il vestibolo può diventare meno sensibile. Il pavimento pelvico può imparare nuovamente a rilassarsi. Il sistema nervoso può ridurre la propria reattività. La penetrazione può tornare possibile e non dolorosa. La sessualità può smettere di essere organizzata intorno alla paura.

E la vulva può tornare a essere semplicemente una parte del corpo, invece di essere il centro di ogni giornata.

- La cura non è una ricetta uguale per tutte

È probabilmente il messaggio più importante di tutta questa guida. Non esiste una crema, un farmaco, una macchina o un esercizio che rappresenti “la cura della vulvodinia”. Esistono strumenti diversi.

La competenza consiste nel capire quali utilizzare, in quale momento e soprattutto in quale donna. Talvolta il punto centrale sarà il pavimento pelvico. Talvolta il dolore neuropatico. Talvolta il vestibolo. Talvolta gli ormoni. Talvolta una cistite ricorrente che continua a riaccendere il sistema. Talvolta più elementi contemporaneamente.

Per questo **la terapia migliore non è necessariamente quella che utilizza più trattamenti.** È quella che riesce a individuare i trattamenti realmente necessari.

- E soprattutto: non bisogna arrendersi al dolore

Una vulvodinia presente da molto tempo può richiedere un percorso lungo. Può avere miglioramenti e riacutizzazioni. Può costringerci a modificare una terapia e a rivalutare più volte il meccanismo dominante.

Ma “cronico” non significa necessariamente “per sempre”.

Il mio obiettivo con questa guida non è promettere una guarigione semplice o immediata. È dire qualcosa di molto più concreto: esiste un percorso. Un percorso che deve partire da una diagnosi accurata. Che deve utilizzare le migliori evidenze scientifiche disponibili. Che deve essere adattato alla singola donna.

E che deve essere continuamente confrontato con ciò che osserviamo nella pratica clinica.

È questo il modo in cui ho cercato di costruire questa guida: mettendo insieme ciò che la ricerca ci insegna e ciò che, negli anni, ho imparato ascoltando, visitando e curando le donne che convivono ogni giorno con questo dolore.

Perché conoscere la propria malattia non significa soltanto sapere come si chiama. Significa **capire perché fa male, che cosa mantiene quel dolore e sapere usare gli strumenti per interromperlo**.

Ed è da questa consapevolezza che può cominciare davvero la cura.