

**MEDIA
PLANET**

GIUGNO 2009

Urologia



www.epitech.it

PALMITOILETANOLAMIDE micronizzata + trans POLIDATINA*

Nella **Sindrome del Dolore Pelvico Cronico** (*Chronic Pelvic Pain Syndrome - CPPS -*) una cascata di eventi sostenuta e amplificata dall'iper-degranulazione del **mastocita**.

Epitech group

*chiedi al tuo Medico
in Farmacia

QUESTO SUPPLEMENTO È STATO REALIZZATO DA MEDIAPLANET. IL SOLE 24 ORE NON HA PARTECIPATO ALLA SUA REALIZZAZIONE E NON HA RESPONSABILITÀ PER IL SUO CONTENUTO

Sindrome del dolore cronico pelvico

Cos'è la Sindrome del Dolore Cronico Pelvico?

Il modo migliore per presentare la Sindrome del Dolore Cronico Pelvico - *Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS)*, è lasciare che siano i pazienti a descriverne i sintomi.

Chiara, 26 anni: "Soffro di cistite da anni, anche se le urine colture risultano sempre negative. Dopo un rapporto sessuale, spesso mi viene la cistite".

Barbara, 41 anni: "Ho sempre lo stimolo ad urinare, e starei sempre in bagno. Finito di urinare sto un po' meglio, ma dopo pochi minuti riparte il mio tormento. Quando tratto la pipì, sento male alla vescica. Anche il mio intestino non funziona bene: ho il colon irritabile, mi sento la pancia gonfia, e faccio fatica ad andare di corpo".

Tale molteplicità di sintomi è rispecchiata nella definizione di CPPS (acronimo internazionale): "Dolore pelvico episodico, persistente o ricorrente, associato a sintomi e disfunzioni del basso tratto urinario, genitali e sessuali, intestinali e ano-rettali, senza alcuna evidenza di infezioni, né di altre patologie organiche". Un dolore pelvico, di origine non neoplastica, viene definito "cronico" qualora perduri da almeno sei mesi, con andamento costante o intermittente. Non deve sorprendere, tuttavia, che possa essere definito "cronico" anche a breve distanza dalla sua insorgenza, purché siano già presenti caratteristiche di "neural-axial central sensitization", una disfunzione del sistema nervoso periferico e centrale che determina una lettura corticale amplificata e distorta degli stimoli provenienti dall'area pelvica. Ciò si verifica quando una "comune" infiammazione pelvica, si trasforma in "infiammazione neurogena", con attivazione di fibre nervose pelviche normalmente "silenti" (fibre C). Responsabile di tale trasformazione, è il "mastocita", una cellula immunitaria, presente in tutti gli organi pelvici, che possiamo immaginare come un'autocisterna che trasporti numerosi contenitori (vescicole) ripieni di diversi mediatori chimici. In condizioni normali, il mastocita, attraverso una liberazione controllata di mediatori, ricopre il ruolo di "promotore/controllore" dell'infiammazione, un'azione di difesa utile all'organismo. Ripetuti episodi infiammatori nell'area pelvica (Es. cistiti ricorrenti, endometriosi) possono causare "sovrastimolazione" dei mastociti, con moltiplicazione del loro numero, ed abnorme liberazione di mediatori chimici nei tessuti. Il mastocita, persa la sua funzione di difesa, si trasforma in una "santabarbara in fiamme", in grado di sferrare un vero e proprio attacco di "guerra chimica" nell'area pelvica.

La CPPS può colpire sia gli uomini che le donne? Con che frequenza?

È probabile che la reale prevalenza della CPPS sia largamente sottostimata, in quanto diagnosticata sotto altro nome. Ci sono due esempi molto significativi. Nella donna succede assai spesso che la persistenza di alcuni sintomi urinari porti a fare diagnosi di "cistite cronica", pur in presenza di urinocolture negative. Il più delle volte, queste "pseudo-cistiti" sono "branche" della CPPS che vanno sotto il nome di "Sindrome Dolorosa Vescicale" (*Bladder Pain Syndrome - BPS*), e di "Cistite Interstiziale" (*Interstitial Cystitis - IC*), con una prevalenza nella popolazione femminile adulta che potrebbe arrivare addirittura al 20%. Similmente, è stato dimostrato che nel 95% dei casi diagnosticati come "prostatite cronica", non vi è alcuna evidenza di infezioni. La diagnosi andrebbe, pertanto, trasformata in "Sindrome Dolorosa Prostatica" (*Chronic Prostate Pain Syndrome - CP/CPPS Cat III a/b*), con una prevalenza del 10% nella popolazione maschile adulta.

Come si arriva alla diagnosi di "Sindrome del Dolore Cronico Pelvico"?

Si è soliti dire che alla diagnosi di CPPS si arriva per esclusione. Questa affermazione è vera, ma non rappresenta tutta la verità. In presenza di dolore pelvico, associato a disfunzioni urinarie, sessuali, ano-rettali, contrattura dolorosa dei muscoli pelvici, è certamente necessario escludere alcune possibili patologie (infezioni/infiammazioni, endometriosi, neoplasie, calcoli), ma è anche vero che è possibile riconoscere fin da subito la "fisionomia" della CPPS. Potrebbe sembrare banale dirlo, ma per fare diagnosi di CPPS è necessario sapere che esiste, pensarci, ed ascoltare attentamente i pazienti. Coloro che soffrono di CPPS sono, generalmente, molto provati, talvolta disperati. La loro vita quotidiana si è lentamente riempita di rinunce e di auto-limitazioni. Per queste persone, da sempre "orfane di diagnosi", ricevere una diagnosi costituisce già un elemento positivo.

Come si cura la CPPS?

Nel trattamento della CPPS si possono utilizzare vari approcci, spesso in combinazione tra loro, oppure in sequenza. Riveste grande interesse, in quanto potenziale trattamento causale, l'impiego di PEA (Palmitoiletanolamide), una sostanza endogena, già presente nell'organi-

simo, con funzione regolatrice dell'attività dei mastociti. Vari farmaci sono impiegati per realizzare una neuromodulazione farmacologica che agisca sulla "neural-axial central sensitization": antidepressivi triciclici (Amitriptilina), anti-epilettici (Gabapentin/Pregabalin), ed alfa-litici. Le tecniche di Neuromodulazione Sacrale sono basate, invece, sulla possibilità di stimolare direttamente i nervi pelvici. Varie anche le sostanze che possono essere introdotte direttamente nella vescica, con lo scopo di aumentare i meccanismi di difesa naturali: Ac. Jaluronico, DMSO. Per la contrattura dolorosa dei muscoli pelvici esistono specifiche tecniche di riabilitazione. Un supporto di psicoterapia può essere molto utile. In assenza di reali infezioni, documentate dalle colture, è sconsigliabile assumere prolungati cicli di antibiotici, spesso inutili e potenzialmente dannosi.

Si può fare prevenzione per la CPPS?

Obiettivo della prevenzione primaria è quello di poter identificare quei soggetti sani che sono a rischio di sviluppare la CPPS, e ridurre la loro esposizione ai fattori etiologici specifici. A questo proposito, rivolgerci l'attenzione a quelle patologie benigne, come l'endometriosi pelvica e le cistiti batteriche ricorrenti, che assai spesso si trovano nella storia pregressa di pazienti con CPPS. Fare prevenzione secondaria della CPPS significa diagnosticare la malattia in una fase precoce, aumentando così le possibilità di una più rapida guarigione. La battaglia da combattere è quella volta ad abbattere il "muro dei sette anni", che sono quelli che trascorrono, mediamente, dall'inizio dei sintomi, al momento in cui viene fatta la diagnosi di CPPS.



Dott. Daniele Grassi
Specialista in Urologia
Centro di Urologia Funzionale,
Urologia Femminile e Chirurgia Ricostruttiva
Pelvica
Hesperia Hospital,
Modena