

V. UNFER - F. FACCHINETTI

Congresso Nazionale SIFIOG

Società Italiana di Fitoterapia e Integratori in Ostetricia e Ginecologia

Roma, 30-31 Maggio 2014

*Presidente Onorario: A. Lanzone
Presidenti: F. Facchinetti, H. Valensise*



EDIZIONI MINERVA MEDICA

- 1
Uso della tossina botulinica nella sindrome vulvo vestibolare: principi farmacologici e terapeutici
M. Benci
- 3
Le 3 R in ostetricia: rilassare l'utero, rinforzare la psiche per ritardare il parto
G. Bellei, G. Dante, F. Facchinetti
- 6
La fisiologia sale in cattedra: il myo-inositolo nel laboratorio di PMA
A. Bevilacqua
- 11
Risultati dell'*International Consensus Conference* sugli inositoli in ostetricia e ginecologia
M. Bizzarri
- 13
La Pillola per la Pillola
A. Cagnacci
- 16
Quando il cervello diventa diabetico
T. Catarci
- 18
Difetti del tubo neurale (DTN)
P. Cavalli
- 20
Nuovi approcci terapeutici associati a una corretta alimentazione per contrastare le vaginiti micotiche
M. Colone, G. S. Ponticelli, F. Mondello, L. Angiolella, A. Stringaro
- 23
Neuropatie periferiche in ostetricia: efficacia e potenzialità dell'acido- α lipoico
M. Costantino, C. Guaraldi, D. Costantino, V. Unfer
- 28
Mediatore della serotonina nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo
F. D'Ambrosio
- 33
Il trattamento dell'atrofia vaginale: basta un touch
M. Filippini, M. Farinelli
- 35
Polifenoli del cioccolato e malattie cardiovascolari
D. Grassi, S. Di Agostino, A. Dante, F. Patrizi, K. Konouk-las, L. Martella, F. Mai, C. Ferri.
- 37
Prevenzione delle affezioni vaginali in pazienti radio-terapiche: nuove opportunità
C. Guaraldi, D. Costantino
- 39
L-acetil-carnitina nel trattamento dell'anedonia
D.S. Hatzigiakoumis, G. Martinotti, L. Janiri
- 43
Il nostro (secondo) cervello che funziona "a batteri"
P. Mainardi, M. Mainardi
- 45
Risultati della *International Consensus Conference* sugli inositoli in PMA
O.M. Montanino
- 47
L'ormone del sonno per risvegliare la fertilità
A. Pacchiarotti
- 49
Ageing vulvare: led e acido ialuronico
I.P. Palmieri
- 52
Novità nel trattamento delle vulvo vaginiti
A. Saracino, A. Biamonti
- 54
Nutrigenomica: possibile spiegazione del paradosso francese
F. Sarlo, S. Gratteri, F. Jacoangeli, G. Arcuri, L. Di Renzo, A. De Lorenzo
- 56
La depressione *post-partum* nella società moderna
M. Treglia
- 60
Chiedi D più per la tua menopausa
V. Unfer, D. Gullo

ISBN: 978-88-7711-809-7

© 2014 – EDIZIONI MINERVA MEDICA S.p.A. – Corso Bramante 83/85 – 10126 Torino
Sito Internet: www.minervamedica.it / e-mail: minervamedica@minervamedica.it

I diritti di traduzione, memorizzazione elettronica, riproduzione e adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo (compresi microfilm e copie fotostatiche), sono riservati per tutti i Paesi.

Uso della tossina botulinica nella sindrome vulvo vestibolare: principi farmacologici e terapeutici

M. Benci

Casa di Cura Leonardo, Vinci, Firenze

Nel tardo 1900 viene definita per la prima volta la vulvodinia.

La ISSVD (*The International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases*) adotta la prima formale definizione della vulvodinia nel 1983: come “Fastidio vulvare cronico caratterizzato da bruciore, irritazione o dolore.” La definizione della vulvodinia è formalmente rivista nel Congresso Mondiale dell’ISSVD del 2003 e viene pubblicata nel 2004 con la seguente definizione: “Fastidio vulvare, spesso descritto come bruciore, che si verifica in assenza di rilevanti alterazioni visibili o di specifiche, clinicamente evidenziabili, problematiche neurologiche. La diagnosi di vulvodinia deve escludere il dolore vulvare correlato a specifiche malattie. Nel 2003 la ISSVD ha classificato le potenziali cause di dolore vulvare in quattro categorie:

- infezioni;
- dermatosi (patologie infiammatorie);
- neoplastiche;
- neurologiche.

Esistono due forme di vulvodinia che possono essere isolate o coesistere: vulvodinia generalizzata non provocata: definita in precedenza vulvodinia disestesica.

Questa forma fu descritta per la prima volta nell’1989, sottolineando che le pazienti non hanno significative modificazioni visibili all’esame obiettivo e lamentano un dolore vulvare persistente, e la vestibolodinia prevestibolare provocata: definita in precedenza sindrome vulvo vestibolare (VVS), fu definita per la prima volta da nel 1987 come: dolore severo al tocco del vestibolo o alla penetrazione vaginale, dolorabilità alla pressione localizzata del vestibolo vulvare con un reperto obiettivo limitato a vari gradi di eritema vestibolare¹.

Uno studio epidemiologico del *National Institute of Health (NIH) USA* – su 3358 donne intervistate, con età 18-64 anni, riporta che il 15,6% delle donne intervistate hanno riferito una storia di “bruciore cronico, dolore puntorio e acuto, o dolore al contatto della durata di tre mesi o più. In qualche periodo della propria vita, il 12,4% riferisce di aver avuto dolore al contatto, il 3,3% bruciore o dolore puntorio².

Lo stesso studio epidemiologico del *National Institute of Health (NIH) USA* – riferisce che il

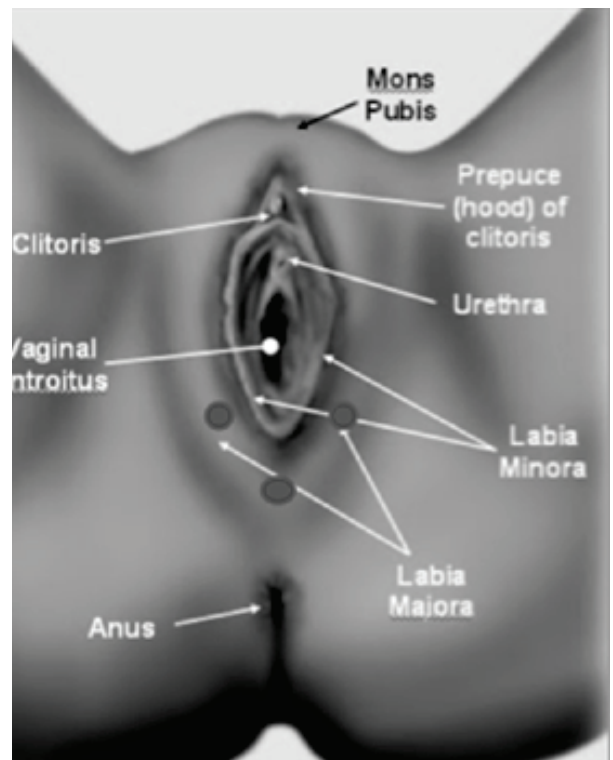


Figura 1. – Target principale: contrazione del muscolo bulbo cavernoso (costrittore della vagina). Da 25/500 UI a 150 UI Allergan intramuscolo.

39,6% non ha mai avuto un trattamento adeguato, il 57% del campione in esame ha riferito tre o più visite per cercare una diagnosi, il 39,1% non ha mai avuto una diagnosi².

La vulvodinia presenta reperti soggettivi: i sintomi dolorosi maggiormente lamentati sono: bruciore (può essere costante e severo), sensazione di “ustione”, irritazione, dolore puntorio. Inoltre viene descritta allodinia (dolore dovuto a uno stimolo che normalmente non è doloroso) e iperalgesia (amplificata percezione di uno stimolo doloroso)^{1,2}.

La vestibolodinia o sindrome vulvo-vestibolare (VVS) viene diagnosticata utilizzando i criteri di Friedrich:

dolorabilità alla pressione localizzata del vestibolo vulvare, reperto obiettivo limitato a vari gradi di eritema vestibolare., dolore severo al tocco del vestibolo o alla penetrazione vaginale¹⁻³.

Diversi fattori sono stati associati con l'insorgenza e il mantenimento dei sintomi, recenti studi hanno evidenziato un aumento della contrazione muscolare, una proliferazione delle fibre nervose vestibolari, elevati livelli di citochine infiammatorie, elevata espressione dei recettori vanilloidi VR1 e anche una riduzione dell'espressione dei recettori alfa per gli estrogeni.

Il razionale scientifico per l'uso della tossina botulinica nella sindrome vulvo-vestibolare risiede nell'evidenze scientifiche dell'attività di quest'ultima nella diminuzione della contrazione muscolare, diminuzione del rilascio di neuropeptide del dolore e regolazione del tono vasale³.

La tossina botulinica è una neurotossina prodotta dal *Clostridium Botulinum* capace di inibire primariamente l'azione dei motoneuroni inibendo il rilascio dell'acetilcolina, in piccole dosi risulta efficace in numerose patologie dove la contrazione muscolare e il dolore sono effetti principali⁴.

La tossina botulinica di tipo A è in grado di ridurre l'iperattività muscolare che sembra sia responsabile nella sindrome vulvo-vestibolare dell'accumulo di metaboliti neurogenici, del cambiamento del flusso vasale, dell'infiammazione, dell'edema e dell'ischemia connessa. Inoltre è in grado di ridurre la percezione del dolore, riducendo i segnali afferenti al midollo spinale dal fuso

muscolare e inibendo il rilascio dei neurotrasmettitori effettori del dolore,

Il trattamento si basa su iniezioni mirate di una soluzione di quantità minime di tossina botulinica di tipo A nel muscolo bulbo cavernoso costrittore della vagina.

Le dosi si attestano tra 25-50-150 UI Allergan diluite in 1,25 ml di soluzione fisiologica suddivise in tre-quattro-sei sedi iniettive suddivise per ogni lato (Figura 1).

Le Iniezioni sono ben tollerate e alcuni studi riportano una diminuzione significativa del dolore per 3-6 mesi dopo le iniezioni senza effetti collaterali. Il trattamento ha significativamente migliorato inoltre la qualità di vita e la funzione sessuale delle pazienti.

Importante non eccedere nelle dosi iniettate onde evitare una diffusione degli effetti farmacologici ai muscoli rettali, pena una incontinenza fecale⁵.

Bibliografia

1. Stone-Godena T. Vulvar Pain Syndromes: Vestibulodynia J Midwifery Womens Health 2006;51:502-9.
2. National Institutes of Health Web site. Computer Retrieval of Information on Scientific Projects (CRISP) database. Available from: <http://crisp.cit.nih.gov> [Accessed August 18, 2006].
3. Ranoux D, Attul N, Morain F *et al.* Botulinum toxin type A induces direct analgesic effects in chronic neuropathic pain. *Ann Neurol* 2008;64:274-84.
4. Benci M, Cirillo PF, Silvestris P. Uso della tossina botulinica in dermatologia: update e linee guida. *Dermatologia Ambulatoriale* 2003;3:18-25.
5. Pelletier F, Parratte B, Penz S *et al.* Efficacy of high doses of botulinum toxin A for treating provoked vestibulodynia. *BJD* 2011;164:617-22.