

Università degli Studi di Padova  
Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana  
Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia  
Direttore Prof. Giovanni Battista Nardelli



# ***Vulvodinia***

- ***DOTT.SSA FRANCESCA MANGANELLO***

# Caso clinico

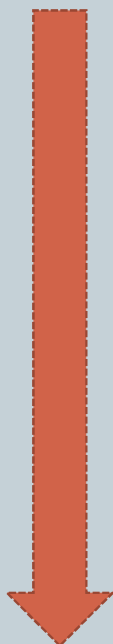


- G.T.
- 58 anni
- PARA 2012
  
- Accesso all'Ambulatorio di Patologia Vulvare per dispareunia, sensazione di gonfiore da circa 2 anni
- La paziente non riesce ad avere rapporti sessuali da circa 6 mesi
  
- Anamnesi negativa: non patologie sistemiche  
nega allergie  
nega fumo
  
- Visita: GE e vagina regolari, utero di dimensioni nella norma. Collo cilindrico. Lieve leucorrea. Stress test negativo.  
Addome trattabile su tutto l'ambito anche alla palpazione profonda.
  
- SWAB test positivo



Ha eseguito terapia PER CIRCA 1 ANNO con:

- Terapie cortisoniche locali
- Terapie anestetiche locali
- Gel all'acqua
- Terapie antibiotiche locali
- Terapie omeopatiche

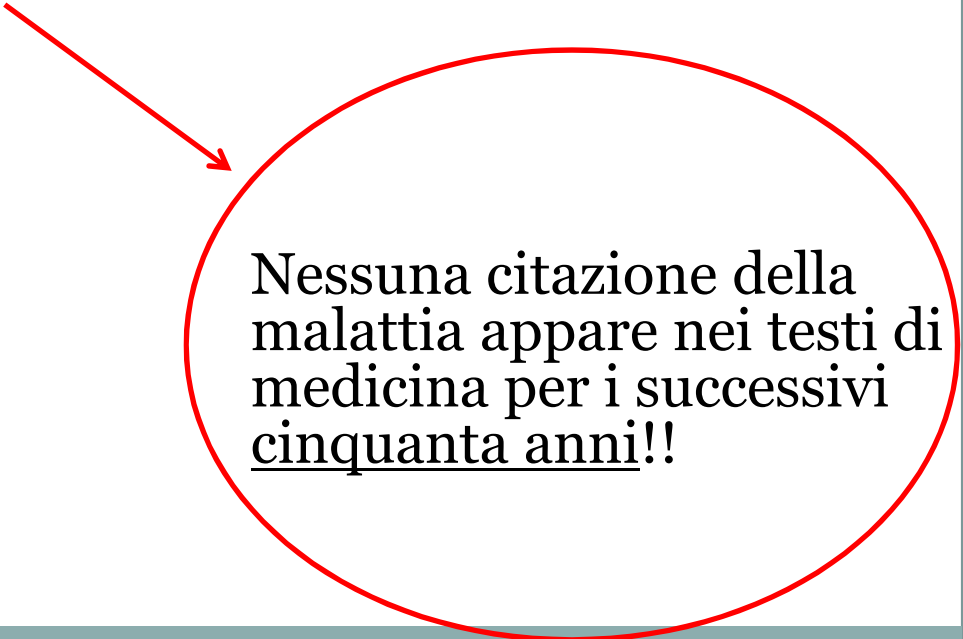


## Vulvodinia

Prima definizione di vulvodinia nel 1880 :

“...eccessiva sensibilità dei nervi della mucosa di alcune porzioni della vulva...talora confinata nel vestibolo.”

1888: “... malattia caratterizzata da una supersensibilità della vulva... Non è visibile alcuna manifestazione esterna di malattia... Quando le dita toccano le parti iperestesiche, la paziente lamenta dolore, qualche volta così forte che piange. “



Nessuna citazione della malattia appare nei testi di medicina per i successivi cinquanta anni!!

## Vulvodinia

1975 Congresso Mondiale della Società Internazionale per lo Studio delle Malattie Vulvovaginali (ISSVD) descrive per la prima volta la vulvodinia come “sindrome della vulva che brucia”

1983 la ISSVD adotta la prima formale definizione della vulvodinia :

“Fastidio vulvare cronico caratterizzato da bruciore, irritazione o dolore.”

formalmente rivista nel 2003 e pubblicata nel 2004:

“Fastidio vulvare, spesso descritto come bruciore, che si verifica in assenza di rilevanti alterazioni visibili o di specifiche, clinicamente evidenziabili, problematiche neurologiche.

# Vulvodinia

{ Spontanea  
Evocata

Vestibolodinia evocata è  
la forma più frequente  
(65% dei casi)

{ Diffusa (perineo e regione anale compresa)  
Localizzata → Vestibolo vaginale (80%)  
→ Clitoride  
→ Grandi e piccole labbra

- Prevalenza del 10-15%
- Insorgenza tra i 16 e gli 80 anni
- Maggior incidenza tra i 20 e i 40 anni

30% delle donne rimane senza diagnosi



# Vulvodinia

## DIAGNOSI

ANAMNESI : bruciore  
 sensazione di ustione/secchezza  
 irritazione/dolore  
 difficoltà nei rapporti sessuali  
 (dispareunia)  
 “punture di spillo”  
 gonfiore della vulva  
 NO PRURITO

### Patient comments that should raise suspicion of vestibulodynia

I can't use tampons because they hurt.
You need to use your smallest speculum when you examine me.
My last doctor told me to relax more.
I always have a yeast infection, but therapy doesn't help.
My episiotomy stitches still hurt.
I'm too tight down there.
Sex has been painful since menopause.

*Bachmann G, Rosen RC. Vulvodynia and menopause. Menopause Management. March/April 2006, pages 14-21.*

Durata del disturbo da almeno 3 mesi

REVIEW ARTICLE

BJD  
British Journal of Dermatology

## Guidelines for the management of vulvodynia

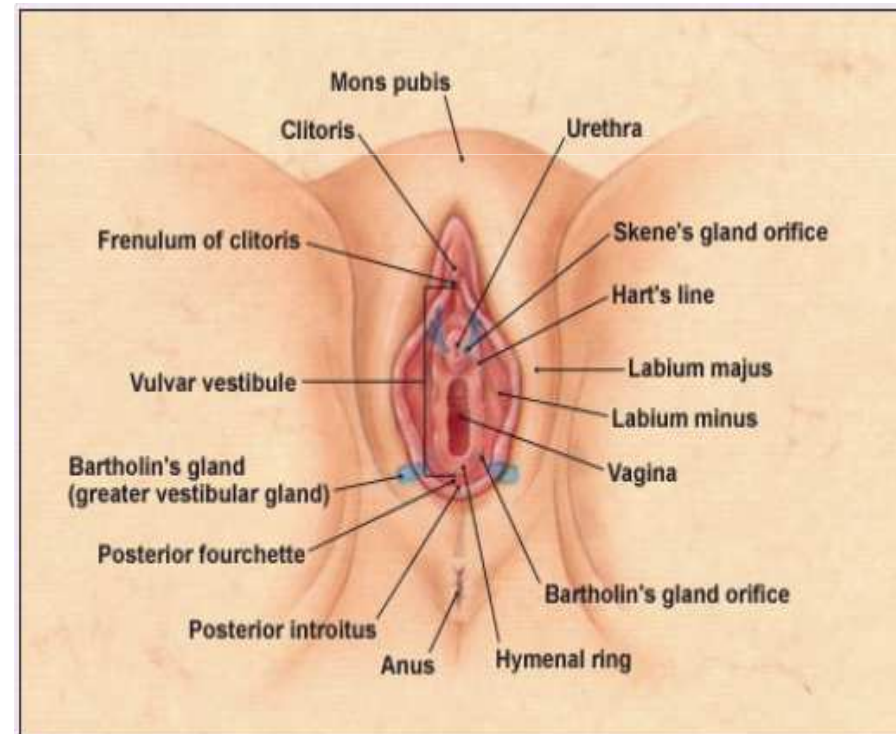
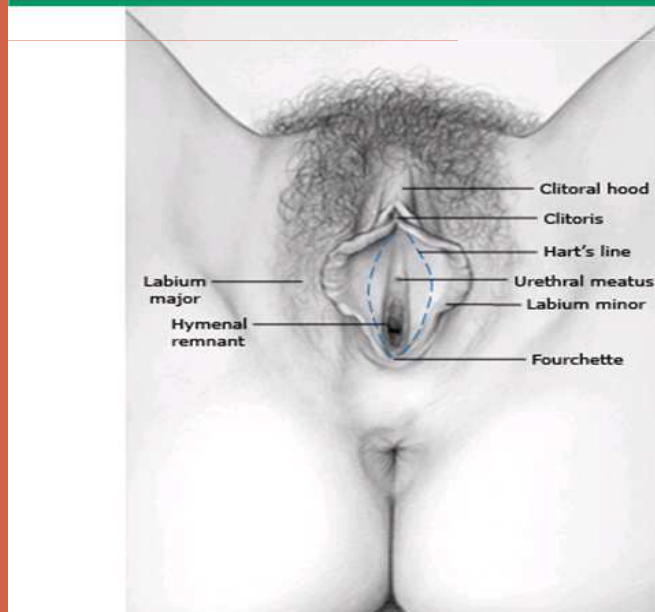
The diagnosis of vulvodynia is clinical

# Vulvodinia

## DIAGNOSI

- Visita → Obiettivamente negativa
  - iperalgesia
  - eritema sulla linea di Hart

Vulvar anatomy





# Vulvodinia

## DIAGNOSI

- Swab test → Positivo  
allodinia ore 2-5-7-10  
(Ideato da Friedrich nel 1987)



- Misurazione del pH per escludere vaginiti
- Palpazione → Ipertono



## Vulvodinia

### DIAGNOSI DIFFERENZIALE

ISSVD classifica le potenziali cause di dolore vulvare in quattro categorie:

- Infezioni
- Dermatosi (Patologie Infiammatorie )
- Neoplastiche
- Neurologiche

Le condizioni comprese in queste categorie devono essere **ESCLUSE** prima di porre la diagnosi di Vulvodinia

# Vulvodinia

DIAGNOSI  
DIFFERENZIALE



## **Lichen Simplex Cronico**

La cute appare ispessita con aree bianche e/o rosse spesso rilevate. il sintomo principale è il prurito, che si automantiene (circolo vizioso prurito-grattamento-prurito).

## Vulvodinia

DIAGNOSI  
DIFFERENZIALE



VIN 3 – Ca microinvasivo

### **Carcinoma Squamocellulare e VIN**

Le VIN (Neoplasie Vulvari Intraepiteliali) possono apparire come aree vulvari di aspetto variabile (bianco-grigiastre o rosse). In caso di dubbio l'esame istologico è fondamentale.

Il Carcinoma Squamocellulare della vulva sovente appare come una formazione nodulare, ulcerata ed è più frequente in età avanzata.



# Vulvodinia

DIAGNOSI  
DIFFERENZIALE

## Alterazioni neurologiche

- Compressione del nervo udendo
- Danni del nervo pudendo per traumi alla nascita, post-chirurgici o per un'ampia varietà di altri insulti (es. post-equitazione, traumi sportivi)
- Dolore riferito dopo chirurgia per ernie discali
- Cisti sacro-meningee (di Tarlov)
- Nevralgia Post-Herpetica
- Malattie neurologiche (come la sclerosi multipla)



## Vulvodinia

DIAGNOSI  
DIFFERENZIALE

### **Dispareunia**

Persistente o ricorrente dolore genitale durante i tentativi di penetrazione o durante la penetrazione vaginale completa nel rapporto sessuale, che causa distress personale

- Superficiale/introitale
- Profonda

### **Vaginismo**

Persistente o ricorrente difficoltà della donna ad accettare la penetrazione vaginale del pene, di un dito o di un oggetto.

Caratterizzato da:

- ipertono dell'elevatore
- variabile fobia del coito

Basson R, et al. J Urol. 2000  
Graziottin & Murina, 2011

# Vulvodinia

## EZIOPATOGENESI

Incremento di volume e numero delle terminazioni nervose vestibolari (correlato con ipoestrogenismo)

Elevata concentrazione di mastociti attivati nel tessuto vestibolare e CD4

Ipersensibilità vestibolare

↑ Citochine infiammatorie  
- Interleukina I beta (IL-1 alfa e beta)  
- Tumor necrosis factor (TNF)

Diminuzione della soglia del dolore a livello centrale

Ipertono muscolare

**DOLORE**

[J Pain. 2013 Jun;14\(6\):579-89. doi: 10.1016/j.jpain.2013.01.767. Epub 2013 Apr 9.](#)

### Augmented central pain processing in vulvodinia.

[Hampson JP<sup>1</sup>, Reed BD, Clauw DJ, Bhavsar R, Gracely RH, Haefner HK, Harris RE.](#)

[J Low Genit Tract Dis. 2014 Apr;18\(2\):195-201. doi: 10.1097/LGT.0b013e3182a55591.](#)

### CD4-positive T-cell recruitment in primary-provoked localized vulvodinia: potential insights into disease triggers.

[Leclair CM<sup>1</sup>, Leeborg NJ, Jacobson-Dunlop E, Goetsch ME, Morgan TK.](#)

### Increased innervation of the vulval vestibule in patients with vulvodinia

P. Tympanidis<sup>1,2</sup>, G. Terenghi<sup>2</sup> and P. Dowd<sup>1</sup>

Article first published online: 5 JUN 2003  
DOI: 10.1046/j.1365-2133.2003.05308.x



British Journal of Dermatology  
Volume 148, Issue 5, pages 1021-1027, May 2003

# Vulvodinia

## EZIOPATOGENESI

**Fertility and Sterility.**



Menopausal hormone therapy and menopausal symptoms

Zain A. Al-Safi, M.D. , Nanette Santoro, M.D.

Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, University of Colorado, Aurora, Colorado

# Patogenesi multifattoriale

Componente ormonale

Riduzione estrogenica comporta una minore protezione sulla fibra nervosa

Dolore disfunzionale

Spesso associato a fibromialgie disturbo della ATM sindrome dell'intestino irritabile

Predisposizione genetica

Polimorfismo genetico che porta a maggior produzione di TNF- $\alpha$  IL-1 $\beta$  e ridotta produzione del recettore per l'antagonista di IL-1

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology  
Volume 107, Issue 1, Pages 74-77, 26 March 2003

Interleukin-1 $\beta$  gene polymorphism in women with vulvar vestibulitis syndrome

Stefan Gerber, Ann Marie Bongiovanni, William J. Ledger, Steven S. Witkin 

J Reprod Med, 2004 Jul;49(7):503-9.

Impact of genetic variation in interleukin-1 receptor antagonist and melanocortin-1 receptor genes on vulvar vestibulitis syndrome.

Foster DC<sup>1</sup>, Sazenski TM, Stodgell CJ.





# Vulvodinia

## FATTORI TRIGGER

- Infezioni vulvo-vaginali (infezioni recidivanti da candida nel 70% delle donne con vulvodinia) o vescicali

[Med Hypotheses](#). 2013 Aug;81(2):228-30. doi: 10.1016/j.mehy.2013.04.043. Epub 2013 May 23.

### **Vulvodinia and fungal association: a preliminary report.**

[Ventolini G<sup>1</sup>](#), [Gygax SE](#), [Adelson ME](#), [Cool DR](#).

- Fattori traumatici (DTC/laser) o mutilazioni genitali femminili
- Incontinenza
- Fattori ormonali (IPOESTROGENISMO) ed immunoallergici
- Fattori psicologici (lutto o perdite del lavoro)

[Obstet Gynecol](#). 2014 Feb;123(2 Pt 1):225-31. doi: 10.1097/AOG.0000000000000066.

### **Factors associated with vulvodinia incidence.**

[Reed BD<sup>1</sup>](#), [Legocki LJ](#), [Pleque MA](#), [Sen A](#), [Haefner HK](#), [Harlow SD](#).

# Vulvodinia

## FATTORI PRECIPITANTI

Rapporto sessuale

Equitazione

Uso di assorbenti esterni

## FATTORI DI MANTENIMENTO

Omissione della diagnosi (30% dei casi)

Inadeguatezza delle misure terapeutiche

Non compliance o inadeguatezza al  
trattamento



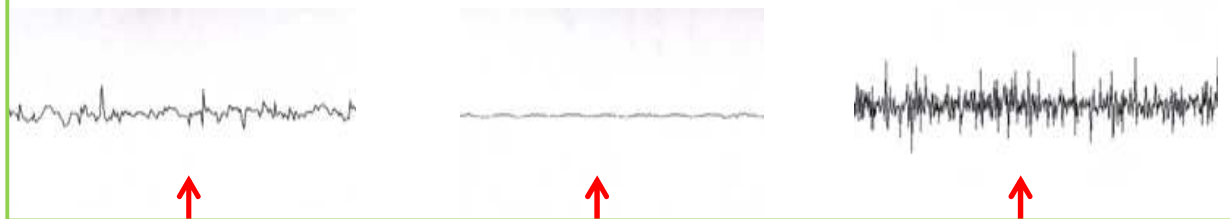
# Vulvodinia

Diagnosi EMG

IPERTONO

ELEVATORE  
DELL'ANO

## EMG nei soggetti controllo



isotonico

basale

attività  
volontaria

## EMG nei soggetti con dispareunia



*J Reprod Med.* 2012 Mar-Apr;57(3-4):141-7.

**Electromyography and vaginal pressure of the pelvic floor muscles in women with recurrent vulvovaginal candidiasis and vulvodynia.**

Polpeta NC<sup>1</sup>, Giraldo PC, Juliato CR, Yoshida LP, do Amaral RL, Eleutério J Jr.



# Vulvodinia

Diagnosi  
ecografica

IPERTONO  
MUSCOLARE

J Sex Med. 2014 Mar;11(3):776-85. doi: 10.1111/jsm.12367. Epub 2013 Nov 6.

## Morphometry of the pelvic floor muscles in women with and without provoked vestibulodynia using 4D ultrasound.

Marin M<sup>1</sup>, Bergeron S, Khalife S, Mayrand MH, Binik YM

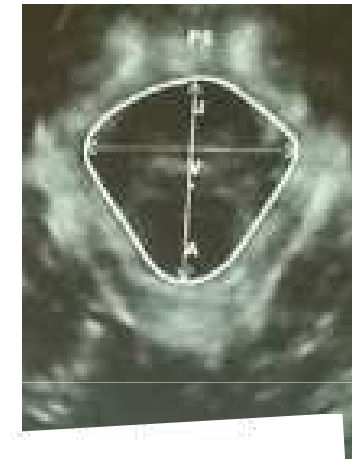
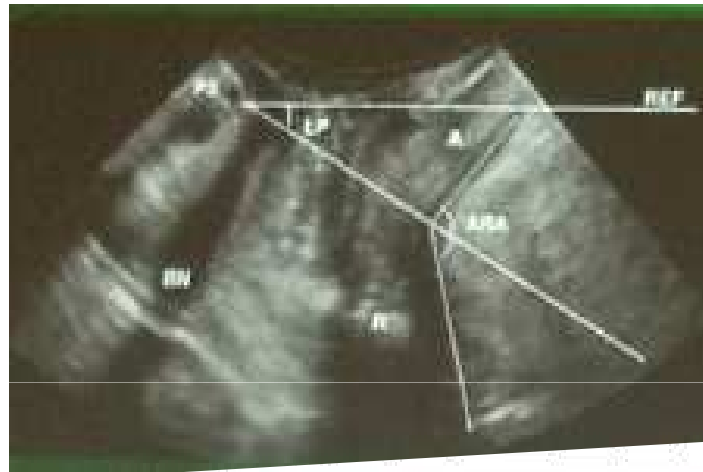


Table 2 PFM morphometry at rest in women with PVD and in asymptomatic healthy controls

Parameters	PVD (mean ± SD)	Control (mean ± SD)	P value
Levator plate angle (°)	29.9 ± 6.35	26.7 ± 6.4	<u>0.030*</u>
Anorectal angle (°)	104.07 ± 13.41	117.35 ± 6.77	<u>&lt;0.001*</u>
Levator hiatus area (cm <sup>2</sup> )	9.77 ± 1.88	10.83 ± 2.22	<u>0.011*</u>
Levator hiatus AP diameter (cm)	4.21 ± 0.47	4.50 ± 0.73	<u>0.028*</u>
Levator hiatus LA diameter (cm)	3.41 ± 0.44	3.56 ± 0.37	0.097

Angolo del piatto degli elevatori è aumentato  
Area dello hiatus degli elevatori è ridotto  
Angolo ano rettale è ridotto



# Vulvodinia

## TERAPIA

REVIEW ARTICLE

BJD  
British Journal of Dermatology

### Guidelines for the management of vulvodinia

D. Mandal,<sup>\*,\*\*\*</sup> D. Nunns,<sup>†</sup> M. Byrne,<sup>‡</sup> J. McLelland,<sup>§</sup> R. Rani,<sup>¶</sup> J. Cullimore,<sup>\*\*</sup> D. Bansal,<sup>††</sup> F. Brackenbury,<sup>‡‡</sup> G. Kirtschig<sup>§§</sup> and M. Wier,<sup>¶¶</sup> British Society for the Study of Vulval Disease (BSSVD) Guideline Group

\*Genitourinary Medicine, Warrington Hospital, Lovely Lane, Warrington, Cheshire WA5 1QG, U.K.

†Department of Gynaecological Oncology, Nottingham City Hospital, Nottingham NG5 1PB, U.K.

‡Genitourinary Medicine, St Mary's Hospital, Jefferis Wing, London W2 1NY, U.K.

§Department of Dermatology, Royal Victoria Infirmary, Queen Victoria Road, Newcastle-upon-Tyne NE1 4LP, U.K.

¶Centre for Sexual Health, Tameside and Glossop PCT, Ashton-under-Lyne, U.K.

\*\*Department of Gynaecology, Princess Margaret Hospital, Swindon SN4 0AT, U.K.

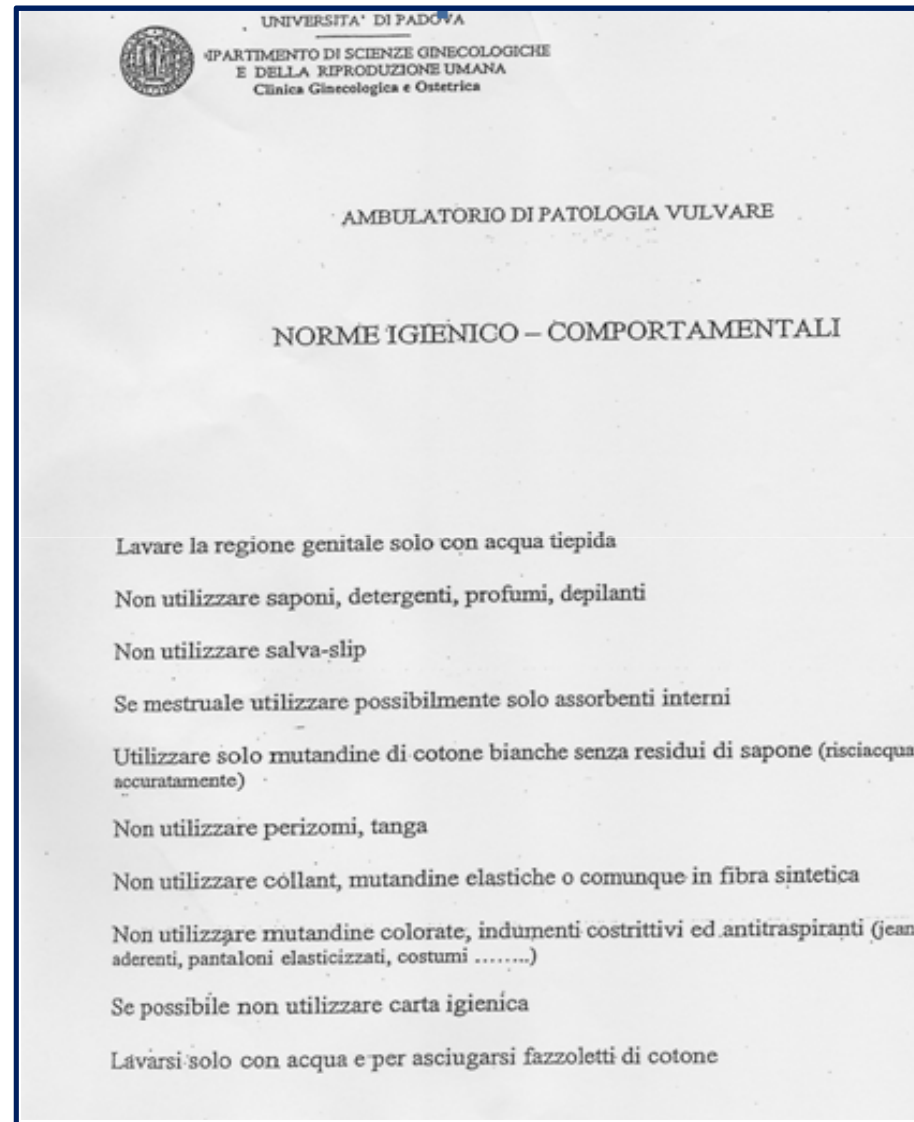
††Genitourinary Medicine, Queen's Hospital, Burton on Trent DE13 0RB, U.K.

‡‡National Lichen Sclerosus Support Group

§§Departments of Dermatology, Churchill Hospital, Oxford OX3 7LJ, U.K. and Vrije Universiteit, 1007 MB Amsterdam, the Netherlands

¶¶Genitourinary Medicine, Clair Simpson House, Bamat, EN5 3DJ, U.K.

\*\*\*University of Manchester, Stopford Building, Oxford Road, Manchester, M13 9PL U.K.



# Vulvodinia

## TERAPIA

### Recommendation 10

Pelvic floor muscle dysfunction should be addressed in patients with vulvodinia who have sex-related pain. Techniques to desensitize the pelvic floor muscles are likely to be beneficial.

Grade of recommendation B; evidence level IIb

- TERAPIE TOPICHE: estriolo topico (meglio in gel) se paziente in menopausa  
lidocaina (può dare dermatite!)  
Diazepam vaginale 5 mg/die per 2 mesi

ELIMINARE EV. INFEZIONI FUNGINE CONCOMITANTI

- TERAPIE ORALI (antidepressivi o anticonvulsivanti)
  - Amitriptilina (1/2 gtt per 10 giorni incrementando di 1/2 gtt ogni 10 gg fino a massimo 5 gtt/die)

- TERAPIA FISICA : TENS (riduce la soglia del dolore a livello centrale)

biofeedback

riabilitazione

terapia comportamentale

- DIETA con basso apporto di ossalati e supplementazione di calcio citrato

# Vulvodinia

## TERAPIA

- **INIEZIONI o INFILTRAZIONI:** a livello del vestibolo di anestetico associato a corticosteroide tossina botulinica

### Recommendation 12

Intralesional injections may be considered in patients with provoked vulvodinia.

*Grade of recommendation B; evidence level III*

- **AGOPUNTURA**
- **TERAPIA CHIRURGICA:** escissione locale vestibolectomia perineoplastica



### Recommendation 9

Surgical excision of the vestibule may be considered in patients with local provoked vulvodinia (vestibulodynia) after other measures have been tried. Only a minority of patients may be suitable for surgery. If surgery is offered, adequate counselling and support should be given to the patient both pre- and postoperatively.

*Grade of recommendation B; evidence level IIb*

# Vulvodinia

## FLOW-CHART

### The Vulvodinia Guideline

Hope K. Haefner, MD,<sup>1</sup> Michael E. Collins, RPh, FIACP,<sup>2</sup>  
 Gordon D. Davis, MD,<sup>3</sup> Libby Edwards, MD,<sup>4</sup> David C. Foster, MD, MPH,<sup>5</sup>  
 Elizabeth (Dee) Heaton Hartmann, PT,<sup>6</sup> Raymond H. Kaufman, MD,<sup>7</sup>  
 Peter J. Lynch, MD,<sup>8</sup> Lynette J. Margesson, MD,<sup>9</sup>  
 Micheline Moyal-Barracco, MD,<sup>10</sup> Claudia K. Piper, ACSW,<sup>11</sup>  
 Barbara D. Reed, MD, MSPH,<sup>12</sup> Elizabeth G. Stewart, MD,<sup>13</sup>  
 and Edward J. Wilkinson, MD<sup>14</sup>

