



Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia – S.I.I.V.

***100 E PIÙ
DOMANDE SU
ARGOMENTI
VULVARI***





Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia – S.I.I.V.

www.siiv.org

CONSIGLIO DIRETTIVO 2016-2020

Presidente

Mario Preti	Torino	Ginecologo
-------------	--------	------------

Segretario

Gianluigi Radici	Bergamo	Ginecologo
------------------	---------	------------

Consiglieri

Pina Belfiore	Palermo	Ginecologa
Carmine Carriero	Bari	Ginecologo
Stefano Crippa	Luton (UK)	Anatomopatologo
Angelina De Magnis	Firenze	Ginecologa
Luciano Mariani†	Roma	Ginecologo
Leonardo Micheletti	Torino	Ginecologo
Eleonora Petra Preti	Milano	Ginecologa
Camilla Salvini	Prato	Dermatologa
Monica Corazza	Ferrara	Dermatologa
Giulio Tosti	Milano	Dermatologo
Anna Virgili	Ferrara	Dermatologa

PRESENTAZIONE

La Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia (S.I.I.V.) ha voluto dare alle stampe questo volumetto “100 e più domande su argomenti vulvari” per provare a rispondere ai dubbi e alle domande che le donne con problemi vulvari pongono ai propri ginecologi o altri specialisti a cui si rivolgono.

Vengono presi in considerazione argomenti che vanno dalla corretta igiene vulvare, a situazioni entro i limiti della norma, ma responsabili di disagio, alla sessualità dopo la menopausa, a malattie vulvari quali dermatosi (Lichen Sclerosus, Lichen Simplex Chronicus), infezioni (virali, micotiche), dermatiti irritative e atopiche, neoplasie (benigne e maligne), nonché sindromi dolorose e correlati psico-sessuologici.

La vulva è un organo che fa parte del sistema riproduttivo femminile, ma svolge anche un ruolo fondamentale nella comunicazione intima e nella percezione del piacere.

Le malattie vulvari pertanto impattano sulla sfera emotiva, relazionale e sessuale in misura maggiore rispetto alle malattie di altre parti del corpo, creando talora ansia, insicurezza, preoccupazione e frustrazione.

Eppure le donne affette da problemi vulvari tendono a non consultare il medico, spesso per pudore, utilizzando invece informazioni provenienti dai social media o siti web, in cui possono trovare risposte fuorvianti e contraddittorie.

L'intento dell'opera è dunque quello di dare alle donne risposte chiare, semplici e scientificamente corrette alle domande più comuni in ambito di argomenti vulvari.

Il presente volumetto rappresenta il risultato di un lavoro di squadra dei membri del Comitato Direttivo della S.I.I.V., che ha tra i suoi scopi istituzionali quello di diffondere l'informazione, la formazione e l'aggiornamento nell'ambito di argomenti vulvari diversi e differenti.

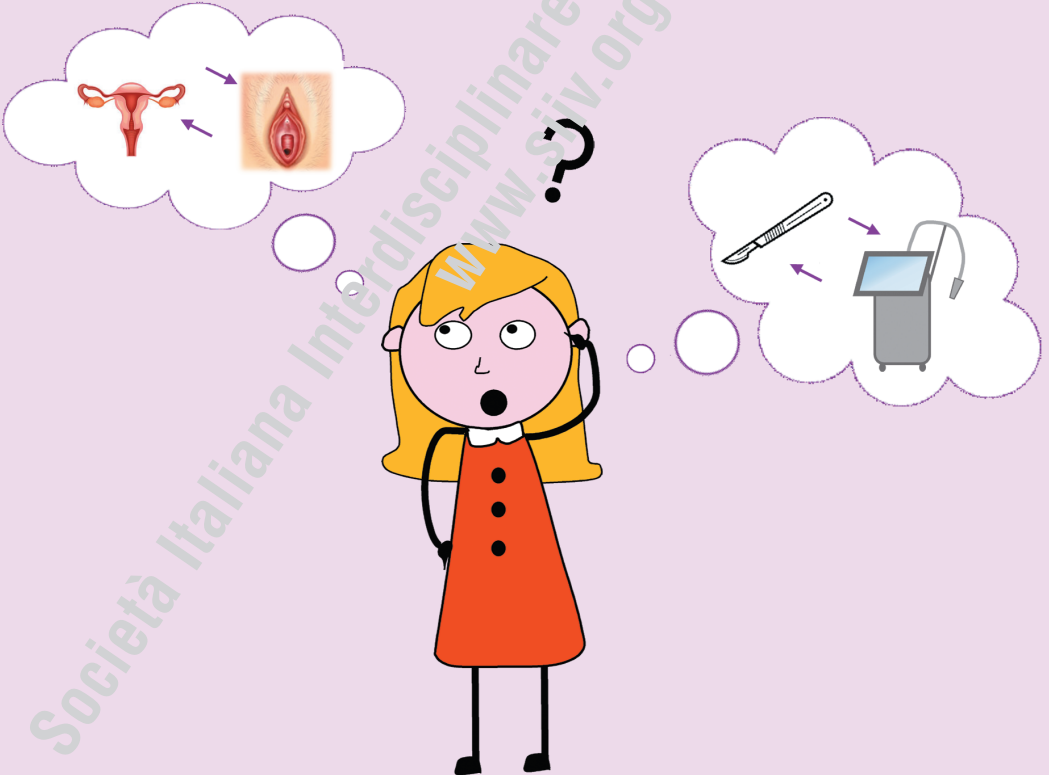
SOMMARIO

Presentazione	pag. 3
1 La vulva normale, cosmesi e chirurgia estetica	pag. 7
2 Igiene intima femminile	pag. 13
3 Sessualità dopo la menopausa	pag. 17
4 Lichen Sclerosus Vulvare	pag. 22
5 Lichen Planus Vulvare	pag. 26
6 Lichen Simplex Chronicus Vulvare	pag. 29
7 Herpes genitale	pag. 33
8 Papilloma virus HPV	pag. 37
9 Vulvodinia	pag. 42
10 Le neoplasie intraepiteliali vulvari	pag. 47
11 Tumori invasivi vulvari	pag. 51

Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia - S.I.I.V.
www.siv.org

1

**LA VULVA NORMALE,
COSMESI
E
CHIRURGIA ESTETICA**

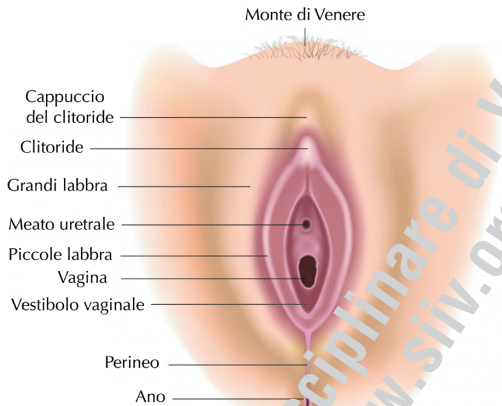


1 La vulva e la vagina sono due nomi diversi dello stesso organo?

No. La vulva è la parte esterna e visibile dei genitali femminili. È compresa tra il monte di Venere (al di sopra del pube) e la zona anale.

La vagina è il canale interno che unisce la vulva con l'utero; ha una lunghezza di 8-10 centimetri. Nella porzione superiore si inserisce al collo dell'utero, mentre nella parte inferiore si collega con la vulva.

2 Com'è fatta la vulva?



È costituita dalle grandi labbra, dalle piccole labbra, dal clitoride, dal vestibolo vaginale (area di passaggio tra la vulva e la vagina), dal meato uretrale.

All'esterno si trovano le grandi labbra, più internamente invece ci sono le piccole labbra, che si uniscono superiormente a formare il cappuccio del clitoride.

All'interno delle piccole labbra si riconosce il vestibolo vaginale che porta all'introito vaginale.

Nella parte superiore del vestibolo si trova il meato uretrale (orifizio che serve per il passaggio dell'urina).

La vulva è rivestita da epitelio differente: alcune parti sono rivestite da cute, o pelle, con o senza peli (grandi labbra e piccole labbra), altre parti sono rivestite da mucosa simile a quella della vagina (vestibolo vaginale, meato uretrale).

3 Le grandi e le piccole labbra in che cosa sono diverse?

Le grandi labbra sono la parte più esterna della vulva e sono rivestite sulla faccia esterna da cute ricca di peli, sulla faccia interna da cute priva di peli.

Le piccole labbra sono situate internamente alle grandi labbra da cui sono separate da una piega detta solco interlabiale.

Non sono ricoperte da peli e le loro estremità possono essere di colore più scuro soprattutto in alcune fasi della vita della donna, ad esempio durante la gravidanza.

4 Le piccole labbra possono essere asimmetriche? A che cosa servono?

Le piccole labbra hanno dimensioni e forme molto variabili, da pochi millimetri ad alcuni centimetri. Inoltre possono essere anche molto asimmetriche tra loro.

Le piccole labbra sono intensamente innervate ed è stato dimostrato che aumentano di dimensione durante la fase di eccitazione sessuale.

5 Ho sempre avuto dei pallini sulla superficie delle piccole labbra. Che cosa sono?

Sulle piccole labbra appena al di sotto della superficie cutanea ci sono ghiandole sebacee (produttrici di secrezione grassa) chiamate **“granuli di Fordyce”**. Sono formazioni del tutto normali e non necessitano di trattamento alcuno. Queste strutture di aspetto giallastro e rotondo possono coprire tutta la zona oppure solo una parte. Possono essere più evidenti nella fase fertile della donna e tendono a scomparire con la menopausa. Molto raramente possono andare incontro a infiammazioni ricorrenti.

6 Mi hanno detto che ho dolore al vestibolo ma cosa è il vestibolo vulvare?

È la parte di tessuto che circonda l'ingresso della vagina, tra l'imene e l'interno delle piccole labbra. In questa piccola zona sono contenute molte ghiandole che producono secrezioni utili per la normale protezione vulvovaginale e per la fase iniziale del rapporto sessuale.

7 Com'è fatto il clitoride?

Il clitoride è un piccolo organo erettile che possiede una struttura a forma di Y rovesciata e la sua parte visibile sporge al di sotto del cappuccio clitorideo formando il glande del clitoride. È un organo con numerosissime terminazioni nervose. La maggior parte del clitoride (corpi cavernosi) è situata sotto la cute. Il glande del clitoride può essere coperto da una sostanza bianca chiamata “smegma”, che consiste in una sostanza caseosa-grassa composta da cellule epiteliali desquamate. Questa sostanza può essere rimossa tranquillamente durante l'igiene quotidiana.

8 È vero che l'imene è diverso da donna a donna?

L'imene è una membrana che separa la vagina dal vestibolo vulvare. L'imene può avere forme differenti. La più frequente è quella circolare (anulare) con una apertura centrale. Anche la sua dimensione ed elasticità sono molto variabili.

Dopo i primi rapporti, solitamente, questa membrana si lacera e al suo posto rimangono dei piccoli lembi, ma esistono donne che hanno un imene pressoché inesistente o molto elastico, per cui la sua “rottura” può non essere evidente. In casi eccezionali invece l’imene non ha nessuna apertura, per cui dopo la prima mestruazione può essere necessaria la sua apertura con un piccolo intervento per permettere al sangue mestruale di defluire all’esterno.

9 La vulva è uguale in tutte le donne?

La zona vulvare come tutte le altre parti del corpo può essere differente in ogni donna per forma, dimensioni e colore. Inoltre il suo aspetto varia in base all’età ed alle fasi di vita della donna.

10 Il mio ginecologo mi dice che ho la papillomatosi fisiologica vulvare devo preoccuparmi?

La papillomatosi fisiologica rappresenta una variante della normalità. È presente in oltre la metà delle donne giovani e tende a scomparire con l’età. Le papille vestibolari sono delle estroflessioni rosate localizzate prevalentemente sulla faccia interna delle piccole labbra. Sono assolutamente innocue e non vanno trattate.

11 Esistono nei sulla vulva?

La vulva è rivestita da cute e pertanto può presentare tutte caratteristiche di quest’ultima. I nei possono localizzarsi su tutta la zona vulvare. Ovviamente vanno valutati come quelli delle altre parti del corpo.

12 Qual è la funzione dei peli nella zona vulvare?

I peli rappresentano una sorta di cuscinetto protettivo per la pelle sensibile della zona. Hanno il compito di mantenere adeguate condizioni di umidità. Più dell’80% delle donne dichiara di ricorrere alla depilazione vulvare.

13 È vero che la depilazione totale è più igienica?

Una normale igiene intima e una normale cura corporea sono sufficienti a garantire un’adeguata igiene della zona vulvare, senza la necessità di una depilazione totale. Ovviamente esiste la possibilità di parassiti (scabbia, pidocchi), presenti nei peli se le condizioni igieniche non sono adeguate, ma questo indipendentemente dal tipo e dall’estensione della depilazione.

La depilazione della zona vulvare può causare delle piccole complicazioni come abrasioni, “peli incarniti”, follicoliti, o dermatiti da contatto.

14 Ci sono delle controindicazioni assolute alla depilazione integrale?

Le donne che presentano patologie vulvari dermatologiche o vulvodinia potrebbero non beneficiare di traumatismi cronici come quelli causati dalla depilazione.

15 Il laser per la depilazione vulvare si può usare?

Il laser può essere usato sulla zona vulvare ed ha il vantaggio di evitare traumatismi ripetuti. Il problema è che elimina i peli in maniera duratura ed espone la zona vulvare in maniera completa ad eventuali agenti dannosi esterni.

16 Quali interventi estetici si possono fare sui genitali esterni femminili?

La chirurgia estetica è un settore fortemente in espansione anche per la parte legata ai genitali femminili. Gli interventi più richiesti sono la ricostruzione dell'imene, il lifting delle grandi labbra, la riduzione delle piccole labbra, la depigmentazione cutanea.

17 Il mio compagno mi ha detto che ho le piccole labbra troppo grandi. È vero?

I genitali esterni femminili sono molto variabili per forma e dimensione. Studi scientifici hanno stabilito che le piccole labbra sono la parte dei genitali esterni con la più ampia variabilità di dimensioni. Quindi molto raramente sono al di fuori del range di normalità.

18 Ho sentito parlare di labioplastica riduttiva. Che cos'è?

La labioplastica riduttiva è un intervento chirurgico eseguito sulle piccole labbra con l'intento di ridurle.

Diverse tecniche chirurgiche sono state utilizzate: amputazione con bisturi/laser, plastica a V-W oppure a Z che sono tecniche speciali utilizzate dai chirurghi plastici.

La richiesta di labioplastica sta aumentando soprattutto nelle donne giovani e sembra abbia come principale motivazione il modello estetico secondo il quale le piccole labbra non devono sporgere al di fuori delle grandi labbra. Questo in realtà avviene normalmente nella maggior parte delle donne.

19 Mi hanno detto che la labioplastica è un intervento semplice e privo di complicanze, è vero?

La labioplastica è un intervento chirurgico a tutti gli effetti e pertanto presenta dei possibili rischi. Tra questi: infiammazione, infezione, persistenza di dolore anche dopo la chirurgia, cicatrici. La labioplastica, inoltre, potrebbe rimuovere il tessuto che contribuisce alla sensibilità sessuale in fase eccitatoria. Tutte le società scientifiche sconsigliano l'esecuzione di qualsiasi intervento di chirurgia estetica dei genitali in adolescenti o in età prepubere poiché questo potrebbe causare delle alterazioni funzionali a un apparato ancora in evoluzione.

20 È sempre sconsigliata la labioplastica?

No. In casi in cui la dimensione o l'asimmetria delle piccole labbra impatta in maniera importante sul normale svolgimento delle attività quotidiane (correre – camminare e così via), la labioplastica può essere una scelta. Deve però essere valutata insieme al medico e a un supporto psicologico ed essere eseguita in strutture altamente specializzate per ridurre al minimo le complicanze post-operatorie.

21 Di recente ho sentito dire che è possibile ritornare “vergini”. È vero?

Esiste un intervento chiamato imenoplastica per la ricostruzione dell'imene. Lo scopo dell'intervento è quello di ricostruire la verginità anatomica che, in alcune culture, costituisce un prerequisito fondamentale per il matrimonio.

22 La chirurgia estetica vulvare migliora la funzione sessuale?

Non ci sono molti dati in letteratura sulla funzione sessuale in donne sottoposte a chirurgia estetica genitale. Nel breve periodo le donne intervistate sembrerebbero soddisfatte, ma i dati sono pochi e non validati dal punto di vista scientifico per stabilire un reale vantaggio.

Gli esiti di una chirurgia scorretta (fibrosi, cheloidi, ecc) possono impattare fortemente sul benessere sessuale, vanificando lo scopo dell'intervento stesso.

IGIENE INTIMA FEMMINILE



1 Esiste un modo corretto per lavare la zona genitale?

Quando si procede a lavare la zona ano-genitale, il modo più corretto è quello di lavare separatamente la zona vulvare e la zona anale, procedendo da "davanti" a "dietro", cioè prima lavare la vulva e successivamente la zona anale.

In questo modo si eviterà che batteri fecali, tipici della zona anale, vengano trasportati a livello vulvo-vaginale e possano causare vulvo-vaginiti e/o cistiti.

La stessa procedura va rispettata quando si utilizza la carta igienica.

2 Tutte le volte che vado in bagno sento il bisogno di lavarmi. È corretto?

È raccomandabile **non abusare di detergenti**. L'eccesso di igiene e di detergenti può contribuire a fenomeni irritativi, specie se il detergente è aggressivo o con pH non adeguato. L'uso di detergenti va limitato ad 1, massimo 2, volte al giorno.

Un veloce risciacquo con acqua corrente può essere indicato nelle altre occasioni.

Occorre però ricordare che anche il contatto eccessivamente ripetuto solo con acqua può portare ad una riduzione della quantità dello strato lipidico fisiologico della cute.

La rimozione dei lipidi di superficie contribuisce a ridurre le capacità di contrasto nei confronti di germi patogeni, ad alterare il pH di superficie e predisporre alla disidratazione dei tessuti.

3 Essendo sempre fuori casa per lavoro, ho iniziato ad utilizzare comode salviette umidificate usa e getta. Può andare bene?

L'utilizzo di salviette umidificate come pratica di igiene quotidiana non è raccomandabile.

Questi prodotti, essendo ricchi di acqua, per evitare la contaminazione da germi devono essere addizionati con numerosi conservanti e spesso sono molto profumati (per scelta delle aziende produttrici al fine di migliorare l'accettabilità del prodotto da un punto di vista commerciale).

Conservanti e profumi sono sostanze che possono generare allergia se rimangono a contatto con la cute.

Pertanto l'utilizzo delle salviette umidificate espone la cute e le mucose al contatto con allergeni che non sono risciacquati con acqua.

La letteratura scientifica è ricca di segnalazioni di dermatiti allergiche da contatto da profumi e conservanti contenuti proprio in questi prodotti.

4 Uso solo detergenti “naturali”, “ipoallergenici” e “neutri”. Faccio bene?

La definizione di prodotto “naturale” così come quella di prodotto “ipoallergenico” non è garanzia di innocuità. Gli stessi principi vegetali dichiarati possono essere responsabili di dermatiti irritative od allergiche. Spesso anche nei prodotti naturali sono immesse sostanze sintetiche al pari di altri prodotti commerciali “non-naturali”.

Il concetto di “neutro” è spesso male interpretato. “Neutro” fa riferimento al pH (pari a 7) e non al fatto che il prodotto sia innocuo e privo di sostanze aggressive. In particolare per la detersione della zona vulvare un pH di 7 spesso non è indicato. L'importante è scegliere un prodotto possibilmente non profumato e ad adeguato pH (acido, cioè minore di 7). I detergenti vanno risciacquati abbondantemente per eliminare tutti i residui di schiuma.

5 Mi è stato consigliato di lavarmi con sapone di Marsiglia. È corretto?



Il sapone di Marsiglia ha un pH alcalino che non è indicato per l'igiene quotidiana della zona genitale.

È sempre solido e spesso si abusa commercialmente del termine “di Marsiglia” anche per indicare prodotti liquidi, sfruttando l'immagine positiva di prodotto naturale che tale denominazione rimanda.

Il nome “sapone di Marsiglia” deriva dal fatto che a Marsiglia l'industria del sapone ebbe enorme sviluppo per la messa a punto della produzione su scala industriale. Una miscela di oli/grassi veniva riscaldata e poi addizionata con soda caustica. Quando la soluzione acquosa raggiungeva la giusta consistenza e pastosità si aggiungeva il sale che permetteva la separazione del sapone. Tale procedura continua ad essere utilizzata ai giorni nostri.

6 Mi è stato consigliato di lavarmi con sapone da bucato. È corretto?

Solitamente il sapone da bucato è preparato con sostanze grasse di scarsa qualità, vegetali o estratte da parti di scarto della macellazione animale, mentre quello cosmetico è ottenuto con sostanze di qualità superiore. Non è consigliabile usare sapone da bucato per la detersione del corpo ed a maggior ragione per la detersione della zona genitale. Inoltre ha un pH alcalino, non indicato. I detergenti oleosi, invece, sono indicati quando la cute è secca o molto secca per es per patologie della zona. Non fanno schiuma e lavano per “affinità”.

Questo tipo di deterzione prevede che per rimuovere uno sporco oleoso dalla cute si usi proprio un olio. Viene cioè sfruttata l'affinità della fase dello sporco con la fase della sostanza che rimuove lo sporco. I detergenti oleosi non dovrebbero essere applicati direttamente sulla cute, ma diluiti e comunque sempre ben risciacquati.

7 Ho spesso sofferto di candidosi e vaginiti. A scopo preventivo utilizzo ora regolarmente prodotti detergenti con antisettici e disinfettanti. Faccio bene?

L'impiego di detergenti addizionati con antisettici e disinfettanti (come clorexidina, triclosan e polivinilpirrolidone iodio) non è indicata nell'igiene quotidiana perché contribuisce ad alterare la normale flora batterica e micotica residente. Inoltre si tratta di sostanze ad azione irritante locale. L'uso di tali prodotti, così come quello delle "lavande vaginali", deve avvenire solo su consiglio del dermatologo o del ginecologo curante, mai per autoprescrizione.

8 Come posso scegliere un giusto detergente?

Un detergente per igiene intima in un soggetto che non ha particolari patologie deve possedere un pH intorno a 5, cioè essere leggermente acido, per rispettare il pH fisiologico della zona.

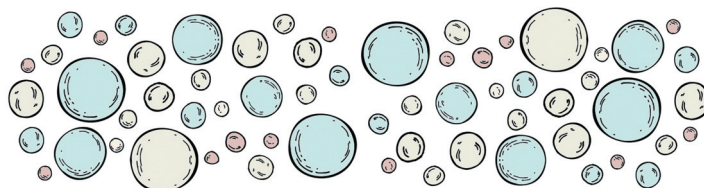
Meglio utilizzare prodotti semplici nella loro formulazione (leggere l'elenco delle sostanze dichiarate in etichetta) e con scarsa profumazione (verificare che la voce parfum/profumi sia in coda all'etichetta).

Specie in epoca post-menopausale detergenti arricchiti di emollienti e lenitivi possono contribuire a limitare il senso di secchezza locale.

9 Leggo spesso la parola "Syndet" sui prodotti per igiene intima. Cosa significa?

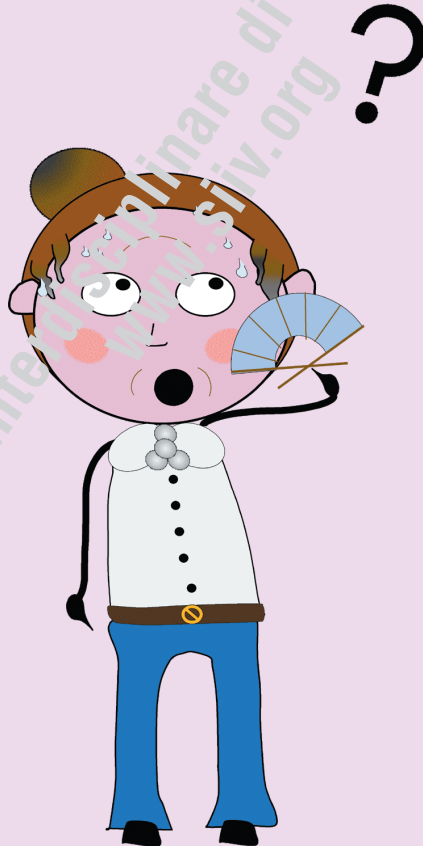
Con la parola syndet si intende un detergente sintetico (synthetic detergent). Sono per lo più saponi liquidi. Nei syndet i vari tensioattivi possono essere miscelati tra loro in opportuna concentrazione così da ottenere un prodotto finito a capacità lavante al pH desiderato.

Sono meno aggressivi rispetto a saponi tradizionali e ai saponi solidi. L'industria cosmetica ha permesso di formulare ottimi prodotti per l'igiene intima, con caratteristiche di delicatezza ottimali.



3

SESSUALITÀ DOPO LA MENOPAUSA



1 Quali sono le fasi della vita sessuale/riproduttiva di una donna?

La vita riproduttiva della donna comincia dopo la pubertà, caratterizzata dalla prima mestruazione (menarca), continua con l'adolescenza e l'età adulta, scandite dai cicli ovarici, dalle mestruazioni, da eventuali gravidanze, finché il patrimonio dei follicoli ovarici, che è fissato alla nascita, non si esaurisce, insieme alla fertilità e al ciclo mestruale.

L'ultima mestruazione della vita di una donna è definita "**menopausa**". In ragione dell'età media della menopausa si può affermare, con ampia variabilità, che circa un terzo della vita viene vissuto da una donna nel periodo post-menopausale.

Tale periodo è determinato in modo retrospettivo dopo 12 mesi senza flusso mestruale, rispetto alla presunta menopausa, anche se sintomi, segni clinici e dosaggi ormonali possono accorciare l'aspettativa di questa diagnosi, che è talvolta carica di ansia da parte della donna.

Nei casi di asportazione dell'utero per motivi medici, le mestruazioni non ci sono più (menopausa chirurgica), ma se le ovaie non sono rimosse l'effetto ormonale della menopausa si manifesterà alla stessa età di quella naturale.

2 Cosa succede a livello ormonale e a livello genitale durante la menopausa?

Quando si esaurisce l'attività ovarica termina la fertilità femminile, ma si verifica anche la caduta del livello degli ormoni ovarici più importanti (estrogeni).

Questa carenza estrogenica mette in sofferenza molti organi e tessuti che sono bersaglio di questi ormoni, ad esempio le mucose urogenitali e l'osso.

Fortunatamente questa caduta ormonale è graduale: nel periodo post-menopausale precoce, della durata di alcuni anni, sono descritti sintomi e segni genitali e urologici, con atrofia, scarsa lubrificazione, difficoltà nei rapporti, incontinenza, ecc. che sono oggi raggruppati in una condizione definita **Sindrome Urogenitale della Menopausa (GSM)**.

È importante sottolineare che in questa fase della vita, in varie indagini e ricerche internazionali, il 75% delle donne si dichiara sessualmente attivo.

D'altronde una attività sessuale vaginale regolare è considerata importante per la salute vaginale dopo la menopausa perché stimola il flusso sanguigno, il tono muscolare, la lunghezza e l'elasticità della vagina.

3 Le problematiche sessuali dopo la menopausa sono dovute solo a motivi biologici o ci sono anche altre ragioni?

La sindrome genitourinaria della menopausa è certamente determinante nelle difficoltà sessuali peri e post-menopausali, ma esistono in questa fase particolare della vita fattori psicologici ed esistenziali che si sommano ed interagiscono con quelli prettamente fisici ed ormonali.

Gli aspetti psico-sociali sono legati all'atteggiamento della donna di natura personale e culturale nei confronti della menopausa e dell'invecchiamento e della **sessualità**: questi due ambiti interagiscono e si influenzano vicendevolmente.

Altri fattori psicosociali sono:

- **Accettazione dei cambiamenti di ruolo nella propria vita:** moglie (compagna, amante), madre, nonna, ecc...
- **Immagine del proprio corpo e autostima:** legata alle trasformazioni fisiche, ma anche al clima culturale ed alle mode (chirurgia plastica, medicina estetica, ecc...)
- **Cause di stress varie**

I fattori relazionali si riferiscono alla sfera della relazione di coppia:

- **Perdita o cambio del partner**
- **Sentimenti ed atteggiamento nei confronti del partner e della relazione**
- **Sentimenti ed atteggiamento del partner nei confronti della donna e della relazione**
- **Problemi sessuali del partner.**

4 Perché il desiderio sessuale tende a diminuire dopo la menopausa?

Uno degli aspetti più comuni della sessualità in post-menopausa è la **riduzione del desiderio sessuale** (cosiddetto HSDD: Hypoactive Sexual Desire Disorder).

L'interesse sessuale, il desiderio e la volontà di agire sessualmente sono legati a tre componenti intercorrelate:

- **Istintiva:** la pulsione sessuale è la componente biologica e ormonale, legata a pensieri e fantasie, attrazione erotica, sensazione di stimolo genitale. Può variare nei diversi soggetti e nel tempo, per svariati motivi come stress, attività quotidiane e stato di salute.
- **Razionale:** convinzioni, valori ed aspettative sull'attività sessuale, derivati da cultura, religione, educazione e personalità. Quanto più favorevole è l'atteggiamento nei confronti del sesso, tanto maggiore sarà il desiderio sessuale.

- **Motivazionale:** questa componente coinvolge la volontà di comportarsi sessualmente in un determinato tempo e con un determinato partner. Guidata da fattori emozionali ed interpersonali (sentimenti) è probabilmente la componente più complessa, ma anche forse la più importante. In generale, una relazione sentimentale soddisfacente è considerata spesso necessaria dalla maggioranza delle donne per un adeguato desiderio sessuale.

La spinta sessuale decresce gradualmente con l'età, sia negli uomini che nelle donne, ma in queste ultime il declino è 2-3 volte più rapido e frequente, presumibilmente per la presenza stessa della menopausa.

5 L'eccitazione e l'orgasmo possono diventare un problema con l'età?

I disturbi dell'eccitazione sessuale si classificano come:

- **Soggettivi:** Assenza, o diminuzione marcata, delle sensazioni di eccitazione o piacere sessuale con qualsiasi tipo di stimolazione, mentre la lubrificazione vaginale e altri segni di risposta fisiologica sessuale possono essere presenti.
- **Genitali:** Assente o diminuita eccitazione sessuale genitale, valori minimali di lubrificazione vaginale e reazione vulvare, con qualsiasi tipo di stimolazione sessuale, ridotta sensazione da manipolazione genitale. Tuttavia, una soggettiva eccitazione sessuale può avvenire da stimoli non genitali (film erotici, baci, stimolazione mammaria). Si attribuisce soprattutto al deficit estrogenico o a danno neurologico.
- **Combinati:** Associazione delle due forme precedenti, in questi casi vi è spesso associazione con la mancanza di desiderio sessuale.

Insieme con i deficit del desiderio e dell'eccitazione, si possono facilmente associare i disturbi dell'orgasmo femminile, in misura di:

- mancanza del raggiungimento dell'orgasmo,
- marcata diminuzione dell'intensità dell'orgasmo,
- marcato ritardo nel raggiungimento dell'orgasmo.

La dispareunia, che significa dolore nei rapporti sessuali, può insorgere o aumentare dopo la menopausa.

Soprattutto quella superficiale, che si avverte all'inizio della penetrazione, a livello dell'introito, può essere correlata ad irritazione genitale e a vulvovaginiti di varia natura, ma anche alla condizione di atrofia vulvo-vaginale e secchezza propria della sindrome genitourinaria post-menopausale.

La dispareunia in età fertile ha una frequenza attorno al 15%, ma in peri e postmenopausa può arrivare al 45%.

6 Cosa può fare il medico per aiutare le donne nel periodo post-menopausale?

Le opzioni terapeutiche per la Sindrome Genitourinaria della Menopausa sono costituite da: trattamenti locali emollienti, lenitivi, lubrificanti, terapia ormonale sostitutiva (estrogeni e progesterone) per via generale o estrogeni locali, terapie sistemiche non ormonali (tibolone, SERM), testosterone per il calo del desiderio, terapie per i disturbi urinari ecc... A questo si deve aggiungere l'assistenza psicologica e sessuologica eventualmente necessaria, per tutte le problematiche su riportate.

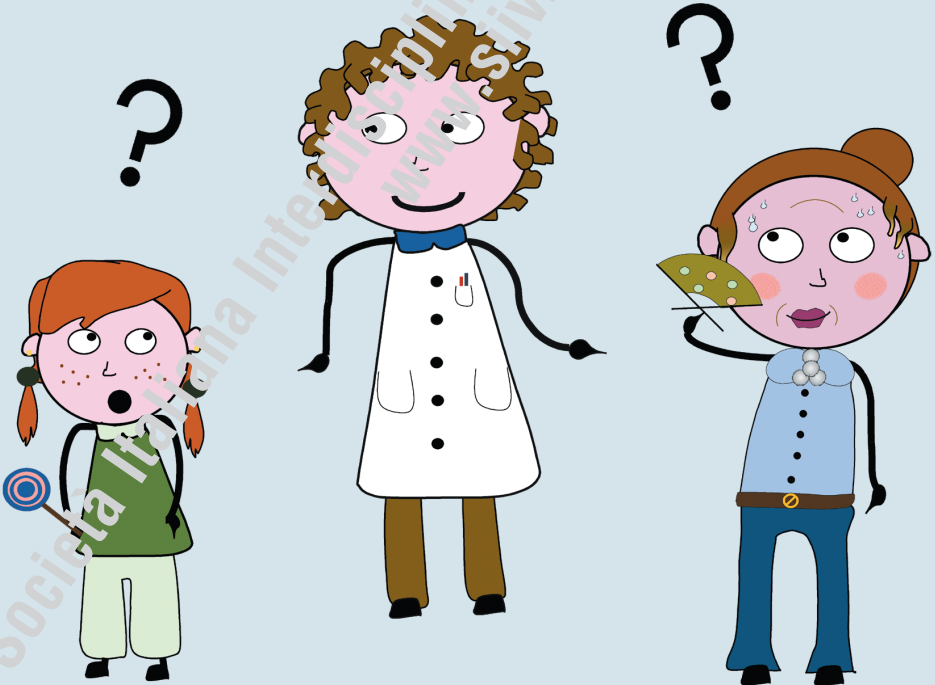
Complessivamente, gli studi mettono in luce la carenza di discussione, la sotto-diagnosi ed il sotto-trattamento dei sintomi vulvari, vaginali, sessuali e urinari associati alla menopausa.

Una corretta e completa anamnesi sessuale richiede molto più tempo rispetto alla routine ginecologica, le donne raramente riferiscono volontariamente queste difficoltà della sfera sessuale: il medico deve quindi cogliere l'opportunità di approfondire l'indagine su questi aspetti con tatto e sensibilità.

Non esiste un'età alla quale una donna debba smettere di considerare la sessualità, pur nelle possibilità e limiti legati alle diverse età, come una opportunità di miglioramento della qualità della propria vita, sia psico-fisica che sociale, non dimenticando mai che anche le relazioni sessuali e i fattori legati al partner hanno una grande influenza su questo percorso.

4

LICHEN SCLEROSUS VULVARE



1 Che cos'è il Lichen Sclerosus Vulvare? È contagioso?

È una **malattia dermatologica cronica non contagiosa**. È una malattia "autoinfiammatoria" con una verosimile base autoimmunitaria locale, non infettiva. Colpisce persone geneticamente predisposte tendenzialmente in età peri e postmenopausale, ma sono riportati casi in ogni fascia d'età.

2 Quali sono i sintomi della malattia?

Il sintomo più frequente è un **prurito** più o meno intenso e la sensazione di secchezza dei genitali esterni. A volte ci può essere anche bruciore dovuto alle fissurazioni che si formano sul tessuto secco o alle escoriazioni dovute al grattamento.

Possono anche non esserci sintomi e ci si accorge dei segni della malattia all'accurata ispezione vulvare.

3 Quali sono i segni?

La vulva appare di colorito biancastro; ci possono essere placche bianche di varie dimensioni; i tessuti vulvari sono rigidi, poco elastici; ci possono essere delle escoriazioni o anche delle macchie rosse che sono piccoli stravasi di sangue dovuti al grattamento.

4 Come si fa la diagnosi di Lichen Sclerosus?

Generalmente è sufficiente una accurata ispezione della vulva, a occhio nudo o con una apposita lente ad ingrandimento. La certezza diagnostica si ha facendo una **biopsia**, cioè prelevando in anestesia locale un piccolo campione di tessuto. Attualmente, se il ginecologo o il dermatologo sono esperti in patologia vulvare, si può evitare la biopsia che viene riservata alle lesioni che non guariscono con la terapia adatta o nel caso di lesioni che fanno sospettare un'evoluzione tumorale del quadro clinico.

5 Come si cura questa malattia?

Il Lichen Sclerosus richiede una terapia continua senza interruzioni, essendo una patologia cronica. La crema/pomata/unguento al cortisone è la terapia più utilizzata ed efficace. L'applicazione locale prevede dosaggi che variano a seconda dello stato della malattia: in fase acuta si deve applicare tutti i giorni, poi si riducono le applicazioni fino a un regime detto di mantenimento, cioè poche volte alla settimana o al mese. Oltre alla crema al cortisone, è necessario applicare una crema base idratante per ridurre la sensazione di secchezza e per rendere più elastici i tessuti.

6 Mettere crema al cortisone così a lungo può far male?

No. Bisogna usare una piccola quantità di crema e farla assorbire bene. La crema cortisonica che viene usata attualmente ha scarsi effetti collaterali: non peggiora l'atrofia, non determina arrossamenti e agisce solo nella sede di applicazione, cioè passa in dosi trascurabili nel circolo sanguigno.

7 Per quanto tempo si deve fare la terapia e si può guarire?

Trattandosi di una malattia cronica, **la terapia va continuata per tutta la vita**, aggiustando la frequenza di applicazione a seconda del grado di attività della malattia. Si può arrivare a dover mettere la crema anche solo ogni 10 giorni. Il Lichen Sclerosus è una malattia cronica quindi non guarisce, però la terapia tiene sotto controllo molto bene l'attività infiammatoria di questa malattia.

8 Quali danni può fare questa malattia?

Può determinare, nel tempo, un cambiamento di tutta la regione vulvare: il clitoride si può appiattire molto, le piccole labbra si possono assottigliare fino a scomparire del tutto; l'ingresso della vagina si può restringere; tutta la regione vulvare e perianale possono diventare secca e priva di elasticità.

9 Il Lichen Sclerosus può evolvere verso un tumore maligno?

In alcuni casi **può esserci una trasformazione maligna**. Gli studi effettuati finora indicano che la trasformazione tumorale accade nel 3-5% dei casi. Sembra essere molto importante fare correttamente la terapia ed effettuare l'ispezione vulvare agli intervalli prescritti dagli esperti in questa malattia. Il tumore maligno può essere preceduto da lesioni ancora non infiltranti che, se riconosciute e trattate chirurgicamente, possono evitare l'evoluzione verso il tumore infiltrante.

10 Si possono avere rapporti sessuali?

Si. Bisogna tener conto che la mucosa vulvare è molto asciutta e poco elastica; bisogna, quindi, usare una crema idratante specifica per evitare che si formino delle fissurazioni durante il rapporto. A volte, se la malattia viene diagnosticata tardi, può aver ristretto l'ingresso vaginale e reso rigida la parte inferiore della vulva, detta forchetta. In questi casi si può ricorrere ad un piccolo intervento chirurgico che amplia l'ingresso vulvare.

11 Il Lichen Sclerosus può venire anche alle bambine e come si cura?

Si. Anche nelle bambine si manifesta con prurito e, spesso, bruciore dovuto alle escoriazioni da grattamento.

A volte le bambine presentano stipsi perché l'evacuazione determina ragadi anali dolenti per cui le bambine evitano volontariamente di andare di corpo.

Nelle bambine si effettua solo l'ispezione vulvare e si evita la biopsia, sia per l'effetto traumatico psicologico di questa procedura in età infantile che per l'assenza di rischio oncogeno a questa età.

Nelle bambine si utilizza la terapia con crema al cortisone ad elevata potenza nelle forme acute e con molte lesioni per un tempo limitato fino alla regressione dei sintomi e dei segni, poi si prosegue con una crema al cortisone a potenza inferiore fino a smettere del tutto se la malattia è regredita. L'ispezione vulvare va effettuata a intervalli regolari così da accorgersi per tempo di una eventuale ripresa della malattia e ricominciare il trattamento.

Secondo alcuni studi la malattia tenderebbe a regredire con la pubertà, ma si consigliano comunque dei controlli anche oltre la pubertà.

12 Per la cura del Lichen Sclerosus esistono altre terapie oltre il cortisone?

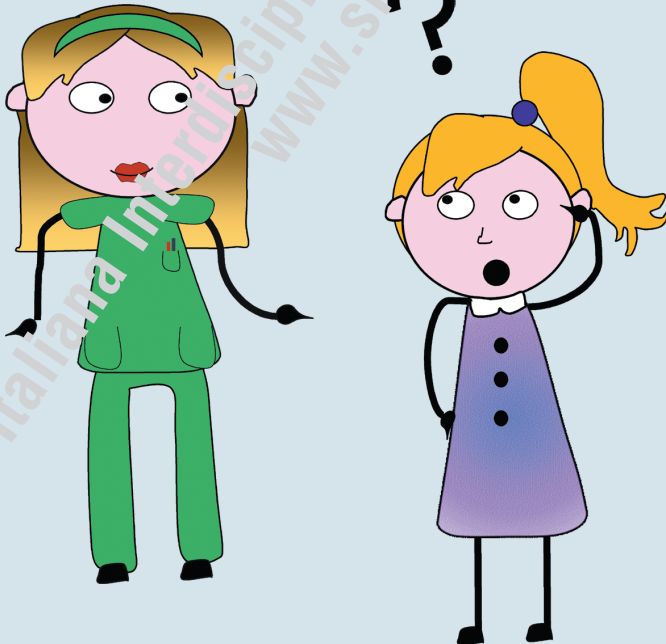
Sono state studiate in passato varie terapie con creme al Progesterone e al Testosterone ma è stato ampiamente dimostrato che non sono efficaci.

Attualmente sono in corso sperimentazioni con PRP (plasma ricco di piastrine) allo scopo di promuovere una rigenerazione dei tessuti vulvari e una modulazione della risposta infiammatoria ma gli studi sono ancora limitati con piccole casistiche e soprattutto con follow up limitato nel tempo.

Anche il laser è stato studiato come terapia ma mancano ancora dati sufficienti per dimostrare l'efficacia e il profilo di sicurezza: è quindi prudente che le nuove terapie vengano condotte solamente in ambito di studi clinici controllati con adeguati consensi informati.

5

**LICHEN PLANUS
VULVARE**



Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia - S.I.I.V.
www.siiiv.org

1 Che cos'è e da cosa è causato il Lichen Planus Vulvare?

Il Lichen Planus è una **malattia infiammatoria cronica**, che può presentarsi sulla cute e mucose di tutto il corpo, sui genitali, in bocca e, meno frequentemente, su congiuntive, unghie, cuoio capelluto. Insorge prevalentemente fra i 50 e i 60 anni e più frequentemente nelle donne.

Assume aspetti diversi a seconda delle sedi che coinvolge. Il Lichen Planus cutaneo è caratterizzato da papule violacee, confluenti, pruriginose che si trasformano in macchie violacee e poi biancastre o pigmentate che si localizzano su braccia, gambe e dorso.

Il Lichen Planus Vulvare si manifesta in varie forme, di cui la più frequente è quella erosiva. Le sedi vulvari interessate sono la mucosa vestibolare (quell'area che precede l'ingresso alla vagina), il perineo, la zona perianale e la vagina stessa. Anche se le cause non sono ancora chiarite del tutto, il Lichen Planus è correlato a un'alterazione del sistema immunitario. Probabili predisposizioni genetiche e vari fattori scatenanti innescano il processo infiammatorio che si auto-mantiene con accessi e riacutizzazioni a volte imprevedibili.

2 Come si manifesta il Lichen Planus Vulvare?

Si manifesta con bruciore, fastidio durante la funzione urinaria, prurito, dolore durante e dopo l'attività sessuale. Nella forma erosiva la pelle appare assottigliata e si fissa facilmente, la vulva presenta chiazze rosse in cui manca lo strato superficiale della pelle. Queste aree possono avere bordi netti, oppure possono essere delimitate da un reticolo bianco e qualche piccola placca.

3 Perché i rapporti sono diventati dolorosi?

Dopo la fase acuta, già di per sé dolorosa per la presenza delle lesioni erosive, può seguire riduzione delle dimensioni e dell'elasticità della vulva e restringimento dell'introito alla vagina. Le aree prima assottigliate possono trasformarsi in aderenze ed avere aspetto brunastro. Ne consegue dolore durante i rapporti sessuali e a volte impossibilità alla penetrazione.

4 Qualche volta ho avuto bruciore anche in bocca.

Fino al 50% delle donne che hanno il Lichen Planus Vulvare possono avere il Lichen Planus orale. Le lesioni possono manifestarsi su gengive, palato lingua e faccia interna delle guance. Il sintomo percepito è il bruciore, spontaneo o scatenato da alcuni cibi. La diagnosi deve essere affidata a specialisti odontostomatologi o dermatologi.

5 Ci sono alcuni cibi che possono peggiorare il bruciore vulvare?

Non ci sono evidenze scientifiche che dimostrino esacerbazione del bruciore vulvare con l'uso di particolari cibi, come avviene nel Lichen Planus orale.

6 È “contagioso” per la mia famiglia? Posso trasmetterlo al partner?

Il Lichen Planus **non è un'infezione e non è causato da cattiva igiene**; non è quindi trasmissibile ai conviventi, né attraverso l'attività sessuale.

7 Come posso essere sicura di avere il Lichen Planus?

Poiché il Lichen Planus può manifestarsi in varie sedi, è importante che gli specialisti che hanno in cura la donna (ginecologi, dermatologi e odontostomatologi) comunichino tra loro.

La diagnosi di Lichen Planus Vulvare può essere fatta dal ginecologo o dal dermatologo, purché abbia competenze vulvologiche.

Spesso questa dermatosi presenta aspetti simili ad altre patologie; in questi casi oltre all'osservazione clinica si eseguono biopsie per conferma istologica.

8 È possibile curarlo o non guarirà mai?

La terapia mira a ridurre bruciore e prurito e a preservare l'attività sessuale; si basa sull'uso di corticosteroidi topici, oli e detergenti idratanti. L'uso di abbigliamento non occlusivo e in fibre naturali è indispensabile per evitare riacutizzazioni e sovra-infezioni.

I risultati sono ottimali quando l'intervento è precoce.

In pochi casi la malattia è auto-limitante, cioè decorre con pochi sintomi e si arresta.

Nella maggior parte dei casi, se non riconosciuta e adeguatamente trattata, tende a persistere nel tempo con periodiche riacutizzazioni.

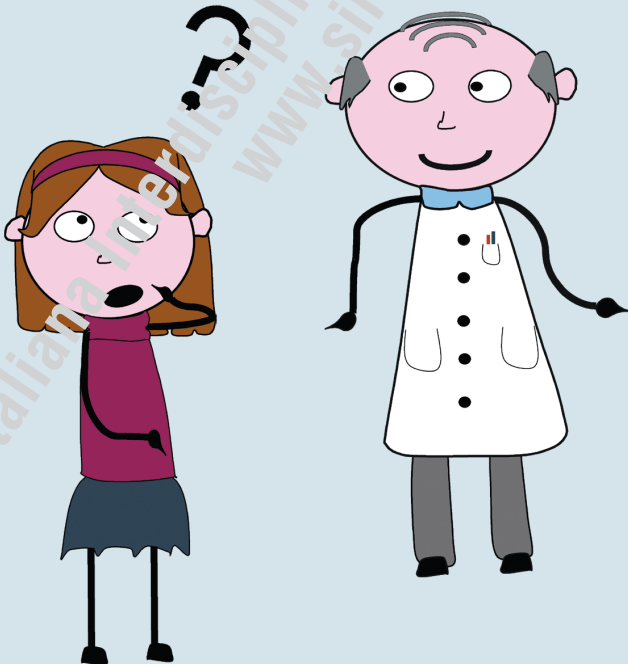
9 Il Lichen Planus Vulvare può “degenerare”?

Pochi studi hanno evidenziato una bassa percentuale di neoplasie associate a Lichen Planus Vulvare. Attualmente mancano dei test per identificare le pazienti a rischio.

Lo strumento di prevenzione e diagnosi precoce oncologica rimane il controllo vulvologico periodico, da ripetere in caso di esacerbazione dei sintomi o di comparsa di lesioni non responsive a terapia.

6

LICHEN SIMPLEX CHRONICUS VULVARE



1 Che cos'è il Lichen Simplex Chronicus?

Il Lichen Simplex Chronicus (LSC) è una **dermatite cronica infiammatoria benigna** caratterizzata da un'intensa sintomatologia pruriginosa.

Dal punto di vista clinico si contraddistingue per un ispessimento della cute con accentuazione dei solchi cutanei.

L'ispessimento della cute è dovuto al prolungato grattamento.

2 Il LSC interessa solo i genitali?

Il LSC è una condizione che può colpire ogni distretto cutaneo.

Il LSC dell'area genitale interessa più frequentemente la vulva nella donna e lo scroto nel maschio; l'area perianale è frequentemente coinvolta sia nella femmina sia nel maschio.

3 Qual è la sintomatologia tipica del LSC?

Il sintomo prevalente e caratteristico del LSC è il **prurito**. Dapprima lieve e sporadico, in seguito intenso e incoercibile, spesso aggravato da calore, sudorazione, utilizzo di assorbenti o situazioni emotivamente stressanti.

La massima intensità del prurito si ha generalmente la sera e durante le ore notturne.

4 Qual è la presentazione clinica del LSC?

L'aspetto clinico del LSC dipende molto dal momento in cui viene diagnosticato: dopo una fase eritematosa (rossore), è caratterizzato da un ispessimento della cute con accentuazione dei solchi e della quadrettatura cutanea.

La cute può essere di colore bruno grigiastro, con aree traslucide e con superficie desquamante. Escoriazioni da grattamento e aree più o meno pigmentate possono essere frequentemente osservati.

5 Il LSC genitale può colpire tutte le età? È una condizione frequente?

Il LSC può interessare tutte le età. È più frequente nel maschio in età pediatrica e nella donna in età adulta.

Sicuramente il LSC è una condizione che viene spesso misconosciuta e l'inquadramento diagnostico corretto può avvenire dopo diversi anni dalla comparsa della sintomatologia iniziale.

6 Qual è la causa del LSC?

La causa del LSC non è completamente conosciuta. Le cause comprendono una serie eterogenea di **fattori scatenanti** (fisici, chimici, dermatosi, infezioni) che innescano un circolo vizioso costituito da prurito, conseguente grattamento e conseguente comparsa di nuove lesioni con peggioramento progressivo del quadro clinico.

I fattori scatenanti sono di diversa natura:

- **stimoli fisici:** temperatura elevata, frizione, ambiente umido;
- **stimoli chimici:** saponi, lavande, cosmetici, detersivi, medicinali locale, abbigliamento intimo, assorbenti;
- **infezioni:** batteriche, micotiche, virali, protozoarie
- **dermatosi:** dermatite atopica/eczema, psoriasi, Lichen Sclerosus, dermatite allergica da contatto
- **fattori psicologici:** situazioni stressanti possono aggravare la sintomatologia

L'atopia, ossia la predisposizione a sviluppare allergie, è un fattore predisponente al LSC. I soggetti affetti da LSC hanno spesso allergie, in particolare rino-congiuntivite allergica e dermatite atopica (eczema). Si stima che una storia di atopia possa essere riscontrata in circa il 60% dei soggetti affetti da LSC.

7 Esiste un trattamento per il LSC?

Se ci sono infezioni in atto oppure situazioni scatenanti riconoscibili bisogna cercare di allontanare le cause e iniziare terapie mirate.

Eventuali **fattori scatenanti irritanti devono essere allontanati**, ad esempio riducendo l'uso di creme non necessarie e detersivi aggressivi. Importante evitare abitudini vestiarie che peggiorano la situazione (Indumenti sintetici, colorati, salvaslip...) e permettere una **corretta aerazione** della regione vulvare. Infatti la regione vulvare ha una concentrazione di follicoli piliferi e ghiandole sudoripare simile all'ascella e le deve essere permesso di traspirare correttamente.

La terapia locale si avvale di **emollienti, idratanti, steroidi e immunomodulatori**. Gli steroidi per uso topico risultano efficaci nel controllo della sintomatologia pruriginosa.

L'uso degli steroidi locali, la frequenza delle applicazioni e la durata del trattamento devono essere attentamente valutati dal medico.

Anche se non sempre efficaci nel ridurre il prurito, gli anti-istaminici orali vengono spesso utilizzati, preferendo degli anti-istaminici di ultima generazione (che hanno meno effetti sedativi) se il prurito è prevalentemente diurno, oppure degli anti-istaminici di prima generazione (con maggiore effetto sedativo) se il prurito è prevalentemente notturno.

Dal momento che il prurito è maggiormente avvertito nelle ore notturne, è di fondamentale importanza cercare di aiutare il paziente a migliorare la qualità e la durata del sonno, avvalendosi di una terapia farmacologica adeguata.

8 Esistono delle norme comportamentali per migliorare la sintomatologia del LSC?

Fondamentale è il ripristino dell'integrità cutanea, utilizzando impacchi, semicupi ed emollienti adeguati. L'igiene personale va particolarmente curata facendo attenzione a utilizzare acqua tiepida (non calda), un detergente delicato e privo di tensioattivi aggressivi (da utilizzare una o massimo due volte al giorno).

L'asciugatura non deve essere traumatica, evitando eccessivi sfregamenti e frizioni. L'abbigliamento deve essere adeguato, escludendo capi troppo stretti, aderenti ed evitando i "salva slip". I prodotti topici abituali vanno valutati ed eventualmente sospesi e sostituiti con prodotti idonei.

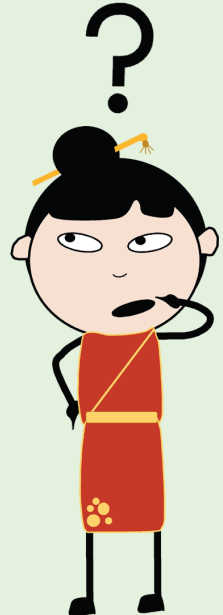
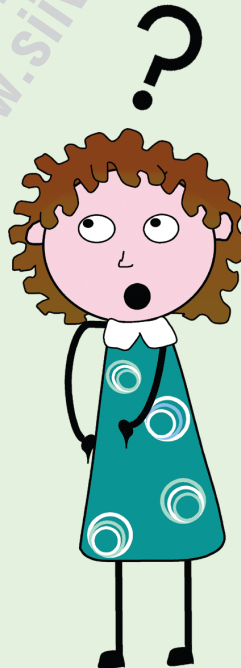
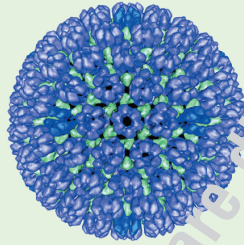
9 La prognosi del LSC è benigna?

Nonostante il LSC sia una patologia cronica la **prognosi di questa condizione è benigna**.

Purtroppo la qualità della vita può essere significativamente compromessa, soprattutto in relazione al prurito incoercibile che può causare un disagio sociale e in relazione al deterioramento della qualità del sonno. In questi casi un supporto psicologico può essere utile.

7

HERPES GENITALE



Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia - S.I.I.V.
www.siiiv.org

1 Che cosa è l'herpes genitale?

È la localizzazione genitale di una infezione da virus, l'Herpes Simplex Virus (HSV). Vi sono due tipi di HSV: l'Herpes simplex virus tipo 1 che causa più facilmente le infezioni della parte superiore del corpo (bocca e viso in particolare) e l'**Herpes simplex virus tipo 2** che causa principalmente infezioni della regione genitale.

2 Come si trasmette?

L'HSV si trasmette prevalentemente con il **contatto, cutaneo e mucoso, sessuale** (genitale, orale o anale) con un soggetto infetto ed in fase attiva (non latente).

Il virus è presente sulla cute e mucose durante le manifestazioni cliniche o durante la riattivazione del virus di tipo asintomatico o poco sintomatico, mentre durante la fase di latenza il virus non viene trasmesso.

La trasmissione uomo vs donna è più efficace rispetto a quella donna vs uomo. La presenza di altre lesioni genitali o dell'HIV facilitano il contagio dell'herpes genitale.

3 Cosa succede quando si viene a contatto con il virus?

Il virus penetra la cute o la mucosa vaginale attraverso microlesioni e crea la cosiddetta "**prima infezione**" che generalmente si manifesta in modo più evidente e con un decorso clinico più lungo.

Dopo la guarigione della prima infezione il virus (anche dopo le cure farmacologiche) non abbandona l'organismo, ma resta in **fase latente** (cioè si "nasconde") a livello dei gangli nervosi periferici corrispondenti alla regione del corpo: nel caso dell'Herpes genitale il ganglio pudendo. Nella fase di latenza non ci sono lesioni cutanee e non si è contagiosi per gli altri.

A causa di riattivazione del virus latente possono verificarsi le "ricorrenze" dell'Herpes genitale, con manifestazioni, in genere più modeste rispetto alla prima infezione, a livello di cute e mucose, ma con elevata possibilità di contagiare altre persone.

Quando queste riattivazioni sono così lievi da non essere chiaramente percepite dal soggetto si verifica una diffusione del virus senza sintomi (o con sintomi estremamente lievi) ed è più frequente che in queste situazioni possa avvenire la trasmissione sessuale del virus.

4 Quali sono i sintomi e segni clinici?

Spesso le infezioni ricorrenti, e talora anche la prima infezione, possono passare inosservate o comunque senza sintomi o segni evidenti.

Per questo molte persone risultano positive alla presenza di anticorpi dell'Herpes genitale (quindi hanno il virus latente) senza ricordare alcun evento passato riconducibile alla "prima infezione".

Quando la malattia è clinicamente evidente, la cute e le mucose genitali presentano **vescicole** (delle piccole bolle) con segni evidenti di **infiammazione** (arrossamento, gonfiore) e soprattutto **dolore urente**.

Le vescicole sono destinate a rompersi creando piccole erosioni o ulcere, che continuano a causare forte bruciore.

I linfonodi inguinali possono essere ingrossati e dolenti.

Possono essere presenti (nella prima infezione) sintomi generali come **febbre, malessere simil-influenzale, cefalea, disturbi urinari**.

Disturbi e complicanze neurologiche sono molto rari, ma possono comparire nella prima infezione.

Il decorso clinico della prima infezione può durare da 2 a 4 settimane, mentre nelle ricorrenze è più rapido.

5 Si può scoprire con degli esami?

I test ematici possono evidenziare la presenza degli anticorpi (differenziabili in HSV-1 e HSV-2) e quindi documentare l'avvenuto contatto del soggetto, anche asintomatico, con il virus.

Gli anticorpi dell'HSV-1 sono estremamente comuni nella popolazione, mentre quelli dell'HSV-2 sono presenti in misura minore, variabili per livello socio-economico e rischio di infezioni sessualmente trasmesse.

Quando c'è la fase clinica attiva si può identificare la presenza del virus a livello delle lesioni con il test del DNA.

6 Si può curare o prevenire l'infezione?

Alcuni **farmaci antivirali** (aciclovir e derivati) sono attivi contro l'Herpes simplex: riducono la durata della fase clinica e possono prevenire le complicanze e la riattivazione durante la fase latente, ma non possono evitare la persistenza del virus per tutta la vita nei gangli nervosi periferici. I farmaci suddetti sono di facile assunzione (orale) e non presentano effetti collaterali o controindicazioni importanti, sono utilizzabili anche in gravidanza (dopo i primi tre mesi).

Tutte le norme e le precauzioni per evitare le malattie sessualmente trasmesse sono valide per l'Herpes genitale.

Poiché molte persone non sanno di poter trasmettere il virus (infezioni asintomatiche) è opportuno che le precauzioni siano applicate, come avviene per altre malattie sessualmente trasmesse, in modo sistematico, in rapporto alle caratteristiche del partner e della relazione.

7 Cosa può succedere in gravidanza?

Durante la gravidanza la donna portatrice di herpes può avere manifestazioni cliniche ricorrenti come qualsiasi altra donna infetta, ma se questo capita **in prossimità del parto il rischio di infezione del neonato è elevato** e rappresenta un grave pericolo, poiché il neonato ha un sistema immunitario immaturo e può contrarre una malattia herpetica grave, generalizzata, con rischio anche di morte.

Il test sierologico di HSV-1 e HSV-2 fa parte della routine degli esami della gravida, per questo la futura mamma non dovrebbe trovarsi nella condizione di non sapere di avere un'infezione latente.

Se il test dell'HSV-2 è positivo il ginecologo seguirà la possibile comparsa di segni clinici dell'herpes, specialmente verso il termine della gravidanza.

È inoltre possibile assumere i farmaci antivirali a scopo preventivo (terapia soppressiva) nelle ultime settimane di gestazione.

Nel caso in cui ci fosse una riattivazione in prossimità dell'epoca presunta del parto e quindi con un rischio consistente di infezione neonatale, il ginecologo eseguirà il taglio cesareo elettivo, cioè programmato prima dell'inizio del travaglio e della rottura delle membrane (anche detta comunemente rottura delle acque).

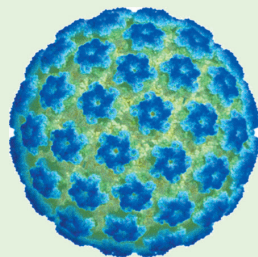
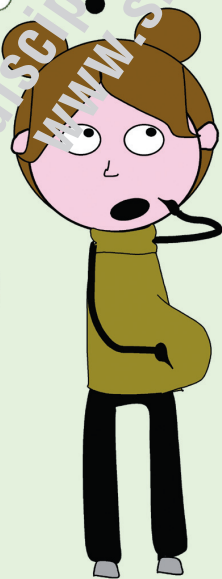
8 Ci sono altre ulcerazioni vulvari che non sono Herpes?

Svariate condizioni, più o meno rare, possono provocare infiammazione, vescicole, piccole ulcerazioni e bruciore a livello genitale.

Si tratta di infezioni, anche sessualmente trasmesse, o di altre malattie non infettive (allergie, dermatosi ecc...). In genere, il medico specialista è in grado di distinguere e di attuare una diagnosi differenziale.

È opportuno che in ogni caso di manifestazioni cliniche con dolore, forte infiammazione, lesioni multiple di tipo vescicolare o ulcerativo, che non regrediscono dopo pochi giorni, ci si rivolga allo specialista per una diagnosi più accurata.

PAPILLOMA VIRUS HPV



Società Italiana per le Discipline di Virologia - S.I.I.V.
www.siiiv.org

1 Che cos'è l'HPV?

L'HPV (acronimo di Human Papilloma Virus) è il papillomavirus umano. Ci sono circa 200 tipi di HPV.

Questi virus possono provocare lesioni benigne, precancerose e cancerose a carico della cute e delle mucose di diverse parti del corpo, tra cui l'apparato genitale, l'ano, l'orofaringe.

Gli HPV vengono distinti in virus a basso rischio oncogeno e ad alto rischio oncogeno, a seconda della capacità di trasformare le cellule infettate in cellule tumorali.

2 Quali sono le patologie che l'HPV può provocare?

L'HPV può provocare **lesioni benigne**, rappresentate da condilomi e verruche. La maggior parte di queste lesioni sono provocate dai tipi virali a basso rischio oncogeno.

Gli HPV ad alto rischio oncogeno, per lo più i tipi virali 16, 18 e 31 a livello genitale, possono provocare **lesioni precancerose intraepiteliali**, così chiamate perché confinate nell'epitelio, ossia il tessuto di rivestimento della cute e delle mucose.

Con il passare del tempo le lesioni precancerose intraepiteliali possono regredire spontaneamente, ma possono anche trasformarsi in lesioni cancerose invasive.

3 E in particolar modo a livello vulvare?

I genotipi di HPV a basso rischio oncogeno causano i **condilomi vulvari**, escrescenze benigne con aspetto a piccolo cavolfiore.

I genotipi ad alto rischio provocano delle lesioni chiamate **VHSIL** (Vulvar High Grade Squamous Intraepithelial Lesion, lesione intraepiteliale squamosa di alto grado) che nel tempo possono evolvere verso il tumore invasivo, se non trattate.

4 Se sono infetta dall'HPV avrò sicuramente il cancro?

Il riscontro di HPV nei test diagnostici validati per lo screening dei tumori del collo dell'utero (che hanno sostituito il pap test) è presente in circa il 10% della popolazione femminile italiana.

La persistenza dell'infezione per anni e la trasformazione neoplastica sono eventi rari, che si verificano solo nei casi in cui l'infezione da HPV ad alto rischio oncogeno, non sia contrastata dal sistema immunitario.

Nella maggior parte dei casi dunque l'infezione da HPV regredisce spontaneamente. In particolare l'infezione da HPV documentata a livello del collo dell'utero regredisce spontaneamente nell'80% dei casi in due anni.

5 Come si prende l'HPV? Da altre persone o anche da oggetti, ambienti non puliti, bagni pubblici, ecc...?

La trasmissione dell'infezione avviene per **contatto diretto pelle-pelle o pelle-mucosa** dove sono presenti piccole soluzioni di continuo dell'epitelio (abrasioni, taglietti).

Generalmente l'infezione si trasmette per via sessuale, ma sono possibili altre vie di infezione, dato che il virus è stato trovato anche nella bocca e sotto le unghie. Non è possibile la trasmissione attraverso il sangue o il latte materno.

È stata descritta la possibilità di infezione attraverso oggetti infetti, come gli asciugamani, tuttavia si tratta di un'evenienza estremamente rara. Non è possibile la trasmissione frequentando la piscina o mediante condivisione di servizi igienici a casa o in luoghi pubblici.

6 Se sono incinta e affetta da condilomi, c'è un rischio per l'esito della gravidanza o un rischio di trasmissione di HPV al feto al momento del parto?

L'HPV non può essere trasmesso al feto durante la gravidanza. In presenza di condilomi nel tratto genitale inferiore è possibile la trasmissione del virus al bambino al momento del parto.

Il bambino può eccezionalmente sviluppare lesioni virali nella laringe.

Tale evenienza è comunque molto rara, per cui la presenza di condilomi nel canale del parto non è indicazione al taglio cesareo.

Il taglio cesareo è indicato solo in caso di lesioni che impediscono meccanicamente il passaggio del bambino attraverso il canale del parto.

7 Come faccio a sapere se ho l'HPV?

L'HPV test permette di rilevare la presenza del virus a libello cervico-vaginale, ma attualmente è indicato il suo utilizzo solamente all'interno di uno screening organizzato. Stante l'elevata prevalenza di HPV in giovane età, il test HPV non è consigliato prima dei 30 anni per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero.

8 Come posso evitare di contrarre l'HPV o di contagiare il mio partner?

È difficile evitare completamente l'infezione da HPV, tenuto conto del fatto che questa si verifica in oltre l'80% delle donne sessualmente attive o che hanno avuto almeno un rapporto sessuale nella loro vita.

È comunque possibile ridurre il rischio di infezione riducendo il numero di partner sessuali, effettuando la vaccinazione anti HPV, utilizzando il profilattico, identificando e trattando le lesioni infettanti.

La protezione del profilattico è solo parziale ma il suo uso costante può ridurre il rischio di diffusione dell'HPV di circa il 70%.

9 Il mio compagno mi ha detto di avere una patologia correlata all'HPV. Io non ho l'HPV, vuol dire che è stato infedele?

No. L'HPV può rimanere latente, ossia inattivo e non rilevabile, per un lungo periodo. È quindi molto difficile capire con certezza quando il partner sia venuto a contatto con il virus.

10 Quanti tipi di vaccino HPV esistono?

Esistono 3 tipi di vaccini:

- 1) **2-HPV o bivalente**, diretto contro i tipi virali ad alto rischio oncogeno 16 e 18;
- 2) **4-HPV o quadrivalente**, diretto anch'esso contro i tipi 16 e 18, inoltre contro i tipi a basso rischio oncogeno 6 e 11;
- 3) **9-HPV o nonavalente**, il vaccino quadrivalente è stato sostituito da MSD con il diretto contro 7 tipi di HPV ad alto rischio oncogeno (16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58), inoltre contro i tipi 6 e 11.

Il vaccino 9-HPV ha un potenziale di prevenzione del 90% dei condilomi genitali (come il vaccino 4-HPV), di oltre il 90% per il cancro del collo dell'utero (contro il 70% del vaccino 2-HPV e 4-HPV), dell'80-85% per il cancro della vagina, dell'85-90% per il cancro della vulva HPV correlati e del 90-95% per il cancro dell'ano. Per questo motivo, il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale ha previsto di utilizzare il vaccino 9-HPV.

Da ricordare che circa il 90% delle lesioni preinvasive e il 20% dei tumori invasivi vulvari sono causati da HPV e il vaccino ridurrà drasticamente l'incidenza di queste lesioni.

11 Come funziona il vaccino HPV?

Il vaccino è costituito da particelle simil-virali costruite in laboratorio. Queste particelle non contengono il materiale genetico (DNA) virale e non possono infettare le cellule. L'azione del vaccino stimola la produzione di anticorpi neutralizzanti il virus. La risposta immunitaria è amplificata grazie alla presenza di sostanza detta adiuvante.

12 Chi può essere vaccinato?

In Europa la vaccinazione è approvata a partire dall'età di 9 anni. In Italia è consigliata la vaccinazione all'età di 12 anni, in entrambi i sessi (Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale). Studi di efficacia e sicurezza del vaccino sono stati condotti fino all'età di 45 anni. Non è richiesto il test HPV prima di effettuare la vaccinazione. La vaccinazione ha un ruolo preventivo nei confronti dell'infezione da parte di tipi virali diversi da quelli che hanno provocato una eventuale precedente malattia.

Ha quindi senso farla anche avendo già contratto l'infezione poiché è molto improbabile che si siano contratti contemporaneamente i 9 tipi virali. Inoltre la vaccinazione dopo intervento chirurgico di asportazione di condilomi e di lesioni precancerose del collo dell'utero e della vulva riduce del 50% il rischio di recidiva.

13 Ho l'HIV. Posso fare il vaccino HPV?

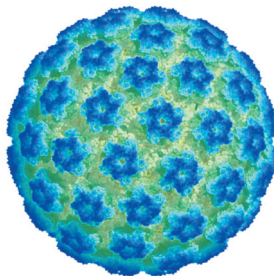
Sì. Le persone sieropositive risponderanno al vaccino in modo simile a quelle persone che non hanno l'HIV. La vaccinazione di HIV positivi e di altri soggetti immunodepressi è altamente raccomandata fino all'età di 26 anni perché riduce il rischio di ammalarsi di cancro da HPV. Alcune persone sieropositive possono beneficiare della vaccinazione anche dopo i 26 anni.

14 Quali sono le possibili terapie delle lesioni provocate dall'HPV?

Le lesioni precancerose e cancerose vengono trattate mediante asportazione con varie metodiche (elettrochirurgia, laser, lama fredda).

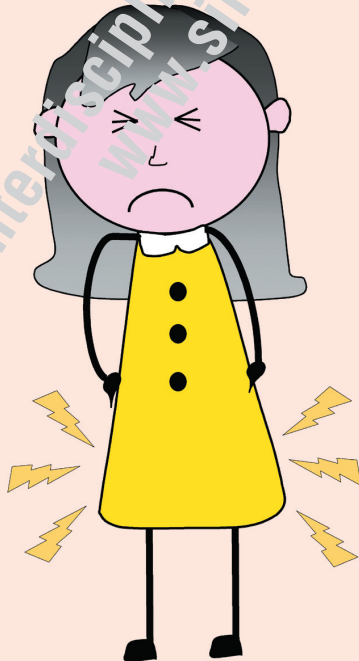
Le lesioni benigne possono essere trattate mediante:

- 1) **terapia fisica:** laser-vaporizzazione/escissione, elettroterapia (radiofrequenza, diatermocoagulazione), rimozione chirurgica con bisturi a lama fredda, crioterapia;
- 2) **terapia medica,** in particolare con imiquimod 5% crema o podofillotossina 0.5% soluzione o gel.



9

VULVODINIA



Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia – S.I.I.V.
www.sivv.org

1 Che cos'è la vulvodinia?

La vulvodinia è un dolore vulvare della durata di almeno tre mesi, senza chiara causa identificabile.

2 Quanti tipi di vulvodinia esistono?

La vulvodinia è distinta in **generalizzata**, quando il dolore è presente in tutta la vulva, o **localizzata**, quando il dolore è **localizzato** in un settore della vulva, ad esempio il vestibolo vaginale (vestibolodinia) o il clitoride (clitoridodinia).

La vulvodinia è distinta inoltre in **spontanea o provocata**.

Nel primo caso il dolore si manifesta in assenza di qualunque stimolo. Nel secondo caso il dolore è provocato dal contatto fisico con stimoli che normalmente non provocano dolore, come indumenti, tamponi, manipolazione genitale, rapporti sessuali, o anche semplicemente stando sedute. Il dolore provocato da stimoli non dolorosi è detto allodinia.

Il tipo più frequente di vulvodinia è la vestibolodinia provocata.

3 La vulvodinia ci sono lesioni vulvari?

No. Patologie vulvari in atto responsabili di dolore vulvare escludono per definizione la vulvodinia.

Generalmente, le patologie vulvari di natura infettiva, infiammatoria, traumatica, tumorale o endocrina (per esempio atrofia dopo la menopausa o durante l'allattamento) sono responsabili di dolore quando provocano un danno della cute, come un'erosione o un'ulcera.

Ne consegue l'attivazione di cellule del sistema immunitario, che producono sostanze chimiche in grado di sensibilizzare le fibre nervose della vulva: questo tipo di dolore è detto infiammatorio.

Al contrario, il dolore della vulvodinia non è dovuto all'attivazione di cellule immunitarie.

Conseguentemente sono inutili i farmaci antiinfiammatori, come i corticosteroidi, e farmaci, come la palmitoiletanolamide, che impediscono il rilascio di molecole infiammatorie da parte di alcune cellule infiammatorie, dette mastociti.

4 La vulvodinia è dovuta a un danno delle fibre nervose vulvari?

No. Il dolore dovuto ad un danno delle fibre nervose è detto dolore neuropatico. Patologie responsabili di danno nervoso escludono per definizione la vulvodinia.

Queste patologie includono ad esempio la nevralgia da virus dell'Herpes zoster (il cosiddetto fuoco di Sant'Antonio), il danno dei nervi provocato dal trauma da parto o post-chirurgico, la nevralgia da compressione del nervo pudendo (il principale nervo vulvare, che può essere compresso lungo il suo decorso dal midollo spinale alla vulva).

Al contrario, nella vulvodinia le strutture nervose sono anatomicamente integre.

5 Perché allora la donna affetta da vulvodinia sente dolore?

Il dolore nella vulvodinia è un **dolore di tipo disfunzionale**, ossia dovuto ad una disfunzione del sistema nervoso centrale, che elabora in modo scorretto i segnali provenienti dalla periferia del corpo.

Nella paziente affetta da vulvodinia, le cellule nervose del midollo spinale, che normalmente ricevono gli stimoli dolorosi provenienti dalla periferia del corpo:

1. inviano segnali dolorosi al cervello anche in assenza di stimoli periferici, con conseguente dolore spontaneo;
2. vengono attivate anche da stimoli periferici tattili non dolorosi, con conseguente allodinia.

6 Come ci si ammala di vulvodinia?

Il dolore disfunzionale è provocato da una **predisposizione al dolore centrale**, che può essere di natura genetica o psicologica (ansia, depressione, disturbo da stress dopo un trauma psichico o fisico).

In presenza di predisposizione al dolore centrale, fattori periferici scatenanti, come un'infezione periferica (ad esempio un'infezione da Candida), provocano un dolore che:

1. persiste nel tempo anche quando l'infezione periferica si è risolta;
2. si estende in regioni del corpo distanti rispetto alla sede iniziale dell'infezione periferica.

Le donne affette da vulvodinia presentano infatti un'ipersensibilità al dolore non solo in sede vulvare, ma anche in altre regioni corporee.

Frequentemente presentano altre sindromi dolorose disfunzionali, come la fibromialgia, la sindrome della vescica dolorosa, la sindrome del colon irritabile, la cefalea di tipo tensivo e il disturbo dell'articolazione temporo-mandibolare.

Conseguentemente, la terapia della vulvodinia e delle sindromi dolorose disfunzionali deve essere orientata non alla cura dei singoli organi periferici, che di fatto sono sani, ma a **rimuovere la sensibilizzazione** delle cellule del sistema nervoso centrale.

7 Come è possibile giungere alla diagnosi di vulvodinia?

La diagnosi di vulvodinia viene posta mediante **raccolta della storia clinica (anamnesi), esame obiettivo ed esame neurosensoriale**.

L'anamnesi è in primo luogo la raccolta dei dati riguardanti il dolore: storia (evento scatenante, durata), localizzazione, intensità, fattori di provocazione (dolore spontaneo o provocato).

Con l'anamnesi vengono indagate anche altre sindromi dolorose, patologie psichiatriche, abitudini igieniche e vestiarie, trattamenti già eseguiti o in atto. L'esame obiettivo è finalizzato ad escludere patologie vulvari in atto responsabili di dolore vulvare.

Con la palpazione è possibile evidenziare l'ipertono (contrazione prolungata nel tempo) dei muscoli del pavimento pelvico, ossia i muscoli che come un'amaca chiudono in basso la cavità addominale. Sono i muscoli che una persona utilizza ad esempio quando deve trattenere l'urina. In alcuni casi di vestibolodinia provocata questi muscoli sono ipercontratti, e questa contrazione a sua volta può essere responsabile di aggravamento del dolore, esattamente come il dolore da crampo muscolare.

L'esame neurosensoriale è comunemente svolto con un bastoncino cotonato, con cui è possibile registrare e mappare le aree di alterata sensibilità allo stimolo tattile. Non vanno utilizzati in ambito clinico gli esami sensoriali quantitativi, che misurano la soglia del dolore in risposta a stimoli di intensità graduata erogati con varie metodiche.

8 Qual è la terapia della vulvodinia?

Non esiste un trattamento identico per tutte le pazienti. Viene generalmente raccomandato un **approccio terapeutico multimodale**, basato su counselling vulvologico, trattamento farmacologico, terapie fisio-riabilitative, psicoterapia e, solo in alcuni casi e in ultima istanza, trattamento chirurgico.

Sono consigliati in primo luogo farmaci per via orale come antidepressivi (amitriptilina, venlafaxina e duloxetina) e antiepilettici (gabapentin e pregabalin). È importante chiarire che questi farmaci vengono utilizzati nella terapia della vulvodinia non per curare la depressione o l'epilessia, ma perché agiscono sui meccanismi alla base della disfunzione del sistema nervoso centrale, responsabile del dolore vulvare.

I prodotti topici, come gli anestetici locali, possono essere utilizzati, ma con cautela, per evitare problemi di irritazione.

Fisiochinesiterapia, coni vaginali, biofeedback e TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), sono particolarmente efficaci in caso di ipercontrattilità dei muscoli del pavimento pelvico associata a vulvodinia.

9 Cosa si intende per counselling vulvologico?

Il counselling vulvologico comprende la spiegazione dei meccanismi alla base del dolore vulvare e consigli su misure igienico-comportamentali. Queste comprendono abolizione di indumenti attillati ed elasticizzati, utilizzo di biancheria intima in cotone bianco, utilizzo di assorbenti in puro cotone, abolizione del salvaslip, detersione con acqua tiepida, utilizzo di adeguati detergenti intimi una sola volta al giorno, asciugatura mediante tamponamento, utilizzo di emollienti senza conservanti, utilizzo di gel lubrificanti durante i rapporti, applicazione di un panno freddo o bidet con acqua fredda dopo i rapporti sessuali, abolizione di esercizi fisici che comportano un'eccessiva frizione della regione vulvare (bicicletta, cyclette, spinning), non trattenere a lungo l'urina e mantenere regolare lo svuotamento intestinale.

Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia
www.siiiv.org

10

LE NEOPLASIE INTRAEPITELIALI VULVARI



Società Italiana di Vulvologia - S.I.I.V.
www.siiiv.org

1 Che cosa sono le lesioni squamose intraepiteliali squamose vulvari (vulvar squamous intraepithelial lesions, VSIL)?

Le lesioni intraepiteliali squamose di basso grado (**LSIL**), di alto grado (**HSIL**) e le neoplasie intraepiteliali vulvari differenziate (**dVIN**) indicano la presenza di cellule squamose anormali sull'epitelio vulvare.

Queste anomalie si possono presentare come singole oppure possono coinvolgere differenti aree contemporaneamente.

Queste lesioni non sono carcinomi invasivi.

Le LSIL sono equivalenti ai condilomi e non hanno potenziale di trasformarsi in carcinomi.

Le HSIL e le dVIN possono invece progredire nel tempo a carcinomi invasivi se non trattati.

2 Chi è a rischio di sviluppare LSIL, HSIL e dVIN vulvari?

Donne di ogni età possono sviluppare queste lesioni. Generalmente LSIL e HSIL sono più comuni in donne giovani mentre le dVIN si osservano in donne con età media maggiore di 50 anni.

3 Che cosa causa le LSIL, HSIL e dVIN vulvari?

I genotipi di papillomavirus umano (HPV) che causano la maggioranza dei condilomi genitali sono responsabili dello sviluppo di LSIL vulvari. I genotipi di HPV ad alto rischio che causano tumori come quello della cervice uterina causano le HSIL vulvari.

Le **LSIL e HSIL vulvari** sono più **frequenti in donne fumatrici e in donne immunodepresse**. La **dVIN** invece rappresenta la via **non HPV correlata** allo sviluppo di tumori vulvari e compare in ambito di dermatosi croniche come **Lichen Sclerosus e Lichen Planus**.

4 Quali sintomi danno le HSIL e le dVIN?

Alcune donne affette da HSIL possono riferire prurito o bruciore, tuttavia molte donne possono rimanere totalmente asintomatiche.

Le dVIN insorgono in donne con una sintomatologia di prurito di vecchia data, irritazione e/o secchezza, tipico della dermatosi circostante.

5 Qual è l'aspetto delle HSIL e delle dVIN?

Le aree interessate da queste lesioni possono essere diagnosticate durante una visita ginecologica o dermatologica di routine, oppure possono essere notate dalla paziente durante l'autoispezione vulvare.

Non hanno un aspetto specifico: le HSIL possono presentarsi come una placca singola o come multiple placche, possono essere di colore biancastro, grigio, marrone o rosso.

Possono apparire piatte, rilevate, lisce oppure irregolari e comparire su ogni area vulvare o in regione perianale.

L'aspetto delle dVIN è ancora meno specifico delle HSIL. Si sospetta una dVIN in caso di aree poco demarcate biancastre, resistenti al trattamento nel contesto di dermatosi vulvari come Lichen Sclerosus o Lichen Planus.

6 Come vengono diagnosticate le HSIL e le dVIN?

Il ginecologo o dermatologo procederà a raccogliere la **storia clinica della paziente** e la **sintomatologia** che ha portato alla visita. Successivamente passerà alla vulvosopia, cioè all'accurata ispezione della vulva, e all'eventuale biopsia dell'area sospetta in anestesia locale.

7 Come progrediscono le LSIL?

Generalmente le LSIL regrediscono senza bisogno di alcun trattamento. In casi persistenti si possono considerare sia la chirurgia che l'utilizzo di terapia medica locale.

8 Come progrediscono le HSIL?

La maggioranza delle **HSIL** necessitano di trattamento perché hanno **il potenziale di trasformarsi in carcinoma invasivo**. Se l'area interessata è piccola, si può rimuovere chirurgicamente o con il laser.

Se la lesione coinvolge grandi aree oppure le lesioni sono multifocali, si può considerare l'utilizzo di imiquimod in pazienti selezionate e in centri di riferimento, una volta che un adeguato numero di biopsie abbia escluso il rischio di tumore invasivo.

È importante ricordare che queste lesioni non incidono sulla fertilità.

9 Come progrediscono le dVIN?

Le **dVIN** hanno **un'elevata probabilità di progressione a carcinoma invasivo** e necessitano di trattamento immediato. La chirurgia escissionale è il trattamento di scelta per escludere la presenza di invasione (tumore invasivo).

10 Come verrà controllata dopo il trattamento?

Visite periodiche di follow-up sono fondamentali per la diagnosi di eventuali recidive che purtroppo non sono infrequenti.

È inoltre importante continuare con lo screening del tumore del collo dell'utero, poiché è talvolta associato alle lesioni vulvari VHSIL. Così come dopo qualsiasi diagnosi di tumore, la paziente potrà aver bisogno di supporto psicologico durante il suo periodo di recupero. Un esperto di sessuologia può aiutare a mantenere una vita sessuale sana con il proprio partner. Uno stile di vita sano aiuta il recupero della paziente.

11 Cosa posso fare per prevenire queste lesioni?

Il **fumo è un fattore di rischio per la persistenza e per la recidiva** delle infezioni da HPV che causano le HSIL.

Smettere di fumare è il primo passo per ridurre le probabilità di recidiva dopo trattamento di HSIL.

Il **vaccino anti-HPV** ha dimostrato efficacia nel ridurre lo sviluppo di LSIL e HSIL vulvari.

Il vaccino non è terapeutico, cioè non è efficace nel trattamento di una lesione già presente, ma protegge contro le future infezioni.

Infine il **trattamento costante e regolare con cortisonici topici** delle dermatosi vulvari croniche riduce il rischio di sviluppare dVIN.

11

**TUMORI INVASIVI
VULVARI**



Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia – S.I.I.V.
www.siiiv.org

1 Che cos'è il tumore vulvare?

Il cancro vulvare è una crescita anomala di cellule che può interessare qualsiasi porzione della vulva. Non è un tumore comune. Costituisce circa il 4% dei tumori degli organi genitali femminili, e meno del 0,5% di tutti i tumori nelle donne. Ci sono diversi tipi di tumori vulvari; sono classificati in base alla cellula interessata dalle anomalie.

Il carcinoma a cellule squamose è il più comune (con il 90%). Le cellule squamose costituiscono lo strato esterno della cute. Questo tipo di tumore vulvare interessa principalmente le grandi e le piccole labbra, ma può coinvolgere anche altre parti della vulva.

Il melanoma maligno è il secondo tumore vulvare per frequenza. Il melanoma si sviluppa dalle cellule pigmentate chiamate "melanociti", e coinvolge principalmente le piccole labbra ed il clitoride.

Altri tipi di tumori vulvari sono: Adenocarcinomi (tumori delle cellule ghiandolari), Sarcomi (tumori delle cellule muscolari), Carcinomi a cellule basali (tumori delle cellule basali dell'epitelio)

2 Come si manifesta il tumore vulvare?

Segni e sintomi comuni, ma non esclusivi, di tumore vulvare sono:

- Una specie di ferita che non guarisce (ulcera)
- Un'escrescenza o una massa sulla superficie vulvare
- Cute vulvare più chiara, più scura, di un colore diverso più "dura" rispetto alla cute circostante
- Qualsiasi cambiamento di colore o dimensioni di un neo già presente
- Prurito vulvare persistente
- Bruciore vulvare intenso
- Sanguinamenti vulvari

Una **diagnosi precoce consente un trattamento meno complicato e un risultato migliore**. Esaminare la propria vulva con regolarità potrebbe aiutare ad individuare precocemente cambiamenti che potrebbero condurre ad una diagnosi precoce. Le donne dovrebbero esaminare la propria vulva aiutandosi con uno specchio e cercando cambiamenti nel colore della pelle, nella consistenza, oppure presenza di irritazioni.

Qualsiasi cambiamento dovrebbe essere comunicato al proprio medico curante. È importante non usare creme o lozioni che potrebbero mascherare i sintomi e ritardare il momento di confronto con il proprio medico, come ad esempio creme con anestetici locali che alterano la sensibilità della zona interessata oppure creme a base di corticosteroidi che possono alleviare la sintomatologia. Se si ha un sintomo fastidioso è importante richiedere il consulto di un professionista in modo da ricevere una diagnosi ed un trattamento adeguati.

3 Come si fa diagnosi di tumore vulvare?

Quando si trova un'anomalia vulvare, è necessario eseguire una biopsia (un piccolo prelievo di tessuto) per poter fare una diagnosi corretta e decidere il trattamento più adeguato.

La biopsia è eseguita facendo un'anestesia locale intorno all'area da prelevare.

Si può usare una lente di ingrandimento per identificare la zona da biopsiare. In alcune circostanze può essere utile eseguire più di una biopsia.

4 Quali sono gli stadi del tumore vulvare?

Una volta fatta la diagnosi, è importante controllare che il tumore coinvolga solo la vulva e che non interessi altre parti del corpo (la cosiddetta stadiazione). Una corretta stadiazione della malattia è importante per stabilire un corretto trattamento.

La stadiazione potrebbe includere altre procedure diagnostiche (radiografia del torace, TAC, risonanza magnetica) prima di poter impostare il trattamento.

5 Qual è il trattamento del tumore vulvare?

Il trattamento è strettamente correlato allo stadio, al tipo e alla localizzazione del tumore. È molto importante anche lo stato di salute generale della paziente per poter stabilire un trattamento appropriato.

La **chirurgia è il trattamento più comune** per il tumore vulvare.

La dimensione e la localizzazione della lesione sono fondamentali per stabilire il tipo di chirurgia da eseguire.

Spesso, quando la lesione è piccola, è sufficiente rimuovere la lesione insieme ad un margine di tessuto sano (ampia escissione radicale).

Lesioni più grandi richiedono l'escissione di una porzione di tessuto maggiore. I linfonodi inguinali potrebbero essere rimossi in blocco o, in centri di riferimento, con la tecnica del linfonodo sentinella se esistono le condizioni permettenti.

Altre opzioni terapeutiche sono:

La **radioterapia** che utilizza raggi ad alta energia (raggi x o raggi gamma) e particelle (elettroni, protoni, neutroni) per distruggere le cellule tumorali e ridurre le dimensioni del tumore. L'irradiazione può essere eseguita prima o dopo la chirurgia, ed in alcuni casi può essere usata sui linfonodi inguinali o pelvici.

La **chemioterapia** che utilizza sostanze farmacologiche per distruggere le cellule tumorali.

6 Come si può prevenire il tumore vulvare?

Una strategia di prevenzione del tumore vulvare è quella di evitare ogni fattore di rischio modificabile (**fumo, abitudini igienico-sanitarie sbagliate, promiscuità sessuale**).

Un'altra strategia è quella di **identificare e trattare precocemente tutte le lesioni preneoplastiche**.

Queste strategie riducono in maniera significativa le possibilità di sviluppare una neoplasia invasiva.

Ultimo ma non per importanza, il tumore vulvare HPV correlato può essere prevenuto attraverso la **vaccinazione anti-HPV**.

7 Quali sono i fattori di rischio del tumore vulvare?

I fattori di rischio includono:

- **L'età** – Le donne con più di 70 anni hanno un rischio aumentato di sviluppare un tumore vulvare
- **L'infezione da HPV** – HPV 16 e 18 sono responsabili della maggior parte dei tumori vulvari nelle donne più giovani. Il rischio di contrarre l'infezione si può ridurre andando a diminuire il numero di partner sessuali, evitando di avere rapporti sessuali con una persona con una storia di partner sessuali multipli, evitando di iniziare ad essere attivi sessualmente in età molto precoce. La maggior parte delle lesioni vulvari precancerose sono correlate all'infezione da HPV. Va sottolineato che la stragrande maggioranza di queste lesioni non progrediscono in tumore vulvare.
- **Il fumo di sigaretta** – Il fumo inibisce il sistema immunitario. Le donne fumatrici hanno più possibilità di sviluppare infezioni croniche, incluse quelle da HPV.
- **Immunosoppressione/HIV** – L'infezione da HIV, o qualsiasi altro tipo di immunosoppressione, riduce la capacità del corpo umano di contrastare un'infezione ed aumenta le possibilità di contrarre patologie, incluso il tumore vulvare.
- **Infiammazione cronica e problematiche cutanee** – L'irritazione di lunga durata e l'infiammazione della vulva possono aumentare il rischio di tumore vulvare. Il Lichen Sclerosus ed il Lichen Planus sono patologie cutanee croniche che possono colpire la vulva. Queste patologie possono aumentare la possibilità di sviluppare un tumore vulvare. Se si soffre di una di queste patologie è necessario essere seguita da centri di riferimento e rivolgersi al proprio curante qualora ci sia qualche lesione sospetta per eseguire una biopsia.