

La sindrome da congestione pelvica (SCP) – descrizione sintetica



Cos'è la sindrome da congestione pelvica?

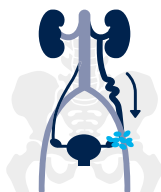
La sindrome da congestione pelvica (SCP) è una condizione complessa associata a dolore pelvico cronico (DPC) di durata superiore a 6 mesi e varicosità pelviche e/o ostruzione venosa a livello pelvico, riscontrata prevalentemente nelle donne in pre-menopausa. Non è stata ancora chiarita l'esatta patofisiologia della SCP e si ipotizza

che la malattia sia causata molto probabilmente da una combinazione multifattoriale di elementi meccanici e ormonali, tra cui flusso sanguigno retrogrado, ipertensione venosa e dilatazione venosa. Le varicosità pelviche possono essere asintomatiche e ciò può complicare la formulazione di una diagnosi di SCP.



Patofisiologia

Nella pelvi si sviluppano vene congestionate, di tipo varicoso e dilatate, invisibili all'esterno.



Insufficienza valvolare

- Assenza congenita di valvole nelle vene ovariche (13–15%)
- Incompetenza/disfunzione valvolare (35–40%), ad es. dovuta ad un aumento del 50–60% della capacità venosa pelvica durante la gravidanza

Ostruzione venosa

Compressione estrinseca sulle vene drenanti, ad es. “sindrome di Nutcracker” e “sindrome di May-Thurner”

Gravidanza e cambiamenti ormonali

- Compressione meccanica dell'utero
- L'estrogeno è un vasodilatatore venoso
- Il progesterone indebolisce le valvole venose
- Vene “libere” non circondate dalla fascia

Più frequente nelle donne multipare in età fertile



Fattori di rischio

- Predisposizione genetica
- Caratteristiche anatomiche
- Gravidanza
- Chirurgia a livello pelvico
- Terapia estrogenica
- Obesità
- Flebite
- Prolungata posizione in piedi
- Sollevamento di pesi

Presentazione clinica

Sintomi patofisiologici

Causa dolore pelvico cronico e numerosi altri sintomi



Dolore pelvico e al basso ventre

- Intermittente o costante
- Descritto come dolore sordo o sensazione di pienezza
- Persiste per più di 6 mesi
- Spesso aggravato da una prolungata posizione seduta, in piedi e deambulatoria, nonché da coito, mestruazioni e gravidanza
- I sintomi scompaiono spesso in posizione supina

Sintomi associati

Vene varicose della vulva, del perineo, dei glutei e degli arti inferiori

Sintomi specifici associati

Cefalea, meteorismo, nausea, gonfiore vulvare, secrezioni vaginali, mal di schiena, sensazione di pesantezza alle gambe, disagio rettale, urgenza urinaria, intestino irritabile, letargia, ansia e depressione



Workup diagnostico

Possono essere utilizzati diversi metodi diagnostici per formulare la diagnosi di SCP. Tuttavia, è importante escludere altre potenziali cause di DPC, quali endometriosi, fibromi o malattia infiammatoria pelvica.

Ecografia Tecnica di imaging non invasiva, molto diffusa, per visualizzare il plesso venoso pelvico ed esaminare il flusso sanguigno in posizione eretta o in piedi per evitare la decompressione delle vene.

Venografia Tecnica diagnostica catetere-guidata “gold standard” per la SCP, che consente di visualizzare le vene e di identificarne l'incompetenza, la congestione e il riempimento retrogrado, qualora si sospetti una SCP e le tecniche di imaging non invasive non siano conclusive. Consente un intervento terapeutico diretto (embolizzazione, scleroterapia).

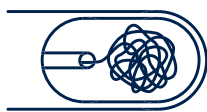
TC e RMI Consentono di effettuare una valutazione completa delle caratteristiche anatomiche pelviche e offrono una migliore rappresentazione con risoluzione spaziale, ma non permettono un intervento terapeutico. Si ritiene che abbiano una ridotta specificità, ma sono in grado di identificare altre cause del DPC o patologie coesistenti.

Laparoscopia Esame eseguito nell'ambito della valutazione del DPC per rilevare l'eventuale presenza di endometriosi o aderenze. Tecnica meno consolidata per la diagnosi della SCP. Viene eseguita in posizione supina, quindi non consente di rilevare eventuali varicosità pelviche.



Opzioni terapeutiche

Embolizzazione percutanea



Embolizzazione transcateretere con un buon tasso di successo e un basso tasso di complicanze, indipendentemente dall'agente embolizzante utilizzato (schiuma, spire, colla, sclerosanti liquidi o agenti combinati). Riduzione dei sintomi a lungo termine per una durata fino a 72 mesi nel 60–100% delle pazienti. L'embolizzazione delle vene pelviche e ovariche è ritenuta lo standard di cura per la SCP.

Trattamenti chirurgici



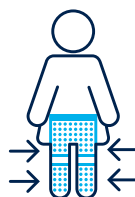
La legatura delle vene ovariche o delle vene pelviche (approcci laparoscopici o laparotomici) hanno portato a una riduzione dei sintomi nel 75% delle pazienti. L'isterectomia e la salpingo-ooforectomia bilaterale sono approcci più radicali, limitati normalmente alle donne che hanno completato il loro ciclo di fertilità. Un approccio chirurgico non garantisce una riduzione dei sintomi e comporta un aumentato rischio di complicanze.

Terapia farmacologica



Il medrossiprogesterone acetato o la goserelina, un analogo dell'ormone di rilascio delle gonadotropine, vengono utilizzati per sopprimere la funzione ovarica o aumentare la contrazione venosa. Sono disponibili solo dati limitati e sono state condotte solo poche sperimentazioni cliniche. Inoltre, la riduzione dei sintomi è unicamente di breve durata, probabilmente a causa dello sviluppo di resistenza.

Terapia per compressiva*



Un trattamento conservativo con shorts compressivi, ad es. in associazione a calze, può ridurre il DPC, migliorare il flusso sanguigno e ridurre l'insufficienza delle vene perforanti in alcune pazienti.

Messaggio conclusivo

La SCP è una condizione relativamente comune nelle donne in pre-menopausa, che va considerata nella diagnosi differenziale del DPC. Se non trattata, questa condizione può compromettere la qualità di vita, con conseguenze sia fisiche che psicologiche. Recenti studi indicano l'esistenza di un'associazione tra SCP e

varicosità ricorrenti degli arti inferiori, correlate ad un'insufficiente funzione venosa. Ne consegue che una diagnosi elaborata, con un esame eseguito in posizione eretta, è fondamentale per stabilire un adeguato trattamento delle pazienti con DPC e/o vene varicose ricorrenti.