

IL CLITORIDE:

organo bersaglio di molte patologie vulvari

CLITORIS:

target of many vulvar diseases

DOI: [10.53146/Iriog120216](https://doi.org/10.53146/Iriog120216)

ABSTRACT

This article aims to bring attention to how frequently the clitoris, despite being a small anatomical niche within the vulvar region, deserves careful diagnostic observation.

In fact, various inflammatory diseases often originate in the clitoral area and have specific clinical, symptomatic and perceptive characteristics.

Lichen planus and scleroatrophic lichen are among the most frequent inflammatory vulvitis to originate in this anatomical region.

We describe in the morphological details all the diagnostic phases of these two pathologies. Often the pathologies affecting the clitoral area are subject to diagnostic delays for subjective reasons of the patients (delays in medical checks, long periods of tolerance of the disorders) or due to lack of attention from clinicians.

We want to underline how an early intervention can determine a partial regression of an initial damage, its stabilization and, therefore, an improvement in the patient's subjective perception with considerable advantages also for the relationship life.

The clitoral area, being placed above the vulvar introitus, can very often be subject to in-depth observations.

An adequate diagnostic observation, also with the help of the colposcope, a targeted biopsy and a consequent therapeutic behavior suitable for the clinical evolutionary phase in which the pathology itself is located, would also allow to intercept the possible proliferative changes that initially occur indeed in this anatomical site.

On the basis of an algorithm based on these observations, it is possible to opt for drug therapy or non-invasive surgical therapy aimed at preventing and removing initially and potentially aggressive lesions.

KEYWORDS: *lichen sclerosus; lichen planus; vulva; clitoris; diagnosis; initial forms.*

INTRODUZIONE

Il clitoride può essere coinvolto, come estensione secondaria, in processi che iniziano in altre aree vulvari (piccole labbra, grandi labbra, zona pubica) e, frequentemente, viene ad essere interessato in numerose patologie che hanno, come caratteristica intrinseca, la loro estensione su tutta la vulva oppure sul resto della cute.

Nel nostro articolo, invece, ci interessa evidenziare come l'area clitoridea, sep-

pur minimamente rappresentata nella sua estensione, possa essere clinicamente sede iniziale di numerosi fenomeni patologici.

La percezione che si ha nell'andamento clinico delle malattie della vulva in genere è che ci siano delle sedi starter del danno iniziale e, sicuramente, il clitoride è una di queste.

Si osserva molto spesso che il danno, seppur evolutivo, possa apparire localizzato esclusivamente a livello clitori-

Pietro Lippa¹
Federica Frascani²

1 - AIED, Viale Gorizia 14,
Roma

2 - BIOS Via Archimede 12,
Roma

Autore di riferimento /
Corresponding Author:

Pietro Lippa

dermatologopietrolippa@gmail.com

deo dove può rimanere ivi localizzato per lunghi periodi. Pertanto sembra particolarmente specifica la predilezione da parte di molte patologie per questa area anatomica.

Le nostre osservazioni cliniche hanno, inoltre, portato ad evidenziare una concomitante presenza della malattia in altre sedi corporee, pur rimanendo, l'area clitoridea, l'unica ad essere coinvolta rispetto a tutta la vulva.

L'obiettivo del nostro articolo è porre maggiore attenzione nei confronti di questa piccola area vulvare di elevato interesse percettivo e rappresentativo nell'immaginario, nella sessualità e nella percezione corporale delle pazienti.

Perché a livello clitorideo avviene frequentemente l'inizio della patologia e, comunque, spesso ne è coinvolto?

Noi cerchiamo di dare una spiegazione basata sul contesto anatomico che caratterizza il clitoride e l'area periclitoridea: trattasi di un'area morfologicamente diversa dalla rappresentazione uniforme delle piccole labbra nei rispettivi emilati, mediale e laterale, in quanto, il clitoride, è un'invaginazione del prepuzio atta a formare una piega che ricopre la protrusione clitoridea stessa, detto glande clitorideo.

Chiaramente la flogosi nelle pieghe clitoridee ha molta più possibilità di resistere nel tempo e di diventare un danno irritativo costantemente presente nella zona, con proliferazione microbica e micotica aggiunta alla presenza di secrezioni ghiandolari considerate un possibile pabulum per la crescita microbica stessa. Come in altre pieghe cutanee, i fenomeni infiammatori ed infettivi rispetto alla cute normale sono molto più comuni e persistenti.

Pertanto la flogosi continua può portare da un lato a sollecitare altre patologie (fenomeno di Koebner) tra cui le diverse tipologie di lichen per le quali la persona potrebbe essere predisposta; dall'altra si possono osservare delle reazioni di ipersensibilità e di ipersensitività in fase di applicazione di prodotti topici che possono contenere veicoli irritanti per la sede clitoridea infiammata.

Tra le patologie di natura infiammatoria che maggiormente hanno una prevalente tendenza a localizzarsi inizialmente a livello clitorideo dobbiamo prendere in

considerazione il lichen planus (LP).

Per dare dei riferimenti morfologici sulla conformazione del LP nelle mucose dobbiamo accennare a quello che avviene dal punto di vista istologico come danno tissutale.

È ben chiaro che si tratta di una patologia ad elevato indice infiammatorio con caratteristiche di flogosi tissutale in grado da portare fondamentalmente a due fenomeni istologici: il primo è una generale tendenza al disfacimento tissutale, in particolare epidermico e degli strati a contatto con il derma infiammato (degenerazione vacuolare). L'altro fenomeno, di natura più reattiva, è una netta tendenza all'ipercheratosi con aumento di spessore nelle assisi superiori dell'epidermide dove si realizzano degli strati compatti di cellule cheratinizzate (iperparacheratosi ortocheratosica) in modo da realizzare un generale ispessimento dell'epidermide^[1].

A livello clitorideo, queste due alterazioni istologiche danno origine a due condizioni morfologiche diverse che descrivono due varianti di lichen planus. A volte appaiono isolate, ma spesso possono coesistere in tempi diversi e con localizzazione diverse.

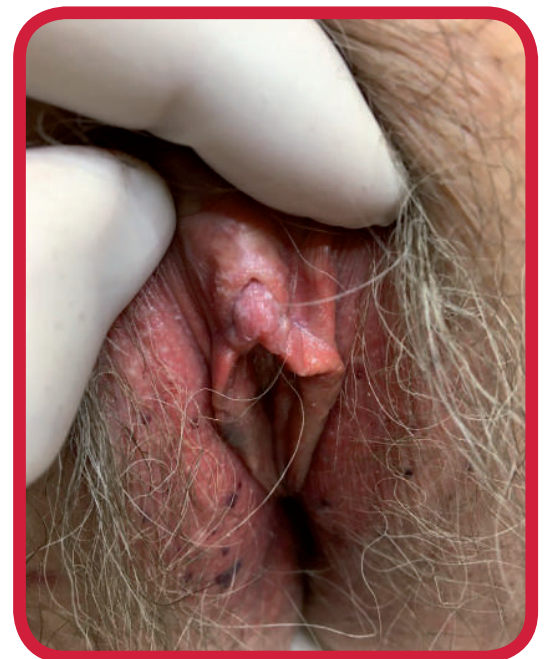


Fig. 1. Lichen planus erosivo delle mucose.

La prima denota la forma erosiva o suberosiva, caratterizzata da perdita di sostanza a carattere infiammatorio che lascia in primis ipotizzare, come aspetto

diagnostico, una dermatite erosiva. Poche altre condizioni infiammatorie portano a questo distacco e danno tissutale come nel LP. Tali aspetti morfologici caratterizzano il lichen planus erosivo delle mucose (Fig.1).

Si tratta di una condizione localizzata a livello clitorideo di forte distress tissutale con aree rosse importanti, quasi in fase essudativa, per perdita degli strati superficiali. E' una condizione dolente e dolorabile al minimo contatto di sfioramento della parte stessa. Gli altri sintomi che caratterizzano il LP clitorideo in forma erosiva sono la disestesia, l'iperalgia e la forte tendenza alla sensazione di bruciore. Il discomfort della paziente, pur trattandosi di localizzazione in area limitata come il clitoride, è elevatissimo. La paziente avverte un forte disagio nell'espletare anche le normali attività quotidiane come igienizzarsi, urinare o tentare di avere contatti di natura sessuale. Il dolore ed il bruciore sono pressoché costanti nell'arco della giornata quasi in completa assenza di prurito, solitamente presente nelle altre dermatosi a localizzazione vulvare e clitoridea. Nell'indirizzo clinico diagnostico l'elemento fondamentale è ascoltare il disagio della paziente.

Un'attenta osservazione con lente d'ingrandimento e luce adeguata, ma non eccessivamente forte, ci mostra le caratteristiche sopracitate. La difficoltà nell'andare a proporre un possibile prelievo biotico è far capire alla paziente che, qualora si ritenesse necessario, va valutato soprattutto in tema di diagnosi differenziale con alterazioni di tipo preinvasivo di natura displastica, erosiva^[2].

L'altra conformazione che il lichen planus clitorideo può assumere come variante anatomica è di natura quasi reattiva alla flogosi, con ispessimento tissutale superficiale della cute affetta. In questi casi il LP assume un aspetto biancastro uniforme, che ricopre quasi completamente l'area clitoridea del cappuccio conferendo un aspetto della superficie abbastanza omogeneo (Fig.2). Il bruciore è molto meno intenso rispetto alla forma erosiva e, la scoperta diagnostica, avviene solo dopo un'accurata visita medica di tutti i tessuti esplorabili della paziente. Questa variante ipercheratosica del lichen planus, infatti, può presentare lesioni con aspetti

analoghi in altre parti dei genitali (a livello vaginale) oppure a livello della mucosa del cavo orale. Caratteristiche simili sono infine osservabili anche sulla cute^[3].

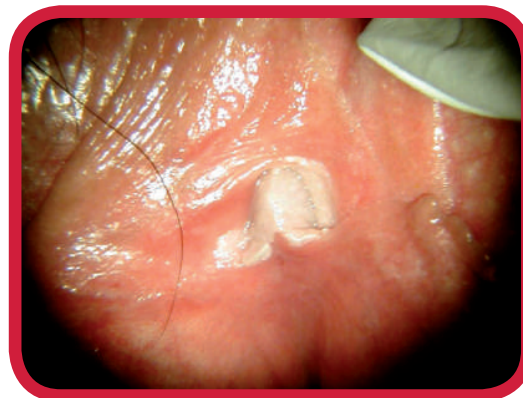


Fig.2. Lichen planus clitorideo.

Dal punto di vista sintomatologico generalmente si associa il sintomo del prurito riferito come pizzicore.

La diagnosi differenziale con il lichen scleroatrofico (LSA) si basa su aspetti morfologici: nel LP non si osserva quel tipico colorito bianco avorio, simil traslucido, tipico del LSA; l'ipercheratosi crea invece una condizione che porta ad un bianco opaco, quasi bianco sale^[4].

Ricordiamo che entrambe le forme possono far parte della sindrome vulvo-vagino-gengivale oppure caratterizzarsi come localizzazione clitoridea di un classico lichen planus cutaneo e delle mucose^[5].

Nella risposta terapeutica ci sono due comportamenti diversi per le due forme: la prima, erosiva, mostra notevoli difficoltà alla risposta con farmaci topici a causa di una notevole iperestesia al contatto con qualsivoglia veicolo topico. In tal caso sono da preferire emulsioni molto fluide a basso impatto tattile sulla parte. Vanno evitate le pomate grasse e i detergenti "aggressivi". La cura igienica deve essere effettuata con soluzioni delicate come acqua micellare o soluzioni acquose basiche. Nel secondo caso, forma ipercheratosica, i prodotti topici hanno meno impatto negativo sull'area clitoridea e solitamente, quando sono a contenuto steroideo, danno di buoni risultati sulla sintomatologia e sull'aspetto clinico.

Nei casi sopracitati è di fondamentale importanza l'aiuto della terapia sistemica steroidea per dominare la flogosi e la sintomatologia ad essa legata. Non sono

utili gli antistaminici perché il prurito è scarsamente rappresentato.

Tra le dermatosi della vulva a localizzazione clitoridea spicca per la sua particolarità di frequenza e di durata della malattia il LSA.

Questa patologia è caratterizzata da un indurimento del tegumento vulvare coinvolto (sclerosi) e da una spiccata atrofia d'organo, in particolare nelle fasi successive o di cronicizzazione. Il prurito risulta essere il sintomo maggiormente rappresentato [6].

Nel lichen LSA il 70% circa dei casi da noi osservati origina nella sede clitoridea. Il danno si evidenzia in maniera subdola e poco manifesta con scarso prurito e poco sovvertimento della struttura per poi proseguire, nel corso dei mesi, a coinvolgere l'intero sistema prepuziale clitorideo.

In questa fase si è osservato che, a livello della piega tra prepuzio e clitoride avvengono i fenomeni maggiormente infiammatori con conseguenti fusioni tra aree diverse seppur senza grosse evidenze cliniche (Fig.3, Fig.4). E' molto difficile osservare tali danni in fase così iniziale sempre a causa di un'analisi poco investigativa sull'area o per ritardo a visita della paziente.



Fig.3. Lichen sclero-atrofico clitorideo.



Fig.4. Lichen sclero-atrofico clitorideo.

Il medico ginecologo, specialista dell'area, alle prime percezioni durante la visita come cambiamenti nell'aspetto, nel colore dell'area peri-clitoridea prepuziale, dovrebbe indagare all'interno della piega clitoridea e percepire eventuali iniziali danni da fusione delle parti anticipandone l'evoluzione sclerotica. Con semplici accorgimenti quali la deterzione accurata e l'uso di lubrificanti emollienti e lenitivi, le pazienti eviteranno l'adesione definitiva ed irreparabile tra le parti (Fig.5) [7].



Fig.5. Lichen sclero-atrofico clitorideo.

Al contrario la maggior parte delle osservazioni avvengono quando l'area clitoridea è completamente coinvolta nelle modificazioni patologiche da LSA: si osserva come il cambiamento di colore (aree bianco avorio), l'aumento della densità e della compattezza del tessuto sono già modificazioni avviate e mediamente avanzate rispetto ad un danno iniziale. In questa fase intermedia di danno è possibile ancora osservare il glande clitorideo libero da cute sclerotica neoapposta (Fig.6). Un intervento terapeutico in questo momento diagnostico è benefico per la paziente e spesso in grado di contrastare la chiusura anatomica del glande.



Fig.6. LSA stadio intermedio.

Nella fase 3, o avanzata, quella relativa alle osservazioni tardive, il LSA già ha dato localizzazione in altre aree vulvari. Possiamo notare come ormai, in questa fase, il clitoride è incappucciato in maniera pressoché definitiva e difficilmente riparabile (Fig.7).

Questa modificazione anatomica non sempre corrisponde ad alterazioni sintomatologiche e sensoriali rilevanti per le abitudini delle pazienti.

Lo scopo della terapia relativamente a questa area è quello di fermare il danno di ispessimento della cute sovrastante in maniera da preservare un certo aspetto

tattile e percettivo dell'area stessa [8]. Sconsigliamo per motivi comprensibili l'utilizzo del laser sulla regione clitoridea.



Fig.7. LSA con obliterazione del clitoride.

L'approccio terapeutico, basato soprattutto su prodotti antiinfiammatori ed immunostabilizzanti, necessita di un'attenta valutazione della superficie che si vuole trattare. I principali attori di questo intervento terapeutico restano gli steroidi topici ma è necessario sottolineare come, in una fase iniziale di danno minimale, possano essere sufficienti degli steroidi di bassa potenza come l'idrocortisone acetato. Questo prodotto mostra una minore tendenza a generare una ipotrofia della cute clitoridea anche dopo uso prolungato.

Quando il danno è intermedio-avanzato si può optare per l'uso di un corticosteroide medio-potente quale il mometasone e, pur rimanendo un farmaco non specificatamente atrofizzante, va usato con più cautela e non per lunghi periodi. Raramente abbiamo proposto l'uso del clobetasolo nell'area clitoridea tranne che per casi selezionati di cute molto ispessita ed infiammata. Abbiamo invece trovato giovamento nell'associazione cortisone+antibiotico topico perché la riduzione della flogosi, e di tutta la sintomatologia connessa, avveniva in tempi più rapidi.

Si sconsigliano comunque terapie quotidiane protratte per lunghi periodi e, qualora fossero necessarie, dovranno essere alternate a prodotti "immuno-stabilizzanti" come il tacrolimus ed il pimecrolimus. Prodotti lenitivi su base oleata, emulsioni fluide possono costituire un valido aiuto nel mantenere uno stato di idratazione sufficiente a lenire

la secchezza generata dal lichen, con conseguente giovamento da parte della paziente.

Può essere utile il supporto di un prodotto topico a base di testosterone al 2% qualora si osservi un clitoride atrofizzato di lunga data grazie al suo potere rigenerante sul trofismo e l'anatomia clitoridea.

Quando si osservano casi di lichen avanzati su tutta l'area vulvare e peri-vulvare e sul resto della cute, possiamo notare come il clitoride mostri gli aspetti di un danno più evoluto ed atrofizzato: vediamo dunque sclerosi importanti, aree di ipercheratosi pseudo-epiteliomatosa come aree erosivo-ulcerative (Fig.8).



Fig.8. Lichen in stadio avanzato.

In questo momento diagnostico del LSA la paziente può avvertire l'area come modificata, non più identificabile o somigliante rispetto all'origine, spesso accompagnata da sintomatologia pruriginosa o algica di una certa intensità o persistenza in grado di cambiare la qualità e le abitudini di vita delle pazienti.

All'osservazione clinica della fase avanzata ed evoluta del danno si osserva come il clitoride appare profondamente modificato ed a prevalere può essere un elevato grado di infiammazione, sclerosi e iperplasia, spesso in contemporaneità di comparsa.

Si sono osservate inoltre lesioni simil-emorragiche da stravasamento ematico che configurano una vera e propria forma di LSA ecchimotico (Fig.9).



Fig.9. LSA ecchimotico.

Nell'evento patogenetico di una possibile trasformazione neoplastica, i fatti precedentemente citati e indicati genericamente come flogosi, se da una parte possono diventare terreno fertile per le complicanze infiammatorie, dall'altra la perseveranza e la ripetitività dell'evento flogistico possono rappresentare e determinare i primi elementi di alterazione del comportamento cellulare. Queste modificazioni passano per una fase displastica, una fase proliferativa e una fase degenerativa^[9]. Affianco a queste alterazioni ci sono tutti gli altri fattori che l'oncogenesi dei tumori della vulva mette in evidenza quali: la predisposizione genetica, un'età avanzata, un ritardato intervento nel rimuovere l'ambiente anomalo tissutale^[10].

Sebbene ancora non sia stato prodotto un numero sufficiente di dati, il cambiamento dello stile di vita, unito alla terapia farmacologica e ad un protocollo di controllo in cui la paziente viene visitata ogni 4 mesi circa, potrebbe ridurre l'effetto proliferativo del LSA e la comparsa di lesioni tumorali sullo stesso.

Conflitti di interesse - Gli autori non dichiarano alcun conflitto d'interesse relativo a questo articolo.

Finanziamenti - Non applicabile.

Contributo degli autori - Iconografia a cura di P.L. Stesura dell'articolo e bibliografia a cura di P.L. e F.F.

Ringraziamenti - Non applicabile.

BIBLIOGRAFIA

1. Dubey R., Fischer G. Vulvo-vaginal lichen planus: A focussed review for the clinician. *Australas J. Dermatol.* 2019. 60(1). p.7-11. DOI: 10.1111/ajd.12875
2. Mauskar M. Erosive Lichen Planus. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 2017. 44(3). p.407-420. DOI: 10.1016/j.ogc.2017.04.004
3. Mahajan R., Jain V., Ninama K., Marfatia Y.S. Hypertrophic lichen planus of the vulva - A missed diagnosis. *Indian J. Sex Transm. Dis. AIDS.* 2020. 41(1). p.116-118. DOI:10.4103/ijstd.IJSTD_51_19
4. Day T., Moore S., Bohl T.G., Scurry J. Comorbid Vulvar Lichen Planus and Lichen Sclerosus. *J. Low. Genit. Tract Dis.* 2017. 21(3) p.204-208. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000307
5. Nico MM, Fernandes JD, Lourenço SV. Oral lichen planus. *An. Bras Dermatol.* 86(4). p.633-641. DOI: 10.1590/s0365-05962011000400002
6. Wu M., Lee G., Fischer G. Forming diagnostic criteria for vulvar lichen planus. *Australas J. Dermatol.* 2020. 61(4). p.324-329. DOI:10.1111/ajd.13350
7. Hall D. Lichen sclerosus: early diagnosis is the key to treatment. *Nurse Pract.* 1996. 21(12 Pt 1). p.57-58, p.61-62.
8. Chi C.C., Kirtschig G., Baldo M., Lewis F., Wang S.H., Wojnarowska F. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials on topical interventions for genital lichen sclerosus. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2012. 67(2). p.305-312. DOI:10.1016/j.jaad.2012.02.044
9. Preti M., Micheletti L., Privitera S., Radici G., Gallio N., Benedetto C., Bucchi L. Vulvar Lichen Planus: A Risk Factor for Vulvar High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion Recurrence? *J. Low Genit. Tract. Dis.* 2018. 22(3). p.264-265. DOI:10.1097/LGT.0000000000000398
10. Carlson J.A., Ambros R., Malfetano J., Ross J., Grabowski R., Lamb P., Figge H., Mihm MC Jr. Vulvar lichen sclerosus and squamous cell carcinoma: a cohort, case control, and investigational study with historical perspective; implications for chronic inflammation and sclerosis in the development of neoplasia. *Hum Pathol.* 1998. 29(9). p.932-948. DOI: 10.1016/s0046-8177(98)90198-8