

# **PREVENZIONE DEL DOLORE IN OSTETRICIA: FOCUS SULLA GRAVIDANZA**

**Nicoletta Di Simone<sup>1,2</sup>, Alice Guarano<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Humanitas University Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Milano

<sup>2</sup> Unità Multidisciplinare di Patologia della Gravidanza, Humanitas San Pio X, Milano

L'esperienza del dolore in ostetricia rappresenta un momento estremamente delicato e rispecchia l'assetto emotivo, cognitivo e socioculturale della paziente (Lowe, 2002). Il travaglio è il momento della gravidanza in cui fisiologicamente la donna sperimenta il dolore: costituisce **un evento soggettivo e molto variabile** a seconda delle caratteristiche della paziente e del travaglio, e spesso viene definito "molto grave" o "intollerabile" (Ranta et al, 1995). Sebbene livelli più bassi di dolore in travaglio siano stati correlati con livelli più elevati di soddisfazione sull'esperienza del parto, livelli più elevati di dolore non precludono un'esperienza complessivamente soddisfacente. È stato dimostrato come la possibilità per la partoriente di sperimentare una sensazione di controllo sui processi decisionali del travaglio sia correlata a una maggior soddisfazione complessiva per l'esperienza del parto e come il sollievo dal dolore contribuisca a tale sensazione (McCrea e Wright, 1999).

Tali evidenze suggeriscono che **le donne dovrebbero essere coinvolte nel processo decisionale** per quanto riguarda tutti gli aspetti del parto, incluso il sollievo dal dolore. Tale coinvolgimento può essere ottenuto educando le donne sulle tecniche di analgesia disponibili, farmacologiche e non, **già durante la gravidanza**, in modo che possano vagliare attentamente le opzioni prima dell'inizio del travaglio, poiché il dolore e lo stress del parto potrebbero precludere un'accurata valutazione e discussione sui rischi e i benefici di ogni tecnica.

**Il dolore è il sintomo cardine del travaglio** e può localizzarsi in diverse zone: sull'addome, a livello della schiena, del pavimento pelvico e del perineo. I driver fisiologici del dolore in travaglio annoverano molteplici fattori, tra cui le contrazioni uterine, la dilatazione cervicale e la pressione esercitata dalla testa fetale. L'origine del dolore cambia a seconda delle diverse fasi del travaglio. Durante **il primo stadio** è definito viscerale, origina dall'utero ed è prodotto dalla distensione dei meccanorecettori uterini e cervicali e dall'ischemia dei tessuti uterini e cervicali. Lo stimolo dolorifico entra nel midollo spinale a livello di T10, T11, T12 e L1 per cui la sensazione dolorosa, oltre all'utero, può essere riferita alla parete addominale, alla regione lombosacrale, alle creste iliache, alle aree glutee e alle cosce. Nella **seconda fase** del travaglio vi è una combinazione di dolore viscerale da contrazioni uterine e stretching cervicale e di dolore somatico da distensione dei tessuti vaginali e perineali. Lo stimolo dolorifico somatico viene trasmesso al midollo spinale attraverso il nervo pudendo (S2, S3 e S4). In questa fase, la partoriente sperimenta anche una notevole pressione rettale e un impulso ad espellere il feto man mano che la parte presentata scende nello scavo pelvico.

L'*International Society for the Study of Pain* definisce il dolore come «una spiacerevole esperienza sensoriale ed emotiva associata a danni tissutali effettivi o potenziali» (IASP, 2017). Il dolore quindi, oltre a essere un'esperienza sensoriale, è anche un'esperienza emotiva, in quanto è sempre spiacerevole. La sofferenza può essere definita con uno qualsiasi dei seguenti elementi psicologici: una minaccia percepita per il corpo e/o per la psiche, impotenza e perdita di controllo, angoscia, risorse insufficienti per far fronte alla situazione angosciante o paura della morte della madre o del bambino (Lowe, 2002). Sebbene dolore e sofferenza vadano spesso di pari passo, si può soffrire senza dolore o avere dolore senza sofferenza (Bonapace et al, 2018).

Il dolore in travaglio scatena diverse reazioni fisiologiche (Brownridge, 1995): evoca una risposta neuroendocrina allo stress, con rilascio di catecolamine e cortisolo, che aumentano la resistenza vascolare periferica materna con conseguente diminuzione della perfusione uteroplacentare e riduzione dell'ossigenazione fetale (Morishima et al, 1979). L'iperventilazione intermittente determina ipocapnia, che a sua volta causa vasocostrizione periferica e contribuisce alla riduzione del flusso uteroplacentare. L'alcalosi respiratoria che ne consegue sposta la curva dell'ossiemoglobina a sinistra, aumentando l'affinità dell'ossigeno per l'emoglobina materna e diminuendo così il rilascio di ossigeno attraverso la placenta, contribuendo alla vasocostrizione utero-placentare; aumenta inoltre l'escrezione di bicarbonati a livello renale, instaurando un'acidosi metabolica e aumentando il consumo di ossigeno materno.

**La maggior parte di queste risposte fisiologiche al dolore può essere ridotta o eliminata con un'efficace partoanalgesia.** In uno studio condotto su 103 donne nullipare con gravidanza singola non complicata a termine, i livelli di ormone dello stress dopo il parto erano più bassi nelle pazienti sottoposte a parto cesareo elettivo con anestesia epidurale rispetto alle pazienti che avevano avuto parti vaginali senza analgesia, con analgesia epidurale o parto strumentale con o senza analgesia epidurale (Vogl et al, 2006). Inoltre, il dolore non alleviato può contribuire allo sviluppo di traumi psicologici *post partum*. In uno studio condotto su 1288 donne dopo parto vaginale o cesareo, la gravità del dolore acuto *intra partum*, piuttosto che la modalità del parto stessa, era correlata all'incidenza della depressione *post partum* (Eisenach et al, 2008).

**La gestione del dolore in travaglio** è uno degli obiettivi principali delle cure *intra partum*. L'ACOG afferma come non debbano mai sussistere situazioni in cui sia considerato accettabile per un/una paziente affidato alle cure di un medico provare un forte dolore (ACOG, 2019), e pertanto riconosce come la sola richiesta materna rappresenti un'indicazione medica sufficiente per offrire l'analgesia in travaglio.

Esistono due approcci generali: farmacologico e non farmacologico. I primi sono volti a eliminare o a diminuire la sensazione fisica del dolore; i secondi sono invece diretti ad aumentare il comfort, consentendo alla donna in travaglio di affrontare il dolore, prevenendo così la sofferenza. Molte donne potrebbero nutrire delle preferenze sull'uso delle tecniche farmacologiche rispetto a quelle non farmacologiche, ma anche tra coloro che preferiscono le prime, la maggior parte utilizza anche alcuni approcci non farmacologici (Brownridge, 1995). Pertanto, l'offerta di un approccio non farmacologico per

affrontare e gestire il dolore da parto deve rappresentare **una priorità in tutti i contesti assistenziali alla maternità e per tutte le partorienti**, indipendentemente dall'intenzione di ricevere anche trattamenti farmacologici.

Gli approcci non farmacologici alla gestione del dolore in travaglio non sono volti a far scomparire il dolore; l'obiettivo è quello di mantenerlo entro un limite di sopportabilità, aiutando la donna ad affrontarlo al meglio e in maniera efficace, mantenendo un senso di controllo personale sul processo di nascita e riducendo così la sofferenza. In quest'ottica, il dolore è visto come una componente normale del travaglio. La paziente dovrebbe essere informata sulle diverse alternative non farmacologiche disponibili, valutarne i rischi, i benefici e le alternative, pianificando un approccio che meglio si adatti alle sue esigenze. Ovviamente, poiché queste valutazioni vengono effettuate prima del travaglio, è estremamente importante tenere conto dei possibili cambiamenti che la paziente desidera apportare in *itinere*, anche intervenendo con metodiche farmacologiche. Una revisione di 10 studi qualitativi ha riportato come le due principali influenze sulla capacità di una donna di far fronte al dolore in travaglio fossero il **supporto** individualizzato e l'**accettazione** della necessità di provare un po' di dolore per far nascere i loro bambini (Van der Gucht e Lewis, 2015). Il **supporto costante one-to-one** permette di stabilire una sensazione di sicurezza e riduce i sentimenti di solitudine e paura. Il ruolo del caregiver è di notevole importanza: le persone di supporto forniscono conforto fisico, rassicurazione, guida e incoraggiamento, con riduzione dei sentimenti di impotenza e un maggiore senso di padronanza, controllo e benessere. L'ACOG ha dichiarato che «uno degli strumenti più efficaci per migliorare gli outcome del parto è la presenza continua di personale di supporto, come una *doula*» (ACOG, 2014).

Anche **l'ambiente** in cui si svolge il travaglio ha un ruolo rilevante: dovrebbe essere confortevole, privato, tranquillo e offrire luoghi per poter camminare, fare il bagno e riposare. Una revisione sistematica di 10 studi randomizzati che confrontavano *setting* di nascita alternativi (abitazioni, case di cura) rispetto alle unità convenzionali di travaglio e parto ospedaliero, ha rilevato che i primi aumentavano la probabilità che la donna non ricorresse all'analgesia *intra partum* (Hodnett et al, 2012) ed erano associati a tassi significativamente più bassi di interventi ostetrici.

I metodi non farmacologici disponibili per il sollievo dal dolore in travaglio sono numerosi e ognuno ha una sua storia e una sua valenza. Il **movimento**, ad esempio, è una strategia che può aiutare a migliorare il dolore del travaglio, poiché le dimensioni della pelvi variano a seconda delle posizioni materne, per cui lasciare la donna libera di muoversi durante il travaglio e assumere le posizioni che preferisce ha una logica intuitiva: permette di trovare sollievo in un assetto antalgico e di favorire un confronto ottimale fra la testa del feto e il bacino materno. Non vi sono evidenze che alcune posizioni siano migliori di altre, quindi nessuna è consigliata. Una revisione sistematica della letteratura ha dimostrato come le posizioni erette nella prima fase del travaglio riducevano la durata dello stesso, il rischio di taglio cesareo e la necessità di anestesia epidurale, e non erano associate a un aumento di outcome avversi (Lawrence et al, 2013). L'**uso di una palla** per il parto durante il travaglio favorisce il rilas-

samento del tronco e del pavimento pelvico e fornisce anche un certo sollievo dal dolore poiché, se utilizzata in posizione seduta, applica una pressione a livello perineale che può parzialmente bloccare la trasmissione nocicettiva a livello del midollo spinale. Alcuni studi descrittivi più datati hanno riportato una riduzione del dolore mediante **massaggi** o anche il semplice **tocco** della paziente (presa della mano, carezze). Il massaggio rimane un'opzione semplice, a basso costo e sicura per fornire sollievo alle donne in travaglio. Alcune meta-analisi hanno dimostrato che la digitopressione sui punti L14 e SP6 è associata a una significativa riduzione del dolore del travaglio, sia durante la fase attiva che durante la fase di latenza (Raana e Fan, 2020). Le applicazioni superficiali di **fonti di calore e/o freddo**, in varie forme, sono popolari, sebbene ci siano dati di supporto minimi; tuttavia sono facili da usare, poco costose, non richiedono alcuna pratica precedente e hanno effetti collaterali minimi, se usate correttamente. Il calore viene in genere applicato sui punti di maggior dolore tramite le fonti più diverse (bottiglie d'acqua calda, impacchi caldi, piastre elettriche) e normalmente è preferito, ma alcune pazienti ricevono maggior sollievo dall'applicazione di fonti fredde che, oltre al sollievo dal dolore, alleviano lo spasmo muscolare e riducono l'infiammazione e l'edema. Le **tecniche di respirazione e rilassamento** sono state associate a una riduzione del dolore nella fase prodromica e attiva del travaglio (Smith et al, 2018). Molte altre tecniche sono disponibili in contesti ad alto reddito per la gestione non farmacologica del dolore, fra cui lo yoga, l'ipnoterapia, il biofeedback, la stimolazione nervosa elettrica transcutanea, l'audioanalgesia, l'aromaterapia e l'agopuntura.

Gli **approcci farmacologici** per la gestione del dolore da parto possono essere classificati in sistemici o locoregionali. La **sommministrazione sistemica** comprende vie parenterali e per inalazione, utilizza farmaci oppiacei, che però passano la placenta e comportano un rischio di effetti sedativi sul feto, con potenziale apnea e bradicardia alla nascita. L'efficacia è variabile e incompleta, tuttavia in caso di controindicazioni all'anestesia locoregionale costituisce una possibile alternativa. Le **tecniche analgesiche locoregionali** consistono in tecniche neurassiali (cioè epidurale, spinale o combinata) e blocchi nervosi (pudendo e paracervicale). Le tecniche neurassiali forniscono un sollievo dal dolore ottimale quando gestite attivamente, con effetti collaterali minimi per il parto e il feto (Jones et al, 2012). L'uso dell'analgesia neurassiale varia da Paese a Paese: in un sondaggio del 2016 condotto negli Stati Uniti, l'epidurale, la spinale o l'analgesia combinata sono state utilizzate per oltre il 70% delle donne che hanno partorito, mentre secondo il *National Health Service Maternity Statistics* per il 2017-2018 circa il 36% delle partorienti nel Regno Unito aveva fatto ricorso all'analgesia neurassiale. I rischi e i benefici dell'analgesia peridurale nelle donne in travaglio devono essere valutati caso per caso, sebbene vi siano poche controindicazioni vere (coagulopatia, aumento della pressione intracranica o infezioni cutanee della regione lombare). L'uso dei metodi non farmacologici può consentire di ritardare l'uso dell'analgesia farmacologica ed evitare alcuni effetti collaterali indesiderati correlati alla durata del farmaco, come la febbre.

I **dolori post partum** si verificano nel 50% delle puerpera entro 48 ore dal

parto vaginale o cesareo, a causa di contrazioni uterine ipertoniche. Il dolore è intermittente e spesso più intenso durante l'allattamento a causa del rilascio di ossitocina ad esso associato. È più comune nelle pluripare, nelle pazienti in cui l'utero è stato sovradisteso (gravidanza multipla, *polidramnios*) e nelle pazienti con una storia di dismenorrea. I dolori *post partum* di solito si risolvono spontaneamente entro la fine della prima settimana *post partum*. Analgesici lievi (paracetamolo o FANS) sono efficaci nel trattamento e possono essere utilizzati in associazione. Gli oppioidi non sono necessari e dovrebbero essere evitati.

Per il controllo del dolore *post operatorio* dopo un parto cesareo dovrebbero essere utilizzate **strategie multimodali e graduali** per promuovere un rapido recupero della paziente, consentendole di prendersi cura del neonato e ridurre al minimo l'utilizzo di oppioidi. Le pazienti che ricevono anestesia neurassiale possono trarre beneficio dalla morfina neurassiale o dall'idromorfone. Il taglio cesareo è associato a un'aumentata incidenza di **depressione post partum**: alcune donne sviluppano sentimenti di fallimento, rabbia e stress, soprattutto dopo un cesareo d'urgenza non programmato, e ciò può contribuire ad accrescere la sensazione della sofferenza postoperatoria.

Un **approccio olistico e multispecialistico** alla paziente ostetrica, sia durante il decorso della gravidanza sia, soprattutto, al momento del travaglio e nel delicato periodo del *post partum*, permette di ottenere un migliore controllo del dolore e della sofferenza, di offrire alla paziente una partecipazione attiva nel processo decisionale relativo alle sue cure e di garantire una maggior soddisfazione dell'esperienza del parto.

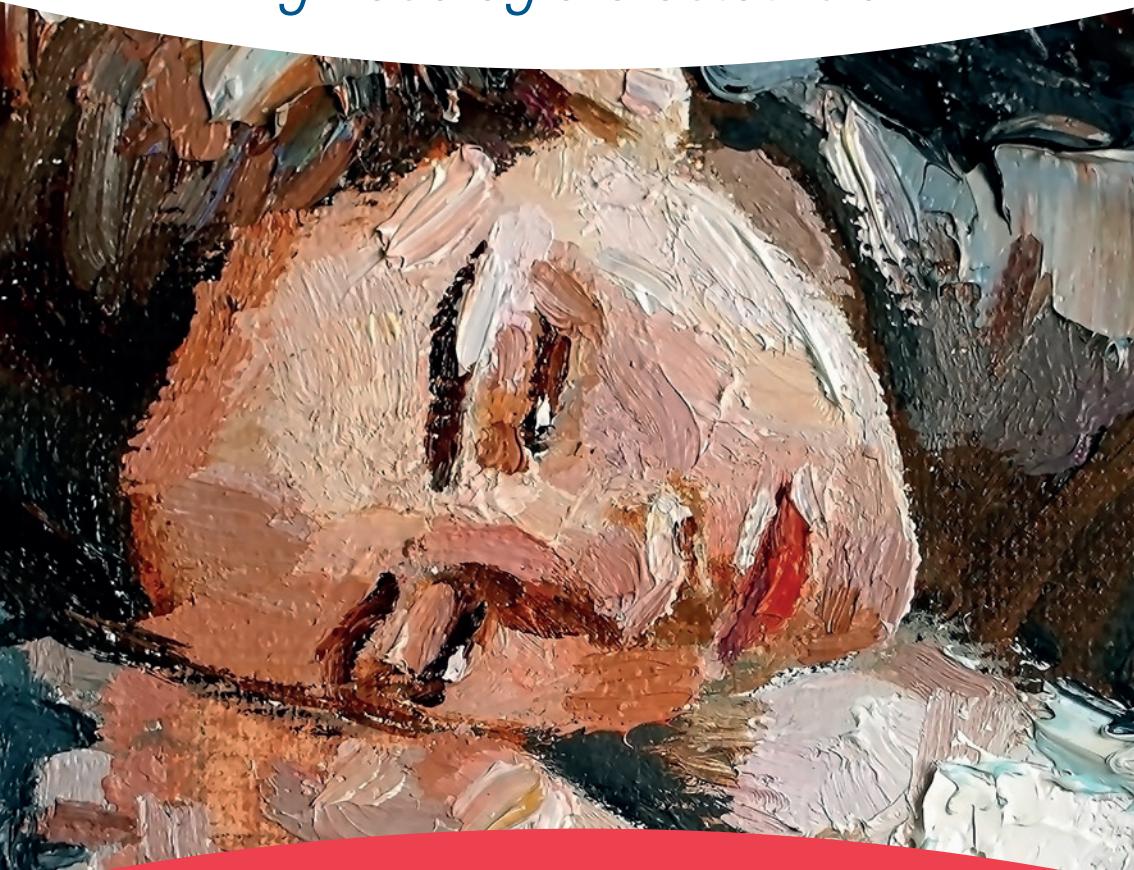
## Bibliografia

- American College of Obstetricians and Gynecologists (College); Society for Maternal-Fetal Medicine; Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2014 Mar;210(3):179-93. doi: 10.1016/j.jog.2014.01.026
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 209: Obstetric Analgesia and Anesthesia. Obstet Gynecol. 2019 Mar;133(3):e208-e225. doi: 10.1097/AOG.0000000000003132
- Bonapace J, Gagné GP, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S. No. 355-Physiologic basis of pain in labour and delivery: an evidence-based approach to its management. J Obstet Gynaecol Can. 2018 Feb;40(2):227-245. doi: 10.1016/j.jogc.2017.08.003
- Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1995 May;59 Suppl:S9-15. doi: 10.1016/0028-2243(95)02058-z
- Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. Pain. 2008 Nov 15;140(1):87-94. doi: 10.1016/j.pain.2008.07.011. Epub 2008 Sep 24
- Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;2012(8):CD000012. doi: 10.1002/14651858.CD000012.pub4
- International Association for the Study of Pain (IASP): Taxonomy. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain> (Accessed on February 27, 2017)
- Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Mar 14;2012(3):CD009234. doi: 10.1002/14651858.CD009234.pub2
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Oct 9;(10):CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4
- Lowe NK. The nature of labor pain. Am J Obstet Gynecol. 2002 May;186(5 Suppl Nature):S16-24. doi: 10.1067/mob.2002.121427
- McCrea BH, Wright ME. Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. J Adv Nurs. 1999 Apr;29(4):877-84. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00961.x

- Morishima HO, Yeh MN, James LS. Reduced uterine blood flow and fetal hypoxemia with acute maternal stress: experimental observation in the pregnant baboon. *Am J Obstet Gynecol*. 1979 Jun 1;134(3):270-5. doi: 10.1016/s0002-9378(16)33032-0
- Raana HN, Fan XN. The effect of acupressure on pain reduction during first stage of labour: a systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2020 May;39:101126. doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101126. Epub 2020 Feb 29
- Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmén A, Jouppila P, Jouppila R. Maternal expectations and experiences of labour pain-options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1995 Jan;39(1):60-6. doi: 10.1111/j.1399-6576.1995.tb05593.x
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Mike Armour M, Dahlen HG, Suganuma M. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Mar 28;3(3):CD009514. doi: 10.1002/14651858.CD009514.pub2
- Vogl SE, Worda C, Egarter C, C Bieglmayer C, T Szekeres T, J Huber J, P Husslein P. Mode of delivery is associated with maternal and fetal endocrine stress response. *BJOG*. 2006 Apr;113(4):441-5. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.00865.x. Epub 2006 Feb 20
- Van der Gucht N, Lewis K. Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. *Midwifery*. 2015 Mar;31(3):349-58. doi: 10.1016/j.midw.2014.12.005. Epub 2014 Dec 31

# **DOLORE, INFIAMMAZIONE E COMORBILITÀ**

## *in ginecologia e ostetricia*



**MILANO** 23 Novembre 2022

## **ATTI E APPROFONDIMENTI DI FARMACOLOGIA**

*A cura di Annamaria Colao, Alessandra Graziottin, Stefano Uccella*

# P R O G R A M M A

08:00-08:30	Registrazione dei partecipanti
08:30-09:00	Presentazione del Corso Annamaria Colao (Napoli), Alessandra Graziottin (Milano), Stefano Uccella (Verona)
<b>09:00-11:00</b>	<b>Letture introduttive - Lo scenario del dolore nella donna. Stato dell'arte</b>
	Moderatori: Nicoletta Di Simone (Milano), Stefano Uccella (Verona)
09:00-09:25	<b>Genomica e dolore: che cosa ci può rivelare lo studio del DNA?</b> Sabrina Rita Giglio (Cagliari)
09:25-09:50	<b>Ginecologia endocrino-metabolica: i trigger negletti di infiammazione e dolore nella donna</b> Annamaria Colao (Napoli)
09:50-10:15	<b>Che cosa c'è dentro il dolore pelvico? Dalla fisiopatologia al razionale di cura</b> Alessandra Graziottin (Milano)
10:15-10:40	<b>Intestino, microbiota e cervello viscerale: la prima regia del dolore</b> Vincenzo Stanghellini (Bologna)
10:40-11:00	Discussione
11:00-11:15	Coffee Break
<b>11:15-13:40</b>	<b>Sessione - Endometriosi e dolore: la sfida della diagnosi precoce e le strategie di cura</b>
	<b>· PRIMA PARTE: Endometriosi e dolore in comorbilità: impatto sulla sessualità. Consensus di Strasburgo 2022</b>
	Moderatori: Marcello Ceccaroni (Verona), Annamaria Colao (Napoli)
11:15-11:30	<b>Endometriosi, dolore e sessualità: come superare le persistenti omissioni diagnostiche?</b> Alessandra Graziottin (Milano)
11:30-11:45	<b>Dismenorrea e cicli mestruali abbondanti: sono predittivi di endometriosi e disfunzioni sessuali?</b> Angela Cuccarollo (Verona)
11:45-12:00	<b>Endometriosi: dolore sessuale e disfunzioni sessuali femminili in comorbilità</b> Elisa Maseroli (Firenze)
12:00-12:15	<b>Terapia medica per endometriosi, prima e dopo chirurgia: la sfida di proteggere salute e sessualità</b> Silvia Baggio (Verona)
	<b>· SECONDA PARTE: Endometriosi e dolore: strategie di cura</b>
	Moderatori: Sabrina Rita Giglio (Cagliari), Vincenzo Stanghellini (Bologna)
12:15-12:30	<b>Contracezione ormonale e controllo del dolore pelvico nell'adolescente</b> Metella Dei (Firenze)
12:30-12:45	<b>Progestinici e controllo del dolore: come personalizzare la scelta</b> Annamaria Paoletti (Cagliari)
12:45-13:00	<b>LARC ed endometriosi: ragioni della scelta</b> Giovanni Grandi (Modena)
13:00-13:25	<b>Lettura - Il dolore pelvico da endometriosi: quando come e perché interviene il ginecologo chirurgo</b> Marcello Ceccaroni (Verona)
13:25-13:40	Discussione

13:40-14:30	Lunch
<b>14:30-15:30</b>	<b>Sessione - Dolore pelvico e comorbilità</b> Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano), Annamaria Paoletti (Cagliari)
14:30-14:55	<b>Lettura - Il dolore vulvare: visione e strategie terapeutiche</b> Filippo Murina (Milano)
14:55-15:00	Discussione
15:00-15:25	<b>Lettura - Il dolore genitale oncologico: quando, come e perché interviene il ginecologo oncologo</b> Stefano Uccella (Verona)
15:25-15:30	Discussione
<b>15:30-17:30</b>	<b>Sessione - Il dolore genitale e sessuale dopo il parto</b> Moderatori: Roberta Anniverno (Milano), Claudio Crescini (Bergamo)
15:30-15:45	<b>Prevenzione del dolore in Ostetricia: focus sulla gravidanza</b> Nicoletta Di Simone (Milano)
15:45-16:00	<b>Prevenzione dei traumi perineali e del dolore correlato nel post parto</b> Claudio Crescini (Bergamo)
16:00-16:15	<b>Diagnosi e cura del dolore sessuale dopo il parto</b> Alessandra Graziottin (Milano)
16:15-16:30	<b>Testimonianza - L'allattamento materno: le vulnerabilità da proteggere</b> Cecilia C.
16:30-16:45	<b>Depressione e dolore dopo il parto</b> Roberta Anniverno (Milano)
16:45-17:00	<b>Valorizzare l'allattamento in un puerperio senza dolore</b> Fabiana Giordano (Napoli)
17:00-17:15	<b>Il ruolo dell'ossigenoterapia antidolore in puerperio</b> Dania Gambini (Milano)
17:15-17:30	Discussione
<b>17:30-18:40</b>	<b>Sessione - Il dolore in postmenopausa tardiva</b> Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano), Paola Salzano (Napoli)
17:30-17:55	<b>Il dolore osteomuscolare dopo la menopausa: diagnosi e strategie terapeutiche</b> Andrea Giusti (Genova)
17:55-18:10	<b>Sindrome genito-urinaria della menopausa: dalla fisiopatologia al ruolo degli androgeni</b> Dania Gambini (Milano)
18:10-18:25	<b>Sindrome genito-urinaria della menopausa: quando usare l'ospermifene</b> Novella Russo (Roma)
18:25-18:40	Discussione
18:40-19:00	<b>Conclusioni e compilazione questionario ECM</b>

# I N D I C E

Prefazione	Pag. 06
Ringraziamenti	Pag. 09
Genomica e dolore: che cosa ci può rivelare lo studio del DNA?	Pag. 10
Ginecologia endocrino-metabolica: i <i>trigger</i> negletti di infiammazione e dolore nella donna	Pag. 14
Che cosa c'è dentro il dolore pelvico cronico: dalla fisiopatologia al razionale di cura	Pag. 18
Intestino, microbiota e cervello viscerale: la prima regia del dolore	Pag. 23
Endometriosi, dolore e sessualità: come superare le persistenti omissioni diagnostiche?	Pag. 28
Dismenorrea severa e cicli mestruali abbondanti: sono predittivi di endometriosi e disfunzioni sessuali?	Pag. 38
Endometriosi: dolore sessuale e disfunzioni sessuali femminili in comorbilità	Pag. 49
Terapia medica per endometriosi, prima e dopo chirurgia: la sfida di proteggere salute e sessualità	Pag. 57
Contracezione ormonale e controllo del dolore pelvico nell'adolescente	Pag. 68
Progestinici orali e controllo del dolore: come personalizzare la scelta	Pag. 69
LARC ed endometriosi: ragioni della scelta	Pag. 75
Il dolore pelvico da endometriosi: quando, come e perché interviene il ginecologo chirurgo	Pag. 80
Il dolore genitale oncologico: quando, come e perché interviene il ginecologo oncologo	Pag. 85
Prevenzione del dolore in ostetricia: focus sulla gravidanza	Pag. 89
Prevenzione dei traumi perineali e del dolore correlato nel post parto	Pag. 95

Diagnosi e cura del dolore sessuale dopo il parto	Pag. 100
Depressione e dolore dopo il parto	Pag. 110
Valorizzare l'allattamento in un puerperio senza dolore	Pag. 115
Il ruolo dell'ossigenoterapia antidolore in puerperio	Pag. 117
Il dolore osteomuscolare: diagnosi e strategie terapeutiche	Pag. 120
Sindrome genito-urinaria della menopausa: dalla fisiopatologia al ruolo degli androgeni	Pag. 126
Sindrome genito-urinaria della menopausa: quando usare l'ospemifene	Pag. 131

## APPROFONDIMENTI DI FARMACOLOGIA

Salute e igiene perineale, vulvare e vaginale: una visione dinamica e integrata	Pag. 139
Ospemifene: le evidenze sul fronte del dolore	Pag. 148
Estetrolo e drospirenone: sinergie e vantaggi nella contraccezione orale	Pag. 155
Fibromi uterini sintomatici: nuove opportunità terapeutiche	Pag. 161