

DIAGNOSI E CURA DEL DOLORE SESSUALE DOPO IL PARTO

A. Graziottin¹, Angela Cuccarollo², Marianna Donini³

¹ Professore a c, Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Università di Verona

Docente, Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie Metaboliche, Università Federico II di Napoli

Direttore, Centro di Ginecologia, H. San Raffaele Resnati, Milano

Presidente, Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus

² Assistente presso l'U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia, Ospedale Alto Vicentino - Santorso (Vicenza)

Medico in Formazione Specialistica, Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia,

Università degli Studi di Verona

³ Medico in Formazione Specialistica, Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia,

Università degli Studi di Verona

Introduzione

Il dolore dopo il parto resta molto trascurato nella pratica clinica contemporanea, con un impatto negativo sulla salute della donna, sulla sua sessualità, sulla qualità della relazione di coppia, sul benessere del bambino e sulla stessa stabilità della nuova famiglia. **“Mancanza di riconoscimento professionale”** (*lack of professional recognition*): questo è il problema e questa era la denuncia che Cathryn Glazener aveva fatto già nel titolo del suo articolo sulla dispareunia nel lontano 1997 (Glazener, 1997).

Uno studio australiano (McDonald et al, 2015) confermava che **diciotto anni dopo poco o nulla era cambiato**: ben il 43% delle donne valutate aveva severo dolore sessuale a 6 mesi dal parto, il 28% dopo un anno e il 23% ancora ne soffriva 18 mesi dopo. Questo rendeva impossibile l'intimità sessuale, con un impatto devastante sulla coppia.

Ancora oggi, studi osservazionali e meta-analisi confermano che il dolore sessuale in puerperio resta poco presente nella attenzione e valutazione clinica (Cattani et al, 2022; Dahlgren et al, 2022; Ghasemi et al, 2022; Wood et al, 2022).

Sfortunatamente il tema resta in ombra anche nella formazione degli specializzandi in Ostetricia e Ginecologia, con rare eccezioni.

Obiettivo di questo lavoro è valutare concisamente:

- lo scenario psicoemotivo e fisico della donna dopo il parto;
- l'impatto del tipo di parto sul dolore e sulla sessualità;
- i criteri diagnostici;
- le prospettive terapeutiche.

Lo scenario psicoemotivo

Il puerperio è un momento rivoluzionario nella vita della donna e della coppia. La **“transition to parenthood”**, ben descritta da Jay Belsky che a questo passaggio critico ha dedicato lo studio di una vita, presenta due volti, come tutte le crisi (Belsky e Kelly, 1994): è un'opportunità e una difficoltà. L'opportunità di realizzare il sogno di maternità e paternità e di crescere come coppia, con un'intimità più profonda. La difficoltà posta dai cambiamenti fisici della donna, da eventuali problemi di salute fisica ed emotiva del piccolo/a, e dai problemi

organizzativi, economici e professionali, che possono far esplodere la relazione. L'impatto che i cambiamenti fisici e psicologici della donna hanno sull'atteggiamento del *partner* è un'altra variabile critica (Serrano et al, 2020).

Su uno scenario vivo e dinamico così delicato, **la persistenza del dolore ai rapporti può operare da fattore peggiorativo e detonatore finale**, fino a lacerare la coppia portandola alla separazione, con ripercussioni anche gravi per la salute del piccolo, oltre che dei *partner*. In positivo, il riconoscimento e la cura tempestive delle difficoltà psicoemotive e sessuali della donna può aiutare le coppie ad affrontare positivamente il percorso maturativo del diventare genitori e la sfida di ritrovare un'intimità sessuale appagante per entrambi anche dopo il parto.

I fattori più importanti da considerare sono riassunti nella **Tabella 1**.

| Tabella 1. Dispareunia dopo il parto: lo scenario chiave da considerare |
|--|
| <p>Fattori di coppia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualità della relazione affettiva e sessuale precedente alla gravidanza • Impatto e vissuto del diventare genitori <ul style="list-style-type: none"> - per la donna - per il <i>partner</i> |
| <p>Modificazioni anatomo-funzionali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allattamento o meno • Esiti di: <ul style="list-style-type: none"> - lacerazioni vulvo-perineali - episiotomia/rrafia - parto operativo - lesioni del pavimento pelvico |
| <p>Fattori biologici negletti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia sideropenica • Infiammazione per involuzione muscolatura uterina • Neuroinfiammazione • Depressione e astenia |
| <p>Sintomi sessuali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispareunia • Secchezza vaginale • Caduta secondaria del desiderio • Evitamento sessuale |
| <p>Comorbilità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolore vulvare • Incontinenza urinaria • Incontinenza fecale |
| <p>Crisi dell'immagine corporea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sovrappeso • Smagliature • Perdita di capelli (<i>effluvium post partum</i>) |

La diagnosi clinica di dolore sessuale dopo il parto

Analizziamo i fattori più rilevanti che, sul fronte biologico, il ginecologo ostetrico dovrebbe considerare in caso di dolore sessuale/dispareunia dopo il parto e/o di altri disturbi sessuali (Cattani et al, 2022; Graziottin e Boero, 2022).

1) Modificazioni anatomico-funzionali

- **Secondarie all'ipoestrogenismo, in caso di allattamento.** Prolungarlo, se desiderato dalla donna, è un fattore positivo per la salute psicoemotiva del bambino e per la qualità dell'attaccamento madre-bambino, tanto più sicuro quanto più l'allattamento è protratto, anche oltre i sei mesi.

Prevalenza di dispareunia (Ghasemi et al, 2022):

- 48% allattamento al seno;
- 33% non allattamento.

- **Esiti di lacerazioni perineali spontanee**, certamente uno dei più importanti fattori predittivi. I dati di letteratura non sono univoci nel peso da dare a questa variabile. È essenziale che ostetrica e medico dedichino particolare attenzione in puerperio al gruppo di donne che ha presentato lacerazioni, soprattutto dal II° grado in su.

Lacerazioni:

- prevalenza generale: 53-74% (Smith et al, 2013);
- III° grado: 3.3%;
- IV° grado: 1.1%.

Incidenza della dispareunia in lacerazione perineale a 6 mesi dal parto (McDonald et al, 2015):

- 31.2% perineo integro;
- 46.4% sutura di lacerazione.

- **Episiotomia/rrafia**, sul cui ruolo esite in letteratura un maggiore consenso. Al punto che questa pratica non viene più considerata routinaria, ma da limitare a situazioni precise.

Qualità dell'episiotomia, tecnica usata, infezioni sovrapposte e guarigione per seconda intenzione e/o con cicatrice retraente sono altri fattori da considerare nella valutazione clinica *post-partum*, per limitarne l'impatto a lungo termine (Hartmann et al, 2005).

I punteggi del *Female Sexual Function Index* (FSFI), il questionario validato per lo studio della funzione sessuale più usato al mondo, sono significativamente bassi in pazienti sottoposte a episiotomia (Laganà et al, 2015). Anche L'*American College of Obstetrics and Gynecology* (ACOG) raccomanda l'uso restrittivo della episiotomia rispetto all'impiego routinario (ACOG Practice Bulletin No. 198, 2018), dopo revisione accurata delle evidenze disponibili.

- **Parto operativo:** può avere un impatto dirompente sull'integrità delle strutture anatomiche vulvo-perineali. La prevalenza di dispareunia (in presenza di lacerazione vaginale o episiotomia) (McDonald et al, 2015) è:

- 59.5% parto operativo con ventosa;
- 46.4% parto vaginale.

- **Lesioni del pavimento pelvico:** possono contribuire soprattutto se hanno comportato un danno significativo delle strutture nervose, con neuropatie

a lungo termine, spesso misconosciute (Alketbi et al, 2021; Fritel, 2010; Quinn, 2011).

2) Fattori biologici negletti

- **Anemia sideropenica:** è un altro fattore che condiziona tutta la sessualità della donna, anche nel *post-partum*, quando essa può presentarsi in forma più grave, sia per una carenza di ferro non prevenuta o non curata in gravidanza, sia in caso di importanti perdite ematiche durante il parto, nel secondamento o nel dopo-parto.

L'anemia può peggiorare la dispareunia con molteplici modalità:

- 1) **riduce l'energia vitale**, perché il ferro è oligoelemento essenziale per la sintesi della dopamina, neurotrasmettitore chiave per la voglia di vivere, di cui la felicità sessuale è fiore all'occhiello;
 - 2) **raddoppia il rischio di depressione**, amplificando tutti i vissuti negativi, inclusi quelli sessuali, personali e di coppia;
 - 3) **riduce o dà il colpo di grazia al desiderio**, già ostacolato dal silenzio ormonale in caso di allattamento, inibendo la lubrificazione e contribuendo al dolore sessuale nei rapporti, quand'anche la donna abbia smesso di allattare e abbia ripreso il ciclo normale (Pantopoulos et al, 2012; Levi e Taveggia, 2014; Nairz et al, 2016; Weyand et al, 2022).
- **Neuroinfiammazione:** è provocata dal picco di citochine pro-infiammatorie per l'involutione della massa muscolare miometriale, che da 1200-1500 grammi circa a termine di gravidanza ritorna a 80-100 grammi al termine delle lorchiazioni (Spooner et al, 2021). Neuroinfiammazione più severa e prolungata in caso di gravidanze patologiche, di diabete gestazionale o ipertensione, di obesità persistente dopo il parto.
 - **Depressione:** può manifestarsi sia per fattori biologici genetici, peggiorati da anemia, neuroinfiammazione, malattie dismetaboliche preesistenti o comparse in gravidanza (come il diabete gestazionale), sia per fattori psicoemotivi, attivati da preoccupazioni per la salute fisica e/o mentale del piccolo, e /o per problemi di coppia, pre-esistenti o peggiorati dopo il parto. La depressione colpisce tutta la funzione sessuale, esasperando la dispareunia da fattori biologici vulvo-perineali (Stewart e Vigod, 2019).

3) Sintomi sessuali specifici

- **Dolore ai rapporti:** è lamentato rispettivamente dal 42% (CI 95% 31-56%) delle donne dopo parto vaginale, dal 26% (CI 95% 19-34%) dopo taglio cesareo e del 37% (CI 95% 28-46%) dopo parto operativo (Ghasemi et al, 2022). Nella maggioranza dei casi si tratta di dolore sessuale all'inizio della penetrazione (**dispareunia superficiale**), a cui concorrono la secchezza vaginale, se la donna allatta, e il dolore vulvare, se preesistente o causato da esiti negativi di episiotomia/rrafia o parti operativi (Graziottin e Gambini, 2017).
- **Caduta secondaria del desiderio:** è lamentata dalla maggioranza delle donne che allattano, almeno nei primi mesi dopo il parto; è più seria e prolungata in caso di anemia sideropenica, depressione, problematiche neonatali, crisi di coppia, difficoltà economiche e ambientali (Szöllósi e Szabò, 2021).
- **Secchezza vaginale:** può essere provocata dall'ipoestrogenismo persistente

in caso di amenorrea da allattamento prolungato (Baytur et al, 2005; Lev-Sagie et al, 2020), ma anche dall'effetto inibitorio del dolore ai rapporti.

- **Difficoltà orgasmiche:** sono secondarie al dolore, allo scarso desiderio e all'inibizione riflessa della lubrificazione e della congestione vascolare dei corpi cavernosi, con inadeguata formazione della piattaforma orgasmica (Leeman e Rogers, 2012; Amiri et al, 2017; Gutzeit et al, 2020; De Sousa et al, 2021; Cattani et al, 2022).

4) Comorbidità

- **Dolore vulvare:** è spesso associato alla dispareunia, che ne è il sintomo d'alterata sessuale (Graziottin e Murina, 2017; Graziottin e Maseroli, 2022).
- **Incontinenza urinaria:** varia dal 13 al 47% delle donne dopo il parto (Giugale et al, 2021; Wang et al, 2020) ed è un altro fattore peggiorativo importante per tutta la funzione sessuale. Può contribuire alla dispareunia sia per il contraccolpo depressivo e autosvalutativo che la accompagna, sia per i danni perineali che possono concorrere, in parallelo, sia alla dispareunia sia all'incontinenza (Fritel, 2010; Quinn 2011; Duralde e Rowen, 2017; Sigurdardottir et al, 2021; Badreddine et al, 2022).
- **Incontinenza fecale:** associata a complicanze del periodo espulsivo e/o a parti operativi, è un *killer* della sessualità e un fattore di evitamento dell'intimità, che risulta dolorosa e problematica quando la donna accetti comunque il rapporto sessuale, a volte solo per la paura di essere abbandonata (Fritel, 2010; Sigurdardottir et al, 2021).

5) Crisi dell'immagine corporea

- **Sovrappeso, obesità e smagliature:** costituiscono un fattore negativo per l'immagine di sé della donna, soprattutto se il normopeso e la cute integra e tonica erano percepiti come fattore di bellezza e desiderabilità prima della gravidanza (Baytur et al, 2005; Grajek et al, 2022; Kochan e Kabukcuoglu, 2022).
- **Perdita di capelli:** l'*effluvium post partum*, peggiorato dalla carenza di ferro in caso di anemia sideropenica, può contribuire alla depressione, alla perdita del desiderio e all'evitamento dell'intimità (Chien Yin et al, 2021; Eastham, 2001).

Prospettive di prevenzione e cura

Prevenzione pre-parto

Per ridurre l'ancora elevata presenza di dispareunia dopo il parto è essenziale intervenire fin dalla gravidanza, con particolare attenzione alle donne che già presentassero prima del concepimento dolore ai rapporti, vestibolodinia, iperattività difensiva del pavimento pelvico (Graziottin e Murina, 2017). Sono importanti, in parallelo, il buon monitoraggio della gravidanza, un incremento ponderale appropriato, la riduzione del rischio di macrosomia fetale da diabete gestazionale, la prevenzione e la cura tempestiva dell'anemia sideropenica.

L'ostetrica può svolgere **un ruolo preventivo fondamentale** grazie alla preparazione pre-parto "hands-on", per ottimizzare la distensibilità del perineo, per insegnare alla donna l'uso corretto del respiro diaframmatico e per creare il rapporto

fiduciario essenziale per l'ottimale svolgimento del parto stesso (Beckmann e Stock, 2013; Schreiner et al, 2018).

Prevenzione durante il parto

La qualità dell'assistenza durante il parto è indispensabile per limitare i danni biologici vulvo-perineali che contribuiscono in modo determinante al dolore sessuale dopo il parto (Aasheim et al, 2017; Schreiner et al, 2018).

Prevenzione dopo il parto: tipo di suture in base al grado di lacerazione

- **I° grado:** evitare la sutura se le lacerazioni non sanguinano e non distorcono l'anatomia (ACOG Practice Bulletin No. 198, 2018).

L'uso di colla adesiva al posto della sutura riduce il VAS (**Figura 1**) nel *peripartum* (Feigenberg et al, 2014).

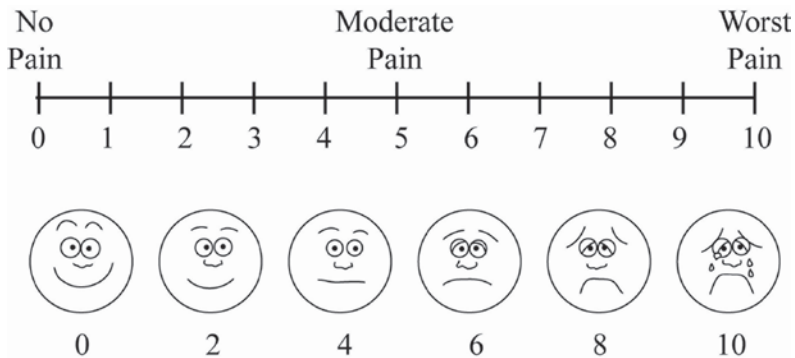
- **II° grado:** la sutura in continua va preferita rispetto alla sutura a punti staccati (ACOG Practice Bulletin No. 198, 2018).

Una metanalisi di 16 *trial* (8184 donne) ha comparato la sutura continua rispetto alla sutura a punti staccati nella riparazione di lacerazioni di II grado ed episiotomie (Kettle et al, 2012):

- la sutura continua si associa a minor dolore nei primi 10 giorni dopo il parto (RR 0.76; 95% CI, 0.66–0.88; 9 *trial*, 4231 donne) e a minor uso di analgesici (RR 0.70; 95% CI, 0.59–0.84; 6 *trial*, 2971 donne);

FIGURA 1. SCALA DEL DOLORE - VISUAL ANALOGUE SCALE (VAS)
YALE ASSESSMENT MODULE TRAINING

<https://assessment-module.yale.edu/im-palliative/visual-analogue-scale> (accessed: 2022-08-04)



Verbal scale:

No pain

Mild

Moderate

Severe pain

Correlation between visual and verbal scale:

1-3 = mild pain; minimal impact on ADL's

4-6 = moderate pain; moderate impact on ADL's

7-10 = severe pain; major impact on ADL's

ADL's = activities of daily living

- non sono state rilevate differenze in termini di dispareunia, dolore a lungo termine e necessità di ri-sutura.
 - **Suture di lacerazioni coinvolgenti lo sfintere anale (III° e IV° grado):** possono essere fatte con 2 tecniche (ACOG Practice Bulletin No. 198, 2018):
 - **end-to-end:** i margini dello sfintere vengono approssimati e suturati;
 - **overlapping:** i margini vengono sovrapposti (non può essere fatta per III°a e III°b parziale).
- Una metanalisi (Fernando et al, 2013) di 6 studi randomizzati controllati (588 donne) ha comparato la riparazione *en-to-end* rispetto alla *overlapping* per lacerazioni di grado III°C o superiore:
- non sono state trovate differenze a 12 mesi in termini di incidenza di dolore perineale, dispareunia e incontinenza ai gas;
 - la riparazione *overlapping* mostrava minori sintomi di incontinenza anale a 12 mesi, ma non a 36 mesi.

Cura della dispareunia dopo il parto

Quantificare il dolore è utile per definirne la gravità, disegnare una strategia terapeutica multimodale, monitorarne il decorso e valutare la prognosi, da condividere con la donna e con la coppia (Graziottin e Boero, 2022). La *Visual Analogue Scale* (VAS) (**Figura 1**) consente di quantificare il dolore indipendentemente dal livello di scolarità e culturale, dall'essere native o migranti.

Sul fronte terapeutico, riportare la donna a condizioni psicofisiche ottimali è il prerequisito per ogni terapia sessuologica efficace.

Raccomandare una passeggiata di 45 minuti al mattino all'aria aperta aiuta a rimettere in fase i bioritmi, del sonno *in primis*, migliora il metabolismo, aiuta a riprendere il peso forma, riduce l'infiammazione e il dolore, migliora l'umore. Curare con convinzione l'anemia sideropenica, che alimenta così tanti aspetti delle disfunzioni sessuali e della dispareunia *post-partum*, è parte essenziale dell'approccio terapeutico, così come la cura della depressione, se significativa. Nella donna che allatta, è importante che il medico corregga la situazione di ipoestrogenismo con estriolo, promestriene, acido ialuronico, vitamina E e lubrificanti, così da correggere le basi biologiche della secchezza vaginale che diventa altrimenti importante cofattore di dispareunia.

Un'igiene appropriata può aiutare a ridurre i sintomi genitali.

Una riabilitazione competente dei muscoli del pavimento pelvico da parte dell'ostetrica di fiducia, o della fisioterapista, e un trattamento adeguato, già nel primo-secondo mese dopo il parto, possono contribuire a migliorare le condizioni muscolari, vulvari e perineali che contribuiscono alla dispareunia. Un'osteopatia ben fatta può costituire un ulteriore aiuto per la riduzione del dolore miofasciale pelvi-perineale che contribuisce alla dispareunia.

In caso di dolore grave, l'uso di farmaci come l'amitriptilina o il gabapentin va valutato con cura, se la donna allatta, insieme al pediatra curante.

Nuove prospettive di intervento prevedono l'uso del laser, dell'elettroporazione, dell'ossigenoterapia combinata con acido ialuronico (Filippini et al, 2021).

Acido alfa-lipoico e omega 3 possono contribuire a ridurre l'infiammazione grazie alla riduzione dell'iperattività mastocitaria (Murina et al, 2018).

Infine, un buon sostegno psicologico alla donna e alla coppia, in caso di si-

gnificative componenti psicoemotive e/o relazionali che concorrano alla crisi sessuale e alla dispareunia, può completare una strategia terapeutica efficace e risolutiva.

Conclusioni

Il dolore dopo il parto resta un sintomo ancora trascurato nella pratica clinica. Merita di essere prevenuto con appropriata attenzione già durante la gravidanza e la preparazione al parto. È necessario migliorare l'assistenza al parto per ridurre lacerazioni severe, episiotomie non indicate e parti operativi. È critico infine dedicare tempestiva attenzione a tutti i fattori precipitanti e di mantenimento che in puerperio contribuiscono a rendere la dispareunia un fattore sessuale dirompente per la vita della donna, il futuro della coppia e il benessere del bambino.

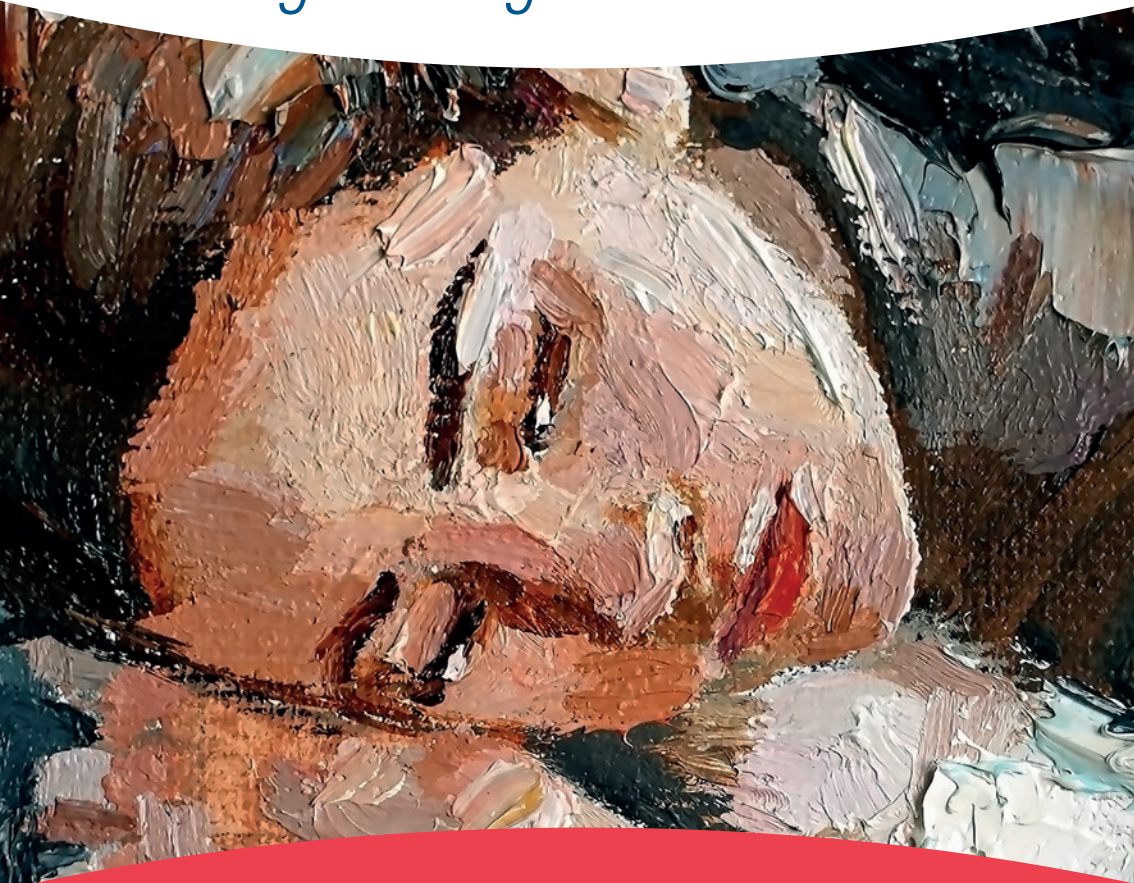
Bibliografia

- Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun 13;6(6):CD006672. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub3. PMID: 28608597; PMCID: PMC6481402
- Alketbi MSG, Meyer J, Robert-Yap J, Scarpa R, Gialamas E, Abbassi Z, Balaphas A, Buchs N, Roche B, Ris F. Levator ani and puborectalis muscle rupture: diagnosis and repair for perineal instability. *Tech Coloproctol.* 2021 Aug;25(8):923-933. doi: 10.1007/s10151-020-02392-6. Epub 2021 Mar 20. PMID: 33745102
- Amir FN, Omidvar S, Bakhtiari A, Hajiahmadi M. Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. *Afr Health Sci.* 2017 Sep;17(3):623-631. doi: 10.4314/ahs.v17i3.4. PMID: 29085389; PMCID: PMC5656191
- Badreddine J, Pope R, Sheyn D. Impact of urinary incontinence on postpartum sexual function. *Urogynecology (Hagerstown).* 2022 Nov 1;28(11):753-762. doi: 10.1097/SPV.0000000000001247. Epub 2022 Sep 24. PMID: 36288114
- Baytur YB, Devenci A, Uyar Y, Ozcakar HT, Kizilkaya S, Caglar H. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005 Mar;88(3):276-80. doi: 10.1016/j.ijgo.2004.12.019. Epub 2005 Jan 20. PMID: 15733881
- Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Apr 30;(4):CD005123. doi: 10.1002/14651858.CD005123.pub3. PMID: 23633325
- Belsky J, Kelly J. *The transition to parenthood: how a first child changes a marriage: why some couples grow closer and others apart.* Delacorte Press, 1994
- Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, Bosteels J, Deprest J. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2022 Jun;129(7):1017-1028. doi: 10.1111/1471-0528.16934. Epub 2021 Oct 17. PMID: 34536325
- Chien Yin GO, Siong-See JL, Wang ECE. Telogen Effluvium - a review of the science and current obstacles. *J Dermatol Sci.* 2021 Mar;101(3):156-163. doi: 10.1016/j.jdermsci.2021.01.007. Epub 2021 Jan 23. PMID: 33541773
- Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2018 Sep;132(3):e87-e102. doi: 10.1097/AOG.0000000000002841. PMID: 30134424
- Dahlgren H, Jansson MH, Franzén K, Hiyoshi A, Nilsson K. Sexual function in primiparous women: a prospective study. *Int Urogynecol J.* 2022 Jun;33(6):1567-1582. doi: 10.1007/s00192-021-05029-w. Epub 2022 Jan 1. PMID: 34973088; PMCID: PMC9206602
- De Sousa NO, Borges AC, Sarabando R, Bivar L, Viana J, Cerqueira M, Miranda A, Reis I, Nogueira-Silva C. The role of operative vaginal delivery in postpartum sexual dysfunction: MOODS - A prospective study. *J Sex Med.* 2021 Jun;18(6):1075-1082. doi: 10.1016/j.jsxm.2021.04.002. Epub 2021 May 28. PMID: 34053912
- Duralde ER, Rowen TS. Urinary incontinence and associated female sexual dysfunction. *Sex Med Rev.* 2017 Oct;5(4):470-485. doi: 10.1016/j.sxmr.2017.07.001. Epub 2017 Aug 18. PMID: 28827036
- Eastham JH. Postpartum alopecia. *Ann Pharmacother.* 2001 Feb;35(2):255-8. doi: 10.1345/aph.10153. PMID: 11215848
- Feigenberg T, Maor-Sagie E, Zivi E, Abu-Dia M, Ben-Meir A, Sela HY, Ezra Y. Using adhesive glue to repair first degree perineal tears: a prospective randomized controlled trial. *Biomed Res Int.* 2014;2014:526590. doi: 10.1155/2014/526590. Epub 2014 Jun 26
- Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar R. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Dec 8;(12):CD002866. doi: 10.1002/14651858.CD002866.pub3. PMID: 24318732
- Filippini M, Farinelli M, Lopez S, Ettore C, Gulino FA, Capriglione S. Postpartum perineal pain: may the vaginal treatment with CO2 laser play a key-role in this challenging issue? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021 Apr;34(8):1190-1197. doi:

- 10.1080/14767058.2019.1628208. Epub 2019 Jun 17. PMID: 31164016
- Fritel X. Périnée et grossesse (Pelvic floor and pregnancy). *Gynecol Obstet Fertil.* 2010 May;38(5):332-46. French. doi: 10.1016/j.gyobfe.2010.03.008. Epub 2010 Apr 24. PMID: 20456995
 - Ghasemi V, Beheshti Nasab M, Saei Ghare Naz M, Shahsavari S, Banaei M. Estimating the prevalence of dyspareunia according to mode of delivery: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol.* 2022 Aug 18:1-12. doi: 10.1080/01443615.2022.2110461. Epub ahead of print. PMID: 35980976
 - Giugale LE, Moalli PA, Canavan TP, Meyn LA, Oliphant SS. Prevalence and predictors of urinary incontinence at 1 year postpartum. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2021 Feb 1;27(2):e436-e441. doi: 10.1097/SPV.0000000000000955. PMID: 33009263
 - Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997 Mar;104(3):330-5. doi: 10.1111/j.1471-0528.1997.tb11463.x
 - Grajek M, Krupa-Kotara K, Grot M, Kujawińska M, Helisz P, Gwioździk W, Bialek-Dratwa A, Staskiewicz W, Kobza J. Perception of the body image in women after childbirth and the specific determinants of their eating behavior: cross-sectional study (Silesia, Poland). *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Aug 16;19(16):10137. doi: 10.3390/ijerph191610137. PMID: 36011771; PMCID: PMC9407984
 - Graziottin A, Boero E. Occhio clinico - Dolore al rapporto sessuale: l'anamnesi è essenziale per ottimizzare la diagnosi. *La Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia,* 2022, 1, 85-94
 - Graziottin A, Gambini D. Il dolore sessuale: semeiologia di vaginismo e dispareunia. Graziottin A, Murina F. (a cura di), *Atti e approfondimenti di farmacologia del corso ECM su "Il dolore vulvare dall'A alla Z: dall'infanzia alla post-menopausa",* organizzato dalla Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus, Milano, 7 aprile 2017, p. 56-63
 - Graziottin A, Murina F. *Vulvar pain from childhood to old age.* Springer Verlag 2017
 - Graziottin A, Maseroli E. Sexual pain disorders, vestibulodynia, and recurrent cystitis: the evil trio. A clinical conversation on the uroandrological perspective. In: *Bettocchi C, Busetto GM, Carrieri G, Cormio L (Eds), Practical clinical andrology,* Springer Nature 2022, p. 319-340
 - Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum female sexual function: risk factors for postpartum sexual dysfunction. *Sex Med.* 2020 Mar;8(1):8-13. doi: 10.1016/j.esxm.2019.10.005. Epub 2019 Dec 16. PMID: 31837965; PMCID: PMC7042171
 - Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 2005 May 4;293(17):2141-8. doi: 10.1001/jama.293.17.2141. PMID: 15870418
 - Kettle C, Dowsell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Nov 14;11(11):CD000947. doi: 10.1002/14651858.CD000947.pub3. PMID: 23152204; PMCID: PMC7045987
 - Kochan M, Kabukcuoglu K. "I wish I had my pre-pregnancy body after birth... but I have to be supported": a theoretical study based on body image perception in working mothers during the postpartum period. *J Obstet Gynaecol.* 2022 Jul;42(5):1103-1111. doi: 10.1080/01443615.2021.2006160. Epub 2022 Jan 6. PMID: 34989293
 - Laganà AS, Burgio MA, Ciancimino L, Sicilia A, Pizzo A, Magno C, Buttici S, Triolo O. Evaluation of recovery and quality of sexual activity in women during postpartum in relation to the different mode of delivery: a retrospective analysis. *Minerva Ginecol.* 2015 Aug;67(4):315-20. Epub 2014 Jun 19. PMID: 24942141
 - Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol.* 2012 Mar;119(3):647-55. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182479611. PMID: 22353966
 - Lev-Sagie A, Amsalem H, Gutman Y, Esh-Broder E, Daum H. Prevalence and characteristics of postpartum vulvovaginal atrophy and lack of association with postpartum dyspareunia. *J Low Genit Tract Dis.* 2020 Oct;24(4):411-416. doi: 10.1097/LGT.0000000000000548. PMID: 32569019
 - Levi S, Taveggia C. Iron homeostasis in peripheral nervous system, still a black box? *Antioxid Redox Signal.* 2014 Aug 1;21(4):634-48. doi: 10.1089/ars.2013.5813. Epub 2014 Mar 13. PMID: 24409826; PMCID: PMC4085993
 - McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG.* 2015 Apr;122(5):672-9. doi: 10.1111/1471-0528.13263. Epub 2015 Jan 21. PMID: 25605464
 - Murina F, Graziottin A, Felice R, Gambini D. Acido alfa-lipoico e omega-3 nel trattamento del dolore vulvare: rationale ed evidenze cliniche. In Graziottin A. (a cura di), *Atti e approfondimenti di farmacologia del corso ECM su "Patologie ginecologiche benigne e dolore: come scegliere il meglio fra terapie mediche e chirurgiche",* organizzato dalla Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus, Milano, 25 maggio 2018, p. 79-83
 - Nairz M, Theurl I, Wolf D, Weiss G. Iron deficiency or anemia of inflammation? Differential diagnosis and mechanisms of anemia of inflammation. *Wien Med Wochenschr.* 2016 Oct;166(13-14):411-423. doi: 10.1007/s10354-016-0505-7. Epub 2016 Aug 24. PMID: 27557596; PMCID: PMC5065583
 - Pantopoulos K, Porwal SK, Tartakoff A, Devireddy L. Mechanisms of mammalian iron homeostasis. *Biochemistry.* 2012 Jul 24;51(29):5705-24. doi: 10.1021/bi300752r. Epub 2012 Jul 9. PMID: 22703180; PMCID: PMC3572738
 - Quinn M. Origins of western diseases. *J R Soc Med.* 2011 Nov;104(11):449-56. doi: 10.1258/jrsm.2011.110014. PMID: 22048676; PMCID: PMC3206721
 - Schreiner L, Crivelatti I, de Oliveira JM, Nygaard CC, Dos Santos TG. Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 Oct;143(1):10-18. doi: 10.1002/ijgo.12513. Epub 2018 May 18. PMID: 29705985
 - Serrano Drozdowskyj E, Gimeno Castro E, Trigo López E, Bárcenas Taland I, Chiclana Actis C. Factors influencing couples' sexuality in the puerperium: a systematic review. *Sex Med Rev.* 2020 Jan;8(1):38-47. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.07.002. Epub 2019 Aug 22. PMID: 31447412
 - Sigurdardottir T, Bø K, Steingrimsdottir T, Halldorsson TI, Asplund T, Geirsson RT. Cross-sectional study of early postpartum

- pelvic floor dysfunction and related bother in primiparous women 6-10 weeks postpartum. *Int Urogynecol J*. 2021 Jul;32(7):1847-1855. doi: 10.1007/s00192-021-04813-y. Epub 2021 May 3. PMID: 33938963
- Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Mar 7;13:59. doi: 10.1186/1471-2393-13-59. PMID: 23497085; PMCID: PMC3599825
 - Spooner MK, Lenis YY, Watson R, Jaimes D, Patterson AL. The role of stem cells in uterine involution. *Reproduction*. 2021 Mar;161(3):R61-R77. doi: 10.1530/REP-20-0425. PMID: 33439148
 - Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019 Jan 27;70:183-196. doi: 10.1146/annurev-med-041217-011106. PMID: 30691372
 - Szöllösi K, Szabó L. The association between infant feeding methods and female sexual dysfunctions. *Breastfeed Med*. 2021 Jan;16(1):93-99. doi: 10.1089/bfm.2020.0256. Epub 2020 Oct 21. PMID: 33090011
 - Wang K, Xu X, Jia G, Jiang H. Risk factors for postpartum stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Sci*. 2020 Dec;27(12):2129-2145. doi: 10.1007/s43032-020-00254-y. Epub 2020 Jul 7. PMID: 32638282
 - Weyand AC, Fitzgerald KD, McGrath M, Gupta V, Braun TM, Quint EH, Choi SW. Depression in female adolescents with heavy menstrual bleeding. *J Pediatr*. 2022 Jan;240:171-176. doi: 10.1016/j.jpeds.2021.09.007. Epub 2021 Sep 10. PMID: 34517012; PMCID: PMC9055780
 - Wood SN, Pigott A, Thomas HL, Wood C, Zimmerman LA. A scoping review on women's sexual health in the postpartum period: opportunities for research and practice within low-and middle-income countries. *Reprod Health*. 2022 May 8;19(1):112. doi: 10.1186/s12978-022-01399-6. PMID: 35527298

DOLORE, INFIAMMAZIONE E COMORBITÀ *in ginecologia e ostetricia*



MILANO 23 Novembre 2022

**ATTI E APPROFONDIMENTI
DI FARMACOLOGIA**

A cura di Annamaria Colao, Alessandra Graziottin, Stefano Uccella

PROGRAMMA

| | |
|-------------|---|
| 08:00-08:30 | Registrazione dei partecipanti |
| 08:30-09:00 | Presentazione del Corso Annamaria Colao (Napoli), Alessandra Graziottin (Milano), Stefano Uccella (Verona) |

09:00-11:00 **Lecture introduttive - Lo scenario del dolore nella donna. Stato dell'arte**

Moderatori: Nicoletta Di Simone (Milano), Stefano Uccella (Verona)

09:00-09:25 **Genomica e dolore: che cosa ci può rivelare lo studio del DNA?**
Sabrina Rita Giglio (Cagliari)

09:25-09:50 **Ginecologia endocrino-metabolica: i trigger negletti di infiammazione e dolore nella donna**
Annamaria Colao (Napoli)

09:50-10:15 **Che cosa c'è dentro il dolore pelvico? Dalla fisiopatologia al razionale di cura**
Alessandra Graziottin (Milano)

10:15-10:40 **Intestino, microbiota e cervello viscerale: la prima regia del dolore**
Vincenzo Stanghellini (Bologna)

10:40-11:00 Discussione

11:00-11:15 Coffee Break

11:15-13:40 **Sessione - Endometriosi e dolore: la sfida della diagnosi precoce e le strategie di cura**

- PRIMA PARTE: Endometriosi e dolore in comorbilità: impatto sulla sessualità. Consensus di Strasburgo 2022

Moderatori: Marcello Ceccaroni (Verona), Annamaria Colao (Napoli)

11:15-11:30 **Endometriosi, dolore e sessualità: come superare le persistenti omissioni diagnostiche?**
Alessandra Graziottin (Milano)

11:30-11:45 **Dismenorrea e cicli mestruali abbondanti: sono predittivi di endometriosi e disfunzioni sessuali?**
Angela Cuccarollo (Verona)

11:45-12:00 **Endometriosi: dolore sessuale e disfunzioni sessuali femminili in comorbilità**
Elisa Maseroli (Firenze)

12:00-12:15 **Terapia medica per endometriosi, prima e dopo chirurgia: la sfida di proteggere salute e sessualità**
Silvia Baggio (Verona)

- SECONDA PARTE: Endometriosi e dolore: strategie di cura

Moderatori: Sabrina Rita Giglio (Cagliari), Vincenzo Stanghellini (Bologna)

12:15-12:30 **Contracezione ormonale e controllo del dolore pelvico nell'adolescente**
Metella Dei (Firenze)

12:30-12:45 **Progestinici e controllo del dolore: come personalizzare la scelta**
Annamaria Paoletti (Cagliari)

12:45-13:00 **LARC ed endometriosi: ragioni della scelta**
Giovanni Grandi (Modena)

13:00-13:25 **Lettura - Il dolore pelvico da endometriosi: quando come e perché interviene il ginecologo chirurgo**
Marcello Ceccaroni (Verona)

13:25-13:40 Discussione

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

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

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

APPROFONDIMENTI DI FARMACOLOGIA

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