

Implicazioni ostetriche del dolore sessuale femminile

Il punto di vista del fisioterapista

A. Bortolami

Fisioterapista Libero Professionista, Padova

Fondatore e Responsabile del Gruppo di Interesse Specialistico (G.I.S.) Riabilitazione del Pavimento Pelvico, Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI)

Dottore Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione

Il dolore sessuale in relazione ad implicazioni ostetriche costituisce interesse e competenza del fisioterapista poiché è un sintomo che può essere correlato a disfunzione muscolare ed alle disabilità ad essa conseguente. Tale disfunzione riguarda principalmente il complesso muscolare del pavimento pelvico, e secondariamente, l'intero cingolo pelvico.

Risultano inoltre rilevanti eventuali comorbidità associate alla disfunzione muscolare del pavimento pelvico, come sintomi urologici e colo-proctologici, solitamente relativi alle difficoltà di svuotamento vescicale e rettale.

La condizione più frequente di dolore sessuale correlato all'ostetricia riguarda il periodo successivo al parto e si identifica con dispareunia e conseguente vaginismo. Questi sintomi possono originare come esito di episiotomia o di lacerazione avvenuta durante il parto per via vaginale, oppure possono essere la conseguenza della secchezza vaginale presente durante il periodo di allattamento e dovuta ad alterazione ormonale. L'esito di episiotomia o lacerazione può determinare una cicatrice dolente e retratta, che coinvolge anche l'elevatore dell'ano; la seconda condizione invece può determinare dispareunia, alla quale può conseguire iperattività muscolare dello stesso muscolo e successivo vaginismo.

Possono influire negativamente nella condizione della sessualità della donna, alcune disfunzioni muscolo-scheletriche del cingolo pelvico. Esse possono generare dolore in questo distretto e sono rappresentate da lombalgia, instauratasi durante la gravidanza e che può permanere nel periodo successivo al parto, e da distasi della sinfisi pubica, evento pur raro, ma possibile come conseguenza del parto.

Altra condizione di interesse fisioterapico riguarda la presenza di vaginismo primario o secondario e/o di dispareunia già in essere prima della gravidanza, nonché il permanere di tali sintomi durante questa: per essi risulta opportuno realizzare una preparazione del perineo al parto, ai fini di incrementare le proprietà visco-elastiche delle fibre muscolari e dei tessuti, prevenendo così nel miglior modo possibile le lacerazioni della zona.

In ogni caso nel dolore sessuale correlato a disfunzione muscolare del pavimento pelvico, quest'ultimo si presenta ipertonico e dolente alla digitopressione.

La fisioterapia costituisce una possibile opzione terapeutica per il dolore sessuale femminile correlato ad implicazioni ostetriche e sostenuto da disfunzione muscolare. Questa terapia è indirizzata alla risoluzione o diminuzione del dolore, attraverso il ripristino di corretti parametri muscolari e articolari e, conseguentemente, alla risoluzione delle disabilità presenti. Inoltre, in caso di comorbidità relativa a sintomi urologici e colo-proctologici, la fisioterapia è indirizzata anche al ripristino di corretti parametri comportamentali, che potrebbero, se non risolti, mantenere o peggiorare la condizione della paziente.

La fisioterapia si avvale di tecniche e strumenti che vengono diversamente utilizzati a seconda della condizione della paziente e del momento terapeutico; essi infatti si differenziano per modalità di utilizzo, indicazioni e controindicazioni, evidenza scientifica. All'interno di un processo di ragionamento clinico, la loro scelta è finalizzata anche a personalizzare ogni singolo trattamento terapeutico.

Le tecniche e gli strumenti utilizzabili in caso di disfunzione sessuale correlata a disfunzione muscolare sono: esercizio terapeutico, terapia manuale, biofeedback elettromiografico, elettroterapia antalgica (Tens), dilatatori vaginali, autotrattamento e trattamento domiciliare, trattamento comportamentale e modificazioni dello stile di vita, prodotti topici non farmacologici.

Le terapie strumentali di biofeedback elettromiografico ed elettroterapia antalgica (Tens) non vengono utilizzate durante il periodo della gravidanza.

Nel caso in cui siano presenti disfunzioni muscolo-scheletriche del cingolo pelvico che influenzano la funzione o il dolore sessuale, esse vanno trattate con la fisioterapia secondo tecniche e strumenti adeguati.

La fisioterapia ha anche l'obiettivo di prevenire la trasformazione del dolore da nocicettivo a neuropatico, condizione altamente invalidante per la qualità di vita della paziente.

Riferimenti bibliografici

- Hay-Smith EJ: Therapeutic ultrasound for postpartum perineal pain and dyspareunia. Cochrane Database Syst Rev 2:CD000495; 2000
- Marnach ML, Casey PM: Understanding women's sexual health: a case-based approach Mayo Clin Proc 83(12):1382-6, 2008
- Mørkved S, Bø, Schei B, Salvesen KA: Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. Obstet Gynecol 101(2):313-9; 2003
- Rosenbaum TY, Owens A: The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction. J Sex Med 5(3):513-23; quiz 524-5; 2008
- Rosenbaum TY: Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. J Sex Med 4(1):4-13; 2007
- Rosenbaum TY: Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. J Sex Marital Ther 31(4):329-40; 2005

La semeiotica del dolore e le comorbidità associate	5
Fisiopatologia e semeiologia della dispareunia e del vaginismo <i>A. Graziottin</i>	6
Le dermatosi quale causa di dolore vulvare <i>M. Preti</i>	11
La sfida terapeutica delle candidosi ricorrenti <i>F. Murina</i>	15
L'infezione da HPV: dalla prevenzione all'overtreatment <i>L. Mariani</i>	16
Mastociti, infiammazione e comorbidità nel dolore sessuale femminile	19
Il punto di vista del ginecologo <i>A. Graziottin</i>	20
Il punto di vista dell'urologo <i>D. Grassi</i>	21
Il punto di vista del gastroenterologo <i>V. Stanghellini</i>	23
Aspetti relazionali e sociali del dolore sessuale femminile	25
L'Associazione Italiana Vulvodinia <i>M. Puliatti</i>	26
L'Associazione Italiana Cistite Interstiziale <i>L. Nasta</i>	28
L'Associazione Italiana Endometriosi <i>J. Veit</i>	29
L'Associazione Nazionale Fibromialgia e Stanchezza Cronica <i>R. Romor</i>	30
Implicazioni ostetriche del dolore sessuale femminile	33
Il punto di vista del ginecologo <i>G. Radici</i>	34
Il punto di vista dell'ostetrica <i>M. Esposito</i>	36
Il punto di vista del sessuologo <i>N. Giovannini, A. Graziottin</i>	38
Il punto di vista del fisioterapista <i>A. Bortolami</i>	40
Dolore sessuale femminile: comorbidità, diagnosi e terapia	43
Endometriosi e dispareunia: diagnosi e terapia <i>P. Vercellini</i>	44
Sindrome della vescica dolorosa e dispareunia: diagnosi e terapia <i>M. Cervigni</i>	45
Il dolore vulvare: implicazioni neurologiche e muscolari <i>L. Bertolasi</i>	47
Vulvodinia, dispareunia e contraccezione ormonale	49
Innocente? <i>A. Graziottin</i>	50
Colpevole? <i>F. Murina</i>	51
La vulvodinia: il dilemma del dolore "senza cause apparenti"	53
Eziopatogenesi e semeiologia <i>A. Graziottin, F. Murina</i>	54
Le implicazioni psicosessuologiche <i>M. Puliatti</i>	56
Strategie terapeutiche <i>F. Murina, A. Graziottin</i>	60



Organizzato da:

Associazione Italiana Vulvodinia O.N.L.U.S.

**Fondazione Alessandra Graziottin
per la cura del dolore nella donna**



Il dolore sessuale femminile e le comorbilità associate

- dai sintomi alla diagnosi e alla terapia -

venerdì **12 marzo 2010**

MILANO - Museo della scienza e della tecnologia Leonardo da Vinci

Con il patrocinio di:

A.G.E.O. Associazione Ginecologi Extra Ospedalieri

A.GI.CO. Associazione Ginecologi Consultoriali

F.I.O.G. Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia

S.I.G.O. Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

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

Abstract Book