

DOLORE VULVARE E DISFUNZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO: DALLA SEMEIOTICA ALLE SCELTE FISIOTERAPICHE

Arianna Bortolami

Fisioterapista, Consulente in Sessuologia, Padova
www.pelvicfloor.it

INTRODUZIONE

Il dolore vulvare e la fisioterapia sono correlati tra loro poiché tale sintomo può essere affrontato con questa terapia. In particolare, in caso di dolore vulvare persistente (Bornstein 2016) può essere presente una specifica disfunzione muscolare del pavimento pelvico definita come **overactive**.

DISFUNZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

Nella condizione di **overactive**, i muscoli di questa zona presentano difficoltà o impossibilità nella fase di rilasciamento, come per esempio durante la penetrazione vaginale (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM V*), oppure durante altri momenti funzionali, come la minzione e la defecazione (Haylen 2010). In generale la condizione di muscoli del pavimento pelvico viene riferita in letteratura, oltre che come **overactive**, anche come **normal** (i muscoli possono contrarsi e rilassarsi volontariamente e involontariamente), **underactive** (i muscoli non possono contrarsi volontariamente quando sarebbe funzionalmente necessario), **non-functioning** (non è presente alcuna attività contrattile).

È utile ricordare che il **tono muscolare**, e di conseguenza la condizione di **overactive**, è determinato da due componenti: quella **contrattile**, determinata da un'attivazione a bassa frequenza di un piccolo gruppo di unità motorie, e la componente **visco-elastica**, che riflette le proprietà passive della tensione elastica delle fibre muscolari (Bo 2017); ciò è importante ai fini terapeutici, poiché entrambi le componenti dovranno essere considerate e trattate (Thibault-Gagnon 2015).

Oltre ai documenti sopracitati, anche le Linee Guida per il Dolore Pelvico Cronico dell'Associazione Europea di Urologia (Engeler 2015) individuano la correlazione tra la condizione di **overactive** e il dolore vulvare; inoltre questo stesso documento indica come questa condizione muscolare costituisca un input per lo sviluppo della sensitizzazione del sistema nervoso centrale, fenomeno tipicamente presente in caso di dolore cronico e/o persistente.

Infine, il recente report redatto dall'*International Continence Society* (ICS) e dall'*International Urogynecological Society* (IUGA) sulla valutazione della salute sessuale delle donne con disfunzione del pavimento pelvico (Rogers 2018) indi-

ca, come sintomi della funzione sessuale specificatamente correlati alla disfunzione del pavimento pelvico, anche sintomi vaginali, come il rapporto impossibile o difficile per "ostruzione", l'anorgasmia, la secchezza vaginale, sintomi correlati al dolore, come la dispareunia, il vaginismo, il dolore post coitale, la vulvodinia.

La relazione tra disfunzione muscolare del pavimento pelvico e dolore vulvare viene riferita anche in alcuni *trials*: Morin (2014) dimostra in una popolazione di 49 donne con vulvodinia provocata paragonata a 51 donne sane, **una diversa morfometria**, rilevata con ultrasuono 4D, sia a riposo, sia durante contrazione volontaria, riferita a **riduzione dello iato uro-genitale**, e riferibile ad aumento del tono muscolare, riduzione della forza e del controllo motorio. Thibault-Gagnon (2016), in uno studio simile, dimostra che il gruppo di donne affette da vulvodinia provocata riportava alla valutazione morfologica, oltre alla riduzione dello iato, una ridotta capacità di distensione dei muscoli del pavimento pelvico durante la manovra di Valsalva. Gentilcore-Saulnier (2010) rileva diversità nelle performance motorie dei muscoli superficiali del pavimento pelvico in donne con vestibolodinia rispetto ai controlli.

La disfunzione del pavimento pelvico in **overactive** può essere conseguenza di una condizione di infiammazione della mucosa dell'introito vaginale, sostenuta da vulvovaginiti ricorrenti, traumi meccanici, fattori iatrogeni, oppure può essere **lifelong**, in particolare se correlata a vaginismo primario (Graziottin e Murina 2017).

GENERALITÀ SULLA FISIOTERAPIA

La fisioterapia è una terapia che realizza interventi di prevenzione, cura e riabilitazione in diversi ambiti delle funzioni, comprese quelle viscerali e motorie, conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita o acquisita (dal DM 741/1994). Più specificatamente gli interventi di riabilitazione hanno l'obiettivo di "**ri-abilitare**", cioè **restituire un'abilità**, che è la capacità di portare a termine compiti e risolvere problemi.

In caso di dolore vulvare, le abilità alterate riguardano la sessualità, la motricità (posizione seduta, cammino, attività sportiva), l'alimentazione, il sonno, l'abilità sociale.

COMORBILITÀ

In caso di dolore vulvare, possono essere presenti comorbilità, soprattutto in presenza di **ipertono muscolare** del pavimento pelvico (Voorham-van der Zalm 2008). Esse comprendono:

- **sintomi urologici**, che si identificano soprattutto con quelli relativi alla fase di svuotamento (Butrick 2009), come attesa pre-minzionale o esitanza, mitto ipovalido e/o intermittente, necessità di utilizzo del torchio addominale per iniziare, proseguire o concludere la minzione, flusso ipovalido e/o intermitten-

te e/o a spruzzo, gocciolamento terminale, senso di incompleto svuotamento vescicale post minzione (Kotarinos 2003). Possono altresì essere presenti sintomi da riempimento vescicale, come urgenza e frequenza minzionale (Weiss 2001, Salonia 2004);

- **sintomi ano-rettali**, riferibili a stipsi da mancato rilassamento del pavimento pelvico durante la defecazione;
- **sintomi a carico del sistema osteo-articolare**, che sono rappresentati essenzialmente dal dolore e secondariamente dalla limitazione funzionale; entrambi sono solitamente a carico del cingolo pelvico e delle strutture muscolo-scheletriche ad esso correlate (FitzGerald 2003). Essi possono essere in relazione a sindrome mio-fasciale, oppure ad altre comorbidità quali fibromialgia, sindrome da affaticamento cronico, lombalgia (Marnach 2008), ecc. La sindrome mio-fasciale è relativa soprattutto al bacino e può colpire i muscoli ad esso appartenenti come gli adduttori, i piramidali, gli otturatori interni, ecc. (FitzGerald 2003, Jarrel 2004, Bortolami 2009), oppure essere correlata a disfunzioni articolari, ad esempio a carico della sacro-iliaca (Chaitow 2007).

FISIOTERAPIA NEL DOLORE VULVARE

Il dolore vulvare può essere presente in tutti i momenti della vita della donna (Graziottin e Murina 2017): dall'età pediatrica (lesioni traumatiche, accidentali o intenzionali, *lichen sclerosus*, infezioni), a quella adolescenziale, dove è più probabile il ritardo diagnostico, nel post parto, dove la causa è riferita alla secchezza vaginale e/o alla presenza di episiotomia o lacerazione vaginale, e con l'insorgenza della menopausa, a causa delle modificazioni ormonali. La fisioterapia può essere proposta in tutti questi momenti, per i quali essa assume alcuni aspetti peculiari, descritti successivamente.

La fisioterapia si sviluppa all'interno di un processo di ragionamento clinico e prevede i seguenti *step*: la considerazione della diagnosi, la valutazione funzionale, la pianificazione dell'intervento, l'intervento terapeutico, la valutazione dei risultati (**Tab. 1**). Durante lo svolgersi del processo terapeutico, il/la fisioterapista sceglie gli elementi semeiotici da considerare, le migliori tecniche e strumenti da utilizzare e gestisce in generale le variabili che necessariamente si presentano durante tutto il percorso terapeutico.

La **considerazione della diagnosi** è in fisioterapia il punto di partenza poiché fornisce informazioni utili all'inquadramento generale della paziente, e indirizza

1. CONSIDERAZIONE DELLA DIAGNOSI
2. VALUTAZIONE FUNZIONALE
3. PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO
4. TRATTAMENTO
5. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Tab. 1 - Fasi della fisioterapia in caso di dolore vulvare

le successive procedure. Forniscono informazioni anche altri elementi ad essa correlati, come le indagini strumentali.

L'importanza della semeiotica si concretizza (**Tab. 2**) durante il processo di **valutazione funzionale**: attraverso quest'ultima viene individuato il tipo di disfunzione del pavimento pelvico, eventuali altre condizioni muscolo-scheletriche di tipo patologico ad esso correlate, oltre che le limitazioni funzionali e le disabilità. Vengono quindi presi in considerazione i sintomi riferiti dalla paziente, e i segni, individuati dal fisioterapista.

Più specificatamente, la disfunzione muscolare del pavimento pelvico viene identificata attraverso l'osservazione visiva della zona genitale e la valutazione manuale (Haylen 2010, Rogers 2018). Con la prima è possibile valutare, oltre che la condizione della pelle e delle mucose, anche la **lunghezza del centro tendineo del perineo**, che, in caso di condizione di **overactive**, risulta essere solitamente minore di 3 cm. Successivamente, con l'introduzione di un dito attraverso l'ostio vaginale, e la successiva rotazione del polso di circa 45° e flessione del dito stesso, quest'ultimo viene posizionato sui fasci del muscolo elevatore dell'ano: attraverso la palpazione è possibile valutare il tono muscolare, attraverso lo stiramento si considera il tono, attraverso la richiesta di attività motoria volontaria e involontaria si esamina la capacità di contrarre e rilasciare i muscoli del pavimento pelvico; infine, con la pressione digitale, si fa emergere l'eventuale condizione di dolore muscolare. Fa parte della valutazione manuale anche lo **swab test** o test del *cotton fioc*, con il quale viene valutato e quantificato il dolore sul vestibolo vaginale.

Talvolta la valutazione manuale può non essere eseguita direttamente sui muscoli del pavimento pelvico, se la paziente è "virgo" o se il quadro di **overactive** è grave e associato a un importante stato di dolore vulvo-vestibolare, tale da

1. ANAMNESI a. dati specifici per il sintomo (dolore vulvare) b. dati relativi alle funzioni e disfunzioni del pavimento pelvico c. dati generali
2. ESAME OBIETTIVO a. osservazione visiva b. valutazione manuale
3. VALUTAZIONE STRUMENTALE a. elettromiografia (EMG) b. dinamometro
4. VALUTAZIONE CARTACEA a. diari (minzionale, ano-rettale, del dolore) b. test e questionari (Female Sexual Function Index, FSFI, Mc Gill, ecc.)
Tab. 2 - Semeiotica del pavimento pelvico nel dolore vulvare

rendere impossibile o molto doloroso il contatto con la zona vestibolare.

L'attività motoria del pavimento pelvico può essere valutata anche attraverso strumenti, quali l'elettromiografia (EMG) di superficie, oppure la manometria, attraverso la quale si misura l'incremento della pressione intravaginale durante la contrazione dei muscoli del pavimento pelvico.

Inoltre fa parte della valutazione funzionale l'utilizzo di strumenti cartacei quali il diario minzionale, usato se sono presenti sintomi urologici, e la somministrazione di test e questionari, che permettono di individuare e quantificare l'impatto sulla qualità di vita del dolore vulvare e dei sintomi ad esso correlati. Tra questi sono frequentemente utilizzati il questionario FSFI (*Female Sexual Function Index*, Indice di Funzionalità Sessuale Femminile) e il *McGill Pain Questionnaire* per il dolore.

Lo step successivo consiste nella **pianificazione dell'intervento terapeutico**, con la quale vengono stabiliti gli obiettivi terapeutici, e scelte le tecniche e gli strumenti più adatti per raggiungerli. Questi ultimi si distinguono tra loro per indicazioni e controindicazioni, modalità di utilizzo, evidenza scientifica; queste differenze li rendono specificatamente appropriati alla paziente a seconda della sua condizione, dell'obiettivo terapeutico, delle diverse fasi del processo terapeutico in corso.

TRATTAMENTO TERAPEUTICO

L'intervento fisioterapico in caso di dolore vulvare viene realizzato in tre fasi, consecutive tra loro:

- a. consapevolezza e apprendimento dell'attività motoria dei muscoli del pavimento pelvico;
- b. normalizzazione dei parametri muscolari alterati;
- c. recupero funzionale.

L'eventuale presenza di dolore viene affrontata in tutte le fasi sopracitate.

Per ogni fase il/la fisioterapista può utilizzare un diverso approccio alla zona genitale, diversi tra loro per grado di invasività:

- modalità **extravaginale**, con la quale il fisioterapista non tocca e non guarda la zona genitale, utilizzando consegne verbali, come durante l'esecuzione di esercizi terapeutici;
- modalità **perivaginale**, con la quale il fisioterapista guarda e/o tocca la zona genitale, come durante l'esecuzione di *feedback* tattili per facilitare l'apprendimento dell'attività motoria del pavimento pelvico;
- modalità **intravaginale**, nella quale il fisioterapista esegue manovre intravaginali, come nel caso di trattamento finalizzato alla riduzione della condizione di *overactive* muscolare.

Le tecniche e gli strumenti che possono essere utilizzati nella fisioterapia in caso di dolore vulvare sono:

1. l'esercizio terapeutico
2. la terapia manuale
3. l'autotrattamento e il trattamento domiciliare
4. il trattamento comportamentale e le modificazioni dello stile di vita
5. il *biofeedback*
6. la stimolazione elettrica funzionale
7. i dilatatori vaginali
8. i prodotti topici non farmacologici

La **valutazione dei risultati** riguarda in prima istanza l'aspetto soggettivo riferito dalla paziente, costituito dai sintomi riferiti e dal loro impatto sulla qualità di vita. Tale valutazione può essere effettuata sia con colloquio verbale, sia con la somministrazione di questionari già utilizzati nella valutazione funzionale e con il loro confronto. L'aspetto soggettivo va rapportato agli elementi oggettivi (segni, es.: parametri muscolari del pavimento pelvico) sui quali le tecniche e gli strumenti hanno agito. Nel caso in cui i risultati della fisioterapia non siano risultati soddisfacenti per la paziente e per la sua qualità di vita, essa verrà indirizzata verso altri approcci terapeutici (es.: tossina botulinica in caso di ipertono muscolare, ecc.).

CONCLUSIONI

Il dolore vulvare di tipo persistente e/o cronico può essere accompagnato da disfunzione dei muscoli del pavimento pelvico e talvolta anche da altre disfunzioni muscolo-scheletriche; la fisioterapia trova indicazione in questo contesto, anche in relazione alle funzioni alterate.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Bo, K., Frawley, H.C., Haylen, B.T., Abramov, Y., Almeida, F.G., Berghmans, B., Bortolini M., Dumoulin, C., Gomes, M., McClurg, D., Meijlink, J., Shelly, E., Trabuco, E., Walker, C., Wells, A., (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*, Feb;28(2):191-213. doi: 10.1007/s00192-016-3123-4.
- Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, Coady D; Consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH), and the International Pelvic Pain Society (IPPS). *Obstet Gynecol*. 2016 Apr;127(4):745-51. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia.
- Bortolami, A. (2009). Riabilitazione del pavimento pelvico. Ed. Elsevier Masson, 2009.
- Butrick CW, Sanford D, Hou Q, Mahnken JD Chronic pelvic pain syndromes: clinical, urodynamic, and urothelial observations *Int Urogynecol J* 20:1047-1053, 2009
- Chaitow, L. (2007). Chronic pelvic pain: Pelvic floor problems, sacro-iliac dysfunction and the trigger point connection. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 11(4), 327-339.
- Engeler D., (Chair), Baranowski, A.P., Borovicka, J., Cottrell, A., (Guidelines Associate), Dinis-Oliveira, P., Elneil, S., Hughes, J., Messelink E.J., (Vice-chair), Van Ophoven, A., Reisman, Y., Williams, A.C., (2015). Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European Association of Urology.
- FitzGerald, M. P., & Kotarinos, R. (2003). Rehabilitation of the short pelvic floor. I: background and patient evaluation. *International Urogynecology Journal*, 14(4), 261-268
- Gentilcore-Saulnier, E., McLean, L., Goldfinger, C., Pukall, C. F., & Chamberlain, S. (2010). Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2pt2), 1003-1022.
- Graziottin, A., Murina, F., (2017) Vulvar pain, from childhood to old age Ed. Springer, 2017.

- Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rlzck DE, Sand PK, Schaer GN (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International urogynecology journal*, 21(1), 5-26.
- Jarrell, J Myofascial dysfunction in the pelvis. *Current pain and headache reports*, 8(6), 452-456, 2004.
- Kotarinos RK Pelvic floor physical therapy in urogynecologic disorders. *Curr Womens Health Rep*. 2003 Aug;3(4):334-9.
- Marnach, M. L., & Casey, P. M. (2008, December). Understanding Women's Sexual Health: A Case-Based Approach. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 83, No. 12, pp. 1382-1387). Elsevier.
- Morin, M., Bergeron, S., Khalifé, S., Mayrand, M. H., & Binik, Y. M. (2014). Morphometry of the pelvic floor muscles in women with and without provoked vestibulodynia using 4D ultrasound. *The journal of sexual medicine*, 11(3), 776-785.
- Rogers RG, Pauls RN, Thakar R, Morin M, Kuhn A, Petri E, Faton B, Whitmore K, Kinsberg S, Lee J. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *Neuroourol Urodyn*. 2018 Feb 14.
- Salonia, A., Zanni, G., Nappi, R. E., Briganti, A., Dehò, F., Fabbri, F., Colombo, R., Guazzoni, G., Di Girolamo, V., & Montorsi, F. (2004). Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *European Urology*, 45(5), 642-648.
- Thibault-Gagnon S, Morin M. Active and Passive Components of Pelvic Floor Muscle Tone in Women with Provoked Vestibulodynia: A Perspective Based on a Review of the Literature. *J Sex Med*. 2015 Nov;12(11):2178-89.
- Thibault-Gagnon, S., McLean, L., Goldfinger, C., Pukall, C., & Chamberlain, S. (2016). Differences in the Biometry of the Levator Hiatus at Rest, During Contraction, and During Valsalva Maneuver Between Women With and Without Provoked Vestibulodynia Assessed by Transperineal Ultrasound Imaging. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 243-252.
- Voorham-van der Zalm, P. J., Lycklama à Nijeholt, G. A., Elzevier, H. W., Putter, H., & Pelger, R. (2008). "Diagnostic investigation of the pelvic floor": A helpful tool in the approach in patients with complaints of micturition, defecation, and/or sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(4), 864-871.
- Weiss, J. M., (2001). Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *The Journal of Urology*, 166(6), 2226-2231.

PATOLOGIE GINECOLOGICHE BENIGNE E DOLORE:



come scegliere
il meglio fra terapie
mediche
e chirurgiche

MILANO
25 MAGGIO 2018

**ATTI E APPROFONDIMENTI
DI FARMACOLOGIA**

a cura di Alessandra Graziottin

8.00 - 8.45 Registrazione

8.45 - 9.00 Apertura dei lavori

Letture magistrali

9.00 - 9.30 **L'adolescente con dolore ginecologico: quando la prima scelta è la terapia medica**
Vincenzina Bruni (Firenze)
 Introducono: *Alessandra Graziottin (Milano)*
 e *Vincenzo Stanghellini (Bologna)*

**09.30
11.00**

Il dolore mestruale e pelvico nella donna giovane: la prospettiva chirurgica

Moderatori: Filippo Murina (Milano) e Rodolfo Siritto (Genova)

9.30-9.50 **Neuroanatomia pelvica e implicazioni chirurgiche**
Marcello Ceccaroni (Verona)

9.50-10.10 **Dolore pelvico nell'adolescente: quando la prima scelta è chirurgica**
Mario Meroni (Milano)

10.10-10.30 **I trigger anorettali del dolore pelvico**
Aldo Infantino (Pordenone)

10.30-10.45 Discussione

10.45-11.00 Coffee Break

Letture magistrali

**11.00
12.00**

11.00-11.30 **Cervello viscerale e dolore: il ruolo dell'intestino**
Vincenzo Stanghellini (Bologna)
 Introducono: *Alessandra Graziottin (Milano)*
 e *Riccardo Torta (Torino)*

11.30-12.00 **Letture magistrali**
Endometriosi: il punto sul dolore e gli errori da non commettere
Edgardo Somigliana (Milano)
 Introducono: *Vincenzina Bruni (Firenze)* e
Mario Meroni (Milano)

**12.00
13.15**

Endometriosi e dolore: come scegliere fra terapia medica e terapia chirurgica

Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano) e Aldo Infantino (Pordenone)

12.00-12.20 **Strategie terapeutiche di nuova generazione e protezione della fertilità**
Stefano Luisi (Siena)

12.20-12.40 **Prevenzione delle complicanze nella chirurgia per endometriosi**
Marcello Ceccaroni (Verona)

12.40-13.00 **Endometriosi e sessualità, fra omissioni diagnostiche e opportunità terapeutiche**
Alessandra Graziottin (Milano)

13.00-13.15 Discussione

13.15-14.00 Lunch

Lettura magistrale

14.00
14.30

14.00-14.30 **Contraccezione estroprogestinica e sintomi mestruali: impatto sulla salute della donna**
Franca Fruzzetti (Pisa)
Introducono: Alessandra Kustermann (Milano)
e Stefano Luisi (Siena)

14.30
15.40

Fibromi uterini: strategie di personalizzazione terapeutica

Moderatori: Franca Fruzzetti (Pisa) e Alessandra Graziottin (Milano)

14.30-14.50 **Fibromi uterini e infertilità**
Alessandro Fasciani (Genova)

14.50-15.10 **Fibromatosi uterina: ruolo della miolisi in radiofrequenza**
Rodolfo Sirito (Genova)

15.10-15.30 **Fibromatosi uterina fra progetti di vita e bivi terapeutici**
Alessandra Graziottin (Milano)

15.30-15.40 **Discussione**

15.40
18.00

Il dolore pelvico, vulvare e vaginale: prospettive terapeutiche

Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano), Filippo Murina (Milano) e Vincenzo Stanghellini (Bologna)

15.40-16.00 **Dolore pelvico neuropatico, tra sistema nervoso centrale e cervello viscerale: quali terapie farmacologiche?**
Riccardo Torta (Torino)

16.00-16.20 **Dolore da candida, herpes e flogosi croniche vulvovaginali: dalla diagnosi ai protocolli terapeutici**
Filippo Murina (Milano)

16.20-16.40 **Dolore vulvo-vaginale, atrofia vulvo-vaginale e comorbilità sessuali, proctologiche, vescicali, sistemiche: terapie farmacologiche su indicazioni del Progetto Vu-Net**
Alessandra Graziottin (Milano)

16.40-17.00 **Dolore vulvare e disfunzione del pavimento pelvico: dalla semeiotica alle scelte fisioterapiche**
Arianna Bortolami (Padova)

17.00-17.30 **Discussione plenaria**

17.30-18.00 **Conclusioni**
Alessandra Graziottin (Milano), Rodolfo Sirito (Genova) e Vincenzo Stanghellini (Bologna)

18.00 **Test ECM**

Prefazione	<i>Pag. 07</i>
Neuroanatomia pelvica e implicazioni chirurgiche	<i>Pag. 08</i>
Dolore pelvico nell'adolescente, quando la prima scelta è chirurgica	<i>Pag. 09</i>
I trigger anorettali del dolore pelvico	<i>Pag. 15</i>
Cervello viscerale e dolore: il ruolo dell'intestino	<i>Pag. 21</i>
Endometriosi: nuove strategie terapeutiche e fertilità	<i>Pag. 27</i>
Prevenzione delle complicanze nella chirurgia per endometriosi	<i>Pag. 34</i>
Endometriosi e sessualità, fra omissioni diagnostiche e opportunità terapeutiche	<i>Pag. 35</i>
Contraccezione estroprogestinica e sintomi mestruali: impatto sulla salute della donna	<i>Pag. 40</i>
Miomi e fertilità	<i>Pag. 44</i>
Miolisi in radiofrequenza: ablazione mirata dei miomi per via transvaginale, isteroscopica e laparoscopica - In singolo o multi-accesso	<i>Pag. 52</i>
Fibromatosi uterina fra progetti di vita e bivi terapeutici	<i>Pag. 56</i>
Dolore da candida, herpes e flogosi croniche vulvovaginali: dalla diagnosi ai protocolli terapeutici	<i>Pag. 61</i>
Vu-Net: Dati preliminari del primo Progetto italiano per lo studio e la formazione medica sul dolore vulvare	<i>Pag. 65</i>
Dolore vulvare e disfunzione del pavimento pelvico: dalla semeiotica alle scelte fisioterapiche	<i>Pag. 71</i>