

Infiemmazione e dolore in ostetricia

Implicazioni per la sessualità della donna e della coppia

Alessandra Graziottin

Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano
Presidente, Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus
www.fondazionegraziottin.org

Introduzione

Su un campo in fiamme non si semina. Per la stessa ragione, la fertilità è ridotta in caso di infiammazioni genitali, pelviche e/o sistemiche. Solo recentemente l'**infiammazione** è stata crescentemente riconosciuta come causa potente, e spesso negletta, di **infertilità**, intesa come **difficoltà a concepire, aumentata abortività e aumentata patologia gravidica**. L'ombra lunga dell'infiammazione si estende anche al **puerperio**. Ma l'**infiammazione** è anche causa di **disfunzioni sessuali**.

"Infiammare" significa accendere il fuoco: un etimo illuminante anche a livello biochimico. Se immaginiamo il corpo come una casa, l'**infiammazione corrisponde all'incendio, il dolore al fumo**. Se l'incendio in una stanza non viene subito spento, si estende alle altre stanze e, nel corpo, agli organi vicini: questo causa **comorbidità sempre più estese e gravi**. Se il proprietario o i vigili del fuoco (i medici) stanno a discutere se l'incendio è "illusorio", "inventato", invece di spegnerlo, il fuoco diventerà sempre più aggressivo e minaccioso, finendo per coinvolgere il quartier generale, le parti più preziose della casa. Nel nostro corpo, l'**estendersi di un'infiammazione non diagnosticata e non curata arriva a coinvolgere il cervello**, causando un'importante "**neuroinfiammazione**" gravida di conseguenze (Graziottin et al 2013; Graziottin et al 2014).

Con questa semplice metafora dell'incendio, di immediata evidenza indipendentemente dal livello culturale, diventa facile spiegare alle donne e ai partner perché l'**infiammazione** sia così importante per la **salute**, anche in **ostetricia**. Perché il **dolore** sia un **sintomo** che va sempre ascoltato e compreso ("diagnosticato") e tempestivamente curato. Perché il prezioso **viaggio della gravidanza**, che condiziona il **viaggio della vita del figlio**, e spesso della **madre** e della **coppia**, vada sempre preparato con cura. E perché l'**attenzione alle diverse cause di infiammazione** debba diventare parte integrante dell'attenzione clinica alla donna **prima, durante e dopo la gravidanza**.

Verranno qui analizzate concisamente:

1. le infiammazioni genito-pelviche che più frequentemente possono interferire con il concepimento e il buon decorso della gravidanza;
2. le infiammazioni genito-pelviche che possono concorrere alla depressione in puerperio;
3. le modalità con cui l'infiammazione può ledere la sessualità della donna e della coppia.

Natura dell'inflammatione e del dolore

Il dolore è l'epifenomeno soggettivo di un'inflammatione biochimica tissutale e/o sistemica di varia gravità: ecco perché il sintomo dolore dovrebbe sempre attivare un'immediata attenzione diagnostica da parte del medico, abbandonando definitivamente la tentazione di etichette di tipo "psicogeno". Esse hanno il grande limite di ritardare una diagnosi tempestiva, con danni tessutali e funzionali tanto più gravi quanto maggiore è il ritardo diagnostico. Questo non significa che fattori psicogeni non possano concorrere ad attivare o peggiorare l'inflammatione, anzi (Graziotin 2011). Ma agiscono sempre attraverso precisi meccanismi biologici, che vanno compresi e modulati.

L'inflammatione è sempre negativa? No. Come il fuoco, ha un volto utile e uno distruttivo. Può riscaldare e salvare la vita, o uccidere.

L'inflammatione è un processo fisiologico, quando è limitato nel tempo e controllato, e prelude al rinnovamento tissutale. Nella donna ne sono esempi principe:

1. **la mestruazione**, che è l'epifenomeno genitale di eventi endocrini e infiammatori sistemici, controllati e limitati nel tempo;
2. **il parto**, sotteso da intensi fenomeni infiammatori, perfettamente sincronizzati in condizioni fisiologiche, che preludono all'avvio del travaglio;
3. **il puerperio**, con i potenti fenomeni infiammatori, da massiccia degranulazione mastocitaria uterina e sistemica, sottesi e indotti sia dalla rapida caduta dei livelli estrogenici, che a termine raggiungono livelli di 40.000 pg/ml, sia dall'imponente fenomeno catabolico legato al riassorbimento di più del 90% del muscolo uterino, che a termine arriva a 1000-1500 grammi.

Quando l'inflammatione supera i limiti fisiologici, perché i fattori predisponenti, precipitanti e/o di mantenimento continuano ad essere attivi, da alleata del rinnovamento tissutale, essenziale per molti processi legati tra l'altro alla procreazione, diventa patologica e quindi lesiva della salute.

L'inflammatione cronica è la prima causa di **dolore cronico**, ma anche di tutti i sintomi che la accompagnano: astenia, affaticabilità, febbricola, malessere, dolori muscolari, retrazione dalla vita sociale ("social withdrawal"), deflessione dell'umore fino a una franca depressione, che gli anglosassoni definiscono come "**sickness behaviour**", comportamento di malattia.

Leggere la salute della donna nel delicato periodo della procreazione, con uno sguardo attento all'inflammatione e al dolore, nonché ai fenomeni e ai sintomi ad essa collegati: questo è l'obiettivo principe della lettura e del convegno.

L'infiammazione in fase preconcezionale

Un endometrio infiammato non è recettivo all'uovo fecondato. Un **aumento di infiammazione tissutale**, come accade nell'**endometriosi**, **riduce gli indici di fertilità, sia naturale, sia nella procreazione assistita**, anche quando l'endometriosi non interessa direttamente il miometrio (adenomiosi).

Un aumento dell'infiammazione sistemica e della neuroinfiammazione, come accade nel dolore pelvico cronico e nelle patologie che lo alimentano, riducono del pari la capacità procreativa, in modo diretto e indiretto.

Se non vengono riconosciuti, diagnosticati e curati i **fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento** che causano l'infiammazione genitale e il dolore, la storia naturale di quel processo infiammatorio inarrestato procede con conseguenze pesanti (Graziottin 2009; Graziottin e Murina 2011; Graziottin et al 2013; Graziottin et al 2014).

Poiché il **dolore** è il sintomo principe dell'**infiammazione**, è essenziale ascoltare il dolore e decifrarne accuratamente etiologia e significato clinico.

Quali sono i sintomi dolorosi di assoluta emergenza nella donna *prima della gravidanza*?

Meritano immediata attenzione (TAB 1):

1. Il dolore relativo al ciclo mestruale e le sue comorbilità:

- il **dolore mestruale** ("dismenorrea"), quando patologico, ossia quando **interferisce con le normali attività quotidiane**: può essere epifenomeno di cicli abbondanti (che lo aumentano di quasi cinque volte), di endometriosi o di entrambi;
- il **dolore ovulatorio**, specie se associato a dismenorrea, è suggestivo di una possibile endometriosi che sarebbe auspicabile intercettare in fase ancora subclinica;
- il **dolore alla defecazione** ("dischezia"), specie se limitato alla fase mestruale, perché suggestivo di localizzazioni endometriosiche a livello di ampolla rettale e/o di setto retto vaginale;
- **ogni dolore, pelvico ed extrapelvico, a ricorrenza periodica**: in tal caso un elemento diagnostico prezioso e a costo zero è il diario del **dolore centrato sul ciclo** (dal primo giorno di un ciclo al primo del successivo, da ripetere per tre mesi), chiedendo alla paziente di indicare su un foglio quadrettato giorno, durata in ore e intensità (da 0 a 10) del dolore che lamenta. E' così possibile diagnosticare anche localizzazioni dell'endometriosi peculiari, per esempio lungo il decorso dello sciatico (con lombosciatalgia catameniale), vescicale (con ematuria catameniale) e così via.

2. Il dolore sessuale e le sue comorbidità:

- il **dolore all’inizio della penetrazione** (“dispareunia introitale”): suggestivo anzitutto di ipertono del muscolo elevatore e/o di vestibolite vulvare (o vestibolodinia provocata), evocabile con la pressione elettiva con cotton fioc (swab test), o col dito, alle ore 5 e 7 dell’introito vaginale (tra bordo esterno dell’imene o dei suoi residui e l’entrata vaginale), se si consideri l’entrata vaginale come il quadrante di un orologio; con possibile diffusione alle ore 6 quando l’introito è diffusamente infiammato, specie in caso di comorbidità con candidiasi recidivante (da *Candida albicans*, *glabrata*, *krusei*, *tropicalis*, *pseudotropicalis*... nonché da *Malassezia*); e con dolore acuto alle 12 del vestibolo vaginale quando vi sia comorbidità con dolore uretrale (“uretralgia”, spontanea o provocata dalla minzione e/o dal rapporto); investigando in parallelo la possibile comorbidità con stipsi ostruttiva e sindrome del colon irritabile (Graziottin e Murina 2011). **L’ipertono dell’elevatore andrebbe diagnosticato e trattato prima della gravidanza**, o, almeno, in gravidanza, per prevenire distocie della fase espulsiva, per ridurre il bisogno di episiotomie ampie e il rischio di lacerazioni perineali e/o anorettali, di incontinenza urinaria da sforzo e/o fecale, di dispareunia postpartum, di prollasso. Purtroppo questo resta uno degli aspetti più negletti delle semiologia ginecologica, anche in ostetricia;

- il **dolore alla penetrazione profonda** (“dispareunia profonda”): nell’adolescente può essere il primo sintomo di (Graziottin 2006, 2009):

- a) **endometriosi**, specie se a localizzazione profonda, nei ligamenti utero sacrali e/o nel fornice vaginale posteriore e/o al setto retto-vaginale, al terzo superiore. Attenzione: nelle forme iniziali dell’adolescenza, l’**endometriosi** in questa sede può non essere (ancora) evidenziabile con l’ecografia, la risonanza magnetica, la laparoscopia o il Ca 125. Non perché “non c’è niente”, come a torto spesso si dice, negando la verità biologica del dolore e dell’infiammazione che lo sottende, ma perché si tratta di lesioni “**sottosoglia**”, ossia di dimensioni ancora **al di sotto della soglia di detezione con gli attuali mezzi di indagine**. Seppur ancora invisibile, può tuttavia dar segno di sé col **dolore acuto elettivo**, sovrapponibile a quello percepito nel rapporto, alla penetrazione profonda, evocabile con la **mesa in tensione dei ligamenti uterosacrali** durante la visita ginecologica: ecco perché un’accurata semeiologia è essenziale! E’ proprio il non ascolto dei primi segnali di dolore che spiega il ritardo diagnostico di 9-11 anni tra sintomi di endometriosi (dismenorrea, dispareunia profonda, dolore pelvico ciclico e poi cronico) e diagnosi corretta;

- b) **malattia infiammatoria pelvica** (Pelvic Inflammatory Disease, PID), in aumento per l’aumentata vulnerabilità a malattie sessualmente trasmesse (MST, specie da *Chlamydia Trachomatis* e/o *Gonococco*), dato l’aumento della precocità e della promiscuità sessuale non protetta;

- c) **dolore pelvico cronico**, epifenomeno di endometriosi trascurata e/o di comorbidità infiammatorie importanti tra sindrome dell’intestino irritabile, sindrome della vescica dolorosa/cistite interstiziale, vulvodinia, o di PID. Tutti questi fattori causano importanti infertilità parziali o totali e meritano una diagnosi e una terapia tempestive;

- il **dolore uretro-vescicale dopo rapporto** fino alla franca **cistite dopo rap-**

porto ("post-coitale"): costituiscono il 50-60% delle cistiti recidivanti (Graziottin e Murina 2011). Ben il **60% delle cistiti recidivanti** presenta a sua volta documentata **comorbidità con la dispareunia introitale e la vestibolodinia provocata** (Peters et al 2007; Salonia et al 2013). Spesso i sintomi di dolore sessuale compaiono nell'adolescenza e anticipano i problemi vescicali (Peters et al 2007). Il ginecologo può essere il primo medico a cogliere correttamente questa comorbidità, e a riconoscere e correggere i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento di entrambe le patologie, con cura completa dei sintomi dolorosi vescicali, sessuali e ginecologici, e dell'inflammatione che li sottende.

3. Il dolore addominale:

- **a genesi intestinale:**

a) **sindrome (infiammatoria) del colon irritabile:** a torto considerato "psicogeno", è invece un quadro fortemente caratterizzato in senso biologico dall'**infiammazione della parete** intestinale (Barbara et al 2004, 2007). Infiammazione che può essere scatenata da fattori genetici, da cui spesso dipendono le **intolleranze** e le **allergie alimentari** e/o da **disbiosi intestinali**;

b) **intolleranza al glutine** (dalla "gluten sensitivity" alla franca celiachia): se non viene rimosso completamente il glutine dalla dieta, la reazione infiammatoria a livello di parete intestinale comporta un passaggio progressivo da un quadro funzionale ad alterazioni organiche fino alla scomparsa dei villi intestinali, con malassorbimento ingravescente. Questo stato infiammatorio contribuisce anche a **ridurre la fertilità in modo diretto**, attraverso l'aumento delle citochine infiammatorie e le alterazioni endocrine ad esso legate, e **in modo indiretto, perché le alterazioni immunitarie associate alla celiachia aumentano il rischio di un movimento anticorpale anche contro l'ovaio**. Questo può preludere a un precoce esaurimento della riserva ovarica, ad infertilità e a menopausa precoce. In caso di gluten sensitivity, e certamente di celiachia, è **corretto valutare la riserva ovarica**, ed eventualmente procedere a **crioconservazione degli ovociti** se il concepimento non è possibile in quel momento;

c) **intolleranza al lattosio:** la mancanza dell'enzima lattasi rende problematica la digestione del lattosio e **facilita infiammazioni della parete intestinale**. L'eliminazione del latte e dei suoi derivati dalla dieta riduce significativamente l'infiammazione e il dolore addominale. Attenzione tuttavia a garantire un'adeguata introduzione di calcio giornaliera, mediante integratori che forniscano circa 1000 mg di calcio al dì, meglio se in somministrazioni frazionate, a stomaco pieno;

- **in comorbidità con endometriosi, PID e dolore pelvico cronico.** Il gastroenterologo preparato può essere il primo a far diagnosi di endometriosi, in caso di localizzazione intestinale e/o quando il quadro doloroso ginecologico e pelvico è stato troppo a lungo negletto.

4. Il dolore addomino-pelvico e/o sessuale dopo abusi o violenze

Solo il 3% dei ginecologici chiede sistematicamente ad ogni paziente se

abbia subito molestie, abusi o violenze. Eppure questi eventi possono comportare conseguenze pesanti per la salute, anche a lungo termine. Tra queste, sono frequenti:

- **la sindrome post-traumatica da stress e i suoi correlati infiammatori:** abusi e violenze fisiche e sessuali contribuiscono alla sindrome post-traumatica da stress, caratterizzata da ansia, depressione, sintomi psicosomatici, infiammazione generalizzata e neuroinfiammazione, anche dopo anni dall'evento traumatico. Infiammazione, stress e depressione possono contribuire al dolore pelvico e addominale;
- **l'ipertono del muscolo elevatore e dispareunia introitale dopo abuso:** studi recenti controllati hanno dimostrato come, dopo un abuso sessuale subito nell'adolescenza, anche in pazienti che abbiano fatto un'adeguata e prolungata psicoterapia di supporto, siano comunque presenti sintomi sessuali e, in particolare, **dolore all'inizio della penetrazione per la presenza di un'ipertono difensivo del muscolo elevatore dell'ano conseguente alla violenza** (Postma et al 2013). Questo dato indica bene che accanto al lavoro psicologico è indispensabile un'accurata semeiologia del dolore pelvico e **una terapia specifica, fisioterapica, per rilassare il muscolo elevatore ipercontratto.**

Quali condizioni cliniche *preesistenti alla gravidanza* aumentano gli indici infiammatori?

Aumentano gli indici infiammatori, riducendo al contempo in vario grado il profilo di fertilità:

- **stili di vita inappropriati**, tra cui inattività fisica, alimentazione con eccesso di zuccheri e grassi, fumo, carenza di sonno cronica;
- tutte le **patologie caratterizzate da dolore**, come sopra anticipato, endometriosi in primis;
- le **patologie autoimmuni**, come tiroiditi, artrite reumatoide, LES, sclerosi multipla e così via;
- **l'obesità**, con il correlato di **sindrome da policistosi ovarica (PCOS)**, e il **diabete**, entrambi in crescita epidemica, di cui viene ancora poco apprezzato, diagnosticato e curato l'**elemento infiammatorio**, che devasta progressivamente la salute ma anche il **potenziale procreativo**, sia prima, sia durante la gravidanza e il parto, per il significativo **incremento di morbilità e mortalità materno-fetali**;
- **l'ipertensione.**

Pensare all'infiammazione come denominatore comune e critico di condizioni molto diverse significa ampliare nettamente la capacità diagnostica e preventiva. **Ridurre l'infiammazione *prima della gravidanza*** diventa allora un obiettivo da medico di qualità: spiegando bene alla donna perché gli **stili di vita sani** siano essenziali; perché **ridurre il peso** aiuti a partorire con il piede giusto; perché il **movimento fisico quotidiano**, anche una passeggiata veloce di 45-60 minuti, possa ridurre del 20-30% il livello degli indici infiammatori; perché sia fondamentale **rallentare la progressione**

dell'endometriosi, con prima scelta per i progestinici approvati con questa indicazione, come il **dienogest** o altri, o con estroprogestinici; perché la policistosi ovarica vada ben curata, anche ottimizzando l'**utilizzo periferico dell'insulina e il peso corporeo**; perché il **diabete** debba essere ben controllato e così via.

L'infiammazione in gravidanza

Il concetto che la **gravidanza** sia associata a una **soppressione immunitaria** (in quanto il feto è in parte un allotrapianto, avendo per il 50% il patrimonio genetico del padre) ha creato il **mito della gravidanza come stato di "debolezza immunitaria"**, che comporta quindi ex se un'aumentata vulnerabilità a infezioni. Una ricerca cardinale dovrebbe investigare se il **sistema immunitario materno** sia un amico o un nemico della gravidanza (Mor et al 2011).

L'interazione immunitaria feto-materna, se rimane in limiti fisiologici, è certamente amica della gravidanza: ne sono epifenomeno la salute della donna e del piccolo in gravidanza, nel parto e nel puerperio.

L'infiammazione diventa **nemica della gravidanza** quando supera i limiti fisiologici, specie se si associa ad **alterazioni immunitarie** che possono contribuire all'**aborto recidivante**, al **parto prematuro**, fino alla **drammaticità dell'attacco eclamptico** (Sahin et al 2014).

Un attento **monitoraggio della gravidanza** dovrebbe sempre considerare anche questi aspetti, in prevenzione, diagnosi precoce e terapia.

L'infiammazione nel parto e in puerperio

Pochi medici considerano l'**infiammazione** come un tratto caratteristico e peculiare del parto e del puerperio (Srikhaion et al 2014). Eppure, come anticipato, il puerperio è caratterizzato da massiccia **degranolazione mastocitaria uterina e sistemica**, indotta sia **dalla rapida caduta dei livelli estrogenici**, che a termine raggiungono livelli di 40.000 pg/ml, sia **dall'imponente fenomeno catabolico legato al riassorbimento di più del 90% del muscolo uterino**, che a termine arriva a 1000-1500 grammi.

L'infiammazione sistemica contribuisce alla **neuroinfiammazione** e alla **deflessione dell'umore tipica dei primi 15 giorni dopo il parto**, che interessa circa **l'80 per cento delle puerpere**. E' questo uno dei fattori biologici che contribuiscono alle cosiddette **"lacrime del latte"**, come venivano chiamate in famiglia le malinconie e i pianti delle donne dopo il parto, specie mentre allattavano.

Quando la deflessione dell'umore è severa e persiste **oltre i 15 giorni**, si parla di vera e propria **depressione post-partum**. Può essere associata ad

altri **fattori predisponenti** (quali familiarità per depressione, precedenti episodi depressivi maggiori, problemi coniugali), **precipitanti** (quali gravidanza e parto problematici, bambino con problemi genetici o acquisiti, da parto distocico o altre complicanze, anemia nel post-partum) e di **mantenimento** (in primis l'omissione diagnostica).

L'infiammazione genitale e sistemica in puerperio può contribuire anche a **problemi sessuali** con due modalità principali:

- **a livello genitale**, specie quando si associ a episiotomie ampie, lacerazioni perineali e/o anorettali, guarigioni per seconda intenzione, cicatrici retraenti, può contribuire a **dispareunia introitale persistente**, presente nel 52% delle donne a 8 settimane dal parto e nel 25% ancora a un anno dal parto, con gravissime conseguenze per la donna e per la sessualità e l'unione di coppia;
- **a livello sistemico, la neuroinfiammazione e la depressione ad essa associata paralizzano il desiderio**, con il contributo della carenza estrogenica e androgenica, specie se la donna allatta, nonché della secchezza vaginale e della dispareunia introitale, se coesistono altri fattori genitali di tipo infiammatorio.

Interventi sullo stile di vita (Brekke et al 2014), **riabilitativi** (Graziottin e Murina 2011) e **farmacologici** specifici, con integratori (Graziottin et al 2014), possono significativamente ridurre gli indici infiammatori e migliorare il profilo di salute generale, genitale e sessuale, della donna.

Conclusioni

Il ginecologo attento al dolore, e all'infiammazione che lo sottende, è il medico più affidabile nel tutelare la salute della donna nell'intero arco della vita e, in particolare, durante la stagione procreativa. Può infatti stabilire **un'alleanza terapeutica** che, attraverso il rispetto della verità del dolore, dia alla donna fiducia in se stessa e fiducia nel proprio futuro, aiutandola nel contempo a una progressiva e luminosa assunzione di responsabilità verso la propria vita.

In parallelo, **riconoscendo le basi biologiche dei fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento** che sottendono l'infiammazione stessa, **può ottimizzare il percorso procreativo fin dalla fase preconcezionale e durante tutta la gravidanza**, migliorando la salute di mamma e bambino, ben oltre l'espletamento del parto, come ormai emerge con assoluta evidenza da centinaia di lavori scientifici.

Infine, **anche nel trascuratissimo puerperio l'attenzione all'infiammazione e alle sue declinazioni sintomatologiche** può contribuire a **migliorare nettamente il profilo di salute e di felicità, anche sessuale**, della donna e del partner nella delicata transizione da coppia a famiglia.

Bibliografia essenziale

Barbara G, Stanghellini V, De Giorgio R, Cremon C, Cottrell GS, Santini D, Pasquinelli G, Morselli-Labate AM, Grady EF, Bunnett NW, Collins SM, Corinaldesi R. Activated mast cells in proximity to colonic nerves correlate with abdominal pain in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2004;126(3):693-702

Barbara G, Wang B, Stanghellini V, de Giorgio R, Cremon C, Di Nardo G, Trevisani M, Campi B, Geppetti P, Tonini M, Bunnett NW, Grundy D, Corinaldesi R. Mast cell-dependent excitation of visceral-nociceptive sensory neurons in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2007;132(1):26-37

Brekke HK, Bertz F, Rasmussen KM et al. Diet and exercise interventions among overweight and obese lactating women: randomized trial of effects on cardiovascular risk factors *PLoS One* 2014 feb 7, (9), 2

Graziottin A. Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine, Oxford, Blackwell, 2006, 342-350. Available at: www.fondazionegraziottin.org

Graziottin A. Mast cells and their role in sexual pain disorders. Goldstein A. Pukall C. Goldstein I. (Eds), *Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management*, Blackwell Publishing, 2009, 176-179. Available at: www.fondazionegraziottin.org

Graziottin A. Psychogenic causes of chronic pelvic pain, and its impact on psychological status. Vercellini P. (Ed), *Chronic pelvic pain*, Wiley-Blackwell, 2011, 29-30. Available at: www.fondazionegraziottin.org

Graziottin A, Murina F. *Vulvodinia* Springer Verlag, Milano, 2011

Graziottin A. Skaper S. Fusco M. Inflammation and chronic pelvic pain: a biological trigger for depression in women? *Journal of depression and anxiety* 2013;3: 142-150. doi:10.4172/2167-1044.1000142 Available at: www.fondazionegraziottin.org

Graziottin A. Skaper S. Fusco M. Mast cells in chronic inflammation, pelvic pain and depression in women. *Gynecol Endocrinol*. 2014 May 8. [Epub ahead of print]

Mor G, Cardenas I. Abraham V, Guller S. Inflammation and pregnancy: the role of the immune system at the implantation site *ANN NY Acad Sci* 2011 Mar; 1221: 80-7

Peters KM, Killinger KA, Carrico DJ, Ibrahim IA, Diokno AC, Graziottin A. Sexual function and sexual distress in women with interstitial cystitis: a case control study. *Urology* 70 (3), 543-547, 2007

Postma R, Bicanic I, van der Vaart H, Laan E. Pelvic floor muscle problem mediate sexual problems in young adult rape victims *JSM* 2013 May 16 [Epub ahead of print]

Sahin S, Ozakpinar OB, Eroglu M et al. The impact of platelet function and inflammatory status on the severity of pre-eclampsia *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014 May, 23, 1-18 [Epub-ahead of print]

Salonia A, Clementi MC, Graziottin A, et al. Secondary provoked vestibulodynia in sexually-active women with recurrent uncomplicated urinary tract infections, *JSM* 2013, 10 (9): 2265-73

Srikhaion K, Shynlova O, Preechapromprasert A, Charanchakul B, Lye S. A new role for monocytes in modulating myometrial inflammation during human labor *Biol Reprod*. 2014, May 14 [Epub-ahead of print]

Per saperne di più

www.alessandragraziottin.it

www.fondazionegraziottin.org

@ProfAGraziottin

TAB. 1 Principali sintomi dolorosi pelvici da valutare PRIMA della gravidanza

1. Il dolore relativo al ciclo mestruale e le sue comorbidità:

- il dolore mestruale (“dismenorrea”)
- il dolore ovulatorio
- il dolore alla defecazione (“dischezia”)
- ogni dolore, pelvico ed extrapelvico, a ricorrenza ciclica (inclusi dolori associati a PMS)

2. Il dolore sessuale e le sue comorbidità:

- il dolore all’inizio della penetrazione (“dispareunia introitale”)
- il dolore alla penetrazione profonda (“dispareunia profonda”), suggestivo di:
 - a) **endometriosi**
 - b) **malattia infiammatoria pelvica** (Pelvic Inflammatory Disease, PID)
 - c) **dolore pelvico cronico**
- il dolore uretrale/vescicale dopo rapporto, fino a franca cistite (“post-coitale”)

3. Il dolore addominale:

- a genesi intestinale:
 - a) **malattia (infiammatoria) del colon irritabile**
 - b) **intolleranza al glutine (dalla “gluten sensitivity” alla franca celiachia)**
 - c) **intolleranza al lattosio**
- in comorbidità con endometriosi, PID e dolore pelvico cronico

4. Il dolore addomino-pelvico e/o sessuale dopo abusi o violenze:

- sindrome post traumatica da stress e correlati infiammatori
- ipertono del muscolo elevatore e dispareunia introitale dopo abuso

A. Graziottin, 2014

*Alessandra Graziottin
e Claudio Crescini*

ATTI DEL CORSO ECM

DOLORE IN OSTETRICIA, SESSUALITÀ E DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

**Il ruolo del ginecologo
nella prevenzione
e nella cura**

MILANO, 6 GIUGNO 2014



**Fondazione Alessandra Graziottin
per la cura del dolore nella donna Onlus**
www.fondazionegraziottin.org

PROGRAMMA

08.00 - 08.45	Registrazione dei partecipanti
08.45 - 09.00	Introduzione e obiettivi del corso <i>Alessandra Graziottin</i> <i>Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica,</i> <i>H. San Raffaele Resnati, Milano</i> <i>Claudio Crescini</i> <i>Direttore U.O. Ostetricia Ginecologia Ospedale</i> <i>di Treviglio (BG) - Direttore Dipartimento Materno Infantile Segretario</i> <i>Regionale AOGOI Lombardia</i>
09.00 - 09.30	Letture inaugurale Infiammazione e dolore in ostetricia. Implicazioni per la sessualità della donna e della coppia <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
09.30 - 11.20	SIMPOSIO: SEMEIOTICA DEL DOLORE IN GINECOLOGIA-OSTETRICIA <i>Moderatori: Walter Costantini, Claudio Crescini</i>
09.30 - 09.50	Semeiotica ginecologica in pre-gravidanza: sintomi e segni critici <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
09.50 - 10.10	Semeiotica del dolore in gravidanza <i>Valeria Dubini (Firenze)</i> <i>Direttore SC ASL 10 Firenze - Consigliere nazionale SIGO</i>
10.10 - 10.30	Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo <i>Claudio Crescini (Treviglio)</i>
10.30 - 10.50	Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica <i>Walter Costantini (Milano)</i> <i>Presidente del Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Milano</i>
10.50 - 11.20	Discussione
11.20 - 11.40	Coffee break
11.40 - 13.15	SIMPOSIO: BIOFILM E INFEZIONI UROGENITALI IN GRAVIDANZA E PUERPERIO <i>Moderatori: Alessandra Graziottin, Filippo Murina</i>
11.40 - 12.00	Vaginiti e cistiti recidivanti: il binomio diabolico <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
12.00 - 12.20	Infezioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere <i>Filippo Murina (Milano)</i> <i>Responsabile Servizio di Patologia Vulvare</i> <i>Ospedale V. Buzzi-ICP-Università di Milano</i>
12.20 - 12.40	Aborto naturale, interruzione volontaria di gravidanza, dolore fisico ed emotivo: prevenzione e cura <i>Valeria Dubini (Firenze)</i>
12.40 - 13.00	Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio <i>Franco Vicariotto (Milano)</i> <i>Ospedale San Pio X, Milano</i>

13.00 - 13.15	Discussione
13.15 - 14.00	Pranzo
14.00 - 14.30	Lettura Integratori in ostetricia: prima, durante e dopo la gravidanza <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>

14.30 - 16.30 **SIMPOSIO:**
IL DOLORE ADDOMINALE E PELVICO NELLA DONNA
Moderatori: Franco Vicariotto, Giovanna Valentini

14.30 - 14.50	Semeiotica del dolore vescicale: sintomi, segni e comorbidità <i>Andrea Salonia (Milano)</i> <i>UO Urologia sede, IRCCS Ospedale San Raffaele</i> <i>URI-Urological Research Institute,</i> <i>Istituto Scientifico San Raffaele</i>
14.50 - 15.10	Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotono del muscolo elevator dell'ano: il ruolo della fisioterapista <i>Arianna Bortolami (Padova)</i> <i>Fisioterapista - Consulente in Sessuologia</i>
15.10 - 15.30	Semeiotica del dolore in puerperio <i>Filippo Murina (Milano)</i>
15.30 - 15.50	Semeiotica e terapia del dolore in ostetricia: il ruolo dell'anestesista <i>Giovanna Valentini (Milano)</i> <i>Anestesista rianimatore, Istituto Auxologico Italiano</i>
15.50 - 16.10	Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione <i>Franco Vicariotto (Milano)</i>
16.10 - 16.30	Discussione

16.30 - 17.30 **SIMPOSIO:**
**RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO E CURA DEL DOLORE
IN OSTETRICIA**
Moderatori: Valeria Dubini, Arianna Bortolami, Andrea Salonia

16.30 - 16.50	Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotono: dal punto di vista della fisioterapista <i>Arianna Bortolami (Padova)</i>
16.50 - 17.10	Terapia della vulvodinia post partum <i>Filippo Murina (Milano)</i>
17.10 - 17.30	La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo <i>Giorgio Piubello (Verona)</i> <i>Specialista in Andrologia</i>
17.30 - 18.00	Discussione plenaria e Take Home Messages
18.00 - 18.30	Conclusioni e Valutazioni ECM <i>Alessandra Graziottin, Claudio Crescini</i>

INDICE

Infiammazione e dolore in ostetricia	pag. 05
Semeiotica ginecologica prima della gravidanza, con focus sul pavimento pelvico	pag. 15
Semeiotica del dolore in gravidanza	pag. 25
Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo	pag. 33
Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica/o	pag.37
Cistiti e vaginiti recidivanti: il binomio diabolico Dalla fisiopatologia a strategie terapeutiche integrate	pag. 43
Infezioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere	pag. 55
Aborto naturale e interruzione volontaria di gravidanza	pag. 59
Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio	pag. 63
Integratori: prima, durante e dopo la gravidanza	pag. 67
Il dolore in ostetricia, sessualità e disfunzioni del pavimento pelvico - Cistiti interstiziali	pag. 81
Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotono del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista	pag. 87
Semeiotica del dolore in puerperio	pag. 95
Analgesia per il travaglio di parto: il ruolo dell'anestesista	pag. 99
Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione	pag. 103
Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotonico: dal punto di vista della fisioterapista	pag. 107
Terapia della vulvodinia post partum	pag. 115
La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo	pag. 119