

Semeiotica ginecologica prima della gravidanza, con focus sul pavimento pelvico

Alessandra Graziottin

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

*Cammina con passo leggero,
perché è sui miei sogni che cammini*
W. B. Yeats

Introduzione

La **semeiotica**, la “*semeîon techné*”, è l’arte di leggere i segni. In medicina, costituisce il **metodo principe della diagnosi**. Richiede lo sviluppo di un’**intelligenza indiziaria**, capace di interpretare i **sintomi**, ossia il linguaggio verbale con cui il/la paziente esprime i propri disturbi, e i **segni**, che si compongono di due grandi aspetti:

1. il linguaggio **non verbale** del/della paziente, il modo con cui esprime e commenta quanto sta dicendo attraverso il comportamento, la mimica del volto, i cambi di postura, i toni di voce e così via. In particolare, si definisce “linguaggio non verbale” ciò che il corpo della donna rivela, spontaneamente o in risposta ad una o più domande;
2. i **segni clinici in senso stretto**, attraverso i quali il corpo rivela la presenza di disfunzioni o patologie organiche, di fattori predisponenti, precipitanti o di mantenimento, di vulnerabilità d’organo e/o di sistema.

Punto chiave. Prima della gravidanza, l’obiettivo è riconoscere, diagnosticare e curare tutte le condizioni che causano e/o si associano a dolore coitale e/o pelvico e che riconoscono nell’ipertono del muscolo elevatore un denominatore comune essenziale (Graziottin e Murina 2011): un aspetto semeiologico, questo, purtroppo spesso negletto nella valutazione clinica (Graziottin 2007, Graziottin e Rovei 2007).

L’ipertono dell’elevatore:

- può costituire una **causa primaria di distocia della fase espulsiva**, perché costituisce una sorta di “muro” che limita la progressione della testa e del corpo del feto;
- può indurre a effettuare un’**episiotomia più ampia**; Kristeller, anche impegnative; **parti operativi** con vacuum o forcipe;
- può causare **lacerazioni estese** fino allo sfintere anale, con conseguenze pesanti sul prodotto del concepimento e sulla salute genitale, sulla capacità di continenza urinaria e fecale, sulla funzione sessuale e generale, ed esiti potenzialmente gravi anche sulla relazione di coppia (Graziottin 2007, Graziottin e Rovei 2007, Graziottin 2008a, 2008b, Graziottin e Murina 2011).

Grazie ad un’accurata **semeiotica ginecologica**, attenta a riconoscere le patologie caratterizzate da dolore e l’ipertono del muscolo elevatore, è

possibile agire su due fronti:

1. curare le cause del dolore e

2. procedere a una riabilitazione del pavimento pelvico, con opportuna fisioterapia, prima della gravidanza, al fine di partire con una situazione ottimale anche dal punto di vista pelvico e genitale.

Una recente Cochrane (Beckmann e Stock 2013) indica molto bene l'**efficacia di interventi preventivi volti a rilassare il pavimento pelvico prima della nascita**, sottolineando di fatto quanto la semeiologia degli ipertoni, e l'intervento adeguato, siano efficaci nel ridurre il rischio di episiotomie, di traumi perineali anche gravi, di dolore post partum nelle primipare.

La ricerca è stata condotta sui seguenti database:

- Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (al 22 ottobre 2012)
- Cochrane Central Register of Controlled Trials (The Cochrane Library 2012, Issue 10)
- PubMed, dal 1966 all'ottobre 2012;
- EMBASE, dal 1980 all'ottobre 2012.

Sono stati selezionati e analizzati i trial controllati randomizzati e quasi-randomizzati relativi a qualsiasi forma di massaggio perineale prenatale, purché intrapresa almeno nelle ultime quattro settimane di gravidanza. Complessivamente sono stati valutati **4 trial**, tutti di buona qualità scientifica, per un totale di **2.497 donne**.

Ecco i risultati:

- il massaggio perineale prenatale risulta associato a una **complessiva riduzione dell'incidenza di traumi che richiedano sutura** (4 trial, 2480 donne, tasso di rischio [RR] 0.91 [95% CI, 0.86-0.96]); il numero di massaggi richiesto per avere questo beneficio ("number needed to treat to benefit", NNTB) è 15 (10-36);
- le donne a cui viene praticato il massaggio perineale hanno **una minore probabilità di subire l'episiotomia** (4 trial, 2480 donne, RR 0.84 [95% CI, 0.74-0.95], NNTB 21 [12-75]);
- questi risultati sono significativi **solo per le donne al loro primo parto vaginale**;
- non si rilevano differenze nell'incidenza dei traumi perineali di primo e secondo grado, e dei traumi di terzo e quarto grado;
- solo le donne con precedenti parti vaginali riportano **una riduzione statisticamente significativa del dolore a tre mesi dal parto** (1 trial, 376 donne, RR 0.45 [95% CI, 0.24-0.87], NNTB 13 [7-60]);
- non si osservano significative differenze significative in relazione al parto strumentale, alla soddisfazione sessuale post parto, all'incontinenza urinaria e fecale, e alla flatulenza, fra le donne che hanno praticato il massaggio perineale e i controlli.

Questa presentazione approfondisce, in particolare, tre direzioni chiave della **semeiotica ginecologica prima della gravidanza**, finalizzata ad ot-

timizzare le condizioni del pavimento pelvico per facilitare poi il parto:

- la **semeiotica generale** nella donna con dolore pelvico e/o sessuale;
- la semeiotica in caso di **dolore coitale** (dispareunia superficiale e/o profonda);
- la semeiotica del **dolore addomino-pelvico-viscerale** e possibili comorbidità associate nell'adolescente.

1. Semeiotica generale nella donna con dolore pelvico e/o sessuale

L'**analisi del comportamento** verbale e non verbale della donna fa parte della semeiotica. Dal punto di vista metodologico, va sottolineato che il comportamento dell'altro e, nello specifico, della paziente, è un grande schermo che vediamo con lenti che possono essere molto distorte dai nostri vissuti, soprattutto se non elaborati. Questo è ancora più vero in un campo delicato e sensibile come quello della sessualità.

Una riflessione professionale sulla propria sessualità e sul proprio dolore (se si è sofferto da questo punto di vista sia nella salute generale, sia in quella sessuale) è per questo condizione indispensabile per poter accogliere, in modo appropriato, i vissuti e i problemi sessuali altrui.

Il processo di **lettura e interpretazione dei segni** inizia già con l'arrivo della paziente in ambulatorio: più il problema del dolore è avvertito come serio, più è probabile che la donna sia accompagnata. Nella presentazione reciproca, nel contatto d'occhi iniziale, nel darsi la mano, nel porre attenzione al primo linguaggio non verbale della paziente, **occorre essere altresì consapevoli delle proprie emozioni e reazioni** a prima vista.

Questa **duplice attenzione** – ai segni offerti dalla paziente e, contemporaneamente, ai propri messaggi non verbali – deve proseguire per tutta la visita: nella semeiotica delle espressioni del volto, della postura, del vestiario, del modo in cui il volto e il corpo della paziente rispondono alle domande del medico, e del modo in cui, nell'interazione con l'altro, sono il proprio volto e il proprio corpo a parlare e a cambiare ("**contro-transfert**"). Facendo attenzione, naturalmente, anche ai messaggi che vengono dal partner e/o da altra persona che accompagni la donna in consultazione.

Se la paziente si presenta per un sintomo di **dolore**, occorre in particolare osservarne attentamente:

- il **comportamento** quando è **epifenomeno di attivazione del sistema neurovegetativo** (sudorazione, respiro superficiale, tachipnea, tachicardia, tutti segni neurovegetativi di ansia e angoscia);
- le **posture di difesa** (ad esempio, l'adduzione delle cosce, i gesti di auto-protezione/evitamento, e così via) e
- la **contrazione muscolare**.

Punto chiave. Non bisogna mai forzare la prima visita: è fondamentale

essere gentili e delicati; saper aspettare il giusto tempo per una visita che potrebbe essere percepita come invasiva o, addirittura, come una violenza; occorrono **empatia, consapevolezza** del proprio linguaggio corporeo e **attenzione** a usare sempre le parole appropriate.

Nel percorso di raccolta dell'anamnesi, è opportuno **ascoltare e scrivere esattamente** ("verbatim") le parole con cui la paziente descrive il proprio disturbo, bisogna cercare di "filmare" la storia del dolore, dalle prime battute ai sintomi correnti: ciò che oggi viene descritto come "**medicina narrativa**", che si basa sulla registrazione accurata del racconto della malattia o del disturbo in corso.

E' essenziale focalizzarsi su tre criteri che qualificano le **caratteristiche base sia del sintomo dolore, sia di un eventuale disturbo sessuale primario o acquisito** (Graziottin 2007, Graziottin e Rovei 2007, Graziottin 2008a, 2008b, Graziottin e Murina 2011, Graziottin et Al 2013):

- primario (lifelong) vs. secondario (acquired);
- generalizzato o situazionale;
- ad eziologia biologica, psicologica, mista.

Alcune semplici domande possono utilmente guidare l'anamnesi alla prima visita: «Ha già avuto esperienze sessuali intime/rapporti?», «Se sì, come sono stati?», fino al chiedere, sempre con delicatezza ed empatia, «Qual è il motivo più importante della visita?», «C'è qualche problema di desiderio, di secchezza, di piacere/orgasmo, o di dolore?».

2. Semeiotica del dolore sessuale prima della gravidanza



A. Graziottin, 2014

FIGURA 1

La Fig. 1 riepiloga le sindromi dolorose pelviche genito-urinarie e sessuali e le loro correlazioni. Raramente il dolore è puramente psicogeno. La dispareunia non fa eccezione: il dolore ai rapporti non è "tutto nella testa"; è invece un dolore dalle solide basi biologiche che possono essere modulate da fattori psicosessuali. La sua localizzazione e il modo di insorgenza sono i fattori predittivi più importanti della presenza e del tipo di causa biologica; le variabili psicosociali, al contrario, non hanno valore predittivo (Meana et al. 1997a, 1997b; Bergeron et al. 1997).

Tre domande di base consentono di tracciare una prima "mappa" del dolore, a cui fare poi riferimento nell'iter diagnostico e terapeutico:

- **quando fa male** (all'inizio della penetrazione o a penetrazione completa) e **per quanto tempo** (durante il coito o anche dopo il rapporto);
- **dove fa male**, per distinguere tra dispareunia **introitale** e dispareunia **profonda**, che riconoscono, nell'età fertile e nella post menopausa, cause biologiche diverse (Tab. 1);
- **quali sono i sintomi associati** (dolore alla visita ginecologica, ad esempio, riferito dal 90% delle donne; dolore all'inserzione dei tamponi o di un dito [65,8% e 72,9%]; bisogno di urinare dopo il rapporto [80,7%] ecc.) (Bergeron et al. 2001). Un'attenta indagine dei sintomi associati consente di arrivare facilmente a una diagnosi di comorbilità e di capire l'eziologia del disturbo (Graziottin 2007, Graziottin e Rovei 2007, Graziottin e Murina 2011, Graziottin et Al. 2013).

TABELLA 1. Cause biologiche più importanti e frequenti di dispareunia in età fertile (Graziottin 2013)

Dispareunia introitale	Vulvodinia / vestibolite vulvare (vestibolodinia provocata) Vulvovaginite da Candida Pavimento pelvico iperattivo Episiotomia-rrafia
Dispareunia profonda	Endometriosi Malattia infiammatoria pelvica (Pelvic Inflammatory Disease, PID) Dolore pelvico cronico Mialgia Sindrome dell'intestino irritabile/rettocolite ulcerosa

L'esame obiettivo, finalizzato a riconoscere la **"mappa del dolore"**, consente di completare la diagnosi e di definire l'eziologia, la prognosi e la terapia della dispareunia (Graziottin 2007, Graziottin e Rovei 2007, Graziottin e Murina 2011).

Un esame obiettivo accurato includerà la valutazione di cinque **elementi chiave**:

- la cute e la mucosa;
- la contrazione del muscolo;
- la mappa del dolore e il suo score;
- il pH e il trofismo;
- eventuali infezioni.

Dove c'è un muro, c'è una porta

Prima di procedere all'esame occorre insegnare alla paziente come comandare e rilassare il pavimento pelvico. In caso di fobia/vaginismo/avversione sessuale, la visita dovrà essere rimandata: affinché l'esame non venga vissuto come un abuso, andrà effettuato solo dopo aver ridotto la paura e l'ansia con un'adeguata terapia sessuale e farmacologica. "Sensibilità" e "gentilezza" sono le parole chiave che devono guidare la valutazione dell'area vulvovaginale e la ricerca della mappa del dolore.

Nell'esame obiettivo si dovrà in particolare procedere a (Graziottin e Murina 2011):

1. **osservazione della vulva e del vestibolo**, che potrà risultare normale, oppure evidenziare eritema (alle 5 e alle 7 del vestibolo; periuretrale e sotto il clitoride; vulvare generalizzato) o comorbilità (lichen sclerosus; esiti di episiotomia/episiorrafia; congestione e/o dolore al clitoride);

2. **osservazione del perineo**, prestando particolare attenzione a: lunghezza del perineo; tono del muscolo elevatore dell'ano; grado di retrazione del centro tendineo; presenza di un'isolata emorroide "sentinella" alle ore 12 o di più emorroidi (in comorbilità con stipsi ostruttiva);

3. **effettuazione dello swab test**: con un cotton fioc si toccheranno in punti casuali la vulva e il vestibolo e si chiederà alla donna di quantificare il dolore e il bruciore provato, su una scala da 0 a 10 (il massimo dolore fisico percepibile nella vita), in ogni punto di contatto, riportando poi il risultato in cartella clinica;

4. **esame dell'elevatore dell'ano**; la valutazione funzionale del pavimento pelvico includerà:

- **tono** (normale, iper- o ipoattivo);
- **mialgia** (tender e/o trigger point monolaterali o bilaterali all'inserzione dell'elevatore sulla spina ischiatica);
- **qualità del comando perineale** (assente, corretto o inverso);

Un'iperattività dell'elevatore è stata riscontrata nel 91,6% delle donne con dolore vulvare/sindrome vulvovestibolare;

5. **esame della vagina e del fornice** per ricercare altre aree di dolore, suggestive di comorbilità, ed eventuali esiti post-traumatici o iatrogeni (dopo chirurgia o radioterapia) potenzialmente responsabili di dolore coitale;

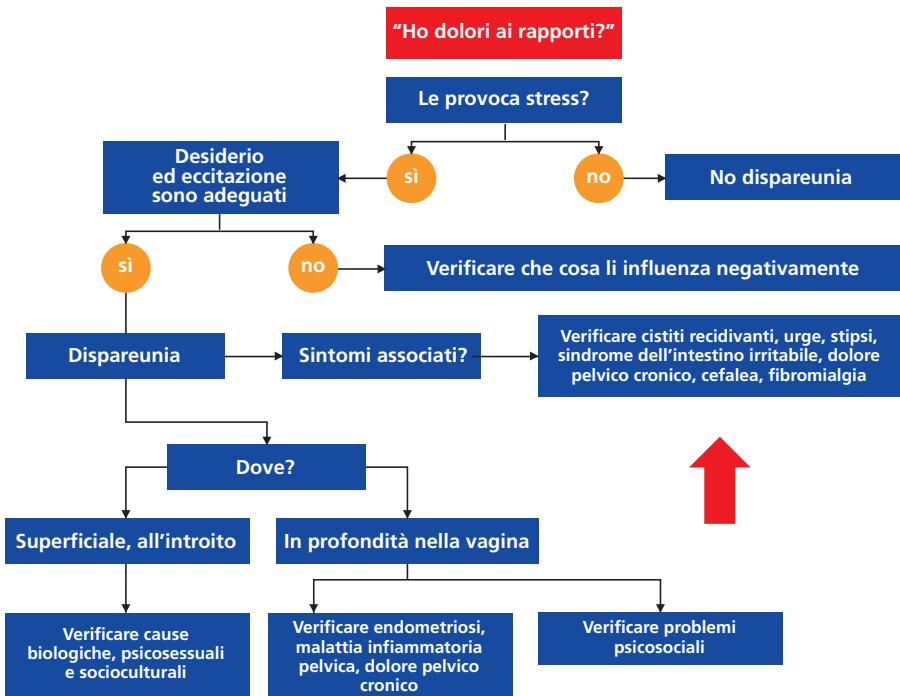
6. **esame della secrezione vaginale**: se presente, se ne dovranno valutare colore, odore e intensità; il pH deve sempre essere misurato; ottima la valutazione a fresco al microscopio.

Speculum: quattro semplici buone regole per usarlo con rispetto

1. Prima di inserire lo speculum, domandare sempre se la ragazza è vergine
2. Usarlo solo con gel e quando la paziente riesce a rilassare il pavimento pelvico
3. Usare sempre lo speculum da virgo, e comunque il più piccolo per età e parità
4. Dilatare gentilmente le labbra e chiedere di spingere prima di inserirlo

Nella Figura 2 è proposto un algoritmo per la diagnosi differenziale della dispareunia.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLA DISPARUNIA



A. Graziottin, 2013

Modified from FSDeducation.eu

Implicazioni per la gravidanza

È indispensabile saper riconoscere i segni e le conseguenze del dolore su identità sessuale, funzione sessuale e relazione di coppia, con il duplice obiettivo di:

- diagnosticare le **cause** del dolore pelvico e sessuale;
 - individuare i **fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento prima della gravidanza**, per una diagnosi e una terapia adeguate.

3. Semeiotica del dolore addomino-pelvico viscerale

Nei tre sistemi riproduttivo (a), digestivo (b) e urinario (c), cui appartengono gli organi interni della cavità pelvica, le condizioni più frequentemente associate al dolore pelvico di origine viscerale sono:

- a. **dismenorrea, endometriosi, malattia infiammatoria pelvica**: ovaie, tube di Fallopio, utero e vagina;
 - b. **sindrome dell'intestino irritabile (IBS)**: sigmoide, colon, retto, intestino tenue;
 - c. **calcolosi urinaria, IBS, cistite interstiziale (IC)**: parti terminali degli ureteri, vescica, uretra.

Diversi studi hanno dimostrato il ruolo significativo svolto dall'**iperattivazione mastocitaria** e dai conseguenti processi infiammatori nei meccanismi periferici che portano al verificarsi del dolore pelvico. In particolare,

nell'endometriosi profonda, Anaf et Al. (2006) hanno documentato la triade essenziale che conferma il ruolo del mastocita nella genesi dell'infiammazione e del dolore:

1. aumento significativo del numero di **mastociti attivati** per campo;
2. aumento significativo del numero di **mastociti degranulati**;
3. aumento significativo di **mastociti in stretta prossimità delle fibre nervose del dolore**.

Questa triade istologica è stata confermata in biopsie effettuate sulla mucosa vescicale, in caso di sindrome della vescica dolorosa; nella parete dell'intestino, in caso di sindrome dell'intestino irritabile (irritable bowel syndrome, IBS; nel vestibolo vaginale, in caso di vestibolodinia provocata (vestibolite vulvare); nei tessuti interessati da endometriosi profonda.

Analogamente, nell'IBS è stata riscontrata un'ipersensibilità rettale associata ad attivazione mastocitaria (van Hoboken et al. 2011).

IPERALGESIA RIFERITA DISMENORREA/ENDOMETRIOSI/IBS/IC

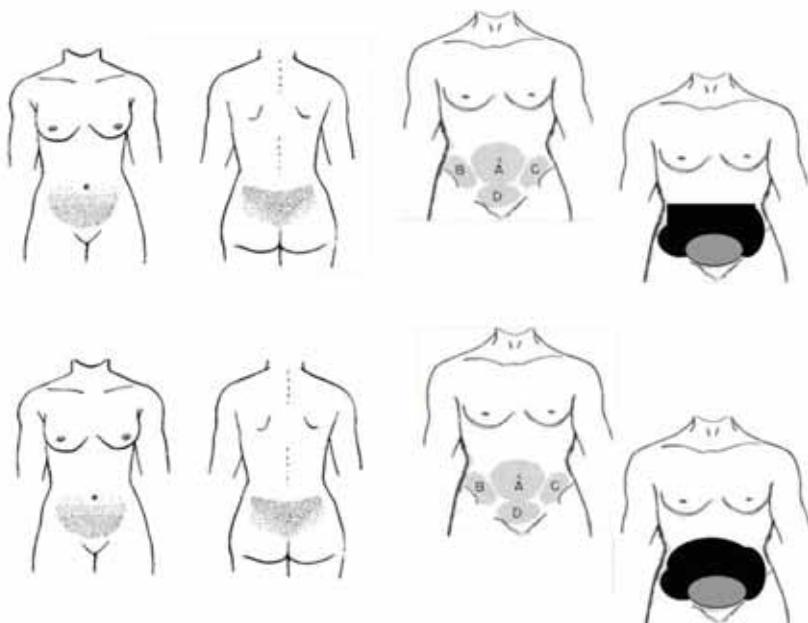


FIGURA 3

Il dolore pelvico cronico può presentarsi con le seguenti caratteristiche (vd. anche Fig. 3):

- dolore spontaneo nell'area pelvica;
- ipersensibilità viscerale/iperalgesia (ad es. vagina-colon-retto-vescica);
- ipersensibilità somatica nei quadranti addominali inferiori;
- iperalgesia viscero-viscerale (reciproca amplificazione dei sintomi dovuta alla presenza di lesioni viscerali).

ta a interazioni fra organi).

Nel tempo, può avversi un'ipersensibilità generalizzata al dolore e un'evoluzione verso **una qualità neuropatica dei sintomi**.

Nella semeiotica del dolore pelvico occorrerà di conseguenza prestare attenzione a:

- **dolore pelvico spontaneo** (quando aumenta?);
- **ipersensibilità viscerale/iperalgesia;**
- **iperalgesia viscerale-viscerale;**
- **iperalgesia viscerale-cutanea;**
- **convergenza viscerale-viscerale;**
- **comorbilità con il dolore cronico a carattere neuropatico;**
- **livello di neuroinfiammazione, depressione e sintomi associati, in parallelo al dolore viscerale** (Graziottin et Al. 2013).

PRIMA della gravidanza è quindi indispensabile intercettare i rischi relativi all'ipertono del muscolo elevatore dell'ano e alle molteplici sindromi dolorose addomino-pelviche e sessuali.

Conclusioni

La consulenza per il dolore richiede l'ascolto della paziente, del suo linguaggio verbale e non verbale, il rispetto della verità della sua sofferenza: mettendosi nella pelle della donna, la si capirà molto di più. Richiede una semeiotica estremamente accurata, attenta al linguaggio non verbale e ai segni che il corpo rivela.

L'esito della consulenza e della terapia, anche sessuologica, dipenderà dalla qualità della semeiotica e dalla capacità di creare una relazione significativa con la paziente dal punto di vista umano ed emotivo, oltre che, com'è evidente, dalla competenza medica specifica.

La presenza di **ipertono del muscolo elevatore** aumenta il **rischio di distocie della fase espulsiva, di lacerazioni perineali severe e di parti operativi con esiti traumatici per la mamma e il bambino**.

L'obiettivo deve essere quindi quello di rilassare i muscoli del pavimento pelvico già PRIMA della gravidanza, oltre che durante, con fisioterapia, stretching, automassaggio, biofeedback di rilassamento, per aumentare la competenza della donna e la sua fiducia nel saper partorire bene.

Bibliografia

Anaf V, Chapron C, El Nakadi I et al. Pain, mast cells, and nerves in peritoneal, ovarian, and deep infiltrating endometriosis. Fertil Steril 2006; 86: 1336-43

Baldaro Verde J, Graziottin A. L'enigma dell'identità – Il transessualismo. Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1991

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.

Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, Pagidas K. Vulvar vestibulitis syndrome: a critical review. Clin J Pain 1997; 13 (1): 27-42

Bergeron S, Binik YM, Khalifé S et al. Vulvar vestibulitis syndrome: reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. Obstet Gynecol 2001; 98 (1): 45-51

Giamberardino MA, Berkley KJ, Iezzi S et al. Pain threshold variations in somatic wall tissues as a function of menstrual cycle, segmental site and tissue depth in non-dysmenorrheic women, dysmenorrheic women and men. Pain 1997; 71 (2): 187-97

Giamberardino MA, Costantini R, Affaitati G et al. Visco-visceral hyperalgesia: characterization in different clinical models. Pain 2010; 151 (2): 307-22

Giamberardino MA, De Laurentis S, Affaitati G et al. Modulation of pain and hyperalgesia from the urinary tract by algogenic conditions of the reproductive organs in women. Neuosci Lett 2001; 304 (1-2): 61-4

Graziottin A. Vaginismo: fisiopatologia e diagnosi. In: Jannini E.A. Lenzi A. Maggi M. (Eds), Sessuologia Medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità, Elsevier Masson, Milano, 2007, p. 374-379

Graziottin A. La percezione del dolore pelvico cronico nella donna: fattori predittivi e implicazioni cliniche. Urologia, vol. 75, n. 2, 2008a, p. 67-74

Graziottin A. Dyspareunia and vaginismus: review of the literature and treatment. Current Sexual Health Reports, Vol. 5, Issue 1: March 2008b, p. 43-50

Graziottin A. Psychogenic causes of chronic pelvic pain and impact of CPP on psychological status. In: Vercellini P. (Ed), Chronic pelvic pain, Blackwell Publishing, Oxford, UK, 2011, p. 29-39

Graziottin A. Recurrent cystitis in women: why the gynaecologist has a say. In: Chervenak F. Studd J. (Eds), Current Progress in Obstetrics and Gynecology, Vol. 2, Kothari Medical, Mumbai 2014 (accepted)

Graziottin A, Murina F. Vulvodinia. Strategie di diagnosi e cura. Springer Verlag Italia, Milano, 2011

Graziottin A, Rovei V. Fisiopatologia, classificazione e diagnosi della dispareunia. In: Jannini E.A. Lenzi A. Maggi M. (Eds), Sessuologia Medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità, Elsevier Masson, Milano, 2007, p. 379-382

Graziottin A, Skaper S, Fusco M. Inflammation and chronic pelvic pain: a biological trigger for depression in women? J Depress Anxiety 2013; 3: 142

Kelada E, Jones A. Interstitial cystitis. Arch Gynecol Obstet 2007; 275 (4): 223-9

Meana M, Binik YM, Khalifé S, Cohen D. Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? J Nerv Ment Dis 1997a; 185 (9): 561-9

Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen DR. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. Obstet Gynecol 1997b; 90 (4 Pt 1): 583-9

Salonia A, Clementi MC, Graziottin A, Nappi RE, Castiglione F, Ferrari M, Capitanio U, Damiano R, Montorsi F. Secondary provoked vestibulodynia in sexually-active women with recurrent uncomplicated urinary tract infections. J Sex Med. 2013 Sep; 10 (9): 2265-73

van Hoboken EA, Thijssen AY, Verhaaren R et al. Symptoms in patients with ulcerative colitis in remission are associated with visceral hypersensitivity and mast cell activity. Scand J Gastroenterol 2011; 46 (7-8): 981-7

Per saperne di più

www.alessandragraziottin.it

www.fondazionegraziottin.org

@ProfAGraziottin

*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, H. San Raffaele Resnati, Milano</i>
	<i>Claudio Crescini</i> <i>Direttore U.O. Ostetricia Ginecologia Ospedale di Treviglio (BG) - Direttore Dipartimento Materno Infantile Segretario Regionale AOGI Lombardia</i>
09.00 - 09.30	Lettura 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 INFESIONI UROGENITALI IN GRAVIDANZA E PUEPERIO <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	Infesioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere <i>Filippo Murina (Milano)</i> <i>Responsabile Servizio di Patologia Vulvare 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 <i>Moderatori: Franco Vicariotto, Giovanna Valentini</i>
14.30 - 14.50	Semeiotica del dolore vescicale: sintomi, segni e comorbilità <i>Andrea Salonia (Milano)</i> <i>UO Urologia sede, IRCCS Ospedale San Raffaele</i> <i>URL-Urological Research Institute,</i> <i>Istituto Scientifico San Raffaele</i>
14.50 - 15.10	Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotonico del muscolo elevatore 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'anestesiista <i>Giovanna Valentini (Milano)</i> <i>Anestesiista 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 <i>Moderatori: Valeria Dubini, Arianna Bortolami, Andrea Salonia</i>
16.30 - 16.50	Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotonico: 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'ipotonico 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