

Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotono del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista

Arianna Bortolami

Fisioterapista e Consulente in Sessuologia, Padova

La semeiotica dei muscoli del pavimento pelvico costituisce un momento essenziale del processo di ragionamento clinico utilizzato nell'ambito della fisioterapia e riabilitazione del pavimento pelvico. Infatti attraverso l'individuazione dei **sintomi** lamentati dalla paziente e la ricerca da parte del fisioterapista dei **segni** ad essi correlati, è possibile comprendere la specifica condizione della persona, in riferimento alle sue limitazioni funzionali e alle disabilità. Questo procedere è essenziale per personalizzare il processo terapeutico riabilitativo, ponendo così al centro il paziente e la sua qualità di vita.

La semeiotica dei muscoli del pavimento pelvico, in relazione ai processi successivi e relativi alla terapia riabilitativa, viene definita **valutazione funzionale**.

In particolare l'indagine sui muscoli del pavimento pelvico riguarda principalmente il muscolo elevatore dell'ano, che con i suoi fasci pubo-rettale, pubo-coccigeo, ileo-coccigeo e ischio-coccigeo circonda l'uretra, il canale vaginale e il canale anale, partecipando così alle funzioni e disfunzioni viscerali a questi correlate.

In riferimento alle condizioni di ipotono e ipertono, la semeiotica ha il compito anche di identificare la presenza di una o dell'altra condizione: infatti la prima fa riferimento alla necessità di rinforzare il complesso muscolare del pavimento pelvico, la seconda invece di rilassarlo.

I **sintomi** possibili sono quelli relativi alla disfunzione più genericamente descritta in letteratura come relativa a tutti i muscoli del pavimento pelvico. Tali sintomi sono stati esposti dapprima da Messelink (2005) e ripresi successivamente da Haylen (2010) in un importante report redatto dalle due più autorevoli società scientifiche del settore (International Urogynecological Association, IUGA e International Continence Society, ICS), e così descritti:

- **sintomi relativi a incontinenza urinaria** (incontinenza urinaria, da sforzo, da urgenza; incontinenza posturale; enuresi notturna, incontinenza mista, incontinenza continua, incontinenza senza sensibilità; incontinenza coitale). Per l'argomento qui trattato, interessante è osservare che nel report del 2010 (Haylen) è stata individuata anche l'incontinenza coitale, definita come la "perdita involontaria di urina durante il coito". Secondo gli Autori, questo sintomo può essere ulteriormente suddiviso in due possibili condizioni: alla penetrazione e all'orgasmo;
- **sintomi della fase di riempimento vescicale** (aumento della frequenza urinaria diurna, nicturia, urgenza; sindrome della vescica iperattiva);
- **sintomi sensitivi** (aumento della sensazione della vescica, diminuzione della sensazione della vescica, sensazione vescicale assente);
- **sintomi della fase di svuotamento** (esitanza, flusso ridotto, intermitten-

za, necessità di spinta per lo svuotamento, flusso a spray o a gocce, senso di incompleto svuotamento, necessità di mingere nuovamente, perdita post minzione, minzione posizione-dipendente, disuria, ritenzione urinaria;

- **sintomi del prolasso degli organi pelvici** (bulging vaginale, pressione pelvica, sanguinamento, infezione, necessità di digitare per mingere o defecare, lombalgia o dolore sacrale associato temporalmente al prolasso);
- **sintomi di disfunzione sessuale:** dispareunia superficiale e profonda, penetrazione impossibile per ostruzione, lassità vaginale, altri sintomi;
- **sintomi di disfunzione anorettale:** incontinenza anale, incontinenza fecale (solida, liquida, passiva, coitale), perdita involontaria di gas, urgenza fecale (rettale), incontinenza fecale con urgenza, necessità di spingere per defecare, senso di incompleto svuotamento, diminuita sensazione rettale, costipazione, prolasso rettale, perdita di sangue o muco; anche per questi sintomi interessante è rilevare l'inserimento dell'incontinenza coitale, non presente nel report del 2005 (Messelink);
- **dolore al basso tratto urinario e/o altro dolore pelvico:** dolore vescicale, dolore uretrale, dolore vulvare, dolore vaginale, dolore perineale, dolore pelvico, dolore pelvico ciclico (mestruale), nevralgia del pudendo, sindrome cronica del basso tratto urinario o altra sindrome del dolore pelvico;
- **infezioni del basso tratto urinario,** ricorrenti, altre correlazioni (ematuria, cateterizzazione).

I **segni** vengono individuati attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo.

L'**anamnesi**, che viene effettuata attraverso il colloquio verbale, prevede un'anamnesi personale e una patologica.

Con l'**anamnesi patologica** prossima la paziente riferisce i sintomi e viene indagata da parte del fisioterapista l'eventuale presenza di altre condizioni patologiche relative alle funzioni del pavimento pelvico, così come suggerito nelle standardizzazioni internazionali (Abrams 2010), e all'eventuale presenza di comorbilità, come accade frequentemente in caso di dolore (Voorham-van 2008). Oltre a ciò è utile indagare alcune abitudini che possono essere considerate normali per la paziente, come mingere o defecare senza stimolo, anche con ponzamento, ma che possono di fatto peggiorare condizioni presenti, come il prolasso degli organi pelvici, o contribuire all'insorgenza di nuovi sintomi, quali urgenza e frequenza.

In generale, in base al sintomo principale riferito dalla paziente, vengono effettuate le successive domande: ad esempio, in caso di dispareunia e/o vaginismo correlati o meno a vulvodinia, oppure di altra sindrome dolorosa, che sono solitamente associati all'ipertono muscolare, è utile chiedere alla paziente in riferimento a possibili sintomi della fase di svuotamento vescicale e rettale. Un altro esempio riguarda l'incontinenza urinaria, per la quale, oltre all'individuazione del contesto in cui si verifica, può esserci correlazione anche con altri sintomi della fase di svuotamento vescicale, come urgenza, frequenza, nicturia.

Oltre a ciò, è utile ricordare che la presenza di disfunzioni sessuali femminili può essere sempre presa in considerazione in caso di sintomi corre-

lati a disfunzione del pavimento pelvico (Handa 2008): infatti da un lato l’ipotono e l’ipertono possono essere essi stessi responsabili l’uno della diminuzione delle sensazioni vaginali durante la penetrazione, con conseguenti disturbi dell’orgasmo e del desiderio, l’altro di disturbi sessuali caratterizzati da dolore, quali dispareunia e vaginismo, con successivi disturbi dell’eccitazione, del desiderio e dell’orgasmo. Oltre a ciò la funzione sessuale può essere influenzata da sintomi quali l’incontinenza urinaria e/o fecale e il prolasso degli organi pelvici: la prima, nella forma coitale, può determinare inibizione dei fisiologici fenomeni della funzione sessuale (Salonia 2004, Cohen 2008), il secondo può impattare negativamente sull’immagine corporea e sulla sessualità (Novi 2005).

Con l’**anamnesi patologica remota** può essere utile indagare, oltre a patologie organiche, eventi che siano in relazione con le disfunzioni del pavimento pelvico: patologie che possano determinare aumenti frequenti e intensi della pressione intra addominale (allergie con starnuti, tosse, stipsi, ecc.) per condizioni quali incontinenza urinaria da sforzo e prolasso degli organi pelvici, patologie che possano essere in relazione con dolore del cingolo pelvico e segmenti ad esso correlati (sindrome dell’intestino irritabile, disfunzioni muscolo-scheletriche, ecc.) per condizioni quali sindrome del dolore pelvico cronico, vulvodinia, vestibolite vulvare, ecc. Utile è conoscere l’eventuale assunzione di farmaci, e i possibili avvenuti interventi chirurgici.

L’**anamnesi personale fisiologica** indaga lo stato ormonale, parti e gravidanze, ecc., nonché stili di vita quali l’attività lavorativa, quella sportiva, ecc. L’anamnesi familiare permette di porre in evidenza familiarità per condizioni dove l’ereditarietà può essere significativa (es.: tipologia di tessuto collagene per il prolasso degli organi pelvici) o dove l’ambiente familiare possa avere un particolare significato (vaginismo primario, sindrome del dolore cronico, ecc.).

Successivamente, viene effettuato l’**esame obiettivo**, che comprende la valutazione della sensibilità, dell’attività riflessa e dei parametri muscolari del pavimento pelvico. L’esame obiettivo consiste nell’osservazione visiva della zona perineale e nella valutazione manuale del pavimento pelvico ed eventualmente di altre strutture muscolo-scheletriche correlate a questo o alla disfunzione in atto.

Attraverso l’**osservazione visiva** della zona perineale è possibile valutare la condizione della pelle e delle mucose, in riferimento sia a esiti cicatriziali, come nel caso dell’episiotomia, sia ad eventuali zone di rossore, che sono frequentemente presenti in caso di vestibolite vulvare e riguardano più spesso la porzione inferiore dell’introito vaginale. Quest’ultimo può altresì essere osservato in relazione all’eventuale beanza vaginale e al centro tendineo del perineo, che possono apparire rispettivamente più largo e più lungo in caso di condizione di ipotono, o, viceversa, ridotti in caso di ipertono. Attraverso l’osservazione visiva, può essere valutata in parte l’attività volontaria e involontaria del pavimento pelvico, attraverso

la richiesta verbale di contrazione, rilassamento, colpo di tosse e spinta addominale. Utile può essere in questa fase, l'osservazione di eventuali compensi muscolari ad opera, ad esempio, della muscolatura addominale o degli adduttori.

Con la **valutazione manuale** viene effettuata la valutazione dell'attività riflessa, della sensibilità, del tono, trofismo e attività motoria del pavimento pelvico.

L'**attività riflessa** riguarda la valutazione dei riflessi anale e bulbo-cavernoso, archi riflessi elementari che danno informazioni rispetto ai metameri di riferimento S2-S5, e il riflesso addomino-perineale, che consiste nella contrazione del pavimento pelvico che precede di qualche millisecondo ogni contrazione dei muscoli addominali e che viene solitamente valutata con la reazione del pavimento pelvico alla richiesta di un colpo di tosse.

La **valutazione della sensibilità** comprende l'analisi della sensibilità tattile e della presenza di dolore. Quest'ultima è consigliabile soprattutto in caso di sintomi correlati al dolore (vulvodinia, dispareunia), e viene effettuata attraverso lo swab test (Bachman 2006) o test del cotton-fioc, per individuare eventuali punti dolorosi sul vestibolo vaginale, nonché manovre di digitopressione per la ricerca di eventuali trigger point muscolari, zone muscolari particolarmente tese e rigide, dolenti alla digitopressione, che possono generare dolore locale e/o irradiato in zona adiacenti o funzionalmente correlate (Travell 1996). Le strutture interessate sono innanzitutto i fasci dell'elevatore dell'ano (Chaitow 2007), mentre le strutture muscolo-scheletriche del cingolo pelvico che possono contribuire alla sintomatologia dolorosa sono a carico soprattutto dei muscoli adduttori, piramidali, otturatori interni, glutei; le articolazioni più spesso coinvolte sono la sacro-iliaca e la sinfisi pubica (Chaitow 2007).

La **valutazione di tono, trofismo e attività motoria del pavimento pelvico** vengono valutate con manovre intracavitarie (intravaginali e/o intra anali): con uno o due dita inseriti nell'introito vaginale, vengono valutati i fasci di destra e di sinistra del muscolo elevatore dell'ano; un dito posto invece nell'entrata anale incontro prima lo sfintere anale esterno e poi il fascio pubo rettale.

Haylen et al (2010) effettuano la valutazione del pavimento pelvico attraverso l'analisi del tono a riposo e della forza di una contrazione volontaria o riflessa. Questa viene classificata in forte, normale, debole o assente o quantificata attraverso una scala validata. Vengono altresì valutati il rilassamento muscolare volontario (assente, parziale, completo), l'endurance muscolare, la ripetibilità del numero di contrazioni, la durata della contrazione, la coordinazione.

Gli stessi autori identificano l'individuazione, dopo la valutazione, di quattro condizioni:

- **normal pelvic floor muscles**, muscoli del pavimento pelvico normali, che possono volontariamente ed involontariamente contrarsi e rilassarsi;
- **overactive pelvic floor muscles**, muscoli del pavimento pelvico iperattivi

tivi, che non si rilassano, o che possono contrarsi quando il rilassamento sarebbe funzionalmente necessario, per esempio durante la minzione e la defecazione;

- *underactive pelvic floor muscles*, muscoli del pavimento pelvico ipoattivi, che non possono contrarsi volontariamente quando sarebbe appropriato;
- *non-functioning pelvic floor muscles*, muscoli del pavimento pelvico dove non è presente nessuna azione palpabile.

Questi autori non effettuano associazioni tra queste condizioni rilevate e i sintomi sopracitati.

In generale nelle pazienti con disfunzione del pavimento pelvico in ipotonico, il tono e il trofismo si presentano ridotti, così come i parametri muscolari dell'attività motoria volontaria; nelle pazienti con ipertono, il tono si presenta aumentato, mentre i parametri muscolari possono variare: frequentemente le pazienti non sono in grado di attivare volontariamente il muscolo elevatore dell'ano e, quando possibile, tale attività appare ridotta; inoltre il rilassamento di tale muscolo, valutato come la capacità di ritornare alla condizione precedente alla contrazione, appare impossibile o fortemente ridotto. Ciò potrebbe essere correlato alla presenza di dolore, che agisce come fattore inibente l'attività motoria.

Talvolta la valutazione manuale può non essere possibile nello spazio intravaginale, a causa di un importante quadro di ipertono muscolare associato o meno a un grave stato di dolore vulvo-vestibolare, tali da rendere impossibile o molto doloroso il contatto con la zona perineale e/o la valutazione intra vaginale.

Possono far parte della semeiotica del pavimento pelvico anche l'utilizzo di strumenti quali l'elettromiografia di superficie, il dinamometro (Doumolin 2003, 2004), l'utilizzo dell'imaging ecografico sulla parete addominal bassa (Peng 2006, 2007)

Inoltre fa parte della valutazione funzionale l'utilizzo di **strumenti carta-cei** quali la somministrazione di test e questionari, che permettono di individuare e quantificare l'impatto sulla qualità di vita dei sintomi riferiti, oppure il diario minzionale, utilizzato se sono presenti sintomi urologici, e il diario per le disfunzioni ano-rettali, se queste sono riferite. Per l'utilizzo dei questionari, importante è il processo di validazione, sia per i parametri psicometrici, sia per la traduzione nella lingua italiana, nonché il livello di raccomandazione sull'uso, elaborato dalle Società Scientifiche. Tra i questionari sono frequentemente utilizzati e raccomandati il King's Health Questionnaire per la valutazione dell'impatto sulla qualità di vita dei pazienti con incontinenza urinaria, il questionario FSFI (Female Sexual Function Index, Indice di Funzionalità Sessuale Femminile) e il McGill Pain Questionnaire per il dolore, l'SF 36 per lo stato di salute generico.

Conclusioni

La semeiotica dell'ipertono e dell'ipotono del muscolo elevatore dell'ano costituisce un momento essenziale della valutazione funzionale della paziente con sintomi correlati alla disfunzione muscolare del pavimento pelvico. L'individuazione della precisa condizione della paziente permette una adeguata pianificazione e un successivo trattamento personalizzato, processi essenziali per porre al centro del trattamento riabilitativo la paziente e la sua qualità di vita.

Bibliografia

- Abrams P, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):213-40.
- Bachmann GA, Rosen R, Pinn VW, Utian WH, Ayers C, Basson R, Binik YM, Brown C, Foster DC, Gibbons JM Jr, Goldstein I, Graziottin A, Haefner HK, Harlow BL, Spadt SK, Leiblum SR, Masheb RM, Reed BD, Sobel JD, Veasley C, Wesselmann U, Witkin SS. Vulvodynia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management. Jun 51(6): 447-456, 2006.
- Chaitow L Chronic pelvic pain: Pelvic floor problems, sacroiliac dysfunction and the trigger point connection *J Bodywork and Movement Therapies* 11, 327–339, 2007
- Cohen BL, Barboglio P, Gousse A. The impact of lower urinary tract symptoms and urinary incontinence on female sexual dysfunction using a validated instrument. *J Sex Med*. 2008 Jun;5(6):1418-23.
- Dumoulin C, Bourbonnais D, Lemieux MC Development of a dynamometer for measuring the isometric force of the pelvic floor musculature. *Neurourol Urodyn* 22 (7): 648-653, 2003.
- Dumoulin C, Gravel D, Bourbonnais D et al. Reliability of dynamometric measurements of the pelvic floor musculature. *Neurourol Urodyn* 23 (2): 134-142, 2004.
- Handa VL, Cundiff G, Chang HH, Helzlsouer KJ. Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol*. 2008 May;111(5):1045-52.
- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010 Jan;21(1):5-26.
- Messelink B, Benson T, Berghmans B et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: Report from the Pelvic Floor Clinical Assessment Group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, 24:374-380, 2005.
- Novi JM, Jeronis S, Morgan MA, Arya LA. Sexual function in women with pelvic organ prolapse compared to women without pelvic organ prolapse. *J Urol*. 2005 May;173(5):1669-72.
- Peng Q, Jones RC, Constantinou CE. 2D Ultrasound image processing in identifying responses of urogenital structures to pelvic floor muscle activity. *Ann Biomed Eng*. 2006 Mar;34(3):477-93.
- Peng Q, Jones R, Shishido K, Constantinou CE. Ultrasound evaluation of dynamic responses of female pelvic floor muscles. *Ultrasound Med Biol*. 2007 Mar;33(3):342-52.
- Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Dehò F, Fabbri F, Colombo R, Guazzoni G, Di Girolamo V, Rigatti P, Montorsi F. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur Urol*. 2004 May;45(5):642-8;
- Travell JG, Simons DG Myofascial pain and Dysfunction: the trigger point manual. 2a edizione, Lippincot William & Wilkins, 1992 (trad. it. Dolore muscolare. Diagnosi e terapia. Ghedini Editore, 1996.)
- Voorham-van der Zalm PJ, Lycklama A, Elzevier HW, Putter H, Pelger RC Diagnostic investigation of the pelvic floor": a helpful tool in the approach in patients with complaints of micturition, defecation, and/or sexual dysfunction. *J Sex Med* Apr;5(4):864-71, 2008

TAB 1

Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotono del muscolo elevatore dell'ano: procedimento fisioterapico per far emergere la condizione specifica della paziente.

- Individuazione sintomi (riferiti dalla paziente)

- Individuazione segni (indagati dal fisioterapista)

- Anamnesi

- Anamnesi patologica
 - Anamnesi patologica prossima
 - Anamnesi patologica remota

- Anamnesi personale fisiologica

- Esame obiettivo

- Osservazione visiva
 - pelle e mucose
 - anomalie anatomiche
 - attività motoria volontaria e involontaria dei muscoli del pavimento pelvico
- Valutazione manuale
 - attività riflessa
 - sensibilità
 - tono e trofismo
 - attività motoria volontaria e involontaria dei muscoli del pavimento pelvico

- Strumenti cartacei

- Diari
 - Diario minzionale
 - Diario per le disfunzioni ano-rettali
- Test e questionari
 - King's Health Questionnaire
 - FSFI
 - Sf-36
 - Ecc.

- Valutazione strumentale

- Elettromiografia di superficie
- Dinamometro
- Imaging ecografico

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