

Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotonico: dal punto di vista della fisioterapista

Arianna Bortolami

Fisioterapista e Consulente in Sessuologia, Padova

L'**ipertonia** e l'**ipotonia** del pavimento pelvico sono disfunzioni muscolari che possono dare origine a sintomi nella zona genito-urinaria-anale ad essa funzionalmente correlati; la **riabilitazione** è un'opzione terapeutica per poter affrontare tali sintomi. L'individuazione di queste diverse condizioni dei muscoli del pavimento pelvico è utile ai fini dello svolgersi della terapia riabilitativa, i cui principi vengono illustrati successivamente.

I **sintomi** correlati alla disfunzione del pavimento pelvico sono stati descritti in letteratura 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; per l'argomento qui trattato, importante è notare che è stata identificata "de novo" 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: al verificarsi della penetrazione e al verificarsi all'orgasmo;
- sintomi della fase di riempimento vescicale;
- sintomi sensitivi;
- sintomi della fase di svuotamento;
- sintomi del prolasso degli organi pelvici;
- sintomi di disfunzione sessuale: disparesunia superficiale e profonda, penetrazione impossibile per ostruzione, lassità vaginale, altri sintomi (Basson 2004);
- sintomi di disfunzione anorettale; anche per questo sintomo è stata identificata l'incontinenza coitale;
- 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 (Graziottin, 2007,2014);
- infezioni del basso tratto urinario, ricorrenti.

In generale la **fisioterapia e riabilitazione del pavimento pelvico** si colloca come una delle opzioni terapeutiche per i sintomi sopracitati. In alcuni casi (es.: incontinenza urinaria), essa rappresenta il primo approccio terapeutico (Abrams 2010), e può essere sufficiente per guarire i sintomi presenti. In altre condizioni (sindromi dolorose, vulvodinia, disfunzioni sessuali caratterizzate da dolore), viene solitamente associata ad altre terapie come quella farmacologica e può richiedere l'intervento di un team multidisciplinare.

Sia in caso di pavimento pelvico ipotonico che ipertono, la fisioterapia e riabilitazione del pavimento pelvico rappresenta un approccio di tipo conservativo e ha l'obiettivo di ripristinare corretti parametri muscolari, ai fini di modificare la funzione alterata e restituire alla paziente la miglior qualità di vita possibile. In ogni caso la fisioterapia e riabilitazione del pavimento pelvico va considerata all'interno di una condotta diagnostico-terapeutica di tipo multidisciplinare (Graziottin 2007), nella quale trova collocazione in qualità di terapia a ridotta invasività, con scarse controindicazioni e con limitati effetti collaterali.

La fisioterapia e riabilitazione del pavimento pelvico si sviluppa all'interno di un processo di ragionamento clinico e alla luce del paradigma dell'evidence based practice, e prevede i seguenti momenti clinici: la formulazione della diagnosi, la valutazione funzionale, la pianificazione dell'intervento, l'intervento terapeutico, la valutazione dei risultati (Fig. 1).

Valutazione funzionale

La valutazione funzionale ha l'obiettivo di individuare la condizione specifica della paziente, in riferimento alle limitazioni funzionali e alle disabilità. Ciò ai fini di personalizzare la fisioterapia, identificando così obiettivi terapeutici a breve, medio e lungo termine, nonché le tecniche e gli strumenti più adatti per raggiungerli.

La valutazione funzionale è costituita da **anamnesi ed esame obiettivo**.

Fanno parte della condizione della paziente i **sintomi**, che vengono da questa riferiti, e i **segni**, che sono individuati dal/la fisioterapista.

L'**anamnesi** viene effettuata attraverso il colloquio verbale; durante questo momento 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 indicato nelle standardizzazioni internazionali (Abrams 2010), e all'eventuale presenza di comorbidità, come accade frequentemente in caso di dolore (Voorham-van 2008).

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 ad esso correlate.

Per l'argomento trattato, e in relazione alle condizioni di ipotono e ipertono muscolare, le **differenze** che possono essere rilevate riguardano:

- nell'osservazione visiva, l'introito vaginale e il centro tendineo del perineo possono apparire rispettivamente più largo e più lungo in caso di condizione di ipotono, o, viceversa, ridotti in caso di ipertono (Graziottin 2007, 2014);
- nella valutazione manuale, la rilevazione di tono, trofismo, attività motoria volontaria e involontaria del pavimento pelvico, diminuiti o aumentati rispettivamente in caso di ipotono o ipertono.

In caso di sintomi correlati al dolore (vulvodynìa, dispareunìa), possono essere effettuati lo swab test (Bachman 2006), o test del cotton-fioc, per individuare eventuali punti dolorosi sul vestibolo vaginale, nonché mano-

vre di digitopressione per la ricerca di eventuali trigger point muscolari (Travell 1996), anche in strutture muscolo-scheletriche funzionalmente correlate ai muscoli del pavimento pelvico (Chaitow 2007). Talvolta la valutazione manuale può non essere possibile nello spazio intravaginale, a causa di un importante quadro di ipertono muscolare associato o meno ad un grave stato di dolore vulvo-vestibolare, tali da rendere impossibile o molto doloroso qualsiasi contatto con la zona.

Haylen et al. (2010) identificano 4 condizioni che si possono presentare dopo aver effettuato la valutazione della funzione dei muscoli del pavimento pelvico:

- **normal pelvic floor muscles**, muscoli del pavimento pelvico normali;
- **overactive pelvic floor muscles**, muscoli del pavimento pelvico iperattivi, indicati come muscoli che non si rilassano o che possono contrarsi quando il rilassamento è funzionalmente necessario, per esempio durante minzione o defecazione;
- **underactive pelvic floor muscles**, muscoli del pavimento pelvico deboli, indicati come muscoli che non possono contrarsi volontariamente quando ciò è appropriato;
- **non-functioning pelvic floor muscles**, quando non è presente nessuna azione palpabile.

Questi autori non effettuano associazioni tra queste condizioni rilevate e i sintomi sopraccitati. Possono infine far parte della valutazione funzionale l'utilizzo di strumenti cartacei 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 e il diario per le disfunzioni ano-rettali.

Pianificazione

La pianificazione dell'intervento fisioterapico è dedicata all'elaborazione degli obiettivi terapeutici a breve, medio e lungo termine e alla scelta dei mezzi per raggiungerli. Questi ultimi consistono in tecniche e strumenti disponibili nell'ambito della fisioterapia del pavimento pelvico e si distinguono tra loro per indicazioni e controindicazioni, modalità di utilizzo, evidenza scientifica.

Intervento terapeutico

Indipendentemente dalla condizione muscolare del pavimento pelvico rilevata durante la valutazione funzionale, l'intervento riabilitativo e fisioterapico si realizza in tre fasi (Fig. 2), consecutive tra loro (Umphred 2006):

1. **consapevolezza dell'attività motoria dei muscoli del pavimento pelvico;**
2. **normalizzazione dei parametri muscolari alterati;**
3. **recupero funzionale.**

L'obiettivo della prima fase consiste nel far apprendere alla paziente le diverse attività motorie del pavimento pelvico, zona solitamente poco conosciuta da questo punto di vista (Benvenuti 1987). Nella seconda fase l'obiettivo è quello di restituire ai muscoli del pavimento pelvico adeguati parametri: questa fase pertanto sarà indirizzata ad aumentare il tono mu-

scolare se è stata rilevata una condizione di ipotonico, mentre si cercherà di diminuirlo se la paziente presenta ipertono; poiché spesso quest'ultima condizione è associata ad incoordinazione (vaginismo, stipsi), tale parametro verrà ripristinato in questa fase. Nella terza ed ultima fase, lo scopo si identifica nel miglioramento e/o nel ripristino della funzione alterata attraverso l'utilizzo di quanto precedentemente appreso e realizzato con tecniche e strumenti.

Oltre a ciò per ogni fase il fisioterapista può utilizzare, a seconda della situazione, un diverso approccio alla zona genitale (extra, peri, intra vaginale) a seconda degli obiettivi terapeutici e della condizione della paziente.

Le **tecniche e gli strumenti** che possono essere utilizzati nella fisioterapia e riabilitazione del pavimento pelvico sono:

- l'esercizio terapeutico;
- la terapia manuale ortopedica;
- l'autotrattamento e il trattamento domiciliare;
- il trattamento comportamentale e le modificazioni dello stile di vita;
- il biofeedback;
- la stimolazione elettrica funzionale;
- i dilatatori vaginali;
- i coni vaginali;
- i dilatatori anali;
- i prodotti topici non farmacologici.

Esercizio terapeutico

L'**esercizio terapeutico**, definito da Licht (1984) come “**il movimento del corpo, o di una parte di esso, al fine di alleviare i sintomi o di migliorare una funzione**”, permette sia la coscientizzazione dell’attività motoria volontaria del pavimento pelvico, sia la modificaione dei parametri alterati: nelle condizioni di ipovalidità, viene favorito il ripristino dei parametri muscolari relativi a forza ed endurance, mentre nella condizione di iperattività vengono favoriti il rilassamento e la coordinazione muscolare.

Terapia manuale ortopedica

E’ un’area specializzata della fisioterapia per la gestione delle condizioni neuro-muscolo-scheletriche, che include **tecniche manuali ed esercizi terapeutici**. Le tecniche utilizzate comprendono mobilizzazioni articolari e del tessuto, massaggio, stretching, massaggio connettivale, trattamento degli esiti cicatriziali; in riferimento all’argomento trattato, viene utilizzata per il trattamento di trigger e tender point, e per desensibilizzare le aree dolorose.

Autotrattamento e trattamento domiciliare

Con questi termini viene indicata l’attività che la paziente esegue al di fuori della sede ambulatoriale, al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi terapeutici (esercizi terapeutici, elettromedicali, ecc. illustrati successivamente).

Trattamento comportamentale e modificazioni dello stile di vita

Nel caso in cui siano stati individuati **fattori di rischio** che abbiano favorito l'insorgere dei sintomi, oppure **abitudini** conseguenti a questi, che di fatto peggiorano la condizione della paziente (es.: abbigliamento e igiene intima inadeguata in caso di vulvodinia, sport non appropriati, minzione preventiva in caso di incontinenza urinaria, o discomfort o dolore alla zona genitale, ecc.), l'informazione verbale sugli effetti dei fattori di rischio e delle abitudini, e la correzione di questi, quando possibile, possono contribuire alla risoluzione o alla gestione dei sintomi presentati (Bortolami 2009).

Biofeedback

E' uno strumento elettromedicale che permette di **trasformare l'azione muscolare del pavimento pelvico in uno stimolo visivo e/o sonoro**. Attraverso una rilevazione effettuata da un'apposita sonda posta nello spazio intravaginale, e la sua successiva trasformazione dal computer in un segnale udibile o visibile, la paziente è facilitata nell'apprendimento dell'attività motoria del pavimento pelvico.

Stimolazione elettrica funzionale

Questa tecnica viene utilizzata sia in caso di ipotono che di ipertono. Nella prima condizione viene utilizzato il principio secondo il quale un muscolo stimolato elettricamente risponde con la contrazione. Attraverso tale stimolazione pertanto è possibile migliorare il tono e il trofismo muscolare, e i parametri muscolari relativi a forza ed endurance. Nella condizione di ipertono invece, quando è contemporaneamente presente il dolore, può essere utile la somministrazione di TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator), che utilizza il principio del **gate control**, con il quale si realizza un'inibizione del sintomo attraverso una stimolazione di circuiti neuronali che coinvolgono il midollo spinale.

Dilatatori vaginali

Questo strumento viene utilizzato **in caso di condizione di ipertono del pavimento pelvico**: permette infatti una dilatazione progressiva del canale vaginale e delle strutture ad esso correlate, come il complesso muscolare del pavimento pelvico. Sono costituiti da un set di 4 o 5 dilatatori, a diametro e lunghezza crescente. Viene utilizzato il principio della capacità dei tessuti muscolari di adattarsi allo stiramento, nonché del muscolo di allungarsi senza determinare una contrazione involontaria e riflessa in risposta a tale stimolo. La loro indicazione è relativa alla difficoltà o all'impossibilità alla penetrazione vaginale e all'eventuale dolore ad essa associato.

Coni vaginali

Utilizzati **in caso di ipotono muscolare**, è costituito da un set di dispositivi a forma di cono, con peso crescente. L'utilizzo prevede il posizionamento per alcuni minuti al giorno nel terzo inferiore del canale vaginale del cono che la paziente riesce a mantenere in situ in posizione eretta. Tale posizionamento, attraverso un meccanismo di feedback, attiva la contra-

zione dell'elevatore dell'ano, che cerca di tenere il cono in sede. Il miglioramento dei parametri muscolari permette il passaggio al cono con peso superiore.

Dilatatori anali

Permettono lo stiramento progressivo del canale anale e delle strutture ad esso correlate, quali lo sfintere anale esterno e il fascio puborettale. Vengono **utilizzati in caso di ipertono** del complesso muscolare del pavimento pelvico, se presenti disfunzioni ano-rettali.

Prodotti topici non farmacologici

Il loro utilizzo è complementare alla terapia farmacologica quando questa viene utilizzata, come in caso di vulvodinia e/o sindrome del dolore pelvico cronico, e risultano utili per l'azione lubrificante e antinfiammatoria sulla mucosa vaginale. Questi prodotti vengono pertanto usati sia come autotrattamento, sia durante l'esecuzione di manovre terapeutiche da eseguirsi in sede intravaginale o sulla zona vulvo-vestibolare.

Valutazione dei risultati

La percentuale di miglioramento e/o guarigione dei sintomi varia in relazione al sintomo stesso presentato dalla paziente. In generale la valutazione dei risultati viene effettuata quando le **modificazioni dei sintomi e dei segni considerati nella valutazione funzionale possono essere considerate definitive**, così da poter eventualmente, in un'ottica multidisciplinare, indirizzare la paziente ad altro professionista e/o terapia qualora i risultati non fossero soddisfacenti.

Conclusioni

Le condizioni di ipertono e ipotono muscolare del pavimento pelvico possono dare origine a sintomi della zona genito-urinaria-anale. La riabilitazione è un'opzione terapeutica per tali sintomi e la sua modalità di utilizzo si differenzia anche in relazione alla condizione muscolare presentata dalla paziente.

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 *J Reprod Med*. 2006 Jun; 51(6): 447-456

Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, Graziottin A, Heiman JR, Laan E, Meston C, Schover L, van Lankveld J, Schultz WW. Revised definitions of women's sexual dysfunction *J Sex Med* 1(1): 40-8, 2004

Benvenuti F, Caputo GM, Bandinelli S et al. Reeducative treatment of female genuine stress incontinence. Am J Phys Med 66 (4): 155-168, 1987.

Bortolami A. Trattamento comportamentale e modificazioni dello stile di vita. In Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Masson 2009

Chaitow L. Chronic pelvic pain: Pelvic floor problems, sacroiliac dysfunction and the trigger point connection J Bodywork and Movement Therapies 11, 327-339, 2007

Graziottin A Female sexual dysfunction: Treatment In Bø K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Churchill Livingstone Elsevier, 2007: 277-285. New edition revised, accepted, 2014.

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.

Licht Storia In Basmajian JV L'esercizio terapeutico. Padova, Piccin, 1984

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

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)

Umphred DA The Nervous System and Motor Learning. In Carrière B, Markel Feldt C The Pelvic Floor. New York, Thieme, Medical Publishers, 2006.

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



FIG. 1 STEP SEQUENZIALI E MODELLO DI UTILIZZO IN FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE: l'utilizzo di questa opzione terapeutica inizia con la considerazione della diagnosi, prosegue con la valutazione funzionale, con la pianificazione del trattamento, con il trattamento e con la valutazione dei risultati. Tale utilizzo avviene all'interno di un processo di ragionamento clinico e alla luce del paradigma dell'evidence based practice.

FASI TERAPEUTICHE DI FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

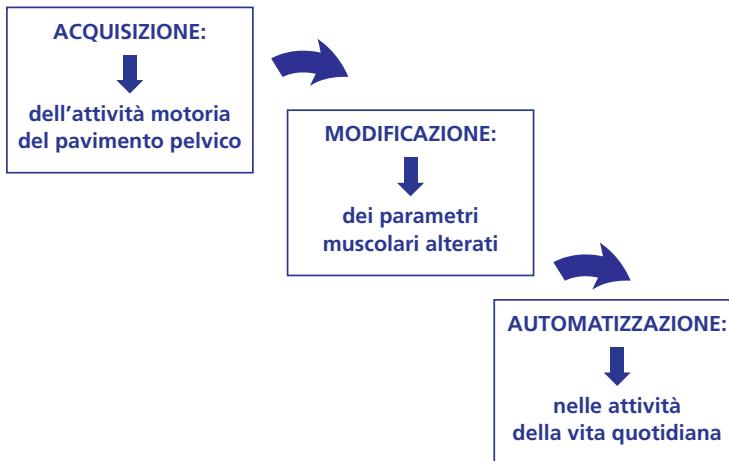


FIG. 2 Fasi terapeutiche della fisioterapia e riabilitazione del pavimento pelvico: sia in caso di ipotono che di ipertono muscolare, è necessaria durante lo svolgimento della terapia riabilitativa la realizzazione delle fasi di acquisizione, modificaione e automatizzazione dell'attività motoria dei muscoli del pavimento pelvico.

*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 Alessandra Graziottin (<i>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 comorbilità Andrea Salonia (<i>Milano</i>) UO Urologia sede, IRCCS Ospedale San Raffaele URL-Urological Research Institute, Istituto Scientifico San Raffaele
14.50 - 15.10	Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotonico del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista Arianna Bortolami (<i>Padova</i>) Fisioterapista - Consulente in Sessuologia
15.10 - 15.30	Semeiotica del dolore in puerperio Filippo Murina (<i>Milano</i>)
15.30 - 15.50	Semeiotica e terapia del dolore in ostetricia: il ruolo dell'anestesiista Giovanna Valentini (<i>Milano</i>) Anestesiista rianimatore, Istituto Auxologico Italiano
15.50 - 16.10	Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione Franco Vicariotto (<i>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 ipotonico: dal punto di vista della fisioterapista Arianna Bortolami (<i>Padova</i>)
16.50 - 17.10	Terapia della vulvodinia post partum Filippo Murina (<i>Milano</i>)
17.10 - 17.30	La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo Giorgio Piubello (<i>Verona</i>) Specialista in Andrologia
17.30 - 18.00	Discussione plenaria e Take Home Messages
18.00 - 18.30	Conclusioni e Valutazioni ECM Alessandra Graziottin, Claudio Crescini

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