

Il dolore sessuale: semeiologia di vaginismo e dispareunia

Alessandra Graziottin¹, Dania Gambini²

1)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.alessandragraziottin.it

www.fondazionegraziottin.org

2)Dipartimento di Ginecologia, Ospedale San Raffaele, Milano

Introduzione

Il **dolore sessuale** rappresenta un sintomo frequente sempre più lamentato dalle pazienti in sede di visita ginecologica. Attualmente è riportato spontaneamente da circa il 15% delle donne. La dispareunia ha un'incidenza pari al 12-15% delle donne in età fertile (Graziottin e Murina 2017), fino ad arrivare al 45.3% di quelle in post-menopausa. Le differenti cause possono sovrapporsi o associarsi al dolore coitale con meccanismi fisiopatologici complessi e dinamici. Ha solide **cause biologiche, psicosessuali e relazionali** (Graziottin e Gambini 2017). Le cause biologiche possono – e dovrebbero! – essere individuate precocemente con un'anamnesi accurata per evitare **cronicizzazioni e comorbidità**, tra le quali spiccano la vestibolodinia provocata/vulvodinia, il dolore pelvico cronico, le cistiti recidivanti, la stipsi ostruttiva e la depressione reattiva (Graziottin e Rovei 2017). L'invio corretto allo specialista, quando indicato, porta alla riduzione del tempo di cura con ovvi vantaggi e riduzione dei **costi quantizzabili** (in termini di costi di visite, esami, farmaci e giorni di lavoro, se le comorbidità sono rilevanti) e **non quantizzabili**, in termini di sofferenza personale e di coppia, correlati al dolore fisico e psichico delle singole pazienti (Graziottin e Murina 2017).

Il termine **dispareunia** indica il **persistente o ricorrente dolore al tentativo di penetrazione o alla penetrazione completa** con dito od oggetti, o al **rapporto sessuale completo**. Uno dei sintomi principe è il **bruciore al vestibolo vaginale**. Il bruciore può comparire al momento della penetrazione o dopo il rapporto sessuale, e durare per alcuni giorni. Se il sintomo non viene ascoltato e ben diagnosticato, il bruciore da provocato, post-coitale, diventa spontaneo e persistente fino ad assumere le caratteristiche del **dolore neuropatico**.

Punto chiave: la dispareunia è il sintomo principe di molte patologie vulvari caratterizzate da infiammazione e dolore, quando la donna tenti o abbia un rapporto sessuale.

Viene distinta in:

- ❖ **dispareunia superficiale o introitale**, cui contribuisce il dolore a insorgenza mediovaginale, così definita in base alla sede di insorgenza sita all'inizio della vagina, a livello del vestibolo vulvare, area ricchissima di terminazioni sensitive;
- ❖ **dispareunia profonda**, se il dolore è avvertito in profondità a livello dei forni vaginali;

❖ **dispareunia mista**, se superficiale e profonda.

Le cause biologiche sono diverse a seconda della sede di insorgenza, e sono associate a peculiari fattori scatenanti (tabella 1).

La **dispareunia introitale** può essere più frequentemente provocata da inadeguata eccitazione, vaginismo lieve/medio, vestibolite vulvare, distrofia vulvare, esiti di terapie vulvari, chirurgia perineale (episiorrafia, colporrafia, perineorrafia posteriore), mutilazioni genitali femminili con restringimento dell'introito e della vagina, sindrome dell'intrappolamento del nervo pudendo e/o nevralgia pudenda, sindrome di Sjogren (Graziottin e Rovei 2017). Il dolore medio-vaginale, evocato in forma acuta durante l'esame obiettivo con una leggera pressione sull'inserzione sacro-spinale del muscolo elevatore dell'ano, è più frequentemente dovuto a una **iperattività del muscolo elevatore dell'ano**, con mialgia, trascurata causa biologica di dispareunia, che la donna assimila al dolore coitale all'inizio della penetrazione.

La **dispareunia profonda**, che corrisponde a un dolore vaginale profondo/pelvico, può essere provocata più frequentemente dall'endometriosi, dal dolore pelvico cronico o dalla malattia infiammatoria pelvica (PID); più raramente, dagli esiti di radioterapia pelvica o di chirurgia vaginale radicale. Varicocele, aderenze, dolore addominale riferito e sindrome dell'intrappolamento del nervo cutaneo addominale (ACNES) sono cause ancora controverse, ma che comunque andrebbero prese in considerazione nella diagnosi differenziale.

Tabella 1 - Eziologia della dispareunia

A) Fattori biologici

1. dispareunia superficiale/introitale e/o mediovaginale:

- infettive: vulviti, vaginiti, cistiti, vestibolite vulvare
- infiammatorie: iperattivazione dei mastociti
- ormonali: atrofia vulvo-vaginale
- anatomiche: imene cribroso, agenesia vaginale, sindrome di Rokitsansky
- muscolari: primitiva o secondaria all'iperattività dell'elevatore dell'ano
- iatrogene: esiti di chirurgia perineale, radioterapia pelvica
- neurologiche: dolore neuropatico
- immunitarie: sindrome di Sjogren
- vascolari

2. dispareunia profonda

- endometriosi
- malattia infiammatoria pelvica (PID)
- varicocele pelvico
- dolore pelvico cronico e dolore riferito
- esiti di radioterapia endovaginale (brachiterapia)
- sindrome da intrappolamento di nervi cutanei addominali (ACNES)

B) Fattori psicosessuali

- comorbidità con disordini del desiderio e dell'eccitazione, o vaginismo
- abusi sessuali
- depressione e/o disturbi d'ansia
- catastrofismo come modalità psicologica dominante
- tabù e inibizioni educative

C) Fattori relazionali

- mancanza di intimità emotiva
- preliminari inadeguati
- conflitti nella coppia (verbali o fisici)
- scarsa compatibilità anatomica (dimensioni del pene e/o genitali femminili ipoplasici)
- insoddisfazione sessuale e inadeguata eccitazione successiva

Modificata da Graziottin 2005

Il termine **“vaginismo”** indica **la persistente difficoltà della donna a consentire l’introduzione nella propria vagina del pene, di un dito e/o di un oggetto, nonostante il fatto che lo desideri** (Graziottin 2017). Colpisce lo 0.5-1% delle donne fertili e rappresenta il 15-17% della popolazione trattata per dolore coitale. Il vaginismo viene classificato in diversi gradi, basati sulla gravità della fobia e sull’entità della contrattura muscolare (tabella 2).

Tabella 2 - Classificazione del vaginismo

Gradi	Descrizione semeiologica
I	Spasmo dell'elevatore dell'ano, che scompare con la rassicurazione
II	Spasmo dell'elevatore, che persiste durante la visita ginecologica/urologica/proctologica
III	Spasmo dell'elevatore e sollevamento delle natiche al solo tentativo di visita ginecologica
IV	Spasmo dell'elevatore, inarcamento dorsale, adduzione delle cosce, difesa e retrazione
XO	Rifiuta la visita

Modificata da Lamont 1978

Punto chiave: un terzo delle donne con dispareunia lamenta questo sintomo fin dal primo rapporto. L’ipotesi clinica più probabile è che un **vaginismo di 2° o 3° grado**, che consente la penetrazione ma con difficoltà, con il rischio di causare microabrasioni e infiammazione dell’introito, sia la causa principale della **vestibolite vulvare** che alimenta poi una dispareunia lifelong, a meno che non venga instaurato un **trattamento multimodale adeguato**.

Vulvodinia

Nell’ambito del dolore sessuale ricopre una notevole importanza la **vulvodinia, condizione patologica definita da un dolore cronico localizzato nell’area vulvare e persistente da 3 a 6 mesi** (Bachmann et al, 2006; Bornstein et al, 2016; Graziottin e Murina 2017). Si tratta in realtà di un vocabolo che include un’ampia varietà di condizioni cliniche vulvari, con differenti eziologie e fisiopatologie, ma tutte con un sintomo comune: **un dolore vulvare cronico invalidante, continuo o intermittente, spontaneo o provocato** (Graziottin e Murina 2017).

Nel 2015, come esito di un “consensus statement” tra esperti delle principali società internazionali sulla patologia vulvare (International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases, International Society for the Study of Women’s Sexual Health, International Pelvic Pain Society), sono state elaborate **una nuova classificazione e una nuova terminologia** del dolore vulvare persistente e della vulvodinia (Bornstein et al, 2016). Questa revisione, sostitutiva della precedente del 2003, mette in evidenza la complessità della presentazione clinica e dell’eziopatologia di tale quadro patologico, la cui incidenza è nettamente rilevante nella popolazione

femminile (13-17%). La nuova classificazione suddivide il dolore vulvare causato da cause ben specifiche (infettive, infiammatorie, traumatiche, neurologiche, ormonali, eccetera) dalla vulvodinia come entità di **dolore vulvare neuropatico** della durata superiore a 3 mesi, senza alcuna causa identificabile, con possibili fattori associati (comorbidità) a carico di altri organi e apparati (vescica, intestino, apparato muscolo-scheletrico), importanti per meglio definire l’approccio terapeutico specifico per ogni singola paziente (Graziottin e Murina 2017).

La vulvodinia può provocare dispareunia all’inizio della penetrazione (dispareunia introitale) e un rapporto doloroso può peggiorare il dolore vulvare, e concorrere a mantenerlo. Può manifestarsi spontaneamente oppure può essere evocata/provocata da uno stimolo tattile, inclusi un abbigliamento troppo stretto o la stimolazione fisica dell’area vulvare, in occasione del rapporto sessuale o della visita medica. Può essere generalizzata, ossia estesa a tutta l’area vulvare, o circoscritta all’area vestibolare (vestibolite vulvare o vestibolodinia provocata), al clitoride (clitoralgia), alla mucosa periuretrale o a una porzione limitata della vulva (tabella 3) (Graziottin e Gambini 2017).

Tabella 3 - Caratteristiche del dolore nella vulvodinia

<ul style="list-style-type: none"> - cronico / ininterrotto - intermittente / episodico - spontaneo - provocato 	<ul style="list-style-type: none"> - generalizzato - localizzato / limitato a: <ul style="list-style-type: none"> • area vestibolare (vestibolite vulvare) • clitoride (clitoralgia) • mucosa periuretrale • una porzione limitata della vulva 	<ul style="list-style-type: none"> - isolato - in comorbidità con: <ul style="list-style-type: none"> • patologie mediche: <ul style="list-style-type: none"> - vaginiti ricorrenti da Candida - sindrome della vescica dolorosa - sindrome del colon irritabile - endometriosi - fibromialgia - cefalea - ansia e depressione • disturbi sessuali: <ul style="list-style-type: none"> - dispareunia introitale - perdita del desiderio - secchezza vaginale - anorgasmia coitale - evitamento sessuale
---	---	--

Diagnosi di vulvodinia

Un’anamnesi attenta e accurata è fondamentale per capire la sede del dolore e le sue modalità di insorgenza, oltre all’analisi dell’intensità e delle caratteristiche del dolore stesso; l’attenzione ai sintomi correlati è un fattore chiave per la diagnosi precoce delle comorbidità (Graziottin e Gambini 2017; Graziottin e Murina 2017).

In sede di visita ginecologica, l’ispezione visuale della regione vulvare è il primo importante passo nella valutazione della vulva, del perineo e della regione perianale (tabella 4).

Tabella 4 - Esame fisico della paziente con vulvodinia

- Regione vulvare:
 - ispezione visuale e vulvosopia
 - palpazione
 - Q-tip test
- Valutazione del pavimento pelvico, in condizioni statiche e dinamiche
- Ispezione vaginale
- Palpazione bimanuale e valutazione di eventuali dolorabilità mediovaginali (mialgia del muscolo elevatore, uretrite, trigonite) e profonde, in comorbidità (endometriosi, PID)

Modificata da Graziottin e Murina 2017

La vulvosopia consente di valutare la natura di eventuali lesioni vulvari in modo molto dettagliato (Sideri et al, 2009) come nel caso dei cambiamenti cromatici associati a infiammazioni o a malattie neoplastiche della vulva, abrasioni e alterazioni morfologiche (lichen sclerosus e planus, granuloma vulvare fissuratum).

Valutazione del perineo e del pavimento pelvico

Ispezione, in condizioni statiche e dinamiche

La valutazione clinica del pavimento pelvico inizia anzitutto con la semplice **osservazione del perineo a riposo**, quindi in condizioni statiche. La presenza di **eritema in zona vestibolare** suggerisce la presenza di vestibolite vulvare, mentre se è esteso a quasi o tutta la vulva indica una vulvite, spesso micotica, che andrà ricercata con la semeiologia e gli esami appropriati (Graziottin e Murina 2017). **Esiti di lacerazioni traumatiche, intenzionali** (abusi o mutilazioni genitali femminili) o **non intenzionali** (lesioni traumatiche durante il gioco o durante il parto), andranno accuratamente fotografati e ripresi in cartella clinica. L'ispezione può già evidenziare la presenza di **emorroidi esterne, specie alle ore 12, sintomatiche di una dissinergia del pavimento pelvico**, che rientra tra i fattori precipitanti della dispareunia.

In condizioni di riposo, **il grado di retrazione del centro tendineo del perineo**, che può arrivare a 7-8 centimetri rispetto alla linea ideale che tocca la superficie dei glutei quando la donna fletta le gambe verso l'addome (posizione litotomica), suggerisce già **l'entità dell'ipertono**.

L'invito a contrarre e rilassare il muscolo elevatore, in condizione quindi dinamica, aiuterà a valutare i muscoli perineali (inclusi quelli del trigono superficiale) durante le attività di contrazione e rilassamento. Tre sono le risposte all'invito a contrarre e rilassare:

1. La donna contrae e poi, su invito, rilassa e spinge correttamente, distendendo il muscolo elevatore dell'ano verso l'esterno del corpo, fino quasi alla linea che passa idealmente tangente ai glutei, indicando di avere un buon comando perineale.

2. La donna non riesce a contrarre il muscolo, se è già ipertonico, e non riesce nemmeno a rilassarlo, in caso di ipertono severo, spesso associato a un vaginismo primario di 3° o 4° grado.
3. La donna contrae poco ma, quando vorrebbe spingere, invece contrae e retrae ulteriormente il centro tendineo del perineo. Questo comportamento, detto **"inversione del comando"**, è di per sé indicazione al biofeedback di rilassamento del muscolo elevatore, ossia a un trattamento fisioterapico grazie al quale la donna acquisisca un corretto comando del muscolo elevatore. L'inversione del comando perineale si associa spesso a emorroidi esterne e a stipsi ostruttiva in comorbidità. In effetti, l'osservazione del perineo e dell'area introitale nella posizione litotomica dorsale, durante l'esecuzione di una contrazione di Kegel (nella quale la donna contrae per 10 secondi i muscoli utilizzati per interrompere il flusso di urina, e poi li rilassa per altri 10 secondi), permette di notare che le pazienti con **pavimento pelvico ipertonico** spesso presentano una tale tensione muscolare "a riposo" da non riuscire a produrre ulteriore forza contrattile e realizzare quindi una vera contrazione. L'ipertono può essere evidenziato obiettivamente da un **perineo "breve" o corto**, misurando la distanza tra forchetta vaginale e ano: convenzionalmente è tale se questa distanza è **inferiore ai 2 centimetri**.

Palpazione

Molte pazienti presentano **la massima dolorabilità a livello del vestibolo vulvare: alle 5 e alle 7**, in corrispondenza degli sbocchi delle ghiandole del Bartolini. Altre lamentano un bruciore-dolore più diffuso, dalle 5 alle 7 o più, a volte con dolore più acuto **verso le ore 6**, lungo il bordo esterno dell'imen e o dei suoi residui, aree patognomiche della **vestibolite vulvare/vestibolodinia provocata**, causa principe di dispareunia introitale nelle giovani. Altre ancora lamentano un bruciore persistente **verso le ore 12**, spesso in **comorbidità con uretralgia, sindrome della vescica dolorosa e/o cistiti recidivanti**.

A livello mediovaginale, il dolore può essere evocato **lungo il bordo mediale del muscolo elevatore dell'ano**, nel punto in cui il muscolo si inserisce sulla **spina ischiatica**: si parla di **"tender point"**, se la dolorabilità è localizzata; di **"trigger point"**, se il dolore si irradia in modo non metamerico sia verso la pelvi, sia verso la vulva.

Un eventuale dolore, spontaneo o provocato, **nel terzo inferiore della parete anteriore della vagina** dovrebbe essere accuratamente approfondito, perché può associarsi a **comorbidità vescicali** (cistalgia, uretralgia, trigonite, cistite post-coitale, sindrome della vescica dolorosa/cistite interstiziale) (Graziottin et al, 2014). La vulvodinia è riportata da circa il 60% delle pazienti con cistiti ricorrenti (Salonia et al, 2013).

A livello dei **fornici posteriori**, la messa in tensione dei legamenti utero-sacrali evoca lo stesso dolore che la donna avverte alla **penetrazione**

profonda (dispareunia profonda) in caso di **endometriosi profonda**. Il dolore è posteriore ma irradiato anche alle regioni annessiali, con dolorabilità più netta a livello dello scavo del Douglas, in caso di **malattia infiammatoria pelvica** (Pelvic Inflammatory Disease, PID) da Clamidia, Gonococco o altre malattie sessualmente trasmesse, o di **dolore pelvico cronico**, spesso su base endometriosica.

Ci sono poi molte scale per valutare la forza, il tono e la dolorabilità/sensibilità, ma sono tutte soggettive e non validate.

Ispezione vaginale

La **vagina** deve essere esaminata alla ricerca di possibili **atrofie, ulcerazioni o perdite anormali**. Di notevole importanza è la misurazione del **pH vaginale**, usando una cartina a stretto range (pH 4-7). In caso di candidiasi vulvovaginale, il pH è normale (4.0-4.5); un pH superiore a 4.7 normalmente è indicativo di una vaginosi batterica, una tricomoniasi, o un'infezione mista. Un vetrino o un preparato con soluzione fisiologica dovrebbe essere fatto routinariamente per identificare la presenza di lieviti e miceti, ma anche per escludere la presenza di "clue cells", indicativa di vaginosi batterica, e di Trichomonas.

Lo **speculum** deve essere introdotto con gentilezza, dopo aver insegnato alla donna a rilassare e distendere il muscolo elevatore, usando la misura piccola, per non causare dolore o abrasioni, quando il muscolo è ipercontratto. In caso di vaginismo severo, l'uso dello speculum andrà rimandato a quando la donna sarà in grado di accettare la visita ginecologica, senza percepirla come una violenza traumatizzante.

Conclusioni

Vaginismo e dispareunia sono disturbi sessuali lamentati da circa il 15% delle donne. La vestibolite vulvare/ vestibolodinia provocata è la causa più frequente di **dispareunia introitale** nelle donne in età fertile. **Endometriosi, malattia infiammatoria pelvica e dolore pelvico cronico** sono la causa più frequente di **dispareunia profonda**. Un'accurata **semeiologia** è la premessa per una diagnosi corretta e una terapia personalizzata.

Bibliografia

- Bachmann G. Rosen R. Pinn V. Utian W. Ayers C. Basson R. Binik Y. Brown C. Foster D. Gibbons J. Goldstein I. Graziottin A. Haefner H. Harlow B. Kellogg Spadt S. Leiblum S. Masheb R. Reed B. Sobel J. Veasley C. Wesselmann U. Witkin S. Vulvodynia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management, J Reprod Med. 2006 Jun; 51(6): 447-456
- Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, Coady D; Consensus Vulvar Pain Terminology Committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD).; International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH).; International Pelvic Pain Society (IPPS). 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. J Sex Med. 2016 Apr;13(4):607-12. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.02.167.

- Graziottin A. Il dolore segreto - Le cause e le terapie del dolore femminile durante i rapporti sessuali. Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 2005
- Graziottin A. Fisiopatologia e diagnosi del vaginismo. In: Jannini E.A. Lenzi A. Maggi M. (Eds), *Sessuologia Medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità*, Edra LSWR, nuova edizione, 2017, p. 418-423
- Graziottin A. Gambini D. Evaluation of genito-pelvic pain penetration disorder in: Waguih W.I. (Ed), *The Textbook of Sexual Medicine*, Springer Verlag 2017
- Graziottin A. Murina F. Vulvar pain from childhood to old age, Springer Verlag 2017
- 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*, Edra LSWR, nuova edizione, 2017, p. 423-427
- Graziottin A. Zanello P.P. D'Errico G. Cistiti e vaginiti recidivanti: ruolo dei biofilm e delle persister cells. Dalla fisiopatologia a nuove strategie terapeutiche. *Minerva Ginecologica* 2014, 66, 497-512
- Lamont JA. Vaginismus. *Am J Obstet Gynecol.* 1978 Jul 15; 131 (6): 633-6
- 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. doi: 10.1111/jsm.12242. Epub 2013 Jul 22
- Sideri M, Murina F, Bianco V, et al. The Role of Vulvoscopy in the Evaluation of Dyspareunia. In A. Goldstein, C. Pukall & I. Goldstein, *Female Sexual Pain Disorders*, 1st edition, Blackwell Publishing, 2009, 32-42

Alessandra Graziottin e Filippo Murina
(a cura di)

**ATTI E
APPROFONDIMENTI DI FARMACOLOGIA**



Il dolore vulvare dall'A alla Z: dall'infanzia alla post-menopausa

Milano - 7 APRILE 2017

 **Fondazione
Alessandra Graziottin onlus**
PER LA CURA DEL DOLORE NELLA DONNA

www.fondazionegraziottin.org

PROGRAMMA

8.15 – 8.45 Registrazione

8.45 – 9.00 Introduzione e saluti

9.00 – 9.30 Opening lecture

Il dolore vulvare dall'infanzia alla post-menopausa

Alessandra Graziottin (Milano)

Introduce: Filippo Murina (Milano)

9.30 11.50

Mastociti, infiammazione e comorbidità nel dolore vulvare. Specialisti a confronto

Moderatori: Maria Adele Giamberardino (Chieti), Filippo Murina (Milano)

**9.30 – 9.50 Mastociti, infiammazione e comorbidità
nel dolore viscerale**

Maria Adele Giamberardino (Chieti)

9.50 – 10.10 Dolore vulvare e dolore gastrointestinale

Vincenzo Stanghellini (Bologna)

10.10 – 10.30 Dolore vulvare e dolore vescicale

Daniele Grassi (Modena)

10.30 – 10.50 Dolore vulvare e dolore pelvico cronico

Alessandra Graziottin (Milano)

**10.50 – 11.10 Il progetto VU-NET: indagine epidemiologica
multicentrica sul dolore vulvare in Italia**

Dania Gambini (Milano)

Coordinatori Nazionali: Alessandra Graziottin (Milano),

Filippo Murina (Milano)

11.10 – 11.30 Discussione

11.30 – 11.50 Coffee Break

11.50 14.00

Semeiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica - Parte 1

Moderatori: Metella Dei (Firenze), Vincenzo Stanghellini (Bologna)

11.50 – 12.10 Nell'infanzia e nell'adolescenza

Metella Dei (Firenze)

12.10 – 12.30 Nelle mutilazioni genitali

Jasmine Abdulcadir (Svizzera)

12.30 – 12.50 Nelle comorbidità dermatologiche

Filippo Murina (Milano)

12.50 – 13.00 Discussione

13.00 – 14.00 Lunch

14.00 15.30

Semeiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica - Parte 2

Moderatori: Claudio Crescini (Treviglio), Emmanuele Jannini (Roma)

- 14.00 -14.20 Nel dolore sessuale: dispareunia e vaginismo**
Alessandra Graziottin (Milano)
- 14.20 -14.40 Nel post parto e in puerperio**
Raffaele Felice (Milano)
- 14.40 -15.00 In post-menopausa, dopo tumori e cause iatrogene**
Filippo Murina (Milano)
- 15.00 -15.20 Impatto del dolore vulvare e della dispareunia sulla sessualità maschile**
Emmanuele Jannini (Roma)
- 15.20-15.30 Discussione**

15.30 18.15

Principi e protocolli di terapia del dolore vulvare nell'arco della vita

Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano), Ezio Vincenti (Padova)

- 15.30 -15.50 Dolore vulvare e dolore pelvico cronico: contracccezione e strategie terapeutiche**
Alessandra Graziottin (Milano)
- 15.50 -16.10 Fisioterapia nel dolore vulvare**
Arianna Bortolami (Padova)
- 16.10 -16.30 Laser e chirurgia nella terapia del dolore vulvare**
Filippo Murina (Milano)
- 16.30 -16.50 Psicoterapia nel dolore vulvare**
Chiara Micheletti (Milano)
- 16.50 -17.10 Terapia antalgica nel dolore vulvare**
Ezio Vincenti (Padova)
- 17.10 -17.30 Stili di vita e terapia farmacologica del dolore vulvare - Linee Guida**
Alessandra Graziottin (Milano), Filippo Murina (Milano)
- 17.30 -17.45 Discussione**
- 17.45 -18.00 Conclusioni e take home message**
- 18.00 -18.15 Test ECM e chiusura dei lavori**

INDICE

Prefazione e ringraziamenti	pag. 05
Il dolore vulvare nell'infanzia	pag. 08
Mastociti, infiammazione e comorbidità nel dolore viscerale	pag. 12
Dolore vulvare e dolore intestinale	pag. 19
Dolore vulvare e dolore vescicale	pag. 24
Dolore vulvare e dolore pelvico cronico	pag. 28
Vu-NET: il primo progetto italiano per lo studio, la ricerca e la formazione medica sul dolore vulvare	pag. 39
Semiologia del dolore vulvare nell'infanzia e nell'adolescenza	pag. 44
Semiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica nelle mutilazioni genitali femminili	pag. 47
Semiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica nelle comorbidità dermatologiche	pag. 51
Il dolore sessuale: semeiologia di vaginismo e dispareunia	pag. 56
Semiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica nel post parto e in puerperio	pag. 64
Semiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica in post menopausa, dopo tumori e cause iatrogene	pag. 70
Impatto del dolore vulvare e della dispareunia sulla sessualità maschile	pag. 74
Dolore vulvare e dolore pelvico cronico: ruolo della contracccezione ormonale con estradiolo valerato e dienogest	pag. 77
Fisioterapia nel dolore vulvare	pag. 85
Laser e chirurgia nella terapia del dolore vulvare	pag. 92
La psicoterapia nel dolore vulvare	pag. 97
Terapia antalgica nel dolore vulvare	pag. 100
Terapia multimodale del dolore vulvare: stili di vita e terapie farmacologiche, riabilitative, antalgiche e chirurgiche	pag. 108