

Fisioterapia nel dolore vulvare

Arianna Bortolami

Fisioterapista, Consulente in Sessuologia

Padova

www.pelvicfloor.it

Introduzione

La **fisioterapia** è una terapia che realizza interventi di **prevenzione, cura e riabilitazione** in diversi ambiti delle funzioni, comprese quelle viscerali e motorie, conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita o acquisita (dal DM 741/1994). Più specificatamente, gli interventi di riabilitazione hanno l'obiettivo di "ri-abilitare", cioè **restituire un'abilità**, che è la capacità di portare a termine compiti e risolvere problemi.

In caso di **dolore vulvare**, le abilità alterate riguardano **la sessualità, la motricità (posizione seduta, cammino, attività sportiva), l'alimentazione, il sonno, l'abilità sociale**.

Oltre a ciò, altra caratteristica peculiare che contribuisce alle alterazioni è la **disfunzione muscolare del pavimento pelvico** e/o di **strutture e organi funzionalmente correlati**. Tale disfunzione è costituita dalla condizione di **overactive** oppure **non-functioning**, secondo la classificazione delle più autorevoli Società Scientifiche del settore (Haylen et al, 2010).

Nel primo caso si identifica una condizione nella quale **i muscoli del pavimento pelvico non si rilassano quando sarebbe necessario**, mentre nella seconda questi non hanno nessuna attività di contrazione o rilassamento alla richiesta di attivazione. Il tono muscolare, e di conseguenza la condizione di ipertono, è determinato da due componenti: quella contrattile, determinata da un'attivazione a bassa frequenza di un piccolo gruppo di unità motorie, e quella visco-elastică, che riflette le proprietà passive della tensione elastica delle fibre muscolari (Bo et al, 2017); ciò è importante ai fini diagnostico-terapeutici. La disfunzione del pavimento pelvico in *overactive* può essere *acquisita*, conseguenza di una condizione di infiammazione della mucosa dell'introito vaginale, sostenuta da vulvovaginiti ricorrenti, traumi meccanici, fattori iatrogeni, oppure può essere *lifelong*, in particolare se correlata a vaginismo primario (Graziottin e Murina 2017).

La relazione tra disfunzione muscolare del pavimento pelvico e dolore vulvare viene riferita ampiamente dalla letteratura scientifica: la recente *consensus* sulla terminologia e la classificazione del dolore vulvare persistente (Bornstein et al, 2016), segnala tra i potenziali fattori associati a vulvodinia anche la condizione di iperattività muscolare del pavimento pelvico. Inoltre il *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*

- *DSM V* (American Psychiatric Association 2013), include tra i criteri diagnostici dei disordini della penetrazione correlati al dolore pelvico e genitale anche la marcata contrazione dei muscoli del pavimento pelvico ai tentativi di penetrazione. Le linee guida dell'Associazione Europea di Urologia (Engeler et al, 2015) individuano la correlazione tra la condizione di **overactive** e il dolore vulvare, e indicano questa condizione muscolare come input per il sistema nervoso che può causare il fenomeno della sensitizzazione centrale.

Anche alcuni studi clinici hanno dimostrato la presenza di **overactive** in soggetti con **dolore vulvare**: Morin et al (2014) dimostrano in una popolazione di 49 donne con vulvodinia provocata paragonata a 51 donne sane, una diversa morfometria, rilevata con ultrasuono 4D, sia a riposo, sia durante contrazione volontaria, riferita a **riduzione dello iato uro-genitale**, e riferibile ad **aumento del tono muscolare, riduzione della forza e del controllo motorio**. Thibault-Gagnon et al (2016) in uno studio simile dimostrano che il gruppo di donne affette da vulvodinia provocata riportava alla valutazione morfologica, oltre alla riduzione dello iato, una ridotta capacità di distensione dei muscoli del pavimento pelvico durante la manovra di Valsalva. Gentilcore-Saulnier et al (2010) rilevano diversità nelle *performance* motorie dei muscoli superficiali del pavimento pelvico in donne con vestibolodinia rispetto ai controlli.

Il dolore vulvare può essere presente in tutti i momenti della vita della donna (Graziottin e Murina 2017): dall'età pediatrica (lesioni traumatiche, accidentali o intenzionali, lichen sclerosus), a quella adolescenziale, dove è più probabile il ritardo diagnostico, nel *post partum*, dove la causa è riferita alla secchezza vaginale e/o alla presenza di episiotomia o lacerazione vaginale, e con l'insorgenza della menopausa, a causa delle modificazioni ormonali. La fisioterapia può essere proposta in tutti questi momenti, per i quali essa assume alcuni aspetti peculiari, descritti successivamente.

Comorbilità

In caso di dolore vulvare, possono essere presenti comorbilità, soprattutto in presenza di ipertono muscolare del pavimento pelvico (Voorham-van der Zalm et al, 2008). Esse comprendono:

- **sintomi urologici**, che si identificano soprattutto con quelli relativi alla fase di **svuotamento** (Butrick et al, 2009), come attesa pre-minzionale o esitanza, mitto ipovalido e/o intermittente, necessità di utilizzo del torchio addominale per iniziare, proseguire o concludere la minzione, flusso ipovalido e/o intermittente e/o a spruzzo, gocciolamento terminale, senso di incompleto svuotamento vescicale post minzione. Possono altresì essere presenti sintomi da riempimento vescicale, come urgenza e frequenza minzionale (Weiss 2001; Salonia et al, 2004);
- **sintomi ano-rettali**, riferibili a **stipsi** da mancato rilassamento del pavimento pelvico durante la defecazione;

- **sintomi a carico del sistema osteo-articolare**, rappresentati essenzialmente dal **dolore** e secondariamente dalla **limitazione funzionale**; entrambi sono solitamente a carico del **cingolo pelvico** e delle strutture muscolo-scheletriche ad esso correlate (FitzGerald e Kotarinos 2003). Essi possono essere in relazione a **sindrome mio-fasciale**, oppure ad altre comorbilità quali **fibromialgia**, **sindrome da affaticamento cronico**, **lombalgia** (Marnach e Casey 2008), eccetera. La sindrome mio-fasciale è relativa soprattutto al bacino e può colpire i muscoli ad esso appartenenti come gli adduttori, i piramidali, gli otturatori interni, eccetera (FitzGerald e Kotarinos 2003; Jarrel 2004; Bortolami 2009), oppure essere correlata a disfunzioni articolari, ad esempio a carico della articolazione sacro-iliaca (Chaitow 2007).

Fisioterapia per il dolore vulvare

La **fisioterapia per il dolore vulvare** va considerata all'interno di una condotta diagnostico-terapeutica di tipo **multidisciplinare**, nella quale trova collocazione in qualità di terapia a ridotta invasività, con scarse controindicazioni e con limitati effetti collaterali. Questa terapia si sviluppa all'interno di un processo di ragionamento clinico e prevede i seguenti step: la considerazione della diagnosi, la valutazione funzionale, la pianificazione dell'intervento terapeutico, il trattamento, la valutazione dei risultati (tabella 1).

Tab. 1 - Fasi della fisioterapia in caso di dolore vulvare

1. Considerazione della diagnosi
2. Valutazione funzionale
3. Pianificazione dell'intervento terapeutico
4. Trattamento
5. Valutazione dei risultati

La **considerazione della diagnosi** è in fisioterapia il punto di partenza, poiché fornisce informazioni utili all'inquadramento generale della paziente e indirizza le successive procedure. Forniscono informazioni preziose anche altri elementi ad essa correlati, come le indagini strumentali.

La **valutazione funzionale** ha l'obiettivo di individuare la condizione specifica della paziente, facendo emergere le limitazioni funzionali e le disabilità, ai fini di personalizzare la fisioterapia attraverso l'identificazione degli obiettivi terapeutici, nonché delle tecniche e degli strumenti più adatti per raggiungerli. Fanno parte della condizione della paziente i **sintomi**, che vengono da questa riferiti, e i **segni**, che sono individuati dal fisioterapista.

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

L'anamnesi ha l'obiettivo di far emergere le caratteristiche individuali della paziente, le eventuali comorbilità o altri sintomi legati alla disfunzione 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.

Attraverso l'osservazione visiva della zona perineale è possibile valutare la condizione della pelle e delle mucose, la lunghezza del centro tendineo del perineo che, in caso di ipertono muscolare, risulta < 3 cm.

Con la *valutazione manuale* viene effettuata la valutazione della sensibilità, del tono, trofismo e attività motoria del pavimento pelvico. Talvolta la valutazione manuale può non essere eseguita direttamente sui muscoli del pavimento pelvico, se la paziente è "virgo" o se il quadro di *overactive* è grave e associato a un importante stato di dolore vulvo-vestibolare, tali da rendere impossibile o molto doloroso il contatto con la zona vestibolare.

L'attività motoria del pavimento pelvico può essere valutata anche attraverso strumenti, quali l'elettromiografia (EMG) di superficie.

Inoltre fa parte della valutazione funzionale l'utilizzo di strumenti cartacei quali il **diario minzionale**, utilizzato se presenti sintomi urologici, e la somministrazione di test e questionari, che permettono di individuare e quantificare l'impatto sulla qualità di vita del dolore vulvare e dei sintomi ad esso correlati. Tra questi sono frequentemente utilizzati il questionario FSFI (Female Sexual Function Index, Indice di Funzionalità Sessuale Femminile) e il McGill Pain Questionnaire per il dolore.

La **pianificazione dell'intervento terapeutico** 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; queste differenze li rendono specificatamente appropriati al paziente a seconda della sua condizione, dell'obiettivo terapeutico, delle diverse fasi del processo terapeutico in corso.

Trattamento terapeutico

L'intervento fisioterapico in caso di dolore vulvare viene realizzato in tre fasi, consecutive tra loro:

- a. consapevolezza e apprendimento dell'attività motoria dei muscoli del pavimento pelvico;
- b. normalizzazione dei parametri muscolari alterati;
- c. recupero funzionale.

L'eventuale presenza di dolore viene affrontata in tutte le fasi sopracitate.

Per ogni fase il fisioterapista può utilizzare un diverso approccio alla zona genitale, scegliendo se osservare e/o toccare questa parte, ai fini di favorire nella donna una condizione più confortevole e meno imbarazzante (tabella 2).

Tab. 2 - Modalità di approccio alla zona genitale nella fisioterapia del pavimento pelvico

- Modalità extravaginale: il fisioterapista è lontano dalla zona genitale, non la tocca né la vede (per esempio paziente supino, o seduto sul lettino, e fisioterapista seduto di lato al paziente)
- Modalità perivaginale: il fisioterapista guarda e/o tocca la zona genitale; mantiene anche un contatto visivo con la paziente
- Modalità intravaginale: il fisioterapista esegue manovre intracavitarie, che possono permettere il contatto visivo con la paziente

Le tecniche e gli strumenti che possono essere utilizzati nella fisioterapia in caso di dolore vulvare sono:

1. l'esercizio terapeutico
2. la terapia manuale
3. l'autotrattamento e il trattamento domiciliare
4. il trattamento comportamentale e le modificazioni dello stile di vita
5. il biofeedback
6. la stimolazione elettrica funzionale
7. i dilatatori vaginali
8. i coni vaginali
9. i prodotti topici non farmacologici

La **valutazione dei risultati** riguarda in prima istanza l'**aspetto soggettivo** riferito dalla paziente, costituito dai sintomi e dal loro impatto sulla qualità di vita. Tale valutazione può essere effettuata sia con colloquio verbale, sia con la somministrazione di questionari già utilizzati nella valutazione funzionali e con il loro confronto. L'aspetto soggettivo va rapportato con quello **oggettivo** (segni, es.: parametri muscolari del pavimento pelvico), sul quale le tecniche e gli strumenti hanno agito.

Nel caso in cui i risultati della fisioterapia non siano risultati soddisfacenti per la paziente e per la sua qualità di vita, essa verrà indirizzata verso altri approcci terapeutici (es.: tossina botulinica in caso di ipertono muscolare, eccetera).

Dolore vulvare, fisioterapia e cicli della vita della donna

La fisioterapia si può rendere necessaria in tutte le fasi della vita della donna, assumendo alcune peculiarità:

- in **età pediatrica** la mancata possibilità di operare nello spazio intravaginale potrebbe limitare i risultati terapeutici, ma ciò può essere vicariato dall'utilizzo di **sonde rettali pediatriche da utilizzare con la tecnica del biofeedback**. L'altra caratteristica peculiare riguarda il coinvolgimento del **caregiver**, solitamente la madre, che risulta importante anche per favorire l'esecuzione degli esercizi in ambito domiciliare. Inoltre età pediatrica ha un importante impatto l'aspetto preventivo: oltre alla cura del dolore vulvare, fondamentale per la qualità di vita della persona e per lo sviluppo di una vita sociale e sessuale normale, è importante la valutazione delle altre funzioni del pavimento pelvico, urologiche e ano-rettali, data l'età del soggetto e la possibile ridotta coscienza della normalità di tali funzioni. In questo senso possono contribuire tutte le figure che svolgono un'attività educativa: insegnanti, allenatori sportivi, eccetera;
- **in età adolescenziale:** anche in questo caso potrebbe essere presente l'impossibilità all'accesso per via vaginale, parzialmente sostituibile anche con la possibilità di una più completa collaborazione alla fisioterapia rispetto all'età pediatrica. Anche in età adolescenziale l'**aspetto preventivo delle funzioni urologica e ano-rettale** del pavimento pelvico deve essere considerato accanto a quello terapeutico;
- **nel post partum:** la peculiarità consiste nella scarsa attenzione che viene data al dolore vulvare e alle conseguenti disfunzioni sessuali (Abdool et al, 2009) rispetto al neonato, verso il quale è indirizzata la maggior parte delle attenzioni;
- **nella menopausa,** una delle caratteristiche è data dalla modificazione del trofismo e della *stiffness* dell'elevatore dell'ano, per la quale è necessario uno specifico approccio fisioterapico.

Conclusioni

Il dolore vulvare può essere presente in ogni momento della vita della donna. Questo sintomo può essere accompagnato da disfunzione dei muscoli del pavimento pelvico, per la quale trova indicazione la fisioterapia.

Bibliografia

- Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. *Postpartum female sexual function*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009 Aug;145(2):133-7.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bo, K., Frawley, HC., Haylen, BT., Abramov, Y., Almeida, FG., Berghmans, B., Bortolini M., Dumoulin, C., Gomes, M., McClurg, D., Meijlink, J., Shelly, E., Trabuco, E., Walker, C., Wells, A., (2017). *An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction*. Int Urogynecol J, Feb;28(2):191-213. doi: 10.1007/s00192-016-3123-4.

- Bornstein, J., Goldstein, A. T., Stockdale, C. K., Bergeron, S., Pukall, C., Zolnoun, D., & Coady, D. (2016). *2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia*. The journal of sexual medicine, 13(4), 607-612.
- Bortolami, A. (2009). *Riabilitazione del pavimento pelvico*. Ed. Elsevier Masson, 2009.
- Butrick CW, Sanford D, Hou Q, Mahnken JD. *Chronic pelvic pain syndromes: clinical, urodynamic, and urothelial observations* Int Urogynecol J 20:1047–1053, 2009
- Chaitow, L. (2007). *Chronic pelvic pain: Pelvic floor problems, sacro-iliac dysfunction and the trigger point connection*. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 11(4), 327-339.
- Engeler D., (Chair), Baranowski, A.P., Borovicka, J., Cottrell, A., (Guidelines Associate), Dinis-Oliveira, P., Elneil, S., Hughes, J., Messelink E.J., (Vice-chair), Van Ophoven, A., Reisman, Y., Williams, A.C., (2015). *Guidelines on Chronic Pelvic Pain*. European Association of Urology.
- FitzGerald, M. P., & Kotarinos, R. (2003). *Rehabilitation of the short pelvic floor. I: background and patient evaluation*. International Urogynecology Journal, 14(4), 261-268.
- Gentilcore Saulnier, E., McLean, L., Goldfinger, C., Pukall, C. F., & Chamberlain, S. (2010). *Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program*. The journal of sexual medicine, 7(2pt2), 1003-1022.
- Graziottin, A., Murina, F., (2017) *Vulvar pain*. Ed. Springer, 2017.
- Haylen, B. T., De Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., ... & Schaer, G. N. (2010). *An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction*. International urogynecology journal, 21(1), 5-26.
- Jarrell, J., (2004). Myofascial dysfunction in the pelvis. *Current pain and headache reports*, 8(6), 452-456.
- Marnach, M. L., & Casey, P. M. (2008, December). *Understanding Women's Sexual Health: A Case-Based Approach*. In Mayo Clinic Proceedings (Vol. 83, No. 12, pp. 1382-1387). Elsevier.
- Morin, M., Bergeron, S., Khalifé, S., Mayrand, M. H., & Binik, Y. M. (2014). *Morphometry of the pelvic floor muscles in women with and without provoked vestibulodynia using 4D ultrasound*. The journal of sexual medicine, 11(3), 776-785.
- Salonia, A., Zanni, G., Nappi, R. E., Briganti, A., Dehò, F., Fabbri, F., Colombo, R., Guazzoni, G., Di Girolano, V., & Montorsi, F. (2004). *Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study*. European urology, 45(5), 642-648.
- Thibault-Gagnon, S., McLean, L., Goldfinger, C., Pukall, C., & Chamberlain, S. (2016). *Differences in the Biometry of the Levator Hiatus at Rest, During Contraction, and During Valsalva Maneuver Between Women With and Without Provoked Vestibulodynia Assessed by Transperineal Ultrasound Imaging*. The journal of sexual medicine, 13(2), 243-252.
- Voorham van der Zalm, P. J., Lycklama à Nijeholt, G. A., Elzevier, H. W., Putter, H., & Pelger, R. (2008). *"Diagnostic investigation of the pelvic floor": A helpful tool in the approach in patients with complaints of micturition, defecation, and/or sexual dysfunction*. The journal of sexual medicine, 5(4), 864-871.
- Weiss, J. M., (2001). *Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome*. The Journal of urology, 166(6), 2226-2231.

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



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 comorbilità nel dolore vulvare. Specialisti a confronto

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

9.30 - 9.50 **Mastociti, infiammazione e comorbilità
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 comorbilità 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: contraccezione 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 comorbilità 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 comorbilità 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 iatrogeni	pag. 70
Impatto del dolore vulvare e della dispareunia sulla sessualità maschile	pag. 74
Dolore vulvare e dolore pelvico cronico: ruolo della contraccuzione 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