

OSTETRICIA e GINECOLOGIA  
2024



**12 APRILE**

Hotel Astra  
Viale Cavour, 55 - Ferrara

8 Crediti E.C.M. per  
Medici Ginecologi e Ostetriche

Ferrara, 12/04/2024



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

# DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI e PAVIMENTO PELVICO

*Quello che le donne dicono*

Centro Salute Donna  
AUSL FERRARA



Mirella Tess

## Quello che le donne dicono...

“E’ iniziato tutto con una vaginite da candida e adesso ho bruciore e **dolore durante e dopo i rapporti** anche non concomitante a candida”  
*A. 26 anni*

“Non ho mai avuto un ragazzo e adesso che ho conosciuto una persona e desidero una intimità con lui non riesco perchè ho **dolore**. La ginecologa mi ha detto che ho un imene ipertrofico”  
*D. 28 anni*

“Ho **dolore ai rapporti** da 15 anni con sintomi simil-cistite e ipersensibilità a livello dell’introito vaginale. Tutto è iniziato dopo che nel giro di 1 anno ho dovuto sottopormi a varie biopsie, 3 conizzazioni per HPV e laser”  
*Alessandra 32 anni*

## Quello che le donne dicono...

“Non ho mai avuto rapporti ma adesso ho un fidanzato. Non ho desiderio sessuale, mi fa schifo guardarmi e anche toccarmi e non voglio che anche lui lo faccia perchè ho **paura di sentire dolore**( pzt seguita da psichiatra fin dall'adolescenza).

*A. 27 anni*

“Da 4 anni non riesco ad avere un rapporto perchè sento **dolore sia superficiale che profondo**. Soffro di cistiti ricorrenti ma tutto è iniziato dopo l'assunzione della pillola...”

*G. 26 anni*

“Da 20 anni non ho rapporti e non riesco a fare nè la visita ginecologica nè il pap test perchè sento un forte **prurito, dolore e bruciore**. Soffro di lichen sclero-atrofico vulvare”

*M. 59 anni*

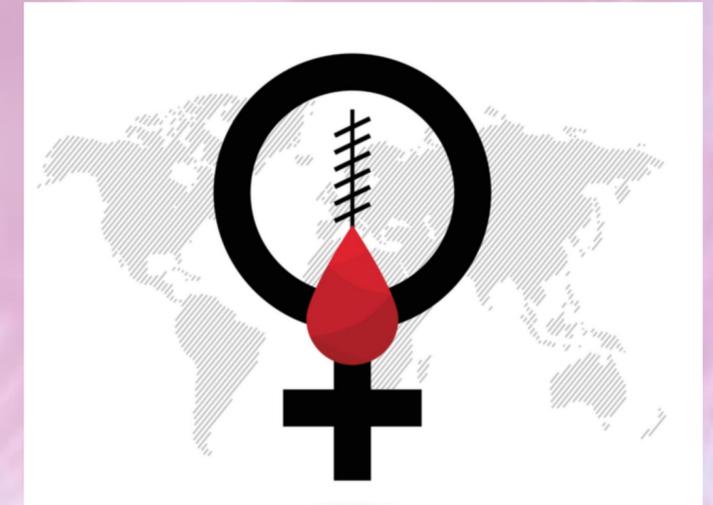
## Quello che le donne dicono...

“Mi hanno diagnosticato la sindrome della vescica dolorosa, vulvodinia e ipertono del pavimento pelvico. Da 3 anni ho **dolore** ai rapporti e cistiti ricorrenti (tutte le urinocolture sono risultate negative)”

*S. 47 anni*

“Ho subito 3 interventi per endometriosi ovarica + resezione intestinale sempre per endometriosi. Ho dolore ai rapporti sia superficiale che profondo e secchezza vaginale”

*C. 43 anni*



*S, 30 anni*

# COME NASCE UN DOLORE

Definizione:

“Un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno”

IASP (International Association for the Study of Pain - 1986)



## **Nel 2018 IASP aggiunge sei note integrative per meglio inquadrare il dolore:**

1. Il dolore è sempre un'esperienza personale influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali
2. Il dolore e la nocicezione sono fenomeni diversi. Il dolore non può essere dedotto solo dall'attività neurosensoriale
3. Le persone apprendono il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita
4. Il racconto di un'esperienza come dolorosa dovrebbe essere rispettato
5. Sebbene il dolore di solito abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico
6. La descrizione verbale è solo uno dei numerosi modi per esprimere il dolore; l'incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale provi dolore.

La controversia su come classificare il dolore è nota da anni ma si è fatta sempre maggior chiarezza sul coinvolgimento del SNC sul meccanismo del dolore.



## DOLORE ACUTO

sintomo biologico = **adattativo**

- ✓ Dipende dal danno tessutale
- ✓ Tolta la causa o riparato il danno il dolore scompare
- ✓ Caratterizzato da contrazione muscolare antalgica, riduzione temporanea del movimento, compensi e **vasodilatazione**



## **DOLORE CRONICO**

è una malattia = **disadattivo (VASOCOSRIZIONE)**

- ✓ Durata > 3 mesi
- ✓ Caratterizzata da contrazione muscolare dolorosa e retrazione, ipotono/ipotrofia muscolare, rigidità articolare, disuso, decondizionamenti e compensi dannosi
- ✓ Alterazioni del sistema nervoso e tende a persistere anche una volta rimossa la malattia di base.



## IL DOLORE PUÒ ESSERE CLASSIFICATO:

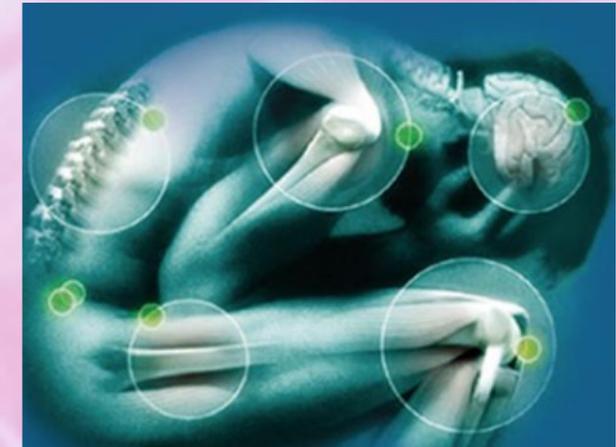
transitorio  
(come segnale di allarme)



acuto  
(danno tissutale)

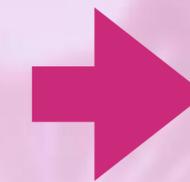


cronico  
(il danno tissutale può non esserci più ma rimane il dolore)

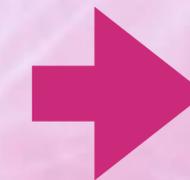


# DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI E PAVIMENTO PELVICO

Il **pavimento pelvico** dovrebbe essere considerato, valutato ed eventualmente trattato in quanto protagonista in un quadro di disfunzioni sessuali femminili



**IPOTONO**



**IPERTONO**



# PAVIMENTO PELVICO

## SEGNI

- non contracting pelvic floor
- non relaxing pelvic floor
- a-functional pelvic floor (non contracting e non relaxing pelvic floor)

## CONDIZIONI

- pelvic floor under-activity (non contrazione volontaria)
- pelvic floor over-activity (non rilassamento)
- pelvic floor inactivity (non contrazione nè volontaria e nè automatica)

**IPERTONO = Alla valutazione manuale** si rileva un aumento del tono del pavimento pelvico con > resistenza allo stretch passivo manuale, notevole difficoltà al rilassamento del pavimento pelvico dopo una contrazione e ridotta capacità contrattile del pavimento pelvico

# DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI E PAVIMENTO PELVICO

## DISPAREUNIA

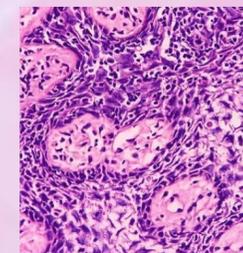
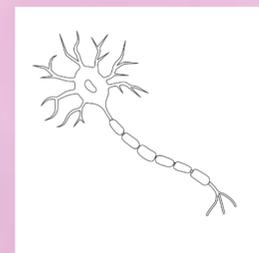
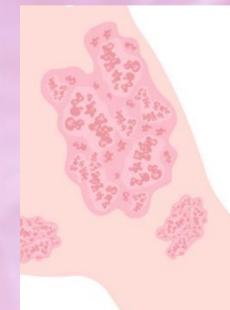
Il dolore ai rapporti (dispareunia) colpisce il 12-15% delle donne in età fertile e fino al 40% delle donne dopo la menopausa.

Può comparire all'inizio della penetrazione (**dispareunia introitale**) o alla penetrazione completa (**dispareunia profonda**).

In età fertile, la causa più frequente di dolore all'inizio della penetrazione, ossia all'entrata della vagina, è la **vestibolite vulvare** (Graziottin e Murina 2011).

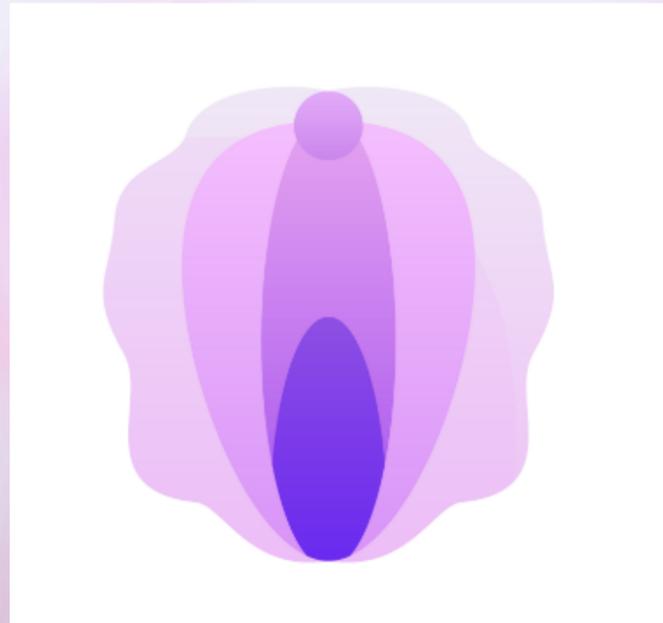
## Il dolore vulvare correlato a causa identificabile:

- infezioni (candidas, herpes...)
- infiammazioni (lichen planus, lichen sclerosus)
- neoplasie (carcinoma)
- neurologiche (neuropatia post-herpetica, neuropatia del pudendo...)



## VESTIBOLITE VULVARE

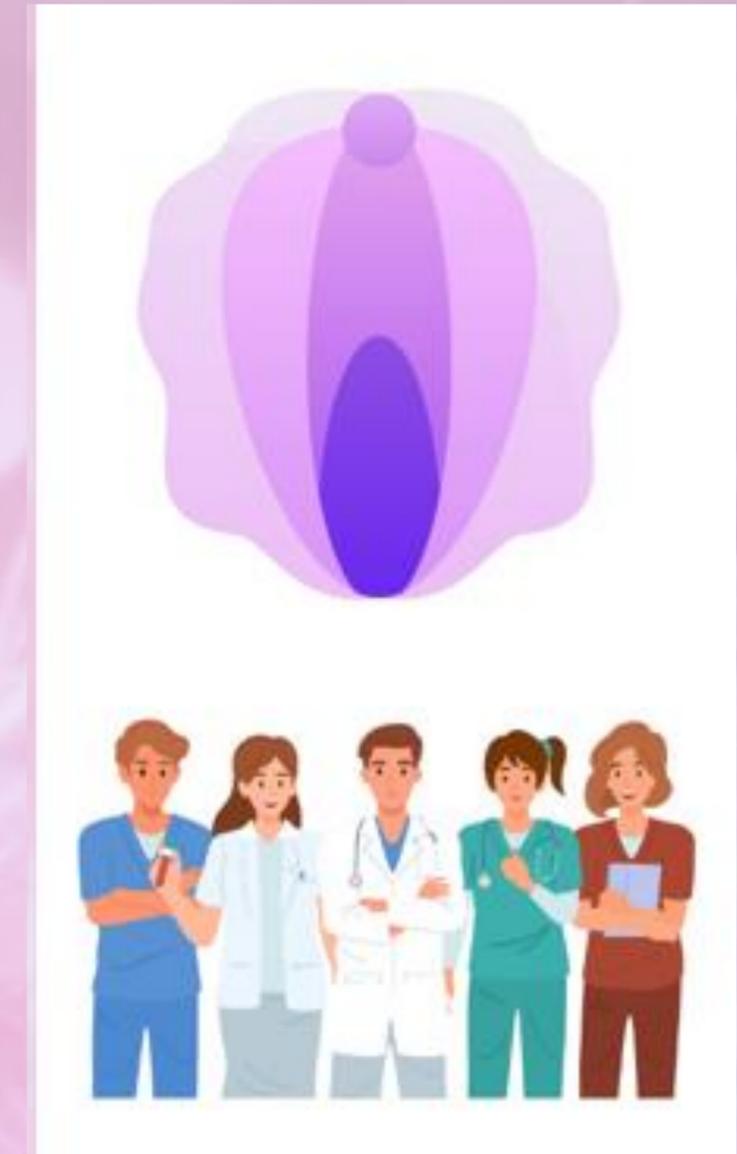
La vestibolite vulvare è un'infezione della mucosa del vestibolo vaginale, ossia dei tessuti posti all'entrata della vagina



- multifattoriale e complessa, e comprende fattori biologici, psicosessuali e relazionali
- multisistemica in quanto coinvolge i sistemi immunitario, muscolare, vascolare e nervoso, incluse le fibre e i centri del dolore
- l'infezione del vestibolo può essere attivata da agenti infettivi, immunitari, chimici, meccanici, ormonali e nervosi
- è frequente soprattutto durante l'età fertile e dopo la menopausa si può manifestare se la donna effettua terapie ormonali sostitutive

# VESTIBOLITE VULVARE

- cronicizza se non viene diagnosticata in tempo
- cronicizza se non viene sottoposta a un trattamento integrato e multidisciplinare
- i sistemi coinvolti sono:
  - **il sistema immunitario** (mastocita, cellula di difesa)
  - **il sistema del dolore** con il viraggio dal dolore nocicettivo (indicatore del danno) al dolore neuropatico (malattia), responsabile dell'evoluzione da vestibolite vulvare a vulvodinia
  - **il sistema muscolare**, coinvolto molto spesso in questa condizione (causa/conseguenza)



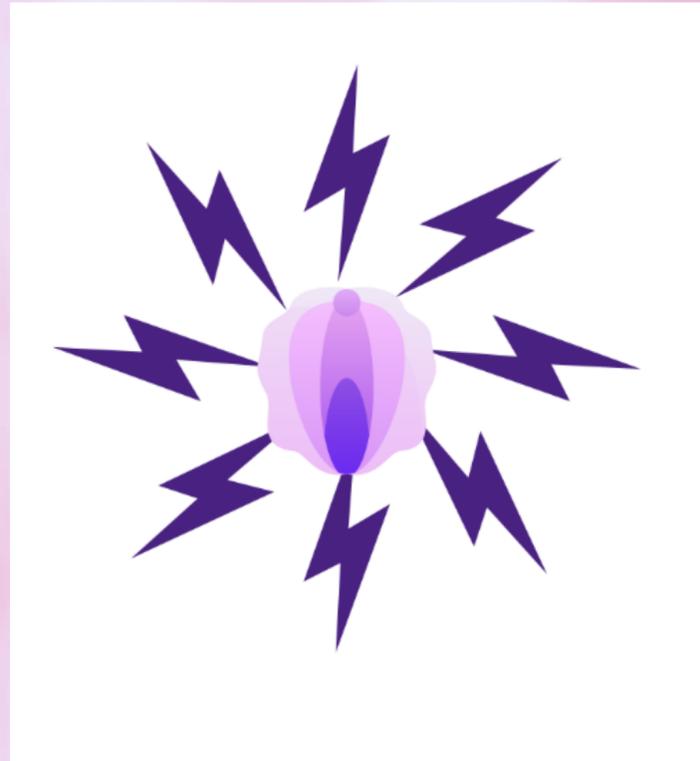
# VESTIBOLITE VULVARE

I tre fattori fondamentali che possono causare o peggiorare la vestibolite vulvare sono dunque:

- 1) l'iperattivazione del mastocita
- 2) l'ipertono del muscolo elevatore dell'ano, che si iperattiva come risposta al dolore e all'infiammazione
- 3) l'iperattività del sistema del dolore, indotta dall'infiammazione cronica.

## VESTIBOLITE VULVARE e VULVODINIA

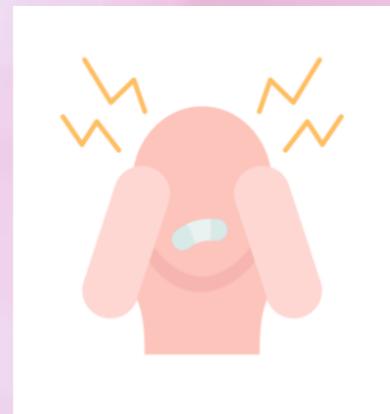
Se il dolore vulvare diventa **cronico** e permane anche dopo la risoluzione del quadro infiammatorio, si parla di **VULVODINIA E DI DOLORE NEUROPATICO**, e si mettono in moto anche le vie e i centri del dolore



La **VULVODINIA** si mantiene indipendentemente dal rapporto sessuale o da altri fattori scatenanti, ed è altamente invalidante

# MA COSA RIFERISCONO LE DONNE OLTRE AL DOLORE e in assenza di altre patologie infiammatorie, infettive, neurologiche e neoplastiche ?

**allodinia** = dolore dovuto ad uno stimolo che normalmente non evoca dolore; è un viraggio della percezione dello stimolo da tattile a doloroso e urente



**iperalgnesia** = aumento della risposta ad uno stimolo che è di per sé normalmente doloroso, dovuta alla moltiplicazione delle fibre del dolore

## AUMENTO DELLA SENSIBILITA' DOLORIFICA

## VAGINISMO

Persistente o ricorrente 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.

### **differenziare se:**

- ▶ dolore o fastidio?
- ▶ paura del dolore o fobia della penetrazione?
- ▶ evitamento consapevole o reazione involontarie di evitamento del coito?

## VULVODINIA



paura del dolore della penetrazione come conseguenza di esperienze vissute in precedenza

evitano i rapporti e lo dicono al partner proprio perchè sanno che saranno dolorosi

## VAGINISMO



paura immotivata e non correlata ad altre reali esperienze di dolore = fobia

chiedono di avere dei rapporti ma poi non riescono

# VULVODINIA O VAGINISMO?



La positività di almeno 2 dei 3 test clinici (fastidio, fobia e reazioni fisiche involontarie di evitamento) indica una forma di vaginismo a discapito di una forma di di dispareunia.

La negatività dei 3 test clinici associata ad una swab test positiva è favorevole per una diagnosi di vulvodinia.

R. Bernorio, G. Mori, F. casini, G. Poloni, (2020 )“L’approccio diagnostico in sessuologia”

## GRADI DI VAGINISMO

R. Bernorio, G. Mori, F. casini, G. Poloni, (2020)  
"L'approccio diagnostico in sessuologia"

1

spasmo dei muscoli perineali, risolvibile con la rassicurazione

lieve

2

spasmo dei muscoli perineali, che si mantiene nel corso dell'esame vaginale e non si risolve con la rassicurazione

lieve

3

spasmo dei muscoli perineali con elevazione delle natiche ad ogni tentativo di esplorazione vaginale

moderato

4

spasmo dei muscoli perineali con elevazione delle natiche ed inarcamento del dorso, adduzione delle gambe e retrazione del perineo ad ogni tentativo di esplorazione vaginale

severo

5

come nel punto 4 ma con reazione viscerale comprensiva di: iperventilazione, tremori, sudorazione, nausea, vomito, perdita di coscienza. Può essere presente fuga dal lettino e attacco verso l'operatore

severo



**RIFIUTO DI ESEGUIRE  
LA VALUTAZIONE**

Ferrara, 12/04/2024

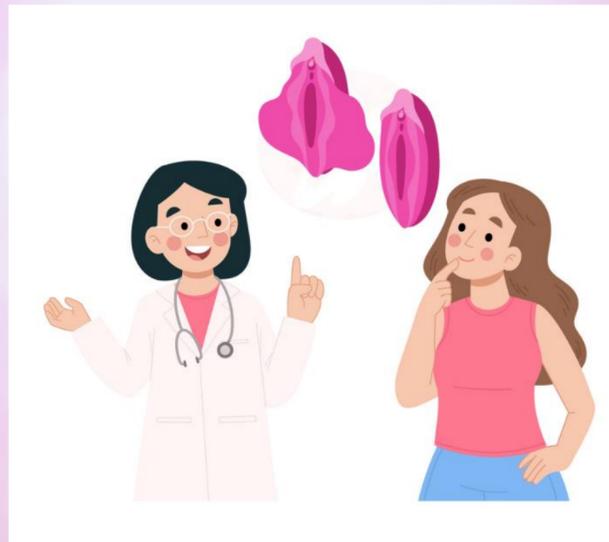
Mirella Tess

**Cosa succede alle donne affette da vaginismo di fronte ad una visita ginecologica o ad una valutazione pelvica?**

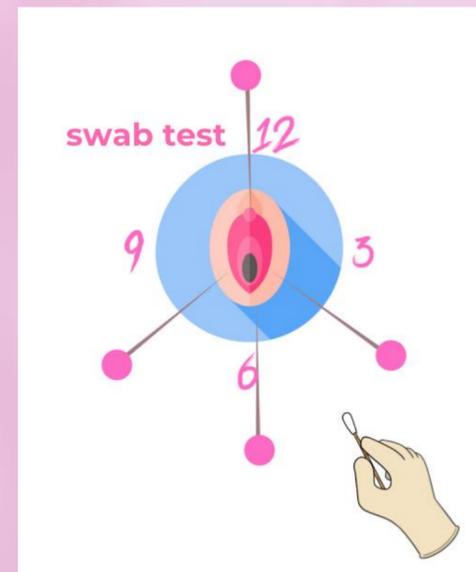


## PERCORSO DI CURA

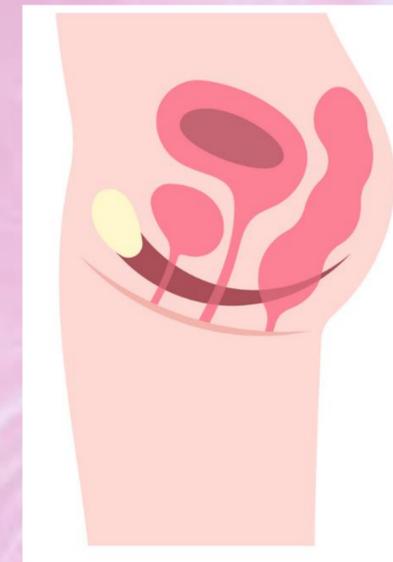
**VALUTAZIONE** con anamnesi, cronologia del dolore, sua progressione, caratteristiche del dolore, localizzazione, irradiazioni e tutti i fattori che aggravano o alleviano il dolore e le comorbidità



**ESAME OBIETTIVO** addomino-pelvi-perineale-vulvare ma anche di tutta l'apparato muscolo scheletrico e del SNC



**QUANTIFICARE IL DOLORE** dal punto di vista oggettivo e soggettivo anche con questionari



## PERCORSO DI CURA

**DOMANDE** su pensieri, emozioni e atteggiamenti associati al dolore



**ASCOLTO ATTENTO** di tutto ciò che ci racconta la donna

La donna **NON** "inventa" il dolore!

Il dolore è inventato per **chi non sa** cosa dire alle donne con dolore

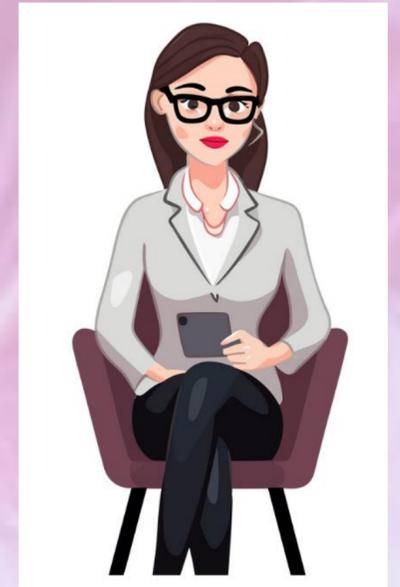
**Il dolore è l'espressione di precisi meccanismi nervosi e percettivi che portano a modificazioni biologiche delle fibre del dolore, istologicamente dimostrate,**

# PERCORSO DI CURA

## APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E MULTIMODALE

- ridurre il dolore e tutto ciò che provoca dolore
- Tender point (dolorabilità localizzata e trigger point (dolorabilità che irradia)
- Valutazione pavimento pelvico se disfunzionale
- Test per vulvodinia + swab test
- Ridotta mobilità del bacino

trattare le  
complicanze  
psico-sessuali



# TRATTAMENTO CONSERVATIVO

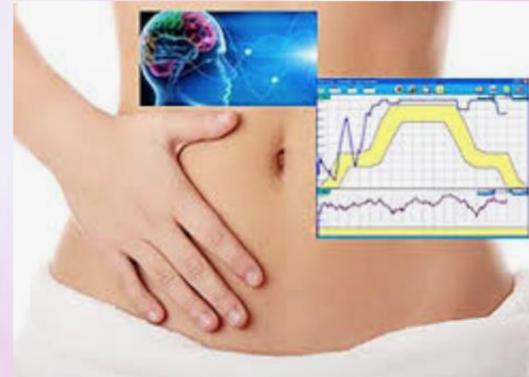
non farmacologico e non chirurgico

**TENS a bassa frequenza**  
(5-10 Hz, 50  $\mu$ sec, >30 mA)  
Intensità efficace: dà fascicolazioni.  
Analgesia: dopo 20-30 minuti, ma di durata maggiore.

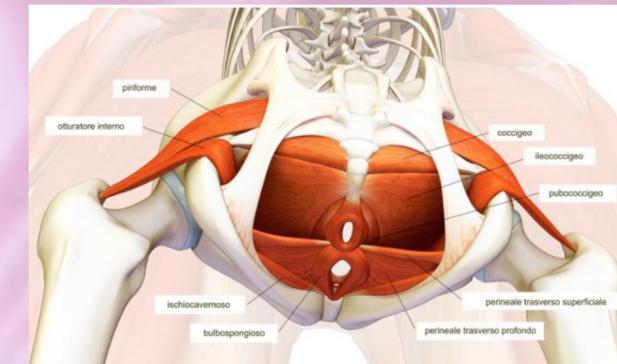
**TENS ad alta frequenza**  
(70 Hz, 50  $\mu$ sec, 10-30 mA)  
Intensità consigliata: deve produrre parestesie formicolanti, ma non reazioni motorie.  
Effetti analgesici: rapidi, localizzati al metamero stimolato e di breve durata.



Biofeedback



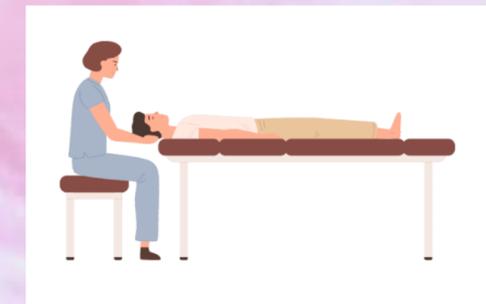
Manovre intracavitarie



Radiofrequenza + elettroporazione



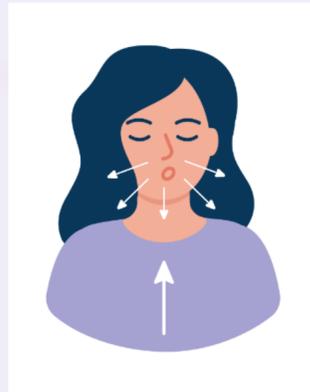
Trattamenti fasciali osteopatici



# TRATTAMENTO CONSERVATIVO

non farmacologico e non chirurgico

Tecniche di respirazione



Tecniche di rilassamento



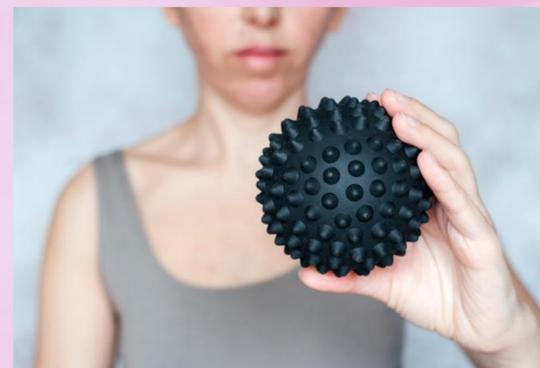
Dilatatori e vibratori



Tecniche di neurodinamica



Rilascio trigger

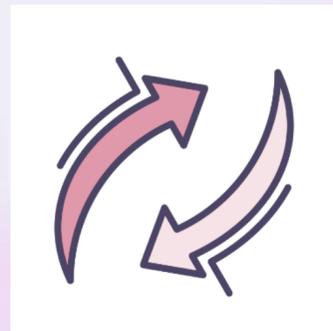


Therawand



## DIAGNOSI PRECOCE

interrompe il circolo vizioso e l'alimentarsi della sintomatologia



riduce o evita il peggioramento dei sintomi



può consentire la guarigione





- ▶ La diagnosi la fa il medico
- ▶ Ma anche per noi professionisti sanitari è fondamentale riconoscere la complessità di questa patologia
- ▶ collaborare e integrare le conoscenze di tutti per aiutare la donna a riconoscere i fattori di rischio
- ▶ per un percorso di cura in grado di sostenerla a 360 gradi

In ambulatorio  
succede anche questo



*Grazie per la  
Vostra  
attenzione!*