

DISPAREUNIJA- PRIKAZ SLUČAJA

MARINELA JADANEC, mag.physioth. MANUELA FILIPEC, mag.physioth., dipl.physioth

Zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, Klinika za ginekologiju i porodništvo, Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zagreb

Sažetak

UVOD: Dispareunija predstavlja čest problem te ima negativan utjecaj na emocionalno i psihičko zdravlje kao i na partnerske odnose. Dispareunija se u žena definira kao ponavljajuća ili perzistirajuća bol za vrijeme spolnog odnosa. Prijevremena ejakulacija predstavlja čest problem kod muškaraca koji još uvijek prati tabu.

MATERIJALI I METODE: U radu je prikazan slučaj bračnih partnera: pacijentice s postpartalnim vaginizmom i pacijenta sa sekundarnim oblikom prijevremene ejakulacije. Fizioterapijska procjena usmjerena je na procjenu funkcije i snage miškulature zdjeličnog dna putem vaginalne i analne palpacije korištenjem PERFECT skale, sposobnosti relaksacije miškulature zdjeličnog dna i procjenu boli kod oba partnera. Fizioterapijska intervencija usmjerena je na trening miškulature zdjelično dna s naglaskom na relaksacijsku komponentu kod pacijentice te na trening miškulature zdjeličnog dna s naglaskom na kontrakcijsku komponentu kod pacijenta. Također, proveden je trening miškulature zdjeličnog dna prilikom spolnog odnosa partnera.

REZULTATI: Evaluacija rezultata fizioterapijske procjene upućuje na značajno poboljšanje u svim komponentama procjene miškulature zdjeličnog dna te na manji intenzitet vaginizma kod pacijentice i povećanje IELT-a kod pacijenta.

ZAKLJUČAK: Nužno je podizanje svijesti i edukacija o spolnom zdravlju i važnosti prepoznavanja dispareunije kod žena i muškaraca. Od iznimne je važnosti u fizioterapijski proces uključiti oba partnera s ciljem poboljšanja spolne funkcije i kvalitete spolnog života. Treening miškulature zdjeličnog dna predstavlja učinkovitu metodu koja ima pozitivan učinak na sve komponente miškulature zdjeličnog dna kao i na kvalitetu spolnog života žena i muškaraca.

KLJUČNE RIJEČI: dispareunija, fizioterapijska procjena, fizioterapijska intervencija

DYSPAREUNIA- CASE REPORT

Department of physical medicine and rehabilitation, „Sveti Duh“ University Hospital, Zagreb

Abstract

INTRODUCTION: Dyspareunia is a common problem and has a negative impact on the emotional and mental health as well as partnerships. Dyspareunia in women is defined as recurrent or persistent pain during intercourse.

Premature ejaculation is very common problem in men with big tabu.

MATERIALS AND METHODS: This paper presents a case of married couple: a patient with postpartum vaginismus and her partner with a secondary form of premature ejaculation. Physiotherapy assessment is aimed at assessing the function and strength of pelvic floor muscles through vaginal and anal palpation using PERFECT scale, relaxation of pelvic floor muscles and the assessment of pain in both partners. Physiotherapy intervention is aimed at pelvic floor muscle training with emphasis on relaxation component in the patient and the pelvic floor muscle training with emphasis on contractile component of the patient. Also, pelvic floor muscle training was performed during sexual intercourse.

RESULTS: Physiotherapy evaluation indicates a significant improvement in all components of the assessment of pelvic floor muscles and the lower intensity of vaginismus and increase of IELT.

CONCLUSION: It is necessary to raise awareness and education on sexual health and the importance of recognition of dyspareunia in women and men. It is extremely important in the physiotherapy process include both partners to improve sexual function and sexual quality of life. Pelvic floor muscle training represents an effective method that has a positive effect on all components of the pelvic floor muscles as well as the quality of the sexual life of women and men.

KEYWORDS: dyspareunia, physiotherapeutic assessment, physiotherapy intervention

Uvod

Dispareunija predstavlja multifaktorsku problematiku koja zahtjeva multidisciplinarni pristup uzimajući u obzir psihološke, fiziološke i sociokulturalne faktore (1). Ima negativan utjecaj na kvalitetu života, emocionalno i psihičko zdravlje pacijenta i pacijentice te partnerske odnose (1, 2).

Dispareunija se u žena definira kao ponavljajuća ili perzistirajuća bol za vrijeme spolnog odnosa koja vodi nastanku anksioznosti te narušava partnerske odnose (2). Klasificira se kao površna i duboka. Površna dispareunija odnosi se na pojavu boli kod inicijacije ili pokušaja penetracije, dok se duboka odnosi na bol za vrijeme duboke vaginalne penetracije. Također se klasificira kao primarna i sekundarna. Primarna dispareunija predstavlja pojavu boli od prvog spolnog odnosa dok sekundarna dispareunija predstavlja stanje kada se dispareunija pojavljuje naknadno uslijed urednih spolnih odnosa (2).

Faktori rizika i incidencija

Dispareunija predstavlja vrlo čest problem koji narušava kvalitetu života u postpartalnom periodu. Brojne studije upućuju na često prisutnu dispareuniju nakon epiziotomije (3, 4). Studija upućuje na prisutnu dispareuniju kod 66,7% žena 3 mjeseca postpartalno, 31% 6 mjeseci postpartalno i 14,9% žena 12 mjeseci postpartalno (5). Rezultati navedene studije upućuju na korelaciju dispareunije i smanjenog povrata spolnim odnosima u postpartalnom periodu (5). Incidencija ima tendenciju smanjenja ali perzistira unutar godine dana postpartalno kod 1 od 5 žena (4). Incidencija je najveća u dobi 30.-35. godine (6). Carski se rez češće povezuje s vrlo intenzivnom dispareunijom (4, 7). Opstetričke ozljede i oštećenja sfinktera smatraju se glavnim faktorom za nastanak dispareunije u prvoj godini postpartalno. Epiziotomija, prema rezultatima navedene studije, ne smatra se uzrokom dispareunije. Navedeni rezultati upućuju na nužnost dodatnog pristupa te na važnost prevencije nastanka opstetričkih ozljeda (8, 9).

Rezultati studije Fodstada upućuju da se spolnim aktivnostima 8 tjedana postpartalno vratilo 54,1% žena, 12 tjedana postpartalno 75,2% žena te 1 godinu postpartalno 94,7% žena (8). Studija McDonalda upućuje da čak 85,7% žena posjeduje dispareuniju postpartalno u prvom spolnom odnosu. Incidencija dispareunije, prema rezultatima iste studije, se smanjuje na 44,7% 3 mjeseca postpartalno sve do 22,6% 18 mjeseci postpartalno (4). Zanimljiva je činjenica da žene koje su imale porođaj carskim rezom posjeduju veći intenzitet dispareunije 6 mjeseci postpartalno (4, 7).

Recentne studije upućuju na brojne faktore rizika. Uzrok dispareunije može biti endometriozna što stavlja naglasak na detaljnu procjenu i pristup pacijentici sa dispareunijom od strane medicinskog tima (10-13). Dispareunija može biti posljedica te prvi simptom lejomiona na mokraćnom mjehuru (14). Studija Nishimota upućuje na često prisutnu dispareuniju kod pacijentica sa karcinomom, preoperativno i postoperativno (15). Studija Liu-a upućuje na sljedeće faktore rizika: vaginalne infekcije, menopauza i poremećaji menstrualnog ciklusa (6). Faktori rizika također uključuju mlađu kronološku dob, nižu razinu obrazovanja, emotivne probleme te stres (2).

Studija upućuje da prisutnost dispareunije kod partnerice uzrokuje smanjenu kvalitetu spolnog života te vodi emocionalnim poteškoćama u partnerskom odnosu. Depresija često prati problem dispareunije (16). Naglasak je na sveobuhvatnom pristupu oba partnera što ima za rezultat poboljšanje komunikacije između partnera te veće psihološko i seksualno zadovoljstvo (16, 17). Studija Brotta i sur. upućuje na visoku učinkovitost multidisciplinarnog pristupa u rješavanju problematike dispareunije te stavlja naglasak na važnost edukacije o spolnom zdravlju (18).

Klasifikacija

Najčešći oblici dispareunije kod žena su vaginizam, vulvodinija, smanjena vaginalna lubrikacija, postpartalna dispareunija i vaginalna atrofija.

Vaginizam predstavlja nevoljne kontrakcije MZD koje onemogućuju penetraciju spolnog uda partnera. U novije vrijeme prema nekim se studijama dijagnoza vaginizma smatra istovjetnom dispareuniji (2). Dispareunija i vaginizam često uključuju strah ili anksioznost što često vodi hipertonusu abdominalne i muskulature zdjeličnog dna (1). Navedeno upućuje na važnost procjene i intervencije od strane educiranog fizioterapeuta s ciljem normalizacije mišićnog tonusa. Vulvodinija predstavlja nelagodu u području vulve koja je ne rijetko praćena izrazitom žarećom boli. Klasificira se na provociranu, neprovociranu i miješanu vulvodiniju. Kod neprovocirane vulvodinije bol je više ili manje konstantna dok se kod provocirajuće vulvodinije pojavljuje uslijed dodira, umetanja tampona ili spolnog odnosa. Može biti klasificirana kao lokalizirana ili generalizirana ovisno o distribuciji boli. Postoji značajna povezanost psiholoških poremećaja i vulvodinije. Žene sa depresijom ili anksioznosti imaju veći rizik razvoja vulvodinije i obratno, pacijentice sa vulvodinijom češće razviju depresivni i anksiozni poremećaj (2). Smanjena vaginalna lubrikacija može voditi trenju i mikrotraumama vulve i vagine. Uzrok može biti poremećaj seksualnog uzbuđenja ili kronični oblik vaginalne suhoće. Poremećaj seksualnog uzbuđenja kod žena definira se kao nemogućnost postizanja ili održavanja adekvatne lubrikacije uslijed seksualnog uzbuđenja. Kronična vaginalna suhoća može imati hormonalne (menopauza), vaskularne (anemija, periferna ateroskleroza), neurološke (dijabetička neuropatija, ozljede kralježnične moždine) i iatrogene (oralni kontraceptivi, kemoterapija, radijacija) uzroke (2). Postpartalna dispareunija vrlo je čest i ne prepoznat problem. Nakon prvog vaginalnog porođaja, 41% i 22% žena nakon 3 i 6 mjeseci iskusi nastanak dispareunije. U postpartalnom periodu uslijed procesa dojenja dolazi do smanjenja koncentracije estrogena što može voditi nastanku vaginalne suhoće i dispareunije (2). Vaginalna atrofija pogađa 50% žena u postmenopauzi uslijed smanjene koncentracije estrogena. Veliki je problem prepoznavanja pacijentica sa vaginalnom suhoćom uslijed tabu-a koji prati ovu problematiku a često se veže na osjećaj stida i uvriježeno mišljenje da je navedeno fiziološki prisutno kod žena starije kronološke dobi (2, 19).

Seksualna disfunkcija kod muškaraca najčešće nastaje uslijed karcinom prostate i rektuma, ozljeda kralježnične moždine, neuroloških bolesti i epilepsije (20-25). Prijevremena ejakulacija predstavlja najčešći oblik seksualne disfunkcije kod muškaraca te je povezana s brojnim negativnim emocionalnih i psihičkim posljedicama (26-30). Definirana je kao ejakulacija koja nastaje uslijed minimalne seksualne stimulacije, te prije ili kratko nakon penetracije te traje najmanje 6 mjeseci i javlja se kod 75-100% spolnih odnosa (30). Razlikuje se primarna koja je prisutna od prvoj spolnog iskustva ili sekundarna koja nastupa kasnije u životu uz prethodno urednu spolnu funkciju (31). *International Society for Sexual Medicine* upućuje da je primarna prijevremena ejakulacija karakterizirana IELT-om manjim od 1 minute od prvog spolnog odnosa. IELT se definira kao vrijeme koje je potrebno od vaginalne penetracije do ejakulacije. Sekundarna je prijevremena ejakulacija praćena IELT-om manjim od 3 minute (27).

Prijevremena ejakulacija pojavljuje se u incidenciji 20-40% (26, 27, 32). Predstavlja često ne prepoznato i ne tretirano stanje zbog velike prisutnosti tabu-a i osjećaja srama kod pacijenata (27). Studija Mazojuba upućuje na značajno češću incidenciju kod muškaraca sa dijabetes mellitusom tip II (DM) (33). Studija upućuje da se prijevremena ejakulacija može kod pacijenata sa DM pojaviti i prije 25 godine sa incidencijom i do 78,9%. Povezanost DM i prijevremene ejakulacije nije još uvijek u potpunosti razjašnjena. Smatra se da je incidencija prijevremene ejakulacije proporcionalna duljini obolijevanja od DM. Studija El-Sakka upućuje na češću incidenciju prijevremene ejakulacije kod pacijenata koji boluju od DM više od 10 godina (34).

Cilj rada

Prikazati slučaj pacijentice s postpartalnim vaginizmom i pacijenta sa sekundarnim oblikom prijevremene ejakulacije.

Prikaz slučaja

U radu je prikazan vrlo rijedak slučaj bračnih partnera, pacijentice s postpartalnim vaginizmom i pacijenta sa sekundarnim oblikom prijevremene ejakulacije (Tablica 1.). Fizioterapijski pristup usmjeren je na oba partnera te se sastoji od specifične individualne fizioterapijske procjene, fizioterapijske intervencije, edukacije i evaluacije oba partnera. Fizioterapijska procjena usmjerena je na uzimanje opće i specifične anamneze koja pruža uvid u ginekološki/urološki status te daje informacije o poteškoćama spolnog života te na procjenu funkcije i snage muskulature zdjeličnog dna (MZD), sposobnosti relaksacije muskulature zdjeličnog dna i procjenu boli kod oba partnera. Fizioterapijska intervencija usmjerena je na trening muskulature zdjeličnog dna (TMZD) s naglaskom na relaksacijsku komponentu kod pacijentice te na trening muskulature zdjeličnog dna s naglaskom na kontrakcijsku komponentu kod pacijenta. Također, proveden je trening muskulature zdjeličnog dna prilikom spolnog odnosa partnera.

Rasprava

Pristup pacijentici/tu sa dispareunijom zahtijeva vještinu i visoku stručnost te delikatnost prilikom uzimanja opće i ginekološke/urološke anamneze. Naglasak je na diskretnom prikupljanju podataka o mogućem postojanju spolnog nasilja i/ili psihičkoj traumi. Važno je uzeti u obzir emocionalne promjene i doživljaje koji nastaju za vrijeme spolnog odnosa. Fizioterapijska procjena usmjerena je na procjenu snage i funkcije muskulature zdjeličnog dna te na procjenu sposobnosti relaksacije muskulature putem vaginalne palpacije kod pacijentice i analne palpacije kod pacijenta. S obzirom da je riječ o intimnom području ponekad je ohrabrujuće za pacijenticu/enta da za vrijeme procjene muskulature zdjeličnog dna ima uvid u sve elemente procjene na način da pomoću ogledala ima uvid u sve korake koje fizioterapeut poduzima. Procjena MZD uključuje vizualnu inspekciju mišića zdjeličnog dna. Potrebno je

obratiti pozornost na boju, tonus, pojavnost edema, ožiljaka, ragada i abrazija koje mogu uputiti na prisutnost nasilnog spolnog odnosa. Potrebno je procijeniti tonus, osjetljivost, mogućnost kontrakcije i relaksacije MZD te simetričnost navedenih komponenti (2).

U radu je prikazan slučaj pacijentice s postpartalnim vaginizmom koji je prisutan 18 mjeseci postpartalno i pacijenta sa sekundarnom prijevremenom ejakulacijom koja perzistira kroz godinu dana.

Fizioterapijska procjena kod pacijentice upućuje na hipertoničnu muskulaturu zdjeličnog dna uz odsutnu relaksacijsku komponentu. Hipertonus muskulature zdjeličnog dna može voditi urogenitalnoj disfunkciji što upućuje na povezanost sa opstipacijom od koje pacijentica pati od rođenja. Procjena je obuhvaćala i procjenu okolne muskulature što je uključivalo procjenu abdominalne, aduktorne i glutealne muskulature. Fizioterapijska intervencija sastojala se od provedbe treninga muskulature zdjeličnog dna s naglaskom na relaksacijsku komponentu i ciljem normalizacije hipertonične muskulature. Trening muskulature zdjeličnog dna proveden je umjerenim intenzitetom, kroz 4 tjedna, u supiniranom i bočnom položaju. Provedena je i edukacija o pravilnom položaju za vrijeme defekacije kako bi se smanjilo povećanje intraabdominalnog tlaka te utjecaj na muskulaturu zdjeličnog dna i prisutne hemoroide. S obzirom na prisutnu problematiku opstipacije koja je prisutna od rođenja pacijentica je upućena na edukaciju kod nutricioniste. Ponovljena fizioterapijska procjena putem vaginalne palpacije upućuje na značajno poboljšanje relaksacijske komponentne MZD, povećanje broja sporih i brzih kontrakcija te na značajno smanjenje boli što upućuje na manji intenzitet vaginizma uslijed penetracije za vrijeme spolnog odnosa. Rezultati upućuju na učinkovitost TMZD kod vaginizma što zasigurno doprinosi poboljšanju kvalitete spolnog života pacijentice.

Fizioterapijska procjena kod pacijenta upućuje na hipotoničnu muskulaturu zdjeličnog dna uz odsutstvo brzih kontrakcija i elevacijske komponente MZD. Procjena okolnih mišićnih skupina upućuje na smanjenu snagu abdominalne muskulature. Proveden je trening mišića zdjeličnog dna sa naglaskom na kontrakcijsku komponentu. TMZD usmjeren je na komponentu jačanja uz izoliranu aktivaciju izlaza uretre i rektuma. Pacijent je provodio TMZD kroz 2 tjedna blagim i umjerenim intenzitetom u supiniranom i bočnom položaju bez spolne senzacije. Nakon dva tjedna proveden je TMZD prilikom spolnog odnosa. Pacijent je educiran da za vrijeme spolnog odnosa u preejakulacijskoj fazi pomoću TMZD usmjerenog na zadržavanje kontrakcije MZD odgodi prijevremenu ejakulaciju. Nakon četiri tjedna provođenja TMZD došlo je do značajnog povećanja snage, izdržljivosti, broja sporih i brzih kontrakcija MZD te do prisutne elevacije i povećanja IELT-a sa početne vrijednosti <1 minute na IELT > 5 minuta.

Rezultati ovog prikaza slučaja u skladu su s mnogim recentnim studijama koje upućuju na važnu ulogu muskulature zdjeličnog dna u spolnoj funkciji žena i muškaraca (35-41). Brojne studije upućuju na visoku učinkovitost treninga muskulature zdjeličnog dna kod vaginizma i prijevremene ejakulacije (35, 36, 42-45). Cilj TMZD kod

Tablica 1. Prikaz slučaja pacijentice s vaginizmom i pacijenta s prijevremenom ejakulacijom

Opća anamneza		
Ime i prezime	A. A. (Ž)	B. B. (M)
Godina rođenja	1983.	1980.
Zanimanje	pravnica	ekonomist
Specifična anamneza		
	Ginekološka anamneza	Urološka anamneza
	Menarhe: 13 godina MC: 6/29 dismenoreja P 1 Partus hbd 39 ⁺² Neonatus hypertrophicus 3940/50 Ab 0 Uterus u AVE, tvrd, gibljiv, bezbolan, palpatorno involviran CC zatvoren Adneksa slobodne Urinokultura: sterilna	Prijevremena ejakulacija Diabetes mellitus Urinokultura: sterilna
Urogenitalna funkcija	Mikcija- uredna Defekacija- opstipacija, hemoroidi Spolna aktivnost- otežana	Mikcija- uredna Defekacija- uredna Spolna aktivnost- otežana
Fizioterapijska dijagnoza	Vaginizam	Sekundarna prijevremena ejakulacija
Fizioterapijska procjena		
TMZD	P E R F E C T 5 7 5 2 √ √ √ - 1. dolazak 5 7 9 6 √ √ √ - 4. dolazak	P E R F E C T 2 3 4 - - √ √ - 1. dolazak 4 8 7 4 √ √ √ - 4. dolazak IELT <1 min - 1. dolazak IELT > 5 min - 4. dolazak
ICS	- 1. dolazak + 4. dolazak	+ 1. dolazak + 4. dolazak
De Ridderova skala	1- 1. dolazak 3- 4. dolazak	3- 1. dolazak 3- 4. dolazak
MMT	m. rectus abdominis- 5 m. obliques abdominis- 5 m. adductores- 5 m. gluteus max- 5	m. rectus abdominis- 4 m. obliques abdominis- 4 m. adductores- 5 m. gluteus max- 5
VAS za bol	7 - 1. dolazak 1 - 4. dolazak	/

vaginizma usmjeren je na normalizaciju mišićnog tonusa što vodi olakšanoj i bezbolnoj penetraciji spolnog uda (43).

Studija Gula upućuje na još uvijek malen postotak pacijentica koji traže pomoć kad je u pitanju problematika prijevremene ejakulacije (29). Prisutna je velika diskrepancija u postotku muškaraca sa prijevremenom ejakulacijom i incidenciji onih koji traže pomoć medicinskog stručnjaka (30). Nužno je podizanje svijesti o važnosti prepoznavanja dispareunije kod žena i muškaraca s ciljem prevencije narušavanja partnerskog odnosa te ukupne kvalitete života. Brojne recentne studije upućuju na važnost edukacije i podizanja svijesti o spolnom zdravlju, poglavito kod mladih osoba (46). Od iznimne je važnosti u fizioterapijsku intervenciju uključiti oba partnera s ciljem poboljšanja spolne funkcije i kvalitete spolnog života (27, 30). Naglasak je na razvoju novih studija koje će u potpunosti razjasniti etiologiju i mogućnosti pristupa kompleksnosti dispareunije kod žena i muškaraca (30, 47).

Zaključak

Dispareunija predstavlja čest problem koji uvelike narušava partnerski odnos. Naglasak je na podizanju svijesti i edukaciji o mogućnostima ne invazivnog pristupa kod specifične problematike koja još uvijek predstavlja velik tabu. Trening muskulature zdjeličnog dna predstavlja učinkovitu metodu koja ima pozitivan učinak na sve komponente muskulature zdjeličnog dna kao i na kvalitetu spolnog života žena i muškaraca.

Literatura

1. Faubion SS, Rullo JE. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. *Am Fam Physician*. 2015;15;92(4):281-8.
2. Seehusen DA, Baird DC, Bode DV. Dyspareunia in Women. *American Family Physician*, 2014;90(7):465-470.
3. Necesalova P, Karbanova J, Rusavy Z, Pastor Z, Jansova M, Kalis V. Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum. *Sex Reprod Healthc*. 2016;8:25-30.

4. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: A cohort study. *Midwifery*. 2016;34:15-20.
5. Chayachinda C, Titapant V, Ungkanungdech A. Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in Thai primiparous women with episiotomy. *J Sex Med*. 2015;12(5):1275-82.
6. Liu HL, Lee HM, Chung YC. Dyspareunia and its comorbidities among Taiwanese women: analysis of the 2004-2010 Nationwide Health Insurance Database. *J Sex Med*. 2015;12(4):1012-8.
7. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG*. 2015;122(5):672-9.
8. Fodstad K, Staff AC, Laine K. Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *Int Urogynecol J*. 2016;16.
9. Ventolini G, Yaklic JL, Galloway ML, Hampton M, Maher JE. Obstetric vulvar lacerations and postpartum dyspareunia. *J Reprod Med*. 2014;59(11-12):560-5.
10. Fritzer N, Tammaa A, Haas D, Oppelt P, Renner S, Hornung D, Wölfler M, Ulrich U, Hudelist G. When sex is not on fire: a prospective multicentre study evaluating the short-term effects of radical resection of endometriosis on quality of sex life and dyspareunia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;197:36-40.
11. Lukic A, Di Properzio M, De Carlo S, Nobili F, Schimberni M, Bianchi P, Prestigiacomo C, Moscarini M, Caserta D.
12. Yong PJ, Mui J, Allaire C, Williams C. Pelvic floor tenderness in the etiology of superficial dyspareunia. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014;36(11):1002-9.
13. Yong PJ, Sadownik L, Brotto LA. Concurrent deep-superficial dyspareunia: prevalence, associations, and outcomes in a multidisciplinary vulvodinia program. *J Sex Med*. 2015;12(1):219-27.
14. Yong PJ, Mui J, Allaire C, Williams C. Pelvic floor tenderness in the etiology of superficial dyspareunia. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014;36(11):1002-9.
15. Yong PJ, Sadownik L, Brotto LA. Concurrent deep-superficial dyspareunia: prevalence, associations, and outcomes in a multidisciplinary vulvodinia program. *J Sex Med*. 2015;12(1):219-27.
16. Xin J, Lai HP, Lin SK, Zhang QQ, Shao CX, Jin L, Lei WH. Bladder leiomyoma presenting as dyspareunia: Case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(28):e3971.
17. Nishimoto P, Starr U. Supporting the Couple With Female Dyspareunia. *Clin J Oncol Nurs*. 2015;19(4):390-2.
18. Leeners B, Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Rössler W, Angst J. Dyspareunia in the Context of Psychopathology, Personality Traits, and Coping Resources: Results From a Prospective Longitudinal Cohort Study From Age 30 to 50. *Arch Sex Behav*. 2015;44(6):1551-60.
19. Sadownik LA, Smith KB, Hui A, Brotto LA. The Impact of a Woman's Dyspareunia, and its Treatment, on her Intimate Partner: A Qualitative Analysis. *J Sex Marital Ther*. 2016;11:0.
20. Brotto LA, Yong P, Smith KB, Sadownik LA. Impact of a multidisciplinary vulvodinia program on sexual functioning and dyspareunia. *J Sex Med*. 2015;12(1):238-47.
21. Freedman MA. Perceptions of dyspareunia in postmenopausal women with vulvar and vaginal atrophy: findings from the REVIVE survey. *Womens Health (Lond)*. 2014;10(4):445-54.
22. Lin CY, Burri A, Pakpour AH. Premature Ejaculation and Erectile Dysfunction in Iranian Prostate Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(4):1961-6.
23. Adam JP, Denost Q, Capdepon M, van Geluwe B, Rullier E. Propective and Longitudinal Study of Urogenital Dysfunction After Proctectomy for Rectal Cancer. *Dis Colon Rectum*. 2016;59(9):822-830.
24. Čehić E, Kasum M, Šimunić V, Orešković S, Vujić G, Grgić F. Fertility in men with spinal cord injury. *Gynecol Endocrinol*. 2016;16:1-5.
25. Lane JA, Metcalfe C, Young GJ, Peters TJ, Blazeby J, Avery K, Dedman D, Down L, Mason MD, Neal DE, Hamdy FC, Donovan JL. Patient-reported outcomes in the ProtecT randomised trial of clinically localised prostate cancer treatments: design and baseline urinary, bowel and sexual function and quality of life. *BJU Int*. 2016;14.
26. Calabrò RS, Gervasi G, Naro A, de Luca R, Marullo M, Bramanti P. Erectile Dysfunction in Individuals with Neurologic Disability: A Hospital-based Cross-sectional Study. *Innov Clin Neurosci*. 2016;13(1-2):10-4.
27. Henning OJ, Nakken KO, Træen B, Mowinckel P, Lossius M. Sexual problems in people with refractory epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2016;61:174-9.
28. Gur S, Kadowitz PJ, Sikka SC. Current therapies for premature ejaculation. *Drug Discov Today*. 2016;21(7):1147-54.
29. Chung E, Gilbert B, Perera M, Roberts MJ. Premature ejaculation: A clinical review for the general physician. *Aust Fam Physician*. 2015;44(10):737-43.
30. Simões Paço J, Jorge Pereira B. New Therapeutic Perspectives in Premature Ejaculation. *Urology*. 2016;88:87-92.
31. Cooper K, Martyn-St James M, Kaltenthaler E, Dickinson K, Cantrell A. Interventions to treat premature ejaculation: a systematic review short report. *Health Technol Assess*. 2015;19(21):1-180.
32. Kang SY, Lee JA, Sunwoo S, Yu BY, Lee JH, Cho CH, Yoo BW, Jeon TH, Park HK, Kim YS. Prevalence of Sexual Dysfunction and Associated Risk Factors in Middle-Aged and Elderly Korean Men in Primary Care. *J Sex Res*. 2016;23:1-14.
33. Majzoub A, Arafa M, Al-Said S, Dabbous Z, Aboulsoud S, Khalafalla K, Elbardisi H. Premature ejaculation in type II diabetes mellitus patients: association with glycemic control. *Transl Androl Urol*. 2016;5(2):248-54.
34. El-Sakka AI. Premature ejaculation in non-insulin-dependent diabetic patients. *Int J Androl*. 2003;26(6):329-34.
35. Kang SY, Lee JA, Sunwoo S, Yu BY, Lee JH, Cho CH, Yoo BW, Jeon TH, Park HK, Kim YS. Prevalence of Sexual Dysfunction and Associated Risk Factors in Middle-Aged and Elderly Korean Men in Primary Care. *J Sex Res*. 2016;23:1-14.
36. Majzoub A, Arafa M, Al-Said S, Dabbous Z, Aboulsoud S, Khalafalla K, Elbardisi H. Premature ejaculation in type II diabetes mellitus patients: association with glycemic control. *Transl Androl Urol*. 2016;5(2):248-54.
37. El-Sakka AI. Premature ejaculation in non-insulin-dependent diabetic patients. *Int J Androl*. 2003;26(6):329-34.
38. Siegel AL. Pelvic floor muscle training in males: practical applications. *Urology*. 2014 ;84(1):1-7.
39. La Pera G. Awareness and timing of pelvic floor muscle contraction, pelvic exercises and rehabilitation of pelvic floor in lifelong premature ejaculation: 5 years experience. *Arch Ital Urol Androl*. 2014;86(2):123-5.
40. Rosenbaum TY, Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction (CME). *J Sex Med*. 2008;5(3):513-23; quiz 524-5.
41. Braekken IH, Majida M, Ellström Engh M, Bø K. Can pelvic floor muscle training improve sexual function in women with pelvic organ prolapse? A randomized controlled trial. *J Sex Med*. 2015 ;12(2):470-80.
42. Fisher KA. Management of dyspareunia and associated levator ani muscle overactivity. *Phys Ther*. 2007;87(7):935-41.
43. Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira Nde O, Osis MJ. Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(5):234-40.
44. Schultz W, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, Van Lankveld J. Women's sexual pain and its management. *J Sex Med*. 2005;2(3):301-16.
45. Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(4):329-40.
46. Rosenbaum T. Addressing anxiety in vivo in physiotherapy treatment of women with severe vaginismus: a clinical approach. *J Sex Marital Ther*. 2011;37(2):89-93.
47. Pastore AL, Palleschi G, Leto A, Pacini L, Iori F, Leonardo C, Carbone A. A prospective randomized study to compare pelvic floor rehabilitation and dapoxetine for treatment of lifelong premature ejaculation. *Int J Androl*. 2012 ;35(4):528-33.
48. Reissing ED, Armstrong HL, Allen C. Pelvic floor physical therapy for lifelong vaginismus: a retrospective chart review and interview study. *J Sex Marital Ther*. 2013;39(4):306-20.
49. Mitchell KR, Geary R, Graham C, Clifton S, Mercer CH, Lewis R, Macdowall W, Datta J, Johnson AM, Wellings K. Sexual Function in 16- to 21-Year-Olds in Britain. *J Adolesc Health*. 2016;28.
50. Saitz TR, Serefoglu EC. Advances in understanding and treating premature ejaculation. *Nat Rev Urol*. 2015;12(11):629-40.