

SEXUALITÉ ET LÉSIONS MÉDULLAIRES

Frédérique Courtois, Ph.D.

Université du Québec à Montréal
Institut de réadaptation de Montréal
Institut de réadaptation en déficiences physiques de Québec

Dany Bélanger, MA

Institut de réadaptation en déficiences physiques de Québec

Jean-Guy Vézina, MD Isabelle Côté, MD Mélanie Boulet, MD

Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Serge Carrier, MD Géraldine Jacquemin, MD

Institut de réadaptation Gingras Lindsay de Montréal

Kathleen Charvier, MD Nicolas Morel Journal, MD

Hôpital Henry Gabrielle, Hospices Civils de Lyon

INTRODUCTION

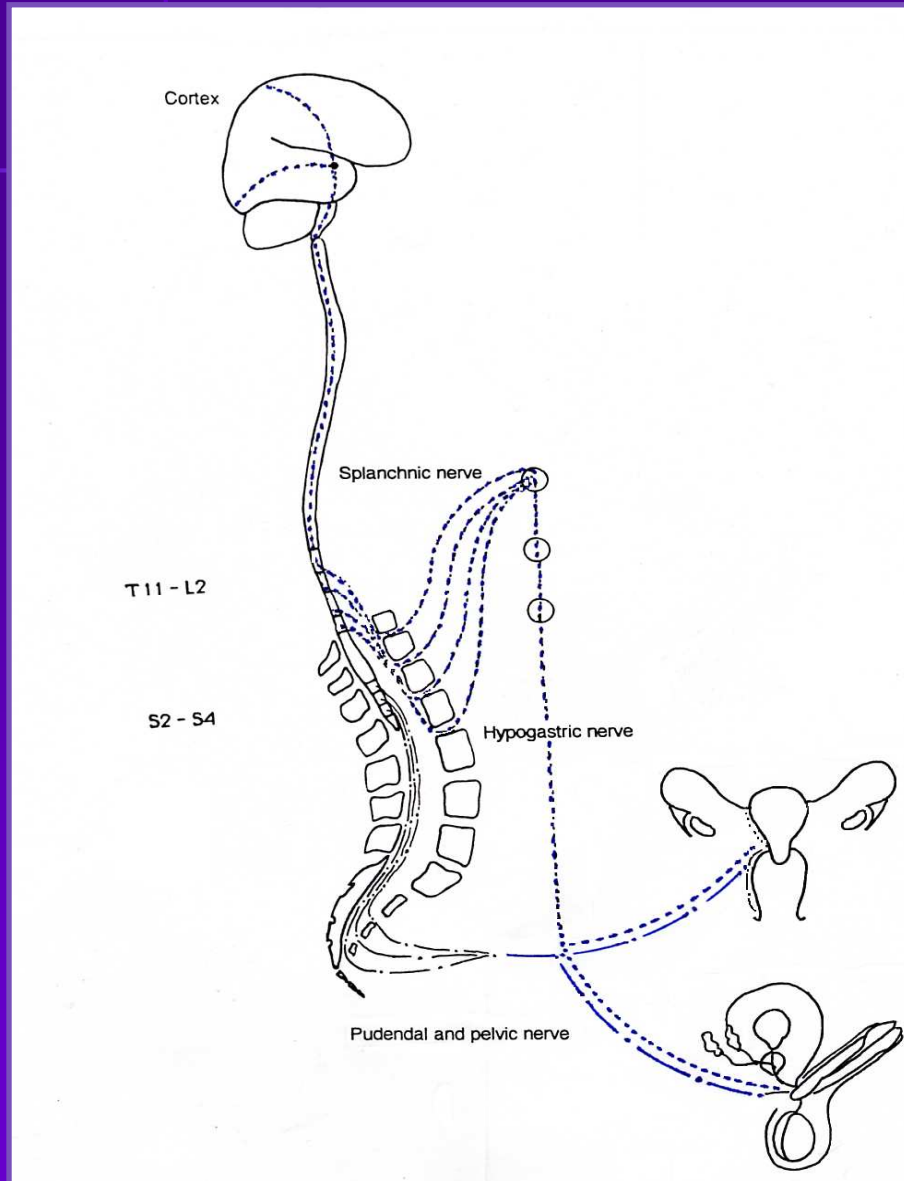
- Dans la **pratique clinique**, les hommes et les femmes blessés médullaires (BM) consultent de façon différente
- Les **hommes** consultent au sujet de
 - **Fonction érectile** (même si érection, souvent instable)
 - **Fonction éjaculatoire** souvent absente par stimulation naturelle (requiert aides techniques ou traitements)
 - **Orgasme** ou absence de sensations paroxystiques
- Ces questions pourront être répondues
 - En expliquant l'**innervation** de l'appareil génital (indices sur la fonction sexuelle post lésionnelle – se connaître encourager les expl, prise en charge naturelle, biofeedback)
 - Par des **traitements pharmacologiques** (IPDE₅, IIC, midodrine/Gutron)
 - Par des **approches mécaniques** (vibromasseur, vacuum, anneaux péniens, EEJ)

- Chez les **femmes** BM, les questions sont présentes, mais
- **Mécanique (passive)** possible
 - Se **connaissent** peu (d'où sensibilité périnéale)
 - Se **sentent/voient** peu (lubrification, biofeedback nécessaire)
 - **Anorgasmie** ou absence de sensations paroxystiques
- **Menstruations**
 - Régularité, douleur menstruelles, spasticité, incontinence
- **Grossesse**
 - Fertilité, suivi, accouchement, soins nouveau-né
- Ces questions pourront être abordées
 - En expliquant l'**innervation** de l'appareil génital
 - En s'assurant une connaissance de leur **anatomie**
 - En offrant des **traitements pharmacologiques** (IPDE₅, midodrine)
 - Et des **approches mécaniques** (vibromasseur, vacuum)

APPROCHE CLINIQUE

- **Évaluer potentiel sexuel post lésionnel (innervation)**
 - Mécanique sexuelle (érection, lubrification)
 - Fertilité
- **Encourager les explorations**
 - Meilleure connaissance du corps post lésion
 - Greffer les traitements sur la capacité naturelle
- **Offrir des traitements et encourager les essais**
 - Palliatifs mécaniques +/- pharmacologiques
- **Recherche de sensations**
 - Perception des réactions physiologiques
 - Recadrage cognitif des sensations associées

BASES NEUROPHYSIOLOGIQUES DE L'ÉRECTION



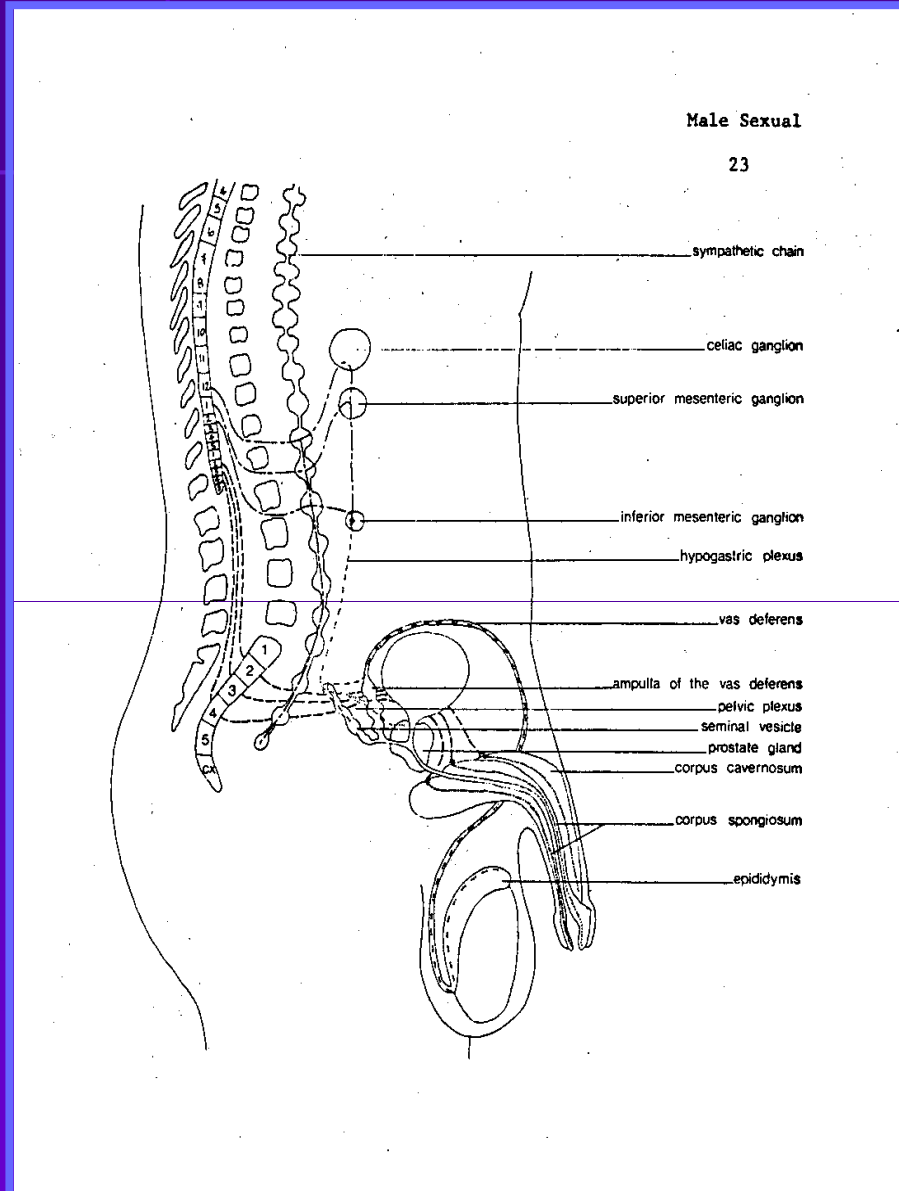
■ ÉRECTION/LUBRIF RÉFLEXE

- Stimulation génitale (mast, pénétration, relations orales)
- N dorsal verge à S2-S4
- N pelvien (parasym) pour la tumescence
- N périnéal (somatique) pour la rigidité

■ ÉRECTION/LUB PSYCHOGÈNE

- Film, fantasmes, désir, mémoire
- Cerveau à T11-L2
- N splanchniques au N Hypogastrique
- Chaîne symp au plexus pelvien
- Principalement tumescence

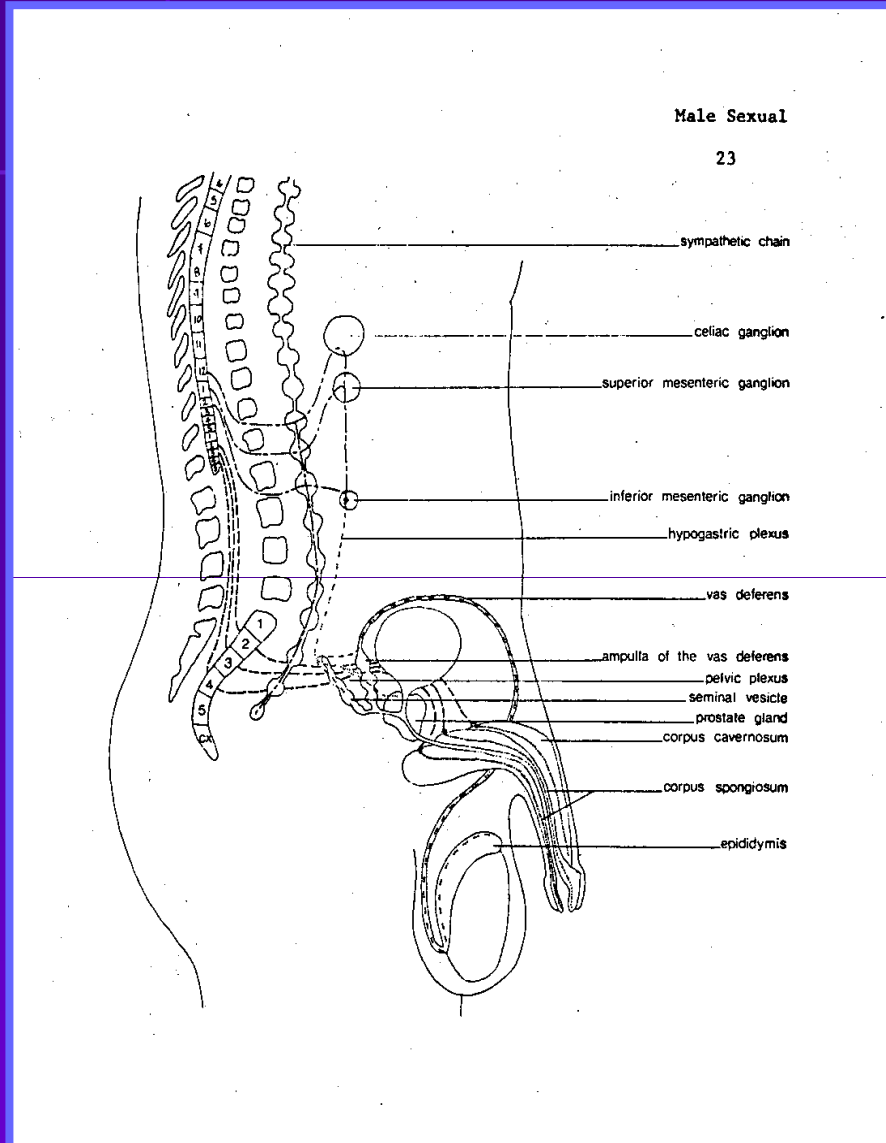
BASES NEUROPHYSIOLOGIQUES DE L'ÉJACULATION



■ PROCESSUS ÉJACULATOIRE

- **Émission**: contraction des organes reproducteurs internes
- Stim psychogène &/or génitale à **T11-L2** au N Hypogastrique
- Formation du sperme - **Fertilité**
- **Éjaculation**: contraction des muscles périnéaux
- Urètre à S2-S4 au N Périnéal
- Expulsion sperme, sensations **orgasmiques**

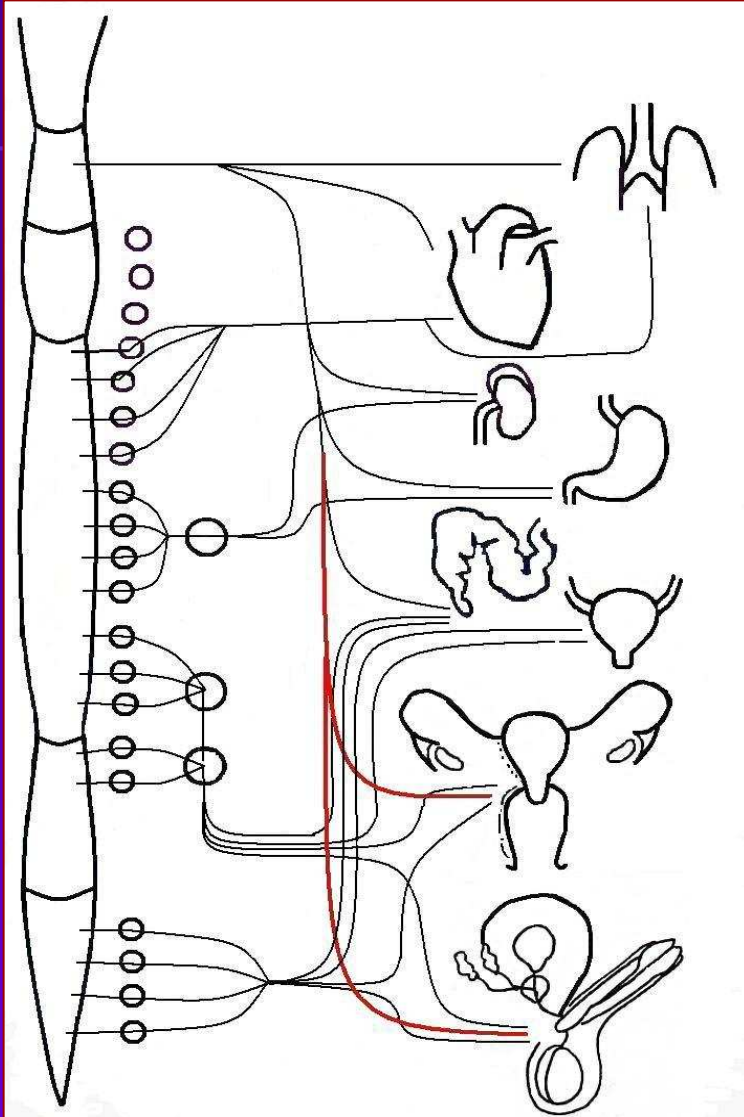
MODÈLE NEUROPHYSIOLOGIQUE DE L'ORGASME



■ ORGASME

- Hyperréflexie Autonome (**HRA**) sous contrôle supra-spinal
- Lorsque émission, tout le système **sympathique** est activé
- Stimule d'autres viscères
 - coeur, poumons, vaisseaux
- Provoque des **spasmes** ou contractions musculaires
- D'où les réponses **cardiovasculaires, musculaires, autonomiques** perçues

MODÈLE NEUROPHYSIOLOGIQUE DE L'ORGASME



- Ces réponses peuvent être transmises
 - Par les nerfs **sus-lésionnels**
 - En remontant la **chaîne sympathique**
 - En remontant le **N vague** des organes génitaux
- **Sensations** viscérales sont possibles
- Sensations **orgasmiques** fonction de l'HRA
 - Pas HRA = pas d'orgasme
 - HRA modérée = orgasme
 - HRA sévère = sensations aversives
 - Non-BM, **Orgasme = HRA** sous contrôle (inh) supra-spinale

ÉVALUATION DE LA FONCTION ÉRECTILE POST LÉSIONNELLE

- Encourager les auto-explorations
- Évaluer capacité naturelle selon niveau lésion, si possible en milieu hospitalier
 - Stimulation réflexe (génitale)
 - masturbation
 - Stimulation psychogène
 - Film, audio, désir, fantasmes
- Enregistrement des réponses
 - Jauge pénienne
 - Pléthysmographie diurne avec des jauges au mercure ou Rigiscan™

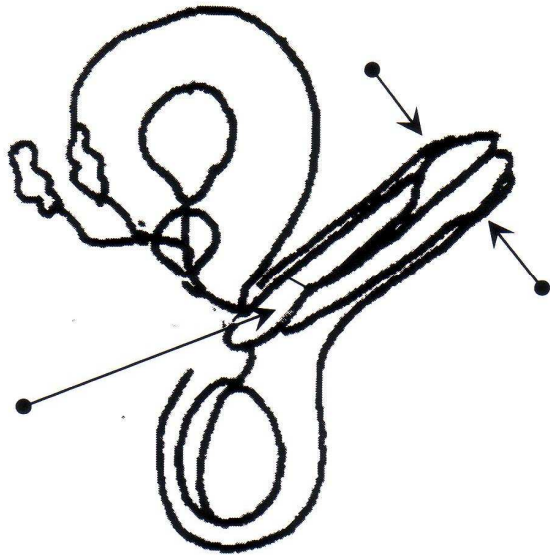
LE PLÉTHYSMOGRAPHE : RIGISCAN™



TRAITEMENTS COMPORTEMENTAUX ET MÉCANIQUES DES DYSFONCTIONS ÉRECTILES

- Rééducation du muscle bulbocaverneux
- Anneaux péniens
 - Seul ou avec d'autres traitements (IPDE₅, IIC)
- Vacuum (Erect Aid)
 - Dysfonctions sévères
- Prothèses
 - Dysfonctions sévères, échecs des autres traitements
 - Chirurgie, destruction des corps caverneux
 - Érosion possible pour les prothèses semi-rigides
 - Dextérité requise pour les prothèses gonflables

RÉÉDUCATION DU MUSCLE BULBO-CAVERNEUX



- **Apprentissage** du réflexe bulbocaverneux
- **Biofeedback** pour optimiser la technique
- **Pratique** 100 réflexes/jour

GARROTS PÉNIENS



VACUUM



TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DES DYSFONCTIONS ÉRECTILES

- **Inhibiteurs de la phosphodiesterase (IPDE₅)**
 - Viagra® (sildenafil), Cialis® (tadalafil), Levitra® (vardenafil)
 - Si fonction résiduelle présente (ex. érection réflexe, mais instable chez tétraplégique ou paraplégique haut)
- **Injections intracaverneuses (IIC)**
 - Caverject® (alprostadil), papavérine ou Trimix® (papavérine, prostaglandines, phentolamine)
 - Surtout pour les dysfonctions sévères (ex. lésions CM, QC)
- **Dispositifs intraurétraux**
 - Muse® (alprostadil)
 - Très peu efficace chez l'homme blessé médullaire

**INHIBITEURS
PHOSPHODIESTÉRASE
(IPDE₅)**



Injections Intracaverneuses (IIC)



ÉVALUATION DE LA FONCTION SEXUELLE POST LÉSIONNELLE DE LA FEMME BM

- Encourager les auto-explorations
- Évaluer sensibilité périnéale
 - Vérifier connaissances anatomiques
- Évaluer capacité naturelle selon niveau de lésion, si possible en milieu hospitalier
 - Lubrification vaginale
 - Érection du clitoris
 - Engorgement de la vulve
- Enregistrement des réponses
 - Photopléthysmographie (feedback)
 - Pince labiale, sonde vaginale
 - Miroir incliné

TRAITEMENTS DES DYSFONCTIONS SEXUELLES

- **Palliatifs mécaniques**
 - Vibromassage Ferticare™
 - Vacuum Eros ctd™ (pré-vibromassage ?)
- **Palliatifs pharmacologiques**
 - Intérêt du Viagra® , Cialis® , Lévitra® (IPDE₅)
 - Intérêt du midodrine ?
- **Recadrage cognitif**
 - Questionnaire sur les sensations perçues

VACUUM - EROS™ ctd



TRAITEMENTS DES DYSFONCTIONS ÉJACULATOIRES

- Cheminement progressif qui débute avec
 - **Stimulation naturelle** (masturbation et/ou film)
 - Si négatif
 - **Vibromasseur** (Ferticare)
 - Si négatif
 - Vibromasseur + **médicaments** (midodrine, IPDE₅, IIC)
 - Si négatif
 - **Électrostimulation** (+ médicaments)
 - En dernière instance
 - Si sensibilité périnéale absente
 - Exclus à domicile
 - Nuit à l'autonomie
 - Ne favorise pas explorations personnelles
- **Spermogramme**, recherche spermatozoïdes dans urines



VIBRATEUR
FERTICARE® PERSONEL

TRAITEMENT DES DYSFONCTIONS ÉJACULATOIRES

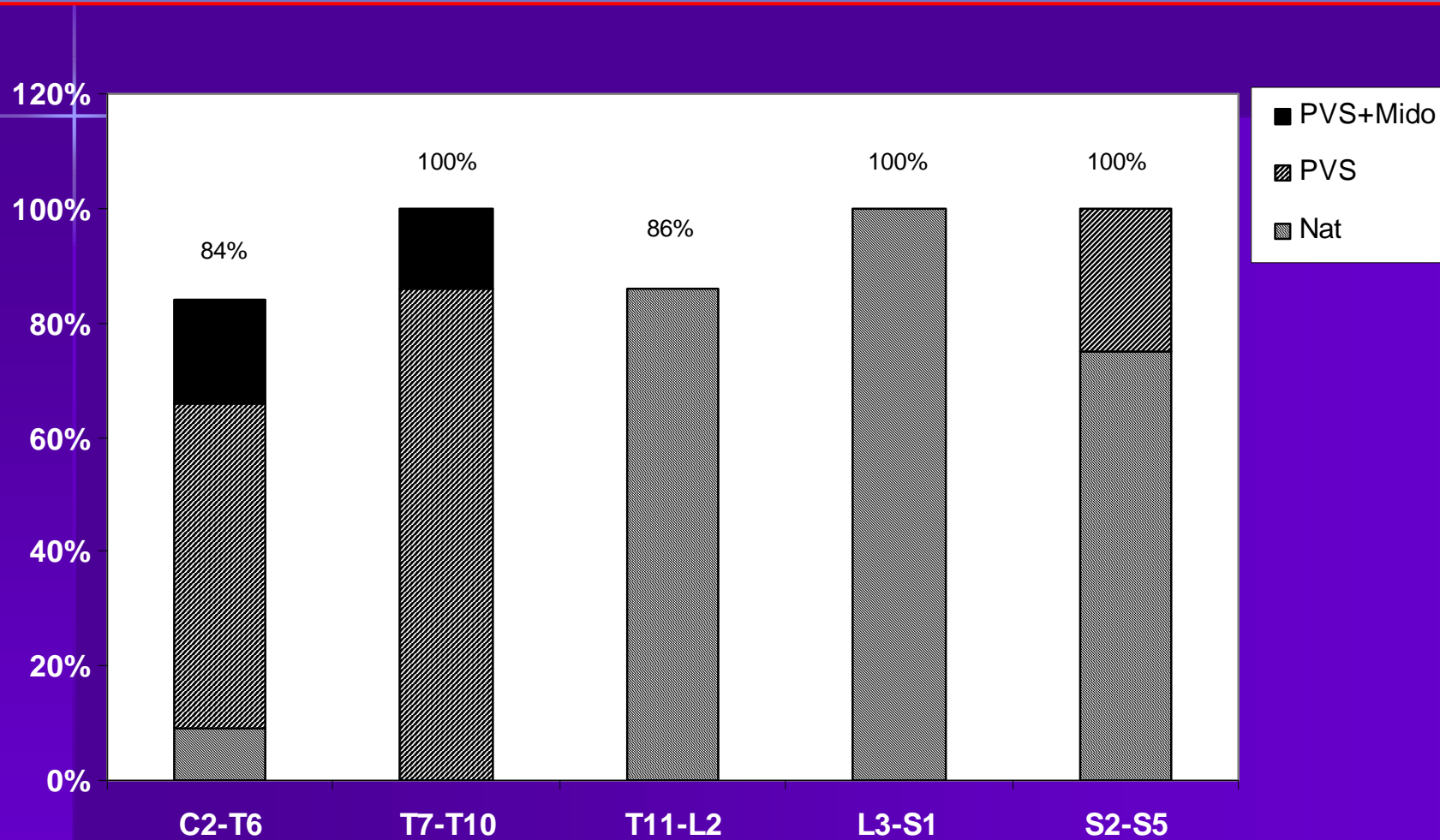
■ (1) Vibrostimulation

- **Ferticare**[®] plus efficace que vibromasseurs commerciaux
- 110Hz et 3.5mm, sur le **gland** ou freenum
- 3 min stim/1min repos, maximum **6 à 8 essais**
- **Vidange vésicale**
 - avant le test pour réduire risques HRA sévères
 - après le test pour vérifier si éjaculation rétrograde (recherche spz dans urines)
- **Surveillance** de la tension artérielle
- **Si HRA sévère** (>180mmHg, >10min)
Adalat[®](Nifédipine) Nitrol[®](pâte nitroglycérine) Catapprès[®]
(clonidine -préventif), Captopril
- Surveiller **hypotension** orthostatique retour au fauteuil

TRAITEMENT DES DYSFONCTIONS ÉJACULATOIRES

- (2) Midodrine oral (Amatine®)
 - Débuté à 5 mg
 - Augmenté par paliers de 5 mg
 - Jusqu'à 25-30 mg
 - 30 à 45 min avant vibrostimulation
- Alpha stimulant
 - Surveiller risques d'hypertension (HRA)
 - Peut avoir des effets négatifs sur l'érection
 - Associer IIC pour améliorer l'érection avant l'éjaculation
 - Associer à des IPDE₅, vasodilateurs qui réduisent la tension artérielle (et peut être l'HRA)

LORSQUE LE MODE DE STIMULATION APPROPRIÉ EST UTILISÉ, 95% HOMMES BM ONT DES ÉJACULATIONS



TYPES D'ÉJACULATION

- Si 95% hommes BM peuvent éjaculer quand stimulation appropriée pour la lésion
- L'éjaculation n'est pas toujours antérograde
 - **Antérograde** : sphincter urinaire relâché, col vésical fermé, éjaculation vers l'avant
 - **Rétrograde** : spasmes du sphincter urinaire (dyssynergie vésico-sphinctérienne) provoquent un reflux dans la vessie
 - **Partiellement antérograde - partiellement rétrograde** : flot initial suivi d'un spasme avec reflux partiel dans la vessie

ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ ORGASMIQUE

- Lorsque l'éjaculation est retrouvée, le **trouble de l'orgasme** devient la priorité
- En termes cliniques, revient à
 - Rechercher **HRA légère à modérée**
 - Hausse de la **tension artérielle systolique** >20mmHg
 - Signes d'**excitabilité autonome**
 - **Contractions musculaires**, spasmes
 - Amener le patient à
 - **Identifier** ces sensations
 - **Recadrer** ces sensations en expérience orgasmique
- Évaluation en laboratoire d'exploration fonctionnelle
 - Questionnaire des **sensations associées** à l'éjaculation (Courtois et al, 2007; 2008)

DISCUSSION

- Encourager l'**auto-exploration** qui permettent l'**autonomie**
 - Connaître son corps et son potentiel naturel post lésionnel
- **Potentiel sexuel post-lésionnel**
 - S'aider du modèle neurophysiologique
 - Rechercher mode de stimulation efficace pour la lésion
 - Encourager les explorations
 - Favoriser retour sur les explorations
- Encourager les essais de **palliatifs**
 - **Mécaniques**: garrot, Vibromasseur, Vacuum
 - **Pharmacologiques**: IPDE₅, IIC, midodrine

- **Répéter essais** dans un cadre hospitalier si possible
 - **Associer** palliatifs mécaniques et/ou pharmacologiques
 - Considérer la **chirurgie** (prothèses péniennes) comme dernière option viable
- Favoriser **recadrage cognitif**
 - **Rechercher sensations** (questionnaires)
 - Rechercher **zones érogènes** secondaires
 - **Recadrer** en sensations de **plaisir** ou paroxysme sexuel
 - Stimuler **HRA légère à modérée**
 - **Réduire** HRA sévère
- S'informer, s'éduquer, expérimenter permet recadrage comme être sexué

Merci

courtois.frederique@uqam.ca

dany.belanger@irdpq.qc.ca