

**TROUBLES DE L'ÉJACULATION
EN NEUROLOGIE
EXEMPLE DES HOMMES BLÉSSÉS MÉDULLAIRES**

**Dr Kathleen CHARVIER
HCL
Hôpital Henry Gabrielle - CHLS**

**DIU de NEURO-UROLOGIE
Séminaire A4 - 28.01.2016**

SEXUALITÉ APRÈS UNE LÉSION MÉDULLAIRE



SEXUALITÉ APRÈS UNE LÉSION MÉDULLAIRE

- ◆ 1000 à 1200 nouveaux cas de lésions médullaires /an recensés en France
- ◆ 3 à 4 hommes pour 1 femme
- ◆ Majorité d'hommes âgés de 15 à 40 ans en âge de procréer
- ◆ Nécessité de proposer une prise en charge sexologique adaptée, en s'appuyant sur les connaissances neurophysiologiques actuelles

DYSFONCTIONS SEXUELLES DES HOMMES

- ◆ Difficulté à avoir ou à maintenir une érection
- ◆ Troubles de l'éjaculation
 - Ejaculation retardée et/ou inconstante
 - Ejaculation prématurée
 - Ejaculation asthénique (« baveuse »)
 - Anéjaculation ou éjaculation rétrograde partielle ou totale
- ◆ Baisse ou absence du désir sexuel : iatrogène? hormonale? secondaire à la fatigabilité, la dépression, la baisse d'estime de soi liées au handicap ?
- ◆ Troubles sensitifs locaux : anesthésie ou hypersensibilité et/ou paresthésies des organes génitaux externes
- ◆ Troubles de l'orgasme

DYSFONCTIONS SEXUELLES DES FEMMES

Motifs de consultation sexologique :

- **des femmes non neurologiques** : la baisse ou la perte de désir sexuel, puis les troubles de l'orgasme et les dyspareunies
- **des femmes lésées médullaires** : l'absence de sensations et la perte de l'orgasme, d'où une baisse ou une perte de désir, avec la crainte d'une incontinence urinaire et/ou fécale et/ou d'augmentation des contractures

SEXUALITÉ APRÈS UNE LÉSION MÉDULLAIRE

A partir de la 2^{ème} moitié du XX^{ème} siècle, suite à la 2^{ème} guerre mondiale, débute dans les centres de rééducation, **chez l'homme** blessé médullaire :

- L'évaluation de la capacité érectile résiduelle
- L'adaptation de divers traitements palliatifs, médicaux et chirurgicaux et d'aides techniques des dysérections par **Zeitlin (1957)**; **Bors et Comarr (1960)** ; **Fitz Patrick (1974)**; **Chapelle (1980)**...

SEXUALITÉ APRÈS UNE LÉSION MÉDULLAIRE

- L'évaluation de la capacité éjaculatoire résiduelle par **Horne (1948)**, **Guttmann (1949)**, **Bors et Comarr (1970)**, **Chapelle (1970)** ... puis l'évaluation de la fertilité à partir des années 1990

LA SEXUALITÉ APRÈS UNE LÉSION MÉDULLAIRE

Depuis 1989, travail en collaboration avec le Pr Courtois de l'Université du Québec à Montréal, associant l'étude et l'expérience cliniques à la méthodologie de la recherche scientifique sous l'impulsion des Prs Albert Leriche et Michel Eyssette.

Actuellement dans les services des Prs Gilles Rode et Alain Ruffion (Drs K.Charvier, C. Del Aguila, A.Guinet-Lacoste, M-C Pouget/ M. Gérardin, N. Morel-Journal, J-E Terrier)

Intégration de la Recherche Clinique dans la Pratique Clinique en Neuro Sexologie

LA SEXUALITÉ APRÈS UNE LÉSION MÉDULLAIRE

Possibilité ainsi :

- d'établir un cadre à la consultation de neuro sexologie
- de publier et de communiquer sur les réactions sexuelles des sujets blessés médullaires et sur leur prise en charge
- et de poursuivre actuellement un travail de recherche plus axé sur les troubles des réactions sexuelles féminines et les troubles de l'orgasme chez la femme et l'homme blessés médullaires

HOMME

- ◆ Troubles de l'érection de la verge et de l'éjaculation
 - Potentiel post-trauma
 - Palliatifs mécaniques +/- pharmacologiques
- ◆ Troubles du plaisir et de l'orgasme
 - Recadrage cognitif et développement des zones érogènes

FEMME

- ◆ Troubles de l'érection du clitoris, de l'engorgement des petites lèvres, du vagin et de la lubrification vaginale
 - Potentiel post-trauma
 - Palliatifs mécaniques +/- pharmacologiques
- ◆ Troubles du plaisir et de l'orgasme
 - Recadrage cognitif et développement des zones érogènes

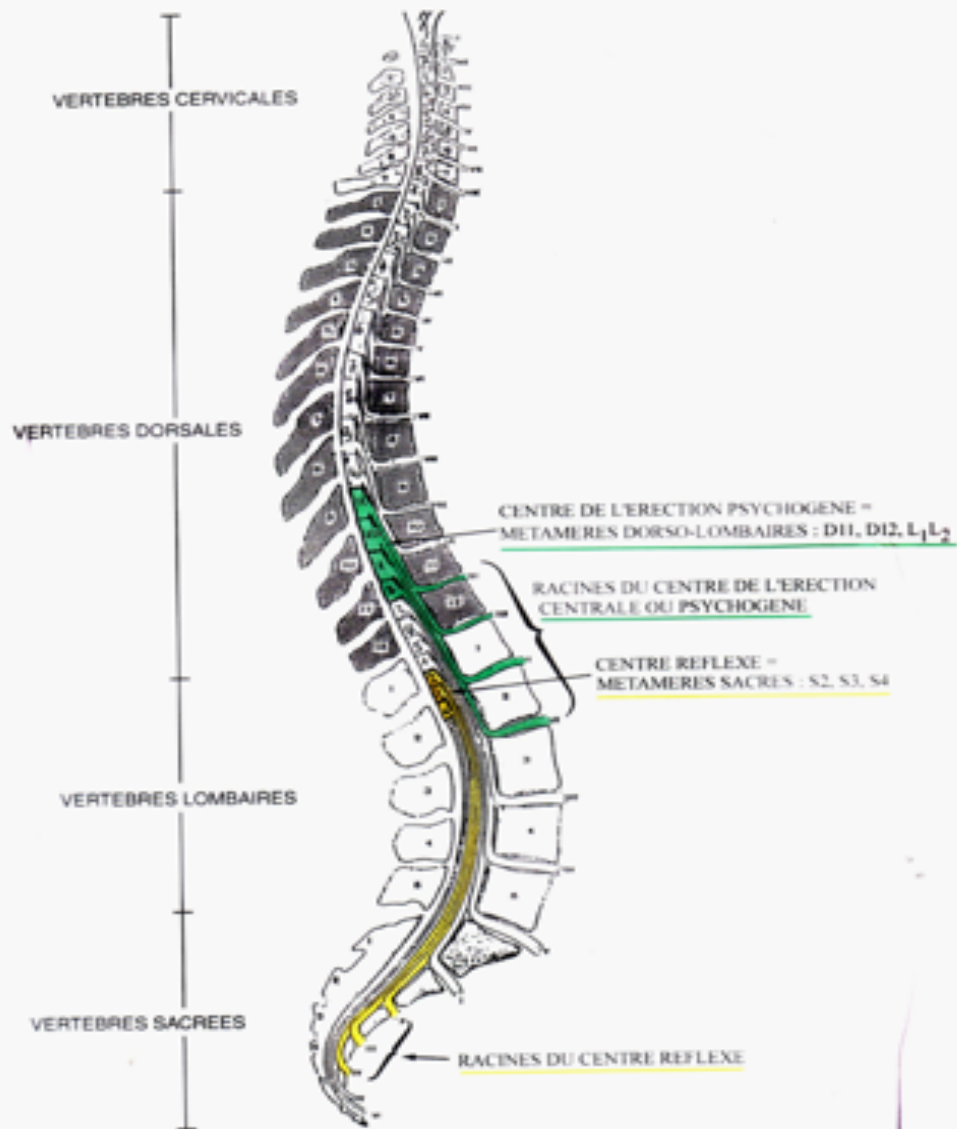
SEXUALITÉ APRÈS UNE LÉSION MÉDULLAIRE

Y-A-T-IL une ATTEINTE DIRECTE des
LÉSIONS sur les
RÉPONSES SEXUELLES ?

ATTEINTES PRIMAIRES POSSIBLES ?

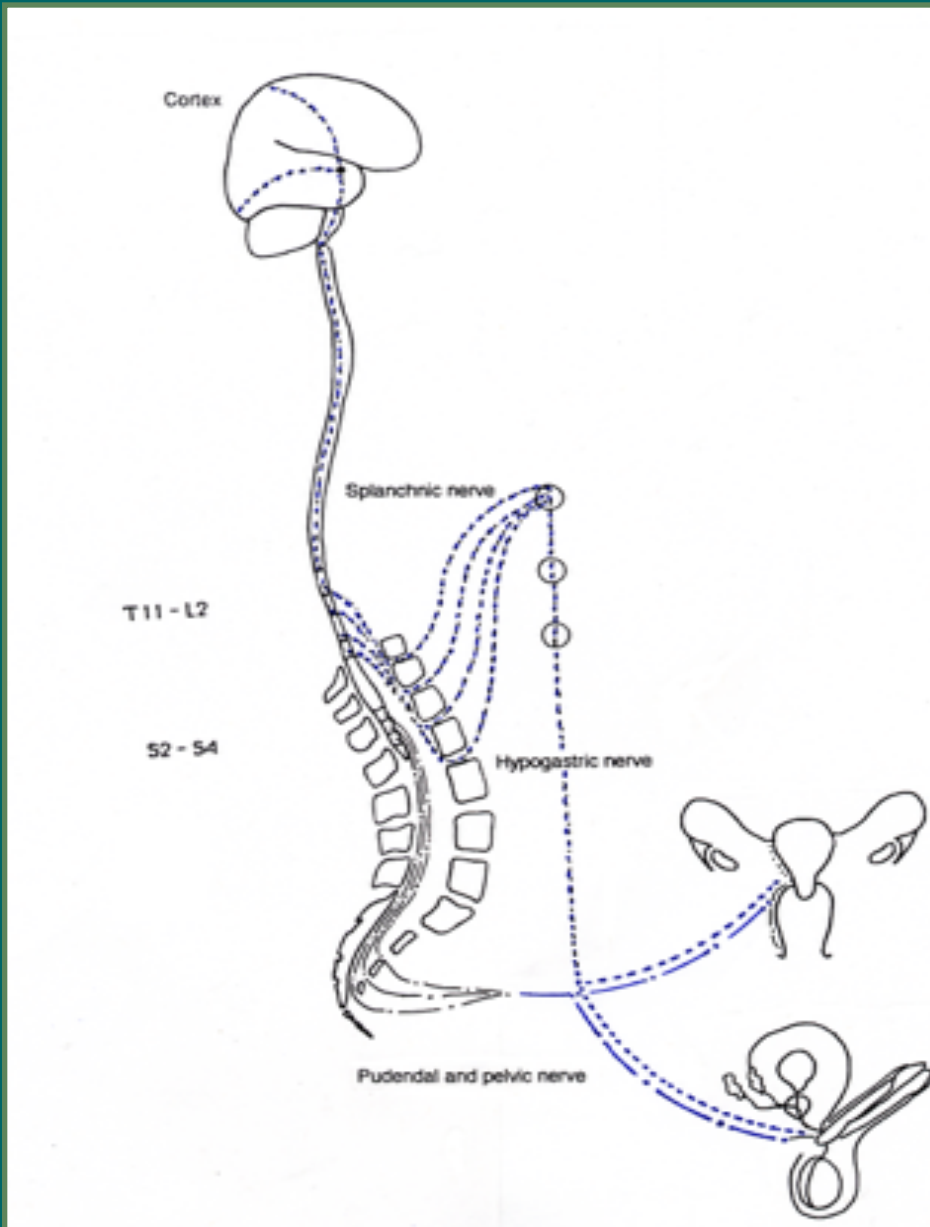
ÉVALUATION DE LA CAPACIT ÉRECTILE CHEZ L'HOMME BLESSÉ MÉDULLAIRE

**SELON LE NIVEAU LÉSIONNEL
ET LE TYPE DE LÉSION**



COUPE DE LA COLONNE VERTEBRALE

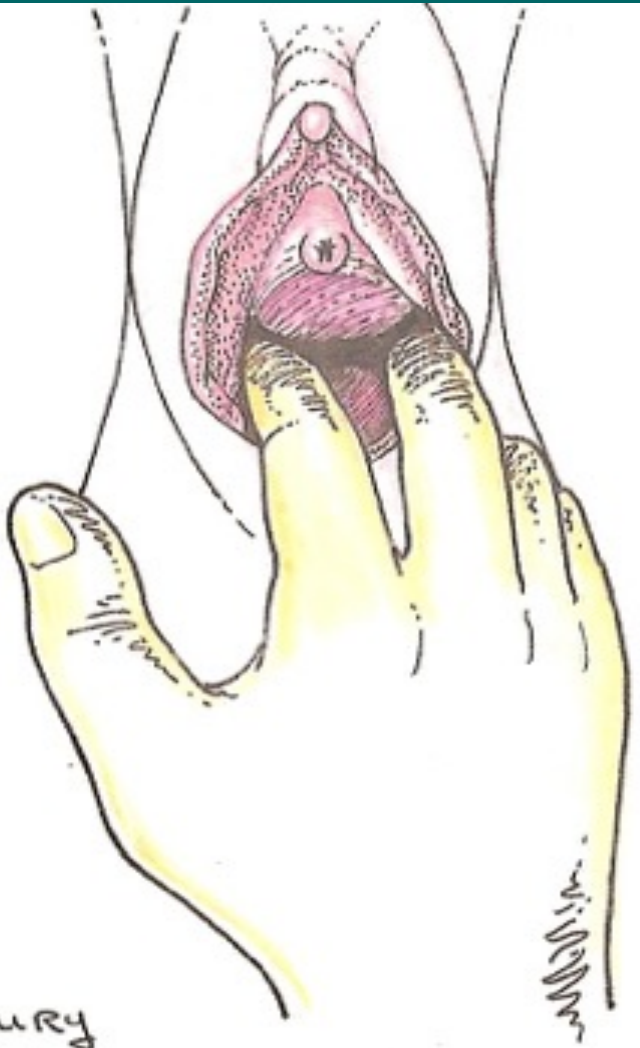
MODÈLE NEUROPHYSIOLIGIQUE des Réactions Sexuelles



- ◆ **Érection** ♂ + ♀
 - Réflexe : S2-S4 → tumescence et rigidité
 - Psychogène T11-L2 → tumescence
- ◆ **Lubrification** ♀
 - Réflexe : S2-S4
 - Psychogène : T11-L2

M É T A M È R E S	LÉSION MOTRICE	LÉSION SENSITIVE	LÉSION MOTRICE	
	S1	Triceps	Face ext. jambe bord ext. pied	Achilléen
	S2	Fléchisseurs orteils	Face post- cuisse	R. bulbo caverneux
	S3	Sphincter anal bulbo- caverneux	Face post- fesse	R. anaux R. bulbo- caverneux
	S4	Sphincter anal bulbo- caverneux	Pourtour marge anale	R. anaux R. bulbo- caverneux
	S5		Triangle post-anal	

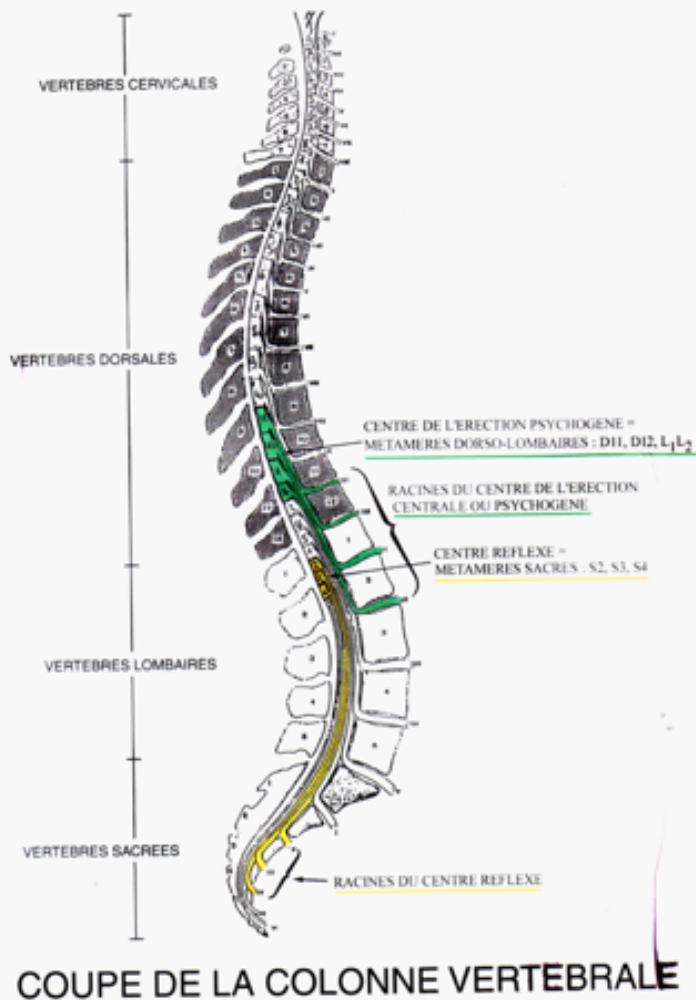
- ◆ Périnée réflexe ou périnée flasque ?
- ◆ Evaluation de la tonicité de la vulve par les touchers vaginal et anal
- ◆ Recherche des réflexes du cône :
 - Réflexe clitorido-anal (S3)
 - Réflexe anal (S4)
 - Réflexe cutané-anal (S4)
 - Réflexe d'étirement de la marge anale (S4)



S. KHOURY

Fig 4. 9 - Testing des muscles périnéaux.

- ◆ Evaluation de la motricité périnéale par le « testing » des releveurs : « testing » vaginal et « testing » anal
- ◆ Cotation de la force musculaire de 0 à 5
- ◆ Evaluation de la tenue (> 5 sec)
- ◆ Evaluation de la fatigabilité (répétition intense possible 5 fois de suite)

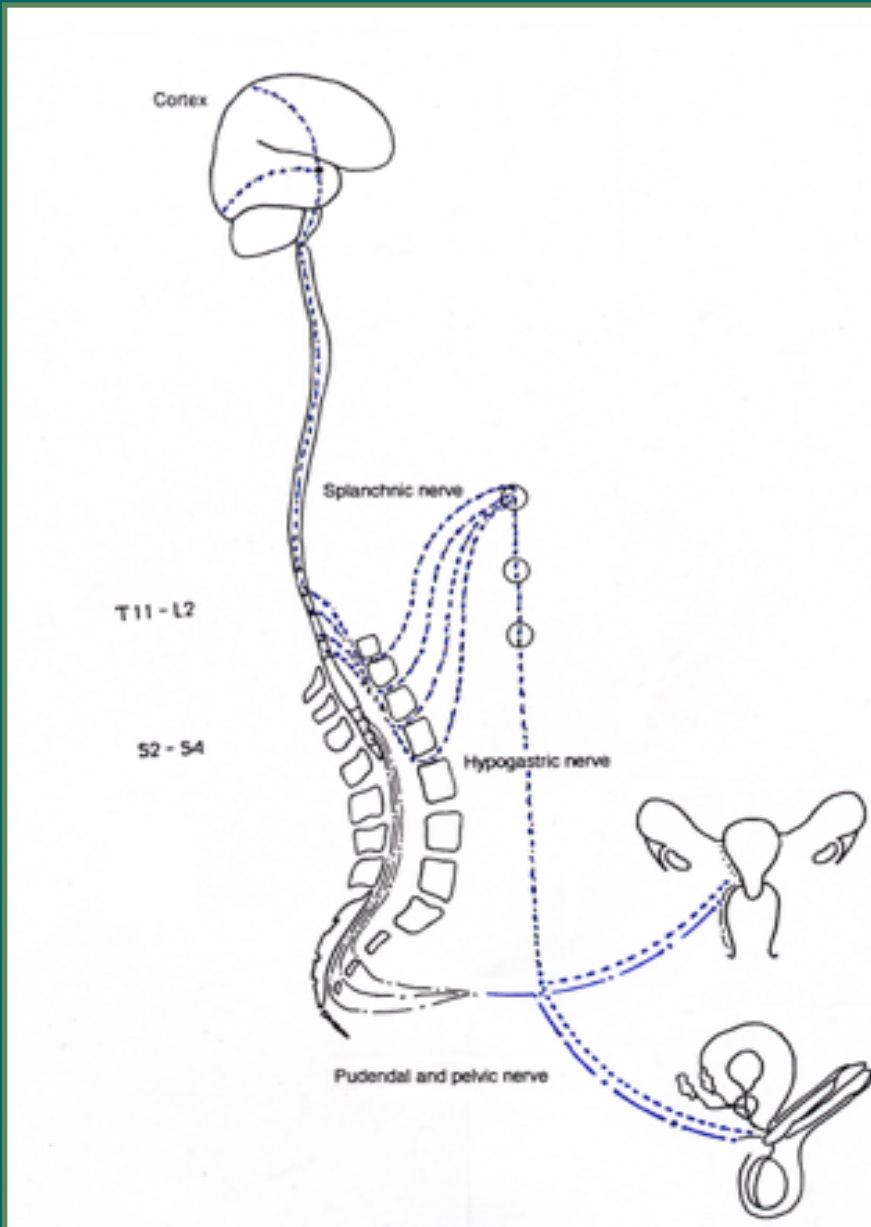


- ◆ Divers tableaux sont envisageables:
- ◆ **Lésion située au dessus du centre thoraco-lombaire T11-T12-L1-L2** mode optimal d'excitation sexuelle par stimulation locale des OGE
- ◆ **Lésion située au niveau du centre sacré ou lésant les racines S2-S3-S4**, mode d'excitation sexuelle optimal par stimulation psychogène
- ◆ **Lésion située entre les 2 centres T11-T12-L1-L2 et S2-S3-S4**, mode d'excitation sexuelle par stimulation réflexe et/ou central mais effet additif des 2 stimulations perdu.
- ◆ **Lésion complète ou incomplète?**

ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ ÉJACULATOIRE CHEZ L'HOMME BLESSÉ MÉDULLAIRE

**SELON LE NIVEAU LÉSIONNEL
ET LE TYPE DE LÉSION**

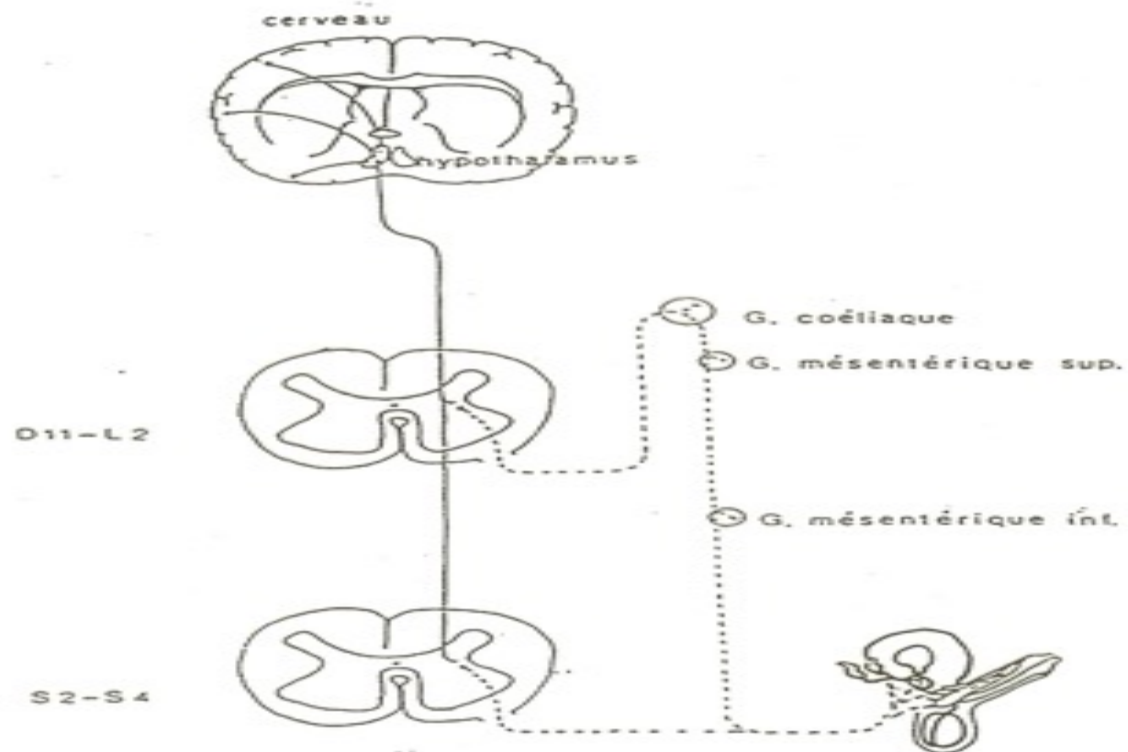
MODÈLE NEUROPHYSIOLIGIQUE des Réactions Sexuelles

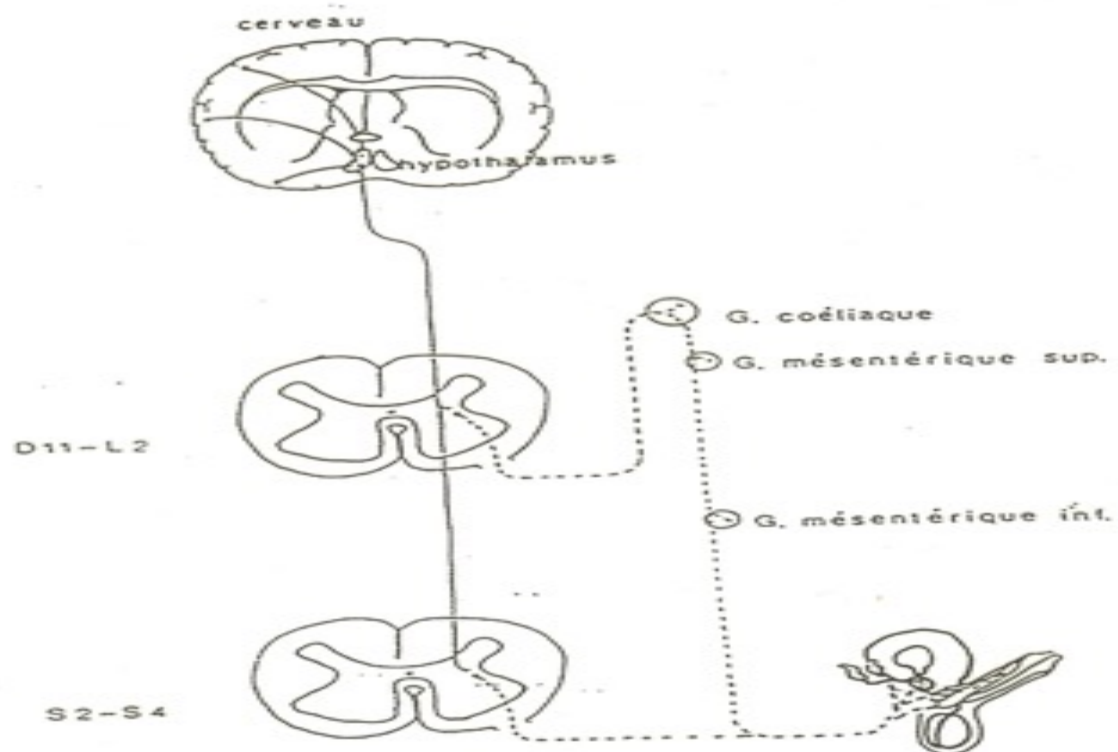


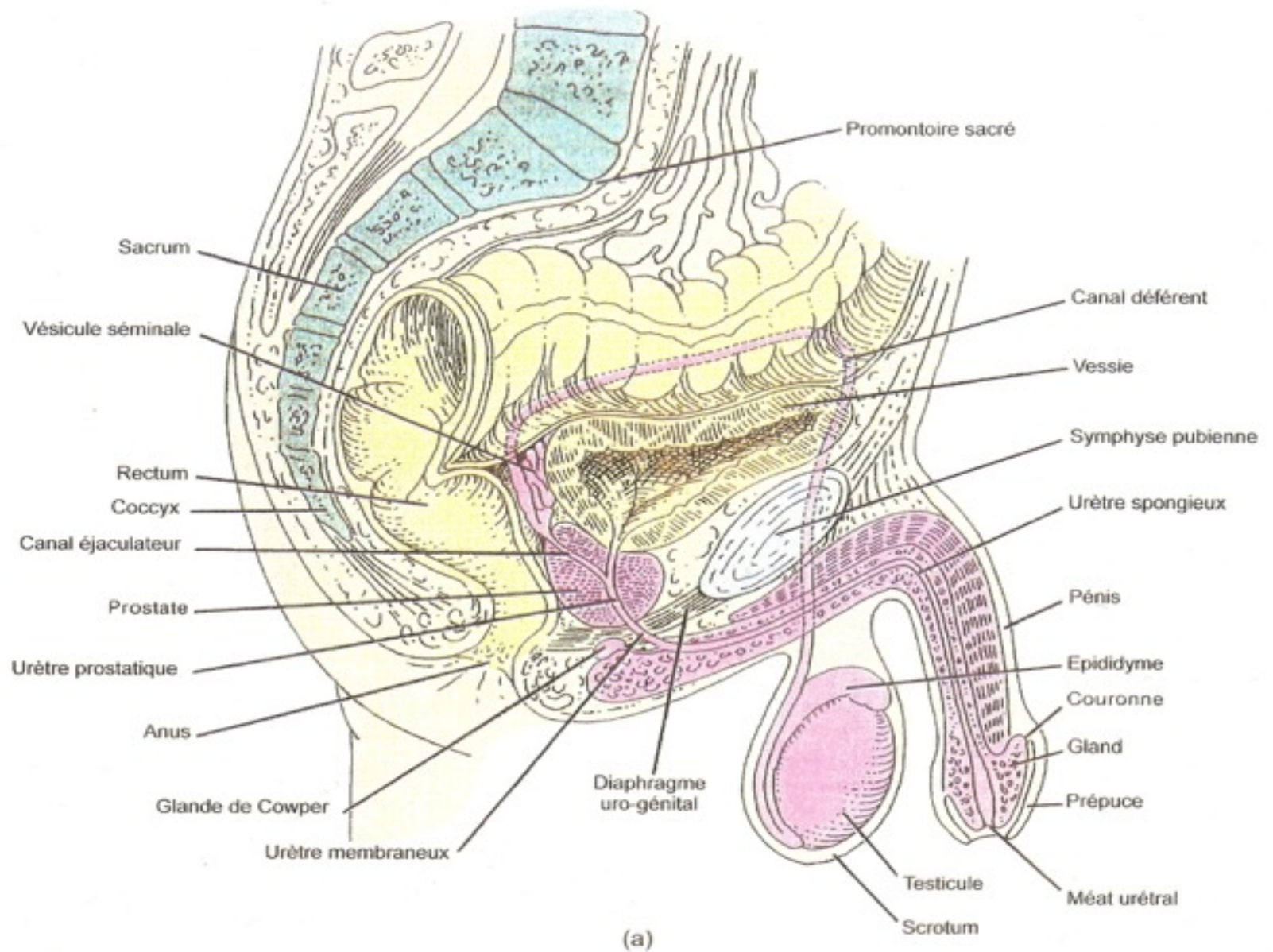
Ejaculation :

- Émission : T11-L2
- Éjaculation : S2-S4
- + 1 Centre spinal lombaire « générateur » de l'éjaculation : « the spinal cord generator » en L4-L5-S1 chez l'homme?

Centre dorso-lombaire (D11 D12 L1 L2) = émission



Centre sacré (S2 S3 S4) = expulsion



Coupe sagittale des organes reproducteurs de l'homme et des structures environnantes. (a) Diagramme.

TROUBLES ÉJACULATOIRES

- ◆ Évaluation de la capacité éjaculatoire
- ◆ Encourager l'auto-stimulation
- ◆ Selon niveau lésionnel en cas d'anéjaculation :
vibromassage +/- tests pharmacologiques (avec réflexe ou psychogène) +/- électrostimulation endo-rectale
- ◆ Recadrage cognitif du ressenti corporel (étude des variations de la tension artérielle, du rythme cardiaque, des contractions musculaires, des réponses autonomiques)
- ◆ Recherche des zones érogènes

PRISE EN CHARGE DES ÉJACULATIONS PRÉCOCES SI LÉSION BASSE

- ◆ Essentiellement décrite en cas de lésions basses :
paraplégie basse, flasque, de type périphérique
- ◆ Le PRILIGY 30 et 60 mg (non remboursé SS) ou le
DEROXAT 10 mg (sans AMM)
- ◆ Amélioration de la capacité érectile (moyens mécaniques
et/ou médicamenteux)
- ◆ Prise en charge sexothérapique de type sexocorporelle
- ◆ Auto-exercices de stop and go ou de squeeze

ÉJACULATION PRÉCOCE : PRILIGY



PRISE EN CHARGE DES DYSÉJACULATIONS SI LÉSIONS HAUTES

- ◆ 15% selon les études d'éjaculation antérograde par stimulation naturelle chez les sujets blessés médullaires après la lésion
- ◆ La majorité décrit une éjaculation longue à obtenir +/- accompagnée d'HRA et inconstante
- ◆ Voire pour certains une « anéjaculation » (possibilité d'éjaculation rétrograde) depuis l'installation de la lésion médullaire.
- ◆ D'abord réévaluer l'efficacité de la stimulation réflexe et psychogène +/- en améliorant l'érection si nécessaire

Garrots péniens



Anneau impulseur d'érection J.M.Egretier IRABES michel@egretier.com



LE VACUUM ou POMPE à VIDE



Les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE₅)



Les injections intra-caverneuses de Prostaglandines

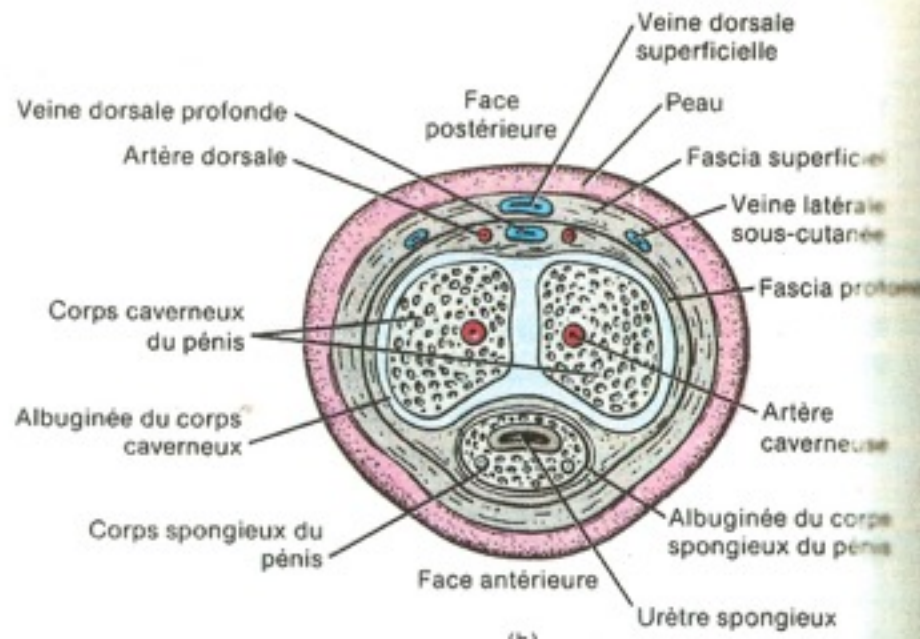
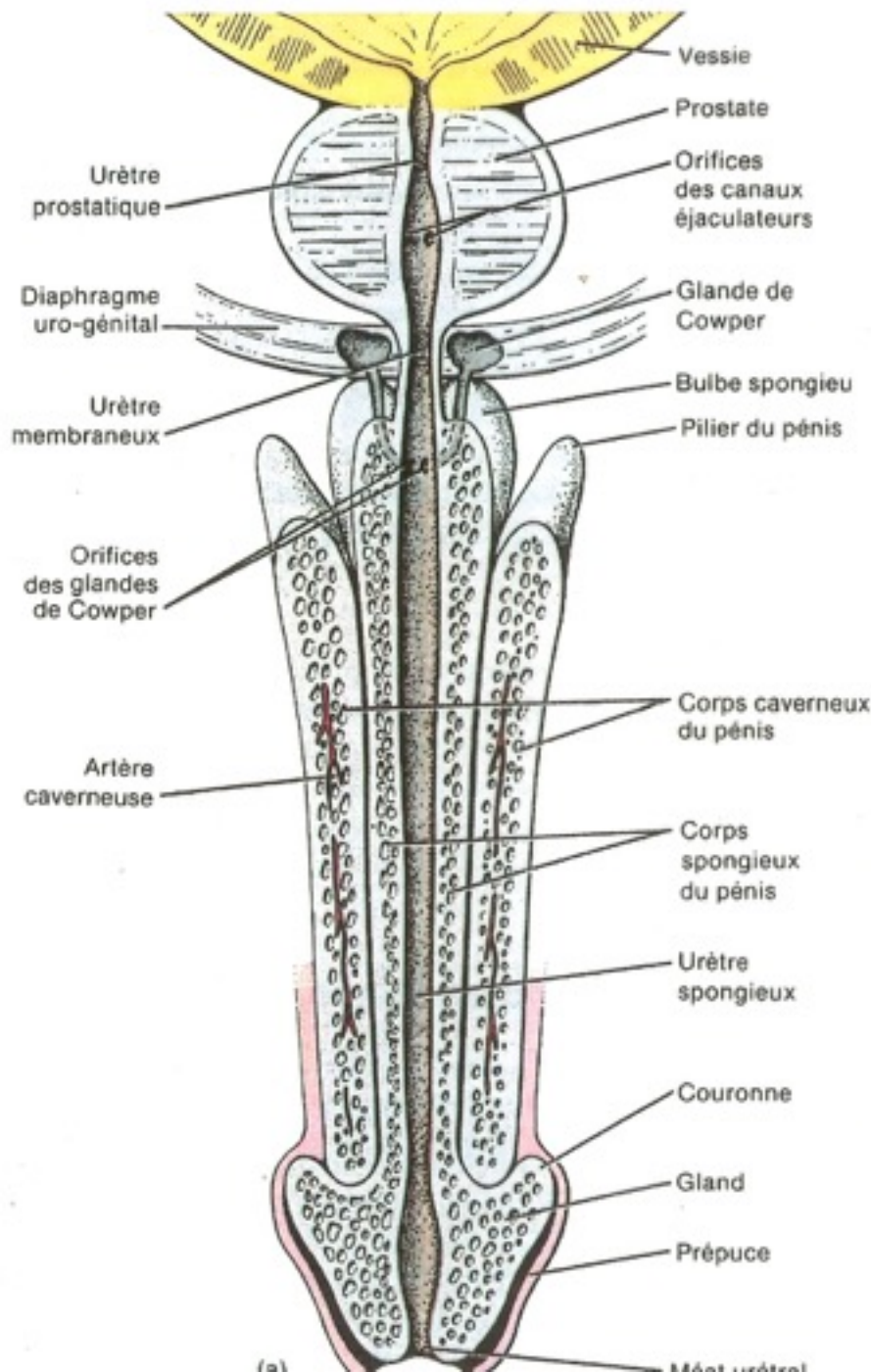


NOUVELLE
PRÉSENTATION



LES INJECTIONS INTRA-CAVERNEUSES DE PROSTAGLANDINES





PALLIATIFS MÉDICAUX

- ◆ Les apomorphines UPRIMA et IXENSE (2 et 3 mg) ont une action centrale : ne sont plus commercialisées
- ◆ Le MUSE ou le VITAROS (remboursé SS si ALD ou assimilée) : instillation intra-urétrale d'alprostadil (doses 100 fois > iic)

INSTILLATION INTRA-URÉTHRALE D'ALPROSTADIL : LE VITAROS



PRISE EN CHARGE DES ANÉJACULATIONS SI LÉSIONS HAUTES

- ◆ Essai vibromassage si stimulations naturelles inefficaces même si érection satisfaisante
- ◆ +/- Gutron per os
 - 5 mg jusqu'à concurrence de 30mg associé au PVS
- ◆ +/- Injections intracaverneuses et IPDE₅
 - Pour optimiser l'érection précédant l'éjaculation
- ◆ Ou stimulation endorectale +/- Gutron
 - Appareil *Lifestim device*, 5-10 mv, 0.1- 0.4 amplitude, 3-4 séries de 20 impulsions

PROCÉDURE

Stimulation Naturelle						
Si -	Vibreur					
	Si -	Vibreur + 5mg Gutron				
		Si -	Vibreur + 10mg Gutron			
			Si -	Vibreur + 15mg Gutron		
				Si -	Vibreur + 20mg Gutron	
					Si -	Vibreur + 25mg Gutron

Le vibreur Ferticare personnel™ (Sønksen)



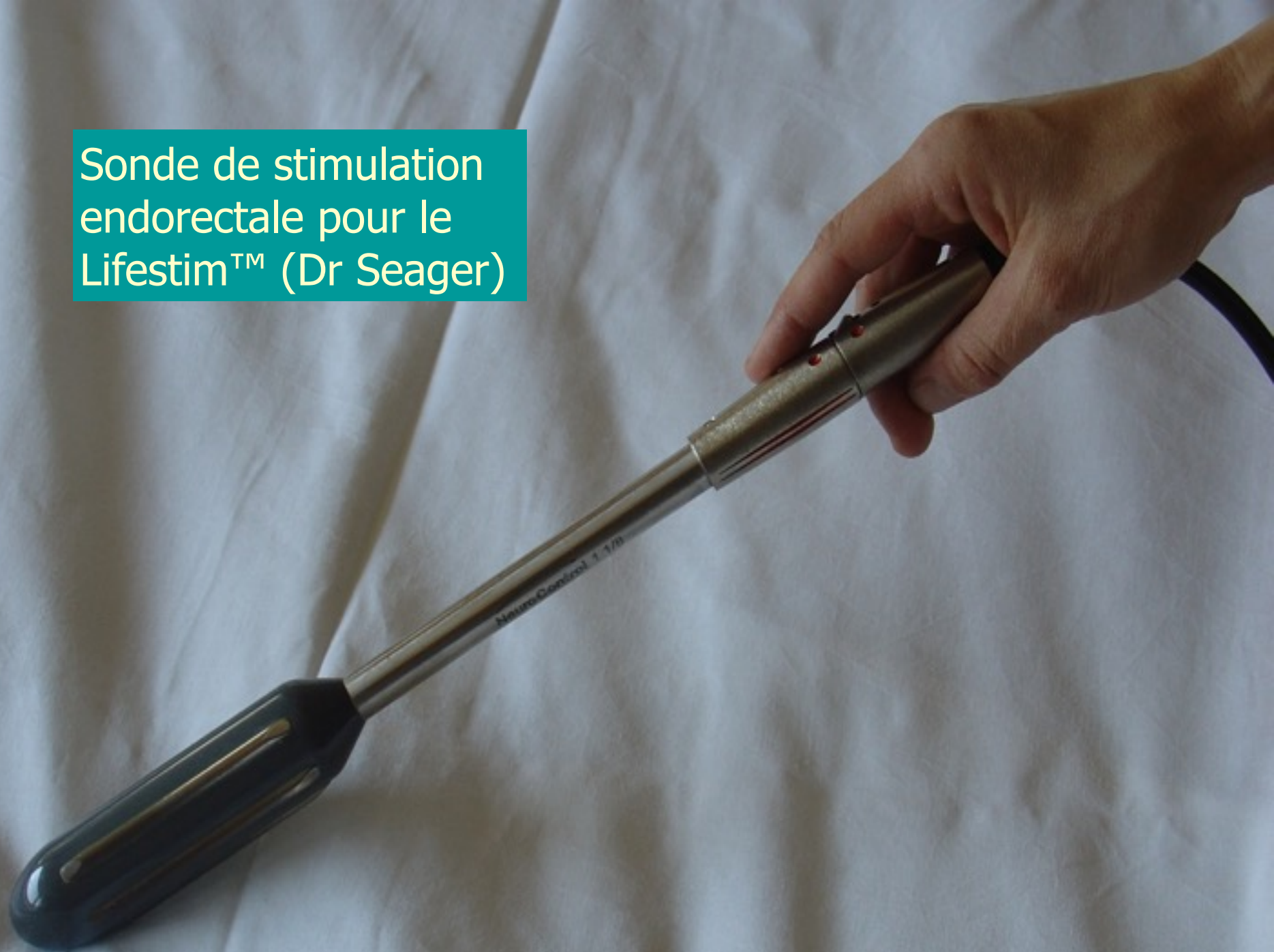
Le vibreur Ferticare personnel™ (Sønksen)





Le Lifestim™,
électrostimulateur
endorectal (Dr Seager)

Sonde de stimulation
endorectale pour le
Lifestim™ (Dr Seager)

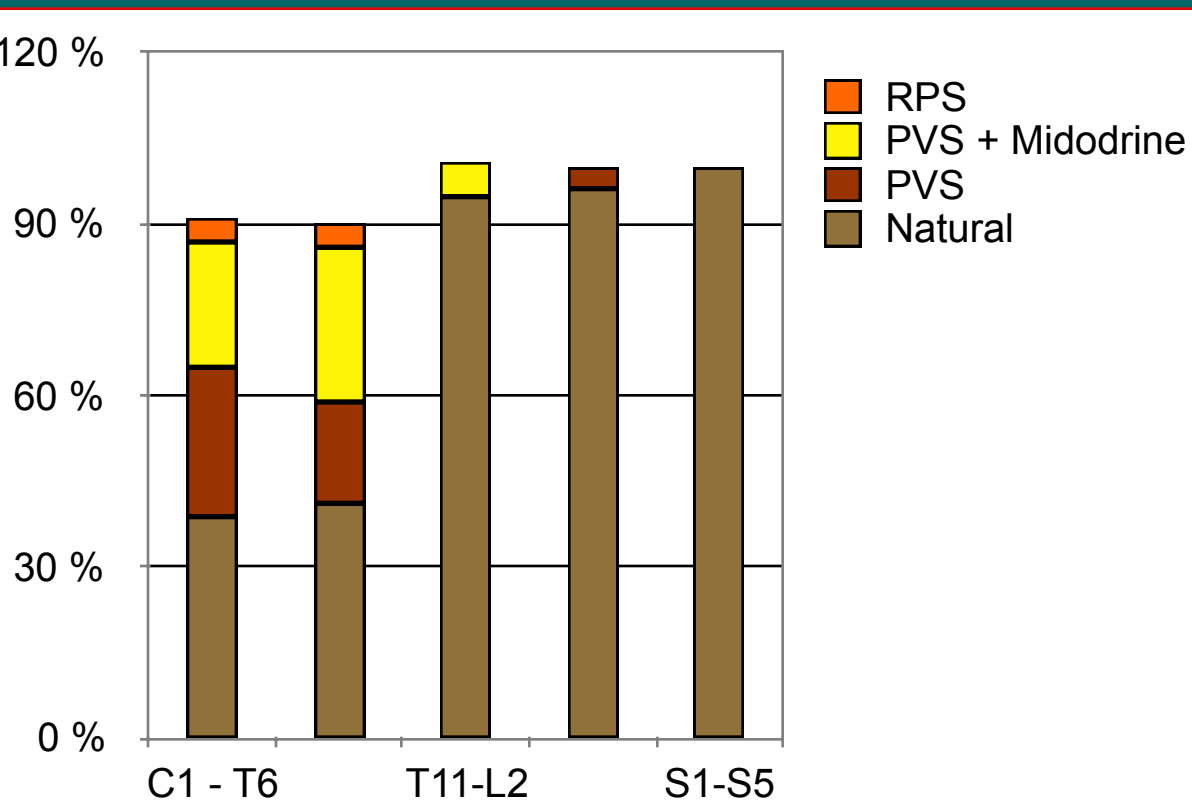


Electrostimulateur
endorectal, Dynamap,
télévision



POTENTIEL ÉJACULATOIRE POST-TRAUMATIQUE

Sur 175 patients au protocole complété, 95% éjaculation
Sur 865 tests pratiqués, 67% positifs

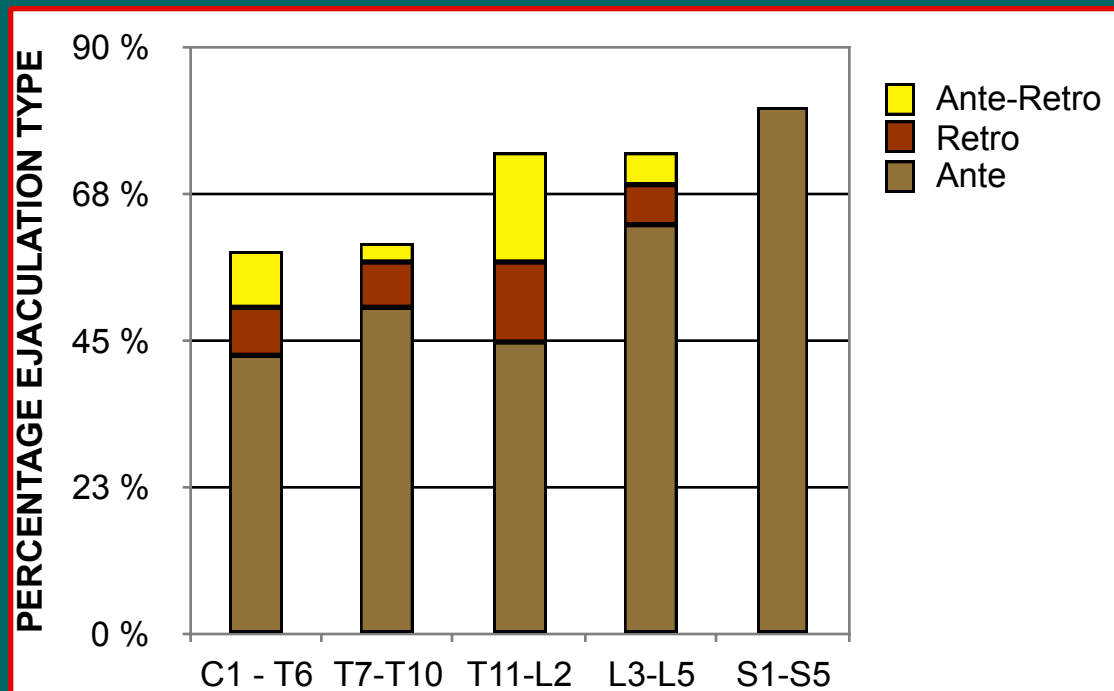


ions C1-T6 et T7-T10:
s plus nombreux et plus
ers

ions T11-L2, L3-L5 et
S5: tests moins
mbreux et plus
ogènes

TYPES D'ÉJACULATION

Sur 67% tests positifs, 49% éjaculations antérogrades,
8% rétrogrades et 9% antéro-rétrogrades

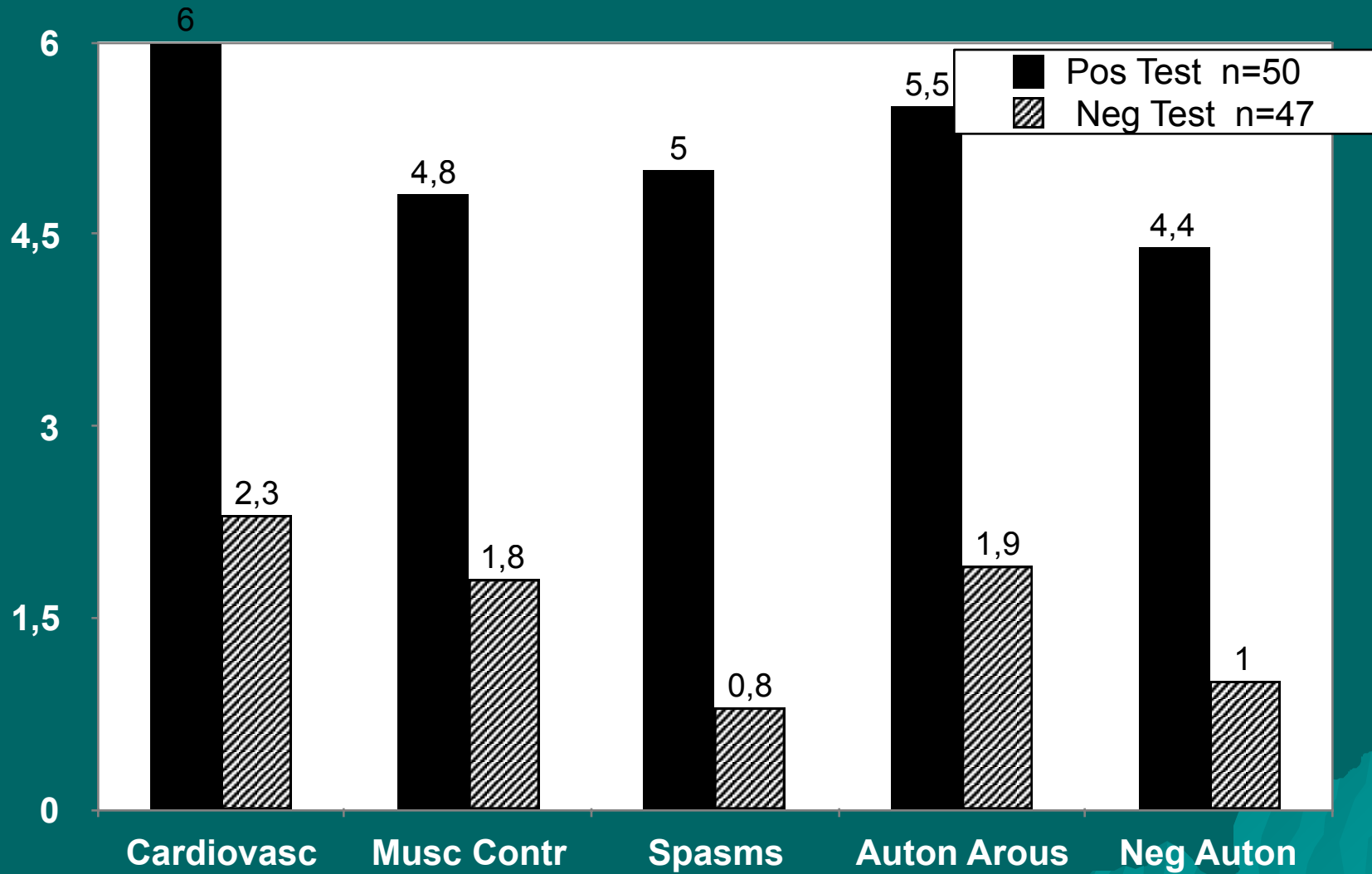


Antérograde : sphincter
relâché, col vésical fermé,
éjaculation antérograde

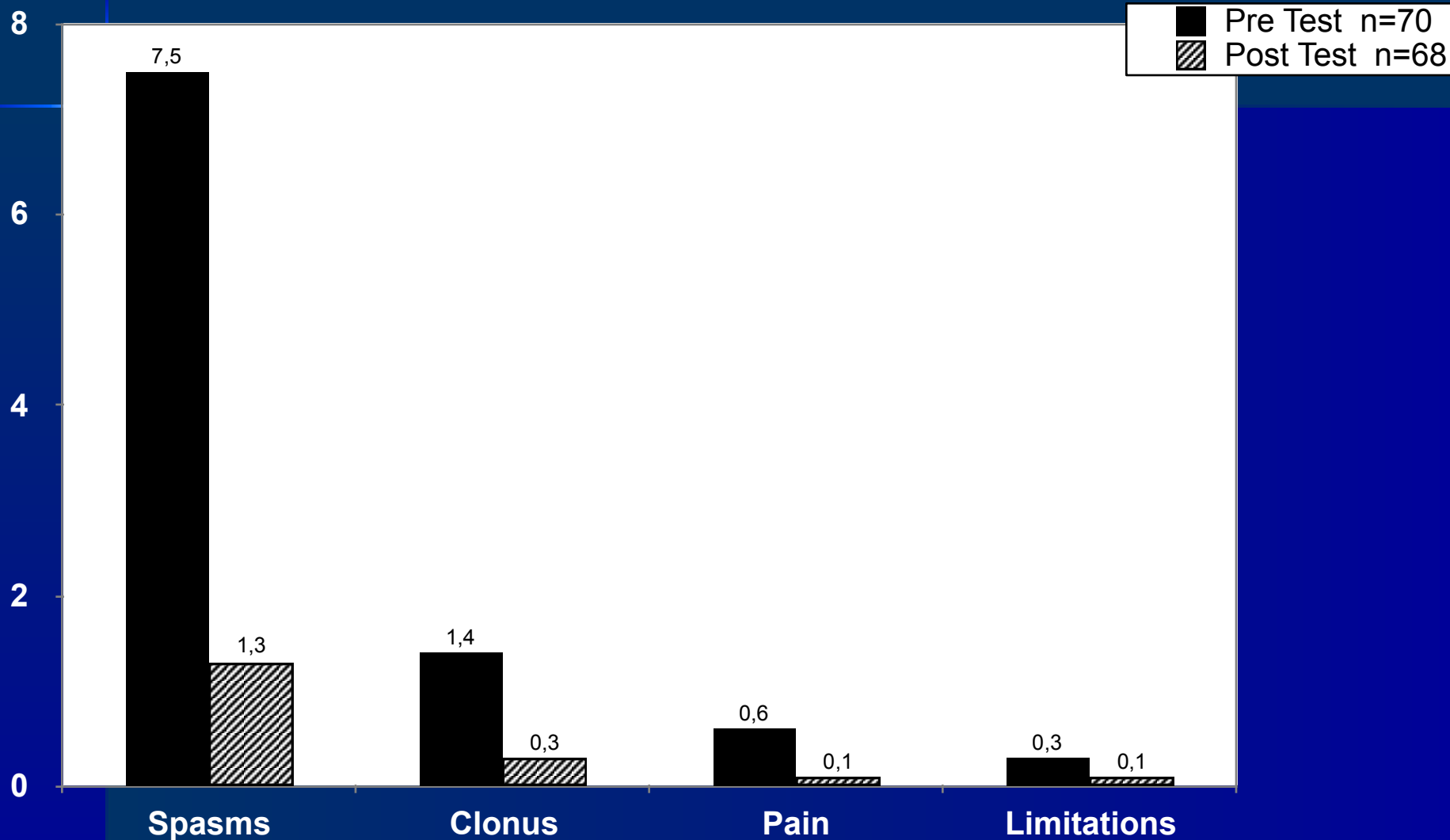
Rétrograde : spasme du
sphincter et/ou col ouvert,
reflux vésical

♦ Antéro - rétrograde

SENSATIONS PHYSIOLOGIQUES PERÇUES



ÉJACULATION ET SPASTICITÉ SUBJECTIVE



Merci de votre attention

Travail clinique réalisé en parallèle avec le
Travail de recherche
du Pr Frédérique Courtois
Université du Québec à Montréal
courtois.frederique@uqam.ca
kathleen.charvier@chu-lyon.fr
berthelotcorinne@orange.fr

Courtois F et al.

Assessment of sexual potential and treatment of sexual dysfunctions in men and women with spinal cord injury.

In : T.C. Berkovsky (Ed). Handbook of Spinal Cord Injuries : Types, treatments and prognosis. New York, Nova Science Publishers Inc. 2009