

LA SEXUALITÉ ET LES BLESSURES MÉDULLAIRES

Stanley Ducharme, Ph.D.
Professeur en médecine de réadaptation
Professeur adjoint en urologie
Boston University School of Medicine

INTRODUCTION

Avec l'espérance de vie prolongée des blessés médullaires, le domaine de la réadaptation a peu à peu mis l'accent sur l'amélioration de la qualité de vie et l'intégration communautaire au cours de la dernière décennie. À cette fin, il est important d'aborder les problèmes relatifs à la sexualité à la fois au stade aigu et au stade chronique de la blessure médullaire. Pour ce faire, on procède à la prestation d'éducation sexuelle aux patients et à leurs partenaires dans le cadre d'une approche prise en charge par une équipe interdisciplinaire qui sera en mesure de traiter les questions de nature médicale et psychologique.

L'ACTIVITÉ SEXUELLE MASCULINE

La fonction érectile et la fonction éjaculatoire sont des activités physiologiques complexes qui nécessitent une interaction entre le système vasculaire, le système nerveux et le système endocrinien. Les érections sont contrôlées par le système nerveux parasympathique.

Dans ce processus, l'érection est contrôlée par un arc réflexe passant par la moelle épinière sacrée. Ce réflexe associe l'action d'une branche afférente et d'une branche efférente. La branche afférente est constituée de fibres somatiques qui partent de la région génitale et parcourent le nerf honteux jusque dans la moelle épinière sacrée. Ces fibres parcourent la queue de cheval et la quittent par les racines nerveuses S2 à S4 de la moelle épinière. Les fibres post-ganglionnaires parasympathiques sécrètent de l'oxyde nitrique qui entraîne la relaxation des muscles lisses des corps caverneux et augmente le débit sanguin dans les artères pénienues. Les chambres vasculaires du pénis deviennent alors engorgées de sang et il se produit une érection. Ce réflexe est modulé par le tronc cérébral supérieur, le centre sous-cortical et le centre cortical. De plus, la fonction érectile est influencée par des facteurs hormonaux, comme le taux de testostérone.

L'éjaculation, point culminant de l'activité sexuelle masculine, est contrôlée par le système nerveux parasympathique. Ces fibres, semblables à l'innervation sympathique de la vessie, prennent naissance dans la moelle épinière au niveau du rachis thoracolumbaire et traversent la chaîne ganglionnaire. Les impulsions produites traversent ensuite les nerfs splanchniques pour se propager dans le plexus hypogastrique. Après avoir fait synapse dans le ganglion mésentérique inférieur, l'influx nerveux des fibres

post-ganglionnaires traversent les nerfs hypogastriques afin d'alimenter le canal déférent, les vésicules séminales et les canaux éjaculateurs à l'intérieur de la prostate.

L'ACTIVITÉ SEXUELLE FÉMININE

La physiologie de l'activité sexuelle féminine n'a pas fait pas l'objet d'une étude aussi approfondie que l'activité sexuelle masculine. On sait néanmoins que la satisfaction sexuelle de la femme dépend de l'interaction complexe entre les systèmes endocriniens et nerveux. L'excitation sexuelle est le résultat d'une stimulation physique et psychogène. Elle se manifeste par la lubrification du vagin et le rétrécissement de l'introitus vaginal. La stimulation de la zone génitale, comprenant le clitoris, les grandes lèvres et les petites lèvres, provoque l'émission de signaux afférents se propageant par le nerf pudendal jusque dans les segments S2 à S4 de la moelle épinière. Ces fibres interagissent avec les fibres efférentes parasympathiques qui font saillie dans le nerf pelvien. Il en résulte une dilation des artères menant aux muscles périnéaux et un resserrement de l'introitus. Par ailleurs, les fibres parasympathiques entraînent la sécrétion de mucus par les glandes de Bartholin qui favorise la lubrification vaginale.

L'orgasme féminin est caractérisé par des contractions rythmées des structures pelviennes. L'orgasme féminin provoque également la dilatation du col de l'utérus qui joue un rôle dans le transport du sperme et la fécondation.

L'ANAMNÈSE SEXUELLE

Une anamnèse sexuelle simplifiée doit faire partie de l'évaluation clinique initiale. Les principaux éléments devant y figurer sont les capacités physiques, les activités sexuelles antérieures, ainsi que l'état de la fonction sexuelle au moment de la consultation. De plus, le clinicien doit faire enquête sur la disponibilité du partenaire, son niveau de satisfaction sexuelle, son orientation, son répertoire comportemental et les sévices sexuels qu'il a subis par le passé. Le recours à des questions à réponses ouvertes favorise une meilleure communication et permet à la personne de poser des questions au clinicien. Les sujets d'une nature plus délicate doivent être abordés plus tard au cours de l'entrevue lorsque la relation thérapeutique est bien établie.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE

L'adaptation à la suite d'une blessure médullaire est un processus graduel qui s'échelonne sur une longue période. La réussite de l'adaptation sexuelle dépend de nombreux facteurs, dont l'âge au moment de la blessure, la qualité du soutien social, la santé physique, le sexe et la gravité de la lésion. Il est nécessaire de faire le deuil des pertes engendrées par une blessure médullaire pour favoriser la préservation et le développement des forces résiduelles. Afin de réaliser une adaptation sexuelle satisfaisante, une personne blessée médullaire doit apprendre à apprivoiser ses nouvelles aptitudes sexuelles, plutôt que d'essayer de récupérer celles qu'elle a perdues.

À la suite d'une lésion traumatique, les personnes passent habituellement par une période où les pulsions sexuelles sont réduites. Bien que la libido ne soit pas touchée par la lésion médullaire, il est possible qu'elle diminue en raison de la dépression, du traumatisme suivant la blessure, de la prise de médicaments ou de la baisse des taux de testostérone. Certaines personnes ont d'abord tendance à nier l'importance de leurs problèmes d'ordre sexuel à la suite de la blessure et restent concentrées sur leur ambulation et le recouvrement de leurs fonctions motrices. D'autres sont réticents à l'idée de devoir discuter de problèmes liés à la sexualité pour des raisons culturelles ou personnelles. Certains patients peuvent également vivre une période intense d'agir sexuel (c'est-à-dire l'utilisation inacceptable d'un langage sexuellement explicite, des contacts physiques importuns et inappropriés avec des membres du personnel, etc.) pendant leur séjour à l'unité de réadaptation. Des tels comportements sont fréquents, car le blessé médullaire doit lutter avec les changements et les répercussions associées à une blessure médullaire.

Au cours de la phase aiguë du programme de réadaptation, il convient d'avoir une discussion de nature délicate avec le client concernant sa sexualité. La personne blessée médullaire voudra probablement se renseigner à propos de questions comme les rencontres, l'attraction, les relations, la paternité ou la maternité et l'apparence physique. D'autres sujets peuvent être abordés, comme l'érection, la lubrification, les positions sexuelles, les sensations, l'orgasme, l'éjaculation et la fécondité. Beaucoup de personnes chercheront à se renseigner à propos de la sexualité, car elle est liée aux fonctions de la vessie et des intestins. Même si la personne ne prend pas l'initiative de discuter de ces sujets au cours de la réadaptation, il est important que les membres de l'équipe de réadaptation lui fournissent des renseignements de base.

Dans les mois suivant la sortie de l'unité de réadaptation, bon nombre de patients commencent à faire l'expérience de changements sur le plan de leur fonctionnement sexuel. La plupart des gens blessés médullaires redeviennent sexuellement actifs au cours de la première année suivant leur sortie du centre de réadaptation. Par ailleurs, la maîtrise des changements d'ordre sexuel est un processus graduel pouvant s'échelonner sur une longue période. C'est au cours des mois suivant leur sortie de l'unité de réadaptation que la plupart des gens blessés médullaires sont les plus aptes à recevoir de l'information et des conseils en matière de sexualité. Durant cette période, il arrive malheureusement qu'ils ne puissent avoir de contacts avec les membres du personnel de réadaptation les ayant soignés et que les ressources communautaires pour obtenir de l'information précise et utile fassent défaut.

Quant aux femmes, Margareta Kreuter et ses collègues du Danemark ont indiqué que 80 % des femmes blessées médullaires redeviennent sexuellement actives à la suite d'un traumatisme. Leurs travaux ont démontré que ce qui motive à la fois les femmes blessées médullaires et les femmes valides est le besoin d'intimité plutôt que le désir physique exclusivement. Pour les femmes blessées médullaires qui n'étaient pas sexuellement actives auparavant, les questions relatives au sentiment de ne pas être attirantes sexuellement et au manque de confiance en elles semblent constituer les principaux sujets devant être abordés.

L'EXCITATION MASCULINE ET FÉMININE

Les hommes et les femmes blessés médullaires manquent souvent de sensibilité dans les régions habituellement érogènes de leur corps, comme la zone génitale et la zone mammaire. À ce titre, la stimulation de ces zones peut entraîner une érection ou une lubrification du vagin, mais pas nécessairement le plaisir sexuel. Par contre, d'autres zones du corps qui sont rarement reconnues comme des zones érogènes, comme les oreilles, les paupières et le cou, peuvent être stimulées pour engendrer l'excitation sexuelle. Certaines personnes constatent un accroissement de la réaction sexuelle produite par le toucher de la surface de la peau dans la zone du niveau neurologique de l'atteinte. Il s'agit d'une zone souvent sollicitée dans l'activité sexuelle et habituellement reconnue comme étant très érotique et procurant énormément de plaisir (Kreuter et al. 2008).

LA FONCTION SEXUELLE CHEZ L'HOMME: ÉRECTION, ÉJACULATION ET ORGASME

Les hommes blessés médullaires peuvent obtenir une érection de nature réflexogène ou de nature psychogène. Les érections réflexes sont obtenues au moyen de la stimulation de la région génitale. Habituellement, ces érections sont maintenues aussi longtemps que dure la stimulation de cette région. À l'opposé, les érections psychogènes sont le résultat d'une stimulation érotique qui produit une modulation corticale de l'arc réflexe sacré. En général, les érections sont plus susceptibles de se produire dans les cas de lésions médullaires incomplètes (à la fois au neurone moteur supérieur et inférieur) que dans les cas de lésions complètes. Souvent, les hommes blessés médullaires ne peuvent maintenir une érection que si le pénis est stimulé, mais la rigidité de l'érection n'est pas suffisante pour accomplir l'acte sexuel. L'érection doit donc être augmentée au moyen de dispositifs, de médicaments ou d'une prothèse pénienne si un couple désire avoir des rapports sexuels.

Il est plus rare chez les hommes blessés médullaires d'être en mesure d'éjaculer que d'obtenir une érection. Le taux d'éjaculation varie selon la nature et l'endroit où se trouve la lésion neurologique. Dans le cas de lésions complètes du neurone moteur supérieur, on estime le taux d'éjaculation à 2 %. Dans le cas de lésions incomplètes du neurone moteur supérieur, ce taux dépasse un peu celui-ci pour atteindre approximativement 32 %. Beaucoup d'hommes capables d'éjaculer font l'expérience de l'éjaculation rétrograde dans la vessie, alors que d'autres peuvent expérimenter des émissions inopportunes de sperme.

L'expérience de l'orgasme chez les hommes blessés médullaires varie selon les individus. Certains le décrivent comme un événement principalement émotionnel, d'autres comme une relaxation musculaire généralisée ou une sensation agréable au niveau du bassin ou

des sens. D'autres encore indiquent qu'ils ne connaissent plus d'orgasmes depuis leur blessure.

LA MÉDICATION PAR VOIE ORALE DANS LES CAS DE DYSFONCTIONNEMENT ÉRECTILE

Le sildénafil (ou Viagra) a été approuvé par la FDA¹ en 1998 et peut jouer un rôle significatif dans le traitement du dysfonctionnement érectile chez les hommes blessés médullaires. Le sildénafil est un inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5 (PDE 5) inhibant la dégradation de la GMP cyclique² dans les corps caverneux. Elle est rapidement absorbée à la suite de l'administration orale et prend approximativement 60 minutes avant de produire l'activité sexuelle escomptée. Le sildénafil est plus efficace chez les hommes qui sont capables d'obtenir des érections réflexogènes. Il donne plus de rigidité au pénis et permet de maintenir une érection suffisante pour la pénétration. Les hommes qui prennent des médicaments contenant des nitrates doivent s'abstenir d'utiliser le sildénafil, car il y a un risque d'hypertension très grave. Bon nombre d'hommes blessés médullaires ont une pression artérielle basse au repos et il importe de faire preuve de prudence dans la prescription de cet agent vasodilatateur. De plus, ce médicament n'est pas recommandé pour les personnes souffrant de maladies cardiaques. Parmi les effets secondaires notés chez cette population autrement bien portante, on compte des rougeurs au visage, une dyspepsie, des maux de têtes, ainsi que des troubles visuels.

Depuis le lancement du sildénafil, d'autres médicaments inhibiteurs de la PDE 5 comme le tadalafil (Cialis) et le vardénafil (Levitra) ont été utilisés avec succès afin d'améliorer la qualité des érections. Ces médicaments, qui doivent être pris deux heures avant l'activité sexuelle, ont un effet dilateur semblable sur la vascularisation du pénis et connaissent une popularité croissante ces dernières années. Le tadalafil a reçu un accueil particulièrement favorable de la part des jeunes hommes en raison de sa demi-vie prolongée de 36 heures et de sa capacité de rendre l'activité sexuelle plus spontanée. On a récemment lancé le tadalafil à dosage plus faible qui, administré de façon quotidienne, permet de maintenir un niveau thérapeutique sur une période prolongée. Le dosage quotidien de Cialis est recommandé aux hommes qui sont sexuellement actifs plus de deux fois par semaine.

LE TRAITEMENT PAR INJECTION INTRACAVERNEUSE

Le traitement par injection intracaverneuse de papavérine, d'alprostadil et de phénolamine constitue un traitement reconnu et efficace du dysfonctionnement érectile. Le recours à cette thérapie exige la consultation d'un urologue. On administre d'abord aux personnes de petites doses de ces agents vaso-actifs et on les augmente progressivement jusqu'à ce qu'elles obtiennent une érection assez satisfaisante pour leur

¹ N.D.T. : **FDA** : *Food and Drug Administration* (administration américaine des denrées alimentaires et des médicaments).

² N.D.T.: **GMP** : guanosine monophosphate

permettre d'avoir des rapports sexuels. Un mélange de ces agents vaso-actifs est parfois prescrit. Des érections persistant au-delà de quatre heures nécessitent une consultation médicale, car il peut s'agir de priapisme et les deux partenaires doivent donc recevoir une formation adéquate. Beaucoup d'hommes tétraplégiques présentent une déficience fonctionnelle de la main et auront besoin d'une partenaire coopérative pour effectuer l'injection. Certaines personnes ayant des lésions incomplètes peuvent ressentir une légère douleur au voisinage du site d'injection. Le traitement par injection intracaverneuse présente également un risque de fibrose du pénis. Afin d'éviter de telles complications, il est recommandé que l'homme ou sa partenaire exerce une pression sur le site d'injection pendant plusieurs minutes.

LE TRAITEMENT TRANSURÉTRAL

Des systèmes d'administration transurétrale ont récemment été approuvés pour l'administration d'agents vasodilatateurs. Le médicament administré sous la forme d'un petit suppositoire inséré dans l'urètre avant l'activité sexuelle est habituellement l'alprostadil. Ce traitement n'est pas aussi efficace que le traitement par injection intracaverneuse et est susceptible de causer des sensations de brûlures pour les hommes chez qui une certaine sensibilité est demeurée intacte. Beaucoup d'hommes ne sont pas satisfaits de la rigidité des érections obtenues et cette procédure est rarement recommandée en général.

DISPOSITIFS D'ÉRECTION PÉNIENNE

Ces dispositifs créent un vide autour du pénis. Le sang alors pompé dans le pénis afflue vers les corps caverneux. Une bande élastique est alors glissée le long d'un cylindre de plastique et placée à la base du pénis pour maintenir la tuméfaction. L'éjaculation peut alors être retardée en raison de la constriction de l'urètre. Par ailleurs, de nouveaux modèles sont disponibles dont les anneaux de constriction sont moins susceptibles de diminuer l'éjaculation.

Les dispositifs d'érection pénienne constituent une méthode non invasive, peu dispendieuse et efficace. Ils demandent toutefois un certain niveau de dextérité manuelle. Pour beaucoup d'hommes tétraplégiques, la partenaire doit consentir à les assister dans cette procédure. De plus, les hommes doivent se transférer hors de leur fauteuil roulant et se coucher sur le dos afin d'obtenir une bonne étanchéité à la base du pénis. Il est possible que les personnes ayant des lésions médullaires incomplètes constatent une douleur, une décoloration et une sensation de froid à la base de leur pénis. L'anneau de constriction ne doit pas rester en place plus d'une demi-heure. Le port de l'anneau pendant des périodes prolongées pourrait causer des lésions cutanées. Les dispositifs d'érection pénienne semblent plus acceptés chez les hommes engagés dans une relation stable. Chez les jeunes couples, le dispositif est souvent perçu comme étant contre nature et encombrant. Certains hommes utilisent des dispositifs d'érection pénienne pour augmenter les érections obtenues au moyen des médicaments par voie orale, bien que ceci soit devenu plus rare ces dernières années. Les dispositifs d'érection

pénienne sont souvent employés dans les pays en développement où la pharmacothérapie n'est pas disponible et trop onéreuse.

LES PROTHÈSES PÉNIENNES INTERNES (IMPLANTS PÉNIENS)

Les prothèses péniennes internes, quant à elles, connaissent aujourd'hui un grand succès et elles sont devenues extrêmement populaires grâce à la nouvelle technologie. Bon nombre d'hommes blessés médullaires sont très élogieux à leur égard. Après la première adaptation, nombreux sont les hommes qui voient l'implant d'un très bon œil. Ceux qui choisissent cette méthode pour améliorer leurs érections, surtout les jeunes hommes, devront s'adapter sur le plan émotionnel en acceptant le fait que l'implant est l'unique solution qui leur reste pour retrouver leur fonction érectile. Ce processus émotionnel peut être long ! Le recours aux prothèses devrait normalement être envisagé lorsque les autres méthodes se sont avérées infructueuses.

Les prothèses péniennes sont extrêmement efficaces et peuvent s'avérer très satisfaisantes pour de nombreux couples. Toutefois, les hommes doivent demeurer réalistes et être bien informés de ce qui les attend. Une prothèse ne redonne ni la fonction sexuelle de notre jeunesse, ni ne modifie la taille de l'appareil génital. Une personne bien informée, et plutôt deux fois qu'une, est toutefois certaine de ce qui l'attend et est le plus souvent assez satisfaite des résultats.

Même aujourd'hui, une prothèse pénienne demeure le dernier recours pour restaurer la fonction sexuelle chez l'homme. L'insertion d'une prothèse par chirurgie est définitive et la procédure est irréversible. Il s'agit d'une décision sérieuse et elle ne devrait pas être prise à la légère. Il est recommandé d'en discuter d'abord avec son partenaire et son médecin. Beaucoup d'hommes aiment obtenir un deuxième avis avant de recourir à l'insertion chirurgicale de la prothèse. Finalement, la décision revient au blessé médullaire et à sa partenaire.

Il existe aujourd'hui sur le marché deux types de prothèses péniennes, soit les prothèses semi-rigides et les prothèses gonflables. Les prothèses semi-rigides semblent moins populaires, car elle procure à l'homme une érection permanente. Ce type de prothèse consiste à placer deux tiges de plastique dans les chambres des corps caverneux du pénis, soit les espaces qui se gorgent normalement de sang au cours de l'érection.

L'un des principaux avantages de la prothèse semi-rigide est qu'elle permet à l'homme de maintenir un condom en place. Naturellement, cet élément est important s'il emploie une certaine forme de drainage urinaire au moyen d'un condom. Cette forme de drainage urinaire est devenue de moins en moins populaire ces dernières années, mais il semble qu'elle soit encore utilisée la nuit. Les hommes pour qui le cathétérisme intermittent s'est avéré inutile y ont également recours. Par ailleurs, l'inconvénient majeur de la prothèse semi-rigide vient du fait que l'homme est en érection permanente et que ceci s'avère embarrassant lorsqu'il fréquente la salle d'entraînement, la plage ou qu'il porte des vêtements ajustés.

La prothèse gonflable consiste à insérer une paire de cylindres gonflables à l'intérieur du pénis par chirurgie. Une pompe est également insérée dans le scrotum. Lorsque l'homme désire obtenir une érection, il n'a qu'à presser la pompe, ce qui injecte un fluide (habituellement une solution saline) dans les cylindres gonflables, les rendant ainsi rigides. Lorsque l'on procède au dégonflage, le pénis reprend sa taille normale à l'état flasque (Hakim 2002).

On envisage le recours aux prothèses péniennes lorsque les autres traitements se sont avérés sans succès, particulièrement dans les cas où le traumatisme a perturbé le système vasculaire du pénis. Ce type de traitement est également indiqué si l'on fait face à de graves cas de la maladie de La Peyronie. Le recours aux prothèses péniennes n'est pas recommandé dans la première année suivant la blessure pour permettre aux blessés médullaires de s'adapter sur le plan émotionnel et d'explorer des moyens moins invasifs pour les assister dans leurs activités sexuelles.

LA FÉCONDITÉ MASCULINE

L'acte d'éjaculation et la capacité d'avoir des enfants sont les troubles sexuels les plus compliqués auxquels font face les couples blessés médullaires. L'origine de la stérilité chez les blessés médullaires provient d'une pathologie organique touchant les mécanismes neuromusculaires qui contrôlent la séquence éjaculatoire. L'anéjaculation est quant à elle causée par une interruption pathologique du processus éjaculatoire au niveau neurologique et musculaire.

La grande majorité des hommes ayant des lésions médullaires de tout niveau font l'expérience de difficultés, lorsqu'ils tentent d'avoir un enfant, en ce qui a trait à la fécondation de l'ovule au cours de l'acte sexuel. Ces troubles, que l'on nomme souvent des facteurs masculins, sont typiquement associés au dysfonctionnement érectile ou éjaculatoire, à la mauvaise qualité des spermatozoïdes ou à une combinaison de ces facteurs. Naturellement, l'absence de désir sexuel peut également constituer un facteur significatif touchant l'excitation, la performance sexuelle et la fréquence des contacts sexuels. Une perturbation ou une interruption survenant sur le plan de l'un de ces aspects peut engendrer des problèmes de procréation.

En raison de leurs difficultés éjaculatoires, les hommes blessés médullaires doivent souvent avoir recours à des techniques, autre que l'acte sexuel, pour féconder l'ovule de la femme. Celles-ci comprennent la stimulation manuelle, la stimulation vibratoire du pénis ou l'emploi d'une sonde anale, technique que l'on nomme l'électroéjaculation. Bien que l'électroéjaculation ne soit pas la technique la plus privilégiée, elle demeure néanmoins la plus efficace, avec un pourcentage de réussite de 83 %. Mais, en général, on peut avoir recours à toutes ces techniques pour obtenir un échantillon de sperme. Ces deux techniques peuvent entraîner l'hyperréflexie autonome, alors il est bon que les couples connaissent les symptômes associés à une augmentation soudaine de la pression artérielle.

Après avoir obtenu un échantillon de sperme et déterminé sa qualité, le couple peut tenter la grossesse en utilisant des techniques de fécondation diverses. Les techniques de fécondation actuellement disponibles sont l'insémination intra-vaginale (IIV), l'insémination intra-utérine (IIU), la fécondation in vitro (FIV), le transfert intratubaire de gamètes (TIG) et l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (IICS).

Les hommes blessés médullaires disposent d'une gamme d'options envisageables pour obtenir des échantillons de sperme et féconder l'ovule de leur partenaire, mais ils ont tout de même à faire face à des enjeux en raison de l'incidence de la lésion médullaire sur la qualité du sperme. Des recherches ont montré qu'en dépit du nombre normal de spermatozoïdes chez les blessés médullaires, le pourcentage de spermatozoïdes motiles a tendance à être inférieur à celui des hommes valides. En général, le pourcentage de spermatozoïdes motiles chez les hommes blessés médullaires est de 20 %, comparativement à 70 % chez les hommes valides.

Des chercheurs de l'Université de Miami ont indiqué, dans la revue *Journal of Urology*, qu'il n'y a pas de corrélation entre la motilité des spermatozoïdes et le niveau de la blessure, l'âge, le temps écoulé à la suite de la blessure ou la fréquence d'éjaculation. De plus, ces chercheurs ont constaté que les spermatozoïdes des hommes blessés médullaires sont fragiles et qu'ils perdent rapidement leur capacité de nager. Heureusement toutefois, la qualité du sperme ne se détériore pas dans les années suivant la blessure médullaire. De ce fait, l'entreposage de sperme dans une banque immédiatement à la suite du traumatisme, technique autrefois populaire, n'est plus considéré comme une option viable et nécessaire pour la fécondation future.

Pour les hommes blessés médullaires, les taux de grossesse réussie se chiffrent entre 10 % et 35 %. En général, les hommes vivant avec des lésions incomplètes (à la fois au neurone moteur supérieur et inférieur) sont plus susceptibles de connaître la paternité que ceux vivant avec des lésions complètes. Les conditions pouvant contribuer à la stérilité comprennent l'éjaculation rétrograde et, en particulier, les infections des voies urinaires répétées. Les troubles comme l'élévation de la température testiculaire en raison de la position assise prolongée dans un fauteuil roulant, le port de vêtements serrés ou autres facteurs liés au mode de vie sont généralement considérés comme des problèmes significatifs en ce qui a trait à la qualité du sperme.

L'INCONTINENCE URINAIRE ET FÉCALE

L'incontinence urinaire et fécale survenant à des moments inopportuns, de même que le rejet social qu'elles occasionnent, constituent les principales préoccupations pour de nombreux blessés médullaires. Ces facteurs constituent souvent la principale raison expliquant pourquoi les gens ne redeviennent pas socialement ou sexuellement actifs à la suite d'une blessure à la moelle épinière. Un accident urinaire ou fécal peut survenir à tout moment pendant qu'ils font la cour à quelqu'un, au cours des rapports sexuels, ou dans toute autre circonstance sociale. L'embarras, la honte et l'humiliation associés à l'incontinence crée un sentiment indu d'anxiété et apparaît souvent comme un obstacle

insurmontable dans une relation. La communication, la préparation et la planification de l'activité sexuelle sont des aspects qu'il est important de considérer dans la résolution de ces difficultés éventuelles.

Afin de réduire les épisodes inopportuns d'incontinence, on doit procéder à la vidange de la vessie avant le rapport sexuel. On peut fixer une sonde de Foley, si présente, sur le côté du pénis en insérant un condom par-dessus le cathéter. Les femmes peuvent avoir des rapports sexuels malgré la présence d'une sonde de Foley en fixant le cathéter à leur abdomen. Même avec le meilleur programme de gestion, la stimulation sexuelle peut provoquer l'incontinence urinaire et fécale. Le passage embarrassant de gaz par la voie vaginale, intestinale ou par le sac de l'appareillage stomique peut être évité par des mouvements légers, une position coïtale adéquate et une diète particulière. On devrait limiter l'ingestion de liquide dans les heures précédant l'activité sexuelle et garder des serviettes à la portée de la main en cas d'épisodes d'incontinence urinaire ou fécale. Plus important encore est la nécessité pour le couple de discuter de ces questions et de partager ses émotions, son anxiété et ses peurs l'un avec l'autre.

LA FONCTION SEXUELLE CHEZ LA FEMME: EXCITATION SEXUELLE ET LUBRIFICATION VAGINALE

La plupart des femmes blessées médullaires arrivent à obtenir un certain niveau de lubrification vaginale. Cette lubrification, comme pour l'érection chez l'homme, est influencée par des facteurs réflexogènes et psychogènes. Les femmes vivant avec des lésions incomplètes (à la fois au neurone moteur supérieur et inférieur) sont plus susceptibles d'obtenir une lubrification satisfaisante. Si la lubrification vaginale n'est pas satisfaisante, on peut alors recommander l'utilisation d'un lubrifiant soluble. Le sildénafil peut avoir une valeur limitée chez les femmes blessées médullaires en augmentant la pression artérielle dans la région du périnée, de même que la lubrification vaginale, améliorant ainsi la satisfaction sexuelle. Mais des études antérieures à propos de l'utilisation de médicaments inhibiteurs de la PDE 5 chez les femmes, comme le sildénafil, ont été décevantes et ont été interrompues par l'industrie pharmaceutique. Il semble que les études actuelles mettent davantage l'accent sur le rôle du remplacement de la testostérone chez la femme atteinte d'un dysfonctionnement sexuel.

LA FÉCONDITÉ FÉMININE

Entre 44 % et 58 % des femmes souffrent d'une aménorrhée temporaire immédiatement après la blessure. Les menstruations réapparaissent habituellement dans les 6 mois suivant le traumatisme. Ni le niveau ni le degré de complétude d'une lésion ne semble être associé à l'interruption du cycle menstruel. Pour un faible pourcentage de femmes blessées médullaires, il y a également des modifications sur le plan de la longueur du cycle, la durée et l'abondance du flux menstruel, ainsi que de l'intensité des crampes menstruelles. La plupart d'entre elles sont fertiles et devraient employer des moyens de contraception, excepté dans le cas d'un couple désireux d'avoir un enfant.

LA CONTRACEPTION

La question de la contraception peut s'avérer quelque peu problématique pour les femmes blessées médullaires. Les condoms permettent la contraception et offre une protection contre la transmission de maladies transmises sexuellement. Le diaphragme constitue une autre solution acceptable dans le cas où la personne est dotée d'une dextérité manuelle adéquate ou est assistée d'un partenaire coopératif. La prise de contraceptifs oraux est associée à une incidence accrue de thromboembolie et ceux-ci doivent être prescrits avec prudence chez les femmes blessées médullaires. Les contraceptifs oraux ne contenant que de la progestérone s'avèrent plus sûrs que ceux contenant à la fois de l'œstrogène et de la progestérone. Le stérilet est quant à lui associé à une incidence accrue de maladies pelviennes inflammatoires et d'hyperréflexie autonome. De plus, les femmes blessées médullaires pourraient ne pas être en mesure de percevoir si le dispositif est bien en place sur le col de l'utérus et qu'il ne se déplace pas.

LA GROSSESSE

Les femmes blessées médullaires enceintes présentent un risque accru d'infections des voies urinaires, d'œdème de la jambe, d'hyperréflexie autonome, de constipation, de thromboembolie et d'accouchement prématuré. Comme l'innervation utérine commence au niveau des nerfs splanchniques T10 à T12, les patientes ayant des lésions au-delà du nerf splanchnique T10 sont incapables de percevoir les contractions utérines et les mouvements fœtaux. Il peut être difficile de différencier l'hypertension induite par une grossesse (éclampsie) de l'hyperréflexie autonome. L'hyperréflexie autonome peut s'avérer la seule manifestation clinique des contractions. Au cours du deuxième et troisième semestre, les femmes enceintes peuvent avoir de la difficulté à effectuer des tâches fonctionnelles auparavant accomplies de manière entièrement autonome. Les transferts peuvent nécessiter l'assistance d'un aidant, et les déplacements, l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé. Dans de nombreuses régions, il est difficile de trouver un obstétricien et un anesthésiste affichant une attitude positive, dont les bureaux sont accessibles et qui ont de l'expérience dans le traitement des femmes blessées médullaires.

CONCLUSION

L'adaptation sexuelle à la suite d'une blessure à la moelle épinière est un processus graduel exigeant des ajustements d'ordre psychologique et physique. La disponibilité de nouveaux médicaments, de dispositifs et de procédures ont grandement amélioré les chances de retrouver une vie sexuelle satisfaisante à la suite d'une blessure médullaire. Le *Consortium for Spinal Cord Medicine* de l'organisme *Paralyzed Veterans of America* élaborent actuellement des lignes directrices pour la pratique clinique sur la sexualité et la santé génésique qui traiteront de l'information qui doit être communiquée aux blessés médullaires et à leurs partenaires à la suite d'un traumatisme.

LECTURES SUGGÉRÉES

Boller P, Frank E. 1982. Sexual dysfunction in neurologic disorders. New York: Raven Press.

Ducharme S, Gill K. 1997. Sexuality after spinal cord injury, Baltimore (MD): Paul Brooks Publishing Company.

Joannides P. 2004. Guide to getting it on. Waldport (OR): Goofy Foot Press.

Leyson J. 1991. Sexual rehabilitation of the spinal cord injured patient. Clinton (NJ): Humana Press.

Sipski M, Alexander C. 1997. Sexual function in people with disability and chronic illness. Gaithersburg (MD): Aspen Publications.

BIBLIOGRAPHIE

Hakim L. 2002. The couple's disease: Finding a cure for your lost love life. Delray Beach: DHP Publishers.

Kreuter M, Siosteen A, Biering-Sorensen F. 2008. Sexuality and sexual life in women with spinal cord injury: A controlled study. Journal of Rehabilitation Medicine. 40:61-69.