

Déficiences génito-sexuelles, aspects physiopathologiques *

RAPPEL : FONCTIONNEMENT NORMAL (anatomie, physiologie)

Chez l'homme

L'érection correspond au redressement de la verge et à la rigidification des organes érectiles. Son mécanisme est neurologique, hormonal et vasculaire. Les organes érectiles (fig. 1) comprennent les corps caverneux (dont le rôle est prépondérant), le corps spongieux (insuffisant seul pour procurer une rigidité convenable) et le gland (dont le rôle est essentiellement de permettre l'éjaculation). Ces deux derniers éléments ne dépassent jamais le stade de turgescence. Les muscles du périnée jouent un rôle actif dans l'érection et « arriment » solidement la verge à l'abdomen. L'érection est obtenue par un afflux sanguin important au niveau des organes érectiles, principalement des corps caverneux. Cette première phase est d'origine musculaire et artérielle. Le maintien de l'érection dépend en grande partie du système de drainage veineux très particulier des corps caverneux.

Sur le plan neurologique, l'érection des corps caverneux dépend d'un arc réflexe passant par la moelle sacrée (S2-S3-S4, cf. fig. 3 p. 360 et fig. 3 p. 373). L'érection du corps spongieux nécessite l'intégrité d'un arc réflexe passant par la moelle dorso-lombaire (D12- L1). Les centres encéphaliques (du cerveau) ont un rôle important dans le déclenchement des érections « psychogènes » (érections déclenchées sans stimulation directe des organes génitaux) et dans le maintien et

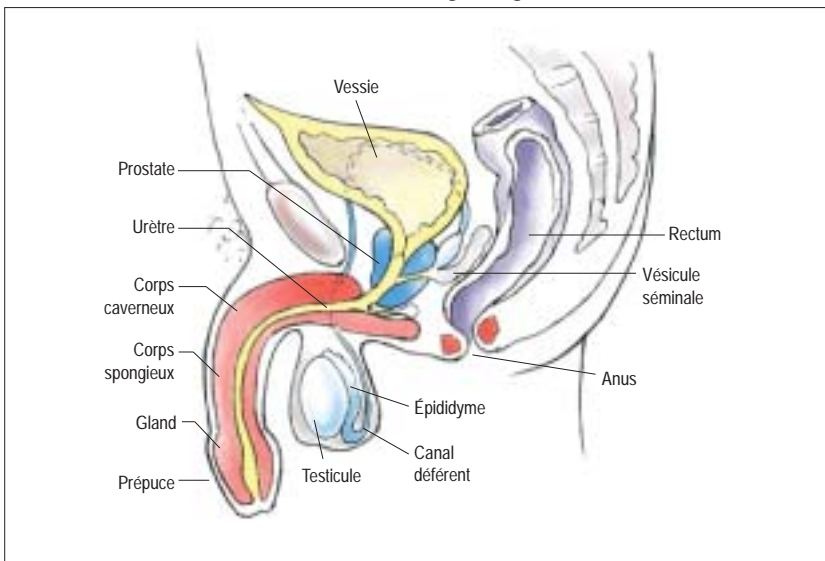


Figure 1.
Appareil génital de l'homme.

la régulation de la qualité érectile au cours du rapport. Cette action a une origine inconsciente ou parfois consciente (fantasmes...).

L'éjaculation est un réflexe médullaire (cf. p. 126) qui se déclenche lorsque les récepteurs situés sur le gland ont accumulé un nombre suffisant d'informations. Lorsque ce réflexe est enclenché, rien ne peut plus l'arrêter. Par contre, les données cliniques que l'on a pu recueillir (éjaculations prématurées, ou, à l'inverse, anéjaculations psychogènes) montrent, à l'évidence, le rôle important des centres encéphaliques sur la facilitation ou l'inhibition de la mise en jeu de ce réflexe. L'éjaculation proprement dite peut être divisée en deux phases :

- l'accumulation des sécrétions des différentes glandes génitales dans l'urètre postérieur, fait intervenir la moelle au niveau de la charnière dorso-lombaire (D12-L1) ;
- l'expulsion du sperme, sous la dépendance de la moelle sacrée (S2-S3-S4).

L'orgasme qui accompagne habituellement l'éjaculation semble avoir pour origine la perception de la distension (dilatation) de l'urètre postérieur par le sperme, immédiatement avant l'éjaculation, la contraction des muscles du périnée et le cheminement du sperme dans l'urètre, sous une pression importante. La perception de ces différentes sensations nécessite l'intégrité des récepteurs sensitifs, des nerfs, des voies de conduction médullaires et des centres encéphaliques. Sa qualité, le plaisir qu'il procure, est un phénomène neuropsychologique complexe.

Chez la femme (fig. 2)

La « mécanique » sexuelle est rarement perturbée directement par une lésion neurologique. Le plaisir sexuel dépend, pour les perceptions « primaires » de la sensibilité des organes sexuels (vagin, clitoris), dont l'innervation médullaire est sacrée (S2-S3-S4). Comme chez l'homme, l'intégration de ces perceptions élémentaires, à l'origine de la sensation de plaisir, nécessite l'intégrité de l'ensemble des voies. La qualité est, là encore, le fruit de phénomènes neuropsychologiques faisant intervenir de très nombreux facteurs.

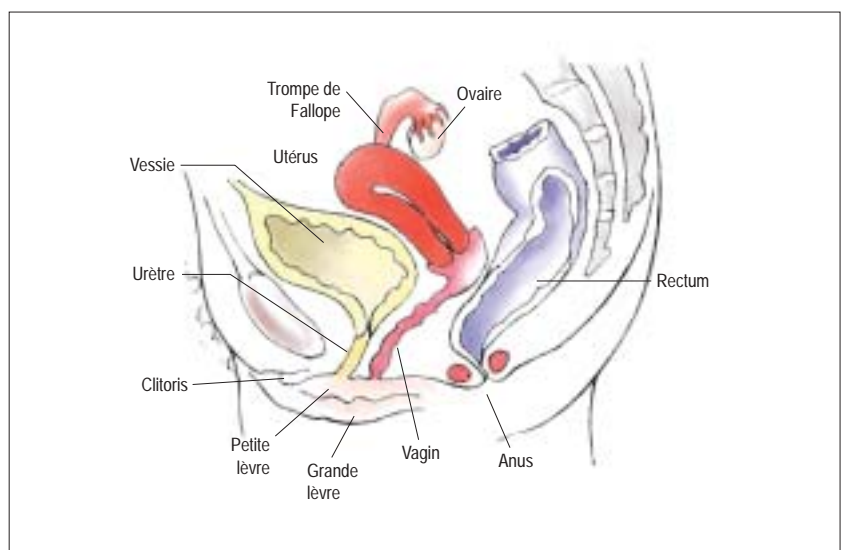


Figure 2.
Appareil génital de la femme.

QUELLES PERTURBATIONS SONT POSSIBLES

(du fait de lésions neurologiques) ?

Compte tenu de ce qui a été décrit plus haut, on conçoit donc qu'une lésion neurologique, soit par son importance, soit du fait de sa localisation, puisse retentir sur l'un des aspects de la sexualité (voir aussi p. 92 à 100).

En cas d'atteinte médullaire ou périphérique

CHEZ L'HOMME

En cas de lésion médullaire (traumatique ou secondaire à une maladie, comme la sclérose en plaques par exemple), les répercussions vont dépendre de la localisation de la lésion (en hauteur, niveau de l'atteinte – cf. fig. 3 –, et en largeur), de son étendue, du caractère complet (sensitif et/ou moteur) de l'atteinte, de l'état de la moelle en dessous de la lésion (présence de spasticité, de contractures). Il est donc très difficile d'envisager tous les cas de figure possibles. Pour schématiser à l'extrême, on peut avancer que, pour que l'érection et/ou l'éjaculation demeurent possibles, en cas de section complète de la moelle, il faut que les centres médullaires concernés soient en zone saine (au-dessus de la lésion) ou en dessous de la lésion, mais dans une zone où l'activité médullaire réflexe est conservée. L'orgasme « normal » n'est possible que si des passages sensitifs restent présents malgré la lésion de la moelle. Mais il n'est pas rare que les patients apprennent à mieux utiliser leurs zones érogènes secondaires (seins, cou...) et que leur stimulation puisse donner lieu à des sensations voluptueuses, parfois assez proches de l'orgasme qu'ils connaissaient antérieurement.

Dans les syndromes périphériques (syndromes de la queue de cheval, atteinte des plexus lombo-sacrés, neuropathies), le problème est un peu différent. Lorsque l'atteinte est massive, étendue, bilatérale, les connexions entre les organes génitaux et les centres (médullaires et encéphaliques) sont totalement interrompues et on peut alors observer des dysfonctionnements majeurs. Lorsque l'atteinte est plus discrète, la qualité et l'importance du trouble dépendent de la localisation de la lésion et, en ce qui concerne l'érection, on peut voir toutes les situations, depuis une impuissance totale jusqu'à l'érection normale (ou sub-normale, sans retentissement fonctionnel notable).

CHEZ LA FEMME

En cas d'atteinte médullaire ou périphérique, la qualité du rapport dépend, pour une bonne partie, de l'atteinte sensitive (et de son degré) touchant le clitoris (S3) et le vagin (S3-S4). Lorsque l'atteinte est flasque, une hypotonie vaginale marquée peut gêner pour la réalisation du rapport. Il se peut également que la stimulation du périnée soit, lorsque l'atteinte est de type central, à l'origine de fuites d'urines, toujours très mal vécues (la vidange vésicale avant toute rapport est une bonne précaution). Enfin, rarement, des contractures importantes peuvent être un obstacle à la pénétration. Un équivalent d'orgasme peut être obtenu par stimulation des zones érogènes secondaires. Cela est souvent plus facile que chez l'homme car la femme, naturellement, exploite plus volontiers, même en l'absence de pathologie neurologique, les perceptions.

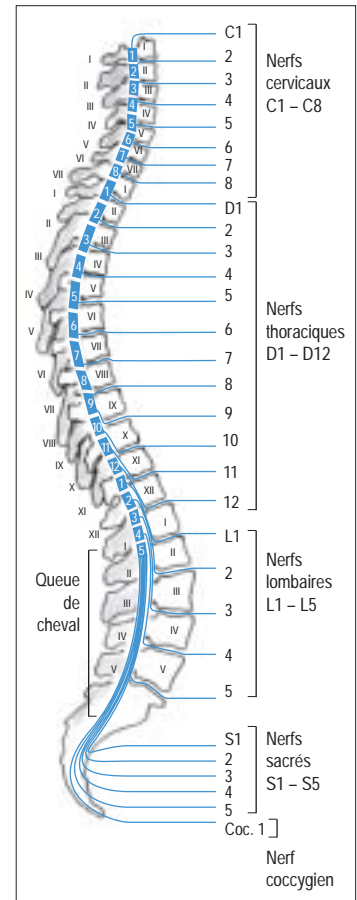


Figure 3. Niveaux vertébraux (chiffres romains) et métamériques médullaires (neurologiques).

En cas d'atteintes encéphaliques (traumatiques ou d'origine vasculaire)

Les problèmes posés sont plus complexes. Les anomalies dont se plaignent les patients, ou celles que l'on peut observer (notamment chez les traumatisés crâniens en phase d'éveil) sont d'origine neuropsychologique ou comportementale. Les bilans cliniques et/ou des fonctions supérieures ne retrouvent pas de perturbation objective de type psychiatrique. Il s'agit le plus souvent d'une diminution de l'érection (voire d'une impuissance), d'une éjaculation prématurée ou, chez la femme, d'anorgasmie. Elles ne sont donc qu'« indirectement » liées à la lésion neurologique. Les cas où la lésion neurologique seule est responsable de trouble du comportement sexuel sont extrêmement rares (il s'agit alors souvent d'hypersexualité).

AUTRES CAS

En cas d'atteinte motrice congénitale, ou tôt acquise, outre les problèmes moteurs inhérents à l'atteinte neurologique, l'absence de vécu sexuel antérieur, de référence à des « normes » viennent compliquer les choses. Enfin, les handicaps moteurs occasionnés par d'autres affections (myopathies, pathologies rhumatologiques invalidantes) posent surtout des problèmes d'ordre pratique pour la réalisation de l'acte sexuel, les voies nerveuses (ou les orgasmes ciblés) intéressés étant le plus souvent indemnes.

Pour en savoir plus

Ouvrage :

Soulier B., *Un amour comme tant d'autres – handicaps moteurs et sexualité*, 290 p., APF, 2001.