

ATELIER AIHUS MARS 2006

LA FONCTION PERINEALE: METHODES D'OPTIMISATION POUR UNE MEILLEURE SEXUALITE

La réhabilitation du plancher pelvien
peut-elle être un facteur
d'amélioration des rapports sexuels ?

Mots-clefs : (TEPF) thermo-évaluation pénienne des fantasmes, (SSV) Stimulation sexuelle visuelle, (STCP) stimulation transcutanée pénienne, (BFB) biofeedback, (SNM) stimulation neuromusculaire, (ICP) inversion de commande périnéale, (PIC) Pression intra-caverneuse, (PSS) Pression supra-systolique

INTRODUCTION :

ETUDES ET PUBLICATIONS ANTERIEURES

Deux études à 39 années de distance démontrent et confirment que le renforcement de la musculature périnéale féminine améliore les rapports sexuels :

KEGEL en 1949 & LAVOISIER en 1988

Une autre série d'études fait état de l'importance de la musculature périnéale masculine dans la qualité et le maintien de l'érection pénienne :

BLAIVAS en 1981, LAVOISIER en 1988, 1989 & 1992, WESPES, CAUFRIEZ en 1990, CLAES & BAERT en 1993

Enfin 3 études confirment l'impact de la musculature vaginale sur l'aptitude à l'orgasme, le rôle de la SEF sur l'ischio-caverneux pour l'érection, et par dessus tout l'importance d'une bonne synergie coïtale périnéale homme-femme :

KEGEL en 1952, LAVOISIER en 1988 et en 1993

LES MUSCLES PELVI-PERINEAUX ET LEURS ROLES DANS LE RAPPORT SEXUEL

1- Les muscles du périnée féminin

L'ischio-caverneux : abaissement du clitoris

Le muscle de Houston : érection clitoridienne

Le bulbo-spongieux : clôture de la vulve et lubrification du vestibule

Le transverse superficiel : clôture vaginale inférieure

Le transverse profond : clôture vaginale 1/3 externe

Ceux qui ont un rôle plus particulièrement volontaire dans la fonction sexuelle par resserrement vaginal et par leur tonicité sont les releveurs de l'anus et notamment le Pubo-coccygien et le Pubo-rectal

2- le vagin

Il possède des zones sensibles (points E,F,G) et des zones d'occlusion en regard des releveurs de l'anus et des muscles de l'entrée vaginale. C'est un conduit musculo-membraneux en 2 plans : longitudinal & circulaire. La muqueuse vaginale possède peu de terminaisons nerveuses sensibles et n'est pas très sensible à la douleur. Par contre il est réactif en surface à la friction et à la réplétion. Enfin on notera que son innervation dépend du territoire du nerf pudendal.

3- Les muscles du périnée masculin

L'ischio-caverneux : maintien de la rigidité

Le muscle de Houston : augmente la pression intra-pénienne et rôle éjaculatoire

Le bulbo-spongieux : augmente la pression intra-pénienne et rôle dans l'érection

Le transverse superficiel & le transverse profond: rôle éjaculatoire

Les releveurs de l'anus : rôle dans l'érection et dans l'éjaculation

4- La verge

C'est un corps érectile et le gland est en particulier très riche en innervation sensitive

INTERET D'UNE MUSCULATURE PERINEALE EFFICACE, D'UNE INTERACTIVITE ET D'UNE SYNERGIE DANS LES RAPPORTS SEXUELS

Basé sur les données de la littérature on peut constater que :

- 1°)- Durant l'érection la pression intracaverneuse (PIC) augmente
- 2°)- qu'elle comprime alors le réseau veineux sous albuginée
- 3°)- et que l'élévation de la PIC est aidée par le blocage du retour veineux

A l'érection les PIC sont plus élevées que la pression supra-systolique (PSS). Ceci est obtenu par le rôle contractile joué par la musculature périnéale (B.S. & I.C.) dans le maintien érectile.

➤ **1ère constatation :**

- l'augmentation de la pression I.C. est primordiale
- notamment pour la rigidité pénienne

Augmentation de la PIC. lorsque l'activité électrique de la musculature B.S. & I.C. augmente...et elle peut atteindre 10 fois le niveau de la pression systolique. Une simple variation de pression (de 20 à 40 mm HG) sur le gland peut déclencher le réflexe Ischio Caverneux.

➤ **2ème constatation :**

- Nécessité d'une pression efficace sur le gland

Pour permettre la pénétration il est nécessaire d'augmenter la pression I.C. jusqu'à un degré supra-systolique suffisant et même plus au cas où la musculature et la tonicité peri-vaginale sont importantes, nécessitant un effort supplémentaire pour pénétrer.

L'effet musculaire réflexe qui facilite la rigidité durant la pénétration, est plus ou moins activé en fonction de la qualité des muscles de l'entrée vulvaire. Notamment la qualité des muscles péri-vaginaux, au niveau de la jonction entre le tiers externe et les 2/3 internes. Une succession de réflexes, à différents niveaux du vagin, maintiennent une succession de pics ischio-caverneux, qui favorisent le maintien de l'érection.

➤ **3ème constatation :** pour une activation optimale du réflexe érectile il faut donc :

- une entrée vulvaire tonique (*la béance serait donc péjorative pour l'érection*)
- des releveurs de bonne qualité contractile

Sachant que la durée des pics de pression est de 2 à 3 secondes, des mouvements de va et vient lents génèrent donc des pics de pression plus élevés.

➤ **4ème constatation :**

- pour le maintien d'une érection maximale les mouvements de va & vient doivent être lents plutôt que rapides

ETUDE ET RÉSULTATS PÉRIODE 1996 – 2003 : HOMMES : 190 PATIENTS

Ecart : 18 - 82 ans

Age moyen : 54,7 ans

Ancienneté du problème : 3,2 ans

Aucun n'avait eu de rééducation préalable ou de physiothérapie spécifique

29 cas d'impuissance primaire (15%)
161 cas d'impuissance secondaire (85%)

55 présentaient une éjaculation prématurée associée (29%)
110 avaient une composante vasculaire avérée (58%), dont :
58 insuffisances de maintien (incontinence veineuse) (53%)

La pathologie fonctionnelle intéressante pour l'étude était que 165 (87%) sur 190 présentaient une dysfonction périnéale, dont :

- **53** avec une inversion de la commande périnéale (32%)
- **112** avec une synergie antagoniste (abdominaux) (68%)
- **97** avec un bulbo spongieux hypotonique, hypocontractile (59%)

56 présentaient en outre une distance pubo-anale inférieure à 10 cm (34%)
105 se plaignaient d'absence de fantasmes (55%)
86 avaient eu un " événement de vie " durant les 6 mois précédents le trouble

METHODE & MOYENS : ATTITUDES REHABILITATIVES & PHYSIOTHERAPIE

Protocole

- 10 séances en première intention
- Si amélioration avérée (motrice, antalgique, etc.)
- 10 séances supplémentaires
- Durée moyenne des séances 45 minutes

Les moyens utilisés sont :

- Evaluations fonctionnelles
 - évaluation périnéale
 - Evaluation thermique pénienne des potentiels fantasmatiques sous stimulation sexuelle visuelle avec un capteur T° sur la verge :
 - 1°) Enregistrement des variations de T° pendant une SSV
 - 2°) Potentialités fantasmatiques corrélées à l'afflux artériel
 - 3°) Contrôle des variations de T° sous scénario personnel
- Apprentissage & travail musculaire manuel
- Exercices volontaires périnéaux
 - Evaluation de la qualité du B.S. & Houston
 - Apprentissage du serrer / lâcher
 - Renforcement musculaire contre-résistance
- Stimulation neuro-musculaire périnéale
 - Externe sur NFC
 - Endo-anale
 - Tonique & phasique : 5, 10, 35, 50 Hz
- Stimulation transcutanée pénienne
 - En garrot, base de la verge / gland
 - Courants BF à modulations fréquentielles de 20 à 100 HZ
- Biofeedback
 - Prise de conscience de la fonction périnéale

- Correction des synergies abdominales
- Relaxation périnéale
- Renforcement musculaire

LES RESULTATS : BASES SUR L'INDICE SUBJECTIF MOYEN DE RIGIDITE (ISMR)

- l'augmentation de la rigidité passe en moyenne de 4 à 8 sur 10
 - ❖ chez 31 des 101 avec insuffisance de maintien (31%)
 - ❖ chez 2 des 9 avec insuffisance d'apport (27%)
 - ❖ chez 17 des 28 psychogènes (62%)
 - ❖ chez 30 des 51 pathologies mixtes (58%)

Pour ce qui concerne la qualité des rapports sexuels :
la stabilité érectile augmente pour 116 des 190 (61%)

L'indice de satisfaction de l'érection est :

- Nul pour 26 (22 %)
- Moyen pour 36 (31 %)
- Bon pour 52 (45 %)
- Sans avis pour 2 (2 %)

PRONOSTICS POUR UNE DEMARCHE REEDUCATIVE POSITIVE

Pronostics défavorables :

Les patients avec F.V. importante ou artériopathie.

Les patients qui présentent une imagination pauvre en scénarii sexuels érotiques
(105 / 190 dans notre étude)

Les attitudes négativantes

Les événements psychosomatiques antérieurs annexes

Les perineum descending, BS/Sph. Anal < 20 cmH2O

Les hypo sensibilités du gland

Pronostics favorables :

Les patients de type plutôt psychogènes mécanicistes avec une fuite veineuse modérée

Les patients avec une érection minimale cotée 4 / 10

Les patients avec des scénarii sexuels érotiques, un imaginaire ou des fantasmes présents

Les patients avec des BS/Sph. anal > 40 cmH2O

ETUDE ET RESULTATS PERIODE 2000 – 2002 : FEMMES 22 PATIENTES

Age écart : 25 – 65 ans

Age moyen : 37

Durée moyenne du trouble : 5,8 années

Aucune n'avait eu une rééducation ou un traitement physiothérapique

Patientes consultant pour anorgasmie et suivies en rééducation.

15 avraient avoir eu ou avoir lors du début de la thérapie une dyspareunie de pénétration.

Evénements périnéaux

15 (69 %) dyspareunie dont 4 (26 %) primaires

19 (86 %) pares
9 (42 %) épisiotomie
8 (37 %) déchirure périnéale
Dysfonction périnéale proprement dite = 17 (77%)

- (36 %) Inversion de commande
- 5 (30 %) Synergie abdominale
- 12 (71 %) testing inférieur à 3/5 (< 25/30 mH₂O)
- 20 (91 %) n'avaient pas ou peu de fantasmes

METHODE & MOYENS : ATTITUDES REHABILITATIVES & PHYSIOTHERAPIE

Protocole

- 10 séances en première intention
- Si amélioration avérée
- 10 séances supplémentaires
- Durée moyenne des séances 45 minutes

Les moyens utilisés sont :

- Evaluations fonctionnelles
 - Evaluation manuelle
 - Evaluation instrumentale : Pression et EMG
- Evaluation des troubles du fonctionnement en particulier synergies & ICP
- Apprentissage & travail musculaire manuel
 - Evaluation de la qualité des plans musculaires
 - Prise de conscience des possibilités périnéales
 - Apprentissage du serrer/ lâcher
 - Renforcement musculaire contre-résistance
- Exercices volontaires périnéaux, gymnastique périnéale
- Stimulation neuromusculaire périnéale
 - Antalgique ponctuelle à 80/100 Hz suivie de 5/10 Hz (8' chaque)
 - De renforcement à 35 ou 50 Hz
 - En modulation fréquentielle de 5 à 100 Hz
- Biofeedback
 - Prise de conscience de la fonction périnéale
 - Correction des synergies abdominales
 - Relaxation périnéale
 - Renforcement musculaire

LES RESULTATS

Sur la dysfonction périnéale

- 8 / 12 (67 %) = passent à testing supérieur à 3/5 (> 35 cmH₂O)
- 4 / 6 (67 %) = Correction de l'ICP

Sur les rapports

- 9 (41 %) rapports étaient améliorés
- 15 (68 %) disaient que leur partenaire sexuel leur disait que les rapports sexuels étaient meilleurs

CONCLUSION SUR L'ENSEMBLE DE L'ETUDE H & F

L'étude réalisée confirme les publications de KEGEL, GRABER, KLINE, LAVOISIER sur la corrélation « *fonction sexuelle satisfaisante et musculature vaginale efficace* »

DISCUSSION

L'étude renforce la validité du biofeedback musculaire et de l'électrostimulation en tant qu'instruments interactifs pour recréer ou réactiver la sensibilité déficiente des patientes dans leur zone anatomique sexuelle au travers d'une amélioration de la fonction neuromusculaire. Une relaxation complémentaire ciblée sur la zone urogénitale et sur le corps, associée ou non à des images soit érotiques soit tout simplement agréables et valorisantes, peut augmenter notablement l'effet de la rééducation.

CONCLUSION

Les éléments à prendre en compte pour une optimisation des rapports sexuels sont donc :

- des releveurs efficaces (H-F)
- une bonne tonicité vaginale (F)
- un ostium vulvaire tonique (F)
- une absence de dyspareunie (F)
- pas de synergies antagonistes (H-F)
- une bonne sensibilité du gland (H)
- des IC réactifs (H)

L'efficacité d'une interactivité périnéale coïtale basée sur la qualité fonctionnelle des périnées masculins et féminins peut être un facteur optimisant de la fonction sexuelle.

REFERENCES

- A.Bourcier, G.Amarengo, M.Bonierbale, JP Dentz, J.Juras, A.Mamberti-Dias, M.Perrigot, F. Roman, JY Touchais, J.Weber. Le plancher pelvien. Explorations fonctionnelles et réadaptation. Vigot 1989
- Bisschop G. [de], Bisschop E. [de], Commandré F. Electrophysiothérapie. Paris : Masson, 1999.
- B.de Gasquet. Abdominaux : arrêtez le massacre. Edi. Santé-Robert Jauze – 2003
- Pigne A, Kunst D, Oudin G, Keskes J, Maghioracos P. Le périnée obstétrical. Indication de la rééducation dans le post-partum. Ann Kinésithér 1988;15:365-7.
- Lavoisier P. Réhabilitation for the circumvaginal musculature, Ed.Benjamin GRABER, Karger Publishers, N.Y. 1982-88-92
- Lavoisier P, Courtois F, Barres D: Correlation between intracavernous pressure and contraction of the ischiocavernosus muscle in man. J Urol 139:396, 1988
- Lavoisier P, Schmidt M, Alaoui R: Intracavernous pressure increases and perineal muscle contractions in response to pressure stimulation of the glans penis. Int J Imp Res, 4 :157,1992
- Mamberti Dias A, Bonnerbale M : Explorations fonctionnelles en sexologie. In : Le Plancher pelvien, Bourcier A (Ed), Paris Vigot, pp 189, 1989
- Valero, Mamberti-Dias, Rééducation périnéale et dysfonctions sexuelles féminines - Contraception-fertilité-sexualité- 1985 - Vol 13, N°11, pp 1161-1163