

DES : Médecine physique et de réadaptation

Module : Troubles sphinctériens et MPR
Paris: février 2008

Coordonnateur : Gérard AMARENCO

Titre : Troubles génito-sexuels en neuro-urologie chez l'homme

Auteur : Pierre Denys

© Cofemer 2008 et l'auteur

Troubles génitosexuels en neurourologie chez l 'homme



Pierre Denys



Un vrai problème

- Durant de longues années préoccupation lointaine et souvent tardive voire tabou
- un blessé médullaire n'est pas asexué, impuissant et stérile



Et pourtant

- Si pas de vie sexuelle expression d'insécurité et de détresse personnelle

Lindler H, J Clin Psychol 1953

- Corrélation entre la qualité de la réinsertion et la prise en charge des troubles sexuels

White MJ. Am J Phys Med 1992

- Satisfaction sexuelle corrélée à désir satisfaction partenaire et qualité relationnelle mais pas au niveau à la fonction érectile ou éjaculatoire

Phelps Arch Sex

Behav 2001



Les particularités de la prise en charge

- Patients jeunes
- érection n 'implique pas éjaculation
- érection n 'implique pas sensations
- éjaculation ressentie différemment mais pouvant être vécue comme agréable



Facteurs prédictifs

- Niveau de la lésion
- étendue du syndrome lésionnel (chapelle)
- mais quid des incomplets
- électrophysiologie (Schurch 2002)
 - érections psychogènes avec Rcs
 - érections réflexes LRBC et activité vésicale



L'érection chez le paraplégique

Entre 54 et 95% des patients ont des érections

pénétration possible chez entre 5 et 75% des patients mais ne préjuge pas de la stabilité de l'érection au cours du RS

Mais population disparate

incomplet > complet *Biering-Sorensen Seminars in Neurology 1992*

fonction du type de lésion et de stimulation (masturbation ou stim visuelle) *Courtois F Arch Phys Med*

1999



Rééducation

- Apprentissage des érections réflexes
- stimulation de la couronne du gland et du frein du prépuce *Kuhn R Brain 1950*
- stimulation répétée du réflexe bulbocaverneux *F Courtois*
- les anneaux



Les vacuums

- Électriques ou mécaniques
- associés à des bandes de constrictions
- 30mn pas plus!!!!
- 92% de résultats positifs *Lloyd SCI Nurs 1989*
- mais 30 % de taux d'abandons chez les patients contrastant avec une augmentation de l'activité sexuelle *Denil Arch Phys Med 1996*
- plainte principale sur la durée d'érection
- intéressant pour les échecs des autres



Le sildenafil

- Études en double aveugle contre placebo dans cette population de patients *Giuliano Ann Neurol 1999*
- 80% d'amélioration des érections pour les RS
- amélioration globale
- 2.6% d'arrêt pour effets secondaires
- nitrates et HRA
- amélioration des éjaculations ??



Les autres PDE5 inhibiteurs

- Pas de publications sur vardenafil et taladafil
- en revanche traité en sous groupe (neuro) dans certaines études
- pas de grosses séries



Injections intracaverneuses

- Différentes drogues disponibles: papavérine les alpha bloquants, les prostaglandines
- actuellement en France seules les prostaglandines sont autorisées pour un effet optimal et peu d'effets secondaires
- Edex® et Caverject® remboursées pour les patients neurologiques



Résultats

- 95% de succès
- doses plus faibles que dans la pop générale
- en moyenne 8mcgr
- implique un apprentissage pour la relation effet dose
- pas de relations dose/niveau clairement établie
- grosse variation inter individuelle sur les doses



Les applications cutanées

- Patch de nitroglycérine
- 5/17 patients efficace
- mais effets secondaires
- autres études avec PGE1 Papavérine et minoxidil
- effet modéré



Injections intra-urétrales

- Étude récente de Muse chez les BM_{Bodner}
Urology 1999
- 1000mcgr est nécessaire
- moins efficace que les IC chez tous les patients (15)



Prothèses

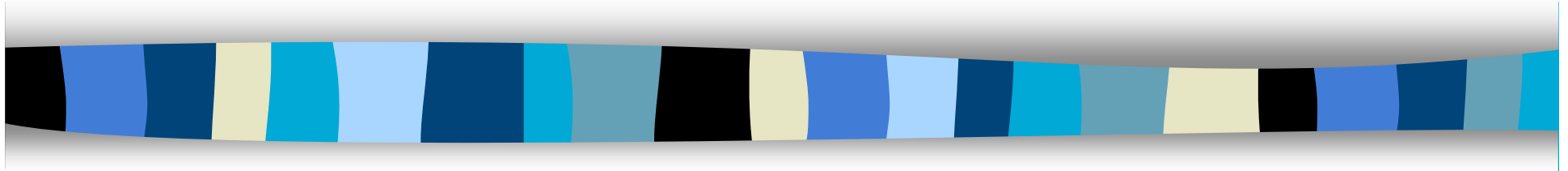
- Différents modèles utilisés
- mais taux d 'extrusion élevé et d 'explantation élevé
- ferme définitivement toute possibilité ultérieure
- difficulté de sondage



Au total pour les troubles de l'érection

- Apprentissage nécessaire des modes de déclenchement de l'érection
- prise en charge précoce
- Continence et spasticité maîtrisée
- choix thérapeutique large et multiple pour chaque patient selon les demandes
- apprentissage nécessaire
- bien dissocier érection et sensations

Traitement des troubles de l'éjaculation





Place du problème

- 19 études depuis 1954
- 2257 patients
- 15% de patients pouvant obtenir un éjaculation sans assistance médicale
- Entre 0 et 52%



Complet ou incomplet

TYPE OF LESION	No	EJACULATION
Complete upper	287	5 %
Incomplete Upper	123	32 %
Complete Lower	109	18 %
Incomplete Lower	10	70 %

(D 'après Bors et Comar, 1960)



Au total

- 15% des patients ont des éjaculations au cours de la masturbation
- première ligne de traitement consiste à aider au déclenchement de l'éjaculation
- patient non infertile mais anéjaculateur
- première ligne de traitement vibration
- mais très sous utilisé en France en particulier pour le domicile

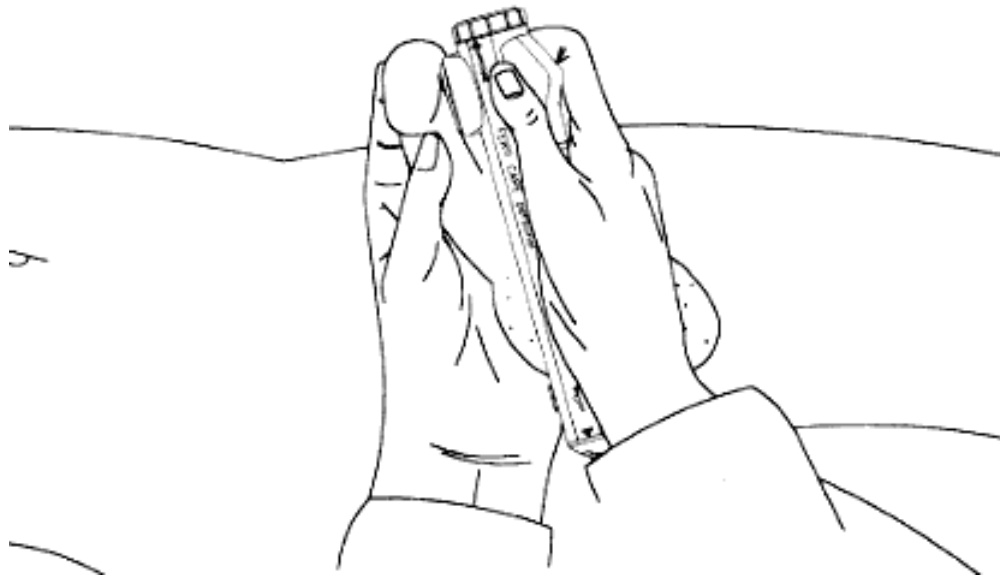


Ejaculation

- traitement des troubles de l'éjaculation n'implique pas recherche de fertilité
- on peut séparer les méthodes utilisables au domicile et les méthodes hospitalières
- à domicile pas forcément pour la fertilité

Les méthodes utilisables à la maison

- La stimulation vibratoire
- les traitements pharmacologiques





Traitement de l'anéjaculation

Les préalables

- équilibration des troubles urinaires
- équilibration de la spasticité
- élimination des épines irritatives

diminution si possible des traitements antispastiques

La stimulation vibratoire pénienne

- Efficace entre 50 et 80% des cas si lésion > D10
- Prévention de l'HRA
- utilisable à domicile
- CI : ulcération pénienne et prothèse
- Permet les inséminations intravaginales
- première ligne de traitement
- diagnostique secondaire d'infertilité si inefficace au bout de 9 mois





La stimulation vibratoire pénienne

- Corrélié aux fléchisseurs de hanche *Brindley Paraplegia 1980*
- ou aux réflexes périnéaux
- amplitude et fréquence optimales sont 100Hz et 2.5mm *Sonksen Paraplegia 1994*
- utilisable au quotidien
- effet sur la spasticité pendant 6 à 8 heures
- modification du fonctionnement vésical



RESULTATS

- Variables selon les équipes (groupe, matériel différents)
- Beckerman Paraplegia, 1993. Revue de 10 articles sélectionnés

60 % d'éjaculation (257/428) dont 88,3 % antégrade, tous niveaux confondus

Brackett, Sønksen. J. Urol, 1988. (653 essais chez 211 patients)

niveau C3-C7	66%
niveau D1-D5	54%
niveau D6-D10	41%
niveau D11-L3	36%

- Ejaculation reste stable chez 1 patient, survient en général en 2mn

Sønksen Paraplegia 1994, OHL. Arch Phys Med Rehab, 1996

- 80% éjaculation, niveau cervical et dorsal au dessus D10



Les médicaments

- Inhibiteurs de l'acétylcholine estérase
- par voie sous cutanée en ATU
anticholinium
- résultat corrélé au niveau lésionnel et à son étendue
- Gutron jamais de validation dans cette population de BM mais rapportés dans des études ouvertes
- plus de gutron IV



RESULTATS

■ Stimulations pharmacologiques :

Pas d'études contrôlées

➤ Chapelle et al, 1988 (135 patients), BRACKETT, 1996

- 50 à 56% éjaculation après injection SC physostigmine

LERICHE, Journée Propara 1996

Minodrine IV (46)	50% Ej Ant
-------------------	------------

Minodrine IV et EEJ (21)	62% EJ Ant
--------------------------	------------

Minodrine IV et Vibro (4)	75% EJ Ant
---------------------------	------------

GUTRON IV serait souvent efficace lors de lésions D11 à L1

mais moins efficace si lésion cervicale

- Améliore les résultats des EEJ et PVS .

- Améliore numération et mobilité du SPZ ?

- Si Minodrine et EEJ, diminution ER



Mais

- Pas d'éjaculation intravaginale possible avec le vibreur
- Utilisation récréative possible
- effet du niveau de lésion difficile car niveau végétatif difficile
- exploration compliquée



Autres solutions

- EEJ
- chirurgie
- dans un programme de fertilité
- prélèvement systématique pour mise en banque
- mais pour quel objectif???



La qualité du sperme

- Comptage normal ou supérieur
- mobilité altérée
- mais dépends de la technique
PVS > EEJ



Les causes d'altération du sperme : multifactoriel

Facteurs extrinsèques

- type de drainage des urines
- atcd infectieux
- fonction endocrine normale
- techniques de recueil

Facteurs intrinsèques

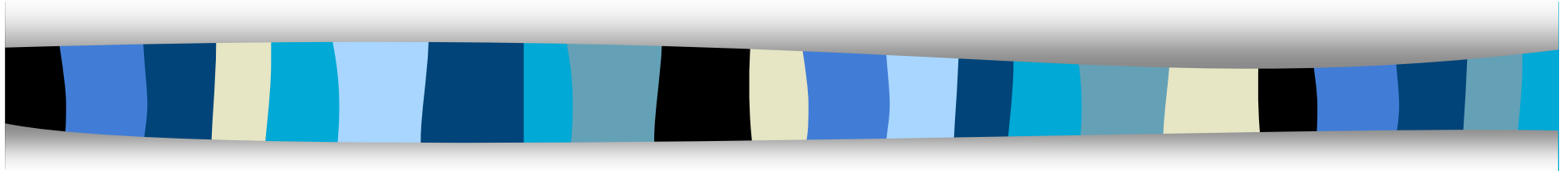
- niveau de la lésion
- qualité de la sécrétion des glandes accessoires



Ethique

- Spermogramme avant essais d'inséminations à domicile pour le diagnostic d'infertilité ????
- Valeurs seuils pour essais à domicile
- remboursement des vibreurs
- stratifications des techniques en fonction de la qualité du sperme pour les PMA
- réseau avec les centres de PMA

Procréation chez le paraplégique





Caractéristiques du sperme

- Nombre total normal
- mais pourcentage de mobilité plus faible
 - 10 à 20% chez le BM
 - vs 50 à 60% chez le non blessé médullaire



Caractéristiques du sperme

	Vibromassage N= 33		Electroéjaculation N=44	
Ejaculât	Nb spz millions	Mobilité %	Nb spz millions	Mobilité %
Total	155	19	191	10
Anté.	142	21	90	11
Rétro.	38	7	95	8

Brackett et al 1997



Plasma séminal

- Sperme = suspension de cellules
 - essentiellement des SPZ
 - dans un liquide le plasma séminal
- est constitué d'un mélange de sécrétions
 - épидидymaires (queue= spz)
 - des glandes annexes (prostata et vésicules séminales)



Plasma séminal

% Volume de sperme	pH	Marqueurs
5%	Epididymes 6.8-7	L Carnitine Glycérophosphocholine Alpha glucosidase
60-70%	Vésicules séminales 7.5-8	Fructose, Choline
20-25%	Prostate 6.5-7	Citrate, Zinc



Perturbations des sécrétions du tractus génital chez le BM

- Concentration en PSA dans le plasma séminal
- BM en dessous de T7: 109 mgr/L (n=6)
- BM au dessus de T7: 460 mgr/L (n=10)
- Contrôle non BM: 535 mgr/L (n=20)

Brasso et al 1998



Perturbation des sécrétions chez le BM

- Des BM (EEJ)/ non BM (masturbation)
 - appauvri en phosphat alc lactate deshydrogénase, fructose... (Hirsch 1991)
- Des BM (vibro antégr.) inhibe la mobilité spz non BM
 - prostate simulant mobilité
 - VS effet inhibant mobilité
- non BM inhibition mobilité rapidement inactivé
- BM déficience de cette inactivation



Facteurs prédictifs de la qualité du sperme

■ Non prédictif

- temps écoulé depuis la lésion
- profil hormonal
- anticorps antispz
- prise en charge vésicale sauf SAD

■ Prédictifs

- qualité de la première éjaculation



Facteurs prédictifs de la qualité du sperme

- Absence de spz mobiles
 - plus fréquent en thoracique que cervical
 - plus fréquent si complet que si incomplet
- pas d'effet du niveau de la lésion sur le nombre de spz



Peut on améliorer la qualité du sperme obtenu par stimulation au vibreur

En répétant les prélèvements

Oui	Non
Beretta 1989 Siosteen 1990	Engh 1993 Sonksen 1994 Chen 1999 Sonksen 1999



Blessé médullaire et vitalité du sperme

8 BM (EEJ)	J1	J2	J3	J4
Vol (ml)	205	1.5	1.0	0.9
Nb spz Mill/ml	100	75	60	45
Vivants %	17	35	30	35
Mobiles %	7	27	29	25

Mallidis 2000



Vibromassage et insémination à domicile

	Couples	Grossesses	Taux
Dahlberg 1995	19	8	42%
Nehra 1996	8	5	62%
Hutling 1997	19	8	42%
Lochner 1997	54	22	41%
Sonksen 2002	41	17	41%
Total	141	60	42%



Vibro/EEJ et IIU

- 10 études entre 1988 et 2002 exploitables et non case report

- résultats

	<u>extrêmes</u>	<u>total</u>	<u>moyenne</u>
couples inclus:	4 à 18	106	11/étude
tentatives IIU:	14 à 56	324	33/étude
grossesses:	0 à 7	38	11.7%cycle 35.8%couple



EEJ/vibro et FIV ou ICSI

- 5 études entre 1992 et 2002
- FIV 25/cycle et 51% par couple
- ICSI 25% cycle et 42% par couple



Au total

	Grossesse/ couple	Succès/ cycle	Succès /couple
Insémination à domicile	60/141		42%
IUI	38/106	12%	36%
FIV	27/53	25%	51%
ICSI	8/19	25%	42%



Aspects épidémiologiques, médicaux et logistiques du handicap chez la femme jeune

P Denys , B. Perrouin-Verbe.



Épidémiologie

- Chez les blessés médullaires
 - 30% de femmes
 - Age entre 25 et 35 ans au moment de l'accident
- Mais aussi toutes les autres causes de handicap
 - SEP
 - IMC
- L'essentiel de la littérature est rapportée sur les femmes blessées médullaires

Female et handicap

"Less of a woman"

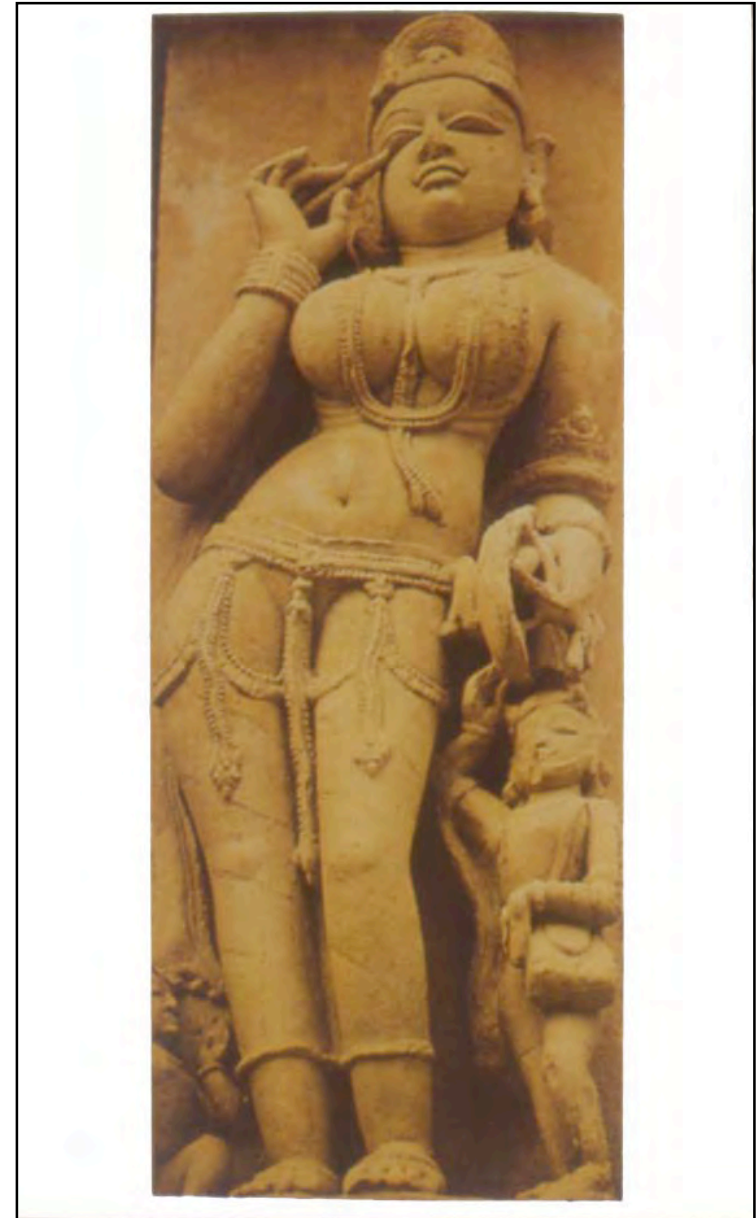
*à ses propres yeux

*aux yeux du partenaire

*aux yeux de la société

*Personne déficiente = être asexué

***HANDICAP SITUATIONNEL
DE SEDUCTION,
D'INDUCTION DU DESIR**





Constats


* *Pratique* : peu abordée spontanément

* *Littérature avant les années 1990*

- Sexualité réduite aux problèmes génitaux et de procréation
- Tabous culturels ?
- Rôle traditionnel de la femme purement passif (Turk 1983)

* *Revue de la littérature*

- Etudes par interviews et questionnaires : blessées médullaires
Bérard (1988) Charlifue (1992) Sipski (1993)
Harrison (1995) Jackson (1999)
- Etudes physiologiques : Leyson (1983) Marca Sipski (1995, 1996, 1997) Whipple (1997)



Cycle de la réponse sexuelle et paraplégie (E. Bérard)
phase de repos

*** Troubles sensitifs**

Lésion > T10 : anesthésie des OGI et OGE

Lésion T12 - L1 : préservation partielle sensibilité des OGI

Lésion > S2 : anesthésie des OGE

*** Troubles de la motricité volontaire : membres inférieurs,
plancher pelvien**

*** Spasticité périnéale**

*** Examen du périnée +++**

Phase d'excitation (Sipski) 1997

- Comparaison 7 femmes ASIA A versus 10 F avec préservation algique T11-L2
- Femmes T11-L2 : augmentation du pouls vaginal lors de stimulation audiovisuelle
- Présence d'une sensibilité algique en T11-L2 est prédictive d'une lubrification psychogène

Phase de plateau

- Exacerbation de la tension génitale
- Rétraction clitoridienne : rôle du parasymphatique sacré
- Hyper-Réflexie Autonome

CYCLE DE LA REPONSE SEXUELLE ET FEMME PARAPLEGIQUE

Orgasme

Contractions rythmiques du diaphragme pelvien

• Leyson (1983) : enregistrement de contractions périnéales (4/6)

• Charlifue (1992) : 231 femmes

- 50% d'orgasmes (stimulation génitale)

- Durée de stimulation plus longue (43%)

- Diminution d'intensité (43%)

- Moins fréquent (42%)

• Sipski (1993) : 44% non corrélé au caractère complet de la

lésion

Orgasm in women with SCI (Sipski 1995)

* 25 femmes > T6 vs 9 témoins

* 4 groupes : G1 = lésions complètes G2 = tact T11-L2
 G3 = piqûre T11-L2 G4 = Témoins

* Orgasme : G1 + G2 + G3 = 52% G4 = 100%

Pas de corrélation statistique / niveau

* Augmentation significative de la durée de stimulation :

Témoins 15,11 mn / BM 35,63 mn

Stimulation génitale +++

* Description similaire

Orgasm in women with SCI (Sipski 1995)

- Pas de facteurs prédictifs

- Orgasme corrélé au degré d'information et non à l'intensité de la lésion

Rôle des nerfs vagues ? (Whipple 1997)

- Programmes traditionnels de thérapie sexuelle

Résolution : Bien-être, disparition des contractures ?

Comportement sexuel

- *Fréquence de l'activité sexuelle décroît après le traumatisme :*

Sipski : 64 → 48% ,Charlifue 76% → 52% (1 /S)

- *Désir se modifie*

Sipski : désir approprié 80% → 56%

- *Satisfaction :*

Globalement 69 % sont satisfaites

Comparaison au vécu antérieur 72% → 48%

Techniques de prises en charge

Réinvestissement narcissique / processus de rééducation

- **Corps modifié mais non altéré**
- **Règlement des problèmes de continence**
- **Image esthétiquement correcte**
- **Préservation du corps (éducation , hygiène)**
- **Présentation sociale**
- **Autonomie/partenaire**
- **Projet de vie : rôle social , familial**

Information

50% des femmes sous informées (Charlifue)

- **Précoce : dédramatiser sexualité et procréation**
 - **Entretien individuel / couple**
 - **Groupe de patients ("école du sexe")**
- *Thèmes abordés sans tabous*
 - **Physiopathologie, problèmes positionnels et techniques**
 - **Rôle des préliminaires prolongés, des zones érogènes secondaires**
 - **Relativiser le coït et développer d'autres activités**
- *Programme de thérapie sexuelle*

Procréation préservée

• **Aménorrhée post-traumatique variable**

- **Charlifue (1992): 60% des cas ; durée moyenne 5 mois**
- **Jackson (1999) : durée moyenne 4.3 mois**

• **Années de la littérature:**

• **Taux moyen de naissance**

- **Westgren 1993 : 1/10^o de la population générale**

• **Comparaison taux moyen de grossesse pré/ post traumatique**

- **Charlifue : 1.30 versus 0.34**
- **Jackson : 2.7 versus 1.53**

➤ *Taux moyen de grossesse post-traumatique*

— **Corrélé au niveau : 0.15 chez tétraplégiques**

— **1/3 des femmes ne souhaitent plus d'enfants**

— **Raisons invoquées :**

- **Difficultés situationnelles**
- **Sous information**

Données physiopathologiques

Donaldson (1978) : Neurology of pregnancy

■ **3 groupes de patientes :**

– **Lésion < Th11-Th12-L1: Perception du travail**

– **Lésion thoracique Th5-Th10 : pas de douleurs lors des contractions mais perceptions indirectes**

Lésion > Th5-Th6 = risque d'HRA +++

– **Atteinte sacrée : pas de perception de la 2^o phase du travail**

Les problèmes rencontrés

➤ *Infection urinaire*

Femme blessée médullaire prégnante : risque +++

- Jackson : comparaison pré et post traumatique : 8.2 % vs 45.5%

Traiter les bactériuries asymptomatiques mais sous autosondage bactériurie systématique

Quelle technique de prévention

Place du cycling antibiotique chez la femme enceinte



Les problèmes rencontrés

- La gestion des troubles urinaires
 - Vessie hyperactive et dyssynergie vésicosphinctérienne
 - Souvent traitée (80% des cas) par autosondages et parasymphicoliques
 - À la fois problème fonctionnel mais aussi de retentissement sur le haut appareil
- Avant la grossesse faire un bilan complet
 - Echographie, clairance de la créatinine, UCRM
- Adapter la prise en charge au projet de grossesse pour en limiter les complications
- La grossesse en soit augmente le risque de fuites et de pyélonéphrites
- Les médicaments ???????

Les problèmes rencontrés

➤ *Les Escarres*

■ 1^o cause de réhospitalisation des blessés médullaires
(Whiteneck)

■ Incidence annuelle : 23%

■ Risque majoré par prise de poids et modifications
morphologiques

■ Jackson (1999) : 6%

■ Prévention +++

Les problèmes rencontrés

➤ *Maladie thromboembolique*

■ *Causes of Death During the First 12 Years After Spinal Cord Injury . DeVivo (Arch Phys Med Rehabil 1993)*

■ Risque thromboembolique à 5 ans, 8 fois celui de la population générale.

■ **Grossesse : risque théorique +++ , mais peu de cas rapportés dans la littérature**

■ **Pas de prophylaxie systématique, en dehors d'antécédents thromboemboliques (Baker 1996)**

■ **Lutte contre stase veineuse, contention, drainage.**

Les problèmes rencontrés

➤ *Aggravation possible de la fonction respiratoire*

■ Niveaux thoraciques supérieurs et cervicaux

■ Diminution des volumes de réserve inspiratoire et expiratoire

■ Surveillance de la capacité vitale

– discussion d'une ventilation si $CV < 15 \text{ mL / Kg}$

■ Prévention : aide à l'expectoration

➤ *La grossesse vue par les femmes blessées médullaires (Charlifue 1992)*

- **Escarres, incontinence majorée, problèmes intestinaux .**
- **Fatigue +++, douleurs, spasticité, oedèmes des membres inférieurs.**
- **55% rapportent des difficultés fonctionnelles (transferts, propulsion du fauteuil).**

3^o trimestre et prépartum

**Travail prématuré : contractions utérines régulières
et modification du col < 36 SA**

**Femmes blessées médullaires : durée moyenne de
grossesse < 40 SA**

**Baker (1992) : durée moyenne de grossesse : 37.9
SA**

Taux d'accouchement prématuré :

**- 18% (Westgren), 19% (Charlifue), 22%
(Wanner), 21.2% vs 12.6% (Jackson)**

- le plus souvent entre 35 et 37 SA

➤ 3^o trimestre et prépartum

- **Risque d'accouchement prématuré légèrement augmenté**
- **Examen cervical une fois /semaine dès la 28^o semaine**
- **Hospitalisation proposée dans les niveaux hauts à la 26^o semaine**
- **Monitoring des contractions à domicile?**
- **Apprentissage des femmes à l'autopalpation, à la recherche de signes indirects (Wanner)**
- **Charlifue : 77% des femmes reconnaissent le début du travail.**

➤ *3^o trimestre, pré-partum et accouchement*

LE SYNDROME D'HYPERREFLEXIE AUTONOME

■ **Head et Ridoch (1917)**

■ **Réponse sympathique massive à une stimulation nociceptive sous lésionnelle pelvienne ou sacrée**

Contractions utérines +++

■ **Libération de réflexes sympathiques spinaux**

■ **Noradrénaline, Dopamine b-Hydroxylase**

■ **Sensibilité particulière de certains organes cibles**



**LE SYNDROME D'HYPERREFLEXIE
AUTONOME**

- Vasoconstriction splanchnique et périphérique**
- Hypertension artérielle aiguë**
- Céphalées pulsatiles occipitales et frontales**
- Bradycardie (réponse vagale) et parfois arythmie**
- Sueurs et piloérection sus lésionnelles**
- Flush facial, congestion nasale, dilatation pupillaire**

**LE SYNDROME D'HYPERREFLEXIE
AUTONOME**

Risques de crises d'épilepsie

Accidents vasculaires hémorragiques

Coma et décès

➤ **McGregor, Am J Obstet Gynecol, 1985**

**Autonomic hyperreflexia : A mortal danger for
spinal cord -damaged women in labor**

Fréquence (Westgren) 75%

Diagnostic différentiel : éclampsie

SYNDROME D'HYPERREFLEXIE AUTONOME ET PREVENTION

Eviter toute distension rectale et vésicale

Diminuer les afférences nociceptives locales

Utilisation de topiques anesthésiques locaux

– Manoeuvre de sondages , d'évacuation rectale

– Examens gynécologiques +++

Analgésie péridurale continue systématique lors de lésions hautes dès le début du travail

Expansion volémique contrôlée.

➤ *Travail et accouchement*

■ Physiologie du travail non modifiée

■ Durée moyenne de 4.6 H

➤ *Mode d'accouchement*

■ Taux de césariennes : Verduyn (1986) 38%,
Charlifue (1992) 25%, Westgren (1993) 68%,

■ Jackson (1999) 17.8%

■ Indications peu claires

— Manque d'expérience et d'information des équipes
obstétricales ?

✦ *Travail et accouchement*

■ *Indication de césarienne : obstétricale +++*

■ Seule indication neurologique :

– HRA non jugulable par l'anesthésie locorégionale

■ Extraction instrumentale (forceps, ventouse)

Charlifue 22%, Jackson 17.8%

■ Quelques questions cependant : **accouchement par voie basse et :**

– Syringomyélie (Daskalakis - 2001)

– Syndrome de la queue de cheval et périnée descendant

Post-partum

Problème de cicatrisation des épisiotomies

Pas de contre-indication à l'allaitement

Enquête de Charlifue , problèmes physiques dans

10% des cas :

- Intestinaux, vésicosphinctériens, spasticité,

- Thrombophlébite, fatigue, maux de tête,

50% des femmes nécessitent une assistance

supplémentaire à domicile.

Grossesse modérément à risque si bien suivi

■ **Collaboration rééducateurs,obstétriciens
anesthésistes**

■ **Problèmes du sevrage médicamenteux**

➤ *Les problèmes gynécologiques*

Jackson : 472 femmes, comparaison pré et post -traumatique

- Pas de différence significative en terme de pathologie
- Hormis infections urinaires et mycoses vaginales
- Cycles réguliers, syndrome prémenstruel plus marqué
- Age moyen de ménopause 43.3 versus 45.5
- Suivi gynécologique : palpation mammaire, mammographie, frottis
- Pas de différence significative

Indications d'hystérectomies (Jackson)

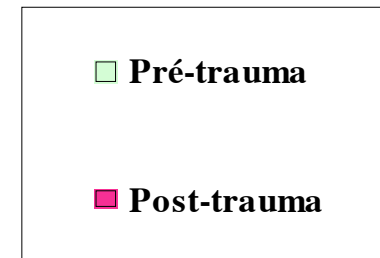
50

40

20

10

0



fibromes Kuterin saignement Endometriose Prolapsus Stérilisation Dysplasie col Confort



Health issues of Women with Physical Disabilities

Arch Phys Med Rehabil (1997)

- **Difficulté d'un suivi gynécologique**
- **Barrières environnementales**
- **Attitudes des praticiens :**
 - **Méconnaissance de leurs problèmes physiques et de leurs déficiences**
 - **Considérées comme des êtres asexués**
 - **Nécessité de réseaux et collaboration**



Enquête : colloque Vie de Femme /Handicap moteur

➤ *Éléments freinateurs du suivi :*

- **Accessibilité : 640 bâtiments recensés - 222 accessibles**
- **Transports**
- **Matériels inadaptés (tables d'examens)**
- **Raisons personnelles :**
 - **complexe /handicap et regard des autres**
 - **trop d'obstacles**
- **Praticiens : manque d'information/handicap**