

Les essais thérapeutiques par PGE, IPDE-V et papavérine sont efficaces sur l'érection. 40/49 pour les PGE (81,63 %), 12/39 pour les IPDE-V (30,76 %), 9/13 pour PGE + IPDE-V et PGE + papavérine (69,23 %).

Quatre-vingt-quatre ont une anéjaculation à la masturbation et aux rapports (93,33 %). Le VM seul, a permis une éjaculation dans 16,21 % des cas. Douze éjaculations/74 patients (six antérograde, deux mixtes et quatre rétrogrades). Une éjaculation est constatée chez 20/38 patients (52,63 %) ayant bénéficiés de VM associé à la midodrine (un antérograde, six mixtes et 15 rétrogrades).

**Discussion et conclusion.**— Comparée aux données de la littérature, notre étude est une mise au point descriptive sur un plus large échantillon des troubles d'érection et d'éjaculation spécifiques aux lésions médullaires sacrées et difficiles à traiter. Elle met l'accent aussi sur l'efficacité des moyens thérapeutiques. L'évaluation régulière de cette efficacité participe à une meilleure prise en charge et compréhension de leur mécanisme.

*Pour en savoir plus*

Podnar S, Oblak C, Vodusek DB. Sexual function in men with cauda equina lesions: a clinical and electromyographic study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73:715–20.

Khorrami MH, Javid A, Moshtaghi D. Sildenafil efficacy in erectile dysfunction secondary to spinal cord injury depends on the level of cord injuries. *Int J Androl* 2010;33:861–4.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.619>

CO47-006-f

## Potentiel éjaculatoire chez les lésions du cône et de l'épicône

K. Charvier<sup>a,\*</sup>, F. Courtois<sup>b</sup>, I. Côté<sup>c</sup>, V. Dahan<sup>d</sup>

<sup>a</sup> CHU Lyon, route de Vourle, 69565 Saint-Genis-Laval, France

<sup>b</sup> Université du Québec à Montréal, Canada

<sup>c</sup> Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, Canada

<sup>d</sup> Institut de réadaptation Gingras Lindsay de Montréal, Canada

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [kathleen.charvier@chu-lyon.fr](mailto:kathleen.charvier@chu-lyon.fr)

**Mots clés :** Éjaculation précoce ; Lésion médullaire ; Cône médullaire ; Épicône

**Introduction.**— Les lésions médullaires entraînent généralement des troubles anéjaculatoires. Les lésions du cône médullaire ou de l'épicône semblent faire exception à la règle et présentent souvent, non pas des anéjaculations, mais des éjaculations précoces qui apparaissent après la lésion.

**Objectif.**— Analyse rétrospective des dossiers cliniques de patients ayant consulté pour trouble éjaculatoire.

**Patients et méthodes.**— Trente-quatre hommes ayant des lésions de L5-S1 à S3-S4, généralement incomplètes, ont consulté nos services pour des troubles d'éjaculations précoces. La sensation anale était perdue chez 6 % des patients, diminuée chez 79 %, paresthésique chez 12 % et normale chez 3 %. Le réflexe anal externe était absent chez 30 % des patients, diminué chez 60 %, normal chez 10 %. Les réflexes bulbocaverneux et balanoanal étaient absents chez 38 % des patients, diminués chez 41 %, normaux chez 21 %.

**Résultats.**— Des 34 patients, 91 % ont déclaré maintenir l'éjaculation, mais 83 % se plaignent d'éjaculation précoce, ante portas, déclenchée à la moindre pensée sexuelle et apparue depuis la lésion. Soixante-douze pour cent de ces patients décrivent l'éjaculation comme asthénique, et bien que la lésion est incomplète dans la majorité de cas, 78 % déclarent ne ressentir aucune ou très peu de sensations au moment de l'éjaculation. Quinze pour cent la déclare douloureuse (sensation de décharge électrique). Seul 7 % déclare un orgasme.

**Conclusion.**— Les hommes atteints de lésions basses de la moelle épinière, du cône ou de l'épicône, semblent développer une éjaculation précoce ante portas à la suite de leur lésion. La majorité de ces hommes décrivent l'éjaculation comme précoce, asthénique et anhédonique. Ces données sont en contraste marqué avec les lésions lombaires, thoraciques ou cervicales qui entraînent généralement des anéjaculations. Les résultats sont discutés en terme de nos connaissances actuelles sur la neurophysiologie de l'éjaculation et sur les mécanismes possibles expliquant ce phénomène.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.620>

## Oral communications

### English version

CO47-001-e

## Management of bowel disorders in neurological disease

A.-M. Leroi

CHU CH.-Nicolle, service de physiologie digestive, CHU de Rouen, hôpitaux de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

E-mail address: [anne-marie.leroi@chu-rouen.fr](mailto:anne-marie.leroi@chu-rouen.fr)

Unknown abstract.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.621>

CO47-002-e

## Is a selective and dissociative voluntary contraction of the anterior and posterior pelvic floor muscles possible?

C. Chesnel<sup>\*</sup>, A. Charlanes, M. Jousse, F. Lebreton, D. Verollet, G. Amarengo

Service de neuro-urologie et d'explorations périnéales, hôpital Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

\*Corresponding author.

E-mail address: [chesnel.camille@gmail.com](mailto:chesnel.camille@gmail.com)

**Keywords:** Pelvic floor muscles; Rehabilitation; Voluntary contraction; Selectivity; Dissociative activation

**Aims.**— The hypothesis of a possible selective and dissociated contraction of the pelvic floor muscles lead to different procedures for treatment of urinary and anorectal disorders. However, this selective motor activation is not demonstrated.

The first aim was to determine if a selective motor contraction of the pelvic floor muscle is possible. The second aim was to quantify and compare the muscular response during the different instructions.

**Patients and methods.**— We led a prospective trial on women without neurologic disease, with pelvic floor muscle strength  $\geq 3/5$ . Electromyographic (EMG) activity of the left bulbospongiosus with fine-wire electrode and EMG of the external anal sphincter with surface electrodes was concomitantly recorded. The instructions' order was randomized. The orders were "Squeeze the anus, like to hold a gas or stools" and "Squeeze the vagina, like to hold desire to void". The main endpoint was the qualitative analyze of the EMG activity with co-activation or not of the anterior and posterior pelvic floor muscles. The secondary endpoint was the quantitative analyze of the area under the curve between the two instructions, for each muscle.

**Results.**— Seven women, with a mean age of 69.7 years, participated to the study. All of them contracted concomitantly the external anal sphincter and the bulbospongiosus independently of the given instruction. In bulbospongiosus EMG curves, there were no statistical significant difference between the areas under the curve during the two orders ( $P = 0.45$ ). The EMG activity was significantly higher during the instruction of posterior pelvic muscles contraction than during the order of anterior pelvic floor muscles contraction ( $P = 0.034$ ).

**Discussion.**— The voluntary selective and dissociated contraction of the anterior or posterior pelvic floor muscles do not seem possible. Therefore, procedure of pelvic floor muscles training should be chosen by the preference of the patient rather than the location of the pelvic disorders.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.622>

CO47-003-e

## Best instructions to assess the pelvic floor muscle contraction

A. Charlanes<sup>\*</sup>, C. Chesnel, M. Jousse, F. Lebreton, D. Verollet, G. Amarengo