

ANORGASMIE

Introduction

70% des femmes sont plus ou moins affectées par des problèmes d'orgasme [1]. Cependant, ce sujet est traité relativement "comme un mot d'ordre". Parce que derrière le terme général "problèmes d'orgasme", il y a toute une série de problèmes: manque de désir sexuel, sécheresse vaginale, excitabilité médiocre et douleur pendant les rapports sexuels, qui sont en outre influencés par les symptômes post-partum.

Par conséquent, il ne faut pas supposer que les problèmes d'orgasme sont solitaire, mais un dysfonctionnement sexuel général (FSD Female Sexual Dysfunction). Étant donné le grand nombre de facteurs d'influence, il est difficile de trouver une option de traitement universelle, d'autant que le Viagra féminin (Flibanserin / Pink-Viagra), lancé aux États-Unis, s'est révélé être un flop [3]. Cependant, la décomposition d'un FSD sur la fonction du plancher pelvien révèle une option de traitement importante.

Prévalence

Dans des études représentatives, 4 à 24% des femmes interrogées ont signalé des problèmes d'orgasme [4], [5], [6]. Cependant, les enquêtes ne sont pas très significatives, car le taux de réponse, par exemple, dans une enquête exemplaire (questionnaire) de près de 9 000 personnes n'était que d'environ 56%. Les femmes qui étaient disposées à comparer leurs problèmes d'orgasme à la trentaine avec celles à l'âge de 60 ans ont signalé une détérioration de 15,2% à 32,2% [7]. D'autres études indiquent que 42% des personnes interrogées ont été incapables d'avoir un orgasme au cours des derniers mois [8] ou la prévalence de la dysfonction sexuelle féminine (FSD) devrait être de 25 à 63% [9].

Dans une étude nationale représentative menée à l'échelle des États-Unis au moyen d'une enquête téléphonique (femmes de 30 à 70 ans), l'intérêt sexuel lié à l'âge a diminué. En conséquence, la prévalence des femmes âgées de 60 à 70 ans était de 61% [10]. Selon une revue systématique, 64% (16 à 75%) ont des problèmes de désir sexuel, 35% (16 à 48%) ont des difficultés à atteindre l'orgasme et 31% (12 à 64%) ont des difficultés à être sexuellement excités. et 26% (7 à 58%) ont signalé des douleurs lors des rapports sexuels [11].

En ce qui concerne l'accouchement, 24% des femmes signalent encore des douleurs lors des rapports sexuels, même après 18 mois [12]. Selon une autre étude, 77% des mères primipares se plaignent toujours d'un mal de dos constant un an après l'accouchement. Étonnamment, le syndrome de douleur pelvienne (SPP) post-partum affecte non seulement les accouchements vaginaux [13] (40%), mais également les césariennes. Ainsi, les différences de prévalence entre la naissance vaginale et la naissance opératoire sont similaires 6 à 11 ans après l'accouchement [14].

Pathogénèse

Fondamentalement, chaque personne peut atteindre un orgasme, ce qui permet aux femmes de réagir plus facilement aux interférences [15]. Dans quelle mesure il est judicieux d'utiliser un rPMS en cas de dysfonctionnement sexuel de la femme ou en cas de problème d'orgasme, décide avant tout si le plancher pelvien affecte réellement la capacité de décharge. Après avoir évalué une enquête menée auprès de 776 femmes et hommes de Hambourg et de Leipzig, l'orgasme féminin n'était pas plus compliqué et difficile à réaliser que l'homme [16] - du moins par elles-mêmes (masturbation) - ce qui en fin de compte va à l'encontre d'une cause organique.

Il convient de noter que les femmes qui ont un "plancher pelvien fort" ressentent en principe davantage de désir sexuel et un orgasme plus fort [17], [18], [19]. Ainsi, les "pionniers sexuels" Masters & Johnson ont décrit une corrélation directe entre la force des contractions de M. pubococcygeus (MPC) et de l'iléococcygie (MICC) et l'intensité d'un orgasme [20]. Cependant, la littérature ne parle souvent que du "plancher pelvien" sans aborder les problèmes musculaires individuels associés à l'excitation sexuelle ou à la situation orgasmique entière. Il est incontestable que les muscles du plancher pelvien dans leur ensemble influent sur l'intensité sensorielle de la pénétration vaginale [21] et que MPC et MIC sont responsables des contractions involontaires au cours de l'orgasme [22], [23].

Cependant, cela ne se réfère pas à la fréquence de l'orgasme ("clitoridien ou vaginal"), pour lequel la confirmation fait encore défaut [24]. Cependant, une fois que la base du clitoris est connectée au CPP, sa seule contraction peut provenir d'un point physiologique de l'excitation sexuelle. L'ischiocavernosus (MIC), souvent convoité, souvent appelé «muscle orgasmique» dans la littérature pertinente, semble n'être responsable que de l'accumulation de pression dans le cavernus clitoridien. Et le M. bulbospongiosus (MBS) comprime la veine dorsale de sorte qu'elle ne s'égoutte pas rapidement dans le tissu érectile - sa pression sur les glandes de Bartholin situées à cet endroit renforce la lubrification de l'entrée vaginale. Logiquement, les MIC et les MBS sont les muscles les plus souvent blessés à la naissance. Bien entendu, une contraction générale du plancher pelvien augmente toujours la circulation sanguine et déclenche la tumescence du tissu érectile [25]. **En conclusion, la contraction du plancher pelvien intensifie l'excitation pendant la stimulation sexuelle!**

Si l'on regarde de plus près les contractions tonico-cloniques du plancher pelvien au cours d'un orgasme, chaque orgasme semble toujours très individuel en raison d'une anatomie vaginale différente [26]. Cependant, il dépend toujours de la qualité de la stimulation (du partenaire) et, bien sûr, du tonus musculaire. **L'union clito-uréthro-vaginale semble si robuste que même après une clitérectomie (ablation chirurgicale du clitoris), il est encore possible d'appeler cet orgasme par la tension du plancher pelvien et par la décharge subséquente [27].** Même après une lésion complète de la moelle épinière (au-dessus des nerfs pelvien et hypogastrique), les femmes peuvent encore avoir un orgasme après une stimulation génitale [28]. Ainsi, le développeur de la formation Kegel (entraînement du plancher pelvien) est convaincu que la sensation sexuelle dans le vagin est directement liée au tonus musculaire et peut être améliorée par l'entraînement musculaire et l'entraînement en résistance du M. pubococcygeus [29].

La douleur coïtale après des accouchements antérieurs [30] peut être associée à une inflammation [31], [32], à des adhérences après une chirurgie [33], à des kystes ovariens, à

une OAB [34] ou même à des malformations des organes génitaux. Cependant, il existe souvent un soi-disant vaginisme, dans lequel les muscles de la partie inférieure du vagin (probablement dus à une maladie mentale) se contractent involontairement, ce qui rend la pénétration du pénis uniquement possible sous la douleur. Cela pourrait être, par exemple, une tentative de compensation de structures fascia-ligamentaires faibles.

Le stress cardiovasculaire, à son tour, affecte le flux sanguin clitoridien et vaginal, entraînant une perte de muscle lisse et de sécheresse vaginale [35]. Le diabète sucré provoque également des séquelles aux nerfs et aux vaisseaux, ce qui est directement perceptible en termes d'excitabilité sexuelle et de perception du plaisir. De plus, la ménopause («déficit en œstrogène») a un effet relativement significatif sur tous les paramètres de la dysfonction sexuelle [36]. Enfin, les facteurs sociaux ne doivent pas être sous-estimés, une femme moderne ne peut pas remplir ses différents rôles d'ouvrière, de femme au foyer, de mère, de petite amie et d'actrice sexuelle [37].

Thérapies conservatrices

Pour l'atrophie vaginale et la réduction de la lubrification, la tentative de traitement médicamenteux habituel («déficit en œstrogène prouvé») consiste en une application locale d'œstrogènes ou en un conseil sexuel. L'hypothèse audacieuse selon laquelle il peut résoudre jusqu'à 80% de tous les problèmes sexuels et médicaux [38] est davantage un vœu pieux que la réalité. Si cela va changer quoi que ce soit avec l'approbation de l'agoniste de mélanocortine Bremelanotid, est encore complètement ouvert. En raison des différents facteurs influençant la DSE et la procédure fatigante, l'entraînement actif du plancher pelvien (entraînement musculaire du plancher pelvien PFMT) est relativement rare ou s'inscrit dans une SUI physiothérapeutique ou un traitement du prolapsus influençant positivement la dysfonction sexuelle. [39], confirmée par une revue systématique [40].

La qualité de la sensation sexuelle s'est améliorée chez 39% des femmes (groupe témoin 5%) après un entraînement du prolapsus génital au niveau du bassin [41]. Depuis les années 1950, l'inventeur des exercices de Kegel a mené des études (non contrôlées) selon lesquelles les femmes ayant subi un entraînement du plancher pelvien en raison d'une incontinence urinaire signalaient souvent une augmentation des sensations vaginales et un orgasme amélioré [42], [43]. Les résultats de Kegel sont étayés par une étude de corrélation rétrospective après que la force de M. pubococcygeus soit toujours plus élevée chez les femmes orgasmiques que chez les femmes qui ne peuvent pas atteindre l'orgasme [44]. Cela a été confirmé par une étude contrôlée qui prédit la relation entre la force du CPM et une réaction orgasmique [45].

Une autre étude montre également que la probabilité d'activité sexuelle est plus élevée chez les femmes qui ont un plancher pelvien puissant [46]. Par exemple, si un entraînement du plancher pelvien (deux fois par jour pendant 10 semaines / protocole d'incontinence Aukee [47]) est réalisé, les femmes du groupe actif améliorent significativement leurs fonctions sexuelles telles que plaisir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleurs coïtales. Le score global (FSFI) est passé de 13 à 32 points, tandis qu'il s'est détérioré de 15 à 13 dans le groupe témoin [48]. Une autre étude a porté sur les femmes qui souffraient d'une diminution du désir sexuel et recevaient une PFMT pour incontinence urinaire. Grâce à la formation, 30% des femmes ont perdu leur désir sexuel, ont disparu de toutes les femmes souffrant de douleurs coïtales et un tiers ont amélioré leurs problèmes d'orgasme [49]. Dans

une autre revue de la littérature, au moins la tendance générale a été confirmée que, chez les femmes en post-partum, l'entraînement du plancher pelvien peut améliorer les zones sexuelles d'excitation, de lubrification, d'orgasme et de désir. Cependant, la mesure dans laquelle les douleurs sexuelles peuvent en bénéficier n'est pas très claire [50].

Les découvertes sur la stimulation électrique dans les dysfonctions sexuelles sont naturellement rares, car l'introduction d'une électrode à tige vaginale, également douloureuse, ne trouve que quelques femmes intéressées. Bien qu'il existe maintenant des appareils de stimulation électrique à usage domestique. Ce n'est que dans quelle mesure le M. iliococcygeus peut-il être entraîné ici? Une distinction doit être faite entre la neurostimulation sacrée, qui est utile dans les troubles neurogènes (SEP, paraplégie, etc.). Dans une étude qui a effectué une stimulation électrique sur une période de 8 semaines, mais seulement une fois par semaine, le désir, l'excitation et l'orgasme se sont améliorés. Cependant, il n'y a eu aucun changement de lubrification et de douleur coïtale dans l'un ou l'autre groupe [51].

RPMS effet

La pertinence d'un rPMS dans les dysfonctions sexuelles féminines en termes de zones de plaisir et de capacité orgasmique révèle essentiellement une faiblesse du plancher pelvien et les résultats clairs du traitement de l'incontinence urinaire, principalement le renforcement musculaire et la récupération de la représentation corticale. En outre, les effets bénéfiques sur la fonction sexuelle étudiés dans certaines études (revues) sur le traitement de l'incontinence par la rPMS du bassin pelvien [52] confirment le potentiel du traitement par rMSP.

En ce qui concerne le syndrome de la douleur post-partum (douleur coïtale / dyspareunie), qui affecte également fortement la sexualité, il existe également des études démontrant la neuromodulation et l'entraînement de muscles insuffisants ou endommagés au moyen du rPMS [53], [54], [55]. Des expériences sur des animaux (souris) ont montré que le rPMS minimise de manière significative l'infiltrat inflammatoire et la cicatrisation des muscles endommagés et empêche non seulement l'atrophie musculaire post-traumatique, mais améliore également le métabolisme et la densité des récepteurs d'acétylcholine [56]. La dyspareunie peut également être causée par une hypertension ou une contraction permanente des muscles du plancher pelvien, indépendamment des lésions musculaires post-partum [57], [58], [59]. Les résultats d'un entraînement actif du plancher pelvien suggèrent ici [60] qu'un rMSP est également efficace ici.

Portée du traitement / période de traitement

Afin d'élargir la section transversale des muscles du plancher pelvien et d'intensifier et d'étendre l'importante représentation corticale, la formation aux rMPS doit être effectuée selon le traitement d'une IUE (2 à 3 fois par semaine, 6 à 8 semaines). Le choix des paramètres de fréquence doit être ici dans la plage supérieure. En cas d'hypertonie du plancher pelvien entraînant des douleurs coïtales, une dizaine de traitements suffisent. Pour obtenir une relaxation musculaire, il convient de le traiter à une fréquence faible à moyenne [61].

Attente de succès

Sur la base des résultats de l'entraînement actif du plancher pelvien et du fait que le rPMS exerce un effet beaucoup plus intense, on peut supposer une augmentation significative de toutes les fonctions sexuelles sur la base du score SFSI. Un exemple de ceci est un entraînement domestique intensif du plancher pelvien sous contrôle de biofeedback (deux fois par jour pendant 10 semaines), dans lequel il existe une augmentation du score sexuel (de 1,2 à 4,8 points), 5,7), la lubrification (1,95 à 5,4), la satisfaction (2 à 5,6) et la diminution de la douleur associée au coït (4,6 à 5,68). Le score global est passé de 13,05 à 32,09, tandis que dans le groupe témoin, il est passé de 15,32 à 13,67 [62].

SFSI est un outil d'autoévaluation à 19 items qui a été validé pour les femmes présentant des troubles de l'éveil, des problèmes de libido, des troubles de l'orgasme, etc. [63], [64]. Un score de 0 signifie que la personne n'a pas eu de rapports sexuels au cours des derniers mois. Un score $\leq 26,55$ indique un dysfonctionnement sexuel chez la femme [65]. Ceci est également confirmé par des études, selon lesquelles un entraînement rPMS du Pelvicenter QRS du plancher pelvien a entraîné une amélioration significative de la DSE dans toutes les sous-zones du score SFSI ou GRISS. Même après 3, 6 et 12 mois après la fin du traitement [66], le résultat a été conservé.

Lieu d'étude

À ce jour, deux études ont été publiées sur le rPMS dans la dysfonction sexuelle féminine, mais elles ne se réfèrent pas explicitement à la FSD, mais ont également étudié l'influence du rPMS sur la fonction sexuelle des femmes dans un traitement de l'incontinence (SUI).

Etude 1: But de l'étude: Influence de la stimulation magnétique sur l'incontinence de stress et la fonction sexuelle [67]. Il y avait 39 femmes sexuellement actives qui ont été traitées avec le rPMS deux fois par semaine (20 minutes) pendant 6 semaines. Cela a abouti à un groupe Succès (SG) avec 64% des patients, c'est-à-dire que les symptômes d'incontinence se sont améliorés ou ont guéri et qu'un groupe d'échec FG n'a pas répondu au traitement (36%).

Résultat:

Après 3, 6 et 12 mois, seul le groupe FG a réalisé une amélioration significative dans tous les domaines de la dysfonction sexuelle selon le score SFSI ($p < 0,05$)

Etude 2: Participation au traitement avec le SMrPPelvicenter QRS de 66 couples mariés, dont les partenaires sexuellement actifs (au moins 21 ans) souffraient chacun d'incontinence d'effort (SUI) [68]. La période standard était de 16 séances (deux fois par semaine). Ceux qui n'ont pas répondu au traitement après 8 semaines pouvaient opter pour une prolongation de 32 semaines. Il a été vérifié avec le questionnaire GRISS (Inventaire de la satisfaction sexuelle de la rouille de Golombok) avec les deux partenaires. Il contient également 12 sous-échelles telles que la dysfonction érectile (mâle), l'éjaculation précoce (mâle), le vaginisme (femme), l'anorgasmie (femme), le manque de plaisir (homme et femme), le comportement d'évitement (masculin et féminin), rapports sexuels rares et manque de communication sexuelle [69]. La puissance du plancher pelvien a été déterminée avec un périnomètre.

Résultat:

Six mois après le traitement, 53 des couples (80,3%) étaient encore disponibles pour l'enquête GRISS. Parmi les couples disparus, 10 couples ont refusé une autre enquête et 3 n'étaient plus disponibles. Peu de temps après le traitement et 6 mois plus tard, il y avait une amélioration significative des symptômes de l'IUE et de la fonction du plancher pelvien. De même, tous les sous-segments du score GRISS se sont améliorés de manière significative ($p < 0,001$). Cela concernait également les sous-échelles de GV rares, la non-satisfaction, le manque de capacité à jouir et le vaginisme - l'amélioration de la «non-gratification» étant la plus prononcée.

Conclusion

La dysfonction sexuelle, avec une prévalence de 40 à 45%, est l'une des affections les plus courantes, mais souvent insatisfaites, chez la femme [70]. Ceci est principalement dénommé "manque de désir" (64%) et "anorgasmie" (35%), suivi par des problèmes d'excitation sexuelle et des douleurs dans le GV. Bien que les problèmes de partenaire, les conditions sociales, les conséquences livrables ou la déficience en œstrogènes de la ménopause jouent un rôle important, un «plancher pelvien puissant» semble être essentiel au désir sexuel et à la capacité d'orgasme. Voici principalement le Mm.pubococcygeus (MPC) et ileococcygeus (MICC), qui sont également responsables du sentiment de bien-être vaginal et des contractions rythmiques de l'orgasme.

Dans le traitement de la FSD, outre la substitution hormonale plutôt insignifiante et la thérapie de couple, la plus efficace de toutes, l'entraînement du plancher pelvien ne peut prévaloir. La raison la plus banale est que la plupart des femmes évitent la procédure d'entraînement fastidieuse et pénible de l'entraînement du plancher pelvien ou qu'elles s'en écartent à cause de l'effort.

Avec le rPMS QRS Pelvicenter, qui est beaucoup plus efficace pour augmenter la taille des muscles du plancher pelvien et renforcer l'importante représentation corticale, une procédure efficace et facile à utiliser est disponible, à laquelle toutes les parties d'un dysfonctionnement sexuel réagissent avec une amélioration significative! Cela vaut également pour le vaginisme ("plancher pelvien hypertonique") et le coït post-partum, d'autant plus que le rPMS minimise non seulement les infiltrats inflammatoires et la cicatrisation des muscles endommagés, mais augmente également la densité des récepteurs musculaires pour l'acétylcholine.

Bibliographie

[1] <https://www.news.at/a/70-frauen-orgasmusprobleme-118230>

[2] Goldstein I, Berman JR. Dysfonction sexuelle vasculogène chez la femme: engorgement vaginal et syndromes clitoridiens d'insuffisance érectile. Int J ImpotRes 1998; 10 (Supp 2): S84 - S90

[3] Jaspers L, Feys F, Wichor M et al. Efficacité et innocuité de la flibansérine pour le traitement des troubles du désir sexuel hypoactif chez la femme. Un examen systémique et une méta-analyse. JAMA Intern Med. 2016; 176 (4): 453-462

[4] Ventegodt S. Sexe et qualité de la vie au Danemark. Arch. Sexe. Behav 1998; 27: 295-307

- [5] Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Dysfonction sexuelle aux États-Unis. *JAMA* 1999; 281: 537-544
- [6] Rosen RC et al. Prévalence de la dysfonction sexuelle chez les femmes: résultats d'une enquête menée auprès de 329 femmes dans une clinique gynécologique ambulatoire. *J SexMarital Ther* 1993; 19 (3): 171-88
- [7] Hisasue S et al. Prévalence des symptômes de dysfonction sexuelle chez la femme et sa relation avec la qualité de vie: une étude de cohorte japonaise. *Urologie* 2005; 65 (1): 143-8
- [8] Lire S, King M, Watson J. Dysfonction sexuelle dans les soins médicaux primaires: prévalence, caractéristiques et détection par le médecin généraliste. *J. Public Health Med* 1997; 19: 387-391
- [9] EO Laumann, Paik A, Rosen RC. Dysfonction sexuelle aux États-Unis. Prévalence et prédicteurs. *JAMA* 1999; 281 (6): 537-544
- [10] West SL et al. Prévalence du désir sexuel faible et du trouble du désir sexuel hypoactif chez un échantillon nationalement représentatif de femmes américaines. *ArchIntern<Med* 2008; 168: 1441-1149
- [11] Hayes RD et al. Quelles peuvent être les études de prévalence sur les difficultés et les dysfonctionnements sexuels chez les femmes. *J Sex Med* 2006; 3 (4): 589-595
- [12] McDonald EA et al. Dyspareunie et accouchement: une étude de cohorte prospective. *BJOG*. 2015; 122 (5): 672-679
- [13] Mannion CA et al. L'influence de la douleur et de l'incontinence urinaire sur les tâches quotidiennes des mères après 12 mois. *PLoS One* 2015; 10 (6): e0129615
- [14] Blomquist JL et al. Douleur pelvienne et mode de livraison. *Au J ObstetGynecol* 2014; 210 (5): 423.e1-423.e6
- [15] Eicher W. L'orgasme féminin. Troubles de l'orgasme et possibilités de traitement. *Gynécologue* 1993; 26 (3): 177-183
- [16] Matthiesen, Silja, Hauch, Margret. Disparition des différences de genre? Dissolution, renversement ou continuité des différences de genre traditionnelles dans le comportement sexuel. Une étude empirique de trois générations. *Thérapie comportementale et pratique psychosociale. Communications de la DGVT*. 2004; 36 491-508
- [17] Martinez CS et al. Les femmes avec une plus grande force musculaire du plancher pelvien ont une meilleure fonction sexuelle. *Acta ObstetGynecolScand* 2014; 93 (5): 497-502
- [18] Sacomoria C et al. Force musculaire du plancher pelvien et fonction sexuelle chez la femme. *FisioterMov* 2015; 28 (4): 657 - 665
- [19] Lowenstein L et al. Peut renforcer le plancher musculaire pelvien pour améliorer la fonction sexuelle. *Int Urogynecol J* 2010; 21 (5): 553-556
- [20] Masters WH, Johnson VE. Réponse sexuelle humaine Little, Brown, Boston. 1966
- [21] Graber B, Kline-Graber G. Orgasme féminin: rôle du muscle pubococcygeus. *J Clin Psychiatry* 1979; 40 (8): 348-351
- [22] Lowenstein L et al. Peut renforcer le plancher musculaire pelvien pour améliorer la fonction sexuelle. *Int Urogynecol J* 2010; 21 (5): 553-556
- [23] Piassarolli VP et al. Entraînement des muscles du plancher pelvien dans les dysfonctions sexuelles féminines. *Rev Bras GinecolObstet* 2010; 32 (5): 324-40
- [24] Chambless DL et al. Le pubococcygeus et l'orgasme féminin: une étude corrélative avec des sujets normaux. *ArchSexBehav* 1982; 11: 479-490
- [25] Messé MR, Geer JH. Contractions musculaires vaginales volontaires en tant qu'amplificateur de l'excitation sexuelle. *ArchSexBehav* 1985; 14 (1): 13-28
- [26] Jannini A, Buisson O, Rubio-Casillas A. Au-delà du point G: complexe clitoréthovaginal dans l'orgasme féminin. *Nat RevUrol* 2014; 11: 531-538
- [27] Mountain RC, Denison E. Les mutilations / coupures génitales féminines affectent-elles le fonctionnement sexuel des femmes? Une revue systématique des conséquences sexuelles sur

les MGF / E. SexRes Soc Policy 2011; 9: 41-56

[28] Komisaruk BR, Gerdes CH, Whipple B. Une lésion complète de la moelle épinière ne bloque pas les réponses perceptives à l'auto-stimulation génitale chez la femme. ArchNeurol. 1997 54 (12): 1513-20

[29] Cone AH. Fonctions sexuelles du muscle pubococcygien. West J SurgObstetGynecol 1952; 60: 521-524

[30] McDonald EA et al. Dyspareunie et accouchement: une étude de cohorte prospective. BJOG. 2015; 122 (5): 672-679

[31] Butrick CW. Cystite interstitielle et douleur pelvienne chronique. Nouvelles idées en neuropathologie, diagnostic et traitement. Clin ObstetGynecol. 2003; 46 (4): 811-23

[32] Peters KM et al. Fonction sexuelle et détresse sexuelle chez les femmes atteintes de cystite interstitielle: une étude cas-témoins. Urologie 2007; 70 (3): 543-547

[33] RN de Paul. Impact de la chirurgie gynécologique sur une fonction sexuelle féminine. Int J ImpotRes 2010; 22 (2): 105-114

[34] Wehbe SA, Whitmore K, Kellogg-Spadt S. Affections urogénitales et dysfonction sexuelle féminine (partie 1). J Sex Med 2010; 7 (5): 1704-1713

[35] Goldstein I, Berman JR. Dysfonction sexuelle vasculogène chez la femme: engorgement vaginal et syndromes clitoridiens d'insuffisance érectile. Int J ImpotRes 1998; 10 (Supp 2): S84 - S90

[36] Pitsouni E, T Grigoriadis, Douskos A et al. Efficacité des thérapies vaginales alternative aux œstrogènes vaginaux ou à la fonction sexuelle et à l'orgasme des femmes ménopausées: revue systématique et méta-analyse d'essais contrôlés randomisés. Eur G ObstetGynecolReprodBiol. 2018; 229: 45-56

[37] Butcher J. Problèmes sexuels féminins I: perte de désir - qu'en est-il de l'amusement. BMJ 1999; 318 (7175): 41-43

[38] Bayerle-Eder M, Dadak C. Dysfonction sexuelle féminine. ÖAZ 2015; 20: 40-42

[39] StiltHammer C. Plancher pelvien et sexualité féminine. Urologie du spectre. 2016; 2: 1-2

[40] Ferreira CH, Dwyer PÖL, Davidson M et al. Le muscle du plancher pelvien améliore-t-il la fonction sexuelle féminine? Une revue systématique. Int Urogynecol J. 2015; 26 (12): 1735-1750

[41] Braekken IH, Jajida M, Ellström EM, Bo K. L'entraînement des muscles du plancher pelvien améliore la fonction sexuelle chez les femmes présentant un prolapsus des organes pelviens. un essai contrôlé randomisé. J Sex Med 2015; 12 (2): 470-480

[42] Kegel A. Thérapie physiologique pour l'incontinence urinaire à l'effort. J Am Med Assoc 1951; 146: 915-917

[43] Kegel A. Fonctions sexuelles du muscle pubococcygien. West J SurgObstetGynecol. 1952; 60: 521-524

[44] Graber B, Kline-Graber G. Orgasme féminin: rôle du muscle pubococcygien. J Clin Psychiatry 1979; 40 (8): 348-351

[45] Chambless D et al. Le pubococcygeus et l'orgasme féminin: une étude corrélationnelle avec des sujets normaux. ArchSexBehav 1982; 11: 479-490

[46] Kanter G et al. Un plancher pelvien puissant est associé à des taux d'activité sexuelle plus élevés chez les femmes présentant des troubles du plancher pelvien. Int Urogynecol J 2015; 26 (7): 991-996

[47] Aukee P et al. L'effet de la formation à la rétroaction biologique à domicile sur l'incontinence à l'effort. ActObstetGynecolScand. 2004; 83 (10): 973-977

[48] Basgol S, Oskay U. Examen de l'efficacité de l'entraînement des muscles du plancher pelvien à domicile dans le traitement de la dysfonction sexuelle chez la femme. Int J Car Sci 2016; 9 (1): 135-143

[49] Beji NK, Yalcin O, Erkan HA. L'effet de l'entraînement du plancher pelvien sur la

fonction sexuelle des patients traités. *Int Urogynecol J Dysfonctionnement du plancher pelvien* 2003; 14 (4): 234-238

[50] Willians A. Le rôle de l'exercice des muscles du plancher pelvien dans le traitement de la dysfonction sexuelle chez la femme. *Revue de littérature. J Chartre associée Physiothérapie Femmes Santé* 2014; 115: 22-29

[51] Aydin S et al. Effet de la stimulation électrique vaginale sur les fonctions sexuelles féminines: une étude randomisée. *J Sex Med* 2015; 12: 463-469

[52] Ferreira CH et al. Les muscles du plancher pelvien améliorent-ils la fonction sexuelle féminine? Une revue systématique. *Int Urogynecol J.* 2015; 26 (12): 1735-1750

[53] Polkey MI, Luo Y, Guleria et al. Stimulation Magnétique Fonctionnelle Des Muscles Abdominaux Chez L'homme. *Au J Respir Critic Care Med.* 1999; 160 (2): 513-522

[54] Swallow EB, Gosker HR, Ward KA, et al. Une nouvelle technique pour l'évaluation non-volatile de l'endurance musculaire du quadriceps chez l'homme. *J Applied Physiol*, 2007; 103 (3): 739-746

[55] Taylor JL. La stimulation musculaire magnétique produit de la fatigue sans effort. *J Appl Physiol.* 2007; 103 (3): 733-734

[56] Stölting MNL, Arnold AS, Haralampieva D et al. La stimulation magnétique favorise la régénération musculaire et nerveuse après un traumatisme chez la souris. *Nerf musculaire* 2016; 53 (4): 598-607

[57] Butrick CW. Physiopathologie des troubles hypertoniques du plancher pelvien. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009; 36 (3): 699-705

[58] Sinaki M, Merritt JL, Stillwell GK. Tension myalgie du plancher pelvien. *Mayo Clin Proc.* 1977; 52 (11): 717-722

[59] Faubion SS, Shuster LT, Bharucha AE. Reconnaissance et prise en charge d'un dysfonctionnement du plancher pelvien non corrélant. *Mayo Clin Proc.* 2012; 87 (2): 187-193

[60] Ger GC, Wexner SD, Jorge JMN et al. Évaluation et traitement de la douleur rectale chronique insoluble - Une entreprise frustrante. *Dis Colon Rectum.* 1993; 36: 139-145

[61] Beaulieu LD, Schneider C. Effets de la stimulation magnétique périphérique répétitive sur le contrôle moteur normal ou altéré. *Une revue Neurophysiol Clin.* 2013; 43 (4): 251-260

[62] Basgol S, Oskay U. Examiner l'efficacité de l'entraînement des muscles du plancher pelvien à domicile dans le traitement de la dysfonction sexuelle chez la femme. *Int J Car Sci* 2016; 9 (1): 135-143

[63] Rosen R et al. L'indice de la fonction sexuelle féminine (IFSF): instrument d'auto-évaluation multidimensionnel pour l'évaluation de la dysfonction sexuelle chez la femme. *J Sexe Marital Ther.* 2000; 26 (2): 191-208

[64] Berner MM Validité et fiabilité de l'indice allemand de la fonction sexuelle féminine (FSFI-d). *Gynécologie obstétrique* 2004; 64 (3): 293-303

[65] Wiegel M et al. *J Sex Marital Ther* 2005; 31: 1-20

[66] Chung SY, Jung HC. Effets de la thérapie de stimulation magnétique fonctionnelle sur les symptômes du tractus urinaire inférieur et la fonction sexuelle chez les patientes présentant une incontinence urinaire à l'effort. *Coréen J Urol.* 2003; 44 (10), 993-998

[67] Chung SY, Jung HC. Effets de la thérapie de stimulation magnétique fonctionnelle sur les symptômes du tractus urinaire inférieur et la fonction sexuelle chez les patientes présentant une incontinence urinaire à l'effort. *Coréen J Urol.* 2003; 44 (10), 993-998

[68] Lim R et al. Effet de la stimulation magnétique pulsée sur la fonction sexuelle chez les couples avec partenaires de l'incontinence urinaire à l'effort chez la femme. *J Sexe Marital Ther.* 2018; 44 (3): 260-268

[69] Rust J, Golombok S. Le GRISS: un instrument psychométrique pour l'évaluation de la dysfonction sexuelle. *ArchSexBehav.* 1986; 15 (2), 157-165

[\[70\]](#) Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G *et al.* Définition / épidémiologie / facteurs de risque de dysfonction sexuelle. *J Sex Med* 2010, 7 (4 Pt 2) : 1598-1607