

# Une approche pratique des résistances psychologiques aux traitements par injections intracaverneuses (I.I.C.)

M. BEAUGE

*Andrologie-Sexologie, 6 rue du Parc, 29000 Quimper*

## RESUME

L'injection intracaverneuse de substances vaso-actives a radicalement transformé l'abord médical des problèmes érectiles.

Il existe des obstacles psychologiques, voire éthiques à cette démarche thérapeutique, et il est probable qu'ils participent à un taux d'abandon élevé de cette méthode.

Notre expérience clinique, nous conduit à proposer des attitudes pouvant faciliter l'acceptation par le patient et ses partenaires :

- Il n'existe pas d'opposition entre psychothérapie et IIC, mais l'une et l'autre se complètent.
- Il convient de trouver des biais pour amenuiser la peur de se pratiquer une piqûre, tant en rassurant le patient, qu'en lui facilitant le geste en choisissant le matériel d'injection le plus simple. L'action pharmacologique doit être expliquée, comme les effets indésirables.
- L'érection pharmaco-induite est souvent qualifiée d'artificielle, et pourtant, à l'analyse, l'injection intracaverneuse de substances vaso-actives, est un traitement symptomatique, au même titre que de nombreux autres.

Il supplée à une insuffisance fonctionnelle, rétablissant une physiologie très proche de la normale en ce qui concerne l'érection, mais reste sans action sur l'excitation sexuelle, l'intumescence du gland et le déroulement du réflexe orgasmo-éjaculatoire. L'érotisation du rapport sexuel n'est due qu'au couple et reste totalement indépendante du médicament.

- Le traitement doit-il être secret ? L'IIC n'a pas à être systématiquement faite à l'insu de la partenaire, pour autant cet acte doit rester discret et intime.

Concernant le traitement des dysérections par injection intracaverneuse de substances vaso-actives, on ne devrait pas rencontrer d'obstacles psychiques ou éthiques, à condition qu'il soit bien indiqué, correctement expliqué, et qu'il s'inscrive dans une approche verbale plus générale.

Sans doute, nombre de refus ou d'abandons de cette thérapeutique sont dûs à l'insuffisance, voir à l'absence d'initiation technique d'une part, et au silence sur les aspects psychiques ou éthiques de la méthode.

*Mots-clés : Injection intracaverneuse, Dysfonction érectile, Résistances*

## INTRODUCTION

Les auteurs s'accordent à observer un taux d'abandon élevé pour les traitements de l'impuissance par auto-injection intracaverneuse de substances vasoactives :

- Ce n'est sûrement pas l'inefficacité qui est à incriminer, car elle est rare.
- Il existe par contre des sujets qui, soutenus par cette méthode médicamenteuse drastique, obtiennent rapidement une guérison leur permettant de se passer de toute aide.
- Mais, comme on rencontre de nombreux médecins sexologues qui répugnent à prescrire les IIC, il existe aussi chez les patients et leurs partenaires, des résistances à cette thérapeutique facile.

## LA PEUR

### 1. Peur de la douleur de l'injection

A la base de la verge la mise en place d'une aiguille neuve, usage unique, tri-lancéolée, d'un diamètre de 0.33mm, 13 mm de long (29G 1/2) est rigoureusement indolore. Le produit iso Ph est parfaitement toléré.

### 2. Peur de la toxicité

Il n'est pas décrit de toxicité du produit et le seul effet indésirable est le risque d'érection prolongée, et encore plus rarement de priapisme. Un usage respectant les doses déterminées par l'expérience, met quasiment à l'abri de cet inconvénient, par ailleurs facilement curable par de petits moyens dans les premières heures.

Les hématomes au site d'injection sont parfaitement prévenus par la compression (une minute) au retrait de l'aiguille, surtout si l'on a évité de transpercer une veine sous-cutanée.

### 3. Peur de la difficulté technique :

L'apprentissage de la pratique de l'auto-injection doit être rigoureux. Au delà

de l'instruction de la méthode d'injection et des sites (ce qui est relativement simple), l'apprentissage ne doit pas chercher à donner au patient le courage pour dépasser son appréhension, mais, à l'opposé, il obtiendra un "laminage émotionnel", pour que le geste s'effectue dans l'indifférence corticale. Les hommes réputés courageux et chargés de responsabilité s'avèrent souvent plus difficiles à manier, habitués qu'ils sont à surmonter leurs émotions par la volonté.

Notre pratique consiste à programmer, après le test d'érection provoquée, trois consultations longues, donnant le temps de répondre aux multiples questions :

- la première montre le geste au patient sur lui-même, avec le produit à dose efficace, après une explication anatomique sur mannequin et schémas.
- la deuxième comporte une injection faite par le sujet guidé de très près par le praticien.
- la troisième est faite par le patient observé, et si besoin corrigé, par le médecin.

Enfin il est demandé à l'homme de s'injecter, une fois encore, une seringuée, seul à la maison, en l'absence de partenaire, sans enjeu (à l'entraînement !). Toutes ces étapes franchies, et ayant déterminé un résultat satisfaisant, la confiance du sujet dans la méthode est certaine, il devient possible de mettre en œuvre l'IIC en situation de rencontre.

Nous avons cherché à réduire le plus possible les manipulations techniques au moment du rapport sexuel. Ainsi plutôt qu'une préparation extemporanée, il nous paraît beaucoup plus simple et fiable de pratiquer les mélanges et dilutions à l'avance, avec le matériel fourni dans les kits commercialisés avec les spécialités, mais de les conditionner ensuite en seringues. Pour cela les seringues à insuline, d'une contenance de un demi millilitre, avec aiguille sertie se révèlent très com-

modes. Toutes petites, elles sont peu impressionnantes, et il ne peut y avoir ni de fuites à l'ajutage, ni de confusion d'aiguille. La conservation du produit est certaine, et le transport dans un petit étui, très discret. La pratique de l'injection avant le rapport est alors très simplifiée et brève.

#### **4. Peur de l'accoutumance**

Crainte de ne plus pouvoir se passer des injections, et surtout de devoir augmenter les doses. Nous estimons ne pas en avoir vu sur un ensemble de 400 patients initiés. On observe par contre classiquement, très rapidement une diminution des doses injectées, d'autant que la mise en route du traitement a fait mention des protocoles de sevrage, et a comporté une psychothérapie brève. Cette diminution des doses permet aussi une réduction du coût financier des produits. Nombreux sont les patients qui y sont sensibles.

Il existe par contre des manifestations d'assuétude à des micro-doses. Elle sont plutôt à interpréter dans le sens d'une "béquille" psychologique assimilable à l'effet placebo.

### **PROBLEMES ETHIQUES**

#### **1. "C'est artificiel"**

On a parlé de prothèse chimique.

Le principe de la prothèse est par ailleurs parfaitement admis y compris dans le but de la séduction :

- Lunettes ;
- Couronnes et appareils dentaires ;
- Postiches.

Mais ce n'est pas une prothèse puisque c'est la verge elle-même, turgescence du sang du sujet, à l'identique de la physiologie. Le pénis aura une érection et une détumescence ensuite, il est chaud et pulsatile. Si la dose injectée est modeste elle sera simplement facilitatrice, l'excitation libidinale complétant la réaction érectile.

C'est donc en fait purement et simplement un traitement symptomatique et ponctuel, ce que nous acceptons sans état d'âme dans d'autres cas : le traitement de la crise migraineuse, de la dyspnée asthmatique, de l'angor ... Notons que ces exemples peuvent s'intriquer avec la sexualité, puisque les individus sujets à ces troubles utiliseront volontiers, avant le rapport sexuel, une bouffée de salbutamol ou de trinitrine.

Le traitement symptomatique n'a pour but que de restaurer une physiologie défaillante et de la rendre normale. Rien ne permet à l'observateur de distinguer une érection spontanée d'une érection provoquée.

#### **2. Utilisation du produit à des fins masturbatoires**

Le sujet est libre d'obtenir son plaisir comme il veut, et aussi comme il peut. Nous n'avons pas à émettre le moindre jugement moral.

#### **3. Utilisation du produit pour des rapports homosexuels**

Là encore pas d'objection morale. Remarquons que certains actes comme la sodomie requièrent une rigidité totale, et dans ce cas l'aide médicamenteuse apparaît bien commode.

En règle on n'observe pas de résistance du partenaire, qui souhaite une sexualité forte et essentiellement ludique.

En fait c'est plus au médecin qu'au patient que cela pourrait, éventuellement, poser des problèmes éthiques.

### **RESISTANCES FEMININES**

#### **1. Crainte d'une dévalorisation de son image**

La femme s'observe dans le miroir pour y apprécier sa présentation. De la même manière elle mesure sa féminité et sa séduction dans les réactions et les compor-

tements de ceux qu'elle approche. Ils sont une forme de miroir. Lorsque l'homme n'a plus d'érection à son contact elle risque de se mettre en cause, de craindre d'avoir vieilli, d'autant que socialement, plus la femme est jeune, plus elle est séduisante.

Il existe donc un risque pour la partenaire de refuser l'érection pharmaco-induite, qui signerait, à l'âge mûr, son incapacité à déclencher le désir chez l'homme. Car c'est ainsi qu'elle interprétera souvent, et à tort, l'absence d'érection chez son partenaire à son contact.

Pour remédier à ce risque il faut comprendre qu'une dose forte de substance vaso-active déterminera une érection complète quelles que soient les conditions, c'est à dire même en l'absence d'érotisation. C'est le cas du test médical d'érection provoquée. Mais qu'à l'inverse, une dose modérée, insuffisante à elle seule à obtenir une rigidité totale, laisse part à l'excitation sexuelle, et fait que le déroulement physiologique pharmaco-induit est très proche du déroulement naturel.

Mais surtout il convient de savoir que l'injection, faite dans les corps caverneux, n'agit pharmacologiquement que sur ceux ci et n'influe absolument pas sur la turgescence du corps spongieux et du gland, et est tout aussi incapable d'influer sur le déroulement éjaculatoire et orgasmique qui est exclusivement du domaine du désir et de l'excitation sexuelle. Tout ce pan physiologique reste rigoureusement naturel et indépendant de la pharmacologie. Tout au plus, la confiance retrouvée laissera libre court à la stimulation du désir.

Et puis, sur un plan plus large, il n'est pas possible de limiter la sexualité à l'organe PENIS. Peut être, l'adolescent est-il tenté de faire cette réduction, mais l'adulte intègre bien que c'est le corps entier et l'esprit qui sont sensuels et érotiques. L'appareil génital étant certes très important, mais n'ayant pas l'exclusive. Ainsi les corps

caverneux ne sont que partie de l'homme érotique.

## **2. La jalousie**

Un dernier élément est à noter concernant l'épouse. Par jalousie, elle craint souvent que son mari ne soit volage, mais le trouble dont il souffre depuis quelque temps a le mérite de limiter les risques ! Le traitement, par sa redoutable efficacité, peut ouvrir à l'homme des horizons nouveaux, ou à tout le moins auxquels il avait renoncé.

Il convient donc de prendre en compte cet aspect des choses, et d'en discuter précisément avec le patient.

## **FAUT-IL AVERTIR LA PARTENAIRE DE L'IIC**

### **1. S'il s'agit d'une sexualité aventureuse**

La réponse est non catégoriquement. Les premiers rapports interviennent avant que l'intimité intellectuelle ne soit totale, et cette information est à retenir.

### **2. Si la sexualité est conjugale**

La réponse est oui/mais :

- Sans doute est il élémentaire de faire part qu'un traitement de la dysérection (dysérection bien connue du couple), est mis en œuvre. Il est difficile de ne pas dire que l'administration est parentérale. Mais il est moins nécessaire d'expliquer que le site d'injection est pénien. Surtout il paraît tout à fait défavorable de préciser à quel instant la piqûre a eu lieu et à quelle dose. En tout état de cause il est sûrement péjoratif que la partenaire assiste ou participe au geste technique, en dehors de cas très particulier comme certains handicaps moteurs irrémédiables. Mais alors cet acte s'inscrit dans un cortège préexistant de gestes très intimes de la vie courante.

- Pour argumenter cette option de la discrétion, il est possible de rapprocher l'injection d'autres gestes comme le maquillage, l'épilation, la teinture capillaire, la toilette intime ... qui tous ont pour but de préparer à la rencontre sensuelle, mais qui pour autant, s'agissant de "cuisine", ne se déroulent pas en présence du partenaire. Celui-ci n'a pas à s'immiscer dans cette préparation, mais aura simplement à en profiter secondairement.

## CONCLUSIONS

L'injection intracaverneuse de substances vasoactives, est un traitement symptomatique, au même titre que de nombreux autres. Il supplée à une insuffisance fonctionnelle, rétablissant une physiologie très proche de la normale en ce qui concerne l'érection, mais reste sans action sur l'excitation sexuelle, l'intumescence du gland et le déroulement du réflexe orgasmo-éjaculatoire. L'érotisation du rapport sexuel n'est due qu'au couple et reste totalement en dehors du iatrogène.

L'IIC n'a pas à être systématiquement faite à l'insu de la partenaire, pour autant cet acte doit rester discret et intime.

Concernant le traitement des dysérections par injection intracaverneuse de substances vaso-actives, on ne devrait pas rencontrer d'obstacles psychiques ou éthiques, à condition qu'il soit bien indiqué, correctement expliqué, et qu'il s'inscrive dans une approche psychothérapique ou verbale.

Sans doute, nombre de refus ou d'abandons de cette thérapeutique sont dûs à l'insuffisance, voire à l'absence d'initiation technique d'une part, et au silence sur les aspects psychiques ou éthiques de la méthode.

## ABSTRACT

### **Attitudes in order to facilitate patient's and partner's acceptance of intracavernous injections**

M. BEAUGE

**Intra-cavernous injection of vasoactive substances has dramatically modified the medical approach of erectile dysfunction.**

**There are psychological and ethical difficulties to this therapeutic procedure, and it is likely that they do contribute to the high drop out rate encountered with this method.**

**According to our clinical experience, we suggest several attitudes in order to facilitate patient's and partner's acceptance :**

- **There is no opposition between psychotherapy and intra-cavernous injection, they may be regarded as complementary.**
- **It is advisable to find means to reduce the fear induced by self injection, by reassuring the patient, and making the act easier by choosing the most simple injection material. The pharmacological action must be explained, as well as the side effects.**
- **Pharmacologically induced erection is often described as artificial, although intra-cavernous injection of vasoactive substances is a symptomatic treatment just as many other symptomatic treatments. It compensates a functional insufficiency, restoring a physiological state very close to normal as far as erection is concerned, but has no effect on sexual excitation, glans intumescence and the development of the ejaculatory climax reflex. The sexual relation's erotization lays only within the couple, and remains entirely apart from any iatrogenic effect.**

- **Should the treatment remain secret ?**  
**Intra-cavernous injection must not systematically be performed without the partner knowing about it, although the act should remain discrete and intimate.**

**One should not encounter psychic or ethical difficulties in erectile dysfunction treatment with intra-cavernous injection of vasoactive substances, provided that it has been properly prescribed, well explained, and that it is part of a psychotherapy .**

**It is doubtless that many refusals or therapy withdrawals are caused by poor or lack of technical initiation, on one hand, and by not taking into account the psychic and ethical aspects of the method, on the other hand.**

*Key words : Erectile dysfunction, intracavernous injections.*