

# L'impuissant, les injections intracaverneuses, et le sexologue : pour une prise en charge globale

Marie-Hélène COLSON

*Centre Médical Durandal, Place Labadie, Marseille*

*Cette communication a été présentée à la 7ème Journée de l'Ecole Française de Sexologie, Paris, 24 Septembre 1994.*

## RESUME

La large diffusion actuelle des injections intra caverneuses (IIC) dans le domaine du traitement de l'impuissance amène le praticien confronté à ce type de pathologie, et le sexologue en particulier, à s'interroger sur la meilleure manière d'en maîtriser le maniement conceptuel et pratique. Depuis 1988, nous utilisons les IIC comme outil de thérapie cognitivo-comportementale. Notre expérience s'appuie à la fois sur un acquis pratique, mais aussi sur un modèle conceptuel de la sexualité qui en intègre les différentes composantes, réflexe, sensuelle et érotique, de manière interactive et dynamique. En replaçant l'IIC au sein d'un cadre d'utilisation cognitivo-comportemental simple à mettre en œuvre, nous lui permettons d'être non seulement symptomatique (sur la perte d'érection quelle qu'en soit l'origine), mais aussi d'accéder à une dimension thérapeutique véritable. Cette action d'enclenchement à terme d'un processus de guérison véritable, est rendu possible par la reprise de confiance en soi du sujet, par la gestion de l'angoisse et des comportements sexuels inadéquats, par la progression dans une dynamique de réussite. En s'appuyant sur les résultats concrètement visibles de l'injection, le

**patient retrouve ainsi ses possibilités sensuelles, érotiques et fantasmatiques, conditionnant le retour à une sexualité satisfaisante.**

*Mots-clés : injections intracaverneuses - thérapies cognitives.*

Plus que jamais, l'avancée de la recherche et les moyens mis à la disposition du médecin en matière d'impuissance, nous obligent à redéfinir notre position de sexologue. La découverte, puis l'utilisation de plus en plus large des injections intracaverneuses (IIC), leur vulgarisation, a bouleversé et notre connaissance de la neurophysiologie de l'érection, et notre pratique quotidienne en matière d'impuissance. Un bouleversement à peu près superposable à celui que l'Aspirine a certainement pu provoquer en son temps. A cela près qu'il s'agit là d'une forme d'Aspirine particulièrement originale, puisque capable d'agir à la fois sur la fièvre et sur l'infection causale, sur le symptôme, mais aussi sur la maladie elle-même. L'extrême efficacité de l'aide à l'érection réalisée par l'IIC ne peut laisser aucun médecin indifférent. Pour certains, la tentation serait d'afficher le plus grand des mépris pour une aide qui n'est que périphérique et ne s'attaque apparemment pas à l'essentiel. Pour d'autres, enfermés dans une logique à court terme, il serait alléchant d'utiliser l'extrême efficacité des IIC pour apporter une réponse immédiate et opératoire à un symptôme dérangent, exprimé bien souvent de manière tout aussi opératoire, et

sans chercher à voir plus loin. Au sexe désincarné des uns, au sexe décérébré des autres, le sexologue répond par une version plus actuelle de la sexualité, replacée dans sa réalité humaniste et neurophysiologique. Il utilise l'aide mécanique à l'érection réalisée par l'injection et l'encadre de son savoir faire afin de donner un sens à l'érection retrouvée. Il lui donne ainsi une sorte de valeur ajoutée capable d'assurer la guérison véritable, c'est-à-dire le passage du symptôme à la maladie, par un véritable saut sémantique.

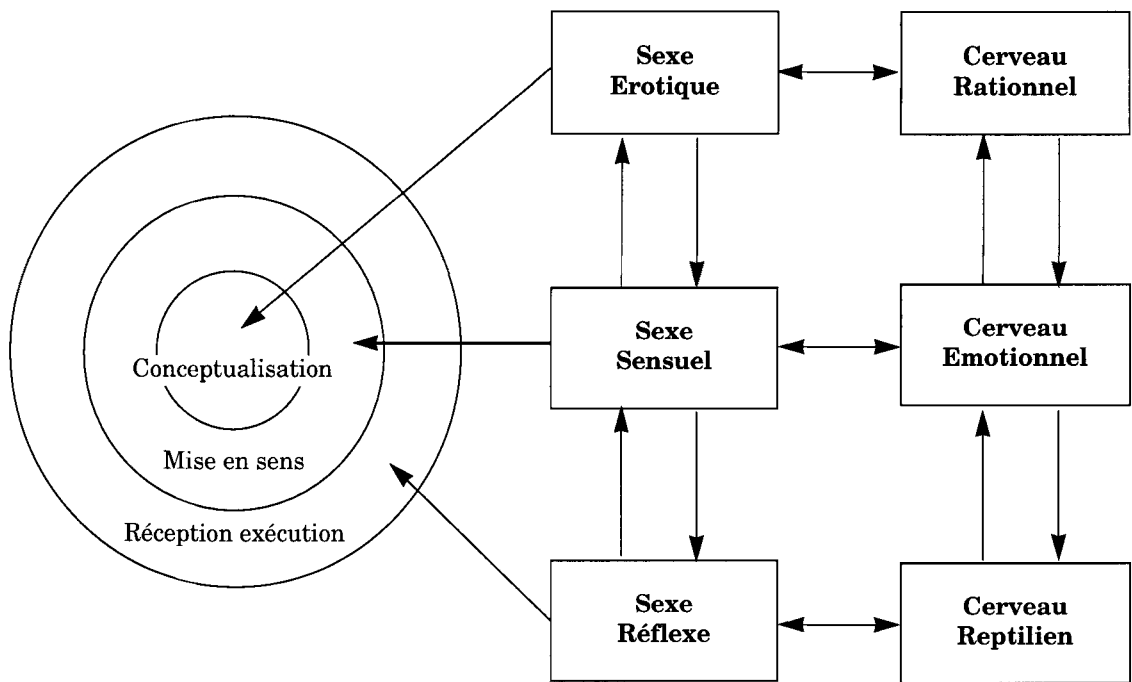
## UN MODELE THEORIQUE

Notre sexualité existe au travers de nos trois cerveaux. Notre *cerveau primitif* (cerveau reptilien de Mac Lean) joue le rôle de surface d'échange avec l'extérieur, point d'impact et de réception des afférences, passage obligatoire des efférences en retour. C'est là, entre moëlle et bulbe, dans ces lieux *réflexes* primitifs que prennent naissance et se mettent en place nos interactions avec le milieu ambiant, entre afférences et efférences. La verge de l'homme est l'un des périphériques essentiels à la sexualité masculine, via ce cerveau primitif. La verge reçoit les stimulations externes, les transmet aux centres supérieurs pour interprétation. En retour, c'est elle qui exécutera la réponse sexuelle programmée éventuellement par les centres supérieurs. C'est dire son importance dans le déroulement de l'acte sexuel, c'est dire aussi qu'elle n'est que l'exécutant de quelque chose qui se joue beaucoup plus haut. Mais la verge occupe tout le devant de la scène, et pour beaucoup, patients et médecins, elle résume à elle seule toute la sexualité masculine et l'essentiel de sa pathologie. Notre *cerveau rationnel* est l'élément noble de la sexualité. Propre de l'homme, c'est lui qui donne un sens aux perceptions brutes véhiculées depuis l'extérieur, et qui réalise les *opérations logiques*, cognitives, et d'anticipation, permettant l'expression de la sexualité humaine. C'est lui qui assigne un but et

définit une stratégie. Pour beaucoup de thérapeutes, il est le seul impliqué dans les difficultés sexuelles et le seul véritablement important à prendre en cause. Pour eux, le sexe n'existe qu'au travers du fantasme et de la capacité à verbaliser. C'est oublier que cortex et thalamus, fonctions cognitives ou fantasmatiques, n'existent et ne subsistent que grâce à ce faisceau de connections permettant la liaison à l'extérieur et au milieu ambiant. Afférences et efférences nourrissent, modifient et donnent vie à ce cerveau supérieur. *Le dernier cerveau* est souvent le mal aimé des cliniciens et des thérapeutes, peut-être parce que le plus mal connu à ce jour. Composante émotive de notre cerveau, localisé à la substance réticulée, l'hypothalamus, le rhinencéphale, il joue un rôle de *caisse de résonance*.

Les stimulations qui ont pris naissance en périphérie lui parviennent et sont ensuite traitées par le biais de fonctions neuro physiologiques, chimiques, immunitaires et neurohormonales complexes encore mal connues. C'est ainsi que se mettent en place les émotions, les sensations, les affects, et que se marquent dans le corps les situations de confrontation et d'échange avec l'extérieur. Il représente une *zone matricielle* indispensable au fonctionnement des deux autres cerveaux. Sans notre cerveau émotif, les stimulations extérieures restent vides d'imprégnation émotive et vides de sens pour le cerveau supérieur. Il est aussi l'aliment et le carburant indispensable aux messages efférents que notre cerveau supérieur élabore, met en images dans un processus d'érotisation. *C'est la résonance émotive prise par une stimulation extérieure qui va en permettre la mémorisation, et qui va en réaliser l'empreinte déterminante pour le moulage des fonctions supérieures discriminatives, intégratives, adaptatives en retour.* Une grande part des difficultés sexuelles prennent naissance dans un désordre de cette zone essentielle, à l'interface des deux autres.

C'est ce modèle théorique d'un sexe à trois étages interactifs (mécanique, sensuel, éro-



tique) fonctionnant sur le modèle neurophysiologique des trois cerveaux de Mac Lean qui peut permettre de mieux comprendre, comment un système thérapeutique à point d'application corporel et organique, peut permettre un impact au niveau des deux autres zones, et être capable d'enclencher ainsi une guérison véritable. Les IIC, utilisées dans une dynamique thérapeutique adéquate d'accompagnement, de résolution progressive des difficultés, de restructuration cognitive, permettent d'opérer un véritable saut sémantique.

### DES ILLUSTRATIONS

Entre ces trois zones neurophysiologiques, un équilibre complexe est réalisé et permet l'expression d'une vie sexuelle satisfaisante. Plus qu'un dérèglement interne à l'une de ces zones, c'est un déplacement de cet équilibre interactif qui donne naissance au symptôme sexuel.

**Que nous enseigne la pratique quotidienne ?**

La pathologie mécanique pure, avec altérations des organes effecteurs empêchant toute lecture d'informations et/ou toute capacité motrice d'exécution est rarement constatée en pratique. Elle relève par exemple, des grandes éxentérations pour affections graves du petit bassin, de sections médullaires véritables.

*Les blocages psychologiques purs*, sans support organique d'aucune sorte, sont vus en consultation à peu près avec la même fréquence.

Pour leur plus grande part, les pertes d'érection évoluent dans un *contexte mixte* où chacun ne trouve jamais que ce qu'il a été formé à rechercher, ce qui explique la large disparité observée dans les sources statistiques publiées sur l'étiologie des impuissances.

En réalité, lorsque l'on a été formé à la recherche, la réalité organique est bien souvent présente, mais pas toujours en relation très directe avec l'origine de la dysfonction érectile.

1. Il peut s'agir, par exemple, de ces cas où l'épine irritative est responsable d'une *gêne mécanique* simple, générant ainsi une difficulté dans le déroulement habituel de l'acte sexuel. La gêne mécanique provoque une *inhibition réflexe de l'érection* :

- Dans les neuropathies sensitives, qui diminuent la capacité de réception des messages stimulants, sans toutefois l'inhiber totalement, et qui laissent intacte la capacité motrice de l'érection.
- Dans la diminution des récepteurs des muscles lisses de la verge qui frappe le sujet âgé, peut être en rapport avec une baisse d'imprégnation hormonale, et en diminue la capacité sensorielle.
- Dans les relâchements de la sangle abdominale liés à l'âge ou à l'obésité, et qui gênent un placage satisfaisant de la verge sur le ventre.

Dans ces différents cas, c'est l'altération de l'activité réflexe érectile, sorte de sidération provisoire, qui réalise comme un arrêt sur image responsable d'interrogations nécessitant des stratégies adaptatives, souvent difficiles à mettre en place.

2. Il peut s'agir aussi de cas où la gêne mécanique s'accompagne d'emblée d'un retentissement émotionnel comme de la douleur ou de la frustration.

- Une dyspareunie liée à un herpès génital, ou encore à une douleur positionnelle chez un sciatalgique, ou encore à une prostatite s'accompagnant d'éjaculation douloureuse, va jouer un rôle de conditionnement douloureux limitant à terme l'érection sans la rendre véritablement impossible.
- C'est aussi le cas des éjaculateurs précoces dont la pratique sexuelle a toujours été sauvée, soit par une deuxième fois, soit par des fausses manœuvres involontaires gênant à terme la tenue de l'érection (lutter contre ses sensations en pensant à autre chose, se bloquer mentalement, contracter sa verge ...) L'impossibi-

lité de maintenir à la fois l'érection et l'éjaculation provoque frustration, impatience, dysérection secondaire.

3. Dans d'autres cas encore, c'est l'image du corps qui est affectée dans son intégrité et qui provoque une inhibition secondaire de la sexualité, comme après une castration, voire une intervention sur le petit bassin responsable de fuites urinaires, du port d'un anus iliaque ou d'une poche à urines.

- Plus subtilement, l'éjaculation rétrograde des prostatectomisés qui n'a pas été annoncée avant l'intervention, est bien souvent assimilée à une perte de pouvoir fécondant, donc de virilité, donc de puissance sexuelle, à un âge où le patient s'interroge bien souvent sur sa longévité sexuelle, sans oser s'en ouvrir à quiconque.

Dans tous ces cas de figure, l'élément corporel est bien là, mais ne nous y trompons pas, il est l'arbre qui cache la forêt. Il n'agit que comme un détonateur. Le trouble sexuel naît d'un déséquilibre intersystème. La survenue d'un dérèglement mécanique périphérique, même non pathogène en soi, déclenche une interrogation, sorte de "stand by". Il peut s'ensuivre une déstabilisation, soit de l'éprouvé corporel, soit du schéma sensuel et/ou érotique classique, entravant les processus d'intégration, d'anticipation, d'élaboration de la stratégie sexuelle. L'impossibilité à trouver une attitude adaptative pérenne les pannes sexuelles. L'angoisse, maladie de l'émotion et de l'anticipation défectueuse, sert de liant au processus et la maladie Impuissance s'installe. L'injection intervient à ce stade. L'érection retrouvée permet la reprise de confiance et enclenche le processus de guérison.

## UNE APPLICATION

Depuis 1988, nous utilisons les IIC comme outil de thérapie cognitive. A cet effet, nous avons mis au point un protocole de prise en charge en trois étapes.

	DUREE	BUT	MOYENS
PREMIERE PHASE (apprentissage)	5 sem.	instaurer le dialogue	- désensib. dou. - Recentrage érotique - dynamique de résol. progressive. des diff.
DEUXIEME PHASE (utilisation)	???	résolution dans l'action	- utilisation des autoIIC
TROISIEME PHASE (sevrage)	???	guérison (satisfaction sexuelle)	retrait progressif

*La première étape* est celle de *l'apprentissage* des auto-injections. C'est la période où le patient se désensibilise à l'anticipation douloureuse qu'il peut se faire de la pratique de l'injection, par habitude progressive. C'est la période aussi, où le thérapeute doit adapter et personnaliser l'injection, quant au produit utilisé et aux doses. C'est aussi la période où, grâce à l'efficacité de l'injection, le dialogue peut être instauré avec le patient qui devient ainsi réceptif à une explication de sa dysfonction s'écartant de la mécanique du corps. En corollaire, la pratique sexuelle du sujet peut ainsi progressivement se décentrer de l'érection pour devenir plus diversifiée, plus sensuelle et plus communicante. Cette étape nécessite cinq séances à une semaine d'intervalle.

*La deuxième étape* permet *l'utilisation des IIC par le patient*, dans son intimité. C'est une phase où, peu à peu, la confiance revient et l'angoisse du sujet diminue, dans la succession de rapports sexuels complets enfin réussis. La durée de cette période varie selon les sujets et la fréquence de leurs relations sexuelles. Si la première étape s'est bien passée, l'IIC est devenue un moyen et non un but en soi.

*Dans la dernière étape*, le but assigné est le *sevrage progressif des IIC*. Il existe des cas réfractaires où l'on sait que ce but n'est pas réaliste. Par exemple, lorsque des causes organiques définitives l'interdisent. Mais aussi, lorsque la communication sexuelle dans le couple n'a aucune chance

d'être établie ou rétablie. Beaucoup d'hommes demandent à refonctionner sexuellement avec une femme refusante, démotivée et passive, par souci de normalité. Dans la plupart des cas, heureusement, les IIC jouent un rôle de starter ouvrant le champ à une sexualité qui a, bien souvent, par le biais de la thérapie, changé de visage, en devenant plus érotisée, plus communicante, plus sensuelle. Le but véritable est de décentrer le sujet de son érection à obtenir à tout prix, à n'importe quel prix, pour l'aider à retrouver un comportement sexuel centré sur le plaisir et la réciprocité. Sinon, l'IIC n'est qu'un moyen mécanique primitif de répondre à une demande rétrécie et binaire, avec deux risques à terme, soit une impossibilité de sevrage, soit une lassitude pour un geste qui ne va pas à l'essentiel. La demande réelle de l'impuissant n'est pas seulement de retrouver une érection, mais de retrouver le chemin de l'érection et son sens.

## DES RESULTATS

Nous avons suivi, avec un recul de six ans pour les plus anciennes observations, le parcours de 2950 patients. Ces patients, impuissants tout venants, avaient en commun deux critères :

- une impossibilité à obtenir ou à maintenir une érection satisfaisante lors de toutes les tentatives de rapport sexuel (40% d'absence d'érections spontanées avec

Pléthysmographies pénienues nocturnes douteuses ou négatives),

- le choix d'auto-injections parmi d'autres méthodes de traitements proposées.

### 1. Résultats à court terme

La grande majorité de ces patients ont réussi leur phase d'apprentissage (2890 cas, soit 98%).

A deux mois, 2680 patients se déclaraient satisfaits du traitement (90,8%).

### 2. A plus long terme

Le contrôle de ces patients à plus long terme (avec un recul de un à six ans) donne les résultats suivants, sur 2347 cas qui ont pu être revus en pratique :

- 1937 patients se déclarent satisfaits du traitement par IIC (82,5%). Parmi ces patients, il faut noter les éléments suivants :
  - 1527 (65%) sont guéris, c'est-à-dire, avec un sevrage réussi.
  - 312 (13,3%) sont satisfaits, mais utilisent toujours les IIC, soit régulièrement, soit occasionnellement.
  - 98 (4,2%) ne sont pas guéris, n'utilisent plus les IIC. Ces patients, soit, ont utilisé par la suite d'autres approches thérapeu-

tiques, soit, n'ont plus de vie sexuelle, mais se déclarent satisfaits de l'aide apportée par les IIC.

- 410 (17,5%) patients, enfin, se déclarent non satisfaits du traitement par IIC. En grande majorité, ces patients ne sont porteurs d'aucune affection organique particulière (érections spontanées conservées), et six d'entre eux ont opté pour une prothèse pénienne.

## EN CONCLUSION

La sexualité de l'homme est, comme celle de la femme, régie par ses trois composantes, mécanique, émotive et sensuelle, conceptuelle et érotique. L'environnement social, le poids culturel, les déclencheurs neurophysiologiques, opèrent chez lui un investissement plus marqué sur les facteurs mécaniques de l'expression de sa sexualité. Ce caractère bien particulier du fonctionnement sexuel masculin dans nos sociétés, permet de comprendre comment un traitement à point d'impact corporel, comme les IIC, est à même d'ouvrir la voie à une guérison véritable, par un accès enfin possible à d'autres champs, comme l'axe sensuel ou fantasmatique, autrement verrouillé par les résistances du sujet.

Les IIC sont un outil irremplaçable de thérapie cognitive et comportementale. Leur utilisation sauvage par un patient non encadré ou insuffisamment pris en charge, est responsable de deux effets pervers :

- le sevrage impossible, quand rien n'a été fait pour jouer sur les facteurs de maintien de la dysérection.
- ou, plus souvent, le désintérêt : "ça ne marche pas" ; sous entendu, je n'arrive pas à m'en servir correctement, où bien, j'ai une érection et après ? ...

Même si la guérison de l'impuissance n'est pas obligatoirement au bout de la seringue, sachons intégrer les IIC au sein de notre pratique quotidienne, en leur réservant la large place qu'elles méritent.

## RESULTATS

1/ Nombre total de patients	2950	
2/ Résultats à court terme :		
- Apprentissage réussi	2890	(98%)
- Satisfaits à 2 mois	2680	(90,8%)
3/ Résultats à long terme :		
(1 à 6 ans, 2 347 patients revus)		
- Guéris (Sevrage réussi)	1527	(65%)
- Utilisateurs	312	(13,3%)
- Non Utilisateurs	98	(4,2%)
- SATISFAITS	1937	(82,5%)
- NON SATISFAITS	410	(17,5%)

## ABSTRACT

### **Impotence : Intracavernosal injections and sexology. A global management approach**

**M.H. COLSON**

The current widespread use of intracavernosal injections (ICI) in the treatment of impotence has caused physicians confronted with this type of pathology, and sexologists in particular, to seek the best means of mastering the theoretical and practical aspects of such management. Since 1988, we have used ICI as a cognitive-behavioural tool. Our experience is based upon, on the one hand, an acquired practice, but also upon a conceptual model of sexuality which integrates various reflex, sensual and erotic components in a dynamic, interacti-

ve manner. In positioning ICI at the heart of an easily implemented cognitive-behavioural functional framework, we allow it to be not only symptomatic treatment (i.e. of erection failure, whatever the cause), but also to acquire a true therapeutic dimension. Such an integrated approach, which brings about a true healing process, is made possible by the renewal of the subject's self-confidence, easing his anxiety, restoring his inadequate sexual performance, and by moving forwards in a spirit of success. In depending on the manifestly obvious results of the injection, the patient also rediscovers his sensual, erotic and fantasizing capacities, necessary for recovery of sexual satisfaction.

***Key words :** intracavernosal injections - cognitive therapy.*