

TRAITEMENTS DE L'IMPUISSANCE : LE DECALAGE ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE

J. BUVAT

Association pour l'Etude de la Pathologie de l'Appareil Reproducteur et de la Psychosomatique
EPARP, 47-49 rue de la Bassée, 59000 LILLE

THERAPY FOR ERECTILE DYSFUNCTION : THE DISCREPANCY BETWEEN AVAILABILITY AND REQUEST.

Treatments usually offered to impotent men include psychotherapy, sex therapy, self-administered intracavernosal injections, vacuum therapy and penile prostheses. However, these treatments do not meet the expectations of many patients and cause them significant problems. This discrepancy between available treatments and patients, expectations explains the high level (over 50 %) of therapy rejection, which probably has significant psychological and marital consequences. Consequently, it is preferable to offer intermediate and progressive forms of therapy which may comprise a series of interviews combining a seemingly traditional medical approach (prescription of "symptomatic" medications such as androgens, chorionic gonadotrophin or yohimbin and, in the case of failed office-based intracavernosal injections, vasoactive agents) with a verbal approach. The medical element increases the willingness to accept a psychogenic diagnosis in resistant patients. By allowing a patient more time to come to terms with the situation, by aiding realization of the underlying causative factors, and by helping patients become accustomed to the concept of self-administered injections, this bimodal approach increases both the acceptance level and probably also the success of treatment. **Key-Words :** Erectile dysfunction, therapy, acceptance, androgen therapy, chorionic gonadotropins, yohimbin, psychotherapy, sextherapy, auto-intracavernosal therapy, office intracavernosal therapy. **Andrologie, 1991, 1 : 112-116.**

Cet article vise à introduire les traitements de l'impuissance, à détailler ceux qui ne le seront pas dans un article spécifique de ce numéro d'Andrologie, et à souligner l'inadaptation de bon nombre d'entre eux à l'attente des impuissants, expliquant le taux élevé de refus.

DEMANDE DE L'IMPUISSANT

Le plupart des impuissants attendent un traitement conforme au schéma traditionnel, dans lequel ils peuvent se reposer passivement sur le

médecin de toutes les responsabilités. Soit un médicament ou une opération suffisants pour ramener à la situation antérieure (c'est-à-dire leur rendant leur spontanéité amoureuse) sans qu'ils doivent consentir des efforts pour s'adapter à la situation, et sans qu'un élément voyant lié au traitement risque de révéler ou de rappeler ce problème honteux qu'est l'impuissance. En fait c'est souvent une solution magique qu'il attend.

OFFRE DU MEDECIN

Traitements disponibles

Le tableau 1 répertorie les traitements à visée étiologique, et le tableau 2 les traitements non spécifiques d'une cause mais potentiellement actifs dans la plupart des cas. Chacun est assorti d'une estimation grossière de son acceptation et de son efficacité.

Tableau 1 : Traitements de l'impuissance non spécifiques d'une cause

| Cause | Traitement | Acceptation | Efficacité |
|-----------------|-----------------|-------------|------------|
| endocrinienne | hormonothérapie | +++ | +++ |
| artérielle | vasodilatateurs | +++ | 0 |
| | angioplastie | ++ | ? |
| | chirurgie | ++ | ± |
| veino-occlusive | chirurgie | ++ | ± |
| neurologique | néant | | |
| psycho-fonct. | psychothérapie | ± | + |
| | sexothérapie | ± | + |

Tableau 2 : Traitements de l'impuissance non spécifiques d'une cause

| Traitement | Acceptation | Efficacité |
|-------------------------|-------------|------------|
| A visée curative | | |
| Médicaments | +++ | ± |
| Psycho ou sexothérapie | ± | + |
| Palliatifs | | |
| Auto-injections | ± | ++ |
| Systèmes à vide | ± | + |
| Prothèses péniennes | ± | ++ |

Le seul traitement étiologique à la fois très efficace et très bien accepté est celui des impuissances endocriniennes : il répond parfaitement aux critères du traitement traditionnel. Malheureusement ces impuissances sont rares. Les traitements spécifiques des impuissances vasculaires (artérielles ou par dysfonction veino-occlusive) sont également bien acceptés car de nature chirurgicale, et tentés dans l'espoir d'obtenir la restitution ad integrum. Ils n'offriront cependant des chances importantes de succès que dans une minorité de cas, jeunes, et à maladie vasculaire localisée (15). Même dans ces cas leur

efficacité est de plus en plus controversée (22), faute d'évaluation objective des résultats. Il n'existe pas de traitement étiologique des impuissances neurologiques. Quant aux impuissances psycho-fonctionnelles, psycho et sexothérapies sont clairement efficaces dans certains cas, mais souvent mal acceptées dans notre contexte socio-culturel où les problèmes psychologiques restent souvent vécus comme infamants, d'où de fortes résistances vis-à-vis du diagnostic de psychogénéité.

Certains traitements non spécifiques visent comme les précédents à une véritable guérison de l'impuissance. Les médicaments traditionnels (Yohimbine, injections d'androgènes) sont très bien acceptés, mais nous allons voir que leur efficacité est modeste, sinon discutable. Psycho et sexothérapies peuvent améliorer même certains cas à participation organique, du fait de l'intrication habituelle de facteurs psycho-fonctionnels. Mais on se heurte de nouveau au même problème d'acceptation. Quant aux procédés palliatifs que constituent auto-injections intra-caverneuses, vacuums (ou systèmes à vide), et implantation chirurgicale de prothèses péniennes, ils sont indubitablement les plus efficaces en terme de rétablissement de la capacité de pénétration. Mais on peut supposer qu'ils ne répondent pas à l'attente profonde des impuissants, puisque nous verrons plus loin que leur acceptation est relativement faible pour le premier, et franchement médiocre pour les 2 autres.

Attitude du médecin

Il ne dispose donc pour l'instant du traitement traditionnel et efficace espéré par l'impuissant que dans quelques rares cas endocriniens et peut-être vasculaires. Par honnêteté et pragmatisme, il propose souvent aux autres cas les seuls traitements qui lui paraissent efficaces. Mais ceux-ci sont si différents de tout ce que les patients avaient pu imaginer qu'ils n'y sont pas préparés.

L'offre du médecin reste trop souvent dictée par une conception dichotomique dépassée séparant les impuissants en psychogènes et organiques : aux "psychogènes" sont proposés sans ambage psycho ou sexothérapie. Aux "organiques" sont proposés les procédés palliatifs améliorant objectivement la capacité de pénétration. En pratique, on leur offre généralement plus ou moins brutalement d'en venir aux auto-injections.

Problèmes posés aux impuissants par les traitements offerts

Ils sont nombreux, et semblent méconnus par beaucoup de thérapeutes. Certains sont communs aux différents traitements :

- perte de la spontanéité amoureuse, soit au cours des sexothérapies il faille couler son comportement dans le cadre rigide d'exercices de rééducation sexuelle, soit qu'avec les procédés palliatifs il faille parvenir à maintenir son désir malgré la préparation plus ou moins complexe et anxiogène, sinon douloureuse, que constitue l'auto-injection, ou malgré cette autre préparation mécanique et peu ragoûtante que requiert le vacuum. Dans une étude récente sur le suivi des auto-injections, 9 des 50 couples qui abandonnèrent ce procédé le justifiaient par son caractère artificiel (25).

- impossibilité de cacher son problème à sa partenaire du fait de cette préparation ou de l'évidence plus ou moins flagrante des prothèses semi-rigides.

- nécessité d'un effort d'adaptation, d'une remise en cause des habitudes sexuelles et conjugales, requérant une souplesse minimale. Beaucoup préfèrent renoncer à la sexualité plutôt que de changer leurs habitudes.

- nécessité d'une coopération minimale de la partenaire, ne serait-ce que pour accepter ces procédés peu conventionnels. Souvent l'impuissant sait, ou découvre rapidement qu'il ne pourra les lui faire accepter (11).

D'autres problèmes sont spécifiques des traitements psycho et sexothérapeutiques :

- le refus fréquent du diagnostic de psychogénicité a déjà été évoqué. La majorité des impuissants consultant directement un urologue préfèrent considérer leur problème comme organique et être traités par un médecin non psychiatre même lorsque l'origine est en fait exclusivement psycho-fonctionnelle (21). Se définir impuissant organique pourrait être une stratégie visant à sauver la face, et à préserver son estime de soi, face à l'incapacité d'assumer un comportement sexuel conforme à son idéal masculin (23).

- refus d'amener la partenaire et de l'impliquer dans la thérapie comme il est souvent réclamé dans ce type de prise en charge (20, 21).

LE REFUS DU TRAITEMENT, CONSEQUENCE DU DECALAGE ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE

Le décalage est souvent tel qu'il conduit le patient à renoncer dès l'énoncé plus ou moins abrupt de ces solutions. Le tableau 3 résume l'expérience d'un service d'urologie américain : un tiers des impuissants a refusé toute prise de contact avec un psycho ou sexothérapeute. Trois

seulement, soit 12 % de ceux chez qui cette approche semblait indiquée pour ce type de thérapeute, ont persévéré dans un projet de psychothérapie. Ce problème n'est pas spécifique des dysfonctions sexuelles puisque France et al (13)

Tableau 3 : Attitudes de 76 impuissants ayant consulté un service d'urologie suite au conseil de consulter un centre sexologique. D'après Segraves et al 1982 (21).

| Attitude | nb cas | pourcent. |
|--------------------------------------------------|--------|-----------|
| N'ont pas pris rendez-vous | 29/76 | 36 % |
| Au moins un rendez-vous | 47/76 | 62 % |
| Ont accepté de commencer une psycho-sexothérapie | 7/22 | 32 % |
| Arrêt prématuré de ce traitement | 4/7 | 57 % |
| En cours de traitement | 2 | |
| Guéris | 1 | |

ont rapporté que 10 % seulement des sujets avec problèmes psychosomatiques donnaient suite au conseil de consulter un psychiatre.

Le tableau 4 fournit des données assez comparables : seuls 35 % des impuissants ayant consulté un urologue ont donné suite à son conseil de sexothérapie, et encore moins, 29 %, à celui d'implantation de prothèse pénienne. Au total 52 % ont renoncé à tout traitement suite à l'avis médical. Cette étude est antérieure aux auto-injections intracaverneuses, mais le tableau 5 montre que l'acceptation de cet autre traitement est également très limitée : 2 ans après la fin du bilan, seuls 26 des 153 impuissants (27 %) de Van Driel et al (25) à qui ce procédé avait été proposé l'utilisaient réellement. Ceux-là en étaient d'ailleurs très satisfaits. Parmi les 40 cas chez qui les injections s'étaient montrées inefficaces ou avaient été abandonnées rapidement, 4 seulement (10 %) avaient recouru à un vacuum

Tableau 4 : Adhésion aux recommandations chez 67 impuissants. D'après Tiefer et Melman 1987 (24).

| Suite donnée (n = 67) | Conseil | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| | sexothérapie (n = 40) | prothèses (n = 67) |
| Sexothérapie | 14 (35 %) | 1 |
| Prothèses péniennes | 2 | 8 (29 %) |
| Pas de traitement | 18 (45 %) | 17 (63 %) |
| Autre traitement | 6 | 2 |

Tableau 5 : Acceptation du traitement par auto-injections intra-caverneuses chez 152 impuissants. D'après Van Driel et al, 1991 (25)

| | | |
|-------------------------------|--------|--------|
| Refus d'essayer le traitement | 53/152 | (40 %) |
| Réponse érectile insuffisante | 23/99 | (23 %) |
| Abandon avant autonomisation | 18/76 | (29 %) |
| Abandon après autonomisation* | 32/58 | (55 %) |
| Poursuivent le traitement* | 26/76 | (34 %) |

a : recul moyen 23 mois.

et 8 (20 %) s'étaient fait implanter des prothèses. Les 28 autres (70 %) avaient refusé tout autre traitement.

Certes faire aussi peu d'efforts pour adapter l'offre à la psychologie du patient a l'avantage de sélectionner les meilleurs candidats et d'améliorer

les statistiques du thérapeute. Ceux qui se laissent vite décourager ont certainement moins de chances de succès : ceux sont les moins souples, les moins persévérants, ceux qui s'accrochent désespérément à l'espoir d'une solution miracle, ceux dont les partenaires sont les moins à même de les aider.

Faut-il pour autant les abandonner à leur triste sort ? Plusieurs études ont montré combien l'impuissance dégrade les qualités de vie d'un individu et de sa partenaire (10). Ce problème induit souvent de sérieuses perturbations conjugales, voire des ruptures. Il se pourrait également que les perturbations émotionnelles qui en découlent chez l'homme aient un impact somatique sur le statut vasculaire, l'équilibre tensionnel, celui d'un éventuel diabète, peut-être même en facilitant les maladies auto-immunes et les cancers (10). Or certains de ces hommes pourraient être améliorés par d'autres schémas thérapeutiques, ou pourraient accepter secondairement des traitements qu'ils refusaient initialement pour peu qu'on les y prépare plus progressivement. Ceci nécessitant surtout qu'on leur laisse plus de temps pour s'adapter à la réalité et faire leur choix.

COMMENT AIDER LES IMPUISSANTS A ACCEPTER UN TRAITEMENT ?

Comment donner leur chance aux nombreux impuissants qui ne peuvent s'adapter, au moins dans un premier temps, à une offre thérapeutique rigide ? Il ne s'agit pas que de passifs, de timorés, de rigides et de mal mariés, mais aussi d'hommes tout à fait normaux dont la forme d'esprit est telle que devoir recourir indéfiniment à un artifice pour permettre la pénétration enlève tout sens à la sexualité. On peut souvent y parvenir en offrant d'autres alternatives, selon un schéma moins rigide et plus personnalisé. La variété des personnalités et des couples concernés fait qu'un seul schéma ne peut convenir à tous.

Schéma général

Les lignes directrices sont :

- laisser du temps au patient pour réaliser, évoluer et s'adapter.

- favoriser la prise de conscience du rôle joué par d'éventuels facteurs psychologiques et conjugaux, ce qui permettrait d'ajuster les objectifs du traitement. La prise en charge doit donc ouvrir la possibilité d'une verbalisation, et même y inciter.

- éventuellement accoutumer au principe des auto-injections dont un plus grand nombre d'hommes et de couples pourrait tirer bénéfice si on les aidait à dépasser leurs peurs et résistances initiales.

Ceci peut prendre la forme d'une série de consultations impliquant le seul impuissant ou mieux encore, si nécessaire sous prétexte d'information,

les 2 partenaires, avec comme objectifs déclarés :

- un complément d'information, toujours utile dans un contexte généralement complexe et plurifactoriel. Ceci concerne à la fois les éventuels facteurs psychologiques, qui n'apparaissent souvent clairement qu'après plusieurs entretiens, et l'éventuelle contribution organique, mieux cernée en observant la réponse érectile à différentes injections intra-caverneuses.

- un premier mode de traitement, comportant inévitablement une intervention psychologique sinon conjugale superficielle, plus facilement acceptée si elle s'associe à une intervention médicale d'allure traditionnelle. Pour beaucoup d'hommes il est en effet impossible de rendre visite à un médecin uniquement pour parler. Ce serait reconnaître le diagnostic de psychogénicité qu'ils ne peuvent accepter car il menacerait leur propre estime. La plupart s'expriment pourtant facilement si on les y incite au cours de consultations que justifie pour eux une démarche somatique traditionnelle :

- prescription et surveillance d'un traitement médicamenteux,
- en cas d'échecs injections intra-caverneuses au cabinet qui ont aussi l'avantage de préparer à d'éventuelles auto-injections.

La verbalisation qui survient dans ce contexte permet souvent une prise de conscience des facteurs psychologiques et conjugaux sous-jacents. Ces sujets en font d'emblée leur profit, ou éventuellement acceptent mieux dans un second temps une approche psycho ou sexothérapique plus classique.

Approche verbale

- information, dont l'efficacité n'est souvent optimale que si elle est progressive et fractionnée.
- renforcement de la relation de confiance, en soi l'un des moteurs les plus efficaces du traitement.
- incitation à la verbalisation par quelques questions ou commentaires appropriés :
 - elle peut fournir des renseignements inestimables sur la détermination de l'impuissance,
 - bien souvent elle apaise, soulage, à condition d'une écoute minimale.
 - elle facilite des prises de conscience utiles au patient.

Cela ne requiert pas obligatoirement beaucoup de temps. Essayer de faire parler son patient pendant les 10 à 15 mn qui suivent une injection intracaverneuse ou une prescription de médicament symptomatique n'est une charge insurmontable pour personne.

- élaboration de conseils précis.
- contact avec la partenaire à une reprise au moins :

- lui demander son avis apporte souvent un éclairage tout à fait différent sur le problème, ou fournit des confirmations à l'hypothèse étiologique initiale.

- lui fournir une information objective peut être très bénéfique au couple.

- incitation à augmenter la communication et l'intimité dans le couple.

Notre groupe a décrit un schéma de prise en charge de ce type, intégrant un certain principe de la sexologie, et utilisable dans le cadre d'une pratique somatique, que nous avons appelée "prise en charge d'inspiration sexologique" (PECIS). Le lecteur pourra s'y référer (4, 10).

Médicaments "symptomatiques" probablement doués d'une efficacité minimale

Je qualifierai de symptomatiques les médicaments censés stimuler l'intérêt sexuel ou les érections des sujets impuissants en dehors de toute correction d'une cause bien déterminée. Parmi les nombreuses substances proposées par la pharmacopée ou les médecines traditionnelles, peu ont été mises à l'épreuve d'essais thérapeutiques rigoureux. Pour 3 d'entre elles cependant, un ou plusieurs essais avec groupe témoin concluent à une présomption d'efficacité réelle quoique modeste.

- *Androgènes* : bien que très largement utilisés chez les impuissants, les androgènes ont une réputation d'inefficacité, au moins dans les cas eugonadiques (c'est à dire sans déficit androgénique patent). On considère en effet habituellement que les effets de la testostérone sur le comportement sexuel ne sont proportionnels à son taux circulant que jusqu'à un taux seuil, variant selon les individus de 2 à 4 ng/mg, et à partir duquel ils sont à leur maximum. Plusieurs études sérieuses suggèrent cependant que le comportement sexuel humain, ou tout au moins l'intérêt sexuel, restent corrélés au niveau circulant de testostérone au-delà de ce seuil, même si la corrélation est plus modeste (voir revue in 6). Dans ces conditions, on pourrait espérer stimuler le comportement sexuel d'hommes eugonadiques en augmentant leur taux de testostérone.

Or, parmi 4 études en double insu ayant comparé androgènes et placebo chez des impuissants eugonadiques, 2 ont trouvé un avantage significatif aux androgènes. L'une avait utilisé la méthyltestostérone (2) et l'autre l'undécanoate de testostérone (19). Les 2 études n'ayant pas trouvé de différence avaient utilisé l'undécanoate de testostérone (1) et la mesterolone (12). Mais, dans la première, (1) le taux circulant de testostérone n'avait pas réellement augmenté du fait de la mise en jeu du rétrocontrôle négatif de cette hor-

none. Celui-ci maintient en permanence le taux circulant de la testostérone entre des limites par l'intermédiaire du système hypothalamo-hypophysaire qui module, via la sécrétion de LH, celle des androgènes. Chez les sujets eugonadiques, le rétrocontrôle annule donc rapidement les effets d'un apport exogène en inhibant la sécrétion endogène de testostérone.

Pour être efficaces chez les impuissants, les androgènes devraient donc être utilisés à doses comparables sinon supérieures à celles utilisées chez les sujets hypogonadiques, pour surmonter les effets de la mise en jeu maximale du rétrocontrôle central. Ceci n'est pas sans risque.

- *Gonadotrophine chorionique* : chez les hommes eugonadiques, ou en cas d'hypogonadisme modéré d'origine centrale (taux normal ou bas de LH), souvent observé chez l'homme âgé ou stressé (6), le risque de neutralisation de l'apport d'androgènes par le rétrocontrôle négatif peut aussi être contourné par l'utilisation des gonadotrophines chorioniques, que notre groupe a promue dans le cadre du traitement de l'impuissance (5000 Unités IM 2 fois par semaine, éventuellement ramenées à une fois par semaine après un mois). La gonadotrophine chorionique stimule directement la production de testostérone par le testicule, ce qui fait son action ne peut être court-circuitée par le rétrocontrôle central. De plus, comme son effet dépend de la capacité de synthèse du testicule, elle-même limitée par des rétrocontrôles locaux, elle n'augmente que modérément le taux circulant de testostérone, ce qui implique moins de risques de surdosage qu'avec les injections de formes retard de testostérone. Le tableau 6 montre que ce traitement nous a donné des résultats significativement meilleurs que ceux d'un placebo dans une étude comparative en double insu (3). Le taux des améliorations significatives n'atteint toutefois que 42 %. Dans notre expérience, la gonadotrophine chorionique est un bon support de la PECIS.

Tableau 6 : Effets d'injections de gonadotrophines chorioniques (5000 unités) et de placebo (double insu) à raison de 2 par semaine pendant 4 semaines chez 40 hommes avec impuissance érectile (n = 36) ou manque d'intérêt sexuel isolé (n = 4) sans cause organique patente. (D'après Buvat-Herbaut et coll, 3).

Succès : normalisation sexuelle ou au moins doublement des rapports avec pénétration satisfaisante par rapport à la période pré-traitement, aboutissant à au moins 1 rapport satisfaisant par semaine.

| | Gonadotrophine chorionique | Placebo |
|--------------------------------------------|----------------------------|---------|
| Succès | 8 | 3 |
| Echecs et améliorations non significatives | 11 | 18 |
| Total | 19 | 21 |

Chi 2 : p<0.05

- **Yohimbine** : cet alpha-bloqueur exerce assez sélectivement ses effets au niveau des récepteurs alpha 2 centraux. Il stimule puissamment la motivation et l'activité sexuelle du rat mâle, qu'il soit normal, constitutionnellement inactif sexuellement, ou castré (6). Trois essais en double insu l'ont comparé à un placebo, à la dose de 18 mg/j en 3 prises. Dans une étude consacrée à des cas psychogènes, la yohimbine a montré un avantage statistiquement significatif (18). Dans 2 autres, dont l'une était consacrée à des cas à participation organique (16, 17), elle a montré un avantage n'atteignant pas le seuil de la signification statistique. Le tableau 7 résume les principaux résultats des 2 études du groupe de Morales. Il suggère que la Yohimbine a probablement un

Tableau 7 : Effets de la Yohimbine (18 mg/j) et d'un placebo dans 2 études en double insu consacrées l'une à des cas d'impuissance psychogène (Reid et al, 19), l'autre à des cas à participation organique (Morales et al, 17).

| | Psychogènes | | Organiques | |
|-----------|-------------|-----------|------------|-----------|
| | Yohimbine | Placebo | Yohimbine | Placebo |
| Nb cas | 29 | 19 | 50 | 50 |
| Guéris | 9 (31 %) | 1 (6%) | 10 (20 %) | 7 (14 %) |
| Améliorés | 9 (31 %) | 2 (11 %) | 11 (22 %) | 7 (14 %) |
| Echecs | 11 (38 %) | 17 (83 %) | 29 (58 %) | 36 (72 %) |

authentique effet bénéfique, ne concernant guère plus de 30 à 40 % des impuissants, et venant s'ajouter aux taux de l'effet placebo qui est d'environ 20 à 25 %.

Injections intracaverneuses au cabinet

On discute plus particulièrement leur utilisation en cas d'échec des médicaments symptomatiques. Leur intérêt diagnostique est bien connu : en augmentant progressivement puissance et dose de la substance utilisée, on obtient souvent une érection complète, qui permet d'exclure toute atteinte vasculaire sérieuse (5). Mais ces injections ont également à plusieurs égards un intérêt thérapeutique :

- d'abord comme support d'une approche de type psycho-sexothérapique chez des sujets incapables de verbaliser dans un cadre psychothérapique traditionnel. Discuter tous les 15 jours avec un impuissant pendant les 10 à 15 mn suivant son injection peut s'avérer remarquablement utile dans certains cas.

- de plus ce type d'injection à un impact symbolique considérable :

- c'est une injection de médicament dans l'organe malade.
- c'est aussi un geste qui induit des modifications clairement perceptibles, intumescence et sensation de chaleur dans le pénis, pendant plus d'une heure. Dans certains cas, il s'agit d'une érection complète, qui ne peut pas ne pas rassurer le patient sur la préservation de ses capacités érectiles. On ne s'étonnera pas que cela puisse améliorer certains cas.

- en cas d'échec, c'est une excellente façon de préparer aux auto-injections :

- l'injection au cabinet sélectionne les indications : dans notre expérience les auto-injections marchent essentiellement chez les hommes capables d'avoir un rapport sexuel dans les quelques heures suivant une injection au cabinet (14).

- la répétition des injections accoutume l'impuissant au procédé. Elle désensibilise sa peur. Avec un peu d'insistance, bien des phobiques s'enhardissent et osent faire leur première injection à la place, et sous la gouverne, du médecin, ce qui leur donne souvent un sentiment de puissance recouvrée. Chez ce type d'hommes, il n'est pas rare que l'auto-injection fonctionne comme un mécanisme contra-phobique. Le simple fait de l'avoir à sa disposition libère certains impuissants de leur angoisse de performance, et fait qu'ils peuvent avoir un rapport sans y recourir, se dégageant ainsi de leur problème après quelques auto-injections seulement.

Le tableau 8 montre les résultats que nous avons obtenus en combinant injections répétées au cabinet et PECIS chez 119 impuissants non améliorés par la combinaison PECIS-médicament symptomatique. Quarante sept pour cent des psychogènes ont été guéris ou franchement améliorés. Le taux des succès n'a atteint que 13 % chez les organiques et les mixtes, mais les injections au cabinet ont manifestement facilité l'acceptation des auto-injections dans une proportion importante des autres cas. Le taux de succès des injections de Moxisylyte n'a pas nettement différé de celui de la Papavérine, bien qu'au contraire de la Papavérine, le Moxisylyte n'ait le plus souvent induit qu'une intumescence sans rigidité. Mais le premier n'a induit qu'à une seule reprise une érection prolongée (1,4 % des patients) alors que le taux de cette complication a dépassé les 50 % avec la Papavérine dans le sous groupe des psychogènes.

Qu'on comprenne bien que je ne recommande pas ici les injections au cabinet pour elles-mêmes, mais pour le soutien psychologique qu'elles per-

mettent. L'injection intracaverneuse est pour beaucoup d'hommes trop agressive pour pouvoir constituer une réponse immédiate et systématique aux problèmes d'impuissance. Pratiquées trop tôt, elles pourraient mettre en fuite et même aggraver certains cas. Sans attention particulière, elles constitueraient souvent un obstacle à la verbalisation. Mais en cas d'échec des approches traditionnelles, faisant une large place à la parole (tout particulièrement chez les psychogènes), elles peuvent être un apport considérable.

CONCLUSION

Bien que nous ne disposions pas des solutions magiques qu'attendent de nous les impuissants, nous pouvons augmenter l'acceptation et le succès de leur traitement en personnalisant leur prise en charge, et en tenant compte de leur vécu des traitements que nous leur proposons. Ceci implique d'élargir l'éventail des thérapeutiques qu'on leur offre, en incluant outre les solutions classiques que sont psycho et sexo thérapies, injections intra-caverneuses, implantation de prothèses péniennes, des schémas intermédiaires, plus progressifs, permettant de gagner du temps, et faisant une large place à l'écoute et au dialogue, même si certains de ces schémas peuvent sembler au prime abord peu rationnels. Mais qui croit réellement que la sexualité a quelque chose à voir avec le rationnel ?

Peut-être en fait disposerons nous assez prochainement de traitements "symptomatiques" beaucoup plus efficaces, et plus conformes à l'attente de nos patients. Si les 10 dernières années ont été marquées par la révolution pharmacologique des traitements intracaverneux, il se peut que nous approchions d'une révolution bien plus importante. Il s'agirait de la mise à disposition de médicaments efficaces après prise orale ou injection IM ou SC, par l'intermédiaire d'une manipulation des neurotransmetteurs cérébraux dont les perturbations jouent probablement un rôle important dans le déterminisme et le maintien des impuissances à participation psycho-fonctionnelle.

L'expérimentation animale a permis de préciser les effets centraux des 4 principaux systèmes de

Tableau 8 : Résultats d'injections intracaverneuses au cabinet de Papavérine ou de Moxisylyte (au moins 3 par patient) chez 119 impuissants non améliorés par une approche initiale classique. D'après Buvat et al 1987 (8) et Buvat et al 1989 (7). Guéris : normalisation persistant au moins 3 mois après l'arrêt des injections. Amélioration franche : au moins doublement de la fréquence des pénétrations satisfaisantes par rapport à la période préthérapeutique, atteignant au moins 1 / semaine.

| Type d'impuissance | Cas traités | Guéris | amél. franche | amélioration modérée ou transitoire | Echec | Erection prolongée |
|---------------------------------|-------------|----------|---------------|-------------------------------------|-----------|--------------------|
| Prépondérance psychogène | | | | | | |
| Papavérine | 16 | 3 | 4 | 2 | 7 | 9 |
| Moxisylyte | 26 | 4 | 9 | 5 | 8 | 1 |
| Tous | 42 | 7 (16 %) | 13 (31 %) | 7 (16 %) | 15 (35 %) | 10 |
| Organique ou mixte | | | | | | |
| Papavérine | 31 | - | 2 | 2 | 27 | 2 |
| Moxisylyte | 44 | - | 8 | 10 | 26 | - |
| Tous | 77 | - | 10 (13 %) | 12 (16 %) | 53 (69 %) | - |

neurotransmetteurs sur le comportement sexuel (voir revue in 6) :

- le système opioïde (spécialement les endorphines) a un effet inhibiteur. Or 3 études récentes, dont l'une en double insu contre placebo, ont montré que l'administration orale d'un antagoniste, la Naltrexone, améliorait significativement les érections des hommes impuissants.

- la dopamine exerce un effet stimulant par l'intermédiaire de ses récepteurs D2. Jusque récemment, cet effet ne pouvait être mis à profit avec les agonistes dopaminergiques disponibles tels la bromocriptine. Manquant de spécificité, ces substances induisaient des effets indésirables marqués en se fixant sur les autres récepteurs dopaminergiques bien avant d'atteindre les concentrations nécessaires pour obtenir un effet sexuel. Récemment, un agoniste D2 spécifique, la quinolorane, a été testé en double insu chez les femmes frigides chez qui elle a stimulé l'intérêt sexuel de façon supérieure au placebo sans entraîner d'effets indésirables importants. D'autres études sont en cours chez l'impuissant.

- la noradrénaline a un effet central inhibiteur par l'intermédiaire de ses récepteurs alpha 2. J'ai déjà exposé l'intérêt possible de la yohimbine, antagoniste alpha 2 à effet central. Notre groupe expérimente actuellement un nouvel antagoniste alpha 2, considérablement plus puissant que la yohimbine chez l'animal, et dont les premiers résultats dans l'espèce humaine sont encourageants.

- la sérotonine a un effet inhibiteur marqué. Parmi les antagonistes développés ces dernières années, certains sont capables d'induire chez l'animal une érection à la demande, dans les suites immédiates d'une simple injection sous-cutanée.

Une formidable recherche pharmacologique s'est donc mise en place dans ce domaine. Si ces perspectives tiennent leurs promesses, il se peut que l'approche thérapeutique de l'impuissance soit radicalement transformée au cours de 10 prochaines années.

Remerciements : A Melle Laurence Fréalle pour la préparation de ce manuscrit.

REFERENCES

1 - Benkert O, Witt W, Adam W, Leitz A : Effects of testosterone undecanoate on sexual potency and the hypothalamic-pituitary-gonadal axis of impotent males. Arch. Sex. Behav., 1979, 8 : 471-479.
2 - Bruhl EE, Leslie Ch : Afrodex double blind test in impotence. Med. Rec. Ann., 1963, 56 : 22-23.
3 - Buvat-Herbaut M, Buvat J : Human chorionic gonadotropin treatment of non organic erectile failure

and lack of sexual desire : a double blind study. Urology., 1987, 30 : 216-219.

4 - Buvat J, Buvat-Herbaut M : La PECIS : une sexothérapie à la portée du non spécialiste. Cont Fertil. Sex., 1989, 17 : 257-264.

5 - Buvat J, Buvat-Herbaut M, Lemaire A, Marcolin G : Applications diagnostiques et thérapeutiques des injections intracaverneuses (IC) de drogues vasoactives dans l'impuissance. Plaidoyer pour l'utilisation de drogues facilitatrices. II - Applications diagnostiques et thérapeutiques. J. Urologie., 1989, 95 : 86-89.

6 - Buvat J, Buvat-Herbaut M, Lemaire A, Marcolin G : Hormones, neurotransmetteurs centraux et comportement sexuel de l'homme. In : Andrologie n°3, G Arvis Ed, Maloigne, Paris, 1991 : 1661-1689.

7 - Buvat J, Lemaire A, Buvat-Herbaut M, Marcolin G : Safety of intracavernous injections using an alpha-blocking agent. J. Urol., 1989, 141 : 1364-1367.

8 - Buvat J, Lemaire A, Marcolin G, Dehaene JL, Buvat-Herbaut M : Intracavernous injections of papaverine (ICIP). Assessment of its diagnostic value in 100 impotent patients. World J. Urol., 1987, 5 : 150-155.

9 - Buvat-Herbaut M, Buvat J : Les résultats de la prise en charge d'inspiration sexologique dans les impuissances à participation organique. Psychol. Med., 1987, 19 : 623-626.

10 - Buvat-Herbaut M, Buvat J : Prise en charge psychosexuelle de l'impuissant diabétique. In : Fonction sexuelle et reproductrice du diabétique. J Buvat, M. Drosdowsky eds, Paris, Doin, 1989 : 159-172.

11 - Buvat-Herbaut M, Buvat J : La femme de l'impuissant : élément clef du pronostic. In : Andrologie n°3, G Arvis Ed., Paris, Maloigne, 1991 : 2009-2013.

12 - Cooper AJ : A clinical and endocrine study of mesterolone in secondary impotence. J. Psychosomatic Res., 1980, 64 : 266-268.

13 - France RD, Weddington WW, Houpt JL : Referral of patients from primary care physicians to a community mental health center. J. Nerv. Ment. Dis., 1978, 166 : 594-598.

14 - Lemaire A, Buvat J, Buvat-Herbaut M : A propos d'une approche thérapeutique multimodale : stratégies des explorations et du traitement des diabétiques impuissants. In : Fonctions sexuelles et reproductrice du diabète. Progrès en Andrologie n°2. J. Buvat, M Drosdowsky eds, Doin, Paris, 1989 : 193-206.

15 - Levine FJ, Goldstein I : Vascular reconstructive surgery in the management of erectile dysfunction. Int. J. Impot. Res., 1990, 2 : 59-70.

16 - Melman A : The effects of Yohimbine on sexual function : a double-blind study. Proceedings of the 1st World congress on Impotence, Paris, 1989 : abstract 70.

17 - Morales A, Condra M, Owen JA, SurrIDGE DH, Fenemore J, Harris C : Is Yohimbine effective in the treatment of organic impotence ? Results of a controlled trial. J. Urol., 1987, 157 : 1168-1172.

18 - Reid K, Morales A, Harris C, SurrIDGE DHC, Condra M, Owen J, Fenemore J : Double-blind trial of Yohimbine in treatment of psychogenic impotence. Lancet., 1987, 22 Août : 421-423.

19 - Rüedi B, Magrini G : Testosterone undecanoate treatment in impotent males : a double-blind randomized study. Proceedings of the 3rd Biennial World Meeting on Impotence. Boston, 1988, Abstract 68.

20 - Schrom SH, Lief HI, Wein AJ : Clinical profile of experience with 130 consecutive cases of impotent men. Urologia., 1979, 13 : 511-515.

21 - Segraves RT, Schoenberg HW, Zarins CK, Knopf J, Camic P : Referral of impotent patient to a sexual dysfunction clinic. Arch. Sex. Beh., 1982, 11 : 521-528.

22 - Sharlip ID : The incredible results of penile vascular surgery. Int. J. Impot. Res., 1991, 3 : 1-6.

23 - Tiefer L : In pursuit of the perfect penis : the medicalization of male sexuality. Am. Behav. Sci., 1986, 29 : 579-599.

24 - Tiefer L, Melman A : Adherence to recommendations and improvement over time in men with erectile dysfunction. Arch. Sex. Beh., 1987, 16 : 301-310.

25 - Van Driel MF, Mooibroek JJ, Van De Wiel HBM, Mensink HJA : Intracavernous pharmacotherapy : physiological, sexological and medical aspects. Int. J. Impot. Res., 1991, 3 : 95-104.

RESUME : Les traitements habituellement offerts aux impuissants sont les psycho et sexothérapies, les auto-injections intracaverneuses, les systèmes à vide et l'implantation de prothèses péniennes. Ces traitements ne répondent pas à l'attente de beaucoup des patients, et leur posent d'importants problèmes. Ce décalage entre l'offre et la demande explique le taux élevé (plus de 50 %) de refus de traitement, lequel a probablement des conséquences psychologiques et conjugales importantes. Il est préférable d'offrir des solutions plus nuancées et progressives. Celles-ci peuvent prendre la forme d'une série de consultations combinant une approche médicale d'allure traditionnelle (prescription de médicaments "symptomatiques" type androgènes, gonadotrophines chorioniques ou yohimbine, et en cas d'échec d'injections intracaverneuses au cabinet de substances vaso-actives) à une approche verbale dont la précédente facilite l'acceptation chez les patients résistants au diagnostic de psychogénéité. En donnant plus de temps au patient pour s'adapter à la réalité, en facilitant la prise de conscience des facteurs déterminants sous jacents, et éventuellement en accoutumant au principe des auto-injections, cette approche bimodale augmente le taux d'acceptation et probablement le succès du traitement. **Mots clés :** Impuissance, traitement, acceptation, androgénothérapie, gonadotrophines chorioniques, yohimbine, psychothérapie, sexothérapie, auto-injections intracaverneuses, injections intracaverneuses au cabinet. **Andrologie, 1991, 1 : 112-116.**