

L'ERECTION ET L'EJACULATION PSYCHOGENES : MYTHE OU REALITE ?

Intérêt de leur recherche chez le blessé médullaire

C. Czyba-Gaultier, K. Charvier, A. Leriche

Service d'urologie-Hôpital Henry Gabrielle - 69565 ST GENIS LAVAL

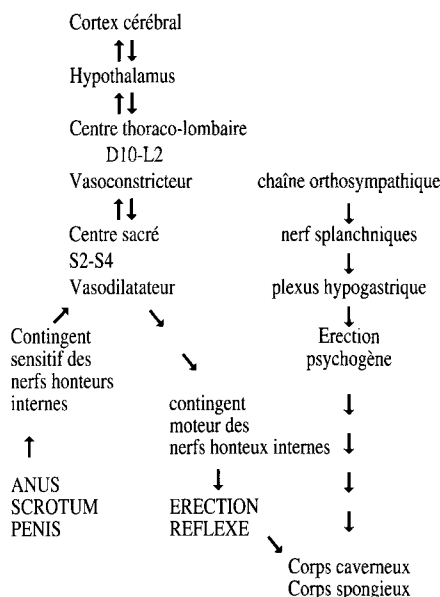
ERECTION AND EJACULATION OBTAINED BY PSYCHOLOGICAL STIMULATION : MYTH OR REALITY ? A

useful investigation in spinal injury cases.

Erection and ejaculation can be induced by two forms of stimulation. The first is mechanical : touching of the penis, scrotum and anus stimulates the pudendal nerves and a reflex erection appears via the parasympathetic pathway. The second form of sexual stimulation is psychological : erotic pictures and fantasies stimulate the splanchnic nerves and the hypogastric plexus, via the orthosympathetic dorso-lumbar pathway, and induce a psychogenic erection. Spinal injury can destroy a part of these neurological routes and cause impotence and/or failures of ejaculation. We have studied 35 patients reporting a sexual dysfunction after a spinal injury, and have tried to generate an erection and ejaculation first with mechanical stimulation, and then with erotic pictures without mechanical genital stimulation. Tumescence was registered using a plethysmograph and semen was collected in order to study spermatogenesis. The spinal cord was destroyed in 12 patients, but orthosympathetic stimulation produced a psychogenic erection in 15 cases, followed by ejaculation in six cases. This form of stimulation seems to be better than prostaglandin or electrical stimulation. **Key-words :** Paraplegia, psychogenic erection, spinal injury, **Andrologie, 1992, 2 : 128-129.**

Le déclenchement et l'inhibition de l'érection par des facteurs psychologiques sont connus depuis longtemps, et les structures nerveuses impliquées sont bien identifiées (Fig. 1). L'influx nerveux emprunte la voie orthosympathique dorso-lombaire, les nerfs splanchniques et le plexus hypogastrique. Lorsqu'il s'agit d'un stimulus nociceptif, on observe une activation des fibres adrénergiques, entraînant une vasoconstriction, donc une inhibition de l'érection. Lorsque le stimulus a une valeur érotique, la tumescence

Figure 1 : Commande nerveuse de l'érection



observée peut s'expliquer par deux mécanismes : soit une libération de Vasoactive Intestinal Polypeptide ou d'un neurotransmetteur à action similaire au sein de fibres parasympathiques du plexus hypogastrique, soit une inhibition du tonus vasoconstricteur orthosympathique. Ces deux hypothèses ne sont d'ailleurs pas exclusives. L'éjaculation psychogène est une donnée moins classique mais connue des sexologues qui entendent certains patients se plaindre d'une éjaculation extrêmement précoce, survenant simplement à l'idée de pénétrer leur partenaire. Les structures anatomiques impliquées font intervenir des fibres adrénergiques. Dans les conditions habituelles, l'homme utilise conjointement le mode réflexe et le mode psychogène.

Les blessés médullaires constituent une population particulière pour les sexologues pour plusieurs raisons : la destruction médullaire sélective peut interrompre les voies nerveuses de l'érection et / ou de l'éjaculation, entraînant des dysfonctions sexuelles variables selon le niveau métamérique et l'étendue de la lésion médullaire (1, 2, 3, 4, 6, 7). Ces situations cliniques permettent de vérifier le modèle anatomo-physiologique de M. Habib (7). D'autre part, la réorganisation du schéma corporel, après blessure médullaire respon-

sable de troubles sensitifs et / ou moteurs importants, entraîne une exacerbation de la sensibilité dans le territoire sus-lésionnel avec une capacité à faire apparaître des zones érogènes primo-secondaires, comme le lobe de l'oreille ou la nuque par exemple. Le cortex semble en faire partie, ce qui explique que certains blessés médullaires deviennent capables de générer une éjaculation psychogène qu'ils n'auraient probablement pas pu obtenir avant leur accident.

La troisième particularité de ces patients concerne leur fonction de reproduction. La lésion médullaire en elle-même peut altérer la spermatogénèse. Les méthodes d'obtention d'une éjaculation aggravent la situation. Le vibromassage et surtout l'électrostimulation par sonde rectale exercent des effets délétères sur le volume de l'éjaculation, la concentration en spermatozoïdes et surtout le pourcentage en spermatozoïdes mobiles. Ces méthodes, comme l'injection d'éserine, sont mal supportées tant sur le plan psychique que physique. Elles ne déclenchent pas toujours l'éjaculation et, quand elles y parviennent, le sperme n'est pas forcément fécondant (5, 8). Il semble donc indispensable d'explorer les autres moyens de stimuler l'éjaculation.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons étudié 35 patients dont la blessure médullaire datait de plus de six mois, et qui se plaignaient d'une dysfonction sexuelle apparue depuis leur accident. Nous avons proposé à ces hommes un bilan sexologique complet, associé à un examen neurologique détaillé, comportant notamment une recherche des réflexes du cône cutané-anal, bulbo-anal, bulbo-caverneux) et du réflexe crémastérien. Ces examens étaient complétés par une manométrie ano-rectale et un bilan urodynamique afin de définir avec précision le niveau métamérique, l'étendue, et le caractère total ou partiel de la destruction médullaire. Nous avons étudié la survenue de l'érection et de l'éjaculation d'abord par voie réflexe : le patient se masturbait en se concentrant sur une image mentale agréable, mais non érotique. L'érection était alors enregistrée par un pléthysmographe. L'éjaculation, quand elle était obtenue, était

Tableau 1 : Résultats des essais d'induction de l'érection et de l'éjaculation chez 35 paraplégiques

Topographie de la lésion	nb cas	érection réflexe	éjaculation réflexe	érection psychogène	éjaculation psychogène
Au-dessus de L2	17	10	0	6	2
Au dessous de L2	18	5	1	9	4

objectivée par un examen biologique du liquide recueilli, confirmant qu'il s'agissait bien de sperme. Dans un second temps le patient regardait un film érotique sans toucher ses organes génitaux et, si son excitation lui paraissait insuffisante, faisait appel à ses propres fantasmes. Les méthodes d'objectivation des réactions sexuelles étaient les mêmes que pour la stimulation réflexe.

La population étudiée était très hétérogène :

- dans 17 cas la lésion médullaire siégeait au dessus de L2 et semblait complète dans 3 cas.

- dans 18 cas la lésion siégeait au dessous de L2 et ne respectait l'arc réflexe sacré que dans 6 cas.

L'interrogatoire avait scrupuleusement éliminé tout autre facteur de dysfonction sexuelle. Mais nous avons noté des traits dépressifs chez 11 de nos 35 patients.

RESULTATS

Ils sont présentés dans le tableau 1. Les érections psychogènes différaient notablement des érections réflexes par une tumescence globalement moindre, fluctuante et très vulnérable au moindre facteur extérieur. Ceci est conforme aux données de la littérature (1, 3, 7). Parmi les 15 patients qui avaient obtenu une érection psychogène, 6 pensaient qu'elle aurait permis une intromission. L'éjaculation psychogène présentait également des caractéristiques propres : sensations de chaleur, de vessie qui se remplit, frissons, sueurs et parfois tachycardie. Les patients disaient qu'il ne s'agissait pas d'un orgasme au sens propre, mais de sensations très agréables dans 2 cas, indifférentes dans 2 cas, désagréables à la limite du malaise, dans les 2 autres cas.

DISCUSSION

Notre expérience auprès de ces 35 blessés médullaires nous a donné la preuve qu'il est possible d'obtenir une érection psychogène lorsque le centre médullaire D11-L2, et la voie orthosympathique thoraco-lombaire sont intacts.

L'éjaculation est alors possible mais plus difficile à obtenir. Au cours de cette étude, les patients ont exprimé une forte demande d'information concernant, d'une part la nature et les conséquences de leur lésion médullaire, d'autre part leur sexualité en général. Nous avons constaté chez ces hommes jeunes une méconnaissance du fonctionnement de leur corps et en particulier de leurs organes génitaux. Le recours aux fantasmes érotiques reste rare, surtout chez ces hommes qui doivent se construire une nouvelle identité virile du fait de leur handicap. Des explications simples et un dédramatisation ont permis à plusieurs patients de retrouver des érections psychogènes. Ce dialogue a fait émerger une très forte demande de procréation, mais cette dernière est parfois un déni du handicap. La stimulation psychogène de la voie orthosympathique dorso-lombaire nous paraît une méthode peu invasive, respectueuse de la physiologie sexuelle, et ne risquant pas de nuire à la spermatogénèse. Elle permet au patient et à sa partenaire d'acquérir une autonomie à l'égard des médecins, de retrouver une maîtrise corporelle, et de construire une intimité satisfaisante. Dans un certain nombre de cas sélectionnés au terme d'un bilan neurologique rigoureux, cette méthode peut remplacer des techniques de stimulation plus agressives, ou les compléter. Son innocuité et son utilisation facile à domicile, en font une thérapeutique de choix pour entretenir la fonction éjaculatoire et la qualité du sperme. Elle ne peut cependant être comprise, et donc utilisée convenablement, que si elle est intégrée à une véritable prise en charge sexologique du blessé médullaire et de sa partenaire.

REFERENCES

- 1 - Chapelle P.A. Neurophysiologie de l'acte sexuel chez l'homme paraplégique. In *Handicap et Sexualité*, Waynberg J. Masson éd, Paris, 1981 : J-7.
- 2 - Chapelle P.A. Traitement de l'anéjaculation du paraplégique complet par association métoclopramide-ésérine par voie sous-cutanée. In

l'éjaculation et ses perturbations, Buvat J., Jouannet P. ed., SIMEP, Lyon-villeurbanne, 1984 : 54-55 ;

- 3 - Courtois F., Leriche A. L'érection psychogène chez l'homme paraplégique. *Annales de réadaptation et de Médecine Physique*, 1991 : sous presse.
- 4 - Czyba-Gaultier C., Leriche A., Courtois F. Exploration sexologique du blessé médullaire : quelle place reste-t-il pour une intimité ? Communication au XXIème séminaire de perfectionnement en sexologie.
- 5 - François N. Techniques de stimulation du paraplégique : indications et résultats. In *Handicap et Sexualité*, Waynberg J. ed., Masson, Paris, 1981 : 27-37.
- 6 - Guttman L. The effects of prostigmine on the reproductive functions in spinal man. *Proceedings of the 4 th International Neurological Congress*, Masson, Paris, 1949, 2 : 69.
- 7 - Habib M. Khalil R. Système nerveux et fonctions sexuelles. *Contraception Fertil., Sex.* 1986, 14 : 809-817.
- 8 - Jouannet P., Soufir J.C., François N., Pakacs C. Maury M. Caractères cytologiques et biochimiques du sperme chez l'homme paraplégique. In *L'éjaculation et ses perturbations*, Buvat J., Jouannet P. ed., Simep, Lyon Villeurbanne, 1984 : 56-61.

RESUME : L'érection peut-être obtenue soit par une stimulation mécanique empruntant l'arc réflexe du centre médullaire sacré, soit par une stimulation psychologique (film érotique ou fantasme). Dans ce dernier cas, l'influx arrive aux organes génitaux par la voie orthosympathique dorso-lombaire. Nous avons étudié 35 patients qui se plaignaient d'une impuissance et/ou d'une anéjaculation après une blessure médullaire. Douze présentaient une destruction de l'arc réflexe sacré. Parmi eux, 9 ont obtenu une érection psychogène grâce à un film érotique, suivie dans 4 cas d'une éjaculation psychogène. Cette technique de stimulation a permis d'éviter les moyens invasifs habituels. **Mots clefs** : Ejaculation psychogène, Erection psychogène, Paraplégie, Voie orthosympathique dorso-lombaire. **Andrologie, 1992, 2 : 128-129.**