

Conséquences sexuelles masculines et féminines de l'éjaculation rétrograde après adénomectomie.

R. GELLMAN, C. GELLMAN-BARROUX

École Française de Sexologie 3, rue Copernic 75116 PARIS

RESUME

En s'aidant de statistiques, les auteurs essayent de comprendre la problématique présentée par les patients ayant subi une adénomectomie :

- **ceux qui se plaignent de troubles sexuels sont très rares,**
- **cependant, dans ce cas, le tableau clinique est toujours catastrophique.**

L'urologue devra donc s'intéresser particulièrement à la sexualité des seniors avant l'intervention et mettre en place un travail d'information très poussé.

Mots clés : Adénomectomie, éjaculation rétrograde, dysfonction érectile, informations

L'éjaculation rétrograde est un sujet polémique et ce à trois niveaux :

1. entre le patient et son médecin. Le patient doute de l'innocuité d'une adénomectomie sur sa sexualité ;
2. entre l'urologue et le sexologue. Ce dernier ne voit en consultation que les patients qui se plaignent de l'intervention ;
3. entre le patient et sa partenaire, puisque l'intervention peut réveiller d'anciens griefs.

EN UROLOGIE

Sophie Conquy [1] dans une statistique effectuée à l'hôpital Cochin retrouvait une éjaculation rétrograde dans 69% des cas.

Un seul patient sexuellement actif avant l'intervention sur 48 consultants est devenu impuissant au décours de l'intervention.

En dehors du cas d'impuissance, tous les patients ont gardé un orgasme.

- dans 22 cas, cet orgasme est considéré comme inchangé,
- dans 25 cas, l'orgasme est considéré " **différent** " essentiellement chez les patients qui ont une éjaculation rétrograde.

EN SEXOLOGIE

Les patients venant nous consulter sont rares (1 à 2 par an) mais le problème est toujours dramatique.

Ils ont tous

- **des difficultés érectiles d'importance variable**
- **une éjaculation rétrograde**
- **une modification de la qualité de l'orgasme.**

Tous ces patients se plaignent de ne pas avoir été informés des conséquences de l'intervention. Il faut noter que la quasi totalité de ces patients n'est pas en état de comprendre les explications données.

Le plus souvent, il s'agit de patients d'origine étrangère qui ont une mauvaise compréhension du français.

Ils regrettent tous l'intervention et sont revendiquants à l'égard de l'urologue qui les a opérés.

POUR L'HOMME

Le **sperme** est vécu dans l'imaginaire masculin comme un **liquide sacré**, seul fécondant. En cas d'intervention entraînant une éjaculation rétrograde, le sperme est mêlé à l'urine - de **sécrétion**, il devient **excrétion, liquide souillé**.

Par ailleurs, la perte de l'éjaculation visible est vécue comme une perte de virilité.

La perte du pouvoir fécondant est assimilée à une **castration**, ce qui explique certaines impuissances (surtout chez les patients musulmans).

Pour les patients maghrébins, de religion musulmane, le sperme est assimilé à l'âme : " j'ai perdu mon âme ", nous disent-ils. En grec ancien, le mot " sperme " et le mot " capital " sont identiques. L'émission du sperme dans les urines équivalait à jeter son capital dans les latrines et engendrait une honte intense.

Dans la tradition judéo-chrétienne, rappelons le crime d'Onan. Par la masturbation, le sperme n'est pas recueilli dans le " bon vase ". Il en va de même lors d'une éjaculation rétrograde qui peut s'accompagner d'une culpabilité inconsciente.

CONSÉQUENCES SUR LA SEXUALITÉ FÉMININE

Dans l'enquête de S. Conquy :

- 14,5 % des femmes étaient insatisfaites de l'intervention (7 femmes sur 48).
- Ces femmes sont les épouses de patients qui appartiennent au groupe d'opérés ayant une éjaculation rétrograde. Elles ressentent leur propre orgasme comme conditionné par les sensations pro-

voquées par le flux spermatique sur le col de l'utérus.

La suppression de cette sensation entraîne une absence d'orgasme et une insatisfaction.

POUR LA FEMME

Au niveau inconscient, la perte du pouvoir fécondant de son partenaire entraîne une dévalorisation de celui-ci.

L'homme est vécu comme **castré**, ce qui détermine une modification du rapport de forces dans le couple

Il faut ici faire une place à **la sexualité antérieure** du couple et se demander si la femme était orgasmique ou anorgasmique avant l'intervention.

Il faudra aussi s'intéresser à **la communication à l'intérieur du couple**.

Si l'entente entre les partenaires est bonne, le symptôme sera facilement accepté, banalisé.

En revanche, si la femme développe à l'égard de son compagnon une animosité, une revendication de pouvoir, une frustration ou fait resurgir une rancune ancienne, le symptôme peut servir de point d'ancrage et ses conséquences seront majorées, la femme ne parvenant par exemple plus à l'orgasme en affirmant " il me manque quelque chose, je ne le sens plus quand il éjacule ".

DONNÉES STATISTIQUES SUR LA SEXUALITÉ DES SENIORS

Nous allons tenter de comprendre la sexualité des seniors au travers d'une enquête récente de l'IFOP. Cette enquête a été effectuée par téléphone sur système CATI sur un échantillon national de 501 individus représentants de la population française âgée de 60 ans et plus.

La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas (quotas de sexe, âge, profession du chef de famille, région, et catégorie d'agglomération).

Nous en extrayons les résultats suivants :

La sexualité : un aspect important de la vie pour 2 seniors sur 3 :

- Indispensable **18%**
(1 homme sur 4 - 1 femme sur 10)
- importante mais pas indispensable **49%**
- jugent la sexualité totalement secondaire **29%**

La sexualité n'est indispensable que pour un senior sur 5.

Fréquence des rapports sexuels

- Tous les jours ou presque **06%**
- 1 fois par semaine **36%**
- soit au total **42%****
- 2 fois par mois **20%**
- 1 fois par mois **17%**
- moins souvent **13%**
- soit au total **50%****

Un senior sur deux seulement a une activité sexuelle hebdomadaire.

Les conditions indispensables au plaisir sexuel

- la tendresse **60%**
- la fidélité **50%**
- l'amour **15%**
- **l'orgasme **11 %****
(14% des hommes et 9% des femmes)

L'orgasme n'est plus considéré comme indispensable dans l'immense majorité des cas. On assiste à une idéalisation de l'amour.

Orgasme indispensable selon l'âge

- 60 à 69 ans **18%**
- 70 à 79 ans **07%**
- 80 ans et plus **05%**

A l'âge où les adénomectomies sont prioritairement effectuées, l'orgasme n'est plus considéré comme indispensable, ce qui explique la

rareté des plaintes après l'intervention.

CONCLUSION

Les données statistiques sur la sexualité des seniors expliquent la rareté des plaintes sexuelles après adénomectomie. En revanche, lorsque ces plaintes existent, elles présentent un caractère dramatique.

Nous noterons également l'importance qu'il faut accorder à s'assurer que le patient a compris les explications qui lui sont fournies, et aussi l'intérêt de fournir à la partenaire ces mêmes explications.

Dans les conditions habituelles, l'urologue ne dispose pas du temps nécessaire pour fournir ces explications et s'assurer de leur bonne intégration par les deux partenaires du couple. Le plus souvent, il n'y a pas non plus d'interprète permettant une bonne communication de langage entre lui et ses patients étrangers.

Nous nous sommes intéressés aux conditions techniques nécessaires afin de mieux faire passer le message : " l'adénomectomie peut entraîner une éjaculation rétrograde, ce qui ne modifie pas les sensations ".

Cette assertion est parfaitement incompréhensible pour la majorité des patients ainsi que pour leur compagne.

L'urologue, quelles que soient ses capacités pédagogiques et sa disponibilité, ne pourra donc pas se faire comprendre.

En fait, il s'agit d'un discours plaqué auquel le plus souvent le médecin ne peut lui-même adhérer vraiment faute d'expérience personnelle à ce niveau.

Un urologue ayant subi une adénomectomie y apportait une sévère critique : " pendant 35 ans j'ai affirmé à mes patients que l'adénomectomie n'avait aucune incidence sur la sexualité et que l'éjaculation rétrograde ne diminuait pas la qualité de l'orgasme. Je regrette d'avoir tenu ce discours. Je ne savais pas ce que je disais. "

Si une adénomectomie est techniquement indiquée, un travail psychologique préalable doit être effectué, et ce de préférence dans un

groupe de 4 à 8 patients devant subir cette intervention.

Idéalement, le groupe sera animé par un urologue et un sexologue. Dans le cas où certains patients seraient d'origine étrangère, il faudra y adjoindre un interprète, indispensable pour permettre la compréhension de ce qui est verbalisé dans le groupe, tant pour les thérapeutes que pour les patients eux-mêmes.

Le groupe pourrait se réunir à deux reprises durant une heure trente chaque fois :

- la première fois pour fournir aux patients les explications techniques et des précisions sur les conséquences de l'intervention.
- la seconde, avec les éventuelles partenaires pour discuter avec les couples du devenir de leur sexualité et confirmer leur adhésion au projet opératoire.

Ces mesures nous paraissent être en mesure de répondre aux besoins de réassurance des patients et de limiter ainsi les conséquences fâcheuses de l'intervention sur la sexualité des seniors.

Key-words : *Adenectomy, retrograde ejaculation, impotency, informations.*

REFERENCES

1. STEG A., ZERBIB M., CONQUY S. *Troubles sexuels après intervention pour hypertrophie bénigne de la prostate.* Annales d'Urologie 1988 22 n°2, 120-133.
2. Enquête IFOP - 4 et 5 juillet 1995 *Les seniors et la sexualité* (non publiée)

ABSTRACT

Retrograde ejaculation after adenectomy : Sexual consequences in the couple

R. GELLMAN, C. GELLMAN-BARROUX

Using some statistics, the authors try to understand the problems presented by patients after an adenectomy :

- **those who complain are very few,**
- **nevertheless, in this case, the clinical aspect is very dramatic.**

Urologists have to put interest in their patient sexual behaviour before the intervention and give them deep informations.