

Point de vue sur la prise en charge des troubles de l'éjaculation du blessé médullaire

Jean Marc SOLER

Laboratoire d'urodynamique et de sexologie – Centre Bouffard-Vercelli, Cerbère

Les troubles de l'érection et de l'éjaculation sont souvent présents dans les pathologies neurologiques. Les traumatismes vertébro-médullaires entraînent de façon constante ces différents troubles à des degrés différents.

L'érection réflexe est présente quand les myélocèles sacrées ne sont pas détruits et sont situés dans le territoire sous lésionnel. Cette érection réflexe est généralement caractérisée par une rigidité de la verge satisfaisante mais de durée brève. Une détumescence est souvent constatée au cours de l'intromission ou du rapport sexuel.

Ces différents éléments justifient la demande accrue de ces patients jeunes qui souhaitent une érection durable permettant un rapport coïtal et une vie sexuelle plus équilibrée.

Cette prise en charge a été facilitée par la mise à notre disposition sur le marché de substances pharmacologiques particulièrement performantes. Les injections intracaverneuses : Papaverine, Prostaglandines, alphabloquants et plus récemment les traitements per-os Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil. Nous disposons donc actuellement d'un arsenal thérapeutique permettant de rétablir une fonction érectile satisfaisante. Ces substances sont relativement bien tolérées et les effets secondaires modérés si l'on respecte les posologies recommandées et les contre-indications.

L'équilibre de la fonction érectile acquis, la demande du blessé médullaire s'oriente vers une éventuelle restitution d'une éjaculation. L'objectif est parfois la procréation, le plus souvent le rétablissement d'une fonction orgasmique permettant de retrouver la plénitude d'un rapport sexuel « comme avant ».

On sait que la fonction sexuelle est sous contrôle neurologique, encéphalique et médullaire. L'éjaculation est sous la dépendance neurologique de plusieurs centres nerveux : les centres sympathiques dorsolombaires et les centres cérébro-spinaux sacrés.

- Les centres sympathiques dorsolombaires sont situés dans les myélocèles de D10 à L2 d'où sont issus les

nerfs qui assurent l'innervation motrice et sensitive des organes génitaux internes. Ils permettent la réalisation de la première phase de l'éjaculation, l'émission du sperme associée à une fermeture du col vésical.

- Les centres somatiques cérébro-spinaux issus des myélocèles sacrées de S2 à S4 conduisent l'innervation motrice et sensitive des muscles du périnée et permettent la deuxième phase de l'éjaculation, l'expulsion clonique du sperme par la contraction rythmique des bulbo et ischio-caverneux.

La réalisation de l'éjaculation va donc chez le blessé médullaire être dépendante du niveau lésionnel. La destruction de la moelle sacrée va supprimer la deuxième phase de l'éjaculation, l'expulsion clonique, et l'éjaculation sera baveuse sans sensation orgasmique. La destruction des myélocèles sympathiques D11, D12, L1 entraînera la disparition de l'éjaculation.

L'intégralité de ces différents centres et des voies nerveuses qui en sont issues devrait donc permettre une éjaculation réflexe.

Les blessés médullaires ont cependant une réelle difficulté à déclencher une éjaculation au cours d'un acte sexuel (10 à 15%) [1, 4].

La stimulation par vibromassages permet d'obtenir une éjaculation chez plus de 50% des patients [6]. L'électrostimulation anale déclenche une éjaculation dans 70 à 100% des cas [2, 6, 9]. Ces deux techniques de stimulation permettent un recueil de spermatozoïdes et des conservations. Elles sont peu compatibles avec la réalisation d'un acte sexuel.

Correspondance :

Dr Jean-Marc SOLER - Laboratoire d'urodynamique et de sexologie, Centre Bouffard-Vercelli, Cap Peyrefite, 66290 Cerbère - Tel 04.68.88.74.53 - Email jmsoler66@aol.com

Contrairement à la fonction érectile, l'éjaculation a bénéficié de peu d'innovations dans le domaine de la pharmacologie. Pendant des décennies, l'utilisation de la néostigmine et physostigmine par voie intra-thécale, intraveineuse ou sous cutanée, a permis d'obtenir chez les blessés médullaires une éjaculation dans 50 à 60% des cas avec un recueil de spermatozoïdes [3, 7, 9]. Les effets secondaires sont généralement trop gênants pour espérer utiliser ces substances dans un autre but que le recueil de sperme et la procréation. Longtemps seules substances pharmacologiques à disposition des thérapeutes, elles étaient réservées à la réalisation de tests.

Le chlorhydrate de Midodrine (Gutron®) est un alpha adrénergique périphérique sympathomimétique qui agit directement par son métabolite actif, la Désglymidodrine sur les récepteurs alpha périphériques. Son délai d'action de 10 à 30 minutes est rapide, sa durée d'action est limitée (3 à 4 heures). Elle entraîne une vasoconstriction veineuse et artérielle, elle a un effet hypertenseur important et bradycardisant. Elle est proposée sous forme injectable à 5mg à utiliser en perfusion ou en comprimé à 2,5mg. La forme IV a une AMM pour éjaculation antégrade, la forme comprimé une AMM pour l'hypotension orthostatique.

L'efficacité de la Midodrine a été reconnue par de nombreux auteurs, en perfusion pour 71% des patients et pour plus de 50% par voie orale. Ce qui confirme l'étude réalisée par Blanchard Dauphin, sur les pathologies neurologiques [5, 8, 10].

Dans notre pratique quotidienne, nous avons toujours réalisé pour les blessés médullaires qui n'obtenaient pas d'éjaculation par vibromassages répétés, des tests associant un vibromassage et un traitement par Midodrine per-os à dose progressive. Nous débutons par 3 comprimés en augmentant de 3 comprimés à chaque test. Le délai d'efficacité de la Midodrine est apprécié par l'intensité des réactions cutanées sympathiques : chair de poule, horripilation, sensation de froid qui apparaissent progressivement selon un trajet craniocaudal. L'efficacité maximum est généralement 60 à 120 minutes après la prise de comprimés, la stimulation par vibromassages est alors réalisée avec un contrôle du pouls et de la tension artérielle toutes les minutes. Au cours du test et de l'éjaculation, on constate une hypertension artérielle et une bradycardie significatives accompagnant parfois des maux de tête qui disparaissent rapidement après éjaculation.

L'éjaculation rétrograde ou antégrade entraîne chez les blessés médullaires des contractions importantes des membres inférieurs, des abdominaux, et de nombreuses réactions d'hyperréflexie autonome désagréables au cours des premiers tests. Ces manifestations seront progressivement atténuées et intégrées comme un équivalent d'orgasme. A cette phase de contractures intenses, succède une période de flaccidité diffuse qui peut durer plusieurs heures. Un traitement préventif hypotenseur est souvent nécessaire pour les patients susceptibles d'avoir d'importantes réactions d'hyperréflexie autonome.

Pour les patients insensibles au traitement *per os* (40%), nous réalisons dans les mêmes conditions de test, une perfusion de 3 à 6 ampoules de Midodrine. Le délai d'ac-

tion est souvent identique, les effets secondaires sont les mêmes, les résultats sont satisfaisants pour plus de 66%.

Nos résultats sont satisfaisants pour 66% des patients qui n'arrivaient pas à obtenir une éjaculation par simples vibromassages. Actuellement, les moyens mis à notre disposition, nous permettent de rétablir une possibilité d'éjaculation chez plus de 80% des blessés médullaires, et de réaliser des prélèvements et une conservation du sperme.

Le traitement par Midodrine *per os* permet également de faciliter l'éjaculation au cours des rapports sexuels même si actuellement nos résultats sont mitigés.

La Midodrine *per-os* est un traitement simple et efficace sur les troubles de l'éjaculation des patients neurologiques. Elle favorise le déclenchement de l'éjaculation et corrige partiellement les phénomènes d'éjaculation rétrograde [11]. Les effets secondaires sont modérés et peu gênants pour les patients bien informés.

Les mécanismes de dysfonctionnement de l'éjaculation sont encore peu connus et nous ne maîtrisons pas la chronologie des différentes phases de sa réalisation. L'apport de la pharmacologie paraît essentielle à l'évolution de nos pratiques pour mieux répondre aux demandes de nos patients désirant une vie sexuelle équilibrée et une procréation.

REFERENCES

1. BORS E., COMARR A.E. : Neurological disturbances of sexual function with special reference to 529 patients with spinal cord injuri. Urol. Surv., 1960, 110 : 191-221.
2. BRINDLEY G.S. : Reflex ejaculation under vibratory stimulation in paraplegic men. Paraplegia, 1981, 19 : 299-302.
3. CHAPPELLE P.A., BLANQUART F., PUECH A.J., HELD J.P. : Treatment of anejaculation in the total paraplegic by subcutaneous injection of physiotigmine. Paraplegia, 1983, 21 : 30-36.
4. COMARR A.E. : Sexual function among patients with spinal cord injury. Urol. Int., 1970, 25 :134-168.
5. DRAWZ B., DRAWZ G., BERNDT W.D., HEYDEL E., ERDMANN T. : Retrograde ejaculation from the urologic viewpoint and the current status of therapeutic possibilities. Urol. Nephrol., 1989, 82 : 127-134.
6. FRANÇOIS N. et al. : L'éjaculation par le vibromassage chez le paraplégique à propos de 50 cas avec 7 grossesses. Ann. Med. Phys., 1980, 23 : 24-36.
7. GUTTMAN L., WALSH J.J. : Prostigmine assesment test of fertility in spinal man. Paraplegia, 1971, 1 : 39-50.
8. JONAS D., LINZBACH P., WEBER W. : The use of midodrin in the treatment of ejaculation disorders following retroperitoneal lymphadenectomy. Eur. Urol., 1979, 5 : 184-187.
9. LERICHE A., MONNET M.F., POGU B., PILONCHERY G. : Spermato-genèse et paraplégie. Andrologie, 1994, 2 : 133-141.
10. RILEY A.J., RILEY E.J. : Partial ejaculatory incompetence : the therapeutic effect of midodrine, an orally active selective alpha-adrenoceptor agonist. Eur. Urol., 1982, 8 : 155-160.
11. SCHUTTE B., MEDENWALDT B. : Treatment of retrograde ejaculation in paraplegia. Andrologia, 1980, 12 : 389-390.

Manuscrit reçu : juin 2005 ; accepté septembre 2005.