

**THÈME DE L'ÉTUDE :**

Auto-rééducation à l'orgasme intra-cérébral d'un homme blessé médullaire ayant déjà connu l'orgasme pré-lésion.

**SUJET :**

Tétraplégique c6-c7 complet (ASIA A) depuis 22 ans.

**PRÉSENTATION :**

En général, la plupart de la rééducation sexuelle des blessés médullaires masculins dans les CRF n'est que la recherche d'une restauration de la capacité éjaculatoire et/ou érectile du blessé médullaire. Par contre, la restauration de l'orgasme n'est pas abordée. Pourtant la perte de la capacité à éprouver des orgasmes affecte gravement la qualité de vie des patients. Mais il n'y a à ce jour aucune solution médicale pour retrouver les sensations sexuelles perdues.

A noter : certains blessés médullaires font un déni de la perte de la sensation de l'orgasme et n'abordent pas ce problème avec leur médecin rééducateur, tandis que d'autres font peu à peu leur "deuil" de la perte de l'orgasme.

Nous définirons l'orgasme comme étant la sensation du plus haut degré du plaisir sexuel lequel se déclenche dans les zones cérébrales du plaisir (voir en infra).

La problématique est que les circuits du système nerveux cérébro-spinal sont interrompus au niveau médullaire, et donc la stimulation des zones érogènes génitales masculines (gland, frein) ne peut plus servir à déclencher l'orgasme dans le cerveau.

L'idée directrice de cette étude est que :

1) le cerveau des blessés médullaires est intact, et donc les circuits nerveux impliqués dans le déclenchement de l'orgasme le sont aussi ;

2) comme lors d'un rêve érotique un homme valide peut déclencher un orgasme en dormant (avec éjaculation) sans stimuler ses organes génitaux, on peut en déduire qu'il est possible d'éprouver un orgasme complet sans stimulation des organes génitaux. Ainsi, il serait peut-être possible de reproduire ce phénomène à l'état d'éveil ;

3) la stimulation génitale, qui envoie des signaux nerveux vers le cerveau via le relais spinal situé au niveau S2-S3-S4 pour déclencher l'orgasme, ne sert plus à rien chez les blessés médullaires. Seul un réflexe éjaculatoire sans sensations peut fonctionner. Et donc, la seule solution serait de "stimuler" directement les zones impliquées dans le cerveau ;

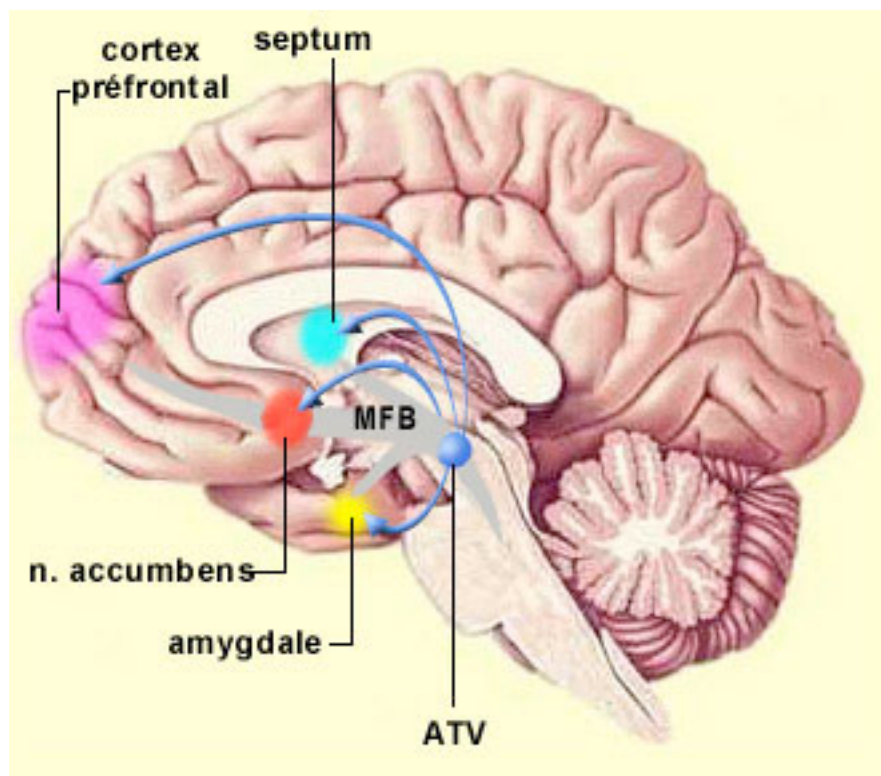
4) avec un entraînement/rééducation de longue durée (plusieurs mois), qui consisterait à concentrer son attention pour « ressentir » et ainsi activer ces zones cérébrales, il serait possible d'établir et/ou de renforcer les connexions nerveuses entre ces zones, et ainsi arriver à déclencher un orgasme intra-cérébral. L'aire corticale sexuelle est connectée à une aire associée qui contient les traces mnésiques des sensations génitales pré-lésion, et qui peut

être activée de la même façon que l'on peut "ressentir" une jambe paralysée (cf. membres fantômes). L'aire sexuelle est elle-même connectée aux centres du plaisir situés dans les parties sub-corticales du cerveau (aire tegmentale ventrale, noyau accumbens...).

### LES CENTRES DU PLAISIR :

À l'arrivée d'un signal annonçant une sensation de plaisir, donc après traitement sensoriel par le cortex, l'activité d'une région particulière du mésencéphale, l'aire tegmentale ventrale (ATV), se trouve augmentée. Celle-ci libère alors de la dopamine dans le noyau accumbens mais aussi dans le septum, l'amygdale et le cortex préfrontal.

Ces régions sont reliées par ce que l'on appelle le faisceau du plaisir. En terme neuro-anatomique, ce faisceau fait partie du « medial forebrain bundle (MFB) » dont l'activation mène à la répétition de l'action gratifiante pour en consolider les traces nerveuses.



Le noyau accumbens joue un rôle central dans le circuit du plaisir. Son fonctionnement repose principalement sur deux neurotransmetteurs essentiels: la dopamine, qui favorise l'envie et le désir, et la sérotonine, dont l'effet traduit plutôt la satiété et l'inhibition. Le noyau accumbens entretient d'étroites relations avec d'autres centres impliqués dans les mécanismes du plaisir. En particulier l'aire tegmentale ventrale du mésencéphale, l'une des régions les plus primitives du cerveau située au sommet du tronc cérébral. Ce sont les neurones de cette région qui synthétisent la dopamine que leurs axones dirigent ensuite dans le noyau accumbens. L'aire tegmentale ventrale est aussi sous l'influence des endorphines. L'orgasme se traduit par des

décharges de dopamine au niveau du noyau accumbens, leur épuisement étant corrélé à la satiété sexuelle.

Selon les sexologues américains Masters et Johnson, la réponse sexuelle humaine chez l'homme ou la femme constitue un "cycle sexuel" en quatre phases : l'excitation, le plateau, l'orgasme, la résolution.

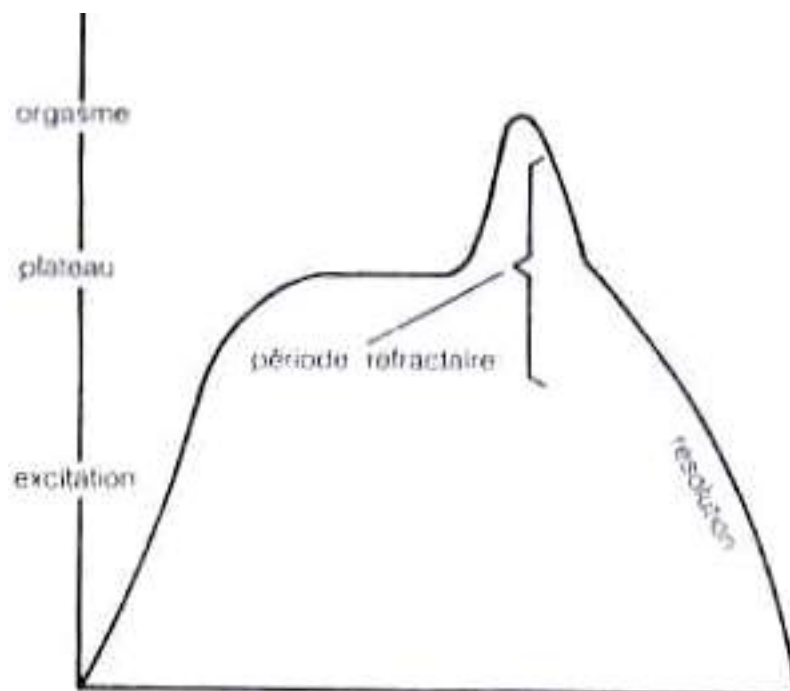
1) L'excitation sexuelle est la phase de montée du plaisir suite à des stimuli sexuels.

2) Le plateau est la seconde phase du cycle, la plus longue, caractérisée par un niveau d'excitation à peu près constant.

3) L'orgasme est une montée très rapide du plaisir sexuel à la fin du plateau, jusqu'à un maximum.

4) La résolution est la phase au cours de laquelle l'excitation sexuelle redescend au niveau du repos, associée à une détente généralisée du corps et de l'esprit. Cette phase est plus ou moins longue selon les individus.

Chez l'homme, elle est dite aussi phase réfractaire, dans la mesure où aucune stimulation ne peut alors faire renaître l'excitation. La phase réfractaire n'existe pas, classiquement, chez la femme, même si certaines l'éprouvent cependant.



#### **MÉTHODE :**

Entraînement plusieurs fois par jour, pendant une demi-heure, à "ressentir" de façon intra-cérébrale (c-à-dire en se concentrant les yeux fermés) les zones

érogènes du sexe auparavant "sensibles" (gland, frein) et à les "stimuler" mentalement, comme si on les touchait en les frottant.

Tout d'abord, comme nous parlons d'orgasme et que c'est une sensation qui peut être tout à fait subjective en l'absence d'une imagerie fonctionnelle cérébrale (PET-Scan), nous allons utiliser une échelle de notation arbitraire du plaisir sur 10 :

- 0/10 signifie aucune sensation de plaisir ;
- 10/10 étant le niveau de plaisir ressenti identique à l'orgasme pré-lésion selon l'auto-évaluation du sujet.

### **DESCRIPTION :**

Le sujet tétraplégique a commencé la rééducation neurologique sexuelle en se concentrant sur ses zones érogènes 3 fois par jour pendant une demi-heure. Il est important de n'être pas excité sexuellement au début de ces exercices. Les premiers jours, le sujet a éprouvé un certain épuisement cérébral dû à la forte concentration nécessaire.

- 1ère semaine, le sujet ressentait juste ces zones sans "montée" de plaisir : 0/10

- 2ème semaine, le sujet ressentait mieux ces zones avec une "montée" minime de plaisir : 1/10

- 3ème semaine, le sujet ressentait de mieux en mieux ces zones avec "montée" de plaisir : 2/10

- 4ème semaine, le sujet ressentait toujours mieux ces zones avec "montée" de plaisir : 3/10. A la fin de la semaine, le sujet ressentait encore mieux ces zones avec "montée" de plaisir : 4/10.

Il a ressenti cela comme un mini-orgasme : montée brusque du plaisir, tête "projetée" en arrière les yeux fermés, ceci pendant quelques secondes, et le plaisir redescend. Par contre, il n'y a pas de "période réfractaire" comme après un orgasme "complet" : le sujet peut recommencer la stimulation presque de suite après.

- 5<sup>ème</sup> semaine : événement imprévu en début de semaine, le sujet a ressenti quelques légères douleurs au niveau uro-génital. Donc au cours de la semaine, le sujet a dû diminuer le nombre de stimulations par jour. Le sujet a pu en augmenter le nombre en fin de semaine, mais les douleurs reviennent si le sujet insiste trop. Amélioration continue de la "sensibilité cérébrale" des zones érogènes. Cette semaine, le sujet ressent les mini-orgasmes à 4/10, et 2-3 fois à 5/10 !

- 6<sup>ème</sup> semaine : A partir du milieu de la semaine les mini-orgasmes étaient au niveau 5/10 ; et à 6/10 à la fin de cette 6<sup>ème</sup> semaine de training sexuel. Amélioration continue de la "sensibilité cérébrale" des zones érogènes.

- 7<sup>ème</sup> semaine : Lundi, sensation de plaisir à 7/10 ; Mardi, 8/10 ; Mercredi, 9/10 ; Jeudi 9 mars 2006, un orgasme à 10/10 avec "période réfractaire"

(signe de satiété sexuelle) d'env. 15 mn (cf. L'orgasme se traduit par des décharges de dopamine au niveau du noyau accumbens, leur épuisement étant corrélé à la satiété sexuelle) ; Vendredi, orgasme à 10/10.

- 8<sup>ème</sup> semaine : IDEM

A noter : La sujet a besoin d'environ 20-30 mn de "stimulation cérébrale" pour éprouver l'orgasme. Le sujet utilise désormais cette nouvelle fonction très souvent, c-à-dire entre 4 et 6 fois par jour.

Au cours des mois suivants, la "sensibilité sexuelle cérébrale" s'est encore améliorée. On peut considérer l'échelle de notation sur 10 désormais ouverte. Le temps de "stimulation cérébrale" pré-orgasmique nécessaire s'est considérablement raccourci. Après 1 an d'exercices quotidiens, le sujet peut se déclencher un orgasme en moins de 2 minutes.

### **CONCLUSION :**

Nous pouvons dire que cette étude sur la rééducation neurologique de l'orgasme a fonctionné. Pour arriver à ce résultat, le sujet a dû d'abord concevoir cela comme théoriquement possible. Ensuite, le sujet devait avoir fait le deuil de ses sensations génitales éteintes et donc frustrantes. Au début de l'expérience, le sujet a considéré cela comme une rééducation fastidieuse, vu qu'il n'avait pas ou peu de plaisir. Mais au bout d'un an, le problème a été inverse : il a fallu qu'il se réfrène pour ne pas se stimuler pendant des heures, ce qui est tout de même mentalement épuisant.

En fait, comme chaque fois qu'on stimule les zones du plaisir, on a envie de recommencer. C'est le renforcement du circuit du plaisir. Le sujet a cru un moment qu'il allait tomber dans une sorte d'addiction au "plaisir sexuel". Mais après une phase de recherche intensive de cette "nouvelle" sensation, la fréquence des séances est redescendue.

Après 3 ans, le sujet utilise cette "sensation sexuelle" au rythme d'une séance d'environ 1 heure (avec plusieurs orgasmes en intensité croissante) tous les 3 jours. Mais parfois rien pendant une semaine et d'autres fois plusieurs jours de suite. En fait, c'est variable selon l'humeur, les rencontres, le travail à effectuer... Donc, le sujet est redevenu normal sur ce plan là, si l'on peut dire.

Sur le plan psychologique, le sujet a l'impression d'avoir "réintégré" le monde des valides. Explication : Avant, quand il les entendait parler ou plaisanter sur la sexualité, il riait dehors mais il souffrait dedans. Maintenant, ce n'est plus le cas. C'est presque une autre vie. Pourtant, son corps est toujours paralysé, mais une partie de son esprit, lui, ne l'est plus !

Une chose imprévue : le sujet a l'impression d'avoir récupéré une très faible sensibilité au niveau des zones génitales. Ceci amène à formuler deux hypothèses :

1) Les “stimulations sexuelles cérébrales“ en augmentant les sensations sexuelles entraîneraient une potentialisation des sensations intra-cérébrales d'autres zones sensibles. Peut-être que le cerveau interpréterait mieux certains signaux nerveux sous-lésionnels passés inaperçus jusqu'ici. Par ex : ceux transmis par le nerf vague parasympathique (nerf pneumogastrique) ?

2) Les “stimulations sexuelles cérébrales“ auraient provoqué un début de repousse d'axones sensitifs ou d'axones en circuit court ? Il est connu par ailleurs que la stimulation spinale par des exercices de rééducation intensifs (Lokomat...) augmente le taux intra-médullaire de neurotrophines induisant une certaine repousse/réorganisation spinale motrice.

À noter : cette étude doit être complétée par d'autres cas de paratétraplégiques afin de confirmer ou non la validité de cette méthode de rééducation à la sensation sexuelle.

(Dernière mise à jour : 25/01/2010)

Auteur : Thierry Delrieu – [tdelrieu@wanadoo.fr](mailto:tdelrieu@wanadoo.fr)