

## Essoufflement et sexualité

### *Breathlessness and sexuality*

● C. Pison\*, E. Maclet\*\*, D. Veale\*\*

**L**es troubles de la sexualité sont fréquents. Ils sont souvent négligés par le médecin et difficilement avoués par le patient. Cinq pour cent des patients parlent spontanément de leur sexualité durant une consultation. Ce chiffre passe à 15 % si le médecin aborde le problème. Un de nos maîtres endocrinologues avait l'habitude de dire que le secteur gonadique et sexuel était une activité de luxe dont la fonction était la première compromise en cas de maladie !

Un grand nombre d'affections cardiorespiratoires peuvent être responsables d'essoufflement et de difficultés sexuelles réelles. Ainsi, les maladies cardiovasculaires représentent une des premières causes de morbidité et de mortalité, tandis que le groupe des bronchopathies chroniques obstructives (BPCO), compte tenu du vieillissement de la population et du tabagisme croissant, est en train de devenir une des trois premières causes de morbidité et de mortalité dans le monde (1). Cinq pour cent des adultes ont un asthme actif. Quatre pour cent des hommes et 2 % des femmes entre 30 et 60 ans souffrent d'apnées du sommeil. Ces maladies chroniques conduisent à un handicap selon l'acceptation de l'OMS (2). Une classification internationale des handicaps (CIH-1) a été développée pour avoir une approche conceptuelle identique. Elle est divisée en trois dimensions distinctes, toutes situées dans le domaine de la santé. Ainsi, les affections dyspnéisantes peuvent être envisagées à travers ces trois éclairages complémentaires : la **déficience** décrit les atteintes des organes ou systèmes (lésions coronariennes, trouble obstructif expiratoire labile ou fixé, obstruction des voies aériennes supérieures pendant le sommeil) ; l'**incapacité** concerne les limitations rencontrées dans les activités de la vie quotidienne liées à la dyspnée (vie professionnelle, sociale, sexuelle) ; le **désavantage** (handicap) décrit les conséquences négatives en matière d'insertion sociale liées à ces déficiences. Ainsi, un grand nombre d'affections dyspnéisantes peuvent se compliquer de difficultés ou d'"incapacité" sexuelles.

En termes de consommation d'oxygène, l'activité sexuelle (3) représente une activité physique modérée, assimilable à la montée de deux escaliers. En équivalent métabolique, qui correspond à la consommation d'oxygène d'un sujet assis au repos (soit 3,5 ml d'oxygène consommé par kilogramme et par minute), la stimulation sexuelle est estimée à 1,7-1,8 équivalent métabolique.

Un rapport sexuel, quant à lui, est estimé de 2,5 à 3,3 en fonction de la position.

Les troubles de la sexualité contribuent à la dégradation de la qualité de vie, à induire une tendance dépressive et à dévaloriser l'image personnelle (4). La restauration d'une certaine qualité de la vie amoureuse est, à l'inverse, un puissant antidépresseur. La vie intime des BPCO peut être perturbée par des facteurs non spécifiques comme le vieillissement (andropause chez l'homme), et surtout par des facteurs liés à la maladie. La panique engendrée par la dyspnée peut entraîner le patient ou son partenaire à renoncer à tout rapport intime, comme il l'a fait pour d'autres activités. La dépression, le sentiment de dévalorisation ou d'inutilité dans la société et la peur de l'échec inhibent le patient. L'attitude du conjoint intervient également : sensation que l'activité sexuelle peut être dangereuse, surprotection d'un "grand malade", image négative donnée par la maladie. Le conjoint est souvent devenu un soignant à part entière et n'a plus le rôle d'un partenaire de la vie amoureuse. Les effets iatrogènes de certains traitements contribuent à la dégradation de la vie sexuelle : diminution de la libido entraînée par les tranquillisants et les antidépresseurs, impuissance secondaire à certains antihypertenseurs comme les bêta-bloquants. L'abord des problèmes sexuels rencontrés par le patient et son conjoint, dans le respect de la vie privée, fait partie de la prise en charge globale de l'individu. L'équipe de réhabilitation peut prendre en charge certaines étapes avec le couple, telles des explications simples concernant la physiologie et l'anatomie des appareils génitaux masculin et féminin. L'intervention d'un sexologue pourra être proposée pour les problèmes plus complexes. La prise en charge de la dyspnée et de l'angoisse qu'elle provoque lors des rapports intimes peut se faire comme pour n'importe quelle autre activité. Il faut dédramatiser la situation, éduquer le patient et son conjoint et adapter les relations intimes du couple au handicap : conseil d'utilisation préalable des bronchodilatateurs, de l'oxygène chez les patients oxygénéodépendants, choix de positions adaptées au couple (*figure*), aide pharmacologique éventuelle. Le Viagra® peut traiter les troubles de l'érection, mais n'est pas un médicament du désir. Le rôle d'une dysfonction de l'axe hypothalamo-hypophysaire-gonadique a été souligné au cours de l'insuffisance respiratoire (5-9) et chez les BPCO normoxémiques (10). De plus, on s'adresse à une population majoritairement masculine de plus de 60 ans chez laquelle la stimulation androgénique décline. Une substitution par les androgènes en cas d'hypoandrogénie est parfaitement envisageable par voie parentérale, orale ou, bientôt, par patch, après avoir éliminé

\* Département de Médecine Aiguë Spécialisée, Pneumologie, RCH, CHU de Grenoble et Laboratoire de Bioénergétique Fondamentale et Appliquée, EMI 221 INSERM, université Joseph-Fourier, Grenoble.

\*\* Centre de pneumologie Henri-Bazire, Saint-Julien-de-Ratz.

**Parler de sexualité au cours d'une réhabilitation respiratoire**  
**L'expérience de l'équipe soignante du centre de pneumologie Henri-Bazire**

*F. Bénes, P. Rodriguez, E. Maclet*

Depuis novembre 1999, des groupes d'information-discussion sont proposés aux patients du centre de pneumologie Henri-Bazire. Ces patients sont, pour la plupart, atteints d'une maladie respiratoire chronique et s'inscrivent dans une démarche de réhabilitation.

Ces groupes se réunissent une fois par semaine. L'animateur principal est la psychologue du centre (*F. Bénes*), entourée au minimum d'une kinésithérapeute (*E. Maclet*) et d'un médecin ayant également un rôle de coanimateur (*P. Rodriguez*), soit une complémentarité des fonctions qui apporte une grande richesse à l'animation de ces groupes. Les thèmes abordés sont bien entendu relatifs à la maladie respiratoire chronique. Cette activité a pour but d'aider les patients à devenir acteurs de leur prise en charge.

Les limitations imposées par la maladie respiratoire affectent tous les domaines de la vie du patient, y compris les moments de sa vie intime. Traiter de la sexualité était donc à la fois notre souhait et une demande récurrente des patients. Cependant, ce sujet reste encore tabou, et nous avons beaucoup hésité sur le mode opératoire à adopter pour aborder cette question. Schématiquement, le médecin apporte des informations médicales sur les conséquences du vieillissement normal sur la sexualité des personnes en bonne santé et sur celle des personnes atteintes de maladie respiratoire. Il aborde également les répercussions de la dyspnée sur la vie intime des patients.

La kinésithérapeute parle des stratégies à suivre pour adapter sa vie de couple à son handicap, notamment en proposant à l'aide de transparents des schémas représentant des positions, le but étant aussi d'arriver à montrer qu'une vie sexuelle satisfaisante ne se limite pas seulement aux rapports sexuels.

La psychologue pointe l'importance de la sexualité dans l'équilibre de l'individu, comme besoin psychoaffectif aidant à se sentir bien physiquement et moralement. À l'inverse, les troubles de la vie sexuelle que rencontrent les patients contribuent à la dégradation de leur qualité de vie, en particulier avec l'apparition de tendances dépressives dues à la dévalorisation de leur image personnelle.

L'élaboration de ces exposés a, sur certains points, été difficile, car rien n'existait sur ce sujet dans la littérature française. Nous avons donc dû nous inspirer des écrits anglo-saxons.

Lors de la première réunion, nous avons proposé aux patients trois exposés faits par le médecin, la kinésithérapeute et la psychologue, suivis d'un petit moment d'échanges.

Au fil du temps, nous avons ressenti le besoin d'une formation pour acquérir des techniques d'animation (méta-plan, photolangage, *brainstorming*, jeu de rôles) capables d'optimiser les objectifs de ces réunions.

Nous avons donc abordé les autres réunions sur le thème de la sexualité sous la forme d'une discussion libre avec le support de documents que les patients étaient invités à consulter et à commenter librement (technique inspirée de celle du photolangage).

L'avantage principal de ce type d'animation est de permettre aux patients une grande liberté d'expression. Tous ceux qui désirent intervenir ont la possibilité de le faire, et ceux qui préfèrent rester silencieux peuvent, néanmoins, profiter de la richesse des échanges.

Nous nous sommes rendus compte que les solutions proposées étaient pour la plupart déjà connues des patients, mais que le fait d'en parler présentait l'avantage de les rassurer et d'augmenter leur estime de soi.

La kinésithérapeute, en particulier, a pu constater que certains patients comprennent bien l'impact de la réhabilitation sur la sexualité, et faire notamment l'analogie entre les positions de relaxation et les positions pendant le rapport sexuel.

En conclusion, cette deuxième façon d'animer la réunion est plus difficile à gérer par rapport à des dérapages éventuels, mais laisse une liberté beaucoup plus grande pour les patients et pour l'équipe d'animateurs en offrant à chaque soignant la possibilité de rebondir sur le discours de l'autre, chacun intervenant selon sa spécialisation.

une contre-indication du type lésion maligne de la prostate. Il est du devoir de l'équipe de réhabilitation de prendre en charge les demandes du patient concernant sa vie sexuelle, et de mettre en œuvre tous les moyens visant à l'optimiser (11).

Au cours des affections cardiaques, on dispose d'un consensus très pratique sur les précautions à prendre en termes d'activité sexuelle (12). Elle est, là encore, encouragée après une évaluation du risque. Les patients avec un risque faible peuvent démarrer ou reprendre une activité sexuelle sans investigations complémentaires. Il s'agit de patients asymptomatiques, avec moins de trois facteurs de risque, de patients avec une HTA contrôlée, un angor léger et stable, une revascularisation réussie, des antécédents d'infarctus du myocarde non compliqué et datant de plus de 6 à 8 semaines, une pathologie valvulaire légère ou encore une dysfonction ventriculaire gauche en classe I de la NYHA. À l'inverse, chez les sujets à risque cardiaque élevé, l'activité sexuelle doit être différée jusqu'à la stabilisation de l'état cardiaque. Il s'agit de patients présentant soit un angor instable ou résistant, soit une HTA non contrôlée, soit une dysfonction ventriculaire gauche en classe III ou IV, soit un infarctus du myocarde très récent (de moins de

deux semaines), un trouble du rythme à haut risque, une cardiomyopathie obstructive ou une autre cardiomyopathie, et enfin une pathologie valvulaire modérée à sévère. Entre ces deux situations (risque faible/risque élevé), il s'agit de patients avec un risque cardiaque intermédiaire. Chez ces patients, une évaluation cardiologique est recommandée, bien souvent fondée sur un test d'effort. Au cours de l'hypertension artérielle pulmonaire, des investigations à l'effort sont nécessaires. On notera quelques résultats préliminaires favorables du Viagra® utilisé comme vasodilatateur artériel pulmonaire.

On rappelle le rôle particulièrement délétère des bêtabloquants en matière d'érection.

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil est à l'origine de troubles marqués de la libido chez les hommes et les femmes (13). Les troubles de la vigilance diurne et les anomalies de la production hormonale pendant le sommeil lent expliquent pour une part ces anomalies. Des difficultés sexuelles doivent faire évoquer ce diagnostic.

Enfin, rappelons l'origine du mot "congrès", dont les médecins sont de grands amateurs (14). Le mot "congrès" désignait autre-

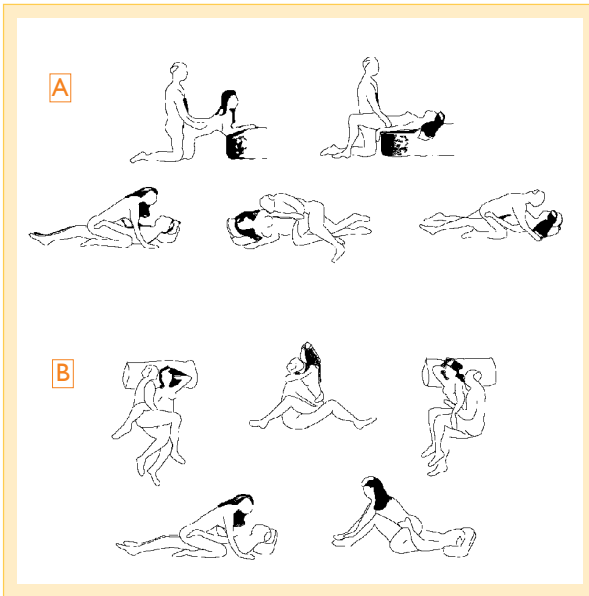


Figure. Possibilités de position lorsque la femme est dyspnéique (A) ou lorsque l'homme est dyspnéique (B).

fois des joutes publiques, où un mari soupçonné d'impuissance devait prouver, devant médecins et matrones (sages-femmes), que l'accusation était calomnieuse ! Ce n'est qu'après une longue série de scandales que la preuve du congrès fut jugée "inutile et infâme" par le Parlement de Paris (18 février 1677). Le terme reste alors rarement utilisé jusqu'à ce que les Américains nous l'empruntent pour désigner leur Parlement. Dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, le mot congrès reviendra en France, purifié de ses connotations primitives. ■

R É F É R E N C E S B I B L I O G R A P H I Q U E S

1. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020 : Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997 ; 349 : 1498-504.
2. Charpentier P, Aboiron H. *Classification internationale des handicaps*. *Encycl Med Chir*. Paris : Elsevier, 2000 ; 26-006-B-10 : 1-6.
3. Bohlen JG, Held JP, Sanderson MO, Patterson RP. Heart rate, rate-pressure product, and oxygen uptake during four sexual activities. *Arch Intern Med* 1984 ; 144 : 1745-8.
4. Aguilaniu B, Bart F, Desplan J et al. *La réhabilitation respiratoire. Guide pratique*. Paris : Imothep/Maloine, 2000 : 1-185.
5. Semple PD, Beastall GH, Watson WS, Hume R. Serum testosterone depression associated with hypoxia in respiratory failure. *Clin Sci (Colch)* 1980 ; 58 : 105-6.
6. Semple PD, Beastall GH, Watson WS, Hume R. Hypothalamic-pituitary dysfunction in respiratory hypoxia. *Thorax* 1981 ; 36 : 605-9.
7. Semple PD, Brown TM, Beastall GH, Semple CG. Sexual dysfunction and erectile impotence in chronic obstructive pulmonary disease. *Chest* 1983 ; 83 : 587-8.
8. Semple PD, Beastall GH, Brown TM et al. Sex hormone suppression and sexual impotence in hypoxic pulmonary fibrosis. *Thorax* 1984 ; 39 : 46-51.
9. Aasebo U, Gyltnes A, Bremnes RM et al. Reversal of sexual impotence in male patients with chronic obstructive pulmonary disease and hypoxemia with long-term oxygen therapy. *J Steroid Biochem Mol Biol* 1993 ; 46 : 799-803.
10. Creutzberg EC, Wouters EFM, Menheere PP, Schols AMWJ. Plasma free testosterone is related to muscle wasting and impaired physical performance in patients with COPD. *Eur Respir J* 2000 ; 16 : 29S.
11. Levasseur C, Beaucauge D, Borycki E et al. *Mieux vivre avec une maladie pulmonaire obstructive chronique. Module 4 : adopter de bonnes habitudes de vie*. Montréal : Boehringer Ingelheim, 1997 : 1-31.
12. Debusk R, Drory Y, Goldstein IJG et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease : recommendations of the Princeton consensus panel. *Am J Cardiol* 2000 ; 86 : 175-81.
13. Schwab RJ. Sex differences and sleep apnoea. *Thorax* 1999 ; 54 : 284-5.
14. Bologne JC. *Histoire de la pudeur*. Paris : Olivier Orban, 1986.

© Extrait de *L'essoufflement*, ouvrage coordonné par P. Godard, éditions DaTeBe S.A.S., 2003, 224 p.