

Mary DELORT

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La sexualité des cardiaques



Éditions CERP

ISBN : 978-2-9533324-1-4

Dépôt légal : 4ème trimestre 2008.

© 2002, 2008, Éditions CERP.

Tous droits réservés pour tous pays.

Certains préjugés ont la vie dure. On a beau savoir à quoi s'en tenir, on ne peut s'empêcher d'y revenir, surtout lorsque les préjugés en question ont trait au sexe.

Ainsi, l'activité sexuelle étant une activité d'intensité moyenne serait fortement déconseillée aux cardiaques sous prétexte de prévenir les accidents et les récives.

Il y a une "loi du silence" autour de la sexualité. Le sexe est "tabou". On ne l'évoque pas devant des hommes cardiaques âgés, ou des hommes plus jeunes, souvent atteint d'une dysfonction érectile.

Les temps ont changé. La médecine a fait beaucoup de progrès. Les mentalités ont évolué. Certes, quand le cœur est atteint par la maladie, l'appareil psychique est désorganisé. L'homme succombe à la peur, à l'angoisse, à la dépression. Il devient attentif au battement du pouls, il se concentre, il interprète. Le médecin et l'équipe soignante lui doivent assistance.

Attentif au vécu du malade entrant dans la chronicité, ils informent le patient de sa maladie, de son évolution mais aussi pour une certaine "qualité de vie", dans l'approche de ses secrets intimes, de sa vie sexuelle et de ses conflits conjugaux. En outre, la médecine connaît mieux, à présent, les problèmes d'érection sexuelle. Elle met à notre disposition, au besoin des prothèses chimiques (SILDENAFIL ou I.I. C). Il reste que le cœur n'est pas un organe comme les autres. Il est chargé de symbole. L'organe de vie peut faire mourir.

Le malade atteint d'une maladie cardiaque peut-il avoir une activité sexuelle et dans quelles conditions ?

Nous allons développer cette réflexion à travers :

- I – Les croyances, mythes et symboles
- II – Les maladies cardiaques et les facteurs de risque
- III – Cœur et activités sexuelles
- IV – Prise en charge et assistance sexuelle des malades cardiaques

Chapitre I

Le cœur "vivant" entre croyances, mythes et symboles

"La pensée symbolique n'est pas du domaine exclusif de l'enfant, du poète ou du déséquilibré : elle est consubstantielle à l'être humain. Elle précède le langage et la raison discursive. Le symbole révèle certains aspects de la réalité, les plus profonds, qui défient tout autre moyen de connaissance. Les images, les symboles, les mythes ne sont pas des créations irresponsables de la Psyché, ils répondent à une nécessité et remplissent une fonction : mettre à nu les plus secrètes modalités de l'être.

Leur étude nous permet de mieux connaître l'homme. Chaque être « historique » porte en soi "une grande partie de l'humanité avant l'histoire" (MIRCEA, Iliade images et symboles, pages 12-13 Gallimard 1952).

a) Dans la période préhistorique

L'homme avait un front fuyant, une mâchoire forte, une démarche traînante. Son langage était mal articulé, mais le cœur était celui de l'homme d'aujourd'hui. Il entendait battre ce cœur mais pas toujours au même rythme. D'où venait ce mouvement ? Quel était le ressort caché ?

Il était un excellent chasseur, mais rien ne révèle qu'il prêtait attention à son cœur.

Les spécialistes français de la préhistoire ont attribué la forme du cœur à un instrument de cette époque le "silex cordiforme". Une pierre façonnée des deux côtés avec un triangle allongé.

Dans les grottes de Lascaux en Dordogne, découvertes en 1940, malgré les nombreuses images d'animaux, on ne trouve pas une image du cœur sauf une tâche rouge sur la "Licorne" qu'on peut difficilement interpréter.

Dans la grotte d'Altamira, à mi-chemin de Santander et de Gijon, on trouve des dessins préhistoriques. C'est un cœur d'éléphant qu'on figure et non point un cœur d'homme.

Dans l'Espagne du sud, près d'Almeira à Los Letteros, on peut découvrir "l'enchanteur cornu de Letteros". Des images en forme de cœur mais c'est le symbole de la tête en Andalousie.

Nul symbole du cœur ne peut être attribué avec certitude à l'âge de la pierre. Les images du cœur, c'est davantage une ornementation et une symétrie dans le dessin, mais aucune croyance que le cœur était la source de la force vitale, le siège de l'âme, le symbole de l'amour.

b) Le cœur mythique

L'ethnologue anglais Taylor (1871) lança la théorie de l'animisme, croyance de l'omniprésence de l'âme dans la nature.

Elle transformait les hommes primitifs en hommes sensibles pénétrés à leur manière de spiritualité.

Cette théorie religieuse s'est emparée de l'ethnologie. A partir des travaux du sociologue Levy-Bruhl, on a recherché l'élément magique dans tous les aspects de la vie des primitifs.

Le cœur n'a été nulle part connu comme symbole de vie et objet d'un culte. C'est par ses battements et sa force musculaire que le cœur a été reconnu dans le cannibalisme. Il augmente la force vitale. Il rend plus fort. C'est un organe résistant. Il faut donc s'incorporer cette force.

La force du cœur est transmise de l'homme à l'homme, de l'animal à l'homme. Celui qui mange le cœur d'un lion deviendrait fort comme un lion. Celui qui avale le cœur d'un ennemi doublera sa force et sera plus fort que tous ses adversaires. Il sera un bon guerrier.

Pour les peuples primitifs "le cœur est un organe instable et particulièrement sensible". Ils l'associent à la vie de l'âme, au monde des esprits, au cosmos. Ils pensent qu'une force mystérieuse doit sûrement habiter le cœur. Le cœur est-il source de vie ?

Les *Basuto*, une tribu sud-africaine, disent d'un mort que son cœur est parti. S'il était convalescent son cœur revient.

Les *Bataks* de Sumatra croient qu'on peut trouver l'âme dans tous les endroits où l'on peut tâter le pouls.

Le cœur a toujours et partout été considéré comme un organe d'importance vitale puisqu'il bat. Il bat, c'est un signe de vie. Il ne prouve pas que la vie dépend du cœur. Cette dépendance est restée ignorée de la plupart des peuples primitifs. Cependant, le cœur peut être mangé ou arraché pour des raisons religieuses, notamment chez les Aztèques. Le souci est de transmettre cette force vitale.

La force vitale est-elle dans le foie ou dans le cœur ?

Les civilisations de la Mésopotamie pensent que la force vitale est dans le foie. Le cœur semble inapte à remplir cette fonction. Il nous donne des émotions, des excitations et des sentiments. Les battements de rythme changeant sont une raison de ne pas se fier au cœur. Par contre, on sait l'effet mortel d'une blessure au cœur.

Les pharaons savaient ce qui se passait en Mésopotamie (672 av. J.-C). Nationalistes, ils voulaient leurs propres divinités et leurs propres rites secrets. Le cœur n'était ni sanctifié, ni adoré. Il était la part divine de l'homme. Agent de liaison entre le monde terrestre et l'au-delà. Le cœur battait à sa guise. On pouvait le calmer ou l'exciter. On pressentait déjà le système sympathique qui règle les mouvements involontaires du cœur. Cependant, ils voyaient dans le cœur une source de tous les liquides, l'air et l'eau. Le cœur est un producteur universel. Ce qui est nécessaire à la vie et à la reproduction de l'homme. La toute puissance du cœur s'exerce aussi sur l'esprit, les sens, la raison. La langue, organe de la parole, exécute les décisions du cœur.

Le mot "ab" (cœur) désigne le désir, la volonté, la sagesse et le courage, le mot "hate" (âme du cœur). Cela signifie, sans doute, que le cœur est la conscience de l'homme.

Chez les peuples juifs, on note une influence babylonienne sur le foie et une tendance pharaonienne sur le cœur. On lit dans un psaume "mon cœur est content et mon foie saute de joie".

Dans l'ancien et le nouveau testament, le cœur est porteur de tous les sentiments, de tous les élans et surtout le symbole du caractère individuel. Bonté, sagesse, mais aussi on évoque la joie et la peine. Dans le récit avant le déluge, "l'éternel vit que la méchanceté des hommes était grande sur la terre, et que toutes les pensées de leur cœur se portaient chaque jour uniquement vers le mal".

D'autres qualités du cœur, les facultés intellectuelles, la mémoire, l'imagination comme pour les Egyptiens, les sentiments religieux, la pitié, la foi viennent du cœur.

Le christianisme a rendu une neutralité au cœur. Le cœur, organe creux, récipient, ce qui importe c'est son contenu. Il faut se soumettre à Dieu et à ses commandements pour passer du mal au bien, on dit qu'on "tourne le cœur" vers Dieu.

Les Grecs entrent en lice. Ils connaissent la culture de la Mésopotamie car les grands penseurs présocratiques sont nés en Asie Mineure. De même ils sont ouverts à la culture égyptienne. Pythagore et peut-être Hérodote sont allés en Egypte.

Les Grecs voyaient dans le foie le centre de la force vitale. Ce mythe vient de la légende de Prométhée ayant volé le feu à Zeus, et qui a été châtié pour cela. Enchaîné à un rocher, un aigle lui arrache le foie, souffrance sans fin car le foie repoussait.

D'autres histoires mythologiques s'accordent à dire que le cœur est un organe vital. Homère place l'âme dans le cœur. Le philosophe Anaxagore, dans une époque où les scientifiques étaient à la recherche de l'emplacement de l'âme. Ce philosophe en a fourni le prétexte. A côté de la base matérielle, un principe spirituel est nécessaire à la construction du monde. C'est le "noûs", la raison. Mais les Grecs sont incapables de concevoir quelque chose de spirituel sans lui assigner une place dans le corps de l'homme.

Comment la raison peut-elle devenir action sans passer par un organe ? La localisation du "noûs" s'est faite à côté du cœur anatomique. Cette idée a beaucoup inspiré le monachisme oriental à partir du IV^{ème} siècle après J.-C. Une autre idée est venue d'un médecin élève de Pythagore (Alcméon de Croton) : L'intelligence ne se trouve ni dans le foie, ni dans le cœur. Aucun médecin d'Athènes ne le suivit. Alors vint Hippocrate qui se prononça en faveur de cette nouvelle théorie, mais conserve l'importance du cœur. Hippocrate est né dans l'île de Cos en 460 avant J.-C.

Platon trouva un compromis : l'âme immortelle se trouve dans la tête et l'âme mortelle se trouve dans le cœur, et les désirs sensuels venaient du foie.

Pour Aristote, l'âme de l'homme est un tout. Elle se trouve dans le cœur, l'organe essentiel dont tous les autres dépendent. Le cœur est le centre de l'homme, une espèce de feu intérieur. L'âme a besoin de sa chaleur, l'âme donne la vie dans le corps. Le cœur était tout. Tout était dans le cœur.

Jusqu'à la révolte d'Alexandrie en 332 avant J.-C., cette ville était un centre scientifique. La révolution des idées est venue de deux médecins, Hérophile (anatomiste) et Erasistrate (physiologiste). Le cœur n'est plus l'organe central. Il est formé de quatre cavernes reliées au cerveau. Le cerveau commandait les impressions des sens et les mouvements de volonté.

Erasistrate a décrit la collaboration cœur-poumon. Il fut tout près de découvrir la circulation du sang.

Le schéma, le cœur donne à l'homme la force vitale et le courage de vivre, le cerveau est l'organe de la pensée, demeura jusqu'à Galien, dernier grand médecin d'Alexandrie né à Pergame en Asie Mineure et qui a vécu à Rome.

c) le cœur symbolique

Au Moyen Âge on peut noter qu'un grand cœur par la taille est signe de volonté et de caractère, un petit cœur est celui d'un faible et d'un lâche. Les hommes qui se distinguent par le courage ont nécessairement un grand cœur. Pour s'être battu en terre sainte le Roi Richard Ier d'Angleterre (1157–1199) sera nommé Richard Cœur de Lion.

Le cœur cause les pires ennuis à ceux dont le métier, ni le tempérament ne font des héros. C'est un méchant organe. Les médecins sont impuissants à le traiter. Le corps est sain par nature ce sont les mauvais esprits, le diable, le malin qui le rendent malade. La "tension du cœur" est attribuée au diable "serrement de la poitrine, difficulté respiratoire, pression des côtes".

On distingue aussi le "ver du cœur", affection qui rend triste et amer. Le cœur "brisé", atteinte rare due à une malformation anatomique, elle s'étend aux sentiments, aux cœurs compatissants qui se brisent facilement. Les cœurs "durs", de la bible, sont ceux des hommes égoïstes et méchants. Le cœur "de pierre", c'est l'homme qui refuse la charité aux pauvres.

Au Moyen Âge, l'amour a conquis le cœur. Le cœur n'est pas l'organe physique de l'amour, il n'abrite pas l'amour. Un grand amour fait perdre le cœur. L'amoureux qui a donné son cœur ne meurt pas. Un chevalier peut offrir son cœur à la "dame de son cœur" tout en gardant du cœur pour se battre.

Le cœur n'est qu'un symbole. Il devient même synonyme de l'amour. Ce n'est pas un archétype dans le sens de Jung, c'est une invention littéraire. Quant au "cœur des vivants" c'est un moine alsacien Otfried de Wissembourg auteur du "Livre des évangiles", qui l'évoque. Après une longue vie de pérégrinations au milieu du IXème siècle, il a fait un long séjour au Cloître de Wissembourg. Il écrivit une épopée de quinze mille hémistiches sur la vie de Jésus.

"Ils m'ont pris – mon seigneur aimé, mon cœur aimé – ce qui me bouleverse de douleur"

Des paroles de Marie-Madeleine sur la tombe du Christ. Pour une première fois, l'amour se trouve associé à la douleur.

De l'Irlande au Danube, du Portugal en Scandinavie, le cœur occupait une place dans la littérature. Il était le symbole de la vaillance, de grandeur d'âme, de la bonté mais avant tout celui de l'amour.

Le "cœur de Jésus"

Le 27 décembre 1673, la sœur Marguerite Marie Alacoque de l'Ordre de la Visitation Sainte-Marie a une vision : Jésus lui apparut et il la laissait reposer longtemps sur son cœur divin en lui révélant les miracles de son amour. Il lui annonça qu'il l'avait choisie pour répandre parmi les hommes son amour passionné et sa miséricorde. Il lui demanda son cœur à elle. Ce qu'il fit. Il l'alluma au feu de son propre cœur et le replaça flamboyant là où il l'avait pris. Il referma la blessure, mais une douleur brûlante restait.

Cet événement mystique vécu a été le commencement de l'adoration du "cœur de Jésus" qui allait devenir un culte universel.

Le Culte du "Sacré-Cœur"

Viendrait du culte des princes défunts pour conserver leur souvenir, on garde et on honore leur cœur dans un lieu particulièrement solennel.

Le "cœur métaphysique"

Au XXème siècle, on ne rêve plus de cœur. En 1920, le cœur s'éteint dans la création poétique. La psychanalyse leur a appris que l'adoration du cœur était fondée sur un malentendu. Le cœur n'est qu'un symbole. Les organisateurs du culte du Sacré-Cœur n'osent plus prétendre le contraire. Où trouver le siège de l'amour qui n'est pas sensuel mais est perceptible par les sens ? A quel endroit du corps faut-il le chercher cet amour ?

Dans le système nerveux, dans le cerveau plus exactement. C'est le cerveau qui est le siège de "l'amour sensible".

Les psychanalystes ignorent le bon cœur, le cœur ardent, le cœur étroit, le cœur large, le cœur de pierre, le cœur amoureux. Pourquoi l'inconscient ignore-t-il le cœur ? Après le rejet par les psychologues de l'inconscient et les esthètes, le cœur était condamné par tous les gens qui se piquaient de culture et de goût.

A la seconde guerre mondiale, le cœur revient. Symbole de l'amour, amour de la Patrie, amour de l'homme pour la femme restée au foyer. L'existentialisme ignore le cœur. La jeune génération parle des "affaires du cœur", du "courrier du cœur".

Le cœur restera le plus répandu des symboles et pour beaucoup de gens il sera plus, un symbole qu'un organe purement corporel, anatomique.

Chapitre II

Un cœur "brisé" entre maladies cardiaques et facteurs de risque

Le cœur, siège des sentiments amoureux, siège des passions, orgueil, envie, avarice, haine, amour, crainte, courage, tristesse et joie, centre de la vie morale, siège du désir et de la conscience, peut être abîmé par la maladie.

C'est un grand dilemme chez les malades du cœur. Le cœur source de vie peut faire mourir.

On sait que la maladie cardiaque est fréquente. Mais on sait aussi que la prévention et les prises en charges thérapeutiques sont de plus en plus performants et efficaces. Les termes « maladies cardiaques » font peur aux patients et à leur famille.

C'est un terme "fourre tout". Il englobe les maladies du muscle cardiaque (cardiopathies) et surtout dans les trois-quarts des cas les maladies des vaisseaux. La "crise cardiaque" est une maladie des artères coronaires occlusives par l'athérosclérose. L'occlusion est localisée à un segment. Elle peut être traitée par chirurgie pour rétablir le débit sanguin normal. On a constaté, en outre, que cette maladie présente une évolution différente d'une personne à l'autre. Des périodes allant de 10 à 20 ans. Ces périodes peuvent être inversées, modifiées par le traitement. On a à présent des guérisons. Le diagnostic de maladie cardiaque ne doit plus alarmer. La médecine a fait beaucoup de progrès tant sur le plan du diagnostic que sur le plan thérapeutique. Ce sont des nouvelles encourageantes.

"Les organes du corps sont comparables à des machines. Ainsi le cœur qui est lié à chacun d'eux, se présente comme une double pompe. Le foie et les intestins raffinent le carburant que ces machines utilisent. Les reins, les poumons, les intestins, le foie sont des stations d'épuration qui débarrassent l'organisme des polluants potentiels. De l'air, les poumons tirent l'oxygène, élément vital nécessaire à chacun de ces moteurs à combustion interne. Le système nerveux central joue quant à lui, un rôle d'ordinateur. Il programme le travail des machines et surveille leur niveau de

performance" ("Le cœur en action" par Richard de Bakey, collection Les empêcheurs de penser en rond).

On a vu l'apport des anciens dans la connaissance du cœur. Erasistrate, médecin d'Alexandrie, Hippocrate, Gallien, les médecins perses et arabes.

William Harvey, né en 1578, a découvert la circulation sanguine.

Michel Servet, médecin espagnol a découvert la circulation pulmonaire et la saturation en oxygène du sang.

William Heberden (1772), décrit l'angine de poitrine. Avant la seconde guerre mondiale, on ne pouvait pas traiter les anévrysmes, les maladies occlusives. La chirurgie cardiaque à partir de 1953 a ouvert un chapitre nouveau ainsi que la transplantation du cœur. Pour l'HTA (hypertension artérielle) un traitement efficace est disponible depuis peu.

1) Le cœur et son fonctionnement

Organe médio-thoracique, le cœur est de la taille d'un poing fermé. Il pèse 300 grammes. 500 grammes chez un sportif de haut niveau. Organe musculaire, le myocarde recouvert d'une membrane externe le péricarde et d'une membrane interne l'endocarde. Il possède une double cavité droite et gauche. Chaque cavité comporte une oreillette et un ventricule, cavité plus vaste que l'oreillette.

La circulation sanguine se déverse dans l'oreillette droite à partir de deux grosses veines, la veine cave inférieure et la veine cave supérieure.

Le sang transporte les nutriments et l'oxygène nécessaire à la vie du corps humain. Sur la face interne de l'oreillette droite abrite un petit faisceau de fibres musculaire et de nerfs. C'est le nœud sinusal d'où une impulsion électrique part à intervalles réguliers. Cette décharge fait contracter le cœur (automatisme cardiaque). Cette onde de pression musculaire va de haut en bas, fait chasser le sang dans le ventricule droit à travers la valve tricuspide. L'onde ondulatoire atteint le nœud sinusal de Tawara, faisceau de muscles et de nerfs situé dans le septum inter-ventriculaire.

Le nœud de Tawara transmet l'onde de choc dans deux directions stimulant rapidement l'ensemble du muscle cardiaque.

Le sang est piégé dans l'oreillette et ne peut s'échapper car la valvule tricuspide est fermée. Il ne peut sortir que dans l'artère pulmonaire à travers la valve pulmonaire. Le sang se répartit aussi dans les deux poumons pour être oxygéné. Il revient à l'oreillette gauche par les veines pulmonaires. L'oreillette gauche gagnée par la contraction sinusale

ouvre la valve mitrale entre l'oreillette et le ventricule gauche. Le sang remplit le ventricule gauche et ne peut plus s'échapper. La valvule mitrale s'est refermée. La contraction cardiaque libère le sang pour passer à travers les valvules aortiques. Dans l'aorte, le sang arrive à forte pression systolique et se répand dans l'ensemble du corps avec en permanence une pression de base, la pression diastolique. Le cœur est au repos. Les valves aortiques fermées et le sang est conduit sous pression dans l'ensemble des vaisseaux.

L'activité du cœur est génératrice de bruits. Les bruits cardiaques de systole et diastole. Le jeune médecin René Laennec (1781-1826) nous a appris l'écoute des bruits du cœur avec un stéthoscope. Le système cardiaque normal est de 70 pulsations par minute, poum-poum silence, poum-poum silence. Huit centilitres de sang à chaque pulsation, six litres de sang par minute. Mais le cœur peut pomper dans certaines conditions physiologiques jusqu'à 30 à 35 litres par minute.

Le rythme cardiaque peut augmenter pendant l'effort physique, trente pulsations durant la marche, deux fois plus pendant l'acte sexuel.

Ainsi le cœur s'adapte à l'effort physique. Chez un athlète, il augmente son rythme. Le système nerveux sympathique accélère le rythme cardiaque. Les glandes surrénales (glandes endocriniennes situées au sommet des reins) déversent dans le corps les hormones d'adrénaline et de noradrénaline pour préparer le joueur athlète à l'affrontement. Le pouls peut atteindre deux cents pulsations par minute et un débit cardiaque de trente six litres par minute.

Il est tout à fait extraordinaire de penser que le cœur va fonctionner quatre-vingt-dix ans sans qu'il lui soit accordé le moindre repos, pas même le temps d'effectuer parfois des réparations parfois lourdes. On imagine parfois l'usure à laquelle sont confrontées ses valves. Ils s'ouvrent et se ferment environ deux milliards et demi de fois durant une vie.

Aucun athlète ne court le danger d'endommager son muscle cardiaque. Bien avant que le myocarde ne soit amené par l'effort au point limite de tolérance, d'autres muscles de l'organisme auront en effet manifesté leur fatigue.

Les modifications du débit cardiaque traduisent des adaptations biochimiques et physiologiques du myocarde. Le myocarde est formé de muscles striés qui ont pour fonction de produire de l'énergie chimique capable de se convertir en action mécanique. Elle exige une consommation d'oxygène équivalente à l'effort à fournir. Le muscle myocardique est formé de fibrilles alternant anneaux sombres et clairs. Ils se contractent sous l'impulsion d'un influx nerveux et s'achèvent dans une dépolarisation. La force de la contraction cardiaque est liée à la longueur des fibrilles (loi de Frank-Starling).

L'insuffisance cardiaque serait liée à un dysfonctionnement du couplage entre l'énergie chimique et le travail mécanique du cœur. Il devient insuffisant à pomper le sang nécessaire à l'organisme. La digitaline a pour effet d'augmenter la contractilité du cœur défaillant. Une autre adaptation de la nature. Le cœur s'accélère sous l'effet du système sympathique et les vaisseaux se dilatent à l'afflux du sang.

L'effort musculaire n'est pas le seul à imposer un travail supplémentaire au cœur. Dans la vie quotidienne, le rythme cardiaque change, changement dû à des perceptions intellectuelles ou sensorielles, à des émotions ou à des fantasmes. Les nerfs sympathiques venant du cerveau accélèrent le rythme cardiaque en libérant du noradrénaline et le système des nerfs vagues qui ralentit le cœur.

L'activité électrique du cœur se manifeste à partir du nœud sinusal et du nœud de Tawara. Cette activité peut être mesurée. Ainsi est né l'électrocardiogramme mis au point par un physiologiste londonien Auguste Waller (1816-1870) et par un chercheur de l'université d'Utrecht des Pays-Bas, Willem Einthoven (1860 -1927).

C'est à partir d'électrodes captées sur la poitrine, au niveau des poignets et des chevilles. Le courant électrique du millivolt est capté et enregistré sur un ruban de papier. Le tracé débute par une onde P de dépolarisation correspondant à l'activation des oreillettes. Le segment QRS, dépolarisation du nœud de Tawara. L'onde T la repolarisation des ventricules. L'espace P-R est le temps écoulé entre le nœud sinusal et le nœud de Tawara, Q-T celui de la contraction ventriculaire et la repolarisation du cœur.

On peut noter un rythme normal ou une irrégularité du rythme cardiaque, une tachycardie sinusale (cœur accéléré) ou une anomalie du rythme plus de la vitesse s'appelle arythmie. Une arythmie hors du circuit normal, s'appelle un foyer ectopique.

Ces excitations cardiaques peuvent être auriculaires ou ventriculaires prématurées, liées à une fatigue, tabagisme, café et autres excitants, émotions, fièvre, troubles hydroélectriques.

Il existe des arythmies auriculaires paroxystiques, flutter et fibrillation auriculaire. Le pouls s'accélère à 180 pulsations par minute.

Dans la fibrillation ventriculaire, les muscles sont incapables d'apporter une réponse coordonnée. Le cœur ne pompe pas le sang d'une manière efficace. Il entraîne l'arrêt cardiaque. La respiration s'arrête, le patient perd connaissance. A défaut de réanimation, dans les quatre à six minutes, les dommages causés au cerveau sont irréversibles. A présent, on a à notre portée des défibrillateurs cardiaques et une assistance cardio-pulmonaire faite par les secouristes d'urgence.

Les vaisseaux sanguins irriguent l'ensemble du corps humain. Le sang véhiculé, transporte l'oxygène et la nourriture et les conduit à partir de l'artère aortique (2,5 cm de diamètre) jusqu'aux artérioles (2 mm de diamètre) et capillaires fins microscopiques.

La paroi de l'artère est formée de trois tuniques Intima-Média et adventice. L'intima tunique interne comprend l'endothélium, couche cellulaire unie stratifiée directement en contact avec le sang. Le durcissement de l'artère ou artériosclérose ou athérosclérose commence sans doute par des dommages de la paroi endothéliale qui laisse pénétrer les graisses et autres agents toxiques dans l'intima.

La paroi externe ou adventice de l'artère est enveloppée par un tissu conjonctif riche en fibres nerveuses et en capillaires sanguins le "vasavasorum".

Les artérioles, qui sont les plus petites des artères jouent un rôle important dans le niveau de la pression artérielle. Leur dilatation fait diminuer la résistance au flux sanguin et fait baisser la pression artérielle. L'excès de contractilité est une cause importante d'hypertension artérielle.

Marey, en France, a inventé en 1863 un appareil pour mesurer la tension artérielle. Cet appareil a été amélioré par Frédérik Akbar Mohamed, médecin anglais, et permet désormais une mesure de la tension artérielle sans pénétrer dans le vaisseau.

Les artères coronaires vont approvisionner en sang le cœur. Cinq pour cent de l'afflux sanguin passe par les artères coronaires. Ils naissent de l'aorte au-dessus de la valve aortique et irriguent le cœur.

L'examen général

- le médecin diagnostique une maladie cardiaque. Les symptômes sont des indices qui lui permettent de savoir ce que ressent le patient.

L'entretien médical

- se déroule en trois temps :

- description des symptômes
- évocation du passé médical
- recherche de facteur de risque

Les symptômes :

- douleurs thoraciques
- sensation d'oppression
- problèmes respiratoires à type de dyspnée
- fatigue

- palpitations
- jambes douloureuses à type de crampe, engourdissements
- évanouissement – syncope
- ralentissement soudain du pouls
- trouble de la conduction cardiaque

Evoquer le passé médical :

- ATCD (antécédents) chirurgicaux
- ATCD médicaux
- Grossesses
- Allergies
- Prise de médicaments
- Drogues légales ou illégales

Rechercher les facteurs de risque :

- Un passé familial
 - HTA
 - Maladie cardiaque
 - Hypercholestérolémie
 - AVC
 - Diabète
 - Cause de décès des parents et des grands-parents
 - Habitudes alimentaires – poids
 - Tabac – alcool – stress
 - Economique et culturel

Examen clinique :

- Pouls et T.A.

Examens biologiques :

- Numération globulaire
- V.S.
- Temps de prothrombine
- Glycémie – cholestérol
- Triglycérides
- Uricémie- créatinine- plasmatique
- Ionogramme sanguin K, Na Ca
- T.S.H.
- E.C.G.
- Echodoppler

Techniques d'explorations non invasives :

- E.C.G.

- E.C.G. en continu "Holter"
- E.C.G. d'effort ou "test d'effort"
- Echographie – échodoppler
- R.M.N.
- Angiographie nucléaire
- Scintigraphie au thallium ou au technétium

Techniques d'explorations invasives :

- Cathétérisme cardiaque
- Angiographie
- Examen électrophysiologique
- Monitoring hémodynamique
- Phlébographie

2) Les facteurs de risque de la maladie cardiaque

C'est une caractéristique génétique ou environnementale (ce qui inclut un mode de vie) qui permet d'évaluer la probabilité qu'a un individu de développer telle ou telle maladie.

L'athérosclérose comporte deux grands types de facteur de risque, ceux modifiables par l'individu et ceux qui ne peuvent pas l'être.

a) facteurs de risque inaccessibles à la prévention :

- antécédents personnels de pathologie coronarienne
 - angine de poitrine, crise cardiaque, pontage
 - angioplastie
 - maladie vasculaire périphérique
- ✓ Age
- Homme = 45 ans
 - Femme = 55 ans
- Ou ménopause prématurée sans traitement substitutif
- ✓ ATCD familiaux de maladie coronarienne prématurée
- Père/mère décédé avant 55 ans de maladie coronarienne ou mère/fille avant 65 ans

b) facteurs accessibles à la prévention :

- tabagisme – il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer
- hypertension = 140mg-90mg médicament hypotenseur
- taux élevé du LDL cholestérol
- taux faible du HDLC < 35mg
- diabète sucré
- obésité (indice masse corporelle)
- sédentarité

c) autres facteurs de risque :

- alcool
- augmentation dans le sang de l'homo cystéine traitée par l'acide folique
- fibrinogène à taux élevé risque cardiaque
- facteurs psychosociaux
 - ~ stress
 - ~ agressivité
 - ~ les personnalités de type A (esprit de compétition, une tension permanente, agressivité)

3) Les maladies cardiaques

A) L'insuffisance cardiaque

Est un état chronique. Si le taux de mortalité coronarienne a diminué grâce aux traitements médicamenteux de longue durée, à l'angioplastie, aux pontages et à la thérapie thrombolytique, grâce enfin aux progrès réalisés dans la gestion des accidents coronariens aigus, le résultat est un accroissement du nombre des insuffisances cardiaques chroniques.

Ces patients sont souvent contraints de vivre avec un cœur endommagé, ou épuisé et qui ne parvient pas à pomper suffisamment de sang pour satisfaire pleinement les besoins de l'organisme en oxygène et en nutriments.

La fonction est diminuée, le traitement réussit à tenir la maladie en échec jusqu'à un âge avancé. Les causes sont multiples. C'est l'aboutissement de toute cardiopathie. Les plus fréquentes sont la maladie coronarienne et l'hypertension artérielle. Parfois, ce sont des "cardiomyopathies idiopathiques", maladie du muscle cardiaque d'origine inconnue.

a. les symptômes

- dyspnée
- fatigue
- tachycardie
- œdème des jambes / des chevilles

le diagnostic se fait par :

- anamnèse
- examen clinique
- radio thoracique
- échocardiographie
- E.C.G.

b. le diagnostic de sévérité

L a *New York Heart Association* classe les insuffisances cardiaques en quatre catégories :

Stade I

- Pas de limitation de l'activité physique
- Aucune fatigue inhabituelle
- Ni essoufflement
- Ni palpitation
- Ni douleur thoracique accompagnant l'activité normale

Stade II

- Les mêmes symptômes
- Fatigue
- Essoufflement
- Palpitation
- Angine de poitrine

Peuvent apparaître seuls ou combinés sous forme bénigne dans l'activité ordinaire, la maladie impose une certaine limite à l'activité.

Stade III

Ces symptômes surviennent au-dessous du seuil de l'activité ordinaire, imposant des limites certaines.

Stade IV

L'inconfort se manifeste même au repos et augmente avec l'activité. Les symptômes liés à l'insuffisance cardiaque ou au syndrome angineux peuvent apparaître au repos.

Certains problèmes seront résolus par ajustement d'un mode de vie, de médicaments. D'autres, enfin de chirurgie (valvuloplastie, péricardiotomie, pontage, angioplastie), la transplantation cardiaque peut concerner une petite population de patients.

B) Les arythmies

C'est un défaut de transmission électrique à partir du nœud sinusal, du nœud de Tawara et du faisceau de Hiss. Les arythmies varient dans leur sévérité.

On les trouve dans la fatigue extrême, l'épuisement physique, le stress émotionnel, le tabagisme, l'alcool et la prise des stimulants (caféine, cocaïne) de même dans les malformations cardiaques. Le facteur le plus important qui concourt aux arythmies est cependant une maladie cardiaque acquise. L'infarctus du myocarde et l'hypertension artérielle endommagent le cœur comme peut être la chirurgie cardiaque et les techniques invasives.

On décèle les arythmies bénignes :

- Tachycardie : accélération des pulsations du cœur
- Bradycardie : ralentissement cardiaque
- Les tachycardies supra ventriculaires
- Le syndrome de Wolff Parkinson White
- La fibrillation auriculaire
- Les tachycardies ventriculaires
- Les troubles intracardiaques de conduction (Blocs de Branches)
- Le dysfonctionnement sinusal

Ces anomalies électriques peuvent être décelées par :

- La clinique
- L'E.C.G.
- L'exploration électrophysiologique

Ce sont des anomalies traitées de mieux en mieux par des médicaments anti-arythmiques, parfois par les stimulateurs cardiaques. Quelquefois, le meilleur moyen de traiter une arythmie est de détruire le tissu cardiaque qui l'a fait naître. L'ablation se fait par cathétérisme.

C) L'hypertension artérielle (H.T.A.)

Le "tueur silencieux".

On peut avoir de l'hypertension artérielle depuis des années sans le savoir. Elle ne produit aucun symptôme. Non diagnostiquée, non traitée, l'H.T.A. a des conséquences graves qui sont parfois mortelles (accident musculaire cérébral, hypertrophie du cœur et atteinte rénale).

Parfois, elle est la cause de la formation et d'une rupture anévrysmale. Elle fait perdre la vue. L'H.T.A. est aujourd'hui la première maladie chronique de l'adulte.

Pour le diagnostic, il suffit de mesurer la pression artérielle dans des bonnes conditions et une bonne technique. Elle est traitée convenablement avec changement de mode de vie.

Les risques de l'H.T.A. sont : migraines, saignement des vaisseaux des yeux, augmentation du volume du cœur, élargissement des vaisseaux qui perdent leur élasticité. Elle peut causer des thromboses vasculaires, caillots qui sont la cause des crises cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux.

On peut avoir une H.T.A. essentielle ou primaire d'origine familiale et une H.T.A. secondaire liée à un état pathologique (maladie rénale, tumeur surrénale, sténose de l'artère rénale, coarctation de l'aorte, syndrome de Cushing).

Les facteurs de risque non modifiables : c'est l'hérédité, l'âge, le sexe, la race.

Les facteurs de risque modifiables : obésité, sédentarité, alcoolisme, consommation de sel, de sodium, tabagisme, stress.

On peut maîtriser l'H.T.A. par des traitements anti-hypertensifs : des diurétiques, des bêta-bloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion ; mais aussi, par un changement de mode de vie nutritionnel, en favorisant l'exercice physique et les activités sportives.

C'est par l'alliance du patient et du médecin que l'H.T.A. peut être maîtrisée.

D) L'athérosclérose :

Maladie de la couche interne de la paroi artérielle (Intima). L'athérosclérose comprend la calcification de la média ou couche moyenne de l'artère.

Phénomène fréquent chez les gens âgés. La vie, faite de sédentarité, de régime alimentaire riche en graisse, le tabagisme favorisent l'athérosclérose.

Les conséquences, au niveau cardiaque, une maladie des artères coronaire qui évolue vers une douleur thoracique à type d'angine de poitrine ou une crise cardiaque (infarctus du myocarde). Jusqu'à 10 % des crises cardiaques évoluent à bas bruit. Mais dans un grand nombre de cas, la première manifestation de la maladie coronarienne est la mort subite.

En présence ou non d'un caillot, le patient développe une fibrillation ventriculaire qui est une arythmie mortelle. Sans manœuvre de réanimation immédiate, il n'y a pas d'autre issue que la mort, à moins de porter sur soi un défibrillateur.

Les mécanismes d'athérosclérose :

La paroi de l'endothélium de l'artère est lésée par une agression. Les cellules de l'intima réagissent, les plaquettes de sang, de fibrine, des débris cellulaires et du calcium se déposent sur la paroi artérielle. L'agresseur peut être une H.T.A., un taux de lipides élevé, tabagisme, infection virale ou bactérienne.

L'évolution se fait à partir d'une tâche graisseuse puis plaque fibreuse, puis plaque calcifiée.

Quelquefois, on a une rupture de la plaque. Une thrombose dans l'artère et on vit un événement clinique parfois dramatique.

La régression de cette plaque était considérée irréversible. A présent, on peut ralentir l'évolution, la stopper et parfois la faire régresser.

Le traitement se fait par un régime hypocalorique, hypolipidique notamment un inhibiteur de réductase HMG COA (ou statine).

Dans le cas d'une thrombose coronarienne, le traitement évolue vers une angioplastie avec consolidation par "stent", l'arthérectomie, en complément d'une angioplastie et d'une thérapie thrombolytique, la perfusion coronaire d'un produit dissolvant le caillot. On peut aussi dans le cas d'un trouble du rythme implanter un stimulateur cardiaque d'une façon provisoire ou permanente.

Pour d'autres cas, ce sera un pontage cardiaque pour irriguer le cœur.

Les patients demandent aux médecins si la vie est possible après une crise cardiaque, mais également si elle vaut la peine d'être vécue. La réponse à ces deux questions est OUI.

En définitive, la plupart des patients qui se relèvent d'une crise cardiaque retrouvent une vie normale. La confiance aide au rétablissement. Car le retour à la vie normale, au travail, à la maison, inquiète et peut beaucoup assombrir les malades. Qui a été victime d'une crise cardiaque vit à jamais la vie autrement, en raison de son mode de vie qui change mais également des perspectives qui sont désormais différentes. L'anxiété du début peut se muer en dépression.

E) Les autres maladies cardiaques :

- Péricardite
- Myocardite
- Valvulopathies
- Malformation cardiaque
- Pathologies anévrysmales
- Transplantations cardiaques dans le cas d'insuffisance cardiaque sévère

Chapitre III

Cœur et activités sexuelles

Dans le dispositif de soins des maladies cardiaques, se trouvent le centre de rééducation et réadaptation cardiaque. C'est là, dans ces centres, que les malades cardiaques trouvent un réconfort et des réponses à leurs angoisses concernant l'avenir, le travail professionnel, l'activité sportive et les relations sexuelles.

Le souci de pouvoir vivre une certaine qualité de vie sans la menace d'une rechute ou d'une aggravation.

Les médecins et le personnel de ces centres sont formés à répondre aux questions des patients et à les préparer pour la vie active, notamment à la reprise d'une activité sexuelle.

Il faut reconnaître que la crise cardiaque marque souvent un tournant dans le comportement sexuel des patients. Baisse de la libido, peur d'une mort subite précipitée par un rapport sexuel, idée entretenue, le plus souvent par un maternage excessif de l'épouse.

Quels sont les contraintes cardio-vasculaires et les risques cardiaques spécifiques et les recommandations nécessaires ?

A) Physiologie de l'acte sexuel

Dans toute activité sexuelle, il y a une évolution cyclique décrite par Master et Johnson faite d'excitation, de plateau, d'orgasme et de résolution mettant en œuvre des mécanismes locaux et généraux des systèmes vasculaires et musculaires.

On connaît certaines dysfonctions érectiles liées aux sténoses du carrefour des artères hypogastriques (syndrome de Leriche).

L'érection est un phénomène vasomoteur lié à la dilatation des corps caverneux par rétention sanguine dont le médiateur chimique est le monoxyde d'azote (*endothélium derived relaxing factor*) EDRF.

Point culminant de l'excitation sexuelle, l'orgasme fait normalement franchir aux voies génitales masculines le seuil réflexe provoquant l'émission séminale. Comme tout réflexe, l'orgasme possède ses zones sensibles, réflexogènes ses voies centripètes, ses centres effecteurs, ses voies centrifuges et sa réponse motrice.

Que représente un rapport sexuel en terme de dépense circulatoire, cardiaque et énergétique ?

Durant quelques secondes, l'orgasme déclenche des sollicitations cardiovasculaires qui peuvent être très élevées selon les circonstances et les individus.

Il entraîne une contraction musculaire isométrique locale et régionale (abdomen, fessiers, adducteurs) et des modifications importantes du système nerveux végétatif.

Une dépense énergétique globale de l'ordre de 5 mets a été parfois avancée (ce qui est tout à fait modéré). Mais des fréquences cardiaques aussi élevées que 160 voire 180 battements par minute auraient été enregistrées. L'éréthisme cardiaque témoigne de l'augmentation de la contractilité myocardique.

La pression artérielle et la fréquence cardiaque :

Il y a trente ans, Master et Johnson l'ont évaluée pour un effort nécessaire à monter deux étages. Plus récemment, chez les sujets normaux, sans pathologie cardio-vasculaire, d'âge moyen (30-50 ans), activité sexuelle moyenne de l'ordre de deux rapports par semaine, pour un effort d'une durée de 15 à 20 minutes avec une fréquence cardiaque qui dépasse rarement 110 battements par minute pendant moins de 15 secondes. Il s'agit donc d'un effort modeste.

Nemec et Coll. (*Heart Rate and Blood pressure responses during sexual activity in normal males*, Amer Heart Journal 1978 ; 92 ; 27-47) ont réalisé des enregistrements chez des sujets sains de sexe masculin, âgés de 24 à 40 ans (moyenne 29 ans) ; la fréquence cardiaque moyenne a augmenté de 60 ± 8 batt/minute au repos à 92 ± 13 batt/minute lors de l'intromission à 114 batt/minute au pic de l'orgasme, pour diminuer rapidement à 85 ± 20 batt/minute 30 secondes après la fin du rapport sexuel (puis 69 ± 12 batt/minute) deux minutes plus tard.

La pression artérielle a augmenté de 112 ± 8 à 148 ± 12 et 163 ± 11 pour redescendre à 135 ± 8 à 118 ± 5 à 2 mn après l'orgasme.

Ces chiffres semblent similaires quelle que soit la position du sujet masculin (au-dessus ou au-dessous de la partenaire).

Voici les chiffres publiés par Bohlen et ses collaborateurs (*Heart rate pressure product out oxygen ultrake turning four sexual activities*, Arcg interm Medel 1984 ; 144 : 1745 – 8)

| Activité | Repos | Prémices | Stimulation | Orgasme |
|-------------------------|-----------|-----------|-------------|------------|
| Stimulation Non coïtale | 64 +/- 11 | 69 +/- 13 | 80 +/- 13 | 102 +/- 14 |
| Masturbation | 65 +/- 11 | 69 +/- 13 | 87 +/- 17 | 102 +/- 16 |
| Femme au-dessus | 66 +/- 10 | 72 +/- 10 | 87 +/- 17 | 110 +/- 24 |
| Femme au-dessous | 62 +/- 13 | 70 +/- 13 | 98 +/- 16 | 127 +/- 23 |

* Fréquences cardiaques moyennes durant les quatre types d'activités chez des jeunes couples mariés. Age moyen 33 ans.

On peut s'interroger sur les conditions d'enregistrement par rapport "aux conditions habituelles" puisque les personnes portent un masque facial pour mesurer la consommation d'oxygène [V(O₂) max atteignait 11,7 ml/kg/mn lors d'un orgasme de 3,3 minutes].

Il paraît évident que les conditions métaboliques et cardio-vasculaires varient considérablement : citons tous les rapports clandestins (charge émotionnelle, activité inhabituelle, répétée et prolongée), l'imprégnation d'alcool voire de drogues illicites lors de « raves » (risque de tachycardie et de spasme coronaire à la cocaïne, ou usage de *poppers*, nitrite d'amyle).

B) Activité sexuelle et risques cardiovasculaires

On sait que la pratique d'une activité physique et sportive régulière diminue le risque d'infarctus du myocarde après un exercice physique. Il en est de même dans les suites d'une activité sexuelle.

Après un programme de réentraînement chez 16 patients ayant eu un infarctus du myocarde, la fréquence cardiaque maximale atteinte lors d'une activité sexuelle diminue de 127 à 120 battements par minute. Alors qu'elle restait identique dans un groupe témoin non entraîné.

a) Comportement sexuel après un événement coronarien

L'impact physiologique d'un infarctus ainsi que les conséquences physiologiques de la maladie et des traitements induisent souvent un changement dans le comportement sexuel et son vécu. "L'anxiété et la peur d'une autre attaque cardiaque ont généralement un effet inhibiteur" (Broustet).

La libido elle-même est souvent diminuée s'intégrant dans un syndrome dépressif réactionnel initial, fréquent chez les sujets jeunes, actifs. Un sentiment de dévalorisation qui se perpétuera tant que la reprise professionnelle sera retardée, voire ajournée. Le maternage de certaines épouses précipite cette perturbation libidinale.

Les tabous socioculturels et la fausse notion de dépenses énergétiques lors d'un acte sexuel ont pu faire occulter par le corps médical, tout conseil en la matière durant de nombreuses années.

Dès 1970, plusieurs publications ont montré que les sollicitations cardiaques étaient modestes lors d'une activité sexuelle "légitime". Les médecins en réadaptation ont pu conseiller une reprise de l'activité sexuelle huit semaines après une crise cardiaque. La majorité des patients semble retrouver rapidement une activité sexuelle normale.

Après chirurgie par pontage coronaire, qui concerne en général des sujets âgés, les patients sexuellement actifs retrouvent une activité sexuelle régulière après huit semaines. Des patients qui avaient des crises d'angor lors d'une activité sexuelle avant chirurgie sont redevenus asymptomatiques.

Aucune étude ne concerne la reprise d'une activité sexuelle après angioplastie. Cette méthode concerne des patients jeunes et a l'avantage d'une reprise professionnelle et sexuelle rapide.

Cependant, et d'une manière générale, les patients ont tendance à être plus prudents que leurs médecins. Même dans le cas d'une transplantation cardiaque, les épouses sont étonnées de la reprise des activités sexuelles de la part de l'opéré deux semaines après.

b) Quels risques spécifiques du patient coronarien ?

Une appréciation précise du risque encouru peut être évaluée en fonction des syndromes résolus en post-infarctus (ischémie, arythmie, insuffisance cardiaque).

L'ischémie résiduelle peut être symptomatique ou silencieuse

Elle peut être repérée par un "test d'effort maximal".

Cependant, certaines ischémies électriques peuvent survenir lors d'une hyper-ventilation, une alcalose respiratoire ou la fréquente "cigarette après l'amour" sont des facteurs théoriques déclencheurs d'accidents coronariens.

A la suite d'arythmie et de mort subite un Président de la 3^{ème} République nous a appris à ses dépens que l'on pouvait mourir d'amour. Cette situation paraît exceptionnelle, bien que probablement sous estimée, favorisée par un partenaire plus jeune, une activité extra-conjugale.

La mort coïtale est estimée à 0,6 % des morts subites. Le rôle d'une certaine analgésie liée aux plaisirs sexuels (sécrétion d'endorphine) a pu être évoqué pour expliquer la diminution du signal d'alarme habituel constitué par l'angor.

L'insuffisance cardiaque :

Dans les stades avancés III et IV de la N.Y.H.A., une activité sexuelle est incompatible car fatigue, épuisement, perturbation de la libido. Le décubitus dorsal strict augmente la pré-charge. Les diurétiques et les digitaliques donnent des dysérections. Chez les sujets jeunes, l'activité sexuelle est dyspnéisante et peut donner un O.A.P. ; elle est mal vécue. On peut conseiller *Trinitrine*® en spray. L'acte sexuel doit être éloigné des repas.

Les niveaux de risque :

La conférence de Princeton en l'an 2000, a défini trois groupes de patients en fonction de leur risque cardiaque, corrélés aux conditions d'autorisation d'une activité sexuelle.

Les patients à risque cardiaque faible n'ont pas besoin d'une évaluation cardiologique supplémentaire ou d'un traitement particulier.

Ceux qui ont un risque modéré, ou indéterminé, nécessitent un complément d'investigation. Enfin, chez ceux qui ont un risque cardiaque élevé, la prise en charge cardiaque est prioritaire. L'activité sexuelle n'est autorisée qu'une fois les conditions cardiologiques stabilisées de façon satisfaisante.

Patients à risque cardiaque faible :

- Patients asymptomatiques, avec un nombre de facteur de risque coronarien inférieur à trois.
- H.T.A. contrôlée

- Angor modéré stable (ayant été évalué ou traité)
- Revascularisation coronarienne réussie
- Antécédents d'infarctus du myocarde non compliqué
- Pathologie valvulaire modérée
- Insuffisance cardiaque de stade I

Patients à risque cardiaque moyen ou indéterminé :

- Nombre de risque coronarien supérieur à trois (sans inclure le sexe)
- Angor modéré stable
- Infarctus du myocarde récent (datant de deux à six semaines)
- Insuffisance cardiaque stade II
- Pathologie vasculaire extra-cardiaque (par exemple A.V.C.)

Patients à risque cardiaque élevé :

- Angor instable ou résistant
- H.T.A. non contrôlée
- Insuffisance cardiaque stade III
- Infarctus du myocarde récent de moins de deux semaines
- Troubles du rythme à haut risque
- Cardiomyopathie obstructive pathologie valvulaire modérée à sévère.

Il y a rapport secret entre cœur et sexualité humaine. C'est dans le cœur que s'opère l'alchimie des sentiments. Si on doit consolider le cœur défaillant, sur le plan médical, on doit restituer l'image de soi et l'envie de vivre.

La maladie cardiaque, et surtout dans sa partie "crise cardiaque" aiguë de l'angine de poitrine est une épreuve existentielle pénible. On sent l'imminence de la mort. Pour récupérer, il faudrait du temps pour réadapter le cœur à l'effort et l'homme à la vie.

On peut concevoir que le malade cardiaque mette un certain temps à accepter sa maladie. Il oscille entre la révolte, le doute, la négociation et l'acceptation. Finalement, il faut constater qu'il y a là un handicap et une diminution de ses possibilités antérieures. Souvent, on découvre un syndrome dépressif réactionnel.

La reprise d'une activité sexuelle, est, par conséquent, un objectif thérapeutique. G. Smith dans B.M.J. en 1997 admet que la mortalité globale et cardiovasculaire diminue de 50 % dans la population masculine de 45 à 59 ans si les relations sexuelles reprennent après une semaine. On constate,

en outre, qu'il reste 60 % environ des patients qui ne reprennent pas la vie sexuelle après huit semaines.

Chapitre IV

Prise en charge et assistance psycho-sexuelle

Dans aucune branche de la médecine, le véritable sens de "docteur" à savoir "l'enseignant" ne s'applique aussi étroitement que dans le domaine de la sexualité.

C'est ici, que ceux qui ont l'entraînement et l'autorité adéquate, doivent être en mesure de donner des conseils à leurs patients présentant des problèmes sexuels et leur fournir des informations médicales et scientifiques au sujet des échanges sexuels humains.

Le patient a besoin de conseils sérieux qui sont doublement critiques lorsque les problèmes sexuels sont associés à des problèmes cardiaques.

Les motifs de consultations sont divers symptômes psycho-sexuels

- Une anxiété de reprise de l'activité sexuelle après un infarctus du myocarde
- Une "panne sexuelle" suite à une dyslipidémie, alcoolisme, tabagisme, chez un coronarien.
- Un homme hypertendu avec des céphalées importantes après relations sexuelles
- Un transplanté du cœur qui désire reprendre son activité sexuelle avec une partenaire qui le dissuade par l'angoisse de mort.
- Parfois c'est un manque d'enthousiasme ou un trouble de désir. Est-il lié à la maladie cardiaque ?

- Une insuffisance cardiaque de l'homme âgé, valide, pourra bénéficier du "Sildenafil" ?
- L'acte masturbatoire est-il interdit ? L'éjaculation avec "verge molle" est-elle dangereuse ?
- Et bien d'autres motifs de consultation.

La première rencontre-consultation

L'infarctus du myocarde aigu représente un risque vital et va à l'encontre d'un désir érotique. Après huit semaines le patient se stabilise. Il y a des chances qu'il demande conseil à son médecin. Souvent, cette première rencontre se passe dans un centre de rééducation fonctionnel à l'effort. Il est probable que le patient aura beaucoup de questions à poser :

Vais-je avoir une autre attaque cardiaque ? Vais-je mourir ? Pourrais-je avoir une autre crise ? Est-ce dangereux d'avoir une relation sexuelle ?

Afin de donner un conseil, le médecin devra analyser en détails les antécédents sexuels du patient avant infarctus. La fréquence des coïts, les positions préférées, les érections matinales, l'intérêt sexuel, passé et présent des deux partenaires. Il faudra collecter également des informations sur les médicaments du patient contenant (bêta-bloquant : Propanolal, *Tenormine*[®] mais aussi diurétique thiazitique ou hypnotique).

Analyser les positions sexuelles antérieures, les conflits matrimoniaux, les dépressions, les colères, tout ce qui peut gêner les ajustements sexuels après infarctus.

Dans les grandes lignes, la reprise du coït est possible et favorable. On peut conseiller : la relaxation, éviter l'exercice physique intense, les températures extrêmes, les repas lourds et la fatigue. Privilégier le rapport tôt le matin après un bon sommeil. Un comprimé de Nitroglycérine une demi-heure avant le coït ou bien *Natispray*[®] ou *Isocard*[®] en spray sublingual. Le médecin peut suggérer que la partenaire en bonne santé assume la partie active pendant les ébats et suggérer des positions plus faciles.

Dans l'hypertension artérielle, il n'y a pas de symptômes sexuels spécifiques. Les "maux de tête" peuvent interférer lors de l'excitation. Dans de rares cas, on peut avoir des accidents cérébro-vasculaires. Il faudrait conseiller des antalgiques, des anti-hypertenseurs (éviter les anti-hypertenseurs centraux, les diurétiques thiazidiques et les bêta-bloquants). Leur accorder une durée plus longue "des préliminaires" avec excitation pénienne plus ferme et directe. Eviter les excitants (alcool et tabac).

Chez les angineux dyslipidémiques, alcoolo-dépendants et tabagiques on peut conseiller un traitement hypolipémiant qui ne donne pas des insuffisances érectiles avec un traitement d'injection intra-caverneux de PGE1 sauf contre indication.

Chez la personne âgée, insuffisant cardiaque on peut conseiller la reprise d'une activité coïtale s'il le souhaite au stade I, avec ou sans injection intra-caverneuse. Pour les couples de longue date, il faut veiller à conserver l'attachement et la tendresse.

Cependant, lors d'une deuxième rencontre-consultation, si les signes sexuels paraissent durables, il faudrait faire un inventaire de la situation un peu plus complet (une expertise).

Avec tact, évaluer le "symptôme" et s'entendre sur "ce qui ne va pas", avec des mots simples : trouble du désir, trouble de l'éjaculation, insuffisance érectile.

Chercher la signification de ce trouble :

- craindre l'échec, de la mort subite
- manquer de la "force vitale"
- ne pas se sentir assez "homme"

Comprendre l'anxiété, les dangers qu'il redoute :

- ne pas se sentir désiré, aimé
- ne pas être accueilli dans ses tentatives de séduction
- craindre de ne pas satisfaire l'autre
- difficulté de s'exciter ou d'orgasmer
- observe plus qu'il ne vit l'excitation
- crainte de perdre le contrôle "ma partenaire me ridiculise, me rejette, cesse de m'aimer"
- crainte de se laisser aller car la sexualité appelle à l'irrationnel et à la déraison
- se sentir coupable d'avoir fait quelque chose d'incorrect, d'inacceptable
- crainte d'une tendance homosexuelle

S'enquérir sur la vie du couple :

- fréquences des coïts
- les difficultés conjugales (il ne diront pas tout)
- les croyances
- le potentiel érotique restant – le secret

La partenaire accepte difficilement la reprise d'une activité sexuelle. Il faudrait beaucoup d'amour. La fonction érotique permet de

transgresser l'angoisse de la mort et annule la frontière du dégoût et de la laideur.

Dans d'autres cas, la partenaire est très dévouée, zélée, surprotectrice. C'est souvent pour annuler la sexualité. La femme est une mémoire vivante de toutes les défaillances du conjoint. Elle reproche au "bon vivant", à présent malade, sa "bonne fourchette", son alcoolisme, son tabagisme. Il doit "payer".

Il y a de la "rancune, de la colère, de la haine de soi, de l'intolérance, des rivalités familiales, des désirs de vengeance et le dégoût" (J. Waynberg).

On ne peut restaurer une relation normale de communication, sans prendre en compte la dimension de ces conflits.

On doit aussi préciser :

- le vécu actuel de la maladie cardiaque, son acceptation et son niveau émotionnel
- vérifier l'état psychique. Y-a-t-il un syndrome dépressif réactionnel ?
- connaître les médicaments administrés.

L'examen clinique

Comme n'importe quel symptôme médical sera documenté par un :

- Examen du cœur, pouls, T.A. palpation des pouls artériels des différents territoires notamment l'artère pénienne
- Examen urologique : de la verge, sa palpation, des testicules, de la prostate
- Examen neurologique des réflexes : réflexes bulbo-caverneux

L'examen biologique

- F.N.S.
- Glycémie cholestérolémie triglycéridémie
- Uricémie – créatininémie plasmatique
- T.S.H – testostéronémie et Prolactine
- P.S.A prostatique

La synthèse

- Les troubles du désir auront un suivi thérapeutique psycho-sexuel (psychothérapie comportementale et cognitive). Il faudrait conseiller au couple de se regarder, de se toucher, de se bercer et de rire.

- L'impuissance érectile dont la cause est psychogène ou mixte (organique et psychogène) d'injection intra-caverneuse de PGE1 ou Sildénafil sauf dans les cas d'une contre-indication médicamenteuse.

Sildenafil (Viagra®)

L'érection se fait par libération du monoxyde d'azote (NO) dans le corps caverneux de la verge lors de la stimulation sexuelle. L'oxyde d'azote active l'enzyme guanylate cyclase ce qui entraîne une augmentation de la concentration de GMPc induisant un relâchement des muscles lisses du corps caverneux et favorisant l'afflux sanguin.

Le Sildenafil est un puissant inhibiteur sélectif de la Phosphodiesterase (PDEs) spécifique de la GMPE dans le corps caverneux de la verge.

Il est contre-indiqué avec les médicaments nitrés et donneurs de N.O. se prescrit à 25 mg, 50 mg et 100 mg durée d'action 1 heure à 3 heures.

Injection intra-caverneuse : la Prostaglandine (PGE1)

Un inducteur pharmacologique de l'érection par action sur le muscle lisse caverneux. Il s'agit d'un traitement symptomatique. Une injection dans le corps caverneux de 5 mg à 20 mg d'Alprostatil, *Edex*® du laboratoire Shwartz-Pharma, donne une érection durable.

Elle nécessite un apprentissage des points d'injection et se déroule dans les jeux érotiques d'un couple. Il faudrait comprimer le point d'injection pour éviter l'hématome, faire une injection par jour et un jour sur deux. Contre-indiquée chez les patients traités par Héparine.

Faut-il faire d'autres explorations ?

La plupart des auteurs s'arrêtent à ce niveau.

La rigidométrie par Regiscan ne donne pas l'information supplémentaire souhaitée. Les explorations vasculaires qui étaient systématiques ne semblent plus, à présent, indispensables. On accorde moins d'importance à la fuite veineuse. Au plus, cette exploration sera un placebo pour signifier au patient la possibilité d'une érection suite à une injection intra-caverneuse de (PGE1).

Quelles assistances ? Quels conseils ?

La sexualité est tabou. La sexualité est sale, dégoûtante. L'amour annule le dégoût. La peur de la mort sera gommée par la fonction érotique. Une "re-lecture des habitudes de la personne et du couple en fonction des résistances et du talent de chacun, s'adapter à de nouvelles postures, de nouveaux registres d'excitation, opter pour un mobilier plus confortable, évoquer la question de la fréquence et de la durée des échanges érogènes". (J. Wayenberg, Cœur et santé, janvier 2000).

Faut-il conseiller une psychothérapie ?

Dans les cas difficiles où la haine est importante on peut conseiller une Gestalt-thérapie individuelle ou en groupe.

Parfois, le dégoût et la laideur nécessitent une thérapie psychosexuelle, ce sont des thérapeutiques cognitives et comportementales qui prennent en charge la relation à deux, les perturbations émotionnelles et l'imaginaire érotique.

En conclusion...

Le cœur est un organe essentiel pour la vie. S'il s'arrête, on meurt. A travers le temps et l'histoire, le cœur est devenu un symbole, symbole de la force vitale, symbole de l'amour, symbole des émotions.

C'est le lieu où s'élabore les sentiments de courage, de générosité mais aussi de dureté et de haine.

Le cœur malade et abîmé diminue l'espérance de vie.

Le patient s'adapte à cette nouvelle donne. Il lui faut du temps pour se rétablir et avoir envie de vivre. Au début de sa maladie, la relation sexuelle semble être le dernier de ses soucis. Il cherche d'abord à acquérir un cœur solide par une réadaptation à l'effort. Le thème de la sexualité lui vient par le personnel soignant. Car pour eux, à présent, c'est un objectif thérapeutique.

Il faudrait être à l'écoute, consolider son estime de soi. Associer la partenaire aux acquisitions nouvelles dans l'effort. Faire prendre conscience que l'acte sexuel est de moyenne intensité. Il faudrait rassurer pour permettre une évolution par la sexualité. C'est un gage d'une "qualité" de vie.

Evaluation du niveau d'activité physique

| Niveau d'activité (MET) Consommation d'O ₂ | Activités physiques |
|--|--|
| < 3 MET très léger (fin de palier de 25 W*) | Marche (3-3,5 km/h) Travail de bureau Faire la vaisselle Conduire une automobile |
| 3 – 5 MET léger (fin de palier de 75 W*) | Marche (4–6 km/h) Laver les vitres Tennis en double Bicyclette sur le plat (10 km/h) Poser du papier peint Danse de société (rythme modéré) |
| 5 – 7 MET Modéré (fin de palier de 125 W*) | Marche rapide (6,5-8 km/h sur le plat) Travaux de bâtiment Tennis en simple (hors compétition) Monter les escaliers (lentement) Laver une voiture Ski de descente |

- 3 min, homme de 70 kg

Consommation d'O₂ lors de l'activité sexuelle

| | |
|----------------------|-------------------|
| Stimulation sexuelle | 1,7 a – 1,8 b MET |
| Rapport sexuel | 2,5 c – 3,3 d MET |

N = 10 hommes de 25 à 43 ans, mariés, mesure de la consommation d'oxygène au cours de 4 activités sexuelles différentes, menées jusqu'à l'orgasme : a. stimulation par la partenaire, b. auto-stimulation, c. partenaire en position supérieure, d. patient en position supérieure.

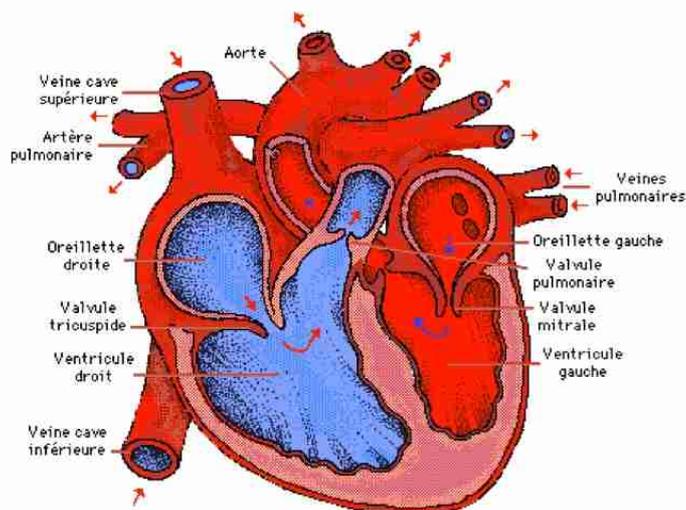
1 MET = 1 équivalent métabolique =
 consommation d'oxygène d'un sujet assis
 tranquillement = 3,5 ml O₂/kg.min.

L'activité sexuelle correspond donc à un niveau d'activité physique modéré.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 3 |
| I - Un cœur "vivant" entre croyances, mythes et symboles | 5 |
| a) dans la période préhistorique | |
| b) le cœur mythique | |
| c) le cœur symbolique | |
| II - Un cœur "brisé" entre maladies cardiaques et facteurs de risque | 11 |
| 1- le cœur et son fonctionnement | |
| 2- les facteurs de risque | |
| 3- les maladies cardiaques | |
| A- insuffisance cardiaque | |
| B- les arythmies | |
| C- hypertension artérielle (HTA) | |
| D- l'athérosclérose | |
| E- les autres maladies cardiaques | |
| III - Cœur et activités sexuelles | 25 |
| A- Physiologie de l'acte sexuel | |
| B- Activité sexuelle et risques cardio-vasculaires | |
| IV - Prise en charge et assistance psycho-sexuelle | 31 |
| Conclusion | 37 |
| Documents annexes | 38 |
| a) Evaluation du niveau d'activité physique | |
| b) Consommation d'O ₂ lors d'une activité sexuelle | |
| c) Valeur d'1 MET | |

La sexualité des cardiaques



En couverture : « Médaille » du baron de Fouencamps, Notre-Dame de Bon Secours, Vierge-Mère à l'enfant Jésus emmaillotté terrassant le dragon, détail du cœur enflammé flanqué de deux « C », attribué au graveur François de Poilly (1623-1693) avec la collaboration de Claude François dit le Frère Luc (1614-1685).

ISBN : 978-2-9533324-1-4



9 782953 332414