

Complications tardives de l'AVC

Troubles génito-sexuels et activité sexuelle après une attaque cérébrale

■ G. Amarenco*

L'attaque cérébrale, ou accident vasculaire cérébral (AVC), est une source fréquente de handicap pour se déplacer ou sentir (hémiplégie résiduelle, troubles de la sensibilité), parler ou faire des gestes de la vie courante (aphasie, apraxie), ou encore pour uriner ou avoir une activité sexuelle.

Rarement exprimés par le patient ou le conjoint, les troubles sexuels (génito-sexuels) sont fréquents (deux tiers des cas) et ont un impact certain sur la qualité de la vie. Variés et de causes multiples, ces troubles sont directement dus à la lésion du cerveau, ou être la conséquence du retentissement psycho-émotionnel et comportemental chez le patient ou son conjoint.

La libido (désir sexuel) serait ainsi altérée chez 79 % des hommes et 66 % des femmes atteints d'attaque cérébrale. Les troubles de l'érection (62 % des cas), de l'éjaculation (78 %), de la lubrification vaginale (61 %) et des possibilités orgasmiques (77 %) sont très fréquents, de même que la diminution de la fréquence des rapports. Soixante-quatre pour cent des hommes et 54 % des femmes signalent même une disparition totale des rapports sexuels après une attaque cérébrale.

Les causes sont nombreuses, mais les facteurs psycho-sociaux dominant : attitude générale du patient vis-à-vis de la sexualité, crainte de l'impuissance (angoisse de la mauvaise performance), possibilité ou non d'aborder la discussion à propos de la sexualité. Les autres facteurs sont le degré de handicap après l'attaque cérébrale, l'existence d'une dépression réactionnelle, un diabète, la prise de certains médicaments à visée cardiovasculaire (antihypertenseurs, bêtabloquants notamment) ou encore de certains antidépresseurs (antidépresseurs tricycliques).

Parfois, l'attaque cérébrale n'est pas la cause directe du trouble génito-sexuel, mais elle en constitue l'élément déclenchant. C'est le cas du diabète, par exemple, qui peut engendrer isolé-

ment des troubles sexuels, mais qui peut aussi favoriser l'attaque cérébrale. Ainsi, parmi les causes de dysérection, les lésions vasculaires responsables d'un déficit de la vascularisation des corps caverneux (qui permettent l'érection de la verge lorsqu'ils se gonflent de sang) sont fréquentes. Les facteurs de risque de dysérection et de maladie vasculaire à l'origine d'une attaque cérébrale sont les mêmes (diabète, hypertension artérielle, hyperlipidémie, intoxication par le tabac, etc.). Il n'est donc pas étonnant que les troubles génito-sexuels soient plus fréquents au cours des hémiplégies.

En fait, dans la pratique, le facteur psychologique est lié au patient ou à son conjoint.

Le patient peut inconsciemment faire un parallèle entre la fonction sexuelle et le handicap moteur persistant et ainsi douter de son intégrité sexuelle. Angoissé à l'idée d'avoir des performances sexuelles supposément diminuées, il peut sciemment éviter tout rapport. Cette situation est fréquente chez l'homme atteint d'attaque cérébrale. Le patient peut aussi considérer que l'image qu'il a de lui-même ou celle qu'il renvoie à son conjoint, est perturbée par l'hémiplégie résiduelle et ses attributs visibles (canne anglaise, déambulateur, vêtements et chaussures adaptés, etc.). Mésestime de soi, honte,

* Service de rééducation neurologique et d'explorations périnéales, hôpital Rothschild, Paris.

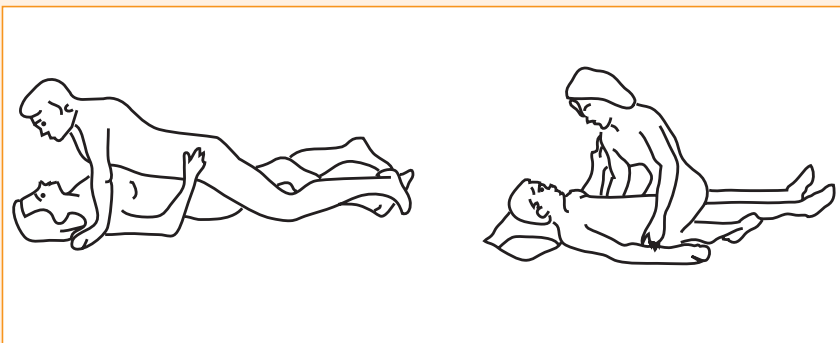


Figure 1. La personne handicapée par l'AVC est allongée sur le dos.

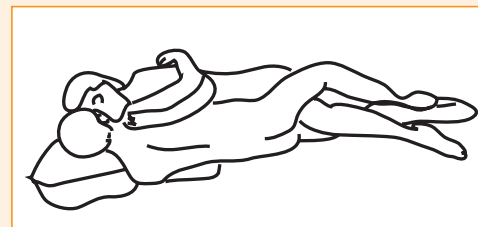


Figure 2. Les deux conjoints sont sur le côté. La personne handicapée se tient allongée sur le côté paralysé, le bras et la jambe valides tenant son conjoint. Des oreillers peuvent aider à maintenir la position confortable. Si une douleur de l'épaule survient, il vaut mieux ne pas utiliser cette position.

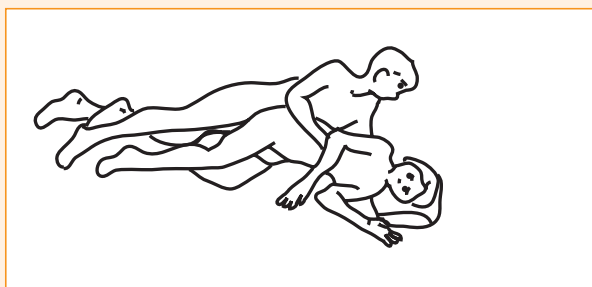


Figure 3. Position sur le côté, l'homme par derrière. Si la femme est handicapée, elle est allongée sur son côté paralysé ; il est alors recommandé de placer un oreiller entre ses genoux.

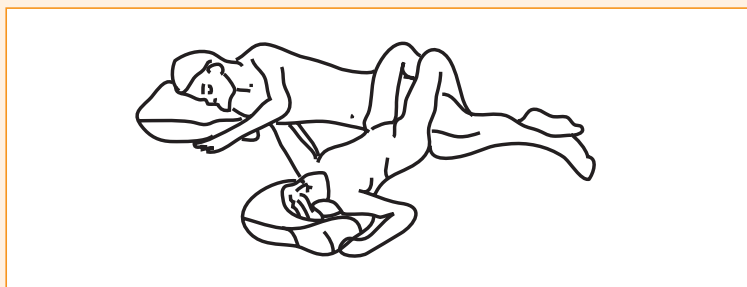


Figure 4. L'homme et la femme sont allongés à angle droit. La personne handicapée a besoin d'un oreiller pour maintenir la position. Si c'est la femme qui a le handicap, elle préférera avoir les deux jambes pliées, passées au-dessus des cuisses de son conjoint.

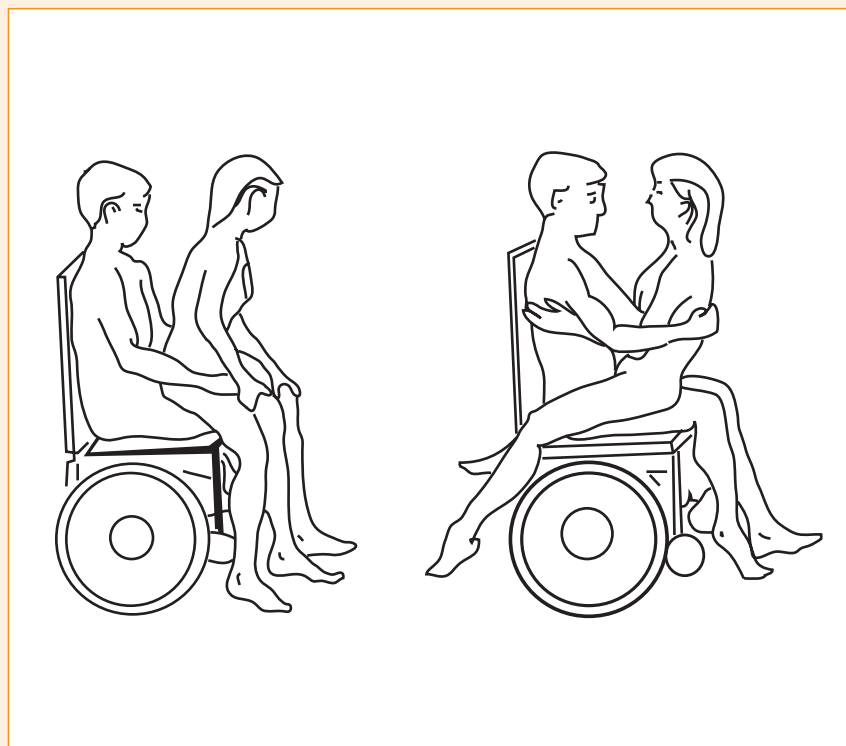


Figure 5. L'homme handicapé par son attaque cérébrale est assis sur une chaise (son fauteuil roulant ou un autre fauteuil plus confortable) en position semi-allongée.

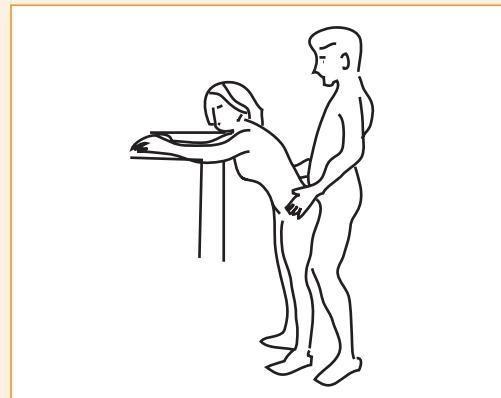


Figure 6. Si l'homme a un équilibre suffisant, il peut se tenir debout derrière sa partenaire.



Figure 7. Un pouf ou un gros coussin peuvent permettre la position à genoux des deux partenaires.

sentiment de dégradation, voire culpabilité de ne plus être la femme ou l'homme qu'elle ou il était, et tel qu'elle ou il était aimé, conduisent là encore à l'isolement, au repli sur soi et à l'esquive des relations sexuelles.

Le conjoint peut aussi être responsable d'une altération réciproque de la libido : peur de faire mal, peur de ne pas savoir, de ne plus savoir, crainte du handicapé. La femme ou le mari devenu hémiplégique est une autre femme, un autre homme, qu'il faut réapprendre à découvrir et à aimer... au moins physiquement, ce qui n'est pas toujours évident si un amour solide ne liait pas antérieurement le couple.

PRISE EN CHARGE

Vous devez signaler à votre médecin une diminution de la libido, de la fréquence des rapports sexuels, une altération de l'excitation sexuelle, une diminution de votre satisfaction ou de celle de votre conjoint, une diminution de l'érection, de la lubrification du vagin, de la sensation orgasmique. Une prise en charge globale et un bilan seront nécessaires : bilan organique à la recherche d'un trouble de l'érec-

tion dû à un médicament, d'une cause vasculaire, mais aussi bilan psychologique du patient et du conjoint.

La crainte d'une récurrence ou d'un accident cardiaque au cours d'un rapport sexuel ou après chez le patient qui a eu une attaque cérébrale est infondée. Il n'y a aucun risque directement lié à l'acte sexuel.

La prise en charge commence par l'écoute du patient seul, puis du couple, et par la mise à disposition de toute information utile sur la sexualité et les séquelles des AVC. L'évaluation de la sexualité antérieure est indispensable, de même que l'appréciation des liens affectifs qui pouvaient lier les partenaires avant l'AVC. Ces derniers constituent sans nul doute les meilleurs des éléments pronostiques. En fonction du bilan lésionnel et fonctionnel, l'adaptation des postures, afin de faciliter préliminaires et coït, sera discutée au cas par cas (*figures 1 à 7*).

Les traitements reposent sur les antidépresseurs, les drogues vaso-actives et la psychothérapie du patient et/ou du couple. Les médicaments qui favorisent l'érection (Viagra®, Cialis®) peuvent être utilisés, sous réserve de certaines contre-indications. Parlez-en à votre médecin, et n'hésitez pas à les lui demander.