

ANDRO-CARDIOLOGIE

J. Belaisch

Lorsqu'un cardiologue découvre une hypertension artérielle, il considère de son devoir de la réduire le plus efficacement possible et au prix du minimum d'inconvénients pour son patient, de telle sorte que l'adhérence de celui-ci à un traitement qui doit durer des années, soit convenable.

Il pense alors en termes de simplification de la thérapeutique.

D'après mes constatations nombreuses et une expérience déjà ancienne, il se soucie rarement du retentissement qu'elle pourrait avoir sur la vie sexuelle du patient. Et, en tout cas, il ne lui en parle jamais, sauf exception, c'est à dire sauf particularités du cardiologue qui serait attiré par la médecine psychosomatique.

Et c'est le patient qui, soit spontanément, soit à l'occasion de sa consultation avec son généraliste ou l'andrologue qu'il lui a été conseillé de rencontrer, réalise que la perte ou la fragilité de son érection date de la période où il a commencé à prendre son ou ses médicaments hypotenseurs.

Or même si le sujet hypertendu a dépassé 70 ans, la perte de son érection le chagrine. Mais lorsqu'il a 50 ans, il en est franchement affecté.

Et c'est probablement à cette période de la vie que le retentissement psychique et les conséquences sur la vie sexuelle dans son ensemble, sont les plus graves.

Car, à cet âge, la crainte de l'annonce de la perte définitive de l'érection peut, et le fait souvent, retentir très fâcheusement sur la dynamique sexuelle. Après 50 ans, un petit message est souvent perçu comme l'annonce d'un violent orage...

Selon une évolution 100 fois rabâchée, le patient alors n'anticipe plus le plaisir de la relation amoureuse mais est submergé par la hantise de l'échec. Et le cercle vicieux une fois enclenché, il lui est bien difficile de prendre la tangente malgré l'appui optimiste de son ou de ses médecins.

Aussi peut-il sembler un devoir pour tous les andrologues de convaincre leurs amis cardiologues de ne prescrire tout au moins aux quinqu- et sexagénaires, que des hypotenseurs ayant une composante anti-érectile aussi réduite que possible.

Ici, je dois reconnaître mon incompetence. J'ai personnellement observé à plusieurs reprises que les diurétiques thiazidiques étaient "doués" d'une fâcheuse influence négative sur l'érection et à l'inverse, que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou les inhibiteurs calciques étaient peu nocifs. Mais le passage d'une thérapeutique nocive à un médicament peu dangereux ne s'accompagne pas immédiatement d'un retour à la normale de la vie sexuelle... en raison précisément des retentissements psychogènes de la dysfonction érectile.

D'où l'exigence de l'annonce d'un effet adverse au patient dès qu'il lui est prescrit un hypotenseur. Mais celle-ci est délicate, car il suffit à certains qu'on fasse entrevoir un quelconque effet secondaire pour qu'ils l'inscrivent immédiatement sur leur écran psychosomatique et qu'ils en vivent toutes les réalités!

Il faudrait peut-être seulement laisser planer l'idée que si une modification de quelque nature que ce soit survenait après la prise du médicament, il serait utile qu'elle soit rapportée au médecin.

Mais il serait encore plus payant pour l'hypertendu que lui soit d'emblée prescrit une drogue dépourvue de cet effet. Comme il n'en existe probablement pas, il serait sage de choisir un médicament aussi peu générateur d'impuissance que possible.

Arrivé à ce stade de prétention, je ne peux mieux faire que de citer Madame Mary Wortley Montagu qui écrivait :

" Il m'arrive de me donner d'admirables conseils que je suis incapable de suivre..."

Espérons que nos amis cardiologues seront plus doués que M.W.M... et que