

CAHIERS MEDICAUX

Tome 8 — Numéro 18 — 25 février 1983

hématomes intracérébraux
varices
parapsoriasis en gouttes
cancer du sein
médecin et patient homosexuel



TOME 8
NUMERO 18
25 février 1983

CAHIERS MEDICAUX

sommaire

CM GUIDE

- 1057 COURRIER DES LECTEURS
- 1058 ACTUALITE THERAPEUTIQUE
- 1059 SE FORMER, S'INFORMER
- 1061 VOTRE ARGENT
- 1062 INDUSTRIE ET MEDICAMENTS
- 1064 LIVRES

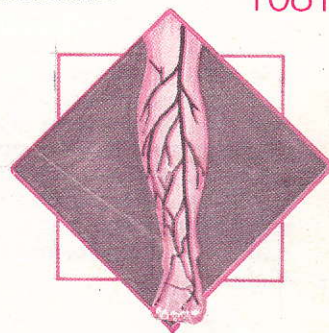
MISE AU POINT

**Diagnostic et traitement
des hématomes intracérébraux**
par J.L. Sautreaux et J. Godard (Dijon)

1071

**Les varices : examen, complications
et traitement**
par Ph. Sarrat (Bordeaux)

1081

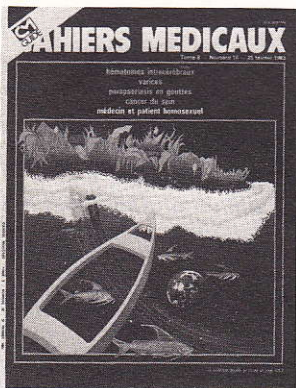


QUESTIONS/REPONSES 1089

Qu'est-ce que le parapsoriasis en gouttes ?
par M.P. Franc (Lyon)

1005 EDITORIAL

**Le médecin
et le patient homosexuel**
par William F. Owen Jr. M.D.
(San Fransisco)



*"J'ai heurté, savez-vous,
d'incroyables Florides
Mêlant aux fleurs des yeux
de panthères à peaux
D'hommes ! Des arcs-en-ciel
tendus comme des brides
Sous l'horizon des mers,
à de glauques troupeaux"*

Le bateau ivre.
Arthur Rimbaud (1854-1891)

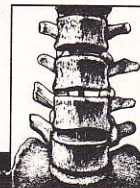
L'homosexualité est le thème de notre éditorial.
Les Cahiers Médicaux sont heureux de présenter à ses lecteurs
l'expérience d'un auteur américain sur un sujet qui concerne tout
médecin.

Arthroses et Algies rhumatismales

THIOBANZYME

Formule : Flacon : Dibencozide 5 mg - Mononitrate de thiamine 50 mg - Pyridoxine base 100 mg pour un flacon de poudre lyophilisée. Solvant actif : Thiosulfate de sodium 200 mg, pour une ampoule auto-cassable de 5 ml. **Propriétés :** Anti-arthrosique - antalgique. **Indications :** Affections rhumatismales hyperalgiques. Arthroses et algies rhumatismales de localisations diverses : Arthroses des membres, Coxarthroses, Gonarthroses, Arthroses vertébrales, cervicales ou lombaires. Affections dégénératives articulaires et péri-articulaires : périarthrites scapulo-humérales. Syndromes douloureux radiculaires : Lombagies, Lombosciatiques, Névralgies cervico-brachiales. **Contre-indications :** cette spécialité est contre-indiquée en cas d'antécédents d'allergie aux cobalamines (vitamines B12 et substances apparentées). **Précautions :** ne pas utiliser ce médicament par voie parentérale si la vitamine B1 est mal tolérée par d'autres voies; les injections doivent être interrompues si elles sont mal

supportées. Ne pas injecter par voie veineuse. Des réactions immuno-allergiques ayant été signalées après injection de préparations de cobalamines (vitamines B12 et substances apparentées), il convient de ne pas utiliser ce produit sans avis médical et d'éviter son administration à des sujets présentant un terrain allergique (asthme, eczéma). **Effets indésirables :** réactions anaphylactiques (urticaire, choc). **Posologie :** une injection intramusculaire par jour pendant 15 à 20 jours. En raison de la sensibilité du dibencozide à la lumière, la préparation de la solution doit être effectuée extemporanément et l'injection faite immédiatement. Remarque : il est normal d'observer une coloration rose ou rouge des urines pendant le traitement. Coût du traitement journalier : 8,79 F. **Présentation :** boîte de 4 flacons et de 4 ampoules. Tableau C - A.M.M. 311.847.5. Mis sur le marché en 1971. Prix : 34,70 F + S.H.P. Remboursé par la Sécurité Sociale à 70 %.



Laboratoires du Docteur E. BOUCHARA - 8, rue Pastourelle - 75003 Paris - Tél. 274.28.18

le médecin et le patient homosexuel

par William F. OWEN Jr., M.D.*

Traduit de l'américain par le Docteur Joseph Feisthauer

TOUS LES MEDECINS s'occupant d'adultes ont affaire à de nombreux homosexuels au long de leur carrière, mais ils ignorent souvent l'orientation sexuelle de leurs patients. Le stéréotype de l'homosexuel masculin « efféminé » dans ses manières ou ses choix professionnels, et de la lesbienne, « masculine » dans son allure ou le métier exercé, ne s'applique qu'à une minorité de patients homosexuels.

En 1948, Kinsey publiait son ouvrage, devenu classique, dans lequel il estime que 10 % des Blancs américains sont homosexuels de manière prédominante ou exclusive (1). Depuis lors, plusieurs études, à commencer par l'œuvre importante du psychologue Evelyn Hooker (2), ont montré qu'il n'était pas possible de distinguer les homosexuels des hétérosexuels à partir de tests psychologiques objectifs. Ces études ont conduit les psychiatres à reconsidérer la nature de l'homosexualité, le conseil d'administration de l'Association Psychiatrique Américaine a radié en 1973 l'homosexualité de la liste des entités nosologiques.

Communiquer avec le patient homosexuel

Pour se faire donner les soins dont ils ont besoin, les homosexuels hommes et femmes rencontrent bien des problèmes et se heurtent à bien des barrières dont les médecins souvent ne sont pas conscients. Certains médecins peuvent ignorer que certaines maladies sexuellement transmissibles se rencontrent fréquemment chez les homosexuels hommes qui multiplient leurs partenaires. D'autres médecins peuvent penser que la femme, qui reconnaît une activité sexuelle, a nécessairement des relations hétérosexuelles, prescrivant ainsi inutilement des contraceptifs à une lesbienne. Des médecins refusent parfois, sans le savoir, à un patient homosexuel gravement atteint le soutien affectif de visites d'amis et d'amants, parce qu'ils ne les considèrent pas comme des « membres de la famille », dont la visite est admise dans une unité de soins intensifs.

L'apparence, la façon de s'habiller, les manières ou la profession ne permettent pas de distinguer aisément les patients homosexuels des patients hétérosexuels, nous l'avons déjà noté. Il ne faut pas oublier non plus qu'un patient fiancé ou marié à une personne de l'autre sexe n'est pas, pour autant, nécessairement hétérosexuel. Une étude récente de l'Institut Kinsey, par exemple, a révélé que 20 % des homosexuels hommes et 35 % des femmes homosexuelles avaient été mariés au moins une fois (3).

Comment, dès lors, le médecin pourra-t-il déterminer l'orientation sexuelle d'un patient ? Il y a, bien sûr, différentes façons d'obtenir cette information, et la méthode suivie dépendra souvent de l'individualité du patient et du contexte de la rencontre clinique. Le médecin appelé à donner les premiers soins (généraliste, médecin de famille ou spécialiste en médecine interne) devrait probablement obtenir cette information à titre d'élément de l'histoire globale du malade et de l'examen physique, lors de la première consultation.

Le médecin peut déterminer l'orientation sexuelle du patient en l'interrogeant directement. Le terme clinique « homosexuel » mettant bien des patients mal à l'aise, poser la question sous la forme « Etes-vous gay ou hétéro ? », pourra donner au patient homosexuel un sentiment d'empathie et de compréhension. Une autre façon, pour le médecin, d'aborder la question est de demander : « Préférez-vous avoir des relations sexuelles avec des hommes, des femmes, les deux ou ni les uns ni les autres ? » Une autre façon encore de s'enquérir de l'orientation sexuelle consiste à l'intégrer dans d'autres questions concernant le mode de vie personnel : « Y a-t-il quelque chose, dans votre style de vie, par exemple, un voyage récent, des pratiques sexuelles, un régime ou l'utilisation de médicaments, qui puisse m'aider à diagnostiquer correctement votre problème médical ? » (4). Le médecin qui se sent gêné d'interroger le patient sur son orientation sexuelle, mais qui suspecte, par exemple, une gonorrhée anale, peut demander au patient s'il souhaite une culture de germes à partir d'un prélèvement pharyngé ou anal.

Pour l'aider à déterminer les facteurs de risque des maladies sexuellement transmissibles chez les homosexuels hommes et leurs(s) site(s) spécifique(s), il est essentiel que le médecin ait connaissance des pratiques sexuelles spécifiques du patient. Il vaut mieux utiliser les termes du langage courant s'ils sont familiers au clinicien et s'il se sent à l'aise. Sinon, le clinicien pourra demander, par exemple : « Lors de vos activités sexuelles, le pénis de votre partenaire entre-t-il en contact avec votre anus ? » ou « Arrive-t-il que votre bouche entre en contact avec l'anus de votre partenaire ? ». Les pratiques spécifiques dont il convient de s'enquérir parce qu'elles comportent un risque infectieux ou traumatique plus élevé que la moyenne sont les relations oro-fécales, oro-anorectales, oro-périnéales et ano-manuelles, ou encore les contacts oro-péniens suivant un coït anorectal. Les pratiques comportant un risque moyen à élevé sont le coït anorectal passif, les contacts oro-péniens actifs, ainsi que le contact avec l'urine. Les pratiques sexuelles comportant un risque moyen à bas sont le coït anorectal actif et les contacts oro-péniens passifs. Les pratiques comportant un risque relativement bas sont la masturbation mutuelle et le pelotage.

Outre les pratiques sexuelles spécifiques, certains autres facteurs se révèlent accroître le risque des maladies sexuellement transmissibles chez les homosexuels hommes (5). La fréquence du contact augmente évidemment

* 1580 Valencia Street
Suite 202, San Francisco, CA 94110
U.S.A.

CANDO : UD 48 d

les occasions de contagion. L'anonymat des contacts et les particularités des lieux (par exemple, bains, librairies, clubs sexuels fermés) augmentent le risque de contracter une maladie sexuellement transmissible, parce qu'il est difficile de retrouver les porteurs asymptomatiques. Les médecins hétérosexuels pourront découvrir avec surprise que la plupart des membres de la sous-culture homosexuelle « libérée » usent de nos jours d'un vaste répertoire de techniques et de pratiques sexuelles, et qu'ils ne se limitent pas à un rôle soit « actif », soit « passif ».

Comme pour un patient hétérosexuel, il importe que le médecin prenne en compte la totalité du style de vie du patient homosexuel. Y a-t-il un individu qui tient une place particulière dans la vie du patient (amant, partenaire, ami ou amie) ? Y a-t-il cohabitation ? D'autres personnes partagent-elles le même logement ? Quelle est la nature de leurs relations ? Si le patient a un amant, leur arrive-t-il, à l'un ou à l'autre, ou aux deux, d'avoir des relations sexuelles avec d'autres personnes ? Si oui, à quelle fréquence et en quel lieu ces rencontres ont-elles lieu ? Est-il fait usage de drogues ? Certains homosexuels hommes recourent à l'inhalation de nitrites pour provoquer un « rush » euphorique et obtenir une relaxation du sphincter anal — ces produits ont été mis en cause comme pouvant contribuer à un déficit immunitaire. Est-il fait usage d'accessoires sexuels (anneaux péniers, vibro-masseurs, godemichés) ? Des précautions hygiéniques sont-elles prises (par exemple, se laver les organes génitaux et la région anale à l'eau et au savon avant et après les rapports, uriner après les rapports) ? Si le patient pratique le coït anorectal, quels lubrifiants utilise-t-il, lui arrive-t-il d'utiliser des condoms ? Le patient se soumet-il à des examens de dépistage périodiques orientés vers les maladies sexuellement transmissibles asymptomatiques, comme la syphilis, la gonorrhée anale et pharyngée ?

Le médecin peut aussi aider le patient homosexuel à pratiquer une médecine préventive en prenant également en compte les aspects non sexuels de sa vie. Quel est son état nutritionnel ? Suit-il un programme régulier d'exercice physique ? Fume-t-il et/ou boit-il de l'alcool et, si oui, combien et depuis combien de temps ? Quel est le statut professionnel du patient, quelle satisfaction ou insatisfaction lui apporte son travail ? Le patient a-t-il mis au courant de son homosexualité son employeur, ses compagnons de travail, les membres de sa famille — comment cela a-t-il été reçu ? Y a-t-il des problèmes familiaux ?

Les médecins sont les professionnels auxquels s'adresseront le plus volontiers les homosexuels hommes et femmes en quête de réponses sur leur identité, ainsi que les membres de leur famille concernés. Des questions sur les fantasmes masturbatoires et sur les réactions du patient face à un couple homme-femme (qui des deux remarque-t-il ?) pourront fournir des indices, au médecin, sur le choix d'objet sexuel du patient. Des jeunes qui sont confrontés au problème de leur identité sexuelle peuvent souvent être orientés vers les dispensaires et services sociaux qui se sont multipliés ces dernières années, spécialisés dans l'aide aux homosexuels hommes et femmes. Les médecins peuvent aider les familles qui sont confrontées au problème de l'identité sexuelle d'un jeune adulte, en leur faisant comprendre que l'homosexualité est une variante normale plutôt qu'une maladie relevant de la médecine. Chercher à convertir des homosexuels à l'hétérosexualité ne se justifie pas davantage, médicalement, que la contrainte imposée jadis aux gauchers pour les obliger à se servir de la main droite.

Maladies sexuellement transmissibles, problèmes traumatiques et déficits immunitaires chez les homosexuels masculins

Les homosexuels hommes aux partenaires sexuels anonymes multiples courent un risque accru de contracter une infection sexuellement transmissible (6). Il y a, à cela, plusieurs raisons. Le pénis est un organe particulièrement apte à pénétrer profondément dans les cavités (bouches, rectums et vagins), et donc de transmettre les agents infectieux, suivis de l'éjaculation du sperme, qui peut devenir lui-même un véhicule de l'infection. S'agissant de partenaires anonymes, il est difficile d'interrompre la transmission de la maladie en remontant la chaîne des contacts et en traitant les éventuels porteurs. Les maladies en question peuvent être asymptomatiques ou rester inapparentes du fait de leur localisation (par exemple, anorectum ou oropharynx), augmentant ainsi les risques, pour le sujet infecté, de transmettre la maladie, sans le savoir, à un partenaire non infecté.

Pour les lesbiennes, le risque de contracter une maladie sexuellement transmissible est moindre que pour les homosexuels hommes ou même que pour les hétérosexuels (7). Le clinicien se souviendra que des femmes actuellement lesbiennes peuvent avoir eu une activité hétérosexuelle dans le passé, qu'elles peuvent avoir une activité bisexuelle ou, très rarement, qu'elles peuvent fréquenter des clubs sexuels (par exemple, les « fist-fucking » clubs) que fréquentent aussi des homosexuels hommes. Dès lors, quelques rares lesbiennes peuvent parfois être atteintes de certaines des maladies rencontrées chez les homosexuels hommes. Aussi nous intéressons-nous surtout, ici, aux problèmes médicaux des homosexuels hommes.

Agents bactériens

Gonococcie

L'infection urétrale se traduit habituellement par des brûlures à la miction et un écoulement purulent. L'infection anorectale est habituellement asymptomatique, mais peut se traduire par un prurit anorectal, des douleurs rectales, un ténésme et un écoulement purulent ou sanglant. L'infection pharyngée est habituellement asymptomatique, mais peut se traduire par une pharyngite.

Chlamydia trachomatis

L'infection urétrale se traduit habituellement par des brûlures à la miction et un écoulement clair. L'infection anorectale par des souches de *Chlamydia* autres que celles de la lymphogranulomatose vénérienne peut rester asymptomatique ou se traduire par des douleurs anorectales à type de brûlures et de ténésme. La rectoscopie montre une muqueuse œdémateuse et érythémateuse, avec de petites érosions ou des follicules faisant saillie dans l'anus distal. L'infection anorectale par souches de *Chlamydia*, type lymphogranulomatose vénérienne, s'accompagne de douleurs rectales et d'écoulement anal mucopurulent sanguinolent. La sigmoidoscopie montre des granulations diffuses et de discrètes ulcérations rectales. Non traitée, la lymphogranulomatose vénérienne anorectale peut évoluer et aboutir à la formation de fistules, d'abcès et de strictions qui peuvent en imposer pour un cancer.

Syphilis

La syphilis primaire peut s'accompagner d'une ulcération indolore sur les organes génitaux ou à leur voisinage, dans



la bouche, le pharynx ou l'anorectum. Dans la région anale, les chancres peuvent aussi être douloureux. Il peut être nécessaire de pratiquer une anoscopie pour visualiser un chancre anorectal. La syphilis secondaire peut se traduire par la classique éruption maculopapulaire, avec ou sans fièvre. Elle peut aussi se présenter sous forme de syndrome de type hépatite, avec malaise, fatigue, sensibilité douloureuse à la palpation de l'hypocondre droit et élévation modérée des enzymes hépatiques.

Les bactéries intestinales

Les patients infectés peuvent être asymptomatiques ou présenter des symptômes allant d'une diarrhée bénigne à une crise douloureuse abdominale aiguë avec diarrhée importante contenant du mucus, du pus et du sang, accompagnée de frissons et de fièvre. Les micro-organismes en cause sont *Shigella* et *Campylobacter*. Ce dernier requiert un milieu de culture spécial et le médecin aura donc intérêt à spécifier qu'il suspecte *Campylobacter* en adressant au laboratoire des prélèvements fécaux pour culture. La pathogénie de ces affections renvoie à une transmission fécale-orale. Il est recommandé de pratiquer des coprocultures de contrôle après traitement, pour s'assurer de l'éradication du germe.

Protozoaires

Entamoeba histolytica

Giardia lamblia

C'est également la transmission fécale-orale qui intervient dans la pathogénie de ces maladies. Les signes de l'amibiase et de la giardiase sont très voisins. Elles peuvent rester asymptomatiques. Elles peuvent se traduire par un météorisme ou un changement d'odeur des vents. Le patient souffre parfois de crises douloureuses paroxystiques ou épreintes. Les selles peuvent être plus fréquentes ou plus molles, avec mucus plus abondant. Les symptômes plus graves de l'amibiase, tels que diarrhée sanglante, fièvre et perte de poids, et ses complications métastatiques, telles qu'abcès du foie, du cerveau et amibiase cutanée, sont plutôt rares chez les homosexuels. Le diagnostic repose sur l'examen d'au moins trois selles, à quelques jours d'intervalle, à la recherche d'œufs et de parasites. Il vaut mieux obtenir la selle par purge avec un purgatif salin ou par suppositoire au bisacodyl. Après traitement, il est important d'obtenir au moins trois selles de contrôle, après purge, ne comportant plus ni œufs ni parasites.

Ectoparasites

Phtiriase pubienne

Gale

Les poux pubiens et leurs œufs (lentes) sont visibles. La mise en évidence du parasite de la gale se fait au microscope, après effondrement du toit du sillon cutané qui trahit la présence de l'acarien. Ces deux parasites provoquent de violentes démangeaisons.

Agents viraux

Herpès simplex

Les lésions peuvent se situer sur les organes génitaux, au niveau de la bouche, dans l'oropharynx, autour de l'anus ou dans le canal anal. Dans l'herpès anorectal, l'anoscopie montre une congestion et parfois du pus et des ulcérations. Les complications de l'herpès anorectal comportent la radiculomyélopathie lombo-sacrée ou la méningomyélite sacrée, se traduisant par une sciatique, des paresthésies

des extrémités inférieures et un dysfonctionnement urinaire.

Condylomes vénériens

Ces lésions en forme de chou-fleur peuvent se situer sur les organes génitaux, autour, dans la région périnéale ou à l'intérieur du canal anal.

Hépatite

Chez les homosexuels hommes, l'hépatite B se contracte le plus souvent par coït anal passif. L'hépatite A est le plus souvent associée à des contacts bouche-anus. L'hépatite virale non A - non B peut aussi être contractée par relations homosexuelles. Ces hépatites peuvent rester asymptomatiques. Les symptômes classiques des hépatites A et B comportent malaises, fatigues, anorexie, urine foncée, selles décolorées et ictère. L'hépatite B, mais non l'hépatite A, peut donner lieu à une présence chronique d'antigènes dans le sang. Les porteurs chroniques peuvent développer une maladie cliniquement active qui, dans d'assez rares cas, peut aboutir à une cirrhose ou un cancer hépatocellulaire. Les porteurs chroniques de l'hépatite B sont aussi des réservoirs d'infection pour d'autres homosexuels qui n'avaient pas été exposés au virus auparavant. Nous disposons à présent d'un vaccin inactivé contre l'hépatite B. Du fait de la présence fréquente, chez les homosexuels hommes, d'anticorps dirigés contre l'antigène de surface de l'hépatite B (anti-HBs), témoignant de la présence d'anticorps protecteurs contre l'hépatite B, la prévention la plus efficace et la moins coûteuse consisterait à rechercher chez tous les homosexuels hommes la présence de l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg, dont la présence signifierait une hépatite B aiguë ou un porteur chronique) et de l'anticorps anti-HBs. Celui chez qui ces témoins d'une infection actuelle ou antérieure sont retrouvés n'est pas un candidat à la vaccination.

Infection à Cytomégalo virus

La transmission sexuelle représente un mode de transmission important du Cytomégalo virus chez les adultes, et les homosexuels hommes sont plus exposés que les hétérosexuels. Les infections à Cytomégalo virus sont le plus souvent cliniquement muettes chez les homosexuels. Mais des symptômes infectieux, de type mononucléose, avec fièvre, malaises et hépatite bénigne, peuvent être présents. Le diagnostic se fait par culture du virus à partir de sécrétions corporelles (pharynx, urine, sperme ou sang) ou par dosage des anticorps sériques par immunofluorescence. Les infections aiguës se traduisent par une élévation des taux d'anticorps IgM anti-cytomégalo virus, tandis que les anticorps IgG signent une infection passée.

Problèmes traumatiques

Incontinence fécale

Elle s'avère être une complication extrêmement rare de coïts anorectaux.

Hémorroïdes prolabées

C'est là une complication exceptionnelle de coïts anorectaux passifs. Il est important d'exclure une autre cause éventuelle de saignement rectal, au-dessus du niveau des hémorroïdes, en pratiquant une sigmoïdoscopie.

Fissure anale

C'est là encore une complication inhabituelle de coïts anorectaux passifs. Il est également important d'exclure d'autres lésions, qui pourraient ressembler à des fissures, telles que des chancres syphilitiques, des vésicules herpétiques au toit effondré, et d'autres causes de douleur et de saignement rectal, telles que rectite à Chlamydia, rectite

herpétique, affection inflammatoire intestinale et carcinome.

Corps étrangers

Il arrive aux hommes comme aux femmes, aux homosexuels comme aux hétérosexuels, d'introduire toutes sortes de corps étrangers dans l'anus et le rectum à des fins érotiques. Quand ces objets ne sont pas faciles à extraire au cabinet médical ou dans le service d'urgence, il vaut mieux en confier le soin au proctologue en salle d'opération, en raison du relâchement musculaire procuré par l'anesthésie générale.

Déchirures rectosigmoïdiennes

L'introduction de la main ou même de l'avant-bras aux fins d'assouvissement sexuel peut provoquer des déchirures rectosigmoïdiennes. Bien qu'elles restent habituellement plutôt superficielles, elles peuvent se compliquer d'hémorragie grave ou de péritonite. Aussi conviendrait-il de déconseiller ces pratiques anormales.

Rectite allergique

Des lubrifiants ou lavements contenant des colorants ou des parfums allergènes peuvent être à l'origine d'une inflammation anale.

Œdème du pénis

Un œdème chronique du pénis peut être le fait de relations très fréquentes ou particulièrement vigoureuses, d'une dermatite de contact (lubrifiants contenant des colorants ou des parfums allergènes), ou encore de l'utilisation habituelle d'anneaux pénéens.

Sinusite chimique et brûlures par inhalation de nitrites

Le contact direct avec les nitrites inhalés peut rendre la peau ou la muqueuse du nez douloureuses, avec écoulement séreux jaune. L'utilisation régulière de ces produits peut aussi se traduire par des symptômes de congestion des sinus.

Violence sexuelle sur hommes

Bien que, dans la plupart des juridictions, le viol désigne la pénétration par l'organe sexuel mâle imposée à une femme, sans son consentement, les hommes peuvent aussi être victimes de violences sexuelles. Il faut se préoccuper et de la victime et de son droit à engager des poursuites.

Le syndrome d'immunodépression acquise (S.I.D.A.).

Historique

Avant 1979, les rares cas de sarcomatose de Kaposi observés aux Etats-Unis concernaient des vieillards, des patients d'origine juive ou méditerranéenne ou encore sous immunosuppresseurs. Chez ces patients, la prolifération tumorale était rarement létale. La pneumocystose à *Pneumocystis carinii* s'observait aussi essentiellement dans la population des patients adultes sous chimiothérapie anticancéreuse. En 1981, le *Center for Disease Control* (C.D.C.) des Etats-Unis (Centre de contrôle des maladies d'Atlanta) rapportait 26 cas d'homosexuels hommes atteints de sarcomatose de Kaposi et 15 cas de pneumocystose à *Pneumocystis carinii* diagnostiqués au cours des deux années précédentes. L'âge de ces patients s'étendait de 26 à 51 ans, avec une moyenne de 39 ans. Depuis ce premier rapport, il a été fait état d'autres infections par agents pathogènes opportunistes, notamment virus de l'herpes simplex, virus zona-varicelle, cytomegalovirus, *Toxoplasma gondii*, *Candida albicans*, *Cryptococcus neoformans* et *Cryptosporidium*. On a également décrit récemment, sur-

venant chez des homosexuels hommes, un syndrome de lymphadénopathie généralisée persistante, un type de purpura auto-immun thrombocytopénique et plusieurs cas de lymphome non hodgkinien indifférencié, diffus. En juin 1982, on dénombrait, aux Etats-Unis, 452 cas de sarcomatose de Kaposi et d'infections opportunistes. Il y a eu 117 décès. Bien que 77 % des cas aient été observés à New York, en Californie et en Floride, des cas de sarcomatose de Kaposi ont été rapportés dans 23 états et dans 8 autres pays. Durant l'été 1982, 40 % des nouveaux cas concernaient des homosexuels, tandis que les hétérosexuels constituaient maintenant 20 % de la totalité des cas de ce qu'on avait estimé originellement être un symptôme affectant essentiellement les homosexuels. Le syndrome d'immunodépression acquise (S.I.D.A.), ainsi qu'on l'appelle désormais, a été retrouvé chez 34 réfugiés, haïtiens, dans cinq états, et chez trois hémophiles, sans rapport les uns avec les autres, qui avaient reçu des facteurs sanguins de coagulation.

Bien que l'étiologie de ces affections n'ait pas encore été déterminée, plusieurs particularités orientent vers une dépression de l'immunité cellulaire. La plupart des patients présentaient une anergie cutanée, une lymphopénie, un taux de lymphocytes T abaissé, inversion du rapport au sein des lymphocytes T entre cellules helper (auxiliaires) et cellules suppressives, et réponse mitogénique et antigénique des lymphocytes T abaissée. Les hypothèses étiologiques actuelles mettent en cause des agents infectieux, en particulier les virus, et des facteurs de l'environnement, en particulier des drogues euphorisantes.

Diagnostic

Les premiers signes cliniques et histologiques de la sarcomatose de Kaposi peuvent être méconnus, d'où un retard dans le diagnostic. On peut prendre les premières lésions pour des contusions, des piqûres d'insectes ou des nævi pigmentaires communs. Ce sont de petites macules, papules, plaques ou nodules rouge-pourpre ou marron, de 2 à 20 mm, qui peuvent se situer sur les extrémités inférieures, les extrémités supérieures, le tronc ou dans la bouche. On a rapporté des cas où les lésions se situaient dans le tractus gastro-intestinal, sans aucune manifestation cutanée. Il peut y avoir une lymphadénopathie généralisée. Les patients atteints de pneumocystose à *Pneumocystis carinii* peuvent tousser, avoir mal à la poitrine ou souffrir de dyspnée. Les radiographies thoraciques peuvent être parfaitement normales au début, mais le dosage des gaz du sang artériel révèle souvent une hypoxie. Le diagnostic de pneumocystose à *Pneumocystis carinii* se fait essentiellement par biopsie pulmonaire.

Prévention

Les organisations homosexuelles des grandes villes des Etats-Unis ont créé des comités et fondations pour rassembler des fonds destinés à promouvoir les recherches sur le S.I.D.A., à venir en aide aux patients atteints du S.I.D.A. et à leurs amis, ainsi qu'à informer la communauté homosexuelle sur ces problèmes épidémiologiques. Puisqu'il est possible que S.I.D.A. relève d'un agent sexuellement transmissible, nombre de médecins concernés (dont les organisations de médecins homosexuels, telle Bay Area Physicians for Human Rights) conseillent aux homosexuels hommes qui ont de nombreux partenaires de réduire leur activité sexuelle en réduisant le nombre de leurs partenaires et de s'en tenir à des partenaires dont ils savent qu'ils sont en bonne santé. C'est le nombre croissant de partenaires sexuels anonymes différents, non l'activité homosexuelle en tant que telle, qui semble augmenter le risque de S.I.D.A.



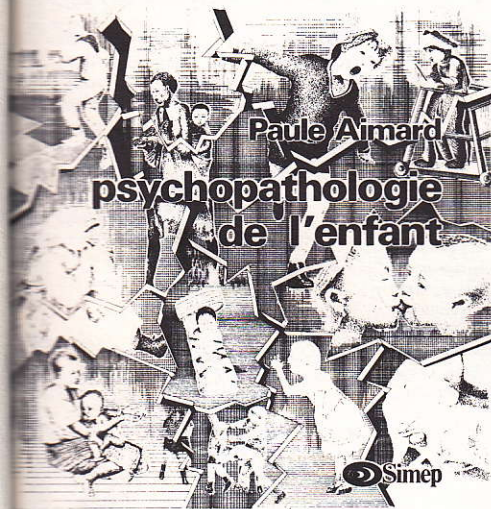
Conclusion

Il faut que les médecins revoient leurs attitudes et préjugés, d'abord concernant leur propre sexualité et leurs propres relations, puis celles des autres. Ce sont souvent ceux qui n'ont pas bien intégré leur propre sexualité, qui ne se sentent pas à l'aise avec elle, que leur orientation soit hétérosexuelle ou homosexuelle, qui font preuve d'attitudes négatives à l'égard des homosexuels. Les médecins devraient s'interroger sur la façon dont ils réagissent face aux homosexuels et à leurs relations, et prendre conscience que ces relations font souvent peur et qu'elles ne sont pas facilement comprises par une société à orientation hétérosexuelle. Le patient homosexuel a le droit de savoir si un médecin est disposé à respecter son style de vie et ses relations comme pouvant au moins virtuellement représenter des alternatives saines à l'hétérosexualité.

Le patient homosexuel a les mêmes sentiments et besoins qu'un sujet hétérosexuel — à la seule différence que son besoin de relations intimes se trouve comblé par une personne du même sexe. ■

Références

1. Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. Sexual Behavior in the Human Male. Philadelphia ; W.B. Saunders Co. : 1948.
2. Hooker E. The adjustment of the male overt homosexual. J. Projective Techniques. 1957 ; 21 : 18-31.
3. Bell A.P., Weinberg M.S. Homosexualities : A study of Diversity Among Men and Women. New York : Simon and Schuster ; 1978.
4. Owen W.F. Jr. The clinical approach to the homosexual patient. Ann. Intern. Med. 1980 ; 93 : 90-92.
5. National Coalition of Gay Sexually Transmitted Disease Services. Guidelines and Recommendations for Healthful Gay Sexual Activity, 2d edition. Milwaukee ; N.C.G.S.T.D.S. : 1982.
6. Owen W.F. Jr. Sexually transmitted diseases and traumatic problems in homosexual men. Ann. Intern. Med. 1980 ; 92 : 805-808.
7. Robertson P., Schachter J. Failure to identify venereal disease in a lesbian population. Sex. Transm. Dis. 1981 ; 8 : 75.



Paule Aimard

1980, 1 volume, 21 x 21, broché
188 pages, 12 figures,
ISBN 2.85334.170.4 173,00F

En vente chez tous les libraires spécialisés
ou à défaut à notre adresse : SIMEP S.A.
18 À 46 RUE DE BRUXELLES — BP
214 — 69611 VILLEURBANNE CEDEX.

Psychopathologie de l'Enfant

Comment situer ce nouvel ouvrage du Dr Paule Aimard par rapport aux traités ou manuels de psychopathologie infantile? Il est dans la ligne d'un certain classicisme de la clinique psychiatrique infantile mais la présentation et l'esprit n'en sont pas traditionnels.

Partant d'exemples cliniques, admirablement contés, il donne la parole aux situations réelles, à la pratique concrète, souvent bien différente des cadres théoriques et ce, grâce au matériel et à l'expérience résultant de vingt ans de pratique pédopsychiatrique.

Il refuse les schémas d'interprétation univoques et se veut ouvert à toutes les optiques qui peuvent éclairer l'approche de l'enfant, des théories les plus traditionnelles aux moins connues.

Dans l'idée que la psychiatrie peut sortir de sa Tour d'Ivoire, il propose des incursions sur des territoires proches, des disciplines des sciences humaines qui élargissent l'angle de vue (anthropologie, histoire des mentalités, éthologie, etc.) : un pas dans le sens de l'interdisciplinarité que souhaitent tant de chercheurs.

Il sort de la Tour de Babel des jargons d'usage, par une présentation claire, accessible à tous : le style est personnel et se veut incitation au dialogue.

Les objectifs sont résolument pratiques. Comment chacun peut-il jouer un rôle, apporter une aide, au niveau de la prévention, la détection, du traitement des enfants dont les difficultés psychiques

peuvent être courantes ou sévères? Le regard est très personnalisé et la volonté délibérément thérapeutique.

Si cet ouvrage s'adresse, en priorité, aux médecins généralistes, aux pédiatres, parfois peu préparés au rôle exceptionnel qu'ils peuvent jouer, en particulier au cours de la petite enfance, aux pédopsychiatres, la clarté de l'ouvrage en fait une excellente introduction pour les spécialités paramédicales : psychologues, orthophonistes, rééducateurs de la psychomotricité, éducateurs spécialisés, infirmières, pour les pédagogues ou tous ceux qui ont à intervenir dans la vie de l'enfant. Le lecteur y retrouvera le mélange d'érudition, d'enthousiasme et d'expérience clinique déjà appréciés dans les livres que Paule Aimard a consacrés au langage de l'enfant.

Panorama de l'enfance :

La genèse des premiers troubles
Les chemins aléatoires du diagnostic, réflexion et méthodologie
Les syndromes psychiatriques sévères et leurs frontières
Des simples retards aux dysfonctionnements sévères
Le corps et les troubles d'expression somatique
Quand parle-t-on de troubles du comportement?
Mosaïques et engrenage : ou comment interfèrent inné et acquis
Ressources et paradoxes thérapeutiques

