



BULLETIN D'INFORMATION N° 48 – MARS 2009

- ❑ Pour continuer à recevoir notre Bulletin, merci de nous informer d'un éventuel changement d'adresse e-mail
- ❑ Chaque mois, je vous explique sans tabou, ni jargon, votre quotidien féminin médical. Je souhaite vous aider à mieux comprendre le langage de votre corps en répondant à mille et une questions que vous vous posez, des plus simples aux plus intimes, dans les domaines les plus variés. Visitez aussi le site : www.docteurdavidelia.com
- ❑ Retrouvez moi en vidéo et audio sur le podcast : [Cliquez Ici](#)

Edito du Mois

Les GPA : vous, vous êtes pour ou contre ?



Vous souvenez-vous du Dr SACHA GELLER, ce médecin Marseillais génial et surdoué ? Il s'était farouchement battu dans les années 80 pour que soit légalisé le principe des « mères porteuses » : celles ci devaient « livrer » le bébé au couple après l'avoir « porté » neuf mois. GELLER se battait pour *la « procréation pour autrui »* : ici c'est la femme qui porte après avoir été inséminée par le sperme du couple demandeur .Elle donne son ovocyte et donc aussi 50% du patrimoine génétique de l'enfant. GELLER « agitateur d'idées créatrices » n'en était certes pas à sa première polémique, lui qui avait organisé les banques de sperme du CEFER : un concurrent des CECOS qui ... rémunérait les donneurs. Résultat : plusieurs mois d'attente aux CECOS contre quelques semaines au CEFER. Sacha GELLER fut conspué, dénigré, condamné au silence par les différentes autorités de l'époque. Quant à moi je l'avoue que je ne le soutins pas vraiment ce qui revenait, soyons clairs, à le « lâcher », comme tous les collègues de l'époque. Je regrette aujourd'hui de ne pas avoir compris qu'il avait

raison, sans doute comme souvent beaucoup trop tôt.

Exit donc Sach GELLER donc et avec lui l'idée avant-gardiste de vouloir légaliser les « porteuses » en leur reconnaissant le droit à quelques rémunérations de dédommagement. Le temps passe et bientôt 30 ans après, voici revenir en 2009 au débat social les GPA : traduisez les Gestations Pour Autrui. La très prochaine révision de la loi de bioéthique doit décider ici de ce qui est légal ou non. Cette fois ci, Fécondation in Vitro oblige, on va bien plus loin que les « porteuses » : une femme prête ici véritablement son utérus à l'embryon conçu in vitro du couple stérile dont la femme n'a pas ou plus d'utérus.

Autant vous dire que les Français sont pour. Globalement 61% d'entre eux y sont favorables : 87% si c'est pour un couple hétérosexuel, 62% s'il s'agit de célibataires et ... seulement, mais tout de même, 55% si c'est pour un couple homosexuel (*).

Quelle est mon opinion ? Je suis « pour », car si les arguments « contre » sont pour certains évidents, ceux « pour » l'emportent de loin, à mon avis :

Les arguments « Contre »

- La commercialisation du corps humain
- L'asservissement du corps féminin
- Les dérives possibles de la GPA (femmes « paresseuses », « occupées », et faisant faire leurs enfants...)
- La désacralisation de la maternité
- Les risques psy pour le couple receveur, pour la fratrie
- La santé psychique et physique de la mère et enfant à naître

Les arguments « pour » :

- La souffrance indicible des couples confrontés à la détresse de l'infécondité, à l'humiliation et au désarroi de devoir aller chercher « ailleurs » des solutions
- Les résultats de la GPA en termes de réussite médicale : ils sont bons dans l'ensemble
- L'impossibilité physique d'une grossesse (pathologies contre indiquant la grossesse)
- L'injustice ressentie au regard des autres causes d'infécondité de plus en plus curables
- L'impossibilité de proposer une autre solution médicale
- Les difficultés notoires à l'adoption
- La GPA permet une filiation à 100% génétique du couple
- Les dérives de GPA à l'étranger ou les lois sont plus permissives avec la discrimination des moyens financiers alors nécessaires
- Les difficultés au retour en France quant à la légalisation e la naissance

Alors quelle est mon opinion ? Je suis
« pour les GPA » légalement bien
encadrées, car si les arguments

« contre » sont pour certains évidents,
ceux « pour » l'emportent de loin, à
mon avis.

Et vous quel est le votre ?

*sondage réalisé par Ipsos pour le magazine Top Santé et France 5 et communiqué en février 2009

L'Académie nationale de médecine elle, vient de se déclarer « Contre » le 10 Mars 2009 :

- « consciente de l'importance du désir d'enfants de certains couples frappés par une infertilité d'origine utérine d'autant que les autres causes de stérilité ont trouvé une solution grâce au secours des techniques d'AMP,
- considère qu'au titre de sa mission médicale elle ne peut être favorable à la GPA.
- tient à souligner que la démarche de la GPA se situe sur un terrain totalement différent. Par la nature des problèmes qu'elle soulève, la GPA interpelle avant tout la Société et relève de la décision du législateur.
- considère que, tout à fait consciente de sa responsabilité médicale, il lui appartient d'apporter tous les éléments concernant les complications que pourrait entraîner une éventuelle reconnaissance législative, complications et situations complexes contre lesquelles elle met en garde. »

Vous et Votre Poids

Quel régime choisir ? (Interview du Dr D. Elia pour e-sante.fr)



On ne peut pas perdre de poids si l'on suit un **régime équilibré**, qui, par définition, apporte autant de **calories** que l'on en dépense par jour.

Il s'agit ici d'une première incompréhension que je constate souvent lors de mes consultations : « Docteur, je pèse 10 kg de trop depuis quelques années et pourtant si vous saviez comme je mange équilibré ». La stratégie pour **perdre du poids** est justement

de manger déséquilibré, c'est-à-dire de dépenser plus de calories que l'on en absorbe. Ce déséquilibre peut être obtenu avec un **régime hypocalorique**, où il n'y a pas assez de **calories** par rapport aux dépenses, ou avec une **diète protéinée**.

En revanche, le **régime équilibré**, c'est celui qu'il faudra suivre une fois les kilos superflus perdus.

Que pensez-vous du régime hypocalorique ?

Le **régime hypocalorique** est une stratégie qui est lente. Il est difficile de perdre plus d'un kilo et demi à deux kilos par mois, en continuant de manger correctement, mais moins. Et comme les femmes ont faim, elles ne tiennent pas toujours très longtemps. Elles craquent souvent au bout d'un, deux ou trois mois, et vont reprendre aussitôt un kilo alors qu'elles en ont perdu 3. De ce fait, elles reprendront ce **régime** pour le lâcher à nouveau au bout de quelques mois et ainsi de suite. Je constate dans ma pratique quotidienne qu'une femme sur trois arrive à

son objectif cible après de nombreux mois, voire une année, de ce type de régime. Et pour cause, cette stratégie est affamante et frustrante car il est nécessaire d'éviter pendant de longs mois tous les aliments très caloriques, que l'on aime tous, comme les pâtisseries, la charcuterie, les fromages, les gâteaux, les frites, etc. On risque ainsi de développer des troubles du comportement alimentaire, de la culpabilité, sans parler de l'impact négatif sur l'entourage de ces femmes en perpétuel régime.

C'est pour ces raisons que pour ma part, je recommande plutôt la **diète protéinée**. Tout comme le **régime hypocalorique**, cette **diète** doit être coordonnée par le médecin. Attention, il ne s'agit pas ici d'un **régime protéiné** « sauvage » qui consiste à acheter des **sachets de protéines** en pharmacie ou parapharmacie et à les prendre sans aucune surveillance et sans prescription. Cette

pratique me paraît inefficace avec un gros risque de reprendre du **poids** dès l'arrêt, et dangereuse avec notamment des risques de vrais malaises voire d'accidents plus ou moins graves. La vraie **diète protéinée** est une démarche très médicalisée qui induit un métabolisme très particulier, la cétogénèse.

Quels sont les avantages de la diète protéinée ?

1) Dès l'initiation de ce métabolisme particulier (5 sachets par jour + légumes + compléments alimentaires + 100 grammes de vraies protéines alimentaires), les femmes n'ont plus faim, ce qui est très confortable en cas de **régime**. En revanche, les envies ne sont pas annulées. La composante **calorique** de la faim est calmée mais pas la composante plaisir, celle que l'on éprouve face à un aliment qui sent bon par exemple ou que l'on apprécie tout particulièrement par gourmandise.

2) La **diète protéinée** ne fatigue pas, à l'inverse parfois du **régime hypocalorique** qui peut être responsable d'un manque de tonus,

voire de malaise, en raison de l'insuffisance **calorique**. La **diète protéinée** peut même parfois s'accompagner d'une vitalité supplémentaire.

3) La **perte de poids** est très rapide, avec en moyenne une perte de 10% du **poids** de départ en 4 semaines. Si l'on pèse 60 kg par exemple, on peut arriver à 54 kg au bout d'un mois, soit 6 kilos en moins en 4 semaines.

4) C'est probablement l'une des techniques qui préserve le mieux la masse musculaire. L'immense majorité des **kilos** perdus se fait au détriment de la graisse et non des muscles.

Quels sont les inconvénients de la diète protéinée ?

Il existe un inconvénient notoire qui est social et convivial. En effet, lorsqu'on suit une **diète protéinée**, on ne s'alimente plus de façon traditionnelle, ce qui empêche de sortir, d'aller au restaurant ou d'aller dîner chez des amis.

Cet inconvénient est modéré par le fait que la durée de cette **diète** est assez courte car très rapidement efficace.

Reprend-on rapidement les kilos perdus à l'arrêt ?

Oui, on reprend très vite les **kilos perdus** si l'on n'entame pas immédiatement la deuxième partie de la démarche. La **diète protéinée** est une sorte de starter qui permet d'atteindre rapidement le **poids** désiré, ce qui permet ensuite d'entrer dans le vif du sujet, c'est-à-dire apprendre à s'alimenter correctement, de façon équilibrée, en corrigeant ses erreurs. Sans cette seconde étape, la **diète protéinée** ne sert à rien, comme c'est le cas aussi avec tous les autres types de régime, y compris hypocalorique. Si une fois le poids cible atteint, on remange « comme avant », on reprend aussitôt du **poids**.

Une fois donc le poids cherché obtenu (par régime hypocalorique ou par diète protéinée), il faut repérer les erreurs alimentaires habituelles avec le médecin grâce à un bilan nutritionnel qui permet de définir le profil de chaque femme. Souvent, les femmes ne consommaient pas suffisamment de glucides lents (féculents, pâtes, riz, pommes de terre, pain) de peur de grossir. Or la part des glucides doit atteindre 50% des calories quotidiennes afin d'être suffisamment rassasié. C'est l'assaisonnement de ces glucides qui fait grossir (beurre sur le pain, parmesan sur les pâtes, sauce sur le riz...). L'autre erreur

classique est une insuffisance en protéines (viandes, volaille, poisson) : 10 à 15% de protéines ce n'est pas suffisant, il faut atteindre 25%. C'est simple, tout ce qui n'est pas glucides ni protéines appartient forcément à la catégorie des lipides (les graisses), laquelle est deux fois plus **calorique** et peu rassasiante.

Il n'est pas question d'instaurer un nouveau régime ni de donner des consignes très sévères qui feraient le lit de l'échec. L'objectif est de contrôler les erreurs les plus faciles à modifier. C'est le grand principe des thérapeutes : bouger ce qui est le plus facile et ne pas bouger ce qui est difficile. Les missions impossibles sont frustrantes et mènent à l'échec, d'où l'intérêt de discuter avec son médecin de ses habitudes. Personnellement, je veille particulièrement à ce que mes patientes n'aient pas faim entre les repas. Si c'est le cas, c'est qu'elles ne consomment pas suffisamment de glucides et de protéines. Ensuite, j'insiste pour qu'elles s'accordent régulièrement des repas plaisir : par exemple 2 « repas plaisir » sur les 14 repas de la semaine. Grâce à de telles dérogations, elles n'accumulent pas de frustration et la balance ne s'en ressent pas...

En quoi consiste la diète protéinée ?

La **diète protéinée** est une méthode de **perte de poids** rapide et efficace. Elle doit être encadrée médicalement. Une fois la **perte de poids** atteinte (environ 10% du **poids** initial en 4 semaines), il est impératif de reprendre une

alimentation équilibrée en corrigeant ses erreurs alimentaires. Cette 2^e étape de la **diète protéinée** nécessite, là encore, une étroite collaboration avec son médecin. En quoi consiste exactement cette **diète protéinée** ?

Comment se déroule une diète protéinée ?

La **diète protéinée** consiste à se nourrir toute la journée de 5 **sachets** de **protéines**. Le médecin choisit parmi les meilleurs produits disponibles sur le marché, garantissant des **protéines** de haute qualité. L'offre est

aujourd'hui très large, certains sachets permettant d'obtenir des goûts, des saveurs et des textures très variés : sucrés, salés, liquides, solides, soupes, crèmes, omelettes, desserts chocolatés, mousses, etc.

Les sachets protéinés sont-ils les seuls aliments autorisés ?

Cette alimentation par **sachets** est complétée par des légumes. Certains sont à consommer à volonté, d'autres sont à limiter à 200 g par jour. Pourquoi ? Parce qu'il faut choisir des légumes qui contiennent très peu de sucre. En effet, la **diète protéinée** consiste à induire un métabolisme très particulier : la cétogenèse.

Or cette cétogenèse n'est possible qu'à condition d'adopter une alimentation qui n'apporte pas **plus** de 50g de glucides par jour. Dès cette limite dépassée, la cétose ne se produit pas et les **sachets protéinés** deviennent complètement inutiles.

Cette condition doit bien être expliquée aux femmes. Tout écart, aussi anodin peut-il sembler, comme un petit morceau de pain le matin ou une mandarine par exemple, peut annuler l'état de cétose et l'effet de la **diète protéinée**. Encore une fois, ce ne sont pas les calories qui comptent dans le cadre de cette **diète**, mais la teneur en glucides, laquelle ne doit pas dépasser 50 g par jour. Résident ici les causes d'échecs de ce **régime**.

En plus des légumes à volonté (ceux ne contenant quasiment pas de sucre) et des légumes limités (ceux contenant un peu de

sucre), d'autres aliments sont autorisés : une cuillère à soupe d'huile par jour, du sel, du poivre, du vinaigre, le thé et le café sucrés avec de l'aspartam et non avec du sucre normal, et toutes les boissons light à l'aspartam.

Personnellement, j'autorise également 100 g de vraies **protéines**, soit l'équivalent d'une portion enfant de poulet, de jambon, de fruits de mer, de poisson. De cette façon, on peut encore faire un repas de viande et légumes, ce qui permet de se mettre à table et de mâcher des vrais aliments.

La diète protéinée peut-elle entraîner des carences alimentaires ?

Je prescris toutes sortes de compléments alimentaires : des vitamines et des oligoéléments pour éviter les carences, même si la **diète protéinée** ne dure pas longtemps dans le temps (quelques semaines). Mais aussi du calcium, ainsi que du potassium et du sodium, deux éléments qui sont éliminés dans les urines de façon excessive lorsque l'on est en cétose.

Il existe beaucoup d'incidents de type malaise, d'hypotension lors des **diètes protéinées** « sauvages », non encadrées par un médecin, en raison de cette fuite de sodium (une carence en sodium dans le sang fait baisser la tension artérielle). Quant à la carence en potassium, elle est à l'origine de crampes.

L'après diète protéinée



La **diète protéinée** permet d'atteindre rapidement le poids ciblé et offre ensuite la possibilité d'entrer dans le vif du sujet, que je considère **comme le moment déterminant** où l'on va mettre en place en collaboration une diète pour la vie. Il ne s'agit pas d'un **régime** mais au contraire d'instaurer un comportement alimentaire qui doit répondre à trois obligations : ne pas affamer entre les repas, ne pas frustrer et enfin ne pas mettre en danger par rapport au poids qui peut augmenter à nouveau. Ce comportement alimentaire (et non un régime) doit être recommandé en analysant précisément le comportement habituel

précédant la diète protéinée. Pour faire bref, on en éliminera les fautes faciles à éviter et on conservera celles difficiles. On aura pour but non seulement que la faim soit rassasiée à chaque repas et aussi de s'octroyer 2 repas « joker »/semaine (ou l'on mange sans limite tout ce que l'on aime).

Cette nouvelle « diète pour la vie » doit être bien pensée avec le médecin.

Ménopause

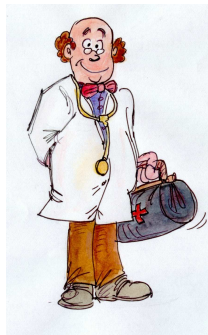
Je suis âgée de 58 ans et je suis étonnée car la densitométrie prescrite par mon médecin traitant n'a pas été remboursée par la sécurité sociale. Quelles en sont les raisons ?



En fait, la densitométrie est remboursée par la sécurité sociale depuis 2006 mais à certaines conditions : que votre maman se soit cassé le col du fémur, que vous ayez déjà eu une ou plusieurs fractures ostéoporotiques, que vous ayez pris pendant plus de 3 mois des médicaments corticoïdes à haute dose, que vous ayez éventuellement subi un traitement susceptible de décalcifier le squelette, que

votre indice de masse corporelle (votre poids en kilos divisé par votre taille en m²) soit inférieur à 19. Dans la pratique, on peut estimer que moins de 50% des densitométries osseuses pratiquées dans notre pays sont aujourd'hui remboursables par la sécurité sociale.

Je ne vois pas l'utilité de consulter un médecin à la ménopause !



Certaines femmes, convaincues que la ménopause doit se passer sans aide, ne vont pas consulter. Il va sans dire que nous sommes foncièrement opposés à cette attitude fataliste qui n'engendre trop souvent qu'une

aggravation de tous les symptômes. Le médecin peut d'abord vous apporter l'explication claire et nette du phénomène physiologique que vous êtes en train de vivre, en le replaçant dans le contexte socioculturel

qui est le vôtre. Il vous expliquera que la ménopause, ce n'est pas "le début de la fin", mais une autre étape de votre vie de femme. Il vous expliquera aussi qu'une partie des troubles dont vous vous plaignez - mais une partie seulement - peut être imputée à la carence estrogénique et qu'il vous faut chercher la cause de la majorité de ces troubles dans votre environnement social et familial quotidien.

Raison de plus pour douter - direz-vous - de l'efficacité d'une aide médicale... ! Vous auriez tort. Pourquoi des troubles psychologiques ou psychosomatiques échapperaient-ils à toute tentative d'amélioration? Comprenez bien qu'il

ne s'agit pas de vous administrer de quelconques sédatifs. L'aide - toute relative peut-être - que vous pouvez attendre du médecin se situe cependant à plusieurs niveaux :

- une prescription d'hormones estrogéniques, en particulier associées à de la progestérone, peut avoir des effets spectaculaires ;
- certains médicaments, dont le rôle est d'agir sur l'hypothalamus et l'hypophyse, peuvent se révéler éventuellement utiles (c'est le cas du sulpiride et du cyclofénil) ;
- une psychothérapie peut être intéressante, mais ne résoud pas vraiment l'aspect physiologique du problème.

Prendre des hormones : pourquoi pas ?



On est à peu près sûr maintenant que les estrogènes et la progestérone déterminent pour une part l'état de notre moral. Cette influence hormonale a d'ailleurs été mise en évidence par de nombreuses expériences ; par exemple, lorsqu'on administre des hormones femelles (estrogènes) à un animal mâle, on obtient une totale déconnexion de son agressivité. On sait également que lors de la vie intrafoetale, dans le ventre de la mère, c'est l'inondation de l'organisme du fœtus par des hormones mâles ou au contraire par des hormones femelles qui caractérise le

développement (dans le sens femelle ou dans le sens mâle) de l'hypothalamus. De même, nous avons tous constaté (et les femmes le sentent très bien elles-mêmes) combien le caractère peut changer selon que l'on se trouve en début ou en fin de cycle, et l'on sait combien bénéfique peut être l'administration d'estrogènes sur ces manifestations mentales. Ainsi, il est certain que le tonus, la volonté et le bonheur de vivre sont en partie fonction de l'administration d'estrogènes chez beaucoup de femmes ménopausées.

Comment agissent ces estrogènes ?

Certainement au niveau des récepteurs hypothalamiques, en modifiant les informations enregistrées. On sait en effet que tout ce qui se passe d'affectif ou d'émotionnel en nous est « traité » par l'hypothalamus, puis redistribué

sous la forme d'un vécu plus ou moins supportable. C'est sur ce traitement de l'information que les estrogènes exercent leur influence « optimisante ». Influence qui peut d'ailleurs s'exercer spontanément : ce qui

explique que certaines femmes ménopausées n'ont jamais de troubles psychiques, et qu'elles continuent à déployer un optimisme et un tonus que bien des jeunes pourraient leur envier. Il est à parier que, chez ces « privilégiées de l'âge », la carence estrogénique n'a pas été importante au point de provoquer

des troubles de caractère, surtout s'il s'agit de femmes équilibrées, qui acceptent leur âge et la nouvelle image d'elles-mêmes. Car, en matière de rééquilibrage moral, nous ne dirons jamais assez combien peut être grande l'influence de votre propre idée de la ménopause!

Vous au Quotidien

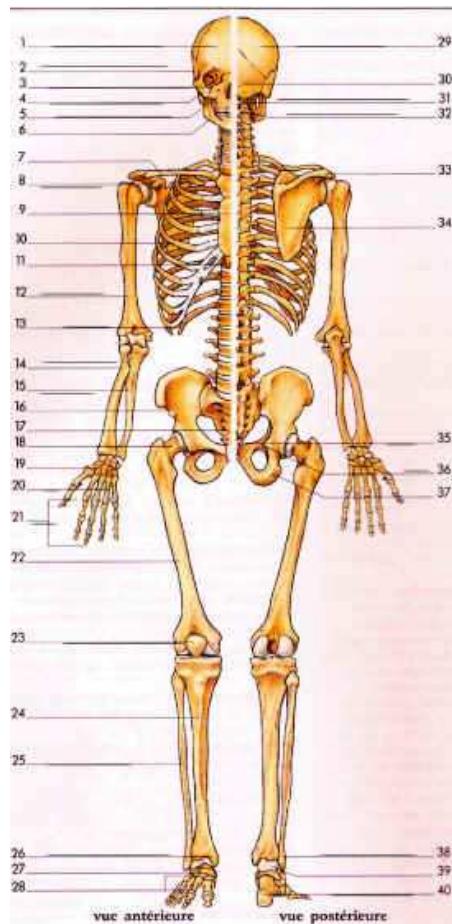
Je souffre d'infections urinaires à répétition et on m'a parlé de la canneberge. Quel est votre avis ?



Les infections urinaires à répétition sont provoquées par des germes qui viennent « s'accrocher » aux parois de la vessie. Le plus fréquent d'entre eux s'appelle *escherichia coli* (le colibacille). Il est vrai que le cranberry (c'est un fruit d'Amérique du Nord qui ressemble un peu aux myrtilles, de couleur rouge) contient une molécule qui décourage

les colibacilles de venir élire domicile dans la vessie. On peut espérer une diminution conséquente du nombre de récurrence si l'on s'astreint à une ou plusieurs cures régulières sous forme de gélules, de sachets, de comprimés.

Je viens d'être opérée d'un cancer du sein et mon médecin m'a prescrit des médicaments que l'on appelle anti-aromatases. Il veut aussi me donner un traitement pour l'ostéoporose alors que je n'ai que 48 ans. Pouvez-vous m'éclairer ?



Les anti-aromatases sont des médicaments que l'on donne aux femmes ayant eu un cancer du sein dont la tumeur comportait des récepteurs hormonaux positifs (l'immense majorité des tumeurs). Ce traitement est donné pour cinq ans. Il s'agit d'un traitement anti-estrogénique : il tarit totalement les sources hormonales estrogènes du corps. C'est

pourquoi le squelette peut éventuellement être déminéralisé au bout de quelque temps. Le médicament anti-ostéoporose qui vous a été donné l'a sans doute été après évaluation de votre masse osseuse. Cette procédure, si elle n'est pas obligatoire n'en est pas moins conforme aux recommandations de bonne pratique.

J'ai 25 ans, je n'ai plus mes règles depuis 4 mois, je constate des boutons d'acné sur le visage et j'ai les cheveux très gras. J'ai fait un test de grossesse et je ne suis pas enceinte. Je suis inquiète. De quoi peut-il s'agir ?



Il semble que pour une raison ou pour une autre (par exemple le stress, mais pas uniquement lui) vos ovaires se seraient arrêtés de fonctionner harmonieusement. Il est probable qu'ils ne fabriquent plus de progestérone (absence d'ovulation) et plus ou très peu d'estrogènes. Dès lors, les hormones mâles qui sont fabriquées par les glandes

surrénales et aussi par les ovaires peuvent être en trop grande quantité relative et occasionner les symptômes que vous décrivez. Une consultation médicale s'impose afin de diagnostiquer la cause du « trouble ovarien » et de vous proposer un traitement adéquat.

Pour être de bonne humeur avant les règles : pilule ou progestérone ?



Quelle qu'en soit la cause profonde, comment remédier à ce cortège d'ennuis prémenstruels? La solution la plus évidente est de donner à cet organisme carencé la progestérone qui lui manque. Celle-ci est administrée sous forme de comprimés à prendre du 16ème au 25ème jour du cycle. Cette thérapeutique est souvent efficace sur les symptômes prémenstruels. Quant au gel que l'on peut appliquer sur les seins douloureux, il faut toutefois le réserver aux cas de tension très mineure, car il n'est pas suffisant pour faire disparaître les «grands gonflements» du syndrome prémenstruel. La pilule peut également réaliser une bonne thérapeutique dans la mesure où elle efface totalement le cycle naturel ovarien et place l'organisme sur un régime hormonal dicté : il

n'y a pas d'ovulation, la progestérone est donnée quotidiennement, associée aux estrogènes dans des proportions adéquates. On peut ainsi garantir la disparition totale du syndrome prémenstruel. Nous avons parlé de la rétention d'eau causée par l'action des estrogènes : cela explique que certains médecins prescrivent tout naturellement des diurétiques, pour faire éliminer par les reins cet excès d'eau. Sachez que cette thérapeutique peut ne pas être anodine, surtout lorsqu'elle est systématiquement mise en place, douze mois sur douze, sans espoir de renouvellement. Certaines femmes se laissent également prescrire des tranquillisants. Est-il besoin de dire qu'ils n'ont aucune utilité thérapeutique ?

Du Côté des Mamans



Si l'on a subi une césarienne, est-on obligée d'en avoir toujours une ?

Tout dépend de la raison de la césarienne. S'il s'agit d'un bassin trop étroit par exemple, il faudra bien sûr à chaque fois refaire la césarienne. Mais s'il s'agissait d'un événement ponctuel (par exemple, un bébé qu'il avait fallu sortir rapidement pour une raison ou pour une autre), on peut alors tenter ce que l'on appelle « l'épreuve du travail » : on vous laisse accoucher par les voies naturelles à condition que tout se passe bien. Au fur et à mesure de

l'évolution de l'accouchement, on confirme, si tout va bien, que l'on peut vous laisser accoucher par voie basse ; mais à tout moment on peut réviser la décision et finir par faire quand même la césarienne. Cette procédure permet en général aux femmes ayant déjà eu une césarienne d'accoucher par les voies naturelles dans une proportion de 50% des cas.

J'ai déjà eu après un premier mariage 3 enfants avec césarienne. J'aimerais avoir un 4^{ème} enfant avec mon second mari. Je voudrais savoir si je devrais subir encore une césarienne et quels sont les risques pour moi et le futur bébé ?

Vous pourrez, en principe, sauf si les précédentes césariennes avaient posé quelques problèmes, subir une 4^{ème} césarienne.

Les risques pour l'enfant ne sont ni supérieurs ni inférieurs à ceux qui pourraient survenir lors

d'une première intervention. Quant aux risques vous concernant, ils sont ceux de la chirurgie, ni plus ni moins, et sont à évaluer de façon individuelle avec votre gynécologue.

Les signes qui doivent vous alerter pendant la grossesse



La plupart du temps, nous l'avons dit, une grossesse se passe très bien et l'état d'esprit

normal d'une future mère doit être à base de sérénité et de confiance. La nature se

débrouille assez bien depuis des millénaires pour que nous rejetions nos angoisses. Mais cela ne signifie pas qu'il faille négliger les signes d'alerte, au cas où ceux-ci se manifesteraient ;

- Les douleurs : au début de la grossesse, il se peut que vous ressentiez des petits tiraillements, des pesanteurs dans le bas-ventre. Si ces douleurs persistent, deviennent inhabituelles en violence ou en durée, consultez sans attendre votre médecin, car il n'est pas normal pour une femme enceinte d'avoir très mal dans le ventre.
- Le sang : il est tout à fait anormal de saigner lorsqu'on est enceinte. Bien sûr, au début de la grossesse, il peut y avoir de petits saignements intempestifs dont la signification n'est d'ailleurs pas bien connue, mais qui n'ont aucune signification défavorable pour la poursuite de la gestation. Mais il peut s'agir également d'une anomalie hormonale ou plus brutalement d'un début de fausse couche spontanée. Aussi, pour plus de prudence, consultez sans attendre le gynécologue dès qu'un saignement apparaît, afin qu'il puisse en détecter la cause. Si c'est simplement le col de l'utérus qui « saigne », ce n'est rien ; mais

parfois il peut s'agir d'une anomalie dans la position du placenta ou le développement de l'enfant. Dans ce cas, des dosages hormonaux où, mieux, une échographie de l'utérus préciseront le diagnostic. L'échographie est en effet l'examen-roi pour détecter si une grossesse est ou non en péril.

- La disparition des mouvements actifs : bébé ne bouge plus, ou bouge moins, alors qu'hier encore, il paraissait tellement vivant ! Consultez immédiatement le médecin. Il se peut que l'enfant souffre d'une anomalie du placenta ou que le terme soit dépassé, ou qu'une toute autre pathologie soit en train de commencer. N'attendez pas ; c'est un signe à prendre extrêmement au sérieux.
- Les brûlures en urinant, les envies trop fréquentes : il peut s'agir d'une infection urinaire très banale, comme la cystite par exemple. Même si elle n'occasionne qu'un léger inconfort, vous devez la faire traiter, vite et bien. Les infections urinaires chez la femme enceinte peuvent provoquer des accouchements prématurés ou même des maladies rénales assez graves. Donc, aucune négligence n'est permise.



Pour obtenir un renseignement sur le fonctionnement de la consultation qui a lieu uniquement sur Rendez-vous, contactez Sylvie YACOB son Assistante, du Lundi au Vendredi de 10 heures à 18 heures 30.

Tél. : [01.42.27.16.87](tel:01.42.27.16.87) ou [01.42.27.71.16](tel:01.42.27.71.16)

Fax : 01.47.63.79.91

Mail de Sylvie Yacob : docteurdavidelia@aol.com

Docteur David ELIA

2, rue de Phalsbourg-75017 PARIS – Métro : Monceau

E.D.D
Groupe
Communication
Santé