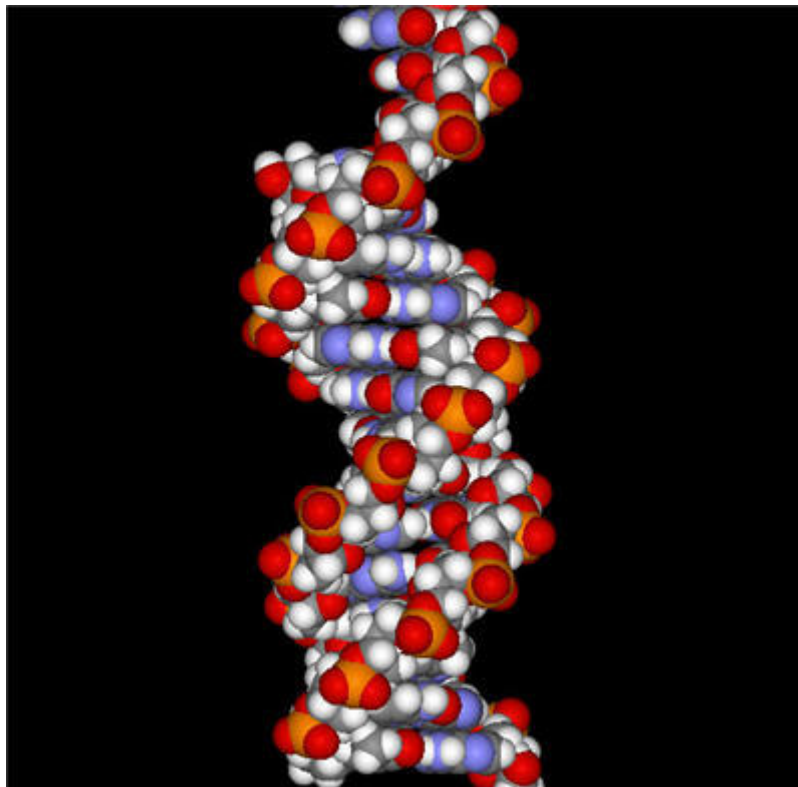




BULLETIN D'INFORMATION N° 46 – JANV 2009

- ❏ 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



JARKOV LE MAMMOUTH, NOE LE ZÉBU, ANDi LE MACAQUE, TETRA LE SINGE ET QUELQUES AUTRES...

ADN ! Le grand public ne sait évidemment pas ce que les trois lettres veulent vraiment dire mais avouez qu'elles sont définitivement passées dans le langage courant.

Et de Téléthons en recherches de paternité, d'empreintes génétiques à usage judiciaire en clonages imminents d'êtres humains, l'ADN fait maintenant partie du paysage de l'homme du XXIème siècle, au même titre que les enseignes de MacDo ! Le fameux corbeau qui envoyait des lettres aux parents du petit Grégory n'a qu'à bien se tenir : on recherche activement son ADN dans la salive qui a collé

Connaissez-vous l'histoire de Noé ? Sans doute non. Il s'agit pourtant du premier clone d'une espèce en voie de disparition. Il est né le lundi 8 janvier à 7 heures de matin : réplique génétique d'une espèce de zébu asiatique dont il ne reste plus à ce jour sur notre planète que 36000 individus vivants ! Le petit n'a certes vécu que 48 heures (il est mort d'une banale dysenterie), mais cette expérience ouvre des perspectives enthousiasmantes. Déjà certaines équipes se portent candidates, qui pour cloner la chèvre Bucardo Espagnole, qui pour le tigre de Tasmanie ! Le clonage permettra ainsi d'empêcher certaines espèces de disparaître

Ouf ! Les quelques milliers de tigres du Bengale peuvent donc se rassurer : ils ne vont pas disparaître. Dinosaures et autres bêtes préhistoriques vont donc revivre et sans doute devenir parmi les délicieuses attractions de ce XXIème siècle qui commence. Le merveilleux, le magique, l'in vraisemblable mais aussi si on n'y prend garde, l'horreur, sont sur le point de devenir réalité tandis que les thèmes chers à Spielberg tournent déjà rapidement à la désuétude. Évidemment, je dois aussi vous parler de Jarkov, ce mammouth déterré congelé dans l'extrême

Et d'ici qu'on se lance à la tête quelques injures du style: "Eh fais gaffe à ton ADN!". Il n'y a pas loin, je vous assure.

les timbres sur les enveloppes criminelles. Tenez, on a même "déterré" Yves Montand dans la quasi indifférence afin de lui raboter un peu ses fémurs pour répondre à la question cruciale qui empêche tout le monde de dormir : "était-il vraiment le père de la fille qui disait qu'il était son père ?". Bon ! rentrons maintenant dans le vif du sujet :

de notre terre voire même de redonner vie à des espèces carrément disparues ! En voulez-vous plus ? Figurez-vous que ANDi est un très mignon petit macaque rhésus né le 2 octobre 2000. Lui n'est pas un clone mais un être "transgénique" : on lui a inséré (le i de ANDi) un gène prélevé sur une méduse (le GFP, Green Fluorescent Protein). ANDi n'en est pas devenu vert fluorescent pour autant mais on sait, grâce à la PCR, qu'il est bien porteur du gène de la méduse. Plus fort encore ? Tétra, le premier singe cloné de l'histoire vient de fêter son 1er anniversaire avec ses "pères" scientifiques (les mêmes que ceux de ANDi).

Nord Sibérien qui a plus de 20000 ans. Yves COPPENS et ses collaborateurs comptent bien en obtenir rapidement quelques clones. N'oublions pas non plus de mentionner - en vrac - ces chèvres transgéniques dotées d'un gène d'araignée : leur lait contient, mais oui... de la soie ! Alors à quand l'homme cloné ? Demain matin ! Hier, déjà peut-être ? Enfin l'immortalité à notre portée ? - Oui ! Mais attention : celle de l'espèce, pas celle de l'individu ! Le XXIème siècle sera assurément un siècle très "tendance" ADN!

Vous et Votre Poids



LES VRAIS SUCRES, LES FAUX ET LES AUTRES...

L'alimentation des Français est trop riche en sucres rapides. Et l'enquête effectuée à la Foire de Nancy a révélé que l'alimentation moyenne en sucres rapides des Nancéiennes (dont on peut considérer qu'elles représentent le type même de la " Française moyenne ") est de 14 %, alors que l'on s'accorde à dire qu'il conviendrait de ne pas dépasser 8 % de l'apport total des calories de la journée en sucres rapides. Encore faut-il faire la différence entre les sucres rapides ingérés à jeun, qui déclenchent des décharges d'insuline considérables et ceux pris en fin de repas qui sollicitent infiniment moins de décharges insuliniques. L'insuline est une hormone d'origine pancréatique qui, très schématiquement, a pour mission de faire " pénétrer " le glucose à l'intérieur même des cellules. L'abus de sucres rapides — le plus souvent associés aux graisses — est un des facteurs habituellement admis de

l'augmentation de nos réserves énergétiques de graisses. Ainsi, la diminution de cette consommation apparaît-elle très souhaitable dans le cadre d'une recherche de perte de poids ou de prévention du surpoids. Oui, mais le problème est que le goût sucré est inné dès la naissance et que notre attirance vers cette saveur est très forte. Le plaisir que l'aliment sucré nous apporte libère la sérotonine, entre autres neuromédiateurs cérébraux de la sérénité. La " clef chimique " de la saveur sucrée est une structure géométrique (glucophore AH-BX). Cette structure est commune à tous les édulcorants, qu'ils soient faits de vrai sucre ou non. Cette structure réagit avec nos papilles et fait que nous ressentons la saveur sucrée.

Aujourd'hui, nous pouvons sucrer nos aliments ou nos boissons de trois façons différentes :

• Les vrais sucres

Il s'agit du saccharose (le sucre pur en morceaux, par exemple), du glucose, du fructose... Ils sont obtenus à partir de la betterave, des fruits, de la canne à sucre... Lorsqu'ils sont ingérés, ils déclenchent la

sécrétion de l'hormone insuline dont le " job " est de faire en sorte qu'ils soient assimilés dans nos cellules. 1 g de ces sucres, rappelons-le, rapporte 4 calories.

• Les polyols

Ils sont autorisés dans l'alimentation depuis juillet 1987. Ce sont (vous les voyez mentionnés sur les étiquettes des produits que vous consommez) le sorbitol, le xylitol, le mannitol, le lactitol, le palatinit,

Leur valeur énergétique est cependant très comparable au sucre " vrai " : entre 2 et 4 calories par gramme :

– le sorbitol : 4 calories par gramme ;

Ainsi, il est faux d'imaginer que l'on absorbe moins de calories avec un chewing-gum " sans sucre " ; s'il ne contient pas de saccharose, il

l'isolmatmaltitol... Pour celles qui aiment décoder des étiquettes sibyllines, le sorbitol est repéré par le sigle E420, le xylitol par E967 et le mannitol par E421. I. Les polyols sont acariogènes (ne provoquant pas de caries).

– le mannitol : entre 3 et 4 calories par gramme ;

– le xylitol : 4 calories par gramme ;

– le lactitol : 2 calories par gramme.

contient des polyols ayant *grosso modo* la même charge calorique !

• Les édulcorants intenses

Ce ne sont pas des sucres. Ils ont pour noms saccharine, aspartam, acésulfame K, sucralose, alitame.

La loi du 5 janvier 1988 permet la vente (en conditionnement " de table ") de l'aspartam, de acésulfame K, de la saccharine et des saccharinates de sodium, d'amonium et de calcium.

Les industriels de l'agro-alimentaire doivent indiquer la valeur énergétique des produits et y porter la mention " ne pas donner aux enfants de moins de 3 ans ". En ce qui concerne l'aspartam, on doit préciser " contient de la phénylalanine ".

En ce qui concerne la saccharine (ou l'un de ses sels), lorsque la dose d'un produit dépasse 50 milligrammes par kilo, on doit alors faire figurer la recommandation " à consommer avec modération par les femmes enceintes " (en raison du passage placentaire de la saccharine).

" Sans sucre ", attention au piège !

Nombre de produits, et parmi les plus divers, annoncent un triomphant " sans sucre ". Ne vous y laissez pas prendre car nombre d'entre eux en contiennent quand même !

Ainsi, " sans sucre " signifie le plus souvent que l'on n'a pas ajouté de saccharose. Mais on n'en a pas enlevé pour autant le sucre naturel. Par exemple un jus de fruit peut-être qualifié

Ni la publicité ni les conditionnements des produits ne doivent suggérer qu'il s'agit de produits d'amaigrissement et/ou ayant un quelconque pouvoir thérapeutique ou préventif en ce qui concerne la santé.

Ces dispositions légales ont agi comme un véritable détonateur dans l'industrie agro-alimentaire : bonbons, chewing-gums, confiseries diverses, et surtout ce qu'on appelle les BRSA (les boissons rafraîchissantes sans alcool), ont été l'objet d'une véritable révolution et ont connu jusqu'à ce jour un essor foudroyant. Selon les produits, les industriels choisissent un seul édulcorant intense ou décident d'en associer deux ou trois, de façon à approcher au mieux le goût du " vrai sucré ". Je rappelle ici que si l'aspartam et la saccharine n'apportent aucune calorie il n'en est pas de même pour les polyols qui, eux, apportent presque autant de calories que les vrais sucres.

de " sans sucre " alors qu'il contient une quantité importante de fructose. Fructose qui a exactement la même valeur calorique que le saccharose, c'est-à-dire 4 calories pour 1 g. Bien sûr, le fructose est un sucre qui n'est pas métabolisé de la même manière que le saccharose, et en particulier il déclenche des poussées d'insuline bien moins intense ; mais

on l'accuse, en cas d'abus, d'augmenter le

Il y a aussi le cas très courant des chewing-gums, bonbons, confiseries en tous genres " sans sucre ". Lisez donc l'étiquette. La plupart du temps, vous y découvrirez que, s'il n'y a pas de saccharose dans ces douceurs, il n'y en a pas moins de sucres : ceux-ci s'appellent

Je rappelle aussi ici l'exemple du chocolat " light en sucre " qui contient seulement 17 g de glucides, il est vrai, contre habituellement 50 g mais qui renferme près de 50 g de graisse aux 100 g au lieu des 27 habituels ; si cela peut

L'aspartam est aujourd'hui l'un des édulcorants intenses les plus souvent utilisés (on les appelle intenses car ils procurent une sensation sucrée très prononcée : la

Il faut dire que la saccharine a été en son temps l'objet de polémiques quant à la possible apparition de cancers de la vessie à très fortes doses chez l'animal. Ces

Petites histoires des édulcorants intenses.

La saccharine fut découverte en 1879. Quant à l'aspartam, il s'agit d'une découverte des laboratoires Searle en 1965. Il a été exploité en totale exclusivité jusqu'en 1987 (date d'entrée dans le domaine public, en dehors

L'aspartam est composé de deux acides aminés : la phénylalanine et l'acide aspartique. L'aspartam résiste mal à la chaleur. On le trouve aujourd'hui sous différentes marques et à différents prix.

L'aspartam peut-il être toxique ?

A priori non, puisqu'il se compose de deux acides aminés naturels. Mais au fil des années d'utilisation, sont apparues des plaintes concernant des troubles gastro-intestinaux et aussi, chez certains, des troubles de comportement (agressivité, déprime, fatigue intense, anxiété...). Des vertiges, des

Mais il faut bien dire que, d'une manière générale, l'aspartam est bien supporté. Lorsqu'il est métabolisé, il se dégrade d'une part en acide aspartique et d'autre part en méthanol, en dicétopipérazine et en

taux de triglycérides.

alors sorbitol, xylitol... Or ces sucres polyols contiennent, on ne le répétera jamais assez, autant de calories que les autres. D'autre part, ils peuvent provoquer des troubles digestifs et intestinaux (flatulences, diarrhées...).

être intéressant pour le diabétique qui doit se méfier le plus possible des sucres rapides, ça n'a strictement aucun intérêt pour vous qui l'utiliserez éventuellement avec un espoir de prévention de prise de poids.

saccharine a un pouvoir sucré 300 à 500 fois plus important que le " vrai sucre ", l'aspartam 200 fois...

polémiques se sont aujourd'hui calmées et aucune étude n'a jamais pu mettre en évidence une quelconque toxicité humaine.

des États-Unis, du brevet de fabrication) par les laboratoires Searle. La marque Canderel® concerne les édulcorants de table et Nutra Sweet® les préparations à usage alimentaire industriel.

L'acésulfame K® est une découverte des laboratoires Hoescht. Il s'agit d'un édulcorant intense dont le pouvoir sucrant est 150 fois supérieur à celui du saccharose. L'acésulfame K est stable, contrairement à l'aspartam, même à température très élevée.

migraines et des insomnies ont été signalés. En ce qui concerne tout particulièrement les migraines, il convient de se méfier car il n'est pas impossible que l'aspartam puisse aggraver les crises, tant pour ce qui concerne l'intensité des symptômes que leurs répétitions.

phénylalanine. C'est la raison pour laquelle l'aspartam ne doit pas être utilisé en cas de phénylétonurie ; il s'agit d'une maladie génétiquement transmise, présente chez un individu sur 15 000 ou 20 000 : un défaut

d'enzyme nécessaire au métabolisme de la phénylalanine entraîne toute une cascade d'événements chimiques, dont les résultats sont des troubles neurologiques et d'importants retards mentaux. Prenons un

exemple : une banane contient environ quinze fois plus d'acide aspartique, six fois plus de phénylalanine et douze fois plus de méthanol qu'un seul comprimé d'aspartam !

La dicétopipérazine peut se lier à certaines protéines circulant dans le plasma et alors être responsable d'exceptionnels cas d'allergies. La dicétopipérazine est d'autant plus importante que l'aspartam est utilisé dans un milieu acide (l'aspartam supporte mal ces milieux acides qui le rendent instable) comme les jus de fruits et surtout les colas. D'autre part, nous l'avons dit, l'aspartam supporte mal la chaleur et l'on

considère qu'un tiers de l'aspartam peut être transformé en dicétopipérazine lorsque les boissons light, à base d'aspartam, sont stockées pendant deux ou trois mois à température ambiante. C'est pourquoi il est impérativement conseillé de stocker les boissons light au réfrigérateur et de respecter la date de péremptions.

L'efficacité de l'aspartam est-elle prouvée ?

Pour ce qui est de l'efficacité de l'aspartam à faire maigrir, rien n'est moins sûr ! Et ceci pour toutes sortes de raisons :

l'aspartam semble avoir plusieurs effets contradictoires sur les phénomènes de la faim ;

– les études réalisées nous proposent des résultats extrêmement contradictoires : certaines confirment une réduction réelle du nombre de calories quotidiennes ingérées, d'autres démontrent le contraire et d'autres enfin ne lui trouvent aucun effet ;

– les études cliniques importantes ont mis en évidence une prise de poids chez les consommateurs d'aspartam ayant un poids normal mais... une perte de poids plus rapide chez les femmes obèses qui l'utilisent.

– l'aspartam, selon l'aliment auquel il est incorporé, peut induire une augmentation ou une diminution de l'appétit ! En effet, Les principaux problèmes sont :

Ainsi, l'affirmation selon laquelle les édulcorants intenses font certainement perdre du poids, ne coule peut-être pas de source !

— *Quid* la réponse insulémique réflexe qui est consécutive à l'absorption de la plupart des sucres et édulcorants de synthèse ? Cette réponse s'adapte-t-elle au fur et à mesure que le corps reconnaît qu'il a été leurré ? Quelles en sont les conséquences ?

– le sucre ainsi épargné va-t-il être consommé " en plus " (c'est ce qu'on appelle le phénomène de la compensation) lorsque l'on utilise un édulcorant de synthèse ? Ce qui reviendrait à dire que tout cela ne sert strictement à rien.

En conclusion, il faut préciser que même si, en toute logique, le fait de remplacer le vrai sucre par du faux doit nous conduire à minorer de façon importante le nombre de calories ingérées grâce au sucre simple, il n'en reste pas moins que pour un esprit scientifique le doute de cet intérêt persiste. *A contrario*, les effets toxiques importants après près de trente

ans d'utilisation ne semblent pas devoir être retenus. Il ne paraît donc pas qu'il y ait de gros risques à utiliser les édulcorants intenses de façon quotidienne — à l'instar des polyols qui, eux, induisent des troubles gastro-intestinaux certes bénins mais ô combien désagréables — , sinon celui de dépenser de l'argent !

Pilule et cancer ?

Le clin d'œil de Kroll



Il y a cancer et cancer. Ainsi, un cancer du col n'est absolument pas modifié par la pilule : elle ne l'aggrave ni ne le guérit. Le cancer de l'utérus n'est pas en cause, car il survient après la ménopause, donc en dehors de toute problématique contraceptive. Le cancer du sein nécessite sans doute plus de prudence. Il est bon de s'abstenir de toute thérapeutique hormonale en sa présence.

Maintenant, et pour répondre aux craintes que suscite toujours la pilule au regard du cancer, nous pouvons dire ceci : non seulement la pilule ne provoque pas de cancers génitaux (utérus et ovaires), mais on a maintenant la certitude que la pilule protège contre ces risques de cancer de l'utérus et des ovaires : il s'agit d'un fait universellement admis dans les

milieux médicaux, et que personne ne conteste plus. On n'en demandait pas tant à cette méthode contraceptive, mais c'est un fait : moins de cancers de l'utérus et de l'ovaire chez les femmes qui prennent ou qui ont pris la pilule, ne serait-ce que pendant un temps limité.

De plus, la surveillance gynécologique à laquelle sont contraintes les utilisatrices de la pilule semble être un extraordinaire moyen de prévention et de dépistage précoce !

En ce qui concerne le cancer du sein, l'effet protecteur n'a pas été mis en évidence. Aucune étude épidémiologique sérieuse ne révèle d'incidence réellement visible entre pilule et cancer du sein.

Alors, moi qui n'ai rien, je peux la prendre ?

Relisez les contre-indications et les conseils de prudence : s'ils ne vous concernent pas, c'est que vous faites partie des 90 % de femmes qui

ne souffrent de rien de spécial et peuvent prendre la pilule!

Laquelle prendre ?

Il vous sera vraisemblablement prescrit une pilule faiblement dosée en œstrogènes et en progestatif. Elle sera monophasique, biphasique ou même triphasique. Les progestatifs seront ceux de la « nouvelle génération ».

S'il s'agit de votre première rencontre avec la pilule, un essai de trois mois est recommandé. Au bout de ces trois mois, une seconde consultation vous permet de faire le point avec votre médecin qui - éventuellement - modifie la composition de votre pilule, selon les incidents que vous avez pu noter.

Ainsi, le médecin peut être amené à vous prescrire une pilule à climat progestatif différent si vous dites avoir les seins enflés, plus volumineux, douloureux, avec des « boules » qui roulent sous les doigts. Ou bien, il peut choisir une pilule plus « chargée » en œstrogènes si la « mini » qu'on vous a prescrite entraîne des saignements, si ces saignements persistent au bout de trois mois, et ceci bien que prise très régulièrement, sans oubli ni écart d'horaire.

Ces tâtonnements sont classiques. Ils démontrent seulement qu'aujourd'hui, on peut

réellement adapter votre contraception à votre

« personnalité » hormonale !

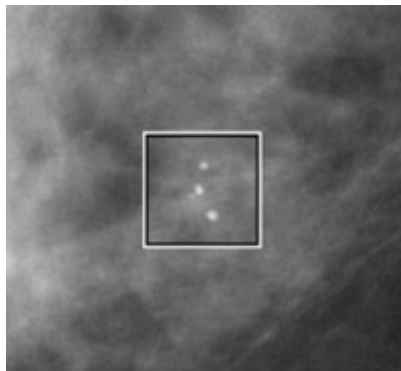
Faut-il voir le médecin souvent ?

Après la mise en route de votre pilule (c'est-à-dire de celle qui vous convient le mieux), deux visites annuelles sont bien suffisantes. À cela s'ajoutent, tous les ans, un frottis du col et un

bilan sanguin. Corvées ? Peut-être, mais quelle formidable sécurité et quelle bonne prévention !

Vous au Quotidien

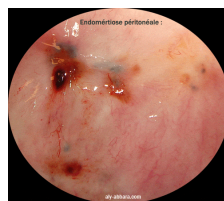
On vient de me trouver des microcalcifications à la mammographie. J'ai 50 ans. On me demande de les surveiller car il pourrait s'agir d'un début de cancer. Je suis inquiète. Qu'en pensez-vous ?



Les microcalcifications entrent dans deux grandes catégories. Soit il s'agit de manifestations physiologiques des seins qui « fabriquent » de petits grains de calcaire qui apparaissent sur les clichés de mammographie et n'expriment que de la bénignité. Dans d'autres cas, moins fréquents heureusement, il

peut s'agir du signe d'un authentique début de cancer. C'est la raison pour laquelle tous les radiologues et les médecins sont particulièrement attentifs à savoir à « quelles sortes » de microcalcifications ils ont à faire. Dans les cas douteux, une biopsie, voire l'exérèse chirurgicale apportera la solution.

Une maladie mystérieuse : l'endométriose



Mystérieuse... et complexe ! L'endométriose se caractérise par le fait que des lambeaux de muqueuse utérine se déplacent sur les ovaires, les trompes, à l'intérieur du muscle utérin et dans le péritoine (au niveau des ligaments uréro-sacrés). On ne sait absolument pas pourquoi cette "maladie" entraîne une stérilité, excepté lorsqu'elle est

localisée sur les trompes, ce qui paraît logique. Une certitude cependant : le traitement de l'endométriose entraîne la guérison d'une stérilité sur deux ! Il n'y a souvent aucune manifestation dans cette maladie. Au pire, des douleurs pendant les règles et parfois pendant les rapports sexuels.

Comment la démasque-t-on ?

Parfois au cours de l'examen gynécologique (une douleur vive, en un point précis, peut éveiller l'attention) ; l'hystérographie montre parfois des signes évocateurs ; mais c'est

surtout la coelioscopie qui permet le diagnostic en révélant des « nodules bleuâtres » disséminés dans le péritoine et quelquefois sur les trompes et les ovaires.

Comment la traiter ?

Le traitement consiste dans l'administration pendant six à neuf mois, d'hormones progestatives ou d'un médicament, le Danazol, qui endorment les lésions et les font diminuer, voire disparaître. Il existe également un traitement par les analogues du LHRH qui entraîne une castration médicamenteuse - et réversible - de six à neuf mois (arrêt de production des hormones et ovulation stoppée). Cette manière de traiter l'endométriose semble comporter moins d'effets secondaires que les progestatifs à haute dose ou le Danazol (qui entraînent souvent des prises de poids, des effets secondaires indésirables à type de séborrhée, parfois d'acné, et de peaux grasses...). Il n'empêche qu'elle est parfois source de malaises ressemblant trait pour trait à ceux de la carence estrogénique induite par la ménopause naturelle : les bouffées de chaleur

sont souvent au rendez-vous.

Tous ces médicaments ont le même but : créer une atrophie des foyers d'endométriose, de telle manière que l'endométriose soit anéantie. La chirurgie est parfois nécessaire pour enlever un « foyer » que les médicaments n'arrivent pas à faire régresser ou même surtout avant les médicaments (on peut effectuer une chirurgie appropriée au niveau des trompes par exemple, détruire des îlots d'endométriose par coelioscopie).

Il faut savoir qu'une endométriose sur trois est absolument muette ; seule « parle » la stérilité, désespérante par sa ténacité. Quant aux causes, il semble bien que tout ce qui peut être classé comme « agression » sur l'ovaire, les trompes ou l'utérus, qu'il s'agisse d'interventions chirurgicales, d'avortement, de curetage ou de césarienne, doit être considéré comme cause favorisante.

Ménopause

La ménopause est une étape progressive

DOCTOR FUN

7 Nov 97



Copyright © 1997 David Farley, d-farley@tezcat.com
<http://sunsite.unc.edu/Dave/dfun.html>

This cartoon is made available on the Internet for personal viewing only.
Opinions expressed herein are solely those of the author.

"Menopause is easy - after you stop laying eggs, they eat you."

Il faut savoir que pérимénopause, ménopause et postménopause sont des étapes physiologiques largement étalées dans le temps, puisqu'il faut à peu près dix ans pour mettre un terme définitif à ces transformations internes. Dès l'âge de 38 à 40 ans, les ovaires commencent à moins travailler, donc à fabriquer moins de progestérone. Apparaissent alors parfois déjà les troubles propres à l'après quarantaine, avec les cycles irréguliers, à

dominante estrogénique, et les phénomènes de ballonnements, de gonflements, propres à la carence en progestérone. Puis, vers 48 ou 50 ans, l'anarchie des cycles se précise, amenant déjà quelques bouffées de chaleur : c'est la pérимénopause, qui dure entre un ou quatre ans, jusqu'au jour où les règles s'arrêtent. Ce n'est qu'au bout d'un an, après l'arrêt des règles, que le médecin peut parler de ménopause confirmée.

Les rapports sexuels sont-ils aussi satisfaisants ?

L'enquête nationale que j'ai menée en 1986 en collaboration avec la Mutualité française sur la ménopause fait ressortir certaines opinions des femmes sur cette période de leur vie

- 97 % d'entre elles pensent qu'il s'agit d'un événement "naturel"
- 82 % y voient une "crise passagère"
- 56 % se disent "enfin tranquilles"
- 5 % seulement la considèrent "comme une maladie".

La gêne qu'elle entraîne sur la sexualité ne paraît pas primordiale aux yeux des intéressées : 70 % d'entre elles se disent peu gênées par la sécheresse vaginale, 30 % seulement y voient un inconfort "préoccupant". Cette différence en pourcentage est significative du fait que ces modifications

locales subies par les femmes ne se manifestent pas toujours de la même façon : dans certains cas, un changement dans la lubrification vaginale s'instaurera en quelques mois, alors que dans d'autres, plusieurs années s'écouleront avant qu'une véritable gêne se fasse jour.

À ce propos, il faut savoir que la fréquence des rapports sexuels influe directement sur la maintenance « en forme » des organes génitaux et qu'une femme ayant des rapports sexuels rares subira plus rapidement qu'une autre des modifications du type rétrécissement du vagin.

Il reste qu'une femme sur cinq en moyenne se plaint de sécheresse vaginale, ce qui est relativement peu, et l'on peut imaginer que

c'est parce que les rapports sexuels sont moins fréquents, voire supprimés, que ces

femmes ont moins l'occasion de faire état de ce problème.

En ce qui concerne la libido, les choses ne sont certainement pas si simples. Certaines femmes retrouvent leur libido dès qu'un traitement estroprogestatif est donné, témoignant ainsi que le phénomène n'était que « mécanique ». On peut penser dans ce cas que seule la carence hormonale atténuait l'appétit sexuel. Chez d'autres femmes, cet appétit ne renaît pas, ou renaît plus lentement, témoignant alors que d'autres facteurs,

psychologiques et/ou affectifs se mêlent aux facteurs hormonaux. Il convient là de s'adresser soit à un gynécologue psychosomaticien, soit à un sexologue qui peuvent parfois être d'un bon secours dans ce domaine. L'ablation des ovaires est aussi une cause classique et c'est l'administration alors de testostérone associée au traitement estrogénique qu'il faut parfois savoir envisager.

Il existe également tout un arsenal de petits moyens : crèmes vaginales aux estrogènes ou à la testostérone (l'hormone mâle est aphrodisiaque pour les femmes !) ou lubrifiants « neutres », vendus en pharmacie. Mais ce ne

sont que des palliatifs mécaniques. S'ils peuvent aider à débloquer une situation particulière, ils n'ont certes pas l'efficacité du traitement estroprogestatif, qu'ils peuvent néanmoins venir éventuellement compléter.

Serait-ce le meilleur âge pour le plaisir?

La ménopause étant une contraception absolue - et naturelle - certaines femmes, qui durant toute leur vie féconde ont été obsédées

par l'idée de grossesse, découvrent enfin avec bonheur le plaisir sans risque.

Statistiquement, si l'on interroge les femmes, 12 % d'entre elles avouent des rapports sexuels très nettement augmentés à la ménopause, et très améliorés, tant en qualité qu'en intensité ; 48 % environ disent avoir conservé la même sexualité qu'avant la ménopause ; 30 % avouent un désintéressement progressif de leur appétit sexuel en même temps qu'une certaine détérioration de la qualité des rapports ; enfin, 10 % semblent attendre la ménopause pour se détourner des

rapports physiques qui perdent définitivement leur attrait.

Il n'en reste pas moins vrai que, même si l'on fait partie des 45 % de femmes qui continuent à vivre normalement, cette sexualité de la cinquantaine pose parfois encore des problèmes. On retrouve ici le vieux carcan de nos interdits psychosociaux - une femme de 50 ans a-t-elle besoin de l'amour physique? - et des tabous qui pèsent encore trop souvent sur la sexualité féminine.

Du Côté des Mamans

J'ai 46 ans, je suis mariée et nous n'avons pas d'enfant. Je commence à avoir très envie d'avoir un enfant. Mon mari a peur du risque que je peux courir en accouchant sur le tard. Quels sont vos conseils ?



En fait, vous raisonnez mal : le principal risque que vous encourez est de ne jamais réussir à être enceinte, voire à être enceinte, mais à faire plus souvent qu'avant 40 ans une fausse-couche spontanée. C'est la fécondité qui s'effondre à partir de 45 ans et qui est mise à

mal dès 38-40 ans, qui est le problème des grossesses tardives. Quant à l'accouchement, à 46 ans, si votre condition physique est conservée, il ne devrait pas comporter beaucoup plus de risques que si vous aviez accouché à 38-40 ans.

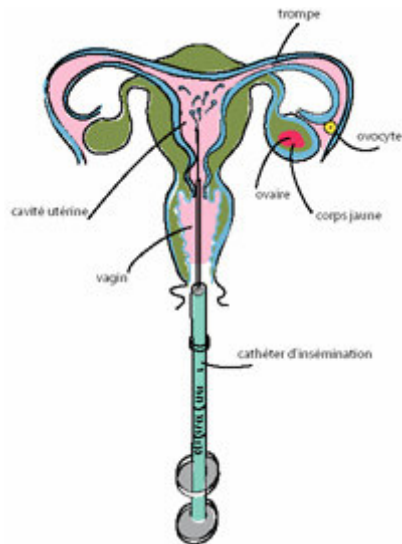
Je suis enceinte de 2 mois et 1/2 et je ne sens toujours pas bouger le bébé. J'aimerais savoir à partir de quand il bouge. Est-ce inquiétant ?



En fait, le bébé bouge très rapidement et dès les premières échographies, même faites à un mois et 1/2 de grossesse par exemple, on peut constater ses mouvements. Mais il faut attendre qu'il ait suffisamment de muscles pour que ses mouvements « portent » sur la paroi de l'utérus et pour être perceptibles. Il faut en

général attendre 4 mois et 1/2 de grossesse révolus (rarement moins : vers 3 mois et 1/2 - 4 mois) pour ressentir les premiers mouvements, tout d'abord comme des petites bulles, des gaz puis un véritable « coup ». Donc pas d'inquiétude.

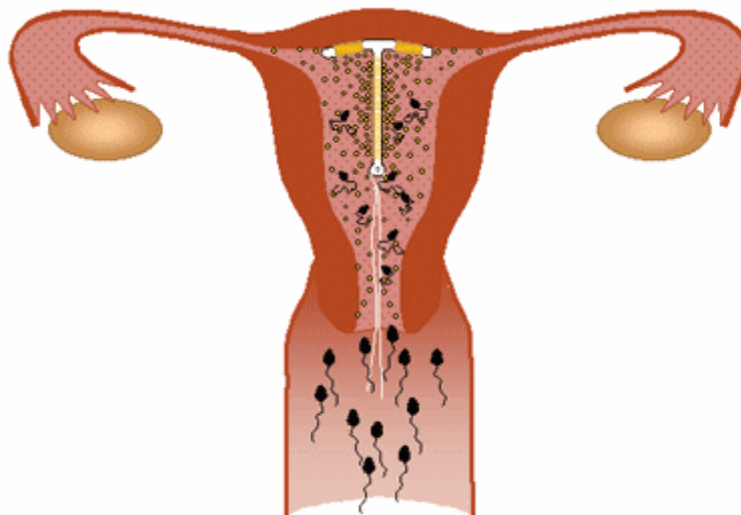
Mon médecin va me faire des inséminations intra-utérines. J'ai peur de ces traitements. De quoi s'agit-il ?



L'insémination intra-utérine est une des techniques d'assistance médicale à la procréation qui consiste pour le médecin à placer dans la cavité utérine du sperme « préparé » en laboratoire afin de lui donner des capacités maximales de fécondité. Cette technique est souvent employée lorsque les

spermatozoïdes sont naturellement insuffisants. La mise en place des quelques gouttes de sperme préparé à l'intérieur de l'utérus ne dure que quelques secondes. Et elle est totalement indolore au travers du col de l'utérus, après avoir mis en place un spéculum.

Quels sont les risques pour le développement d'un fœtus lors d'une grossesse survenue avec un stérilet en place ? Est-il possible en tout début de grossesse de l'enlever ? Que se passera-t-il à l'accouchement ?



L'hypothèse d'une grossesse malgré la présence d'un stérilet est exceptionnelle (moins de 1 à 2% de risques). Dans les toutes premières semaines de la grossesse, on pourra tout simplement enlever le stérilet en tirant sur le fil encore visible, mais très rapidement, au fur et à mesure du

développement de la grossesse, le fil va être « aspiré » à l'intérieur de l'utérus et dès lors, toute manœuvre de tentative de retrait sera dangereuse. Je dois ici vous rassurer et vous dire que cette grossesse se passera très probablement sans encombre, et que s'il existe théoriquement une augmentation très faible

des risques de complication, dans la pratique, je ne suis pas inquiet. Le stérilet sera expulsé

au moment de l'accouchement sans autre forme de procès.



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

