



BULLETIN D'INFORMATION N° 52

JULIET –AOUT 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

LA GUERRE DES SEXES AURA-T-ELLE LIEU ?



Le "fonctionnement" du corps de la Femme est vraiment plus bavard que celui de l'Homme ! Et même si les soubresauts intimes de cette merveilleuse machine restent à l'abri des regards et confinés au secret, transparent

néanmoins quelques signaux témoignent de sa présence.

Allez ! Ce n'est pas à des gynécologues que je vais révéler cela ! L'Homme, au contraire, est d'une physiologie plus rustique.

De plus, jusqu'à la cinquantaine, il est rare que son corps lui fasse défaut. Cela explique sans doute pourquoi il a une connaissance physiologique d'un niveau préhistorique : la plupart du temps, il ne sait pas comment il bande ou éjacule. Pour ne parler que de sa sexualité... Il ne se tourmente qu'en cas de « panne ». Et n'ose en discuter que depuis peu : Viagra®, Cialis® et autres andropauses médiatisées obligent ! Et tandis que depuis plus de 2000 ans la Femme subissait la loi de l'Homme au point même d'avoir confondu sa propre identité à celle d'une "MMA" (Mère-Ménagère-Amante), les moyens scientifiques et biologiques l'ont autorisée, en partant à l'école de son corps, à changer les règles du jeu et à

Et ce pouvoir absolu sur la procréation de notre espèce, la disponibilité d'esprit et de temps ainsi gagnée l'oblige à repenser complètement sa spécificité et désormais à... pulvériser les règles du jeu du couple. Alors, si la Femme n'est plus tout à fait une Femme, qu'est donc devenu l'Homme? À la recherche d'une nouvelle identité masculine, il vit un gros "malaise" il est souvent "grognon". Désarroi, frustration, humiliation, avec souvent la sensation d'avoir été floué.

Il réalise brusquement que la Femme a 20 ou 30 ans d'avance sur lui en ce qui concerne la compréhension de sa physiologie. Et plus grave pour lui... du vrai sens de la vie !

Comment la Femme accepte-t-elle aujourd'hui de vivre avec tant d'indulgence et de gentillesse aux côtés d'un être aussi peu mur ? À mon avis, c'est qu'elle l'aime, son Homme !

prendre plusieurs longueurs d'avance en ce qui concerne sa maturité. Ayant opéré dès l'origine des temps un véritable putsch pour s'approprier tous les pouvoirs, politiques, sociaux et culturels, l'Homme avait exclu la Femme de l'instruction, de la culture, des arts, la transformant en être inférieur à force de l'abrutir de travaux culinaires, de consignes couturières tout en enrobant ses maternités d'un halo de... grâce divine. Mais, en l'espace de 30 ans, libérée d'une des fatalités inhérentes à son sexe, voici que la Femme rattrape le temps perdu et se hisse rapidement aux mêmes niveaux de pouvoir que son compagnon.

Et qu'elle est capable pour cela d'océans de tolérance et même d'émotions intenses devant cette immaturité qu'elle a démasquée, par sa propre transformation. Enfin, contrairement à l'Homme, "faire la guerre" n'est pas de son inclination naturelle ! L'Homme, lui, va-t-il se rebiffer, secouer sa léthargie, bref "reprendre les choses en main" ? Ouf ! Non ! Tout du moins en Occident !

Partout ailleurs dans le monde, la société des Hommes s'accroche avec violence et fougue à ses privilèges ancestraux. Et plus nous évoluons, plus nous représentons ça et là sur la planète le contre-modèle de société à combattre par tous les moyens !

La Femme de ces contrées lointaines devra-t-elle vivre une révolution sanglante ? On peut sérieusement le craindre.

J'espère me tromper.

Ménopause

Prévention de l'ostéoporose, qu'y-a-t'il en dehors des estrogènes et des médicaments spécifiques ?



Il existe des alternatives thérapeutiques à la prise d'estrogènes ; certains compléments sont susceptibles de compléter l'estrogénothérapie,

d'autres sont censés la remplacer, du moins en ce qui concerne son inhibition de la perte osseuse.

Le calcium

L'absorption de 1 g de calcium par jour est recommandée. Mais l'alimentation quotidienne permet rarement d'absorber cette quantité. C'est pourquoi la plupart de celles dont la perte osseuse a atteint le seuil d'alerte (moins de 0,8 g/cm²) doivent prendre une supplémentation de calcium. De nombreux produits sont disponibles sous formes de produits prescrits par votre médecin ou en vente libre. Ils peuvent être absorbés par toutes, à l'exception de celles qui ont été sujettes aux crises de

coliques néphrétiques avec lithiase calcique. On peut également augmenter sa consommation d'eaux calciques (Contrex, Hepar...), de produits laitiers ; toutefois, certaines femmes les apprécient modérément. Veillez à privilégier les produits maigres (yaourts ou fromage blanc à 0 %) plutôt que les laitages gras (beurre, fromage), riches en calcium certes, mais également en graisses et donc en calories.

La vitamine D

Il s'agit en fait de la vitamine D3. Chez les femmes, s'exposant peu au soleil, dont la peau est moins à même de synthétiser la vitamine D, et dont les apports alimentaires globaux sont trop faibles, on a pu remarquer des

carences importantes en vitamine D. On préconise d'effectuer un dosage sanguin afin de savoir si une supplémentation est nécessaire généralement sous forme de gouttes par exemple.

L'exercice physique et l'hygiène de vie

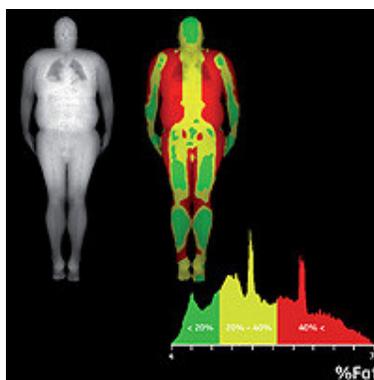
Chez les femmes ménopausées comme chez les femmes en activité génitale, l'activité physique diminue de manière significative la vitesse de déperdition osseuse. En cas de perte déjà constatée, il convient d'éviter la pratique de sports violents, dont la pratique est susceptible de provoquer des fractures (judo, ski alpin, varappe...).

Mieux vaut choisir des sports plus calmes tels que la natation, la gymnastique douce ou la

marche. Notons toutefois que certains spécialistes n'accordent pas à la natation un effet protecteur de la masse osseuse. Ce phénomène serait, selon eux, l'apanage des activités physiques impliquant la « mise en charge », de tout le corps à la gravité terrestre.

Mais ces éléments ne sauraient être suffisants, même s'ils vont dans le bon sens dans ce contexte, à opérer à eux seuls une prévention solide de la maladie.

Vous et Votre Poids



Lorsque vous montez sur une balance, celle-ci affiche un poids qui, selon les circonstances vous inquiète, vous attriste, vous étonne mais aussi parfois vous fait plaisir parce qu'il est conforme à vos souhaits. Ce que vous venez de peser, cela dit, est fort grossier : votre squelette, vos muscles, vos viscères, votre

graisse, l'eau, tous les éléments constitutifs de votre corps qui ne peuvent être spécifiquement pesés.

Évidemment, la balance est incapable de vous donner ce détail.

LE POIDS " IDEAL "

Il est revenu aux compagnies d'assurances sur la vie de définir cette notion de poids idéal ; elles y sont parvenues en identifiant statistiquement le poids des individus qui ont

les chances de longévité les plus importantes. En effet, et il s'agit d'un fait communément admis, nos chances de longévité diminuent d'autant plus que notre poids augmente.

LA GRAISSE

Le poids total d'une femme comprend 20 à 25 % de graisse. C'est la raison pour laquelle la graisse située sous la peau (tissu sous-cutané) est deux fois plus épaisse que celle de l'homme (dont le corps comprend deux fois moins de graisse).

La graisse se répartit surtout sous la peau : 50 % au moins du capital est sous-cutané. Il existe cependant certaines régions du corps qui, même chez l'obèse, seront longtemps respectées : le dos des pieds et des mains, les paupières et les chevilles. Chez les femmes, la graisse se répartit préférentiellement dans la région basse du corps (les fesses, les cuisses, les hanches). Chez l'homme, la graisse préfère les parties hautes : le cou, les épaules, le ventre — quand elle est en surplus, on voit apparaître ce que l'on appelle le " petit bedon ".

Cette répartition différente des graisses féminines est bien évidemment sous influence hormonale et en particulier les hormones ovariennes : les estrogènes.

La graisse est souvent traversée de travées fibreuses qui vont de la peau jusqu'au muscle profond, participant sans doute à ce que l'on appelle la constitution de la " peau d'orange " qui apparaît lorsque l'on pince la peau entre deux doigts.

La graisse est aussi située dans les espaces profonds ; et lorsque le chirurgien ouvre le ventre il peut en admirer les franges jaune-orange qui bordent la plupart des viscères exposés.

Le tissu graisseux situé profondément dans le corps — aussi bien dans le thorax que dans le ventre — a un rôle de soutien fondamental des différents organes ; il remplit la fonction de tissu de remplissage. La graisse est aussi présente, bien entendu, au niveau du visage dont elle contribue, entre autres, à déterminer la physionomie. À ce titre, il est important d'avoir conscience qu'un fort amaigrissement

peut modifier considérablement l'expression d'un visage.

Si l'on examine la graisse sous-cutanée au microscope, on prend conscience qu'il s'agit d'une juxtaposition de cellules que l'on appelle les adipocytes, véritables " cellules à graisse ". Chaque adipocyte contient une " grosse goutte de graisse ".

La graisse est constituée de triglycérides (un triglycéride est une molécule de glycérol avec trois acides gras). Ces acides gras peuvent être extrêmement différents les uns des autres, mais les plus fréquemment rencontrés sont les acides oléique, palmitique, linoléique. On retrouve aussi, bien entendu, les acides arachidonique, myristique, laurique... Ce sont cependant les acides gras non saturés qui prédominent et expliquent que les graisses humaines sont à l'état liquide dans notre corps : nous fonctionnons à 37 °C et la température de fusion de nos graisses est comprise entre 15 et 25°C. Ceci est surtout valable pour les graisses sous-cutanées (le secteur le plus riche). En effet, nos graisses " profondes ", celles entourant nos viscères, contiennent une proportion d'acides gras saturés plus importante et sont donc moins fluides, ce qui rend d'autant plus efficace leur mission de soutien des différents organes.

La graisse est un tissu très richement vascularisé : nombre de vaisseaux sanguins pénètrent le tissu graisseux et le chirurgien qui " coupe dans la graisse " sait bien qu'il s'agit d'un tissu qui est capable de saigner beaucoup et longtemps.

L'innervation de la graisse est aussi très organisée. Très schématiquement, on peut attribuer aux tissus graisseux trois fonctions fondamentales :

- la lutte contre le froid (graisse sous-cutanée),
- un rôle de soutien des viscères profonds (graisse profonde),
- une réserve d'énergie en calories (1 g de graisse brûlée dégage 9 calories).

Déterminer la composition corporelle : de quoi sont composés vos kg ?

Dual Energy X-ray Absorptiometry ou densitométrie par absorptiométrie bioénergétique. Technique " nec plus ultra ", est la technique qui a ma préférence. Elle est dérivée de la densitométrie osseuse aux rayons X et consiste à exposer le corps entier du sujet à un faisceau de rayons X différents par leur énergie ; cette différence d'énergie fait que les deux faisceaux de rayons X ne pénètrent pas de la même façon les tissus.

Lorsque ces faisceaux traversent les tissus, ils " atténuent " leur énergie diversement selon la nature de ces derniers. On mesure les différentes atténuations des deux rayonnements et l'on obtient une image grâce à un ordinateur. L'examen dure une dizaine de minutes et répond, au gramme près, en précisant — outre le poids total, que l'on pourrait obtenir bien évidemment par la simple pesée sur une balance — les différents

constituants de ce poids et en particulier les pourcentages de masse maigre et de masse grasse. Cet examen de plus en plus souvent disponible est en passe de devenir l'examen de référence lorsque l'on cherche à obtenir une composition corporelle. Il s'agit d'un examen qui, d'ores et déjà, est de plus en plus répandu : il n'est plus l'apanage des centres ultra spécialisés. Il suffit en effet pour le radiologue équipé d'un appareil de densitométrie osseuse — évaluation de la densité du squelette utilisé dans le cadre de la prévention de l'ostéoporose ménopausique — et d'un logiciel *ad hoc* pour être en mesure de procéder à l'examen. L'image est imprimée et donnée sous la forme de photos et de chiffres. Les photos montrent un squelette entouré de tissus dont l'intensité différente permet de distinguer les muscles de la graisse. Les chiffres, eux, donnent avec précision le pourcentage de masse maigre et de masse

grasse, et la masse du squelette. L'avantage de cette technique, outre qu'elle est de réalisation aisée en centre non spécialisé, est de pouvoir donner des compositions corporelles localisées. C'est ainsi que l'on peut étudier tout particulièrement la masse grasse androïde (masculine) de l'abdomen ou encore celle gynoïde (féminine) des cuisses et des fesses. Le fait de pouvoir disposer du poids exact du squelette est évidemment un des avantages non négligeables de cette technique, dans la mesure où l'on va pouvoir définitivement se débarrasser des incertitudes quant à ce point précis : on sait que le poids du squelette est variable d'un sujet à l'autre en fonction de l'âge, de la "constitution"... Les résultats de pourcentage de masse grasse et de masse maigre sont comparés à ceux, théoriques, d'un adulte jeune de 25 ans et du même sexe.

La DEXA est donc devenu aujourd'hui l'examen de référence lorsqu'il s'agit de déterminer les différents éléments du poids d'un individu. Cette technique n'enlève cependant rien à la valeur de l'évaluation des plis cutanés ou encore du rapport taille/hanche qui ont l'avantage d'apporter souvent une précision suffisante et surtout d'être de réalisation simple lors de la consultation pour un coût égal à zéro franc.

Il n'en reste pas moins que seule la densitométrie peut aujourd'hui prétendre nous faire comprendre de façon simple et reproductible ce qui se passe lorsqu'un individu est trop gros, lorsqu'il maigrit, qu'il reprend du poids, qu'il expérimente un régime particulier, qu'il prend de l'âge, etc. La plupart des publications scientifiques exigent aujourd'hui l'utilisation de cette technique, à mon sens "la" technique actuelle de référence.

La composition corporelle mesurée par la DEXA à différents âges de la vie

Le docteur suédois Ole Lander a étudié la variation de la composition corporelle auprès de 407 femmes en bonne santé âgées de 18 à 75 ans. Il a constaté, comme à l'habitude, une croissance à peu près régulière du poids. Mais l'intérêt de cette étude réside dans le fait de noter en parallèle les variations de la masse grasse et de la masse maigre. Ainsi, entre 18 et 69 ans le pourcentage de masse grasse du poids total de ces femmes est passé de 25 % à près de 37 % ! Cette augmentation a surtout porté sur les localisations androïdes (masculines), c'est-à-dire l'abdomen, puisque, si la graisse abdominale était de 24,4 % jusqu'à 39 ans, elle a augmenté soudain à partir de 40 ans (28,9 % entre 40 et 49 ans) et diminué un peu entre 50 et 59 ans (35,7 %), pour

définitivement atteindre les sommets à 38,7 % à partir de 60 ans. Dans le même temps, la masse maigre (les muscles, les organes, les liquides, le squelette) a été en décroissant au fil de l'âge. Elle est restée finalement assez stable entre 18 et 49 ans : 43,5 kilos. Il a fallu attendre l'âge de 50 ans pour la voir décroître : 40 kilos entre 50 et 59 ans et 38 kilos entre 60 et 69 ans. Les femmes de cette étude ne suivaient aucune hormonothérapie.

Vous au Quotidien

J'ai 30 ans et des ovaires polykystiques. Mon souci est, premièrement, de retrouver un cycle régulier, deuxièmement, j'aimerais faire un enfant. On me conseille de pratiquer une biopsie ovarienne. J'ai peur car c'est une intervention chirurgicale.



Les ovaires polykystiques sont le résultat d'un fonctionnement anarchique des ovaires, qui au lieu de faire un ovule mensuel font à la place de multiples petits kystes qui fabriquent beaucoup d'hormones, lesquelles peuvent faire grossir. Le traitement de choix est la pilule contraceptive qui bloque les ovaires jusqu'au

moment du désir de grossesse. Puis, ensuite, les médecins utiliseront les médicaments stimulateurs de l'ovulation et en cas d'échec, pourront proposer éventuellement cette biopsie ovarienne qui, on ne sait trop pourquoi, déclenche en général l'ovulation pendant les cycles qui suivent le geste chirurgical.

J'ai eu un cancer du sein et je suis ménopausée à 45 ans par la chimiothérapie. Est-il possible de remettre la machine en route juste pour prélever un ovule sain et le placer chez une mère porteuse ?



A savoir, dans certains cas bien sélectionnés (ancienneté du cancer, stade, ganglions atteints ou non, ...), la grossesse semble ne pas augmenter le risque.

Le problème est que même à 45 ans, sans avoir jamais eu de chimiothérapie, la grossesse est vraiment très hypothétique en général dans la mesure où le stock d'ovules est en général quasi épuisé à cet âge.

Aujourd'hui vous souhaitez pourtant un enfant issu d'un de vos ovocytes : dans ce cas, la stimulation ovarienne ne donne rien. C'est le

don d'ovocytes qui vous permettrait peut-être d'être enceinte et de porter et d'accoucher d'un enfant.

Contraception



Quelle est la durée de l'intervalle d'arrêt entre deux plaquettes ?

Pour les pilules combinées, le nombre de comprimés peut être de 21 ou 24 pilules. L'intervalle d'arrêt entre chaque plaquette sera toujours de 7 jours entiers pour celles contenant 21 pilules. Il existe des plaquettes conditionnées de telle sorte que l'on ne doit jamais arrêter de prendre la pilule. C'est en

général qu'il y a 4 ou 7 comprimés de placebo (sucre) sans adjonction d'hormones parmi les 28 comprimés de cette plaquette : ainsi vous n'avez plus de calcul à faire, mais il est nécessaire de respecter l'ordre des comprimés.

Que faire si l'intervalle de sept jours a été dépassé ?

Attention... si vous avez dépassé l'intervalle de sept jours entre deux plaquettes, vous n'êtes plus protégée. Vous devrez, sans arrêter votre pilule, prendre des précautions supplémentaires (préservatifs masculins, par exemple) pendant une quinzaine de jours. En effet, pendant les quinze premiers jours de

cette plaquette, on ne peut formellement éliminer la possibilité d'une ovulation. Si l'intervalle d'arrêt a été dépassé de plus de trois ou quatre jours, ce n'est pas la peine de reprendre vos pilules pour ce cycle, attendez les prochaines règles, n'ayez pas de relations ou faites mettre des préservatifs à votre partenaire.

Conduite à tenir en cas d'oubli de un ou plusieurs comprimés ?

Prenons le cas le plus simple : vous avez oublié un soir de prendre la pilule et vous êtes en

retard d'au moins 12 heures :

Que faire ?

Prendre cette pilule le lendemain, dès que vous vous êtes aperçu de votre oubli ; cela ne vous dispensera pas, bien sûr, de prendre le comprimé traditionnel de ce jour. Ainsi vous aurez absorbé deux comprimés dans la même journée. Vous absorberez les deux comprimés au plus tard le soir du lendemain de l'oubli. Cette manière de faire corrige à priori votre négligence. Il convient si on ne veut prendre

aucun risque de faire adopter à votre partenaire la mise en place des préservatifs jusqu'à la fin de la plaquette (la contraception sera à nouveau assurée après les « règles » de cette plaquette). Vous pouvez aussi mettre en place des spermicides voire même... observer une période d'abstinence jusqu'à la fin de la plaquette que vous devez de toute façon terminer.

Maintenant, ce n'est pas un jour d'oubli, mais deux ou trois... . A ce moment-là, dès que vous constatez votre omission, finissez votre plaquette comme si rien n'était advenu, mais

vous n'êtes plus protégée d'une grossesse involontaire : adoptez une autre contraception - préservatif ou spermicide - jusqu'à la fin de la plaquette.

Et si vous avalez 2, 3 ou 4 comprimés à la fois ?

Ce n'est pas grave. Le lendemain de cet « abus », vous recommencerez à prendre un comprimé par jour. Dans les deux à quatre jours qui suivront, vous constaterez peut-être un léger saignement durant un à deux jours, sans aucune importance. Donc, pas

d'inquiétude à avoir. En tout état de cause, l'effet contraceptif est conservé, mais attention, il ne reste plus assez de comprimés sur la plaquette pour assurer l'efficacité contraceptive jusqu'à la fin du cycle.

Et si vous vomissez après la prise du comprimé ?

Cela peut arriver de temps en temps. On estime qu'il faut environ deux heures au grand maximum pour qu'un comprimé soit digéré. Si vous l'avez absorbé depuis plus de deux heures, ce n'est pas la peine d'avalier un second ; par contre, si vous avez vomi moins de deux heures après avoir avalé votre pilule, je vous conseille, par sécurité, d'en absorber un deuxième.

Du Côté des Mamans

Manger pour deux ? Non, mais manger «bien » !



Que de légendes et de bruits fantaisistes courent sur ce que doit ou non manger une femme enceinte ! Les mères, pleines de bonnes intentions, poussent leurs filles à « manger pour deux », les bourrent de calcium, de vitamines, de sucre et de « fortifiants », ce qui est une erreur monumentale. Il ne faut pas manger pour deux ; au contraire, cette suralimentation est toxique car il ne faut pas avoir de gros enfants. Un bébé pesant plus de 4 kg à la naissance est difficile à délivrer, il vous fait souffrir et souffre lui-même au moment de

l'accouchement. Cet excès pondéral peut même être à l'origine de difficultés d'équilibre des graisses et du sucre dans le sang. Nous ne sommes pas en période de guerre ou de restrictions alimentaires ; il est au contraire implicitement admis que nous mangeons tous trop ! Le vrai problème qui se pose au médecin est donc de lutter non contre la sous-alimentation mais contre une sorte de suralimentation qui sévit toujours plus ou moins en période de grossesse.

De quoi une femme enceinte a-t-elle exactement besoin, de façon spécifique ?

Essentiellement de protéines, et celles-ci doivent être prises en quantité un peu plus élevée qu'habituellement : une augmentation de 50 % de la ration protéidique quotidienne est une mesure profitable. On trouve les protéines dans les oeufs, le lait, le fromage (mais ici attention au gras qui s'associe aux protéines), la viande, le poisson. En ce qui concerne les graisses, les besoins sont pratiquement

inchangés : donc, ni plus ni moins de beurre ou d'huile. Les besoins en glucides, sucres et autres aliments sucrés ne demandent pas non plus de réajustement, si ce n'est parfois pour les *restreindre*, car ils peuvent être responsables d'une prise de poids excessive. En effet, la prise de poids tolérée pour une « bonne » grossesse ne doit pas dépasser 10 ou 12 kg selon le poids de base.

En ce qui concerne les éléments comme le phosphore ou le calcium, ils sont apportés par une alimentation équilibrée et « normale » (l'absorption de calcium médicamenteux est *tout à fait inutile*). Les besoins en fer sont généralement accrus mais, là encore, une alimentation normale suffit souvent à les satisfaire.

Toutefois, il est de bonne règle, pendant la grossesse, de demander une numération

formule sanguine pour apprécier s'il y a ou non anémie (que l'on appelle « physiologique » car elle a été créée naturellement par l'état de grossesse). Lorsque les réserves en fer des globules rouges sont trop basses, il peut être souhaitable de prescrire à cette femme enceinte un petit peu de fer pour compenser cette anémie, mais il paraît outrancier de le faire systématiquement et sans aucun contrôle sanguin.

En ce qui concerne les vitamines, il est tout à fait inutile, voire toxique, de chercher à en absorber par voie « pharmaceutique ».

Préférez les fruits, les légumes frais, et, en règle générale, une alimentation attentive et soignée.

Et le sel ?

A moins que le médecin ne décèle les signes d'une toxémie gravidique - c'est-à-dire trop de tension, des protéines dans les urines, des oedèmes -, un régime normalement salé est permis durant toute la grossesse. Cependant, on a remarqué que les accouchements se déroulaient mieux lorsqu'un régime *légèrement* diminué en sel avait été suivi pendant les deux derniers mois de la grossesse. C'est donc un conseil que vous pouvez retenir, en supprimant la charcuterie et les poissons fumés (ils sont toujours très salés) lorsque vous abordez le dernier trimestre. Evitez

autant que possible la triperie, le gibier, les mets très épicés, les fruits de mer et les crustacés, tout ce qui est très riche et très lourd ! Le régime alimentaire d'une femme enceinte ne diffère donc pas fondamentalement d'un régime normal. Il faut manger de façon équilibrée, s'offrir des rations raisonnables sans plus, en forçant un peu sur les protéines. Redoutez (comme toujours) l'excès de graisses. Ne cherchez pas ailleurs que dans l'assiette les sels minéraux et les vitamines nécessaires.

Les envies : mythes ou réalité ?

Tout le monde a présent à l'esprit l'image du mari courant tous les magasins de son quartier pour trouver des fraises en décembre ! Ainsi en va-t-il des légendes : les femmes enceintes auraient des « envies » qu'il conviendrait de satisfaire sur l'heure.

La vérité est toute autre. Les envies de la femme enceinte sont avant tout culturelles : nous avons tous (et toutes) remarqué qu'une femme enceinte est dans un état affectif un peu différent de la normale. Elle est plus à l'écoute d'elle-même, elle devient un peu narcissique et a parfois tendance à manifester sans complexe des « envies » inopinées, que l'entourage peut trouver surprenantes... tout en

les satisfaisant.

Malheureusement, cette situation « privilégiée » n'a qu'un temps. Elle cesse avec l'accouchement. Que ce passe-t-il alors? Tout à coup, cette femme adulée, vénérée, retrouve son statut de femme... ordinaire. Cela lui paraît d'autant plus difficile qu'elle a maintenant la charge d'une nouvelle vie. Cette brusque remise en place affective est certainement, entre autres causes, pour quelque chose dans la survenue de la dépression qui suit souvent l'accouchement et que l'on appelle le *baby blues*.



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