

- ❑ 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



« Mon Damoiseau » : délicieux !

«Mademoiselle» n'est plus ! Je dois vous dire que lorsque j'ai entendu cette condamnation pure et dure, un vertige nostalgique me prit. La « petite demoiselle » la Mam'zelle sont en voie de disparition.

Moi, féministe indécrottable je me suis dit que là, vraiment là le bouchon allait trop loin !

Et une certaine colère mêlée de nostalgie me prit.

Adieu romance délicieuse, délicatesse et fraîcheur de la « Demoiselle » : la voici à perpétuité métamorphosée en « Dame ».

Bon, je ne me rends sans doute pas compte que les femmes souffraient en silence jusqu'ici de tant de discrimination ? La question « Madame ou Mademoiselle ? » lancée par quelques lubriques machos ont sans doute fait du mal, j'en conviens.

Certaines pourtant y tenaient dur comme fer : il vous est sans doute bien souvent arrivé, comme à moi, de vous faire reprendre par une femme souhaitant qu'on lui lance exclusivement du Mademoiselle !

Le problème : Mademoiselle permettait de savoir si l'intéressée était mariée ou non.
Et c'est sur ce point stratégique qu'il y avait discrimination : Monsieur reste totalement opaque sur la situation matrimoniale du Sieur.
Pourtant, dans les années 1980, Madame était tout naturellement entrée dans les normes pour les femmes ayant eu des enfants, qu'elles soient mariées ou non, et aussi pour les femmes ayant atteint l'âge adulte.
L'âge adulte, oui c'est cela la vraie différence entre les Demoiselles et les Dames : je propose donc au futur Président de la République d'abroger séance tenante cette décision et d'entériner sans tarder ma suggestion : je propose avant 18 ans d'utiliser « Ma Demoiselle » au même titre que... « Mon Damoiseau » pour les hommes.
Et à la majorité, alors, je suis d'accord pour Madame et Monsieur.
Mon Damoiseau : c'est t-y pas délicieux ?
J'adore !

Ménopause

Le traitement hormonal de la ménopause (THM) n'en finit plus de terroriser les femmes : faisons le point en 2012.



Malgré les protestations des experts du monde entier, l'étude américaine WHI a anéanti le traitement de la ménopause. Je constate dans ma pratique quotidienne les répercussions préoccupantes du terrorisme médiatique qui a dissuadé une majorité de femmes de le suivre. Tant bien que mal, ce traitement doit désormais renaître de ses cendres.

Examinons d'abord le risque cardiovasculaire

La WHI (2002) est l'étude américaine qui a bouleversé tout ce que nous savions des relations entre le traitement de la ménopause (THM) et le risque cardiovasculaire, c'est-à-dire la faculté de faire des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux.

Jusque-là, toutes les études disponibles allaient dans le sens d'une diminution de ce risque de l'ordre de 50 %. Ainsi, même si le risque cardiovasculaire à travers la WHI est

très faible, on est soudainement passé d'une protection de 50 % à une petite augmentation du risque, ce qui a tout fait basculer.

Qu'en est-il du risque de cancer du sein sous THM ?

On savait dès 1997 qu'il existait une petite augmentation du risque, c'est-à-dire qu'il y avait quelques cas de plus de cancer du sein pour des dizaines de milliers de femmes traitées durant 5 à 10 ans.

À l'époque, toutes les instances de santé publique avaient convenu qu'il n'y avait pas lieu de remettre en question les avantages du

THM, car non seulement il élimine les troubles de la ménopause, mais il diminue également le risque d'ostéoporose et le risque cardiovasculaire.

En revanche, à partir du moment où la WHI annonçait que le THS était associé à une augmentation du risque cardiovasculaire, celui-ci a été mis sur la sellette, car il ne présentait plus suffisamment d'avantages par rapport aux inconvénients.

Les experts non écoutés

Pourtant, les experts du monde entier se sont immédiatement indignés, proclamant que la population étudiée dans la WHI ne correspondait absolument pas à la cible habituelle du THM (dans la WHI, les femmes avaient une moyenne d'âge de 64 ans, 1/3 avaient plus de 70 ans ; elles présentaient souvent des troubles cardiovasculaires, une hypercholestérolémie, une hypertension et une obésité non négligeable). Tout cela explique les accidents cardiovasculaires plus fréquemment retrouvés chez les femmes de l'étude WHI (qui ne correspond pas du tout à la cible habituelle des femmes : de 50-65 ans).

Alors, comment une telle campagne de communication à l'encontre du THS a-t-elle pu être menée à l'encontre des avis des experts du monde entier ? Cette question reste pour moi une énigme.

Rebondissement avec les données françaises

En 2004, une première étude française menée par l'INSERM à partir d'une population recrutée par la MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation nationale) retrouve l'augmentation du risque de cancer du sein avec tous les types de THS, **sauf un largement utilisé dans notre pays** : celui contenant de la progestérone micronisée bio- identique. Ce ne sont donc pas les œstrogènes qui conditionnent l'augmentation du risque de cancer du sein, mais les progestatifs. Et selon les tout derniers résultats publiés, un deuxième progestatif utilisé en France est innocenté : la dydrogestérone. Ainsi, aujourd'hui, les choses sont très claires vis-à-vis du cancer du sein : le risque varie selon le progestatif contenu dans le THS et on peut donc s'en affranchir.

Pour en revenir au versant cardiovasculaire, deux événements ont eu lieu début 2006

Premièrement, la Nurses Study, une étude portant sur une grande population d'infirmières de Boston, confirme une diminution du risque cardiovasculaire de 50 % chez les femmes de 50 à 60 ans prenant un THS.

Deuxièmement, la WHI publie une nouvelle analyse de ses résultats, en tenant compte cette fois-ci de l'âge des participantes. Ceux-ci montrent alors que le risque augmente chez les femmes de plus de 60 ans, mais diminue chez les femmes de 50 à 60 ans. Et les auteurs de la WHI précisent par ailleurs que la population étudiée ne comprend pas suffisamment de patientes de 50 à 60 ans pour obtenir des données réellement significatives. Ils avouent donc définitivement que la population qu'ils ont étudiée ne correspond pas à la population des femmes ménopausées !

Le versant cardiovasculaire de l'étude française E3N a ensuite innocenté le THS.

Finalement, la seule chose que la WHI nous ait apprise sur ce sujet : il ne faut pas proposer le THM à des femmes très loin de la ménopause, surtout si leurs artères sont déjà abîmées (par l'âge, les graisses sanguines, le diabète, le surpoids, le tabac...).

En fait, dans la « vraie vie » ceci est exceptionnel : le THM est prescrit d'abord aux femmes « jeunes ménopausées ».

En conclusion, les femmes de 50 à 60 qui commencent leur traitement en début de ménopause n'ont pas d'augmentation de risque cardiovasculaire ni de cancer du sein si leur THS contient les progestatifs mis en exergue par l'étude E3N.

Pour continuer avec les bonnes nouvelles...

Comme on le sait, les media ont horreur des bonnes nouvelles, ce qui explique que vous n'êtes sans doute pas au courant !

► Soulignons l'innocuité des **estrogènes cutanés**. En effet, alors que les estrogènes pris par voie orale ont la réputation d'augmenter le risque de thrombose veineuse

(phlébite) et d'embolie pulmonaire, une grosse étude INSERM française (ESTHER) conclut que les estrogènes cutanés ne sont pas associés à une hausse de ces affections.

►Le NHS (National Health Service) britannique vient, à la lumière de nouvelles études de la fin 2011 et début 2012, critiquant fortement entre autres la WHI, d'écrire sur son site web (17 janvier 2012) que cette étude se révèle incapable de démontrer que le THM augmente ou non le risque de cancer du sein !

Les médecins français avaient donc raison de prescrire majoritairement, depuis plus d'une vingtaine d'années, des estrogènes par voie cutanée et de la progestérone micronisée.

Hélas, depuis le tapage de la WHI, la moitié des Françaises qui prenaient un THS ont

arrêté leur traitement. Elles ne vont pas bien, prennent pour certaines de grands risques d'ostéoporose, ne bénéficient plus d'une surveillance gynécologique aussi régulière, moins de dépistage du cancer du sein, moins de frottis du col.

Vous au Quotidien



Je suis très inquiète. En effet, j'ai 42 ans, et depuis le 17/01/2012 (date de mes dernières règles), soit un cycle de 35 jours, je n'ai toujours pas mes règles. J'ai fait 2 tests de grossesse dont le dernier ce matin avec les 1ères urines à chaque fois s'est révélé négatif. Pouvez-vous me dire si c'est normal ?

L'absence de règles peut avoir différentes causes : la grossesse bien sûr, mais aussi le stress, l'amaigrissement ...

Il se peut aussi qu'à 42 ans cela soit le début de la péri ménopause, une période qui précède de 3 à 5 ans la ménopause.

Si la situation persiste et que votre test de grossesse est toujours négatif consultez votre médecin afin de trouver la solution.

Je voulais savoir s'il est possible de se muscler à l'aide d'une ceinture abdominale (pulsions électriques), alors que je porte depuis 2009 un stérilet en Cuivre ?

Y a-t-il des contre-indications?

Je ne connais pas, bien sûr, cette ceinture et je doute qu'elle ait expérimenté son action sur les stérilets. Il faudrait poser la question au fabricant.

De toute façon, l'effet attendu sur les muscles sera sans doute fort modeste en comparaison de ce que vous pourriez obtenir en faisant des exercices classiques de musculation abdominale.

Je suis mariée depuis 6 ans et je n'ai pas pu avoir d'enfant car mon mari est en azoospermie : les spermatozoïdes sont à 0.

Y-a-t'il une possibilité ou une chance d'avoir au moins un bébé.

J'espère avoir une chance de tomber enceinte

Dans certains cas, on peut récupérer des spermatozoïdes dans les testicules et féconder in vitro un ou plusieurs de vos ovules.

Dans les autres cas, seules les inséminations avec sperme de donneur sont proposées.

Où il existe des possibilités ne vous découragez pas.

Je fais des fausses couches à répétition. Le spermogramme de mon époux a mis en évidence des anomalies. Que me conseillez-vous ?

En ce qui concerne les fausses couches à répétition : il faut entre autres recherches faire vous et lui un caryotype (analyse des chromosomes).

Si le spermogramme de votre mari montre aussi trop de formes anormales et s'ils sont "fatigués", il faut chercher comment l'améliorer (on peut aussi faire des inséminations avec du sperme du mari amélioré au laboratoire).

Enfin l'utérus est peut-être pas assez « hospitalier », il faut peut-être aussi remédier à cela.....Trouvez un bon gynécologue spécialiste de ces problèmes.

Je me permets de vous contacter afin de vous demander conseil sur un test d'ovulation qui serait fiable. J'ai 38 ans je voudrais faire un 3ème enfant, ayant déjà 2 filles, je voulais augmenter mes chances d'avoir un garçon.

Les tests d'ovulation vendus en pharmacie sont fiables. Ils sont de parfaite technologie. Mais ce ne sont pas des tests de choix du sexe : à ce jour nous n'avons pas à notre disponibilité ce test, qui n'existe ni en France ni ailleurs dans le monde.

J'ai tendance à faire de l'herpès labial, en ferai-je toute la vie ?

Dans la mesure où vous avez déjà eu un ou plusieurs boutons de fièvre, il est probable que vous en aurez encore tout au long de votre vie si vous êtes fatiguée, si vous n'avez pas bien dormi, si vous avez mal mangé, si vous êtes contrariée ... etc. Le virus de l'herpès est en effet capable de « dormir » pendant de longs mois puis de se réveiller lors d'une agression de votre corps. Le soleil, vous le savez, peut représenter l'un de ces agresseurs.

Vous et votre poids



LA DIETE PROTEINEE

Sous couvert d'une bonne prise en charge et d'une véritable rééducation alimentaire en fin d'amaigrissement, la diète protéique est un régime "scientifique" médicalisé permettant d'aboutir à des résultats particulièrement intéressants, sans risques. Elle nécessite malgré tout de se tenir à un protocole précis et strict qui est le seul garant de la réussite de ce régime.

Comprendre :

Ce régime est né de l'idée que les protéines ne sont pas des sources énergétiques importantes mais, elles doivent impérativement se trouver dans l'alimentation, et au complet, afin d'assurer un bon fonctionnement de l'organisme (enzymes, hormones, transporteurs, etc. ...) en maintenant la masse noble (muscles). Privé de glucides et de lipides, l'organisme se doit de fournir de l'énergie pour fonctionner. Aussi il va transformer ses graisses de réserve en énergie par le biais d'une réaction chimique fabriquant de l'acétone. Il est important que les protéines ingérées ne soient pas mêlées à des hydrates de carbone (sucres). Ceci empêcherait la mobilisation des graisses de stockage du corps, et ainsi la montée d'acétone.

L'acétone est le plus puissant coupe-faim naturel, tout en ayant un effet euphorisant.

Ainsi ce régime a des avantages majeurs :

LA FAIM DISPARAIT COMPLETEMENT EN 48 A 72 H (pas la gourmandise !).

Il est toujours utile de rappeler aux patients que l'apport de petites quantités de sucre risque de diminuer la transformation des graisses en énergie, et donc de diminuer le taux d'acétone ayant pour conséquence une réapparition de la faim.

RAPIDITE DE L'AMAIGRISSEMENT (7 à 10 % du poids par mois)

Ce qui renforce la motivation et évite le découragement. Il est toujours utile de rappeler que ce n'est pas la rapidité de l'amaigrissement qui est source de reprise mais en fait la qualité du mode de réalimentation (remontée trop rapide, déséquilibre) et donc des paliers alimentaires à effectuer.

FACILITE D'EXECUTION

Sans risque d'erreurs alimentaires ni de tentation, sous réserve de respecter un protocole précis.

BIEN-ETRE ET EUPHORIE, sans fatigue.

Mode d'emploi :

La diète protéique peut se mettre en place avec des aliments riches en protéines du type viandes ou poissons maigres, blancs d'œufs,

laitage 0% de matière grasse et légumes en abondance, pauvres bien sûr en glucides.

Actuellement il existe sur le marché des poudres à mélanger avec uniquement de l'eau froide ou chaude, permettant de réaliser facilement des préparations goûteuses et agréables, bien équilibrées en protéines d'excellente qualité nutritionnelle.

Ces préparations permettent de réaliser des soupes, des crèmes et mousses, des boissons, des gâteaux toujours à base de protéines. Café et thé sans sucre sont autorisés à volonté comme certains légumes évitant ainsi certains troubles digestifs (constipation) tout en ayant un effet "fibre de remplissage" recherché.

L'arrivée de farines de protéines (soja et caséines de lait en autre) pour confectionner du pain, des pâtes à crêpes ou pizzas, est nouvelle. Ceci permet de varier l'alimentation en se rapprochant au plus possible de l'alimentation traditionnelle hypocalorique (il ne faut pas rêver, vouloir perdre du poids ne se fait pas sans un petit effort !). Le point fondamental est de toujours penser à ne pas apporter de sucres car ils diminueront l'acétone et provoqueront la sensation de faim.

Ces diètes se réalisent sans souci à domicile. Aucune hospitalisation n'est nécessaire (sauf problèmes médicaux particuliers). L'activité professionnelle est parfaitement poursuivie sans fatigue. A chacun de manager son alimentation au travail. Les activités sportives sont à diminuer provisoirement car les individus en diète n'ont plus de réserve de sucre, utile pour les efforts intenses. Ils devront donc puiser dans les réserves de graisses plus lentement mobilisables. Les efforts intenses et brutaux sont déconseillés (risque d'hypoglycémie) mais les activités douces, à bas niveau énergétique (marche, gymnastique douce, natation de détente ...) sont autorisées, en demandant de stopper les activités en cas de fatigue excessive.

Résultats :

Les résultats de ces diètes sont surprenants dans leur rapidité et leur importance. Cette rapidité n'engendre absolument pas plus de rechute que les autres régimes sous certaines conditions. Les taux de rechute sont plus bas car la motivation à pratiquer ces régimes est meilleure, plus soutenue, mieux contrôlée et ce compte tenu que la perte de poids est importante (7 à 10 % du poids par mois). Certes, plus l'on se rapproche du poids cible

recherché, et plus l'organisme luttera contre la perte de poids. L'amaigrissement sera alors plus lent, avec moins de phénomènes de plateaux.

L'arrêt d'une diète protéique est toujours progressif par paliers de 200 calories. Une réalimentation progressive en introduisant un, puis deux repas (encore enrichis en protéines avec un fruit ou un laitage) sera proposée en précisant que la faim pourra réapparaître, mais la diminution de la taille de l'estomac, obtenue au fil de la diète, fera que le volume alimentaire se réduit.

Au bout d'un mois, petit-déjeuner et 17 heures sensiblement normaux (voire nouveaux pour certains, mais l'habitude de les prendre lors de la diète est souvent conservée, diminuant la faim au déjeuner et

Au bout d'un mois, petit-déjeuner et 17 heures sensiblement normaux (voire nouveaux pour certains, mais l'habitude de les prendre lors de la diète est souvent conservée, diminuant la faim au déjeuner et dîner). La réintroduction progressive des féculents et d'une alimentation sensiblement normale, mais toujours prudente, en lipides et glucides seront le garant de la réussite au long terme sans oublier le plus important: PERSISTANCE DU SUIVI et de la PRISE EN CHARGE psychologique sans lesquelles la diète sera vouée à une rechute (malgré tout pas plus rapide qu'avec les autres régimes).

Du Côté des Mamans



Après 2 césariennes, puis-je me faire poser un stérilet ?

Il n'y a aucun problème à se faire poser un stérilet dans ce contexte. Seule une cicatrice de césarienne de « mauvaise qualité » (par exemple après une infection) pourrait favoriser une perforation de la cicatrice au moment de la pose. Cet accident est rarissime mais rien ne vous empêche donc d'adopter ce type de contraception.

Enceinte de quatre mois, j'ai encore des nausées épouvantables, existe t-il un truc vraiment efficace ?



Il est rare que les nausées persistent après la fin du 3^{ème} mois. Patience donc vous n'en avez peut-être plus sans doute que pour quelques jours. Sinon la réponse est claire : non il n'existe pas de « truc » vraiment judicieux à vous proposer. Dans les cas graves (nausées et vomissements permanents) l'hospitalisation avec perfusion pendant 1 semaine représente une solution extrême mais très efficace.

L'épisiotomie est-elle obligatoire et est-ce douloureux ?



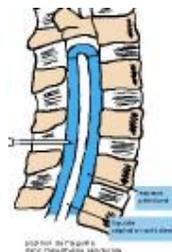
Non, l'épisiotomie n'est pas obligatoire. Cette incision de la vulve faite au bistouri au moment de l'expulsion de l'enfant représente un geste de sécurité pour votre vulve : la tête et le corps de l'enfant pourront passer ainsi sans vous déchirer. C'est donc à la sage femme, à l'obstétricien d'apprécier la capacité de votre vulve à se dilater et de décider alors de faire ou non l'épisiotomie. Environ un accouchement sur deux nécessite une épisiotomie.

Je veux un troisième enfant, j'ai arrêté la pilule depuis six mois et toujours rien ! On m'a parlé d'une courbe de température mais je ne sais pas comment faire.



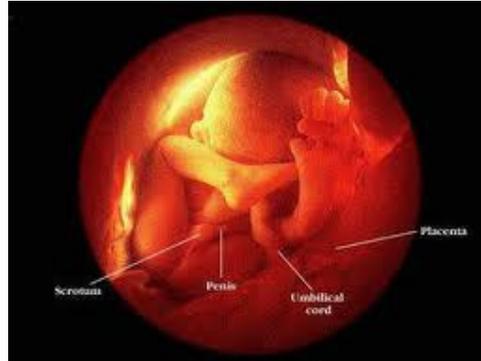
La courbe de température est simple à établir : vous avez posé le thermomètre sur votre table de nuit et tous les matins avant de mettre le pied par terre, vous le maintenez dans votre rectum pendant 3 minutes. Vous notez ensuite la température exacte du jour. Lorsque vous avez ovulé la température augmente de 2-3 ou 4 dixièmes de degré (c'est la progestérone contemporaine de l'ovulation qui élève ainsi la température corporelle). Votre médecin ou votre pharmacien vous procurera des courbes adaptées.

Si j'ai demandé une péridurale, me la fera-t-on dès mon arrivée à la maternité ?



Non, on ne vous fera pas de péridurale dès le début de l'accouchement sauf si vous avez déjà très mal. On préfère en effet attendre de la mettre en place « à bon escient » : certaines femmes (peu fréquentes il est vrai) n'ont pas mal au point de demander une anesthésie et il serait dommage de leur installer systématiquement une péridurale. Cela dit tout est affaire individuelle : rien n'empêche de vous installer une péridurale dès le début de l'accouchement si tel est votre désir et si l'équipe médicale considère que c'est raisonnable pour vous.

J'ai entendu dire qu'on pouvait tomber enceinte pendant les règles, est-ce vrai ?



Il est vrai que l'on peut être enceinte alors que l'on a eu un rapport pendant les règles. L'ovulation survient en général au 14^{ème} jour des règles (en comptant à partir du 1^{er}) mais un rapport ayant eu lieu du 10^{ème} au 14^{ème} jour peut parfaitement vous féconder en raison de la glaire ovulatoire qui prend en charge les spermatozoïdes et qui permet de les « stocker » en attente dans l'utérus et les trompes. Alors imaginez que votre ovulation ait eu lieu plus tôt, vers le 10^{ème} ou 11^{ème} jour du cycle et qu'il y ait eu un rapport au 4^{ème}-5^{ème} ou 6^{ème} jour des règles : l'exceptionnel peut se produire et vous voilà enceinte.

Y a t-il des contre-indications à allaiter ?



Il peut y avoir en effet des contre-indications personnelles à allaiter (rares) parce que les seins sont « malades » et c'est en particulier le cas de l'abcès du sein qui est la raison la plus fréquente du refus d'allaitement dans ce contexte. Il se peut aussi que vous absorbiez un médicament contre-indiqué, un médicament qui passe dans le lait qui serait éventuellement toxique pour le bébé.

J'ai l'intention de me faire poser des prothèses mammaires et ensuite de faire un bébé, est-ce dangereux ?



Ce n'est pas dangereux mais ce n'est pas vraiment le moment : les seins subissent une véritable révolution anatomique pendant la grossesse et le joli travail du chirurgien esthétique risquerait d'être fort compromis par les transformations physiques importantes sous stimulations hormonales et par l'éventuel allaitement. Remettez cela à après l'accouchement.

Contraception

**Le fil de mon stérilet a disparu m'a dit mon gynéco.
Est-ce grave ? A quoi sert-il ?**



Le fil du stérilet peut avoir disparu pour plusieurs raisons :

- parce qu'il a été coupé trop court
- parce que le stérilet est expulsé (et vous ne vous en êtes pas rendu compte)
- parce que vous êtes enceinte (et le stérilet a été « aspiré » à l'intérieur de l'utérus qui grandit)

Le premier cas ne pose pas de problème particulier : grâce à une pince fine votre gynécologue aura vite fait de vous enlever ou de vous changer votre stérilet lorsque vous le désirerez, dans les 2 autres cas il y a évidemment des mesures urgentes à prendre.

J'ai 22 ans, et il y a deux semaines, j'ai pris ma pilule normalement à 21h mais j'ai vomi aux alentours de 23h30. Le lendemain, j'ai pris la pilule du lendemain et j'ai continué ma plaquette comme il fallait. J'aimerais savoir si je suis quand même protégée ou pas ? Et à quel moment, je peux faire un test pour vérifier que je ne suis pas enceinte ?



On exige officiellement 4 heures après la prise de la pilule pour que le vomissement n'ait pas de conséquence sur la sécurité contraceptive. Ce délai est sans doute sévère et 2 ou 3 heures sont sans doute tolérées pour certaines pilules pour lesquelles l'efficacité dépasse de quelques heures l'intervalle des 24 heures nécessaires entre chaque prise de pilule.

Vous auriez pu reprendre une pilule après avoir vomi pour assurer définitivement la sécurité (attitude conseillée quelle que soit la pilule contenant estrogènes + progestatif) si le vomissement intervient moins de 4 heures après la prise).

Maintenant vous avez pris une pilule du lendemain : cela devrait vous assurer de bonnes chances sinon 100% de ne pas être enceinte.

Il faut cependant savoir qu'il faut respecter une période de 7 jours sans rapports ou avec préservatif après la pilule du lendemain lorsqu'elle a été prise après un vrai oubli de pilule (de plus de 12 heures). Si vous voulez vraiment en avoir le cœur net, faites un test de grossesse, mais pas avant 3 semaines après le vomissement.



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