



BULLETIN D'INFORMATION N° 54 – OCT 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 femme n'est pas l'égal de l'homme !



Notre expérience de "médecin des femmes" nous autorise chaque jour à entrer de plain-pied dans leur intimité.

Lorsqu'elles entrent dans le cabinet de consultation, elles laissent pour la plupart leur "masque" au vestiaire.

Nous les voyons nues au réel comme au figuré : sans "maquillage", authentiques, ayant abandonné pour le temps de ces quelques minutes les éléments convenus des codes sociaux, y compris sexuels.

Alors, voulez-vous que je vous fasse sourire ? J'affirme donc que la femme n'est pas l'égal de l'homme !

Les femmes sont des femmes. Tout

simplement !

Elles sont même très différentes de lui. Vouloir d'ailleurs les définir par rapport à lui est déjà faire fausse route : c'est admettre implicitement que l'homme est la référence absolue et exclusive représentant la norme, suggestion d'un ridicule évident, pourtant fortement répandue chez l'immense majorité des habitants de la planète Terre. La femme ne se définit par rapport à rien : elle est ce qu'elle est ! Et la comparer à l'homme ou à tout autre animal insolite implique que l'on fera fausse route. Il serait tout aussi stupide de vouloir définir l'homme en le comparant à la femme, ce à quoi, rassurez-vous, personne

n'a jamais songé ! Et si elles représentent en nombre absolu plus de la moitié des êtres humains, il faut bien convenir que leur identité, leur essence même ont été de tout temps gommées, réprimées, tordues, manipulées et occultées, abîmées, humiliées, bâillonnées par les hommes - éléments masculins de l'espèce - au point même que la plupart d'entre elles ne réalisaient pas - ne réalisent pas toujours encore ici ou là leur aliénation et leur conditionnement. La féminité est une entité en soi qui se définit elle-même sans devoir faire appel à des normes ou à des références masculines, fussent-elles historiques et ancrées dans nos subconscious ! Lorsque le poète - certes de

bonne volonté – chante : *"La femme est l'avenir de l'homme"*, il la réduit encore et encore à la fonction de reproduction. A-t-on jamais défini l'homme pour ce qu'il comptait par rapport aux femmes? Etre femme suppose un certain nombre de défis sociaux dont le plus important est sans doute de s'affirmer en tant qu'être humain spécifique et original, sans référence à la masculinité ou encore à la "destinée biologique" qui la rend responsable de la reproduction de l'espèce. A nous, entre autres, leurs médecins du quotidien, de les aider dans cette évolution. Car être "votre" gynécologue, c'est aussi cela !

Ménopause



À quel âge survient la ménopause ?

Médicalement, la ménopause se caractérise par l'arrêt normal des règles, phénomène qui survient entre 48 et 55 ans en moyenne, la majorité des cas se situant autour de 52 ans. Il n'existe pas de corrélation entre l'âge de la puberté et celui de la ménopause, qui semble plutôt lié à des facteurs héréditaires.

Par contre, on a pu noter, statistiquement, que la ménopause était avancée : chez les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur ; celles qui bénéficiaient d'un environnement culturel riche (en milieu urbain notamment) - celles qui avaient un travail à

l'extérieur.

La pilule, quant à elle, semble retarder quelque peu l'âge de la ménopause (âge moyen sans contraception : 49,8 ans; avec contraception 50,8 ans) ; le statut social (mariée ou célibataire) ne semblant avoir aucune influence.

Une ménopause qui survient avant 40 ans n'est pas anormale, mais elle doit être considérée comme précoce. C'est un phénomène pathologique qui s'observe chez 6 % des femmes environ.

Ménopause : l'arrêt du fonctionnement ovarien.

L'arrêt des règles signifie que la chaîne de fonctionnement hypothalamo-hypophyso-ovarienne s'est arrêtée. Il n'aurait pas été

illogique de penser que c'était l'hypothalamus qui cessait d'envoyer ses ordres - par l'intermédiaire de l'hypophyse -

aux ovaires, et que ceux-ci finissaient par s'endormir, faute de sollicitation. Eh bien, ce n'est pas le cas : ce sont les ovaires qui sont responsables de la ménopause, puisque ce sont eux qui, un beau jour, décident de ne plus répondre aux ordres de l'hypothalamus. Cette indiscipline des ovaires entraîne d'abord des cycles capricieux, anarchiques, jusqu'au jour où ils cessent complètement leur fonction d'ovaires, mettant un terme définitif au

phénomène menstruel. L'arrêt du fonctionnement ovarien n'empêche pas l'hypothalamus et l'hypophyse d'envoyer leurs ordres à ces ovaires silencieux. C'est d'ailleurs visible dans le sang, où les FSH et la LH se trouvent dosables en quantité souvent doublée, triplée ou quadruplée. Notons que l'on extrait des urines particulièrement riches des femmes ménopausées : ces FSH et LH, qui servent à stimuler les ovaires des femmes stériles.

Et la possibilité d'un nouvel «art» de vivre :

L'arrêt du fonctionnement ovarien marque la fin de la fonction de reproduction, puisqu'il n'y a plus d'ovules pondus. Il est certain que toute possibilité d'être enceinte disparaît. Mais ce nouvel âge de la femme se caractérise aussi par le tarissement des hormones sexuelles femelles, estrogènes et

progestérone. Tout « l'art » d'une ménopause *bien vécue* consiste, justement, à rééquilibrer ces fonctions vitales. Ceci est possible aujourd'hui puisque l'on arrive à parer la carence estro-progestative et à en supprimer presque totalement les effets.

Quelles sont les modifications locales dues à la ménopause ?

Mener une vie sexuelle normale à la ménopause ? Quand on le souhaite, c'est tout à fait possible. Mais ce grand charivari hormonal n'a-t-il pas des répercussions intimes bien précises ? Si, évidemment. Vous savez que, à cette période de votre vie, les estrogènes sont manquants, ou en très petite quantité, et que la progestérone est devenue inexistante. D'un point de vue strictement physiologique, les conséquences au niveau des muqueuses sont indéniables : la lubrification vaginale demande plus de temps ; la sécrétion est moins abondante ; la paroi vaginale diminue en souplesse et en expansivité ; l'orgasme peut alors devenir

moins « tonique » (les muscles étant moins puissants).

Toutes ces modifications sont logiques et normales, puisque nous avons vu combien la vulve et le vagin étaient pour leur part tributaires de l'imprégnation hormonale, mais il faut savoir aussi qu'elles sont réversibles, dans la mesure où il existe une thérapeutique substitutive hormonale susceptible de rendre immédiatement à l'appareil génital féminin ses caractères antérieurs. Nous soulignons à ce propos que ces traitements sont extrêmement simples et toujours efficaces.

Sans traitement, comment avoir des rapports sexuels satisfaisants ?

Combien de femmes subissent, sans rien oser dire, des rapports sexuels douloureux qui, petit à petit, les détournent de l'acte sexuel, et du partenaire ! Leur vagin est devenu sec et fragile, transformant les plaisirs d'amour en une pénible épreuve. Cependant, elles hésitent à confier à leur médecin leurs soucis, ce en quoi elles ont tort.

L'atrophie de l'appareil génital d'accueil (la vulve et le vagin) est une chose normale et banale, due à la carence hormonale qu'entraîne la ménopause. Des traitements simples peuvent garder aux muqueuses vaginales et vulvaires une relative souplesse. Ils sont prescrits sous forme d'ovules locaux ou de crèmes contenant de petites doses d'estrogènes. Ces ovules contiennent en

outre parfois des bacilles de Döderlein qui viennent réensemencer le vagin. Il faut savoir en effet que les bacilles de Döderlein ont eux aussi pratiquement disparu du « paysage » sexuel, privant le vagin de son acidité, et le livrant dans huit cas sur dix à des infections latentes et désagréables pour le confort intime. Ces traitements locaux ont l'avantage de ne pas passer (ou peu) dans la circulation et de pouvoir être administrés même aux femmes pour qui se pose un problème de contre-indication aux estrogènes. Ils sont à conseiller dans tous les cas de dyspareunie (douleurs pendant les rapports) mais ils restent tout à fait insuffisants par rapport à l'efficacité du traitement général.



50 ANS : LES RAISONS DE LA PRISE DE POIDS

Elles restent encore complexes. C'est un fait : si nous ne savons pas encore complètement aujourd'hui ce qui fait qu'une femme grossit à cette période de la vie, nous commençons d'en mieux cerner les causes.

Entre 45 et 55 ans, une femme sur deux se plaint d'avoir pris du poids. Le savoir populaire

sur ce sujet semble univoque : " Ne plus avoir ses règles fait grossir ! " Ce " mauvais sang " que l'on retient, qui ne peut plus s'écouler, " arrondirait " les femmes !

En réalité, cet embonpoint trouve des explications bien plus prosaïques comme nous allons le voir.

Prend-on vraiment du poids à la ménopause ?

C'est ce que vous nous dites en consultation et nous sommes évidemment très tentés de vous croire ! Cependant, les études épidémiologiques consacrées à ce sujet ne sont pas aussi affirmatives. Dans notre étude du CERIS (en 1993), nous avons constaté que, entre 20 et 50 ans, la prise de poids moyenne est de 10,6 kilos. Mais, lorsque l'on regarde les courbes de progression du poids, on s'aperçoit qu'entre 20 et 60 ans, elles sont très harmonieuses, quel que soit le pays européen considéré, et ne subissent aucun pic, aucun affolement aux alentours de la cinquantaine. Une autre étude, celle de Kaye (en 1990), sur une population américaine, fait les mêmes constatations : les courbes de prise de poids restent très linéaires et l'on voit que le fameux indice de masse corporelle (IMC) augmente très régulièrement de 20 à 60 ans, sans à-coup : il est de 21,3 à 20 ans, de 22,8 à 30 ans, de 24,5 à 40 ans, de 25,1 à 50 ans et

de 26,35 à 60 ans. Je vous rappelle que le surpoids est défini par un IMC supérieur à 25. Et, si l'on calcule les indices de masse corporelle successifs de l'enquête CERIS, on constate exactement la même progression avec un indice de masse corporelle ayant atteint 25, à 50 ans.

Alors, j'ai une explication qui peut réconcilier les épidémiologistes et la constatation quotidienne des femmes : c'est bien vers 50 ans que vous entrez dans la zone du surpoids en atteignant un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 25. Auparavant, certes, vous aviez pris du poids, mais votre indice de masse corporelle s'inscrivait entre 20 et 25, cela ne vous semblait pas insupportable. C'est à mon avis l'entrée dans le monde du surpoids qui s'opère vers 50 ans, stigmatisée par l'accession au chiffre 25 de l'indice de masse corporelle, qui déclenche chez vous le sentiment que, cette fois-ci, trop c'est trop !

La réduction des dépenses énergétiques

Vous le savez, le métabolisme de base diminue progressivement avec l'âge : nous dépensons de moins en moins pour vivre. Dans le même temps, nous n'avons pas, la plupart du temps, modifié à la baisse le contenu de nos assiettes (ou pas suffisamment). D'autre part, ce même métabolisme de base est diminué lorsque la masse maigre (et en particulier la masse musculaire) diminue et que la masse grasse (la quantité de graisse contenue dans le corps) augmente. Or c'est exactement ce qui se passe au fur et à mesure que les années passent. Je vous le rappelle, les muscles consomment beaucoup d'énergie pour vivre (près de 18 calories par kilo de muscle par vingt-quatre heures), alors que la graisse est un tissu particulièrement économe en dépense d'énergie.

La carence hormonale

Nous l'avons vu en détail, un grand nombre de symptômes tels que les bouffées de chaleur, les sueurs, l'insomnie, la fatigue... sont susceptibles d'induire un certain nombre de

L'énergie dépensée au cours de la digestion diminue d'autant plus que vous sautez un repas (la solitude peut vous y encourager), que la durée du repas est brève et, surtout, qu'elle est riche en glucides et en graisses (coût énergétique de la digestion très faible) et qu'elle est pauvre en protéines. Je vous rappelle que digérer des protéines " coûte " très cher. En général, on ne bouge plus à 50 ans comme à 20 ans : les dépenses énergétiques de l'activité physique sont, la plupart du temps, à la baisse à cette époque de votre vie.

On se rend compte ainsi que tout concourt à ce que chaque calorie ingérée soit stockée sous forme de graisse : les dépenses d'énergie sont fortement diminuées alors que vos apports énergétiques restent stables.

La crise existentielle

Il est rare que l'on puisse en faire l'économie. Il importe de se donner les moyens de la résoudre rapidement (et en particulier à l'adoption d'un traitement estroprogestatif).

modifications à la hausse de votre alimentation, tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

Cette crise induit nombre de troubles du comportement alimentaire (grignotage, fringales...) qui concourent à augmenter la ration calorique quotidienne.

Les modifications des graisses circulant dans le sang

On sait aujourd'hui que lorsque les estrogènes sanguins diminuent ou disparaissent, les fractions lipidiques (graisses) du sang s'élèvent. Ainsi le cholestérol et les triglycérides atteignent-ils, en général, des taux tout à fait significatifs. Le métabolisme glucidique — la façon dont on métabolise des sucres — est lui aussi souvent ébranlé par

cette carence hormonale. Ces dégradations métaboliques étaient, jusqu'à la ménopause, parfaitement contrôlées par les hormones ovariennes — chez les hommes, au contraire, les hormones mâles ne semblent pas avoir ce pouvoir. Aussi, à la ménopause, le " profil glucidolipidique " féminin tend donc à rejoindre son analogue masculin.

La graisse de l'abdomen : selon que vous êtes ménopausée ou non

Il s'agit d'un travail de C.J. Ley effectué en 1992.

La composition corporelle de 61 femmes non ménopausées a été comparée à celle de 70 femmes après la ménopause. La proportion de masse grasse abdominale est de 38,3 % chez les femmes non ménopausées contre 42,1 % chez les femmes ménopausées. À titre d'information et de comparaison, les mêmes

auteurs ont étudié la masse grasse abdominale de 103 hommes et ont constaté qu'elle constituait, chez eux, 48,6 % de leur masse grasse totale.

Les femmes ménopausées non traitées ont des formes abdominales qui se rapprochent donc progressivement de celles des hommes.

Je vous rappelle que le traitement hormonal de la ménopause s'oppose à cette évolution des

choses.

Le petit “ bedon ” de la ménopause

Les estrogènes stimulent une enzyme, la lipoprotéine-lipase fémorale qui provoque la formation de graisse sur les cuisses, situation normale chez toute femme normalement cyclée. Or, lors de la ménopause, du fait de l'absence d'estrogènes, c'est la lipoprotéine-lipase abdominale qui est stimulée et induit une transformation tout à fait caractéristique du sexe masculin : elle accumule de la graisse sur le ventre : c'est le petit “ bidon ”. Cette graisse abdominale — au contraire de la fameuse “ culotte de cheval ” qui vous désespère tant — est dangereuse sur le plan cardio-vasculaire

car elle augmente le risque de graves accidents matériels cardiaques et cérébraux. Le traitement estrogénique de la ménopause rétablit le fonctionnement normal de la lipoprotéine-lipase fémorale avec distribution normale de la graisse aux endroits féminins traditionnels.

“ Mon corps change... ”, nous dites-vous souvent lors des consultations. Car vous l'avez bien sûr remarquée, cette accumulation de graisse nouvelle en des points jusqu'ici toujours épargnés que sont le ventre, les seins, les épaules, les bras...

La graisse située sur l'abdomen et dans la région fémorale (les cuisses) varie selon le statut hormonal des femmes

C'est le résultat d'une étude ayant porté sur 129 Françaises obèses dont l'indice de masse corporelle moyen était de 26,5.

Les auteurs ont étudié les variations de la localisation de la graisse chez 29 femmes n'ayant encore aucun trouble hormonal, 24 femmes en péri-ménopause et 76 femmes après leur ménopause. Aucune de ces femmes ne recevait un traitement hormonal. Le pourcentage de masse grasse située sur les cuisses fut trouvé égal à 37,6 % chez les femmes préménopausées et à 35,2 % chez les femmes après la ménopause. Et il existe entre ces deux chiffres une différence statistiquement significative. Dans le même temps, les médecins constataient une augmentation du pourcentage de graisse abdominale qui était de 17,4 % chez les

femmes sans aucun trouble hormonal et de 18,57 % chez les femmes en postménopause.

Ce travail illustre de façon tout à fait convaincante les changements de composition corporelle des femmes selon qu'elles sont, ou non, ménopausées.

Et c'est ainsi que les femmes ménopausées non substituées hormonalement qui prennent du poids voient une graisse totalement insolite les envahir. L'adoption d'un traitement hormonal de la ménopause ne vous prémunit évidemment absolument pas contre l'“ invasion de la graisse ”, mais elle vous garantit au moins qu'elle se localisera dans les “ endroits féminins ”, c'est-à-dire ceux qui, et cela vous consolera sûrement, ne vous font pas courir de risque cardio-vasculaire particulier.

Les facteurs psychologiques

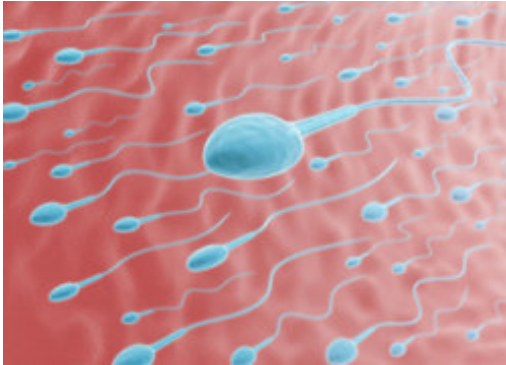
Nous savons l'anxiété liée à l'installation de cette période charnière qu'est la ménopause ; elle est largement responsable de l'augmentation de la ration alimentaire quotidienne. Et de nombreux stress ressentis — perte du pouvoir de fécondité, du pouvoir

professionnel, de la séduction, des enfants qui “ quittent le nid ” ou au contraire “ s'incrument ” — poussent les femmes à augmenter sensiblement, souvent à leur insu, mais pas toujours, leur consommation alimentaire.

Vous au Quotidien

Infécondité

1/ l'un des plus importants des petits examens : le test de Huhner



Le test de Huhner donne des renseignements de grande valeur, et il est intéressant de le faire pratiquer avant de se livrer à des investigations plus sérieuses comme l'hystérogaphie ou la coéloscopie. Son principe en est simple : il consiste à examiner la glaire cervicale durant la période qui précède immédiatement l'ovulation, c'est-à-dire, au mieux, la veille du jour du décalage thermique enregistré par la courbe de température. Il doit, d'autre part, être effectué au plus tôt six heures après un rapport sexuel, et au plus tard vingt heures après. On peut en tirer les renseignements suivants

La glaire sécrétée est-elle de bonne qualité ? On sait en effet combien la qualité « d'accueil » de cette glaire est importante pour la survie et la progression des spermatozoïdes.

Les spermatozoïdes libérés dans cette glaire lors du rapport sexuel y sont-ils bien présents ? Sont-ils nombreux ? Sont-ils mobiles ?

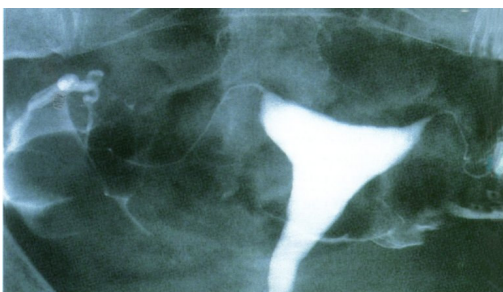
L'intérêt du test de Huhner est qu'il réalise une véritable plaque tournante dans les

investigations puisqu'il met en évidence soit la responsabilité de la glaire, soit la responsabilité des spermatozoïdes, ou encore d'autres problèmes. En tout cas, il permet d'orienter sans perdre trop de temps les recherches vers la femme ou vers l'homme.

En fait, les choses sont parfois plus complexes dans leur réalisation. Car, si le test est simple à exécuter (il s'agit d'un prélèvement fait à l'aide d'une longue pince par votre gynécologue), il n'est pas toujours aisé de le faire coïncider avec l'exact « bon moment » (juste après un rapport sexuel et juste avant l'ovulation), sans oublier ce troisième paramètre : la disponibilité du médecin à ce moment !

C'est donc toute une série de contraintes qui vous sont imposées, y compris celle de prendre votre température... Et il sera peut-être indispensable que vous reveniez tous les deux jours chez votre médecin afin de trouver la période favorable qui assurera que ce test a bien eu lieu en période pré ovulatoire.

L'hystérogaphie



Cet examen a plutôt mauvaise réputation. Pourtant, s'il est plus agressif que les petits tests auxquels on vous a déjà soumise, ce n'est pas le « supplice » généralement décrit.

En revanche, ce dont on peut légitimement se plaindre, c'est de la mauvaise qualité des clichés qui sont adressés au gynécologue, et cela au point qu'ils sont parfois totalement

inutilisables.

L'hystérogaphie sert à dessiner très exactement les contours internes de l'utérus, mettant en évidence tout ce qui peut en modifier l'aspect : polypes, fibrome ou synéchies sont impitoyablement démasqués au cours d'une hystérogaphie bien faite. Elle donne en outre de précieux renseignements sur les trompes, qui sont rendues visibles grâce au liquide opaque qui vous a été injecté, et révèle si ces dernières sont aptes à assurer leur fonction (capturer l'ovule pondue par l'intermédiaire du pavillon, être le lieu de rencontre adéquat pour l'ovule et le spermatozoïde, assurer la migration de l'œuf fécondé vers l'utérus), ou au contraire

obturées, malades, en mauvais état et incapables de remplir leur mission. L'hystérogaphie, en donnant des renseignements indirects sur les ovaires et les « adhérences » éventuelles, est l'examen clé de la stérilité féminine, et vous devez vous y soumettre en toute confiance. Le meilleur moment pour la pratiquer se situe juste après le dernier jour des règles, c'est-à-dire du 6^{ème} au 11^{ème} Jour du cycle, alors que vous ne saignez plus. Le médecin est alors sûr que vous ne pouvez être enceinte, et, l'utérus est encore exempt de tout préparatif, les résultats du cliché sont donc d'autant plus facilement interprétables.

Les dosages hormonaux

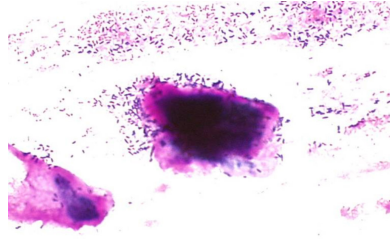


Il s'agit essentiellement de mesurer vos sécrétions hormonales. L'immense majorité des dosages se fait dans le sang. Que peut-on étudier ? Les 2 principales hormones sexuelles femelles : les *estrogènes* (sous forme d'estradiol), la *progestérone* (sous forme de progestérone), les hormones mâles (très peu importantes en général) (sous forme de *testostérone*). Chez la femme elles sont fabriquées en partie par les ovaires et les surrénales ; on apprécie ensuite les *ordres hypophysaires*, c'est-à-dire ceux que l'hypophyse lance aux ovaires afin qu'ils « travaillent ». Ces ordres sont dosables sous forme de FSH-LH ; on dose très souvent l'hormone *prolactine* (cette hormone fabriquée par l'hypophyse provoque la fabrication du lait au moment de l'accouchement).

Ce langage médical n'est pas fait pour vous embrouiller, et il ne doit surtout pas vous inquiéter. Si nous avons voulu être précis et fidèles au langage technique, c'est pour que chacun puisse comprendre le principe et l'utilité de ces dosages. Il faut savoir aussi que ces examens doivent être accomplis le 8^{ème} jour suivant le décalage thermique, c'est-à-dire au 22^{ème} jour du cycle, époque où l'on est assuré de la présence de la progestérone (celle-ci est absente en 1^{ère} phase de cycle). La courbe de température est ici encore indispensable pour choisir le jour précis où le dosage peut être effectué. Certains, comme le dosage de l'inhibine, de l'hormone anti mullerienne doivent être pratiqués en tout de but de cycle, pendant les règles.

Contraception

Les pertes blanches



S'agit-il de pertes blanches normales, c'est-à-dire dues à l'exacerbation de la lubrification du vagin, ou de pertes blanches dues, par exemple, à une petite infection locale ? Il convient donc de voir avec votre gynécologue

ce qu'il en est exactement. Des examens très simples détectent cette infection vaginale, dont un traitement, également très simple, vient facilement à bout.

Les accidents de la coagulation et la pilule



« La pilule est mauvaise pour la circulation » : voilà une phrase qui revient très souvent dans la bouche des femmes, crainte diffuse due sans doute au fait que l'on a très sérieusement accusé la pilule d'augmenter le risque de thrombose. La thrombose est un accident circulatoire provoqué par la formation - soit dans une veine, soit dans une artère - d'un caillot sanguin qui fait office de bouchon et empêche le sang de circuler. Les tissus situés en amont du caillot sont mortifiés et finalement asphyxiés. Il est évident que la formation de caillots (donc, le fait que le sang coagule) est due à des circonstances pathologiques, et la question est justement de savoir si la pilule aggrave ou non ces circonstances favorisantes.

Statistiquement, il semble que les femmes « sous pilule » soient exposées dans la proportion de 5% au risque de thrombose,

alors que les autres voient ce risque osciller autour de 2%. Mais, si l'honnêteté médicale nous fait bien prendre en compte cette différence de 3%, il ne faut pas omettre de dire que ces accidents circulatoires sont survenus - pour 75 % d'entre eux - chez des personnes prédisposées, c'est-à-dire des femmes dont le bilan sanguin révélait un taux de lipides (graisses) trop élevé ou des femmes ayant déjà été victimes d'incidents circulatoires (phlébite après un accouchement ou embolie après une opération) ou encore et surtout chez celles ayant hérité de facteurs sanguins de la coagulation déficients.

Rappelons une fois de plus ici l'intérêt qu'offrent les nouvelles pilules : doses d'estrogènes abaissées, progestatifs « allégés ». Tous ces progrès devraient faire encore diminuer les risques d'accidents

Est-ce que ce n'est pas dangereux pour les bébés à venir ?



Voilà une inquiétude qui relève du fantasme pur et simple. Mais nous allons pouvoir vous rassurer : en effet, des études statistiques très approfondies ont été faites à ce sujet dans différents pays. Il en ressort que les anomalies chromosomiques ne sont pas plus

fréquentes chez les femmes sous pilule que chez les femmes sans pilule. En résumé, les chiffres - ici ou là - restent ce qu'ils sont : 1 % de malformations graves, 2% de malformations légères.

Est-ce que la pilule peut faire augmenter la tension?



En principe non, sauf chez les femmes qui ont déjà un peu trop de tension (c'est-à-dire plus de 14,5 pour le chiffre maximal, et plus de 9 pour le minimal). Il suffit de surveiller la tension à chaque consultation. Si une élévation importante des chiffres est

constatée, la pilule classique est déconseillée en faveur d'une micropilule sans estrogènes. Mais c'est extrêmement rare.

Du Côté des Mamans

Les angoisses



Elles sont habituelles. Vous vous posez toutes sortes de questions sur la bonne santé de l'enfant en gestation, sur vous-même. La grossesse est considérée comme étant un tel bouleversement physique que n'importe quelle femme est en droit de se demander dans quel état elle va en « sortir » ! Et il faut avouer que, dans ce cas, les « réassurances » pieuses d'un mari, qui lui ne changera pas d'un gramme pendant ces neuf mois, ne sont pas d'un grand réconfort.

Les femmes nous comprendront : il s'agit de leur corps, pas de celui du voisin. Un

corps qui devra supporter des tensions et des distensions, des kilos en plus, des fatigues. Les seins vont s'alourdir et les jambes enfler, la peau va peut-être se consteller de taches brunes (le masque !). La femme se retrouve alors seule avec ses questions et ses soucis, puisque la maternité est une des fonctions dont elle a l'exclusivité ! D'où l'avidité qu'elle met à chercher un appui, des conseils, des témoignages. Elle questionne les amis, lit des magazines, devient sensible à n'importe quelle publicité vantant telle crème antivergeture, tel fond de teint

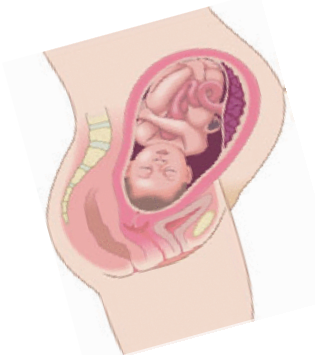
anallergique « spécial femme enceinte ». Bref, elle deviendra très vite crédule et vulnérable... si elle n'est pas en même temps encadrée par les véritables conseils du médecin. Pour nous, gynécologues, les consultations prénatales sont des consultations de joie. Il faut le dire : rarement nous avons auprès de nos clientes un tel contact et un tel enthousiasme dans l'atmosphère de ces consultations. Les femmes viennent fières, contentes, sereines, faire, constater à leur médecin que « tout va bien »... Bien sûr, elles ont souvent de petits ennuis, mais elles les abordent avec sagesse et résignation, tant l'enjeu leur paraît important.

C'est extraordinaire, une consultation prénatale : demander à une femme si l'enfant bouge, rien que pour voir son sourire

lorsqu'elle répond : « Oui ! Depuis trois semaines déjà ! »; prendre le droit de la rassurer quand on la sent inquiète et que l'on sait pouvoir lui répondre que la nature est formidable et que tout se passera bien.

À de très rares exceptions près, en effet, une grossesse se déroule bien. Il n'empêche qu'une surveillance médicale tout au long de cette grossesse est nécessaire, pour pouvoir suivre le bon déroulement de la gestation et voir- le cas échéant- ce qui ne va pas. Le gynécologue doit être en cette circonstance un guide et un ami. Il est là pour expliquer, conseiller, surveiller. Nous pensons qu'une consultation mensuelle est nécessaire pendant les sept premiers mois, et des consultations bimensuelles durant les deux derniers mois, la surveillance devant être plus stricte à l'approche du terme.

Quelle est la durée normale d'une grossesse ?



Il existe deux méthodes d'évaluation.

La première consiste à évaluer « l'âge » de la grossesse à partir du jour présumé de la fécondation, c'est-à-dire quatorze jours avant la date où, normalement, les règles auraient dû survenir, et cela quelle que soit la durée du cycle. Ainsi, si une femme a un cycle de vingt-huit jours, on présume que l'ovulation (donc la fécondation) a eu lieu le 14^e jour du cycle ; si elle a un cycle de trente-quatre jours, on présume que l'ovulation a eu lieu le 20^e jour. Mais on a peu à peu abandonné ce mode d'appréciation, celui-ci ne tenant pas compte du fait qu'une même femme peut avoir des cycles irréguliers...

On préfère désormais considérer le nombre de semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire de semaines écoulées depuis le début des dernières règles, soit quarante semaines et

demie. La grossesse dure donc deux cent quatre-vingt-trois jours, soit dix mois lunaires ou neuf mois du calendrier. Mais il faut bien savoir que ces deux cent quatre-vingt-trois jours représentent une moyenne et que la grossesse est en fait comprise entre deux cent soixante-cinq et deux cent quatre-vingt-quatorze jours.

Comment calculer la date de l'accouchement?

C'est très simple : prenez comme référence la date des dernières règles, ajoutez dix jours, puis neuf mois ! Il faut bien savoir que la date présumée de l'accouchement n'a d'intérêt que pour les formalités administratives. Seul un accouchement « décidé à l'avance » (une césarienne par exemple) se voit fixer une date déterminée. Mais si vous faites partie des cas ordinaires et normaux, force vous est bien d'attendre, au jour le jour, que le bébé veuille

bien se décider à naître !

Les métamorphoses de la vie



Nausées, vertiges, un peu de fatigue en ces débuts de grossesse ? Il faut se dire que si les deux ou trois premiers mois sont un peu éprouvants pour la mère, ils représentent aussi pour l'enfant l'étape la plus importante de sa vie, celle pendant laquelle il subit les plus fantastiques transformations. C'est en effet pendant les dix premières semaines d'existence, que la médecine définit comme la phase « embryonnaire » que cet œuf microscopique commence à devenir un projet d'enfant.

L'unique cellule de l'œuf s'est déjà formidablement démultipliée, et différents tissus se sont *mis* en place, appelés les uns et les autres à construire tels ou tels organes. Au tout début, « cela » n'a ni forme ni visage. Mais ce vague embryon de vie obéit déjà, sans que nous le sachions, à un programme d'une précision étourdissante. Tout se crée de seconde en seconde, et imperceptiblement en vous, tout « devient », selon un ordre rigoureux, l'enfant que vous allez avoir.

À la 4^e semaine de la vie souterraine, ce bébé invisible mesure 5 mm ! Il a la forme d'un petit haricot, mais déjà apparaissent quatre petits bourgeons, qui deviendront des bras et des jambes. Sur ce chantier microscopique s'installent des ébauches : l'estomac, l'intestin, le foie, le pancréas, l'œsophage, la trachée avec deux petits bourgeons qui deviendront les poumons, les reins, le cœur (ce n'est encore qu'un tube en train de se dilater), la colonne vertébrale et le cerveau (réduit à trois petites vésicules).

À la 5^e semaine : 8 mm ! Il a une sorte de petite queue, que l'on nomme l'appendice caudal ; l'intestin s'est allongé ; les bronches apparaissent ; le cœur progresse et le

cerveau s'enrichit de deux autres vésicules. À la 6^e semaine : 12 mm. On devine déjà la tête (c'est la partie la plus « renflée »), et l'on identifie les pieds et les mains. Fille ou garçon ? On ne le sait pas encore. Mais le cœur (ses cellules se sont déjà mises à palpiter) prend sa forme définitive. Le cerveau continue son élaboration compliquée, tandis que l'oreille commence à se former.

À la 7^e semaine, l'embryon mesure 17 mm. Les doigts ont poussé... mais la queue a régressé, la face et le cou émergent de l'informe, l'œil apparaît, et les valvules du cœur se sont installées. Un enfant, à ce stade, n'est rien de moins qu'une petite plante qui pousse, se déplie, se défroisse, à partir d'un programme de vie. À 2 mois, il mesure 23 mm. C'est à peine la grandeur d'un hanneton, et pourtant tout ce qui est indispensable au fonctionnement humain s'est déjà installé en lui, selon un plan inexorable. On l'appelle désormais fœtus, ce n'est plus un embryon, et il vient de passer la période de sa vie durant laquelle toute agression, toute faute de programmation, tout accident chimique lui auraient été fatals. À ce stade, le foie et les poumons sont en place, ainsi que les organes spécifiques (ovaires ou testicules) qui le font fille ou garçon. On détecte même, à cet âge, les premières traces d'ossification.

À 2 mois et demi : il mesure 4 cm (une noix). La moelle épinière est définitivement en place ainsi que le pancréas, et les cordes vocales sont en train de se former. À 3 mois, il atteint 5,6 cm (une petite pêche) et presque tout est terminé. À 4 mois, il a beaucoup grandi puisqu'il atteint 11 cm (un pamplemousse). Il a des yeux, un nez, une bouche, des muscles dont il se sert pour bouger (c'est d'ailleurs à ce stade que vous percevez ses premiers

mouvements). C'est un enfant qui est sorti du stade des métamorphoses mystérieuses, les poumons sont formés, les reins ont leur forme caractéristique, les os commencent à s'articuler les uns avec les autres, le cerveau est élaboré, seul le cervelet est encore en voie de création... Mais on peut dire que ce bébé a bel et bien « pris corps », à partir du plan génétique que contenait l'unique cellule

de base. Esquisse tirée de l'informe, « quelque chose » s'est matérialisé ; le message codé de la vie a été fidèlement transcrit : il n'y a plus qu'à figoler, modeler, perfectionner, préciser ce « projet » d'enfant. Rythme de croisière au niveau de la grossesse : vous allez vous mettre à grossir. Mais dans la plus grande sérénité !



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 ou 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

