



BULLETIN D'INFORMATION N° 43 – OCT 2008

- 📧 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



Une espèce en voie de disparition !

Des animaux bien connus du grand public comme l'ours blanc, l'hippopotame ou la gazelle du désert pourraient bien disparaître au cours des prochaines décennies. Selon la liste rouge 2008 des espèces menacées publiée par l'Union Internationale pour la Conservation de la Nature, un mammifère sur quatre est en danger d'extinction.

Et moi, et moi ? - Je suis inquiet, oui très inquiet pour une espèce de mammifères que j'affectionne parmi toutes : celle des **gynécologues médicaux !**

Bien sûr, je m'émeus et j'ai beau me dire que le grand requin, le tigre du Bengale, le cacatoès ou encore l'éléphant d'Asie sont amenés à disparaître, je ne peux m'empêcher de pleurer **d'abord** sur la triste situation de notre profession.

Ho ! Pas pour moi ! Car, comme tous et toutes mes collègues j'ai commencé et finirai gynécologue. Non, je me déssole pour l'avenir de celles qui sont l'objet de toute notre préoccupation : **celles des femmes.** Car au rythme où vont les choses nous ne serons plus que... 500 dans seulement 12 ans !

Je vous rappelle les faits :

-Mai 1931 : fondation de la Société Française de Gynécologie par des... chirurgiens gynécologues.

-1949 : le Pr Albert Netter forme la première Ecole de Gynécologie Médicale et devient le premier chef de service de la spécialité à l'Assistance Publique de Paris.

- Jusqu'en 1986, alors que l'internat devient obligatoire pour l'accès aux Spécialités, rien ne

va plus : la formation de Gynécologie Médicale... disparaît purement et simplement !
-2003 : la spécialité renaît de ses cendres grâce aux combats acharnés de plusieurs d'entre nous.

Les causes de cette disparition programmée sont nombreuses. Et comme toujours, lorsqu'il s'agit d'espèces menacées, elles peuvent être certes naturelles, comme la sécheresse, la fonte des glaces, les incendies ou le manque de nourriture. Mais on le sait, c'est souvent à cause des hommes : ainsi les animaux sont chassés pour leurs viandes, leurs peaux, leurs dents, leurs écailles, leurs plumes ou leur graisse, pour fabriquer des vêtements, des bijoux ou encore des produits de cosmétique...

oui, je sais tout cela mais... pourquoi « l'homme politique » chasse t'il avec autant d'opiniâtreté les gynécologues médicaux, une espèce médicale qui rend service à tout le monde ?

A qui ?- Aux femmes d'abord et surtout en leur offrant des prestations médicales, des services et surtout une compétence que nulle part ailleurs dans le monde elles ne peuvent

Mais las ! Depuis, il n'y a que 20 internes qui peuvent choisir la spécialité pour toute la France alors qu'il en faudrait 119 pour assurer la stabilité de nos effectifs ! La gynécologie se meurt faute de renouvellement.

espérer obtenir. -- Aux généralistes qui, pour leur immense majorité, savent pouvoir diriger vers nous qui pour une stérilité, qui pour une endométriose, qui encore pour une ménopause difficile... - Aux finances aussi car notre compétence s'oppose à la multiplication des examens complémentaires, cache misère habituel de l'inexpérience.

L'une des dernières batailles se joue en ce moment précis : si les postes d'internes restent peaux de chagrin, il n'y aura plus bientôt qu'au Musée Grévin où l'on pourra admirer avec quelque nostalgie les fidèles répliques de cire de notre espèce disparue!

Pandas géants, Manchots empereurs, Ours polaires, Koalas, Tigres de Sumatra, **Gynécologues médicaux** vont bientôt disparaître si l'on ne fait rien. Voici une sélection d'animaux qu'il est urgent de protéger !

Vous et Votre Poids



IDÉES REÇUES A PROPOS DE QUELQUES ALIMENTS GLUCIDIQUES

NB:LES GLUCIDES SONT LES ALIMENTS QUI APPORTENT DU "SUCRE "(par opposition aux protéines et aux graisses)

Les pâtes

Les nutritionnistes tentent actuellement de réhabiliter cet aliment complet qui jouit d'une très mauvaise image de marque : on y associe souvent des idées d'obésité et de rondeur.

Cette réhabilitation repose sur plusieurs arguments de bon sens :

- elles contiennent peu de calories : 300 g de pâtes cuites correspondent à 376 calories ;
- elles sont très peu grasses (1,2 g de lipides pour 300 g de pâtes cuites), contiennent une

bonne proportion de protéines (14,8 g pour 300 g) et 76 g de glucides pour 300 g ;

- elles sont riches en vitamines B1, B2, en fibres, en acides foliques, en sels minéraux ;

- 300 g de pâtes représentent une bonne platée, susceptible de couper la faim du fait du volume de cet aliment ;

- il s'agit de sucre lent, ce qui est très important puisqu'elles quittent lentement l'estomac et sont digérées en évitant les " à-

coups ” de la glycémie, ces variations brutales dont on sait qu’elles sont à l’origine de sensations de faim et de fringale sous la dépendance de sécrétions accrues d’insuline. À noter un inconvénient sérieux : il est rare que l’on consomme des pâtes sans assaisonnement ; la plupart du temps, d’ailleurs, on y met “ quelque chose ” de particulièrement gras : parmesan, gruyère, sauce tomate grasse, ou tout simplement beurre ou huile. C’est l’assaisonnement des pâtes qui peut augmenter considérablement la

Le chocolat

Nous le devons à la hardiesse des grands navigateurs portugais et espagnols, qui rapportèrent dans leurs soutes les fameuses graines de cet arbre mythique : le cacaoyer. Il s’agit d’un arbre que les indigènes d’Amérique du Sud cultivaient de façon ancestrale. Très curieusement, les graines de cacao furent d’abord utilisées comme des plantes médicinales en Espagne. Puis, fort heureusement, quelqu’un pensa à les écraser en les mélangeant avec du sucre : le chocolat venait de naître ! La fabrication industrielle du chocolat n’est effectivement réelle que depuis le XIXe siècle. On ajouta au mélange de cacao et de sucre, du lait, des amandes, des noix... pour obtenir autant de qualités différentes de chocolat.

La pomme de terre

Nous la devons aux Indiens d’Amérique du Sud qui la cultivaient depuis des siècles lorsqu’elle fût introduite en Espagne, dans la deuxième partie du XVIe siècle, avant de se répandre en Autriche, en Allemagne et en Angleterre. Contrairement à une idée fort répandue, l’accueil que lui réservèrent les Français, à la fin du XVIe siècle, fut un véritable “ bide ” ! Antoine Parmentier, apothicaire aux armées du roi de son état, fit preuve de beaucoup de ténacité et de persuasion pour les convaincre que la pomme de terre n’était pas bonne que “ pour les cochons ”. Il ne lui fallut rien de moins que l’appui de Louis XVI — qui lui permit de réaliser ce qu’on appellerait aujourd’hui un “ coup médiatique ” — pour pouvoir cultiver la pomme de terre sur 50 arpents de la commune actuelle de Neuilly-sur-Seine, en entourant toute cette opération d’un grand folklore. Ainsi, le champ de pommes de terre fut dûment gardé par les soldats du roi, mais la consigne était qu’ils devaient fermer les yeux à chaque fois qu’un citoyen venait chaparder. Puis, pour

valeur calorique : si vous mangez 300 g de pâtes cuites seules, certes vous absorberez 375 calories, mais si vous y ajoutez 20 g de parmesan — qui contient lui-même 27 g de lipides pour 100 g —, vous alourdirez votre addition calorique de 76 calories ; et comme, bien entendu, les pâtes sans matières grasses ajoutées ne sont pas bonnes, vous n’oublierez pas d’y adjoindre 20 g de margarine (ou de beurre ou d’huile), ce qui vous fera encore 180 calories. Faites le compte : 375 calories + 76 calories + 180 calories = 631 calories !

Qu’il soit blanc ou noir, sa valeur énergétique est élevée : 500 calories pour une tablette de chocolat de 100 g et, s’il est aux amandes, vous pouvez rajouter... 7 calories par amande incluse dans la tablette ! Il est quasiment exclusivement composé de glucides (60 g de sucre pour 100 g de chocolat), de lipides (30 g de graisses pour 100 g) et il ne comporte que très peu de protéines (8 g pour 100 g). Le chocolat est un aliment riche en fer et surtout en une substance qu’on appelle la théobromine, qui a une action excitante — voire consolatrice — sur le cerveau. C’est ce qui expliquerait ce que certains appellent la chocolomania : une sorte de dépendance aux substances chimiques spécifiques de la graine de cacao.

la fête de Saint-Louis, le roi Louis XVI s’obligea à en manger en public tandis que sa femme, la reine Marie-Antoinette, se fit une gracieuse coiffure avec... des fleurs de pommes de terre ! Les Français furent enfin convaincus qu’ils devaient en consommer et, par là-même, en cultiver.

La pomme de terre bouillie fournit 85 calories, principalement apportées par les sucres qu’elle renferme (essentiellement de l’amidon). Elle contient en effet 20 g de sucres (glucides) pour 100 g. Elle est riche en potassium et en vitamine C, mais le stockage et la cuisson diminuent considérablement la teneur de cette vitamine. La consommation de la pomme de terre, qui était encore avec le pain l’aliment de base des Français au début du XXe siècle, a très fortement diminué puisque, si ceux-ci en consommaient près de 200 kilos par personne et par an en 1925, ils n’en consomment plus aujourd’hui que 80 kilos par an. Attention ! Si 100 g de pommes de terre apportent 85 calories lorsqu’elles sont bouillies, ils en apportent 175 lorsqu’elles sont “ sautées ” et

400 (!) lorsqu'elles sont présentées sous la forme de frites. Bien évidemment, cette multiplication par deux ou par quatre de la quantité de calories passe par le rajout en

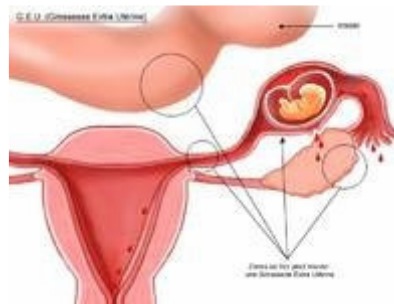
lipides de chaque préparation : 0 lipide pour la pomme de terre bouillie, 6 g de lipides pour 100 g de pommes de terre sautées et... 19 g de lipides pour 100 g de frites.

La biscotte

Elle jouit, à tort, de l'image d'un aliment de régime. Nombreux sont ceux qui pensent qu'en remplaçant le pain par la biscotte, ils perdront du poids ; la biscotte est certainement beaucoup plus énergétique, et donc plus susceptible d'augmenter nos réserves de graisses, que le pain : une biscotte apporte 36 calories (20 g de protéines ; 0,6 g de lipides ; 6,8 g de glucides). À titre d'exemple et de comparaison, 100 g de biscottes apportent 407 calories alors que 100 g de pain complet apportent 262 calories, 100 g de pain de mie apportent 292 calories et 100 g de baguette apportent 275 calories ! Ces différents apports

caloriques tiennent surtout au fait que les biscottes contiennent la plupart du temps entre cinq et sept fois plus de lipides (graisses) que le pain. Ainsi il y a 7 g de graisses pour 100 g de biscottes contre 1 g de graisse pour 100 g de baguette (une baguette entière de pain pèse 250 g). Les partisans de la consommation de biscottes lors de régimes amaigrissants arguent du fait qu'elles donneraient un sentiment de satiété plus rapide que le pain. Rien n'est moins sûr, car l'augmentation de la quantité de graisse d'un aliment donné n'a malheureusement que très peu d'effet sur le sentiment de satiété.

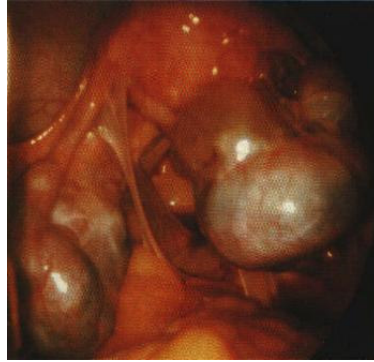
Contraception



Quelle est l'influence du stérilet sur les grossesses extra-utérines ?

Nulle. La grossesse extra-utérine étant une grossesse qui se développe dans une des trompes, donc en amont de l'utérus, on comprend que le stérilet ne puisse aucunement en être responsable et, pour la même raison, qu'il ne puisse pas non plus empêcher ces mauvaises nidations de l'oeuf. Ce qui signifie qu'une grossesse extra-utérine peut bien se produire avec un stérilet. Il est

bon de le savoir, afin de ne pas confondre les signes d'alarme (saignements, douleurs) de la grossesse extra-utérine avec des symptômes douloureux (ce sont les mêmes) qui pourraient être normalement imputés au stérilet. La confusion serait évidemment grave, car on sait que la grossesse extra-utérine ne souffre aucun retard de diagnostic.



Le stérilet peut-il provoquer des infections ?

Ne parlons pas des infections bénignes du vagin ou du col, qui surviennent chez toutes les femmes, qu'elles portent ou non un stérilet. La question qui se pose est de savoir si le stérilet (matériel intra-utérin) est susceptible de provoquer des infections de l'utérus (endométrite) ou des trompes (salpingite), soit qu'il ait réveillé une infection ancienne, soit que le médecin ait fait une faute d'asepsie, ou encore que le stérilet ait apporté avec lui, dans l'utérus, les germes rencontrés dans le vagin ou la région du col.

La responsabilité du stérilet dans ce genre d'accidents a été diversement estimée. L'Organisation mondiale de la santé estime à 2,5 % ou 3 % le nombre de femmes chez lesquelles le stérilet aurait provoqué une infection génitale. Parmi elles (toujours selon l'O.M.S.), 1,5 % à 2 % des cas seraient bénins et 1 % d'entre elles seraient réellement victimes du stérilet et justiciables de son retrait.

Encore faudrait-il être sûr que ces infections n'ont pas été seulement réactivées par la présence du stérilet : en effet, d'autres études statistiques ont montré que les incidents infectieux imputables au stérilet survenaient pratiquement toujours chez des femmes qui avaient déjà eu des infections génitales. C'est assez dire l'importance qu'il y a - lors de la première consultation - à recenser scrupuleusement tous les incidents gynécologiques dont a pu souffrir la femme qui vient demander la pose d'un stérilet. Ceci est d'autant plus important qu'on assiste aujourd'hui à une très nette augmentation des maladies sexuellement transmissibles, chlamydiae et gonococques en tête. Pour nous résumer, une femme jeune, qui a plusieurs partenaires (ou même seulement deux) doit certainement se tourner vers une autre contraception.

Vous au Quotidien



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.



J'ai eu un cancer du sein et j'ai dû subir une ablation des ovaires, il y a deux ans, et de très nombreuses femmes dans ma famille l'ont eu aussi. Je suis aujourd'hui guérie et ma sexualité est désormais au point mort alors qu'avant j'avais une libido parfaitement positive. J'aimerais savoir si je pouvais utiliser les patchs à la testostérone car je n'ai pas envie de faire une croix sur ma vie sexuelle.

Je vous répondrai d'une façon extrêmement simple : les patchs de testostérone sont absolument contre-indiqués dans votre situation. En effet, l'administration d'hormones fussent-elles mâles, est susceptible de réveiller

un processus cancéreux aujourd'hui éteint. D'autre part, ces patchs doivent toujours être utilisés avec un traitement de ménopause classique qui vous est aussi contre-indiqué.



J'ai des fuites urinaires lorsque j'éternue et lorsque je tousse. J'ai déjà fait de la rééducation avec un kinésithérapeute. J'ai lu qu'il existait maintenant un appareil vendu en pharmacie capable de remplacer ces séances de kinésithérapie fastidieuses car fort loin de mon domicile avec un emploi du temps très chargé.

Vous avez raison, il existe aujourd'hui en pharmacie, et qui plus est, remboursé par la sécurité sociale si prescrit par un médecin, un petit appareil de poche (remboursé SS) qui comporte une sonde vaginale alimentée par

une pile rechargeable, capable d'entretenir la musculature des muscles de votre périnée et donc de diminuer ou d'annuler les fuites urinaires que vous avez à l'effort. Parlez-en à votre médecin.

Ménopause



Rhumatisme et ostéoporose : ne pas confondre

Après 60 ans, une femme sur quatre a un problème de rhumatismes, et une femme sur deux après 70 ans ! Il faut bien reconnaître qu'il s'agit là d'un assez triste privilège féminin puisque 80 % des sujets du troisième âge souffrant de rhumatismes sont des femmes. Les hommes n'en sont pas pour autant exempts, mais la maladie les frappe moins souvent et en moyenne dix ans plus tard. Le rhumatisme, c'est d'abord une douleur. Douleurs familières, que vous connaissez bien, que vous attendez même, les jours où le temps est comme ci ou comme ça. Vous vous plaignez un peu machinalement. À moitié graves, à moitié habituelles, les douleurs s'installent un peu partout, dans le dos, dans le cou, dans les hanches, et vous réveillent la nuit, les articulations sont douloureuses. Ces rhumatismes, ces « douleurs », peuvent d'ailleurs survenir bien avant 50 ans ! Elles ne sont pas en relation directe avec la ménopause et sa carence estrogénique. Bien autre chose est l'ostéoporose qui, elle, apparaît après la ménopause et est

directement liée à la perte estrogénique. Si les douleurs rhumatismales sont dues à l'arthrose (qui est une atteinte des cartilages articulaires), l'ostéoporose est, elle, une usure, une fuite du tissu osseux. Contrairement aux douleurs arthrosiques (qui peuvent commencer tôt), l'ostéoporose peut être parfaitement « silencieuse » jusqu'à ce que l'on ait atteint le seuil fracturaire et ne faire mal que très tard. Il est évidemment possible - et cela est fréquent - que l'installation de la ménopause, et l'absence brutale des estrogènes, ravive les douleurs rhumatismales. La preuve en est que ces douleurs sont immédiatement soulagées quand le traitement est institué. Mais elles ne font pas partie du « tableau » de la ménopause. Les hommes, comme les femmes, peuvent souffrir de rhumatismes. Alors que le problème de l'ostéoporose est plus spécifiquement féminin. Certes, l'ostéoporose existe chez l'homme, mais en proportion bien moindre. Il s'agit bien là d'une pathologie liée à la ménopause plus qu'au vieillissement.



Vous vous sentez « très bien comme ça » : oui, mais l'ostéoporose... ?

Nous insistons sur le fait qu'en tout état de cause c'est à vous de choisir si vous souhaitez - ou non - être traitée par les estrogènes. Le rôle du médecin se limite, au départ, à vous

expliquer les mécanismes d'action et les contraintes de chaque sorte de traitement, ainsi que les bienfaits éventuels que vous pouvez en attendre. Cette information est

indispensable si vous voulez choisir en connaissance de cause.

30 % des femmes en effet vont en être victimes. Il s'agit d'une perte du capital osseux, sans symptômes à ses débuts (on a d'ailleurs appelé l'ostéoporose « l'épidémie silencieuse »). Les premiers signes de la maladie sont les fractures, qui se produisent sous l'effet d'un choc souvent minime, et des effondrements de vertèbres, dus au seul poids du corps, qui peuvent entraîner un « rapetissement » de plusieurs centimètres. On sait aujourd'hui que c'est la carence estrogénique qui accélère cette perte osseuse, à laquelle l'estrogénothérapie substitutive peut faire barrage.

Il n'est jamais trop tard pour mettre en route le traitement estrogénique : en effet, la perte osseuse sera stoppée à ce moment et restera « en l'état », sans évoluer plus avant. Cette perte osseuse s'effectue au rythme de 2 à 5 % par an après la ménopause. Lorsqu'on arrive à 30 ou 35 % de perte osseuse, on dit que le seuil fracturaire est atteint, ce qui signifie que l'os est devenu trop fragile pour supporter la vie quotidienne et qu'à tout moment il peut « casser ». Un examen - l'ostéodensitométrie - permet de voir si le capital osseux est déjà

entamé, et dans quelles proportions il l'est (une déperdition de 20 à 30 % signale un seuil voisin de la rupture).

Nous l'avons dit, les estrogènes sont le meilleur moyen de prévention de l'ostéoporose, mais il existe d'autres moyens. 3 médicaments non hormonaux sont aujourd'hui disponibles : les bisphosphonates, le raloxifène, le ranélate de strontium. Il faut également penser, bien entendu, à absorber une dose quotidienne de calcium suffisante (un gramme/jour minimum), que l'on trouvera dans le lait, le fromage, les yaourts (même maigres !) et certaines eaux minérales : un litre de Contrexville par jour apporte à peu près la dose utile à l'organisme. Et manger suffisamment de fruits, poissons + une dose modérée de soleil afin de faire des stocks suffisants de vitamine D.

Ceci est très important car l'ostéoporose est véritablement un problème de santé nationale, qui concerne, en France, 3 à 4 millions de femmes. Un coût énorme pour le budget de la Sécurité sociale. Un chiffre : aux États-Unis, les dépenses de santé concernant l'ostéoporose dépassent le milliard de dollars par an !

Du Côté des Mamans



Peut-on se faire vacciner lorsqu'on est enceinte ?

Tout dépend du vaccin ! Ainsi les vaccinations antipoliomyélitique (par virus tué), antitétanique et anticholérique ne présentent-elles aucun danger. En revanche, il faut

catégoriquement refuser quand on est enceinte les vaccinations contre la rubéole, la typhoïde et paratyphoïde, la coqueluche. Elles sont dangereuses.



Les médicaments sont-ils vraiment dangereux ?

On ne peut certainement pas répondre de façon univoque à une question aussi complexe. Souvent, le médecin ignore si une substance est totalement nocive ou anodine. Il est donc extrêmement difficile de trancher globalement. Le risque encouru (éventuellement) par la prise d'un médicament est lui-même différent selon qu'il est pris dans les trois premiers mois de la grossesse (où l'on redoute la possibilité d'une malformation foetale) ou dans les six derniers mois pendant lesquels prédominent les risques d'intoxication foetale ou d'interruption de grossesse. Pour ce qui est du danger de malformation foetale, il est évident que l'exemple désastreux de la thalidomide (tranquillisant bénin qui fut cependant responsable de nombreux cas d'enfants anormaux) a très longtemps fait peur aux futures mères. Bien que l'on n'ait plus jamais eu à déplorer d'autres épisodes tragiques à ce sujet, les tranquillisants et - par extension - les médicaments en général sont suspectés par principe. Peut-être est-ce une suspicion un peu injustifiée, puisque l'on sait que des femmes soumises à un traitement psychiatrique massif à base de drogues du type somnifères ou tranquillisants accouchent d'enfants parfaitement normaux. Cela dit, il n'est certes pas indispensable de se laisser prescrire ou d'absorber tels médicaments pour des troubles mineurs, et le simple bon sens commande de s'en abstenir au maximum lorsque l'on attend un bébé. Et les hormones ? Il est sûr que les hormones mâles (qui pourraient "viriliser" un fœtus féminin) sont tout à fait déconseillées ! Les antibiotiques ? Durant le premier trimestre de la grossesse ils sont sans danger, même les antibiotiques antituberculeux ou les sulfamides anti-infectieux. Peuvent également être pris sans risque : la cortisone et les médicaments contre

le paludisme.

Après les trois premiers mois de grossesse, le risque de toxicité remplace le risque de malformation. Sont alors à éviter ou à manipuler avec beaucoup de prudence : les médicaments à base d'opium, les barbituriques à hautes doses, la cortisone et - parmi les antibiotiques - la famille des cyclines (les dents du fœtus pourraient en être perturbées et colorées en jaune). Attention ! à la streptomycine (antibiotique employé contre la tuberculose) : bien que les médecins se portent garants de sa non-toxicité, on a toujours peur qu'elle ne lèse le nerf auditif. Éviter autant que possible les sulfamides anti-infectieux et les anticoagulants qui sont vraiment, durant cette période, très dangereux. Il faut savoir qu'il existe maintenant des banques de données informatisées qui permettent de répondre d'une manière très rapide aux questions angoissées des femmes qui ont absorbé telle ou telle catégorie de médicaments. La consultation de ces banques de données informatisées permet de savoir s'il y a des cas répertoriés dans le monde de telle situation, quels ont été les résultats, quelles attitudes ont eu les médecins face à de telles préoccupations. L'accès à ces banques de données informatisées (réservées en général aux médecins) est une bonne manière de prendre, en toute connaissance de cause, la décision qui s'impose : continuer ou non la grossesse.

En résumé, sachez qu'il ne faut prendre - en matière de médicaments - que le minimum indispensable, s'abstenir de toute drogue, à moins d'avoir une raison majeure ; en revanche, faire confiance au médecin et accepter de se soigner en cas de nécessité : pas de phobie médicamenteuse !



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

