

- 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](http://www.docteurdavidelia.com)
- Retrouvez moi en vidéo et audio sur le podcast : [Cliquez Ici](#)



### **Bravo et... Merci, Bob !**

Robert Edwards enfin prix Nobel de médecine !

On se demande pourquoi il aura fallu attendre 32 ans... après la naissance de Louise Brown le 25 juillet 1978 pour consacrer ce fantastique biologiste qui a fêté fin septembre ses ...85 ans.

Une chance qu'il soit encore vivant !

Les plus vives critiques ont été faites par le Vatican quant à cette nomination. Est-ce là qu'il faut chercher les raisons du retard à sa consécration ?

Quant à son complice Patrick Steptoe, le gynécologue de la petite ville d'Oldham, c'est

décidément trop tard : il est décédé 10 ans après Louise Brown.

On dit que c'est Raoul Palmer, un très célèbre gynécologue Français des années 60, qui enseigna la coelioscopie à ce gynécologue de province, très loin de l'establishment londonien. Et c'est grâce à Steptoe - tout au long des années 60 - qu'Edwards pu obtenir des centaines d'ovocytes humains. Les souvenirs de cette époque bénie de la gynécologie et de la biologie humaine me reviennent aujourd'hui par bouffée successives.

Je me rappelle. Tout d'abord, lors d'un petit congrès à Paris cette année là, quelques semaines avant la naissance de Louise Brown. Edwards, illustre inconnu, avait été invité à venir faire le point sur ses obscures recherches. Je venais de décrocher la spécialité de gynécologie et fus littéralement bouleversé par sa communication. Je crus deviner les non dits entre les lignes. Aussi, lorsqu'il eu fini de répondre aux questions d'une assistance peu nombreuse, persuadé qu'il n'avait pas tout dit, je le poursuivis carrément aux toilettes, attendis cependant qu'il se soulage et lui demandai tout de go si, comme je croyais l'avoir deviné, une grossesse humaine était en cours. Pas du tout agacé par mon insolence il me répondit avec le flegme britannique d'usage et non sans humour « que l'avenir proche répondrait à ma question ». Je ne pus rien en tirer plus ce jour là.

Je me rappelle. Je faisais à l'époque partie du comité de rédaction de la revue « Parents » et à ce titre alertais son patron qui, après enquête, décida d'envoyer 2 envoyées spéciales permanentes à Oldham en juillet. Bien lui en prit : il obtint les photos exclusives pour la France du bébé et l'interview de la maman.

Je me rappelle. Lorsque la bombe de la naissance du premier « bébé éprouvette »

éclata ensuite en ce beau et chaud mois de juillet 1978 et que l'enthousiasme me serrait fort la gorge, la presse, y compris médicale, accueillit la nouvelle comme un canular en criant au « pétard mouillé » !

Je me rappelle encore. M'être procuré les 2 cassettes audio de la présentation solennelle par Edwards au Royal College le 26 janvier 1979 à Londres et les avoir écoutées et ré-écoutées à les connaître par cœur ! Jean Cohen, le gynécologue français le plus doué de cette fin de XXème siècle, était le seul médecin français invité à cette séance historique. Comme je l'enviais et comme j'enrageais de ne pas avoir la possibilité d'y être aussi !

Je me rappelle ensuite la première grossesse par FIV de l'équipe de Jean Cohen à Sèvres, avec les Drs Jacqueline Mandelbaum et Michelle Plachot qui se termina... en fausse couche. Puis très vite la naissance d'Amandine avec le Pr René Frydman et le Dr Jacques Testard à Clamart le 24 février 1982, suivie, de près de celle d'Alexia en juin de la même année avec Jean Cohen à Sèvres.

Depuis cette époque, plusieurs millions de bébés sont nés grâce à cette technique. Bravo et... Merci, Bob !

## Ménopause



### L'insomnie

#### Les faits

Vous êtes nombreuses à vous plaindre dans ce moment de votre vie de perte du sommeil. "Moi qui dormais comme un bébé !..." Ce sont des difficultés d'endormissement, mais aussi des réveils nombreux en pleine nuit ou au petit matin. Cette diminution importante de la qualité de votre sommeil vous désole en même temps qu'elle vous épuise. Pendant ces

in tempis, vous ruminez toutes sortes d'idées négatives. Vous êtes 63% à souffrir d'insomnie en période de ménopause.

#### Les causes

Bouffées de chaleur et transpirations réveillent nombre d'entre vous. Des salves d'extrasystole (palpitations cardiaques accompagnant ou non les bouffées de chaleur) peuvent ajouter encore à l'angoisse de ces réveils insolites. Le fait de se réveiller « trempée » vous oblige à

vous lever, à vous changer, voire à rechercher un peu de fraîcheur, tous éléments qui vous éloignent un peu plus du ré- endormissement.

Nous pensons que la qualité du sommeil peut être *directement* influencée par la quantité d'estrogènes présente dans votre sang. La ménopause est parfois aussi le moment d'une crise existentielle où s'entremêlent tracas divers, préoccupations de tous ordres, inquiétudes pour l'avenir, interrogations conjugales... que l'on ressasse à l'infini pendant ces moments volés à la nuit.

### Les traitements

La plupart des causes de cette dégradation du sommeil sont soulagées par l'administration d'hormones estrogènes sous quelque forme que ce soit (comprimés, gel ou timbre). En une semaine - si la posologie d'estrogènes est suffisante - la qualité du sommeil redevient **ce qu'elle était avant la ménopause**. C'est le traitement de choix, celui qu'il faut savoir utiliser avant les autres moyens à votre disposition.

Les médicaments anxiolytiques, les somnifères, peuvent bien évidemment être utilisés. Il s'agit là, pour les femmes dont le sommeil a toujours été excellent jusqu'à la ménopause, de moyens d'attente éventuellement mis en route en attendant le THS (traitement hormonal substitutif de la ménopause).

La relaxation, le sport, le yoga, voire l'homéopathie, l'acupuncture... peuvent rendre aussi de bons services dans ce domaine.

Ne vous laissez pas piéger par la fatigue engendrée par l'insomnie. Sachez qu'un traitement ostrogénique peut vous redonner votre sommeil d'antan en l'espace de quelques jours.

Mais attention ! Vous ne devez rien attendre du THS si vous êtes insomniaque depuis de très longues années en dehors de tout contexte de désordre hormonal.

## Les douleurs articulaires et musculaires



### Les faits

Ce sont des douleurs "voyageuses", qui peuvent atteindre selon les jours, voire les heures de la journée, les différentes articulations : les épaules, les doigts, les coudes, les genoux, le dos, etc. Ces douleurs peuvent aussi être musculaires : les trapèzes, les dorsaux... Ce qui vous frappe, c'est qu'elles

débutent à la ménopause et qu'elles semblent aller de pair avec les bouffées de chaleur, les suees et les éventuels autres symptômes de la ménopause. Vous vous sentez "toute rouillée", vous "craquez de partout", tout cela est un peu déprimant dans la mesure où ces symptômes sont le plus souvent synonymes de "vieillesse". Ces symptômes sont fréquents : vous êtes 1 femme sur 3 à vous en plaindre au moment de

la ménopause, et ce pendant de longues années au cours desquelles les signes vont aller en empirant si le THS n'a pas été instauré.

### Les causes

Elles restent mystérieuses et l'on évoque des récepteurs à hormones estrogènes situés sur les ligaments des articulations, voire même sur leur cartilage. Il n'est pas exclu qu'existent aussi des récepteurs ostrogéniques au niveau des tendons musculaires s'insérant sur le squelette, récepteurs qui viendraient à exprimer une douleur en l'absence d'estrogènes. D'une façon générale, c'est la carence en hormones estrogènes qui provoque ces symptômes.

### Les traitements

C'est le THS qui, en l'espace de quelques semaines, vous soulagera de ces désagrèments. Le traitement hormonal est bien plus adapté dans cette situation que la prescription d'anti-inflammatoires ou de médicaments corticoïdes. Bien sûr, ceux-ci auront un effet mais il sera éphémère et,

surtout, ne s'opposera pas à la cause réelle de ces symptômes. La kinésithérapie, les cures thermales, la thalassothérapie peuvent compléter utilement l'administration d'hormones estrogènes.

*Ce qu'il faut retenir* : Ces douleurs n'ont strictement aucun rapport avec les manifestations d'une éventuelle ostéoporose. L'ostéoporose (la décalcification du squelette) est un phénomène *silencieux*. Vous ne ressentirez ni douleur ni symptôme particulier de cette fuite progressive de votre capital osseux. Les douleurs ne surviendront, éventuellement, qu'au moment des fractures (tassement vertébral par exemple). Le traitement hormonal substitutif de la ménopause, s'il est prescrit à bonne dose estrogénique, doit vous libérer rapidement, dans l'espace d'un mois, de ces "douleurs de vieux". Les médecins rhumatologues consultés pour ces douleurs subitement survenues avec la péri ménopause ou la ménopause sont, en général, encore peu informés de la responsabilité possible des hormones. Le THS n'a aucune efficacité si les douleurs préexistaient depuis de longues années avant la ménopause.

## La sécheresse vaginale



### Les faits

Le vagin et ses parois ne sont plus capables de produire de lubrification suffisante pour permettre un rapport sexuel harmonieux.

Ce symptôme est souvent tardif et survient habituellement (lorsqu'il existe) dans les mois

qui suivent l'installation définitive de la ménopause.

Vous êtes 1 femme sur 4 à vous en plaindre (parmi celles ayant encore une activité sexuelle). Cette absence de lubrification provoque une gêne plus ou moins importante

lors des rapports sexuels dont la qualité se détériore, au point que certaines d'entre vous vivent « un véritable calvaire » lors de ces rapports.

Certaines d'entre vous décident d'ailleurs, dans ce moment, de refuser tout rapprochement amoureux.

Celles qui persistent vivent souvent douleurs, inconfort, brûlures, coupures superficielles de la peau de la vulve, petits saignements...

L'accès au plaisir sexuel est en général compromis (mais pas toujours).

### **Les causes**

La lubrification vaginale est assurée par une sorte de « transpiration » réflexe des parois du vagin lors du désir sexuel. Le col de l'utérus participe, lui aussi, de cette « mouillure » grâce à la sécrétion de ce que l'on appelle la « glaire cervicale ».

Il existe aussi des glandes lubrificatrices, les glandes de Bartholin, et celles de Skene : leur implication dans la responsabilité de la lubrification vaginale est bien moindre que celle assurée par les parois du vagin.

Parois vaginales, glaire cervicale, glandes lubrificatrices sont sous l'influence directe des hormones estrogènes : en leur absence, le col devient « sec », les parois vaginales s'atrophient et deviennent incapables de fabriquer de la lubrification, les glandes de Bartholin et de Skene s'assèchent.

Sans estrogènes, la vulve elle-même (grandes et petites lèvres) peut commencer de s'atrophier.

La sécheresse vaginale, lorsqu'elle n'est pas résolue par un traitement efficace, est de nature à interdire toute idée de désir ou de plaisir.

### **Les traitements**

C'est le THS à bonne dose estrogénique qui redonne vie et souplesse aux muqueuses vaginales.

Cet effet est rapide : quelques semaines suffisent en général dès lors que la quantité d'estrogènes prescrite est à bon niveau. La restitution est alors à l'identique de ce qui préexistait avant la ménopause.

En l'absence de traitement hormonal - ou même l'accompagnant s'il s'avère insuffisant - on peut utiliser des moyens locaux qui consistent à administrer des estrogènes au contact des parois vaginales. Ces médicaments sont prescrits à raison de deux ou trois fois par semaine à placer au fond du vagin, le soir au coucher.

Il existe un produit « hydratant », non hormonal, qui peut vous rendre de bons services : le Replens®, à placer trois fois par semaine au fond du vagin le matin.

L'utilisation de lubrifiants vaginaux à mettre en place avant le rapport sexuel est efficace même si, à lui tout seul, il ne peut représenter une solution idéale .

### **Ce qu'il faut retenir**

Il s'agit d'un symptôme très gênant dont l'impact négatif sur la vie conjugale est évident. Il vous interdit désormais l'accès au plaisir, et suscite aussi chez le conjoint des incompréhensions, dans la mesure où il interprète votre changement d'attitude comme de la frigidité, un manque d'affection ou le "début de la vieillesse".

Il convient de ne pas confondre la sécheresse vaginale avec le *rétrécissement* vaginal, phénomène qui intervient lorsqu'une femme, quel que soit son âge, n'a pas eu de rapports sexuels pendant longtemps. Il ne s'agit pas là d'atrophie, mais d'un changement des dimensions du vagin parfaitement réversible lors de la reprise des rapports sexuels. Les femmes souffrant de sécheresse vaginale qui commencent un traitement hormonal efficace doivent connaître la possibilité de ce rétrécissement vaginal dans la mesure où elles s'étaient parfois détournées depuis longtemps de toute activité sexuelle. Le vagin reprend ses

dimensions normales dès lors qu'un certain nombre de rapports sexuels a eu lieu.

Mais lubrification vaginale retrouvée ne signifie pas forcément plaisir et désir retrouvés : il faut compter aussi sur les éventuels conflits conjugaux, les difficultés de la vie, les préoccupations qui, pendant la ménopause, assaillent nombre d'entre vous. Dans le même ordre d'idées, celles qui connaissaient une sexualité de piètre qualité avant toute détérioration hormonale ne trouveront aucune amélioration à l'adoption d'un THS.

Enfin, certaines femmes, malgré une lubrification vaginale retrouvée, se plaignent d'une disparition totale de leur libido. Si cette disparition coïncide avec la ménopause (et ne lui préexistait pas depuis longtemps, voire depuis toujours) on évoque ici un éventuel

besoin d'hormones mâles dont la prescription est délicate.

## Vous au Quotidien



### LES SYMPTOMES DE VOTRE PEAU ET DE VOS CHEVEUX

#### Les faits

A 50 ans et après, vous avez la sensation d'avoir une peau « de serpent », des « écailles », vous vous plaignez également que votre peau « tire », qu'elle est « constamment irritée ».

Votre teint est aussi plus blafard, vous avez perdu pour beaucoup quelque luminosité dans les traits de votre visage.

Pour certaines même, une accentuation du duvet de votre visage et de votre pilosité en général peut être notée.

Vous constatez parfois l'apparition ou la réapparition d'une acné juvénile. Les ongles peuvent devenir plus fragiles, cassants.

Certaines remarquent une chute de cheveux au niveau des tempes (comme chez les hommes).

Il faut cependant noter que nombre de femmes de 50 ans n'observent pas de modification particulière de leur peau, de leurs cheveux, de leur pilosité ou de leurs ongles : il y a des différences individuelles qui tiennent à la génétique, à l'hygiène de vie pas de tabagisme, protection solaire... .

### **Les causes**

Tous ces éléments cutanés et pilaires constituent en fait de fantastiques et complexes récepteurs hormonaux : ceux de la peau sont extrêmement actifs. Ils sont inégalement répartis mais c'est au niveau du visage qu'ils sont les plus nombreux. Ce sont des récepteurs à hormones estrogènes mais aussi hormones mâles. Lorsque votre sang contient un équilibre correct d'estrogènes et de progestérone, votre peau est dite « féminine » : elle est douce, de pilosité peu développée, souple, lisse et veloutée. Lorsqu'il y a trop d'hormones mâles dans votre peau (en particulier lorsque la ménopause est installée et que vous n'avez pas adopté un THS car les hormones estrogènes s'opposent à l'action normale des hormones mâles chez les femmes), celle-ci a tendance à se masculiniser : elle est plus grasse, moins douce, la pilosité plus importante...

Les causes du vieillissement cutané ne sont certes pas exclusivement d'origine hormonale : l'abus de tabac, de soleil, d'alcool ... sont autant de toxiques qui peuvent rapidement ruiner votre « capital peau ».

Vous disposez aussi de ce que l'on appelle un « capital génétique » qui fait que, dans votre famille, soit la peau vieillit très rapidement (parfois même avant la ménopause) soit, au contraire, elle reste jeune très longtemps, même après la ménopause (et même parfois si aucun THS n'est adopté).

La carence hormonale en progestérone, mais surtout en estrogènes, a en général des conséquences univoques sur votre peau, votre pilosité et vos cheveux : les hormones mâles continuent d'être secrétées par les ovaires (même après la ménopause) et surtout par les glandes surrénales (ces sortes de « virgules » qui coiffent la partie supérieure de nos reins).

Habituellement, avant la ménopause, ces hormones mâles sont « verrouillées » par vos hormones féminines - estrogènes en tête. Dès lors que la ménopause est réalisée, les hormones mâles (qui ne sont pas en augmentation notable après la ménopause) ont toute liberté d'agir et de provoquer les symptômes de « trop d'hormones mâles » bien connus que sont : augmentation de la pilosité et du duvet du visage, éventuellement apparition ou réapparition d'une acné juvénile, séborrhée, perte de cheveux.

Bien entendu, ces signes ne sont pas obligatoires et, là aussi, votre constitution génétique fera qu'ils apparaîtront ou non.

Les estrogènes sont des hormones fondamentales pour votre peau : elles lui assurent son teint et son éclat (car elles favorisent une bonne circulation sanguine en dilatant les vaisseaux sanguins), son élasticité et son hydratation (les estrogènes sont les garants de la bonne teneur en fibres élastiques et en collagènes du derme), le maintien d'une certaine épaisseur s'opposant à son atrophie.

Si les ongles sont souvent de moins bonne qualité, que leur pousse est plus lente et qu'ils deviennent volontiers plus cassants, friables et sensibles aux mycoses, c'est, là aussi, bien que ce sujet soit peu documenté sur le plan scientifique, en raison de la carence en hormones estrogènes. Par contre, les taches pigmentées marron que l'on voit apparaître ici ou là, surtout sur les mains mais parfois aussi sur le visage ou sur les régions habituellement exposées au soleil (que l'on appelle tristement « fleurs de cimetière »), n'ont rien à voir avec une quelconque carence d'hormones estrogènes ou de progestérone. Ces dépôts de mélanine (le pigment qui assure sa coloration particulière à chacune de nos peaux) sont plutôt l'effet de l'âge (et aussi de l'éventuel abus de soleil que l'on a fait dans sa vie).

Les cheveux peuvent tomber - et parfois de manière inquiétante - à la façon des hommes on se dégarnit de chaque côté du front. Il s'agit là d'un symptôme bien connu de « trop d'hormones mâles ». Par contre le blanchiment des cheveux est déterminé de

façon génétique et est totalement indifférent à votre situation hormonale.

### Les traitements

Les trois principales armes dont vous disposez sont : *l'arrêt du tabac, les protections solaires de bonne qualité et enfin l'adoption d'un THS.*

Les hormones estrogènes du traitement, en remplaçant vos propres hormones, redonnent, en l'espace de quelques semaines, souplesse, velouté, bon teint, épaisseur à votre peau, en même temps qu'elles la protègent d'une offensive marquée de vos hormones mâles en barrant la route aux éventuelles augmentations de votre pilosité, de l'apparition d'une acné, d'une séborrhée, voire d'une chute de cheveux.

L'application régulière de produits tels que les acides de fruits, les rétinoles, le sulfate d'ammonium sont d'une aide non négligeable.

L'utilisation de crèmes à base de vitamine A acide (sous contrôle médical), représente une sorte de petite révolution. Ces crèmes sont prescrites sur ordonnance et doivent être appliquées sur la peau du cou et du visage une à trois fois par semaine (en dehors de toute exposition solaire). L'acide rétinol agit véritablement comme un « produit régénérateur de jeunesse » de votre peau en la forçant à se renouveler peu à peu. L'emploi d'un lait cosmétique particulièrement hydratant pour le corps est souvent d'une aide précieuse. Enfin, l'usage de « bons » produits cosmétiques est essentiel. En ce domaine, comme en bien d'autres, il y a les « bons » et les « mauvais » : avec les conseils de votre médecin (dermatologue ou gynécologue), de votre esthéticienne, vous saurez adopter les bons produits, les soins de peau adaptés à votre individualité. Une aide non négligeable dans votre stratégie « anti-âge cutané » : crèmes hydratantes, produits « nourrissants » ou de « régénération tissulaire », pains de toilette, laits..., autant d'outils que vous devez savoir choisir et utiliser à bon escient.

Les injections de collagène peuvent (effectuées par le dermatologue) vous redonner meilleure mine de façon rapide : on comble, en général, les rides d'expression (celles qui vont des ailes du nez jusqu'au menton). C'est peu douloureux, très efficace, mais cela coûte relativement cher (il faut compter plus de 150 à 200 € pour une ampoule de produit, plus les honoraires du médecin) et l'effet obtenu est temporaire (pas plus de 12 à 16 mois). Quelques rares cas d'allergie auront été dépistés par un test préalable à toute injection du produit. Le « *filling* » est une technique moins employée qui consiste, tout comme le collagène, à « remplir » les rides. Mais cette fois-ci, au lieu de les remplir avec du collagène, on le fait avec un peu de votre graisse prélevée en général sur vos cuisses ou vos fesses. L'action n'est guère plus durable que celle du collagène. Aucun risque d'allergie. On travaille toujours à la possibilité futuriste de combler les rides avec des cellules souches de graisse qui s'auto-renouvelleraient. Les techniques de *peeling* et de dermabrasion sont, elles aussi, capables de redonner un "coup d'éclat", "coup de jeune" à votre peau. Elles éliminent la couche superficielle de la peau en l'obligeant ainsi à se régénérer. Elles permettent d'obtenir un effet « *lifting* » sans *lifting* dans la mesure où la peau n'avait pas besoin d'être retendue. La chirurgie esthétique, elle –*lifting* en tête- se propose en général d'enlever la « peau en trop », et donc d'effacer rides et ridules. Il faut donc avoir affaire à un praticien compétent et –ces interventions n'étant pas remboursées par la sécurité sociale- qui applique des tarifs raisonnables.

Ce qu'il faut retenir : L'arrêt du tabac et la protection solaire intensive restent des mesures d'urgence.

Adopter un THS convenablement dosé est de nature à préserver votre peau dans l'état où elle était avant la ménopause.

L'utilisation régulière de crèmes médicales, de cosmétiques adaptés, est un excellent appoint.



# Vous et votre poids

## CHERCHER L'ERREUR : UNE STRATEGIE TRES PAYANTE



Si vous commettez des erreurs, tant mieux ! Ainsi il vous sera facile, après les avoir repérées, de les éliminer (ou du moins de les minorer) sans pour autant avoir à changer le reste de votre alimentation. Ici aussi, donc, stratégie de perte de poids facile à observer.

### Savoir repérer vos erreurs

Les erreurs les plus fréquemment commises sont :

L'ingestion de boissons toutes faites au long de la journée : un litre de ces boissons peut vous apporter l'équivalent de 350 à 400 calories par jour. Préférez maintenant des boissons light (avec aspartame), dont l'apport calorique est quasiment nul. Une fois l'erreur effacée, vous « économiserez » 400 calories chaque jour !

L'abus de mayonnaise : 50 g = 350 calories !  
L'utilisation de mayonnaise « light » ou sa simple suppression rapporte gros.

La trop grande consommation d'huile, en particulier pour les assaisonnements de crudités. (L'huile d'olive, c'est bon ! Oui en ce qui concerne les acides gras, non en ce qui concerne les calories, 3 cuillérées à soupe d'huile = 300 calories).

Si l'erreur est repérée, vous économisez 300 calories chaque jour.

Le grignotage d'aliments « amuse-gueule » servis avec l'apéritif : 30 amandes = 220 calories, 300 calories de plus pour 50 g de chips, plus de 80 calories pour 20 pistaches.

Si vous aimez les frites, sachez que 100 g de frites vous apportent 400 calories. C'est bon, mais cher payé ! Vous pourriez peut-être mieux utiliser ces 400 calories en mangeant autre chose de plus copieux, tout en diminuant, sans aucun doute, votre note calorique.

Vous mangez du fromage et, bien que le reste de votre alimentation soit particulièrement étudié, soit vous ne perdez pas de poids, soit même vous en gagnez insensiblement. C'est parce que vous oubliez que 100 g de brie vous apportent 350 calories, que 100 g de camembert à 50 % de matière grasse vous apportent 320 calories et que le roquefort vous emmène (pour 100 g) vers les 400 calories ! Diminuez, voire arrêtez, le fromage (les vrais amateurs ont du mal à manger du fromage allégé) et vous économiserez entre 200 et 350 calories par jour !

Pour les gourmandes : un gâteau vous apporte 400 calories environ par unité, une tablette de chocolat, 500 calories... . Si vous en faites une consommation quotidienne, l'addition peut très vite devenir fort lourde. Stoppez cela (sauf lorsque vous « craquez », c'est prévu) et vous maigrirez sans changer autre chose dans votre alimentation quotidienne.

Il y a aussi les inconditionnelles de la cuisine au beurre : n'oubliez jamais que la moitié d'un paquet de 250 g vous apporte (frais ou cuit) 750 calories! Ici aussi, le compteur calorique tourne très vite, et ne pensez pas diminuer votre addition en utilisant de l'huile ou de la margarine (fût-elle végétale à 100 %) ; les correspondances caloriques sont quasi identiques entre ces trois graisses. Au contraire, tournez-vous plutôt vers la cuisine sans gras, à l'aide de petites et grandes astuces de remplacement, telle l'utilisation du yaourt maigre, de la crème fraîche très allégée...

La charcuterie provoque des overdoses d'énergie. Pour 100 g de saucisson, ce sont quelques 500 calories que vous absorbez ; la plupart des saucissons contiennent jusqu'à 45, voire 50 g, de graisses pour 100 g au total.

La liste n'est pas limitative... .

Une fois l'erreur (ou les erreurs) débusquée(s), il vous appartient de rectifier vos habitudes alimentaires erronées : quelques 200 à 500 calories par jour vous feront régulièrement perdre du poids, mois après mois.

#### **Et si vous craquez**

Eh bien, surtout, consolez-vous ! En effet, à condition que vos « défaillances », ne soient pas quotidiennes, mais, par exemple, de une à quatre par mois, elles n'auront pas grosse conséquence sur la moyenne du total des calories ingérées sur une durée de 30 jours :

1 tablette de chocolat engoutie = 560 calories. Essayez de « compenser » le ou les jours suivants en divisant par deux ce trop d'énergie : vous pouvez effacer 50 % des conséquences caloriques de votre tablette en diminuant votre ration de 60 calories par jour pendant 4 jours seulement. 1 coupe de champagne ne compte que 130 calories : il vaut mieux consacrer à la convivialité et à l'euphorie de cette minidose d'alcool que de conserver un « compteur calorique » dans sa tête en permanence. 1/2 camembert à 50 % de matière grasse ne vous apporte « que » 150 calories. Ici aussi votre excès, dans la mesure où il n'est que ponctuel, n'aura aucune conséquence sur le total des calories mensuelles.

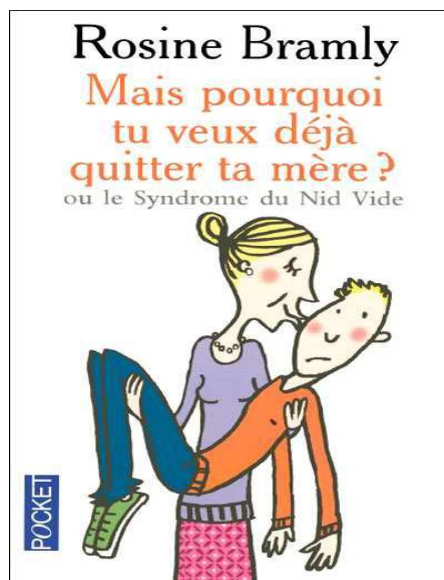
Il faut bien comprendre en effet que 500 à 800 calories supplémentaires par mois apportées par vos écarts ne feront passer votre note calorique mensuelle que de 49 500 calories (si vous suivez un régime dont le niveau est de 1600 calories par jour) à 50 000 calories : en termes de prise de poids, cette différence est insignifiante.

Comme vous le voyez, la « compensation », se traduisant par une réduction proportionnelle de ce que vous allez ingérer dans la journée, est le plus souvent possible. Mais attention ! Si vous craquez tous les jours, vous ne parviendrez pas à perdre du poids, vous en prendrez très probablement au contraire.

Quant à celles qui imagineraient pouvoir craquer régulièrement tous les jours tout en compensant ensuite par une adaptation à la baisse de leur ration, elles n'aboutiraient pas à grand chose d'intéressant : l'alimentation serait tout particulièrement déséquilibrée puisque, dans ce contexte, l'observation des justes proportions (moins 30 % de graisse, de 50 à 55 % de glucides, de 15 à 20 % de protéines) est, par définition, impossible à respecter.

# Du Côté des Mamans

## Les conséquences du départ des enfants



De nombreuses femmes de cinquante ans, ayant axé leur existence autour de celle de leur famille, enfants et conjoint, éprouvent un grand sentiment de détresse et d'abandon quand les enfants quittent le toit familial. Elles se voient soudain privées de leur raison de vivre, ont le sentiment de ne plus avoir de but dans l'existence, d'autant qu'elles se sont coupées, durant toutes ces années consacrées à l'éducation de leurs enfants, de la vie sociale et ont renoncé à toute activité personnelle. Elles ressentent une impression d'inutilité et peuvent éprouver la sensation d'avoir été trompées sur toute la ligne par les enfants, par le conjoint, et surtout par la société encensant la maternité, mais faisant preuve de peu de considération pour les femmes au foyer. Celles qui n'ont jamais exercé d'activité professionnelle craignent le jugement d'autrui : certains tentent de leur faire comprendre que leur fonction de mère et d'éducatrice ne peut être comparée à un travail véritable. Si le conjoint, lui aussi, décide de désertir la maison, c'est la catastrophe. Tout ce qu'elles avaient construit s'écroule, et elles peuvent éprouver le sentiment d'avoir gâché

leur vie. Même si les enfants donnent de leurs nouvelles, que la complicité demeure, rien n'est plus comme avant. Ils sont, à leur tour, devenus de jeunes adultes, et le départ de ces êtres chers dans la vie peut renvoyer, en miroir, sa propre image et celle de son vieillissement. C'est pourquoi toute femme, quelle que soit sa situation familiale ou professionnelle, se doit de cultiver plusieurs passe-temps : activité physique (c'est, de plus, excellent pour la ligne et pour la santé !), théâtre, visite d'expositions, atelier d'écriture... ou de couture, bridge, musique... Le plaisir d'exercer ses passions permet, à tout âge et quelles que soient les circonstances (départ des enfants, du mari, retraite...), de garder « la tête hors de l'eau ».

### Un sentiment en voie de disparition ?

Pour vous, les « baby boomeuses » ce sentiment de nid vide est certainement moins douloureux que pour vos mères et grands-mères. En effet, vous avez su, tout en menant de main de maître vos activités de mère de famille, construire une vie personnelle, articulée autour de votre travail, de vos amis,

de votre vie amoureuse. Souvent, le soir, épuisée par votre journée de superwoman, vous auriez souhaité pouvoir souffler un peu. C'est aujourd'hui possible maintenant que les enfants sont devenus grands et sont sur le point de prendre leur envol, si ce n'est déjà fait, un sentiment de liberté teinté de soulagement vous envahit.., que vous l'admettiez ou non !

Attention ! Il ya aujourd'hui il y a aussi de plus en plus le syndrome de Tanguy : l' «anti nid vide » !!



Ils ont 20 ans et plus et vivent chez vous comme à l'hôtel avec leur copains et leurs copines...

Ils ne sont pas du tout disposés à s'envoler parfaitement au chaud dans le cocon familial qui leur convient très bien.

Chaussettes, slips, T-shirts, pantalons...sont à votre charge exclusive

On mange aussi à volonté 24H sur 24H...

On y fait l'amour sans discrétion...

Cela crée aussi des tensions ...qu'il faut savoir gérer avec intelligence

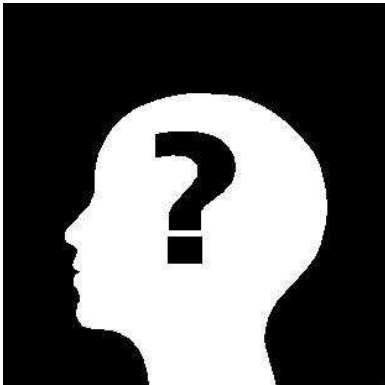
**Pensez à vous!** Même si, au départ, il est difficile, pour vous, de vivre dans cette grande maison vide, reconnaissez que vous pouvez enfin vivre à votre rythme vous pouvez désormais rester des heures dans la salle de

bains sans entendre votre fille tambouriner à la porte dans le seul but de prendre votre place, ou vous faire un plateau télé sans vous soucier de préparer à manger pour toute votre tribu, ou encore faire l'impasse sur les tâches ménagères (ménage, courses... ) si vous avez envie de visiter un musée plutôt que de jouer les employées de maison. Vos affaires ne disparaissent plus comme par magie, la vaisselle ne pousse plus toute seule, la nuit, dans l'évier, et le panier de linge sale ne se remplit plus à la vitesse de la lumière... Tout ce temps que vous consacriez à des tâches finalement peu gratifiantes, vous pouvez désormais le consacrer à vous, et rien qu'à vous.., et à votre conjoint, si toutefois vous vivez en couple. A vous les soirées au coin du feu, les voyages à l'étranger, ou les tendres tête-à-tête au restaurant... L'heure de la nouvelle lune de miel a sonné !

# Contraception

## LE STERILET

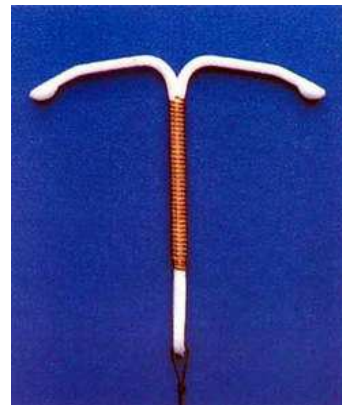
**Puis-je prendre la pilule alors que je porte un stérilet ?**



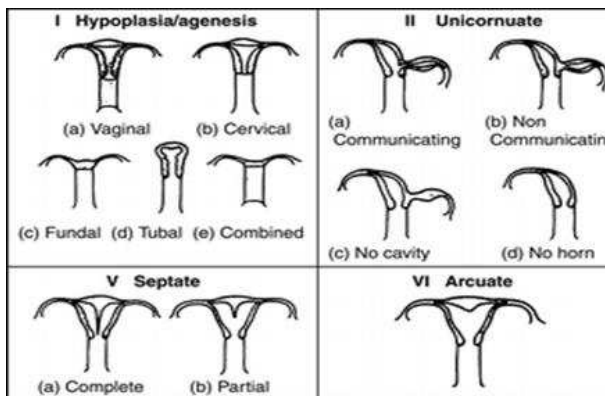
Cette demande est peu fréquente mais elle peut trouver son intérêt lorsque l'on cherche à guérir un kyste fonctionnel ou que l'on essaie par exemple de différer la date des règles spontanées. Mais l'association pilule-stérilet est en général inconfortable : il est extrêmement fréquent de constater la survenue de saignements chroniques qui ne cesseront qu'à l'arrêt de la pilule. Cette réponse est valable aussi bien pour les pilules combinées que pour les micro-pilules ou pour la contraception macroprogestative.

femmes ayant « deux cavités utérines », d'autres ayant une cavité utérine particulièrement étriquée, d'autres encore une cavité utérine extrêmement importante dans ses dimensions. Dans tous ces cas, le stérilet dont la taille est « standard » risque de ne pas adhérer correctement aux parois utérines. Pour les utérus doubles, rien n'interdit au médecin de placer un stérilet dans chaque cavité utérine. Disons tout de même que ce cas est exceptionnel.

**Puis-je porter un stérilet alors que j'ai des cycles irréguliers ?**



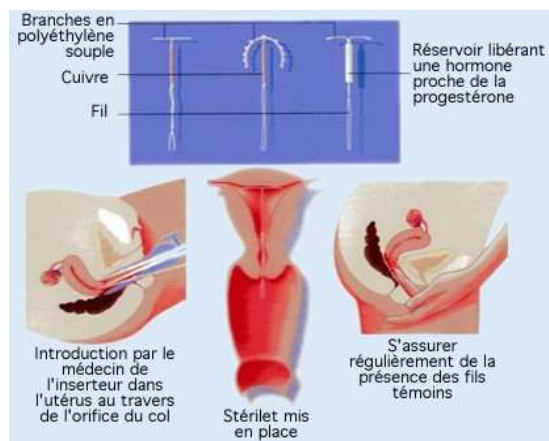
**Puis-je porter un stérilet si mon utérus est mal formé ?**



Assurément oui. Le stérilet ne régularisera cependant pas les cycles. Les règles viendront en général aux dates auxquelles elles seraient venues en l'absence du stérilet.

Les malformations utérines sont plus fréquentes qu'on ne le pense. Il est des

## On doit me retirer mon stérilet, comment cela va-t-il se passer ?



D'une façon beaucoup plus simple que vous ne l'imaginez en général. En effet, contrairement à la pose du stérilet qui nécessite une mini intervention, le retrait est très facilement effectué - après mise en place du speculum - grâce à une pince qui tire sur le fil émergeant de l'orifice du col de l'utérus. L'intervention dure exactement le temps de compter jusqu'à 2. Le stérilet, souple, ne provoque au passage qu'une sensation à peine désagréable.

NB : Le retrait du stérilet « ML » s'avère toutefois un peu plus douloureux dans la mesure où ce stérilet est, par sa géométrie, « solidaire » de la cavité utérine.

## On doit me changer mon stérilet, comment cela se passe-t-il ?



Les sensations perçues seront à peine différentes de celles de la pose d'un stérilet dans la mesure où le retrait de l'ancien stérilet

ne demande que 2 secondes pour être effectué.

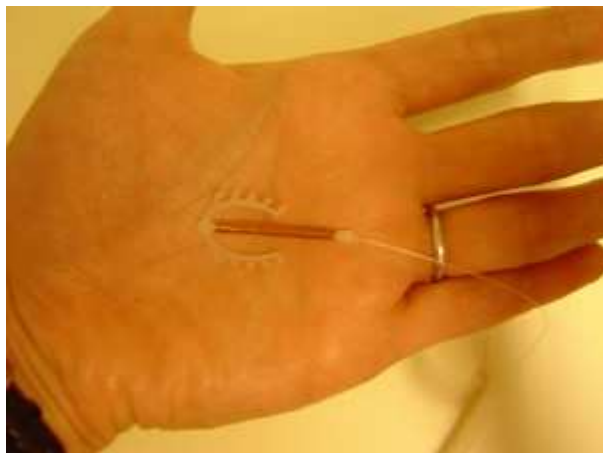
La mise en place du nouveau stérilet se fait dans la foulée, au cours de la même séance.

## Le stérilet peut-il provoquer des douleurs ?



Certes oui et, en général, elles sont le résultat de contractions utérines. Normalement un stérilet ne doit cependant pas provoquer de douleurs particulières. A ceci près que les règles peuvent être un peu plus douloureuses en raison de leur abondance en général augmentée. Mais toute douleur insolite (pendant les rapports, ou spontanément à un moment ou à un autre de la journée) doit alerter. Bien sûr il se peut que le stérilet ne soit pas en cause et que ce soit la vessie qui soit douloureuse (début de cystite), ou encore l'intestin qui soit l'objet de quelques spasmes mais ce symptôme doit vous amener à consulter afin que votre médecin s'assure que vous n'êtes pas en train de commencer une infection, ou encore d'expulser le stérilet, ou encore par exemple que vous développez une grossesse extra-utérine.

**Mon stérilet est expulsé, je viens de le retrouver. Que faire ?**



Rien de particulier sinon considérer que vous n'êtes plus protégée et qu'une grossesse involontaire peut avoir lieu. Dans les cas où vous auriez eu des rapports pouvant coïncider avec votre période féconde (pour en juger avec certitude, interrogez votre médecin), il peut être judicieux soit de faire appel à la pilule « du lendemain », soit de replacer immédiatement un stérilet dans votre utérus faisant fonction de « stérilet du lendemain ». Dans tous les cas les raisons de cette expulsion peuvent être recherchées et si l'on

décide de remettre en place un stérilet, il peut s'avérer judicieux de changer de modèle.

**Le port du stérilet autorise-t-il l'usage du- préservatif ?**



Oui. Sans aucun problème. Il n'y a ici aucune précaution particulière à observer. Stérilet et préservatif n'interfèrent aucunement.



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](mailto:docteurdavidelia@aol.com)

**Docteur David ELIA**

**2, rue de Phalsbourg-75017 PARIS – Métro : Monceau**

**E.D.D**  
Groupe  
Communication  
Santé