



## **BULLETIN D'INFORMATION N° 51 – JUIN 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](http://www.docteurdavidelia.com)
- ❑ Retrouvez moi en vidéo et audio sur le podcast : [Cliquez Ici](#)

### **Edito du Mois**

#### **Ca dérape !?**



- La maternité pour autrui va-t-elle être autorisée ou non ? Le peuple est « pour », les autorités sont « contre » et les médecins divisés. En France on ne rémunère pas le corps, ni les organes, les gamètes, ni les cellules souches.
- Vous voulez connaître votre génome ? C'est désormais possible aux USA pour 400\$ ! A quoi ça sert ? A pas grand chose aujourd'hui... .
- Tom Cruise achète un appareil d'échographie afin d'observer à domicile l'enfant que porte sa compagne Katie Holmes... .

La pénurie d'organes favorise l'essor d'un trafic en provenance d'Asie, d'Europe de l'Est ou du Brésil. Les "donneurs" sont les plus pauvres des pauvres. Selon l'OMS, ce "business" représentait, en 2005, plus de 10% des greffes de rein pratiquées dans le monde... .

Mais ce sont surtout les fameuses **cellules souches**, ces « cellules caméléons » issues des embryons -mais aussi semble t-il en petites quantités de la plupart des tissus adultes- susceptibles de reconstituer des organes et des tissus, qui ont aujourd'hui la vedette mondiale : Vive la médecine régénérative de demain !

Et après les cellules d'embryons de moutons, le Géro vital, la DHEA et autres Omega3, ces cellules réalimentent aujourd'hui les fantasmes éternels de « fontaine de jouvence ».

Une Société Floridienne vous propose ainsi mesdames de conserver le sang de vos règles ! "Mesdames, ne gâchez plus votre miracle mensuel » clame la publicité. Avec 499 dollars, vous achetez le kit de tampons spéciaux pour la collecte. Ajoutez ensuite la modique somme de 99 dollars/an par l' « entretien » de vos précieuses cellules à - 193°C.

Le rituel de la « petite souris » se modernise : une Société Texane congèlera les dents de lait

de votre progéniture pour...600\$ (pour chaque dent).

Et ne jetez plus mesdames la graisse issue de vos liposuccions, ni vos racines de cheveux retrouvés dans la baignoire : rien ne doit se perdre car tout peut être recyclé et utile pour votre santé et celle de vos proches !

Alors ne vous étonnez pas que s'ouvrent un peu partout dans le monde, mais pas en France des « banques privées de cordons ombilicaux ». Brad Pitt, Thierry Henry, le Prince Felipe d'Espagne lui même y ont déjà envoyé les cordons de leur descendance.

Alors si vous voulez vous aussi ouvrir à l'étranger votre « CEC qui peut rapporter gros » (CEC=Compte Epargne Cordon), il vous faudra envoyer votre cordon en boîte isotherme à l'étranger. Il vous en coûtera 2000<sup>€</sup> en moyenne pour une conservation de 20 ans !

Maintenant il semble bien que l'on pourra bientôt faire revenir à l'état embryonnaire des cellules adultes prélevées n'importe où sur le corps ! Peut-être alors une deuxième crise financière mondiale ? Mince ! Dans cette hypothèse toutes les banques de cellules feraient alors faillite ! **Réfléchissez bien avant d'investir !!!**

# Vous et Votre Poids



## L'énergie que nous absorbons

C'est vrai : il y a plusieurs milliers d'années nous n'avions aucun de ces problèmes de surpoids ! Point de nourriture en abondance dans les supermarchés. Ni réfrigérateurs surchargés. Nous vivions de la cueillette et de la chasse. Chaque jour, l'homme partait avec ses frères de sexe armé de quelques silex et d'armes tranchantes de son invention afin de rapporter à la cellule familiale — femme et enfants — la nourriture quotidienne. Malheur aux gringalets et aux idiots : entre autres difficultés de la vie quotidienne (la lutte contre les maladies, les prédateurs, le chaud, le froid, les aléas de la reproduction), il fallait s'alimenter pour assurer sa survie. La vie de l'*Homo sapiens* ne ressemblait pas, loin s'en faut, à la nôtre. Il n'y avait pas d'homme gras car la graisse était un luxe auquel seules pouvaient prétendre les jeunes femmes : la graisse qu'elles avaient, située sur le bas de leur corps, sur leurs fesses et leurs cuisses, constituait en fait des réserves essentielles de nourriture pour leurs petits. Et malheur à l'homme qui n'avait pas de muscles : le retour bredouille de la chasse signait progressivement l'arrêt de mort de la cellule familiale. Malheur aussi à celles qui ne pouvaient pas stocker de graisse sur leurs cuisses : elles ne pourraient jamais assumer les interminables périodes d'allaitement entrecoupées par les multiples grossesses qui, en l'absence totale de contraception, survenaient au gré de la physiologie féminine, au bon vouloir de leur hypophyse et de leurs ovaires.

## L'ALIMENTATION DE L'*HOMO SAPIENS*

Fermez les yeux... La nuit tombe. Notre *Homo sapiens* est fourbu. Il rentre au bercail où l'attendent femme et progéniture. Que rapporte-t-il de sa longue journée de chasse et de cueillette ? De la viande, assurément, comme en témoigne ce gibier pour lequel il a dû déployer ruse et patience. Ce sont les protéines. Mais il apporte aussi avec lui nombre de fruits, de légumes cueillis ici ou là dans des endroits qu'il connaît bien. Analysons la composition du dîner de cette famille, si lointaine et si proche de nous en même temps : 30 à 35 % de protéines (viande, poisson, œuf), 45 % de glucides (fruits, légumes) et seulement 21 % de lipides (graisses) présents surtout dans les viandes et poissons mais aussi, parfois, dans certains produits de la cueillette. Maintenant, ouvrez les yeux... Savez-vous quelles sont les proportions actuelles de notre alimentation occidentale, en cette fin de XX<sup>e</sup> siècle ? Si nous avons maintenu à peu près la teneur en sucre (glucides) de notre alimentation autour de 45 %, nous avons diminué de presque deux tiers notre ration de protéines (passant ainsi à 12 %) et nous avons multiplié par deux notre ration en graisses (lipides) passant ainsi à une proportion de 42 % !

Ainsi, en l'espace de quelques milliers d'années, nous avons carrément bouleversé les proportions d'aliments programmées pour notre corps.

En fait, ce n'est jamais que depuis deux générations (le début de ce qu'il est convenu d'appeler l'ère industrielle) que nous connaissons un tel changement de nos habitudes alimentaires. Or il faut bien réaliser que nous ne sommes absolument pas prêts, physiologiquement parlant, à assumer une telle ration alimentaire. Et il faudra sûrement plusieurs centaines, voire plusieurs milliers

d'années, pour que notre équipement hormonal, enzymatique, neurologique s'adapte à cette nouvelle donne alimentaire de telle manière que notre corps redevienne intelligent et ne se croit plus obligé de stocker sous la forme d'incroyables réserves de graisses, jusqu'à l'éventuel infini, les surplus caloriques que nous lui administrons. Car si notre cerveau a changé, si nos cultures nous ont radicalement transformés, notre corps, lui, se croit encore menacé par les disettes et la famine : une fourmi qui ne dépenserait aucune des richesses que nous lui administrons sans que cela ne s'avère vraiment nécessaire.

À vrai dire, les problèmes de surpoids de nos sociétés occidentales proviennent de cette inadéquation entre notre physiologie proche encore de celle de l'*Homo sapiens* et la surabondance soudaine de nourriture, véritable révolution — imprévue par notre physiologie — au sein de nos civilisations occidentales. Comme il n'est pas question pour nous d'attendre que, au fil de nos mutations génétiques à venir, nous soyons capables de résister à un tel bouleversement de nos rations alimentaires, il faut bien que nous prenions des mesures avant que nous nous transformions tous et toutes en petits tas de graisse !

*L'Homo et la Mulier sapiens*

Courir toute la journée dans le froid, l'humidité ou la chaleur au travers des forêts et des plaines, tuer, ruser, attendre patiemment, se battre contre les prédateurs, cela coûtait énormément de calories aux hommes. Nourrir les enfants, assumer les grossesses, vaquer aux différentes occupations de nature à entretenir le gîte étaient des activités

ô combien coûteuses en énergie pour la *Mulier sapiens* !

On faisait tout soi-même, on se déplaçait à pied, on se chauffait comme on pouvait ! Point de téléphone ni de fax : communiquer avec les autres représentait des milliers de calories dépensées en déplacements. Aujourd'hui, l'Occidental moyen est plutôt sédentaire : seule l'activité sportive peut avoir l'ambition de remplacer les efforts physiques de ces lointains ancêtres.

Bref, nous mangeons deux fois plus de graisses et trois fois moins de protéines qu'à l'origine. D'autre part, nous dépensons peu car nous bougeons de moins en moins : bonjour les kilos de graisse supplémentaire !

### **Alors vous voulez maigrir(ou ne pas grossir) ?**

Selon chaque cas particulier et vos habitudes alimentaires vous faudra sans doute diminuer vos graisses visibles et invisibles (gâteaux, chocolats, fromages..), augmenter sans doute aussi vos protéines (viandes, poissons, volailles, fruits de mer..) et manger peut être plus de féculents (sans gras dessus)...ne jamais s'affamer, se faire plaisir assez souvent..Bref tout un programme !

# Ménopause

## La conduite du traitement hormonal



Il faut toujours associer la prise de progestatifs aux estrogènes. Les études épidémiologiques sont formelles : sans progestatif, les estrogènes augmentent le risque de cancer de l'utérus de deux à trois fois !

### Une nécessaire association

Lorsque les estrogènes sont associés au progestatif, le risque de cancer de l'utérus, non seulement n'augmente pas, par rapport aux femmes non traitées, mais diminue sensiblement.

### Les doses prescrites

Il s'agit de prescrire les hormones estrogènes et progestérone que les ovaires ne fabriquent

plus. C'est un traitement substitutif. La thérapeutique vient donc compenser, si possible à l'identique, la carence hormonale créée par la ménopause. Ce traitement, pour être efficace et bien toléré, ne doit être ni « chiche » - en prescrivant des doses quasi homéopathiques - ni « surdosé » en augmentant inconsidérément les doses hormonales. Dans le premier cas,

l'insuffisance ne fait pas bénéficier de tous les avantages d'un tel traitement ; dans le second, les effets secondaires créés finissent par

décourager les femmes et, très logiquement, leur faire abandonner l'idée de se traiter. On comprend à quel point ce rendez-vous manqué peut être préjudiciable au bonheur et à santé de celles ayant vécu de telles expériences.

Si les doses de progestatifs - en particulier ceux utilisés en France - ne posent en général aucun problème, dans la mesure où nous connaissons les doses minimales à administrer et qui ne présentent pratiquement jamais aucun effet de surdosage métabolique ni symptomatique même à dose forte, il n'en est pas de même pour les estrogènes. En effet, chaque femme a des besoins spécifiques en ce domaine.

La première prescription d'un traitement estroprogestatif doit toujours être une approximation. Il vaut mieux, dans ce contexte, commencer trop faible en estrogènes, quitte à remonter les doses progressivement en constatant la non-disparition des symptômes de la ménopause, plutôt que de prendre le risque de se retrouver en « overdose estrogénique » (douleur des seins, congestion générale du corps, gonflements, troubles de l'humeur, hémorragies menstruelles éventuelles et... prise de poids).

Ainsi, et c'est souvent une affaire d'expérience de praticien, la première ordonnance comportera des doses d'estrogènes soit « standard » (une dose de gel, un patch à 50... ou un comprimé à 2 mg de 17 bêta oestradiol des formes orales) ou, au contraire, la moitié, voire le tiers, de ces doses.

Un point important : lorsqu'on commence un traitement estroprogestatif de la ménopause alors que l'on vit depuis plusieurs mois, sinon plusieurs années, en état de carence estrogénique complète, il faut attendre environ 20 jours à compter du premier jour de traitement pour en évaluer la conformité à ses propres besoins. Ainsi, les bouffées de chaleur sont les premiers symptômes à disparaître dans les 15 jours qui suivent le début du traitement. Et c'est en général aussi au bout d'une vingtaine de jours que l'on pourra éventuellement noter les signes de surdosage. De même, lorsqu'on est amené à baisser les doses en cas de « trop » d'estrogènes, il faut compter encore une quinzaine de jours pour

pouvoir juger de l'opportunité de cette diminution.

### **Un cas particulier : les femmes qui n'ont plus d'utérus**

Si cette hystérectomie (ablation chirurgicale de l'utérus) a été, comme dans l'immense majorité des cas, motivée par des fibromes ou encore de l'endométriose, bref une pathologie bénigne, les estrogènes ne sont absolument pas contre-indiqués. Par contre, en cas d'hystérectomie pour cancer de l'utérus (du corps de l'utérus et non pas du col), il y a contre-indication au traitement estrogénique, tout au moins dans les premiers temps qui suivent l'intervention. Mais cette contre-indication tombe assez rapidement, de l'avis actuel de la plupart des gynécologues et des cancérologues spécialisés dans cette pathologie.

On peut se demander cependant si la prescription de progestatifs associés aux estrogènes est utile en cas d'hystérectomie pour cause bénigne car c'est pour protéger les femmes de l'éventuel développement d'un cancer de l'utérus que cette association est préconisée. La prescription d'estrogènes seuls est parfaitement conforme à toutes les sécurités, comme en témoigne l'immense majorité des études épidémiologiques disponibles sur ce point. Nous sommes un des rares pays à prescrire encore des progestatifs à ces femmes.



# Vous au Quotidien

## Le syndrome prémenstruel



L'ensemble des troubles survenant quelques jours avant les règles (généralement un à quatre jours, parfois plus tôt, à partir du quinzième ou seizième jour du cycle), porte le nom de syndrome prémenstruel (SPM). Il est plus fréquent à mesure que l'on approche de la ménopause, mais ne constitue pas une caractéristique de la périménopause.

### Les signes physiques

#### Les gonflements :

Les seins enflent, deviennent douloureux, le ventre ballonne, les tissus s'infiltrent. Une prise de poids de 1 à 3 kilos peut s'inscrire sur la balance. Il s'agit essentiellement de rétention d'eau (rétention hydrosalée) et non de tissu graisseux, plus lent à s'installer. Ces kilos disparaissent aussi vite qu'ils sont apparus, dès la survenue des règles. Mais ces gonflements ne sont pas toujours corrélés à une prise de poids ; les formes peuvent changer sans que la balance s'affole.

#### L'augmentation du tissu graisseux :

Des modifications du comportement alimentaire peuvent entraîner une surcharge calorique, engendrant une augmentation du tissu adipeux. Quelques centaines de grammes de graisse, cycle après cycle, s'accumulent chez les femmes victimes d'un syndrome prémenstruel particulièrement intense.

Le cycle menstruel est un élément important dans la régulation de la prise alimentaire. On sait que les femmes mangent moins au moment de l'ovulation ; au contraire, la quantité d'énergie ingérée dans la période

suivant l'ovulation et précédant les règles est plus importante. Les dépenses d'énergie augmentent pendant la période qui suit l'ovulation, jusqu'aux règles. Cette augmentation de la quantité d'aliments ingérés dans cette phase coïncide avec des besoins énergétiques plus importants.

Il semble que les femmes souffrant d'un SPM sévère caricaturent ces tendances naturelles de modification de leur alimentation, et c'est ainsi qu'elles peuvent, mois après mois, augmenter la quantité de leur tissu adipeux.

#### Les migraines :

Elles sont susceptibles d'apparaître au moment de l'ovulation, c'est à dire au milieu du cycle, et durer de vingt-quatre à quarante-huit heures ou survenir un à quatre jours avant les règles, puis se prolonger durant cette période. Très pénibles, elles interdisent de mener une activité normale. Aujourd'hui, il est reconnu qu'elles sont provoquées par la chute brutale du taux d'estrogènes dans le sang. La modification de la distribution de l'eau dans le corps est également avancée comme raison de ces symptômes.

#### Les douleurs des seins :

La période précédant les règles est, pour certaines femmes, un véritable calvaire : gonflements, douleurs des seins, apparition de boules qui se révèlent, à l'échographie ou mammographie, être des kystes formés suite à l'hypertrophie de la glande mammaire. Ce phénomène porte le nom de mastose, et ces boules sont à surveiller ; rarement une ponction ou une ablation est nécessaire, même s'il s'agit d'une maladie bénigne, sous influence hormonale. La rétention hydrosaline est la cause essentielle des douleurs mammaires avant les règles ; une désynchronisation de l'effet des estrogènes, qui «excitent» la glande mammaire, et de la progestérone qui la calme, est également incriminée.

#### Les signes psychologiques

##### La fatigue :

Une grande fatigue, une perte de joie de vivre... apparaissent. On assiste à un report des prises de décision, les invitations sont

déclinées... L'implication de la sérotonine, une hormone cérébrale dont la carence entraîne des troubles de l'humeur, est certainement au premier plan, mais ne saurait à elle seule tout expliquer.

### **Les troubles de l'humeur :**

Certaines femmes deviennent particulièrement irritables dans les deux à trois jours, voire dans les dix à quinze jours qui précèdent les règles. Chez d'autres, l'humeur vire à la baisse. Elles sont moroses, sujettes à une petite déprime. En cas de syndrome prémenstruel très important, ces signes sont exacerbés. L'influence de la sérotonine est certainement ici en première ligne.

### **Les autres signes :**

De nombreux autres symptômes peuvent exister, spécifiques à chaque femme. Le signe annonciateur des règles sera, pour l'une, des douleurs dans les cuisses, pour l'autre, l'éruption d'un bouton cutané toujours au même endroit. Un herpès vulvaire ou labial, une douleur dans le dos, une cystite pourront aussi survenir.

### **Le traitement du SPM**

#### **Les placebos :**

Ils donnent 40 à 80 % de bons résultats, mais l'effet positif ne dure pas au-delà de quelques cycles. Bien qu'une thérapeutique placebo ne comporte aucune substance médicamenteuse active, elle provoque chez l'individu un effet positif. Les placebos agiraient par le biais de substances cérébrales telles que les endorphines : le fait d'absorber un médicament même dépourvu de principes actifs chimiques déclenche une réaction cérébrale susceptible d'engendrer des substances, elles, parfaitement thérapeutiques.

#### **Les progestatifs :**

Cette thérapeutique est plus efficace chez les femmes souffrant de SPM au moment de leur périménopause que chez celles ne présentant aucune déficience ovarienne.

Elles sont surtout efficaces dans les SPM après 40 ans.

Généralement, on prescrit un progestatif du 16ème jour du cycle au 25ème jour du cycle

pendant deux à trois mois. Si cette solution demeure insuffisante, il faudra bloquer - l'ovulation en prescrivant un progestatif norstéroïde ou même la pilule contraceptive.

### **La pratique aérobie d'un sport :**

Elle permet d'augmenter le taux de sérotonine cérébrale, de dépenser une partie des calories en surplus absorbées durant cette période, et de lutter contre la stase veineuse et la rétention d'eau.

### **D'autres traitements :**

La prescription d'anxiolytiques (Temesta®, Lexomyl ®) ou d'antidépresseurs (Prozac ®...) est utilisée pour lutter contre les symptômes psychiques liés au SPM.

Le Parlodel ® donne des résultats inégaux et ne porte que sur les phénomènes de tension mammaire.

L'huile d'onagre entre dans la composition de certaines prostaglandines dont le taux peut être diminué dans le SPM.

La vitamine B6, connue pour son action sur certains neurotransmetteurs, aurait une action positive.

Certains antiprostaglandiniques (Ponstyl®) ont montré une amélioration sur le psychisme, les douleurs abdominales, les migraines.

L'Aldactone ®, un diurétique dont le principe actif est la spironolactone, agit sur la composante hydrique, améliore l'humeur, limite la prise de poids.

Les phlébotoniques s'attaquent aux perturbations du métabolisme de l'eau et du sel, de la perméabilité des vaisseaux sanguins observée dans le SPM.



# Contraception

## La « pilule-médicament » : quand ce n'est pas pour la contraception !



La pilule peut aussi se révéler médicament et avoir pour ambition de soigner certaines affections gynécologiques.

Notons que seules deux indications lui sont officiellement reconnues : la contraception bien entendu, mais aussi pour certaines d'entre elles les douleurs de règles. Les indications dont je vais vous parler maintenant ne sont donc pas officielles même si elles sont d'utilisation quotidienne dans l'exercice de la gynécologie.

## Les ovaires micro-kystiques

Certaines femmes développent, en général dès la puberté, un ensemble de symptômes résultant d'une anomalie de l'ovulation : le

syndrome des ovaires micropolykystiques. Il s'agit de jeunes filles qui n'ont pratiquement jamais leurs règles ou à des intervalles extrêmement longs (1 ou 2 fois dans l'année parfois), une tendance à avoir de l'acné, une hyperpilosité, une séborrhée et pour beaucoup d'entre elles un surpoids non expliqué par le mode alimentaire. À l'échographie les ovaires sont gros, hérissés de multiples petits kystes de l'ordre de 1 ou 2 cm de diamètre. Les dosages hormonaux montrent une anomalie de la sécrétion de L.H. (l'ordre de commande hormonale que lance l'hypophyse aux ovaires afin de déclencher l'ovulation au 14<sup>e</sup> jour du cycle). Les ovaires ne recevant plus d'ordre précis n'ovulent plus ou pratiquement plus (expliquant l'absence ou la rareté des règles), fabriquent trop d'hormones estrogènes et

de ventre : les ovaires, parce qu'ils sont gros et parce qu'ils ne parviennent pas à finaliser une ovulation, provoquent des douleurs variables dans leur intensité et dans leur survenue.

La pilule est ici la thérapeutique de premier choix : en bloquant les ovaires, elle leur permet de recouvrer un volume normal et stoppe leur fonctionnement anarchique leur permettant enfin de se « reposer ».

L'hyperproduction d'hormones estrogènes et d'hormones mâles cesse : les signes de virilisation (acné, hyperpilosité, séborrhée) diminuent tandis que le poids est moins sollicité à la hausse. Les douleurs de ventre sont annulées. Les règles surviennent, bien entendu, dans chaque intervalle d'arrêt de 7 jours. Dans les cas où les signes de « trop d'hormones mâles » sont présents, le médecin choisit en général la pilule au progestatif « anti-hormones mâles » éventuellement complétement du progestatif antihormones mâles, l'acétate de cyprotérone.

## Les kystes « fonctionnels » de l'ovaire

Parfois, sous l'effet d'un choc, d'une émotion, d'une agression, le cycle se dérègle et en particulier l'activité ovarienne : un ovaire peut alors développer ce que l'on appelle un kyste fonctionnel. Ces kystes peuvent parfois atteindre un volume considérable de l'ordre de 10 à 15 cm de diamètre. Ils s'accompagnent de symptômes attestant du trouble hormonal ovarien tels que douleurs de seins, gonflement, ... Ces kystes fonctionnels ne sont pas de vraies tumeurs au sens propre du terme, mais de simples « bulles », bien visibles en échographie, remplies sous tension de liquide. Leur durée de vie est en général éphémère : quelques semaines. La prescription d'une pilule peut accélérer la mise à plat de ce kyste (et surtout empêcher que d'autres se développent dans un contexte émotionnel particulièrement favorable). Une ou deux plaquettes de pilules suffisent en général, ce qui sera attesté par l'échographie qui ne retrouvera plus trace du kyste. Dans ce cas, l'arrêt de la pilule (si la contraception n'est pas nécessaire) peut être décidé. Ces kystes fonctionnels sont fréquents et l'on doit toujours tenter un traitement test d'épreuve par la pilule

avant de se décider à intervenir chirurgicalement. Porter d'emblée le bistouri sur ces « faux kystes » est une attitude injustifiée.

## Les douleurs de règles

Certaines femmes ont de telles douleurs, et malaises, pendant leurs règles qu'elles vivent un véritable handicap qui leur portent un préjudice aussi bien social, professionnel que conjugal. L'on comprend que dans ce contexte, même si une contraception n'est pas

désirée et lorsque tous les autres moyens traditionnels ont échoué (médicaments contre la douleur, antiprostaglandiniques) la pilule puisse être prescrite dans cette seule indication. Il faut savoir néanmoins que 10 % des femmes conserveront quand même des douleurs, cependant parfois de moindre intensité malgré la prise de la pilule.

Ce sont pour ces femmes particulièrement gênées que l'allongement de la durée de prise de la pilule au-delà des 21 jours traditionnels peut être envisagé avec, pour but, de rendre plus rare les épisodes menstruels.

# Du Côté des Mamans

## Stérilité et fécondation médicalement assistée

Il faut en moyenne quatre mois à un couple normalement fécond pour obtenir une grossesse. Cependant, si le couple est âgé, il ne doit pas tarder à consulter afin d'obtenir l'avis d'un médecin qui pourra prescrire, éventuellement, des examens visant à dépister une éventuelle stérilité.

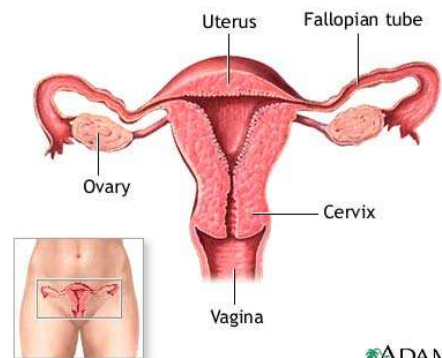
La stérilité peut provenir de l'homme, de la femme, ou d'une incompatibilité entre les deux.

### Du côté de la femme :

#### *L'ovaire ne pond pas d'ovocytes*

Quand la courbe de température ne montre pas de décalage thermique, qu'il y ait ou non des règles, on peut présumer une absence d'ovulation. Ce diagnostic est confirmé en effectuant des dosages hormonaux, permettant d'étudier le fonctionnement des ovaires et des glandes qui l'influencent, comme l'hypophyse, et une biopsie d'endomètre, examen consistant à prélever et analyser des cellules de la muqueuse tapissant l'utérus.

Il est également possible de pratiquer une coelioscopie, examen consistant à introduire



un tube optique à côté de l'ombilic, afin d'observer les ovaires et l'appareil génital tout entier.

Aujourd'hui, nous disposons d'un arsenal thérapeutique assez large et puissant pour provoquer artificiellement une ovulation. Mais attention ! Dans ce cas, l'ovule pond souvent plusieurs ovocytes, et les risques de grossesse multiple sont élevés.

Si l'ovaire ne peut pondre d'ovocytes, ou si la femme a subi une ovariectomie, il est possible d'obtenir une grossesse grâce à un don d'ovocyte fécondé in vitro par le sperme du partenaire avant d'être implanté dans l'utérus de la femme.

#### *Les stérilités d'origine utérine*

L'utérus peut présenter des anomalies empê-

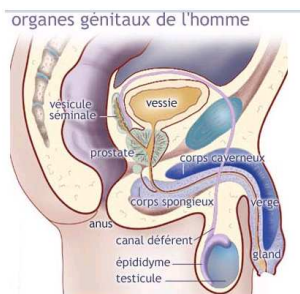
chant la fécondation ou la nidation ; par exemple, la muqueuse de l'utérus peut être endommagée par une lésion infectieuse. Parfois, les parois de l'utérus présentent des adhérences, appelées synéchies, qui peuvent empêcher la nidation. Cette modification peut être résolue par intervention chirurgicale. Certaines jeunes femmes présentent également des anomalies de l'utérus, dues au traitement par Distilbène®, prescrit à leur mère pendant leur grossesse. Ce médicament était administré pour prévenir les risques de fausse couche.

Des fibromes peuvent également déformer l'utérus, provoquant une stérilité ou des avortements à répétition.

#### *Les stérilités de cause cervicale*

Le col de l'utérus peut être l'objet de lésions interdisant au sperme d'accéder au canal endocervical. Des infections de la glaire cervicale, très fréquentes, peuvent également gêner la montée des spermatozoïdes.

#### **Du côté de l'homme**



#### *Les stérilités d'origine sécrétoire*

Elles sont dues soit à une anomalie du testicule soit à une insuffisance de l'hypophyse. Quand le sperme est dénué de spermatozoïdes, on peut alors avancer que la stérilité est d'origine masculine. Les stérilités sécrétoires liées à une insuffisance hypophysaire peuvent être traitées hormonalement.

Une atrophie des testicules, d'origine congénitale, peut également être incriminée. L'intervention chirurgicale, visant faire descendre les testicules dans les bourses ne

permet pas toujours de recouvrer la normale.

Certaines maladies, telles que les oreillons, ont pu endommager les testicules et provoquer une stérilité définitive.

#### *Les stérilités excrétoires*

Une anomalie des différents canaux, reliant les testicules à l'orifice urétral, peuvent également entraîner une stérilité masculine. Les causes sont multiples : malformation congénitale, infection, ou ligature accidentelle d'un canal au cours d'une intervention chirurgicale.

#### **Ses traitements**

**Du côté des hommes :** les infections du sperme et les absences de sécrétion hypophysaire peuvent être traitées médicalement. La chirurgie permet de rétablir, dans certains cas, la perméabilité du canal déférent obstrué, et de soigner un varicocèle.

Dans les cas de stérilité sévère, l'insémination artificielle ou la FIV sont souvent la seule solution efficace pour obtenir une grossesse.

**Du côté des femmes :** L'absence ou l'insuffisance d'ovulation entraînant une stérilité peuvent être résolues par un traitement médical. La chirurgie est utilisée pour remédier aux anomalies du col, aux malformations de l'utérus, aux obturations des trompes et aux kystes de l'ovaire.

#### **La procréation médicalement assistée :**

Elle permet de réunir artificiellement spermatozoïdes et ovocytes afin d'obtenir une fécondation.

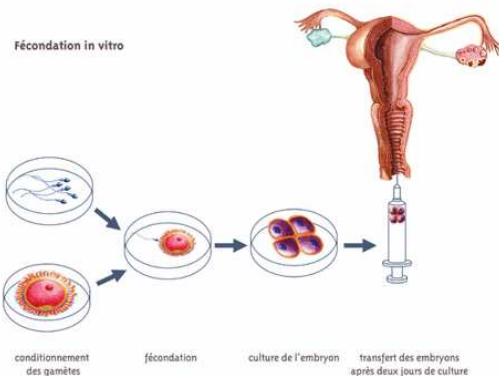
#### **Les différentes techniques :**

*L'insémination artificielle avec le sperme du conjoint :* elle est utilisée dans le cas où les trompes sont perméables et les spermatozoïdes mobiles en nombre suffisant.

*L'insémination artificielle avec sperme de donneur :* elle est préconisée quand l'homme est sujet à une azoospermie, interdisant de « récupérer » des spermatozoïdes dans le testicule ou l'épididyme.

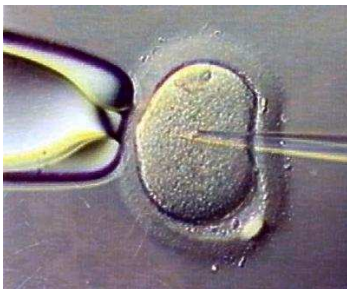
*La FIV (fécondation in vitro) :* lorsque les trompes sont lésées, on recourt à cette technique consistant à prélever les ovocytes

au travers de la paroi du vagin, afin de les féconder en laboratoire ; quelques jours plus tard, l'oeuf est implanté dans l'utérus via le vagin et le col.



*La micro-injection d'un spermatozoïde (ICSI) dans un ovule féminin est recommandée dans le cas où le nombre de spermatozoïdes n'est pas assez élevé pour qu'une fécondation puisse survenir. Un spermatozoïde unique est alors injecté dans l'ovocyte mûr à l'aide d'une fine pipette.*

ICSI :



On obtient, avec ces techniques, entre 20 à 30 % de résultats positifs, c'est-à-dire aboutissant à une grossesse chez les femmes avant 40 ans. Les résultats sont nettement moins optimistes au-delà de cet âge.

**Les stérilités inexplicables :** Souvent, la stérilité est due à plusieurs facteurs ; elle est donc plus difficile à traiter. Parfois, elle reste inexplicée ; on incrimine actuellement des facteurs immunologiques ou psychologiques.

L'étude du sperme : Elle est effectuée par examen du liquide spermatique. Le nombre de spermatozoïdes par centimètre cube, leur mobilité, leur vitalité et la présence d'une éventuelle infection sont également pris en compte.

Il est aussi possible de rechercher, quelques heures après le rapport, la présence de spermatozoïdes dans la glaire cervicale de la femme, au moment de l'ovulation, afin d'obtenir des informations sur leur mobilité et leur progression *in vivo*.



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](mailto:docteurdavidelia@aol.com)

**Docteur David ELIA**

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

