

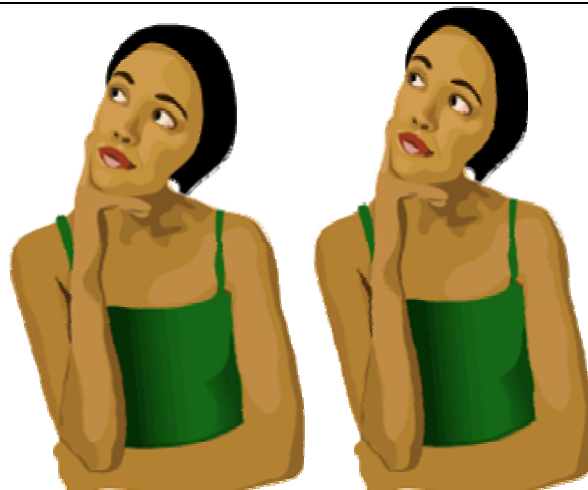


BULLETIN D'INFORMATIONS GYNECOLOGIQUES
DU Dr DAVID ELIA
No 6-MAI 2005-

*Ce bulletin est adressé gratuitement à toutes les patientes du
Dr DAVID ELIA. Pensez à rectifier tous changements d'e-mail.
Merci.*

2 rue de Phalsbourg-75017- Paris. 0142271687 & 0142277116

NUMERO CONSACRE A
LA GYNECOLOGIE
DE TOUS LES JOURS





Bonjour !

Je suis heureux de vous adresser ce sixième bulletin d'informations gynécologiques entièrement consacré à la gynécologie quotidienne. Bonne lecture !

L'ACTUALITE

DU MOIS



Les gynécologues sont très en colère : ils décident d'écrire une lettre ouverte au président CHIRAC Je vous la reproduis ci-dessous pour ses principaux passages:

Le Comité de défense de la gynécologie médicale (CDGM) adresse une « Lettre ouverte » au Président de la République

« La santé des femmes plus que jamais en danger »

« Monsieur le Président de la République,

Nous vous demandons d'intervenir, maintenant, pour le rétablissement et la garantie de l'accès direct des femmes à leur gynécologue, la création des postes d'internes nécessaires, ainsi que pour le rattachement de la spécialité de gynécologie médicale au Conseil national des universités.

En effet, trois millions de femmes et d'hommes ont signé la pétition du Comité de défense de la gynécologie médicale, lancée depuis maintenant huit ans par des femmes et des gynécologues qui ont combattu sans relâche sur deux demandes :

- la mise en place des mesures nécessaires au maintien des effectifs des gynécologues médicaux : le diplôme spécifique de Gynécologie médicale distinct de l'obstétrique, la création de 119 postes d'internes par an et la nomination d'enseignants ;
- la garantie assurée par un texte ayant force de loi de l'accès direct au gynécologue de son choix, avec remboursement par la Sécurité sociale des consultations et des soins s'y rapportant, sans pénalisation financière.

Le 1er février 2003, nous avons obtenu un diplôme recréant une spécialité de gynécologie médicale. Depuis, on nous affirme ici et là que les femmes ont eu entièrement gain de cause. Pourtant nous sommes aujourd'hui plus inquiètes que jamais pour la santé des femmes.

1. Les conditions d'exercice des gynécologues aboutissent à accélérer le processus de leur disparition programmée...

2. Seulement 20 postes d'internes en tout et pour tout ont été attribués à cette discipline en 2003 et 2004 au lieu de 119 (1 pour 5 départements par an), le nombre d'internes n'étant pas encore connu pour 2005. Compte tenu du déficit de 300 postes depuis trois ans, 139 postes d'internes par an sont aujourd'hui nécessaires pour le simple renouvellement des effectifs actuels de gynécologues médicaux !..... »

« ...De plus, l'accès direct est aujourd'hui remis en cause (NB pour les gynécologues à honoraires strictement conventionnés : *cette mesure ne concerne pas les médecins à honoraires libres comme moi –Docteur David Elia*)

Les femmes nous posent la question : "Serai-je toujours intégralement remboursée pour toutes mes consultations de gynécologie à partir du 1er juillet ?".... »

« ...Nous tenons à vous rappeler les raisons profondes de notre combat pour le rétablissement et la sauvegarde de la gynécologie médicale. Faut-il redire encore que cette exception française à laquelle nous sommes résolument attachées a contribué au bon niveau de santé dont notre pays pouvait être fier ?

Des milliers de vies sauvées, des jeunes femmes préservées d'avortements traumatisants, d'autres, d'interventions mutilantes que sont les hystérectomies et les ablations du sein. Des millions de femmes qui ont vu leur vie transformée, libérée par l'accès personnalisé et conscient à la contraception, aux traitements hormonaux, par la possibilité d'aborder leurs problèmes spécifiques de femmes avec des gynécologues réceptifs à leurs préoccupations et facilement accessibles aussi bien matériellement que psychologiquement.

Monsieur le Président de la République, comment une jeune fille pourrait-elle soigner rapidement et efficacement l'infection qui risque de la rendre à tout jamais stérile ?

Combien de temps serait perdu avant le diagnostic précis d'une tumeur du sein ou de l'ovaire et son traitement urgent ?

Une hémorragie génitale sera-t-elle considérée comme une urgence (donc d'accès direct) ? Il est impossible d'en arriver à une telle situation.

Nous répétons ce que nous disons depuis des années : la santé des femmes est en danger. C'est pourquoi l'assemblée annuelle du Comité de défense de la gynécologie médicale a décidé de s'adresser de nouveau à vous de façon solennelle : nous sommes en 2005, en France. Devrions-nous accepter de perdre ce que nos mères et nos grands-mères avaient acquis, l'avancée de la médecine que représente la gynécologie médicale ?

Il s'agit du maintien du niveau de santé des femmes dans ce pays.

Monsieur le Président de la République, pour nous, pour nos filles, pour nos petites-filles, nous vous demandons d'intervenir, maintenant :

- pour le rétablissement et la garantie de l'accès direct des femmes à leur gynécologue ;
- pour la création des 139 postes nécessaires par an ;
- ainsi que pour le rattachement de la spécialité de gynécologie médicale au CNU (sous-section 54-05 : Biologie et médecine du développement et de la reproduction). Faites signer un arrêté en ce sens.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président de la République, l'expression de notre haute considération.

Pour l'assemblée générale du CDGM,
Réunie le 24 avril 2005

Les co-présidentes Dr Jacqueline Blanchin,
Mme Claude Groussin,
Mme Noëlle Mennecier,
Mme Marie Stagliano.



GYNECOLOGIE DE TOUS LES JOURS

L'endométriiose : tout sur cette mystérieuse maladie

Voici bien une maladie mystérieuse. Elle est extrêmement répandue. Selon sa gravité, elle peut avoir des conséquences parfois préoccupantes pour la santé des femmes qui en sont atteintes.

QU'EST-CE L'ENDOMETRIOSE ?

« L'endomètre » est ce précieux tissu qui tapisse l'intérieur de la cavité utérine. C'est la muqueuse qui, sous l'influence des hormones ovariennes, pousse chaque mois afin de constituer un nid douillet pour l'éventuel œuf fécondé qui souhaiterait venir y nicher. La desquamation de la muqueuse utérine survient lorsqu'il n'y a pas de grossesse installée et cela provoque les règles. Mais cette muqueuse utérine migre parfois à des endroits totalement incongrus ou en tout cas tout à fait inadaptés : dans le muscle même de l'utérus (la muqueuse est supposée tapisser cette paroi musculaire et non pas la « coloniser »), sur les trompes, sur les ovaires et aussi fréquemment en dehors même du système génital féminin : sur les ligaments qui « haubanent » l'utérus afin qu'il conserve une certaine stabilité dans le bas ventre. Mais on retrouve aussi des îlots d'endométriiose à distance : par exemple dans le péritoine, sur l'intestin, ... voire dans les poumons. Dans le même ordre d'idée, certaines « colonies » de la muqueuse utérine viennent se nicher dans le vagin ou sur le col de l'utérus : elles sont alors visibles et diagnostiquées grâce à l'examen au spéculum.

Le mot adénomyose est consacré à l'endométriose du muscle utérin. On parle d'endométriome pour les kystes d'endométriose nichés sur les ovaires et de nodules d'endométriose pour tous les points d'endométriose éventuellement retrouvés autour de l'utérus.

QUELS SONT LES SYMPTOMES DE L'ENDOMETRIOSE ?

Très souvent il n'y en a aucun ! C'est le fait des endométrioses mineures parfaitement bien tolérées qui ne feront jamais parler d'elle.

On fait à ce titre assez souvent le diagnostic d'endométriose en effectuant le bilan d'une éventuelle infécondité. Car c'est un fait : l'endométriose peut rendre une femme stérile.

Mise à part l'**infécondité** ce sont surtout les douleurs pendant **les rapports** (au fond du ventre plusieurs heures après) des douleurs spontanées parfois cyclées par l'**ovulation** surtout aussi par les **règles**... Il faut bien comprendre que les îlots d'endométriose saignent comme la muqueuse utérine au moment des règles et qu'ils le font dans des tissus qui ne sont absolument pas « équipés » pour cela : le muscle de l'utérus, les ovaires, les ligaments de l'utérus, l'intestin...

Douleurs pendant les rapports et aussi pendant les règles, infécondité voici les 3 circonstances habituelles de découvertes de l'endométriose.

LES MOYENS DU DIAGNOSTIC

L'examen gynécologique garde ici toute son importance lorsque le toucher vaginal révèle à droite ou à gauche de l'utérus, ou derrière le col de l'utérus, une zone particulièrement indurée et diablement douloureuse. Par ailleurs, lorsque le spéculum découvre un ou deux nodules bleutés (c'est de la muqueuse utérine « enkystée ») le diagnostic est facile.

L'hystérogaphie (la radio de l'utérus et des trompes) ou l'hystéroscopie (vision de la cavité utérine) évoquent ou confirment l'endométriose. C'est surtout la cœlioscopie, (mise en place d'une sorte de « périscope médical » sous anesthésie générale) qui le plus souvent la diagnostique en évaluant son

importance qui peut être légère ou au contraire très étendue avec tous les intermédiaires, et sa localisation. Elle permet aussi de « nettoyer » au mieux les lésions retrouvées en les « cautérisant » (coagulation à l'électricité). Elle permet enfin lorsqu'on la recommence plusieurs mois après de faire le bilan de l'efficacité des traitements entrepris.

LES CAUSES DE L'ENDOMETRIOSE

Elles restent encore mystérieuses. On se perd toujours en conjectures. On évoque toutes sortes de théories : l'endométriose serait plus fréquente chez les femmes ayant subi quelques agressions chirurgicales portant sur le bas ventre (IVG, intervention gynécologique, appendicectomie,...) ou psychologique (violences sexuelles...).

On ne sait pas prévenir la survenue d'une endométriose.

LES TRAITEMENTS DE L'ENDOMÉTRIOSE

Ils sont extrêmement variés mais ont tous le même but (ou non suffisante) : détruire au maximum tous les îlots d'endométriose diagnostiqués. Cela se fait par la chirurgie lors de la cœlioscopie diagnostic voire lors d'une ou de plusieurs cœlioscopies successives. Cela se fait aussi simplement par chirurgie en enlevant le ou les organes malades (ainsi on peut enlever un ovaire truffé d'endométriose). On peut même aussi enlever l'utérus lorsqu'il est particulièrement atteint.

En fait tout dépend du désir de grossesse. Si vous souhaitez être enceinte la stratégie est plutôt difficile puisqu'il s'agit de détruire au maximum l'endométriose dans toutes ses manifestations sans pour autant atteindre l'intégrité des organes reproducteurs tels que l'utérus, les trompes ou les ovaires. Si l'on s'adresse par contre à une femme ayant déjà fait ses enfants ou n'ayant pas de désir de grossesses, la solution chirurgicale est beaucoup plus simple : il convient souvent d'éliminer les ou les organes malades atteints. Les médicaments sont ensuite plus souvent nécessaires (cf. ci-après).

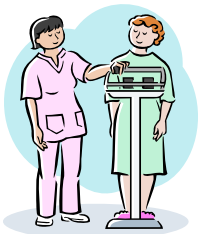
Mais parfois la chirurgie n'est pas nécessaire et c'est alors aux médicaments de résoudre le problème : ils ont tous pour ambition « d'atrophier » le ou les îlots d'endométriose. Ce sont des médicaments dérivés de la famille de la progestérone. Ils sont souvent très actifs mais non dénués d'effets

secondaires (prise de poids, cheveux gras...). On utilise aussi beaucoup le système de « l'induction de la ménopause chimique » : une injection mensuelle ou trimestrielle met les ovaires au repos et place les femmes en situation de ménopause (heureusement réversible à l'arrêt). L'efficacité est en général au rendez-vous et aboutit à l'atrophie considérable de l'endométriome. Tout va se jouer à l'arrêt de la médication : les îlots d'endométriome vont-ils renaître et se développer de nouveau ?

Bien évidemment pendant tous les longs mois que durent ces traitements il n'y a pas de règles : la muqueuse utérine est atrophiée et les ovaires sont au repos, c'est ce que les couples stériles nomment le « délai cruel ». Pour les autres et en particulier celles qui souffraient pendant leurs règles cet événement est particulièrement bien venu, on les comprend.

Mais attention : il est de très nombreuses femmes qui ne se plaignent ni de douleurs particulières ni d'infécondité n'auront besoin d'aucune médication ni d'aucun traitement particulier.

DU COTE DE VOTRE POIDS



Les “kilos grossesse”

Ces kilos ne sont pas systématiques : une Européenne sur deux ne constate pas de variation pondérale importante après l'accouchement par rapport au poids d'avant la grossesse.

Cela dit, les femmes qui gardent une surcharge pondérale après la grossesse sont celles qui ont pris beaucoup pendant les neuf mois de gestation. Et ce sont en général les femmes qui ont pris un poids modéré qui retrouvent le plus vite — le plus souvent dans les trois mois qui suivent l'accouchement — leur poids initial. Prendre beaucoup de poids pendant la grossesse, et en particulier plus de 15 kilos, est sans doute l'une des façons les plus certaines d'avoir à se battre ensuite contre ces “kilos grossesse”. Mais la prise de poids de la grossesse ne résume pas à elle seule toutes les raisons de ce phénomène :

– lorsque “l'enfant paraît”, la vie change considérablement : les rythmes de la journée sont bouleversés, les habitudes de loisirs, professionnelles, sociales sont profondément modifiées. Nombre de femmes abandonnent — au moins de façon transitoire — leur activité professionnelle. Cela les

oblige à renouer avec l'alimentation "faite maison", les expose à une disponibilité importante des aliments inexistantes sur le lieu de travail ;

- l'abandon du tabac est une cause fréquente de prise de poids. Bon nombre de femmes se sont enfin résolues à "tordre le cou à leur tabagisme" pour ne pas faire de mal à leur bébé. Bien leur en a pris mais, et l'abandon de l'intoxication nicotinique s'accompagne souvent d'une prise de quelques kilos ;
- cela est fréquent, la venue du bébé correspond à une réduction importante de l'activité physique, et en particulier de la pratique des sports responsables d'une diminution de la consommation calorique ;
- enfin, rupture d'équilibre affectif, difficulté d'adaptation au nouveau rôle de mère, "angoisses", dépression du *post partum* (ce que l'on appelle le baby-blues), diminution des temps de loisirs,... tous ces facteurs sont susceptibles de générer de l'angoisse, de la morosité, et la jeune accouchée tentera de "compenser" par une modification de ses habitudes alimentaires.

Comment s'en débarrasser ?

Comme nous l'avons vu, ils sont très fréquents. Nombre de femmes conservent quelques kilos supplémentaires par rapport à leur poids d'avant la grossesse dans les six à douze mois qui suivent l'accouchement. Et nombre d'entre elles aussi s'en désolent très sincèrement. Car le corps a du mal à se "refaire une beauté". En témoigne le ventre souvent changé, moins plat, aux muscles plus distendus. De même, il semble que la graisse emmagasinée sur les cuisses et les fesses ait décidé de ne plus les quitter : "Docteur, j'ai de la cellulite maintenant, moi qui étais si fière de ne pas avoir de "culotte de cheval" !" Quant aux seins, ils sont eux aussi souvent modifiés et, allaitement ou non, la peau a souvent un peu lâché ici ou là.

Bref, les formes ont changé, la silhouette s'est modifiée, la graisse s'est quelque peu installée : il faut réagir !

Car il n'est pas question ici d'évoquer la fatalité ; la résignation n'est pas de mise ! Un programme intelligent doit vous permettre dans l'espace de trois à neuf mois de retrouver votre corps "d'avant".

Les mesures diététiques

Évitez, ici comme ailleurs, de vous lancer dans un régime débile qui, certes, vous fera perdre du poids en l'espace de quelques semaines (satisfaction artificielle sur la balance), mais ne vous permettra pas de

pérenniser la situation ; car très vite, dans les mois qui suivront, votre poids aura à nouveau les mêmes caractéristiques qu'avant votre effort, voire pire.

Vous devez envisager au contraire une perte calorique bien organisée qui, sans n'aucunement bouleverser vos habitudes alimentaires, doit tout simplement induire un déficit chronique quotidien et permanent d'environ 100 à 200 calories. Je vous rappelle qu'il s'agit là de la valeur de deux cuillerées à soupe d'huile (200 calories), d'un yaourt sucré aux fruits (120 calories), etc. Conservez une bonne proportion de matières grasses (entre 20 et 30 % de votre ration quotidienne), de protéines (15 à 20 %) et de glucides entre 50 et 60 %. Mangez à votre goût, n'écoutez pas les sirènes qui vous promettent de perdre "5 kilos en une semaine", voire plus. Vous devez au contraire vous donner le temps de perdre votre graisse : 200 calories en moins chaque jour dans votre assiette cela représente quelque 35 000 à 40 000 calories après six mois : à 9 000 calories le kilo, cela vous fait tout simplement 4 kilos en moins !

L'activité physique et la musculation

Ils sont essentiels à votre remise en forme. Vous devez envisager de réintroduire progressivement une double activité physique à votre quotidien :

- une activité aérobique (marche rapide, natation, vélo d'appartement ou en plein air, course...)
- une activité de musculation : il vous faut raffermir et augmenter votre masse musculaire quelque peu atrophiée par cette année de mise entre parenthèses.

Attention : il vous faut particulièrement veiller à la musculation des muscles abdominaux. Bien sûr, le ventre flapi, détendu et mou vous encourage énergiquement à la musculation à outrance. Mais vous devez savoir que toute pression abdominale induite par quelque mouvement que ce soit dans les mois qui suivent la grossesse est susceptible d'affaiblir le périnée (plus ou moins traumatisé par la descente de l'enfant) et donc d'augmenter le risque d'incontinence d'urine à l'effort. C'est la raison pour laquelle la plupart des gynécologues et des sages-femmes vous conseillent de rééduquer votre périnée (avec des sages-femmes ou des kinésithérapeutes spécialisés) avant de vous occuper de votre musculature abdominale.

L'activité physique est susceptible d'accélérer (voire d'augmenter) votre perte de poids mais, ici aussi, il faut vous donner la durée : si vous perdez 100 à 150 calories supplémentaires par jour, en raison de cette nouvelle activité physique, vous devrez attendre par exemple six mois pour que cela représente 22 000 à 23 000 calories, c'est-à-dire, à 9 000 calories le kilo, 2,5 kilos perdus !

Une légère restriction calorique quotidienne, une activité sportive bien comprise, six à douze mois de délai : voici de quoi retrouver votre silhouette et votre poids d'avant bébé.

Les « régimes bidons »

Régime pamplemousse, régime ananas, régime raisins, régime... ce que vous voulez ! Et les promesses pleuvent, indécentes : “ Maigrir de 5 kilos en une semaine ”,... “ Perdre 20 kilos en huit jours ” ! Bien sûr, la plupart du temps, vous souriez. Mais certaines d'entre vous sont taraudées par une douloureuse question : “ Et si c'était vrai ? ”

Oui, si c'était vrai ! Alors, vous pourriez instantanément vous débarrasser de ces 8 kilos qui ne vous lâchent plus depuis l'hiver dernier, ne pas changer votre garde-robe et remettre ce short qui vous rendait si séduisante, ne pas avoir à cacher vos seins devenus aujourd'hui trop opulents et incompatibles avec le port du maillot de bain ou encore la pratique des seins nus sur la plage, rentrer à nouveau dans cette délicieuse robe qui vous avait valu tant de compliments et de regards troubles l'été dernier... Et puis, la stupidité de la promesse étant éludée, vous lisez. Et même si pour la plupart vous en resterez là, il y en aura toujours un certain nombre qui passera à l'acte : “ C'est décidé, je ne mange plus que des ananas pendant dix jours ! ” Et puis, l'ananas c'est délicieux, non ?

1 kilo d'ananas vous apporte 500 calories. Quand vous en aurez mangé 2 (l'équivalent de 1 000 calories) les fibres du fruit, le goût sucré entêtant et monotone vous aura sans doute écœurée.

Avec 1 000 calories par jour (alors que, par exemple, vous en absorbiez 2 000 auparavant) que va-t-il se passer ?

Vous allez perdre 1 ou 2 kilos par semaine et, à supposer que vous “ teniez ” plus de deux semaines, vous aurez sans doute perdu, selon les cas, entre 3 et 5 kilos. Victoire ! ? Oh que non ! Et voici pourquoi cette fois-ci :

- Vous n'avez absorbé que des sucres : 120 grammes de glucides par kilo et seulement 5 g de protéines par kilo. Les protéines nécessaires au “

renouvellement ” de nos cellules (cérébrales, cardiaques, musculaires, osseuses, sanguines, hépatiques,...) sont en faillite totale, et ce ne sont pas les 10 malheureux grammes de protéines contenus dans l’ananas absorbé quotidiennement (toujours à condition que vous en mangiez 2 kilos par jour) qui empêcheront que “ vous vous serviez ” sur vos propres protéines, c’est-à-dire en priorité sur vos muscles. Ainsi, c’est du muscle, denrée rare et sophistiquée, que vous perdez et aussi, mais dans de faibles proportions, de la graisse.

- Votre cure d’ananas terminée (la vue même de ce fruit vous donne à présent des nausées), alors même que vous vous réalimentez de façon plus orthodoxe, vous reprenez du poids à la vitesse de l’éclair ! Et c’est plutôt de la graisse, et non du muscle, que vous reconstituez ! Quelques semaines après votre “ cure de rondelles jaunes ”, vous voici revenue au mieux à votre point de départ, au pire avec quelques kilos supplémentaires. Et, chose bizarre, cette “ tendance à grossir ” s’affirme de jour en jour ; c’est comme si vous aviez mis un accélérateur à votre prise de poids. Que s’est-il passé ? L’explication est fort simple : lorsque l’on perd du muscle, on diminue son métabolisme de base (ses dépenses d’énergie au repos) Souvenez-vous de la formule “ magique ” : 1 kilo de muscle consomme 16,7 calories par jour réparties sur chaque seconde des vingt-quatre heures. Si vous avez perdu 2 ou 3 kilos de muscle, vous venez donc d’induire une rétention de quelque 50 calories par jour. Or 50 calories par jour multiplié par 30 jours = 1 500 calories, bientôt un quart de kilo de graisse à rajouter chaque mois à ceux préexistants. D’autre part, votre corps est de plus en plus “ moche ” : c’est que la graisse, en tant que tissu de remplissage sous-cutané, n’a pas du tout la même allure que le tissu musculaire.

Vous avez donc fait “ yo-yo ”. Vous êtes tombée dans le piège stupide : le miroir aux alouettes. Faillite sur toute la ligne ! Oh la frustration ! Vous avez avalé 2 kilos d’ananas par jour pendant quinze jours (il en faut du courage !), et non seulement vous n’avez perdu du poids que l’espace de quelques semaines mais, qui plus est, vous l’avez repris à une vitesse folle et souvent en avez profité pour rajouter quelques kilos supplémentaires de graisse ! Et je ne vous ai même pas parlé des différents troubles et malaises (vertige, déprime, agressivité, insomnie, infections multiples récidivantes (cystite, mycose, sinusite...) dont vous pouvez être assaillie pendant votre “ amaigrissement ”.

Mais vous avez une excuse : le terrorisme médiatique s'impose souvent aux kilos superflus. Ce terrorisme ne s'adresse bien évidemment pas aux obèses vraies mais plutôt aux surpoids de 5 à 15 kilos. Et comment résister ainsi " aux régimes week-end, aux " nouvelles méthodes ", aux " menus fondants ", aux " guerres contre les kilos gagnées ", etc.

DU COTE DES MAMANS



L'ÉPISIOTOMIE : Dites moi tout, tout !

Cette intervention consiste à couper la vulve sur plusieurs centimètres avec des ciseaux, en partant de l'extrémité inférieure, celle qui se trouve près de l'anus, et en se dirigeant, en général, vers la droite. Ce geste peut vous sembler barbare. En fait, il est souvent indispensable pour éviter une déchirure de la vulve ou même un délabrement du périnée.

Mieux vaut en effet une coupure nette, facile à faire et à recoudre que des tissus et des muscles abîmés, si la tête de l'enfant est trop grosse pour passer et qu'il faut par conséquent « agrandir la sortie ».

Certains médecins font systématiquement une épisiotomie à toutes les femmes qui accouchent pour la première fois. D'autres n'en font jamais.

La bonne attitude se situe sans doute entre ces deux extrêmes.

C'est au médecin de juger si la vulve qu'il voit se distendre à chaque effort d'expulsion est suffisamment souple et ouverte pour laisser passer l'enfant sans dommage ou bien si une épisiotomie s'impose.

Une fois l'enfant sorti, le médecin doit réparer sous anesthésie (locale) le plus souvent, la plaie qu'il vient de faire. Une intervention soigneuse prend souvent entre ¼ d'heure ou 20 mn. De la minutie apportée à cette opération dépend une grande partie de votre confort sexuel après l'accouchement.

Certaines épisiotomies mal réparées laissent des cicatrices douloureuses qui empêchent les rapports et empoisonnent la vie des couples pendant de longs mois. Jusqu'au jour où il faudra « reprendre » l'épisiotomie et la recoudre correctement.

De toute façon, il est beaucoup plus dangereux de ne pas faire d'épisiotomie que d'en faire une pour rien.

A la limite, mieux vaut une épisiotomie inutile qu'un risque de déchirure.

Après 2 césariennes, puis-je me faire poser un stérilet ? Victoire, 36 ans,

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

Si j'ai demandé une péridurale, me la fera t-on dès mon arrivée à la maternité ? Géraldine, 25 ans.

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

Enceinte de quatre mois, j'ai encore des nausées épouvantables, existe t-il un truc vraiment efficace ? Paula, 28 ans

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

Je veux un troisième enfant, j'ai arrêté la pilule depuis six mois et toujours rien ! On m'a parlé d'une courbe de température mais je ne sais pas comment faire ...Jeanne, 33 ans

La courbe de température est simple à établir : vous avez posé le thermomètre sur votre table de nuit et tous les matins avant de mettre le pied par terre, vous le maintenez dans votre rectum pendant 3 minutes. Vous notez ensuite la température exacte du jour. Lorsque vous avez ovulé la température augmente de 2-3 ou 4 dixième de degré (c'est la progestérone

contemporaine de l'ovulation qui élève ainsi la température corporelle). Votre médecin ou votre pharmacien vous procurera des courbes adaptées.

J'ai entendu dire qu'on pouvait tomber enceinte pendant les règles, est-ce vrai ? Joséphine, 18 ans

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

Ya-t-il des contre-indications à allaiter ? Marthe, 38 ans

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



VOS QUESTIONS ET MES REPONSES

Mon médecin vient de me prescrire un traitement contre l'ostéoporose et il m'a annoncé que celui-ci pouvait aussi diminuer mon risque de cancer du sein. Je ne comprends pas très bien, pouvez-vous m'expliquer ?

– Il s'agit probablement de la molécule raloxifène qui a fait sa preuve d'efficacité dans la prévention des fractures lombaires dues à l'ostéoporose. Il se trouve aussi que cette molécule qui n'est pas hormonale « verrouille » un certain nombre de récepteurs hormonaux situés dans les seins et sensibles aux hormones estrogènes. Le risque de cancer du sein en est donc diminué d'environ 60%, et ce, pendant la durée du traitement même si celui-ci atteint 7 à 8 ans !

Je suis bien tentée par le patch contraceptif mais je suis inquiète : cela tient-il si l'on se baigne dans la mer ou dans une piscine, n'y a-t-il pas d'allergie ? Est-ce efficace ?

– Le patch contraceptif a été testé dans différentes situations extrêmes (sauna, piscine, bains prolongés, thalassothérapie ...) et ne se décolle que dans de très rares cas. Les allergies cutanées sont exceptionnelles. Quant à l'efficacité de la méthode, elle est tout à fait comparable à celle de la pilule classique prise par la bouche : 100%.

J'ai tendance à faire de l'herpès labial, en ferai-je toute la vie ? Julie, 32 ans,

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

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

*Le fil du stérilet peut avoir disparu pour plusieurs raisons :

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

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

LES GYNECOLOGUES ONT LU,VU,ENTENDU



A PROPOS DES TECHNIQUES OPERATOIRES DE L'HYSTERECTOMIE (ABLATION DE L'UTERUS)

C'est une étude finlandaise qui a calculé que pour 10 010 hystérectomies, 5 875 d'entre elles avaient été pratiquées en ouvrant le ventre, 2 434 par cœlioscopie et 1 801 par voie vaginale. Le taux de complications était respectivement de 17,2%, de 19% et de 23,3% selon la technique opératoire choisie. L'étude conclue que l'hystérectomie par cœlioscopie demande à l'opérateur d'avoir une expérience d'au moins 30 cas.

Source : Hum Reprod.

P PLUS ON EST JEUNE ET PLUS ON EST A RISQUE DE CANCER DU COL DE L'UTERUS

Cette étude démontre que le cancer du col de l'utérus est 14 fois plus fréquent chez les femmes ayant aujourd'hui 40 ans par rapport à celles ayant plus de 60 ans. Les constatations de cette étude confirment, contrairement à ce que l'on croit souvent, que le cancer du col de l'utérus est bien un cancer de femme jeune. Ce sont les infections à Papillomavirus (sexuellement transmis) qui expliquent probablement ce fait. (Source : Lancet).