



GYNÉCOLOGUE

DOCTEUR DAVID ELIA

2 RUE DE PHALSBURG 75017 PARIS 0142 2716 87 - 0142 27 7116

- Pour continuer à recevoir notre Bulletin, merci de nous informer d'un éventuel changement d'adresse e-mail
- Chaque mois, je vous explique sans tabou, ni jargon, votre quotidien féminin médical. Je souhaite vous aider à mieux comprendre le langage de votre corps en répondant à mille et une questions que vous vous posez, des plus simples aux plus intimes, dans les domaines les plus variés. Visitez aussi le site : www.docteurdavidelia.com
- Retrouvez moi en vidéo et audio sur le podcast : [Cliquez Ici](#)

Edito du Mois

Les media, l'information et les femmes.



**« 30% de cancers du sein en plus,
« L'atrophie du cerveau guette les
utilisatrices de THS » ...**

Aujourd'hui, plus de 8 ans après sa première publication, on sait que la Women Health

Initiative (WHI) a généré un certain nombre de contre vérités scientifiques que nous avons aujourd'hui rectifiées. Et Rossouw lui même, responsable de l'étude, a convenu par exemple en 2005 que les femmes jeunes (de

moins de 65 ans) n'avaient pas vu leur risque cardiovasculaire augmenter sous THS contrairement à ce qu'il avait affirmé avec force à l'AFEM en novembre 2002. Mais en 2002 et les années suivantes, les journalistes grand public ont vraiment trouvé dans cette étude un « morceau de choix » dont ils ont à peine fini de se repaitre aujourd'hui ! A cette époque, ils ont pour beaucoup osé les gros titres, les affirmations les plus folles sans vérifier les sources, en se copiant et se plagiant les uns les autres, et surtout en ne donnant pas la parole aux experts mondiaux « THS-Philes » et en privilégiant les « THS-Phobes ».

Ce ne sont pas les scandales (désinformation, articles « bidonnés »..) qui nous chiffonnent : toutes les professions ont leur propres « histoires de chasse » !

Ce qui choque est que les media ne se soient pas vraiment dotés de structure de régulation : la Charte de Munich de 1971 est seulement déclarative (la profession n'y organise aucune forme de régulation judiciaire).

Or la déontologie, c'est quoi ? Nous les médecins, nous le savons bien et qui la transgresse s'expose à une sanction par ses « pairs ».

C'est cela le véritable problème de la profession : aucune vraie déontologie quant aux relations avec le pouvoir, la finance, les annonceurs et surtout **l'audience** qui se révèle être l'un des plus redoutables « conflit d'intérêt » du journaliste : c'est en son nom que l'on justifie les titres bidons, le terrorisme, le fait que les « trains qui arrivent à l'heure » n'ont pas la moindre chance d'être cités ! Ainsi pas un mot, pas une ligne quand la WHI trouve que le THS induit une bonne protection contre l'ostéoporose, une diminution du risque de cancer du colon...).

Mais... le principe fondamental de la « liberté de la presse » n'est-elle pas antinomique avec l'organisation de sanctions possible au regard de fautes jugées comme telles par la profession ? Ne prendrait-on pas ici le risque de demander aux journalistes de se soumettre à une régulation à laquelle leur déontologie leur demande justement d'échapper ? Certes, il y a là un danger, mais d'autres professions ont connu les mêmes affres. Ainsi la « liberté de prescription » pour essentielle qu'elle soit au médecin a-t-elle été vraiment foulée aux pieds par notre déontologie ?

« **YES THEY CAN** » : ils peuvent (aussi) le faire !

Ménopause

Les saignements



S'ils sont normaux lorsqu'un traitement séquentiel (« avec règles ») a été choisi, ils ne le sont plus, et ne doivent pas être tolérés,

lorsqu'ils ont tendance à se répéter alors que l'on est en train de prendre son THS (et ce, qu'il s'agisse d'un traitement « avec règles »

ou « sans règles »). Parfois, les règles sont bien au rendez-vous attendu de la fin du traitement, mais elles se passent fort mal avec de nombreux caillots, des douleurs, de véritables hémorragies. Parfois, elles peuvent même durer plusieurs jours, voire dépasser la semaine, entraînant un état de fatigue chronique, une chute de cheveux, des vertiges, une déprime, tous éléments à rapporter à l'anémie par perte de fer causée par ces saignements intempestifs. Il est fréquent que cet effet secondaire, et on le comprend, vous amène à abandonner le THS. L'accusé n° 1 dans cette affaire est *l'utérus*. Il y a probablement quelque chose qui ne va pas à son niveau : certes, ce peuvent être des fibromes (en général connus de longue date et échographiés à plusieurs reprises), mais le plus souvent il faut suspecter soit des polypes (excroissances bénignes de la muqueuse utérine à l'intérieur même de la cavité), soit une variété très fréquente et « très saignante » de fibromes, les fibromes dits sous-muqueux qui, malgré leur très petite taille (souvent moins d'1 cm de diamètre) - parce qu'ils sont à l'intérieur de la cavité utérine elle-même - occasionnent nombre d'épisodes hémorragiques. Polypes et fibromes sous-muqueux sont de diagnostic facile : soit l'hystérogaphie (radio de la cavité utérine), soit l'hystéroscopie (introduction d'un mini optique dans la cavité utérine) découvrent en quelques minutes les raisons de vos malheurs. Dès lors, le traitement est simple : sous anesthésie générale, en l'espace d'une quinzaine de minutes, rarement beaucoup plus, le chirurgien gynécologue va « nettoyer », « raboter », la cavité utérine de manière à éliminer ces formations certes bénignes, mais apportant trop d'inconfort, afin que le THS puisse être poursuivi sans avoir à subir ce genre d'inconvénient. Tout ceci, bien entendu, se fait par les voies naturelles, il n'y a pas de cicatrice, pas de choc opératoire et l'hospitalisation ne dure guère plus de 24 heures. Parfois, les examens révéleront une autre maladie bénigne, l'endométriose. Les solutions sont ici moins aisées, bien que la

résignation ne soit pas de mise : "rabotage" de la cavité utérine (nous appelons cela l'endométréctomie), juste dosage estrogénique (plus les estrogènes sont élevés plus la muqueuse a tendance à saigner), séquence progestative adéquate, nature même de la molécule (progestérone ou progestatif) utilisée, finissent par apporter le succès, c'est-à-dire la disparition des saignements intempestifs.

Bien entendu, il arrive malheureusement que les investigations entreprises finissent par diagnostiquer un cancer de l'utérus. Cette éventualité est extrêmement rare, et il s'agit plutôt d'une surprise, tant les lésions bénignes sont fréquentes dans ce contexte.

Enfin, il peut s'agir de fibromes qui - ce n'est pas habituel - inclus dans le muscle utérin (et non plus dans la cavité utérine), d'extirpation impossible par les voies naturelles, se mettent à grossir et à provoquer des saignements particulièrement inconfortables. La solution ici : soit l'intervention chirurgicale, en général pour faire l'ablation de l'utérus (pour éviter les récurrences toujours possibles), soit la diminution des estrogènes (mais encore faut-il que la dose administrée soit suffisante pour comporter tous les avantages du THS), soit l'augmentation de la posologie de progestérone ou de progestatifs (mais encore faut-il que cette augmentation soit efficace et aussi qu'elle n'induisse pas ses propres effets secondaires), soit l'arrêt du THS (décision extrême souvent mal venue).

Les gonflements du ventre

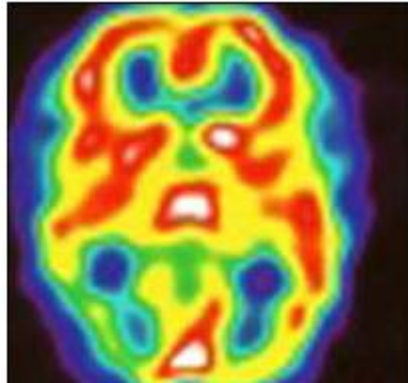


Docteur, le soir après dîner, « j'ai le ventre d'une femme enceinte de six mois...! » La seule chose qui puisse augmenter ainsi dans le ventre d'une femme, le seul organe « à géométrie variable selon les heures de la journée », c'est l'intestin. Il se gonfle d'air et provoque alors cet inconfort, cette tension douloureuse du bas ventre, cet aspect inesthétique de « gros ventre ». Les parois intestinales sont dotées de nombreux récepteurs hormonaux, en particulier aux estrogènes. C'est la raison pour laquelle un intestin « irritable », « inflammatoire » (colite, dont les causes sont en général le stress, les abus alimentaires ou de laxatifs...) peut - sans hormones - atteindre un équilibre plus ou moins précaire, mais alors véritablement « se

réveiller », « exploser » sous l'effet des hormones estrogènes. La solution passe sans doute par une diminution (mais trop diminuer le traitement peut vous priver de ses bénéfices) des estrogènes, et surtout par la consultation d'un gastro-entérologue afin qu'il se préoccupe des raisons de cette colite, qu'il la diagnostique et qu'il tente de la traiter (antispasmodiques, pansements intestinaux, changement de

régime, traitement d'une constipation, relaxation, etc.). Attention, ne pas confondre un « gros ventre » provoqué par une colite, plus ou moins dissimulée par le THS, avec de la graisse abdominale : cette dernière est tout particulièrement stable du matin au soir, n'est pas influencée par les repas, évolue de façon extrêmement lente au fil des semaines et des mois.

Les migraines



Alors que la disparition des règles avait soulagé celles qui en avaient souffert toute leur vie, ou une bonne partie de celle-ci, en ce moment précis du cycle le THS peut les faire très malencontreusement se reproduire. C'est en général lors de l'arrêt des estrogènes (par exemple entre le 26 et le 30-31 du mois) que le symptôme désagréable se manifeste. La solution est simple : il suffit de ne plus arrêter les estrogènes qui seront alors pris

chaque jour en « non-stop ». Mais si les migraines et autres céphalées, inhabituelles avant le THS, ne se manifestent pas à l'arrêt de la séquence estrogénique mais surviennent à n'importe quel moment du cycle ou semblent en être totalement indépendantes, ou disparaissent lorsque l'on arrête le THS, il faut alors bien peser les avantages et les inconvénients du THS avec votre médecin avant de décider de le poursuivre.

Les nausées



Elles n'ont parfois strictement rien à voir avec le fait que l'on suive ou non un THS. Pourtant, certaines femmes ont l'estomac assez fragile et il réagit par des spasmes (que les nausées expriment) à l'apport d'estrogènes. Une des solutions simples consiste à abandonner la voie orale pour la voie cutanée (gels, patchs). Si les nausées persistent malgré l'abandon de la voie orale estrogénique, et à condition que le THS ne soit pas surdosé en estrogènes, il faut alors considérer que ce symptôme n'a strictement rien à voir avec le suivi du THS.

Parfois enfin, c'est seulement au moment de l'instauration de la progestérone ou du progestatif que les nausées surviennent. On a alors plusieurs solutions parmi lesquelles changer de spécialité, adopter un traitement « estroprogestatif combiné » (les estrogènes et la progestérone en même temps, tous les jours, ce qui permet de réduire de moitié la posologie de la progestérone ou des progestatifs), ou bien l'adoption et la mise en place d'Utrogestan® dans le vagin, le soir au coucher. (Utrogestan® est la seule spécialité à autoriser cette mise en place vaginale).

La réapparition d'un syndrome prémenstruel



Pour certaines, nombreuses, vous avez déjà vécu, à un moment ou à un autre de votre vie, ces symptômes qui font que, de quelques jours à plus de 8 à 15 jours avant vos règles, vous vous sentez « patraque », énervée, fatiguée, la larme à l'œil facile, les seins gonflés, avec de la rétention d'eau et, éventuellement, quelques kilos en plus, le tout disparaissant avec les règles. Le THS peut reproduire ces symptômes qui avaient miraculeusement disparu avec l'arrivée de la ménopause. Ce sont en général les traitements dits séquentiels (avec progestérone ou progestatifs 10 à 12

jours par cycle) qui font réapparaître ces symptômes désagréables. Il convient alors d'adopter un traitement « estroprogestatif combiné » (estrogènes avec la moitié de la dose de progestérone ou de progestatifs) en continu (en « non-stop ») ou en discontinu (par exemple du 1^{er} au 25^{ème} jour du cycle). Il est rare que le syndrome prémenstruel persiste lors de l'adoption de ces formules. Les autres « traitements » peuvent être de bon appoint : le sport, la relaxation sous toutes ses formes, l'huile d'onagre... .

Les troubles du sommeil



Alors que la ménopause, et sa carence d'hormones estrogènes, provoque très souvent des insomnies, des difficultés majeures à l'endormissement, il est un certain nombre de femmes (à vrai dire minoritaires)

pour qui, la « pêche » retrouvée, le tonus au zénith, alors que la ménopause les épuisait tant qu'elles avaient fini par trouver un sommeil perdu depuis longtemps, le THS rétablit si bien les choses qu'elles se

retrouvent à nouveau insomniaques, comme avant leur ménopause ! Une des solutions consiste à adopter la progestérone naturelle dans la mesure où - nous l'avons vu - l'un de ses effets secondaires possible consiste en une somnolence, voire à une tendance à l'endormissement. On choisira ici une formule combinée (un comprimé de progestérone

avec la dose d'estrogènes quotidienne en non-stop), sans interruption, de telle manière que la progestérone soit prise à chaque coucher. Si cette solution est inefficace il n'y a pas d'autre issue que de se résoudre à absorber « le calmant qui marchait le moins mal » avant la ménopause.

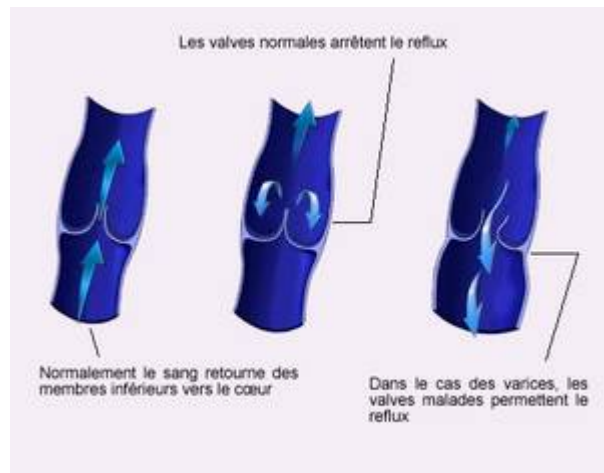
L'apparition ou l'augmentation de la cellulite



La cellulite est un tissu graisseux de « réserve ». C'est là que les femmes puisent en théorie leur énergie afin de mener à bien la grossesse, l'accouchement, puis l'allaitement. En *théorie*, car aujourd'hui - tout du moins dans les pays non touchés par la famine - ces réserves sont inutiles. Et rares sont les femmes qui y puisent pour assurer le « train de vie » de leur grossesse. Il s'agit néanmoins d'un mécanisme subtil, programmé génétiquement et hormonalement depuis des millénaires. Il se trouve que, de nos jours, la cellulite a mauvaise presse et qu'elle est considérée comme inesthétique (ce qui ne fut pas toujours le cas au cours de l'Histoire). Nous l'avons vu, la cinquantaine est une période de la vie des femmes où la prise de poids est aisée. L'adoption d'un THS au moment de la ménopause rétablit la localisation préférentielle des graisses dans le corps féminin, c'est-à-dire sur les cuisses (rien de plus, mais rien de moins, que ce qui se serait passé en l'absence de ménopause à cet

âge précis de votre vie). Sans THS la localisation des graisses se serait faite sur le « mode masculin », c'est-à-dire sur votre ventre, vos seins, votre dos, vos bras..., en épargnant quelque peu vos cuisses. Maigre consolation lorsque l'on sait que cette graisse masculine est certainement toxique en terme de risques cardiovasculaires et de cancers (par exemple de l'utérus ou du sein) et qu'elle n'est pas plus esthétique ! Le THS est cependant capable de « fabriquer de la graisse sur vos cuisses » s'il est surdosé en estrogènes, ce qui exprime ici, une fois de plus l'intérêt d'un THS « sur mesure ».

L'insuffisance veineuse des jambes



Les veines, au moment de la ménopause, sont moins dilatées dans la mesure où les estrogènes ont disparu. Il faut se remettre en mémoire l'effet « dilatateurs » des estrogènes sur les vaisseaux sanguins. C'est sans doute l'une des explications de leur influence protectrice contre, par exemple, les risques d'infarctus du myocarde ou d'accidents vasculaires cérébraux. Ainsi les femmes dont les veines étaient « malades » avant la ménopause inaugurent souvent une période

d'amélioration. Mais, dès lors qu'un THS aura été institué, on se retrouvera généralement dans la même situation qu'auparavant. Les hormones estrogènes du THS n'empirent pas votre état veineux, mais le restituent à l'identique *d'avant* la ménopause. L'important ici est de ne pas vous surdoser en estrogènes. Les médications visant à améliorer les parois veineuses n'auront ni plus ni moins de succès qu'habituellement.

La persistance de bouffées de chaleur



Malgré un *THS* à doses estrogéniques standards. Nous l'avons vu, les doses « classiques » sont en général parfaitement efficaces pour résoudre complètement les symptômes des suées. Mais chez certaines d'entre tous (à vrai dire une minorité qui ne doit pas dépasser 5 %) rien n'y fait, c'est comme si vous avaliez de l'eau. Il faut savoir alors - après s'être assuré que vous n'avez aucun problème de coagulation (attention aux caillots), que votre utérus et vos seins ne

manifestent aucun effet de surdosage – augmenter les doses (et en même temps de progestérone ou de progestatifs) jusqu'à ce que le symptôme disparaisse. Exceptionnellement, il faut donner des doses jusqu'à 4 fois supérieures à la normale ! Par soucis de prudence, on utilisera plutôt alors dans ces cas extrêmes les voies cutanées afin d'éviter un risque de coagulation sanguine. L'explication en général donnée à ce phénomène est que les molécules hormonales

du THS sont « détruites » avec une telle rapidité par les enzymes de votre foie que le THS n'a pas le temps d'agir. Cette

configuration hépatique n'est pas une maladie, elle est individuelle et il faut savoir s'y adapter.

Vous au Quotidien

LA SEXUALITE DE VOTRE COMPAGNON



Les faits

On désigne actuellement sous le terme *d'andropause* les éventuels phénomènes biologiques et hormonaux qui intéressent l'homme de la cinquantaine et au-delà. Ce terme est, à vrai dire, encore considéré comme impropre et relativement flou pour beaucoup des médecins. Car il n'y a pas d'équivalent de la ménopause chez l'homme : les testicules ne s'arrêtent pas de fonctionner un beau jour en stoppant brusquement leur production hormonale ainsi que celle des spermatozoïdes. Le phénomène d'andropause recouvre - pour les médecins - une diminution suffisamment

importante de la production d'hormones mâles par les testicules pour provoquer un certain nombre de symptômes, voire des problèmes de santé. On estime que 30 à 40 % des hommes connaîtront cette diminution de leur production d'androgènes au cours de leur vie, mais le plus souvent après 50 ans. Les autres, soit ne diminuent pas de façon sensible leur production d'hormones, soit la diminuent mais insuffisamment pour que cela ait des conséquences sur leur vie de tous les jours et sur leur santé.

La perte de l'appétit sexuel est certainement le symptôme majeur de l'andropause. Voici un homme qui était toujours particulièrement attiré

par la sexualité et qui, progressivement, devient « indifférent » - sexuellement parlant –

à toutes les femmes, fussent-elles les plus désirables. Cette désaffection profonde, cette

perte d'intérêt insolite ne manquent pas
d'inquiéter, voire de bouleverser l'homme qui

les subit.

Les conséquences concrètes de cet effondrement de la libido masculine se traduisent par des difficultés croissantes, voir

insurmontables, d'érection ainsi que par la diminution très importante de la moyenne des rapports sexuels.

Les éjaculations pauvres ou des difficultés croissantes pour parvenir à l'éjaculation sont aussi assez fréquentes. L'homme se plaint, soit de ne plus pouvoir parvenir à l'orgasme, soit de ne ressentir, au moment de l'éjaculation, que des secousses orgasmiques de faible intensité, particulièrement frustrantes.

La perte de tonus, qui par ailleurs est bien banale au fil du temps, peut aussi faire partie du tableau de l'andropause. Il est extrêmement difficile ici de faire la différence entre les conséquences de la crise existentielle classique dont l'homme n'est pas non plus épargné et l'andropause elle-même. Cet homme semble soudain démotivé, ne s'intéresse plus à grand-chose, on dit de lui qu'il est « assez déprimé ». La fonte musculaire est aussi un symptôme assez

caractéristique de l'andropause. Ici aussi, la différence entre la fonte musculaire classique d'un homme ayant abandonné depuis longtemps toute activité physique et celle due à l'andropause n'est pas facile à faire. L'homme s'enrobe, perd ses muscles, modifie sa silhouette, parfois même on peut constater une véritable « mini pousse des seins » (à différencier des *seins* des hommes obèses, qui ne sont que des amas de graisse). Ce phénomène est nommé en médecine la *gynécomastie*.

Ce que l'on appelle le « démon de midi » peut faire partie des comportements propres à l'andropause mais n'en est pas une caractéristique typique : l'homme de 50 ans et plus - jusqu'ici fidèle ou relativement fidèle - s'éparpille en de multiples conquêtes éphémères, le plus souvent avec des femmes beaucoup plus jeunes que lui. Et alors qu'au foyer conjugal il rencontrait de plus en plus de difficultés à obtenir une érection, il s'enorgueillit de pouvoir « faire comme lorsqu'il avait 20 ans » ! Cette course effrénée à la minette est plutôt à mon sens l'expression de cette crise existentielle de l'homme de 50 ans et plus qui veut se prouver à lui même « qu'il

peut *encore* », qu'il séduit *encore*, que son avenir est particulièrement brillant et qu'en terme de sexualité il est loin d'être au bout du rouleau. C'est aussi une façon de raviver son intérêt sexuel les « jeunes créatures » dont il fait grande consommation représentent en quelque sorte des « dopants » dont l'efficacité est à priori bonne à condition de changer relativement rapidement de partenaires. Il s'agit là d'une attitude compulsive, boulimique, sorte d'antidote contre l'idée angoissante de « ne plus être tout à fait un homme ». Rappelons ici que l'andropause se caractérise plutôt par un désintérêt définitif et total (du

moins jusqu'à mise en route du traitement) de

Les causes

L'andropause se caractérise par une diminution importante de la quantité de testostérone biologiquement active circulant dans le sang.

Les dosages hormonaux sont ici relativement utiles dans la mesure où, nous l'avons vu, les symptômes de l'andropause n'ont absolument rien de spécifiques et peuvent, chacun, être attribués à d'autres causes comme par exemple le vieillissement, le manque d'exercice, la dépression... Et alors que pour la ménopause l'usage des dosages hormonaux reste, nous l'avons vu, d'un intérêt mineur, il devient ici fort intéressant, même s'il faut se garder de faire reposer sur lui la responsabilité complète du diagnostic. Plutôt que la testostérone totale (qui mesure l'hormone mâle en ce qu'elle a d'actif et d'inactif), il convient de doser ce que l'on appelle la testostérone *bio disponible* (c'est-à-dire celle qui est biologiquement active). Les hormones hypophysaires peuvent aussi être utiles au diagnostic en montrant une élévation de la LH (hormone hypophysaire qui « commande » aux testicules de fabriquer de la testostérone), ce qui témoigne d'un certain fléchissement du fonctionnement testiculaire. Notons ici que la pratique du spermogramme (comptage et

Les traitements

Ils consistent, une fois le diagnostic bien établi, à administrer des hormones mâles sous la forme de médicaments. Il existe un gel cutané et des comprimés ou des injections IM. Tous ces traitements sont *substitutifs* : ils administrent un complément de testostérone à la production défaillante (mais non arrêtée) hormonale des testicules. La durée du traitement est variable, parfois « à vie », parfois par périodes de plusieurs mois suivies de *breaks plus ou moins* longs à adapter à l'éventuelle réapparition des symptômes. On peut aussi tenter d'obliger les testicules à fabriquer plus d'hormones mâles (plutôt que d'administrer de l'hormone mâle en complément). On utilise alors des hormones très proches de la LH (hormones d'origine hypophysaire qui « ordonnent » aux testicules

la sexualité.

examen qualitatif des spermatozoïdes) n'offre aucun intérêt au diagnostic : vous le savez, l'homme reste pratiquement fécond jusqu'à la fin de sa vie (même si cette fécondité subit une forte diminution au fil des années qui passent). La baisse de la testostérone explique la plupart des symptômes ressentis, et en particulier la perte de la libido. L'insuffisance de l'érection serait donc plus une conséquence de ce désintérêt sexuel que d'un problème lié au mécanisme général de l'érection. L'érection masculine est l'expression de son désir sexuel. Lorsque le désir disparaît, l'érection fait de même. A vrai dire, l'andropause, en tant que phénomène spécifique d'insuffisance hormonale, est rarement exclusivement en cause pour expliquer les démêlés de notre homme : l'insuffisance hormonale testiculaire de l'andropause vient potentialiser, révéler toutes sortes d'événements qui, eux, sont liés à l'usure des années. Sans insuffisance hormonale, la machine aurait continué de fonctionner de façon satisfaisante. Cette éventuelle andropause vient donc ici démasquer les mille et une petites insuffisances (vasculaires, neurologiques...) créées par le vieillissement.

de fabriquer de la testostérone) à administrer selon une fréquence qu'il appartient au médecin de déterminer en fonction des symptômes et aussi de l'augmentation des chiffres de testostérone bio disponible évaluée par dosages hormonaux). Notons ici que quels que soient les traitements administrés aucune hormone compensatrice (comme la progestérone ou les progestatifs dans le THS de la ménopause) n'accompagne le traitement de l'andropause.

Les contre-indications au traitement sont surtout les maladies de la prostate. Un surdosage est, par exemple, susceptible d'augmenter la croissance d'une tumeur bénigne de la prostate (adénome) extrêmement fréquente après 50 ans dont les conséquences pourraient être des difficultés à

uriner, voire même l'amplification de la nécessité d'intervention chirurgicale libératrice des voies urinaires classiquement pratiquée dans ce contexte. D'autre part, il est probable

que l'administration d'hormones mâles chez un homme porteur d'un micro-cancer de la prostate (et cette situation est assez courante) pourrait accélérer son évolution.

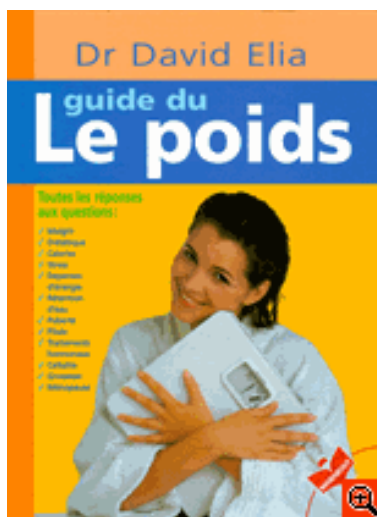
Le Viagra® et les médicaments voisins pour les troubles de l'érection ne sont pas à priori, un remède à l'andropause. En effet, il s'agit là d'un traitement de l'insuffisance érectile dont les causes sont soit psychologiques, soit consécutives à une maladie comme le diabète, ou encore aux effets du vieillissement sur le système érectile... Cela dit, les insuffisances

d'érection rencontrées à 50 ans et après sont rarement dues exclusivement à l'andropause s'il est des hommes pour lesquels l'administration d'hormones mâles agira de façon extrêmement efficace, d'autres pourront bénéficier d'une association particulièrement judicieuse d'hormones et de Viagra®.

Le concept d'andropause, c'est-à-dire d'insuffisance hormonale masculine est encore assez flou. Nous manquons encore singulièrement de travaux scientifiques pour asseoir nos hypothèses et affiner nos stratégies de traitements. Il n'en reste pas moins que l'administration d'hormones mâles peut faire « des miracles » lorsqu'elle survient chez un homme pour lequel le diagnostic d'andropause est pertinent. Le symptôme nécessaire au diagnostic est « l'indifférence sexuelle ». Un homme qui a conservé son désir sexuel intact, mais ne peut l'exprimer en raison de difficultés érectiles, n'est pas concerné par le diagnostic d'andropause. D'autre part, la perte de la libido n'est pas forcément synonyme d'andropause. Dans les cas douteux (assez fréquents), la mise en route d'un traitement d'hormones mâles « test » peut aider à y voir clair : l'absence d'amélioration nette des symptômes après l'administration en bonne et due forme d'hormones mâles pendant une période minimale de 2 à 3 mois doit faire reconsidérer le diagnostic d'andropause.

Vous et votre poids

COMMENT MINCIR OU MAINTENIR SON POIDS



30 à 45 mn par jour pour maigrir

Si vous voulez solliciter vos réserves de graisse, il importe de ne pas méconnaître une notion fondamentale : on brûle ses graisses après un certain temps d'activité physique. Ce « certain temps » ne peut être inférieur à 10 ou 15 mn à partir du moment où l'on a commencé à « s'agiter ». Ainsi Christensen a montré, dès 1958, que l'énergie nécessaire à assurer l'exercice physique était d'autant plus puisée dans le stock graisseux que l'effort avait une durée importante : dans son étude, un tiers seulement de l'énergie nécessaire pendant la première heure d'exercice était fourni par les graisses. Et il faut poursuivre l'effort au-delà de

60 mn pour obtenir une augmentation du pourcentage d'énergie provenant en majorité des graisses (pouvant atteindre 60 % après deux heures d'exercices ininterrompus). Cette notion de durée est très importante pour brûler ses graisses et vous voyez donc - comme les choses sont bien faites! - que l'intensité moyenne nécessaire de l'effort est la bienvenue : il aurait été évidemment totalement impossible de vouloir soutenir les efforts violents (80 à 90% de VO_2 max) pendant une durée très longue. C'est donc l'exercice d'endurance qui sollicite le plus nos réserves de graisses.

Le sport et l'appétit

Les réfractaires à l'activité sportive, et les autres aussi d'ailleurs, ne manqueront pas de se poser la question : ne compense-t-on pas un surcroît de dépense physique par une augmentation de l'appétit ?

Il faut bien dire que c'est parfois même l'inverse qui se produit : après une activité physique de durée suffisante et d'allure modérée, l'appétit semblerait moins aigu et la

sensation de faim plutôt « calme ». Il est probable que c'est par le biais des neuro-hormones cérébrales (bêta-endorphine, sérotonine,...) que le cerveau, baignant dans un « lac de la tranquillité », soit moins demandeur de plaisir *via* l'alimentation. Eric Poehlman et ses collaborateurs ont procédé, en 1992, à une étude fort intéressante sur ce sujet : ils ont examiné les conséquences de deux niveaux d'endurance

(moyen et élevé) sur les quantités d'aliments ingérés. Les volontaires étaient d'abord soumis à une période d'observation de dix jours pendant lesquels on calculait leur ration alimentaire quotidienne. Enfin, les dix jours suivants, ils étaient soumis à un exercice moyen (une dépense de 150 calories par jour trois jours par semaine). Tandis que, les dix jours suivants, il leur était demandé un exercice relativement violent (ils devaient dépenser 300 calories par jour trois fois par semaine).

Aucune différence dans les quantités d'aliments ingérés ne fut observée entre la période « sans exercice » et la période « exercice moyen ». Par contre, on relève une

augmentation de 17 % de la ration alimentaire entre la période de repos sans exercice et la période d'exercice intense.

Il y a donc effectivement compensation - tout du moins à la lumière de cette étude -, mais pour des exercices importants. Raison de plus pour se limiter à des exercices quotidiens induisant une dépense de l'ordre de 120 à 200 calories par jour.

Un autre argument plaide pour l'effet positif de la sédentarité totale sur l'appétit : les éleveurs de porcs et de bœufs, ne spéculent-ils pas journalièrement sur la sédentarité pour « engraisser » au mieux leur bétail ?

La perte de poids après l'effort

Si vous avez pris l'habitude, sportive accomplie, de vous peser après l'effort et de constater couramment des différences de 100 à 150 g, n'en tirez aucune conclusion euphorique c'est de l'eau, la plupart du temps, que vous avez perdue sous forme de sueur. Évidemment, strictement rien à voir avec votre projet de perte de graisse ! Il n'y a pas d'eau dans la graisse, il y en a par contre

pratiquement partout - surtout dans nos muscles - dans notre corps qui est constitué à près de 75 % d'eau !

Lorsque vous aurez ingéré un repas, vous récupérerez *illico* les quelques dizaines de grammes d'eau perdue. Je le répète, perdre de l'eau pendant l'effort n'est qu'un phénomène tout à fait anecdotique qui ne peut interférer avec la perte de poids.

L'augmentation du métabolisme de repos

Je vous rappelle que le métabolisme de repos (métabolisme de base) est la dépense d'énergie la plus importante de notre journée, puisqu'elle représente 70 à 75 % de nos dépenses énergétiques totales. Le métabolisme de base a tendance à devenir de plus en plus économe au fur et à mesure que les années passent. Ce fait est confirmé par de très nombreuses études. Cette tendance à l'économie de notre métabolisme de base

implique que nous gardions en réserve de l'énergie que nous aurions tout simplement dépensée quelques dizaines d'années auparavant et coïncide avec le déclin de notre masse musculaire.

Mais le déclin de la masse musculaire n'est sans doute pas la seule raison de la diminution du métabolisme de base, c'est-à-dire de la diminution des dépenses énergétiques de l'être humain tout au long de sa vie.

La diminution du métabolisme de base :

Avec l'âge

En 1990, Fukagawa établit, après avoir comparé des hommes jeunes (âgés de 18 à 33 ans), des hommes plus âgés (de 69 à 89 ans) et des femmes (de 67 à 75 ans), que le métabolisme de base est statistiquement plus bas chez les hommes âgés (la dépense d'énergie à la minute est de 1,04 calorie pour assurer leur métabolisme de base) et chez les femmes âgées (leur dépense est de 0,84 calorie par minute). Les jeunes hommes brûlent, eux, pour assurer leur dépense de repos de base 1,24 calorie par minute. Or cette différence persiste après que l'on a opéré toutes les corrections possibles pour égaliser

les masses musculaires des trois groupes : à masse musculaire comparable, les plus âgés dépensent moins que les plus jeunes. Il ne suffit donc pas d'avoir des kilos de muscles pour que la dépense d'énergie qui assure le métabolisme de base soit importante, il faut encore que ceux-ci aient la « pêche », en d'autres termes que toutes les fibres musculaires soient particulièrement efficaces.

Il est probable, donc, qu'une partie progressivement croissante de la masse musculaire des êtres humains devienne de moins en moins efficace, et consomme donc

de moins en moins d'énergie, au fur et à mesure que les années passent.

C'est la raison pour laquelle la pratique du sport devient de plus en plus intéressante lorsque l'on a dépassé la tranche des 30/40 ans : elle s'oppose tout d'abord à la fonte des fibres musculaires qui semble inéluctable avec le temps et, ensuite, à la détérioration de l'efficacité de ces fibres. Cette notion de masse musculaire cellulaire active est fondamentale ; elle est vraisemblablement l'une des clefs de voûte de la lutte contre le vieillissement et, en

ce qui nous concerne, le garant d'un métabolisme de repos qui reste suffisamment dépensier pour ne pas nous entraîner progressivement vers la constitution d'un stock de graisse qui deviendrait par trop important.

Car, souvenez-vous : plus la masse maigre (dont les muscles, je vous le rappelle, constituent une bonne proportion) est élevée, plus nous dépenserons de l'énergie minute après minute et ce, quoi que nous fassions, même en dormant !

Chez l'homme et chez la femme

Les femmes, sur ce sujet, semblent moins en danger que les hommes et ceci n'est que justice : comme vous avez moins de muscles dans votre corps, la fonte de votre masse musculaire a des conséquences moins marquées que chez l'homme.

Conclusion, l'exercice physique est le seul moyen de s'opposer à la fonte des muscles qui, entre autres conséquences, entraîne une diminution croissante des dépenses d'énergie que nous sommes amenés à faire chaque jour pour maintenir notre métabolisme de base ; encore un argument pour définitivement adopter une activité sportive. Et, si l'on en croit les travaux de Poehlman et de ses collaborateurs, 40 ans pour les hommes et 50 ans pour les femmes sont les âges limites à ne pas dépasser pour commencer ou recommencer. Par honnêteté, je terminerai en

vous disant que le consensus n'existe pas quant à l'augmentation de la dépense de repos grâce à l'exercice physique. Certains auteurs trouvent soit que le métabolisme de base n'est pas changé, soit même... qu'il diminue (!) après l'exercice. Ces faits contradictoires résident très probablement dans le fait que les conditions mêmes de réalisation de ces études ne sont pas toujours comparables selon la durée et l'intensité de l'exercice, ou que l'exercice soit régulièrement pratiqué ou non. Une chose est évidente : cette augmentation du métabolisme de repos ne dure pas après l'arrêt de l'exercice, on considère que l'exercice induit une dépense supplémentaire qui ne dure sans doute pas plus de 4 à 24 heures après qu'on l'a effectué. Oui... mais si on le fait tous les jours...

Du Côté des Mamans

Comment arrêter la montée laiteuse quand on ne veut pas ou plus allaiter ?



On décide de ne pas allaiter

Puisque la succion du mamelon stimule la lactation en ordonnant à l'hypophyse de produire de la prolactine, il ne faut pas mettre le nourrisson au sein. Cependant, en dehors de toute tétée, une première montée laiteuse survient généralement dans les quarante-huit

heures qui suivent l'accouchement. Les seins se gonflent, durcissent et les mamelons laissent spontanément sourdre du lait. Cette montée de lait peut être une épreuve douloureuse et pénible pour certaines femmes,

d'autant plus qu'aucune tétée ne viendra les soulager.
Autrefois, il était d'usage de se bander fortement les seins, de prendre des diurétiques

et de boire très peu d'eau. Aujourd'hui, la prescription d'antiprolactinémique permet de tarir très rapidement la fabrication du lait et de l'empêcher de perdurer.

On stoppe l'allaitement

En France, le sevrage classique a lieu vers le troisième mois. Il s'effectue de manière progressive : on sollicite de moins en moins la lactation en « passant » l'enfant à l'allaitement

mixte (lait maternel + biberons) et peu à peu le lait se tarit. A cette méthode naturelle peut s'ajouter la prescription d'antiprolactinémique si la lactation est très importante.

L'allaitement a-t-il une influence sur la sexualité ?

Au cours des quelques semaines qui suivent l'arrivée du bébé à la maison, la jeune accouchée, il faut bien le dire, n'a pas forcément la tête à la bagatelle ! Fatiguée par l'accouchement qui est un véritable travail, elle se sent souvent affaiblie physiquement et moralement, d'autant que son petit, criant famine nuit et jour, ne lui laisse aucun répit ! Il n'est pas impossible non plus qu'elle ait eu à subir (une fois sur deux) une épisiotomie (incision dans la vulve pour éviter que l'enfant ne déchire « tout » sur son passage). De plus, la jeune mère est souvent sujette à ce que l'on

Nous avons vu aussi que la prolactine s'opposait à la remise en marche des hormones estrogènes et progestérone d'origine ovarienne. Or, les estrogènes sont des hormones essentielles à la sexualité féminine, car elles assurent la stimulation de la libido et la faculté de lubrification vaginale pendant le rapport sexuel. C'est pourquoi, les femmes qui allaitent, se plaignent souvent d'avoir un vagin « sec », peu apte à transmettre les ondes de plaisir et de ne ressentir aucun véritable appétit sexuel. La prolactine a donc la réputation - justifiée - d'être une hormone anti sexualité.

nomme la dépression post-partum ou le *baby blues*...

Quand les seins retrouvent-ils une consistance normale ?

Il faudra attendre plusieurs mois après la fin de l'allaitement pour que la peau retrouve son élasticité et la glande son volume initial. Pour celles qui n'allaitent pas, la remise en forme est plus rapide : dans les quelques semaines ou mois qui suivent l'accouchement, les seins ont retrouvé forme et volume antérieurs. Mais mon expérience de gynécologue m'a appris, au fil des témoignages que je reçois en permanence, que les femmes considèrent que leurs seins ne sont plus comme avant « un peu plus mous.., un peu moins fermes... pas exactement de la même forme.., d'une sensibilité différente... ». La plupart du temps, il s'agit de modifications intimes, connues d'elles seules. En effet, rares sont celles qui auront à déplorer un réel bouleversement esthétique de leurs seins, ces changements restent en général discrets.

Contraception

LE PRESERVATIF



Mécanisme d'action

Connu depuis l'Antiquité, son principe est très simple : il s'oppose à la pénétration du sperme dans les voies génitales féminines.

Efficacité

Une efficacité de 100 %... si la méthode est bien utilisée et les conseils d'utilisation respectés. Il existe cependant certains échecs, qui découlent de deux grandes causes, d'importance très différente.

- Dans des cas extrêmement rares, le préservatif éclate. (Un cas pour mille unités vendues.) Un accident réparable, nous le verrons, par les méthodes dites « du lendemain ». Dès lors, on peut affirmer que cette méthode est, en soi, sûre à 100 %.

- En fait, les échecs découlent surtout du mauvais emploi du préservatif. Soit que le couple ne l'utilise que pendant les périodes supposées « dangereuses », soit que l'homme ne le mette qu'en fin de rapport. Le rôle du préservatif pourrait alors se comparer à celui de la méthode du retrait, mais « sans retrait ».

N'oublions pas en effet qu'une première émission de quelques gouttes de sperme se produit souvent avant l'éjaculation définitive.

Les échecs de cette méthode ne tiennent donc pas à des vices de forme techniques, mais bien plutôt à une mauvaise mise en pratique. Cette constatation permettait au Westinghouse Population Center de conclure, après une étude internationale : « Parmi les populations qui se servent de préservatifs à des fins contraceptives, la réponse type d'un bout à l'autre des huit pays testés a été que ce n'est « pas très souvent » qu'on les utilise. Et donc, seules une meilleure information du public et une plus grande diffusion permettront au préservatif de concurrencer la pilule et le stérilet. Car si le produit lui-même ne saurait être mis en cause, en revanche les habitudes socioculturelles et les motivations profondes de chaque couple entravent encore sa promotion. »

MES TROIS « RÈGLES D'OR » DU PRÉSERVATIF :

- **Le placer avant toute pénétration ;**
- **Le manipuler avec des gestes doux, en évitant les ongles, pour ne pas en affaiblir la texture ;**
- **Se retirer immédiatement après l'éjaculation, afin de ne pas le laisser « flotter » dans le vagin.**

Les avantages du préservatif

Si vous avez lu ce qui précède, vous savez maintenant qu'ils sont nombreux :

- Léger et peu encombrant, il se glisse dans une poche et s'emporte partout.
- Il s'achète dans tous les pays du monde.
- Son utilisation ne demande aucune intervention médicale ; ni contrôle biologique, ni examen clinique.
- Il assure, nous l'avons dit, une très grande efficacité contraceptive, sans intervenir sur aucun des rouages physiologiques, masculins ou féminins. En quelque sorte, il réalise une contraception « écologique ». On a d'ailleurs remarqué que les adeptes du préservatif, qui vivent essentiellement en milieu urbain, ont déjà fait l'expérience d'autres méthodes et ont entrepris une réflexion approfondie sur le choix qu'ils désiraient faire dans ce domaine. Dans le cadre de campagnes nationales ou internationales, le préservatif, accessible à tous, représenterait sûrement un des meilleurs moyens de lutte antivénérienne.
- Il reste encore aujourd'hui l'unique méthode réversible à la disposition des hommes à ce titre, il permet seul le partage au sein du

Les résistances au préservatif

Là encore, la peur de l'échec constitue une barrière importante. Or, dans ce domaine, nous avons une certitude : les défaillances de la méthode tiennent beaucoup plus à une mauvaise utilisation qu'à un défaut technique du préservatif. Et répétons-le : dans les cas exceptionnels d'éclatement, les couples auront recours sans problème aux méthodes « du lendemain ».

Une autre accusation semble très répandue : le préservatif dépoétise l'acte, impose une interruption qui nuit à l'harmonie des rapports. En effet, il ne peut se placer que sur une verge en érection et même, en théorie, quelques secondes seulement avant la pénétration. Mais pourquoi ne pas inclure ce moment dans les « jeux de l'amour » ? La partenaire féminine,

couple de la responsabilité contraceptive. Or, dans leur ensemble, les femmes réclament, revendiquent même, et de plus en plus, des techniques masculines efficaces. Mais, dans ce domaine, affirment-elles souvent, il n'existe rien ! C'est oublier le préservatif qui apparaît tout à fait digne d'intérêt.

- Il permet au couple de vérifier, dès la fin de l'acte sexuel, si la contraception a été assurée de manière efficace ; s'il constate la moindre défaillance, il pourra y pallier grâce aux méthodes « du lendemain.

- Il améliore parfois certaines insuffisances sexuelles, et notamment l'éjaculation précoce (hyperexcitabilité masculine qui aboutit à une éjaculation presque immédiate). Cette action s'explique facilement : les préservatifs épais (entre 0,07 et 0,09 millimètre) diminuent le contact intime et donc la sensibilité de la verge.

- Il constitue un excellent moyen de remplacement au cours de toutes les périodes où la femme ne peut elle-même adopter de méthode contraceptive (allaitement, accouchement récent, interruption de grossesse...).

- Enfin, il ne réclame aucun préparatif, aucune prévision : il ne se dissocie pas dans le temps de l'acte sexuel lui-même.

certain auteurs l'ont proposé, peut très bien mettre en place elle-même le préservatif. Les prémices, les caresses n'en seront que plus longues et l'homme prendra sans doute mieux conscience de leur importance.

Au XVII^{ème} siècle, Madame de Sévigné, écrivant à sa fille, la mettait en garde contre les préservatifs, « cuirasse contre l'amour, toile d'araignée contre la vérole ». Elle insistait ainsi

sur un de leurs inconvénients : sans aucun doute, ils diminuent un peu les sensations et empêche le contact le plus intime. Pourtant, si Madame de Sévigné vivait à notre époque, n'aurait-elle pas renversé son argumentation et défini cette méthode comme « un bouclier

contre la vérole » et seulement « une toile d'araignée contre le plaisir ». Car dans ce domaine, nous l'avons dit, le choix est grand : l'épaisseur des préservatifs varie considérablement selon les marques et suivant les pays. Elle diminuera sans doute encore : les expériences effectuées au Japon avec des latex extrêmement fins (moins de 0,03 millimètre) n'ont pas mis en évidence de risque supplémentaire d'éclatement, au contraire, et

- Certaines femmes se plaignent de ne plus ressentir la pulsion du sperme chaud sur leur col et dans leur vagin. Ici joue sans doute la sensibilité propre à chacune d'entre elles. En revanche, elles éprouvent normalement le rythme des saccades musculaires du pénis au moment de l'éjaculation.

- L'usage du préservatif s'accommode mal d'un défaut de lubrification vaginale. Il faut donc utiliser des lubrifiants ou prolonger les préludes amoureux. Et là, il ne s'agit pas en soi d'un inconvénient!

- Une femme peut éprouver une grande inquiétude à ne pas maîtriser personnellement le phénomène de la reproduction : elle n'accorde aucune confiance à son partenaire.

Le préservatif a encore « mauvaise presse », mauvaise réputation. Son image même de lutte anti-maladies sexuellement transmissibles le marque profondément et dissuade nombre de couples de l'utiliser comme méthode contraceptive seule. Son nom d'ailleurs évoque le sida, les risques de l'amour, la défiance, la prudence... Toute notion fort étrangère à l'acte d'amour. Les hommes hésitent encore à acheter eux-mêmes leurs

préservatifs: Les fabricants, qui ont bien compris, placent de plus en plus souvent dans leurs boîtes des bons de commande qu'il suffit de présenter au pharmacien. Il existe même des circuits très complets de vente par correspondance. Pourtant, certains

La Suède, elle, dès 1970, abroge la loi qui interdisait toute publicité pour les contraceptifs. En juin 1972, elle est le premier pays à promouvoir un « mois national du préservatif ». Dès cette époque, les arguments de vente mettaient l'accent autant sur le moyen de lutte anti-MST que sur le produit contraceptif naturel, écologique. Les différentes marques avaient d'ailleurs choisi des emblèmes évocateurs des abeilles, des fleurs !

les ventes ont enregistré un bond spectaculaire. Cette frustration, d'ailleurs commune, du contact intime total se fondait sans doute autrefois sur des sensations réelles ; aujourd'hui, étant donné les progrès techniques réalisés, elle ne semble plus trouver son origine dans le domaine psychologique :

Un sentiment difficile à combattre en raison de sa complexité.

- Il arrive que les lubrifiants ou les spermicides utilisés pour le conditionnement et l'usage des préservatifs entraînent de petits phénomènes d'allergie et d'intolérance des muqueuses. Il suffit en général de changer de marque pour les voir disparaître.

- Le couple, même s'il accepte bien par ailleurs cette méthode, lui reproche parfois d'imposer le retrait immédiat après l'éjaculation il se sent frustré de l'apaisement et de la sérénité des quelques instants qui suivent l'étreinte. Cet inconvénient existe et n'a pas, hélas, de solution.

pharmaciens offrent aux acheteurs potentiels des présentoirs bien en vue sur le comptoir.

Les pouvoirs publics ont tenté, tentent encore avec une certaine efficacité de renverser l'image de marque négative du préservatif. Les nombreuses publicités, spots télévisés (rendus possibles grâce à l'abrogation de la loi interdisant la publicité pour les moyens de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles) l'ont très largement banalisé, familiarisé et intégré à notre vie quotidienne. Mais - et c'est une lacune - la loi interdisant la publicité pour les produits contraceptifs étant toujours d'actualité (!), le préservatif n'a pu profiter de ces campagnes pour s'imposer comme une méthode contraceptive sûre et disponible.

Reste un dernier problème déjà évoqué et bien pratique cette fois : la Sécurité sociale ne rembourse pas les préservatifs. Cette situation peut représenter un problème financier pour les couples et en particulier pour les adolescents aujourd'hui les plus gros utilisateurs de préservatifs dans notre pays. L'expérience « du préservatif « à 1 franc » allait dans le bon sens. Son succès indiqua que les responsables de santé publique en charge de ces problèmes avaient mis dans le mille. On

ne peut que regretter aujourd'hui les prix largement prohibitifs des préservatifs mis à disposition des utilisateurs potentiels.

Finalement, seul un changement radical des mentalités pourrait parvenir à ce que les jeunes perçoivent le préservatif comme une méthode de contraception moderne et majeure.

Très fortement perçu comme moyen de lutte anti-MST, le préservatif garde encore - faute d'informations précises et généralisées sur ce sujet - une image relativement floue de moyens contraceptifs et en particulier chez leurs principaux utilisateurs, les adolescents.

Une récente étude faite en Haute-Vienne, en France (1996), nous rassure quant à ses premiers résultats : 81 % des jeunes filles ont utilisé le préservatif lors des premiers rapports. Mais ce pourcentage chute avec le temps : le comportement adopté pour le premier rapport n'est en rien significatif de ce qui sera ultérieurement fait. Les campagnes médiatiques ont surtout réussi à stigmatiser « la première fois ». Ensuite... les couples se comportent selon leur niveau d'information, de culture et de responsabilité. Certes, une partie des jeunes filles ayant abandonné le préservatif se tournent vers l'utilisation de la pilule. Mais cette pilule sera la plupart du

temps utilisée de façon sporadique et les nombreuses grossesses involontaires survenues le seront du fait d'erreur et d'incompréhension de la technique.

Dans l'étude précitée, une adolescente sur dix utilisait une « double protection » (pilule plus préservatif). Chez les adolescentes ou les femmes ayant des partenaires multiples occasionnels, ce chiffre devrait augmenter pour le bien de tous : nous devons en effet aujourd'hui nous préoccuper très sérieusement de cette double protection et la promouvoir par tous les moyens modernes de communication. Cela suppose l'abrogation de l'article de loi qui interdit la publicité pour les contraceptifs. Cette double protection permettrait non seulement d'éviter évidemment la contamination infectieuse (VIH, hépatite B en particulier), mais aussi de réduire notablement le nombre d'interruption de grossesse dans notre pays. Une idée forte doit aujourd'hui émerger lorsqu'il y a rupture de préservatif (ou non utilisation de préservatif) il y a bien plus de risques de grossesse involontaire que de risques d'être contaminé par un germe quelconque. Car il y a heureusement infiniment plus d'hommes fertiles que d'hommes contaminés !



Pour obtenir un renseignement sur le fonctionnement de la consultation qui a lieu uniquement sur Rendez-vous, contactez Sylvie YACOB son Assistante, du Lundi au Vendredi de 10 heures à 18 heures 30.

Tél. : 01.42.27.16.87 ou 01.42.27.71.16

Fax : 01.47.63.79.91

Mail de Sylvie Yacob : docteurdavidelia@aol.com

Docteur David ELIA

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

E.D.D
Groupe
Communication
Santé