



GYNÉCOLOGUE

DOCTEUR DAVID ELIA

2 RUE DE PHALSBURG 75017 PARIS 0142 2716 87 - 0142 27 71 16

- ❑ 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 FEMMES PENSENT EN COULEUR



Quand un homme et une femme de culture pourtant identique se parlent, communiquent, travaillent et vivent ensemble, s'aiment, il y a aussi souvent des « flottements » voire pire

« Ah les Femmes ! » maugréent alors les hommes ! « Ah les « Bonzommes ! » se lamentent alors les femmes.

L'explication est pourtant simple : nous ne nous servons pas de nos cerveaux de la même façon !

Et le lumineux résultat de ce constat est que notre appréhension du monde est différente.

Diable suis-je en train de remettre en questions le sacrosaint principe de l'égalité

« hommes-femmes » ? - Oui ! Et d'accord, qu'on me pendre sur la place publique si « j'ose » dire que nos cerveaux sont différents et qu'ils ne fonctionnent pas de la même façon.

Prenons un exemple : lorsque je fais une présentation dans un congrès, les femmes entendent mes mots avec leurs deux cerveaux tandis que les hommes n'utilisent-à l'économie- que leur cerveau gauche, celui de la critique et de la logique.

Ainsi, les femmes ont grâce à leur cerveau gauche les mêmes perceptions logiques et critiques que les hommes, mais par la sollicitation de leur cerveau droit elles se donnent plus d'accès à la sensibilité, à

l'émotion dans la réception de mon discours qui se retrouve alors très fortement agrémenté et « coloré » de sentiments plus « artistiques : elles seront ainsi bien plus sensibles que les hommes à l'un de mes froncements de sourcils, à ma mise, à mon allure générale et percevront avec beaucoup plus d'acuité une hésitation, un embarras, une fatigue... .

Leurs perceptions sont en couleurs tandis que les hommes voient en noir et blanc !

Les femmes ont un cerveau gauche plus développé que celui des hommes et grâce à leurs estrogènes elles entendent bien mieux qu'eux et cette ouïe est plus volontiers érotisée, elles sentent beaucoup mieux les odeurs, elles ont un sens du toucher plus développé, sont plus précises dans leurs mouvements, ont une mémoire verbale plus performante, ont une réserve de graisse corporelle plus importante que les hommes (1/4 du poids corporel à 20 ans),

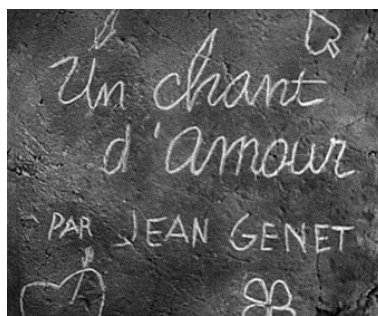
extériorisent plus leurs émotions, ont grand besoin de sécurité...

Tandis que les hommes eux- avec la testostérone- rêvent d'aventures et de risques, ont une vue (très érotisée) de loin bien meilleure, sont bien plus musclés, plus impatientes, plus guerriers et conquérants, plus endurants, s'orientent mieux dans l'espace, intériorisent plus leurs sentiments et émotions.

Si l'on considère que la finalité de nos vies est la perpétuation de l'espèce, toutes ces différences sont les bienvenues : les femmes ont toutes les qualités mentales requises pour fabriquer leurs bébés et les élever tandis que les hommes sont bien cortiqués pour la chasse, la lutte et la protection de la famille. Le problème est que cette... programmation est de plus en plus obsolète pour l'espèce humaine qui s'émancipe à grande vitesse de sa condition animale.

Ménopause

La baisse de libido et ses traitements



Même si de nombreuses femmes ne souffrent pas de sécheresse vaginale, certaines éprouvent une baisse du désir sexuel ; autrefois épanouies, elles se considèrent désormais comme « en dehors de la vie sexuelle ».

Les causes

Le phénomène de ménopause bouleverse l'équilibre hormonal et psychologique de la

femme. Il n'est pas étonnant que, dans ces circonstances, la baisse de libido qui touche certaines femmes puisse être de deux origines

Les causes psychologiques

Vous êtes nombreuses à vous interroger, en période de péri-ménopause, puis de ménopause, sur votre pouvoir de séduction. Les modifications extérieures (embonpoint, ptôse mammaire, rides...) et internes de votre corps (arrêt des règles...) font en sorte que vous pouvez vous sentir moins désirables en outre, même si l'être humain est le seul animal à avoir des relations sexuelles uniquement pour le plaisir, et non dans le seul but de procréer, certaines d'entre vous vivent l'arrêt des règles et de la fécondité comme un drame, comme si, soudain, elles étaient des femmes « incomplètes » parce qu'elles ne pouvaient plus être mères.

Les diktats de notre société, vantant les atouts de la femme de 18 ans - et bientôt 15 - comme ceux de l'esthétisme absolu, ne vont certes pas rassurer la belle femme mûre, enrichie par l'expérience de la vie, que vous êtes. Et le regard des hommes sur les magazines et sur les jeunes filles arpentant les rues, sur vos propres filles ne font que confirmer ce que vous ressentez.

Pour désirer, nombre d'entre vous ont besoin de se sentir... désirables ; cette période de remise en question que vous traversez, votre propre regard sur votre corps, font en sorte que vous ne vous sentez plus attirantes ; or, combien d'hommes de votre âge - ou plus jeunes ! même si vous ne répondez pas aux sempiternels critères de beauté actuels, éprouvent mille fois plus de plaisir à être en votre compagnie qu'en celle des jeunes filles dont le discours et le comportement sont aux antipodes des leurs ! Ne perdez pas courage ni confiance en vous, et prenez soin comme il se doit de ce corps mûr et émouvant qui attire encore bien des regards...

Les causes hormonales

Certaines femmes vivent plutôt mal et avec une certaine incompréhension une baisse de libido d'autant plus déroutante qu'elles ont, jusqu'alors, vécu pleinement leur vie sexuelle. Parfois, le traitement hormonal de substitution, qui leur permet de retrouver une souplesse et une lubrification vaginales satisfaisantes, ne suffit pas à leur faire recouvrir leur appétit sexuel d'antan.

Nous commençons à comprendre et à analyser les raisons de ce phénomène ; auparavant, nous, médecins, considérions les ovaires comme des « glandes mortes » une fois survenue la ménopause, puisqu'ils cessaient de sécréter estrogènes et progestérone. Or, des recherches ont mis en évidence le fait qu'ils continuent à être actifs, ne serait-ce que pour sécréter des hormones

mâles (androgènes), sous l'influence de l'hypophyse, et ce bien après l'installation de la ménopause. Or, le désir de la femme, nous l'avons vu, est fortement influencé, comme celui de l'homme, par la sécrétion d'hormones mâles. C'est pourquoi nous pouvons dire que la plupart des femmes suivant un traitement hormonal substitutif bien dosé, et déplorant de ne pas retrouver leur libido d'antan, sont probablement victimes d'une carence en hormones mâles, et en particulier de testostérone.

Les traitements

On commença alors à prescrire des hormones mâles aux femmes ménopausées en quête de libido, avec succès. Le Dr Burger, un médecin anglais, fit sensation en diffusant le résultat de ses recherches, selon lesquelles un traitement hormonal, à base d'estrogènes et de testostérone, permettait aux femmes qui se plaignaient d'une absence de désir de recouvrer 75 % de leurs capacités sexuelles.

Des nombreuses études ont été menées par des médecins en double aveugle avec témoin contre placebo. Citons, entre autres, celle, célèbre, du Dr Barbara Scherwin (Québec) qui mit en évidence le fait que des médicaments, mélanges d'estrogènes et de testostérone), non vendu en France, avait une influence très positive sur la libido des femmes ovariectomisées.

Il est désormais reconnu dans le monde entier que les ovaires produisent, même après la ménopause, des hormones mâles agissant sur la libido c'est pourquoi les médecins doivent réfléchir, avant d'envisager une ovariectomie (ablation des ovaires), au moment de la péri-ménopause ou de la ménopause, aux conséquences de cet acte chirurgical.

Pour conclure, notons que de nombreuses femmes, après la ménopause, continuent de mener une vie sexuelle satisfaisante, sans aucune aide médicale. A l'examen, le vagin et la vulve sont souples, lubrifiés, et elles déclarent avoir une vie sexuelle satisfaisante.

Vous au Quotidien



Octobre Rose 2011

La mammographie : l'examen « Gold Standard »

De quoi s'agit-il ?

C'est l'examen des seins aux rayons X. Il s'effectue avec des appareils qui délivrent un rayonnement extrêmement faible (*low dose*). C'est dire que, même si vous deviez subir une mammographie tous les trois mois (!), ce qui, je vous rassure, n'aurait aucun sens du point de vue médical, vous n'exposeriez pas vos seins à un quelconque risque.

Pourquoi

La mammographie permet de « voir » la glande mammaire, ses multiples enchevêtrements, ses éventuelles anomalies. Il s'agit d'un examen difficile à réaliser si l'on exige une bonne qualité. Il n'est pas si facile à lire dans la mesure où l'on ne radiographie pas un seul tissu (comme l'os du fémur par exemple) mais une multitude d'éléments tissulaires que la radio superpose sur le même plan : la glande mammaire, ses canaux transporteurs de lait, ses vaisseaux sanguins, le tissu conjonctif, le tissu grasseux et enfin la peau. Disons tout de suite que la mammographie donne des images souvent ininterprétables chez les femmes jeunes : la glande et son tissu conjonctif sont si riches, si denses, que la radio obtenue est quasi illisible

(tout du moins pour un diagnostic fin). Progressivement, au fil des années, mais ici aussi comme ailleurs, avec des variations individuelles importantes, la glande mammaire va perdre de sa densité, le tissu grasseux va remplacer peu à peu le tissu glandulaire et conjonctif : la radio va donner des images de plus en plus nettes, de plus en plus « lisibles ». On dit par exemple que les seins de femme âgée (par exemple après 70 ans) sont « radio transparents », c'est-à-dire que la glande ayant totalement disparu on ne radiographie pratiquement que de la graisse et on y lit alors « comme en plein jour » en contraste, par exemple, avec les images obtenues chez une jeune fille de 18 ans. Bien entendu la mammographie est demandée systématiquement devant toute découverte d'une anomalie du sein (nodules, rétraction du mamelon...). Mais cette radio vous est demandée de façon totalement systématique en l'absence de toute anomalie clinique décelée à partir de 40/50 ans.

Que cherchons-nous ? De mini-anomalies qui pourraient témoigner d'un processus cancéreux encore très discret précédant l'éclosion évidente du cancer proprement dit. La mammographie ouvre en particulier la chasse aux « microcalcifications », ces ponctuations claires de la taille d'un grain de sable qui le plus souvent ne témoignent d'aucune pathologie particulière de vos seins

mais qui, parfois, inaugurent un tout petit cancer en formation. Il est évident que la mammographie est ici « reine » dans le dépistage de ces infimes anomalies inutile d'attendre de l'examen clinique ou de la palpation de vos seins par vous-même ou votre médecin un quelconque renseignement à ce stade, il n'y a pas de boules perceptibles. Dans le même ordre d'idée, sachez que tout nodule dont le diamètre est inférieur à 1 cm est pratiquement indécélable à la palpation. La mammographie a donc pour objectif de sonner l'alerte alors que le cancer est peut-être déjà là en puissance, mais à un stade où on pourra avoir l'ambition de vous guérir à 100% avec les traitements les moins agressifs possibles. On estime qu'une mammographie tous les deux ans suffit, en l'absence de risques particuliers. Tous les ans, si vous présentez un risque personnel important (cancer du sein familial par exemple).



Comment ?

Le sein est doucement placé entre la plaque de radio (froide) et un élément qui va le presser « gentiment », de telle manière que la radio puisse être prise. C'est la raison pour laquelle il convient de ne pas faire cet examen dans les périodes du cycle où les seins sont tendus et douloureux mais, au contraire, dans la période qui suit les règles.

L'échographie mammaire

De quoi s'agit-il?

C'est un examen effectué grâce à une sonde qui, par émission d'ultrasons, donne des images très intéressantes dans la mesure où la mammographie, parfois, ne parvient pas à donner des images suffisamment parlantes (seins denses et « jeunes » par exemple).

Pourquoi ?

Il n'est pas question de la substituer à la mammographie, dont elle ne peut en aucun cas remplacer l'efficacité. Elle lui est par contre complémentaire, pour définir par exemple si un nodule est « plein » (non liquidien) ou s'il s'agit d'un kyste (boule remplie de liquide). Elle donne, dans certains cas particuliers, des renseignements fort intéressants, voire décèle des images cancéreuses que la mammographie n'avait pas mises en évidence (10% des cas). Mais elle n'a aucun intérêt lorsque les seins sont « radio transparents » (composés en majeure partie de graisse) dans la mesure où la mammographie se suffit à elle-même. Notez que les kystes mammaires (poches liquidiennes) ne sont jamais des

cancers, au contraire des nodules « pleins » qui peuvent être soit bénins, soit cancéreux.

Comment ?

Après avoir mis du gel (pour « faire contact ») sur la peau de votre sein, le médecin y promène doucement une sonde qui émet des ultrasons et recueille les images internes de votre sein sur son écran.

Le dépistage du cancer du sein, organisé par les pouvoirs publics, est généralisé sur l'ensemble du territoire depuis 2004. Il concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans, invitées à se faire dépister tous les deux ans (mammographie avec double lecture et examen clinique des seins), sans avance de frais. 52% des femmes sollicitées ont répondu aux invitations de pratiquer une mammographie en 2010 mais on assiste maintenant à une stagnation du nombre des participantes au programme.

A l'occasion d'Octobre rose, mois dédié au cancer du sein, l'Institut National du Cancer met en place, en lien avec le ministère chargé de la Santé et les régimes d'Assurance Maladie, un dispositif d'information visant à poursuivre le travail de conviction auprès des femmes de la population-cible mais aussi à mobiliser leur entourage. Les proches sont ainsi invités à encourager les femmes de 50-74 ans de leur entourage à participer au dépistage organisé du cancer du sein : « Le dépistage du cancer du sein, parlez-en aux femmes que vous aimez ».

Certains accusent le dépistage de dépister des lésions qui n'auraient jamais créé de cancers et donc de susciter des traitements inutiles.

Notre pays compte 11.300 décès par cancer du sein annuels. Le meilleur argument en faveur du dépistage ce sont les chiffres. Il n'est pas question de sacrifier 11.300 femmes parce qu'elles ne se sont pas fait dépister".

L'hypothèse théorique d'un sur diagnostic est connue, mais cela touche un nombre relativement faible de cancers et ce risque n'est pas caché, il est déjà intégré dans la plaquette d'information aux patientes de la campagne de dépistage national.

Enfin, si on fait un calcul bénéfices/risques, globalement on est plus dans le sous-diagnostic du cancer du sein que dans le surdiagnostic.

Vous et votre poids



Vous avez maigri... et après ?

Toutes les techniques que nous avons évoquées dans les bulletins précédents ont évidemment, comme toutes les stratégies d'amaigrissement, leurs limites : vous avez maigri... Mais après ? C'est ce « après » qui reste le problème le plus important de la démarche générale car, si vous reprenez vos habitudes alimentaires « d'avant », vous regrossirez insensiblement au fil des mois.

Une période de stabilisation

Ces techniques d'amaigrissements, où il suffit d'« enlever » le ou les aliments qui déséquilibrent tout, ont l'immense avantage de vous épargner tous les calculs assommants. Étant entendu, cependant, qu'au départ vous aurez tout de même dû faire quelque effort pour repérer sur la table des calories le ou les aliments à modifier, leur quantité à diminuer, leur remplacement éventuel par d'autres aliments. Mais cette opération unique et ponctuelle ne devrait pas prendre plus d'une demi-heure de votre temps une fois pour toutes.

L'avantage, aussi, c'est que, ne se polarisant que sur un, deux ou trois aliments en général, votre modification sera finalement de faible importance par rapport au reste de votre alimentation qui restera identique en ce qui concerne vos goûts, vos préférences et vos dégoûts.

Nous sommes loin ici des recettes et menus imposés : vous ne faites plus de régime ! Vous mangez normalement !

Mais vous pouvez aussi choisir de ne pas mettre le « pilote automatique » et de vous laisser guider par un programme d'amaigrissement « à la carte ». Celui-ci vous sera particulièrement concocté par le médecin nutritionniste, aidé le plus souvent du (de la) diététicien(ne).

Pour conclure, si tout va bien, après avoir utilisé une ou plusieurs des stratégies que j'appelle du « pilote automatique », vous aurez certes maigri, l'objet de votre désir, mais surtout vous serez, la plupart du temps, pénétrée de nouveaux principes d'alimentation sans bouleverser vos goûts, votre façon de cuisiner, votre rapport intime avec la nourriture. Cette méthode devrait vous avoir permis de rééquilibrer votre alimentation en recentrant votre consommation des graisses, des glucides (les lents par rapport aux rapides) et, surtout, de diminuer votre ration calorique de façon discrète et donc acceptable sur le long terme, en vous permettant alors de déclarer sans aucune exagération : je ne fais plus de régime ; ce que je fais aujourd'hui, c'est mon alimentation normale.

Si vous êtes invitée, pas de panique !

A l'apéritif : évitez tous les amuse-gueule très séduisants mais ô combien caloriques (les 50 pistaches ne valent pas les quelques 200

calories ingérées ; par contre, 5 pistaches ne vous apportent que 20 calories : à discuter !).

Quant à l'apéritif lui-même, vous avez le choix entre l'eau, l'alcool (une coupe de champagne = 120 calories) ou, pourquoi pas, rien. C'est selon le désir que vous en avez et le plaisir que vous en retirerez. Bien évidemment, la dimension sociale et conviviale compte ici : accepter une coupe de champagne peut être un élément important de votre intégration à une soirée, en même temps qu'elle peut bien évidemment lever, l'alcool aidant, un certain nombre d'inhibitions qui feront de vous un être plus « social ». Bref, comme l'invitation est ponctuelle, elle peut s'inscrire dans une démarche exceptionnelle ; vous devez pouvoir vous offrir un certain écart calorique par rapport à votre niveau de base. En tout cas, ne reprenez pas une deuxième coupe de champagne !

A table, servez-vous de chaque plat avec modération, en évaluant au mieux la teneur en graisses de ce qui vous est servi. Choisissez de préférence les aliments probablement les moins gras ; évitez si possible les sauces.

Mangez lentement : Si votre assiette est déjà vide dans les minutes qui suivent l'arrivée du plat, il vous sera extrêmement difficile de ne pas vous resservir.

Surveillez votre verre de vin, videz-le doucement, mais sans culpabilité : il ne vous apporte que 70 calories. S'il vous fait plaisir, il importe que dans ce moment de « fête sociale » que constitue une invitation à déjeuner ou à dîner, la dimension de plaisir reste largement présente.

Bien sûr, en fin de repas, il vous faudra sans doute faire quelques efforts pour résister à la superbe salade à l'huile de noix et au magnifique plateau de fromages ! Mais à la différence des autres moments du repas, vous ne vous « marginaliserez » pas en les refusant.

Vient enfin le dessert au restaurant, vous pouvez immédiatement passer au café mais si on vous a « invitée à la maison », vous pourrez difficilement refuser. Prenez une petite part. Parfois, on vous donnera à choisir entre le gâteau et les fruits, vous choisirez alors ces derniers, bien évidemment.

À la fin du repas, vous aurez certainement ingéré quelques 200 à 500 calories supplémentaires. La belle affaire !

Vous pouvez parfaitement tenter de « rattrape » ce surplus le jour suivant en diminuant sensiblement les calories absorbées.

Manger à l'extérieur

Toute différente est la problématique des femmes qui sont amenées à « manger au restaurant » de façon très fréquente pour des motifs en général professionnels. Ici, fort heureusement, on assiste à un nouveau code social qui permet de s'alimenter de façon restrictive sans pour autant choquer, importuner, attrister la partie invitante : il n'est pas malséant aujourd'hui de refuser apéritif et entrée pour passer directement au plat

principal qui est de plus en plus composé de poissons ou de viandes, cuisinés avec un minimum de graisses.

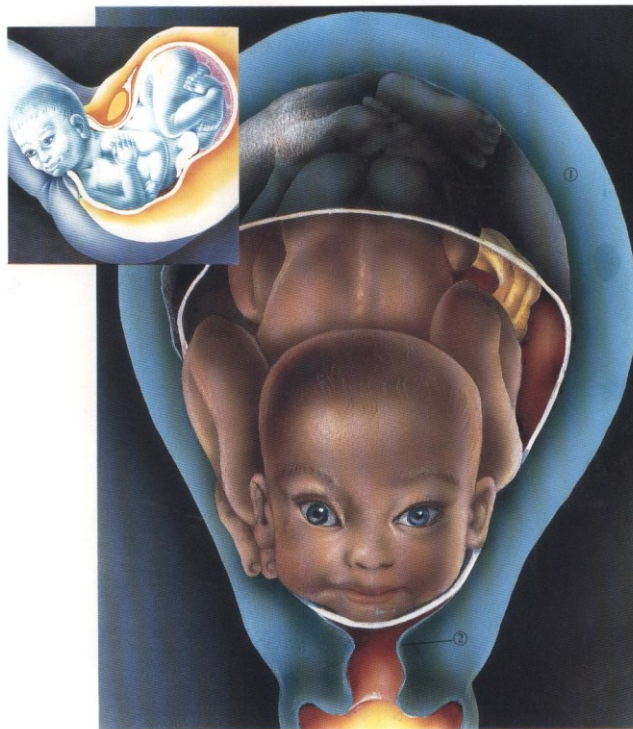
Le plateau de fromages est en général refusé. Boire de l'eau en refusant le vin est de moins en moins décodé comme un signal de tristesse.

Enfin, le passage immédiat du plat principal au « café » (éventuellement sucré par un édulcorant de synthèse) traduit de plus en plus la recherche d'une certaine hygiène, la prévention de la santé, le sérieux de celui ou celle qui « dans le travail » cherche à garder une tête particulièrement efficace, toutes notions qui sont plutôt de nature à vous valoriser qu'à vous rendre « peu fréquentable ».

Du Côté des Mamans

L'ACCOUCHEMENT

*Le bébé est prêt à sortir : il va quitter l'utérus ① qui fut sa « maison » pendant 9 mois.
Le col de l'utérus ② de sa maman est en train de s'ouvrir pour lui permettre de passer.
Sa tête ici, s'y est déjà engagée.*



Quels sont les signes qui inaugurent le vrai travail ?

Il y a la perte du bouchon muqueux, qui ne se produit pas toujours, ou la rupture de la poche des eaux, qui n'intervient pas toujours non plus au tout début du travail : ces signes, vous n'êtes donc pas assurée du tout de les voir apparaître. Alors, à quoi peut-on reconnaître que le vrai travail a commencé? Essentiellement à l'apparition des contractions. Elles sont d'abord espacées, puis se répètent régulièrement (contrôlez à l'aide d'une montre) toutes les vingt minutes, puis tous les quarts d'heure, puis toutes les dix minutes, cinq minutes, etc. (à la fin de la dilatation elles atteignent un rythme très rapide : toutes les deux minutes environ). C'est donc la régularité de ces contractions, tant dans leur fréquence que dans leur intensité, qui doit vous faire penser que le vrai travail est en train de commencer.

Qu'est-ce que le « travail » ?

On appelle « travail » l'ensemble des efforts physiologiques que vous devez faire pour mettre au monde votre enfant, efforts qui se traduisent - au niveau du corps - par des contractions de plus en plus douloureuses. Ce travail est divisé en deux phases : la phase de dilatation du col, la plus longue, et la phase dite d'expulsion qui a pour but en effet de pousser hors de votre corps l'enfant que vous abritez. Et il est incontestable que ces deux actions physiologiques constituent un effort, un « travail » considérable et épuisant. Remarquons en passant que - de tout temps - cette activité spécifiquement féminine qu'est l'accouchement a été reconnue comme un véritable « travail », au sens noble du terme, et respectée comme tel. Aujourd'hui, et grâce aux techniques d'accouchement psychoprophylactique, nous sommes heureux de dire que ce travail n'est plus subi aveuglément par les femmes, mais au contraire aidé, guidé efficacement par elles, parce que bien compris. Et si l'expression un peu barbare et intimidante de « salle de travail » a encore cours dans les maternités, elle ne recouvre certes plus les mêmes peurs ni les mêmes « supplices » !

Vrai ou faux travail : ne confondez pas !

A l'approche du terme, donc à la date normalement prévue pour l'accouchement, il peut arriver que vous ressentiez des contractions dans le bas-ventre, que vous prenez (très légitimement d'ailleurs) pour les premières douleurs... Affolée, vous vous

précipitez vers l'hôpital ou la clinique ! Et pourtant, au bout de trois ou quatre heures de mise en observation, vous êtes renvoyée chez vous avec le verdict : C'était un « faux » travail.

En fait, Il s'agit bien de contractions, mais elles n'ont ni la régularité ni la puissance de celles qui vont inaugurer le vrai travail ; elles sont souvent désordonnées, sans fréquence précise, et de force inégale. Mis à part les désagréments qu'entraîne toujours ce genre de faux départ, précisons que le « faux travail » n'est pas un signe péjoratif et que rien ne doit vous faire craindre que l'accouchement en soit « marqué ». Sachez simplement que vous ne devez pas vous précipiter à la clinique dès la première contraction. Gardez votre sang-froid et attendez pour partir que les signes de la mise en route du travail soient clairs.

Qu'est-ce que la perte du bouchon muqueux?

Souvent - annonçant le début de l'accouchement - la femme perd, au niveau de la vulve, des glaires de couleur marron brunâtre extrêmement épaisses et souvent mêlées à un peu de sang. C'est un excellent signe de début de travail si l'on s'en rend compte et si on sait l'interpréter comme tel. Mais il ne se produit pas toujours distinctement, et il n'est pas rare non plus qu'il passe inaperçu. Tout cela fait que son rôle de signal reste très aléatoire.

En salle de travail

La sage-femme vient périodiquement voir si la dilatation se fait bien, si le travail progresse. Et vous, une fois la porte refermée, vous continuez à regarder le plafond, un peu déprimée par l'ambiance, et vraiment très seule... Bien sûr, techniquement, médicalement, point n'est besoin que vous soyez assistée en permanence (et c'est vrai qu'il n'y a rien d'autre à faire qu'à attendre tant que la phase d'expulsion n'a pas commencé), mais psychologiquement ? Est-ce que la peur ne pointe pas un peu son nez dans cette solitude ? Aussi, lorsque vous vous inscrivez à la maternité, insistez bien pour avoir une présence constante (celle de votre compagnon par exemple) près de vous, pendant le travail.

La douleur de l'accouchement

La douleur de l'accouchement existe, il est inutile de la nier. L'utérus est un muscle, et toute contraction musculaire prolongée engendre une douleur. (Que les hommes qui ne sont pas convaincus contractent pendant

dix ou quinze minutes leurs biceps ou bien lèvent les bras en l'air et gardent cette position pendant le plus de temps possible. Le résultat « douloureux » les convaincra plus qu'un long discours.) Donc, ce muscle utérin qui se contracte provoque la douleur « normale » d'un muscle sollicité longtemps : voilà pour l'explication physiologique, qui est très simple. La douleur est localisée dans le bas-ventre et dans la région lombaire que vous appelez souvent « les reins ». Elle apparaît un peu après le début de la contraction et s'estompe avant la fin de celle-ci au moment où le muscle commence à se relâcher. A-t-on mal tout le temps? Non. Et le mal n'est pas tout le temps d'égale intensité. La douleur augmente au fur et à mesure que le travail avance, pour atteindre un maximum au moment de l'expulsion. Entre chaque contraction, il n'y a pas de douleur. Le moment de l'expulsion est ressenti comme quelque chose de très différent et se caractérise par d'incontrôlables

envies de « pousser » qui, jointes à la force surprenante des dernières contractions, provoquent chez une femme non prévenue et non préparée un effroi assez compréhensible. Les choses s'étant jusqu'à maintenant plutôt passées dans la panique, les cris et le désordre, on comprend que les douleurs de l'enfantement aient connu cette notoriété traditionnelle ! Une notoriété qui, en retour, conditionnait les femmes et les amenait à redouter par avance ces affres célèbres, ce qui ne faisait qu'amplifier la peur, la panique et la douleur elle-même !

Nous sommes heureusement revenus à des notions plus saines et plus claires. La douleur existe bel et bien ; ce n'est pas une invention culturelle. Mais elle a été amplifiée par l'ignorance et la crainte que l'on a eue d'elle. Aujourd'hui, elle est connue, reconnue et maîtrisée. Nous n'en demandons pas plus.

Contraception

La « Pilule, tout sur la pilule



La contraception « orale »

La pilule porte aussi le nom de contraception « orale » (« prise par la bouche »), par opposition aux contraceptions mécaniques, stérilet et diaphragme par exemple. Elle se présente sous la forme d'un comprimé composé, en général, d'un mélange d'hormones, estrogènes, et de molécules proches de la progestérone. Elle est fabriquée industriellement : il s'agit donc de produits de synthèse. Mais ils se rapprochent beaucoup des hormones sexuelles féminines naturelles sécrétées, rappelons le, selon un rythme bien précis par les ovaires tout au long du

cycle menstruel. La dernière pilule (sortie fin 2011) comporte l'estrogène 17 beta œstradiol identique à celui fabriqué par les ovaires.

La pilule « trimestrielle »

En fait, il ne s'agit pas d'une pilule mais d'une... injection intramusculaire. Le produit utilisé, proche de la progestérone, est associé à une solution « retard », c'est-à-dire que sa diffusion se fera lentement dans l'organisme pendant 3 mois. Très séduisante dans son principe, elle présente pourtant des inconvénients. Sans entrer dans les détails, disons simplement que son emploi reste limité

La grande famille des pilules combinées

C'est la famille de pilules la plus fréquemment prescrites. Je vous rappelle qu'on les appelle « **combinées** » car tous leurs comprimés contiennent une association d'hormones estrogènes et progestatives (même si chacun des 21 comprimés ne contient pas forcément la même association).

Cette famille de pilules compte de nombreux noms commerciaux différents + une multitude de génériques (de plus les laboratoires commercialisent souvent la même spécialité sous un nom commercial différent).

Maxi-pilules, normo pilules, minipilules

Il est convenu de définir la posologie de chacune des pilules mises à votre disposition selon la dose d'estrogène qu'elle contient. Toutes les pilules du monde contenaient jusqu'à présent le même estrogène de synthèse l'Éthinylestradiol (E.E.). Nous disposons de 2 pilules nouvelles contenant de l'estrogène naturel, ce qui réalise certainement un progrès en termes de tolérance. (une sortie en 2009 et l'autre d'ici fin 2011).

Les « maxi-pilules » sont celles contenant plus de 50 microgrammes d'éthinylestradiol (il s'agissait des premières pilules mises à disposition des femmes dans les années 60-70). Elles ne sont plus prescrites aujourd'hui.

Les « normo pilules » : ce sont celles qui contiennent 50 microgrammes d'éthinylestradiol

Ces pilules sont encore très rarement prescrites. Elles peuvent rendre de bons services dans un contexte d'intolérance à la minipilule en général.

Les « minipilules » ces pilules contiennent toutes moins de 50 microgrammes d'éthinylestradiol (entre 30 et 15 micro-

grammes). Elles représentent la majorité de la prescription actuelle.

Cette classification ne tient pas compte de la quantité ni de la qualité des progestatifs contenus dans chaque spécialité.

En effet, si dans le courant des années 70-80 l'attention des médecins a été particulièrement attirée par les effets éventuellement néfastes des hautes doses d'estrogènes, nous en sommes maintenant arrivés aussi à l'idée que la quantité de progestatif contenu dans une pilule pouvait jouer son propre rôle en matière de tolérance et d'effets secondaires.

Selon la molécule de progestative associée à l'estrogène on retrouve ainsi un risque de caillots sanguin veineux plus ou moins important. Or ce risque est certainement celui qui préoccupe le plus les médecins, même s'il s'avère exceptionnel.

Plus de trois générations de progestatifs se sont succédé dans le temps depuis la pilule originelle de Pincus !

- les progestatifs de 1^{ère} génération.
- les progestatifs de 2^{ème} génération sont apparus dès la fin des années 60.
- les progestatifs de 3^{ème} génération, dès les années 80
- Les progestatifs « inclassables », dès les années 90

Le choix de pilules combinées est donc très large. A vrai dire moins large qu'il n'y paraît nombre de pilules proposées par des laboratoires concurrents sont en fait... identiques. Ceci est le résultat d'accords commerciaux entre les firmes. D'autre part, il est aujourd'hui plus rare de prescrire une pilule n'appartenant pas à la famille des « combinées ». Le dosage retenu de l'éthinylestradiol s'inscrit en général entre 15 et 30 microgrammes, délaissant les pilules à 50 microgrammes voire plus. Les nuances existant entre les pilules dites monophasiques (les comprimés sont tous identiques), biphasiques (les comprimés sont de 2 compositions différentes), triphasiques (les comprimés sont de 3 compositions différentes) permettent en général aux médecins d'adapter au mieux la pilule ce sont les saignements, les douleurs de seins, les intolérances gastriques, etc. qui guident en général son choix.

Je considère quant à moi que les pilules monophasiques sont, in fine, celles qui conviennent à la majorité.

Enfin, le médecin peut orienter sa décision par rapport au remboursement ou au non-remboursement de la pilule prescrite dans ce cas, il faut savoir que les pilules contenant un progestatif de 3^{ème} génération ne sont pas – pour la plus part- remboursées par la Sécurité Sociale .Ni celles contenant un estrogène naturel.

En général, chaque médecin a ses pilules « préférées ». Cette préférence s'est bâtie peu à peu au fil de son expérience, de la lecture des études scientifiques, et aussi... de ses convictions. Disons que d'une manière générale, son choix doit correspondre avec votre confort maximum : la pilule qu'il vous faut est celle qui, tout en vous donnant une contraception à 100 %, n'induit aucun effet secondaire indésirable.

La famille des pilules dites « micropilules »

Elles ne contiennent qu'un progestatif et ne sont prescrites qu'en cas de contre-indication ou d'intolérance aux estrogènes .par exemple lors de l'allaitement ou en cas de risque de phlébite ou d'embolie.

La formule de Pearl

L'efficacité d'une méthode contraceptive se calcule par convention selon la formule de Pearl. Elle exprime un pourcentage d'échecs en « année-femme ».

Cette unité permet de connaître le nombre de grossesses survenues dans une année malgré l'emploi de telle ou telle contraception.

En multipliant le nombre de ces grossesses accidentelles par 1 200 (12 mois X 100 femmes) et en divisant ce résultat par le nombre de cycles d'exposition (aux grossesses), on obtient le pourcentage d'échecs en « année-femme ».

Nombre de grossesses X 1 200 = Pourcentage « année-femme ».

Et donc, si cent femmes prennent pendant un an la pilule combinée, au terme de ce temps aucune d'entre elles ne sera enceinte : l'indice de Pearl donnera un chiffre proche de 0 % « année-femme ».

L'efficacité des pilules

L'efficacité des pilules varie :si bien prise on est bien souvent proche du 0% échec. Avec oubli les échecs sont bien sûr plus fréquents

Les mécanismes d'action des pilules

La pilule combinée

Nous l'avons dit elle présente une efficacité proche de 100 %. Cette perfection contraceptive se comprend aisément quand on sait qu'elle s'oppose à trois des grands phénomènes impliqués dans la fécondation et la nidation. Nous parlons dès lors de ses trois « verrous de sécurité ». Avant de voir à quel niveau ils agissent, rappelons brièvement le fonctionnement délicat qui préside à l'ovulation : le mécanisme hypothalamus-ovarien.

La commande ovulatoire ne prend pas naissance au niveau des ovaires, comme on pourrait le penser. En fait, tout débute bien plus haut.

L'hypothalamus, formation nerveuse du cerveau, se comporte comme un immense ordinateur. Il reçoit à chaque instant des millions de données qu'il traite, met en mémoire, coordonne... A partir de ces informations, il émet dans tout l'organisme des « ordres », codés en langage hormonal. Il constitue un des organes essentiels de notre vie affective, véritable relais entre les cerveaux conscient et inconscient.

L'hypophyse, située quelques centimètres plus bas dans la boîte crânienne, reçoit directement de l'hypothalamus ses consignes de fonctionnement. Puis elle les répercute au niveau des glandes sous- jacentes, par exemple les glandes surrénales, la thyroïde ou, en ce qui nous concerne plus particulièrement ici, les ovaires.

Les ovaires ont deux fonctions essentielles :

- fabriquer les hormones sexuelles féminines, estrogènes et progestérone, tout au long de la vie génitale, de la puberté à la ménopause. Cette sécrétion s'organise de façon bien précise les estrogènes au début du cycle, la progestérone seulement à partir de l'ovulation et jusqu'à la fin du cycle,
- pondre tous les mois un ovule.

Cette ovulation-ponte survient le quatorzième jour du cycle théorique de vingt-huit jours. Elle dépend intimement de la commande hypothalamique, via l'hypophyse.

L'action des hormones

Lorsque les hormones ovariennes sont correctement sécrétées, l'utérus et le col subissent des modifications, indispensables à la fécondation, puis à la nidation d'un œuf éventuel.

Les estrogènes vont favoriser la formation de la glaire du col. Cette substance fluide,

transparente, comparable à du blanc d'œuf, prend alors en charge les quelque cent quatre-vingts à deux cent cinquante millions de spermatozoïdes émis lors d'un rapport sexuel. Mais si elle fait défaut, ils ne pourront pas remonter à l'intérieur de l'utérus toute fécondation s'avérera alors impossible.

Par ailleurs, estrogènes et progestérone provoquent des changements de structure tissulaire à l'intérieur même de la cavité utérine : sa muqueuse se développe, s'épaissit, s'enrichit en sucres ; elle se prépare ainsi à une éventuelle nidation.

L'action de la pilule

La pilule combinée agit à ces trois niveaux :

- elle bloque l'ovulation;
- elle empêche la formation de la glaire au niveau du col;
- elle s'oppose aux modifications morphologiques de la muqueuse utérine.

La grossesse devient dès lors impossible. Imaginons en effet que, malgré l'absence de glaire, les spermatozoïdes parviennent à pénétrer dans l'utérus et à atteindre les trompes : ils n'y trouveront aucun ovule à féconder. Si, malgré tout, une fécondation se réalisait, la nidation, c'est-à-dire l'implantation de l'œuf dans l'utérus, ne pourrait pas se réaliser en raison de la minceur de la muqueuse.

Le mécanisme de fermeture de ces « trois verrous » s'explique relativement facilement. Schématiquement, l'hypothalamus n'exerce son activité cyclique de commande glandulaire que s'il ressent, enregistre, au niveau du sang,

un manque hormonal. Il adopte ainsi un système de régulation par « rétrocontrôle ».

Si, par exemple, se manifeste une insuffisance en estrogènes, il en est aussitôt averti et émet des ordres de fabrication à destination des ovaires, par l'intermédiaire de l'hypophyse. Puis, lorsque le manque sera comblé, il arrêtera momentanément son activité.

Or, nous le savons, la pilule combinée se compose d'un mélange d'estrogènes et de progestérone. Son absorption quotidienne détermine dans l'organisme une concentration sanguine stable de ces deux hormones. L'hypothalamus, toujours fidèlement informée, ne perçoit donc aucun manque hormonal et cesse d'envoyer ses directives, devenues inutiles, vers l'hypophyse et les ovaires. Dès lors, ceux-ci ne réagissent plus : l'ovulation n'aura pas lieu, la glaire ne sera pas produite, et la muqueuse utérine restera fine.

Les micro-pilules

Il y en a deux.

Une qui est efficace à 98 % ; elle ne contient que de l'hormone proche de la progestérone. Elle exerce son action au niveau du col utérin où elle empêche, en principe complètement, la formation de la glaire. L'ovulation survient presque normalement et la muqueuse utérine garde en gros ses caractéristiques cycliques. Elle n'influe donc que très peu sur le mécanisme hypothalamus-hypophysaire. On a jusque 3 heures pour réparer un oubli.

La deuxième est plus efficace car elle bloque aussi le plus souvent l'ovulation. On a ici jusque 12 heures pour réparer un oubli.



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