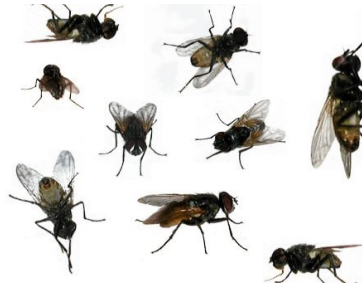


- ❑ Pour continuer à recevoir notre Bulletin, merci de nous informer d'un éventuel changement d'adresse e-mail
- ❑ Chaque mois, je vous explique sans tabou, ni jargon, votre quotidien féminin médical. Je souhaite vous aider à mieux comprendre le langage de votre corps en répondant à mille et une questions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

## Edito du Mois

### On n'attrape pas les mouches avec du vinaigre !



Bon, on le sait la gynécologie médicale est une espèce en voie de disparition.

Et les médecins généralistes « à tendance gynéco » dont on attend le feu sacré pour la gynécologie au moment de s'installer sont sans doute parmi les « repreneurs » de cette belle idée.

D'accord, jusqu'ici cela se tient mais...pas si vite ! Car il y a « un truc » qui cloche dans ce scénario: les étudiants ne veulent plus de l'exercice libéral : moins de 9% des nouveaux inscrits au tableau de l'ordre choisissent l'aventure du libéral ! Et il y a de plus en plus de « remplaçants » qui le restent « à vie » !

Pas de doute, le « goût » de l'exercice libéral reste en travers de la gorge de nos jeunes futurs consœurs et confrères !

Paupérisation progressive du fait d'honoraires calamiteux, démoralisation et dévalorisation en

raison de l'obligation de « travail de bagnard » afin de s'assurer d'une rémunération en rapport avec leur Bac ++, harcèlement de l'URSSAF et autres CARM, vulnérabilité totale de la femme médecin enceinte, responsabilité civile et pénales de plus en plus souvent actionnée, charge de travail de plus de 50 heures par semaines -sans RTT et autres « douceurs Aubryenne »- ont fini de les persuader que l'exercice libéral c'est beau en rêve, mais qu'« en vrai » c'est une pure galère !

On n'attrape pas les mouches avec du vinaigre !

Et même si la passion du métier de guérir vous emplit le cœur au seuil de ces longues et difficiles années d'études, nos jeunes collègues savent rester pragmatiques... .

L'exercice libéral à la Papa, c'est bien mort !  
Et la désertification médicale va atteindre des dimensions abyssales... fautes de mesures politiques qui ...ne seront pas prises.  
Les urgences hospitalières n'ont qu'à bien se préparer au rush : il va être massif !  
Rémunérer une secrétaire personnelle, garante du lien chaleureux, personnel et pratique entre les patientes et le médecin, gérer un cabinet de façon saine sans que sa trésorerie ne frôle régulièrement le dépôt de bilan, créer une clientèle- ou l'acheter avec

l'aide des banques-, payer ses charges en temps et en heures,.... tout en commençant enfin de gagner sa vie alors qu'on a pourtant entre 25 et 30 ans et un Bac+++ -Pouce !- C'est trop dur.

Elisabeth Hubert, auteur du rapport « Mission de la concertation sur la médecine de la proximité » nous dit : « il faut des mesures pérennes pour redonner confiance dans l'exercice libéral » : je vous souhaite bonne chance, Madame la Ministre !

## Ménopause

### Bien vivre l'arrêt des règles



**L'arrêt des règles constitue le symptôme le plus évident de la survenue de la ménopause. Il est vrai qu'il représente pour les femmes, réglées depuis souvent plus de trente-cinq ans, un changement notoire et peut même, dans certains cas, être vécu comme un « manque ».**

#### L'arrêt des règles

De nombreuses femmes, étonnées par cette absence de règles autour de la cinquantaine, pensent d'abord à la grossesse. Il est fréquent de les voir arriver à la consultation avec un test de grossesse négatif et une évidence si ce n'est pas la grossesse, c'est sans doute le début de la ménopause... Cet arrêt des règles peut être isolé ou, au contraire, accompagné de signes évocateurs tels que bouffées de chaleur, suées, migraines, douleurs articulaires. Nous sommes alors dans un contexte d'hypo-estrogénie totale, les ovaires ont stoppé leur production hormonale. On avait déjà souvent rencontré ce genre de problème lors de la péri ménopause, mais les

symptômes avaient toujours été réversibles soit spontanément, soit avec l'aide de l'hormonothérapie. Mais ici, au contraire de cette période périménopausique où les arrêts ovariens sont transitoires, capricieux et réversibles, l'arrêt de fonctionnement ovarien de la ménopause se caractérise par son aspect définitif et irréversible. La définition de la ménopause est d'ailleurs un arrêt des règles qui égale ou dépasse la durée de douze mois. La thérapeutique hormonale sera entreprise, vous le savez, bien avant la fin de ces douze mois, en raison de l'inutilité de vivre de tels symptômes pendant si longtemps.

## Arrêt des règles et prise de poids

Contrairement aux idées reçues, ce n'est pas parce que vous ne perdrez plus, chaque mois, ces quelques cm<sup>3</sup> de sang que vous risquez de prendre du poids. C'est bien plus le grand

bouleversement hormonal induit par l'arrêt de fonctionnement des ovaires qui peut être responsable de kilos supplémentaires.

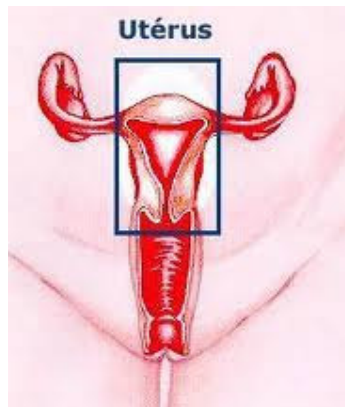
## Vos réactions

Vous êtes généralement plutôt contentes de cet arrêt des règles ; toutefois, certaines d'entre vous la vivent comme une catastrophe. A vous entendre, c'est la fin de la féminité, de la jeunesse, de la fraîcheur, de la possibilité de faire un enfant, même si vous aviez décidé depuis fort longtemps de ne plus en avoir.

Ainsi, comme je l'ai déjà rapporté, pour 22 % des femmes, la disparition des règles correspond à la perte de la jeunesse ; 18 % considèrent que le fait de ne plus saigner

chaque mois signifie qu'elles ne sont plus femmes et qu'elles doivent se résigner désormais à la perte de leur pouvoir de séduction. A vrai dire, rarement un événement biologique aura drainé derrière lui autant de fausses croyances populaires, autant de traditions et d'histoires, et l'on comprend que les sentiments puissent être ambigus devant cet arrêt de menstruation, événement où se mêlent puissamment la biologie et la symbolique.

## Un point particulier : l'arrêt des règles par hystérectomie



L'absence des règles due à l'ablation de l'utérus (hystérectomie), avec ou sans les ovaires, est toute différente. C'est une des interventions chirurgicales les plus fréquentes chez la femme, près d'une femme sur cinq n'a plus d'utérus à cinquante ans. Ces hystérectomies sont en général motivées par la présence de fibromes résistant à toutes les thérapies médicales existantes et provoquant des hémorragies incoercibles, entraînant anémie et lassitude.

Autrefois, on pratiquait presque toujours une hystérectomie totale, avec ablation des ovaires dans les jours qui suivaient l'intervention, les symptômes témoignant de la carence hormonale apparaissaient avec une rare violence, la ménopause s'installait. Aujourd'hui,

la plupart des chirurgiens hésitent avant de castrer leurs patientes. On exige des raisons objectives pour motiver l'ablation des ovaires. Dans la majorité des cas, ces raisons n'existent pas. On peut alors se contenter d'une hystérectomie avec conservation ovarienne.

Néanmoins, avant de pratiquer l'hystérectomie, il convient d'avoir essayé toutes les alternatives à l'acte chirurgical :

- Prescription de progestatifs dix à vingt et un jours par cycle pour calmer les hémorragies menstruelles provoquées par les fibromes utérins.

- Médicaments simples (anti prostaglandines), ayant un excellent effet antihémorragique - Pilule contraceptive (les règles sous pilule sont peu abondantes) si vous n'y avez pas de contre indications.

- Il faut aussi avoir vérifié l'absence de fibromes ou polypes dans l'utérus car ce sont les plus faciles à extraire, mais les plus hémorragiques. D'autres raisons plus

sérieuses peuvent exiger une hystérectomie, avec ou sans ovariectomie : endométriose généralisée, cancer de l'utérus, cancer du col, anomalies ovariennes précancéreuses ou cancéreuses. Après une ovariectomie, il convient de proposer après l'opération, sauf contre-indication formelle, un traitement hormonal substitutif qui sera pris le lendemain ou le surlendemain de l'intervention.

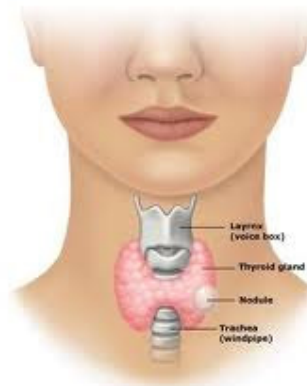
### L'hystérectomie sans ovariectomie

Les femmes ayant subi une hystérectomie sans ovariectomie ne vivent en général pas la moindre ménopause. En effet, quand les ovaires sont conservés, il n'y a aucune déficience hormonale, les ovaires continuent d'ovuler chaque mois et de fabriquer les hormones sexuelles. Seule différence : l'utérus n'existe plus, il n'y a plus de règles, c'est-à-dire de déformation de la muqueuse utérine. Les femmes ayant subi une hystérectomie sans ovariectomie sont identiques, sur le plan

hormonal, à celles qui ont leur utérus. Elles auront leur ménopause au jour et à l'heure dite. Elles n'ont aucun traitement particulier à prendre tant que leurs ovaires n'ont pas cessé de fonctionner. Pourtant pour certaines dont les ovaires partagent la vascularisation avec l'utérus, il y aura une ménopause dans les jours qui suivent l'acte : privés de leurs artères les ovaires se mettent en « hibernation » : 20% des femmes environ sont dans ce cas.

## Vous au Quotidien

### L'insuffisance thyroïdienne :



**La glande thyroïdienne, lorsqu'elle est malade, insuffisante ou paresseuse, peut être responsable de nombreux bouleversements. Nous allons faire le point ici sur les différentes anomalies qu'elle peut présenter.**

### La glande thyroïde

La glande thyroïde est située à la base du cou ; il s'agit d'une formation allongée, d'une dizaine de centimètres, qui monte et qui descend lors de la déglutition.

Elle vient d'une multitude de regroupements de cellules, les thyrocytes. Ces cellules capturent l'iode circulant dans le sang et

assurent la fabrication de deux hormones clés la thyroxine (T4) et la triiodothyronine (T3). Les hormones thyroïdiennes exercent une action fondamentale sur la consommation d'oxygène des tissus, en particulier des muscles. Elles figurent parmi les hormones fondamentales de la régulation du métabolisme de base qui brûle près de 70 % de nos dépenses énergétiques totales quotidiennes. Les hormones thyroïdiennes interfèrent aussi avec de nombreux autres métabolismes, comme par exemple celui du cholestérol et même celui du calcium lorsque

la thyroïde fonctionne trop (hyperthyroïdie), on constate souvent une baisse considérable du cholestérol et une augmentation importante de la quantité de calcium dans le sang (calcémie). Au contraire, nous assistons souvent à des hypercholestérolémies (3 à 3,5 g/l par exemple) chez les hypothyroïdiens. Les hormones thyroïdiennes ont une action évidente sur le système nerveux, et un effet cardio-vasculaire essentiel : l'hyperthyroïdie s'accompagne souvent d'extrasystoles, voire de troubles du rythme cardiaque qui peuvent être extrêmement graves.

### **Une commande supérieure**

Comme les ovaires, la glande thyroïde n'est pas autonome ; elle est sous contrôle de la glande hypophyse, petite formation cérébrale qui, entre autres, gère le fonctionnement ovarien, cortico-surrénalien, l'allaitement chez la jeune accouchée, etc. L'hormone hypophysaire qui donne les ordres de fonctionnement à la glande thyroïde s'appelle

la TSH (Thyroïde Stimulating Hormon). Enfin, la glande hypophyse, comme toujours, ne peut agir seule : elle est sous dépendance de l'hypothalamus qui, en l'occurrence, lui envoie un ordre en langage hormonal codé : la TRH (Thyrolibérine ou encore Thyroïde Releasing Hormon).

La glande thyroïde peut présenter des anomalies de son fonctionnement hormonal, mais elle peut aussi être le siège de nodules que l'échographie et souvent la scintigraphie (visualisation de la glande thyroïde par une injection d'iode radioactif), vont préciser.

Elle peut aussi présenter une tumeur cancéreuse. C'est ainsi que, devant la découverte d'un nodule thyroïdien, très banal et courant, il convient de faire la différence entre les nodules bénins et malins. Dans les cas difficiles, ce sera la chirurgie qui donnera le diagnostic.

### **L'hyperthyroïdie**

La thyroïde devient « folle », fabrique trop d'hormones thyroïdiennes et les effets de cette surproduction sur l'organisme sont spectaculaires. Les symptômes sont principalement des tremblements du corps, des mains, une transpiration, des sueurs (qui peuvent prêter à confusion avec celles de la ménopause), un amaigrissement insolite, des palpitations cardiaques, des extrasystoles, une agressivité, une irritabilité, une nervosité, une

diarrhée et, chez la femme, des troubles des règles (cycles irréguliers, anarchiques). Lorsque tous ces symptômes sont présents, le diagnostic est aisé, et il ne manque plus que la signature' du dosage biologique annoncée par une TSH ultrasensible effondrée, à peine dosable (par exemple en dessous de 0,1 micro-unité/ml), tandis que T4 et T3, les hormones thyroïdiennes, sont très augmentées.

### **L'hypothyroïdie**

La thyroïde ne parvient plus à fournir suffisamment d'hormones thyroïdiennes à l'organisme. Ce tableau est caractérisé par une fatigue, une apathie insolite, une perte de tonus, la diminution considérable de l'élan vital,

une prise de poids importante et rapide, constituée de graisse, d'œdèmes, de gonflements, de bouffissures du visage, des jambes, une frilosité, une chute des cheveux, une sécheresse de la peau, une constipation.

Le dosage biologique montre une TSH ultrasensible très élevée, au-delà des normes du laboratoire dans lequel on a fait le dosage,

Le tableau d'hypothyroïdie est rarement aussi évocateur et c'est bien là le piège de cette maladie. Les petites hypothyroïdies sont suffisamment discrètes pour détériorer

Il est pourtant fondamental de dépister une hypothyroïdie sinon on risque de méconnaître la raison de cette fatigue et de cette prise de poids. Il n'est d'ailleurs pas exceptionnel de

en général supérieur à 5 micro-unités. Les hormones thyroïdiennes sont basses.

considérablement votre qualité de vie, sans pour autant donner forcément l'alerte au médecin.

retrouver une hypothyroïdie fruste alors que l'on pensait n'être confrontée vers cinquante ans qu'à une périménopause ou à une ménopause.

## Vous et votre poids

### La prise de poids à la ménopause



Elle n'est pas forcément - contrairement à ce que vous pensez souvent - provoquée par un THS mal équilibré. Certes, si vous êtes surdosée, la prise de poids finira par se produire au fil des semaines et des mois. Mais elle aura, en général, été précédée des symptômes quasi-immédiats d'expression d'un surdosage que sont les douleurs des seins, les gonflements, la "rétention d'eau"... En fait, bien plus souvent cette prise de poids s'inscrit dans un contexte global dans lequel votre métabolisme de base est de plus en plus économe (et donc a tendance à stocker le maximum d'énergie en graisse, plutôt que de le dépenser), vous avez une activité physique moindre, vous traversez peut-être une phase dépressive qui vous amène à consommer de préférence les aliments sucrés et caloriques,

vos muscles diminuent peu à peu au profit de la masse grasse... D'autre part, comme nous l'avons vu, cette cinquantaine peut s'accompagner d'une prise de poids de quelques kilos (par exemple 2 à 4 kilos) que vous auriez supporté à l'âge de 20 ans alors qu'ils auraient été rajoutés à votre poids de forme, mais que vous ne tolérez définitivement plus lorsqu'ils viennent - cerise sur le gâteau - vous confirmer définitivement un surpoids en se rajoutant aux quelques 6 à 10 kilos vous séparant de votre poids de 20 ans.

Enfin, les THS *sous-dosés* peuvent, parce qu'ils laissent se pérenniser la situation de carence hormonale avec tous ses désordres métaboliques et sa symptomatologie, encourager votre organisme à fabriquer plus de graisse qu'il n'est utile. Quant aux efforts à

faire, en terme de diététique et de dépenses physiques, il est certain qu'on les envisage avec beaucoup plus de courage lorsqu'on se sent en forme, aussi bien dans sa tête que dans son corps, c'est-à-dire lorsqu'on est ménopausée avec un THS particulièrement équilibré. Enfin, n'oublions pas que l'absence de THS ou le **sous-dosage** hormonal induisent une fabrication de graisse méconnue par vous jusque-là : celle qui a tendance à se localiser dans le haut du corps (ventre,

épaules, seins)," comme les hommes", au lieu de venir s'accumuler dans les endroits préférentiels féminins que vous connaissez bien, les cuisses, les fesses. Or nous l'avons dit, mais répétons-le, cette graisse est toxique sur le plan cardiovasculaire et peut-être même en terme de cancer (du sein), il s'agit donc là d'un problème de santé qui dépasse de loin les préoccupations esthétiques par ailleurs fort légitimes.

### Poids et hormones

C'est certainement sur ce sujet que vous nous interrogez le plus en consultation. Vous êtes souvent persuadée que hormones = prise de poids obligatoire. Il est particulièrement difficile de vous aider à faire la part des choses en vous expliquant les raisons de la prise de poids à la cinquantaine. Il est vrai que le THS peut éventuellement être en cause pour une *partie* de cette prise de poids s'il est mal adapté (trop dosé en estrogènes par exemple, ou encore un THS de la ménopause alors que vous êtes encore en périménopause). J'ai compris, avec nombre de mes confrères, que vous préférez encore subir les bouffées de chaleur et autres avanies de la ménopause plutôt que de prendre du poids. C'est la raison pour laquelle nous rencontrons tous les jours des femmes qui ont abandonné le THS car

elles estimaient - à tort ou à raison - qu'il était responsable de plusieurs kilos mal venus. Les raisons de la prise de poids sont en fait multiples et variées. Elles mêlent tour à tour chute de l'activité physique, augmentation sensible de la ration alimentaire, baisse du métabolisme de base, éventuelle hypothyroïdie frustrée...

Les choses doivent être pourtant claires : un THS bien conduit, non seulement ne fait pas prendre de poids, mais vous aide à lutter contre cette problématique. De plus, en empêchant les graisses de se localiser dans la partie haute du corps (localisation préférentielle de la graisse masculine), le THS contribue à protéger votre système cardiovasculaire.

Ce qu'il faut retenir :

**Le THS doit être particulièrement équilibré et correspondre à votre exact statut par rapport au phénomène de la ménopause.**

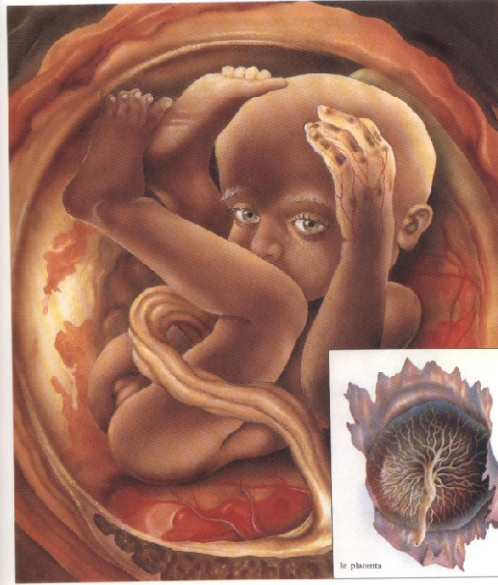
## Du Côté des Mamans

**Le placenta et le cordon**



## LE BÉBÉ À 7 MOIS

*Le bébé est « terminé », mais s'il naissait maintenant, on serait obligé de le placer en couveuse pour qu'il grossisse encore. Sa peau est extrêmement fine : on aperçoit ses veines par transparence.*



Le développement du bébé est assuré par le placenta. Qu'est-ce que le placenta? En latin, le mot *placenta* signifie gâteau et c'est bien une espèce de gros gâteau, en effet, qui est accroché à la paroi intérieure de l'utérus et relié au fœtus par le cordon ombilical. C'est par l'intermédiaire de ce « gâteau » que l'enfant se nourrit, prend les calories nécessaires et les substances indispensables à son développement. Le placenta est l'agent de liaison entre l'organisme maternel et le fœtus durant les neuf mois de la grossesse : il prend naissance dès le premier jour de la nidation, et c'est grâce aux « indiscretions » de ce tissu spécifique que l'on peut détecter la grossesse, en faisant pratiquer des réactions immunologiques, celles-ci décelant les traces de gonadotrophines chorioniques que le placenta sécrète dès qu'il commence à se former. Sa croissance et sa taille suivent d'ailleurs le cours de la grossesse : ainsi, au 4<sup>e</sup> mois, son diamètre est de 8 cm ; à terme, il est de 20 cm et son poids atteint facilement 1/2 kg !

Nous avons dit que l'enfant était relié au placenta par le cordon ombilical. Celui-ci se

présente comme une sorte de gros cordon téléphonique qui véhicule tout un réseau de tuyaux artériels ou veineux. Il mesure environ 50 cm et son diamètre est de 1 ou 2 cm. Il est relié au placenta à l'une de ses extrémités et part - côté enfant - de l'emplacement du nombril (celui-ci n'existant que lorsque le cordon a été coupé, après la naissance). C'est par les artères du cordon ombilical que le sang oxygéné est véhiculé au fœtus, et que, en retour, le sang chargé de gaz carbonique est renvoyé vers le placenta, par les veines. C'est par ce même circuit que les calories nécessaires sont « administrées » au fœtus; et c'est aussi le placenta qui filtre les déchets (l'urée en particulier) résultant des échanges nutritifs. En somme, cette membrane-tamis fait office de poumon, de tube digestif et de rein. Elle apporte à l'enfant tout ce qui lui est indispensable et éloigne de lui tout ce qui est devenu toxique. Elle le nourrit, le nettoie, le protège; et elle fabrique de surcroît les hormones nécessaires (estrogènes et progestérone) à la bonne marche de la grossesse, les ovaires ayant stoppé leur fonction hormonale au-delà du 3<sup>ème</sup> mois.





Le placenta est donc un système d'alimentation (tant calorique qu'hormonal) superbement élaboré, qui laisse aux organes vitaux le temps de se construire, et qui fait que tout se passe « comme si » l'enfant avait déjà un foie, deux reins, des poumons, un appareil digestif... On pense aussi que le placenta joue un rôle immunologique important, puisqu'il formerait - entre l'organisme maternel et le

foetus - une barrière destinée à protéger celui-ci des différentes agressions microbiennes qu'il est susceptible de subir durant la vie *intra-utérine*.

On comprend donc que la bonne « santé » de ce placenta est une des clés du bon développement de l'enfant durant la grossesse.

### Le liquide amniotique

*Bien au chaud dans sa bulle (la poche des eaux) ①, le bébé se développe. Son « garde-manger », le placenta ②, est collé sur l'utérus de sa maman. Le cordon ombilical ③ relie le bébé au placenta ② et lui permet de se nourrir et de respirer. Quant à la poche des eaux ① (remplie d'un liquide jaune clair), elle le protège de tous les chocs.*



Pendant la grossesse, l'intérieur de l'utérus n'est plus qu'une espèce de grosse bulle fermée par des membranes, où baigne un liquide que l'on appelle le liquide amniotique

(les «eaux»). C'est un liquide clair, transparent, un petit peu blanchâtre. A terme, il y en a environ 1/2 litre. Il est composé d'eau (99 %), de sels minéraux, de sodium, de chlore, de

potassium, de calcium, de glucose, de graisses et de différentes hormones.

Son rôle essentiel est d'assurer la parfaite hydratation du fœtus par lequel il est absorbé. Mais il sert également de protection, puisque c'est grâce à ce « coussin » d'eau que le fœtus peut se mouvoir, dans un état voisin de l'apesanteur, et que les chocs extérieurs lui arrivent presque totalement amortis. Ainsi, si vous vous heurtez, si vous tombez, si vous recevez un coup, sachez que votre bébé, bien à l'abri dans sa bulle, n'a pratiquement rien

senti. Autre avantage non négligeable de ce milieu liquide : le cordon ombilical, profitant lui aussi de l'apesanteur, n'est jamais comprimé contre le fœtus. Enfin, il ne faut pas oublier que, la cavité amniotique étant complètement close, la bulle est un milieu stérile : aucune infection ne peut atteindre le fœtus pendant les neuf mois de grossesse.

Pendant l'accouchement, le liquide amniotique sert à lubrifier le parcours de la naissance et à faciliter la progression de l'enfant vers « le jour ».

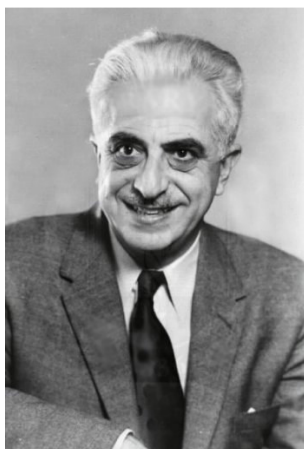
### Et l'utérus ?

L'utérus est l'organe le plus sollicité pendant toute la grossesse. Sa transformation est fabuleuse, puisque cette petite masse musculaire qui, à l'état normal, mesure 7 cm de haut sur 3 cm de large, atteint en fin de grossesse une hauteur de 32 cm et une largeur de 22 cm, ce qui signifie que son volume a été multiplié par dix ! Son poids passe de 50 g environ à 1 kg. D'autre part, alors que le volume utile d'un utérus normal est de 2 ou 3 ml, l'utérus à terme d'une femme enceinte peut contenir jusqu'à 5 litres de liquide ! Pour arriver à un tel gigantisme, l'utérus subit des transformations assez particulières. Il y a d'une part un phénomène d'hypertrophie musculaire et, d'autre part, certaines de ces fibres musculaires se transforment en fibres conjonctives élastiques. La distension s'accompagne à tout moment d'un épaississement de la paroi, afin de

garantir au tissu musculaire la même constante solidité. Tout cela se fait sous l'influence des hormones sexuelles et notamment de la progestérone, qui est l'agent prépondérant de cette transformation. Évidemment, en fin de grossesse, il y a des problèmes de cohabitation, et vous allez devoir vous accommoder de cet utérus envahissant. La vessie est refoulée en avant, les intestins en arrière, sur les côtés, ce qui occasionne parfois des troubles urinaires, dès le début de grossesse, et de la constipation. D'autre part, l'estomac étant repoussé vers le haut, il ne faut pas vous étonner de souffrir de mille petites misères digestives ! Songez que, pour quelque temps, votre confort interne est légèrement bousculé au profit de votre hôte privilégié, mais que tout rentrera dans l'ordre après l'accouchement !

## Contraception

**Porto-Rico, 1956. Le biologiste Gergory Pincus et ses collaborateurs font une communication historique : ils viennent de découvrir la pilule. Elle a aujourd'hui presque cinquante ans d'existence, et près de deux cents millions de femmes l'utilisent dans le monde.**



A elle seule, elle symbolise tous les moyens contraceptifs, à tel point que, dans le langage courant, contraception et pilule sont presque devenues synonymes. Elle reste une des acquisitions les plus révolutionnaires de l'histoire de la médecine du XX<sup>e</sup> siècle.

Elle a provoqué, elle provoque encore, au niveau des populations et des individualités, des bouleversements comparables à ceux qu'ont fait naître la découverte des antibiotiques, des antituberculeux ou des vaccins, par exemple.

La pilule de Pincus était fortement dosée. Les pilules actuelles ont fait d'énormes progrès, si grands qu'il semble bien qu'aucune nouveauté capitale ne puisse, à l'avenir, améliorer encore cette méthode. Au début, qui ne l'a pas accusée de provoquer une multitude de maux, mais aucune statistique sérieuse n'a pu apporter le commencement d'une preuve, si minime soit-elle, d'une réelle toxicité. En revanche, les examens gynécologiques et médicaux qu'elle impose tous les six mois ont permis de dépister de nombreuses affections qui, sans elle, seraient restées ignorées

### **Les différentes familles de pilules**

Les familles de pilule se distinguent essentiellement par les différents dosages de leur combinaison œstrogènes-progestérone ou

### **Les pilules combinées**

Il s'agit de la famille la plus couramment utilisée. Les plaquettes comptent presque toujours 21 comprimés (certaines comprennent 21 ou 24 comprimés de produit actif suivis de 4 ou 7 comprimés de placebo). On les appelle « combinées » parce qu'elles comportent

diabète, état précancéreux du col, tumeurs mammaires... Mais, instrument de libération des femmes, désormais maîtresses de leur pouvoir reproducteur, elle devient parfois aujourd'hui pour nombre d'entre elles, paradoxalement, une nouvelle contrainte.

Des millions de Françaises prennent la pilule, mais souvenons-nous qu'elle n'a fait son apparition légale que le 28 décembre 1967, avec la loi Neuwirth et encore, les délais d'application n'ont-ils concrétisé cette loi que sept ans plus tard.

La pilule n'a laissé personne indifférent. Médecins, démographes, scientifiques, philosophes, hommes d'Église, politiciens, tous se sont sentis concernés. Ils ont largement débattu, et débattent encore de la question, beaucoup plus que les femmes, pourtant les premières intéressées ! Et pourquoi tant de propos passionnés ? Sans doute parce que la pilule permettait désormais de redistribuer radicalement les données sociales et démographiques traditionnelles.

par les variations dans l'alternance de ces composants.

toutes, et dans tous les cas, un mélange d'œstrogènes et de progestérone. Suivant les marques, cette combinaison est identique pour les 21 comprimés ou au contraire différente : par exemple une association œstro-progestative pour les 14 premiers jours, puis une

seconde pour les 7 derniers. Il existe ainsi, aux côtés des pilules combinées dites monophasiques (tous les comprimés sont identiques) des pilules diphasiques (2 sortes

de comprimés), voire même triphasiques (3 sortes de comprimés pour une même plaquette).

### Les micropilules

A la différence des pilules combinées, elles ne se composent pas d'une association d'estrogène et de progestérone, mais uniquement de progestérone, à très faible dose. On les appelle aussi « à usage ininterrompu » : contrairement aux autres, aucun temps d'arrêt n'intervient entre les plaquettes. Certes, elles ont une moins grande efficacité que les pilules dites « combinées »

elles enregistrent 1 ou 2 % d'échec. Leur tolérance n'est pas aussi bonne saignements intempestifs, absence de règles, douleurs des seins font partie de ses effets secondaires possibles. Mais elles rendent actuellement d'immenses services aux femmes qui présentent une contre- indication aux estrogènes et veulent néanmoins bénéficier d'une méthode de contraception orale.

### La méthode des progestatifs: les « macro-pilules »

Cette méthode consiste à absorber, du 5e au 25e jour du cycle (ou 21 jours sur 28) comme pour une pilule banale, de la progestérone à dose importante. La tolérance est en général excellente. L'efficacité proche de 100 %. Il existe cependant un problème de taille concernant cette famille elle n'a pas reçu l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication (contraceptif). En effet, les comprimés de progestérone habituellement utilisés ont d'autres indications que celles de la contraception : on les utilise fréquemment

dans toutes les situations d'insuffisance de progestérone (douleurs des seins, hémorragies d'un fibrome, cycles trop courts, au cours des syndromes prémenstruels ou de la péri-ménopause, en adjonction d'un estrogène lors du traitement hormonal substitutif de la ménopause...). Leur utilisation n'en connaît pas moins un engouement important dans notre pays mais il faut savoir qu'il s'inscrit dans un cadre légal éventuellement litigieux. (Suite dans le prochain bulletin).



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

Tél. : [01.42.27.16.87](tel:01.42.27.16.87) ou [01.42.27.71.16](tel:01.42.27.71.16)

Fax : 01.47.63.79.91

Mail de Sylvie Yacob : [docteurdavidelia@aol.com](mailto:docteurdavidelia@aol.com)

Docteur David ELIA

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

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