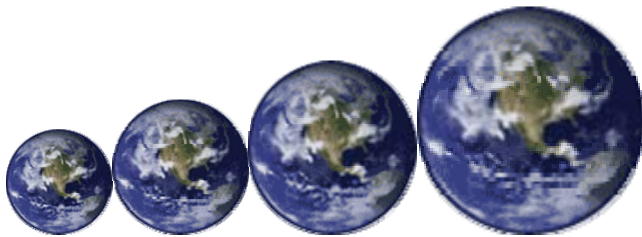




BULLETIN D'INFORMATIONS GYNECOLOGIQUES
DU Dr DAVID ELIA
No 2 -Janvier 2005-

Ce bulletin est adressé gratuitement à toutes les patientes du Dr DAVID ELIA. Pensez à rectifier tous changements d'e-mail. Merci.
2 rue de Phalsbourg-75017- Paris. 0142271687 & 0142277116





Bonjour !

Je suis particulièrement heureux de vous adresser ce deuxième bulletin d'informations gynécologiques. Vous en recevrez un tous les mois par courrier électronique. Il réalise un lien supplémentaire entre nous dans l'intervalle de nos consultations. J'y aborde chaque mois tous les sujets de la consultation gynécologique. Je vous souhaite ainsi qu'aux vôtres une excellente année 2005.
Dr DAVID ELIA

L'ACTUALITE

DU MOIS



LE STERILET CHEZ LES FEMMES QUI N'ONT JAMAIS ACCOUCHE OU ... LA MORALE DE CETTE HISTOIRE !

Les nouvelles recommandations sur le thème de la « stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme » viennent d'être élaborées par l'Anaes (Agence d'accréditation et évaluation en santé), en collaboration avec l'Afssaps (agence française de sécurité des produits de santé) et ont été publiées en décembre 2004.

Pas moins de 12 sociétés savantes et d'associations scientifiques ont été sollicitées pour participer à leur élaboration.

Et parmi les recommandations, celle-ci qui ne manquera pas de faire du bruit.

NB : J'ai décodé entre parenthèses les mots difficiles :

« Les dispositifs intra-utérins (DIU=stérilets) ne sont pas uniquement destinés aux multipares. (femmes ayant accouché) Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1re intention, considérée comme toujours très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardiovasculaire n'est établi.

Si le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP=infections génitales) lié à la pose est avéré, sa survenue est essentiellement limitée aux 3 semaines qui suivent l'insertion. Aucun risque de stérilité tubaire(des trompes) n'a été démontré, y compris chez les nullipares(femmes sans enfant). Étant donné la grande efficacité contraceptive des DIU, le risque de grossesse extra-utérine (GEU) est extrêmement faible et inférieur d'un facteur 10 à celui associé à l'absence de contraception.

La littérature ne permet pas de conclure si le risque de GEU en cours d'utilisation d'un DIU est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives.

Un DIU peut être proposé à toute femme dès lors que :

- les contre-indications (CI) à sa pose sont prises en compte ;*
- les risques infectieux et de GEU ont été évalués et les situations à risque écartées ;*
- la femme est informée des risques de MIP et de GEU ainsi que des risques potentiels, mais non démontrés, de stérilité tubaire. Cette information est prépondérante chez une femme nullipare, sa pose devant être envisagée avec prudence et en prenant en compte son désir d'enfant à venir » (ANES-AFSSAPS Décembre 2004)*

Alors on peut maintenant poser un DIU aux femmes n'ayant jamais accouché sans subir les foudres des autorités de santé ?

– Oui !

– Voire même on nous le recommande en « première intention » !

Je dois vous dire que nos voisins les belges nous le disaient depuis longtemps : « pourquoi vous obstinez vous à refuser les DIU à vos patientes sans enfant »?

Comme quoi nos vieux principes franco-français en matière de DIU ont vécu !

En 1970, travaillant dans une Mutuelle Etudiante je faisais pourtant parti de ceux qui plaidaient déjà pour une telle stratégie mais que n'ai-je pas entendu !

– « Si tu t'obstines tu seras responsable d'un nombre important de stérilités, de grossesses extra utérines, d'infections...!

Il est vrai que les études scientifiques qu'on pouvait lire il y a 30 ans étaient convaincantes.

Il y apparaissait que le stérilet était moins souvent bien supporté : Plus de douleurs menstruelles et de règles hémorragiques que chez les femmes ayant accouché.

Quant au risque infectieux il semblait certes plus corrélé au mode de vie sexuel (monogame ou à partenaires variables) qu'aux éventuelles maternités antérieures.

Encore bien jeune à l'époque je me suis rangé comme beaucoup d'autres à l'avis de mes pairs : l'exception française avait fini de me convaincre que mon attitude était pour le moins médicalement incorrecte.

Force est de constater aujourd'hui que j'ai eu tort et que parmi tous les DIU que j'ai refusé « bec et ongles » il y eut sans doute des IVG elles même suivies d'infections ...suivies de stérilités... ! Voici 30 ans après ma naïveté et mon « inconscience » de Béotien réhabilitée !

La morale de cette histoire est qu'en médecine comme ailleurs il faut se garder comme de la peste des certitudes : les idées qu'on immole aujourd'hui seront peu être celles que l'on adorera demain et inversement.

[GYNECOLOGIE DE TOUS LES JOURS](#)



Les frottis de dépistage :

C'est un geste de routine de la consultation gynécologique : vous devriez le faire effectuer par votre médecin à un rythme annuel. C'est la manière la plus simple, la plus économique, qui plus est indolore de vous prémunir contre l'éventualité d'un cancer du col, une méchante maladie qui tue encore 2 000 Françaises chaque année dans notre pays. Le prélèvement est simple à réaliser : après avoir mis en place le spéculum, le médecin, grâce à une petite spatule en bois ou plastique, « gratte », le col de l'utérus, cette petite proéminence qui a la consistance du bout de votre nez au fond de votre vagin. Il étale ensuite sur une lame de verre les sécrétions prélevées, les fixe grâce à une laque, comparable à celle que vous utilisez par exemple pour les cheveux. Ce frottis sera ensuite acheminé vers un laboratoire d'analyses médicales où l'on examinera au microscope les caractéristiques des différentes cellules du col de l'utérus qui auront été prélevées. Sont particulièrement notées la forme des cellules, la forme de leur noyau... et le résultat n'est plus donné sous la forme de classement, de la classe I à la classe IV comme auparavant (respectivement frottis sain jusqu'à frottis présentant des cellules cancéreuses) mais en « frottis normaux ou présentant une anomalie ».

La technique de prélèvement du frottis est en pleine mutation depuis quelques années (frottis en phase liquide). Notons que doivent être présentes dans le frottis prélevé 2 sortes de cellules : des cellules « externes » du col, les plus nombreuses, et aussi

celles que l'on appelle endocervicales qui sont celles du canal du col (qui se dirige vers le début de la cavité utérine).

La plupart des anomalies retrouvées concernent les cellules externes mais la possibilité d'anomalie du canal du col doit toujours faire rechercher la présence de cellules localisées à cet endroit de telle manière que l'on soit sûr de ne pas passer à côté d'une lésion certes rare mais qu'il convient néanmoins de dépister aussi.

Je rappelle ici que la plupart des anomalies des cellules du col décelées par les frottis de dépistage sont le fait d'agressions par des virus que l'on appelle papillomavirus dont certains peuvent conduire en l'espace de quelques mois ou années à un authentique cancer du col. L'intérêt du frottis est qu'il dépiste toutes ces anomalies *bien avant* leur transformation en cellules cancéreuses et donc permet d'envisager un traitement de destruction de ces zones anormales « colonisées » par le virus. Ceci est fait le plus souvent par laser de façon extrêmement simple. On comprend donc que la pratique régulière du frottis de dépistage soit capable d'éradiquer le cancer du col.

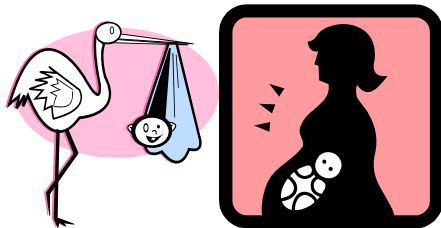
Il faut cependant comprendre que les éventuelles anomalies relevées par le frottis de dépistage ne peuvent constituer en elle-même un diagnostic : seule la *colposcopie* (examen du col à la loupe) permettra de faire un véritable diagnostic. Les frottis du col agissent ainsi en tant qu'élément d'*alerte*.

LES FROTTIS EN PHASE LIQUIDE

Nous pratiquons de plus en plus de frottis selon cette technique (je les pratique moi-même depuis plus de 5 ans) : un petit balai en plastique souple à usage unique prélève les deux sortes de cellules du col indispensables à une bonne analyse. Puis la tête du balai est plongée dans un petit flacon contenant un liquide adéquat. Les cellules du col y seront recueillies et ensuite

analysées au laboratoire. L'intérêt de cette technique : une très probable meilleure visibilité des éventuelles anomalies (et donc encore moins de faux négatifs) et aussi la possibilité de rechercher l'ADN d'éventuel papillomavirus dans le liquide longtemps après que le prélèvement ait été effectué.

DU COTE DES MAMANS



Les nausées :

La grossesse, surtout lors des trois premiers mois, entraîne souvent un état nauséux qui rend les débuts de la grossesse bien inconfortables. Mais il faut remarquer que certaines femmes n'ont jamais « mal au cœur », alors que d'autres savent reconnaître qu'elles sont enceintes au premier haut le cœur matinal !

C'est un des signes les plus précoces de la grossesse. Vomissements ou simples nausées apparaissent le plus souvent le matin ou au moment des repas. Une odeur (cuisine, tabac) peut les déclencher, mais on ne sait pas très bien quelle en est la cause exacte.

Une certaine mode d'explications psychologiques a fait évoquer à leur propos la peur de l'accouchement ou le refus, même inconscient, de bébé ! Mais alors pourquoi ces symptômes disparaîtraient-ils au cours du 4^{ème} mois ? Il semble plus plausible que ces malaises soient la réponse de l'organisme maternel aux bouleversements internes qu'il subit et notamment à la quantité fabuleuse d'hormones dont le placenta « inonde » les organes, et en particulier l'estomac qui en se contractant provoque « les fameuses nausées ». Quoi qu'il en soit on ne connaît guère pour l'instant de traitement bien satisfaisant. Tous les traitements actuellement sur le marché pharmaceutique sont plus ou moins inefficaces. Aussi semble-t-il bien inutile de faire des frais de comprimés, de sirops, de suppositoires prétendument adaptés à votre mal et dont l'effet sera illusoire la plupart du temps. Mieux vaut attendre que les choses se passent. Ces nausées doivent disparaître d'elles même au cours du 4^e mois au plus tard. Si les vomissements persistent bien entendu consultez votre médecin.

Je n'ai pas de bout de seins, puis-je allaiter ?

Deux situations schématiques peuvent se rencontrer :

- les « mamelons » peuvent être sortis par une simple stimulation aux doigts avec un peu de salive par exemple, et lorsqu'ils entrent en érection, la tétée est alors parfaitement réalisable. L'érection du mamelon se poursuivra tant que la séance d'allaitement n'aura pas pris fin.
- Rien n'y fait, toutes les stimulations demeurent parfaitement inopérantes et les mamelons restent obstinément enfouis à

l'intérieur de l'aréole. Une intervention chirurgicale ultérieure, à distance de l'accouchement, et une fois que l'allaitement aura pris fin, pourra éventuellement être envisagée. Dans le cas où l'allaitement n'est pas possible, il faut alors envisager de « couper » la montée laiteuse. Cela se fait grâce à l'ingestion de certains médicaments dits « antiprolactine » particulièrement efficaces.

Agée de 38 ans, et enceinte de 13 semaines, mon médecin me propose de faire une amniocentèse. Est-ce obligatoire ?

L'amniocentèse est un examen qui consiste à prélever (avec une longue aiguille, sous échographie) un peu de liquide de la poche des eaux afin d'y retrouver des cellules du fœtus que l'on va analyser en microscopie électronique. La carte chromosomique du bébé et la confirmation ou non de sa normalité pourront être alors obtenues, c'est ce qu'on appelle le caryotype. Le risque de trisomie 21 étant plus élevé après 38 ans, l'amniocentèse est proposée et est remboursée aux femmes enceintes de 38 ans et plus. Si l'amniocentèse venait à diagnostiquer une anomalie chromosomique, le choix donné aux parents serait alors celui de l'avortement thérapeutique ou de la continuation de la grossesse. L'amniocentèse n'est cependant absolument pas obligatoire ainsi que bien évidemment l'avortement thérapeutique qui serait alors proposé en cas d'anomalie chromosomique du bébé révélée par cet examen.

J'ai de l'herpès buccal, puis-je embrasser mon bébé ?

L'herpès est un virus qui a mauvaise réputation dans ce contexte : ainsi, lorsque les mamans ont la malchance de développer une crise d'herpès vulvaire au moment même de l'accouchement,

nous préférons, en général, effectuer une césarienne, qui évitera au bébé tout contact avec les voies génitales de la maman. En effet, le virus herpès peut provoquer chez le nouveau-né des méningites herpétiques gravissimes. Ici la situation est différente, vous avez un « bouton de fièvre » sur les lèvres : je vous propose, pour éviter tout risque d'infection de votre nouveau-né, d'éviter de l'embrasser pendant la semaine nécessaire à la disparition de cette lésion. Conseil d'ailleurs qu'il vous faut respecter pour tout votre entourage.

VRAI-FAUX

Enceinte, puis-je porter des lentilles de contact ?

La grossesse modifie la cornée, c'est à dire la partie transparente de vos yeux. L'endroit même où vous posez les lentilles. C'est ainsi que vos lentilles peuvent devenir trop « serrées ». Dans ce cas, vous pouvez avoir intérêt à utiliser des lentilles souples si vous étiez jusqu'ici « abonnée » aux lentilles rigides.

Votre vue aussi peut demander une correction différente, dans la mesure où la grossesse induit parfois des difficultés à voir de loin. Les modifications hormonales de la grossesse sont aussi responsables d'une raréfaction des larmes et donc de l'humidité de la cornée : cette notion d'œil sec peut venir aussi provoquer un certain nombre de petits signes d'intolérance.

C'est pour toutes ces raisons qu'en cas d'intolérance à vos lentilles survenant pendant la grossesse vous aurez à cœur d'alterner l'utilisation des lentilles et de lunettes de correction adaptées. Parfois même vous devrez vous résoudre à ne plus les utiliser en attendant patiemment l'accouchement pour les retrouver.

Vous ne devez pas porter de lentilles de contact lorsque vous vous rendez à la maternité pour accoucher. En effet, le port de lentilles de contact est totalement contre-indiqué en cas d'anesthésie.

VOS QUESTIONS ET MES REPOSES



J'oublie sans arrêt ma pilule. J'ai entendu parler du patch contraceptif. De quoi s'agit-il ? Est-ce que cela pourrait résoudre mon problème ?

Le patch contraceptif est un timbre cutané très fin de 4,5cm x 4,5cm de couleur chair. Vous le mettez en place pour une durée de sept jours consécutifs. Il diffuse exactement les mêmes composés qu'une « pilule comprimé » mini-dosée. Vous pouvez le poser soit sur la fesse ou l'abdomen ou la face extérieure du bras ou encore le torse (pas le sein). L'efficacité et la tolérance sont comparables à celles de la pilule. Par contre un geste fait une fois par semaine au lieu d'un par jour représente moins de contrainte et probablement pour vous moins d'oublis potentiels.

J'ai 35 ans. Cela fait trois ans que je n'avais pas de rapports sexuels. Je viens de recommencer mais je suis très inquiète car j'étais très étroite et cela m'a fait très mal. Qu'en pensez-vous ?

Il est tout à fait habituel qu'en l'absence de rapports sexuels pendant une période prolongée (par exemple plus de trois à six mois) le conduit vaginal qui est en fait un conduit fait de muscles et de muqueuse élastique se «rétrécisse » et en vienne à présenter un calibre fort diminué par rapport à ce qu'il était auparavant. Ne vous inquiétez pas, il ne s'agit pas d'une nouvelle « virginité » mais plutôt d'une réaction physiologique parfaitement attendue. Il faut donc comprendre que la pratique progressive des rapports sexuels redonnera bientôt rapidement à votre vagin ses caractéristiques habituelles. En attendant vous pouvez vous aider de la mise en place qui sera bien sûr très temporaire d'un lubrifiant (vendu en pharmacie).

Je veux pouvoir éviter mes règles pendant un ou deux mois : est ce possible ?

Oui mais avec l'aide de votre médecin et d'un traitement hormonal : vous pouvez par exemple discuter avec lui de l'opportunité de prendre par exemple deux plaquettes de pilules d'affilée sans observer les sept jours d'arrêt entre chaque plaquette : cette manière de faire peut vous économiser les règles pendant un cycle. Si vous êtes ménopausée et suivez un traitement de la ménopause vous pouvez par contre demander un traitement qui sera en permanence « sans règles » : dans 80 % des cas (surtout si la ménopause est ancienne de plus de 5 ans) on obtiendra l'absence de saignement malgré le traitement hormonal.

J'ai arrêté mon traitement hormonal substitutif car cela faisait plus de dix ans que je le prenais. J'ai eu la bonne surprise de constater que je n'avais aucun symptôme. Par contre, j'ai une décalcification de mes os assez avancée. Que me conseillez-vous ?

Le traitement hormonal substitutif de la ménopause sert à deux choses : effacer les symptômes de la ménopause et protéger le squelette de l'ostéoporose des femmes concernées.

Si vous n'avez plus de symptôme de la ménopause vous pouvez alors vous adresser à l'un des deux traitements qui représentent les alternatives au traitement hormonal substitutif pour protéger le squelette : le raloxifène et les bisphosphonates et... dès les prochains mois un nouveau médicament français (cocorico !) le ranélate de strontium : parlez-en à votre médecin.

J'ai des fuites d'urine car je n'arrive pas retenir des envies pressantes. Je ne comprends pas pourquoi mon médecin me refuse la fameuse intervention « T.V.T. » (par bandelette sous la vessie). Expliquez-moi.

L'intervention chirurgicale dont vous parlez ne concerne en principe que les femmes qui n'ont de fuites d'urine que lorsqu'elles font un effort comme la toux, l'éternuement,... etc et non pas les incapacités à retenir des envies pressantes. Dans ce dernier cas ce sont surtout des médicaments « calmants de la vessie » qui sont efficaces.

LES GYNECOLOGUES
ONT LU,VU,ENTENDU



Le trafic d'êtres humains, ça rapporte !

Les conclusions des experts de l'ONU réunis à Brasilia estiment qu'avec 7 milliards de dollars US par an le trafic d'êtres humains est la 3ème activité illicite mondiale parmi les plus lucratives (suivant de très près celui de la drogue et des armes). La prostitution tant des jeunes filles que des garçons alimente la majorité de ce trafic. Par exemple, ces experts estiment que 75 000 Brésiliennes se prostituent aujourd'hui en Europe.

La ligature des trompes ne perturbe pas les règles.

Des chercheurs d'Atlanta ont comparé pendant 5 ans 9 714 femmes stérilisées par ligature de trompes à 573 femmes non stérilisées mais dont le partenaire avait subi une vasectomie (stérilisation masculine). Les conclusions sont claires : les femmes qui ont été ainsi stérilisées n'ont aucune modification tant en durée de leurs cycles ou en abondance de leurs règles ou en fréquence de douleurs de règles, que celles qui ne l'ont pas été.

Les femmes se donnent les moyens d'être attentives.

Une étude réalisée par la faculté de médecine de l'université de l'Indiana ayant porté sur 10 hommes et 10 femmes montre que les femmes, lorsqu'elles écoutent, utilisent les neurones des parties droites et gauches de leur cerveau tandis que les hommes n'utilisent eux que... la partie gauche de leur cerveau ! Cette expérience a pu être réalisée grâce à une technique de scanner et d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

C'est peut-être ici la notion qui expliquerait comment les femmes sont capables, au contraire des hommes, d'écouter deux conversations à la fois.

Bientôt des timbres cutanés pour l'andropause.

L'andropause est caractérisée par la baisse de la quantité d'hormone testostérone mâle dans le sang des hommes. On considère que cette diminution pourrait intéresser entre 10 à 30% des hommes âgés de plus de 50 ans. L'idée de leur donner un traitement hormonal, à l'instar de celui de la ménopause chez leur compagne dont les ovaires se sont arrêtés, est en train de faire son chemin. Bien entendu les conséquences néfastes de cette prescription sont aujourd'hui à l'étude et en particulier l'éventuelle augmentation du risque de cancer de la prostate.