

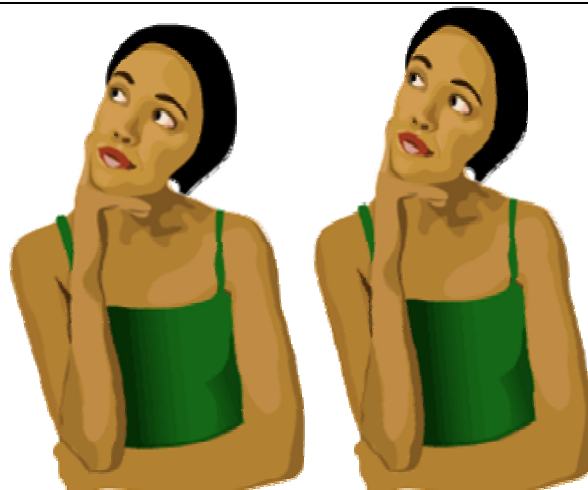


**BULLETIN D'INFORMATIONS GYNECOLOGIQUES
DU Dr DAVID ELIA
No 9-SEPTEMBRE 2005-**

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

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

**NUMERO CONSACRE A
« LA GYNECOLOGIE
DE TOUS LES JOURS »**





RETROUVEZ TOUTES CES INFOS ET BIEN D'AUTRES SUR MON SITE :

Visitez : www.docteurdavidelia.com

Bonjour !

Je suis heureux de vous adresser ce neuvième bulletin d'informations gynécologiques entièrement consacré à la « gynécologie quotidienne ».

Bonne lecture et bonne rentrée !

L'ACTUALITE DU MOIS



LE MOIS D'AOUT EST DECLARE MOIS MAUDIT POUR LES

FEMMES ET LEURS GYNECOLOGUES !

A quoi pensiez vous donc en ce dernier mois d'août ?

Sûrement pas qu'une nouvelle violente polémique allait survenir et incendier à nouveau les esprits !

Pourtant ne savez vous pas que le mois d'août est désormais définitivement déclaré « mois maudit » pour les femmes et les gynécologues ?

L'étude américaine sur le THS (Traitement Hormonal de la Ménopause) (WHI) en août 2002, l'étude anglaise sur le même sujet, MWS en août 2003.....mais rien en août 2004 : on pouvait se laisser aller à espérer que août 2005 serait calme aussi.

Pensez vous !

La nouvelle fera sans doute les choux gras des médias féminins cet automne et nous sommes déjà prêts à répondre à vos questions plus ou moins angoissées !

Car après le THS c'est maintenant le tour de la pilule !

Allez tournez manège !

Car, Mesdames et Messieurs, voici les conclusions du CIRC, l'agence de recherche sur le cancer de l'Organisation Mondiale de la Santé :

“After examining all the evidence, the Working Group classified combined oral contraceptives as carcinogenic to humans (group 1) ».

Ce groupe de travail a donc conclu que les contraceptifs oraux estroprogestatifs sont cancérogènes (Groupe 1),

Rassurez vous, le THS fait bien sur lui aussi partie de la charrette du CIRC : il n'y avait aucune raison de bouder son bon plaisir !.

Les 3 cancers incriminés sont le sein, le col et le foie (pour ce dernier tout du moins on accepte de nuancer l'annonce en disant que cela est vrai« dans les populations où l'infection par l'hépatite B et les maladies hépatiques chroniques, deux causes majeures de cancer du foie, enregistrent une faible prévalence ».

On accepte cependant aussi de dire que le nombre de cancers de l'ovaire et de l'endomètre sont diminués par l'usage de la pilule.

On avoue enfin ne pas disposer d'études de bonne qualité (randomisées avec placebo- impossibles en matière de contraception) mais seulement d'études de faible poids statistique.

Remarquez, moi je m'y attendais depuis longtemps dans l'état d'esprit réactionnaire « anti- femmes moderne » actuel.

Demain on s'attaquera à la péridurale et à la Fécondation in vitro et le cercle sera complet : tous les superbes acquits féminins autorisés depuis 40 ans par les progrès médicaux seront remis en question et...vous n'aurez plus qu'à rentrer à la maison, faire des enfants et le ménage comme vous n'auriez jamais du cesser de le faire !

Maintenant nul doute que si l'information ne fait pas long feu, les dégâts seront ici sans aucune mesure avec ceux provoqués depuis 2002 chez les utilisatrices de THS : dans le monde, plus de 100 millions de femmes (près de 10% des femmes en âge de procréer) utilisent ce moyen de contraception.

Ah ! Mes pauvres amies on vit, comme on dit on vit une époque bien agitée ! Grâce à la pilule et aux grossesses non désirées et à leurs IVG ainsi évitées on échappait pourtant depuis quelques décennies à une morbidité et une mortalité sans comparaison possible avec les pires cauchemars statistiques de nos experts épidémiologistes qui – il faut en prendre conscience – mènent désormais le monde médical au grand Dam des cliniciens comme moi qui faisons décidément un métier très différent dans la mesure où nous vous rencontrons tous les jours avec vos individualités et différences alors qu'ils ne traitent que de chiffres et de populations au sein desquelles... l'individu n'existe tout simplement pas !.

Et bientôt, vous verrez que, dans une logique toute « Scientífico-Statístico-Absurdo », on va conclure qu'il vaut mieux que nos vieux crèvent au plus vite car en allongeant leur durée de vie, décidément les derniers progrès de la médecine augmentent de façon « statistiquement significative » le nombre de maladies d'Alzheimer, de...cancers et d'accidents cardiovasculaires !

Allez, bonne rentrée d'automne quand même.

GYNECOLOGIE DE TOUS LES JOURS



L'INCONTINENCE URINAIRE AU FEMININ

On imagine toujours que l'incontinence urinaire ne concerne que les très vieux du 3^{ème} ou 4^{ème} âge. En fait, il s'agit d'un symptôme beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit. Perdre quelques gouttes d'urine peut devenir, si le symptôme est permanent, un véritable enfer. Dire qu'il s'agit encore d'un tabou est une évidence.

Nombre de femmes vivent aujourd'hui cet inconfort complètement résignées. Pourtant des thérapeutiques efficaces existent, il serait dommage que vous vous en passiez.

I L Y A INCONTINENCE ET INCONTINENCE

Ecartons tout de suite les pertes de quelques gouttes d'urine occasionnelles survenues lors d'un effort intense ou d'un fou rire : le symptôme ne devient gênant que lorsqu'il vous empêche de mener une vie normale.

A la question : « avez-vous parfois des fuites d'urine ? », les femmes ont toujours tendance à répondre oui. C'est la raison pour laquelle il faut immédiatement compléter la question d'un : « Est-ce que c'est fréquent ? », « Etes-vous obligée de vous protéger ? ».

On distingue ce que l'on appelle l'incontinence d'urine d'effort (IUE) des incontinenances d'urine par « impériosité » de la vessie.

Dans le premier cas (IUE) c'est lorsque vous tousssez, éternuez, faites un effort, que la pression augmente brusquement dans votre ventre et que vous perdez quelques gouttes ou plus. Les fuites sont totalement involontaires et vous ne percevez l'évènement qu'une fois réalisé.

Toutes différentes sont les fuites d'urine par « impériosités » : vous avez tellement envie d'uriner, le besoin est si impérieux qu'il vous est absolument impossible d'attendre de trouver un endroit pour vous soulager : des fuites surviennent alors que vous tentez désespérément de vous retenir.

Il existe aussi des fuites d'urine de mécanisme mixte : vous avez des fuites aussi bien par incontinence d'effort que par « impériosités ».

P OURQUOI PERD-ON SES URINES ?

La vessie est un organe éminemment « intelligent » qui, pour se remplir et s'évacuer au bon moment, nécessite nombre de mécanismes mettant en jeu aussi bien les influx nerveux que les hormones que la musculature de la vessie voire même de sa position dans le bas ventre.

C'est la raison pour laquelle lorsqu'elle est un peu « abaissée » (éventuellement après un accouchement par exemple) elle n'est plus capable d'enregistrer simultanément une hausse de pression dans votre ventre (par exemple lorsque vous poussez en éternuant) et dès lors **ne peut avertir son sphincter** (son « robinet d'arrêt ») **à temps** : l'ordre de fermeture est bien envoyé au sphincter musculaire mais quelques fractions de secondes trop tard : les fuites surviennent.

Pour ce qui concerne les fuites par « impériosités » le mécanisme est tout différent : la vessie, normalement, se remplit passivement sans réagir pour atteindre des contenances de 300 à 400 voir 500 cm³. Lorsqu'elle est enfin pleine, elle déclenche un signal nerveux pour vous avertir qu'il faut la vider : c'est le moment où vous ressentez le besoin d'uriner. Lors des fuites par « impériosité », la vessie envoie ce signal d'évacuation de l'urine beaucoup trop tôt, pour des quantités *ridicules* d'urine (50-150 cm³). Vous ressentez alors un besoin irrésistible et immédiat d'uriner. Gare à vous si les toilettes sont inaccessibles : les fuites surviennent.

LES CIRCONSTANCES DE L'INCONTINENCE D'URINE AU COURS DE LA VIE

◆ LES GROSSESSES

C'est le plus souvent dans les semaines qui suivent l'accouchement (parfois pendant même la grossesse) que l'on peut faire connaissance avec le symptôme : on éternue, on tousse, on pousse et, oh surprise ! quelques fuites d'urine surviennent. Le mécanisme de cette incontinence d'effort est relativement simple à comprendre : le passage de la tête puis du corps de l'enfant au travers de l'étroit défilé aménagé par le périnée (l'ensemble des muscles et des structures molles que l'enfant traverse en sortant de l'utérus) explique que la vessie « descend » un peu. Beaucoup d'accouchées feront connaissance avec cet inconvénient. Certaines auront besoin d'une rééducation périnéale énergique (voir plus loin) pour recouvrer un tonus suffisant du périnée.

◆ LE SPORT

Alors que l'on n'a peut-être jamais accouché et à fortiori si on a déjà eu un ou plusieurs enfants, les sports provoquant une pression subite dans le bas ventre tels que par exemple le tennis, le squash, le jogging... etc, peuvent être à l'origine d'authentiques incontinenances d'urine d'effort.

◆ LA MENOPAUSE

C'est ici un ensemble de causes qui peut concourir à l'apparition soit d'une incontinence d'urine d'effort soit à une incontinence d'urine par impériosités.

Les femmes de 50 ans ou plus ont en effet le plus souvent accouché au moins une fois, ne sont plus imprégnées d'hormones estrogènes (qui ont une action très importante sur le tonus musculaire de la vessie), tandis que la musculation générale du périnée (comme celle du corps en général) a perdu beaucoup de son tonus. On rencontre chez ces femmes l'un ou l'autre type d'incontinence, parfois les deux mélangés.

◆ CERTAINES MALADIES NEUROLOGIQUES

La maladie de Parkinson, la sclérose en plaque par exemple... parce qu'elles ont une action négative sur le tonus nerveux de la vessie sont souvent accompagnées d'incontinence d'urine.

L'INSUFFISANCE DU SPHINCTER

Le sphincter de la vessie est un manchon musculaire qui, pour être efficace, doit être bien tonique tandis que son système de commande (diverses voies nerveuses) doit être particulièrement opérationnel. L'insuffisance sphinctérienne est confirmée lorsque la vessie ne peut plus retenir la moindre pression de liquide en raison d'un sphincter totalement inefficace. Dans ces cas, la mise en place d'un sphincter artificiel représente souvent une solution certes coûteuse mais capable de restaurer une bonne autonomie.

LES TRAITEMENTS DE L'INCONTINENCE URINAIRE

Les fuites occasionnelles et exceptionnelles ne doivent pas être traitées. Pour toutes les autres et en particulièrement celles qui nécessitent que l'on mette en place des protections, on peut envisager :

➤ La rééducation périnéale,

Faite par les sages femmes ou les kinésithérapeutes spécialisés à l'aide de sonde vaginale et d'un dispositif électrique de stimulation musculaire, les séances de rééducations sont bien efficaces sur l'incontinence d'urine d'effort et à un moindre degré sur celle par « impériosités ». Il faut compter une quinzaine de séances (chacune dure une vingtaine de minutes) pour obtenir des effets positifs. Remboursées par la Sécurité Sociale.

➤ Les médicaments

Il s'agit de ceux que l'on appelle les anticholinergiques. Il s'agit de véritables « calmants » de la vessie. Ils ne guérissent pas mais permettent d'éliminer le

symptôme d'impériosités pour quelques heures (ils ne sont absolument pas efficaces sur l'incontinence d'urine d'effort). Ils ont des effets secondaires à type de sécheresse de la bouche. Ils ne doivent pas être prescrits en cas de glaucome. Administrés juste avant le coucher ou encore en prévision de plusieurs heures sans « toilettes facilement disponibles », ils restaurent un sommeil et une qualité de vie tout à fait remarquables. Dans le même ordre d'esprit les estrogènes du traitement hormonal substitutif de la ménopause sont de nature à améliorer aussi bien les symptômes d'incontinence d'urine d'effort que de celles par impériosités. Il faut savoir y penser.

Enfin, certains médicaments utilisés traditionnellement pour soigner le rhume (sous forme de comprimés) ont aussi la propriété de renforcer le sphincter de la vessie et sont donc aussi prescrits dans ce contexte.

➤ **Les cônes vaginaux**

Ils sont de retour dans notre pays après une éclipse de plusieurs années. Il s'agit de « poids » à placer dans le vagin comme un tampon et à conserver tout en vaquant par exemple à ses occupations. C'est en quelque sorte un « outil de musculation » du périnée efficace pour l'incontinence d'urine d'effort et à un moindre degré pour l'incontinence par impériosités. Intelligent et facile d'emploi.

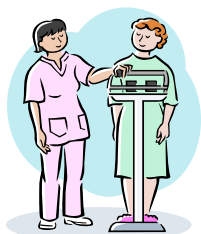
➤ **La chirurgie**

Attention elle n'a aucune raison d'être entreprise pour les incontinenes par impériosités ni pour les incontinenes par insuffisance du sphincter (cela pourrait même empirer la situation dans ces contextes).

La chirurgie est en fait réservée à l'incontinence d'urine d'effort. A ce sujet, elle doit être envisagée lorsque plusieurs tentatives de rééducation périnéale se sont révélées inefficaces.

Une technique d'origine suédoise, le T.V.T., a complètement révolutionné la façon d'opérer : il s'agit de la mise en place d'un fil de prothèse souple juste sous la vessie comme un hamac en pratiquant seulement 2 points d'incision de part et d'autre du pubis. L'intervention se fait sous anesthésie locale en trente minutes. Le lendemain vous êtes chez vous. Les résultats sont en tout point comparables à ceux des anciennes techniques qui consistaient après avoir ouvert le ventre à « remonter la vessie ».

DU COTE DE VOTRE POIDS



Quand on ne sait pas ce que satiété veut dire

Il faut identifier le ou les problèmes auxquels vous avez répondu en modifiant votre façon de vous alimenter. Ce peut être facile : un événement important tel qu'un deuil, une séparation ne feront pas de mystère et vous n'avez besoin de personne pour pouvoir relier dans ce cas le grignotage et la prise de poids concomitants à cet événement. Mais souvent, le stress est plus sournois et finalement plus toxique dans la mesure où il est chronique : c'est une insatisfaction d'ordres professionnel, sexuel, des frustrations quotidiennes, des soucis matériels, une situation de danger (intellectuel ou physique) permanente (guerre, caissiers de banque, contrôleurs aériens,...), mais il est pourtant fondamental de les reconnaître afin d'y rattacher le trouble alimentaire. Car prétendre ici résoudre un problème de poids en méconnaissant les origines du trouble de l'alimentation est une entreprise stupide, qui plus est inefficace au mieux et, au pire, pouvant provoquer une accentuation des symptômes par les mesures alimentaires restrictives inadéquates éventuellement conseillées.

C'est la raison pour laquelle il ne faut pas vous étonner que l'on puisse chercher " dans votre tête " l'origine de votre surpoids, l'explication de vos travers alimentaires, les échecs de vos tentatives passées d'amaigrissement. Cela ne veut pas dire que vous êtes " folle " ! Il s'agit tout simplement de tenter de trouver la " vraie " solution au problème qui vous a amené à consulter le médecin que vous avez en face de vous. Il n'est pas toujours aisé d'agir sur l'environnement stressant : que peut à vrai dire le médecin contre un licenciement, une rupture sentimentale, la maladie d'un être aimé ? Rien de plus que vous, voire même moins. Mais en vous montrant du doigt la cause de votre surpoids, il va vous éclairer au mieux quant à l'adoption d'une autre stratégie face à ce stress. Vous ne devez plus ignorer la dimension psychologique de votre problème, car sa connaissance va même, dans de nombreux cas, vous aider à trouver une solution à votre problème de poids. Et parfois vous prendrez conscience, avec votre médecin, que la " béquille " représentée par votre nouveau mode alimentaire est un pis-aller : il n'est peut-être pas judicieux de vous en priver à un moment précis de votre

histoire si vous n'êtes pas capable de " marcher sans soutien ", ponctuellement ou même durablement. Je suis tout simplement en train de vous expliquer que, parfois, il vaudra mieux supporter compulsions et/ou grignotages comme des travers moins préoccupants que le vécu d'une angoisse – avec toutes les conséquences destructrices qu'elle peut impliquer dans notre corps – provoquée par un événement extérieur que nous ne savons pas, ou mal, résoudre. Ainsi, les actions que nous pouvons entreprendre dans le sens restrictif de votre alimentation risquent d'être parfois des facteurs d'entretien des troubles de votre comportement alimentaire ; ce qui reviendra à rendre totalement illusoire l'idée d'une quelconque perte de poids, qui augmentera encore les compulsions, grignotages et autres dérapages alimentaires. Ces derniers obligeant à resserrer encore la restriction alimentaire, etc.

Votre médecin généraliste, gynécologue nutritionniste, votre conjoint, vos proches seront parfois incapables de vous aider à identifier le ou les stress qui vous conduisent au comportement alimentaire dont vous vous plaignez. C'est la raison pour laquelle, pour résoudre ou tenter de résoudre votre problème nutritionnel, il vous faudra vous tourner vers des techniques telles que :

- la psychothérapie : la consultation de psychothérapie est l'occasion de " faire le point ", de " voir clair " d'identifier les problèmes, de " mettre de l'ordre ", de vous donner les moyens de repérer les différentes stratégies pouvant apporter une solution... Cela n'exclut évidemment pas que vous soyez conseillée " sur le plan alimentaire ", car souvent la clé du " problème " n'entraînera pas automatiquement une perte de poids ;
- les thérapies comportementales : elles peuvent aussi être d'un grand secours dans ce contexte. En vous " déconditionnant " et en vous " reconditionnant " à tel ou tel symptôme : ainsi, on peut parfaitement vous déconditionner du chocolat si vous êtes atteinte de ce que l'on appelle la chocolatomanie ! Bien évidemment, ici on élude les causes profondes de cette chocolatomanie mais il n'est pas interdit, par une psychothérapie associée, de partir à leur recherche dans le même temps.

DU COTE DES MAMANS



JE VOUDRAIS FAIRE UN ENFANT A 40 ANS :

LES CONSEQUENCES D'UNE GROSSESSE TARDIVE :

- POUR LA MAMAN

A moins que vous n'ayez une santé fragile (diabète, obésité, hypertension artérielle...) le corps féminin est tout à fait apte autour de la quarantaine à assumer le « travail » d'une grossesse. Il faut cependant compter avec les complications possibles, toujours plus fréquentes que chez les jeunes mamans : 2 à 3 fois plus d'hypertension artérielle, de diabètes, d'anomalies d'insertion du placenta, entre une et deux fois plus d'accouchements prématurés, des forceps plus fréquemment nécessaires et surtout une fréquence de césariennes qui augmente considérablement.

- POUR LE BEBE A NAITRE

C'est le vieillissement des ovules qui explique très probablement cette difficulté à concevoir. Il faut s'attendre à l'augmentation du nombre d'anomalies chromosomiques de l'enfant, en particulier de trisomie 21 : de 2 trisomies pour 15 000 grossesses à 20 ans il faut compter 30 trisomies pour 15 000 grossesses à 40 ans et 100 trisomies pour 15.000 grossesses à 50 ans.

Il faut aussi certainement s'attendre à un nombre plus important de complications de la grossesse tels que les retards de croissance, la grande prématurité.

Ces considérations ne doivent absolument pas décourager les femmes autour de la quarantaine de faire un bébé car en nombre absolu ces complications ne représentent encore que peu de choses. La vraie problématique reste de pouvoir être enceinte ce qui, au fur et à mesure qu'on s'éloigne de son quarantième anniversaire va être souvent de plus en plus ardu : soit il devient impossible d'obtenir une fécondation et donc le début d'une grossesse, soit

l'on est entraîné dans un cycle infernal de fausses couches spontanées à répétition.

L'aide du gynécologue peut ici cependant être déterminante : la stimulation ovarienne, les traitements hormonaux sont assez longtemps de nature à corriger cette baisse de la fécondité.

COMMENT DEPISTER LES ANOMALIES CHROMOSOMIQUES ?

C'est ce que l'on appelle le DPN (diagnostic prénatal)

C'est l'amniocentèse (voir plus loin) qui est proposée à toutes les femmes dont l'âge est au moins de 38 ans. Cet examen donne une information définitive sur la formule chromosomique de l'enfant. On peut aussi faire appel à un examen plus précoce : la biopsie du placenta. D'autres techniques telles que l'échographie de la 12^{ème} semaine et un dosage sanguin entre la 14^{ème} et la 17^{ème} semaine de vos dernières règles donnent des informations primordiales.

Bien entendu ces examens ne sont à faire que si l'on envisage un avortement thérapeutique en cas de réponse positive.

EN CONCLUSION : faire un enfant à la quarantaine n'est pas, pour l'immense majorité des femmes une épreuve physique impossible. De nombreuses stratégies de prévention sont aujourd'hui capables de l'informer sur la conformité chromosomique de son enfant en lui laissant alors le choix de continuer ou non la grossesse.

LE DIAGNOSTIC PRENATAL : 4 TECHNIQUES A NOTRE DISPOSITION

❖ **L'AMNIOCENTESE**

Cet examen consiste à ponctionner un peu de liquide de la poche des eaux vers le 3^{ème} mois ½ de la grossesse. Les cellules du fœtus sont ainsi recueillies et peuvent être analysées au microscope électronique. La formule chromosomique de l'enfant est alors obtenue. Cela se fait « en ambulatoire » et n'est pas douloureux. Il peut pourtant se compliquer d'une fausse couche

spontanée (dans 0,7% des cas). Enfin, s'il détecte bien la trisomie 21 on ne peut pas lui demander de détecter *toutes* les anomalies.

❖ LA BIOPSIE DU PLACENTA

L'examen consiste après avoir mis un spéculum à faire une biopsie du placenta à travers le col de l'utérus. Il peut être réalisé dès le 2ème mois de la grossesse, il donne grosso modo les mêmes résultats que l'amniocentèse mais sa réalisation s'accompagne de 2% de risque de fausses couches spontanées.

❖ LA CLARTE NUCALE

Dès la 12ème semaine d'absence de règles, l'échographiste peut repérer cet espace derrière la nuque du fœtus. Une épaisseur égale ou supérieure à 3mm est un signe qui doit conduire à l'amniocentèse.

❖ LE DOSAGE DE L'HORMONE GONADOTROPHINE CHORIONIQUE

Cet examen (une prise de sang) est effectué entre la 14ème et la 17ème semaine d'absence de règles oriente aussi sur l'obligation ou non de pratiquer une amniocentèse lorsqu'il répond que l' « on appartient ou non au groupe à risques accrus de trisomie 21 ».

VOS QUESTIONS ET MES REPONSES



Après un tout petit cancer du sein, il y a 2 ans, dont on m'a affirmé que j'étais maintenant guérie, quel est le rythme des consultations et quels seront les examens que l'on me demandera ?

D'une manière générale, une mammographie annuelle s'impose, ainsi que les marqueurs du cancer du sein (il s'agit d'une simple prise de sang) que sont surtout le CA-15-3 et l'ACE ; une radio de poumons, une échographie

abdominale et pelvienne, dans certains cas particuliers, une scintigraphie osseuse seront éventuellement prescrits ou non, et à un rythme qu'il convient de déterminer cas par cas.

L'examen clinique reste essentiel avec palpation des seins tous les six mois.

Depuis que j'ai arrêté mon traitement hormonal substitutif parce que j'avais peur de tout ce que l'on dit, j'ai remarqué que j'avais pris plusieurs kilos situés uniquement sur mon ventre. Mes cuisses et mes fesses sont restées les mêmes.

Oui, c'est un fait connu : dès lors que l'organisme féminin est privé de ses hormones sexuelles, et en particulier des estrogènes, la graisse qui avait tendance à se localiser dans le bas du corps (fesses et cuisses) va se placer dans les « endroits masculins » : le haut du corps et en particulier le ventre. Cette graisse est inesthétique, certes, mais elle représente aussi un facteur d'augmentation du risque cardiovasculaire, voire même du cancer du sein.

J'ai 28 ans et je prends la pilule depuis dix ans. Je souffre de migraines véritablement terribles pendant deux jours, qui se situent toujours dans les jours d'arrêt de ma pilule. Y-a-t-il quelque chose à faire ?

Vous souffrez de migraines dites « cataméniales ». Elles sont en général l'expression de la chute des estrogènes (induite dès lors que vous avez terminé votre plaquette de pilule). Vous devez en discuter avec votre médecin qui pourra décider avec vous, peut-être, de rajouter des estrogènes pendant chacun des sept jours d'arrêt, et ce, en attendant la pilule sans règle qui devrait faire son apparition dans le courant des années 2006-2007.

On m'a parlé d'un vaccin contre le cancer du col. Est-ce vrai ?

L'immense majorité des cancers du col est en fait provoquée par des lésions, au départ bénignes, dues à des infections par les papillomavirus, une vaste famille de plus de 100 virus proches de ceux des verrues. Oui, on vous a bien renseignée : ce vaccin sera disponible probablement en 2006 et immunisera les femmes contre les principaux papillomavirus induisant ces lésions particulièrement dangereuses. Dès lors, il est probable que les frottis du col (qui dépistent justement ces lésions à papillomavirus) ne deviendront pas,

certes inutiles, mais verront sans doute leur fréquence diminuer chez les femmes vaccinées. Je rappelle qu'il existe encore 2 000 françaises qui meurent chaque année de ce cancer.

LES GYNECOLOGUES ONT LU,VU,ENTENDU



Le TVT confirme sa réussite : Le TVT (Tension Free Vaginal Tape) est en passe de définitivement révolutionner la chirurgie de l'incontinence d'urine aujourd'hui. Le succès de cette intervention est calculé à 80%. Rappelons ici que la durée d'hospitalisation n'excède pas la journée dans 97% des cas.

Une étude récente étudie l'attitude des mamans vis-à-vis de la contraception de leur fille. La moyenne d'âge des mamans est de 47 ans tandis que celle des filles était de 21 ans. Près de la moitié des mamans utilisaient la pilule tandis que près de 40 % d'entre elles portaient un stérilet. 38 % pensaient que la pilule était dangereuse et 77,7 % d'entre elles avaient abordé le sujet de la contraception avec leur fille. Enfin, plus le milieu socioculturel était élevé et plus l'attitude des mamans pouvait être qualifiée de « libérale ».

Deux radiologues français sur trois ont renoncé à faire les échographies de grossesse. C'est une étude qui a été réalisée par e-mail auprès de 208 praticiens. Les raisons de cette décision sont l'augmentation des primes d'assurance (de l'ordre de 2.500 euros) et aussi bien entendu le nombre de procès dont le nombre va en augmentant de façon rapide. Ceux qui n'ont pas renoncé sont surtout ceux qui ont une pratique importante (entre 300 et 500

examens par an) et les échographistes « exclusifs » (ils ne font que des échographies), et enfin les gynécologues obstétriciens.
