



## BULLETIN D'INFORMATION N° 40 – JUIN 2008

- ❑ 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



## Le principe de précaution a encore frappé !

Si vous êtes lecteurs de la presse nationale du dimanche vous aurez sans doute été interpellé(e)s le 15 juin par « L'appel des vingt scientifiques contre le portable » (sic). Véritable manifeste du style « on vous dit rien, on vous cache tout ! »

Les faits : quelques milliards de portables utilisés depuis 15 ans sans toxicité évidente. L'appel : « Question risques, rien de neuf mais...tout cela n'augure cependant rien de bon et... pourrait même se dégrader » ! (Je décode l'appel).

Et voici pourtant nos 20 valeureux Croisés qui partent en croisade contre des moulins à vent tels autant de Don Quichotte en vadrouille.

Bien qu'il ne s'agisse pas de gynécologie je vous en parle ici car c'est le fameux principe dit « de précaution » qui vient en fait de frapper, une fois de plus.

Alors comme ils n'avaient décidément rien de bien concret à annoncer au monde scientifique ce n'est pas dans le Lancet ou autre New England Journal que les 20 scientifiques vont sévir : pourquoi pas choisir à la place le bon vieux Journal Du Dimanche qui en recherche obsessionnelle de « scoop » - vrai ou faux- sera trop heureux de l'aubaine. Aussitôt dit aussitôt décidé ! Démagogie, démagogie et encore démagogie ! Puisque le monde scientifique reste incrédule c'est donc au bon peuple qui frissonne chaque jour à l'annonce des nouveaux risques du jour que l'on va distiller la peur.

Alors cet Appel du JDD était-il justifié ? Bien sur que non ! Et on peut tout de même se poser ici quelques questions :

- La médecine répond-elle désormais aux grands principes de la publicité, du « Gling-Gling » à paillettes, du marketing sauvage ?

Le principe de précaution quand il confine à l'absurde, quand il entretient une paranoïa collective, quand il immobilise le progrès, quand de plus il sert, comme ici, à la promotion

Ah, ça ! Pour un bon coup de presse ce fut réussi ! Croyez en votre serviteur, « vieux routier » des medias. Dame ! On en parlera encore le lendemain sur toutes les TV, radios, feuilles de chou de France et de Navarre !

Le « on ne sait jamais », le doute qui stérilise, inhibe, interdit avant même de savoir vraiment : on y est vauté en plein !

Avoir peur de son ombre ! Tout peut être dangereux ! Méfions nous de tous et de toutes !

Oui, cette utopie du risque 0 n'a pas fini de nous empoisonner.

L'étude INTERPHONE\* est une étude statistique aux nombreux biais du fait de sa méthodologie, des portables bien changés depuis 10 ans, des données résultats d'interrogatoires incertains et d'anamnèses imprécises...Bref quand on en aura les résultats on glosera beaucoup encore, on n'omettra pas d'affoler éventuellement les populations (exercice de style aujourd'hui quasi obligatoire), et... on décidera sans doute que l'étude ne vaut pas tripette et qu'il en faut une de méthodologie supérieure !

- Les 20 scientifiques en question n'ont-ils pas surtout cédé aux sirènes du grand coup de pub personnel ?
- Le grand public, profane des choses scientifiques, proie facile par essence, peut-il être en permanence trompé, malmené, abusé de la sorte en toute impunité ?

personnelle de quelques uns est inacceptable. Je plaide ici pour l'**inconstitutionnalité** du principe de précaution.

\*Les résultats de l'étude « INTERPHONE » multicentrique (13 pays) dont certaines analyses partielles ont déjà été publiées seront bientôt disponibles. Elle s'intéresse à 6600 tumeurs. Ce sont 2700 gliomes : en regroupant les

données anglaises et nordiques, on parvient à un RR identique. Puis 2400 méningiomes : pas d'augmentation du risque ; puis 1100 neurinomes de l'acoustique : 6 études et augmentation du risque de 1,39 à peine significatif pour les utilisateurs de > 10 ans. Pas de quoi fouetter un chat !

**Bibliographie complète :** <http://www.rfcom.ca/programs/interphonefr.shtml>

## Vous et Votre Poids



### Les causes de la Cellulite (suite)

#### LES INSUFFISANCES VEINEUSES ET LYMPHATIQUES ASSOCIEES

Oui, je dis “ associées ” : je considère que ces dégradations de la situation veineuse et lymphatique ne sont pas créées par la cellulite mais tout simplement éventuellement aggravées par la présence de tissu gras. C'est un fait commun et vous pouvez le vérifier tous les jours, la circulation veineuse des femmes est soumise à rude épreuve et ce, tout au long du cycle (avec souvent une insuffisance marquée dans la période prémenstruelle chez certaines), pendant les grossesses bien évidemment, et tout simplement en raison de ce qu'il est convenu d'appeler le poids des années qui n'arrange

Lorsque cette insuffisance veineuse, relativement caractéristique du sexe féminin, rencontre un tissu tel que la graisse il y a, comme on le dit en météorologie, un “ conflit ”. Et c'est ainsi que l'on décrit souvent une dégradation vasculaire faisant partie intégrante

rien. Ici comme ailleurs, la génétique est reine : “ Dis-moi l'état veineux des femmes qui t'ont précédée dans la famille et je pourrai te raconter tes veines présentes et à venir. ” En ce qui concerne la circulation lymphatique, les choses sont un peu plus obscures car il s'agit d'un domaine encore peu exploré et dont, à vrai dire, on ne connaît pas grand-chose. Ainsi, vous avez ou vous aurez de toute façon, très probablement, sauf les chanceuses protégées, quelques misères veineuses au cours de votre vie.

des composants de la cellulite, alors qu'à mon sens il n'y a là que la coexistence, en un même endroit de votre corps, d'une insuffisance veineuse et d'une accumulation graisseuse.

Cette distinction peut vous sembler futile, mais elle est fort importante et explique pourquoi toutes les “ armes anti-cellulites ” veineuses et

lymphatiques peuvent améliorer la situation de façon intéressante mais ne peuvent rien contre l’amas graisseux lui-même.

## PEUT-ON “ MESURER ” LA CELLULITE ?

Je dois dire qu’en général vous êtes celle qui êtes le plus à même d’apprécier le volume de cet amas graisseux, que l’on appelle aussi dans notre jargon médical une lipodystrophie

localisée. L’épreuve du jean, du maillot de bain lorsque l’été arrive remplace souvent les moyens les plus sophistiqués dont nous puissions disposer pour mesurer son volume.

On peut employer :

### • Le centimètre

Il représente encore le moyen le plus économique à notre disposition (mais qui manque souvent de précision faute de pouvoir toujours mesurer les mêmes circonférences) ;

### • L’échographie

Elle donne une épaisseur de la couche graisseuse exprimée en millimètres ou en

centimètres et permet de faire des photos, de suivre l’évolution sous l’effet d’un traitement ;

### • La densitométrie

C’est évidemment un examen de choix pour déterminer la composition corporelle totale et éventuellement pour calculer le pourcentage de masse graisseuse d’une localisation particulière tels les cuisses ou l’abdomen.

## LES SOLUTIONS A LA CELLULITE

### • Vous en aviez peu ou pas entre 16 et 25/30 ans

Et il vous semble qu’elle “ vous est venue ” à l’occasion de circonstances qui, pour le gynécologue que je suis, restent stéréotypées :

- lors d’un stress majeur ;
- à l’occasion d’une grossesse ;
- à force de vous battre contre un méchant syndrome prémenstruel qui, mois après mois, ajoute à votre poids 100 g, puis 150, puis 80, puis 120, etc. ;
- vous vivez depuis plusieurs mois ou années une péri-ménopause particulièrement agitée avec ses désordres hormonaux, ses poussées d’estrogènes, ses périodes épouvantables de bouffées de chaleur et de “ coups de barre ” ;
- vous êtes en pleine ménopause ou vous n’en finissez pas de la vivre, noyée dans les symptômes de l’insuffisance estrogénique (bouffées de chaleur, suées...). Vous faites donc partie de ces femmes qui nous annoncent lors de la consultation : “ Docteur, je n’ai jamais eu de cellulite de ma vie et me voici maintenant envahie... ! ”

Cette arrivée insolite de la cellulite vous désole mais elle s’explique fort bien en général par la prise de quelques kilos de graisse qui, parce que vous êtes une femme, iront tout préférentiellement se localiser sur vos cuisses

et vos fesses — si vous étiez un homme cette graisse aurait décidé de s’implanter au niveau de l’abdomen. Vous avez “ pris ” des cuisses, certes, mais aussi souvent des seins, du visage, du ventre.

Si vous êtes ménopausée non traitée, la localisation de la graisse se fera en général de façon indifférente aussi bien sur vos cuisses que sur votre ventre ou plus haut : sans hormones estrogènes la graisse adopte une localisation indifférente et ne marque plus de préférence notable dans l’élection de son choix d’implantation.

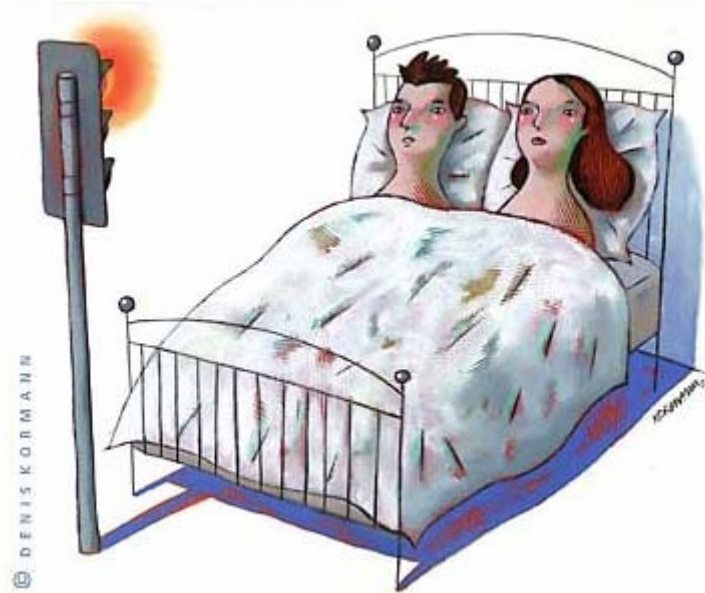
Mon conseil : vous devez maigrir et vous débarrasser de quelques kilos (entre 2 et 6, voire plus). La stratégie est triple : il faut créer un déficit calorique quotidien de quelques centaines de calories, faire ou refaire du sport aérobic (vélo, rameur, natation...) et vous décider à la musculation. En général, la perte de poids s’accompagnera d’une perte des proéminences nouvellement acquises sur les cuisses. Faites attention et ne laissez pas s’installer trop durablement cette graisse fémorale car elle sera d’autant plus difficile à déloger.

### • Vous en avez toujours eu

Depuis votre puberté, même lorsque vous avez votre poids de forme, que vous n'êtes pas trop grosse, vous notez cette proéminence de vos cuisses qui vous désespère. On peut dire que vous êtes " faite ainsi ", comme la majorité des femmes !  
Vous avez bien tenté de maigrir, mais sans aucun résultat sur la cellulite : vous êtes parvenue à creuser vos joues, à faire tomber vos seins, à faire dire à votre entourage : " Quelle sale mine tu as ! " Mais la cellulite, elle, est toujours restée là, têtue et obstinée. Vouloir

changer cet état de choses dans votre corps c'est vouloir qu'il exécute un programme qui lui est totalement étranger, de la même façon que vous voudriez vous servir d'une disquette Apple sur un ordinateur Atari !  
À vrai dire, faire " fondre " cette cellulite est impossible, sauf chirurgie, de la même façon que la réduction éventuelle de votre poitrine d'un 90B à un 80C ne pourrait se faire sans l'aide du bistouri !  
Que faire alors (la suite au prochain numéro) ?

## Contraception



### Les différents moyens de contraception

#### La pilule microdosée :

Sans estrogènes, elle entraîne souvent des déséquilibres hormonaux ; elle peut donc, dans cette période déjà tourmentée de la périménopause, accroître les troubles

existants. Mais elle est parfois une excellente solution chez les femmes qui ne peuvent prendre d'estrogènes en dehors de cette période.

#### La pilule estro-progestative minidosée :

La mini-pilule contient moins de 50 microgrammes d'estrogène (éthynilestradiol) et des doses très diminuées de composés

progestatifs. Elles sont donc généralement bien tolérées. C'est ce qu'on nomme communément « la pilule ».

### **L'anneau vaginal et le timbre cutané :**

C'est la « pilule par le vagin » ou la « pilule par la peau ». Intéressant pour celles qui ne veulent pas se contraindre à un comprimé par jour : c'est un anneau pour 21 jours ou un

timbre à changer toutes les semaines. Ces deux procédés diffusent des œstrogènes et un progestatif. Même efficacité que la pilule « par la bouche », mêmes contre indications.

### **L'implant :**

Mis sous la peau du bras pour 3 ans il est d'excellente efficacité. Il ne diffuse qu'un progestatif et pas d'œstrogènes. Intéressant

pour celles qui ont une contre indication aux œstrogènes ou tout simplement pour celles qui ne veulent plus « y penser ».

### **LE DIU**

Le stérilet encore nommé DIU (dispositif intra utérin)

Petit dispositif en plastique souple avec un fil de cuivre ou un réservoir diffusant un progestatif mis en place dans la cavité utérine

pour 5 ans minimum par le médecin. Le stérilet « hormonal » diminue fortement les règles et semble donc intéressant surtout chez les femmes ayant des règles trop importantes.

### **La ligature des trompes :**

Elle constitue un procédé de contraception définitif ; vous devez être sûre que vous ne voulez plus avoir d'enfant. Il s'agit d'une intervention chirurgicale par coelioscopie (ou maintenant par mise en place d'un petit ressort

dans chaque trompe en ambulatoire) au niveau des trompes de Fallope, visant à empêcher la fécondation d'un ovocyte par un spermatozoïde.

### **Les spermicides :**

Commercialisés sous forme de tampons, gels, crème, éponges, ovules..., ils constituent un moyen acceptable de contraception en cette période où la fécondité de la femme est

diminuée. Les deux partenaires doivent toutefois s'accommoder de cette méthode parfois contraignante.

### **Le préservatif :**

Surtout utilisé, de nos jours, dans la prévention des maladies sexuellement transmissibles, il constitue également un moyen de contraception efficace. Encore faut-il que chaque partenaire accepte ce procédé qui donne à certains la sensation de ne pas avoir

de rapports sexuels aussi complets que possible.

Il peut être utilisé en relais, durant la période où vous changez de méthode de contraception, stérilet contre pilule par exemple.

### **Le diaphragme :**

Il est en complète désuétude en France (utilisé encore beaucoup aux USA). Il n'est jamais utilisé seul, mais avec un produit spermicide. Placé au fond du vagin juste avant le rapport sexuel, il doit être parfaitement adapté à la femme qui l'utilise. Il existe en effet une douzaine de tailles de diaphragmes, dont le diamètre varie de cinq à cinq millimètres. Avant de l'utiliser comme moyen contraceptif, vous devrez vous familiariser avec cet objet et

apprendre à vous en servir correctement : le médecin prescripteur vous conseillera efficacement sur ce point. Il faut savoir, néanmoins, que 10 % des femmes ne peuvent utiliser ce dispositif pour des raisons de conformation anatomique, dues généralement aux grossesses antérieures, ayant modifié l'état local.

### La méthode Ogino :

Elle a pour but de calculer la date présumée de l'ovulation en se fondant sur l'observation de la longueur des douze derniers cycles. Les taux d'échecs, déjà élevés chez les femmes en pleine période d'activité génitale, présentant

des cycles réguliers, nous font déconseiller fortement ce procédé durant la période de périménopause.

### La méthode du retrait :

Elle laisse à l'homme la responsabilité de se retirer du vagin de sa partenaire avant l'éjaculation. Même si elle est très utilisée à travers le monde et en France, elle connaît un

taux d'échecs importants et peut se montrer frustrante pour l'un, l'autre, ou les deux partenaires.

## Vous au Quotidien



### Quelles sont les répercussions du cancer du sein sur la sexualité ?

Nous médecins avons tendance à ne pas assez considérer chez les femmes ayant eu un **cancer du sein** la qualité de leur vie **sexuelle**, qui est souvent mise à rude épreuve pour de nombreuses raisons.

Le sein est un organe **sexuel** érotique qui fait partie de la séduction féminine. Lorsqu'il est attaqué par une maladie risquant d'être mortelle, il est normal que la **sexualité** d'un

certain nombre de femmes soit démobilisée. Cette démobilisation touche aussi malheureusement de nombreux compagnons qui eux-mêmes ont parfois peur du cancer. Ils sont d'autant plus inhibés que le cancer réside dans cet organe symbole.

Un cancer, c'est aussi l'entrée dans un monde terrorisant qui s'appelle la cancérologie, et où l'on va rencontrer d'autres personnes dans des situations dramatiques. Lorsqu'on a un **cancer du sein**, on ne pense plus qu'à sa vie et à sa mort, des notions extrêmement anti-sexe.

Par ailleurs, le sein est martyrisé par les traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie). Il va peut-être souffrir de cicatrices, être défiguré, changer de forme, voire même disparaître et nécessiter une reconstruction. Il risque aussi de perdre de sa sensibilité. Ainsi, la qualité de la vie **sexuelle**

est fortement diminuée chez certaines femmes.

Quant à la chimiothérapie, elle attaque tout le corps : on ne se sent pas bien du tout et la **sexualité** risque d'être particulièrement agressée par la fatigue et la peur.

Bien entendu, tous ces événements ne surviennent pas forcément ni de concert. Un nombre conséquent de femmes résistent à cette morosité, à cette frayeur, et continuent à avoir un appétit **sexuel** peu perturbé par toutes ces agressions. Tout dépend de la façon dont on perçoit sa maladie et de ce qu'elle provoque mentalement.

Mais globalement chez toutes les femmes, le **cancer du sein** a quelque chose de particulièrement délétère sur le plan de la **sexualité**, en raison de la carence en œstrogène, laquelle se traduit par une ménopause.

## Pourquoi une carence en œstrogène chez les femmes ayant eu un cancer du sein ?

Chez les femmes jeunes (35-45 ans), les traitements contre le cancer comme la chimiothérapie par exemple, provoquent une ménopause artificielle ou une ménopause précoce. Les femmes plus âgées qui étaient déjà ménopausées, elles, doivent stopper leur traitement hormonal substitutif de la ménopause. Au final, en plus des désagréments inhérents aux traitements du cancer, ces femmes subissent les symptômes de la ménopause.

Quant aux femmes ménopausées qui ne prenaient pas de traitement hormonal substitutif car elles vivaient bien leur ménopause, elles ne seront pas forcément épargnées puisqu'on prescrit de plus en plus des anti-aromatases. Ce sont des médicaments relativement récents qui se

révèlent très efficaces après un **cancer du sein** pour lutter contre les récidives et les métastases. Or ces inhibiteurs de l'aromatase sont des anti-estrogènes puissants qui vont induire une carence oestrogénique profonde avec des symptômes classiques de la ménopause très intenses : bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, chute de libido, douleurs articulaires, etc.

Encore une fois la réalité n'est pas aussi caricaturale, les protocoles, les réactions aux traitements et les symptômes sont individuels. La prise en charge d'un **cancer du sein** sera très éprouvante pour certaines femmes, tandis qu'elle sera supportable pour d'autres. En cas de problème de qualité de vie sexuelle, il faut en discuter avec son médecin afin de trouver de l'aide et des solutions.

## Ménopause





## Les symptômes de la ménopause : la déprime

**Il ne s'agit pas ici de la grande dépression du psychiatre : on peut encore se lever et avoir des échanges affectifs avec l'entourage. C'est plutôt une démotivation, une morosité, une mélancolie et une tristesse inhabituelles.**

Vous êtes nombreuses à vous plaindre amèrement de ce changement d'humeur. Quant à celles qui ont toujours été fragiles de ce côté, les choses ne vont pas en s'améliorant. Certaines même plongeront vraiment dans la dépression nerveuse au sens psychiatrique du terme. On pleure souvent sans raison, on prend la mouche, on devient susceptible. Parfois, cette déprime est remplacée par une certaine agressivité.

Cette déprime devient quelquefois inquiétante et domine tous les symptômes de la ménopause. On consulte alors un psychiatre qui prescrit des antidépresseurs qui sont efficaces, mais le fait même de les prendre et d'en avoir besoin n'est pas rassurant. Ils sont parfois très utiles et, à défaut d'estrogènes qui représentent, ici encore, la thérapeutique de choix, ils sont tout de même capables d'éviter la grande dépression. Les estrogènes ont un impact évident sur le cerveau et en particulier

sur les structures responsables de l'humeur. En leur absence, nombre de réactions biochimiques cérébrales ne se font plus. Les estrogènes ont des actions très intimes avec ce qu'on appelle les neuromédiateurs cérébraux, qui concourent à l'établissement de notre bonne ou mauvaise humeur : la sérotonine, la dopamine... C'est la raison pour laquelle nous avons souvent tendance à considérer les estrogènes comme des « antidépresseurs physiologiques et naturels ». Il existe d'ailleurs certaines analogies biochimiques évidentes entre les molécules des antidépresseurs et les estrogènes physiologiques naturels. Et l'impact sur le cerveau n'est pas seul responsable de cette déprime : les bouffées de chaleur, la fatigue, la prise de poids fréquente, les insomnies, les incapacités à faire front à ce qui, hier encore, ne posait pas trop de problème, sont autant d'éléments qui viennent se liguer contre la joie de vivre et l'optimisme. C'est un tout. Cette dépression,

d'ailleurs, vous exclut souvent de la société active. Et bientôt, la conviction qu'il y a une limite d'âge au-delà de laquelle on n'est plus valable explique grande partie cette tristesse, cette impression affreuse de ne plus servir à

rien. Et si seulement une femme sur cinq ressent ce grand vide dans la tête en période de périménopause, elles sont une sur trois, une fois la ménopause installée, à se plaindre de ce symptôme.

## Déprime et prise de poids

**Les mécanismes qui peuvent expliquer la prise de poids dans ce contexte sont évidents :** le recours à l'alimentation - aliments consolateurs en priorité - est une réponse commune à la détresse et à la tristesse. Le sucré console en cela qu'il permet de déclencher, de façon éphémère

certes, mais efficace, quelques giclées de sérotonine à l'intérieur de notre cerveau. D'autre part, la prise de poids est certainement l'un des éléments les plus générateurs de déprime chez les femmes. Le cercle vicieux est ainsi fermé. Difficile, sans traitement adéquat, de s'en sortir !

## Les traitements de la déprime :

**Les anxiolytiques :** Ce sont des médicaments contre l'angoisse, largement utilisés en cette période. C'est famille des benzodiazépines qui a le plus de succès (Valium, Temesta, Lexomil, Tranxène.. Mais attention : on s'y habitue. Et s'ils peuvent être utiles ponctuellement, pour

passer un cap particulièrement anxieux, ils finissent par ne plus être efficaces qu'à des doses croissantes. Il s'agit, à notre avis, d'une réponse inadaptée mais parfois utile à la déprime de la ménopause.

**Les antidépresseurs :** Ils sont trop souvent prescrits par les médecins à cette période de la vie des femmes, alors qu'il suffirait de leur prescrire des œstrogènes pour les sortir de cette situation douloureuse. Ils s'attaquent aux

symptômes, et empêchent souvent de basculer dans la dépression ; mais comme la cause persiste (la carence œstrogénique), ils ne représentent pas une solution d'avenir.

Certains sont susceptibles de vous faire prendre du poids (Anafranil®, Tofranil®, Laroxyl®...), d'autres de le respecter, voire de le diminuer, comme certains antidépresseurs

libérant de la sérotonine, et vous évitant donc de vous tourner vers des aliments caloriques libérateurs de sérotonine (Prozac®, Floxyfral®...).

## Le traitement estroprogestatif de la ménopause :

C'est le traitement de choix, s'opposant aux causes de la déprime en même temps qu'il en efface les symptômes. Certaines femmes, qui vivent très mal leur ménopause, sont sous antidépresseurs. Le simple fait de prendre des estroprogestatifs leur suffit souvent à retrouver leur joie de vivre et à abandonner progressivement leurs antidépresseurs.

lorsque la carence œstrogénique n'a aucune responsabilité dans le développement de la dépression : la carence œstrogénique n'est pas la seule cause de dépression féminine, même si elle est importante.

Il est toutefois certaines situations où les antidépresseurs sont essentiels, en particulier

Une fois le traitement estroprogestatif installé, il convient de ne pas oublier les autres thérapeutiques antidépresseurs que sont le sport, l'entreprise de nouveaux projets...

# Du Côté des Mamans



## **On m'a fait une césarienne il y a huit mois et ma cicatrice est horrible, toute rouge, boursoufflée et dure. De quoi s'agit-il et que puis-je faire ?**

Vous présentez ce que l'on appelle une cicatrice chéloïde : il s'agit d'une cicatrice hypertrophique par un excès de tissu conjonctif. Cette cicatrice est effectivement dur, rouge, "ourlée". C'est une réaction inflammatoire excessive qui dépend de la qualité de votre peau : il y a des "peaux à chéloïdes" et des peaux qui n'en font jamais. Les peaux de la race noire sont très fréquemment sujettes à ces cicatrices. Il n'y a

pas grand chose à faire à part, soit attendre avec l'application de crème à base de cortisone pour calmer l'inflammation, soit de ne rien faire : avec le temps (parfois des années) la cicatrice chéloïde blanchira et perdra progressivement de son relief. On pourrait aussi, dans des cas particuliers, demander au chirurgien esthétique de "reprendre" la cicatrice.

## **Les suites de l'accouchement :**



### **De nouveau des douleurs : les tranchées :**

On appelle tranchées les contractions vives de l'utérus ressenties *sous* forme de coliques dans les jours suivant l'accouchement. Il s'agit d'un phénomène physiologique normal qui traduit la remise en forme de l'utérus et les efforts qu'il effectue pour se contracter, afin de colmater toutes brèches vasculaires et d'écarter ainsi toute possibilité de saignement.

Quoi qu'il en soit, les tranchées peuvent être violentes et douloureuses, elles sont souvent une surprise pour la jeune accouchée, qui se croyait tranquille et pensait en avoir fini avec toutes ces sensations désagréables. De simples médicaments antidouleurs font l'affaire.

## **Les Lochies**

### **Qu'appelle-t-on «lochies»?**

C'est le nom donné aux pertes (plus ou moins sanglantes et visqueuses) qui font suite à l'accouchement. Durant les trois ou quatre premiers jours, ces écoulements sont franchement sanglants, puis ils deviennent plus gluants, jusqu'au 15<sup>e</sup> jour environ. Il faut

compter deux ou trois semaines avant d'être complètement tranquille. Ces lochies sont faites de petits caillots, de débris de muqueuse utérine. Leur odeur est plus ou moins forte et procède du même phénomène bactérien que celle des règles.



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](mailto:docteurdavidelia@aol.com)

**Docteur David ELIA**

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

