



BULLETIN D'INFORMATION N° 50 – MAI 2009

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

Edito du Mois

DHEA : "DOCTEUR, VOUS ETES RINGARD... RECYCLEZ-VOUS !!"



C'est bien après l'examen gynécologique, lorsqu'elle s'est rhabillée et que les ordonnances sont rédigées, qu'elle pose la question désormais classique: "Docteur, que pensez-vous de la DHEA ? J'ai une amie qui en prend et c'est fou ce qu'elle a l'air en forme... !" Nous vivons à l'ère de la DHEA qui "peut tout faire"... qui... "lave plus blanc que blanc" ! Voilà une molécule qui serait- à entendre nos patientes - capable tout aussi bien de faire repousser les cheveux et les ongles, de vous redonner force et vigueur, de vous faire retrouver une peau de bébé, capable aussi de "booster" votre libido tandis que l'ostéoporose et autres calamités s'éloigneraient à tout jamais.

Bien entendu la réalité est tout autre. Je fais partie de ceux qui croient fermement que la supplémentation en DHEA a un bel avenir devant elle. Et bientôt, je n'en doute pas, nous supplémenterons nos patientes (sous THS ou non) mais en en connaissant **les indications et contre-indications précises, les éventuelles interactions médicamenteuses, les posologies utiles ainsi que les postes particuliers de surveillance.**

Mais... à ce jour que de confusions, d'ambiguïtés, de quiproquos ! Et il aura fallu qu'un fournisseur d'officines pharmaceutiques décide il y a quelques années de "faire un coup" en arrosant toutes les pharmacies de

France et de Navarre de la précieuse poudre pour qu'il soit désormais convenu pour le grand public que "la DHEA est désormais bien commercialisée en France"!

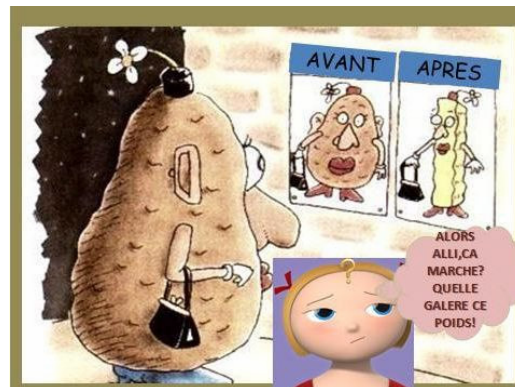
Or bien entendu il n'en est rien : la molécule n'a encore déposé à ce jour aucun dossier d'AMM (autorisation de mise sur le marché). Et la prescription magistrale tant sollicitée par nos patientes, procédure d'exception laissée au libre arbitre et à la responsabilité du médecin prescripteur, devrait, superbe entourage, remplacer au pied levé l'AMM manquante ???

Certains d'entre nous, je veux croire, une extrême minorité, la prescriront quand même pour ne pas "contrarier" leurs patientes. D'autres, plus crédules tout aussi rares, confondront allégrement les informations délivrées par le journal télévisé de TF1 avec

celles - certes plus austères - de nos revues spécialisées. La majorité, j'en suis sûr, saura prendre le temps d'expliquer aux patientes, parfois très revendicatrices qui nous traitent de "ringard", de "réactionnaire" de "très en retard sur les Américains", quand ce n'est pas : "Mais il faut vous recycler, Docteur!"... qu'il faut attendre - pour leur bien - que les procédures de sécurité soient effectuées. Prenons aussi le temps d'expliquer que si les tests sont longs à effectuer c'est probablement aussi que l'industrie pharmaceutique (je ne l'en blâme pas) ne se précipite pas - loin s'en faut - pour dépenser quelques dizaines de millions d'euros dans une procédure d'AMM, puisque la DHEA "appartient à tout le monde". Bien sûr, tout cela prend du temps dans la consultation : il est pourtant urgent d'expliquer à nos patientes... qu'il est urgent d'attendre !

Vous et Votre Poids

La solution, enfin ?



Alli® ? C'est quoi ?

- C'est un médicament vendu sans ordonnance dont vous pouvez voir les publicités un peu partout en ce moment et qui est censé vous aider à perdre du poids.
- Il est aussi vendu sur ordonnance (Xenical®) depuis de nombreuses années à une dose par gélule double (120 mg contre 60mg pour Alli®).
- Son action : il limite l'absorption de 25% des graisses au niveau de l'intestin : 75% de ces graisses sont encore absorbées.

- Exemple théorique : si vous mangez 100 grammes de fromage frais à 50% de matières grasses, vous absorbez : 143 calories grâce aux 4 grammes de sucres, 7 grammes de protéines, 11 grammes de graisses. Avec Alli® c'est comme si vous diminuez de 2,75 grammes de graisses cette portion (cela équivaut à 25 calories en moins : votre portion vous apporte alors 25 calories environ en moins = 118 calories contre 143 sans médicament).

Que deviennent les graisses non absorbées ? Elles sont éliminées dans les selles : selles molles et parfois plus fréquentes : diarrhées intempestives et urgentes, flatulences, gaz, même fuites huileuses anales... sont possibles. Pour minimiser ces inconvénients possibles il faudrait diminuer sa ration quotidienne de graisses sans avoir besoin de la menace des effets secondaires ? Oui mais.... si l'on diminue sa ration de graisses, on maigrit automatiquement : Alli® ne serait-il ici que le « bâton » qui vous contraint par la menace à baisser votre ration ? N'est-il pas possible d'imaginer que vous

puissiez vous même baisser votre ration de graisses sans vous exposer à de tels effets secondaires. A réserver donc à ceux et celles qui ont besoin d'avoir peur d'effets secondaires pour baisser la ration de graisses quotidiennes.

Donc vous comprenez que, question régime, vous n'en êtes pas dispensé(e) : il vous faut baisser de toutes façons le niveau de votre ration alimentaire et Alli®, à supposer que vous n'avez pas à le payer par trop d'effets secondaires, vous donne un petit bonus de perte de poids.

Alli®, c'est pour tout le monde ?

Certainement pas ! Il ne peut être envisagé que par ceux et celles qui ont un IMC (Indice de Masse Corporelle) supérieurs à 28. Pour calculer votre IMC, c'est simple : votre poids en kg est divisé par votre hauteur multipliée par elle-même. Exemple : vous pesez 58 kg et mesurez 1,63. Votre IMC= 58 divisé par : (1,63X1,63=2,65). Votre IMC = 58 :

2,65 = 21,88. Et ici, dans cet exemple, Alli® n'est surement pas pour vous ! Un IMC supérieur à 27 est le témoin d'un surpoids préoccupant pour la sante (IMC = entre 20 et 25 : normal ; de 25 à 27 : surpoids ; supérieur à 27 : entrée dans l'obésité).

Donc si vous avez 4 ou 6 kg à perdre, oubliez !

Warning ! Warning !

- Alli® est contre-indiqué aux moins de 18 ans, aux femmes enceintes ou qui allaitent, aux personnes souffrant d'une malabsorption intestinale, de problèmes biliaires (calculs vésicule...), sous anticoagulant type warfarine ou sous traitement « antirejet » par la ciclosporine.

- Attention chez les diabétiques, ceux et celles qui ont trop de tension, sous traitement pour faire baisser le cholestérol, ayant des troubles graves du rythme cardiaque.

- Et...Attention aussi pour toutes celles qui sont sous pilule : elle pourrait être moins efficace en cas de diarrhées sévères !

Le rôle du pharmacien

Le pharmacien peut refuser de vous délivrer le médicament s'il considère soit qu'il n'est pas adapté à votre situation soit qu'il pourrait se révéler dangereux.

Mais jouera-t-il toujours ce rôle ? C'est une question de disponibilité, et finalement le temps nécessaire pour savoir si ce médicament vous est adapté est celui que, très logiquement, vous auriez pu demander à votre médecin qui est mieux organisé dans sa consultation pour vous prescrire un médicament à bon escient que le pharmacien dont l'officine n'est pas – à ce jour tout du moins- un lieu d'intimité idéal pour vous interroger sur vos antécédents médicaux, vous peser, vous mesurer... .

Si vous pensez que ce médicament peut vous aider (et que vous souhaitez une appréciation médicale supplémentaire aux conseils du pharmacien), rien ne vous empêche bien sûr de consulter votre médecin habituel traitant pour avoir de plus amples conseils.

Il pourra vous prescrire le médicament mais celui-ci ne sera pas remboursé même s'il s'agit de la forme prescrite sur ordonnance (Xenical®). Xenical® contient 120 mg de produit actif par gélule contre 60 mg par gélule d'Alli®).

- 1 gélule de Xenical® contenant l'équivalent de 2 gélules de Alli® vous coûtera : 1,07 €
- 1 gélule de Alli® contenant 1 demie gélule de Xenica l® vous coûtera 0,95 € si vous

achetez un conditionnement à 42 gélules et 0,71€ si vous achetez un conditionnement à 84

gélules.
Faites vos comptes !

Comment se prend Alli® ?

- Une gélule 3 fois par jour au moment des repas
- Pas plus de 6 mois.
- Avec des compléments alimentaires vitaminiques car Alli® gêne l'absorption

intestinale de certaines vitamines

- Alli® : 59,90 € par mois, soit un total pour 6 mois de 359,40 € (non remboursé par la Sécurité sociale).

LETTRE AUX MEDECINS (AFSSAPS AVRIL 2009)

« A l'attention des médecins généralistes, aux diabétologues, endocrinologues et nutritionnistes »
AFSSAPS AVRIL 2008

Docteur,

En accord avec l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps), GlaxoSmithKline Santé Grand Public vous informe de la mise à disposition d'Alli® (Orlistat 60 mg).

Alli® est indiqué en association à un régime modérément hypocalorique et pauvre en graisses, dans le traitement du surpoids (Indice de Masse Corporelle (IMC) = 28 kg/m²) chez l'adulte.

Médicament de Prescription Médicale Facultative, Alli® est disponible en pharmacie sans ordonnance par boîtes de 42 et 84 gélules.

Les pharmaciens pourront délivrer Alli® dans le respect de l'AMM, avec l'aide notamment d'une fiche d'aide à la dispensation rappelant les questions essentielles à poser au patient au moment de la délivrance ainsi que les principales précautions d'emploi et conseils associés.

Néanmoins, en raison des risques métaboliques et vasculaires auxquels sont exposés les patients en surpoids, les pharmaciens devront les orienter si besoin vers leur médecin traitant afin de ne pas retarder le dépistage d'une pathologie intercurrente et, le cas échéant, les faire bénéficier d'une prise en charge globale. De plus, un avis médical est nécessaire avant ou pendant le traitement pour les patients sous- antidiabétique, antihypertenseurs et hypocholestérolémiant.

En conséquence, si un patient vous informe qu'il a commencé à prendre Alli® ou exprime

son souhait de débiter ce traitement, vérifiez avec lui que la prise de ce médicament est adaptée à sa situation.

Discutez avec lui de ses objectifs de perte de poids et sa prise en charge hygiéno-diététique pour renforcer sa motivation et ajuster si besoin ses comportements alimentaires et sa pratique d'activités physiques.

Nous vous rappelons les principales informations à connaître sur Alli® : En bloquant l'absorption d'environ 25 % des graisses ingérées, Alli® expose principalement le patient à un risque d'effets indésirables digestifs et à certaines interactions médicamenteuses.

Ainsi, les contre-indications de Alli® sont :

- Age inférieur à 18 ans
- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients
- Traitement concomitant par la ciclosporine
- Traitement concomitant par la warfarine ou un autre anticoagulant oral
- Syndrome de malabsorption chronique
- Cholestase
- Grossesse et allaitement

Un avis médical est nécessaire avant de débiter un traitement avec Alli® :

- Chez les patients traités par amiodarone : une diminution des niveaux plasmatiques d'amiodarone a été observée en cas de prise concomitante avec l'Orlistat chez les volontaires sains. La pertinence clinique n'est toutefois pas connue chez les patients traités par l'amiodarone. Il peut s'avérer nécessaire d'adapter la dose d'amiodarone.
- Chez les diabétiques : la perte de poids peut

améliorer le contrôle métabolique, il pourrait alors être nécessaire d'adapter la dose des antidiabétiques. Par ailleurs, il est déconseillé aux personnes sous acarbose d'utiliser Alli®, en l'absence d'études sur l'interaction pharmacocinétique.

Lors de la prise d'Alli®, les patients doivent être informés des points suivants :

- La posologie d'Alli® est une gélule avec chaque repas principal contenant des graisses, à prendre avant, pendant ou jusqu'à 1 heure après la fin du repas.

- En l'absence de perte de poids à 12 semaines, il sera nécessaire d'en analyser les raisons et d'envisager un arrêt du traitement.

- La durée du traitement par Alli® est limitée à 6 mois.

- Il est recommandé d'instaurer un régime alimentaire équilibré et un programme d'exercices physiques adaptés avant le début du traitement par Alli®.

- La limitation des lipides à environ 15 grammes par repas (calculée pour un régime dont la cible calorique est de 1400 calories par jour) permet de limiter les risques de survenue d'effets indésirables digestifs comme de selles molles, de flatulences avec ou sans pertes huileuses, ou d'urgences fécales.

Chez certains patients, ces effets digestifs peuvent être source d'anxiété.

- Des cas d'hémorragies rectales ont été

rapportés chez des patients prenant l'Orlistat. Dans ce cas, le patient doit consulter un médecin.

- La perte de poids est en mesure d'améliorer certains paramètres biologiques. Ainsi, si un patient suit un traitement contre l'hypertension artérielle ou le cholestérol, vous pourrez être amenés au cours du traitement avec Alli® à ajuster la posologie de ses médicaments.

- En cas de diarrhée sévère, l'efficacité des contraceptifs oraux peut se trouver réduite : il faut surveiller la conduite à tenir en fonction du type de pilule et un moyen de contraception complémentaire doit être conseillé.

- Alli® peut réduire l'absorption de certaines vitamines liposolubles (A, D, E, K) ; la prise d'un supplément multivitaminique, au coucher, doit être conseillée.

Nous vous rappelons que tout effet indésirable grave ou inattendu doit être déclaré au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez (coordonnées disponibles sur le site Internet de l'Afssaps www.afssaps.fr ou dans le dictionnaire Vidal).

Pour plus d'informations sur Alli® nous vous invitons à contacter le Département d'Information et d'Accueil

Médical (DIAM) au : 01 39 17 84 44.

Nous vous prions d'agréer, Docteur, l'expression de notre considération distinguée.

COMMISSION D'AMM AFSSAPS Décembre 2008

L'avis des membres de la Commission d'AMM est sollicité sur les deux points suivants :

1 - l'exonération à la réglementation des substances vénéneuses de l'Orlistat 60mg (délistage), envisagée en vue de tirer les conséquences de la décision communautaire qui devrait intervenir dans les prochaines semaines pour autorisation de la mise sur le marché d'Alli 60 mg (Orlistat) comme un produit non soumis à prescription médicale.

2 - l'opportunité d'interdire ou de restreindre la publicité auprès du public en particulier en raison de l'existence d'un risque possible pour la santé publique, notamment lorsque le médicament n'est pas adapté à une utilisation sans intervention d'un médecin pour le diagnostic, l'initiation ou la surveillance du traitement dans la mesure où l'article L.5122-6 du code de la santé publique le permettrait.

Les principaux points de la discussion ont été :

- le risque de non-identification par les patients de leurs facteurs de co-morbidité sous-jacents

(généralement co-existants avec l'obésité), retardant ainsi leur diagnostic et prise en charge.

- le risque de mésusage du produit c'est-à-dire, utilisation d'Alli dans une situation non validée par l'AMM, par exemple :

- période de traitement plus longue que celle recommandée (troubles de l'absorption des vitamines liposolubles)

- dépassement de la dose recommandée.

- utilisation d'Orlistat par des adolescents, des enfants ou des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire.

- la difficulté pour le patient de calculer son indice de masse corporelle (IMC).

De plus, tout en prenant acte de l'issue du processus d'évaluation européen et de la portée de la décision communautaire qui en découle, la Commission estime au vu du chevauchement des indications d'Orlistat 120 mg (Xenical) et Orlistat 60 mg (Alli), qu'une différence de statut de prescription ne semble pas justifiée.

Le Président de la Commission a donc sollicité un vote :

- concernant le 1er point : - « le délistage, le résultat est le suivant : 4 voix pour, 21 voix contre et 2 abstentions

- concernant le 2ème point : « la publicité auprès du grand public », le résultat est le

suitant : 2 voix pour, 23 voix contre et 2 abstentions.

Ceci signifie que l'Agence Française a voté contre : l'Agence Européenne, elle (EMEA), l'a pourtant imposé !

Ménopause

Les crèmes pour rajeunir la peau, ça marche ?

Les soins anti-âges



Pour améliorer la texture de la peau du cou et du visage, il existait une crème pharmaceutique (nous parlons de médicament et non de cosmétiques) avec des estrogènes. Ses propriétés se limitait à une action locale, sans passer dans la circulation générale. Cette crème pouvait être très utile et les femmes en étaient tout à fait satisfaites. Il ne s'agissait pas pas, soulignons-le, d'un produit cher (beaucoup moins onéreux que ceux de la cosmétologie).

Malheureusement cette crème a été retirée du marché car le laboratoire qui commercialisait n'avait pas les moyens de réaliser les études modernes de sécurité qui lui étaient demandées par les autorités

On peut également utiliser la vitamine A acide, en crème pharmaceutique (sur ordonnance).

Ces crèmes doivent être maniées avec prudence car elles peuvent s'avérer irritantes. Elles doivent être dosées et testées selon les peaux. Mais les bénéfices sont certains : des travaux américains ont démontré qu'elles engendraient un réel rajeunissement de la peau, et une atténuation des signes de vieillissement (les ridules en particulier). Par ailleurs, les injections de collagène sont tout à fait intéressantes dans la mesure où elles viennent « combler » les rides profondes. Ces injections sont faites par les dermatologues, par certains gynécologues, médecins « esthétiques »... en cabinet. Inconvénient : elles sont relativement onéreuses et doivent être renouvelées tous les ans. Mais elles permettent de différer le moment du lifting, si tant est que celui-ci soit

nécessaire.

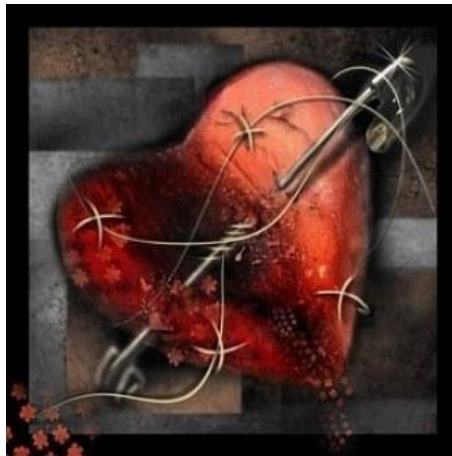
Autre technique : l'irido-poncture. De petites aiguilles sont placées sous les rides. On impulse un léger courant électrique qui excite le tissu sous-cutané, et le fait se gonfler. C'est ce petit gonflement qui vient combler les rides ou les ridules.

Les dermatologues sont de plus en plus partisans de ces différentes thérapeutiques qui ont le mérite d'être anodines, et de ne pas entraîner les femmes dans un circuit chirurgical. Bien évidemment, le traitement

hormonal garde toute sa valeur et demeure à notre avis l'une des voies royales de l'anti- vieillissement.

Cela dit, on ne saurait obtenir de bons résultats sur le teint et/ou la peau... si l'on s'obstine à fumer ! Le tabac est responsable de ce teint blafard - voire même verdâtre - caractéristique des fumeuses. Son cadeau : un taux élevé de gaz carbonique qui asphyxie la peau, et accélère les processus du vieillissement cutané.

Les femmes sont-elles protégées de l'infarctus ?



Il est absolument remarquable que jusqu'à 50 ans, c'est-à-dire l'âge de la ménopause, très peu de femmes soient victimes d'infarctus ou d'accidents coronariens, en tout cas beaucoup moins que les hommes. On sait en effet que le risque d'infarctus débute chez l'homme vers 35 ans, pour culminer à la cinquantaine, alors que les femmes paraissent n'entrer en période de risque qu'après la ménopause, c'est-à-dire en moyenne dix ans plus tard.

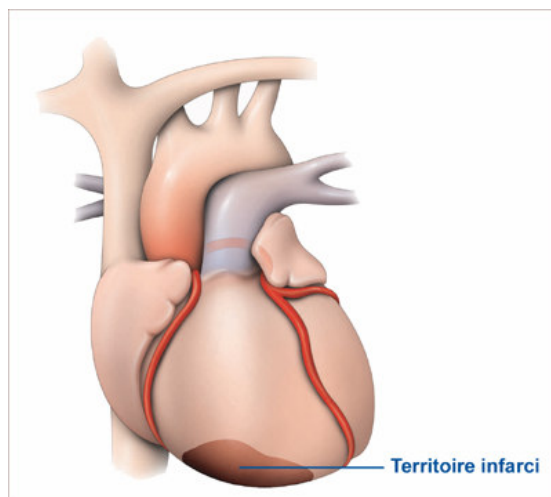
On connaît aujourd'hui lune des raisons de cette « courbe du risque ». Elle s'explique par les fluctuations du profil lipidique des femmes selon leur âge. Ainsi, les femmes ménopausées voient leur taux de cholestérol rejoindre très rapidement celui des hommes. D'où l'égalisation du risque d'infarctus, d'autant plus que cette charge lipidique se fait au profit du mauvais cholestérol (qui se nomme,

rappelons-le, LDL : Low Density Lipoprotéine) et ceci sous l'influence de la carence estrogénique.

Dès que le traitement hormonal est institué, on obtient en général une régularisation du taux lipidique. Ce qui laisse à penser que ce traitement est, à cet âge, une bonne arme anti-infarctus, l'excès de cholestérol dans le sang étant, comme on le sait, l'un des facteurs de risque majeurs de la survenue des accidents cardio-vasculaires.

Les hormones ont aussi des effets positifs sur la souplesse des artères à condition d'être administrées tôt après la ménopause : le traitement hormonal 10 ou 15 ans après la ménopause ne peut améliorer les artères voire pire peut les « endommager », voire favoriser un infarctus.

Un infarctus, qu'est-ce que c'est ?



Il est peut-être bon que nous définissions ici ce qu'est un accident coronarien ou un infarctus. Sachez que le cœur est irrigué par deux artères qu'on appelle les artères coronaires. Lorsque ces artères deviennent plus étroites, ou lorsqu'elles se bouchent, le cœur est asphyxié. Selon le degré d'asphyxie dont souffre le cœur il se déclenche une douleur dans la poitrine, qui peut donner place à des crises d'angine de poitrine répétées. Si l'asphyxie est grave et localisée dans le territoire du cœur, elle peut provoquer l'infarctus, c'est-à-dire la nécrose d'une portion du muscle cardiaque. Autrefois, pour dire que les artères se bouchaient, on parlait d'artériosclérose. On

parle aujourd'hui d'athérome. L'athérome est formé de petites plaques grumeleuses et grasses qui viennent se déposer dans les vaisseaux coronariens et les autres vaisseaux artériels comme du tartre se dépose dans les tuyaux d'une canalisation sanitaire. Petit à petit, cet athérome rétrécit le calibre des vaisseaux artériels et affaiblit la circulation sanguine. Conséquence : les tissus irrigués par ces vaisseaux manquent d'oxygène et souffrent, plus ou moins gravement, d'asphyxie.

Il n'y a pas une cause de l'athérome mais plusieurs, dont certaines - comme le cholestérol ou le tabac - ne semblent plus devoir être mises en doute.

Un ennemi intime : le cholestérol !

Qui n'a pas entendu parler de ce fameux cholestérol ? Trop de beurre sur les tartines, calories par-ci, graisses « saturées » par-là : la chasse est ouverte, avec parfois bien des excès ! Quoi qu'il en soit, le cholestérol est une mauvaise graisse : si l'on en administre en quantité massive à des animaux de laboratoire, on provoque chez eux un athérome généralisé. Et l'on sait statistiquement que les hommes ou les femmes souffrant de ce qu'on appelle une hypercholestérolémie familiale (c'est-à-dire d'un taux de cholestérol sanguin trop élevé) sont beaucoup plus exposés que les autres aux accidents coronariens cardiaques ou même aux autres accidents artériels (artérite des membres inférieurs, par exemple, ou insuffisance artérielle cérébrale). Dans tous les cas on sait qu'il existe une corrélation statistique entre un taux trop élevé de cholestérol (3 g par exemple) et la fréquence des accidents artériels. Encore faut-il savoir distinguer entre le « bon »

cholestérol (HDL, High Density Lipoprotéine) et le « mauvais » cholestérol (LDL : Low Density Lipoprotéine). En effet, plus le LDL est augmenté et plus le risque d'artériosclérose et d'athérome est augmenté, plus le HDL cholestérol est augmenté et plus les artères sont préservées de ce risque. Le HDL est en quelque sorte un cholestérol protecteur des maladies cardiovasculaires. Ainsi ce n'est plus seulement le cholestérol total qu'il faut doser dans le sang des femmes, mais ces deux fractions du cholestérol qui sont très importantes. Un autre facteur intéressant de pronostic vis-à-vis du risque artériel est le rapport cholestérol total/HDL : il doit être inférieur à 4,4 chez la femme pour que l'on puisse être rassuré quant au risque cardiovasculaire induit par une mauvaise distribution des graisses sanguines.

Il y a bien d'autres facteurs de risque cardiovasculaires : le tabagisme, l'hypertension artérielle, l'obésité, ...

Vous au Quotidien

Le sein gauche est-il plus fragile ?



Il persiste toutes sortes de légendes sur ce sein gauche, qu'on s'entête parfois à croire plus faible ou plus vulnérable que le droit. Certes, il est placé du côté du cœur (donc exposé à toutes les superstitions possibles !), mais aucune constatation médicale ne confirme le fait que cette contiguïté le rende plus fragile. On ne doit pas plus vouer ce sein

gauche à quelque obscure punition parce que les hommes (droitiers en majorité) le caressent plus que le droit ! Il s'agit là de croyances mystiques et d'idées fausses, fruits - comme il y en a tant - de l'obscurantisme et des tabous. La fragilité du sein gauche n'a aucun fondement scientifique.

Quelle influence a la pilule sur le sein ?



La pilule est un composé hormonal à base d'estrogènes et de progestérone qui, précisément, sont les deux « carburants » naturels du sein. On est donc en droit de se demander si cette alimentation en hormones de synthèse, distribuées selon des dosages standards, est bénéfique ou non. Les avis médicaux restent fort partagés pour y répondre. Les pessimistes affirment que le régime hormonal auquel est soumis le sein « sous pilule » est tributaire de la composition de celle-ci. Or rien ne dit qu'il corresponde au dosage physiologique de la femme qui l'utilise. D'où, à la longue, un risque de déséquilibre et

de toxicité, selon que l'une ou l'autre hormone est en trop grande ou trop faible quantité par rapport au besoin réel - ou habituel - de la femme.

Souvenez-vous qu'on ne prend pas la pilule, mais celle, parmi toutes les pilules existantes, qui nous convient le mieux. Comment le savoir ? C'est très simple, si vous prenez la peine de vous observer un tant soit peu. Exemple : vous êtes sous pilule, et vos seins vous semblent s'affaisser, perdre leur tonus, leur tenue. Cela signifie que vous êtes soumise à une imprégnation excessive en progestérone.

La solution pour vous passe par une pilule à dominante estrogénique ou à progestérone faible.

En revanche si la pilule que vous prenez provoque douleurs et gonflement des seins, si vous devez changer de taille de soutien-gorge, c'est à l'évidence que votre pilule doit être remplacée par une autre, plus faiblement

dosée en estrogènes ou à progestérone dominante. Donc, répétons-le, c'est à vous de vous observer, de vous « écouter », afin de donner à votre gynécologue des renseignements précis : il ne peut améliorer votre traitement que selon les indications que vous lui donnez.

Que faire en cas d'écoulement de lait ?



Il arrive (très rarement soulignons-le) qu'une femme sous pilule présente un léger écoulement de lait, visible lorsqu'elle pince le mamelon. On ne doit ni s'inquiéter ni s'étonner si le gynécologue décide d'arrêter la pilule :

c'est une simple mesure de prudence motivée par le fait qu'on ne sait encore comment cet écoulement est provoqué. Il conseillera sûrement un dosage de la prolactine et une radio de l'hypophyse à titre de bilan.

Les mamelons qui « rentrent »



Normalement le mamelon fait saillie sur le sein. Mais on observe quelquefois (dans ce domaine comme dans tous les autres) des anomalies. Ainsi, il existe des mamelons qui « rentrent »... à la manière du nombril (ils sont alors qualifiés d'ombiliques).

Ce n'est généralement pas une constatation qui plaît aux femmes que ce mamelon qui a tendance à se renfrogner à l'intérieur de l'aréole. Elles trouvent cela inesthétique, anormal, et se demandent évidemment si cela ne cache pas quelque chose d'inquiétant. Notons pourtant que ce petit phénomène n'est

jamais lié à aucune douleur. Le mieux - quand cette anomalie a toujours été - est donc de s'habituer à elle et de ne pas en faire cas. En revanche si l'ombilication est récente, accompagnée, le cas échéant, d'une induration de l'aréole, il convient d'aller sans attendre en faire part à son médecin. Il vous demandera sans aucun doute une mammographie de contrôle. Cette mesure s'impose à chaque fois que le sein présente une modification de forme, de texture ou de couleur. Cette intervention est remboursée par la Sécurité sociale.

Du Côté des Mamans

La toxémie gravidique : est-ce grave ?

Prise poids brutale



Oedèmes



Hypertension



C'est une maladie dont il faut se soucier. Elle touche environ 5 % des femmes enceintes. Elle se manifeste par l'apparition de protéines dans les urines, associées à des oedèmes qui déforment les chevilles, font gonfler les paupières, infiltrer la peau, et par une montée appréciable de la tension artérielle. Si la maladie est dépistée et traitée à temps, il n'y a pas de problème majeur, et l'accouchement se déroule normalement. Si, faute de dépistage, la maladie n'a pas été diagnostiquée, donc traitée, on peut déplorer une aggravation progressive conduisant à un

état que l'on nomme éclampsie et qui peut déboucher sur un tableau clinique excessivement grave, voire mortel pour la mère et l'enfant. D'où l'importance évidente du dépistage et d'une stricte surveillance prénatale. C'est ce que le médecin s'efforce de faire lors des examens prénataux en contrôlant systématiquement la tension artérielle, en recherchant le taux de protéines dans les urines, et les éventuels oedèmes. Notons que grâce à ce dépistage les accidents réellement graves sont devenus aujourd'hui, du moins en France, exceptionnels.

La rubéole : cherchez vite les anticorps !



La rubéole est en soi une maladie tellement bénigne qu'elle peut être totalement ignorée. Le tableau clinique se résume en effet à quelques plaques rosées, des ganglions dans le cou et une vague température à 38°C, le tout pouvant disparaître en quarante-huit heures. Mais sa récente notoriété et la crainte qu'elle inspire viennent du fait qu'on la sait maintenant responsable de graves malformations fœtales si elle est contractée au début de la grossesse. En effet, c'est surtout entre la 3e et la 5e semaine que la rubéole est dangereuse pour le futur bébé et que les risques de malformations (oculaires, cardiaques, cérébrales) sont réels. Cette rubéole peut donc être un « accident de parcours » tout à fait préoccupant. Il paraît donc souhaitable que toutes les femmes en âge de procréer se soumettent à une

vaccination systématique, puisque cette vaccination existe! Elle est extrêmement simple (une piqûre sous-cutanée) et donne une immunité solide et durable... . Les médecins gynécologues préconisent tous qu'une recherche immunologique soit faite au tout début de la grossesse. La demande faite au laboratoire est la suivante : « Cette femme enceinte a-t-elle eu ou non la rubéole? ». La réponse est donnée par la recherche des anticorps dans son sang. S'il y a présence d'anticorps, on différencie les anticorps IgM (qui témoignent d'une infection récente) des anticorps IgG (qui témoignent d'une infection ancienne). Cette discrimination est d'une importance fondamentale, puisqu'elle peut mettre en évidence une rubéole récente. Que faire lorsque le dosage des anticorps permet

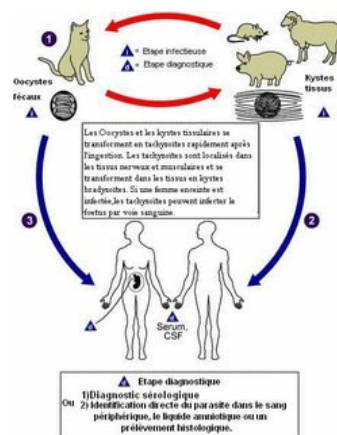
d'affirmer que la rubéole a été contractée depuis que la grossesse a débuté ? Étant donné le risque encouru, on comprend que l'indication d'interruption de grossesse soit ici justifiée. Il faut bien admettre en effet que si la rubéole est survenue durant les semaines à haut risque, il n'y a aucun moyen d'empêcher les malformations foetales. Le recours aux injections de gamma-globulines (c'est-à-dire d'anticorps antirubéole) ne peut être considéré comme efficace. Les femmes préfèrent souvent dans ce cas un avortement, plutôt que la crainte de mettre au monde un enfant mal

formé.

En revanche, si le dosage des anticorps révèle que vous avez contracté la rubéole dans votre prime jeunesse, vous pouvez dormir et enfanter tranquillement : cela ne vous concerne absolument pas !

Aussi, que toutes les mères suivent ce conseil : ne protégez jamais vos petites filles de l'épidémie de rubéole qui sévit à l'école ou chez les voisins. Au contraire, il est bon qu'elles la contractent. Et que vous profitiez, vous, d'une période de contraception sérieuse pour vous faire vacciner !

La toxoplasmose



Moins connue du public, la toxoplasmose est cependant porteuse de risques tout aussi considérables que la rubéole. La maladie (qui peut atteindre 85 % de la population) est en elle-même des plus bénignes ; quelques ganglions, un peu de fièvre, des malaises diffus pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures que l'on attribue le plus souvent à une simple fatigue. Elle s'accompagne parfois de petites éruptions, mais passe la plupart du temps inaperçue. Nous avons donc presque tous eu la toxoplasmose sans le savoir ! Ce qu'il faut savoir : le toxoplasme est un parasite que l'on contracte souvent par la bouche, en mangeant de la viande crue ou mal cuite. Bonne nouvelle pour les amoureux des chats, (surtout les chats urbains qui risquent peu de se trouver au contact de petits animaux contaminés comme les mulots, les souris, ... que l'on a longtemps accusés d'être « vecteurs » privilégiés de cette maladie (et donc à écarter des femmes enceintes) : des études épidémiologiques venant d'Angleterre semblent vouloir indiquer qu'on leur a un peu trop vite fait porter le chapeau de cette transmission. Ils sont donc en voie de disculpation, et il sera inutile de vous séparer

d'eux pendant votre grossesse.

Bénigne, donc, en temps normal, la toxoplasmose peut entraîner chez la femme enceinte des lésions du fœtus qui sont considérables, surtout si la maladie est contractée au cours des trois premiers mois de la grossesse. Comme pour la rubéole, on déplore des malformations oculaires ou cérébrales. Après le 3e mois, les lésions sont plus discrètes et ne se manifestent parfois que longtemps après la naissance, par des séquelles, au niveau des yeux. Nous avons dit combien la recherche d'immunité contre cette maladie en début de grossesse est importante (cet examen est remboursé par la Sécurité sociale). Cette recherche permet de savoir soit que, la future mère a eu la toxoplasmose et qu'elle est immunisée, soit qu'elle ne l'a pas eue et ne l'a pas actuellement, ou encore qu'elle ne l'a pas eue mais qu'elle vient de l'attraper.

En outre, on peut aujourd'hui savoir si le bébé est atteint ou non par la toxoplasmose en faisant un prélèvement de sang foetal, sous échographie. Jusqu'ici, étant donné les risques encourus pour l'enfant, l'interruption de grossesse était largement envisagée.

Aujourd'hui, une classe d'antibiotiques bien particulière semble, entre les mains d'équipes françaises, donner d'excellents résultats. La décision d'interruption volontaire de grossesse n'est donc plus tout aussi évidente que par le passé : en fait, il semblerait qu'on puisse laisser continuer la grossesse tout en exposant l'enfant à un minimum de séquelles, si le

traitement d'antibiotiques a été mis en place correctement. Bien sûr, il s'agit de décisions d'hyper spécialistes de la toxoplasmose, et on ne saurait trop recommander aux femmes contractant cette maladie pendant une grossesse de s'adresser à ces équipes, qui prendront la meilleure décision, selon le cas.

La listériose



Le danger est identique à celui de la rubéole et de la toxoplasmose. Il s'agit d'une maladie, qui passe souvent inaperçue, provoquée par un germe présent chez de nombreux animaux, domestiques ou sauvages. La contamination se fait par des aliments peu cuits (viandes,

œufs ou légumes). Le risque de malformations fœtales justifie également l'indication d'avortement. La recherche d'anticorps doit être systématiquement entreprise dès la moindre suspicion de grossesse.



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

Tél. : **01.42.27.16.87** ou **01.42.27.71.16**

Fax : 01.47.63.79.91

Mail de Sylvie Yacob : docteurdavidelia@aol.com

Docteur David ELIA

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

