



BULLETIN D'INFORMATION N° 42 – SEPT 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

- ❏ Retrouvez moi en vidéo et audio sur le podcast : [Cliquez Ici](#)



Lettre à mes confrères : attention à l'effet d'annonce !

« -Alors Docteur c'es vrai, j'ai un cancer du col ? »

Son frottis est anormal et on l'a convoquée.

Elle est choquée, semble désespérée et nous sentons qu'avec elle, comme avec tant d'autres, nous allons devoir batailler pour faire tomber l'émotion qui la submerge. Elle, si mesurée habituellement, si rationnelle n'entend pas vraiment les mots qu'on lui dit, véritablement hagarde.

Il est urgent de lui expliquer *simplement* ce qui par essence est éminemment *compliqué*. Nous prenons alors une longue goulée d'air et nous lançons.

Première option, lui réciter un couplet car tant de fois répété que connu par cœur : parler alors de papillomavirus incertain, de test HPV « qui fera le tri », de laser ambulatoire possible, de conisation si on ne voit pas bien la lésion dans l'endocol, de fertilité de toute façon conservée.

Bref délivrer toute sa « science » d'une voix calme et savante.

Plutôt content de soi, on attend alors un sourire apaisé qui ... ne viendra le plus souvent décidément pas !

Elle nous regarde encore inquiète, semble n'avoir rien entendu de nos efforts oratoires et nous demande donc pour la deuxième fois d'une voix enrouée : « **Alors Docteur, c'est vrai j'ai un cancer du col ?** »

Nous comprenons sans doute alors que nous faisons fausse route, que seul le mot cancer a été retenu et qu'elle croit ici vivre réellement ses derniers jours.

Alors changer urgemment de stratégie et décider de répondre à ses questions et à *elles seules*.

« **-Alors c'est vrai, que j'ai un cancer du col, Docteur ?** »

« -Comment j'ai pu attraper ça ? »

« -Mais si c'est, comme vous dites, un « *papomavirus* »(comprenez un papillomavirus), c'est quand même grave ? »

« -Et si vous me faisiez le vaccin dont on parle à la télé, cela pourrait me guérir » ?...

Au fur et à mesure que l'entretien se prolonge elle retrouve sans doute alors vraiment son calme, sourit à nouveau, immensément soulagée.

La morale de cette scénette de tous les jours ?

-A l'annonce d'une nouvelle négative en terme de santé (frottis anormaux, cancer du sein, fausse couche spontanée, biopsie d'endomètre anormale, azoospermie, etc.) il faut toujours compter avec l'émotion et l'angoisse dont notre vis-à-vis est submergé : ceci explique la surdité habituellement quasi totale à nos explications pourtant si doctes et rationnelles.

Alors, laissons leur du temps et ne les noyons surtout pas de nos très calmes explications -bien confortablement assis dans notre fauteuil- alors qu'elles sont, elles, en train de vivre « l'angoisse de leur vie ». La médecine c'est de l'artisanat scientifique : soyons les meilleurs scientifiques possibles mais aussi de « bons artisans ».

Vous et Votre Poids



L'hypothyroïdie

La thyroïde ne parvient plus à fournir suffisamment d'hormones thyroïdiennes à l'organisme. Ce tableau est caractérisé par une fatigue intense, une apathie insolite, une perte de tonus, la diminution considérable de l'élan vital ; une prise de poids souvent importante et rapide de plusieurs kilos. Cette prise de poids est faite de graisse mais aussi d'œdèmes, de gonflements, de bouffissures du visage, des jambes. L'apparition d'une frilosité insolite, une chute des cheveux, une sécheresse de la peau (comme des " écailles "), une constipation, doivent attirer l'attention.

Le dosage biologique montre une TSH ultrasensible très élevée, au-delà des normes du laboratoire dans lequel on a effectué le dosage, en général supérieur à 5 unités. Les hormones thyroïdiennes sont elles-mêmes basses.

Le tableau d'hypothyroïdie est rarement aussi évocateur et c'est bien là le piège de cette maladie. Les petites hypothyroïdies sont suffisamment discrètes pour détériorer considérablement votre qualité de vie, sans pour autant donner forcément l'alerte au médecin traitant... Car, quoi de plus banal que des symptômes tels qu'une prise de poids, une chute de cheveux ou encore une déprime accompagnée d'une fatigue importante ?

Il est pourtant fondamental de dépister une hypothyroïdie, car sinon on risque de méconnaître la raison de cette fatigue incompréhensible accompagnée d'une prise de poids importante. Il n'est d'ailleurs pas exceptionnel de retrouver une hypothyroïdie fruste alors que l'on pensait n'être confrontée vers 50 ans qu'à une périménopause ou à une ménopause. Et je dois dire que je suis souvent surpris de sa résistance lorsque je rencontre une de ces femmes aux prises avec deux carences hormonales fondamentales : la carence estrogénique et la carence thyroïdienne.

Un examen suffit à évoquer le diagnostic : c'est le dosage de la TSH ultrasensible, l'hormone hypophysaire, qui est augmentée en cas de thyroïde " paresseuse ".

On y adjointra en général un bilan général et en particulier les graisses sanguines. Le cholestérol, nous l'avons vu, est souvent élevé en cas d'hypothyroïdie avec un rapport cholestérol/HDL cholestérol — un marqueur important du risque cardio-vasculaire — souvent supérieur à 4 ou à 5.

Le dosage des anticorps thyroïdiens se révèle parfois positif. En effet, certaines hypothyroïdies sont le résultat de maladies immunitaires au cours desquelles les anticorps, fabriqués par notre organisme

lui-même, sont dirigés vers... l'organe malade ! Les plus connus sont les anticorps antithyroglobulines (Ac anti-TG) et les anticorps antimicrosomes thyroïdiens.

Les causes les plus fréquentes de l'insuffisance thyroïdienne sont les inflammations de la thyroïde (thyroïdite subaiguë) et les maladies du système immunitaire (l'organisme fabrique des anticorps qui "attaquent" la glande) dont la plus célèbre s'appelle la thyroïdite de Hashimoto.

Le traitement de l'hypothyroïdie

Si vous avez consulté un médecin parce que vous vous débattiez depuis plusieurs mois ou années avec un surpoids invincible et qu'il a finalement fait le diagnostic d'insuffisance thyroïdienne grâce entre autres à un dosage de la TSH ultrasensible qui est revenu considérablement augmenté, vous avez... bien de la chance ! En effet, le diagnostic va permettre à votre médecin de vous prescrire un médicament qui... vous fera maigrir. Pour une fois, la fameuse "pilule" que vous nous réclamez tant lors des consultations peut vous être prescrite : il s'agit des hormones thyroïdiennes. Et, autant la prescription d'hormones thyroïdiennes chez un homme ou une femme dont la thyroïde fonctionne normalement est tout simplement criminelle et scandaleuse, autant, dans le cas précis de l'insuffisance thyroïdienne, cette prescription s'inscrit dans une logique toute lumineuse. Et dans ce contexte, la prescription d'hormones thyroïdiennes va permettre, en l'espace de quelques mois, de littéralement faire "fondre la graisse", d'améliorer considérablement tous les symptômes qui, depuis souvent assez longtemps, sabotaient votre quotidien : fatigue, cafard, perte de cheveux, frilosité... L'augmentation du métabolisme de base permet la restitution d'une dépense énergétique normale : ce sont souvent plusieurs centaines de calories quotidiennes que vous êtes à nouveau apte à brûler et qui ne viendront pas alimenter votre stock énergétique de réserve, c'est-à-dire votre tissu graisseux. Il s'agit ici, vous l'aurez compris, d'une prescription de substitution : nous allons vous donner des hormones thyroïdiennes de telle manière que la concentration sanguine de ces hormones soit à nouveau normale. On vous prescrit donc des médicaments dont le chef de file est le Lévothyrox® qui se présente sous la forme de comprimés à 25, 50, 75, 100 ou 150 microgrammes.

L'administration de cette hormone thyroïdienne entraîne immédiatement :

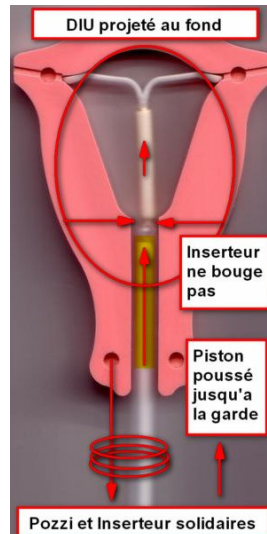
- une augmentation de la consommation d'oxygène de tous les tissus constituant le corps ;
- surtout une augmentation du métabolisme de base, qui se voit ainsi restitué une consommation énergétique adéquate ;
- une augmentation du rythme cardiaque.

On commence en général par des doses minimales, par exemple Lévothyrox® 25 ou 50, 1 comprimé par jour. Puis, sous contrôle des dosages hormonaux, et en particulier de la TSH ultrasensible, on augmentera, mois après mois, de telle manière qu'une dose idéale soit atteinte. Par exemple : Lévothyrox® 75 ou Lévothyrox® 125. Nous savons que nous sommes à dose idéale dans la mesure où la TSH ultrasensible est régularisée, que les symptômes d'hypothyroïdie ont disparu et qu'en contrepartie aucun des symptômes de surdosage — extrasystoles, palpitations, nervosité, insomnies, excitabilité, céphalées, sueurs, élévation de la température, amaigrissement trop rapide et insolite, diarrhées,... — n'est apparu. Ce traitement doit donc être progressivement mis en place, parfois sur deux, trois ou quatre mois, dans la mesure où l'on veut absolument éviter les situations de surdosage thyroïdien qui sont dangereuses, en particulier sur le plan cardiaque, et peuvent conduire à l'hospitalisation en urgence. En effet, le surdosage thyroïdien peut aggraver toutes sortes de maladies cardiaques, en particulier les insuffisances coronariennes (les coronaires sont "fatiguées"), les troubles du rythme cardiaque.

Une fois la dose d'extrait thyroïdien trouvée, on la gardera pour de longs mois, voire de nombreuses années. Le dosage thyroïdien sanguin régulier bisannuel ou annuel attestera que le traitement et la dose utilisés sont toujours d'actualité.

En conclusion de ce chapitre, vous aurez compris qu'il me semblerait tout à fait dommage que, dans le bilan sanguin que tout médecin se doit de demander chez une femme qui consulte pour surpoids, on omette d'explorer la glande thyroïde. Il ne s'agit bien évidemment pas de demander des examens complexes et coûteux : la TSH ultrasensible normale atteste de façon simple que la glande thyroïde fonctionne normalement. À l'inverse, lorsqu'elle revient élevée, au-dessus de la norme du laboratoire, elle impose d'explorer plus avant le fonctionnement de la glande avec demande par exemple des anticorps antithyroïdiens et une exploration échographique, voire scintigraphique. Dans ce contexte, le cholestérol souvent élevé participe des multiples anomalies métaboliques qui expliquent le surpoids. La connaissance d'une éventuelle hypothyroïdie est évidemment fondamentale dans le contexte de lutte contre le surpoids : la mise en œuvre du traitement, une fois l'affection reconnue, fera gagner à tous un temps précieux, en même temps qu'il garantira la réalité de l'entreprise de contrôle du poids.

Contraception



Peut-on avoir des rapports sexuels tout de suite après la pose du stérilet ?

Les rapports sexuels sont autorisés dès la pose, car l'action du stérilet est immédiate.

Puis-je mettre tout de suite des tampons internes ?

Certes, le col n'ayant pas été dilaté, vous ne courez aucun risque infectieux à mettre dans le vagin un tampon interne. Toutefois, vous pourriez par erreur tirer sur le fil (encore long) du stérilet en enlevant le tampon ! Alors, mieux vaut attendre que le fil soit raccourci et que vous soyez habituée. Ensuite, il n'y a plus aucun problème.

Quand raccourcit-on le fil ?

Il peut être coupé tout de suite à la longueur voulue, soit raccourci au cours de la consultation de contrôle qui a lieu 1 à 2 mois après la pose.

Cette visite permet de faire le point sur les suites de la pose (saignements, crampes, sensations personnelles) et sur votre propre tolérance au stérilet. Le médecin vérifie que le fil est bien en place. Il le raccourcit si besoin est (par exemple si le partenaire dit « sentir le fil »).

Un toucher vaginal l'assure que l'utérus est bien indolore et que tout est normal. Et vous en avez terminé pour un moment avec le circuit médical de la contraception...

Doit-on se faire suivre avec un stérilet ?

Une visite tous les six mois chez votre gynécologue paraît la condition nécessaire et suffisante d'une bonne contraception-stérilet. Il importe en effet de faire le point périodiquement sur votre état gynécologique, sur l'évolution de vos règles, ou sur toute autre question (gêne, douleur), qui ne doit en aucun cas rester sans réponse.

Des frottis sont faits systématiquement tous les ans.

Quand faut-il changer le stérilet ?

Pour les stérilets (qui existent depuis 1981), au cuivre avec ou sans alliage d'argent : tous les cinq ans

ou même... 10 ans.

Pour le stérilet qui délivre une hormone proche de la progesterone, le changement doit avoir lieu tous les 5 ans.

Vous au Quotidien



Depuis plusieurs années et sans interruption, j'ai ce que l'on appelle des pertes blanches accompagnées souvent d'odeur nauséabonde. Mes frottis sont normaux. Mon médecin me dit de boire 1,5 l d'eau par jour, cela ne change rien.

L'odeur que vous décrivez nous oriente immédiatement vers une infection très fréquente (plus fréquente encore que la mycose) que l'on appelle vaginose bactérienne : le germe qui s'appelle *Gardnerella vaginalis* est transmis par voies sexuelles mais aussi par de très nombreuses voies et s'élimine très facilement par un traitement qui peut être donné sous forme de comprimés spécifiques et/ou d'ovules vaginaux. En 10 jours, l'affaire est terminée : parlez-en à votre gynécologue.



Je sors d'un cancer du sein qui a été opéré et d'une radiothérapie. Que pensez-vous des traitements tels que le tamoxifène et les anti aromatases ? Evitent-ils vraiment la récurrence de cancer du sein ? Quels sont les effets secondaires ?

Il s'agit en effet des médicaments que l'on va proposer aux femmes qui ont des tumeurs avec récepteurs hormonaux positifs pendant 5 ans minimum. Ce sont des produits **anti-estrogéniques**, c'est-à-dire qu'ils vont tenter de lutter au niveau du sein contre les hormones estrogènes que votre organisme pourrait encore fabriquer (les anti aromatases ne sont prescrites que chez les femmes déjà ménopausées). Ces dernières semblent plus efficaces sur les récurrence ou les métastases que le tamoxifène mais, exposent à des effets secondaires plus importants à type de douleurs articulaires, de sécheresse vaginale et de bouffées de chaleur. Ces stratégies, que l'on appelle hormonothérapie adjuvante comportent des effets secondaires extrêmement variables d'une femme à l'autre. Ce sont les armes essentielles de « l'après cancer du sein ».



J'ai 35 ans et depuis plusieurs mois je suis préoccupée par des règles très irrégulières : je saigne un peu n'importe quand et parfois j'ai des retards importants qui peuvent aller jusqu'à trois semaines.

Vous le savez, les règles sont le résultat de la desquamation de la muqueuse utérine c'est à dire ce fin et sophistiqué tissu de chair qui recouvre l'intérieur de la cavité utérine. La muqueuse utérine est particulièrement sensible aux variations hormonales en provenance des ovaires : elle pousse « en hauteur » sous l'effet des estrogènes et elle devient plus riche lorsque la progestérone (produite au moment de l'ovulation) vient s'ajouter à l'action des estrogènes. Enfin les règles surviennent lorsque la muqueuse desquame telle une « peau morte » juste au moment où les hormones estrogènes et progestérone viennent à s'effondrer de façon ponctuelle et éphémère dans votre sang à la fin du cycle.

On comprend donc que les symptômes menstruels que vous présentez peuvent être provoqués par deux grands phénomènes :

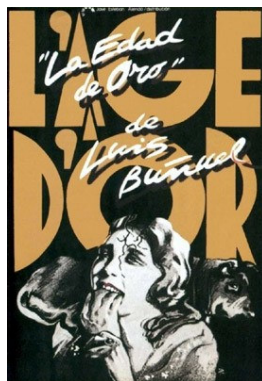
Les événements hormonaux : vos ovaires ne fabriquent pas assez ou trop d'estrogènes ou pas assez ou plus du tout de progestérone parce qu'ils ne sont plus capables d'ovuler pour une raison ou pour une autre. Ce sont les causes hormonales des cycles irréguliers. Ce que vous prenez d'ailleurs pour des règles n'en sont peut-être pas et il s'agit peut-être simplement de saignements qui n'ont plus grand chose à voir avec le rythme classique de votre cycle. Il existe un certain nombre d'autres anomalies hormonales possibles dont par exemple une fabrication trop importante de l'hormone prolactine (qui est une hormone fabriquée par la glande hypophyse) en principe seulement en quantité importante au moment de l'accouchement pour promouvoir l'allaitement. Vous pouvez aussi ne pas avoir d'ovulation de façon définitive ou ponctuelle. Ce peut être aussi –très rarement à votre âge- le signe d'une défaillance précoce des ovaires : la périménopause ou la ménopause précoce. L'ensemble de ces hypothèses est corrélé aux résultats des dosages hormonaux (une simple prise de sang que vous pouvez effectuer même si vous n'êtes pas à jeun) à la recherche de la quantité d'hormones estrogènes, progestérone, prolactine...

Mais ce peut être aussi la muqueuse utérine elle-même qui est anormale. Vous pouvez avoir ce que l'on appelle un ou plusieurs polypes (de simples excroissances bénignes de cette muqueuse utérine) ou même un ou plusieurs fibromes de l'utérus surtout dans leur variété « intra-cavitaire » c'est-à-dire qu'ils sont situés à l'intérieur de la cavité comme le battant d'une cloche. Dès lors, ce que vous prenez pour des règles ne sont en fait que de simples saignements provoqués par ces « intrus » contenus dans la cavité de l'utérus. Et dans ce cas même si vos hormones sont parfaites que vous ovulez de façon exemplaire, les saignements ne manqueront pas d'être au rendez-vous. Le diagnostic de ces anomalies se fait par échographie certes mais surtout par hystérogaphie (radiographie de la cavité utérine) ou par hystérocopie.

Parfois ces examens ne retrouveront ni polype ni fibrome mais seulement ce que l'on appelle de l'adénomyose (endométriose de l'utérus) et, mais de façon tout à fait exceptionnelle à votre âge, un début de cancer de l'utérus.

Les traitements à vous proposer sont donc fonction de la cause : ce sera soit un traitement hormonal adéquat soit une intervention sur la cavité utérine que l'on pourra faire le plus souvent par hystérocopie c'est à dire sans cicatrice et sans choc opératoire et avec une hospitalisation minimum de 24 heures tout au plus.

Ménopause



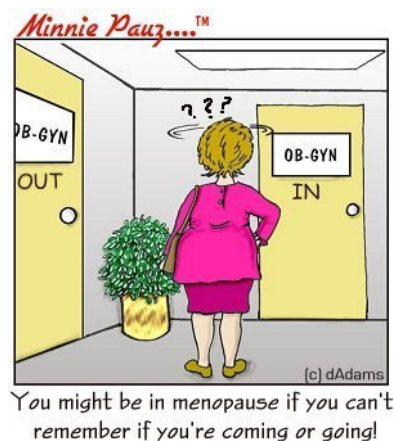
50 ans : un âge “charnière”

Quelle femme peut encore prononcer le mot « ménopause » sans angoisse ? Le terme est en lui-même sévère, et ses substituts populaires aussi peu attirants, qu'il s'agisse d'« âge critique » ou de « retour d'âge ». Aucune femme n'est heureuse semble-t-il d'aborder ces contrées obscures, liées - selon les manuels de médecine traditionnels - à une certaine «décrépidité» qui fut toujours décrite par les médecins (généralement des hommes) avec un luxe de détails complaisants, alors que le

cortège d'ennuis prostatiques, rachidiens ou coronariens dus à ce qu'on appelait plus élégamment la « sénescence masculine » semblait être considéré comme normal et purement physiologique, sans aucune idée de dévalorisation.

Il convient donc de détruire ce premier schéma : 50 ans n'est pas l'âge de l'inutilité, ni l'âge de la laideur, ni celui de la vieillesse. Ce l'était peut-être au siècle dernier, où l'espérance de vie ne dépassait guère cet âge : la ménopause était alors, réellement, un événement porteur de mort, sorte de « début de la fin », signe inéluctable du temps, auquel la femme ne survivait d'ailleurs pas longtemps. Mais aujourd'hui une femme vit environ un tiers de sa vie en ménopause ! Que ce soit un phénomène important, nous ne le nierons pas (il concerne actuellement en France 10 millions de femmes), mais nous ne l'envisagerons certainement pas sous cet aspect tragique auquel trop de femmes se sont habituées. La ménopause est avant tout un changement d'équilibre. Et nous ne voyons aucune raison - médicale, sociale ou psychologique - pour que ce nouvel équilibre de vie ne puisse être atteint.

Ce qui frappe les femmes, ce qui rend le phénomène évident, c'est sans doute cette cassure nette dans les habitudes hormonales qui régissent le corps, ce corps qui – par les premières règles - leur annonce qu'elles entrent dans l'âge de la maternité, et qui, tout aussi brutalement avec leur disparition, signe la fin de la période maternelle. Mais la féminité, elle, peut encore garder tous ses droits.



J'ai tout essayé pour enrayer les effets néfastes de la périménopause, sans succès. J'ai 46 ans. Pour le moment j'essaie de réguler mes problèmes par l'alimentation et le gel hormonal. Mais il y a forcément quelque chose à faire ?!

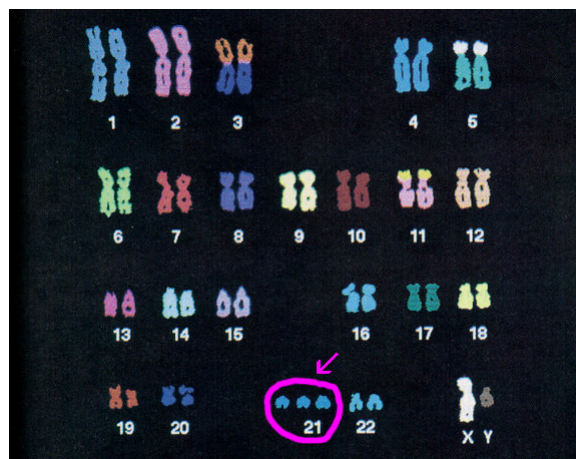
La périménopause, c'est-à-dire la période de 3 à 5 ans qui précède la ménopause pendant laquelle les ovaires s'arrêtent de fonctionner par « à-coups » est parfois, effectivement, difficile à gérer car les aléas des ovaires ne sont pas prévisibles. On y parvient cependant la plupart du temps avec des traitements « à la carte », mais parfois rien n'y fait et il faut se résoudre, s'il n'y a pas de contre-indication à cela (on ne fume pas, on n'a pas de surpoids, on n'a pas d'hypertension, on n'a pas de cholestérol, ...) à prendre une pilule contraceptive comprenant une association d'estrogènes et de progestatifs. Cette manière de faire qui « bloque » les ovaires tout en vous alimentant en hormones nécessaires pour vivre correctement, permet alors souvent de passer cette période de façon extrêmement paisible. A discuter avec votre médecin.



Je suis atteinte de fibromyalgie et je souffre de multi maux, dont des bouffées de chaleur. Un traitement par patch 25 et des comprimés de progestérone m'ont améliorée, mais j'ai été affolée par tout ce qu'on dit sur les risques de cancer du sein. J'ai 61 ans, que pensez-vous de tout cela ?

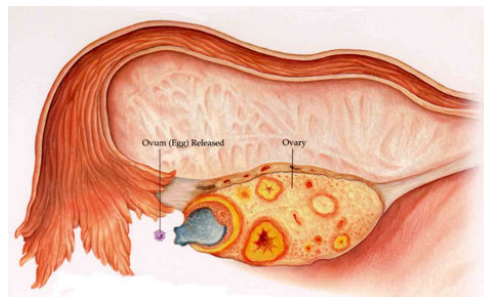
Je ne pense pas que vous souffriez de fibromyalgie qui est une pathologie bien particulière, mais plutôt de ce que l'on appelle de douleurs articulaires de la ménopause : ce sont des douleurs « voyageuses » qui atteignent éventuellement toutes les articulations les unes après les autres, accompagnées de douleurs musculaires. Les estrogènes les font disparaître en l'espace de 2 ou 3 semaines. Les études françaises concernant le risque de cancer du sein publiées récemment devraient pouvoir vous rassurer avec l'avis de votre médecin quant aux sur-risques de cancer du sein apportés par ces traitements. En effet, il semble qu'avec la progestérone naturelle et son dérivé la « rétroprogestérone », l'augmentation du risque de cancer du sein n'existe pas.

Du Côté des Mamans



Bonjour Docteur, j'ai 44 ans, je suis enceinte de 7 semaines et depuis quelques jours j'ai l'angoisse de porter un enfant trisomique. J'aimerais savoir si le risque d'attendre un enfant trisomique est très élevé à mon âge.

Le risque à 20 ans est d'un enfant trisomique sur 1 500 naissances, et à partir de 40 ans d'un sur 111 naissances. Des examens simples sont capables déjà d'alerter et ce, quel que soit l'âge de la future maman : la clarté nucale (un signe échographique que l'on évalue à la 2^{ème} semaine d'absence de règles) et le dosage de l'hormone de grossesse entre la 15^{ème} et la 18^{ème} semaine d'absence de règles. L'amniocentèse, bien entendu, est toujours conseillée pour les femmes ayant dépassé l'âge de 38 ans.



Je voudrais juste savoir pour quelles raisons une femme de 45 ans qui a un cycle menstruel régulier n'aurait-elle pas d'ovule à chaque cycle.

Les ovulations sont présentes dans une majorité de cas chez les femmes ayant dépassé la quarantaine. Mais ce qui pose problème est la **fécondabilité** de ces ovules : même si l'ovulation a lieu, ils sont entre 40 et 50 ans de moins en moins fécondables et aboutissent plus souvent qu'avant 40 ans soit à une stérilité totale, soit à des fausses-couches spontanées. Cela dit, tout est individuel ici : il est des femmes ayant dépassé 40 ans depuis longtemps qui sont aujourd'hui mamans sans ayant vécu aucune difficulté particulière.



Qu'est-ce que la vaccination anti-Rhésus.

Qu'est-ce qu'un accident Rhésus? Il s'agit d'une agression du sang de l'enfant par les anticorps

fabriqués par la mère.

La situation peut se produire lorsqu'un enfant issu d'un père Rhésus + et d'une mère Rhésus - est lui-même Rhésus +. Lors de l'accouchement, le sang du fœtus Rhésus + se mêle au sang de la mère Rhésus -. Réaction : la mère va immédiatement fabriquer des anticorps dirigés contre le Rhésus +. C'est sans gravité pour ce bébé-là qui vient de naître : il sera « parti » avant que les anticorps maternels n'aient eu temps de lui faire grand mal, mais ce sera grave, en revanche, pour les futurs bébés Rhésus + qui, eux, devront cohabiter avec le sang maternel pendant les neuf mois de gestation!

Donc, pour nous résumer, il y a danger :

- si le père est Rhésus + et la mère Rhésus - et que leur bébé est Rhésus + ;
- s'il s'agit d'une deuxième grossesse, ou d'une première grossesse chez une femme qui a déjà avorté (l'avortement ayant peut-être enclenché la fabrication d'anticorps).

Les accidents Rhésus étaient autrefois dramatiques en ce sens qu'ils provoquaient soit des malformations graves, soit la mort du fœtus. Si nous parlons au passé, c'est que nous disposons depuis quelques années de cette arme remarquable qu'est la vaccination. Elle consiste à injecter à la mère, dans les trois jours qui suivent l'accouchement (ou l'avortement), des anticorps qui vont détruire les globules Rhésus + de l'enfant passés dans l'organisme maternel. On comprend aisément que, si l'on annihile ces Rhésus + « ennemis », l'organisme maternel n'aura plus besoin de fabriquer, lui, ses anticorps. Il sera donc sans danger pour les enfants à venir.

Que fait-on lorsque la mère, reconnue sujet à risque (n'ayant pas reçu de vaccination après son premier accouchement ou avortement), accouche d'un enfant malade ? On a parfois recours à l'exsanguinotransfusion. C'est une technique délicate qui consiste à vider complètement l'enfant de son sang (soit à la naissance, soit lorsqu'il est encore dans l'utérus), et à lui remettre du sang neuf, non attaqué par les anticorps maternels. C'est une entreprise périlleuse et un peu hasardeuse, à laquelle il est bien sûr préférable de substituer la vaccination ! Celle-ci donne en effet des résultats spectaculaires, sans risque. On peut dire que les problèmes de Rhésus sont devenus, grâce à elle, exceptionnels, et que cette pathologie a pratiquement disparu des maternités.



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

