

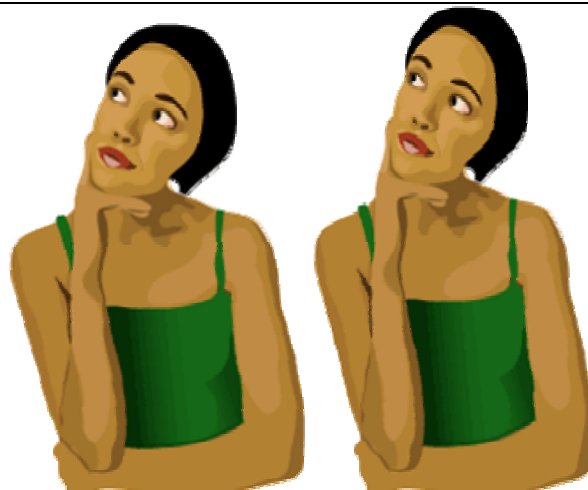


BULLETIN D'INFORMATIONS GYNECOLOGIQUES
DU Dr DAVID ELIA
No 17-MAI 2006-

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

ET, NOUVEAU, NOUVEAU, NOUVEAU, NOUVEAU :

Retrouvez moi en vidéo et en audio sur mon podcast à l'adresse :
<http://david100.podemus.com/>

Bonjour !

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

L'EDITO DU MOIS



C'EST LE PRINTEMPS ET QUE DES BONNES NOUVELLES !

Que devenons-nous en cette année 2006 ?

Il faut dire que nos outils thérapeutiques ont pris un vieux coup depuis quelque temps : le traitement hormonal de la ménopause (THS), les progestatifs, les contraceptifs oraux déclarés cancérigènes... Mais qu'on se rassérène d'urgence !

- Car pour le THS la réhabilitation est désormais en marche. Bien sûr, nous en sommes revenus aux années 90 pour ce qui est de son utilisation car la moitié des femmes a, bon gré mal gré, accepté de souffrir en silence. Les dégâts sont énormes, non seulement chez les

femmes mais aussi chez leurs médecins et leurs autorités. Il faudra reconstruire, regagner la confiance perdue, ce sera long, des années sans doute. Les gynécologues, le fer de lance en ce domaine thérapeutique, ne cesseront de militer à nouveau et de faire avancer la science, de faire reculer les préjugés et empêcher les lobbyings de toute sorte de nous égarer de nous manipuler comme ce fut le cas depuis près de 4 ans. Que l'histoire du fiasco de la WHI (l'étude américaine de l'été 2002 qui mit le "feu aux poudres") nous serve et soit toujours à l'avenir présente dans nos esprits !

Car il y a aussi beaucoup d'espoir pour la tibolone, cette molécule originale qui fait au minimum aussi bien sur les symptômes que le traitement hormonal et qui nous livrera (fin 2007) les résultats de sa grande étude LIBERATE multicentrique randomisée double aveugle contre placebo: 2600 femmes ayant eu un cancer du sein auront alors pris soit de la tibolone soit un placebo pendant 5 ans. À ce jour l'étude ne montre pas d'événements graves puisque après déjà 4 ans de son début elle n'a pas été arrêtée comme aurait pu le faire le comité indépendant de surveillance de l'étude qui a émis son dernier avis de continuation en date du 17 mars 2006 : si la tibolone n'augmente vraiment pas le risque de récurrences et de métastases... vous imaginez déjà les retombées !

Ah ! Car pour la prévention du cancer du sein chez les femmes à risque cela s'annonce sous les meilleurs auspices. L'étude STAR vient en effet de livrer le 17 avril ses premiers résultats. Cette étude compare la diminution du risque de développer un cancer du sein invasif chez 19147 femmes à risque de cancer du sein prenant soit du raloxifène (Evista®) (anti estrogène utilisé actuellement dans la prévention de l'ostéoporose) soit du tamoxifène (anti estrogène utilisé pour diminuer les récurrences chez les femmes ayant eu un cancer du sein) pendant 5 ans (étude randomisée, placebo avec double aveugle sous l'égide du NCI (National Institutes Cancer aux USA). Les résultats préliminaires qui seront communiqués en juin prochain à l'ASCO à Atlanta sont enthousiasmants : à 5 ans on assiste à 50 % de diminution du risque de développer un cancer invasif chez les femmes raloxifène. Ceci devrait positionner dans l'avenir le raloxifène en première intention dans cette indication. Le tamoxifène qui fait aussi bien a cependant des effets indésirables (augmente le risque de cancer de l'utérus) qui le positionneront alors en deuxième intention. Le Pr E. Niederhuber du NCI ne mâche d'ailleurs

pas ses mots: "... les résultats de la STAR représentent un pas significatif pour la prévention du cancer du sein", s'exclame-t-il.

- Enfin car la "libido perdue" des femmes en post ménopause n'est pas oubliée : vous nous faites parfois cette confiance en consultation: "Oui, merci docteur, votre traitement hormonal de ménopause m'a vraiment réussi, je n'ai plus de sécheresse vaginale ni suées nocturnes mais il y a quelque chose qui me désole, je n'ai vraiment plus envie de faire l'amour, ma libido est à 0, moi qui aimais tellement ça ! Mon compagnon s'inquiète et moi... je désespère !" Alors que les médecins anglo-saxons ont depuis fort longtemps une réponse toute prête en prescrivant des hormones mâles à petites doses à cette plainte pour nous c'est à ce jour le désert thérapeutique. La mise à notre disposition prochaine, cette année, d'Intrinsa® patch de testostérone est donc une vraie innovation thérapeutique. C'est la première fois que la testostérone sera disponible pour les femmes dans notre pays avec une autorisation de mise sur le marché en bonne et due forme. Allez c'est le printemps, laissons-nous envahir par la douceur de l'air et de ces bonnes nouvelles thérapeutiques à venir.

*N.B.: La tibolone (Livial®) représente cependant déjà une réponse éventuelle à cette plainte en raison d'un de ses métabolites qui se lie aux récepteurs des hormones mâles et de la progestérone.

GYNECOLOGIE DE TOUS LES JOURS



A LA MENOPAUSE, A-T-ON AUSSI LE CHOIX D'AVOIR OU NON DES REGLES AVEC LE TRAITEMENT HORMONAL ?

Il y a une quinzaine d'années déjà, 75% des femmes **ménopausées** ne souhaitaient pas retrouver des **règles** avec leur traitement hormonal.

Aujourd'hui, on est probablement bien au-delà. Et ce souhait est parfaitement possible.

A l'opposé des femmes qui souhaitent retrouver des **règles**, il y a de plus en plus de femmes pragmatiques qui considèrent que ça n'a pas d'importance.

D'autres cependant se moquent d'avoir ou non des **règles** car elles ont toujours eu des **règles** parfaitement normales.

Pour ne pas avoir de **règles**, il suffit de donner en même temps, durant un mois, les estrogènes et la progestérone ou le progestatif, ce sont les **traitements combinés continus**. Inversement, on induit des **règles** en donnant les estrogènes pendant un mois et la progestérone ou les progestatifs 12 jours par mois à la fin du cycle. C'est alors l'arrêt de la progestérone ou du progestatif qui donne les **règles**.

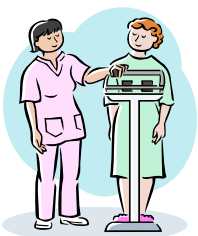
Il faut savoir que par défaut, on choisit le traitement avec **règles** car c'est celui qui réussit le mieux. Celui sans **règles** est plus difficile.

En effet, le traitement de la **ménopause** sans **règles** est un succès quasiment total pour les femmes **ménopausées** depuis plusieurs années. Inversement, le risque d'échecs est plus important chez les femmes qui viennent d'entrer en **ménopause**. Ainsi, chez les jeunes **ménopausées** (2 ou 3 ans de ménopause), au lieu de ne pas avoir de **règles**, le traitement risque inversement de provoquer des saignements imprévisibles et plus ou moins importants.

En pratique, si une femme de 51 ou 52 ans ne veut pas de **règles**, il faut au moins essayer. Les chances de réussite du traitement sont de deux sur trois. Si des **saignements** désordonnés se manifestent, on revient à un traitement avec **règles**, qui a au moins l'avantage de donner des règles à date fixe.

Il faut attendre un, deux ou trois ans avant de reprendre le traitement sans **règles**, qui a alors beaucoup plus de chances de réussir.

En conclusion, aujourd'hui, la logique l'emporte sur les idées reçues, particulièrement chez les jeunes. Les femmes peuvent choisir à tout âge d'avoir **ou non** des **règles** sous pilule ou traitement hormonal de la **ménopause**. Selon ses idéologies, ses désirs, sa culture, etc.



DU COTE DE VOTRE POIDS

LA LIPOASPIRATION CHIRURGICALE

C'est un médecin français, Guy Illouz, qui en décrit la première version en 1977 : grâce à des canules qui, avec le temps, verront leurs diamètres diminuer de plus d'un centimètre à quelques millimètres (3 ou 4), le chirurgien "aspire" la graisse grâce à de minuscules petites ouvertures cutanées permettant l'introduction de la canule. C'est une intervention chirurgicale qui doit être réalisée par un médecin compétent à l'hôpital ou en clinique. Je vous déconseille en particulier de vous faire opérer en d'autres endroits (un cabinet médical de ville par exemple...).

Il y a bien évidemment des indications, des contre-indications, des incidents, des accidents attribués à cette technique, comme toute technique médicale ou chirurgicale en comporte... .

En particulier, la peau doit être encore de bonne qualité, propre à se "retendre" sur les parties débarrassées de la graisse sinon, attention, ça va "gondoler", "faire des vagues", prendre un aspect de tôle ondulée. D'autre part, l'aspiration ne peut se faire sans créer un certain nombre de micro-traumatismes, en particulier circulatoires ; car elle détruit veinules et artérioles, ce qui peut aggraver les problèmes veineux préexistants.

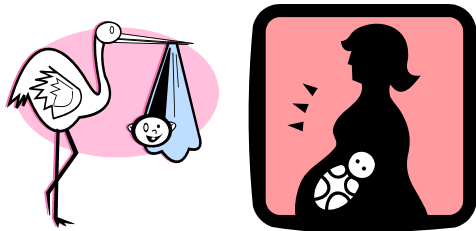
La "peau d'orange" restera le plus souvent visible dans la mesure où l'aspiration, pour ne pas créer de traumatisme important de la peau (par exemple nécrose gravissime), doit rester profonde : à vouloir "curer" la graisse immédiatement sous-cutanée, on risque de priver la peau de sa vascularisation et de son innervation.

Enfin, si l'effet de lipo aspiration est durable, il n'est peut-être pas aussi définitif que l'on a bien voulu le dire : de nouveaux adipocytes (cellules graisseuses) peuvent se développer, se charger en graisse et être la cause de "récidive".

Un conseil donc : adressez-vous à l'un des quatre cents chirurgiens esthétiques détenant une compétence reconnue dans leur spécialité. Vous pouvez vérifier la qualification de votre médecin en vous renseignant auprès du Conseil de l'Ordre départemental.

Cela dit, lorsqu'elle est effectuée dans un contexte — en particulier cutané — adéquat et par un chirurgien compétent, la lipo aspiration chirurgicale donne des résultats vraiment très satisfaisants

DU COTE DES MAMANS



Je suis enceinte de 4 mois ½, j'ai 23 ans et je viens malheureusement de contracter la rubéole. Mon médecin me propose de faire effectuer un prélèvement de sang fœtal. De quoi s'agit-il ? Cet examen me fait vraiment très peur ?

Votre médecin veut obtenir un peu de sang du fœtus afin de déterminer s'il contient ou non des anticorps récents antirubéoleux ce qui confirmerait alors de façon sûre l'atteinte ou non du fœtus. Au début des années 80, grâce à l'échographie, ce prélèvement est devenu beaucoup plus aisé et comporte infiniment moins de risques qu'auparavant. Vous ne serez pas hospitalisée et aucune prémédication n'est même nécessaire. Le médecin échographiste a pour objectif de repérer le cordon ombilical afin de le ponctionner grâce à une aiguille. On cherche là où le cordon est le plus fixe c'est-à-dire l'endroit où il s'abouche au placenta. Lorsque cette partie spécifique du cordon ombilical a été repérée (parfois après plusieurs minutes de patientes recherches sur l'écran) on désinfecte la peau du ventre à l'endroit de la ponction et l'on pratique une petite anesthésie locale. L'aiguille, longue de 9 cm, est ensuite introduite et on peut la suivre millimètre par millimètre sur l'écran de contrôle de l'échographiste. Le cordon contient une artère et une veine. Cette dernière parce qu'elle est de calibre plus important est plus facile à ponctionner. Le tout va durer environ 5 minutes entre des mains expérimentées. Bien sûr, il peut y avoir de petites complications dont les principales sont la persistance d'un saignement du cordon au point de ponction qui cède le plus souvent après quelques minutes. L'infection est un risque très rare. Quant au fœtus lui-même, dans moins de 10%, il peut développer un ralentissement de son activité cardiaque, incident réversible dans l'immense majorité des cas. Les raisons de demander un prélèvement de sang fœtal sont très variées et de plus en plus nombreuses. Parmi les principales : dépister des éventuelles maladies infectieuses du fœtus comme la rubéole ou encore par exemple la toxoplasmose. Ou encore, en cas de doute quant à la possibilité d'une maladie sanguine du fœtus comme

l'hémophilie, la thalassémie... . On peut aussi envisager des transfusions du fœtus grâce à cette technique. Le risque global, entre des mains entraînées est évalué aujourd'hui à seulement 1% de complications majeures.

Combien vais-je perdre de sang lors de mon accouchement ?

En général vous ne dépassez pas ½ litre et alors tout va bien. En fait, vous perdez même moins : entre 200 et 300 ml c'est-à-dire 1/3 de litre. C'est votre utérus qui se contracte sur lui même et devient une véritable boule dure et peut ainsi assurer l'hémostase, c'est-à-dire la fermeture de toutes les petites plaies susceptibles de laisser échapper le sang . Nous parlons dans notre jargon de « globe de sécurité » : lorsque l'on vous examine on perçoit une boule dure formée par l'utérus contracté. Si votre utérus n'avait pas la force de se mettre « en boule » les saignements ne tariraient pas : il deviendrait alors nécessaire d'utiliser des médicaments intraveineux dont le but est d'assurer une contraction plus efficace. Dès que le placenta est expulsé, peu de sang va s'écouler en principe de votre vulve (au maximum de l'abondance des règles).

J'ai mal au ventre en bas à droite. J'ai peur d'avoir une appendicite. Je suis enceinte d'un mois ½. Si c'était cela, est-ce grave ?

On rencontre de façon rarissime l'appendicite, c'est-à-dire l'infection et l'inflammation de l'appendice chez les femmes enceintes. Cependant si l'appendicite survenait au début d'une grossesse, votre cas, le traitement et les complications de cette affection ne seraient pas différentes que vous soyez enceinte ou non : on vous opèrerait et tout irait fort bien pour vous et pour le fœtus dans l'immense majorité des cas.

Par contre au 8^e ou 9^e mois ou encore juste après l'accouchement, l'appendicite peut avoir des conséquences plus sérieuses : elle est en effet susceptible d'infecter le bébé et même de porter gravement atteinte à sa santé. Elle peut aussi provoquer chez vous une péritonite voire pire. Mais il faut convenir que de telles complications sont réellement exceptionnelles. Ce

risque existe cependant et il faut bien aussi reconnaître que nous n'avons aucun moyen de l'éviter.

VOS QUESTIONS ET MES REPONSES



J'ai des infections urinaires à répétition et j'ai entendu dire que le fruit de la canneberge (cranberry) pouvait me guérir. Qu'en pensez-vous ?

Toutes les études vont dans le même sens : 40% de diminution de la fréquence des infections urinaires si après le traitement de l'infection urinaire vous absorbez des extraits de ce fruit (ou le jus de ce fruit, il faudrait en absorber un litre par jour). Mais, ne confondez pas : cela ne traite pas l'infection installée, seuls les antibiotiques ont ce pouvoir.

Actuellement, vous pouvez disposer en pharmacie de gélules, sans ordonnance médicale (GYNDELTA®).

J'avais des saignements beaucoup trop importants et des douleurs avec un DIU (stérilet) qui m'a été retiré. Il s'agissait d'une marque différente de ceux que j'avais eus avant. Cela explique-t-il cela ?

Peut-être, car on en vient de plus en plus à penser que la conformation de la cavité utérine, différente d'une femme à l'autre, conditionne le confort (absence de douleurs et règles normales) chez les femmes qui ont adopté cette méthode de contraception. Il existe maintenant des DIU de formes et de tailles différentes que votre médecin saura adapter à la conformation de votre utérus.

J'ai sans arrêt des infections vaginales avec des pertes qui sentent assez mauvais. J'en ai assez. N'y a-t-il pas un moyen d'arrêter ces récurrences ?

Il s'agit vraisemblablement de la vaginose bactérienne, l'infection vaginale la plus fréquente des infections vaginales bénignes. L'odeur est provoquée par la libération de certaines molécules malodorantes soit au contact du sperme soit au contact du sang des règles. Après un traitement spécifique anti-infectieux (ovules ou comprimés) l'administration de lactobacilles accompagnée d'une substance acidifiante, comme par exemple l'acide citrique, peut considérablement limiter les récurrences : la vaginose bactérienne ne se développe jamais aussi bien que dans un milieu de pH alcalin (c'est-à-dire le contraire de l'acide).

REVUE DE PRESSE GYNECO :

« Dépistage mammographique des cancers du sein : une balance bénéfices-risques peu favorable » (Prescrire numéro 272, Le Parisien)

Prescrire (revue médicale) publie un dossier sur le dépistagemammographique des cancers du sein.

La revue indique qu'« *une dizaine d'essais cliniques effectués en tout chez plus de 400 000 femmes ne permet pas de démontrer un effet favorable tangible du dépistage par mammographie sur la mortalité générale et sur la mortalité par cancer du sein* ».

Prescrire note ainsi que « *dans une hypothèse optimiste, il faudrait dépister entre 700 et 2 500 femmes environ pour éviter un décès par cancer du sein au bout de 14 ans* ».

La revue retient que « *chez les femmes de moins de 50 ans, la balance bénéfices-risques du dépistage mammographique est défavorable. Elle demeure mal établie chez les femmes de 50 à 69 ans, et on dispose de trop peu de données au-delà de 70 ans* ».

Prescrire indique que « *le dépistage mammographique détecte de nombreux cancers dont une grande partie ne sont pas dangereux. Ces effets*

indésirables comprennent notamment les examens et angoisses inutiles suite aux anomalies détectées à tort (environ 60 % de «faux positifs») et les examens et traitements inutiles, parfois agressifs des cancers non dangereux qui ne se seraient pas manifestés cliniquement », poursuit la revue.

Prescrire estime que *« les femmes doivent être objectivement informées des limites du dépistage, pour ne pas nourrir de faux espoirs, et accepter ou non le dépistage systématique en toute connaissance de cause ».*

Le Parisien s'interroge également : *« Le dépistage [du cancer du sein] est-il efficace ? ».*

Le journal note en effet que *« le consensus observé autour de cette mesure ne serait plus de mise ».*

Le Parisien cite Bruno Toussaint, rédacteur en chef de **Prescrire**, qui déclare : *« Lorsque que l'on regarde de près les résultats des essais cliniques, on se rend compte qu'il n'y a presque pas de différence de mortalité par cancer du sein entre les groupes de femmes qui ont eu une mammographie et celles qui n'en ont pas eu ».*

Le quotidien note de plus que *« l'étude majeure sur laquelle se fondait le dépistage vient d'être remise en cause par la communauté scientifique dans l'European Journal of Cancer, en raison de biais méthodologiques ».*

Le Parisien aborde aussi le *« surdiagnostic des cancers peu évolutifs »*, mais indique que *« le ministère de la Santé garde sa confiance dans le dépistage systématique ».*

Le journal relève en effet que *« l'Institut de veille sanitaire s'est félicité, la semaine dernière, du progrès du dépistage, en révélant qu'«en 2004, 1,6 million de femmes ont effectué un test de dépistage organisé permettant la détection de 10 640 cancers» ».*

Le Parisien cite à ce propos le Pr Marc Espié, cancérologue à l'hôpital Saint-Louis à Paris, qui *« estime qu'il vaut mieux «surtraiter que sous-traiter» ».*