



GYNÉCOLOGUE

DOCTEUR DAVID ELIA

2 RUE DE PHALSBURG 75017 PARIS 0142 2716 87 - 0142 27 71 16

- ❑ 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



L'examen gynécologique est-il obsolète ?

Elle est là devant vous, tendue. Elle le redoute, elle vous avoue qu'elle a mal dormi, fait des cauchemars. Il y était question de pénétration vaginale violente, de brutalité, de douleurs, ... Elle est là, en face de vous, et c'est son « premier examen gynécologique ».

Et vous, parce que vous êtes « un bon docteur », humain, compatissant, et tout, et tout, vous lui expliquez patiemment le speculum, le toucher vaginal, la palpation des seins.

Elle n'en est pas rassurée pour autant.

Et même si l'usage de plus en plus répandu du speculum plastique à usage unique lui évitera le bruit « de caisse à outils » au moment du choix du speculum, lui évitera aussi cette sensation désagréable de froid communiqué par le métal inoxydable. Il est une chose sur laquelle on ne pourra pas faire l'impasse, c'est « l'écartement des parois vaginales » à la

recherche du col utérin, geste dont l'inconfort est-vous le savez- inversement proportionnel à l'activité sexuelle de la patiente.

Indépendamment des sensations ressenties, il y a aussi ce sentiment « d'effraction corporelle » sentée être subie « gynécologiquement parlant » dans la passivité la plus totale.

Puis il y a ces deux doigts vaginaux qui partent à la recherche du fond vaginal, certes juste un peu moins agressifs que le speculum, mais qui finiront sans doute de convaincre que l'intimité cela n'existe plus.

Quant à la main pelvienne qui cherche, appuie, force la paroi musculaire, s'attarde ici et là avec cette sensation bizarre que l'on joue à s'envoyer d'une main à l'autre, vos propres entrailles.

Restent les seins : on va les regarder, les soupçonner, les palper, en presser les

mamelons, oui, sans doute, la partie la moins pénible de l'examen, surtout qu'elle en annonce la fin.

Tout cela aura duré quelques minutes au plus, mais « franchement Docteur, est-on obligée d'y passer ; au XXIème siècle vous n'avez vraiment rien trouvé d'autre... ? »

Certes, on pourrait remplacer le toucher vaginal par une échographie pelvienne qui, il faut le dire, serait dans de nombreux cas, bien plus informative que le toucher vaginal.

Certes, on pourrait aussi remplacer le frottis par un « home test » : chaque femme serait invitée tous les deux ou trois ans à s'introduire une tige souple et fine au fond du vagin à la recherche de l'ADN des HPV. Pas de spéculum, pas de douleur et moins de faux négatifs ou positifs que les frottis.

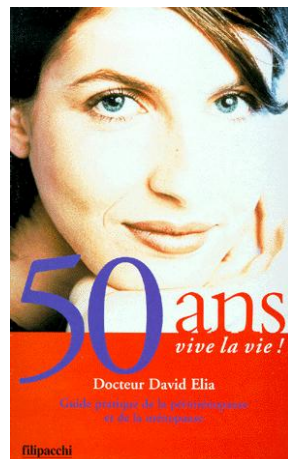
Mais le col, les parois vaginales, encore faut-il pouvoir les « regarder » : on sait aujourd'hui faire de l'hystérocopie, de la tuboscopie... ne me dites pas que nous ne pourrions pas inventer un « vagino-colposcope » dont l'introduction vaginale serait beaucoup plus acceptable que l'antique speculum.

Oui, ces alternatives sont certainement possibles mais quel en serait le coût ? Car un « bon TV » tient aisément la comparaison avec une « bonne échographie » et... ça coûte beaucoup moins cher !

Alors, faut-il dire aux femmes que si l'examen gynécologique reste encore si « antique », c'est pour faire des économies ?

Je crains fort que cette annonce soit particulièrement mal reçue par les intéressées.

Ménopause



La fatigue

Les faits

Lors de la ménopause, vous êtes nombreuses à vous sentir exténuées, vidées de vos forces, incapables d'assurer les tâches quotidiennes. Cette fatigue vous handicape dans la vie de tous les jours, mais aussi vous inquiète et vous laisse imaginer que vous êtes peut-être atteinte d'une maladie grave. Cette fatigue est dévalorisante dans la mesure où elle semble

vous indiquer que "l'âge venant", vous n'êtes désormais plus capable d'assumer votre rôle conjugal, professionnel, parental, social... Cette fatigue est physique, certes, mais aussi intellectuelle : il vous est parfois impossible de suivre une idée, de manifester un esprit logique, de mener à bien des tâches intellectuelles banales.

Les causes

Le sommeil est souvent perturbé. Les bouffées de chaleur et les suées vous empêchent de dormir et ces insomnies répétées finissent par avoir des conséquences désastreuses sur votre "forme".

Les hormones estrogènes sont des hormones de "vie": en leur absence, on constate souvent une perte du tonus, de la capacité à entreprendre des choses. Il s'agit là d'un effet *direct* des hormones sur le cerveau féminin.

C'est parfois la glande thyroïde qui est en cause : les hormones thyroïdiennes qu'elle fabrique sont, elles aussi, fondamentales au tonus et à la capacité d'entreprendre. L'insuffisance thyroïdienne est un événement relativement fréquent à la cinquantaine et il convient toujours - surtout devant une fatigue peu ou pas améliorée par le THS - d'en rechercher l'éventualité.

La baisse de moral pouvant survenir en raison de tous ces symptômes de la ménopause peut, à elle seule, expliquer une certaine lassitude et des découragements.

La carence hormonale estrogénique doit être compensée. Dès lors qu'un THS est mis en route, quelques semaines suffisent pour retrouver le tonus et ses facultés d'avant la ménopause. Vous parlez souvent de "traitements magiques" tant vous êtes surprises par la rapidité de la remise en forme dès que des estrogènes circulent à nouveau dans votre sang.

La crise existentielle de la cinquantaine que vous vivez en même temps que vous subissez les symptômes de la ménopause ne peut, elle, c'est évident, trouver de solution dans le traitement hormonal substitutif. Mais celui-ci vous redonnant force et vigueur vous permet souvent d'avoir les moyens de mieux la surmonter.

Le traitement hormonal d'une éventuelle insuffisance thyroïdienne (dont la preuve est assurée par un dosage hormonal sanguin, la TSH ultrasensible) doit toujours être corrigé et, tout comme le traitement hormonal substitutif de la ménopause, vous permettre de retrouver rapidement vos forces.

Ce qu'il faut retenir :

La fatigue est un symptôme très courant de la ménopause. Ses multiples causes ne résistent pas, en général, à

l'instauration d'un traitement hormonal bien dosé.

La déprime

Les faits

Ce n'est pas ce que les psychiatres appellent la dépression : cet état très grave qui vous abat et vous empêche de réfléchir, d'agir, tout en vous dévalorisant de façon très inquiétante. Il s'agit plutôt de cette petite déprime, de cette tristesse ou de cette mélancolie qui font que lorsqu'on vous demande "comment ça va ?" vous répondez "pas terrible, en ce moment je n'ai vraiment pas le moral..."

Celles qui ont déjà connu, avant la ménopause, un ou plusieurs épisodes de vraie dépression sont certainement plus vulnérables à la récurrence au moment de la ménopause.

Cette déprime vous semblera d'autant plus insolite si vous faites partie des femmes qui se trouvaient auparavant plutôt optimistes, de caractère égal, ne connaissant pas la mélancolie. C'est ce contraste, contemporain

de la ménopause, qui doit faire penser à

l'origine hormonale de ce "mal-être".

Les causes

La fatigue, les insomnies, les bouffées de chaleur et autres suées, sont de nature à casser un beau moral. Les hormones estrogènes ont un impact direct sur le cerveau féminin et se comportent à son niveau comme de véritables "antidépresseurs physiologiques". Nombre de réactions chimiques impliquant ce que l'on appelle les neuromédiateurs (des hormones cérébrales) sont induites, modulées par les estrogènes.

L'absence d'estrogènes au niveau cérébral explique que vous "broyez du noir" plus facilement.

Enfin, l'image de "vieillesse" que suggère la ménopause, les éventuelles difficultés conjugales ou professionnelles - vécues dans un contexte de grande vulnérabilité physique et intellectuelle - peuvent avoir un impact très négatif sur votre moral.

Les traitements

Les femmes concernées de 50 ans et plus sont donc souvent invitées à prendre des antidépresseurs puisque la plupart de ces médicaments sont désormais quasiment exempts d'effets secondaires. Il ne s'agit pourtant pas de "la" solution que vous recherchez. En effet s'ils peuvent vous aider en vous empêchant de tomber peu à peu dans la dépression, ils ne s'adressent pas à la cause n° 1 de votre état.

C'est l'adoption d'un THS qui, en principe, doit vous sortir de votre morosité, et ce dans un délai de quelques semaines : les bouffées de chaleur, les insomnies, la fatigue

envolées, le moral revient naturellement au beau.

C'est dans le cas de l'inefficacité d'un THS bien conduit à résoudre votre tristesse que l'accès aux antidépresseurs peut s'avérer opportun.

Les anxiolytiques (médicaments contre l'angoisse) peuvent être intéressants sur une brève durée, le temps que le THS fasse son effet. Les autres moyens tels que la reprise ou l'adoption d'une activité sportive, la décision de perdre du poids et la réussite de ce projet, la relaxation... accompagnent utilement l'adoption du THS.

Ce qu'il faut retenir :

Déprime et morosité ne résistent pas longtemps à la restauration d'une quantité d'estrogènes suffisante dans votre sang.

Les fuites urinaires

Les faits

Lorsque vous toussiez, éternuez, faites un effort, il peut arriver maintenant que vous ayez quelques fuites d'urine incontrôlables.

Mais parfois, aussi, vous avez des envies impérieuses, irrésistibles d'uriner et vous ne pouvez empêcher quelques gouttes, voire plus, de fuir. Cela peut vous arriver, par

exemple, alors que vous êtes dans l'ascenseur sur le point d'arriver chez vous, lorsqu'il pleut, lorsque vous mettez les mains dans l'eau froide...

Ces deux mécanismes - fuites à l'effort et fuites par impériosités - sont parfois intimement mêlés chez une même femme.

Les causes

Les fuites d'urine à *l'effort* se rencontrent le plus souvent chez les femmes ayant au moins accouché une fois car la vessie a été quelque peu "bousculée" pendant l'accouchement. Dans les suites immédiates de la naissance de l'enfant, quelques fuites à l'effort se sont vite spontanément résolues dans la mesure où les tissus, les ligaments sont encore fermes et élastiques. Puis, avec le temps, la vessie n'est plus *soutenue* de façon adéquate, elle "descend" subrepticement et, ne se retrouvant plus à sa place habituelle, ne réagit plus de la même façon à la *surpression* provoquée, par exemple, par une toux rebelle.

Les traitements

La rééducation périnéale avec électrostimulation et biofeedback : en général 15 séances donnent de bons résultats, surtout sur l'incontinence d'urine d'effort et, à moindre degré, mais parfois appréciable, sur l'incontinence par impériosités. Cette rééducation s'effectue chez la sage-femme ou le kinésithérapeute compétent. Elle est remboursée par la Sécurité sociale.

Elle nécessite la mise en place de sondes vaginales imprimant au périnée les différents

Le THS, parce qu'il apporte des estrogènes, est une excellente première approche de ces troubles urinaires, surtout s'ils sont apparus au moment de la ménopause : en restaurant une atmosphère estrogénique suffisante sur les récepteurs hormonaux de la vessie, on voit près de la moitié des incontinenances par impériosités résolues, tandis que les effets sur

Ce symptôme est le plus souvent humiliant dans la vie quotidienne, et il finit par gêner considérablement. La vie intime est parfois elle aussi perturbée : fuites d'urine et vie sexuelle ne font pas forcément bon ménage !

Dans les cas avancés vous utilisez des protections qui vont du protège-slip à la véritable "couche pour adultes".

Les fuites urinaires par impériosités participent d'un mécanisme différent : la vessie est un organe particulièrement "intelligent" qui, entre autres régulations, utilise des influx nerveux - véritables circuits électroniques de la vessie - qui nécessitent nombre de molécules chimiques dont les estrogènes. Dès lors que la vessie se voit privée d'estrogènes elle peut réagir ainsi et devenir "si nerveuse" qu'elle ne peut plus se remplir de façon sereine jusqu'à déclencher le signal d'évacuation de l'urine lorsqu'elle est pleine mais, au contraire, se déclenche alors même qu'elle est aux trois quarts vide.

courants de stimulations musculaires induits par une machine spécialisée. Totalement indolore.

Les médicaments "calmant de la vessie" sont particulièrement efficaces sur l'incontinence urinaire par impériosités. L'effet secondaire le plus fréquent est la sécheresse de la bouche. Et il convient d'utiliser ces médicaments "à la carte" (leur durée d'action est de quelques heures après l'absorption).

les incontinenances à l'effort restent plus modestes mais certains.

La chirurgie n'est opportune que lorsque les moyens précédents n'ont pas donné satisfaction sur l'incontinence *d'effort*. On a le choix aujourd'hui entre les anciennes techniques classiques qui ont fait leurs preuves (elles consistent, à ventre ouvert, ou parfois par coelioscopie, à "remonter" la vessie

et à la replacer dans sa position correcte). Une nouvelle technique chirurgicale beaucoup plus simple (une demi-heure sous anesthésie locale) et qui vous permet de rentrer chez vous dès le lendemain matin, le TVT, consiste à placer une sorte de "hamac" sous la forme

d'un fil sous l'urètre, le conduit urinaire qui s'étend de la vessie à l'orifice urinaire. Le TVT nous vient de Suède. Les résultats sont aussi bon que ceux des techniques chirurgicales classiques.

Ce qu'il faut retenir

La ménopause est un moment de votre vie où les symptômes urinaires surviennent avec une grande fréquence dans la mesure où la vessie est privée de son imprégnation hormonale d'estrogènes.

C'est la raison pour laquelle nombre de symptômes de ce type vont spontanément disparaître sous l'influence du THS, en l'espace de quelques semaines.

Le diagnostic est parfois difficile entre fuites à l'effort et fuites par impériosités. Le bilan urodynamique ("audit" de votre vessie effectué en 20 minutes) fait la part des choses et indique à votre médecin quelles pourraient être les meilleures stratégies à mettre en œuvre. S'il s'agit

d'un symptôme banal, il n'en est pas moins lourd à vivre tant il provoque isolement social, honte et handicap.

Les traitements multiples à votre disposition sont très efficaces : ne vous résignez pas à subir cette gêne de votre vie quotidienne (et souvent de vos nuits).

Vous au Quotidien



LES SIGNES DE VOTRE PEAU

Contrairement à ce qu'on croit, les femmes de 40 à 50 ans demeurent encore très satisfaites de leur apparence extérieure. Bien sûr, des petites ridules, quelques modifications subtiles

permettent de philosopher sur le temps qui passe, mais aucune dégradation véritablement majeure ne vient assombrir l'optimisme de ces femmes. A vrai dire, leur crainte se porte plutôt

sur l'avenir, la plupart aimeraient conserver leur apparence actuelle. Certaines se désolent en essayant de se projeter dans 10 ou 15 ans et imaginent alors « les irréparables outrages des années ». Ainsi, pour beaucoup, il ne s'agit pas encore véritablement de « réparer » mais seulement de prévenir. La prévention du vieillissement général de la silhouette devient l'une des préoccupations majeures. La peau, mais aussi les cheveux, les ongles et la pilosité, participent pour une part importante à ces inquiétudes.

Notre enveloppe extérieure, constamment exposée au regard des autres, constitue en fait un merveilleux et complexe récepteur hormonal. Les récepteurs hormonaux de la peau sont inégalement repartis ; le visage en est sûrement la région la plus riche.

Le récepteur hormonal peut se comparer à une serrure dans laquelle la clé, l'hormone, va

«jouer» ou, au contraire, se bloquer. Quand tout fonctionne bien, l'hormone remplit son rôle. Ainsi, par exemple, les récepteurs à estrogènes des seins provoquent, lorsqu'ils reçoivent des hormones estrogènes, le gonflement et le durcissement de ceux-ci.

La peau des femmes contient de nombreux récepteurs à estrogènes, mais elle contient aussi des récepteurs à hormones mâles. Une quantité suffisante d'estrogènes et de progestérone contraindra l'effet des hormones mâles et donnera à la peau un aspect féminin : lisse, velouté, souple, doux.

Chez la femme, les hormones mâles sont principalement fabriquées par les glandes surrénales ; les estrogènes et la progestérone par les ovaires. Avant la ménopause, les hormones féminines « gagnent » constamment sur les hormones mâles : la peau reste élastique, jeune, et présente cet état si typiquement féminin.

QUELLES SONT LES CAUSES DU VIEILLISSEMENT CUTANÉ ?

L'âge, l'hérédité, représentent des facteurs inéluctables du vieillissement cutané. Mais il est possible de lutter contre un nombre

Le changement hormonal engendre, quant à lui, des modifications cutanées. Entre 40 et 50 ans, la peau passe par une phase d'excès d'hormones mâles qui n'est pas due à une surproduction mais à un arrêt de la sécrétion des anti-hormones mâles naturelles, les estrogènes et la progestérone. La correction de la carence hormonale liée à la périménopause puis à la ménopause représente un facteur déterminant dans la lutte contre le vieillissement cutané.

La tendance à l'hyperandrogénie (trop d'hormones mâles) s'accroît parfois lors de l'administration de progestatifs appartenant à

considérable d'agressions de la peau – le soleil (cause première du vieillissement accéléré) et le tabac par exemple.

la famille des norstéroïdes (vague ressemblance moléculaire avec les hormones mâles); la peau devient grasse, les cheveux séborrhéiques.

Toutes ces manifestations varient considérablement d'une femme à l'autre ; la susceptibilité des récepteurs hormonaux et la nature même des déséquilibres hormonaux contemporains de cette période s'expriment différemment selon les femmes ! Tant que la ménopause n'est pas installée, les modifications cutanées et pilaires restent, en général, de faible importance.

Périménopause et ménopause

Pendant la périménopause, les hormones estrogènes demeurent encore présentes et confèrent à la peau son aspect féminin. La

situation se gâte souvent à l'arrivée de la ménopause, moment du grand « stop ovarien ».

Dès lors, les hormones mâles s'en donnent à cœur joie ; leurs principaux « ennemis », les La peau se masculinise, le derme et l'épiderme se modifient. Elle perd son hydratation naturelle, son épaisseur et devient moins élastique. Sa teneur en collagène s'effondre, les cellules épidermiques se renouvellent moins abondamment et se révèlent moins aptes à cicatriser les plaies.

« Ma peau forme des écailles et ressemble à celle d'un serpent. » « Ma peau est sèche, elle me tire; on dirait du parchemin. »... Peau sèche, peau atrophiée, fine, parcheminée, écailleuse... Les ridules s'accroissent, le teint chavire. L'utilisation de crèmes cosmétiques,

estrogènes et la progestérone, désormais absents, ne les contentent plus.

les visites régulières chez une esthéticienne et les conseils prodigués dans la rubrique « beauté » des grands magazines féminins ne parviendront pas vraiment à estomper ces dégradations.

La pigmentation même de la peau s'atténue légèrement ; les aréoles et les mamelons deviennent parfois plus clairs. Les estrogènes augmentent la pigmentation. La ligne brune reliant le pubis au nombril chez les femmes enceintes nous en apporte une preuve des plus éclatantes.

D'autres changements peuvent apparaître ou s'accroître.

La pilosité du visage : le manque d'hormones provoque l'apparition de certains poils

inhabituels sur le haut des lèvres, sur le menton, mais aussi sur le corps.

Les cheveux peuvent devenir clairsemés et commencer à blanchir (ces symptômes ne se produisent pas systématiquement et varient selon les situations). Au cours de la période précédant la ménopause, les cheveux vont vivre une véritable « crise ». Près de 10 % des femmes se plaignent alors d'une perte de cheveux. Cette situation les panique ; elles courent les médecins, les salons de

coiffure, à la recherche d'une solution immédiate et se désespèrent devant la triste éventualité de devenir chauve. Les cheveux sont particulièrement sensibles à un équilibre harmonieux entre les hormones mâles et femelles. Mais les alopécies (chute de cheveux) peuvent avoir de multiples autres causes. Et les médecins admettent aussi l'importante responsabilité des facteurs psychologiques.

Les ongles poussent souvent moins rapidement, deviennent friables, cassants et plus sensibles aux mycoses

(*Candida albicans*, germe responsable de mycoses, s'y installe).

Des taches apparaissent souvent sur la peau, en particulier sur le dos des mains et le visage, taches baptisées tristement «fleurs de cimetière». Ces pigmentations résultent d'un dépôt de mélanine. Le déterminisme hormonal n'apparaît pas ici clairement. En effet, l'absence

d'estrogènes provoque traditionnellement plutôt une hypopigmentation. D'ailleurs, le nombre de ces taches n'augmente pas pendant la périménopause ou pendant la ménopause. Leur accroissement correspondrait tout simplement au vieillissement.

Pourtant à l'exception de ces signes, souvent discrets au début, la peau des femmes de 40 à 50 ans reste encore - il faut le dire - jeune et

belle, au contraire souvent de celle des femmes de 60 à 65 ans non traitées, qui présente de nombreux signes de vieillissement

Vous et votre poids



La consultation de diététique

Cette stratégie est mise en œuvre par le médecin nutritionniste seul ou au sein d'une équipe qui donne la part belle au (à la) diététicien(ne). En effet, ici, on est censé

pratiquement tout faire à votre place. La seule chose qu'on vous demande, c'est de respecter les consignes établies.

La stratégie «à la carte»

Vous ne devez faire aucun calcul de calories. Tout au plus, au début, vous demandera-t-on parfois de peser vos aliments de telle manière que vous finissiez par apprendre, en l'espace de quelques jours, ce que représentent 120 g

de viande ou 200 g de poisson, ou encore 150 g de pâtes cuites... Ces notions de poids étant ensuite intégrées, vous pourrez bien évidemment vous en passer.

La consultation de diététique : que s'y passe-t-il?

Avant même que de parler régime, plan stratégique d'amaigrissement, on se renseigne de manière extrêmement détaillée sur la façon dont vous mangez, ce que vous mangez, vos

goûts et vos dégoûts... Bref, il s'agit vraiment d'une consultation cherchant à vous être le plus spécifique possible

L'enquête alimentaire :

On commence donc en général par ce qu'on appelle l'enquête alimentaire. Cela demande du temps et, aussi, des moyens. A quel moment de la journée vous alimentez-vous ? Comment choisissez-vous vos aliments ? Où prenez-vous votre déjeuner ? Faites-vous des repas d'affaires ?

Combien de repas faites-vous par jour ? Mangez-vous entre les repas ? Avez-vous des pulsions alimentaires ? Vos origines ethniques, religieuses vous imposent-elles un certain nombre de consignes alimentaires ? Mangez-vous seule ou en famille ?

Comment se passent les week-ends ?

Votre comportement vis-à-vis de l'alimentation est évidemment une notion fondamentale : avez-vous faim ou avez-vous seulement de l'appétit ? La faim est un ensemble de symptômes désagréables composé d'une sensation de malaise général, de faiblesse, d'agressivité ou de fatigue extrême, de crampes d'estomac, de vertiges... .

Au contraire, l'appétit est une sensation plutôt agréable, dénuée de symptômes négatifs, qui anticipent déjà sur le plaisir que l'on sait devoir ressentir au moment de l'ingestion des aliments. Evidemment, faim et appétit peuvent coexister.

La question de la satiété est aussi largement abordée au cours de ce premier contact les repas calment-ils votre faim ? Lorsque vous vous levez de table, vous serait-il possible, en dehors de toute idée de restriction alimentaire, de manger plus ? Pourquoi vous arrêtez-vous

Les compulsives soudain, vous voici prise d'une envie subite, irrésistible, presque douloureuse, d'ingérer un aliment spécifique (par exemple, chocolat, gâteau...). Mais ce peut être aussi des compulsions au salé. Les fréquences, les circonstances déclenchantes

Les grignoteuses : tout au long de la journée, et souvent une partie de la nuit, vous avez «quelque chose» en bouche. Vous picorez ici et là en choisissant en général des aliments de

Les hyperphagies : vous mangez trop vite et en trop grande quantité pendant les repas. Cette situation correspond en général à un dérèglement des signaux de la faim et de la satiété.

Les boulimiques : vous n'avez pas faim, vous ne connaissez pas la satiété et vous avez des crises qui vous conduisent à ingérer des quantités invraisemblables de nourriture, quels

de manger ? Parce que vous n'avez plus faim ou parce que vous ne voulez pas grossir ? Il convient de différencier celles qui, même si on leur proposait toutes sortes de douceurs, ne pourraient y toucher de celles qui semblent pouvoir ingérer à l'infini ces aliments pourvu qu'ils soient agréables.

Attention ! Le fait d'avoir encore faim lorsque l'on fait un régime et que l'on se lève de table est somme toute très banal. Et toutes ces questions s'intéressent à votre comportement alimentaire en dehors de toute restriction.

Enfin, comment vous comportez-vous à table ? Mangez-vous rapidement ? Avalez-vous vite ? Etes-vous envahie, surtout au début du repas, d'une sorte de sentiment d'urgence ? Ou, au contraire, prenez-vous votre temps pour mastiquer, pour saliver, pour avaler ? Et c'est dès ce stade de l'enquête que l'on peut déjà repérer les différents profils de mangeuses :

(en général, ce sont les contrariétés, la fatigue, les disputes...), la façon dont vous réglez ce problème de compulsion - soit en y cédant, soit en utilisant un certain nombre de techniques d'évitement - sont évidemment importantes à connaître.

toutes sortes mais que vous aimez. C'est devenu une habitude dans la voiture, au cinéma, devant la télévision, au travail, après dîner...

que soient son goût, sa qualité et sa nature. Vous pouvez ainsi ingérer des milliers de calories supplémentaires. L'estomac, selon sa nature, acceptera ou non cette avalanche d'aliments à peine mâchés, avalés à la va-vite et déclenchera, dans certains cas, des vomissements salvateurs. Les vraies boulimiques restent, cependant, extrêmement rares.

Les renseignements sur la composition de votre alimentation :

C'est un moment difficile, car nous oublions facilement le détail de notre alimentation. Il s'agit donc de vous demander de noter, le plus souvent sur ce que l'on appelle un carnet alimentaire», tout ce que vous ingérez du lever au coucher, sans oublier bien

évidemment de préciser ce que vous avez bu (eau, alcool, jus sucrés, sodas...).

À partir de ces renseignements, on établit une moyenne qui précise : le niveau calorique de votre alimentation (par exemple, 1900 calories par jour) ; les proportions de votre alimentation en glucides, lipides et protéines (par exemple 40 % de lipides, 40 % de glucides, 20 % de

protéines) ; la proportion des acides gras non saturés par rapport aux acides gras saturés ; la proportion des sucres rapides, simples, par rapport aux sucres lents.

C'est aussi le moment de l'enquête où l'on s'enquiert de vos goûts, de vos dégoûts, de vos péchés mignons, de vos habitudes alimentaires en général.

Votre histoire pondérale est, elle aussi, décortiquée

Vous serez amenée à décrire les éventuels différents régimes alimentaires que vous avez effectués dans le but de perdre du poids. Quelle(s) stratégie(s) avez-vous utilisée(s) ?

Quel en a été le résultat ? Combien de kilos avez-vous perdu ? Comment et quand avez-vous repris du poids ? Faites-vous du sport ? En avez-vous fait ? L'arrêt du sport a-t-il eu de l'influence sur votre poids ?

Recherche des erreurs alimentaires

Cette enquête part aussi à la recherche des erreurs alimentaires. Les plus fréquentes sont la façon dont vous sucrez vos boissons (café, thé...), la façon dont vous assaisonnez aussi bien les aliments crus (vinaigrette, huile) que les aliments cuits (beurre, margarine, huile...) ; l'alcool : quelle est votre consommation

quotidienne, hebdomadaire, mensuelle...? Combien de fois vous mangez par jour ? Vous arrive-t-il souvent de sauter un repas ? On sait que le fait de manger une même ration calorique en une fois a beaucoup plus d'impact positif sur nos réserves de graisses que de la manger en trois ou quatre fois.

Cette enquête alimentaire peut être effectuée à l'aide de différents programmes informatiques : vous cochez ici et là sur un long questionnaire qui reprend les items faim, satiété, composition

de votre alimentation... Les résultats de cette saisie informatique permettent, de même, d'obtenir une sorte d'audit sur vous et vos nourritures.

La prescription diététique

Ses buts :

Vous faire maigrir, bien sûr. Cela ne sera réalisé qu'en créant un déficit énergétique par rapport à votre alimentation actuelle : ainsi, il est convenu, la plupart du temps, d'induire un déficit énergétique de 20 à 30 % par rapport au régime de base (celui contemporain de vos kilos en trop). Prenons un exemple : l'enquête

a fait apparaître que vous ingérez une moyenne de 2 150 calories par jour. Le programme alimentaire programmé s'inscrit à une valeur d'environ 1 600 calories (moins environ 550 calories, ce qui correspond à 25 % de la ration en moins).

Rectifier vos éventuelles erreurs alimentaires en ce qui concerne les proportions entre glucides, protéines et lipides : si, comme la majorité des Françaises, vous ingérez 40 à 42

% de votre alimentation sous la forme de graisses, le régime s'efforcera de vous faire redescendre à une consommation de 25 à 30 % de graisses.

S'efforcer de retrouver pour vous les proportions idéales d'acides gras non saturés, par rapport aux acides gras saturés (d'origine

animale), de sucres lents par rapport aux sucres rapides (en général beaucoup trop consommés).

Pointer vos erreurs grossières. Comme on l'a vu, leur éviction peut être l'élément déterminant de la stratégie alimentaire proposée.

Mais cette prescription alimentaire doit aussi - et c'est l'un des buts évidents de cette prescription à la carte - se préoccuper de vos goûts, de votre rapport à la nourriture, de vos

relations intimes avec le désir et le plaisir alimentaire, de la façon dont vous utilisez peut-être la nourriture pour compenser un mal-être, une souffrance, une vulnérabilité...

La prescription diététique ne se résume pas à la détermination de la quantité et de la nature

Soit de choisir parmi un certain nombre d'aliments, en vous précisant les quantités qu'il vous convient d'ingérer. Vous serez donc souvent amenée à peser les aliments, du moins au début, de façon à intégrer

Informez-vous :

C'est l'occasion de vous submerger d'informations qui vont vous faire manger malin : la façon de cuisiner, de rendre un plat appétissant - même s'il est dépourvu de graisses - de remplacer le sucre, de troquer tel aliment pour un autre plus appétissant et générateur de plus de plaisir : par exemple, trois cuillerées à soupe d'huile = une bonne portion de côte de bœuf.

Les éventuels problèmes de grignotages, de compulsions, de boulimies, d'hyperphagies seront longuement abordés et l'on tentera d'y trouver une solution : type d'aliment à consommer au moment de la sensation à

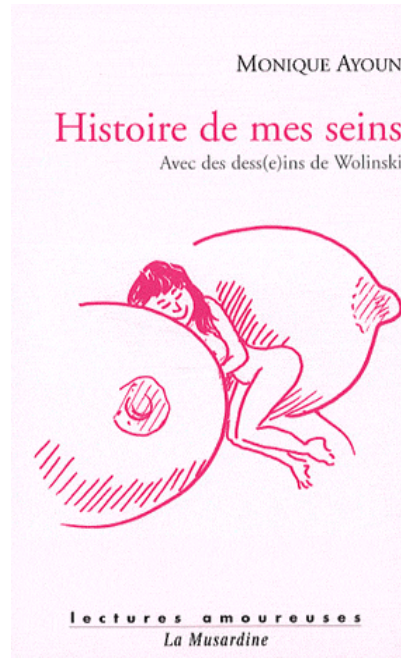
des aliments à ingérer par vingt-quatre heures. Elle vous propose un plan alimentaire réparti sur les trois repas (et éventuellement sur des collations de 11 heures et de 17 heures) en vous suggérant :

définitivement les notions de portion de tel ou tel aliment.

Soit de vous conformer strictement à des menus qui auront été spécifiquement pensés pour vous tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

laquelle vous allez céder, organisation de collations, véritables petits repas intermédiaires qui rapportent beaucoup en termes de faim épargnée au regard du peu de calories supplémentaires, tentatives de résolution des conflits psychologiques ponctuels générateurs d'habitudes alimentaires aberrantes, déconditionnement de l'aliment consolateur de la même façon qu'on déconditionne un individu à l'alcool ou à la drogue (avec le danger, toujours présent, que le sujet compense d'une autre manière en s'adressant à une autre drogue)... .

Du Côté des Mamans



Histoires de seins pendant la grossesse

Qu'en est-il des pathologies ordinaires ?

Chez la majeure partie d'entre vous, la grossesse n'altère pas la bonne santé des seins. On peut cependant rencontrer toute la pathologie classique des seins pendant cette période : adénofibrome, kystes, exacerbation glandulaire objectivée par une induration plus ou moins sensible en un point de la glande, voire le cancer. Mais il s'agit (autant pour les manifestations bénignes que

malignes) de circonstances exceptionnellement rares.

En cas de doute on utilise (exceptionnellement) les mêmes méthodes de diagnostic et d'investigation (mammographie en particulier) qu'en dehors de la grossesse, en prenant toutefois bien soin de protéger le ventre de la femme enceinte par un tablier opaque aux rayons X.

Le colostrum, « premier lait »

A vrai dire, mis à part la nouvelle configuration qu'elle leur donne, la grossesse est une étape relativement tranquille pour les seins. Parfois, entre le sixième et le neuvième mois, les mamelons laissent sourdre quelques gouttes de lait ou de liquide plus ou moins transparent.

Cette sorte d' « avant-lait » s'appelle le colostrum. Une manifestation éventuelle qui ne suscitera chez votre médecin ni mesure d'urgence, ni thérapeutique: elle est parfaitement physiologique.

La grossesse, les seins et l'amour

Votre partenaire est souvent très sensible au nouvel aspect de vos seins. Vous vous inquiétez parfois des conséquences que pourraient avoir ses caresses, suctions, et agacements divers pendant les rapports

Le soleil

Dans un autre ordre d'idées, vous nous demandez souvent si, en été, vous devez éviter d'exposer vos seins au soleil. La réponse est claire : vous n'avez pas plus de

Les veines apparentes

Certaines d'entre vous s'étonnent, et s'inquiètent parfois, de voir courir sous leur peau des veines inhabituelles et très apparentes. Cela n'a rien de pathologique et ne nécessite aucun traitement : c'est la simple

Favoriser l'allaitement ?

Enfin, vous demandez parfois s'il existe des mesures particulières à adopter pendant la grossesse afin de favoriser l'allaitement futur. La réponse est NON! L'allaitement est un phénomène, qui, comme nous le verrons, fait partie d'une stratégie physiologique hormonale très précise, sur laquelle il est impossible d'intervenir - tout au moins pendant la grossesse. Durant les neuf mois de gestation, les seins sont comme aux *starting blocks*: tout est prêt pour l'apothéose, c'est-à-dire

L'accouchement : le branle-bas de combat

A l'instant précis de l'accouchement, la production d'hormones sexuelles féminines, assurée jusque-là par le placenta, va brutalement diminuer. En l'espace de quelques secondes, l'organisme féminin se voit privé d'un flot hormonal, qui, jusqu'ici, envahissait

La préparation à l'allaitement : le rôle de la prolactine et de l'ocytocine

La prolactine assure la fabrication immédiate du lait par les glandes mammaires. Elle s'oppose aussi, de façon plus ou moins définitive, à la reprise du fonctionnement ovarien : « en hibernation » depuis le deuxième ou le troisième mois de la grossesse, en son absence, les ovaires se seraient volontiers remis au travail.

Une autre hormone, l'ocytocine, d'origine hypophysaire également, vient aussi jouer un rôle primordial : c'est elle qui régit la bonne contraction du muscle utérin, une fois évacués l'enfant et son placenta, afin de juguler tout risque d'hémorragie ; elle qui agira sur les

amoureux. Rassurez-vous : la grossesse ne vous interdit rien de particulier dans ce domaine, que chacun, chacune laisse libre cours à ses désirs, ses fantasmes et ses caresses.

précautions à prendre qu'en temps normal, mais gare aux brûlures : la grossesse ne vous accorde aucune impunité face aux coups de soleil.

résultante d'une dilatation particulièrement énergique d'un réseau veineux superficiel habituellement peu visible, provoquée par les estrogènes (qui dilatent aussi bien les artères et les veines).

l'allaitement, et les glandes sont spécialement préparées et modifiées par l'action intense et permanente des hormones estrogènes et progestérone. Mais il manque encore le signal indispensable qui se déclenche à l'accouchement : l'entrée en scène de l'hormone prolactine, d'origine hypophysaire, qui, comme nous allons le voir, va prendre le commandement des opérations, et inhiber l'action des hormones sexuelles pendant la durée de l'allaitement.

régulièrement son sang. Mais alors que s'effondrent estrogènes et progestérone, la glande hypophyse se met à fabriquer en quantité croissante une hormone d'importance : la prolactine.

glandes mammaires pour faire jaillir le lait, en assurant une contraction énergique des « glandes à lait ».

C'est l'enfant qui sera le véritable « starter » de l'allaitement : la succion de mamelon provoquant une interaction neurohormonale entre la mère et son bébé. La stimulation du mamelon tété entre la langue et le palais du bébé avertit l'hypophyse, par voie nerveuse immédiate, qu'elle doit sécréter de la prolactine et l'ocytocine.

Cet astucieux mécanisme mis en route par l'enfant pourrait se résumer ainsi : « En suçant le tétou de ma mère, je me nourris, mais en même temps, je fais en sorte que cette

nourriture ne s'épuise pas. » Voilà pour les conditions physiologiques du début de

l'allaitement.

La montée de lait

La première montée laiteuse se produit entre vingt-quatre et quarante-huit heures après l'accouchement. Les seins ont considérablement augmenté de volume (encore plus que pendant la grossesse), les aréoles se sont élargies, le mamelon en érection a une consistance dure, surtout avant la tétée, traduisant la pression du lait prêt à jaillir. Cette pression spontanée (plus ou moins

aidée par l'ocytocine) est souvent si forte que le lait jaillit des mamelons de façon spontanée en dehors des tétées. Est-ce nécessaire de vous préciser qu'il vous faut un bon soutien-gorge (il en existe des spécialisés) muni de protections particulières, en regard des mamelons, pour parer à ces fuites parfaitement normales.

Contraception



La pilule-médicament : Quand ce n'est pas pour la contraception

La pilule peut aussi se révéler médicament et avoir pour ambition de soigner certaines affections gynécologiques.

Notons que seules deux ou trois indications lui sont officiellement reconnues : la contraception

bien entendu, mais aussi pour certaines d'entre elles les douleurs de règles et l'acné. Les indications dont je vais vous parler maintenant ne sont donc pas officielles même si elles sont d'utilisation quotidiennes dans l'exercice de la gynécologie.

Les ovaires micro-kystiques

Certaines femmes développent, en général dès la puberté, un ensemble de symptômes résultant d'une anomalie de l'ovulation: le syndrome des ovaires micro-polykystiques. Il s'agit de jeunes filles qui n'ont pratiquement jamais leurs règles ou à des intervalles extrêmement longs (1 ou 2 fois dans l'année parfois), une tendance à avoir de l'acné, une hyperpilosité, une séborrhée et pour beaucoup d'entre elles un surpoids non expliqué par le mode alimentaire. A l'échographie les ovaires sont gros, hérissés de multiples petits kystes de l'ordre de 1 ou 2 cm de diamètre. Les dosages hormonaux montrent une anomalie de la sécrétion de L.H. (l'ordre de commande hormonale que lance l'hypophyse aux ovaires afin de déclencher l'ovulation au 14^e jour du cycle).

Les ovaires ne recevant plus d'ordre précis n'ovulent plus ou pratiquement plus (expliquant l'absence ou la rareté des règles), fabriquent

trop d'hormone estrogènes et d'hormones mâles (expliquant le surpoids, l'acné, l'hyperpilosité, la séborrhée). Viennent s'ajouter à ce tableau de fréquentes douleurs de ventre : les ovaires, parce qu'ils sont gros et parce qu'ils ne parviennent pas à finaliser une ovulation, provoquent des douleurs variables dans leur intensité et dans leur survenue.

La pilule est ici la thérapeutique de premier choix : en bloquant les ovaires, elle leur permet de recouvrer un volume normal et stoppe leur fonctionnement anarchique leur permettant enfin de se «reposer ».

L'hyperproduction d'hormones estrogènes et d'hormones mâles cesse : les signes de virilisation (acné, hyperpilosité, séborrhée) diminuent tandis que le poids est moins sollicité à la hausse. Les douleurs de ventre sont annulées. Les règles surviennent, bien entendu, dans chaque intervalle d'arrêt de 7 jours.

Les kystes fonctionnels

Parfois, sous l'effet d'un choc, d'une émotion, d'une agression, le cycle se dérègle et en particulier l'activité ovarienne un ovaire peut alors développer ce que l'on appelle un kyste fonctionnel. Ces kystes peuvent parfois atteindre un volume considérable de l'ordre de 10 à 15 cm de diamètre. Ils s'accompagnent de symptômes attestant du trouble hormonal ovarien tels que douleurs de seins, gonflement, Ces kystes fonctionnels ne sont pas de vraies tumeurs au sens propre du terme, mais de simples « bulles », bien visibles en échographie, remplies sous tension de liquide. Leur durée de vie est en général éphémère quelques semaines. La prescription

d'une pilule peut accélérer la mise à plat de ce kyste (et surtout empêcher que d'autres se développent dans un contexte émotionnel particulièrement favorable). Une ou deux plaquettes de pilules suffisent en général, ce qui sera attesté par l'échographie qui ne retrouvera plus trace du kyste. Dans ce cas, l'arrêt de la pilule (si la contraception n'est pas nécessaire) peut être décidé. Ces kystes fonctionnels sont fréquents et l'on doit toujours tenter un traitement test d'épreuve par la pilule avant de se décider à intervenir chirurgicalement. Porter d'emblée le bistouri sur ces « faux kystes » est une attitude injustifiée.

Les douleurs de règles

Certaines femmes ont de telles douleurs, et malaises, pendant leurs règles qu'elles vivent un véritable handicap qui leur portent un préjudice aussi bien social, professionnel que conjugal.

L'on comprend que dans ce contexte, même si une contraception n'est pas désirée et lorsque tous les autres moyens traditionnels ont échoué (médicaments contre la douleur, anti-prostaglandiniques) la pilule puisse être

prescrite dans cette seule indication. Il faut savoir néanmoins que 10 % des femmes conserveront quand même des douleurs, cependant parfois de moindre intensité malgré la prise de la pilule.

Ce sont pour ces femmes particulièrement gênées que l'allongement de la durée de prise de la pilule au-delà des 21 jours traditionnels peut être envisagé avec, pour but, de rendre plus rare les épisodes menstruels.

Le cas du syndrome ovulatoire

L'ovulation, survenant en général 14 jours avant le premier jour des règles à venir, est parfois ressentie par certaines femmes sur un mode particulièrement douloureux. Il faut savoir que l'ovulation répond à l'explosion » d'un follicule (une sorte de petite bulle de 20 à 22 mm de diamètre) à la surface de l'ovaire, libérant alors l'ovule qui est aspirée par la

Le syndrome prémenstruel

Il toucherait 15 à 30 % des femmes. Il se manifeste dans les 3 à 15 jours (voire plus) qui précèdent les règles par deux sortes de symptômes : des « gonflements » de seins, du ventre, du visage, des doigts, des cuisses... avec prise de poids, de symptômes comme une déprime, ou une fatigue, ainsi qu'une hyperémotivité avec pleurs.

On conçoit que ces symptômes soient particulièrement gênants lorsqu'ils se renouvellent chaque cycle et surtout lorsque

trompe. Cette « explosion » peut provoquer douleurs, spasmes, malaises. Une thérapeutique inhibitrice de l'ovulation telle que la pilule prend ici toute sa valeur. Il faut néanmoins dire que cette indication est relativement peu fréquente.

leur intensité et leur durée deviennent importantes.

La pilule peut être l'un des traitements proposés pour tenter de diminuer ou d'annuler ce syndrome prémenstruel. Il est remarquable que peu de femmes sous pilule se plaignent de tels symptômes.

On choisira plutôt parmi les pilules combinées monophasiques (pour tenter de ne pas reproduire même un tant soit peu la séquence habituelle du cycle avec renforcement hormonal prémenstruel).

L'endométriose

Il s'agit d'une maladie bénigne au cours de laquelle des îlots de muqueuse utérine ont essaimé dans des localisations tout à fait inhabituelles dans le muscle utérin mais aussi sur les trompes, sur les ovaires, sur les ligaments arrimant l'utérus aux structures avoisinantes. Cette affection se manifeste le plus souvent par des douleurs de règles incoercibles, des douleurs profondes pendant les rapports sexuels, voire une stérilité inexplicable. Mais il est probable que nombre d'endométrioses ne manifesteront aucune symptomatologie ou pathologie particulière et passeront inaperçues. Les traitements proposés sont de deux ordres :

- destructeurs le plus souvent à l'aide de laser pendant un acte chirurgical,
- à visée atrophiante (en atrophiant considérablement les îlots d'endométriose, on

tente de les faire disparaître) on utilise des hormones progestatives à haute dose ou encore des produits induisant une ménopause temporaire (analogues du L.H.R.H.).

La pilule si elle ne représente pas ici une thérapeutique idéale peut se révéler utile à titre d'entretien post-thérapeutique une fois les grands traitements mis en œuvre terminés. Dans ce contexte, le médecin peut choisir d'annuler ou non l'intervalle d'arrêt des 7 jours entre chaque plaquette de telle manière que la prévention de l'endométriose soit un peu plus verrouillée.

A noter : La pilule ne représente cependant pas un traitement de l'endométriose, elle n'en est qu'un traitement de consolidation, de guérison.

Après l'interruption volontaire d'une grossesse

L'interruption volontaire d'une grossesse : le médecin effectue une action abrasive des parois utérines, et, dans le même temps, évacue le contenu utérin. Cette agression utérine peut avoir deux conséquences négatives :

- la survenue de synéchies (accolements des parois utérines entre elles) ce qui peut s'opposer au retour normal des règles

(absence de règles après une IVG) ou même poser des problèmes ultérieurs de fécondité,

- le développement d'une infection dont les conséquences à long terme sur la fécondité peuvent être préoccupantes. C'est la raison pour laquelle certains médecins préconisent systématiquement, dès le lendemain de l'IVG, la prise d'une pilule un peu plus fortement dosée en estrogènes de telle manière à ce

que l'on puisse bénéficier de l'effet trophique sur la muqueuse utérine et de l'action anti-infectieuse des estrogènes.

Si une contraception est souhaitée ensuite, elle est assurée dès la prise du premier comprimé et continuera de l'être lors du relais avec une pilule combinée minidosée qui

Les périodes prolongées d'absence de règles

Certaines femmes n'ont plus leurs règles pendant des périodes longues de plusieurs mois, voire années. Cette éventualité a de nombreuses causes. Les plus fréquentes sont l'anorexie mentale, soit certaines exigences esthétiques (« syndrome de la taille mannequin ») actuellement à la mode, soit un état de dénutrition chronique (régimes alimentaires plus ou moins farfelus) ou encore choc émotif, prise au long cours de certains médicaments psychiatriques... Dans tous les cas, l'absence de règles n'est qu'un symptôme. Elle témoigne d'un dysfonctionnement hormonal majeur même s'il ne s'agit pas d'une maladie au sens propre du terme. Car en général, trouver et soigner la cause rétablit un cycle ovulatoire normal avec règles mensuelles. Mais en attendant de résoudre le problème, le médecin a une préoccupation majeure : ne pas laisser sa patiente privée de ses hormones estrogènes pendant une durée trop prolongée. Entre autres effets délétères, cela aurait pour conséquence possible d'entraîner une

surviendra à la fin des 7 jours d'arrêt de la pilule un peu plus dosée en estrogènes. Les premières règles en retour de couches surviendront dans les 7 jours d'arrêt de cette pilule.

décalcification du squelette et d'exposer cette femme à de futurs problèmes de fracture d'ostéoporose. Certaines de ces absences de règles ne s'expliquent que par un manque de progestérone consécutif à une absence d'ovulation : les estrogènes sont ici fabriqués en quantité suffisante et le risque d'ostéoporose n'existe pas. La prescription d'hormone progestative seule pendant 10 jours suffit à rétablir les règles. La prise de la pilule ne se justifie guère ici sauf si l'on désire une contraception. Mais dans d'autres cas, 10 jours de comprimés progestatifs ne déclenchent strictement aucune règles, les dosages hormonaux montrent d'ailleurs un effondrement de la production d'estrogènes. La pilule peut ici représenter une alternative intéressante puisqu'elle rétablit la concentration estrogénique sanguine. Elle met aussi à l'abri ces femmes d'une grossesse surprise qui peut toujours survenir et dont le diagnostic serait le plus souvent tardif dans un contexte habituel d'absence de 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 Jacob : docteurdavidelia@aol.com

Docteur David ELIA

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

