



GYNÉCOLOGUE

DOCTEUR DAVID ELIA

2 RUE DE PHALSBURG 75017 PARIS 0142 2716 87 - 0142 27 7116

- 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



Et si on brûlait la Sécurité Sociale?

Pendant que vous barbotiez quelque part sur une plage ou une piscine, que vous chassiez de vos esprits tout ce qui peut contrarier, aigrir, rendre mesquin et malheureux, je surveillais la presse pour vous.

Bien m'en prit car le 18 août j'écarquillais les yeux et fus pris d'un tremblement furtif en lisant la Une du Parisien qui révélait une faille supplémentaire de ce dont nous nous gargarisons jusqu'à nous "luxer la lulette" : le Système de Santé le plus performant du monde ! Lequel ? - Notre Sécurité Sociale, bien sûr !

Eh oui, c'était à prévoir : la Fédération de la Mutualité Française finit par se rebiffer : ras le bol de rembourser à la place de la SS !

Attention ! Ici on a affaire à un poids lourd national : 700 Mutuelles Santé assurant 38 millions de Français !

La valse des vignettes blanches barrées, bleues, oranges, blanches.... ne fait que commencer et la Mutualité n'entend plus être le dindon de la farce !

Bien sûr elle ne dit pas les choses comme cela, elle y met les rondeurs diplomatiques nécessaires et annonce une « expérience réalisée de façon anonyme dans quelques

pharmacies à des fins statistiques ». Mais l'objectif à terme est transparent : rembourser moins !

Puisque la SS rembourse selon « l'efficacité du médicament », la Mutualité envisage de l'imiter.

Une fissure de plus dans un Système déjà à bout de souffle, 27 milliards d'Euros de déficit annoncés pour 2010.

Très inquiétant tout ça !

C'est pourtant pas nous les médecins qui lui coûtions cher avec 22€ de déplacement (+10€ si déplacement justifié !) pour la rhino du petit dernier, alors que le technicien Darty vous annonce déjà 36€ pour venir "ausculter" votre lave linge+ 46 € de l'heure pour le « soigner » sans les pièces !

En fait la SS c'est comme une compagnie d'assurance qui, bien que saignant toujours plus à blanc ses clients, serait en perpétuelle

situation de faillite virtuelle. Mais plutôt que de déposer le bilan elle essaie toujours de trouver une idée pour renflouer son « trou ». Elle avait pourtant trouvé ici la lumineuse idée se défausser sur d'autres assureurs à la santé financière plus prospère : les mutuelles! Lesquelles disent aujourd'hui "pouce on joue plus"!

Moi je me demande -naïvement je veux bien l'admettre- depuis des années pourquoi on ne met pas ce Système à plat pour le remplacer par un autre plus performant.

Mais je me dis modestement que je n'ai pas fait l'ÉNA et que pris en flagrant délit de carence intellectuelle profonde je ne devrais pas parler des choses qui me dépassent.

Alors j'ai quand même une idée grandiose et fantasmagique : et si on brûlait la SS ? Mince, c'est moi qui risque d'être brûlé sur le bucher pour propos hérétiques ! Chut! Ne dites à personne mes élucubrations.

Ménopause



DOSSIER MÉNopause

L'arrêt du fonctionnement ovarien :

Si la péri-ménopause peut emprunter le «masque» d'une ménopause avec une interruption des règles pendant plusieurs mois,

La transformation des seins :

Malgré l'absence d'estrogènes et de progestérone (un de leurs supports hormonaux les plus importants), les seins continuent parfois à vivre, car ils restent sensibles à bien d'autres hormones : les hormones mâles (sécrétées par les surrénales), les neuro-hormones (d'origine cérébrale), ou celles d'origine hypophysaire comme la prolactine, etc. La disparition des estrogènes et de la progestérone se remarquera par le calme qu'elle engendre : il est en effet assez rare d'affronter des « tempêtes mammaires » après la ménopause.

Mais que se passe-t-il à l'intérieur du sein ? Si tout est affaire de personnes, on constate pourtant une grande tendance à l'augmentation du tissu graisseux aux dépens de la glande elle-même (acini et canaux galactophores). Au fil du temps, ce tissu se substitue à la glande et le tissu fibreux lui-même se raréfie : les mammographies

L'aspect esthétique des seins

A la ménopause, l'aspect esthétique des seins est donc variable. Lors de cette désertification hormonale, un tissu glandulaire encore prépondérant aura certainement tendance à se dégonfler, à perdre du volume et de sa... superbe ! Vos seins deviendront peut-être tristes, comme «inhabités» et l'enveloppe cutanée vous désespérera par son manque d'arrogance.

En revanche, si le tissu graisseux s'est harmonieusement substitué à la glande, vos seins ne changeront pas de volume, et le passage à la ménopause ne s'accompagnera

La ménopause, vos seins et le médecin

Comme nous venons de le voir, la ménopause est une période de grand calme pour vos **es traitements de la ménopause**

La thérapie substitutive de la ménopause consiste à prescrire des estrogènes, sous forme de gel cutané, de *patch* (une sorte de timbre cutané) ou de comprimés et des progestatifs.

Les estrogènes se prendront par exemple du premier au vingt-cinquième jour du mois, et les

voire de huit à dix, la ménopause, elle, se traduit par l'arrêt définitif du fonctionnement ovarien pendant au moins douze mois : plus de production hormonale (estrogènes et progestérone) ni d'ovulation.

effectuées aux alentours de la cinquantaine montrent souvent un sein constitué de quelques îlots glandulaires résiduels, entourés de bandes de tissus fibreux plus ou moins effiloché ; tout le reste de la glande et du globe étant envahi par la graisse.

Ces mammographies ont l'avantage d'être très lisibles, car la graisse donne une image homogène, claire et transparente, contrairement au tissu fibreux et à la glande, qui envahit la radio de fibres blanches, denses, inextricables et souvent indéchiffrables, surtout en cas de tissu hypertrophique.

Attention ! Il vous faudra une sacrée dose d'humour ou de tolérance vis-à-vis du radiologue, lorsqu'à la lecture de ses comptes rendus de mammographies, vous tomberez sur des termes souvent désopilants (!) tels que : « involution lipomateuse », « disparition de la glande mammaire au profit de la graisse », ou encore «sénescence mammaire » « reliquat glandulaire atrophié », etc.

d'aucune modification esthétique particulière. Le tissu graisseux, en effet, est beaucoup plus indépendant des hormones sexuelles que ne l'est la glande, ainsi leur absence ne va pas considérablement « modifier » le paysage.

J'ai reçu de nombreux témoignages de femmes, étonnées et ravies de constater que leur poitrine n'avait jamais été aussi belle qu'après la ménopause. La graisse a enfin donné à leurs seins la forme et le volume souhaités, ce que jamais la glande (tissu fibreux et glande mammaire) n'avait pu leur procurer.

seins, contrairement à celle de la péri-ménopause.

progestatifs du quatorzième au vingt-cinquième jour. Si l'on ne souhaite pas de règles, le médecin peut prescrire un traitement «non-stop» associant quotidiennement et sans interruption estrogènes et progestatifs.

Tout l'art du thérapeute réside dans le juste dosage du traitement hormonal.

Il faut :

- utiliser des produits de bonne qualité (estrogènes naturels et progestatifs français) ne pas vous entraîner dans un « sous-dosage estrogénique » (qui ferait persister une partie ou la totalité des symptômes de la ménopause), ni dans un surdosage (gonflements, douleurs du sein, prise de poids, «rétention d'eau»).

Lorsque je prescris un traitement de la ménopause à mes patientes, je leur explique

souvent ses signes de « sous » ou de « surdosage ».

Calmes, plats, tristes ou à l'inverse douloureux, durs, gonflés, les seins, ces merveilleux récepteurs traduiront fidèlement ce mauvais dosage et permettront au médecin attentif de se donner une idée de la juste dose hormonale à administrer. (En cas d'absence de ces symptômes, il sera alors nécessaire d'équilibrer le traitement à partir d'autres données).

Les seins «à problèmes »

Les seins qui ont toujours «posé des problèmes» (formation de multiples kystes, de boules douloureuses et autres misères) ne font pas, à mon avis, l'objet d'une contre-indication au traitement hormonal de la ménopause. Le médecin aura alors spécialement à cœur de ne pas reproduire cette symptomatologie en

prescrivant les médicaments hormonaux de substitution. Il lui faudra donc diminuer un peu les doses d'estrogènes et/ou augmenter celles du progestatif. Il n'existe malheureusement pas de recette unique: tout est affaire de doigté et d'expérience afin que chaque femme puisse bénéficier de son traitement « sur mesure ».

La chirurgie esthétique

Dans un tout autre ordre d'idées, vous choisissez souvent la période de la ménopause pour faire appel à une chirurgie esthétique de vos seins : soit pour la simple correction d'une «ptôse » (le sein tombe), soit pour associer celle-ci à la mise en place de prothèses qui augmenteront le volume de votre

poitrine. Certaines d'entre vous, au contraire, demanderont « une réduction mammaire » (diminution du volume des seins) pour une poitrine qui, déjà volumineuse, a encore été augmentée par la prépondérance du tissu graisseux à la ménopause.

Une surveillance active

La surveillance des seins doit être particulièrement active après 50 ans : c'est la période de prédilection du cancer du sein. Et, avec ou sans hormonothérapie, un contrôle mammographique régulier (chez un radiologue compétent et disposant d'appareils de qualité) tous les deux ans, par exemple, est absolument indispensable. Il faut ajouter que les autres récepteurs hormonaux (en particulier l'utérus) demandent souvent des thérapeutiques hormonales, qui se répercuteront évidemment aussi sur la vie de vos seins. Prenons un exemple : une femme de 45 ans porteuse d'un fibrome, (muet jusqu'ici) entre en péri-ménopause. Ces désordres hormonaux ovariens causent des règles hémorragiques. Elle constate en même temps que ses seins durcissent, ce qui la gêne considérablement (même si elle y trouve quelques avantages esthétiques). Pour calmer les hémorragies et éviter l'intervention chirurgicale, le médecin prescrit un traitement progestatif. Cette femme remarquera alors que non seulement

ses règles sont redevenues normales, mais que ses seins se sont apaisés par la même occasion. Le même trouble (trop d'estrogènes et pas assez de progestérone) déclenchait deux symptômes classiques sur deux récepteurs différents : hémorragies de l'utérus et douleurs et « boules » dans les seins. En conclusion, la péri-ménopause et la ménopause sont, pour vos seins, des périodes très riches en événements. Cela s'explique d'autant mieux qu'ils représentent l'un des principaux récepteurs des hormones sexuelles d'origine ovarienne. Jamais, dans toute votre vie, n'auront été réunis autant de facteurs aptes à susciter autant de réponses, plus ou moins codées et compréhensibles, de la part de vos seins. En première ligne les troubles hormonaux, mais n'oublions pas que péri-ménopause et ménopause sont des périodes souvent vécues de façon complexe et riches en crises (conjugales, mais aussi professionnelles, amicales...). Cette décade est souvent marquée par la maladie ou la disparition de vos parents et le départ de

vos enfants qui quittent le nid familial (ou qui s'y incrustent). Carrefour hormonal de toutes ces émotions, de tous ces chambardements hormonaux, vos seins s'expriment dans leur langage, avec leurs symptômes. Il faudra alors respecter, décoder et comprendre la plupart d'entre eux. S'ils deviennent vraiment trop insupportables (surtout

pendant la périménopause), le médecin choisira un traitement approprié.

Vous au Quotidien

« OCTOBRE ROSE » : LE MOIS CONTRE LE CANCER DU SEIN



Peut-on prévenir le cancer du sein ?

Un temps de retard

Actuellement, nous ne pouvons malheureusement prétendre barrer la route aux phénomènes cellulaires aboutissant au cancer du sein. Ce que nous savons : il faut dix, quinze, voire vingt à trente ans à certains cancers pour éclore. Les cancérologues sont unanimes : la boule n'est que la face visible d'un iceberg, dont la genèse remonte à de nombreuses années et quand elle apparaît,

quand elle est perceptible, nous avons déjà perdu un temps extrêmement précieux.

Certains cancers se révèlent en quelques mois : parfaitement impalpables et invisibles à la mammographie, ils se confirment ensuite avec arrogance. Mais la plupart se développent lentement : c'est là leur vulnérabilité, c'est là que nous pouvons prétendre agir.

Enrayer la genèse d'un cancer du sein ?

Le cancer du col de l'utérus passe, lui, par plusieurs stades parfaitement hiérarchisés, depuis l'atteinte totalement bénigne au véritable cancer; au cours de ces étapes il finit par franchir la frontière entre le bénin et le malin. Cette évolution dure quelques années. La pratique des frottis de dépistage, consistant à recueillir un panorama des cellules du col de l'utérus par simple grattage de sa surface, permet un diagnostic instantané en objectivant l'éventuelle marche vers la maladie.

Les antihormones

L'emploi d'anti-estrogènes est à présent une thérapeutique recommandée pour la plupart des tumeurs cancéreuses à récepteurs hormonaux positifs. Les études récentes

La radiothérapie et la chimiothérapie

La radiothérapie est dirigée sur le sein ou sur les ganglions atteints : les rayons, émis par le cobalt ou par l'accélération des particules (électrons), visent à tuer les cellules cancéreuses. Le plus souvent elle vient en complément de la chirurgie (avant ou après) ; mais elle peut aussi être utilisée seule lorsqu'on estime que les rayons suffiront à éradiquer la tumeur et ses éventuelles métastases ganglionnaires. Effectuée à raison de trois séances par semaine pendant quatre à huit semaines, elle est en général parfaitement bien tolérée, aussi bien sur le plan local que général.

Donc :

Les différentes stratégies thérapeutiques sont variées et complexes, et dépendent autant de l'intime conviction de l'équipe thérapeute que de la classification du cancer, de l'âge, de l'hormono-dépendance, etc. Comme nous venons de le voir, on peut adopter une chronologie variable pour la mise en œuvre de la thérapeutique d'une même tumeur.

Notons ici les progrès considérables de la reconstruction mammaire, telle la pose de

Pratiquer des biopsies chirurgicales ?

Bien sûr, nous connaissons des états cellulaires mammaires bénins qui exposent les femmes à un risque accru de développement d'un cancer ultérieur : comme les mastoses

Dès lors, la destruction des cellules anormales par des moyens simples (le laser, par exemple) permet de changer la destinée biologique des cellules du col de l'utérus : le cancer est enrayé, il n'éclora jamais.

En ce qui concerne le sein, les choses sont bien plus complexes : espérer obtenir un panorama cellulaire des deux glandes mammaires par un moyen anodin, relève de l'utopie. Les seuls moyens dont nous disposons ont une ambition bien plus restreinte :

plaident pour une diminution importante de la mortalité et des récurrences lorsque ces antihormones sont administrées.

Il existe aussi des irradiations localisées à la tumeur (curiethérapie) : on place des aiguilles d'iridium dans le « lit » de la tumeur (une fois qu'il a été extirpé) afin de délivrer plus de rayons sur l'endroit malade et moins sur les tissus sains.

La chimiothérapie consiste à administrer des substances très agressives envers la tumeur.

Elle est de plus en plus souvent envisagée en raison de son efficacité.

Elle est le plus souvent mise en œuvre après la chirurgie et avant la radiothérapie.

prothèses, qui, même lorsqu'il a fallu enlever la glande, résout de manière acceptable le douloureux problème des conséquences esthétiques de l'amputation.

Devant l'impossibilité à enrayer la genèse d'un cancer du sein, le diagnostic doit être le plus précoce possible - alors que le cancer est en marche. Plus tôt se fait le dépistage, plus les chances de guérison sont grandes.

sévères (dysplasies, hyperplasies...). Mais ces états bénins suspects ne conduisent pas immanquablement, très loin s'en faut, au cancer du sein. De plus, leur mise en évidence

suppose une agression du sein (biopsie chirurgicale, car la simple ponction à l'aide d'une aiguille est insuffisante) qui limite considérablement une pratique routinière et quotidienne comme on le fait par exemple avec les frottis du col. D'autre part, il n'existe pas de symptômes spécifiques qui pourraient permettre une présélection des femmes candidates à la biopsie chirurgicale mais seulement des images radiologiques. Nous

L'examen clinique : Un geste tabou

L'examen des seins devrait être obligatoire, quelles que soient les circonstances de la consultation. Je pense surtout, bien sûr, aux généralistes, aux gynécologues, aux médecins du travail, aux homéopathes, acupuncteurs, chirurgiens esthétiques, etc., que vous consultez pour une raison ou une autre.

Nous n'en voudrons pas, en revanche, aux spécialistes, tels les ORL, urologues, et autres gastro-entérologues de ne pas observer vos seins.

Efficacité de la palpation

Bien sûr, la palpation reste un examen de dépistage tardif, car il est très difficile, même pour un médecin très expérimenté, de déceler des tumeurs au diamètre inférieur à un centimètre. Pourtant, elle reste essentielle, car vous conviendrez qu'il est préférable de dépister une tumeur de 2,5 centimètres, passée inaperçue jusque-là, que d'attendre qu'elle ait 3 ou 4 centimètres!

La palpation essaie de « limiter les dégâts » : plus la tumeur dépistée est petite, plus vous avez de chances de guérir.

A ce propos, j'aimerais que vous compreniez un point essentiel : si le médecin ne trouve rien à la palpation, aussi minutieuse soit-elle, cela ne signifie malheureusement pas que vous ne

L'auto-examen des seins : son utilité

Vous êtes bien peu nombreuses à le pratiquer. Et vous avez vos raisons: cela vous angoisse, car tout vous paraît « boules » à l'intérieur de vos seins, vous en venez même à soupçonner votre corps en permanence, et cela vous déprime.

Pourtant, en théorie, vous êtes infiniment mieux placées que le médecin pour cet examen. Chaque poitrine a sa consistance propre, ses conformations spécifiques, ses

sommes bien désarmés face à la prévention du cancer : faut-il pour autant baisser les bras ? Certes non, car, je le répète, si nous ne pouvons prévenir l'éclosion d'un cancer du sein, nous pouvons avoir l'ambition très énergique de le dépister le plus rapidement possible. Je vais donc vous exposer brièvement les différentes techniques de dépistage dont nous disposons.

Nous avons vu à quel point cet examen était parfois mal accepté avec par la femme et effectué avec réticence par le médecin, en raison de la lourde symbolique du sein féminin. Ainsi, certains praticiens préféreront épargner (de façon totalement paradoxale) cette épreuve à leurs patientes. Le rôle du médecin consiste pourtant à diagnostiquer et à soigner : il est urgent de transgresser ces tabous pour banaliser cet examen qui peut sauver un grand nombre de vies humaines.

développez pas de cancer du sein ou encore que votre médecin est un incapable.

Je préfère que cela soit clair pour éviter de créer un climat d'incompréhension entre vous et votre médecin. A partir de 35 ans, l'examen des seins devrait avoir lieu deux fois par an. Grâce à la pilule (utilisée par plus de 30 % des Françaises en âge de procréer) cet examen se pratique maintenant sur beaucoup de femmes très Jeunes (dès 17-18 ans) à un rythme bi-annuel. Le frottis annuel de prévention du cancer du col doit s'accompagner automatiquement d'un examen des seins. Conclusion, l'examen clinique du médecin, malgré ses limites, demeure tout de même une des clés de la découverte précoce du cancer du sein.

particularités anatomiques. Vous connaissez la vôtre mieux que quiconque, il vous est donc beaucoup plus facile d'en déceler les plus subtiles modifications. De plus, vous pouvez les examiner en permanence et non une ou deux fois par an, dans le meilleur des cas !

L'expérience prouve que, davantage que les médecins, c'est vous qui percevez en général une boule anormale. Et même si l'on sait que ces découvertes sont le plus souvent

dues au hasard, et non à une autopalpation systématique, cela ne peut que militer en faveur de cet auto-dépistage. Une remarque :

Son impopularité

Hélas, tous ces arguments rationnels s'effondrent dans la pratique quotidienne. Et l'on peut admettre, je le conçois fort bien, qu'il est extrêmement pénible d'éprouver une suspicion permanente (mais légitime) vis-à-vis de ses seins. Quoi, il faudrait imaginer, semaine après semaine, mois après mois, année après année, que vos seins puissent abriter cette maladie susceptible de vous ôter la vie?

Un sentiment intolérable, insupportable, sans doute, pour un tempérament optimiste, tonique

Technique

A la fin de vos règles, lorsque les seins sont le moins tendus et le moins sensibles (la période prémenstruelle est certainement la pire pour ce genre de dépistage!), vous commencerez par les examiner dans la glace. Toute dissymétrie insolite d'un sein par rapport à l'autre, toute différence dans la direction même des mamelons, tout froncement particulier de la peau à un endroit précis, toute raideur, doivent être tirés au clair. Mais attention : pour vous éviter toute angoisse superflue, n'oubliez pas que seins et mamelons ne sont pas symétriques, loin de là ! Puis, couchée sur le

Sa difficulté selon les différents seins

Des seins très homogènes et parfaitement élastiques facilitent l'examen, car la moindre boule est alors perceptible ; d'autres, extrêmement granuleux, inhomogènes et pleins de boules, offrent à vos doigts anxieux des reliefs pour le moins tourmentés, carrément impossibles à interpréter. Certains

Une habitude à encourager

En conclusion, il est clair que l'autopalpation peut parfaitement dépister un certain nombre d'anomalies qui permettront aux femmes d'accélérer le diagnostic de nodules cancéreux.

Finalement, l'efficacité de cet examen dépend pour une large part de la personnalité de chacune, et de l'éventuelle difficulté technique à réaliser cette surveillance. Nous ne pouvons qu'encourager celles pour qui l'autosurveillance des seins n'est qu'un geste

pas plus que les médecins, vous ne pourrez déceler les nodules au diamètre inférieur à un centimètre.

et joyeux, et cet examen peut rendre bon nombre des femmes cancérophobes. Voilà probablement pourquoi vous le pratiquez si peu, malgré les campagnes de sensibilisation des médias, malgré les exhortations plus ou moins énergiques de vos médecins.

Car il signifie : « Ne vous inquiétez pas, vous n'avez sûrement pas de cancer du sein, mais il serait bon de vous en assurer chaque mois de votre vie ! »

dos (par exemple dans la baignoire), les doigts enduits de savon (pour intensifier la perception tactile), vous explorerez avec ceux de la main droite, bien à plat, le sein gauche, que vous diviserez en quatre quadrants. Chaque élément de glande pris en sandwich entre vos doigts et le plan dur de vos côtes, doit rouler et vous transmettre des impressions tactiles. Ensuite, vous n'oublierez pas, bien sûr, d'explorer sous le mamelon et de le presser doucement pour en extraire quelques gouttes physiologiques plus ou moins colorées.

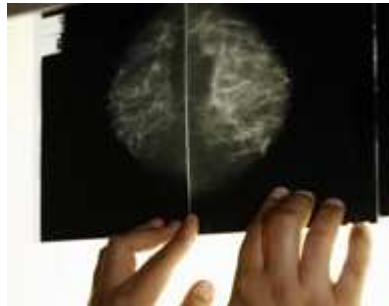
seins se prêtent moins bien à l'examen que d'autres : ils sont totalement hermétiques à toute palpation, car ils peuvent présenter aux doigts qui les examinent de multiples nodules qui ne sont en fait que des « exacerbations » glandulaires.

anodin, qui ne pose pas de problème, technique ou affectif. De ce point de vue, les campagnes médiatiques en faveur de l'examen des seins doivent se poursuivre, car parmi les 46 % de Françaises qui ne le pratiquent pas, beaucoup s'abstiennent certainement faute d'information. Mais nous ne pouvons blâmer celles qui, parfaitement au courant de cette possibilité de diagnostic, ont décidé de ne pas pratiquer l'auto-surveillance. Pour ces dernières, une alternative

intéressante reste la surveillance médicale, par la mammographie, d'ailleurs beaucoup plus

efficace, comme nous le verrons prochainement.

La mammographie et l'échographie des seins



Voici finalement les vrais examens clé de dépistage du cancer du sein : à pratiquer tous les 18 à 24 mois à partir de 40 ans.

Vous et votre poids

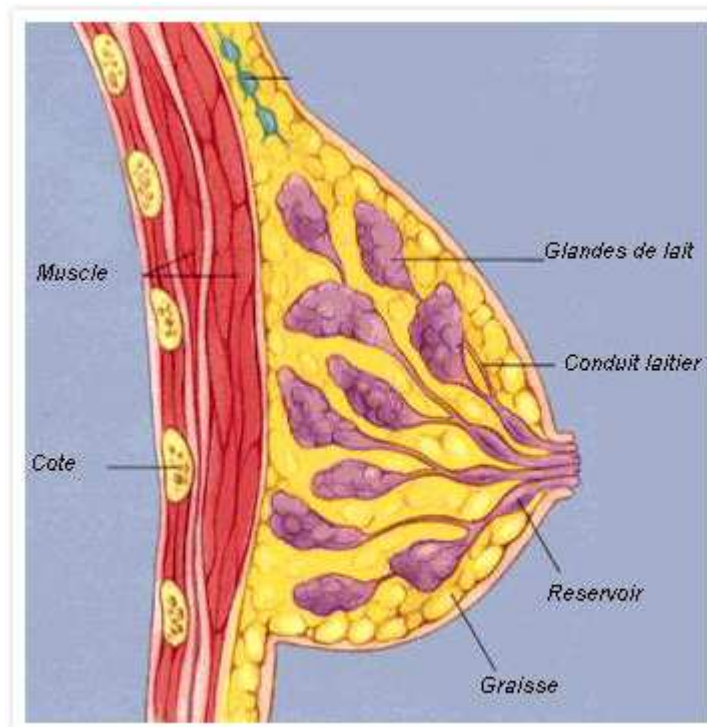


Image made available by a generous grant from Bristol-Myers Squibb

AGIR SUR LA GRAISSE

Graisse et position des seins

Le troisième élément essentiel à la beauté des seins est la graisse sous-cutanée. Elle se situe sous la peau du sein et dans la partie de la glande accolée au thorax. Elle est en sandwich entre le tissu conjonctif (dessous) et la peau (dessus). Sa quantité et sa répartition varient selon chacune d'entre vous. Le matelas graisseux peut être modeste, voire inexistant, ou il peut au contraire constituer une bonne partie de la masse du sein.

Habituellement, quand une femme grossit, elle augmente *tout* son capital graisseux (cuisses, fesses, ventre, seins...). La majoration du volume des seins provoquera une tension de la peau. A l'inverse, lorsqu'elle maigrit, ce tissu de «comblement » fond et la peau touche alors
Le contrôle de votre poids

Rien n'est plus éprouvant pour la peau que les incessantes variations de poids : lorsque vous prenez quelques kilos, la graisse sous-cutanée de vos seins s'épaissit et tend votre peau. Un résultat agréable pour celles qui veulent gagner fermeté et volume. Mais si vous prenez 10 kilos, ou plus, vous risquez alors, comme nous l'avons vu, la cassure des fibres cutanées et l'apparition de vergetures. Sans aller jusque-là l'alternance permanente entre tension et détente finit par avoir raison de l'élasticité de votre peau. Elle craquera ou du moins se détendra, lasse de tant d'aventures et d'épreuves.

Dans le même ordre d'idées, je rencontre souvent, en consultation, des femmes qui se désolent d'avoir « tout perdu » depuis qu'elles se sont astreintes à un régime alimentaire (justifié ou non) qui les a fait maigrir. Et, lors de l'examen, je constate avec elles, que la peau est à présent trop lâche, l'enveloppe cutanée flotte littéralement autour de la glande rabougrie et morose : le tissu graisseux sous-cutané a entièrement disparu et la peau se trouve pratiquement en contact avec le tissu conjonctif. A part le fait de reprendre du poids (ce qui révolue la plupart d'entre vous après tant d'efforts !), il y a peu de solutions. On peut croire au génie de l'élasticité de la peau, qui, peu à peu rétrécira, pour épouser le nouveau volume qu'il lui faut habiller: la peau pourra y parvenir si elle est jeune et de bonne qualité

La musculation des pectoraux

le tissu conjonctif. Volume diminué + peau relâchée = le sein tombe!

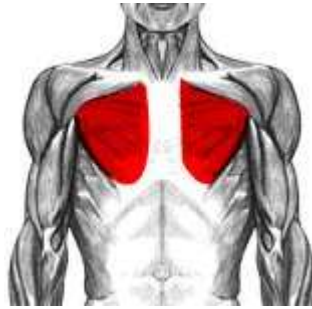
Ce ne sont bien sûr que des schémas ! Vos propres réactions à l'amaigrissement ou à la prise de poids varient en fonction de votre capital de graisse mammaire et de sa répartition. Tout dépend aussi de l'élasticité de la peau : de sa capacité à se retendre (en cas d'amaigrissement) ou au contraire à se détendre (en cas de prise de poids) **et** à soutenir les seins. Leur position, haute ou basse, dépendra exclusivement de la qualité du soutien cutané.

Toute action à but esthétique sur le tissu graisseux de vos seins dépend exclusivement du contrôle de votre poids.

(la bonne qualité d'une peau est un acquis génétique).

Cela dit, certaines femmes ne connaîtront pas cette évolution fâcheuse de la forme des seins dans le cadre d'un amaigrissement important (au moins 3 ou 4 kilos) : tout dépend de la quantité du tissu graisseux sous-cutané au moment où vous essayez de maigrir. Pour celles qui n'ont que très peu de graisse sous la peau, l'amaigrissement n'influera pas réellement sur la forme et le volume, contrairement à ce qui se passe chez celles qui sont pourvues d'une grande quantité de tissu graisseux, et chez qui les ravages esthétiques risquent d'être importants.

Malheureusement, les seins se comportent trop souvent comme le visage, ils sont les premiers à être marqués par la perte de poids, alors que les fesses et les cuisses, elles, semblent pouvoir résister longtemps au diktat de la balance ! Bref, lorsque vous décidez de maigrir, il vous faut souvent faire un certain nombre de choix. Les seins supportent en général assez mal (d'un point de vue esthétique) qu'on les prive d'un de leurs éléments essentiels, la graisse. La solution, ici comme dans beaucoup de domaines, se trouve sans doute dans l'adoption d'une sorte de compromis intelligent, consistant à ne pas perdre d'un côté ce que l'on a durement acquis de l'autre. Un dernier point touchant à l'esthétique des seins ne concerne directement ni la peau, ni la glande, ni la graisse :



Ils s'étendent, larges et puissants entre les côtes et la glande mammaire, sans toutefois aider au soutien du sein, simplement posé sur eux. De multiples exercices (exercices en salle

Le mouvement le plus simple et le plus économique pour muscler ses pectoraux

La paume de la main droite contre celle de la main gauche, coudes relevés à la hauteur des seins, vous effectuez tous les jours quelques centaines de pressions. Cette musculation ne peut évidemment tout résoudre et n'a rien de la panacée en matière d'esthétique mammaire, pourtant elle mérite mieux que le mépris qu'on lui voue généralement. Sous l'augmentation du

Ainsi, les possibilités d'améliorer l'esthétique de vos seins sont beaucoup plus nombreuses que vous ne l'auriez peut-être cru. Certaines d'entre elles sont même d'un accès particulièrement aisé. Ceux qui prétendent que

de musculation, certains mouvements de gymnastique) peuvent aisément les muscler, les faire bomber, voire les hypertrophier.

diamètre thoracique, la peau se tend, la partie supérieure du sein se bombe, donnant une impression de volume plus opulent. Voilà ce que peut vous apporter cette musculation ! Vous auriez tort de vous en priver, car elle ne coûte rien, et se pratique sans l'aide de personne à tout moment de la journée.

la chirurgie esthétique est le seul remède font preuve d'un manichéisme outrancier. La chirurgie - oui, pourquoi pas ? - mais après que tous les moyens que je viens de décrire auront démontré leur insuffisance.

Du Côté des Mamans



L'ÉTERNEL DÉBAT: ALLAITER OU NE PAS ALLAITER ?

Pour l'allaitement

Je constate que, selon les époques, près d'une femme sur deux choisit de ne pas allaiter son petit et de le nourrir d'emblée au lait artificiel, c'est-à-dire au biberon. Je constate aussi que

l'allaitement maternel dure rarement plus de trois mois en France.

De tous temps, bon nombre d'écoles médicales, philosophiques et morales se sont chamaillées à ce propos.

Arguments biologiques

Les arguments en faveur du lait maternel ne manquent pas de bon sens, c'est ce qu'il y a de mieux pour le petit d'homme : il est livré à volonté, à bonne température, et normalement exempt de tout germe. Beaucoup de médecins pensent que, par l'intermédiaire de ce liquide biologique, la mère transmet à son petit toutes sortes de substances utiles, des anticorps, bien sûr, pour qu'il se défende contre d'éventuelles agressions microbiennes, mais

aussi des « messages » protecteurs, parfois sophistiqués dont on ne connaît pas encore la teneur. Contrairement à ce que l'on croit aujourd'hui, la biologie humaine a encore beaucoup à découvrir, et l'on conçoit bien que le fait d'imaginer que le lait puisse être un « média » biologique essentiel de la mère vers son petit ne relève pas de l'hérésie intellectuelle.

Arguments affectifs

L'allaitement suppose un rapprochement des corps. La mère, dans un large mouvement d'enveloppement, rapproche la tête de son bébé de la sienne, lui communique sa chaleur, la douceur de sa peau, son odeur (des expériences ont montré qu'un nourrisson était capable de reconnaître parmi d'autres l'odeur maternelle), bref, son affection et son amour. Il ne fait aucun doute que l'enfant se sente magnifiquement protégé en cet instant privilégié, l'un des plus intenses de sa nouvelle vie, celui où il va s'alimenter.

Par un réflexe inné de succion, il découvre qu'il peut faire jaillir à volonté un liquide particulièrement délicieux « fait pour lui » : délicatement sucré et consistant, qui, tandis qu'il l'absorbe, lui procure un sentiment de plénitude et de satisfaction intenses. Plus tard, repu, il connaîtra souvent la volupté de s'endormir, son petit nez enfoncé dans l'une de ces mamelles généreuses et moelleuses, dispensatrices de gourmandise, de sécurité et... d'amour.

Bien au chaud, rassuré par la présence physique de sa mère, par son odeur familière, par le son de sa voix bien-aimée dont le souvenir remonte aux origines mêmes de sa vie intra-utérine « craquant » littéralement de volupté sous ses caresses et ses gestes précautionneux, il va, ô bonheur suprême, pouvoir adapter sa bouche ouverte à un globe chaud mais tiède, tendu mais voluptueux, généreux et sucré.

Il me paraît évident que ce contact de peau à muqueuse, ce moment privilégié et si émouvant, qui rapproche la mère du nouveau-né, représente un événement d'une intense sérénité, un instant parfait dans leur relation d'amour. Un rituel alimentaire apte à « consoler » le nourrisson de l'extrême frustration d'avoir été expulsé de l'utérus maternel et de ne plus baigner - tel un petit poisson - dans sa bulle fœtale.

Arguments pratiques

Tout à fait accessoirement, on pourra aussi vous vanter les mérites pratiques de l'allaitement maternel pas de biberons ni de tétines à laver, pas de stérilisation, pas de problème de mise à température du lait, pas de tétines plus ou moins percées, l'allaitement maternel peut s'effectuer n'importe où et ne

nécessite aucune logistique matérielle particulière.

Le refus d'allaiter

Il y a aussi des femmes qui refusent d'allaiter et elles sont fort nombreuses.

Un peu d'histoire

L'émancipation de la femme passe aussi par le libre choix de l'allaitement maternel ou artificiel. Lorsqu'elles n'avaient pas cette alternative, que nous étions encore très marqués par notre condition animale et biologique, les femmes allaitaient leurs petits, sans même imaginer qu'il puisse en être autrement. Elles étaient d'ailleurs « protégées » des grossesses trop fréquentes par cet allaitement quasi obligatoire, puisque le fait d'allaiter empêche, dans 70 à 80 % des cas, le retour de couches, c'est-à-dire le recommencement du fonctionnement hormonal ovarien, avec ovulation à la clé et donc possibilité de nouvelle grossesse. Puis, quelles que soient les civilisations, on constate que dans l'Histoire des femmes, l'allaitement maternel a toujours été remis en question dès que les femmes décidaient de mettre quelque distance entre les impératifs biologiques et elles. En effet, lorsqu'une société humaine évolue, se modernise en devenant de plus en

plus humaine et de moins en moins animale, l'allaitement maternel cède le pas à l'allaitement artificiel. Moralisateur et potentat des siècles précédents fustigeaient ces « mauvaises mères » qui confiaient leurs petits à des « nourrices professionnelles ».

Aujourd'hui, la situation est claire : plus une société est évoluée, moins l'allaitement maternel est prisé.

Si près d'une Française sur deux nourrit son petit, la durée de l'allaitement dépasse rarement trois mois. Ne sont-elles pas attachées à ce rituel seulement pour les symboles dont il est empreint - affection, amour et rapprochement charnel - plus que pour sa valeur nutritive et biologique? Car, en toute logique, un enfant ne devrait pas être sevré si tôt : rien ne justifie, sinon les structures de notre société, de nos mentalités, l'arrêt de l'allaitement maternel au profit du biberon dès le troisième mois.

Faut-il condamner le refus d'allaiter ?

Celles qui ne désirent pas allaiter le disent calmement, mais fermement à leur entourage et aux médecins (généralement « pro allaitement maternel ») dont les arguments sont, pour la plupart, ceux que je viens de

développer. Mais il faut reconnaître que, excepté le cas d'enfants prématurés de faible poids, les avantages médicaux de l'allaitement maternel ne sont pas si faciles à démontrer.

Y-a-t-il un danger quelconque à ne pas allaiter ?

En ce qui concerne les bébés nés à terme et nourris au sein maternel, il est extrêmement ardu, en matière d'étude épidémiologique, de justifier un quelconque militantisme en faveur de cette forme d'allaitement.

Pourtant certains médecins n'hésitent pas à culpabiliser leurs patientes (couplet sur les « mauvaises mères ») en évoquant la santé très fragile du futur enfant nourri au biberon, voire à les menacer pour elles-mêmes de quelques maladies (le cancer apparaît souvent en filigrane dans ces menaces) qui pourraient frapper le sein coupable de ne pas assurer son rôle.

Ce sont des arguments fallacieux : les enfants - non prématurés - élevés au biberon, se portent aussi bien que les autres, et physiquement et intellectuellement. Quant à vos seins, ils n'encourent aucune sanction d'ordre pathologique si vous avez choisi de ne

pas allaiter. Il ne faut pas confondre : c'est le fait de n'avoir jamais été enceinte, ou de l'être sur le tard, qui constitue un facteur de risque de cancer du sein, et non celui d'allaiter ou pas ! Aussi, certains médecins, dont je suis, laissent le choix à leurs patientes, sans jamais les menacer de ce genre de représailles

Ne pas allaiter à contrecœur

Car il faut savoir qu'un sein donné à contrecœur, avec dégoût ou simplement de mauvaise humeur, ne créera pas ce « lien magique » biogico-sensuel entre une mère et son petit.

Comme s'il était muni d'antennes, le nouveau-né perçoit tous les sentiments qui animent sa mère, c'est pourquoi mieux vaut un biberon dans la douceur qu'un sein dans la mauvaise humeur !

Réfutation des arguments biologiques

Qu'en est-il de toutes ces substances biologiques mal connues et tous ces anticorps supposés être transmis par le lait maternel ? Selon certains médecins, ils n'ont aucun intérêt, car la plupart d'entre eux seraient impitoyablement détruits par le suc gastrique de l'enfant dans les secondes qui suivent leur ingestion ! Les faits prouvent qu'un enfant nourri au biberon résiste autant que les autres aux maladies infectieuses. Ces fameux anticorps contenus dans le lait maternel ne

seraient donc qu'un leurre ? Il me semble évident que le nourrisson dispose d'un système immunitaire autonome, réagissant vivement dès qu'il est stimulé par une agression microbienne. Car il ne faut pas oublier que les « échanges d'anticorps » et même ces « messages biologiques » (qui restent encore à découvrir) auront pour la plupart sans doute pu s'effectuer par la voie placentaire, c'est-à-dire sanguine.

Contraception



LES INCIDENTS DE LA PILULE SUR LES SEINS

Les seins douloureux

La contraception orale entraîne relativement fréquemment des sensations de pesanteur, d'élançements au niveau du quadrant externe des seins, ou même jusqu'au creux de l'aisselle. Elles se manifestent surtout si la pilule utilisée ne comporte pas assez de

progestérone, ou trop d'estrogènes. Et si elles s'observent presque à coup sûr avec les maxi-pilules, elles surviennent aussi, paradoxalement, avec les mini-dosages.

L'emploi de produits à climat progestatif dominant représente une solution tout à fait **Douleur des seins, que faire ?**

Ce phénomène n'est pas très fréquent. Il s'agit de pesanteurs ou d'élançements qui se situent, la plupart du temps, au niveau du quadrant externe de vos seins, pouvant même se prolonger jusqu'au creux de l'aisselle. Déjà, lorsque vous ne preniez pas la pilule, vous aviez connu de telles sensations, apparues parfois au milieu du cycle, mais le plus souvent dans les quelques jours qui précédaient les règles. Ces douleurs, à l'époque, ne vous avaient pas inquiétée outre mesure. Sous pilule, elles ne doivent pas non plus vous inquiéter. Elles sont l'expression d'un même phénomène : il y a trop d'estrogènes dans votre sang ou pas assez de progestérone. C'est pourquoi, si vous êtes l'une de ces femmes qui ont « mal aux seins », vous demanderez à votre médecin qu'il vous prescrive une pilule à climat progestatif dominant (avec plus de progestérone ou moins

valable et toujours efficace.

d'estrogènes). Bien sûr, lorsque vous avez mal aux seins, vous pensez au cancer du sein. Je dois vous dire que, malheureusement, le cancer du sein ne se manifeste pas par des douleurs. Je dis malheureusement, car cela permettrait souvent, si tel était le cas, de faire un diagnostic précoce. En tout état de cause, votre médecin examinera soigneusement vos seins. Si la prescription d'une pilule à climat progestatif ou faiblement dosée en estrogènes (20 à 30 microgrammes) ne suffit pas, il pourra vous prescrire un gel à appliquer localement, à base d'hormones progestérones. Dans un autre ordre d'idées, si vous aviez déjà eu une tumeur bénigne au sein (kyste, adénome), il semble que la pilule, loin de favoriser la pousse de nouvelles tumeurs, vous en protégera (statistiques mondiales)!



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](tel:01.42.27.16.87) ou [01.42.27.71.16](tel: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

