



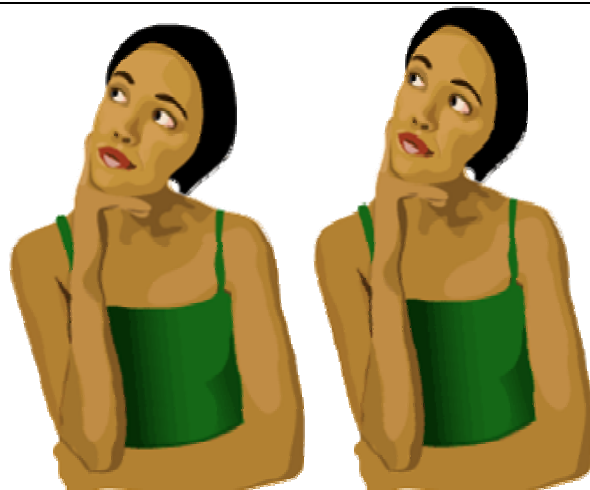
**BULLETIN D'INFORMATIONS GYNECOLOGIQUES  
DU Dr DAVID ELIA**

**No 20 – SEPTEMBRE 2006 –**

*Ce bulletin est adressé gratuitement à toutes les patientes du  
Dr DAVID ELIA. Pensez à rectifier tous changements d'e-mail.  
Merci.*

2 rue de Phalsbourg-75017- Paris. 0142271687 & 0142277116

**NUMERO CONSACRE A  
« LA GYNECOLOGIE  
DE TOUS LES JOURS »**





**RETROUVEZ TOUTES CES INFOS ET BIEN D'AUTRES SUR MON SITE :**

Visitez : [www.docteurdavidelia.com](http://www.docteurdavidelia.com)

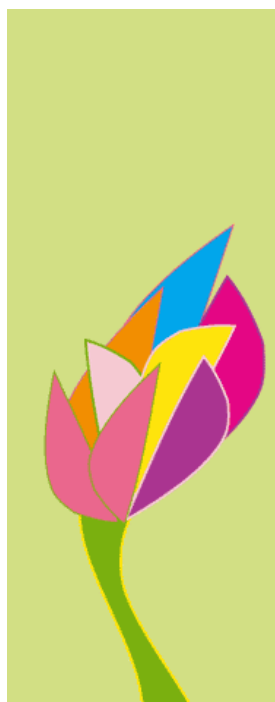
**ET, NOUVEAU, NOUVEAU, NOUVEAU, NOUVEAU :**

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

**Bonjour !**

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

*Je vous invite aussi chaleureusement le 24 octobre à la journée de la femme (ci-dessous). Cette invitation est gratuite. Pour vous inscrire cliquez sur : <http://www.sante-de-la-femme.org/>*



Parrainée par le Ministère de la Santé  
et des Solidarités

**la ménopause aujourd'hui**

Traitement Hormonal Naturel • Capital Santé et Féminité

**mardi 24 octobre 2006**

de 14h à 18h

à la maison de l'**UNESCO**  
125 avenue de Suffren • 75007 Paris • Salle II



## L'EDITO DU MOIS

**P**eu d'entre nous ont été formés et enseignés par nos maîtres à considérer les douleurs de nos patientes comme des maladies à part entière avec leurs explications et leurs traitements spécifiques.

Nous considérons par ailleurs trop souvent que la douleur est la rançon inévitable de nos actions, de nos gestes et projets de traitements et faisons mine d'oublier que nous vous faisons souvent vraiment mal quand on vous examine, ou encore lors de la pratique de divers examens nécessaires au diagnostic ou encore à l'appréciation de l'efficacité de nos thérapeutiques.

**« Mais non cela ne fait pas mal, voyons madame » !**

Combien de patientes nous sommes nous allés à qualifier de « douillettes » sinon de « pusillanimes » car sous nos mains pourtant si expertes elles s'étaient laissées aller à exprimer leur douleur : accepter l'idée que l'on fait mal nous serait tellement moralement insoutenable !

Avez-vous remarqué, ici encore, comment les femmes sont mal loties par les sociétés et les cultures ?

Oui car elles ont à toujours tenté de normaliser les douleurs féminines comme si elles étaient intrinsèques à la nature même féminine ! En quelques sortes une fatalité inhérente à la féminité !

Ouille, une douleur de prostate, oui, ça fait vraiment mal, nul doute ! Mais une douleur utérine, bof, ce n'est pas si terrible que ça à supporter estime la rumeur populaire !

Les douleurs de règles, les migraines menstruelles, et encore les douleurs pendant les rapports et autres douleurs de sein ne sont pas vraiment vécues ni par la société ni même souvent par les médecins comme des douleurs d'estomac ou de dos par exemple.

N'est-on pas allés jusqu'à mystifier les femmes quant aux douleurs de l'accouchement en voulant les persuader qu'il s'agissait de « bonnes douleurs » (!).

Les médecins doivent changer leurs mentalités et accepter de considérer les douleurs de leurs patientes comme de véritables maux à combattre par tous

les moyens : ceux-ci existent, il suffit simplement d'avoir envie de les employer.

## GYNECOLOGIE DE TOUS LES JOURS



### **J'AI UNE BOULE DANS MON SEIN : KYSTE, FIBROME OU AUTRE TUMEUR BENIGNE ?**

Boule, **kyste**, **fibrome**, mastose, cancer... . Les seins sont une partie du corps qui inquiète souvent les femmes. Quand s'alarmer, quand consulter, quels sont les examens à réaliser ?

Il existe toutes sortes de boules susceptibles de se développer à l'intérieur des seins. Dans neuf cas sur dix, elles sont bénignes. Et donc inversement, une boule sur dix est maligne, c'est un cancer du sein.

### **Quelles sont les différentes sortes de boules bénignes ?**

On différencie la mastose, le **fibrome** (l'adénofibrome), le **kyste**, le lipome et le cancer du sein :

#### **La mastose :**

Rappelons que les seins sont des glandes mammaires dont la fonction est d'allaiter un bébé. Sous l'influence hormonale (par exemple variation du cycle, grossesse, pilule ou traitement hormonal de la ménopause trop dosés en estrogènes...), des sortes de boules ou plutôt des indurations peuvent se former dans les glandes mammaires. Elles se situent le plus souvent sur le côté, là où la glande est la plus riche, et font parfois mal. La mastose correspond donc à un emballement de l'activité de la glande mammaire. Elle disparaît dès que les sollicitations hormonales cessent.

Les mastoses sont très fréquentes et inquiètent beaucoup les femmes, lesquelles consultent souvent pour ce motif. Il faut savoir que la mastose n'a

aucune traduction radiologique, on ne voit rien sur la radio ou à l'échographie.

### **Le fibrome (adénofibrome) :**

Ce sont des tumeurs bénignes très fréquentes qui touchent plus souvent les jeunes filles vers 15–20 ans. Mais un **fibrome** peut aussi survenir à 35–40 ans.

Ils ont la forme d'une boule très régulière de 1 ou 2 cm, comme une sorte de dragée dans le sein, et sont complètement indolores. La mammographie ou l'échographie permettent un diagnostic rapide du **fibrome**.

Ce sont des tumeurs bénignes. Comme elles ne dégénèrent jamais, on ne fait rien, on les laisse le plus souvent en place. Par contre, lorsqu'un **fibrome** apparaît après 35 ans, on l'enlève par mesure de précaution car il existe des cancers qui ressemblent à des fibromes. Dans l'immense majorité des cas, l'intervention confirme qu'il s'agissait effectivement d'un **fibrome**.

### **Le kyste :**

Le **kyste** est une boule pleine de liquide (à l'inverse du fibrome qui est plein de fibres) d'1 à 1,5 cm ou plus. Cette boule apparaît souvent très rapidement. Lorsque le liquide fait pression, elle fait mal. Les kystes ne sont pas des cancers et ne dégénèrent jamais en cancer.

Le diagnostic d'un **kyste** se confirme par la mammographie et surtout l'échographie.

Lorsque les kystes font mal ou sont gros, on peut les vider en ponctionnant le liquide avec une aiguille.

Il faut savoir que les seins produisent souvent des kystes, c'est presque physiologique, qu'il est généralement inutile de ponctionner.

### **Le lipome et le ganglion :**

Le lipome est une boule de graisse bénigne, plutôt rare. Il se détecte à la mammographie et à l'échographie et est généralement laissé en place.

Quant au ganglion intra-mammaire qui se promène dans le sein, il est, là encore, généralement bénin et n'est pas ponctionné.

### **Le cancer du sein :**

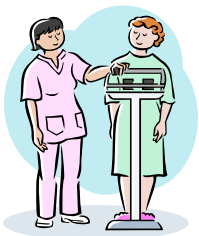
Seul le cancer du sein est une tumeur maligne. Malheureusement, il n'y a pas vraiment de symptôme, excepté parfois la présence d'une boule. C'est

pourquoi, même si les boules sont le plus souvent bénignes, mieux vaut consulter pour être sûr qu'il ne s'agit pas d'un cancer du sein.

**En conclusion**, quand on trouve une boule dans son sein, on a 90% de chance que ce soit bénin – surtout avant 50 ans –, ça ne veut pas dire pour autant qu'il ne faut rien faire ! Il faut aller voir le médecin qui, après un examen, prescrit généralement une mammographie ou une échographie.

Et soyons rationnelles, la douleur n'est pas un signe péjoratif de cancer du sein, elle est au contraire plutôt rassurante. Il est toutefois indispensable de consulter pour s'en assurer.

## DU COTE DE VOTRE POIDS



## **L**A MUSCULATION AU FEMININ

L'idéal féminin est aujourd'hui bien loin des Rubens et autres obésités tressautantes des siècles passés. Pour répondre aux critères esthétiques de l'époque, il vous fallait avoir le moins de muscles possible et engraisser de telle façon que nue, vos fesses, vos cuisses, votre ventre, vos seins soient prêts à éclater sous la pression de la graisse généreuse.

Plus près de nous, les années cinquante nous ont imposé le règne de l'hypertrophie mammaire et des formes généreuses, mais déjà la tendance grasseuse était à la baisse !

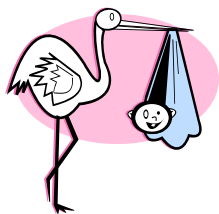
Aujourd'hui, en ce début de **xxi<sup>ème</sup>** siècle après avoir vécu des extrêmes désolants de maigreur et d'atrophie musculaire (M<sup>lles</sup> Twiggy ou Kate Moos), nous en sommes arrivés, semble-t-il, à un modèle esthétique plus authentique, bien qu'il reste encore, par bien des côtés, terroriste (par exemple la chasse à la cellulite, nous y reviendrons, s'efforce, en vain, de rechercher une image corporelle en totale contradiction avec les caractéristiques génétiques du sexe féminin).

Ainsi, même si les femmes ont moins de muscles que les hommes (20 à 25 % du poids contre 40 % chez l'homme)... elles en ont tout de même ! Cette masse musculaire doit être entretenue, choyée, respectée. Or le muscle est un tissu qui atteint son apogée de " forme " entre 25 et 30 ans. Puis c'est la Bérézina (plus encore chez l'homme que chez la femme). À moins... que l'on décide de lutter contre cette atrophie naturelle en entraînant le muscle et en le cultivant. C'est l'objet de la musculation. On est loin ici de la recherche du " sensationnel " de " Miss Body-Building ". Car, rassurez-vous, pour obtenir ces épaules de déménageur, ces abdominaux d'athlète de compétition, ce dos noueux, ces jambes d'homme, il vous faudrait des heures d'entraînement intensif qui n'ont rien à voir avec ce que je vous demande d'envisager aujourd'hui. Non, la musculation ne vous fera pas " des muscles de déménageur " ! Par contre, le nouveau tonus de ces derniers vous redonnera une silhouette plus juvénile, plus proche de celle que vous aviez vers 25 ans.

Ce sport est capable de " modeler " ou de remodeler votre silhouette devenue floue.

Ne faites donc pas l'erreur de considérer que la musculation est un sport d'homme. Il suffit tout simplement d'adapter votre pratique à votre féminité : certains muscles seront privilégiés, d'autres oubliés, les poids seront moins lourds, l'effort demandé, en anaérobie, moins soutenu. Vous pensez aussi souvent que vos " articulations " ne supporteront pas l'exercice musculaire : au contraire, en utilisant des poids judicieux, vous renforcerez vos articulations dans la mesure où vous renforcerez les muscles qui les enveloppent et les protègent.

## **DU COTE DES MAMANS**



## FIEVRE, HERPES ET GROSSESSE

Il ne faut pas oublier que deux tiers des séropositifs pour l'herpes n'ont jamais présenté aucune manifestation clinique. La présence éventuelle d'anticorps peut être déterminée pendant la grossesse. Une sérologie négative en début de grossesse suivie d'une apparition d'anticorps de permet de confirmer le diagnostic éventuel de primo-infection herpétique.

L'indication d'une césarienne est réservée aux femmes présentant des signes d'herpès dans les jours précédant le travail ou encore en début de travail. En effet, si l'herpès néonatal est rare (1 pour 10 000 nouveau-nés) elle reste grave. La contamination du fœtus se produit au contact des voies génitales maternelles infectées. Elle peut aussi se faire après la naissance.

### Conduite à tenir :

En cas de primo infection herpétique :

- Avant la trentième semaine d'aménorrhée : ACICLOVIR oral ou intraveineux pendant 5 jours ou plus, 4 à 5 comprimés à 200 mg par jour.
- Entre 30 et 34 semaines : ACICLOVIR 4 à 5 comprimés à 200 mg par jour jusqu'à l'accouchement. Surveiller cliniquement et biologiquement le nouveau-né.
- Au-delà de la 34<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée : ACICLOVIR 4 à 5 comprimés à 200 mg par jour + césarienne. Si on ne retient pas l'indication de césarienne, traitement systématique du nouveau-né par ZOVIRAX intraveineux.

## SIDA ET GROSSESSE

Le risque de contamination est d'autant plus important que la future mère présente un syndrome infectieux avancé : inférieur à 15% si elle est sans symptômes avec une bonne fonction immunitaire et une charge virale modeste, le risque doit être multiplié par 4 ou 5 lorsque le SIDA est déclaré et que la situation immunitaire est préoccupante (CD4 inférieur à 200 par mm<sup>3</sup>). Toute future mère séropositive doit être confiée aux praticiens



rompus aux thérapeutiques anti HIV. L'efficacité d'un traitement anti-rétroviral a été démontrée. Enfin, l'allaitement est une voie de contamination aujourd'hui prouvée.

## LES INFECTIONS URINAIRES

La symptomatologie peut être classique de la cystite (envies fréquentes, brûlures mictionnelles) à l'infection rénale (pyélonéphrite) : douleurs du bas ventre et lombaires, fièvre, fatigue,...) mais elles peuvent aussi être totalement absentes.

Le diagnostic est confirmé par l'examen cyto bactériologique des urines, la numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation.

Le traitement antibiotique doit être rapidement mis en route dès qu'elles sont suspectées. Les germes les plus fréquemment rencontrés sont les *Escherichia coli* (80 %) et les autres bactéries intestinales.

## HEPATITE VIRALE ET GROSSESSE

Elle sera évoquée en présence d'une jaunisse et en l'absence de calcul de la voie biliaire principale. Les transaminases élevées en font le diagnostic (SGOT et SGPT).

La fréquence de l'antigène de l'hépatite B (AgHBs) est entre 0,40 et 0,60%. On estime entre 500 et 1500 le nombre de nouveaux-nés affectés par le virus de l'hépatite B par transmission materno-fœtale. Cette transmission est réalisée le plus souvent pendant l'accouchement et en période post-natale. Le risque majeur est pour lui celui de devenir porteur chronique du virus. Un traitement préventif devrait pouvoir éviter plus de 90% de ces infections.

***Le dépistage de AgHBs est obligatoire en France chez toutes les femmes enceintes lors de l'examen prénatal du 6<sup>ème</sup> mois.***

En cas de dépistage positif, il convient de mettre en route une prévention immunitaire passive et active (injection d'immunoglobulines spécifiques et première injection de vaccin anti-hépatite B dans les premiers jours de la naissance) chez le nouveau-né en sachant qu'elle sera efficace pour plus de 90% d'entre eux.

## SYPHILIS ET GROSSESSE

L'association grossesse et syphilis est rare (0,5 à 3% des grossesses). L'infection est d'autant plus fréquente que l'on s'adresse à des groupes à risques, de statut socio-économique bas ou marginal.

Le germe *TREPONEME PALE* traverse la barrière placentaire à n'importe quel stade de la grossesse. Mais la transmission au fœtus ne s'effectuera éventuellement qu'à partir de la 14<sup>ème</sup> à la 16<sup>ème</sup> semaine de grossesse. Le dépistage est obligatoire lors du premier examen prénatal.

Il faut envisager un traitement des formes actives avant le 4<sup>ème</sup> mois afin d'éviter tout risque d'atteinte fœtale. Les conséquences d'une contamination fœtale après le 4<sup>ème</sup> mois sont graves : la mortalité périnatale est présente dans 20% des cas, accouchements prématurés, avortements tardifs du 2<sup>ème</sup> trimestre.

Toute sérologie positive doit bénéficier d'un traitement adoptant les schémas préconisés par l'OMS. C'est la pénicilline qui sera utilisée le plus souvent

## LES SYNDROMES GRIPPAUX

Toute fièvre associée à un syndrome grippal avec symptomatologie rhino-pharyngée ou gastro-intestinale doit faire évoquer l'éventualité d'une *listériose* (avec ses conséquences de fausses couches précoces ou tardives), d'accouchements prématurés, de mort fœtale in-utéro. Il convient donc de mettre toujours en route des hémocultures (cultures de sang au laboratoire) à la recherche d'une listériose dans ce contexte.

## VOS QUESTIONS ET MES REPONSES



**J'ai 44 ans, et depuis un an, dix jours avant mes règles, j'ai des bouffées de chaleur épouvantables puis mes règles viennent et je vais mieux jusqu'au prochain mois. De quoi peut-il s'agir et que faire ?**

Il s'agit soit d'un début de périménopause (ce qui suppose que dans trois à quatre ans vous serez ménopausée) et les ovaires commencent de moins bien fonctionner et donc de ne pas fabriquer assez d'hormones à la fin de chaque cycle, soit cela est un peu plus complexe, soit il peut s'agir d'une défaillance ovarienne dont on ne peut prédire l'avenir : il se peut alors que vous ayez à attendre de nombreuses années avant d'être ménopausée.

Dans tous les cas, un complément hormonal *adapté* sous forme d'estrogènes et de progestérone pourrait grandement améliorer votre qualité de vie.

**J'ai été opérée d'un CIN 3 sur le col, on m'a enlevé un « bout de col » il y a deux ans. Je voudrais être enceinte, et je suis inquiète : peut-il y avoir des problèmes ?**

Le CIN 3 est une lésion bénigne du col, qui est à la frontière qui sépare de l'évolution vers le cancer du col. La conisation (nom de l'intervention) lorsqu'elle est bien réalisée, résout définitivement le problème. Cette lésion est créée par une infection à papillomavirus et elle est décelée par les frottis. En principe, il ne devrait y avoir aucun problème pour vos grossesses futures ainsi que pour vos accouchements. La conisation ne représentant, en fait, que l'ablation d'une petite partie du col de l'utérus et en particulier ne portant pas sur l'orifice interne du col (celui qui est important).

**J'ai 48 ans et bien que mon médecin m'ait prescrit de nombreux ovules anti-champignons, j'ai des démangeaisons furieuses sur une partie de la vulve. De quoi peut-il s'agir ?**

S'il ne s'agit pas d'une mycose, il peut s'agir de ce que l'on appelle un lichen. C'est une affection bénigne cutanée de la peau de la vulve qui trouve, en général, sa solution dans l'application de médicaments à base de corticoïdes.

C'est votre gynécologue ou un dermatologue spécialisé qui pourront vous conseiller utilement.

**J**e n'avais pas du tout de seins (jeune femme âgée de 20 ans) et je me suis fait mettre des prothèses, qui pendant quelques semaines ont été parfaites, j'étais très heureuse, mais maintenant, depuis quelques mois, c'est devenu tout dur, et je ne sais quoi faire.

Il s'agit de la complication la plus fréquente après la mise en place des prothèses mammaires : le développement doit se faire dans ce qu'on appelle les **coques**. On essaye en général de diminuer ce risque en massant régulièrement les prothèses surtout après l'intervention. Une fois constituées, on peut tenter de les assouplir mais, en général, il n'y aura pas d'autre solution que, soit de les enlever, soit de les remplacer avec une technique différente, soit ... de rester ainsi.