



BULLETIN D'INFORMATIONS GYNECOLOGIQUES

DU Dr DAVID ELIA

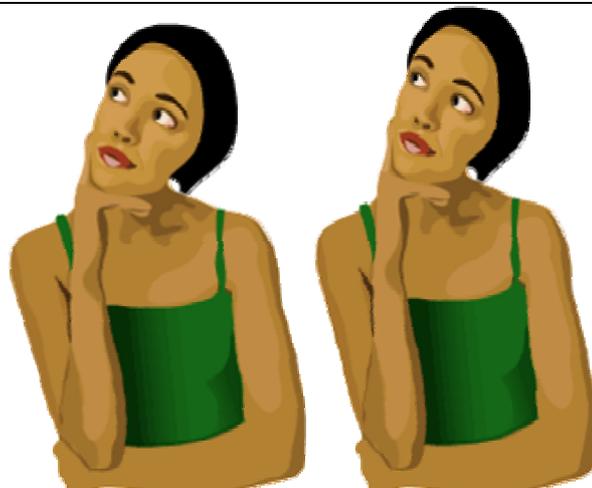
No 25 – FEVRIER 2007 –

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

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 vingt-cinquième bulletin d'informations gynécologiques entièrement consacré à la « gynécologie quotidienne ».



L'EDITO DU MOIS

JURIDIQUE, EPIDEMIOLOGIE OU ... MEDECINE ?



ÉPIDÉMIOLOGIE et **JURIDIQUE**, voici les 2 maîtres mots des médecins en ce début de 3^{ème} millénaire ! Qui l'eût cru ? Et notre médecine dans tout ça ?

Il n'est pas question de nostalgie de la "médecine de Papa", que je n'ai

d'ailleurs pas connue pour ma part. Je suis d'accord pour évoluer, bien sûr ! Mais là, je vous avoue que le vertige me prend. Quoi ? Je n'ai encore rien vu – qu'entends-je ? – Que les dieux tout-puissants nous préservent de telles calamités !

Le juridique, le médico-légal, convenons-en, de plus en plus présent dans notre quotidien. D'accord pour le juridique. D'accord, vous dis-je ! Mais de grâce avec modération ! Peut-on faire notre métier la « trouille » légale au ventre ? Si oui, alors nous oublierons bientôt de penser à vous pour ne plus penser qu'à nous !

Ah ! On nous l'avait bien dit et redit : la médecine à l'américaine et à la française ... oui, bientôt même combat ! Faire la liste de tous les risques de telle ou telle stratégie thérapeutique, sans discernement pour votre individualité émotive et culturelle, vous faire signer le papier habilement concocté pour nous protéger, oui c'est bien pour notre tranquillité médico-légale, pour les finances de notre assureur, mais ... mais est-ce vraiment bien pour *vo*tre tranquillité et la sérénité ? Penser à nous avant que de penser à vous, voilà où on nous mène ! Et ne faisons pas mine de résister : nous finirions, menaces et procès à l'appui par rejoindre les médecins résignés.

Mais oui, c'est sûr que le médecin ne pouvait rester le seul maître après Dieu dans son cabinet. Bien sûr qu'il fallait que la société ait un droit de regard et de contrôle sur ses agissements

Oui mais fallait-il changer notre pratique au risque de diluer dans le néant les caractéristiques si précieuses, si intimes, si originales, ce rapport singulier entre le soignant et le soigné qui font le sel de toute consultation ? Faudra-t-il que nous consultations d'abord notre conseil juridique avant que de dire, de faire ou ne pas faire pour vous ? Faudra-t-il que nous délaissions l'intérêt de nos chères patientes pour privilégier "notre tranquillité" personnelle ? *"Je ne me prends plus la tête maintenant à discuter ou convaincre ou peser le pour ou le contre, me disait il y a peu une jeune collègue. Elles veulent arrêter leur THS, eh ! bien, je leur dis que je suis d'accord je veux pouvoir passer des week-ends sans me miner... !"*

Mais ce n'est pas tout : à côté de nos "juristes de la santé" il faut aussi compter avec les nouveaux maîtres à penser de notre métier : j'ai cité ici les épidémiologistes.

Car ce à quoi nous assistons est tout simplement stupéfiant : voici une

science par essence imparfaite qui tente la quadrature du cercle : mettre en chiffres, en courbes, en tendances ... ce qui par essence est individuel. La voici qui impose ses conclusions avec comme corollaire non discutable de changer nos modes de pensées, nos comportements thérapeutiques. Une étude impose son diktat jusqu'à ce qu'une prochaine la détrône pour imposer sa propre loi : nous savons cela. Certes la science progresse ainsi et je ne le conteste pas.

Mais la médecine, ce n'est pas l'épidémiologie, c'est plutôt de l'intuition, de l'expérience personnelle, du savoir-faire, de l'écoute, de la souplesse, de l'humilité. Conduire ses consultations exclusivement en pensant aux derniers chiffres de telle ou telle étude, oh! nous y perdrons notre âme de soignant. "L'évidence base médecine", quel terme anglo saxon vaniteux qui nie l'art médical ! Car la médecine est un art et non une entreprise mathématique.

Allez, n'en doutez pas, j'apprécie l'épidémiologie et ... les épidémiologistes qui sont en général des gens charmants et d'agréable commerce. Mais même si je lis aussi régulièrement l'épidémiologie dans le texte et que j'avoue y prendre plaisir et matière à enrichir ma science, je commence tout de même de les trouver bien ... présomptueux et envahissants.

Bon, ces 2 pouvoirs émergents doivent certes exister et prendre leur place dans la constellation médicale. Ils sont à coup sûr parmi les ingrédients essentiels d'une médecine qui va de l'avant. Mais prenons garde qu'ils ne deviennent les règles absolues, qu'ils n'érodent peu à peu nos réflexes de soignants, ne modifient trop nos comportements, ne fassent mourir notre libre arbitre, notre intuition, notre savoir-faire d'artisan médecin.

GYNECOLOGIE DE TOUS LES JOURS



LES DOULEURS PENDANT LES RAPPORTS. UNE INFECTION PEUT-ELLE EXPLIQUER CETTE SITUATION ?



Le terme général qu'utilisent les médecins pour désigner ce dont vous souffrez s'appelle *dyspareunie*. Les causes des douleurs peuvent être multiples :

- tout d'abord être limitées à la pénétration : c'est l'orifice vulvaire qui, soit parce qu'il est blessé, irrité, soit tout simplement parce que l'on refuse inconsciemment le rapport sexuel, souffre à l'intromission,
- mais elles peuvent être aussi vaginales : c'est le conduit vaginal lui-même qui, lors des frottements, produit des sensations particulièrement cuisantes et douloureuses,
- enfin on parle aussi de *dyspareunies profondes* lorsque les douleurs sont limitées au fond du vagin, et qu'elles se répercutent dans le bas ventre.

Vous aurez compris que les causes des douleurs durant les rapports sont multiples. Elles peuvent être souvent infectieuses, mais aussi psychologiques, voire hormonales (la sécheresse vaginale des femmes ménopausées manquant d'hormones estrogènes) ou encore le témoin d'affections gynécologiques plus lourdes, tels que le kyste de l'ovaire, l'endométriose ...).

La « star » des causes des douleurs vaginales reste cependant la mycose : le champignon (appelé *Candida Albicans*), provoque nombre d'irritations vulvaires et vaginales qui rendent les rapports très inconfortables voire extrêmement douloureux. De plus la mycose tarit la lubrification vaginale ce qui ajoute encore à l'inconfort.

Mais le champignon n'est pas le seul germe pouvant provoquer, loin s'en faut, ce que nous appelons une vaginite (inflammation du vagin). D'autres germes comme le trichomonas voire plus méchant le *chlamydiae trachomatis* ..., etc peuvent être en cause.

L'infection vaginale contemporaine des douleurs pendant les rapports s'objective souvent par des pertes qui sont en général caractéristiques des germes en cause.

Donc si vous faites partie de ces femmes ayant quelques irritations et inflammations de la vulve et du vagin et qui ne supportent plus les rapports sexuels, vous devez vous rendre chez votre gynécologue qui fera un diagnostic. Il s'aidera parfois de la bactériologie vaginale puis aura à cœur de vous donner le traitement adéquat (le plus souvent ovules vaginaux) accompagné parfois de médicaments à prendre par la bouche. Dans certains cas de germes sexuellement transmis, le partenaire devra lui aussi se soumettre à un traitement.

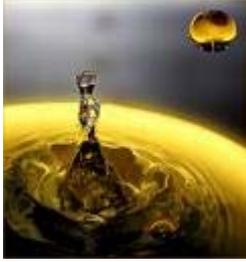
Pendant toute la durée de l'infection vaginale, il est recommandé de ne pas avoir de rapports non seulement pour la contamination éventuelle du partenaire qu'ils pourraient favoriser, mais aussi pour la douleur ressentie qui, c'est le moins qu'on puisse dire, est assez démobilisante.

Lorsqu'il ne s'agit pas d'une infection, la douleur pendant les rapports doit trouver sa cause puis son traitement spécifique. Exemples : le traitement d'une endométriose, l'ablation d'un kyste de l'ovaire, le traitement hormonal substitutif de la ménopause lorsqu'il s'agit de sécheresse vaginale, un traitement psychosomatique en cas de *vaginisme* (impossibilité de vivre la pénétration sauf à subir des douleurs épouvantables) ... etc.

DU COTE DE VOTRE POIDS



NOUS MANGEONS VRAIMENT TROP DE GRAISSES !



40 % de notre ration alimentaire quotidienne sont constitués de graisses et, qui plus est, pour la plupart faites d'acides gras saturés. À nous le beurre, les crèmes, la charcuterie, le lait, les fromages Ce faisant, non seulement nous augmentons notre facture calorique de façon inconsidérée mais, en même temps, nous faisons courir à notre système cardio-vasculaire des risques déraisonnables.

L'idéal se situe sans doute autour de 30 %, 25 % si possible. La restriction doit porter sur les acides gras saturés : tout le gras qui vient de l'animal, aussi bien sous forme de viande que sous forme de laitage et dérivés des animaux.

POURQUOI AIMONS-NOUS TANT LES GRAISSES ?



Il faut bien le dire, et le reconnaître, nous préférons en général les aliments riches en graisse : la plupart des aliments que nous convoitons avec gourmandise ont des taux particulièrement élevés de lipides ; ce que nous aimons par exemple dans les pâtisseries, ce n'est pas seulement la quantité de sucre, mais bien leur teneur en matières grasses. Les graisses alimentaires ont un " secret " : elles fournissent à l'aliment sa texture, son arôme, ce que les nutritionnistes appellent la palatibilité. Par exemple, l'évaluation sensorielle d'un produit comme la mayonnaise nous apprend que la consistance, l'onctuosité, le velouté de ce produit sont tous dépendants de la perception des graisses contenues dans cet aliment. Onctuosité et velouté sont des perceptions très largement produites par les graisses alimentaires. De nombreuses études s'appliquant à rechercher quel était le nutriment qui provoquait le plus de satisfaction quant au goût, à la

saveur, à l'arôme ont toutes révélé que plus l'aliment était riche en lipides et plus les préférences des individus testés étaient marquées.

Lorsqu'un aliment contient à la fois sucre et graisse, nous le considérons alors comme vraiment très appétissant. Car coexistent alors la saveur sucrée dont on sait le plaisir procuré et l'extrême palatabilité induite par les graisses : le chocolat, les pâtisseries, les crèmes glacées, la crème fouettée sont au hit-parade de ces aliments. Ce n'est pas tant la teneur en sucres qui est calorique mais plutôt la teneur en graisse qui est élevée dans ce genre d'aliment. Ainsi pour la crème glacée compter 184 calories pour 100 g dont 90 calories (la moitié !) reviennent aux graisses et 80 calories proviennent des glucides, la part protidique étant réduite à sa plus simple expression : 14 calories.

L LA GRAISSE N'A AUCUN GOUT

C'est l'une des conclusions d'une étude française qui a été présentée lors du congrès de la société de nutrition et de diététique de langue française en 1995. Les résultats : quel que soit le niveau de familiarité avec le biscuit qui était testé dans cette étude (que les « testeurs » connaissent ou non la saveur de l'aliment présenté), l'évaluation de la composition et l'intensité du goût sont les mêmes à la simple vue du biscuit et après l'avoir goûté.

Mais si l'estimation du contenu en sucre est bien corrélé à la réalité jusqu'à une valeur de 30 % de sucre dans le biscuit, ce n'est pas le cas pour le contenu en gras ni celui en énergie qui donnent lieu à des estimations extrêmement différentes et indépendantes du contenu réel.

En fait, le plaisir ressenti au moment de l'ingestion des biscuits augmente en fonction de la densité du goût. Pour les médecins de cette étude, tout se passe comme si les sujets confondaient l'intensité des stimulations sensorielles et la valeur énergétique réelle des biscuits.

Ainsi, si le contenu en sucre peut être globalement bien évalué par analyse sensorielle, ce n'est pas le cas du gras. La graisse n'a pas de goût, si elle donne une texture aux aliments, il n'existe pas de bon indice sensoriel du contenu en graisse d'un aliment.

L LES GRAISSES ET LA FAIM



Des expériences ont montré que les graisses alimentaires avaient, contrairement à leur apport calorique important de 9 calories par gramme, un effet très modéré sur l'extinction de la faim. Il faut 800 calories de lipides pour obtenir le soulagement de la faim qui aurait pu être procuré par 400 calories de glucides ou par 300 calories de protéines. Qu'on se le dise : les graisses ne rassasient pas ou alors il faut en consommer des quantités tout à fait extraordinaires.

D'autres expériences ont cherché à augmenter la quantité de lipides d'une ration alimentaire donnée (jusqu'à 200 calories de plus de lipides) et ont montré que cela n'induisait pas un sentiment de satiété supérieur à celui procuré par une ration normale sans ce supplément de 200 calories de lipides. Il semble donc que le centre de la faim soit peu sensible à l'augmentation des apports en lipides. Ces mêmes études ont montré aussi que chaque centaine de calories ajoutée subrepticement à l'alimentation sous forme de lipides dans la même journée ne donnait certainement pas lieu à une diminution automatique de la consommation de 100 calories mais seulement de 16 calories : 84 % des calories lipidiques consommées en plus sont passées inaperçues et vont donc entraîner une mise en réserve graisseuse inéluctable. D'un certain point de vue on peut le déplorer, mais d'un autre, au contraire, s'en réjouir : puisque la réduction de la quantité de graisse n'exerce pratiquement aucune influence sur la sensation de satiété cela veut dire que l'on pourrait éventuellement diminuer les rations caloriques lipidiques *sans pour autant créer un sentiment de faim* et surtout sans craindre que l'organisme ne soit tenté de compenser ce déficit en consommant plus de glucides et de protéines.

DU COTE DES MAMANS



QU'EST-CE QUE LE SPINA BIFIDA ?



C'est ce que l'on appelle une anomalie de fermeture de la colonne vertébrale du fœtus. Selon la hauteur et le degré de l'anomalie, il existe plusieurs formes de malformations. Certaines ne sont pas viables, en particulier lorsque l'anomalie porte sur le crâne. D'autres sont difficilement viables et provoquent nombre d'infirmités, de paralysies lorsque la moelle épinière s'extériorise en dehors de la colonne vertébrale, en bas du dos. Enfin certaines sont mêmes méconnues, c'est ce que l'on appelle les « spina bifida occulta » : seule la présence d'une fossette ou d'une touffe de poil en bas du dos trahit la présence de cette anomalie. Dans tous les cas l'anomalie consiste dans le fait que l'architecture osseuse de la colonne vertébrale ou du crâne ne parvient pas suffisamment à bien se souder pour permettre au crâne, à la moelle épinière, d'être maintenus prisonniers dans ses reliefs osseux traditionnels.

EST-CE UNE ANOMALIE FREQUENTE ?

Oui, l'extrapolation à la France entière des données recueillies par les registres régionaux français des malformations françaises permet d'estimer le nombre annuel d'embryons porteurs de spina bifida autour de 500. La généralisation du diagnostic échographique prénatal réduit à environ 100 le nombre des naissances d'enfants atteints (les 400 autres ne sont pas arrivés à terme soit après avortement thérapeutique, soit spontanément pour les formes les plus graves).

PEUT-ON PREVENIR CES ANOMALIES ?

Oui, c'est bien là qu'il est important que toutes les femmes enceintes soient au fait de l'information : la carence en acide folique (en vitamine B9) semble être déterminante quant à la genèse du spina bifida. Mais attention, c'est très

précocement qu'il faut agir : dans les mois qui précèdent la grossesse et jusqu'aux premiers mois proprement dit de la grossesse.

Ensuite, il est trop tard, la formation de la colonne vertébrale est achevée. La dose de 0,4 mg de vitamine B9 est celle actuellement recommandée, soit sous forme de comprimés prescrits par votre médecin, soit apportée par votre alimentation.

DDANS QUEL ALIMENT TROUVE-T-ON PRINCIPALEMENT DES FOLATES ?

L'acide folique est la vitamine de la « multiplication des tissus ». Elle est très présente dans les bourgeons et toutes sortes de graines. Les aliments riches en folates sont les salades, les légumes verts, les levures vivantes, les moisissures de fromages fermentés ainsi que les foies de volailles. Le maïs, les céréales complètes, les œufs, les melons, les agrumes sont des aliments extrêmement intéressants.

Le jus d'orange constitue l'une des sources la plus efficace d'acide folique dans la mesure où la vitamine est puissamment protégée de l'oxydation par la vitamine C qui est contenue dans ce fruit. A titre d'exemple : un verre de jus d'orange apporte 72 microgrammes d'acide folique.

Mais attention l'acide folique est une vitamine très fragile et sensible à la chaleur : lorsque les aliments sont cuits, la vitamine B9 y est quasiment absente. Il faut bien savoir qu'une alimentation « normale » est capable d'apporter entre 200 et 300 microgrammes par jour d'acide folique. Le problème est que de nombreuses femmes n'ont pas ce que l'on pourrait appeler une alimentation « normale ».

Y-A-T-IL DES FEMMES QUE L'ON PEUT CONSIDERER COMME PARTICULIEREMENT A RISQUE ?

Oui il est important de les dépister car chez elles la supplémentation en acide folique doit être pratiquement décuplée par rapport à ce que l'on recommande chez les femmes n'ayant aucun facteur de risque. Sont considérées comme à risque :

- celles qui ont déjà porté un enfant victime de spina bifida

- celles qui prennent des médicaments diminuant la concentration d'acide folique dans le sang (certains médicaments anticonvulsivants ou encore utilisés dans les psychoses maniaco-dépressives)
- celles qui, soit parce qu'elles s'astreignent à des régimes hypocaloriques extrêmement sévères et sont donc dénutries, soit tout simplement parce qu'elles n'ont pas les moyens de se nourrir convenablement n'absorbent pas assez de vitamines B9.
- enfin, celles plus difficiles à identifier, qui présentent une anomalie génétique qui consiste en une anomalie d'une enzyme clé du métabolisme de l'acide folique. Cette anomalie gêne considérablement la disponibilité sanguine de la vitamine B9 pour celles qui en sont atteintes.

COMMENT DEPISTER LE SPINA BIFIDA LE PLUS TOT POSSIBLE ?

80 % des spina bifida sont aujourd'hui dépistés par l'échographie et aboutissent la plupart du temps à ce que l'on appelle une interruption thérapeutique de grossesse.

L'échographie peut alerter dès la 12^{ème} semaine pour les formes les plus graves. Et les malformations seront pratiquement toujours visibles à l'échographie dite de la 22^{ème} semaine. Au pire, c'est à 32 semaines de grossesse que le diagnostic échographique pourra être « rattrapé ».

COMMENT EXPLIQUER ALORS QUE LES FEMMES ENCEINTES NE SOIENT PAS PLUS INFORMEES SUR LA PREVENTION DE CETTE ANOMALIE ?

Il est probable que c'est parce qu'en France l'incidence du spina bifida est beaucoup plus faible que dans d'autres pays. Par exemple, à Mexico, on compte 13,9 spina bifida pour 10 000 naissances, contre 5 pour 10 000 en France.

Cela dit en France, en août 2000, le Secrétariat de l'Etat à la Santé aux Handicapés a publié les conclusions d'un groupe d'experts réunis par la Direction Générale de la Santé soulignant que la prévention doit s'appuyer sur les professionnels de santé auxquels il est demandé :

- d'insister auprès des femmes en âge de procréer sur la nécessité de consommer des aliments riches en folate,
- de réaliser pour les « femmes à risque élevé » une supplémentation d'acide folique à la dose de 5 mg par jour dès qu'elles envisagent une grossesse.

PEU-ON ESPERER, PAR UNE BONNE PREVENTION, VOIR DISPARAITRE TOTALEMENT LES CAS DE SPINA BIFIDA ?

Certainement pas, mais l'on peut espérer en diminuer d'au moins 75 % le nombre de cas, ce qui est énorme.

C'est aux médecins, aux journaux de Santé, au personnel paramédical de diffuser l'information. 500 grossesses concernées chaque année dans notre pays, c'est beaucoup trop au regard des mesures de prévention simples que je viens d'exposer plus haut.

VOS QUESTIONS ET MES REPOSES



Pourquoi les médecins posent-ils des stérilets pendant les règles ?



C'est en effet entre le 2^{ème} et le 8^{ème} jour des règles que la période est la plus favorable. Tout d'abord parce que l'on est sûr que vous n'êtes pas enceinte, et cela est tout de même un renseignement de grande importance ; ensuite, parce que la pose du stérilet déclenche des petits

saignements que vous supporterez mieux (psychologiquement et physiquement) s'ils sont confondus avec les règles.

Peut-on être enceinte et avoir ses règles ?



Le fait est rare, mais il est sûr. Je précise cependant que les règles qui peuvent survenir pendant les premiers, deuxièmes et troisièmes mois de la grossesse diffèrent des règles normales : elles sont plus courtes ou plus longues et de couleur souvent différente. Cela n'implique en rien que la grossesse s'annonce mal. Ces grossesses vont à terme comme les autres, ni mieux ni moins bien !

Qu'est-ce que la perte du bouchon muqueux ?



Ce signe annonce souvent le début de l'accouchement : vous perdez, au niveau de la vulve, des glaires de couleur marron brunâtre, extrêmement épaisses et souvent mêlées à un peu de sang. Mais ce phénomène ne se produit pas toujours distinctement, et il n'est pas rare non plus qu'il passe inaperçu. Tout cela fait que son rôle de signal de début d'accouchement reste très aléatoire.