

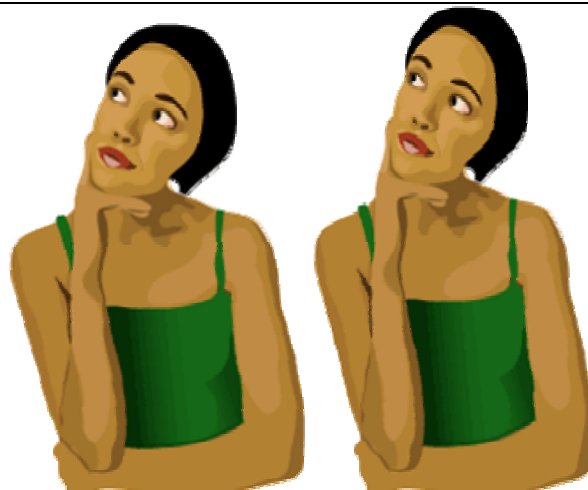


BULLETIN D'INFORMATIONS GYNECOLOGIQUES
DU Dr DAVID ELIA
No 26 – MARS 2007 –

*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 :

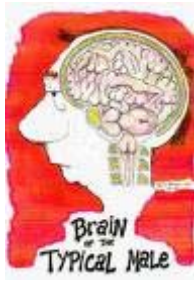
<http://david100.podemus.com/>

Bonjour !

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



L'EDITO DU MOIS



LES HOMMES NE SONT PAS DES CALAMARS !

J'ai décidé de vous amuser en vous rappelant l'origine de nos vieux instincts. N'en doutons plus, notre sexualité est devenue très différente de celle des autres animaux de cette planète.

Bien sûr nous sommes toujours, les uns et les autres, animés des mêmes pulsions irrésistibles qui nous poussent à nous accoupler encore et toujours. Nous avons constamment faim, soif... envie de faire l'amour : nul doute que si ces principales pulsions primaires n'existaient pas avec leurs récompenses exquises à la clé, nous aurions depuis fort longtemps oublié de les pratiquer avec les conséquences néfastes pour l'espèce que vous pouvez imaginer. Ceci explique sans doute les comportements sensiblement différents qui animent les hommes et les femmes lorsqu'il s'agit d'aborder l'amour physique. Le "mâle des cavernes", le "Sieur Cro-Magnon", parce qu'il doit absolument féconder un nombre maximum de "Dames Cro-Magnon" avant de mourir (on meurt tôt à cette époque) développe un appétit sexuel sans discernement, une libido "brute de décoffrage": tout ce qui est féminin lui convient et son désir est quotidiennement prompt à s'allumer. De plus, il peut assumer physiquement la fécondation de très nombreuses femmes sans mettre – et ceci est fondamental – son propre corps en péril : ce n'est pas lui qui aura en charge les grossesses induites. À cette époque, ces fringales sexuelles rustiques sont les bienvenues pour le genre humain : elles sont de nature à compenser la mortalité effroyable des femmes en couches et de leurs bébés. C'est la raison qui explique qu'aujourd'hui tout homme qui conserverait

encore peu ou prou ses vieux instincts cro-magnonesques, serait encore capable – si ce n'étaient les codes sociaux et éthiques en vigueur – de ressentir un désir impérieux suivi d'un rapprochement quasi instantané avec une femme dont quelques secondes auparavant ... il ne connaissait encore ni le nom, ni la voix ! Le principe du système programmé est "d'arroser" le plus largement possible : malgré l'adversité générale de Dame Nature, il en restera bien quelque chose ! Je pense évidemment à ces calamars en transes sexuelles qui arrosent leurs femelles de milliards d'oeufs dont seuls quelques-uns donneront finalement naissance à des petits ! À ces tortues de mer aussi qui pondent des milliers d'oeufs dont quelques-uns seulement, ayant échappé aux aléas de la vie, deviendront des tortues adultes. Voilà sans doute aussi pourquoi la plupart des femmes ont une sexualité beaucoup plus subtile, moins brutale, moins urgente dans son désir immédiat d'aboutir. Pourquoi aussi elle est plus riche et plus affective : elle ne se passe pas dans l'urgence ! En effet, pourquoi "se presser", se contorsionner, s'agiter ainsi, pourquoi tant d'impatience ? Les femmes ont le temps : elles ne peuvent être enceintes au plus qu'une fois par an ! Tandis que les hommes peuvent théoriquement féconder plusieurs femmes par jour ! Voici donc nos instincts de base mutuels à l'état brut, tels qu'ils nous ont été légués par nos très sympathiques ancêtres.

Parce que nous sommes des **êtres humains** et non des bêtes, nous avons peu à peu changé les codes et les règles de nos rapprochements amoureux nous faisons très rarement l'amour pour faire des bébés et la monogamie (qui eut été tristement fatale à notre espèce auparavant) s'impose aujourd'hui comme le meilleur système égalitaire. Nous avons aussi enfin accepté l'idée qui parut longtemps saugrenue que les femmes puissent revendiquer un plaisir sexuel tout aussi enthousiasmant que celui de leurs compagnons.

OUF! Les hommes aujourd'hui ne sont plus des calamars !

GYNECOLOGIE DE TOUS LES JOURS



LES TRAITEMENTS DE L'OSTEOPOROSE : ILS SONT NOMBREUX !

Excepté le traitement hormonal de la ménopause, très peu de femmes connaissent l'existence des quatre types de traitements indiqués dans la prévention des fractures de l'ostéoporose. Comment fonctionnent-ils ? Qui peut en bénéficier et combien coûtent-ils ?



QUELS SONT LES TRAITEMENTS DONT ON DISPOSE POUR PREVENIR L'OSTEOPOROSE ?

Il faut bien comprendre que l'os est un tissu en perpétuel renouvellement. Il existe des cellules qui détruisent l'os, elles font des forages dans la matière osseuse, tandis que d'autres forment de l'os, elles réparent en comblant immédiatement les trous réalisés par les cellules destructrices. Si l'équilibre est rompu, que les destructeurs deviennent trop actifs et les réparateurs inefficaces, l'os s'affaiblit, il devient poreux et peut se casser plus facilement. Aujourd'hui, excepté le traitement hormonal de la ménopause, les traitements indiqués dans la prévention des fractures sont nombreux. L'objectif est de rétablir l'équilibre, de stopper les dégâts ou de renforcer des os très fragilisés ou de faire les deux. Ces traitements sont le raloxifène, les

bisphosphonates, le téraparatide et le ranélate de strontium. Ils permettent d'agir sélectivement, en renforçant par exemple la réparation (téraparatide) ou en contrant la destruction (bisphosphonates, raloxifène) ou en faisant les deux (ranélate de strontium).

L LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE :

Les estrogènes, à la base du traitement de la ménopause (THS), sont des hormones qui freinent la destruction osseuse. Ainsi, les femmes qui bénéficient du THS sont en général à l'abri de la perte osseuse.

Les estrogènes sont capables de prévenir toutes les fractures : poignet, fémur et vertèbres. Mais tout dépend de la quantité d'estrogènes contenue dans le THS. Ainsi, certains THS protègent l'os, d'autres non. Et actuellement, la tendance est plutôt à la dose hormonale modérée. Il convient donc d'y faire très attention.

L LE RALOXIFENE (COMPRIMES)

Le raloxifène est une molécule surprenante qui agit dans certains endroits du corps comme des estrogènes et dans d'autres à l'inverse des estrogènes. Par exemple, il diminue de 70% le risque de cancer du sein. Au niveau des cellules osseuses, il ralentit la résorption osseuse. C'est à ce titre que le raloxifène est commercialisé en France pour prévenir les fractures vertébrales. Il crée parfois des bouffées de chaleur et est contre-indiqué en cas de risque de phlébite.

L LES BISPHOSPHONATES (COMPRIMES)

Ils agissent comme les estrogènes, en diminuant la destruction osseuse, aussi bien au niveau du fémur que des vertèbres et du poignet, mais ce ne sont pas des hormones, ces médicaments sont du domaine de la rhumatologie. Ce sont des molécules très actives sur tous les sites, dont la dernière génération ne nécessite qu'une prise par semaine, voire depuis peu, une prise tous les mois. Ils sont parfois mal tolérés au niveau de l'estomac et demandent pour cela de respecter les modalités d'administration.

L E RANELATE DE STRONTIUM (SACHET)

Ce traitement est le dernier disponible (depuis janvier 2006). Il est français et original car c'est le seul à agir en freinant la perte osseuse et en formant de l'os. Ce mode d'action est d'importance puisque les femmes concernées à partir de la ménopause perdent beaucoup d'os (2,5% par an les dix premières années)... Le ranélate de strontium forme de l'os et renforce la charpente (squelette) osseuse. Le ranélate de strontium permet ainsi de prévenir les fractures aussi bien au niveau du poignet que des vertèbres ou encore du col du fémur. Il a été démontré qu'il est efficace quel que soit l'âge de la patiente, de 50 ans à plus de 80 ans, et présente l'avantage que l'augmentation de la densité minérale osseuse soit en adéquation avec son efficacité contre les fractures. Il est pratiquement exempt d'effets secondaires et n'a pas de contre indication spécifique.

L E TERIPARATIDE (INJECTABLE)

Le tériparatide est l'équivalent de la parathormone, une hormone fortement impliquée dans le métabolisme osseux. Mais il est extrêmement coûteux (400 euros pour 28 jours) et réservé aux cas exceptionnels et extrêmes, c'est-à-dire aux femmes qui ont déjà eu plus de deux fractures vertébrales.

QUELLE EST LA DUREE MOYENNE DES TRAITEMENTS ?

La plupart de ces produits (sauf le tériparatide) vont être administrés longtemps, plusieurs années. La tendance actuelle est de donner un produit pendant 5 ans, puis d'analyser les effets obtenus avant de décider de la pertinence de le poursuivre (ostéodensitométrie, réévaluation des facteurs de risque, etc.).

Il est aussi classique de changer de traitement après quelques années. Par exemple, on peut proposer à une femme ayant bénéficié d'un THS jusqu'à 60-65 ans et n'ayant plus de symptôme de la ménopause, de se

tourner vers le ranélate de strontium, le raloxifène ou un bis phosphonate. Ensuite, selon l'évolution 5 ans plus tard, on réévalue l'efficacité du traitement afin de décider si on le poursuit.

QUELLES SONT LES GRANDES AVANCEES ?

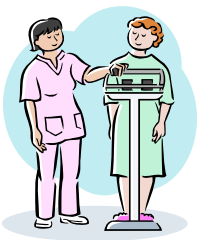
Depuis août 2006 seulement, le raloxifène, les biphosphonates et le ranélate de strontium sont remboursés par la Sécurité sociale, en dehors de toute fracture préalable, à condition seulement de présenter une faible densité osseuse et des facteurs de risque. Auparavant, seules les personnes ayant déjà eu une fracture pouvaient en bénéficier.

Autre grand évènement survenu en août 2006, le remboursement de l'ostéodensitométrie pour la plupart des femmes concernées par cette maladie dans un certain nombre de conditions.

Ces traitements, prescrits à bon escient, devraient permettre d'éviter des milliers de fractures.

Les femmes doivent savoir que l'ostéoporose n'est pas une fatalité, on dispose de moyens efficaces et variés.

DU COTE DE VOTRE POIDS



L'ALCOOL



L'alcool, que l'on appelle aussi alcool éthylique ou encore éthanol provient de la fermentation du glucose.

La valeur énergétique de l'alcool

Il s'agit d'un " aliment " riche puisqu'il nous fournit 7 calories par gramme (contre 4 calories pour les glucides et 9 calories pour les lipides). Mais, contrairement à une idée reçue bien ancrée (surtout en France), l'alcool ne peut pas être utilisé pour nos dépenses énergétiques comme les trois nutriments glucides, lipides, protéines : l'énergie ainsi apportée ne peut pas être stockée, sauf une petite partie qui sera transformée en graisses.

L'alcool ne permet donc pas, malgré sa haute valeur calorique (5,6 calories par degré d'alcool et par dixième de litre !), d'assurer un travail physique quelconque ou encore de lutter contre le froid. Adieu, l'image d'Épinal des bons Saint-Bernard avec leur tonnelet de rhum ! Adieu, le vin qui donne des forces ! ... À ce sujet, il faut prendre conscience qu'1 litre de vin à 10 degrés apporte l'équivalent de 560 calories, c'est-à-dire un peu plus que l'équivalent de 1/2 litre d'huile ! Et qui plus est, comme nous venons de le voir, cette énergie n'est pas utilisable : ce sont des calories " vides ". Mais alors, que deviennent toutes ces calories ? Elles doivent être immédiatement dégradées (90 % d'entre elles le sont par le foie). Mais pendant que le foie " s'occupe de l'alcool " — il a fort à faire pour le " brûler " —, il se désintéresse des acides gras ; cette compétition entre les lipides et l'alcool, dont l'alcool sort d'ailleurs toujours gagnant, explique la prise de poids. En faisant oublier au foie de dégrader les acides gras des graisses, l'alcool contribue à entretenir intactes nos réserves de lipides.

Il est donc tout à fait impensable d'imaginer que l'on puisse continuer de consommer de grosses quantités d'alcool tout en recherchant parallèlement une perte de poids.

Deux très maigres consolations à l'absorption d'alcool :

- elle augmente sensiblement les dépenses que nous sommes obligés de faire pour digérer nos aliments ;
- à petites doses, il semble bien que l'alcool ait un effet bénéfique sur les fractions favorables de nos graisses circulant dans notre sang, tel le HDL cholestérol (le " bon " cholestérol) jouant par là un effet cardio-vasculaire protecteur. Certains pensent d'ailleurs que ce n'est pas en augmentant le

HDL cholestérol que l'alcool pourrait prétendre à ces vertus cardio-protectrices, mais plutôt en diminuant la coagulabilité du sang. Ceci explique peut-être le fameux " paradoxe français " : la fréquence des maladies cardio-vasculaires dans notre pays est plus faible que dans d'autres pays, comme les pays nordiques et surtout les États-Unis, alors que notre consommation de graisses y est bien supérieure (en particulier en graisses saturées). On soupçonne le vin (!) d'être à l'origine de ce paradoxe. La découverte récente d'une faible quantité " d'aspirine " (!) dans le vin pourrait peut être expliquer *a posteriori* ce qui apparaît tout de même comme une incongruité. Cette protection semblerait acquise pour de petites quantités de vin, 20 à 30 g par jour, ce qui correspond à 1/4 de litre de vin par jour ; on est loin des quantités absorbées quotidiennement par un grand nombre de Français. Cet effet cardio-protecteur, en cas d'apport très modéré, semble être aussi l'apanage de la bière dont la consommation, dans ce contexte, ne devrait pas excéder 1/3 de litre par jour (une canette).

Ces considérations ne doivent bien évidemment pas laisser occulter le fait que l'alcool, outre qu'il a de très piètres qualités énergétiques et qu'il " fait grossir ", a des conséquences déplorables sur la santé des individus dès lors qu'on en abuse. C'est évidemment l'effet " libérateur " qui est recherché lors de sa consommation : l'euphorie, la confiance en soi, la gaieté, la convivialité sont certes des points très attractifs en faveur de la consommation d'alcool. Mais le revers de la médaille est cruel : nombre d'accidents souvent mortels de la circulation, de crimes, d'agressions, de cirrhoses, de pancréatites, de comas, de cancers du foie sont les additions qu'il faut payer à cette drogue. Ce discours terroriste justifié ne doit pas éluder le fait que, selon l'expression consacrée " consommer avec modération ", l'alcool peut contribuer très largement aux joies de la table et qu'il serait stupide de militer pour la suppression de toute boisson alcoolisée. Interdire de boire entre amis occasionnellement de bonnes bouteilles dans les grandes années m'apparaîtrait fort dommage !

Valeurs caloriques de différents alcools

- | | |
|---|---|
| - 1 bière (33 cl) : 125 calories ; | - 1 verre de vin (rouge ou rosé) : 75 calories ; |
| - 1 Cognac (40 ml) : 100 calories ; | - 1 whisky : 75 calories si baby, 125 calories si 50 ml ; |
| - 1 coupe de champagne : 100 calories ; | |

- 1 bolée de cidre : 75 calories ;
- 1 Pastis (une " boule ") : 50 calories ;

- 4 cl de rhum : 100 calories ;
- 4 cl de punch : 100 calories ;
- 5 cl de vin cuit : 75 calories.

DU COTE DES MAMANS



TOUTES LES QUESTIONS SUR LES CESARIENNES



Le mot césarienne ne vient pas de César comme on pourrait l'imaginer mais plutôt du verbe caedere (du latin : couper). Il s'agit en effet de couper la paroi de l'utérus afin d'extraire l'enfant qui pour une raison ou pour une autre ne peut, sans danger, rester plus longtemps à l'intérieur de l'utérus maternel.

Y a-t-il des pays où l'on fait plus de césarienne qu'ailleurs ?

Oui, certainement. Au Brésil par exemple, il y a certaines provinces où l'on rencontre plus d'une césarienne pour deux accouchements !

Ailleurs, par exemple aux Etats-Unis, on assiste à une explosion du nombre de césarienne strictement proportionnel au risque de procès intentés par les mamans mécontentes de la façon dont leur enfant est né par les voies naturelles.

En France, nous sommes dans la bonne moyenne et l'on peut dire que le taux de césarienne s'approche très certainement du chiffre idéal, encore que l'on

puisse assister à certaines différences notables selon les régions et les équipes médicales.

Pourquoi fait-on une césarienne ?

Deux grandes circonstances :

- la santé de la maman est en jeu et elle n'est pas capable de subir l'épreuve de l'accouchement. Un accouchement dure plusieurs heures et demande une dépense d'énergie considérable. C'est le cas par exemple des mamans cardiaques ou encore lorsqu'elles présentent un syndrome de toxémie gravidique (hypertension artérielle de grande gravité et pour la maman et pour le bébé), maladies et infirmités diverses. La césarienne est choisie à chaque fois que l'on estime que l'on prend plus de risque à laisser l'accouchement se dérouler de façon naturelle que de mettre en œuvre une césarienne.
- lorsque l'enfant est jugé prendre un risque inacceptable si on laisse l'accouchement se dérouler de façon spontanée : le placenta praevia (le placenta est juste devant le col et en obstrue la sortie : hémorragie gravissime pour la maman et pour l'enfant si l'accouchement se déroule par les voies naturelles) la souffrance fœtale d'origines diverses, bébé prématuré, problème de cordon, accouchements qui traînent en longueur et qui mettent en péril ses fonctions vitales ... etc.

Dans certains cas, la césarienne est décidée car l'accouchement ne peut se dérouler par les voies naturelles dans les conditions normales au risque de mettre la vie sinon l'intégrité physique ou mentale du bébé en jeu : présentation anormale de l'enfant, bassin de la maman trop étroit pour le laisser passer

Lors de ces circonstances que l'on appelle *maternelles* ou *fœtales*, la césarienne est un **geste de vie**. Elle permet de terminer rapidement l'accouchement et d'épargner aussi bien à la maman si nécessaire qu'à son enfant, un événement long et dangereux pour leur santé.



Comment fait-on une césarienne ?

Vous devez avoir affaire à un chirurgien expérimenté capable de se débrouiller lors de n'importe quelles complications éventuelles. Une fois la peau incisée puis la couche de graisse sous cutanée, il incise les muscles du bas ventre puis finalement les parois de l'utérus en sa partie basse au-dessus du col, puis il aspire la poche des eaux en quelques secondes et fait sortir à la main le bébé attaché à son cordon lui-même relié au placenta qui sera aussi évacué rapidement de l'utérus. La suite consiste à recoudre le tout dans l'ordre inverse : utérus, paroi musculaire, sous-peau, peau

Aujourd'hui les chirurgiens obstétriciens, sauf urgence extrême, font une incision de Pfannenstiel : horizontale, à la base du triangle des poils pubiens de telle manière que la cicatrice devienne invisible ultérieurement. Les travaux de « couture » et de réparation sont essentiels et doivent être faits dans le calme et en prenant tout son temps : de la qualité de ces sutures dépend principalement la solidité de l'utérus qui sera éventuellement capable d'abriter et de permettre à une nouvelle grossesse de se développer voir même (une fois sur 2) d'autoriser un ou plusieurs accouchements par les voies naturelles.

Quelle anesthésie ?

L'anesthésie générale est celle qui fut le plus longtemps employée pour la césarienne. Aujourd'hui une préférence nette est donnée, en terme de fréquence, aux anesthésies péridurales. Cette façon de faire permet de ne pas priver la maman de l'un des moments les plus émouvants de sa maternité, celui d'une intense émotion contemporaine de la naissance de son enfant.

Bien réalisée, en des mains expertes, cette anesthésie péridurale fait courir moins de risques et à la maman et à son enfant que l'anesthésie générale.

Comment se fait-il que pour certaines femmes la décision de césarienne puisse être prise dès le début de la grossesse ?

Comme je l'ai expliqué plus haut, de nombreuses indications de la césarienne ne se posent qu'au moment même de l'accouchement (contractions inefficaces, événements inattendus, ...). Il en est un certain nombre qui sont immuables : les femmes dont on a reconnu le bassin trop étroit pour laisser passer l'enfant, celles dont la situation de santé est a priori incompatible avec le déroulement de l'accouchement normal. Enfin les obstétriciens sont assez favorables à la mise en œuvre d'une césarienne quasi-systématique (quasi ne veut pas dire certainement) pour ce que l'on pourrait nommer des « grossesses précieuses ». Ce qualificatif peut sembler choquant mais il y a des grossesses que l'on est vraiment jamais sûr de pouvoir remettre en route (comme celles par exemple survenues après de longues années de stérilité ou encore chez les femmes ayant dépassé 40 ans...).

Une première césarienne implique-t-elle toujours que l'on ne pourra pas accoucher ultérieurement par les voies naturelles ?

Tout dépend de la raison de la césarienne. Telle femme ayant un bassin trop étroit ne pourra jamais accoucher par les voies naturelles, telle autre dont c'était l'enfant qui présentait des signes de grande faiblesse lors d'une première grossesse pourra accoucher par les voies naturelles si tout se passe bien. Encore faut-il que l'obstétricien apprécie la capacité de l'utérus à soutenir les formidables contractions de l'accouchement. Et il faut que la cicatrice utérine de la première césarienne soit suffisamment solide pour ne pas induire un risque de déchirure.

LA CESARIENNE ET LA RELATION MERE-ENFANT

Lorsque les femmes dormaient sous anesthésie générale et découvraient leur enfant plusieurs dizaines de minutes voire plusieurs heures après tout le monde, il y avait évidemment beaucoup de déception et de frustration à la clé. Aujourd'hui que les césariennes se font quasiment toujours sous

anesthésie péridurale, ce sentiment d’être la dernière au courant a pratiquement disparu.

Il n’en reste pas moins que la cicatrice fait mal pendant quelques jours, que les gaz intestinaux signant le retour du transit provoque nombre de coliques ... tout cela fait que la jeune maman n’est pas forcément le plus en forme pour accueillir et faire la fête à son bébé.

Mais tout rentre en général parfaitement dans l’ordre dans les quelques jours qui suivent la naissance et, à mon avis, la césarienne a désormais fini d’agresser psychologiquement la relation mère–enfant !

VOS QUESTIONS ET MES REPONSES



J’AI 48 ANS ET MA FILLE A 15 ANS. JE VAIS LA FAIRE VACCINER PAR LE VACCIN « ANTI CANCER DU COL ». MON MEDECIN ME DECONSEILLE DE ME FAIRE VACCINER MOI-MEME DISANT QUE C’EST INUTILE. QU’EN PENSEZ-VOUS ?

Autant l’on a des preuves de l’efficacité extraordinaire du vaccin anti-papillomavirus dans une population de jeunes filles (en particulier celles n’ayant pas commencé leur vie sexuelle), autant l’on n’a pas de preuve de l’utilité d’une telle vaccination chez les femmes ayant dépassé la trentaine. En effet, il faudrait des études comparatives fort longues avec des femmes de

cette classe d'âge afin de pouvoir démontrer l'existence ou non d'un bénéfice acquis par cette vaccination.



J'AI 58 ANS ET J'AI LU RECEMMENT QUE LES ESTROGENES PRIS PAR VOIE CUTANEE (GEL OU PATCH) AVAIENT MONTRE UN AVANTAGE CHEZ LES FEMMES AYANT DES RISQUES DE PHLEBITE. QU'EN EST-IL ?

C'est l'étude ESTHER de l'INSERM qui vient d'être publiée et qui montre en effet, dans ce contexte, la supériorité de l'administration d'estrogènes par voie cutanée par rapport aux comprimés : il n'y a pas ici d'augmentation du risque de caillot sanguin dans une veine pouvant occasionner par exemple une phlébite ou une embolie pulmonaire. C'est dire ici la supériorité des traitements associant les voies cutanées et la progestérone micronisée naturelle (cette dernière ayant montré dans une autre étude de l'INSERM qu'elle n'augmentait pas le risque de cancer du sein).



J'AI BEAUCOUP D'OSTEOPOROSE ET ME SUIS DEJA FRACTURE LE POIGNET. JE SUIS INQUIETE. N'Y A-T-IL PAS UN TRAITEMENT QUI PUISSE ME FAIRE « REFABRIQUER » DE L'OS ?

Tous les traitements disponibles s'opposent à la destruction osseuse mais aucun, sauf un, n'a d'action sur la reconstruction du tissu osseux. Le ranélate de strontium, par contre, a ces deux actions (anti-destruction + formation). Il s'agit d'un produit français original qui a montré son efficacité en terme

d'épargne de fractures chez les femmes de 50 à plus de 80 ans. A discuter avec votre médecin.