



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
Et retrouvez moi en vidéo et audio sur le www.drdavidelia.fr



Edito du Mois



AH ! Marisol Touraine!

Permetts-moi, à mon tour, de te tutoyer. Car tu es jeune, intelligente, super bosseuse... Tout ceci fait de toi une femme estimable que l'on a envie de tutoyer pour ne pas parler langue de bois. Alors, pardonne-moi cette familiarité.

Pourtant de toutes celles et ceux qui t'ont précédée au ministère de la Santé, tu es celle qui me fait faire le plus de cauchemars depuis quelques semaines.

Je t'ai regardée en particulier avec stupéfaction « haranguer le bon peuple » lors d'un passage sur BFM TV avec Olivier Mazerolle : tu livrais à la vindicte publique les médecins généralistes qui « gagnent 6000 € par mois » et qui ne seraient donc pas à plaindre.

Tu as feint d'ignorer ce jour-là que ces médecins sont amenés souvent à travailler 70 heures par semaine pour obtenir cette rémunération, que ce sont leurs tarifs de misère n'ayant pas ou si peu augmenté depuis 30 ans qui les obligent à voir de trop nombreux patients chaque jours. Tu as aussi feint d'oublier qu'ils évoluent dans un contexte libéral, c'est-à-dire qu'ils n'ont droit à aucune rémunération en cas d'arrêt de travail, qu'il faut faire ses bébés comme on peut sans s'arrêter puisque tout arrêt (maladie, grossesse, vacances, événement de la vie privée..) se traduit en un manque à gagner ; tu as fait semblant aussi d'oublier qu'ils n'ont pas 5 semaines de congés payés ni les RTT, bref aucune des sécurités du salariat...

95% des jeunes ne veulent plus s'installer au sortir de la Fac : ces 6000 € dont tu parles, personne n'en veut ! Il doit bien y avoir une raison, ne crois-tu pas ? Le libéralisme sans les avantages du libéralisme c'est ...un véritable suicide professionnel et ils l'ont compris. Et toi aussi sûrement ?

Bac +7 et une « vie de chien » à 23 € la consultation a fini de faire rêver les jeunes collègues !

Cela dit j'ai bien remarqué les yeux doux que tu fais à la Mutualité Française, et j'ai été indigné que tu reportes aux calendes grecques la transparence sur leurs frais généraux que l'on soupçonne d'être pharaoniques, je vois bien que tu tentes de donner la possibilité aux Mutuelles d'ouvrir des « maisons de santé » appelés pudiquement « réseaux de santé » avec, dès lors, à terme, des médecins inféodés à ces centres. Et cerise sur le gâteau, avec leur assentiment puisqu'aujourd'hui les jeunes préfèrent un salaire à l'exercice libéral : pour ses 35 heures et la tranquillité de l'emploi salarié. Tu me diras que la précédente majorité aussi avait pensé à cette solution... y'a pas que la gauche, oui je sais !

Bref les Mutuelles avaient déjà l'optique et le dentaire, elles auront la gestion de la « santé ».

Plan lumineux, s'il en est car on se débarrasse d'un coup de baguette magique du « trou de la Sécu » en la privatisant sans gros risque politique et on quasi fonctionnarise les médecins...

Ah ! Marisol, tu ne seras plus ministre dans quelques années et il n'est pas sûr que le « bon peuple » te porte dans son cœur, car Adieu le choix de son médecin, Adieu la qualité des soins désormais sous la coupe de la « logique comptable », Adieu la « médecine d'avant » qu'on aimait tant !

Ménopause



Pré ménopause : trop ou ...pas assez d'estrogènes ?

La périménopause est une période qui précède de façon quasi systématique le moment de la ménopause. Elle se manifeste au départ par des troubles des règles ou par les premiers symptômes soit de "trop d'estrogènes" (douleurs des seins, gonflements...) soit de "pas assez" surtout (bouffées de chaleur, suées...). Il est très intéressant de noter la date de ces premiers troubles de manière à calculer, de façon plus ou moins empirique (en ajoutant 5 ans), l'âge probable de la vraie ménopause.

L'un des pièges les plus fréquents, qui a des conséquences néfastes dans la mesure où des traitements inadéquats pourraient alors être prescrits, est de confondre la périménopause avec la ménopause. Avoir une absence de règles de plusieurs mois, accompagnée de symptômes de la ménopause et d'un dosage hormonal caractéristique de la ménopause, ne signifie pas forcément que l'on est... en ménopause.

La *règle d'or* en matière de traitement est de ne traiter que les troubles, et de toujours avoir à l'esprit que cette période de votre vie est une succession de situations hormonales allant du "meilleur" au "pire". Et c'est ainsi que vous comprenez que tous les traitements stéréotypés s'inscrivent dans une démarche qui ne correspond absolument pas à la réalité de vos besoins. Enfin, vous aurez compris que la périménopause est beaucoup plus difficile à traiter que la ménopause : en ménopause, bien que le THS doive être particulièrement étudié pour être "à vos mesures", une fois trouvé, il ne changera plus, et ce pendant de longues années. Le propre du THS de la périménopause est d'être modifiable à tout moment : c'est la raison pour laquelle votre participation à ce traitement est très utile, voire indispensable (en tout cas lorsque vous n'utilisez pas une stratégie de "freination substitution"). Vous faire participer, c'est bien, mais vous en donner les moyens c'est encore mieux. C'est pourquoi je vous redonne ici les principales caractéristiques de "l'insuffisance d'estrogènes" et de "l'excès d'estrogènes".

Pas assez d'estrogènes c'est :

Avoir des bouffées de chaleur, des suées (en particulier nocturnes). Etre quelque peu déprimée, un peu "bof, bof", morose, se plaindre de ne plus retrouver son optimisme et sa joie de vivre.

Eprouver une fatigue et une lassitude que les stress de votre vie quotidienne ne suffisent pas à expliquer.

Peut-être déjà ressentir une sécheresse vaginale pendant les rapports sexuels : douleurs, absence de plaisir sont désormais au rendez-vous.

Avoir les seins particulièrement "calmes", voire "endormis" ou complètement "mous". Cette situation est d'autant plus remarquable chez celles qui se sont longtemps plaint, au cours de leur vie, de douleurs des seins et de manifestations mammaires pour le moins gênantes.

Ressentir des "douleurs de vieux" : douleurs articulaires et musculaires (baladeuses) dans les doigts, les épaules, les genoux.

Avoir aussi, comble du désespoir, une tendance rapide à la prise de poids.

Peut-être aussi des trous de mémoire, des difficultés de concentration.

Parfois avoir de l'insomnie, d'autant plus mal vécue qu'elle touche souvent des femmes qui n'avaient jamais eu le moindre problème de sommeil.

Et, évidemment, n'oublions pas l'un des signes les plus marquants du manque d'estrogènes : l'absence de règles.

En période de périménopause, ces symptômes doivent vous faire envisager d'absorber des estrogènes en complément de votre progestérone ou de vos progestatifs. Ces estrogènes seront prescrits, de façon ponctuelle et éphémère, pendant un ou deux cycles. Vous les recommencerez ensuite - et seulement - quand les symptômes de "pas assez d'estrogènes" réapparaîtront.

Trop d'estrogène c'est :

Avoir les seins douloureux, augmentés de volume, sensibles.

Gonfler du ventre, des cuisses, des fesses, des chevilles, voire même du visage.

Prendre du poids de façon rapide en notant souvent une augmentation de votre appétit.

Parfois une irritation, une nervosité, une susceptibilité à fleur de peau, vous devenez "soupe au lait", alors que vous avez toujours été considérée comme placide et conviviale.

Souvent des règles irrégulières, plus ou moins hémorragiques, accompagnées de caillots.

Pour certaines une glaire du col de l'utérus par trop abondante.

Aussi des insomnies, une sorte d'excitation permanente qui empêche de trouver le sommeil.

Si vous ressentez un ou plusieurs de ces symptômes et que vous êtes en train d'absorber des œstrogènes avec votre progestérone ou votre progestatif, vous devez envisager son arrêt, et ce jusqu'à ce que les signes du manque d'œstrogènes réapparaissent.

Si vous ne prenez pas d'œstrogènes au moment où ces symptômes apparaissent, mais seulement votre progestérone ou votre progestatif, il n'y a rien à faire que d'attendre que la "crise" œstrogénique passe, en général en quelques semaines tout au plus.

Si cette situation a tendance à se renouveler de façon trop fréquente, il faut alors éventuellement envisager avec votre médecin la stratégie de "freination substitution".

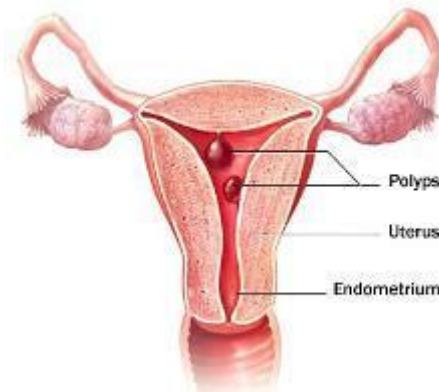
Vous au Quotidien

On dit que l'IVG peut apporter des complications de type stérilité ?



Oui, et par deux phénomènes principaux. Le premier, lorsqu'on évacue la grossesse de l'utérus on peut y « fabriquer » des cicatrices que l'on appelle synéchies, sorte d'accolement par endroit de la cavité utérine. Dès lors, l'œuf fécondé aurait du mal à s'y implanter, et on aboutirait soit à une infécondité soit à une série de fausse-couche spontanée. Le deuxième, la synéchie est facile à traiter, il s'agit de « décoller » les endroits de muqueuses où s'est formée la synéchie. Le deuxième phénomène est plus préoccupant : il s'agit de lésions, la plupart du temps infectieuses des trompes utérines qui se bouchent complètement ou à moitié. Le résultat peut être une infécondité tenace ou une ou plusieurs grossesses extra-utérines (la grossesse se développe dans la trompe au lieu de se développer dans l'utérus). On estime cependant que les complications des IVG médicalisées restent faibles, sans doute globalement inférieures à 2%.

Est-il vrai que les polypes de l'utérus sont des cancers potentiels de l'utérus ?



Les polypes sont de petites excroissances de muqueuses utérines, c'est-à-dire du tissu qui tapisse l'intérieur de la cavité utérine. Ils sont toujours bénins et ne dégénèrent pas. Par contre, ils peuvent provoquer des troubles des règles, voire des hémorragies. Ils peuvent aussi être responsables d'une infécondité. Leur traitement est simple : il faut les évacuer sous anesthésie générale, en passant par

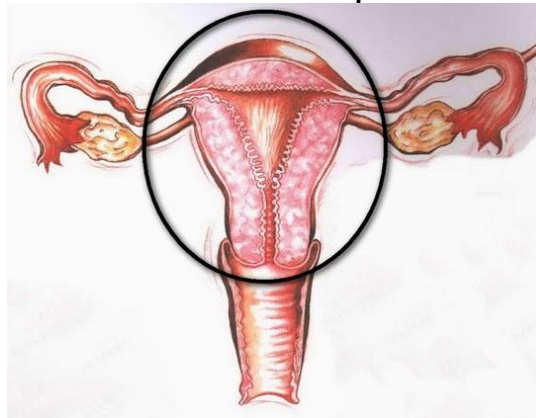
les voies naturelles. Le polype de l'utérus ne dégénère pas. Le cancer de l'utérus est une entité à part qui n'a pas pour premier stade le polype de l'utérus.

Est-il vrai que l'on peut poser un stérilet à une jeune femme qui n'a pas eu d'enfant ?



Le stérilet (dispositif intra-utérin) est une excellente méthode de contraception, sans doute la plus sûre. Plus sûre encore que la pilule que l'on peut oublier, alors que le stérilet, une fois qu'il est en place, ne nécessite plus aucune intervention de votre part. La mise en place d'un DIU chez une femme qui n'a pas eu d'enfant a longtemps été considérée comme un acte potentiellement dangereux car générateur d'infections des trompes et de l'utérus. Depuis quelques années, la communauté gynécologique française a été invitée à changer d'avis et à considérer que, oui on peut poser un DIU à une jeune femme qui n'a pas eu d'enfant. En fait, ce qui compte n'est sans doute pas d'avoir eu ou non un enfant mais son comportement sexuel : si l'on vit en couple « fermé » les risques infectieux sont quasi nuls, tandis que si l'on a un ou plusieurs partenaires qui eux même ont une ou plusieurs partenaires, dès lors, il est probable que le DIU n'est pas une méthode de toute sécurité, que l'on ait eu ou que l'on n'ait pas eu un ou plusieurs enfants auparavant.

Est-il vrai que l'ablation de l'utérus entraîne une ménopause ?



L'hystérectomie qui consiste à enlever l'utérus n'entraîne pas de ménopause car celle-ci est définie par l'arrêt de fonctionnement des ovaires. Si le chirurgien enlève aussi les ovaires, alors oui, il s'agit d'une ménopause réelle, dite chirurgicale. Mais s'il n'enlève que l'utérus, les ovaires vont continuer de fonctionner, de sécréter des hormones estrogènes et progestérone, et ce, jusqu'à la date où serait survenue spontanément la ménopause. La seule différence est que, comme il n'y a pas d'utérus, il n'y a pas de règles.

Infertilité masculine : les différentes causes



L'infertilité masculine est en cause dans 50% des cas d'infertilité d'un couple, comme facteur seul ou comme co-facteur. Quelles sont les causes de l'infertilité masculine ? Quels examens permettent de faire le diagnostic d'une infertilité masculine ?

Un sperme était considéré normal jusqu'en 2010 s'il contenait 60 millions de spermatozoïdes par mm³, a au moins 60% de spermatozoïdes normaux et 60% de spermatozoïdes qui bougent encore une heure après l'éjaculation.

Mais depuis 2010, l'OMS a baissé ces normes : on accepte comme normal un sperme contenant 25% ou plus de formes normales et un nombre supérieur à 20 millions par cm³.

Pour que l'homme soit fertile, il faut en plus que ces spermatozoïdes se déplacent correctement dans les organes génitaux. Le spermogramme, examen qui consiste en un instantané de la fabrication des spermatozoïdes, permet de voir quelle est la cause d'une infertilité masculine : absence de spermatozoïdes, nombre trop faible de spermatozoïdes, spermatozoïdes peu mobiles ou anormaux.

Causes de l'infertilité masculine : absence de spermatozoïdes

L'infertilité masculine peut être due à une azoospermie, c'est-à-dire pas de spermatozoïdes dans le sperme. Le liquide éjaculé correspond au liquide habituel fait par la prostate mais sans les spermatozoïdes qui normalement remontent des testicules vers la prostate. Il existe deux grandes causes d'azoospermie : soit les testicules ne fabriquent pas de spermatozoïdes, c'est ce que l'on appelle l'azoospermie sécrétoire, soit les testicules fabriquent les spermatozoïdes mais ces derniers sont bloqués car les canaux déférents - qui transportent les spermatozoïdes - sont bouchés. Une des grandes causes d'azoospermie sécrétoire : Une descente testiculaire tardive. Les oreillons contractés à l'âge adulte sont aussi une des causes d'azoospermie sécrétoire.

On diagnostique facilement une azoospermie sécrétoire avec un dosage de l'hormone FSH : si le taux est très élevé, on est au-delà de toute thérapeutique car on ne sait pas réparer des testicules qui ne fonctionnent pas. En revanche, si le testicule ne fabrique pas de spermatozoïdes mais qu'il n'est pas irréversiblement abîmé - ce qui est un cas très rare - on peut le stimuler pour qu'il produise des spermatozoïdes.

Causes de l'infertilité masculine : les insuffisances spermatiques

Autre cause d'infertilité masculine, les anomalies des spermatozoïdes. Ceux-ci peuvent être en nombre insuffisant, on parle alors d'oligospermie (moins de 20 millions de spermatozoïdes par ml de sperme). Les spermatozoïdes peuvent aussi être peu mobiles : c'est l'asthénospermie. Si ces deux anomalies sont associées, on dit qu'il y a une oligo-asthénospermie. Une des causes d'oligo-

asthénospermie peut être la présence de varicocèles, varices au niveau des testicules. Enfin, lorsque trop de spermatozoïdes sont anormaux (au-delà de 50 à 60% des spermatozoïdes) il s'agit de tératospermie. Parfois, il y a association de ces 3 anomalies : on parle alors d'oligo-asthénotératospermie. Ces anomalies des spermatozoïdes peuvent être ponctuelles, lors d'une grippe ou d'un grand stress. Ces anomalies peuvent être permanentes et donc entraîner une **infertilité masculine**. Les causes des anomalies permanentes des spermatozoïdes sont mal connues. Le tabac est connu pour être un des responsables. Le stress, le surmenage, l'alcool, seraient d'autres causes. Certaines professions sont plus à risque : les chauffeurs de taxi ou de camions, les ouvriers qui travaillent dans la métallurgie. Leurs testicules sont plus exposés à la chaleur. Enfin, de plus en plus de spécialistes alertent sur la dégradation du sperme qui serait due à des facteurs environnementaux.

Vous et votre poids

LES GRAISSES



Vous devez diminuer la quantité de graisse en dessous de la barre des 30 %

Prenons un exemple : vous ne faites actuellement pas de régime, vous avez cependant 5 à 6 kilos en trop par rapport à votre poids de forme. Vous mangez environ 1 830 calories. 42 % de ces 1 830 calories sont faites de graisse.

Le projet est de descendre votre consommation de graisse à 30 %. Alors que vous mangez actuellement près de 90 g de lipides, il faut trouver la solution pour ne plus en manger que 60 g. Si vous parvenez à « économiser » ces 30 g de lipides chaque jour, votre alimentation ne sera plus composée que de 29,5 % de graisses et vous serez passée de 1 830 calories à 1 560 calories par jour (30 g de lipides = 270 calories. $1\ 830 - 270 = 1\ 560$ calories). Or 270 calories par jour correspondent à environ 1 kilo de graisse perdu par mois.

Le simple fait d'avoir épargné 30 g de lipides chaque jour aura eu donc deux conséquences : abaisser le taux de graisse quotidien dans des proportions beaucoup plus conformes aux impératifs de santé cardiovasculaires (prévention des infarctus et des accidents vasculaires cérébraux en particulier), et épargner fort intelligemment 270 calories par jour.

Le résultat est que, non seulement vous maigrissez, mais vous maigrissez « bien » (vous ne prenez en particulier aucun risque de maigrir en faisant fondre de façon violente votre masse musculaire) et, dans le même temps, vous levez l'hypothèque cardiovasculaire d'une alimentation trop riche en graisse.

30 g de graisse épargnés chaque jour correspondent à :

100 g de roquefort (sans beurre) ou 100 g de chèvre ; ou 2 pains au chocolat; ou 1 gros mille-feuille, ou 45 amandes sèches ; ou 3 cuillerées à soupe d'huile ; ou 40 g d'aïoli ; ou 10 pistaches, etc.

Bien évidemment, les excès en graisse ne se ressemblent pas forcément d'un individu à l'autre. Il me paraît particulièrement judicieux de repérer, à l'aide d'une table des calories, vos aliments riches en graisse privilégiés afin que, une fois identifiés, vous puissiez en consommer moins afin de vous faire épargner ces fameux 30 g de graisse.

J'ai pris pour exemple une alimentation courante de 1 830 calories avec un pourcentage de graisse de 42 %, mais j'aurais tout aussi bien pu imaginer un régime alimentaire plus proche de celui d'un homme d'une quarantaine d'années consommant 2 382 calories par jour, avec une proportion de graisse identique à 42 %, ce qui correspond à l'ingestion quotidienne de 114 g de lipides. Dans ce cas, les calculs ne sont pas fondamentalement différents. Ainsi, au lieu d'ôter 30 g de lipides par jour,

il vous suffirait de soustraire 35 g de lipides par jour pour obtenir une proportion de graisse quotidienne consommée de 29,8 % (en dessous de la barre des 30%) et d'épargner ici 315 calories. Dans la mesure où l'immense majorité des Françaises consomme 40 % de son alimentation en graisse, il leur faut savoir épargner chaque jour pour, non seulement maigrir, mais aussi afin de protéger cœur et artères, 30 à 35 % de graisse.

Ce système d'épargne de 30 à 35 g de lipides est relativement simple à observer. En effet, les aliments sur lesquels les efforts doivent porter une fois repérés, on peut considérer que le reste de l'alimentation doit rester à l'identique de ce qu'elle était auparavant. Ainsi, point de calcul difficile, point de pesée, point de menu diététique car nous sommes bien toujours ici dans la famille des « pilotes automatiques ».

Si vous craquez....

Surtout, consolez-vous ! En effet, si vos « défaillances » ne sont pas quotidiennes, mais surviennent une à quatre fois par mois, elles n'auront pas de grosses conséquences sur la moyenne du total des calories ingérées sur une durée de 30 jours.

Il faut bien comprendre en effet que 500 à 800 calories supplémentaires par mois apportées par ces « craquages » feront passer votre note calorique mensuelle de 49 500 calories (si vous suivez un régime dont le niveau est de 1 600 calories par jour) à 50 000 calories : cette différence est, donc, insignifiante et ne peut vous faire grossir.

« Craquer », cela coûte cher ?

Jamais autant que vous ne l'imaginez ! Ainsi, si vous faites un régime comportant un apport de 1 600 calories (il s'agit soit d'un régime de stabilisation, soit d'un régime dont le but est de maigrir) et que, par exemple, vous « craquiez » pour un éclair au chocolat (220 calories), soit 14% des 1 600 calories programmées pour la journée, ne culpabilisez pas, car il vous en reste encore 1380 à manger. C'est donc tout à fait simple.

Du Côté des Mamans

Qu'est-ce qu'un « œuf clair » ?



Vous êtes enceinte, vous avez passé une échographie et on vous a parlé d'œuf clair. Il s'agit en fait d'une grossesse non-évolutive. Voici des informations pour comprendre ce qu'est un œuf clair.

Œuf clair, une grossesse non évolutive :

Lors de la nidation, l'œuf s'implante dans la cavité utérine, se forment alors des connexions vasculaires et une ébauche de placenta. On voit normalement à l'échographie une « bulle » dans l'utérus : le sac ovulaire et l'embryon qui est dedans sous la forme d'une sorte de petite « tache » dès 3 ou 4 jours de règles et de façon plus sûre à partir d'une semaine de retard de règles. Et surtout on sait que l'embryon est vivant et que tout se passe bien si on peut enregistrer une activité cardiaque. Mais si on ne voit rien dans le sac ovulaire et qu'il n'y a pas d'activité cardiaque, au-delà de 5

semaines d'absence de règles (d'aménorrhée) on parle d'œuf clair. En réalité, il s'agit d'une grossesse qui s'est arrêtée pour toutes sortes de raisons. Le futur fœtus a disparu du sac ovulaire. Ce sac ovulaire va ensuite être évacué : c'est la fausse-couche. Si l'œuf clair ne s'évacue pas seul, nous devons procéder à une aspiration sous anesthésie générale.

Les causes d'un « œuf clair » :

La raison la plus souvent évoquée est une incompatibilité génétique, l'œuf est malformé génétiquement. D'autres causes hormonales, locales (placenta mal implanté) peuvent expliquer un œuf clair.

Grossesse non évolutive, l'intérêt du dosage de l'hormone HCG :

Si l'échographie a été faite très tôt et qu'on vous annonce un œuf clair, ne perdez pas espoir ! Il est possible que la date d'ovulation ou de fécondation ait été mal estimée et donc que la grossesse soit moins avancée que prévu. Si un test de grossesse est positif, et qu'on ne voit rien dans le sac ovulaire à l'échographie, on refait une échographie 4 ou 5 jours après : si la grossesse est vivante, on pourra enregistrer l'activité cardiaque. On peut enregistrer l'activité cardiaque du fœtus dès la fin de la première semaine de retard de règles, soit dès la troisième semaine de grossesse. Si on a un doute sur l'évolutivité de la grossesse, on peut faire des dosages de l'hormone HCG. Ce taux doit doubler tous les jours au début, aussi, si le deuxième dosage réalisé 24 à 48h après le premier montre un taux qui n'a pas évolué ou pire qui a chuté, la grossesse est probablement arrêtée. Ne soyez pas inquiète pour une grossesse ultérieure, les récurrences d'œuf clair sont très rares, et ont eu lieu seulement dans certains cas très particuliers.

Contraception

On a fait l'amour sans protection !



Négligence ou problème technique, un rapport sans protection n'est pas sans risques. Il faut réagir, tout de suite.

Quelles peuvent être les conséquences d'un rapport non protégé ?

Elles sont de deux ordres. D'une part une grossesse non désirée. D'autre part la contraction d'une infection sexuellement transmissible (IST). Auparavant appelées maladies sexuellement transmissibles, ce sont des infections aux conséquences plus ou moins graves provoquées par des virus, bactéries et parasites : chlamydia, gonocoques, herpès génital, condylomes, hépatite B, ..., et bien sûr VIH.

Peut-on être enceinte en un seul rapport ?

Bien sûr ! Il est erroné de croire qu'on peut tomber enceinte un seul jour sur 28. Il suffit que les spermatozoïdes émis lors du rapport coïncident avec les 5 à 6 jours précédant l'ovulation. Pendant cette durée, ils restent vivants et aptes à féconder. Comme la période de fécondation varie souvent d'un cycle à l'autre, la probabilité d'être enceinte même avec un rapport reste assez importante.

Que faut-il faire immédiatement ?

Dans l'immédiat, on ne peut agir que pour le risque de grossesse grâce à la contraception d'urgence. La plus connue est la pilule Norlevo®, disponible en pharmacie sans ordonnance, gratuitement pour les mineures dans les plannings familiaux. Elle protège dans les 48 h suivant le rapport supposé fécondant. Il en existe une autre, plus récente, à base d'ullipristal acétate protectrice dans les 5 jours et 2 à 3 fois plus efficace que Norlevo dans les premières 48 h. Comme toute nouvelle molécule, elle suppose des précautions classiques donc n'est disponible que sur ordonnance. L'efficacité de ces pilules diminuant chaque jour, il faut les prendre au plus vite. Enfin, il existe aussi un « stérilet du lendemain » : efficace dans les 5 jours après le rapport, il est moins utilisé surtout chez les jeunes sans partenaire fixe, car peut alors favoriser les infections.

Comment s'assurer qu'on n'a pas contracté une IST ?

C'est plus difficile, à moins de procéder à un prélèvement bactérien. Surtout, il faut se montrer attentif et consulter en cas de manifestation anormale (saignements, cystites, brûlures, pertes...) intervenant dans les jours et semaines suivant le rapport non protégé. Concernant le VIH, virus du Sida, rien ne sert de se précipiter pour faire un test : cela peut prendre 6 semaines pour qu'il soit détectable dans le sang. Mais en cas de forte suspicion sur la séropositivité du partenaire, mieux vaut se rendre alors en urgence à l'hôpital. (www.sida-info-service.org et 0 800 840 800, anonyme et gratuit) : il y a des médicaments éventuellement à prendre.

Pour la prochaine fois, comment s'assurer d'être protégé ?

Seul le préservatif protège de tout. Tous ceux aux normes françaises (NF) sont solides. Encore faut-il en faire bon usage, c'est-à-dire ne jamais pénétrer sans, ne pas être pingre sur le lubrifiant, le dérouler tranquillement sur la verge raide et se retirer aussitôt après l'éjaculation en le tenant entre le pouce et l'index. De petits réflexes pour éviter de gros soucis !



Pour obtenir un renseignement sur le fonctionnement de la consultation qui a lieu uniquement sur Rendez-vous, contactez Sylvie YACOB son Assistante, du Lundi au Vendredi de 10 heures à 18 heures 30.

Tél. : 01.42.27.16.87 ou 01.42.27.71.16

Fax : 01.47.63.79.91

Mail de Sylvie Yacob : docteurdavidelia@aol.com

Docteur David ELIA

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



Pour ne plus recevoir de mail du site du Docteur David Elia, cliquez sur le lien suivant :
<http://docteurdavidelia.fr/desabonnement.php?mail=%Mel%>