



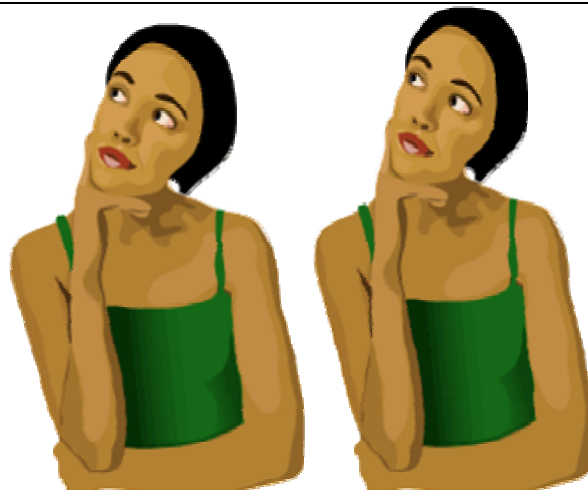
**BULLETIN D'INFORMATIONS GYNECOLOGIQUES  
DU Dr DAVID ELIA**

**No 21 – OCTOBRE 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)

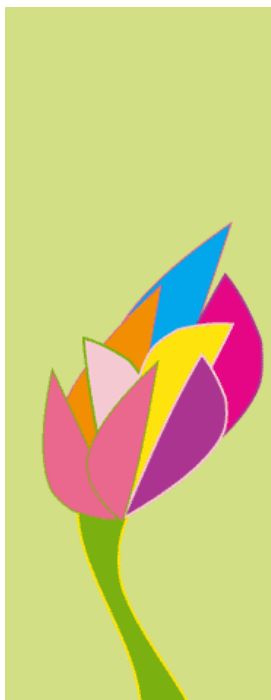
**ET, NOUVEAU, NOUVEAU, NOUVEAU, NOUVEAU :**

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 vingt et unième 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

### I HAVE DREAM ....

Oui, Martin Luther King avait un rêve qui se réalise peu à peu, bien après qu'il ait disparu.

Moi aussi j'en avais un lorsque j'ai commencé à faire notre métier : que l'on puisse un jour vacciner contre les cancers. Et ce rêve « *just came true* » !  
**Aujourd'hui nous disposons du premier vaccin de l'histoire de la médecine indiqué dans la prévention du cancer du col de l'utérus (\*) !**

Ce cancer n'a qu'à bien se tenir car son vaccin prend place dès à présent dans les pharmacies. Il tue encore 1000 Françaises par an : les frottis étant moins nombreux elles étaient 2000 il y a encore 20 ans !

Tout est allé très vite en ce domaine et un autre vaccin concurrent sera probablement disponible dans les quelques mois à venir : il cible les HPV (papillomavirus) de type 16 et 18 responsables de 70% des cancers du col. Dans 20 à 30 ans l'immense majorité des adolescentes d'aujourd'hui seront donc indemnes de cette sale maladie qui de surcroît s'attrape par le sexe. Oh ! Bien sûr les premiers vaccins anti HPV ne protégeront pas encore à 100% car ils ne confèrent d'immunité que contre les virus de type 16 et 18 impliqués dans 70% des cancers du col : ainsi par exemple les virus de type 31 et 45 continueront encore pour un temps leur sale besogne bien que des données encore très préliminaires (la preuve clinique manque) suggèrent que le vaccin pourrait aussi prévenir les infections de ces 2 types HPV responsables de 8 à 9% des cancers du col.

Je fais confiance à l'industrie pharmaceutique, elle ne s'arrêtera pas maintenant en si bon chemin et on peut espérer à terme des vaccins concernant tous les types de HPV cancérigènes.

Alors comment allons nous faire en pratique de tous les jours ?

Car bien sûr vous avez déjà commencé, pour la majorité d'entre vous, votre vie sexuelle et vous avez déjà été ou serez exposées aux HPV : on ne sait pas

encore bien l'attitude vaccinale à avoir dans ce contexte. Il va pourtant falloir rapidement se préparer à vous répondre intelligemment et au quotidien.

Car il y a celles 'entre vous, très majoritaires, qui ont déjà à leur insu totale et à la nôtre rencontré un HPV mais qui ont su magistralement s'en débarrasser : la vaccination leur confèrera t-elle un bénéfice à ces femmes à l'immunité naturellement efficace anti HPV.

Car il y a celles aussi qui ont déjà présenté des lésions précancéreuses du col traitées en leur temps: le vaccin aura-t-il un intérêt chez ces femmes ? Sans doute, mais les preuves manquent encore sur ce point.

Oui, les questions posées par ce progrès décisif ne manquent pas.

Et nous, et nous, arrêterons-nous, devant ce rêve qui devenu réalité, de faire les frottis de dépistage ? Nous en faisons 6 millions par an et c'est insuffisant puisqu'il en faudrait près de deux fois plus : 40% des femmes âgées de 20 à 49 ans n'ont jamais fait de frottis !

- **Non, deux fois Non :**

1/**Non** car les vaccins ne protègent pas à 100% puisque, s'ils s'opposent à 70% (au moins) des HPV cancérigènes (16 et 18), ils ne s'intéressent pas à *tous les types d'HPV cancérigènes*. Restent les types.... 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52,56 et 58.

2/**Non** car toutes les femmes non vaccinées avant leurs premiers rapports sont à risque : la vaccination prévient les lésions dues aux virus mais ne les traite pas.

C'est donc une véritable révolution annoncée de nos pratiques.

Une révolution à laquelle il faudra tous et toutes s'adapter rapidement. Le moins que l'on puisse dire est que l'environnement médical et social est très peu préparé à l'ère vaccinale du cancer du col : **nous, les gynécologues et vous les femmes avons dès à présent un rôle fondamental à jouer en ce domaine.**

(\*) Et aussi les lésions précancéreuses du col de l'utérus et de la vulve et les verrues génitales

## GYNECOLOGIE DE TOUS LES JOURS



### **D**U GENTIL PAPILLOMAVIRUS AU CANCER DU COL DE L'UTERUS, UNE REVOLUTION POUR LA SANTE DES FEMMES !

Le cancer du col de l'utérus est une maladie qui tue encore aujourd'hui 1 000 Françaises chaque année. Il est dû à des virus appartenant à la grande famille des Papillomavirus. Mais les lésions précancéreuses peuvent être dépistées grâce au frottis. Parallèlement, un vaccin sera disponible le mois prochain.

### **C**OMMENT PREVENIR LES CANCERS DU COL DE L'UTERUS ?

Pour prévenir les cancers du col de l'utérus, les frottis de dépistage sont très efficaces mais ils ne concernent pas toute la population.

Pourtant, ils servent à alerter d'une lésion créée par le Papillomavirus, avant que celle-ci devienne cancéreuse.

Une fois détectée, la lésion bénigne est traitée par des moyens simples, comme le laser ou moins simples comme la conisation (intervention chirurgicale), des techniques qui permettent aux femmes de continuer à avoir des bébés, des rapports sexuels, une vie tout à fait normale.

Ce n'est pas le cas chez les femmes qui ne pratiquent pas de frottis. Comme les lésions ne se manifestent par aucun symptôme, elles évoluent progressivement, en silence, vers des lésions cancéreuses avant de donner un cancer du col de l'utérus.

Ce type de cancer concerne des femmes encore jeunes, souvent autour de la quarantaine, alors que les lésions précancéreuses sont majoritairement décelées chez des jeunes femmes de 20 à 30, voire 35 ans.

## QUELS SONT LES PAPILOMAVIRUS LES PLUS DANGEREUX ?

Les Papillomavirus représentent une grande famille de virus, dont 40 ont une prédilection pour la sphère génitale. Certains ne donneront jamais de cancer, d'autres ne sont pas capables d'induire des cancers comme le 6 et le 11, mais sont responsables de condylomes (des verrues génitales bénignes, mais difficiles à traiter et douloureuses). Et enfin, deux virus sont impliqués dans 70% (voire plus) des cancers du col de l'utérus, les 16 et 18. Le pourcentage restant implique d'autres virus moins fréquents (31 et 45 ...).

## COMMENT SE TRANSMETTENT-ILS EXACTEMENT ?

70% des femmes rencontreront un papillomavirus au cours de leur vie. La contamination est sexuelle. Le virus n'est pas transmis par le sperme ou le sang, mais de peau à peau. Par exemple, un homme qui met un préservatif ne recouvre pas totalement sa peau et peut alors contaminer sa partenaire. Ainsi, l'immense majorité des femmes font connaissance avec ces virus dès le début de leur vie sexuelle. Mais le virus est expulsé par des anticorps très efficaces. Ces femmes ont donc abrité un temps un Papillomavirus mais l'ont ensuite éliminé de façon définitive. Aucun symptôme ne s'est manifesté et personne ne sait que ces femmes ont été contaminées par un Papillomavirus.

En revanche, 20% des femmes vont développer une immunité insuffisante. Le virus va alors s'installer et coloniser progressivement le col de l'utérus, de telle manière qu'il va changer les propriétés des cellules composant cette muqueuse. Et au fil des ans, le col va devenir cancéreux, si les virus en cause sont les 16 et 18, comme c'est le cas le plus fréquent.

## QUEL EST-CE VACCIN CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTERUS ?

Sachant que 70% (voire plus- à confirmer) des cas de cancer du col sont dus aux virus 16 et 18, l'industrie pharmaceutique s'est mise à la recherche d'un vaccin. Techniquement, sa mise au point a été plus facile que pour le sida ou l'hépatite B par exemple.

Deux laboratoires sont en concurrence.

Sanofi Pasteur Aventis a mis au point un vaccin qui sera disponible dès le mois de novembre (Gardasil®). Pour le remboursement, il faudra attendre de nombreux mois (pas avant l'été 2007) et il sera surtout conseillé aux jeunes filles avant leurs premiers rapports. Il s'agit d'un vaccin quadrivalent qui protège contre 4 virus : le 16 et le 18 (le cancer) le 6 et le 11 (les verrues). Le vaccin des laboratoires GSK (Cervarix® est bivalent, contre les virus 16 et 18 et devrait être sur le marché dans les 6 mois.

Le prix du vaccin : 100 euros le vaccin et il faut 3 injections.

Sa tolérance est excellente et son efficacité remarquable : La comparaison de jeunes filles vaccinées alors qu'elles n'avaient pas encore débuté leur vie sexuelle, à d'autres ayant déjà une sexualité, montre une efficacité de 99,9%, soit pas de contamination par le Papillomavirus chez les femmes vaccinées avant leurs premiers rapports.

Quant aux effets secondaires, ils sont modestes.

## **QUI VA-T-ON VACCINER, QUI VA-T-ON REMBOURSER ?**

Les recommandations du Ministère de la Santé seront annoncées courant novembre et répondront aux questions : quelles sont les femmes concernées ? A quel âge ? Qui va pratiquer cette vaccination (pédiatres, médecins scolaires et généralistes, voire les gynécologues ?) etc ... .

La population cible n°1 devrait être représentée par les jeunes filles avant le début de leur vie sexuelle. Et elles seront très probablement les seules remboursées.

Toutes les études ont été faites chez des jeunes filles de 9/25 ans et montrent que les jeunes filles qui ont reçu le vaccin avant le début de leur sexualité ou après mais n'ayant pas été déjà exposées au virus sont protégées.

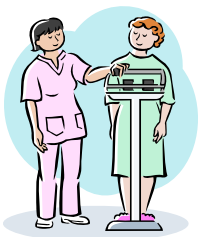
Attention, quelle que soit la population vaccinée, elle ne sera pas protégée des autres virus non couverts par le vaccin et responsables des 30% restants de cancers du col (on pense cependant que ce % pourrait être légèrement inférieur mais cela reste à confirmer).

Les frottis resteront donc indispensables pour dépister ce % de cancers non évitables par le vaccin même chez les femmes ayant été vaccinées avant le début de leur vie sexuelle.

Ils gardent leur même importance et leurs mêmes indications.

Ce dernier point est fondamental car leur abandon pourrait rapidement conduire à une augmentation du nombre de cancers du col dont-on le rappelle, 1000 françaises meurent encore aujourd'hui tous les ans !

## DU COTE DE VOTRE POIDS



### **L** LE JAMBON BEURRE : ACQUITTE !

C'est notre hamburger national, notre classique *fast-food* bien de chez nous! Il a longtemps été décrié mais je voudrais ici lui rendre quelque hommage, je vous explique pourquoi : un sandwich jambon-beurre est constitué d'un quart de baguette de pain, d'une tranche de jambon de Paris de 100 g et de beurre pour 10 g. Le sandwich rapporte au total 384 calories. La tranche de jambon rapporte 20 g de protéines (80 calories), 10 g de lipides (90 calories), 0,5 g de glucides (2 calories). Le quart de baguette rapporte 5,25 g de protéines (21 calories), 0,62 g de lipides (5,6 calories), 36,25 g de glucides (145 calories). Le beurre, quant à lui, rapporte 0,7 g de protéines (2,8 calories), 4,1 g de lipides (37 calories), 0,1 g de glucide (0,4 calorie). Le sandwich jambon-beurre est donc composé de 27 % de protéines, de 34,5 % de lipides et de 38,3 % de glucides. L'équilibre habituellement recommandé par les nutritionnistes est d'environ 15 % pour les protéines, 30 % pour les lipides et environ 50 % pour les glucides. On voit donc que le sandwich jambon-beurre ne correspond pas exactement aux " canons " de la diététique actuelle mais qu'il ne représente pas non plus une folle hérésie. Les critiques que l'on peut formuler sont les suivantes : trop de protéines — mais comme il s'agit souvent du seul aliment du déjeuner, cela est acceptable. Trop de lipides et c'est surtout ici que le bât blesse. Quant aux



glucides, avec près de 40 % en regard des 50 % nécessaires, nous voici au-dessous de la barre. Mais, comme vous pouvez le constater, il ne s'agit pas, loin de là, d'un aliment aberrant. À moins, bien sûr, que vous n'en fassiez votre alimentation quotidienne matin, midi et soir ce qui, à la longue, finirait par poser quelques problèmes de surcharges en graisses — qui plus est constituées d'acides gras saturés venant du beurre. Une variante : remplacer le beurre par une quantité équivalente de margarine végétale, cela ne diminuera pas votre note calorique ni le léger déséquilibre en surcharge graisseuse, mais au moins rapportera des acides gras non saturés dans la composition de votre repas. À titre de comparaison, le hamburger apporte 280 calories et un déséquilibre plus marqué en faveur des graisses, puisque celles-ci représentent 45 % du " sandwich américain " tandis que les protéines en représentent 21,4 % et que les glucides comptent pour 33,5 %. Loin de moi l'idée de promouvoir ici la consommation à outrance de sandwiches jambon-beurre debout derrière un comptoir, seul, en l'espace de dix minutes. Mais j'ai voulu vous montrer qu'en l'occurrence les choses ne sont pas aussi mauvaises que l'on pourrait le croire et que l'on vit, en ce domaine, sur un nombre incalculable d'idées reçues qui, non seulement entraînent souvent des situations de déplaisir intense, mais aussi à des conduites alimentaires aberrantes.

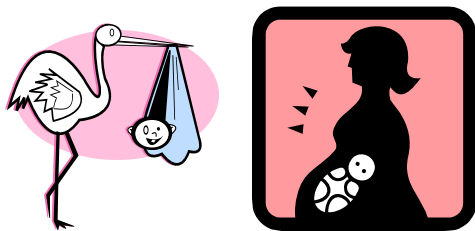
En fait, l'une des plus sérieuses critiques que l'on pourrait faire à notre sandwich jambon-beurre — mais elle s'applique finalement à toute la restauration rapide —, c'est de dépouiller l'acte alimentaire de sa convivialité, de saboter complètement cette " coupure " dans la journée, riche en détente et en relaxation, pendant laquelle on aurait pu rire, se détendre, échanger ... .

D'autre part, il faut bien dire que la science de la nutrition est compliquée et qu'il est ma foi fort difficile de la vulgariser, au sens noble du terme : de la rendre compréhensible au plus grand nombre. Glucides, protéines, lipides sont des termes tout droit sortis de notre jargon médical. Et il y a loin de la sublime crème glacée et des sensations qu'elle procure en bouche puis dans le cerveau à sa composition alimentaire sibylline : 184 calories pour 100 g, comprenant 4 g de protéines, 10 g de lipides et 20 g de glucides ! Et il n'est pas envisageable avant toute consommation de repas de s'armer de sa calculatrice, de sa table de références caloriques (sûrement aussi difficile à apprendre que l'annuaire du téléphone !). Il faudra donc procéder par approximation : tel aliment est à forte proportion glucidique (sucre), comme

le pain par exemple, ou encore tel autre est à forte proportion de graisse (lipides) comme le beurre.

Et enfin, comme toujours, lorsque la solution efficace, idéale, n'existe pas pour un problème donné, nous voyons naître des modes, des idéologies, des " gourous ", des escrocs et des profiteurs. Tout cet environnement n'est pas fait pour améliorer la compréhension des problèmes créés par le surpoids. Car pressés, compressés, torturés par la publicité, par le *forcing* de certains médias, nous voyons régulièrement dans nos consultations des hommes et des femmes — pourtant fort intelligents et cultivés — s'adonner à des conduites alimentaires pour le moins saugrenues, quand elles ne sont pas carrément toxiques, dans l'espoir de maigrir.

## DU COTE DES MAMANS



### **G**ROSSESSE A 40 ANS : QUELS SONT LES RISQUES ?

Les grossesses tardives sont de plus en plus fréquentes. En 2004, 28 600 femmes de plus de 40 ans ont mis au monde un enfant, contre 8 600 en 1980. Les risques pour la mère et l'enfant sont très faibles et généralement maîtrisables. En revanche, la première difficulté est de tomber enceinte car la fertilité diminue rapidement. La seconde est d'éviter les fausses couches.

### **Q**UELS SONT LES RISQUES POUR LA MAMAN ?

Il est clair que la grossesse est un travail considérable qui est demandé au corps. S'il n'est pas en bonne santé (hypertension, diabète, obésité, vulnérabilité de la colonne vertébrale, arthrose, tendance au lumbago, insuffisance rénale, etc.), la grossesse représente un travail supplémentaire qui risque d'accentuer encore une vulnérabilité, voire même de poser un

problème. On a donc plutôt intérêt, nous les médecins, à dire aux femmes que plus elles peuvent faire leur bébé tôt, mieux c'est. Entre 20 et 30 ans, le corps est rarement vulnérable, au contraire on est généralement en pleine santé. Cela dit, je tempérerais tout de même en disant qu'à 40 ans, les femmes vont bien, et donc à cet âge, les candidates à la grossesse sont le plus souvent en excellente santé.

## **ET POUR LE BEBE ?**

Statistiquement en tout cas, il y a un petit peu de risque supplémentaire pour toutes les complications traditionnelles de la grossesse, soit un petit peu plus de placenta previa (insertion basse du placenta), d'hypertension de la grossesse, de toxémie gravidique (complication rénale), de décollement prématuré du placenta, etc. Mais comme je le détaille sur mon site [www.docteurdavidelia.com](http://www.docteurdavidelia.com), cette augmentation du risque est extrêmement faible et ne justifie donc absolument pas de déconseiller une grossesse à 40 ou 42 ans.

## **LES GYNECOLOGUES NE DECONSEILLENT DONC PAS**

### **D'ENTREPRENDRE UNE GROSSESSE AU-DELA DE 40 ANS ?**

Prenons le problème à l'envers, aucun gynécologue ne préconisera une interruption volontaire de grossesse (IVG) à une femme parce qu'elle a 41 ans. Sauf, bien entendu, en cas de problème particulier, comme par exemple le cas d'une femme ayant une pathologie bien déterminée qui lui fait prendre des risques très importants.

Ceci étant dit, si on demande à un médecin quel est l'âge idéal, il ne dira jamais 45 ans, mais bien avant 35 ans !

Maintenant, le cas est différent lorsqu'une femme de 40 ans demande « qu'est-ce que vous en pensez, Docteur, si je fais un bébé ? ». Vous avez probablement ceux qui considèrent que ce n'est pas raisonnable. Quant à moi, je ne suis pas du tout de cet avis, je considère qu'il n'y a pas à interdire à une femme d'être enceinte à 40 ou 41 ans, sous prétexte qu'elle présente un petit peu plus de risques concernant toutes les complications possibles de la grossesse.

Mais elles doivent être au courant et savoir également que ces quelques risques supplémentaires sont parfaitement maîtrisables la plupart du temps (hypertension...).

En revanche, on répond à ces femmes qu'on ne sait pas si elles pourront être enceintes. En effet, à 42 ans, **la fécondité n'est peut-être plus suffisante** pour mettre en route une grossesse. Parfois ça marche très bien, et effectivement certaines personnes tombent enceintes à 49 ans du jour au lendemain, tandis que d'autres femmes n'y arrivent pas dès 41 ou 42 ans.

En temps normal, je conseille d'essayer 6-8 mois. Mais à une femme de 42 ans, je lui demande de revenir me voir 3 à 4 mois plus tard si ça ne vient pas, afin que je commence à l'aider, car elle n'a pas de temps à perdre. Ce qui est faisable à 42 ans ne l'est peut-être plus à 43. Je lui dis alors de se dépêcher car on ne sait pas si elle peut encore être enceinte.

Ainsi, cette femme qui veut un bébé à 42 ans va peut-être se retrouver dans l'impossibilité de faire un bébé simplement parce qu'elle n'arrive pas à être enceinte, car ses ovules sont trop vieux et non fécondables. Ou en tout cas, sur 12 ovules présentés dans l'année, seuls deux vont être fécondables, alors qu'aucun rapport n'a eu lieu les bons jours pour féconder précisément ces deux-là. Autre possibilité, la grossesse prend, mais elle est suivie d'une fausse couche.

Ensuite, il faut savoir qu'il y a bien plus de fausses couches après 40 ans. Avant cet âge, on dénombre une fausse couche pour cinq grossesses qui débutent. Après, c'est de l'ordre de deux fausses couches sur cinq grossesses.

**En posant toutes ces questions, les femmes n'essayent-elles pas plutôt de savoir si l'enfant sera normal en cas de grossesse tardive ?**

**Est-ce qu'il sera normal ?** C'est effectivement la grande question qu'elles se posent. Il y a une petite augmentation des risques, soit un doublement des anomalies chromosomiques. Comme elles sont très peu nombreuses en temps normal, deux fois plus, ça ne fait toujours pas beaucoup.

De plus, dans ce domaine, il y a le dépistage prénatal. L'échographie de la 12<sup>e</sup> semaine d'absence de règles montre la clarté nucale, un espace qui se trouve derrière la nuque du bébé. En deçà de 3 mm, c'est parfaitement

rassurant quant à la conformité des chromosomes. En revanche, au-delà, il faut réaliser une amniocentèse car il y a un risque important de trisomie. Le 2<sup>e</sup> point du dépistage prénatal consiste à rechercher dans le sang l'hormone HCG (hormone gonatrophique chorionique), laquelle est corrélée au risque de trisomie. Cet examen doit être fait entre la 14<sup>e</sup> et la 17<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée (absence de règles).

On estime alors que la patiente a, par exemple, un risque sur 500 de faire un enfant trisomique. On décide l'amniocentèse au dessous de 1/250 (on n'a alors toujours qu'1 risque sur 250 d'avoir un trisomique et toujours 249 chances sur 250 de ne pas faire d'enfant trisomique).

Enfin, l'échographie de la 22<sup>e</sup> semaine (certes tardive) va renseigner sur la conformité du bébé.

Tous ces éléments vont permettre de faire –si confirmation par l'amniocentèse– une interruption médicale de grossesse dans des conditions légales très strictes et dans les centres agréés. Bien sûr, uniquement si le couple le désire.

La réponse est donc, oui, les risques sont un tout petit peu plus importants mais restent faibles et avec les moyens techniques dont on dispose aujourd'hui, il est extrêmement difficile de passer à côté d'une anomalie grave ou incurable, chromosomique ou non.

### **En conclusion :**

La conclusion est qu'on peut faire un bébé à 40, 42, 48 ou même 50 ans. Et soulignons que tous les ans quelques bébés naissent spontanément de femmes de 48–50 ans, ils vont bien et les mamans aussi.

Mais il faut expliquer aux femmes que le plus tôt est le mieux. Toutefois, c'est un discours médical, parcellaire, qui ne peut résumer la vie en général, on ne peut pas faire de bébé si on n'a pas de papa, de travail ou si on est dans une situation conjugale difficile ....

## **VOS QUESTIONS ET MES REponses**



**J'ai entendu dire que la densitométrie osseuse était dorénavant remboursée. Est-ce que toutes les femmes peuvent avoir accès à ce remboursement ?**

Non, pas toutes, mais toutes celles pour lesquelles le médecin a des raisons de penser qu'il y a un risque de se diriger ou de présenter déjà cette maladie. En particulier, par exemple, l'âge, le fait d'être traitée par des traitements hormonaux de la ménopause insuffisamment dosés, le fait d'avoir pris de la cortisone pendant longtemps, d'avoir une maman qui s'est cassée le col du fémur ... etc. C'est en fonction de ces facteurs de risque que le médecin qui pratique la densitométrie pourra ou non vous faire bénéficier d'un remboursement de l'acte qui a été coté à 39.96 euros.

**J'ai entendu parler d'une nouvelle pilule qui réalise un progrès quant aux problèmes de rétention d'eau et de prise de poids. De quoi s'agit-il ?**

Je pense que vous vous voulez parler de la pilule contenant un progestatif qui s'appelle la drospirénone. Il existait déjà une pilule connaissant un grand succès européen contenant cette molécule et dosée avec 30 µg d'estrogènes. La nouvelle pilule à laquelle vous faites référence est la version « mini » de cette pilule puisqu'elle ne contient que 20 µg d'estrogènes.

**J'ai d'horribles douleurs de règles qui ne sont pas passées malgré la prise de la pilule. Que puis-je faire ? Je suis alitée pendant 2 jours.**

Il faut certainement s'adresser en plus de la pilule aux anti-inflammatoires, type ibuprofène qui, associés à la pilule, donnent de bons résultats. En cas de non efficacité, il convient par contre de chercher une cause à ces douleurs et l'on procédera à une hystérogographie ou une hystéroscopie (on visualise ainsi la cavité utérine). Une coelioscopie peut même être envisagée dans les cas rebelles. C'est l'endométriose qui est la maladie la plus pourvoyeuse de douleurs de règles en dehors du contexte des jeunes filles. Celles-ci sont les plus fréquentes et ne sont provoquées par aucune pathologie.

**A**près avoir effectué une mammographie, mon médecin me demande maintenant une IRM du sein. Je pensais que cet examen était inopérant à diagnostiquer des anomalies du sein. Qu'en pensez-vous ?

Oui, c'est vrai, nous faisons de plus en plus souvent appel à l'IRM lorsque la mammographie ne parvient pas à véritablement statuer : dans tous les cas où les images sont suffisamment compliquées pour ne pas pouvoir être correctement interprétées, on demande une IRM qui permettra souvent, alors, de se tranquilliser. Il est hors de question, par contre, de demander une IRM à titre systématique : c'est la mammographie accompagnée de l'échographie qui restent les examens rois du dépistage du cancer du sein.