

Hygiène



*De la déesse
guérisseuse
à la femme
médecin*

1^{er} semestre 2015
N° 65

Compte rendu de l'Assemblée Générale de l'AFFM

**Du nouveau dans la prise en charge des
manifestations du syndrome prémenstruel (SPM)**

*UNE FEMME À L'HONNEUR
Dr Hélène Mandroux*

*Des nouvelles
de la MWIA*

La santé pour toutes les femmes : le surpoids

RÉUNION AFFM GRAND-EST
Ethique et VIH

**Prostate
et alimentation**

Le microbiote intestinal





Sommaire

ÉDITORIAL

- Dr Cécile Renson, Présidente de l'AFFM 3

VIE ASSOCIATIVE

- Compte rendu de l'Assemblée Générale de l'AFFM 4
- Réunion AFFM Grand-Est - Dr Laurence Boyer 8
- Des nouvelles de la MWIA - Dr Marie-Dominique Ghnassia, Dr Thi Thoi Pham..... 10
- Brève 11

UNE FEMME À L'HONNEUR

- Dr Hélène Mandroux à l'honneur - Dr Cécile Renson 12

ACTUALITÉS MÉDICALES

- Le microbiote intestinal - Synthèse par le Dr Cécile Renson 13
- Réunion de FMC - Synthèse par les Drs Françoise Nico et Marie-Dominique Ghnassia 15

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES

- Du nouveau dans la prise en charge des manifestations du syndrome prémenstruel (SPM).
G. de Lis Carp, J. Desprat 17
- Les limites de la chirurgie esthétique - Dr Cécile Renson 20
- Brève 20
- Prostate et alimentation - Pr Desgrandchamps 22

LOISIRS

- Parution, pièce de théâtre, recettes 24

De l'ardente obligation de se soutenir...

Certes la médecine peut toujours inspirer les bons auteurs, et assurément Daniel Pennac s'inscrit en digne successeur de Molière dans la pièce qui tient l'affiche au Théâtre de l'Atelier, *Ancien malade des hôpitaux de Paris*, sa pratique est aujourd'hui bien assombrie. Les conditions d'exercice se révèlent de plus en plus difficiles, les nouvelles technologies redéfinissent le rôle des médecins et les lois se succèdent dans un flou tout aussi inquiétant.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins vient de publier un rapport sur la dégradation de la permanence des soins du fait de la diminution des médecins généralistes, du déficit des installations, du vieillissement des professionnels. « Trouver un médecin la nuit, le week-end ou un jour férié est de plus en plus difficile » titre un quotidien national, ce qui conduit à saturer les urgences hospitalières...

Le professeur Guy Vallancien, toujours provocateur, publie « La médecine sans médecin ». Déjà, des robots chirurgiens sont utilisés dans les blocs opératoires, assurant aux dires des intéressés, des gestes plus précis que les leurs... Bientôt l'ordinateur fera le diagnostic, proposera un traitement à des patients de plus en plus informés. Le médecin devra retrouver « l'art de la relation » avec le malade.

L'exercice médical se modifie. Les ministres de la santé le savent bien mais la loi de Marisol Touraine ne semble pas prendre la bonne dimension de ces mutations. Après beaucoup d'agitation dans le milieu médical à laquelle l'Association Française des Femmes Médecins n'a pas voulu prendre part du fait de sa neutralité exigée, cette loi connaîtra les mêmes difficultés de mise en œuvre que celles de la loi de 2009, dite loi HPST (CNOM).

Ces trois raisons justifient-elles le pessimisme de la profession ? Assurément non.

Les médecins se regroupent et la création de centres de santé répond à cette nouvelle exigence.

Avec l'arrivée de l'informatique, nous vivons comme le dit Michel Serres, la troisième révolution de l'Humanité, après celle de l'écriture puis de l'imprimerie. La médecine, comme les autres sciences, doit s'approprier ce nouvel outil.

Quant à la loi Santé... sans réelle concertation avec tous les professionnels et les usagers, elle ne saura se mettre en place et encore moins permettre la réorganisation de notre système de soins, celui que le monde entier nous envie.

Parce que la relation entre le médecin et son patient doit rester un moment privilégié et qu'aucune machine, ni aucune loi ne pourront l'abolir, et grâce aux femmes médecins, qui ont anticipé la prise en charge du patient dans sa globalité, la médecine française a de beaux jours devant elles.



Docteur Cécile Renson
Présidente de l'AFFM

Compte rendu de l'Assemblée Générale de l'AFFM

L'Assemblée générale de l'AFFM s'est tenue le matin du samedi 31 janvier 2015 dans la Salle Bleue de l'Hôpital Européen Georges Pompidou, en présence de 43 membres présentes ou représentées.

RAPPORT MORAL

Par Le Dr Cécile RENSON



Dr Cécile Renson et Dr Marie-Claire Brusset

Le bureau, après convocation, s'est réuni à trois reprises au cours de l'exercice précédent, à mon domicile les 18 mars, 24 juin et 9 septembre 2014, les deux derniers avec le comité de rédaction.

Hors convocation, il s'est réuni, dans les locaux de Régimedia, onze fois à Saint-Cloud puis dix fois dans la nouvelle domiciliation qui je le rappelle se trouve 17 rue de Seine à Boulogne.

Y ont assisté régulièrement : Marie-Claire BRUSSET et la présidente lors de ces 30 séances, et de façon plus épisodique, Françoise Nico.

Trois conseils d'administration se sont tenus :

- le premier à l'issue de l'Assemblée générale du samedi 25 janvier 2014,
- le deuxième le 6 novembre dernier au domicile de la présidente à la suite de la réunion sur le psoriasis, à 21 heures 30,
- le troisième avant notre assemblée générale, afin d'en approuver l'ordre du jour.

Il nous faut revenir sur la précédente Assemblée générale du 25 janvier 2014 qui a vu le renouvellement de son conseil d'administration, et là je parle sous le contrôle de la mémoire de l'AFFM, je veux parler de Françoise Pantaléon qui se charge de faire respecter les statuts de notre association avec la rigueur qui la caractérise.

Six membres avaient vu la fin de leur troisième mandat. Je rappelle leurs noms car elles ont beaucoup œuvré pour la pérennité de l'AFFM : Isabelle COUTROT, Michèle JAUPITRE, Anastasia LYMPEROPOULOU, Claire NOBLIA, Sandrine SOUCHON, et bien

sûr Françoise PANTÉLÉON qui continue à inspirer le bureau de l'AFFM. Trois autres ont vu leur mandat renouvelé : Marie-Noëlle MAYER, Francine VIOLETTE et Catherine BOURGEOIS. Trois autres ont brillamment fait leur entrée : Catherine BARLIER-PAGEL, Ouahiba SOFTA et Thi NGOC DONG HO. Lesquelles ont déjà beaucoup travaillé pour l'AFFM depuis leur entrée dans notre Conseil d'administration, ainsi que Thi NGOC DONG HO.

Notre colloque annuel s'était ensuite déroulé l'après-midi du samedi 25 janvier 2014 dans l'auditorium de ce prestigieux HEGP sous la houlette du Professeur Jean-Noël FABIANI, Chef de service de chirurgie cardio-vasculaire, dont l'équipe avait réalisé cinq semaines plus tôt la première greffe mondiale d'un cœur artificiel autonome. Le thème retenu était « **les pathologies cardio-vasculaires de la femme** ».

Le Professeur Paul ACHOUH avait traité de la chirurgie de la valve mitrale, le Docteur Didier BLANCHARD des cardiopathies ischémiques, le Professeur Pierre JULIA de la pathologie vasculaire de la femme, le Docteur Leonora DU PUY-MONTBRUN avait décrit l'exercice d'une profession largement sous-féminisée, celle de la femme chirurgien cardiaque. Ce colloque, il faut le reconnaître, s'est révélé d'une très haute tenue.

Deux conférences se sont déroulées à l'HEGP :

Le 19 juin, avec le concours du laboratoire PIlleJe qui s'intitulait « **Et si la micronutrition et la phytothérapie s'invitaient à votre consultation ?** », animée par le Docteur Laurence BENEDETTI, médecin nutritionniste, membre de l'Institut Européen de Diététique et de Micronutrition. Il y a été décrit le « réflexe écosystème intestinal », ainsi que l'intestin « notre deuxième cerveau », conférence qui annonce avec à-propos notre colloque de cet après-midi...

Le 6 novembre, l'AFFM a organisé une seconde réunion médicale animée par les Docteurs Anne-Claire FOUGEROUSSE et Fabrice MACCARI, dermatologues à l'Hôpital d'Instruction des Armées Bégin sur le thème « **Le psoriasis : actualités cliniques**

et thérapeutiques », avec le soutien des laboratoires Genevrier et Noreva.

Invitations

L'AFFM a été invitée aux 4^{es} Journées parlementaires de la santé au travail : « **Comment concilier Bien-être et santé au travail ?** » (12 février), aux 7^{es} rencontres de cancérologie (16 mai), aux 1^{ères} Journées parlementaires des Seniors et Société : « **20 millions de seniors en 2030. Quelle anticipation du papy-boom ?** » (21 octobre), aux Journées parlementaires sur le système de santé, le 5 novembre et sur « **le vieillissement** » le 4 décembre.

Ces réunions concernent essentiellement des aspects plus sociaux que sanitaires, hormis celle du 27 mai, particulièrement intéressante sur l'Hépatite C (cf Hygie 62-Compte rendu du Dr MD Ghnassia).

Le journal Décision Santé nous invite à ses réunions au café de Flore, dans le cadre des Editoriales.

L'ACMF, grâce à notre amie Michèle MULMANN-WEILL, nous a permis d'assister une journée aux Entretiens de Bichat à la Porte Maillot.

Le 29 avril, lancement de la campagne de sensibilisation à la protection solaire destinée aux enfants des classes primaires en leur décernant un « Brevet solaire » (cf Hygie 62).

Le 7 octobre, dans l'enceinte du journal Le Monde, le Professeur Philippe EVRARD nous a proposé les conclusions du rapport qu'il avait présenté à l'HAS sur l'autisme.

Le 13 novembre, nous avons été conviées à l'Académie nationale de médecine pour le 10^{ème} anniversaire de l'AFRETh (Association française pour la recherche thermale). Les 27 et 28 novembre, l'AFFM était invitée au congrès annuel de l'ACMF au Centre Eurosites George V sur le thème « **Route et médecine** ».

Marie-Dominique GHNASSIA s'est intéressée aux rencontres parlementaires.

Marie-Claire BRUSSET a suivi les réunions du CALM pour les accouchements « Comme A La Maison » et s'est penchée sur la loi concernant la fin de vie.

Quant à Marie-Thérèse NOURRISSIER, si assidue à ces conférences de presse, elle nous manque aujourd'hui.

Déménagement de Régimedia

Régimedia a quitté les locaux de la Colline de Saint-Cloud dans le courant de l'été pour s'installer au 17 rue de Seine à Boulogne. Nous n'avons été prévenues qu'après le déménagement partiel des bureaux. Nous sommes allées ensuite trier nos documents qui, à notre connaissance, n'ont pas encore été réacheminés à Boulogne.

Il s'en est suivi des perturbations dans la distribution du courrier adressé à l'AFFM, comme nous l'ont signalé certaines de nos adhérentes, inquiètes de voir leur courrier retourné avec la mention « NPAI ».

Partenariat avec MSD

L'AFFM a été sollicitée par le laboratoire MSD pour animer un programme de formation continue sur le thème « **la santé pour toutes les femmes** », programme qui implique :

- la Société Française de Cardiologie,
- la Société Française du Cancer,
- la Société Francophone du Diabète,
- le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français,
- la Société Française de Gynécologie,
- la Société Française de Rhumatologie,
- l'Agence Européenne Informatique.

Ce programme sera déployé à l'échelle nationale sur 20 sites, réunissant en 20 réunions public et intervenants multidisciplinaires sur 3 ans. L'AFFM sera rémunérée à hauteur de 7000 euros pour les 3 ans.

Un contrat a été signé après avoir été soumis à un avocat spécialisé, Maître Bruno Robin.

Hygie

Le numéro 64 vient de paraître. Il répondait à la parution du 4^e trimestre 2014 et fait suite aux trois précédents numéros édités dans l'année.

Ce journal coûte de plus en plus cher, est de plus en plus difficile à alimenter, et subit la concurrence d'internet. Aussi est-il envisagé à brève échéance de ne plus le faire paraître que semestriellement.

Cette proposition sera adoptée après un vote à main levée. En effet, le journal sert de « carte de visite » pour présenter l'AFFM. D'autre part, il sert de communication avec la MWIA et les associations étrangères (Europe du Sud...). Il ne saurait être question de le supprimer au profit du seul site internet.

Le site assurera une communication plus rapide, plus vivante et bien sûr, moins onéreuse.

La réalisation de ce site, confiée à OpenMotion avait été à l'origine de vives controverses. Il faut croire que notre décision n'était pas si mauvaise car son architecture a servi de modèles aux autres associations régionales par Régimedia.

Catherine DOGNON-HADDAD en assure la mise à jour et attend vos articles. A ce sujet, je voudrais féliciter les sections locales qui lui envoient le compte rendu de leurs activités.

Transition habile pour donner la parole à Catherine BARLIER-PAGEL pour la section Grand Est et à Françoise LE BAIL que je félicite toutes deux pour le nombre croissant de nouvelles adhérentes.

AFFM Bretagne

Dr Françoise LE BAIL :

« L'année 2014 a été une année terne.

Pour l'organisation des formations médicales, la moindre participation des laboratoires est un facteur limitant pour les propositions et la logistique.

Seules deux formations ont eu lieu : janvier avec le Dr MENGUY sur la chirurgie de l'obésité et en Mai avec le Dr ROUDAUT rhumatologue sur la prise en charge de la goutte.

Nous constatons une baisse de la mobilisation.

J'ai réalisé une mini enquête auprès de mes confrères pour la prise en charge des patients dépendants dans le cadre de ma participation à un groupe de travail sur la réorganisation des réseaux de soins. Le monde de la santé est en pleine mutation... et nous devons et souhaitons y participer.

Notre liste de diffusion et nos repas entre confrères permettent d'échanger des informations professionnelles, ce qui semble nécessaire. La nouvelle proposition de loi soulève beaucoup de questions parmi les adhérentes. »

AFFM Grand Est

Dr Catherine BARLIER-PAGEL



Dr Barlier Pagel

Un nouveau bureau a été constitué en mai 2014, après le départ de Marie-Claude LAPRÉVOTE-HEULLY qui en avait assuré la présidence de 1984 à 2014.

- Le Docteur Catherine BARLIER-PAGEL (PH Anatomico-pathologie) prend le relais de la présidence,
- Le Docteur Laurence BOYER-LIEBGOTT (PH Maladies infectieuses) la vice-présidence,
- Le Docteur Dominique BOISSON-BERTRAND (Anesthésiste retraitée) la trésorerie,
- Le Docteur Léa LEUFFLEN (PH Chirurgie gynécologique) le secrétariat.

Le nouveau bureau a été présenté le 3 octobre. Le docteur Marie-Claude LAPRÉVOTE a rappelé l'histoire de la section lorraine créée en 1955 par sa mère le Docteur Lucienne HEULLY-DEVIN (diaporama préparé par Léa LEUFFLEN à partir des documents fournis par Marie-Claude LAPRÉVOTE - doc PDF disponible).

Le 5 décembre, une réunion médicale a été animée par le Docteur Laurence BOYER-LIEBGOTT, coordinatrice médicale de COREVIH Lorraine-Champagne-Ardenne sur le thème « Ethique et VIH » dans le cadre de la grande cause nationale de l'AFFM « Ethique et médecine » et de la journée mondiale de lutte contre le SIDA.

Actions pour faire connaître l'AFFM Grand Est et susciter de nouvelles adhésions

- Stand AFFM à la Semaine médicale de Lorraine (novembre)
- Articles parus dans le journal interne du CHU de Nancy et de l'ICL (Institut de cancérologie de Lorraine)
- Mailing personnalisé aux confrères de la région
- Préparation d'un « pack » remis ou envoyé par mail aux confrères intéressés, comprenant un document d'information sur l'AFFM et MWIA + un bulletin d'adhésion + selon les cas, un numéro Hygie papier ou quelques numéros numérisés.



Nombre d'adhésions fin 2014 : 28 avec pour objectif d'atteindre le nombre de 40 adhérentes à la fin 2015.

- Prochaine réunion : « **Ethique et oncogénétiq**ue » le 10 avril (Dr Elisabeth LUPORSI, oncologue médical). Repas et conférence à la Brasserie Excelsior.

MWIA / Rapport 2014

Dr Thi Thoi PHAM,

Dr Marie-Dominique GHNASSIA

www.mwia.net



Dans chaque numéro d'Hygie la Coordinatrice Nationale MWIA, le Docteur Thi Thoi Pham et le Docteur Marie-Dominique Ghnassia font paraître à la rubrique « **Nouvelles de la MWIA** » les informations les plus marquantes concernant cette association internationale.

La version en Anglais en permet la lecture dans plusieurs pays où des membres du bureau exécutif reçoivent Hygie (Canada, Corée Equateur, Egypte, Ghana, Japon, USA...).

Les projets MWIA en cours concernent :

- la réalisation d'un manuel de formation sur les Violences fondées sur le genre dont la responsable est l'actuelle présidente élue, le Professeur Bettina Pfliederer (Münster. Allemagne)
- une action commune avec Zonta International permettant la distribution de Kits d'accouchement (première expérience en Afghanistan).



Dr Christine Pouliart

Des associations membres vont fêter leur centenaire :

- Association des Femmes Médecins Américaines à Chicago du 23 au 26 Avril 2015,
- Fédération des Femmes Médecins du Royaume Uni, Londres, en 2017.
- Le Congrès International de la MWIA est

prévu à Vienne (Autriche) du 28 au 31 Juillet 2016.

- Le Congrès Régional Europe du Sud sera organisé par le Dr Christiane Pouliart (Vice-Présidente) à Bruxelles le 15 Novembre 2015.

RAPPORT CNFF 2014

Dr Marie-Dominique GHNASSIA

Les activités de l'AFFM ont été présentées par MD Ghnassia à l'occasion des réunions de **l'Assemblée Permanente des Présidentes d'Associations et Déléguées Régionales** (APPADR) les 3 Juin et 1er Décembre 2014.

Sur le plan national Martine Marandel, Présidente du CNFF, a assuré la Présidence du CNL-CAFF (Cf Hygie 61) qu'elle a représenté auprès du **Mouvement Associatif** (nouvelle appellation de la Conférence Permanente des Coordinations Associatives).

Sur le plan international le CNFF est représenté au niveau du Centre Européen du Comité International des Femmes (CECIF) et du Comité International des Femmes (CIF). Martine Marandel a été élue trésorière du CIF. Deux réunions/Débats ont été organisées à Paris : l'une sur « **Mixité des Métiers** », l'autre sur « **Viellissement de la société : la grande dépendance des femmes** ».

Le 18 Juin 2014 à l'occasion des premiers « **Trophées de l'Entreprenariat au féminin** » la Présidente du CNFF et La Présidente du directoire de MUTEX ont remis le « **Trophée des métiers dits masculins** » (Prix national du CNFF) à Madame Anne Benedetti qui a repris à Avignon une entreprise familiale de traitement technique des façades. Par ailleurs les actions concernant la lutte contre les Violences faites aux femmes, la prostitution, la parité, l'égalité entre les hommes et les femmes ont été poursuivies.

Formation médicale continue

Dr Francine VIOLETTE



Dr Francine Violette

J'ai pour mission au sein de l'AFFM de m'occuper de la formation continue.

Nous organisons le dimanche des formations en anglais et en informatique dans le cadre du FAF PM. Elles sont gratuites pour les médecins et le FAF PM règle les forma-

teurs par notre intermédiaire. Pour l'année 2014, l'AFFM aura eu 7875 euros plus 900 euros à venir de disponible pour son fonctionnement par l'intermédiaire de la formation continue d'où son importance vitale pour notre association.

Ces formations sont assurées en informatique par Laurent EPHRATI et en anglais médical par Delphine COHEN.

30 formations ont été délivrées : 10 en anglais, 20 en informatique.

L'équipe soudée et fidèle se rend régulièrement à nos formations qui représentent 195 jours de formation/médecins et par journée de formation le nombre de médecins peut varier de 5 à 9.

Cette année nous avons présenté 8 projets en informatique et, après avoir revu 5 projets comme on nous l'avait demandé, nous avons été acceptés pour nos 8 projets en anglais. La préparation de nos projets nous a demandé beaucoup de travail, d'attention et de persévérance et a mobilisé le Dr Françoise NICO, le Dr Thoi PHAM, moi-même, Laurent EPHRATI et Delphine COHEN.

Nous remercions Marie-Dominique GHNASSIA pour l'énergie et le temps qu'elle consacre encore pour la formation continue.

www.cnff.fr

RAPPORT FINANCIER

Dr Marie-Claire BRUSSET, trésorière

Marie-Claire BRUSSET déplore pour la seconde année la baisse du nombre des adhérentes qui s'établit à 124.

Les médecins en activité son toujours plus nombreux que les médecins retraités (62 actifs, 46 retraités dont certains continuent leur exercice dans les domaines humanitaires ou associatifs, 10 correspondants médecins hommes ou membres non médecins après approbation du bureau, 6 étudiantes).

Activité-Résultat

Les cotisations encaissées en 2014 se sont élevées à 5 285 € (contre 7 777 € en 2013 soit une baisse de 1/3).

Les actions de formation réalisées sur l'exercice, toujours dispensées par Delphes Electronique, ont pratiquement doublé (134 400 € contre 68 300 € en 2013). Une commission de 7,5% a été mise en place ce qui a dégagé 8 775 € de marge nette.

Un partenariat avec MSD sur trois ans a fait l'objet d'un encaissement de 7000 €. Seul 1/3 de cet encaissement est comptabilisé sur l'exercice, soit 2 333 €.

Les charges de fonctionnement (14 024 €) ont augmenté de 3 382 €, en raison de frais de secrétariat supplémentaires facturés depuis la création du site. Les autres dépenses sont restées stables. Les dépenses du site internet payées en 2013 (développement, référencement) sont en total amorties cette année (2 306 €). Les produits financiers du livret A se sont élevés à 206 € et une plus value de cession d'une part du portefeuille titres a été comptabilisé à 64 €. Un produit exceptionnel de 800 € a été constaté pour solder l'écart non réclamé des versements 2013 du FAFPM. L'exercice fait ressortir un excédent de 600 € contre un déficit de 6 159 € l'an passé.

Financement

La trésorerie de l'Association s'élève à 78 886 € contre 48 277 € en 2013. Les dettes au 31 décembre 2014 s'élèvent à 38 887 € et se répartissent de la façon suivante :

- facture Delphes Electronique = 35 520 €,
- frais de comptabilité de l'exercice non réglés au 31 décembre 2014 = 1 512 €,
- prestations Regimedia 4è trimestre 2014 = 1855 €.

Les produits constatés d'avance (4 667 €) correspondent au partenariat MSD à répartir sur deux années. Les ressources se répartissent ainsi après affectation de l'excédent :

Dotation : 22 867 €
Réserves disponible : 23 864 €

Résultat 2014 : 600 €

TOTAL : 47 332 €
 Après vote adopté à l'unanimité, les montants de la cotisation annuelle demeurent inchangés : 45 € pour les médecins en activité, 35 € pour les médecins en retraite, 10 € pour les étudiantes. Les cotisations sont dites de soutien pour versement de 50 € et plus. A ce sujet, Marie-Claire BRUSSET remercie le Docteur DUCASSOU et le Docteur Anastasia LYMPEROPOULOU qui se montrent tous les ans très généreuses.

A l'issue de cette assemblée générale, le rapport moral et le rapport financier ainsi que le budget prévisionnel ont été adoptés à l'unanimité.

Le Colloque AFFM 2015 en images



Dr Cécile Renson et Professeur Olivier Goulet



Dr Françoise Nico



Dr Florence Campeotto



Dr Cécile Renson, Pr Olivier Goulet, Dr Georgia Malamut et Dr Bénédicte Pigneur



Biocodex, partenaire du Colloque



Guigoz, partenaire du Colloque



Réunion AFFM Grand-Est

Dr Laurence Boyer

Ethique et VIH

Le point à l'occasion de la Journée Mondiale de Lutte contre le SIDA 2014



Prévalence de l'infection à VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine)

Dans le monde, en 2013, on estime à 35,3 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH et 2,3 millions de nouvelles contaminations.

La majorité des personnes contaminées vivent en Afrique Subsaharienne.

En France, 6000 personnes sont dépistées chaque année, un tiers est représenté par des femmes.

39 % des nouveaux diagnostics sont faits à un stade avancé de l'infection, avec une immunité déjà bien altérée.

Environ 30 000 personnes seraient infectées sans le savoir et seraient à l'origine de 2/3 des nouvelles contaminations.

Les HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes) sont les plus concernés (42% de nouvelles contaminations). Ce pourcentage ne cesse d'augmenter, la prévention ayant été abandonnée dans ce milieu, sous prétexte de l'efficacité des traitements.

Les femmes nées à l'étranger représentent 23% des nouvelles contaminations. La proportion est en baisse continue depuis 2003.

Les femmes nées en France représentent 7% des nouvelles contaminations. Cette proportion est stable depuis 2009.

Ethique et VIH

L'éthique est définie comme l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un. La morale est la science qui nous enseigne les règles à suivre pour faire le bien et éviter le mal. C'est un ensemble des règles, de prin-

cipes, couramment admis pour la direction d'une bonne conduite.

Il y a différents aspects éthiques dans la prise en charge de l'infection par le VIH :

- À l'échelle individuelle, il faudrait tout faire pour éviter la contamination d'autrui.

Pour cela il faudrait que dans les couples, ou lors de rapports avec des partenaires inconnus, la personne contaminée informe le partenaire sexuel de son statut sérologique, pour que ce dernier puisse choisir de prendre le risque et puisse réaliser la prophylaxie post exposition en cas de rupture du préservatif.

Concernant la grossesse et la transmission du VIH de la mère à l'enfant, il faudrait dépister les femmes enceintes pour pouvoir traiter celles qui sont infectées et éviter ainsi la contamination de l'enfant à naître.

- A l'échelle nationale, il faudrait pouvoir soigner toutes les personnes infectées présentes sur le territoire, et donc prendre en charge les patients migrants, les déte-nus, les clandestins...

- A l'échelle mondiale, il faudrait qu'il existe une égalité des soins entre les pays du nord et du sud et donc permettre un accès aux soins, au dépistage et aux traitements ARV (Anti-Rétro-Viraux) à tous.

Concernant l'information du partenaire sexuel, un patient infecté par le VIH peut garder son secret. Personne ne peut l'obliger à informer son partenaire et le médecin est lié au secret professionnel (article L110-4 du Code de la Santé Publique, article 4 du Code de Déontologie.

En 2002, le CNOM admettait que dans certaines circonstances, d'autres valeurs peuvent prédominer sur le caractère absolu du secret professionnel. Il offre au

médecin « un choix de conscience » : le professionnel peut invoquer « l'état de nécessité ». Mais l'infection par le VIH n'est pas un critère d'exception du secret. Seule la protection du partenaire stable pourrait constituer un état de nécessité, mais la démarche doit rester exceptionnelle.

Cependant, la loi évolue. Le patient a l'obligation morale d'informer son partenaire.

La Cour de cassation a condamné en 2006, à 6 ans de prison, un homme pour avoir contaminé 2 femmes: « atteinte volontaire à l'intégrité de la personne et administration de substance nuisible ». Ce motif de condamnation est intégré au Code Pénal en 2008. Un patient peut donc être jugé pour avoir mis en danger la vie d'autrui.

Concernant les femmes enceintes, les choses sont devenues plus simples. Au début de l'épidémie, en raison de l'absence de traitement, les malades mouraient rapidement. Les femmes enceintes contaminées n'étaient pas encouragées à garder le bébé (risque de contamination, d'être orphelin...). Depuis 1996, les patientes infectées vivant plus longtemps grâce aux trithérapies efficaces, le désir de grossesse est pris en compte. La prise en charge de la grossesse est réalisée conjointement par l'infectiologue et le gynécologue. Depuis 2004, les patientes infectées par le VIH ont accès à la PMA, de même que les patients infectés par le VIH qui expriment un désir de paternité.

Concernant la prise en charge des patients infectés sur le territoire, ils sont pris en charge gratuitement en situation d'urgence. En l'absence d'urgence, il faudra qu'ils apportent la preuve qu'ils vivent en France depuis plus de 3 mois pour ouvrir un dossier AME (Aide Médicale Etat).

Concernant la prise en charge de l'infection dans les pays émergents, il existe une mise à disposition de génériques des antirétroviraux dans de très nombreux pays. Les services sanitaires disposent de molécules permettant de réaliser des trithérapies de 1ère ligne, voire de 2ème ligne.

Mais le problème de prise en charge n'est pas seulement lié à la mise à disposition du traitement ARV. D'autres facteurs jouent un rôle primordial : rupture de stock (retard de commande, de livraisons, corruption...), difficultés pour les patients de se rendre dans les centres de prise en charge (lieux d'habitation éloignés des centres de soins, mauvaises infrastructures concernant les transports...), inaccessibilité à la prévention et à l'information (défaut d'information, fausses croyances, rôle de la religion ...).

Prévention de la transmission du VIH en France en 2014

Depuis 1997, un traitement post exposition (TPE ou Trithérapie d'urgence) est mis à la disposition de l'ensemble des soignants, en cas d'accident d'exposition au sang.

Ce traitement prophylactique a été étendu à la prévention du risque d'exposition par voie sexuelle, il est mis à disposition de l'ensemble de la population depuis 1998, dans tous les services d'accueil des urgences des hôpitaux du territoire.

En cas de prise de risque, sanguin ou sexuel, la prise en charge doit se faire le plus rapidement possible, **au mieux dans les 4H et toujours avant 48H.**

Les médecins des SAU prescrivent un Kit TPE pour 72H, les victimes sont ensuite adressées en consultations dans les services spécialisés de prise en charge du VIH (Infectiologie, Médecine Interne), où une réévaluation du risque est réalisée par un spécialiste.

Si le risque est avéré, le traitement d'urgence sera prolongé jusqu'au 28e jour. Ce traitement pouvant être à l'origine d'effets secondaires, une surveillance clinique et biologique est instaurée au moins à J0, J14 et J28.

Une surveillance sérologique sera réalisée pour dépister une éventuelle séroconversion.

Si la personne a bénéficié d'un traitement d'urgence, une sérologie VIH sera réalisée à M 4 après l'accident d'exposition, soit M 3 après l'arrêt du traitement post exposition.

Si ce test est négatif, on pourra affirmer qu'il n'y a pas eu de contamination.

Nouvelles modalités de traitement des patients infectés par le VIH

Depuis octobre 2014, on note une modification dans l'instauration du traitement des personnes infectées par le VIH.

Jusque là, le patient infecté par le VIH n'était traité que si son état de santé le nécessitait (symptômes, immunité abaissée avec des lymphocytes CD4 < 350/mm3, charge virale VIH très élevée).

A partir d'octobre 2014, chaque personne dépistée VIH positive se voit proposer un traitement antirétroviral, quel que soit son état immunologique. Ce traitement antirétroviral devient un outil de prévention. Le but de ce traitement est d'abaisser la charge virale plasmatique de toutes les personnes infectées, et ainsi de diminuer le risque de transmission du virus aux partenaires.

Ce concept de TasP (treatment as prevention), est possible grâce à l'amélioration de la tolérance du traitement et de la prise du traitement.

Emergence de nouveaux problèmes éthiques

Suite à de nombreuses études, on admet actuellement que dans un couple hétérosexuel sérodiscordant (l'un est infecté par le VIH, l'autre ne l'est pas), il est possible d'avoir des rapports sexuels non protégés, si et seulement si :

- le couple est stable, (sans autre relation extra-conjugale)
- la personne non contaminée est informée de l'infection par le VIH de son partenaire, et qu'elle accepte donc de prendre le petit risque résiduel persistant.
- la personne contaminée a une charge virale non détectable depuis plus de 6 mois
- la personne contaminée prend un traitement de façon régulière, sans trouble de

Présentation de l'AFFM

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidentes d'honneur :

Dr L. Mechelany-Leroy

Dr M.-D. Ghnassia

Présidente :

Dr Cécile Renson

Vice Présidente :

Dr Francine Violette

Trésorière :

Dr Marie-Claire Brusset

Secrétaire Générale :

Dr Françoise Nico

Secrétaire Générale Adjointe :

Dr Lucie Rakotomalala

Correspondante Nationale :

Dr Ouahiba Softa

Correspondante Internationale et MWIA

Dr Thi Thoi Pham

Autres membres du C.A. :

Dr C. Bourgeois

Dr C. Dispot

Dr T.-N.-D. Ho

Dr F. Le Bail

Dr D. Lenfant-Laffite

Dr M.-N. Mayer

Dr M. Muhlmann-Weill

Dr A. Pichot-Pariat

Dr Catherine Barlier-Pagel

SECTIONS LOCALES

SECTION BRETAGNE :

Dr F. Le Bail

31, route de Kerlily

29280 - Loc Maria Plouzané

SECTION GRAND EST :

Dr Catherine Barlier-Pagel

27, Av Georges De la Tour

54300 Luneville

COMMISSAIRE AUX COMPTES

Monsieur G. Ranchon - (NORMINTER)

2, rue Méhul - 75002 Paris

Tél. : 01.42.96.54.37 - Fax : 01.40.15.09.46

l'observance

- les 2 partenaires ont un suivi régulier pour le dépistage et le traitement éventuel des autres IST (syphilis, gonocoque, chlamydia, herpes, HPV, mycose...).

Dès la parution de ces conclusions, certains patients ont adapté le contenu et retenu uniquement les conditions qui les intéressaient, à savoir : «si je prends un traitement et que j'ai une charge virale indétectable, je peux me passer de préservatif... », donnant lieu à de nouveaux problèmes éthiques ...

Références : Rapport MORLAT 2013.



Dr Thi Thoi Pham Dr Marie-Dominique Ghnassia

Des nouvelles de la MWIA



Les relations entre l’AFFM et la MWIA se poursuivent de façon très chaleureuse. La Vice-Présidente pour l’Europe du Sud le **Dr Christiane Pouliart** a fait le déplacement d’Anvers à Paris pour assister le 31 Janvier 2015 au Colloque annuel de l’AFFM, elle en a fait mention dans son rapport paru dans l’UPDATE de la MWIA (numéro 61 - Mars 2015).

Le **Dr Thi Thoï Pham** à l’occasion d’un voyage à New York en Janvier 2015 a pu rencontrer le **Dr Satty Gill Keswani** (photo) qui l’a très aimablement reçue, lui a fait visiter son lieu de travail et fait connaître son équipe.

Il s’agit d’un centre médical consacré à la fertilité et à la procréation médicalement assistée où Satty travaille sur l’endocrinologie reproductrice

Elle a confié à **Thoï** le programme de la réunion organisée au Palmer House Hilton de Chicago du 23 au 26 Avril 2015 pour célébrer le Centenaire de l’Association Américaine des Femmes Médecins (AMWA). **Thoï**, s’est inscrite et va ainsi, en tant que Coordinatrice Nationale, représenter l’AFFM à cette réunion exceptionnelle. Christiane Pouliart sera présente.

Les **Docteurs Satty Gill Keswany** et **Mini Murthy** représentent la MWIA à l’ONU. Le **Dr Mini Murthy** a fait partie du comité organisateur de la 59ème Session de la Commission du Statut des Femmes qui s’est tenue à New York du 9 au 20 Mars sur le thème « **Pékin plus 20** ». Le 8 Mars pour commémorer la Journée Internationale de la Femme une marche (Marche de l’égalité des genres) a eu lieu depuis l’ONU jusqu’à Times Square à laquelle des membres de la MWIA venues du monde entier ont participé.

Les **Docteurs Keswani** et **Murthy** ont organisé le 9 Mars avec l’AMWA une table

ronde sur « **Le rôle de la MWIA pour la promotion des droits de la santé et de la reproduction depuis Pékin et au delà** ».

Ont pris la parole le **Pr Malgorzata Fuszara** ministre Polonaise, **Ruchira Gupta** fondatrice d’une ONG en Inde qui lutte contre le trafic sexuel et a reçu un Award au NGO CSW Forum Woman, les **Drs Shelley Ross, Farzana Hafzulla, Gail Beck, Satty Keswani, Eleanor Nwadinobi, le Dr Murthy** étant modératrice. De plus la MWIA a coorganisé trois tables rondes avec d’autres ONG (Le Conseil National des Femmes USA, la Coalition Psychologique aux Nations Unies, l’Alliance d’action Taiwanaise pour la Santé Mentale).

Le **Dr Gabrielle Casper**, venue d’Australie avec 9 étudiantes en médecine qui ont présenté des posters, a remis 9 machines portables à ultrasons offertes par le Rotary club Australien à l’Afghanistan, le Nigéria, le Ghana, le Rwanda, la Tanzanie et la Grenade.

Le partenariat avec le Zonta a permis à **Shelley Ross** d’apporter 300 kits d’accouchement que le **Dr Murthy** a remis au Gouverneur Général de la Grenade.

Pour mémoire :
23-26 Avril 2015 : Célébration du Centenaire de la AMWA
Au Palmer House Hilton, Chicago, USA.

Réunion Régionale Europe du Sud :
14 Novembre 2015.
Parlement de Bruxelles, 69 Lombardstreet, 1000 Bruxelles
Thème : Les différences cérébrales entre Femmes et Hommes criminels
Contact : Dr Christiane Pouliart
VP_southerneurope@mwia.net

30ème Congrès International de la MWIA :
28/31 Juillet 2016. Vienne Autriche.
Thème : Génération Y : Défis futurs pour

les femmes médecins.

L’inscription est possible sur : www.mwiavienna2016.org
L’appel aux résumés est ouvert.

Réunion Régionale Europe du Nord et centenaire de la fédération des femmes médecins du Royaume Uni :
10/13 Mai 2017. Londres, GB
Thème : Cent ans de femmes médecins : Passé, Présent, Futur

Célébration du Centenaire de la MWIA : 2019.



MWIA’S NEWS

The friendly relations between MWIA and AFFM are going on. **Dr Christiane Pouliart**, VP Southern Europe, came from Antwerp to Paris for the annual meeting of AFFM on January 31st. She has written about that subject in the last UPDATE –N° 616 March 2015 (+ photo).

Dr Thi Thoï Pham met **Dr Satty Gill Keswani** (+ photo) in January in New York, who welcomed her the most graciously in her clinic. She introduced her to her staff and spoke of her speciality: reproductive endocrinology. She presented her a brochure announcing the coming Centennial Celebration of the AMWA at the Palmer House Hilton in Chicago –April 23-26 2015. Dr Pham agreed to be present and as national coordinator, she will represent the AFFM for this very special meeting. **Dr Christiane Pouliart** will attend this event as well.

Dr Satty Gill Keswani and **Dr Mini Murthy** are MWIA’s United Nation representatives. **Dr Murthy** was member of the NGOCWSW planning committee for the 59th Commission on the Status of Women

(CSW) held from March 9th to March 20th, 2015 at the United Nations. The theme was **“Beijing plus 20”**.

On March 8th MWIA members from around the world marched through the streets of New York from the UN to Times Square to commemorate International Women’s Day thus participating in the Gender Equality March organized by UN Women.

On Monday March 9th Dr Keswani and Dr Murthy organized a panel discussion entitled **“The role of MWIA in Promoting Health and reproductive Rights since Beijing and Beyond”**. The speakers included **Pr Malgorzata Fuszara**, Minister from Poland, **Ruchira Gupta**, activist and NGOCSW Woman of Distinction Awardee, **Dr Shelley Ross**, **Dr Farzana Hafzulla**, **Dr Gail Beck**, **Dr Satty Keswani** and **Dr Eleanor Nwadinobi**. The panel was moderated by Dr Mini Murphy.

During the CSW, MWIA co-sponsored 3 other panels with other NGOs (Psychologi-

cal Coalition at the UN, National Council of Women USA, The Taiwan Action Alliance for mental Health).

Dr Gabrielle Casper came from Australia with nine medical students who presented posters, and she was able, by connecting with Rotary, to bring nine mobile ultrasound machines in CSW which were donated to Nigeria, Ghana, Tanzania, Rwanda, Grenada and Afghanistan.

The partnership between Zonta and MWIA allowed Shelley Ross to take 300 birthing kits to CSW and Dr Murthy was able to give the kits to the Governor General of Grenada to be used in their delivery rooms for their indigent populations.

Agenda

April 23-26 2015:

Centennial Celebration of the AMWA

Location: at the Palmer House Hilton, Chicago, USA

November 14, 2015: Southern Euro-

pean Regional Meeting.

“The difference of the brain between women and men in crime.”

Location: Brussels Parliament, Lombardstreet 69, 1000 Brussels.

Contact: Dr Christiane Pouliart

VP_southerneurope@mwia.net

July 28-31, 2016:

30th International Congress of MWIA.

“Generation Y: Challenges of the Future for Female Medical Doctors”

Location: Vienna- Austria

Registration & Call for abstracts:

www.mwiavienna2016.org

May 10-13, 2017:

Northern European Regional Meeting

“100 years of Medical Women: Past, Present and Future”

Celebration of 100th Anniversary of Medical Women’s Federation

Location: London, UK

2019: Celebration of MWIA Centennial

Brève

En cas d’urgence, faites le 15

Une anesthésiste qui se « livre »... ou le quotidien d’un médecin du Samu...

Ainsi s’intitule le livre écrit par le Docteur Suzanne Tartière et le Docteur Xavier Emmanuelli, ancien Secrétaire d’Etat à la Médecine humanitaire d’urgence, membre cofondateur de Médecin sans frontière, médecin - chef de l’établissement pénitentiaire de Fleury-Mérogis et créateur du Samusocial.

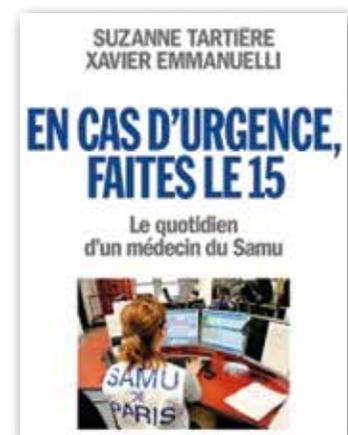
Notre consœur relate son expérience de médecin régulateur au « 15 », chargée de répondre à toutes sortes d’urgences même si « seuls 10% des appels relèvent d’une urgence médicale ». Car le Samu doit en effet faire face à une augmentation des appels de personnes en situation de précarité souffrant de troubles médico-psycho-sociaux. Ces appels ne relevant pas d’une urgence grave et ne nécessitant pas d’hospitalisation sont es-

sentiellement passés par des personnes âgées isolées.

Pour répondre à cette demande, l’Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) a mis en place une équipe mobile d’urgence (EMU) en collaboration avec l’association Les Transmetteurs, composée entre autre de médecins retraités et de bénévoles, au sein du Samu de Paris.

Cette équipe a pour vocation de se déplacer au domicile des patients, en journée pour des interventions longues. Ils pourront ainsi juger de l’état du patient et le rediriger vers des services mieux adaptés à leur état. L’EMU est composée de deux médecins et d’une assistante sociale.

Mais, pour ce qui est des appels au 15, voilà une couverture qui ne peut man-



Albin Michel, mai 2015, 208 pages

EAN13 : 9782226316592.

Prix : 15.00 €

quer de nous faire courir à la librairie la plus proche, tellement ce récit est riche d’enseignement...



Dr Hélène Mandroux à l'honneur

Une femme à l'honneur

« Résister, dire la vérité, isole aujourd'hui mais dessine inexorablement l'avenir ».

Tels sont les propos du Docteur Hélène Mandroux dans son livre « Maire courage. Les vérités d'Hélène Mandroux ».

Cette ligne de conduite a permis à Hélène Mandroux de mener une vie bien remplie et d'être distinguée par le Premier Ministre.

En effet, celui-ci vient de la nommer Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur lors de la promotion de Pâques.

Toujours membre de l'Association Française des Femmes Médecins dont elle a présidé la section montpelliéraine de 1981 à 1989, après avoir soutenu sa thèse sur « les études des respirateurs en caissons hyperbares », elle a exercé l'anesthésie - réanimation à Castelnau-le-Lez, puis la médecine générale à la Mosson.

Elle a mené, parallèlement, une carrière politique à Montpellier : conseillère municipale, puis adjointe au maire, elle devient de 2004 à 2014 la première femme maire de la ville, une des sept femmes maires de villes de plus de 100 000 habitants.

Elle sera vice-présidente de l'Association des maires des grandes villes de France et présidente des villes universitaires de France d'octobre 2008 à juin 2014.



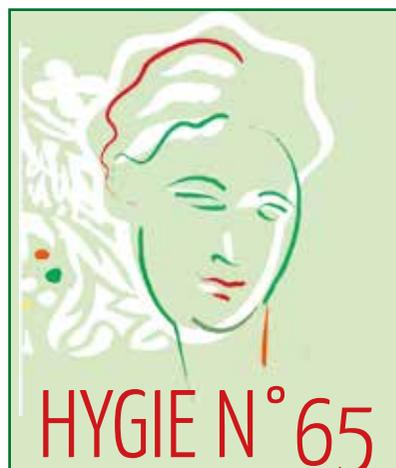
Dr Hélène MANDROUX

Jean-Marc Ayrault, Premier ministre, lui confiera en 2014 un audit sur la désertification médicale en zones rurales isolées.

Bravo à cette femme qui a su mener deux exigences : celle de médecin et celle d'élue locale.

L'Association Française des femmes Médecins adresse à Hélène Mandroux ses bien vives félicitations.

Dr Cécile RENSON



JOURNAL TRIMESTRIEL DE L'AFFM

Directeur de publication :
Dr. Cécile Renson

COMITÉ DE RÉDACTION

Dr. Marie-Claire Brusset
(Directeur du comité)
Dr. Françoise Pantaleon
Dr. Marie-Dominique Ghnassia
Dr. Charlette Dispot
Dr. Francine Violette
Dr. Françoise Nico

RÉGIE PUBLICITAIRE

RÉGIMEDIA - Marc Ferret
Mel : mferret@affinitesante.com
Tél : 01 72 33 91 05

RÉALISÉ PAR L'EUROPÉENNE D'ÉDITIONS

MAQUETTE

Éloïse Fages

ADRESSE DE LA RÉDACTION

RÉGIMEDIA
17, Rue de Seine
92100 - Boulogne Billancourt
Site : www.affm-asso.fr

N.D.L.R. : Les opinions exprimées dans les différentes rubriques du Journal de l'AFFM n'engagent que leurs auteurs. Les auteurs dont les articles paraissent dans ce numéro de l'AFFM, transmettent leurs droits de copyrights aux éditeurs du journal. Les auteurs certifient que le texte cité ci-dessus n'est pas simultanément soumis à un autre journal scientifique en vue de publication.

BLOQUEZ DANS VOS AGENDAS

Réunion AFFM

15 octobre 2015 - 18h30 à 20h30 (accueil à partir de 18h00)

Salle Bleue de l'Hôpital Georges Pompidou

Le thème et l'orateur seront confirmés rapidement

Le microbiote intestinal

Synthèse par le Dr Cécile Renson

Cette année, notre colloque a été consacré aux « *Actualités gastro-entérologiques : de l'enfant à l'adulte* », présidé et animé par le Professeur Olivier Goulet, Chef du service de gastro-entérologie, hépatologie et nutrition pédiatriques à l'Hôpital Necker-Enfants malades.

C'est avec beaucoup de plaisir que nous retranscrivons ses propos au sujet d'un écosystème à la fois connu depuis longtemps et récemment objet de recherches technologiques avancées où la France est au premier plan : le microbiote intestinal.

Le microbiote intestinal, autrefois appelé « flore intestinale », est un monde vivant de 100 000 milliards de bactéries, soit 10 fois plus de micro-organismes que le corps entier ne compte de cellules et avec plus de 1 500 espèces identifiées.

Le microbiote est implanté tout au long du tube digestif selon un gradient oro-anal, mais il prédomine au niveau du côlon, en particulier du colon droit. Un gramme de selles humaines contient environ 1 000 milliards de bactéries. Il est indispensable à la maturation des fonctions digestives et au développement du système immunitaire associé à l'intestin. Il a de nombreuses fonctions métaboliques et nutritionnelles.

Grâce aux récents progrès en génétique moléculaire, notamment au programme Meta HIT (Métagénomique de l'Intestin Humain), il a été possible de déterminer la séquence des génomes bactériens constituant le microbiote.

Données sur le microbiote intestinal

Les bactéries anaérobies strictes sont les plus nombreuses (99% des espèces présentes). Elles échappent aux techniques classiques de mise en culture puisqu'elles se développent en l'absence d'oxygène. Elles constituent le microbiote « dominant » et appartiennent à trois grands groupes « phylogénétiques » identifiés par des techniques moléculaires basées sur l'ARN ribosomique 16S : les Firmicutes (Eubacterium, Clostridium, Enterococcus...) les plus abondantes, les Bacteroidetes (Bacteroides, Porphyromonas, Prevotella...) et les Actinobactéries (Bifidobacterium, ...).

Il existe aussi un microbiote intestinal « sous-dominant », moins abondant, constitué de bactéries anaérobies facultatives (Enterobacteria, Lactobacillus, Streptococcus...) et un microbiote de « passage », très polymorphe, composé entre autres de levures.

Un peu plus de 1 000 espèces bactériennes composent le microbiote intestinal humain. Chacun d'entre nous héberge environ 200 espèces avec une combinaison spécifique lui conférant une sorte de carte de visite ou d'empreinte microbiologique personnelle. Malgré cette diversité, les fonctions du microbiote sont très voisines d'un sujet en bonne santé à l'autre.

Implantation et développement du microbiote intestinal

Le fœtus et l'enfant à la naissance ont un in-



testin totalement dépourvu de micro-organismes. A la naissance, le nouveau-né se colonise principalement à partir des populations maternelles fécale et vaginale et son microbiote va atteindre en une semaine un niveau quantitatif de l'ordre de 10 milliards de bactéries par gramme de selles.

Plusieurs facteurs influencent l'implantation et le développement du microbiote intestinal : les caractéristiques maternelles, l'âge gestationnel, le mode d'accouchement, l'environnement du lieu de naissance, le type d'alimentation, les prises médicamenteuses (antibiotiques, anti-acide...), voire jusqu'au lieu géographique de naissance : en Europe chez les nourrissons de six mois, on note une prédominance de bacteroidetes dans les pays du Sud et de bifidobactéries dans ceux du Nord...

Un nouveau-né allaité par sa mère développe une prédominance de bactéries de type Bifidobacterium, nourri avec un préparation à base de protéines de lait de vache, il développera une flore plus riche en bactéries de type Clostridium.

L'équilibre du microbiote est atteint entre la 2^e et la 3^e année de vie en fonction du type d'alimentation.

A l'âge adulte, le microbiote colique est très stable, en particulier dans le côlon gauche, alors que celui du côlon droit, largement influencé par les résidus de l'alimentation est plus variable.

Fonctions du microbiote

Le microbiote intestinal est un biotope majeur, indispensable à la maturation des fonctions digestives. Il exerce de nombreux effets sur l'angiogenèse, la trophicité intestinale, la production de mucus ou sur le système neuro-musculaire entérique. Il participe donc au développement et à la maturation des systèmes de défense non spécifiques de l'axe intestinal. Le microbiote intestinal a de nombreuses fonctions métaboliques et nutritionnelles. A partir de résidus d'hydrates de carbone, il produit des acides gras à chaînes courtes qui ont un rôle trophique majeur directement sur le colonocyte ou par l'intermédiaire d'hormones comme le GLP-2. Il a un rôle majeur dans la récupération des substrats énergétiques suggérant ainsi son importance dans l'obésité et produit des micronutriments comme la vitamine K2 ou la vitamine B12. Il exerce également un rôle protecteur vis-à-vis de certaines toxines produites par des micro-organismes pathogènes, soit en les dégradant, soit en agissant sur leur synthèse, soit en modifiant la sensibilité des entérocytes à ces toxines.

Ses désordres peuvent entraîner des désordres importants allant de simples troubles fonctionnels intestinaux à des pathologies inflammatoires, voire cancéreuses.

Le microbiote intestinal constitue une « barrière » permettant de limiter la colonisation par des bactéries pathogènes.

Système immunitaire associé à l'intestin (SIAI)

Le SIAI repose sur une double composante : un système adaptatif et un système inné.

Le système adaptatif compte un nombre très élevé de cellules immuno-compétentes (lymphocytes, macrophages, cellules den-

dritiques, mastocytes, polynucléaires...) et a des capacités de défense le faisant considérer comme la deuxième structure immunitaire de l'organisme.

Le système immunitaire inné repose essentiellement sur les récepteurs Toll-like receptors (TLR), protéines transmembranaires exprimées dans les tissus lymphoïdes qui jouent un rôle important dans les défenses contre les micro-organismes.

Le microbiote du nouveau-né participe à la mise en place des fonctions du SIAI.

Dysbiose intestinale et maladies associées à des modifications du microbiote intestinal

Le microbiote intestinal est un éco-système en équilibre, en permanence auto-régulé.

Chez l'adulte en bonne santé, le ratio Firmicutes/Bacteroidetes est d'environ 10/1. Cet équilibre peut être rompu en raison d'agres-

sions diverses d'origine médicamenteuse (antibiotique), infectieuse ou lors d'un changement brutal d'environnement ou d'alimentation.

Les traitements anti-acide, notamment dans le cadre du reflux gastro-oesophagien modifient les séquences d'implantation du microbiote chez le très jeune enfant. Ils augmentent le risque de diarrhée infectieuse et de pneumonie.

Des travaux suggèrent un lien entre antibiothérapie en période néo-natale et asthme ou entre antibiothérapies répétées dans l'enfance et incidence de la maladie de Crohn.

Les antibiotiques détruisent les bactéries du microbiote dominant qui sont les plus sensibles, rompant alors avec l'effet barrière et favorisant la pullulation de bactéries potentiellement pathogènes. La principale bactérie responsable de diarrhée associée aux antibiotiques(DAA) est une bactérie anaéro-

bie stricte très résistante aux antibiotiques, le Clostridium difficile.

Certains troubles métaboliques (obésité, diabète de type 2) semblent associés à des modifications du microbiote intestinal.

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), maladie de Crohn et rectocolite hémorragique, résultent d'une réponse immunitaire intestinale inadaptée vis-à-vis des bactéries habituelles du microbiote intestinal. Il en résulte une inflammation de la muqueuse intestinale, avec des manifestations étendues au-delà du colon dans la maladie de Crohn.

Modulation du microbiote intestinal

L'alimentation et les modes de vie occidentaux influencent l'acquisition et le maintien d'un microbiote intestinal « équilibré ». L'évolution des conditions de vie et la moindre exposition à des antigènes microbiologiques pourraient, selon « l'hypothèse hygiéniste », rendre compte en partie de l'augmentation des maladies allergiques, inflammatoires et auto-immunes.

La modulation du microbiote intestinal est possible en fonction de l'âge et de l'objectif. Elle repose sur la consommation sous forme d'aliments ou de préparations médicamenteuses de probiotiques, de prébiotiques ou de produits de fermentation.

Un prébiotique est un composant alimentaire non digestible qui, après ingestion, est métabolisé dans l'intestin et stimule la croissance sélective d'une flore bénéfique pour l'hôte.

Un probiotique est un micro-organisme vivant (bactérie ou levure) dont l'ingestion entraîne un effet bénéfique sur l'hôte. Déjà Elie Metchnikoff, élève de Pasteur, considérait les yaourts et produits fermentés bons pour la santé. Il émet l'hypothèse que les Lactobacilli qu'ils contiennent sont importants pour la santé et la longévité.

Il n'y a pas un probiotique capable d'avoir « tous » les effets. Ceux-ci dépendent de la souche sélectionnée ou associée, de la dose et de la durée d'administration du ou des probiotiques, de leur préservation dans le tube digestif. En fonction de l'indication, il pourra être administré comme une « médicament » ou au sein de produits laitiers.

La métagénomique permet d'identifier des gènes bactériens impliqués dans des fonctions métaboliques. Nul doute que le développement des outils moléculaires permettra une meilleure compréhension des actions et du mode d'actions des micro-organismes, en particulier ceux qui composent le véritable « écosystème » essentiel au maintien de l'équilibre satisfaisant de l'organisme tout entier qu'est le microbiote intestinal.

D'après « Le microbiote intestinal » d'Olivier Goulet (tiré à part des Réalités pédiatriques)



Bulletin d'adhésion et cotisation 2015

Nom..... Prénom.....
Adresse.....
Code Postal..... Ville.....
Spécialité.....
Année de thèse..... Faculté.....
Téléphone..... Fax.....
Mel.....

Mode d'exercice : libéral salarié hospitalier mixte retraité

• Cotisation : membre

En activité 45 € En retraite : 35 € Etudiant(e) : 10 €
 Soutien : 50 € ou plus Association : 80€

Si vous voulez adhérer à une section locale :

1. cochez la section choisie
2. envoyez le becquet d'adhésion à la section locale

Bretagne Grand Est

Le versement de la cotisation doit être effectué par chèque bancaire ou postal libellé à l'ordre de l'AFFM et adressé au secrétariat administratif national :
AFFM, 17, Rue de Seine
92100 Boulogne Billancourt

Possibilité de déduction fiscale : un justificatif vous sera adressé.

Date : _____ Signature ou Cachet

Becquet d'adhésion à la section locale 2015

Ce becquet être adressé directement à la section locale de votre choix (adresse ci-contre)

Bretagne Grand Est

Nom..... Prénom.....
Adresse.....
Code Postal..... Ville.....
Spécialité.....
Année de thèse..... Faculté.....
Téléphone..... Fax.....
Mel.....

Section Bretagne :
Dr F. LE BAIL,
31 Route de Kerbily
29280 LOC MARIA PLOUZANÉ

Section Grand Est :
Dr C. BARRIER-PAGEL,
27, Av Georges De la Tour
54300 LUNEVILLE

La première édition 2015 de Formation Médicale Continue concernant le Surpoids a permis de mettre en application un enseignement pluridisciplinaire organisé par La Société Française du Cancer, la Société Française de Cardiologie, la Société Francophone du Diabète, le Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français, la Société Française de Gynécologie, la Société Française de Rhumatologie, l'Association Française des Femmes Médecins.

Le partenaire institutionnel de ce programme de FMC qui va être présenté à travers toute la France (20 Régions) est MSD France.

Etat des lieux de la santé des femmes

Pr Bernard BEAUDUCEAU

(Hôpital Bégin-Saint Mandé)

Si l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes (85,4 ans/79,2 ans) celles-ci en vieillissant présentent plus d'incapacités dans leur vie quotidienne, se perçoivent comme en moins bonne santé, ont un taux de suicide plus élevé et renoncent plus fréquemment aux soins que les hommes (16,5%/11,5%). De plus le comportement des femmes se rapprochant de celui des hommes quant à la consommation de tabac, d'alcool et la prise de risques la courbe de mortalité des femmes devient ascendante contrairement à celle des hommes.

Pr Michel MARTY (Hôpital Saint-Louis, Paris) : le surpoids est un problème majeur de Santé Publique affectant la santé des femmes. Le surpoids a des conséquences négatives familiales, sociales et économiques : il nécessite donc des actions de prévention et un abord thérapeutique global et multidisciplinaire.

Impact socio-épidémiologique du surpoids chez la femme

Dr Françoise CLAVEL-CHAPELON

(Directeur équipe INSERM « Nutrition, Hormones et Santé des femmes »)

Le Risque Relatif d'obésité est de 1,4 soit 168 cas pour 100000. L'Indice de Masse Corporelle (IMC : Poids en Kilos divisé par la taille au carré en mètre : normales OMS de 18,5

à 25) reflète mal la composition corporelle dans laquelle interviennent masse osseuse, musculaire et graisse.

Il faut distinguer l'obésité abdominale ou viscérale (mauvais tissu adipeux, stockage des lipides à long terme, 80 à 95% de la graisse totale) et l'obésité sous cutanée (tissu adipeux sain, stockage des lipides à court terme, 5 à 20% de la graisse totale).

Le tour de taille en corrélation avec l'IMC est également à prendre en considération : on note une augmentation du tour de taille moyen chez les femmes françaises de 6,7 cm en 15 ans.

Les facteurs favorisant l'obésité sont la sédentarité, le type d'alimentation (grignotage, taille des portions, consommation d'aliments caloriques, régimes « yoyo ») les facteurs génétiques, psychologiques, biologiques (âge, métabolisme, prise de certains médicaments), les facteurs socio-économiques (retraités et artisans des deux sexes sont les plus à risque de surpoids- revenus inférieurs à 1200 euros mensuels).

En 2012, en France, 6,3 millions de femmes étaient obèses avec une nette prévalence dans les régions du Nord, de l'Est et le Bassin Parisien.

Une étude épidémiologique réalisée en France auprès de femmes appartenant à l'Education Nationale (MGEM) a montré une augmentation des risques de diabète, de cancer du sein après la ménopause, d'adénomes du colon gauche liée à l'obésité.

Le sentiment d'être rejeté, une mésestime de soi, des états dépressifs sont observés de même qu'un coût économique élevé.

Conséquences cliniques du surpoids chez la femme :

- Cardiologie

Pr Ariel COHEN (Hôpital Saint Antoine-Paris)

Le risque de décès d'origine cardiovasculaire augmente à partir d'un IMC supérieur à 29 Kg/m². L'augmentation d'IMC de 1kg/m² augmente le risque d'Hypertension Artérielle de 12%. Maladie coronaire, Infarctus du myocarde sont d'autant plus fréquents qu'existent diabète, dyslipidémie, HTA, tabagisme. L'obésité entraîne une cardiomyopathie par augmentation du tissu gras-

seux viscéral conduisant à l'insuffisance cardiaque. Les obèses présentent deux fois plus de risque d'insuffisance cardiaque que les non obèses.

A facteurs de risque équivalents les femmes présentent plus de risque d'accident ischémique cérébral que les hommes (de 45 à 64 ans : 21% /13%) ainsi que de récurrences à 5 ans (plus de 65 ans : 23% / 15%). L'obésité qui entraîne un état prothrombotique est un élément aggravant.

La prévention au niveau cardio vasculaire passe par l'absence de tabac, l'activité physique, la perte et la stabilisation du poids. Il est nécessaire de connaître les difficultés d'exploration chez la femme dont la symptomatologie coronaire est souvent atypique et d'être plus agressif avec les patients obèses.

- Oncologie

Pr Laurent ZELECK

(CHU Avicenne-Bobigny)

Avant la ménopause le surpoids est associé à un moindre risque de Cancer du sein. Après la ménopause le développement de cellules tumorales est favorisé par l'augmentation d'estradiol, d'insuline IGF1, la modification de l'équilibre des cytokines. La relation surpoids /cancer de l'endomètre est avérée, surpoids/cancer de l'ovaire est incertaine.

Dans le monde 5,4% des cancers chez la femme sont attribuables à un IMC supérieur à 25Kg/m².

Le surpoids serait associé à un sur risque de mortalité après cancer du sein. Une prise de poids de 2 à 3 Kg en moyenne est constatée chez 25% des femmes après cancer du sein (impact de la chimiothérapie, inactivité physique...). Le risque de rechute n'augmente que pour des prises de poids de plus de 10% du poids initial.

L'activité physique pourrait réduire la mortalité par cancer du sein.

- Diabétologie

Pr Bernard BAUDUCEAU

(Hôpital Bégin-Saint-Mandé)

Le Risque Relatif de Diabète de type 2 est lié à l'IMC et au tour de taille. Les femmes sont plus concernées que les hommes au niveau de la maladie et de ses conséquences cardio-

vasculaires et rénales. Des facteurs défavorables existent pour elles : moins de consultations et de contrôles médicaux, moins de recherche de micro albumine, moins de diagnostic et de traitements.

- Rhumatologie

Pr Corinne MICELI-RICHARD

(Hôpital Bicêtre-Le Kremlin-Bicêtre)

L'association du surpoids avec lombalgies chroniques - sciatique - ostéoporose fracturaire - polyarthrite rhumatoïde - rhumatisme psoriasique - gonarthrose sévère - goutte - est avérée. Des mécanismes mécaniques et métaboliques sont en cause. L'efficacité des traitements est moindre qu'il s'agisse d'antiTNF dans le rhumatisme psoriasique, de methotrexate dans la Polyarthrite rhumatoïde voire de prothèses totales du genou ou de hanche qui peuvent être suivies de complications.

La perte de poids (régime hypocalorique - chirurgie bariatrique), le maintien d'un capital musculaire, l'activité physique (natation, marche) sont des éléments majeurs de prévention et de traitement.

- Gynécologie/Obstétrique

Dr Christian JAMIN

(Paris)

La contraception représente un casse-tête quotidien pour la femme obèse mais la contraception ne fait pas grossir même les obèses. Il y a 4 fois plus de grossesses non désirées chez des femmes de moins de 30 ans obèses car celles-ci n'utilisent que peu la contraception médicalisée (8 fois plus de contraception non médicalisée chez ces femmes). L'adhésion est en effet altérée en raison de saignements intercurrents (idem problèmes de saignements avec le stérilet au cuivre). Par ailleurs le risque de phlébites conduit à une contraception progestative facteur d'acnée, d'augmentation de la pilosité (idem stérilet hormonal), de polykystose ovarienne.

Dr Joëlle Belaïsch-Allart (CH des 4 villes-Sèvres) : La fécondité est réduite chez les femmes en surpoids même si les cycles sont réguliers : le surpoids a une action sur les ovaires et sur l'endomètre. Les chances de succès des FIV sont moindres.

Durant la grossesse les risques maternels et fœtaux sont augmentés. Le risque de fausse couche est plus important de même que celui de prématurité. Lors de l'accouchement l'extraction peut être difficile d'où un taux plus important de césariennes. La morbidité et mortalité fœtale sont majorées.

La ménopause ne change rien à la prise de poids qui commence à partir de 30 ans. C'est

le morphotype qui se modifie avec augmentation du tour de taille, diminution de la masse maigre et augmentation de la masse grasseuse.

Chez les femmes ménopausées en surpoids on constate plus de bouffées de chaleur, plus de thromboses veineuses, plus de cancer du sein et un risque fracturaire variable. Le seul traitement à proposer est l'estradiol par voie transcutanée associé à de la progestérone naturelle.

Prise en charge nutritionnelle, activité physique et traitement chirurgical des femmes en surpoids

Pr Sébastien CZERNICHOW

(Hôpital Ambroise Paré. Boulogne-Billancourt)

Le surpoids est une maladie chronique évolutive (avec modification des adipocytes) source de handicap et de nombreuses complications. Les facteurs favorisant sont des apports énergétiques excessifs, la sédentarité, l'alcool, l'arrêt du tabac, la prise de médicaments (antidépresseurs, antiépileptiques, insuline, sulfamides hypoglycémiant, corticoïdes), les facteurs génétiques et antécédents familiaux, l'obésité dans l'enfance, la diminution du temps de sommeil.

Lors de la consultation initiale il faut préciser la demande de la patiente, établir une évaluation des troubles présentés (douleurs articulaires, essoufflement...), calculer l'IMC, mesurer le tour de taille (IMC entre 25 et 35Kg/m²), évaluer les risques cardiovasculaires, retracer l'histoire pondérale, l'activité physique, les conséquences psychosociales. Des objectifs réalistes doivent être fixés sur le plan de la perte de poids, de la nutrition, de l'activité physique. Les obstacles potentiels à la perte de poids seront recherchés. Une prise en charge psychologique est le plus souvent nécessaire. Le dernier recours sera la chirurgie.

Au niveau diététique : s'adapter aux habitudes et contraintes du patient, mettre en place une alimentation compatible, diminuer les calories alimentaires et la taille des portions, estimer la consommation d'alcool. L'objectif est une perte de poids de 5 à 15% du poids de départ avec un rythme moyen de 1 à 2 Kgs par mois.

La clé du succès est le suivi régulier en consultation.

Aucun régime spécifique n'a d'efficacité prouvée, de plus certains régimes entraînent des risques pour le capital osseux, peuvent induire un profil lipidique athérogène et une reprise de poids chez 80% des sujets après un an.

Les séances collectives ou individuelles

d'éducation alimentaire sont utiles.

L'activité physique peut être évaluée avec le nombre de pas par jour (7 à 10000 en marche soutenue). Par semaine 150 minutes d'activité modérée ; dans la semaine 1 heure de marche plus 1 heure de vélo plus 30 minutes de nage avec des périodes d'au moins 10 minutes d'affilée.

Chirurgie de l'obésité : sera proposée pour un IMC supérieur à 40Kg/m² ou IMC supérieur à 35 avec une comorbidité (HTA, Diabète de type 2, maladie ostéo-articulaire invalidante...) après échec d'un traitement adapté et suivi pendant plus de 6 mois. Le risque opératoire doit être acceptable.

Les patientes doivent être bien informées, avoir compris la nécessité d'un suivi médical au long cours. Elles doivent sortir de leur sédentarité avant l'intervention.

Sont des contreindications à la chirurgie : les troubles mentaux, les troubles cognitifs sévères, les troubles du comportement alimentaires non stabilisés, l'incapacité à participer à un suivi médical prolongé, la dépendance à l'alcool et/ou à des substances psychoactives, l'absence de prise en charge médicale préalable identifiée, l'existence d'une pathologie engageant le pronostic vital à court et à moyen terme, les contreindications à l'anesthésie générale.

Depuis 2009 le nombre d'interventions a considérablement augmenté (rapport HAS : 80% de femmes - âge moyen : 39 ans - IMC 40 à 49Kg/m² pour 60% des opérés- CMU pour 18%)

Le bénéfice obtenu est une perte de poids de 20 à 30% grâce au Bypass, 20 à 25% après gastrectomie longitudinale de Sleeve et 10 à 15% après pose d'anneau gastrique. Des actions favorables sur le Diabète de type 2, la dyslipidémie, l'hyper uricémie et l'HTA sont également constatées. Un impact positif sur la mortalité après cinq ans et demi de suivi est observé. Le risque de cancer chez la femme diminue de 42%.

En France, depuis 2012, 37 Centres de Références sur l'obésité ont été créés.

Conclusion

L'obésité est une maladie chronique évolutive. De nombreux événements de vie peuvent engendrer une prise de poids chez la femme. La stigmatisation des malades aggrave la prise de poids. L'objectif est de diminuer la densité énergétique de l'alimentation, de relancer l'activité physique et d'établir un parcours personnalisé avec un suivi régulier.

Du nouveau dans la prise en charge des manifestations du syndrome prémenstruel (SPM). Place et intérêt d'une association fixe d'extraits de plantes, magnésium et vitamines B5/B6*

G. de Lis Carp⁽¹⁾, J. Desprat⁽²⁾

⁽¹⁾Docteur en Pharmacie-Paris, ⁽²⁾Docteur en Médecine-Paris

Introduction

De nombreuses femmes âgées de 18 à 50 ans consultent pour des troubles prémenstruels physiques et/ou psychiques qui perturbent leur qualité de vie et cela parfois depuis plusieurs années.

PHYTOCYCLAN® propose une association fixe de six ingrédients (3 extraits de plantes, 2 vitamines et un oligo-élément). Chaque ingrédient a fait l'objet de publications reconnues scientifiquement et référencées au niveau international attestant d'un réel intérêt par leurs effets bénéfiques dans la prise en charge de ces troubles répétitifs prémenstruels (1,2,3,4, 5, 6, 7)

Cette enquête multicentrique ouverte, en ambulatoire, réalisée dans le cadre de consultations de gynécologie, a pour but de mettre en évidence les effets et la bonne acceptabilité de cette association de plantes, minéraux et vitamines récemment commercialisée.

Elle contribue à mieux préciser si une bonne tolérance et une amélioration des troubles physiques et/ou psychiques, parfois ressentis comme invalidants dans la vie quotidienne de certaines femmes (mastodynie, gonflement abdominal, prise de poids, anxiété, irritabilité, troubles du sommeil) a pu être objectivée par les médecins et leurs patientes.

Population et méthodes

Recueil des informations

Une fiche d'enquête a été remise en trois exemplaires à des gynécologues praticiens (N=118 fiches) acceptant de participer gracieusement à ce travail.

Les praticiens se répartissent en gynécologues médicaux (N= 47), en gynécologues-obstétriciens (N=33), en gynécologues-endocrinologues (N=3), en gynécologues-chirurgiens (N= 3) et en spécialité gynécologique non précisée (N= 21), répartis sur l'ensemble du territoire français.

Les items de la fiche d'enquête portent sur :

1. L'âge, la durée ou ancienneté des troubles.
2. Une double appréciation notée par les femmes :
 - d'une part sur la tolérance ou l'acceptabilité du Phytocyclan® administré à raison de 3 gélules par jour pendant 15 jours à 3 semaines avant la date présumée des prochaines règles ; l'évaluation était faite à l'aide d'un questionnaire à quatre échelles (bonne, moyenne, mauvaise, ou autre),
 - et d'autre part de préciser si une amélioration était notée sur les troubles physiques (mastodynie, gonflement abdominal, prise de poids, autre) et les troubles psychiques (anxiété, irritabilité, troubles du sommeil, autre).
3. Une appréciation notée par le praticien, en fin d'exploration, avec une note globale de 1 à 10 tenant compte à la fois de son appréciation clinique personnelle, de la tolérance observée et des améliorations physiques et/ou psychiques

Age	Nombre	%
Inférieure à 20 ans	4	4 %
De 20 à 29 ans	19	18 %
De 30 à 39 ans	38	35 %
De 40 à 49 ans	41	38 %
De 50 à 59 ans	5	5 %
Total	107	100 %

Tableau 1

Mois			Années		
Mois	Nombre de femmes N	%	Années	Nombre de femmes N	%
2	1	5,26 %	1,5	1	3,03 %
3	4	21,05 %	1	7	21,12 %
5	1	5,26 %	2	7	21,12 %
6	13	68,42 %	3	7	21,12 %
			4	3	9,09 %
			de 7 à 10	3	9,09 %
			de 16 à 35	5	15,15 %
Total	19	100 %	Total	33	100 %

Tableau 2

signalées par la patiente.

L'analyse et les résultats de l'enquête portent sur 107 fiches suffisamment détaillées pour pouvoir être prise en compte dans l'analyse des résultats. Un petit nombre de fiches sont incomplètes (N=11) et ne sont pas prises en compte : la prescription est trop récente et l'évaluation est non faite (N=4) ; l'identité du prescripteur est absente, pas de tampon (N=5) ; la patiente n'a pas été revue (N=1).

(Encadré sur le SPM)

Age

Le tableau 1 met en évidence les différentes classes d'âge des femmes participant à l'enquête ; toutes les participantes ont fait part à leur médecin de leur inconfort prémenstruel.

Entre 30 et 49 ans, soit plus des deux tiers des femmes de l'enquête, présentent des troubles prémenstruels motivant une consultation soit 79 femmes sur 107 (73,83 %).

74 % des femmes ont entre 30 et 49 ans consultent pour un S.P.M.

Age moyen : 39,5 ans.

Durée des troubles physiques et / ou psychiques préexistants

Sur les 107 dossiers retenus, seuls 52 permettent un calcul précis du nombre d'années ou de mois de la présence des troubles physiques ou psychiques avant le début de la prise de Phytocyclan®. Les dossiers restants portent des indications imprécises : « depuis l'adolescence, depuis quelques années, depuis longtemps, ou depuis 2 à 3 ans » ne permettant pas un chiffrage précis. (Tableau 2)

Le syndrome prémenstruel (SPM)

Le syndrome prémenstruel (SPM) représente probablement la gêne fonctionnelle la plus fréquemment évoquée par la femme. Il touche plus de 40% des femmes en âge de procréer avec des signes patents ; 5 à 10% d'entre elles éprouvent une forme sévère altérant sérieusement leur qualité de vie sociale, professionnelle et affective avec une altération de leur relation avec autrui, de façon cyclique.

Il s'agit d'un ensemble de manifestations dont le seul point commun est leur caractère cyclique, apparaissant dans les jours qui précèdent les règles pour disparaître au début ou au cours de la menstruation.

La plupart des femmes vont consulter avec un ensemble de sensations difficiles à définir, mais qui comprennent le plus souvent :

- la tension mammaire : les seins sont tendus, très sensibles voire douloureux (mastodynies),

- la tension abdominale : l'abdomen est ballonné de façon plus ou moins prononcé, toujours gênante, souvent associé à une constipation. Les patientes se sentent gonflées, serrées dans leurs vêtements au niveau abdominal (gonflement abdominal),

- la tension psychique : les modifications du comportement féminin pendant cette période peuvent concerner l'irritabilité, l'agressivité ou au contraire la somnolence avec fatigabilité, voire l'anxiété ou la morosité avec de possibles épisodes dépressifs passagers.

Si ces signes psychiques, émotionnels et physiques ont tendance à augmenter jusqu'à l'apparition des règles pour disparaître dès leur arrivée, il s'agit très souvent d'un SPM.

Le SPM est insuffisamment connu et souvent non traité, car les femmes font preuve de discrétion sur ce sujet qui touche leur vie personnelle et professionnelle.

L'origine du SPM est mal connue et certainement multifactorielle. On évoque le plus souvent une origine hormonale, mais de nombreux facteurs intriqués entrent en jeu : les neurotransmetteurs, les carences en certains nutriments minéraux et vitamines.

Le Laboratoire français LISAPHARM a développé un complément alimentaire innovant et très complet, le PHYTOCYCLAN®. D'après de nombreuses études de bonne méthodologie celui-ci devrait contribuer à maîtriser certains facteurs déclenchants qui sont à l'origine des principaux symptômes du SPM, tant au niveau physique qu'au niveau psychique.



Les résultats montrent que 19/52 des femmes ont une durée des troubles de 01 à 06 mois avec un pic pour une durée de 06 mois et que 33/52 une durée de 01 ans à 35 ans avec un pic de durée de 01 à 03 ans (N=21/33 soit 63,36 %). A noter qu'une durée des troubles extrêmement longue de 16 à 35 ans est présente. Pour 33/52 femmes (63,46 %) la durée totale des troubles préalables montre une moyenne de 5,64 ans. Pour 19/52 femmes (36,54 %) la durée totale des troubles préalables s'élève à 97 mois avec une moyenne de 5,11 mois.

Chez plus d'une femme sur deux, la durée préalable des troubles physiques et/ou psychiques liée au S.P.M. est longue (moyenne = 5 ans).

Résultats
Ressenti des femmes ayant pris du Phytocyclan®

Evaluation de la tolérance
La tolérance globale, est jugée bonne par 103 femmes sur 107, soit 96,26 %. Dans 4 cas sur 107, la tolérance a été jugée moyenne et dans un cas il est noté des troubles digestifs sans précision.

Il convient de noter que ces 4 femmes ont par ailleurs noté une amélioration de leurs troubles physiques et/ou psychiques. Aucun cas de mauvaise tolérance nécessitant l'arrêt de la prise n'a été noté.

La tolérance est bonne dans 93 % des cas elle est moyenne dans 7 % des cas.

Appréciation de l'amélioration des troubles physiques

Toutes les femmes ont déclaré avoir ressenti à des titres divers une amélioration de leurs troubles physiques.

Certaines femmes ont signalé une amélioration globale de l'ensemble de leurs troubles physiques sans préciser le trouble amélioré (N=16/107 soit 14,95 %).

Certaines femmes ont signalé une amélioration sur un trouble particulier (N=91/107 soit 85,04%), de leur mastodynie (N=51/91 soit 56,04 %), de leur gonflement abdominal (N=52/91 soit 57,14 %), de leur prise de poids (N=21/91 soit 23,07 %). (Tableau 3)

A noter que 26 femmes ont signalé une amélioration à la fois de leur mastodynie et de leur gonflement abdominal ; pour 8 femmes sur le gonflement abdominal et la prise de poids ou sur la mastodynie et la prise de poids et 4 femmes à la fois sur la mastodynie, le gonflement abdominal et la prise de poids.

C'est ainsi que 42 femmes sur 91 ont signalé une amélioration de 2 troubles et 4 femmes sur 91 ont signalé l'amélioration de 3 troubles simultanément. Au total, 46 femmes sur 91 ont rapporté l'amélioration de plusieurs troubles simultanément (soit 2, soit 3 troubles).

D'autres troubles ont été spontanément indiqués comme améliorés (N=7) : la dysménorrhée et une diminution des métrorragies (N=2), les douleurs abdominales, les douleurs pelviennes associé à de la migraine, une diminution d'un gonflement des seins isolé (N=1). Ces résultats ne préjugent pas du taux réel d'efficacité sur chacun des troubles puisque l'état initial pour chaque plainte exprimée n'est pas

Mois		Années			
Mois	Nombre de femmes N	%	Années	Nombre de femmes N	%
2	1	5,26 %	1,5	1	3,03 %
3	4	21,05 %	1	7	21,12 %
5	1	5,26 %	2	7	21,12 %
6	13	68,42 %	3	7	21,12 %
			4	3	9,09 %
			de 7 à 10	3	9,09 %
			de 16 à 35	5	15,15 %
Total	19	100 %	Total	33	100 %

Tableau 3

Troubles psychiques	Nombre de femmes N	%
Irritabilité	48 / 91	52,74 %
Anxiété	32 / 91	35,16 %
Troubles du sommeil	31 / 91	34,06 %
Anxiété et irritabilité	19 / 91	20,87 %
Irritabilité et troubles du sommeil	13 / 91	14,28 %
Anxiété et troubles du sommeil	11 / 91	12,08 %
Anxiété et irritabilité et troubles du sommeil	5 / 91	5,49 %

Tableau 4

Note globale	Nombre de femmes N	%
1/10	2	2 %
5/10	3	3 %
6/10	11	10 %
7/10	24	23 %
8/10	45	42 %
9/10	20	19 %
10/10	1	1 %
Total	106	100 %

Tableau 5

connu ; bien que les principaux troubles amenant à consulter leur médecin correspondent aux troubles le plus souvent améliorés..

L'amélioration des troubles physiques est toujours présente.

Plus d'une fois sur deux, la mastodynie et/ou la prise de poids sont signalées comme améliorées.

Plus de la moitié des femmes ont eu plusieurs troubles physiques améliorés.

Appréciation de l'amélioration des troubles psychiques

Toutes les femmes ont estimé avoir au moins sur un critère une amélioration de leurs troubles psychiques.

Certaines femmes ont signalé une amélioration globale de l'ensemble de leurs troubles psychiques sans précision sur le trouble amélioré (N=16/107 soit 14,95 %).

D'autres ont signalé une amélioration sur un trouble particulier (N=91/107 soit 85,04 %), de leur irritabilité (N=48/91 soit 52,74 %), de leur anxiété (N=32/91 soit 35,16 %), de leurs troubles du sommeil (N=31/91 soit 34,06 %). (Tableau 4)

A noter que 19 femmes ont signalé une amélioration à la fois de leur anxiété et de leur irritabilité, pour 13 ou 11 femmes sur leur irritabilité et leurs troubles du sommeil ou sur l'anxiété et leurs troubles du sommeil et 5 femmes sur à la fois l'anxiété, l'irritabilité et les troubles du sommeil.

C'est ainsi que 43 femmes sur 91 ont décrit une amélioration de 2 troubles et 5 femmes sur 91

ont signalé l'amélioration de 3 troubles simultanément. Au total, 48 femmes sur 91 ont précisé l'amélioration de plusieurs troubles simultanément (soit 2, soit 3 troubles).

Un autre trouble a été spontanément signalé comme amélioré (N=2) avec une diminution de la « déprime » dans un cas et d'un syndrome dépressif dans l'autre cas.

Ces résultats ne préjugent pas du taux réel d'efficacité sur chacun des troubles en l'absence de connaissance de l'état initial. (Tableau 5)

D'après le ressenti des femmes ayant participé à l'enquête :

- L'amélioration des troubles psychiques est toujours présente.

- Plus d'une fois sur deux, l'irritabilité est signalée comme améliorée par les patientes.

- Plus de la moitié des femmes ont vu plusieurs troubles psychiques améliorés.

L'appréciation notée par le praticien, en fin d'exploration, est égale ou supérieure à 6/10, dans 85 % des cas (N=90/106). Elle traduit sa bonne ou très bonne appréciation clinique personnelle, de la tolérance et des améliorations physiques et/ou psychiques signalées par la patiente.

Deux cas sont notés 1/10 par le praticien pour une absence d'amélioration, mais une bonne tolérance notée par les patientes.

L'appréciation globale des praticiens est notée supérieure ou égale à 07/10 dans 90% des cas. La note moyenne des praticiens est de 7,5/10 (80/106).

Discussion

Les modalités de prise en charge du S.P.M. comprennent différents type de produits. Les médicaments hormonaux, bien que le plus souvent efficaces ne sont pas dépourvus d'effets et de précautions d'emploi à surveiller attentivement avant et après leur prescription.

Des produits à type d'huile d'onagre ou encore des complexes vitaminiques ont des résultats assez peu probants dans une majorité des cas. Le Phytocyclan® est le premier complément nutritionnel à rassembler des ingrédients ayant fait, soit isolés soit associés, l'objet d'études sérieuses conduites parfois en double insu, contre placebo et substance de référence (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Ce travail réalisé au Cabinet de gynécologues dans le cadre de leur réelle pratique quotidienne tente d'évaluer ce que peut apporter une association fixe d'actifs naturels bien étudiés isolément (Phytocyclan®).

Il s'agit d'une enquête multicentrique ouverte dans le but de mettre en évidence la bonne tolérance et l'efficacité, rapportées par la patiente et vérifiées par le médecin, sur les troubles physiques et psychiques invalidants et détériorant la qualité des femmes pendant la période prémenstruelle.

Il ne s'agit pas d'une étude randomisée, croisée en double aveugle, mais d'une enquête de suivi de prescription dans les conditions réelles d'utilisation au quotidien ; réalisée à titre totalement gracieux, par des gynécologues expérimentés et connaissant bien leurs patientes, cette enquête montre des résultats intéressants car souvent meilleurs que ceux rapportés lors de l'utilisation de médecines naturelles existantes. Les spécialistes ayant souhaité

participer à ce travail sont dispersés de façon homogène sur le territoire national.

Concernant la tolérance digestive et générale, la prise deux fois par jour du Phytocyclan® (2 comprimés le matin, 1 comprimé le soir) est qualifiée de bien tolérée dans 96,26 % des cas (N=103/107).

Les résultats concernant l'amélioration des principaux troubles sont très bons ; en effet toutes les femmes signalent l'amélioration d'au moins un symptôme concernant de leurs troubles physiques (mastodynie, gonflement abdominal, prise de poids) ou psychiques (irritabilité, anxiété, troubles du sommeil).

Les praticiens ont attribué une note globale d'appréciation assez favorable, avec une note égale ou supérieure à 7,5/10 dans 85 % des cas (N=90/106).

Or l'analyse des études concernant les troubles ressentis et pouvant être améliorés en cas d'administration d'un placebo atteignent au maximum des scores de l'ordre de 30% à 35% d'améliorations (8)

Ces bons résultats apparaissent donc nettement supérieurs à ceux que pourrait apporter un placebo.

En pratique, il est important de noter que ces effets bénéfiques sont observés quelque soit la durée préalable des troubles prémenstruels, en moyenne de 5 ans.

La composition originale mise au point pour cette association phyto-minéralo-vitaminique, comprend 3 extraits standardisés plantes (le gattilier, l'hibiscus et la mélisse), un minéral (le magnésium) et deux vitamines (les vitamines B5 et B6). (Tableau 6)

Le GATTILIER (*Vitex agnus-castus*) est certainement la plante la plus utilisée dans le syndrome prémenstruel en Europe voire dans le monde. Son fruit est le plus étudié, car il contient 2 groupes de substances intéressantes : des iridoïdes dont l'agnuside et des flavonoïdes dont la casticine. Ces composés naturels non seulement favorisent l'équilibre hormonal mais auraient également des actions sur l'équilibre nerveux (3,9)

Le fruit du GATTILIER a fait l'objet de nombreuses études cliniques dont certaines en double insu et contre placebo démontrant son rôle bénéfique dans le syndrome prémenstruel, notamment sur l'irritabilité et les tensions mammaires (6,9).

L'extrait de feuilles de MELISSE (*Melissa officinalis*) est traditionnellement utilisé pour lutter contre la nervosité et favoriser l'endormissement. Plusieurs études scientifiques ont confirmé cet usage traditionnel. Cet extrait est standardisé en acide rosmarinique qui est un polyphénol ayant également des propriétés anti oxydantes intéressantes (2)

Le MAGNESIUM et les VITAMINES B5 et B6 complètent l'effet de la MELISSE par leur action reconnue sur l'équilibre du système nerveux, réduisant ainsi nervosité, irritabilité et fatigue (4, 5, 7)

L'extrait de fleurs d'HIBISCUS (*Hibiscus sabdariffa*)

PHYTOCYCLAN®			
Composants naturels	Actifs	2 gélules matin et 1 gélule soir	Usage traditionnel
HIBISCUS Hibiscus sabdariffa Extraits de Fleurs	Standardisé en acides polyphénoliques	450 mg	DRAINAGE : Rétention hydrique et troubles du transit.
MELISSE Melissa officinalis Extraits de Feuilles	Standardisé en acide rosmarinique	160 mg	EQUILIBRE du SYSTEME NERVEUX SERENITE : Nervosité et troubles du sommeil.
GATTILIER Vitex agnus-castus Extraits de Fruits	Standardisé en agnusine	20 mg	EQUILIBRE du CYCLE MENSTRUEL : Irritabilité et tension mammaire.
MAGNESIUM Oxyde	80 % des AJR*	290 mg	EQUILIBRE du SYSTEME NERVEUX SERENITE : Nervosité, irritabilité et fatigue.
VITAMINE B5	Pantothénate de calcium 100 % des AJR*	6 mg	EQUILIBRE du SYSTEME NERVEUX SERENITE : Nervosité, irritabilité et fatigue. EQUILIBRE HORMONAL.
VITAMINE B6	Chlorhydrate de pyridoxine 141 % des AJR*	7 mg	EQUILIBRE du SYSTEME NERVEUX SERENITE : Nervosité, irritabilité et fatigue. EQUILIBRE HORMONAL.

Tableau 6

intervient sur la rétention d'eau en favorisant le drainage. C'est un « diurétique » naturel utilisé d'ailleurs pour faire baisser la Tension Artérielle. Des études scientifiques ont également démontré un effet favorable sur le transit intestinal (1)

La prise biquotidienne (2 gélules le matin et 1 gélule le soir) participe au niveau pharmacocinétique à une diminution de la concentration plasmatique maximale et à une augmentation de la concentration plasmatique minimale ce qui suppose favoriser l'efficacité et la bonne tolérance.

Conclusion

De nombreux praticiens de ville reçoivent en consultation des femmes qui se plaignent d'un inconfort prémenstruel suffisamment gênant sur le plan physique et/ou psychique perturbant leur qualité de vie depuis plusieurs années.

Les alternatives hormonales souvent très efficaces ne sont pas dépourvues d'effets indésirables et des précautions d'emploi à surveiller. Cette enquête multicentrique ouverte, en ambulatoire, met en évidence la bonne acceptabilité et la tolérance (96% des cas) de Phytocyclan® association fixe de six ingrédients scientifiquement étudiés et référencés (3 plantes, un minéral et 2 vitamines).

L'efficacité supérieure à 75% constatée par les praticiens, quelque soit la durée préalable des troubles, permet de conclure que le Phytocyclan® apporte des améliorations objectives sur ces troubles parfois ressentis comme invalidants dans la vie quotidienne de certaines femmes (mastodynie, gonflement abdominal, prise de poids, anxiété, irritabilité, troubles du sommeil).

Ce nouveau complément alimentaire, Phytocyclan®, permet de croire que grâce à son utilisation, pour un grand nombre de femmes, l'inconfort prémenstruel ne sera plus une fatalité. L'utilisation, pour un grand nombre de femmes, l'inconfort prémenstruel ne sera plus une fatalité.

Bibliographie

- 1 - Alarcon-Alonso J. et al., J. Ethnopharmacol. 2012, Feb. 15; 139(3). Pharmacological characterization of the diuretic effect of Hibiscus sabdariffa extract.
- 2 - Benzi R. Pilot trial of Melissa officinalis L. leaf extract in the treatment of volunteers suffering from mild-to-moderate anxiety disorders and sleep disturbances. *Mediterr J Nutr Metab* (2011) 4 :211-218
- 3 - Carmichael AR. Can Vitex Agnus Castus be used for the treatment of mastalgia? What is the Current Evidence? *Evid. Based Complement Alternat. Med.* 2008 Sep;5(3):247-50.
- 4 - Case J. et al., *Med. J. Nutrition Metab.*, 2011, Dec. 4 (3). Pilot trial of Melissa officinalis extract in the treatment of volunteers suffering mild to moderate anxiety disorders and sleep disturbances.
- 5 - Dante G., *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, Mar ; 32 (1) 2011. Herbal treatments for alleviating premenstrual symptoms.
- 6 - Daniele C, Thompson Coon J, Pittler MH, Ernst E. Department of Pharmacology of Natural Substances and General Physiology, University of Rome La Sapienza, Rome, Italy.
- 7 - Vitex agnus castus: a systematic review of adverse events. *Drug Saf.* 2005; 28(4):319-32.
- 8 - De Souza MC, Walker AF, Robinson PA et al, *J Women's Health Genb based Med.*, 2000, Mar. 9(2) : 131-139. A synergistic effect of a daily supplement for 1 month of 200 mg magnesium plus 50 mg vitamine B6 for the relief of anxiety-related premenstrual symptoms: a randomized, double blind, crossover study.
- 9 - Fathizadeh N. et al. Evaluating the effect of magnesium and magnesium plus vitamin B6 supplement on the severity of premenstrual syndrome Iran *J. Nurs Midwifery* 2010 Dec.; 15(suppl) :401-5
- 10 - Karleskind B. et al, *Guide pratique des Compléments alimentaires*; Thierry Soucard Editions, 2013
- 11 - Ma L., Lin S. and all., *Gynecol. Endocrinol.*, 2010, Aug. : 26(8). Treatment of moderate to severe premenstrual syndrome with Vitex agnus castus in Chinese women
- 12 - McKays Diane L. (5), Chen C-Y Oliver (5), Saltzman Edward (6), Blumberg Jeffrey B. (5) Hibiscus Sabdariffa Lowers Blood Pressure in Prehypertensive and Mildly Hypertensive Adults. *Journal of Nutrition*, 2010, 140 : 298-303
- 13 - Schellenberg R.: Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomized, placebo controlled study *B.M.J.* 2001 Jan;20;322:134-7
- 14 - Walker AF, De Souza MC, Vickers MF, Abeyasekera S, Collins ML, Trinca LA. Magnesium supplementation alleviates premenstrual symptoms of fluid retention. *J Womens Health.* 1998 Nov;7(9):1157-65. / PMID: 9861593
- 15 - Wyatt KM, Dimmock P.W., *BMJ*, 1999 May 22; 318. Efficacy of vitamine B6 in the treatment of premenstrual syndrome: systematic review.

*PHYTOCYCLAN® est une association d'extraits de fruits de Gattilier (*Vitex agnus-castus*), de feuilles de Mélisse (*Melissa officinalis*), de fleurs d'Hibiscus (*Hibiscus sabdariffa*), de magnésium et de vitamines B5 et B6.



Dr Cécile Renson

Les limites de la chirurgie esthétique

Comme le disait le Docteur Jean-Claude Hagège, membre de la Société française de Chirurgie plastique et esthétique, dans son livre « Soignez votre beauté », la beauté est devenue un redoutable parcours du combattant et il convient de démêler les vrais progrès des fausses promesses.

Notre peau est un organe vital, aux fonctions multiples... fonctions indispensables à notre survie. Elle exerce le rôle de symbole de la beauté, de la jeunesse et de la séduction.

La beauté nous passionne tous, car, tous nous voulons paraître. Et l'image que nous nous faisons de nous n'est pas toujours, et de loin, celle que nous renvoie le miroir ni celle que les autres la perçoivent. D'où le problème qui se pose au chirurgien plasticien lorsqu'un patient s'adresse à lui pour une correction esthétique.

Aujourd'hui, on peut tout opérer, mais une intervention n'est pas chose banale, et si une opération peut apporter une véritable renaissance, en corrigeant un défaut physique, elle ne saurait résoudre d'autres pro-

blèmes imputés à cette disgrâce. Comme le dit Jean-Claude Hagège le chirurgien ne doit pas seulement s'attacher à la prouesse technique, c'est l'indication qu'il doit privilégier. Nous n'opérons pas seulement un nez ou une poitrine, mais une personne avec son histoire et sa sensibilité. La technique opératoire est transmissible, l'indication en revanche, ce qui vous fait accepter ou refuser d'intervenir, relève de l'expérience, du tact et de l'écoute.

Tout d'abord, le chirurgien doit parfaitement comprendre le désir de son patient, son image ressentie et ce qu'il espère d'une intervention esthétique.

Ensuite, trois sortes de limites peuvent se présenter selon le Docteur Sydney Ohana.

Les limites techniques ne peuvent corriger des fantasmes comme la taille des pieds d'un garçon qui chausse du 49 et qui demandait qu'on lui raccourcît, ou la forme du crâne bien rasé d'un autre. De même que la chirurgie ne peut corriger l'obésité par une liposuction, mais les conséquences de l'obésité après amaigrissement par

exemple. Les limites esthétiques relèvent, elles, de considérations philosophiques et de l'appréciation personnelle du laid et du beau. Raison pour laquelle patient et chirurgien doivent se comprendre parfaitement, car le but du plasticien est, avant tout, de satisfaire son client.

Enfin, les limites éthiques peuvent s'imposer, par exemple, lors de la demande de greffe de visage. La chirurgie s'arrête avec la perte du respect de l'être humain, fût-il décédé. Mais là, on aborde le problème des dons d'organes des personnes consentantes...

On voit que la profession de chirurgien plasticien fait appel à autant de compétence technique qu'à une approche psychologique des patients.

Mais la plus réussie des interventions esthétiques n'apportera jamais la « dimension intérieure » et l'intelligence de l'autre que confère la séduction !

Brève

Mieux prévenir le cancer de la peau

L'association Vaincre le mélanome a souhaité réaliser un film sur l'intérêt du dépistage précoce du mélanome : « Mélanome : de l'importance du dépistage précoce ».

En effet, situé au 9^e rang des cancers en France, avec près de 10 000 nouveaux cas par an, le mélanome cutané représente 10 % des cancers de la peau, soit 2,7% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers.

Plus rare, il est aussi plus grave en raison de sa grande capacité à métastaser.

Lorsqu'il est détecté à un stade précoce de son développement, le mélanome est un cancer dit « de bon pronostic » avec un taux de survie à 5 ans de 98%.

C'est dire si la détection précoce de cette tumeur est essentielle et constitue la meilleure chance de guérison.

A noter la journée nationale de prévention et de dépistage des cancers de la peau le jeudi 28 mai prochain, journée initiée il y a 15 ans par le Docteur Claudine Blanchet-Bardon, vice-présidente du Syndicat National des Dermatologues-Vénérologues.

vaincrelemelanome.fr
<http://vimeo.com/msdfrance/vaincre-le-melanome>



Une peau éclatante de l'intérieur

Chester photo - © Fotolia



1 SYNERBIOL



Pot de 50 capsules, ACL 3401570692133.
Pot 100 capsules, ACL 3401570692362.

Huile de poissons sauvages,
huile de bourrache, vitamine E
d'origine naturelle

Apporter des éléments structurels des membranes cellulaires, maintenir le film hydro-lipidique, préserver l'hydratation grâce à des acides gras essentiels oméga 6 et 3 en équilibre.

2 BIORTHO



Vitamines C, E, caroténoïdes,
polyphénols, sélénium,
manganèse, cuivre



Pot de 50 capsules, ACL 3401566016578.
Pot de 100 capsules, ACL 3401566087112.
Pot de 300 capsules, ACL 3401570290537.

Faire la chasse aux radicaux libres, préserver collagène et élastine grâce aux antioxydants.

- L'extrait de vigne améliore l'apparence de la peau.
- L'extrait de thé vert protège la peau contre le stress oxydatif induit par les U.V.
- Le manganèse contribue à la formation des tissus conjonctifs.
- Le zinc favorise le maintien d'une peau normale.
- Avec les vitamines C et E, les anthocyanes de myrtille protègent les cellules du stress oxydatif.

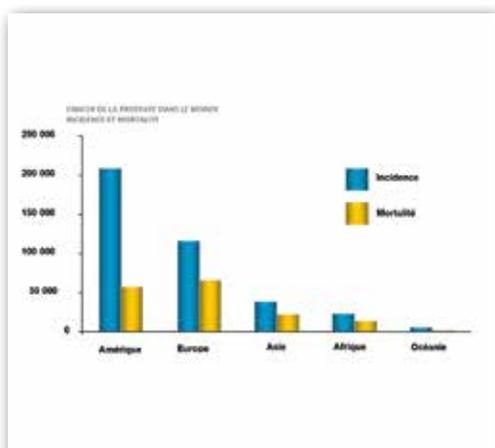
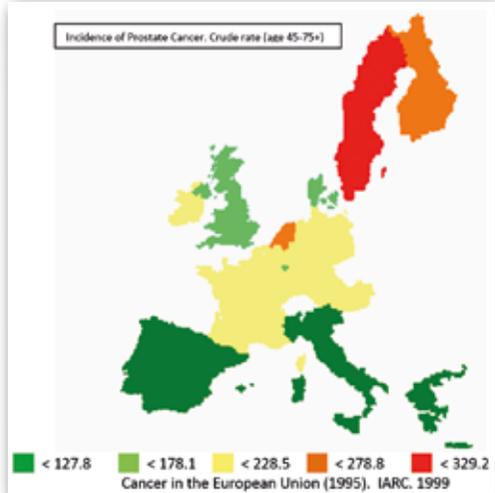


Pr Desgrandchamps

Chef du Service d'Urologie, Hôpital Saint-Louis, Paris

Prostate et alimentation

Incidence du cancer de la prostate en Europe



Les hommes souhaitent des conseils diététiques individuels donnés par leur praticien qu'ils considèrent comme une source d'information fiable.

Les hommes attendent des praticiens qu'ils leur procurent des conseils diététiques spécifiques et sont enthousiastes vis-à-vis des propositions de modifications diététiques qu'ils perçoivent comme « simples » et « naturelles ».

Conseils diététiques pour une bonne santé prostatique

1. Mangez moins

Apport énergétique

Association positive entre le cancer de la prostate (tous stades confondus) et la quantité totale d'énergie ingérée.

Association plus forte avec le cancer avancé avec un risque de 70 % plus élevé pour le plus haut quartile vs le plus faible. (Andersson SO. *Int J Cancer* 68:716-)

(pas de relation claire entre l'obésité ou l'adiposité et le cancer de la prostate.)

2. Mangez mieux

- Attention
- Graisses saturées : Viandes rouges grasses, beurre et fromage
- Calcium du lait et yaourts
- Favoriser
- Poissons gras
- Légumes :
 - o Antioxydants : Lycopène (tomates), polyphénols et anthocyanines (grenade),
 - o Isothiocyanate: cruxifères, brocolis (Sulfo-raphane).

Cancer de la prostate et graisse saturées alimentaires (viande rouge grasse, beurre, fromage)

1. La consommation importante de graisses saturée double à triple le risque d'avoir un cancer de la prostate.
2. Si l'on a un cancer de la prostate plus on mange de graisse saturée plus on a de risque de mourir de ce cancer. (RR x 3.1)

Graisses alimentaires et cancer de la prostate

- Saturées : Ac. Stéarique : graisses animales
- Augmente le risque
- Monoinsaturées : Ac. Oléique : huile d'olive
- Sans effet
- Polyinsaturées

Omega 6 : Ac linoléique (huiles tounesol, maïs, soja, pépin de raisins) - Ac arachidonique

- Effets discordants

Omega 3 :

- o Ac α linoléique (huiles colza, soja - graisses animales)
- Augmente le risque

Omega 3 chaîne longue : Ac eicosapentaénoïque (poissons)

- Réduit le risque

Cancer de la prostate et omega-3 a chaîne longue



Observation :

Relation inverse entre la consommation de poisson et le risque de cancer de la prostate : Plus de trois fois par semaine vs moins de deux fois par mois (RR 0,56; 95% CI, 0,37-0,86). (Terry P. *Cancer* 2001 – Norrish AE. *Br J Cancer* 1999 – Leitzmann MF. *Am J Clin Nutr.* 2004)

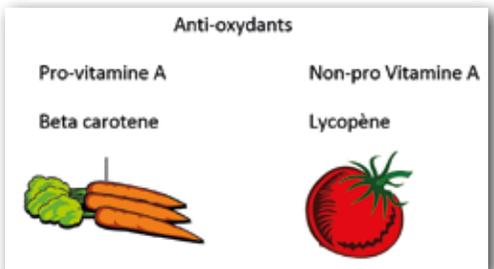
Cancer de la prostate et produits laitiers

Dans le monde, 16 études sur 21 concluent à une augmentation du risque par le calcium du lait. (RR >1)

En France, les hommes consommant le plus de produits laitiers et en particulier de calcium du lait ont jusqu'à 2,3 fois plus de risque d'avoir un cancer de la prostate.

Une mention particulière pour la consommation important de yoghourt qui élève le risque de cancer de la prostate indépendamment de l'apport en graisse ou en calcium. (Kesse E. *Br J Nutr* 2006 - Stacewicz-Sapuntzakis M. *Mol.Nutr.Food Res.* 2008)

Caroténoïdes et cancer de la prostate



Tomate et pastèque sont des sources majeures de lycopène.

Courge et carotte sont des sources majeures de carotène.

Le lycopène est protecteurs vis-à-vis du risque de cancer de la prostate. (McCann SE. *Nutr Cancer* 2005 - Krinsky NI. *Proc Soc Exp Biol Med* 1998)

Lycopène et cancer de la prostate

Effet protecteur de la consommation de tomates sur différents cancers digestifs, notamment le cancer de l'estomac.

Réduction du risque de développement du cancer de la prostate chez les hommes consommant des aliments riches en lycopes comme la pizza. (Francheschi S. *Int J Cancer* 1994 - Giovannucci E. *J Natl Cancer Inst* 1995)

Jus de grenade



Pouvoir antioxydant marqué : polyphénols et anthocyanines pigments naturels appartenant à la classe des flavonoïdes (Afaq F. *Int J Cancer* 2005)

Le jus de grenade bloque la croissance des cellules de cancer de la prostate et les détruit avec un effet dose-dépendant (10-100 microg/ml; 48 h).

Premier essai humain du jus de grenade en cas de récurrence du cancer de la prostate après chirurgie ou irradiation

- Prise de 200 ml de jus de grenade du commerce jusqu'à progression de la maladie,
- Aucun effet secondaire,
- Ralentissement de la progression : le temps de doublement du PSA passe de 15 mois avant jus de grenade à 54 mois après,
- Le sérum des patients sous jus de grenade bloque la croissance en culture des cellules de cancer de la prostate (LnCap).

Cancer de la prostate et autres légumes

- Crucifères : chou, brocolis, choux de Bruxelles
- Effet protecteur en études cas-contrôles (Kolonel LN. *Cancer Epid Biomark Prev* 2000)
- Isothiocyanate inhibant la croissance des cellules prostatiques en culture. (Wang L. *Int J Cancer Oncol* 2004)

En nutri-prévention comme en nutri-thérapie, les **crucifères** et plus spécifiquement les **brocolis** se distinguent.

Le principe actif à l'étude : **Le sulforaphane**

- Oignons et ail
- Effet protecteur en études cas-contrôles. (Galeone C. *Am J Clin Nutr* 2006)
- Composés organo-sulfurés inhibant la croissance des cellules prostatiques en culture. (Pinto JT. *Am J Clin Nutr* 1997)
- Pépins de raisin
- Données expérimentales : réduction de la croissance de DU145 sur la souris nude
- Procyanidine (également contenus dans le vin rouge) inhibant la croissance des cellules prostatiques en culture. (Singh RP. *Int J Cancer* 2004)

Selenium et cancer de la prostate

- La concentration en sélénium, élément essentiel, est faible dans le sol des régions où l'incidence du cancer de la prostate est élevée, et forte où l'incidence du cancer de la prostate est basse

- Noix du Brésil, champignons (Bolets)
- Glutathion peroxydase antioxydant.
Une supplémentation en sélénium réduit de 63 % le risque d'avoir un cancer de la prostate

Vitamine E (tocopherol) et cancer de la prostate



Huiles végétales polyinsaturées (tournesol) et margarines.

Association inverse entre le cancer de la prostate et la consommation de Vitamine E. (*Alpha-Tocopherol, beta-carotene cancer prevention study, New Engl J Med, 330:1029-35, 1995*)

Vitamine C et cancer de la prostate



Il n'y a pas de relation constante établie entre le cancer de la prostate et la vitamine C.

Vitamine D et cancer de la prostate



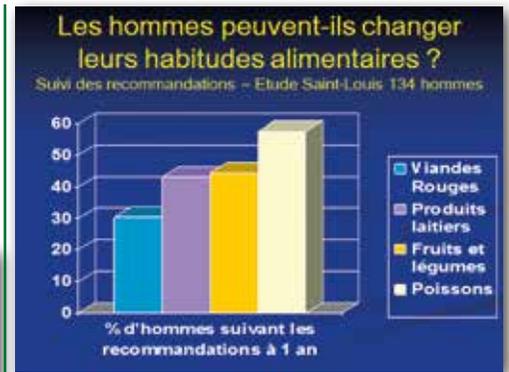
Relation inverse entre l'exposition aux UV et le cancer de la prostate

Aucune étude contrôlée sur l'effet d'un supplément en vitamine D sur l'incidence du cancer de la prostate

Thé et cancer de la prostate

- Effet protecteur en études cas-contrôles, surtout avec le thé vert particulièrement pour les grands consommateurs toute leur vie

- Plus de 40 ans de consommation : OR=0.12, CI 0.06-0.26
- Plus de 1.5 Kg de feuilles de thé vert par an : OR=0.09, CI 0.04-0.21
- Polyphénols antioxydants et catéchines
- Réduisent la croissance de LNCaP, DU 145 et PC3 en culture Pas d'essai de supplémentation concluant. (Jian L. *Int J Cancer* 2004)



Alimentation et cancer de la prostate

Recommandés	Non recommandés
✓ Poids idéal	✓ Obésité
✓ Régime pauvre en graisses	✓ Régime riche en graisses
✓ Huiles de poissons	✓ Grasses saturées animales
✓ Omega 3	✓ Omega 6
✓ Vitamine D	✓ Produits laitiers abondants
✓ Tomates	✓ Calcium > 29g
✓ Oignon et ail	
✓ Crucifères	
✓ Jus de grenade	
✓ Pépins de raisin	
✓ Thé vert	

Cancer de la prostate et soja

- Le soja est l'apport protéique principal des pays d'Asie.

- Corrélation entre la mortalité par cancer de la prostate dans le monde et la consommation de soja de chaque pays. (Yan L *Int J Cancer* 2005)

- Le soja contient des isoflavones (daidzéine et genistéine) qui ont des propriétés œstrogène-like (phytoestrogènes) : réduction de l'expression des récepteurs des androgènes et œstrogène.

- Analyse systématique de toutes les publications prospectives étudiant les effets du soja (soja, lait de soja, et suppléments de soja) sur la santé.

- 178 études disponibles.
- La consommation de soja réduit le risque de maladies cardiaques et de bouffées de chaleurs dues à la ménopause.
- Pas de conclusion possible pour toutes les autres maladies et en particulier pour les cancers.

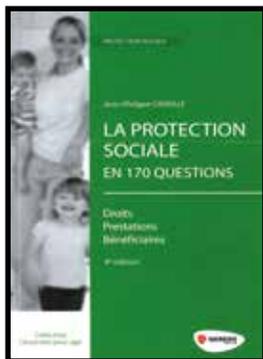
Nutrition et nutriginétique

- Etude des bases héréditaires de la variabilité individuelle de réponse aux aliments.

- Bases d'une prévention individualisée prenant en compte le mode d'action des aliments et les caractères génétiques de l'étiologie : gènes de prédisposition et de susceptibilité (ex : viande rouge grillée/poly-morphisme NAT1 et NAT2/cancer du côlon) Vers une alimentation « à la carte ».



Parutions



La protection sociale en 170 questions - Droits, prestations, bénéficiaires

Jean-Philippe Cavallé - Éditions Gereso

Système unique au monde, le régime français de protection sociale couvre une multitude de risques : maladie, maternité, vieillesse, invalidité, incapacité, décès, accident de travail, chômage...

Comment est organisé le régime général de la Sécurité Sociale ? Quelles sont les dépenses prises en charge par l'assurance maladie ? Quelle est la durée du congé maternité ? Comment contester un accident du travail ? Est-ce possible de cumuler des revenus avec les allocations chômage ?

Rédigé sous forme de questions réponses, intégrant la toute dernière actualité, cet ouvrage pratique et accessible à tous apportera un éclairage précis sur les régimes de la Sécurité Sociale en France.

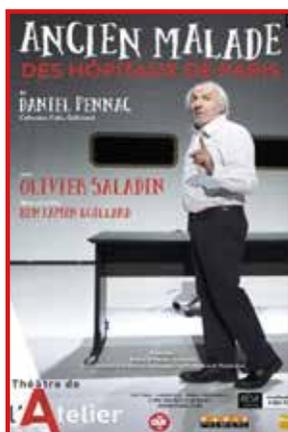
Salariés, responsables ou gestionnaires des services RH et paie, praticiens du secteur social... Avec 170 sujets répartis par thèmes, ce guide vous accompagnera dans le traitement de tous les dossiers liés à la protection sociale de vos collaborateurs.

Existe aussi en version ebook.

Jean-Philippe CAVAILLE « st diplômé de l'IEP de Paris, de l'ESSEC et titulaire d'un DEA en droit social. Il exerce des responsabilités en ressources humaines au sein d'un groupe international. Il est également l'auteur et coordinateur de plusieurs ouvrages et publications.

Pièce de théâtre

Loisirs



Ancien malade des hôpitaux de Paris

de Daniel Pennac - durée 1h15

Du mardi au samedi 21h - dimanche 15h

Jusqu'au 13 juin 2015

Auteur : Daniel PENNAC

Mise en scène : Benjamin GUILLARD

Avec : Olivier SALADIN

L'histoire : Cette nuit-là, le docteur Galvan trouva la foi médicale, la perdit, la retrouva, la perdit à nouveau, et ainsi de suite car la nuit fut longue. Il fallait qu'il le raconte à quelqu'un. Désolé que ce soit vous.

Baptisé monologue gesticulatoire par Daniel Pennac, la nouvelle Ancien malade des hôpitaux de Paris est une pantomime verbale dont chaque phrase est un geste et qui va comme un gant de chirurgien au talent protéiforme de Olivier Saladin, ex-complice des Deschiens et des Deschamps.

Olivier Saladin s'empare avec brio de ce conte médical délirant.

Recettes

RILLETES AUX DEUX SAUMONS

Ingrédients :

- 500 g de saumon frais,
- 200 g de saumon fumé,
- 1 jaune d'œuf,
- Le jus d'un demi-citron,
- 1 cuillerée à soupe d'huile d'olive,
- 1 yaourt crémeux,
- ½ botte de ciboulette,
- Sel et poivre.

Préparation :

Envelopper le saumon frais dans du papier film

et le faire cuire à la vapeur (10 mn s'il se présente en une seule darne, 5 mn pour des filets minces. L'intérieur doit être presque cru). Le déballer et laisser refroidir. Puis enlever les parties grises et l'émietter dans une terrine.

Couper le saumon fumé en petits dés.

Mixer le jaune d'œuf, le yaourt, l'huile d'olive et le jus de citron.

Mélanger le tout avec les deux saumons.

Saler et poivrer.

Ajouter la ciboulette finement hachée.

Mettre au frais et consommer dans les 24 heures.



TRUITES AUX AMANDES ET AUX BROCOLIS

Ingrédients :

- 4 truites portion,
- 4 tomates,
- 2 échalotes,
- 2 cuillerées à soupe d'huile d'olive,
- 1 kg de brocolis,
- 30 g de beurre,
- Le jus d'un demi-citron,
- 50 g d'amandes effilées,
- 2 cuillerées à soupe de vinaigre,
- Sel et poivre.

Préparation :

Oter les trognons des brocolis. Les laver à l'eau vinaigrée et les attacher en bouquets. Dans de l'eau bouillante salée, les faire cuire pendant 20

mn jusqu'à ce qu'ils soient bien tendres. Egoutter les brocolis, enlever la ficelle, saler, poivrer, les dresser sur le plat de service, les garder au chaud et les arroser du jus de citron.

Pendant ce temps, préchauffer le four à 220°C.

Laver les truites, découper les tomates et hacher les échalotes.

Mettre chaque truite dans du papier d'aluminium, les recouvrir des rondelles de tomates et du hachis d'échalotes. Arroser avec l'huile d'olive. Fermer les papillotes et les enfourner pour une durée de 30 mn.

Faire fondre le beurre dans une poêle et y faire dorer les amandes effilées. En parsemer les brocolis. Servir en même temps que les truites débarrassées de leur papillote.