



Livret d'information
à destination
des femmes adultes.

pour la vie

PRÉSERVATION de la FERTILITÉ féminine en CANCÉROLOGIE

J'ai plein
de questions!

On est là
pour ça!

Génial!



Juin 2024

EDITORIAL

L'idée de ce livret sur la fertilité est venue au fil des consultations, et au travers des expériences vécues avec les femmes que j'ai accompagnées dans ce parcours complexe qui est de penser son désir de grossesse au moment de l'annonce d'un cancer.

L'annonce d'un cancer est un moment de grande anxiété avec un tourbillon d'informations concernant le cancer : son diagnostic, son pronostic, ses traitements, leurs effets secondaires, etc.

Parler de fertilité à ce moment-là peut être difficile mais est aussi porteur d'espoir, en évoquant l'avenir, l'après-cancer.

Le sujet est parfois bienvenu pour certaines dont c'était déjà la préoccupation voire le projet, mais aussi parfois intrusif pour celles qui n'envisagent pas (encore) un projet parental. Pour certains couples, cela précipite la discussion qui n'est peut-être pas (encore) à l'ordre du jour. Pour des femmes célibataires, cela peut forcer à réfléchir à un désir dans lequel on ne se projette pas (encore). La consultation est un espace avant tout pour informer des conséquences du cancer et de ses traitements sur la fertilité mais surtout pour parler de solutions.

J'espère que ce livret vous apportera un complément utile dans votre parcours de soin.

Dr Sophie Frank



SOMMAIRE

A. Introduction: importance d'informer sur la fertilité.....	p. 4
B. Fonctionnement physiologique des ovaires.....	p. 6
C. Impact des traitements anti-cancéreux.....	p. 8
D. Techniques de préservation de la fertilité.....	p. 9
1. Préservation d'ovocytes matures* après stimulation ovarienne.....	p. 9
2. Préservation d'ovocytes matures* sans stimulation ovarienne, aussi appelée maturation in vitro (MIV).....	p. 12
3. Préservation de cortex ovarien*	p. 15
4. Agonistes de la LH-RH*.....	p. 16
5. Transposition ovarienne.....	p. 16
6. Chirurgie gynécologique	p. 16
E. Bon à savoir	p. 18
F. Focus sur le cancer du sein.....	p. 19
Glossaire (pour les mots suivis d'une astérisque*).....	p. 21

Ce livret ne remplace pas les consultations médicales.
Les informations présentées ne sont pas personnalisées :
pour toutes questions, il est important de vous référer
à votre médecin.



A. INTRODUCTION : importance d'informer sur la fertilité

Lors de l'annonce d'un cancer, beaucoup d'informations sont transmises sur la maladie, le protocole de traitement. Parler de fertilité peut alors sembler moins urgent ou important. Pourtant, vous devez être informées le plus tôt possible dans le parcours de soin, et en particulier avant les traitements pouvant impacter les organes reproductifs.

En effet, certains traitements du cancer peuvent altérer la fertilité, c'est-à-dire la possibilité de concevoir un enfant ; en particulier la chimiothérapie, la radiothérapie lorsqu'elle comprend les ovaires, ou les chirurgies emportant les ovaires et/ou l'utérus.

De plus, après le traitement d'un cancer, un délai est souvent nécessaire avant de pouvoir envisager une grossesse. Les raisons de ce délai sont souvent multiples (par exemple, terminer les traitements anti-cancéreux qui sont incompatibles avec la grossesse, avoir du recul par rapport au cancer et son risque de récurrence...). La fertilité diminuant naturellement avec l'âge, ce délai d'attente peut également diminuer les chances de grossesse.

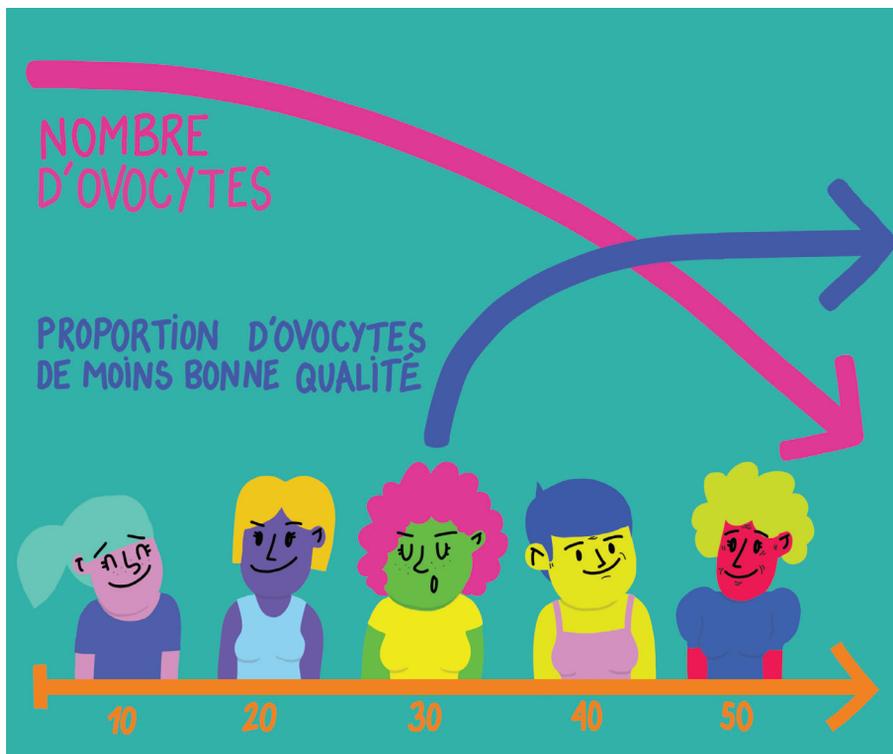
Lorsqu'une préservation de fertilité est indiquée, elle est intégrée au parcours de soins sans le modifier. Afin d'éviter que celle-ci ne retarde la prise en charge du cancer, elle doit avoir lieu le plus rapidement possible.

TEMOIGNAGE

Dès l'annonce de mon cancer, lors du premier rendez-vous avec mon médecin référent (...), on m'a informée de la possibilité de "préserver ma fertilité" auprès d'un centre spécialisé. A ce moment-là, j'avais 33 ans, j'étais au commencement d'essais bébé, je venais d'arrêter la pilule. C'était donc un sujet très important pour moi.

Mme B, 33 ans au moment du diagnostic

Illustration de la diminution de la fertilité avec l'âge



B • FONCTIONNEMENT physiologique des OVAIRES

Chaque femme naît avec une quantité donnée de follicules ovariens*, appelée « réserve ovarienne ». Cette réserve diminue progressivement tout au long de la vie jusqu'à devenir indétectable à la ménopause.

Sous l'effet du cycle hormonal, un ovocyte* (ou ovule, contenu dans le follicule) arrive à maturité chaque mois. Cet ovocyte mature est expulsé de l'ovaire : il peut alors être fécondé par un spermatozoïde*. Cette fécondation donnera un embryon* qui pourra s'implanter dans l'utérus. Sans fécondation, l'ovocyte sera évacué au cours des règles.

Une grossesse naturelle est possible entre la survenue des premières règles à la puberté et jusqu'à la ménopause, mais peu probable après 45 ans.

Avec l'âge, les chances de grossesse diminuent car la quantité mais également la qualité des ovocytes s'altèrent, en particulier après 38 ans.

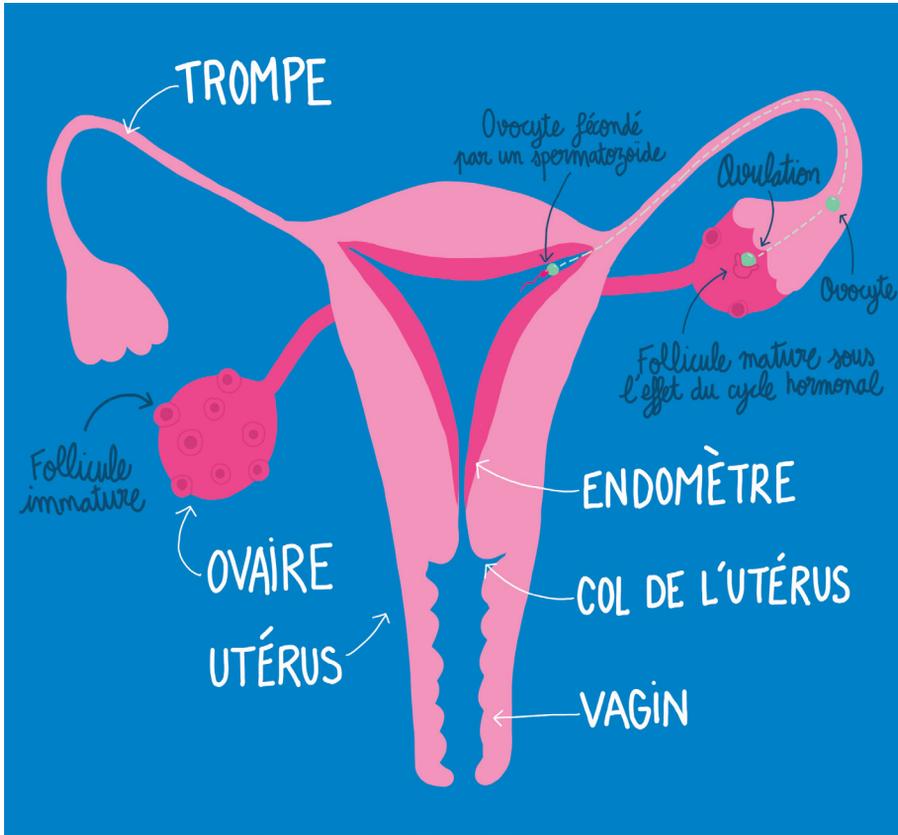
Lorsque la situation le justifie (comme lors d'un bilan d'infertilité par exemple), la réserve ovarienne peut être estimée avec des dosages hormonaux et une échographie pelvienne. Toutefois, il n'existe à ce jour aucun outil de prédiction de la fertilité, c'est à dire de chance de grossesse naturelle !

TEMOIGNAGE

C'était un gros choc sur le plan psychologique et je pense que j'étais plus atteinte par le potentiel risque de ne pas être enceinte que par le cancer en lui-même. Je n'étais pas forcément très réceptive à tout ce qu'on pouvait me dire. J'ai été extrêmement bien informée. C'était un tel chamboulement que je n'ai pas forcément compris tout ce qui allait m'arriver, pourquoi on le faisait, comment ça allait se passer et surtout comment j'allais pouvoir "exploiter" ce qu'on m'avait prélevé à l'issu de tout ça. J'ai eu le RDV très rapidement, en 1 semaine. Il y avait une telle urgence à commencer la chimio que finalement il n'y pas eu d'étape de stimulation.

Mme E. 34 ans au moment du diagnostic

Schéma anatomique



IMPACT des TRAITEMENTS anti-cancéreux

Les différents traitements contre le cancer peuvent altérer la fonction ovarienne et les capacités de la reproduction. Les effets indésirables peuvent survenir durant les traitements (on parle alors d'« effets aigus») ou plus à distance (on parle d'« effets à long terme»).

La chimiothérapie

La chimiothérapie peut altérer la réserve ovarienne. Toutefois, son impact sur la fertilité est différent en fonction des protocoles utilisés (type de produit, dose) mais également de l'âge et de la réserve ovarienne de la femme au moment du traitement.

L'arrêt des règles (ou aménorrhée*) est un effet secondaire fréquent de la chimiothérapie. La reprise des règles après les traitements dépend elle aussi des protocoles utilisés, de l'âge, et de la réserve ovarienne de chacune.

S'il a lieu, le retour des règles survient le plus souvent au cours des deux années qui suivent la fin de la chimiothérapie.

La radiothérapie

Lorsque la radiothérapie concerne les ovaires, elle stoppe généralement le fonctionnement ovarien, même si cela dépend de la dose et de l'âge. La reprise de la fonction ovarienne après les traitements est plus rare.

Lorsque la radiothérapie concerne également l'utérus : cela augmente certaines complications obstétricales en cas de

grossesse (fausse couche, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, petit poids de naissance). Cela peut aussi diminuer les chances d'implantation d'un embryon* dans l'utérus.

La chirurgie

Principalement dans les cancers pelviens, la chirurgie peut concerner tout ou une partie de l'appareil reproductif (utérus, trompe, ovaire). Elle impacte la fertilité de différentes manières selon la zone concernée, par exemple :

- En cas d'ablation de l'utérus, une grossesse n'est plus possible pour la personne opérée
- En cas d'ablation d'un seul ovaire, si l'autre ovaire fonctionne, une grossesse naturelle est en principe possible.

Les thérapies ciblées, les immunothérapies

Pour ces thérapies plus récentes, les données sont encore limitées. A ce jour, il n'y a pas d'élément faisant suspecter une toxicité importante de ces traitements sur la fertilité.

D. TECHNIQUES de PRÉSERVATION de la fertilité

Plusieurs techniques de préservation de la fertilité existent : certaines permettent de préserver du matériel (préservation d'ovocytes matures* avec ou sans stimulation ovarienne, préservation de cortex ovarien*), d'autres essaient de limiter l'impact des traitements sur les organes reproducteurs (agonistes de la LH-RH*, transposition ovarienne). Elles sont expliquées plus précisément dans les paragraphes ci-dessous.

La technique sera choisie en concertation avec l'équipe de soins, en fonction de plusieurs paramètres qui concernent :

- **la femme** : son âge, son désir de grossesse, un éventuel antécédent d'infertilité connu, ainsi que les paramètres biologiques et échographiques évaluant la réserve ovarienne.
- **le cancer** : les traitements anti-cancéreux envisagés (types, durée), le type et stade de cancer et son éventuel risque d'atteinte au niveau ovarien, le temps disponible avant le début des traitements. En fonction des situations, il est parfois possible d'associer plusieurs techniques de préservation de la fertilité.

La prise en charge du cancer reste la priorité et la préservation de la fertilité ne doit pas l'impacter.

1. Préservation d'ovocytes matures* après stimulation ovarienne

Physiologiquement, à chaque cycle menstruel, un seul follicule* termine sa croissance jusqu'à l'ovulation.

La préservation d'ovocytes matures consiste à utiliser un traitement hormonal (par injections quotidiennes) pour stimuler la croissance et le développement simultané de plusieurs follicules. Cette stimulation peut être débutée à n'importe quel moment du cycle. Lorsque la croissance folliculaire est suffisante (après 10 à 14 jours en moyenne), l'ovulation est déclenchée par une injection afin de permettre leur maturation.

Les ovocytes contenus dans les follicules, sont ensuite recueillis au bloc opératoire par une ponction trans-vaginale, c'est à dire à travers la paroi du vagin, sous contrôle échographique, sous anesthésie locale ou générale, et en ambulatoire*.

Illustration de la préservation d'ovocytes matures*
après stimulation ovarienne



Les ovocytes qui ont effectivement atteints le stade de maturation sont ensuite congelés.

Les ovocytes peuvent éventuellement être fécondés au laboratoire avec des spermatozoïdes* du partenaire pour obtenir des embryons*, qui seront ensuite congelés. Cette technique préserve alors la fertilité du couple et non celle de la femme. En effet, en cas de séparation du couple, la réutilisation des embryons n'est pas possible.

L'ensemble de ce processus nécessite environ 2 semaines depuis le début de la stimulation hormonale jusqu'à la ponction d'ovocytes. Les traitements du cancer peuvent débuter dès le lendemain de la ponction.

Parfois, plusieurs cycles de stimulation ovarienne avec ponction d'ovocytes peuvent être réalisés : cela dépend de l'urgence des traitements à mettre en place et du nombre d'ovocytes recueillis lors de la première ponction.

TEMOIGNAGE

Je me rappelle, on avait ponctionné pile une semaine avant la chimio. C'était ma terreur qu'on ne puisse pas le faire et au final ça a été super bien fait (...) C'est un coup de massue dans un premier temps mais il y a des solutions, et on a la chance d'avoir ces solutions.

Mme M, 34 ans au moment du diagnostic

À SAVOIR

Les limites de cette technique

- Cette technique nécessite une réserve ovarienne suffisante. Elle n'est généralement pas proposée après 40 ans, et discutée au cas par cas entre 38 et 40 ans.
- Cette technique nécessite un délai minimal de 2 semaines avant le début du traitement du cancer.
- Pour certains cancers, en particulier dans les cancers hormono-dépendants, le rapport bénéfice-risque du traitement hormonal (nécessaire à la stimulation ovarienne) peut être jugé défavorable.
- Des effets indésirables peuvent survenir (hyperstimulation ovarienne, thrombose veineuse, infection ou hémorragie lors de la ponction), même s'ils sont rares : 2 à 3 pour 1000 tentatives.

Données d'efficacité

- Il s'agit de la technique ayant le plus de recul et la meilleure efficacité.
- Les chances de grossesse dépendent de l'âge au moment de la congélation d'ovocytes* et du nombre d'ovocytes congelés. Par exemple, avant 35 ans, lorsque 10 ovocytes sont congelés, les chances d'avoir un enfant sont d'environ 60 % alors que ces chances sont d'environ 35% après 36 ans.

2. Préservation d'ovocytes matures* sans stimulation ovarienne, aussi appelée maturation in vitro (MIV)

Cette technique consiste en une ponction d'ovocytes sans traitement hormonal au préalable. La maturation des ovocytes est réalisée in vitro, c'est-à-dire au laboratoire.

Cette technique ne nécessite pas de délai jusqu'à la ponction d'ovocytes et peut être réalisée à n'importe quel moment du cycle. La ponction est effectuée au bloc opératoire par voie trans-vaginale, c'est à dire à travers la paroi du vagin, sous contrôle échographique, sous anesthésie locale ou générale et en ambulatoire*.

Les ovocytes qui ont mûri in vitro après 24 ou 48 heures sont ensuite congelés.

Les ovocytes peuvent éventuellement

être fécondés au laboratoire avec des spermatozoïdes* du partenaire pour obtenir des embryons*, qui seront ensuite congelés. Cette technique préserve alors la fertilité du couple et non celle de la femme. En effet, en cas de séparation du couple, la réutilisation des embryons n'est pas possible.

Les traitements du cancer peuvent débuter dès le lendemain de la ponction. Cette technique est relativement récente, et le recul est encore faible.

À SAVOIR

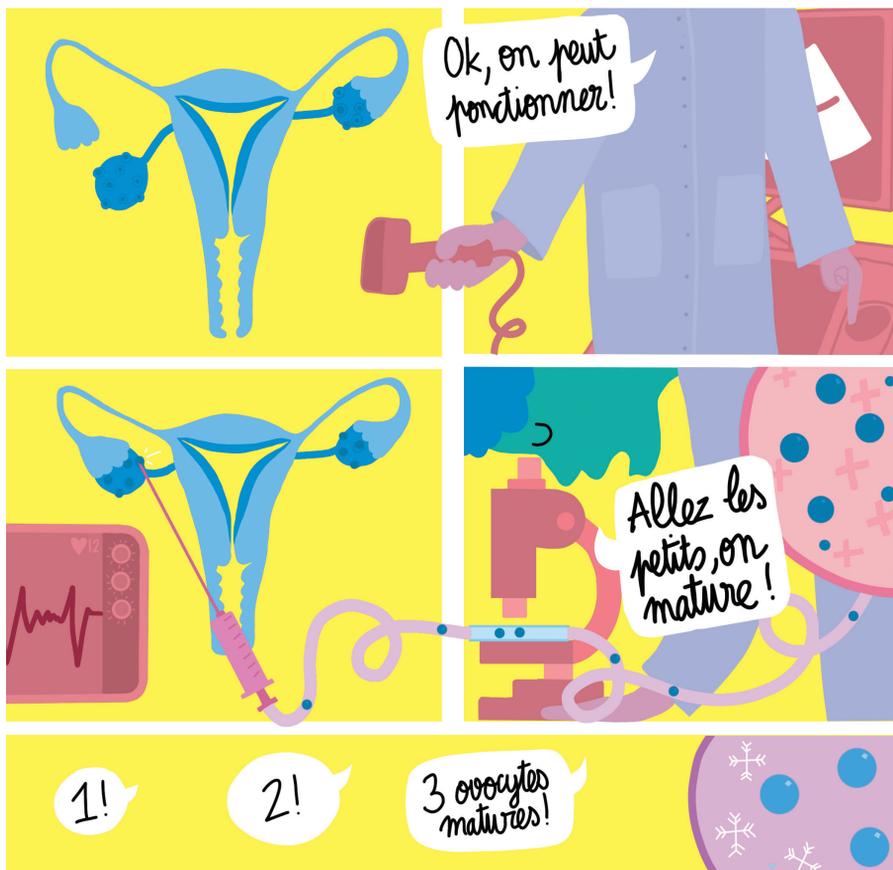
Les limites de cette technique

- Cette technique nécessite une réserve ovarienne suffisante et n'est généralement pas proposée après 38 ans.
- Il y a peu de données sur les chances de grossesse liées à cette technique.
- Cette technique ne doit être proposée que si la stimulation ovarienne pour conservation d'ovocytes matures* n'est pas faisable.

Données d'efficacité

- Peu d'études rapportent les taux de grossesse après transfert d'embryons* issus d'ovocytes* maturés in vitro pour des femmes traitées pour un cancer. Les taux de grossesses sont largement inférieurs à ceux obtenus après cryopréservation d'ovocytes matures (donc après stimulation hormonale). À ce jour, il y a encore très peu de publications sur les enfants nés après MIV après un cancer.

Illustration de la préservation d'ovocytes matures*
sans stimulation ovarienne, aussi appelée maturation in vitro (MIV)



3. Préservation de cortex ovarien*

La préservation de cortex ovarien* consiste à prélever une partie ou la totalité d'un ovaire et à conserver la partie la plus externe de l'ovaire, le cortex, qui contient les follicules*. Cette technique nécessite une intervention chirurgicale généralement r alis e par coelioscopie (autrement appel e technique « mini-invasive »), sous anesthésie générale, en ambulatoire*.

La partie du cortex ovarien* pr lev e est ensuite divis e en fragments. La majorité de ces fragments sont congelés ; une partie est analys e pour vérifier l'absence de cellule tumorale.

Lors du projet de grossesse, les fragments préservés pourront, après d congelation, être réimplantés proche de l'utérus au cours d'une intervention chirurgicale par coelioscopie. Généralement le fonctionnement ovarien reprend quelques semaines à quelques mois après la réimplantation.

Cette technique n'est généralement propos e qu'en cas de traitement à haut risque de toxicité sur les ovaires. Il s'agit de la seule technique de préservation de la fertilité qui peut être r alis e alors que la chimiothérapie a déjà débuté.

  SAVOIR

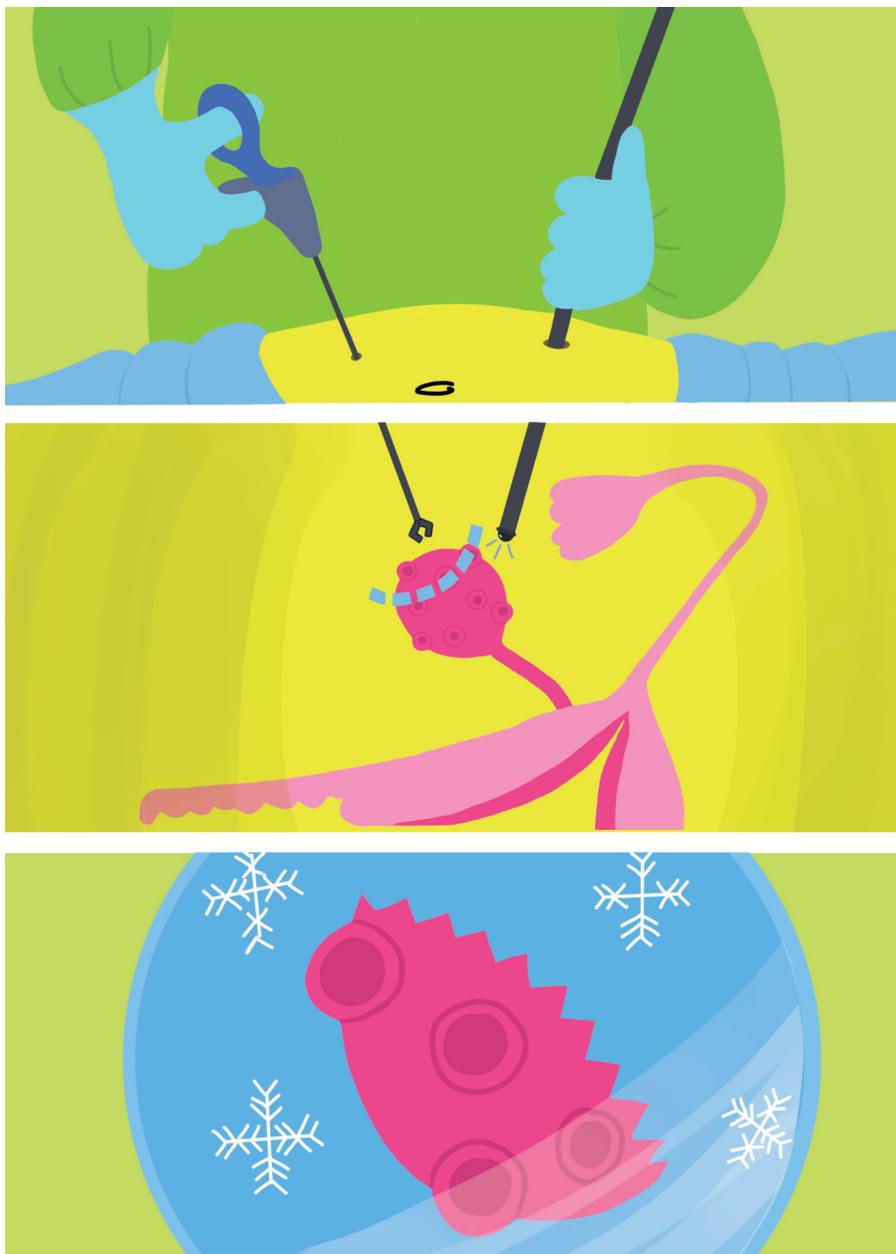
Les limites de cette technique

- Cette technique nécessite une réserve ovarienne suffisante : elle n'est généralement pas propos e après 36 ans. Elle est parfois discut e au cas par cas entre 36 et 38 ans.
- Elle nécessite une intervention chirurgicale.
- La réimplantation ultérieure des fragments n'est pas recommand e en cas de risque de cellules tumorales sur les ovaires.
- Elle est r serv e aux traitements à haut risque de toxicité sur les ovaires.

Données d'efficacité

Le pourcentage de femmes qui ont eu au moins un enfant après une autogreffe de tissu ovarien est compris entre 25 et 33 % chez des femmes qui avaient en moyenne 30 ans au moment du prélèvement.

Illustration de la préservation de cortex ovarien*



4. Agonistes de la LH-RH*

Il s'agit d'une technique médicamenteuse non invasive qui consiste à provoquer une mise au repos des ovaires pendant les traitements du cancer, en particulier la chimiothérapie. Il s'agit d'injections intra-musculaires ou sous-cutanées à réaliser régulièrement, généralement une fois par mois, pendant la chimiothérapie.

Ce traitement a montré une diminution du risque d'insuffisance ovarienne prématurée et une possible augmentation des chances de grossesse spontanée chez les patientes ayant eu une chimiothérapie pour un cancer du sein. Son bénéfice est débattu dans les autres cancers. Son utilisation est optionnelle et ne doit pas remplacer les techniques de préservation décrites précédemment (qui peuvent être associées).

5. Transposition ovarienne

En cas de radiothérapie pelvienne et si cela n'impacte pas le traitement du cancer, les ovaires peuvent être déplacés en dehors du champ de radiothérapie afin de tenter de les épargner. L'objectif initial est de préserver leur fonction hormonale afin d'éviter les effets d'une ménopause précoce.

Cela nécessite une intervention chirur-

gicale généralement faite par coelioscopie (ou chirurgie « mini-invasive ») sous anesthésie générale, en ambulatoire*.

À SAVOIR

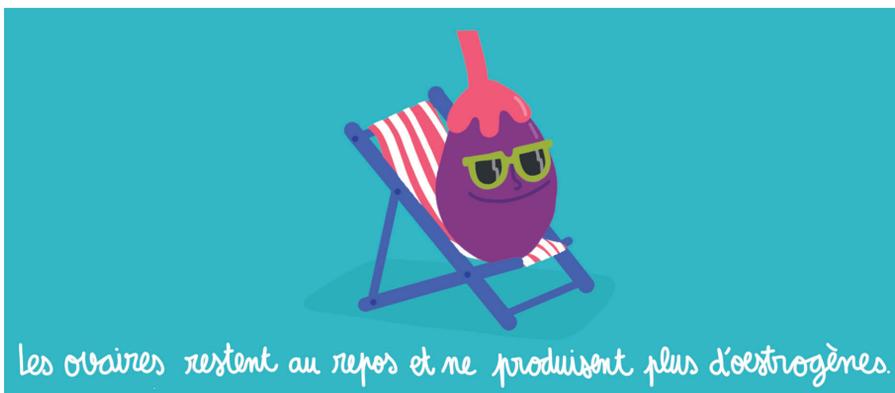
Les limites de cette technique

- Il y a peu de données sur les chances de naissances après transposition ovarienne.
- Des complications sont décrites dans 10 à 12% des cas (kystes ovariens, hématomas...).

6. Chirurgie gynécologique

Si la prise en charge du cancer le permet et lorsqu'il y a un désir de grossesse, la chirurgie pelvienne peut être adaptée pour conserver une partie des organes reproductifs et ainsi préserver la fertilité. Cela fait toujours l'objet d'une discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Illustration des agonistes de la LH-RH*



E. BON à SAVOIR

A qui en parler ?

Les conséquences des traitements sur la fertilité doivent être évoquées par votre équipe de soins avant leur début. Si cela n'est pas le cas, n'hésitez pas à l'aborder vous-même en consultation.

Un réseau est le plus souvent déjà en place entre les équipes qui assurent la prise en charge du cancer et les équipes partenaires d'Assistance Médicale à la Procréation. Une consultation spécialisée peut être organisée.

Il existe 31 CECOS (Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Spermé humains) en France. Une carte est disponible sur : www.cecos.org

Temps de conservation du matériel prélevé

La réutilisation des ovocytes*, embryons* ou tissu ovarien cryopréservés est possible jusqu'à l'âge de 45 ans en vue de l'obtention d'une grossesse.

Vous serez contactée une fois par an par le centre d'Assistance Médicale à la Procréation responsable de votre dossier. Si vous ne souhaitez pas utiliser le matériel cryopréservé, vous pouvez demander sa destruction ou le donner pour la recherche. En l'absence de réponse après 10 relances consécutives, le matériel cryopréservé sera détruit.

En France, l'assistance médicale à la procréation est prise en charge pour toutes

les femmes à 100% par la sécurité sociale jusqu'à 43 ans pour la congélation des ovocytes et jusqu'à 45 ans pour leur réutilisation.

La contraception

Pour les femmes concernées, il est recommandé de poursuivre une contraception efficace, même en l'absence de règles, pendant toute la durée de vos traitements du cancer et après les traitements jusqu'à ce qu'une grossesse soit envisagée.

Le choix des méthodes de contraception peut être limité en fonction du type de cancer ou des traitements envisagés. Cela est à discuter auprès de votre équipe oncologique et de votre gynécologue.

Et pour l'avenir

En cas de projet de grossesse ou de questions relatives à la fertilité, il faut s'adresser à votre médecin référent qui vous suit en oncologie, radiothérapie, chirurgie ou gynécologie. En cas de nécessité, une consultation spécialisée pourra être organisée.

Il n'existe pas de garantie de grossesse avec les techniques de préservation de la fertilité. En l'absence de grossesse naturelle ou à l'aide de techniques d'assistance médicale à la procréation, des alternatives existent : il peut être envisagé d'avoir recours à un don d'ovocytes* ou de poursuivre son chemin vers la parentalité via l'adoption. La gestation pour autrui (« mère porteuse ») n'est pas autorisée en France.

F • FOCUS sur le CANCER DU SEIN

Lorsque le cancer du sein est localisé, la préservation de la fertilité se discute en fonction des traitements prévus et de l'âge de la patiente.

Les chimiothérapies utilisées habituellement dans le cancer du sein ont une toxicité ovarienne modérée. Ce facteur est à pondérer en fonction de l'âge de la femme et de sa réserve ovarienne.

Même en l'absence de préservation de fertilité, une grossesse naturelle est possible après traitement d'un cancer du sein, ceci restant toujours dépendant de l'âge et du type de traitement reçus. Dans les données disponibles de la littérature, la majorité des grossesses décrites après un cancer du sein sont obtenues naturellement, c'est à dire sans aide médicale.

Les techniques de préservation de la fertilité envisagées

dans le cadre d'un cancer du sein sont :

- **La préservation d'ovocytes* matures (ou d'embryon*) après stimulation ovarienne** est à privilégier. Comme évoqué précédemment, cette technique utilise une stimulation hormonale. Sa réalisation peut dépendre de la séquence des traitements envisagés, du temps disponible avant le début de la chimiothérapie et sera toujours envisagée avec l'accord de l'équipe de soins. Les données dis-

ponibles montrent que cette technique utilisée par des équipes entraînées ne modifie pas le pronostic du cancer du sein, même hormono-dépendant.

- **La préservation d'ovocytes matures sans stimulation ovarienne** (ou MIV) peut être proposée si la stimulation hormonale n'est pas possible.

- **La préservation de cortex ovarien*** est très rarement proposée dans le cadre d'un cancer du sein. La diminution potentielle de la réserve ovarienne liée à l'ablation d'une partie de l'ovaire est à pondérer avec la toxicité modérée de la chimiothérapie. A noter que chez les femmes ayant une prédisposition génétique au cancer du sein et de l'ovaire (par exemple une altération des gènes *BRCA1* ou *BRCA2*), la réimplantation du cortex ovarien n'est pas recommandée en raison du risque de cancer de l'ovaire.

- **Un traitement par agonistes de la LH-RH*** peut être proposé et être associé aux autres techniques. Il s'agit d'une option qui ne doit pas remplacer les autres techniques de préservation de la fertilité.

En cas d'indication d'une hormonothérapie et même en l'absence de chimiothérapie, une préservation de la fertilité peut être proposée. L'hormonothérapie ne présente pas de toxicité sur

TEMOIGNAGE

Deux ans après la fin de mon traitement, j'ai discuté avec mon équipe [d'oncologie] (...) de la possibilité de fonder une famille afin de m'assurer que je comprenais bien les risques et le délai dans lequel je pourrais arrêter le tamoxifène. Un an après, j'ai commencé à essayer pour une grossesse spontanée. Et nous sommes incroyablement chanceux d'avoir accueilli notre petite fille presque 5 ans après la date de mon diagnostic initial. J'ai eu l'impression que la boucle était bouclée et que cette période difficile, axée sur la maladie, était enfin derrière moi. Je serai toujours reconnaissante aux médecins qui m'ont donné le courage d'aller de l'avant et de fonder une famille pour moi.

Mme G. 31 ans au moment du diagnostic

la fertilité mais l'impact sur la fertilité est lié au délai recommandé avant une éventuelle grossesse.

La contraception

Pour les femmes concernées, une contraception efficace est nécessaire pendant tous les traitements même en l'absence de règles. Les contraceptions hormonales sont contre-indiquées en cas de cancer du sein. Il pourra alors se discuter avec votre gynécologue d'une contraception à l'aide d'un dispositif intra-utérin (ou stérilet) au cuivre ou par préservatifs.

Et pour l'avenir

La survenue d'une grossesse après les traitements ne modifie pas le pronostic du cancer du sein même en cas de cancer hormono-dépendant. Si une grossesse est envisagée, il faut tout d'abord en discuter avec votre équipe

de soin. Une grossesse n'est en général autorisée qu'après 18 mois à 3 ans suivant la fin des traitements par chirurgie +/- chimiothérapie +/- radiothérapie. Les raisons de ce délai sont souvent multiples (par exemple, terminer les traitements anti-cancéreux qui sont incompatibles avec la grossesse, avoir du recul par rapport au cancer et son risque de récurrence...). Un bilan complet mammaire et général vous sera prescrit et votre dossier sera discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire.

En cas d'hormonothérapie, une pause peut être discutée au cas par cas. Des données récentes ne semblent pas montrer d'augmentation du risque de récurrence lors d'une pause d'hormonothérapie pour un projet de grossesse après 18 à 36 mois de prise. Cette stratégie doit être discutée avec votre équipe de soins. L'hormonothérapie devra être arrêtée avant l'arrêt de la contraception.

Pour certaines molécules, il sera nécessaire de respecter un délai entre l'arrêt de l'hormonothérapie et un essai de grossesse, en raison du risque de malformations pour le fœtus.

L'arrêt de l'hormonothérapie doit être le plus court possible. Le traitement devra être repris après la grossesse.

Lors de la grossesse, il existe un léger surrisque de prématurité modérée, de

petit poids à la naissance et d'accouchement par césarienne chez les patientes ayant reçu une chimiothérapie. Ces grossesses doivent donc être suivies dans une maternité adaptée (niveau 2 minimum). Il n'existe pas de surrisque de malformation chez l'enfant.

GLOSSAIRE

Agoniste de la LH-RH : traitement médicamenteux par injection sous cutanée ou intra-musculaire qui a pour objectif de stopper la fabrication des œstrogènes par les ovaires.

Aménorrhée : absence de règles.

Cortex ovarien : partie la plus externe de l'ovaire qui contient les follicules.

Embryon : premier stade de développement après la fécondation d'un ovocyte par un spermatozoïde.

Follicule ovarien : formation arrondie formée par un ovocyte et les cellules qui l'entourent au sein de l'ovaire.

Hospitalisation ambulatoire : hospitalisation courte, sans hébergement de nuit.

Ovocyte : cellule reproductrice féminine, aussi appelé « ovule ».

Ovocyte mature : cellule reproductrice féminine pouvant être fécondée par un spermatozoïde.

Spermatozoïde : cellule reproductrice masculine.

POUR EN SAVOIR PLUS

Sur la fertilité:

- Cancer et fertilité ; livret destiné aux adolescentes : <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/cancer-fertilite-adolescentes-2016-10-.pdf>
- Cancer et fertilité ; livret destiné aux jeunes femmes : <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/cancer-fertilite-jeunes-femmes-2016-10-.pdf>
- Institut national du cancer : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Sexualite-et-fertilite/Fertilite>
- Institut Curie : <https://curie.fr/dossier-pedagogique/cancer-et-fertilite-le-point-sur-les-connaissances>

Sur la sexualité

- Sexualité et cancer : https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/sexualite-cancer_2021-10-.pdf
- Préserver sa sexualité : <https://www.fondation-arc.org/support-information/livret-preserver-sexualite>
- Institut national du cancer : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Sexualite-et-fertilite/Vie-intime-et-sexualite>

Sur le don d'ovocytes*

- Devenir parents grâce à un don : <https://www.cecos.org/devenir-parent-grace-a-un-don/>

Sur l'adoption

- Adoption : comment faire une demande d'agrément ? : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1383>

Coordination et rédaction

Dr Sophie Frank (gynécologue médicale, Institut Curie, Paris),

Dr Florence Coussy (gynécologue médicale, Institut Curie, Paris)

Relecture

Dr Angélique Bobrie, gynécologue médicale, Institut du Cancer de Montpellier, Montpellier

Dr Mathilde Bourdon, médecin de la reproduction, Hôpital Cochin, Paris

Dr Paul Cottu, oncologue médical, Institut Curie, Paris

Dr Aliette Dezellus, gynécologue médicale, Institut de Cancérologie de l'Ouest, Nantes

Mme Mounia El Kotni, anthropologue.

Dr Anne-Sophie Hamy-Petit, gynécologue médicale, Institut Curie, Paris

Dr Fanny Le Du, oncologue médicale, Centre Eugène Marquis, Rennes

Dr Audrey Mailliez, oncologue médicale, Centre Oscar Lambret, Lille

Dr Catherine Poirot, médecin de la reproduction, Hôpital Saint Louis, Paris

Dr Magali Provansal, gynécologue médicale, Institut Paoli Calmettes, Marseille

Dr Christine Rousset Jablonski, gynécologue médicale, Centre Léon Bérard et Centre Hospitalier Lyon Sud, Lyon

Dr Claire Saule, gynécologue médicale, Institut Curie, Paris

Dr Charlotte Sonigo, gynécologue médicale, Hôpital Antoine Bécclère, Clamart

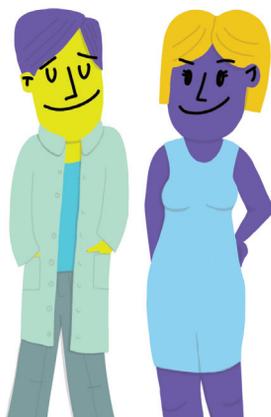
Illustrations

Lili Sohn

Remerciements

Un grand merci aux patientes ayant accepté de témoigner, au Comité de relecture patient de la ligue, ainsi qu'à la ligue contre le cancer et en particulier Qwitterie Lanta pour son aide précieuse tout au long du parcours de rédaction.

Merci à Lili Sohn pour ces belles illustrations.





Chercher pour guérir,
prévenir pour protéger,
accompagner pour aider,
mobiliser pour agir



Votre comité départemental

La Ligue contre le cancer :

-  Ecrire au siège de la fédération :
Ligue contre le cancer, 14 rue Corvisart 75013 PARIS
-  0 800 940 939 (numéro gratuit) : Soutien psychologique –
Aide et conseil pour emprunter – Conseil juridique
-  www.ligue-cancer.net : Toutes les informations sur les cancer –
Forum de discussion, actualités de la Ligue – faire un don
-  [Facebook.com/laliguecontrecancer](https://www.facebook.com/laliguecontrecancer)
-  [Twitter.com/laliguecancer](https://twitter.com/laliguecancer)

