

Fiche info

Cancer et préservation de la fertilité féminine

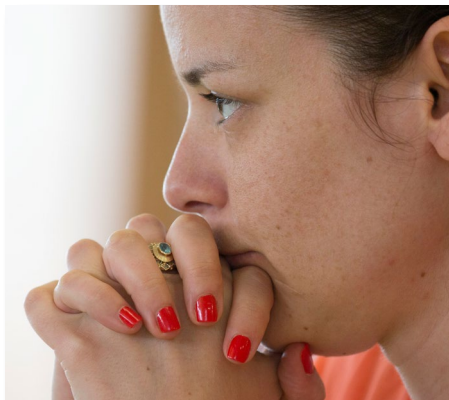
Vous avez appris que vous avez un cancer. Pour vous soigner, votre médecin vous a expliqué et proposé un traitement adapté à votre situation. Il vous a informé des effets secondaires liés au(x) traitement(s) et que parmi eux il existe possiblement un risque concernant votre fertilité. Parce qu'il est important de pouvoir prévoir l'avenir après les traitements, il est nécessaire d'en parler au plus tôt, même si l'on ne peut pas toujours affirmer qu'il y aura des troubles de la fertilité.

■ Les troubles de la fertilité

On parle soit d'**hypofertilité** lorsqu'il y a des difficultés pour avoir un enfant, soit de **stérilité** ou d'**infertilité** lorsqu'il y a impossibilité à en concevoir.

Chez la femme traitée pour un cancer, elle peut résulter d'une baisse de la quantité ou de l'absence complète des ovules, induisant la survenue d'une ménopause. L'infertilité peut aussi être liée aux effets secondaires des traitements sur les organes permettant la reproduction. L'infertilité peut être associée à des troubles de la sexualité, mais elle n'a rien à voir avec le manque de désir ou avec l'impossibilité d'avoir des relations sexuelles. Elle peut être provisoire ou définitive. Elle dépend de plusieurs facteurs :

- de l'âge au moment du traitement ;
- de l'état de fertilité avant le début du traitement ;
- de la région traitée ;
- du type de traitement ;
- des doses administrées ;
- de la période écoulée depuis la fin du traitement.



■ Quels sont les traitements contre le cancer qui affectent la fertilité de la femme ?

• La chimiothérapie

Bien qu'il soit difficile d'avoir une vision précise de l'effet de chaque traitement sur la reproduction, quelques points de repère peuvent être pris en compte. Le type de chimiothérapie, sa durée, les doses prescrites ou les associations médicamenteuses employées peuvent affecter le cycle menstruel de la femme, provoquer un déficit ovarien et induire l'infertilité. Il n'y a plus d'ovulation ce qui peut produire une ménopause précoce. Les effets secondaires de la chimiothérapie sont variables d'une femme à une autre. Leur délai d'apparition sur la fonction ovarienne est variable au cours et au décours de la chimiothérapie. Les répercussions sur la fertilité seront d'autant plus importantes que les doses cumulées de médicaments seront élevées en particulier pour les agents alkylants. Après la fin des traitements, le retour à la situation normale peut intervenir dans des délais très variables d'une femme à une autre. En vieillissant, la quantité d'ovules diminue. Autour de 35 à 40 ans, la femme est donc moins susceptible de retrouver sa fonction ovarienne après une chimiothérapie, alkylante ou non, ce qui induit l'infertilité.

• L'hormonothérapie

L'hormonothérapie ou **traitement hormonal adjuvant**, a pour objectif de bloquer les sécrétions hormonales qui entretiennent le développement de certaines tumeurs appelées hormono-sensibles ou hormono-dépendantes (cancer du sein, de la thyroïde...). En cas d'indication de traitement antihormonal adjuvant dans le cancer du sein chez la femme jeune où la tumeur est hormono-dépendante, le traitement est prescrit en théorie pour une durée d'au moins cinq ans, où il est recommandé de ne pas concevoir d'enfant.

Conséquences pour d'éventuelles grossesses

Une contraception de couple (préservatif, pilule, stérilet...) tenant compte du traitement administré est proposée, dès le début du traitement et durant toute sa durée, pour éviter toute grossesse à risque pour l'enfant. En général, chez la femme ayant été traitée pour un cancer, quel que soit le délai de survenue de la grossesse, celle-ci n'entraîne pas de risque accru de rechute. Les médecins conseillent d'observer un délai lié au pronostic de la maladie et de la période à risque de rechute associée. Un compromis difficile à trouver se pose entre un arrêt prématuré du traitement hormonal adjuvant (au bout de deux ans) et le risque d'hypofertilité lié à l'atteinte de l'âge limite.

• La chirurgie

La chirurgie peut avoir une incidence sur la fertilité. C'est le cas des interventions sur le ou les ovaires, le col utérin, l'utérus ou la/les trompes de Fallope.

• La radiothérapie

Elle tient une place particulière dans les tumeurs gynécologiques. Les effets sur la fertilité dépendent de l'âge au moment du traitement, du site d'irradiation, de la dose totale délivrée, et de la dose par fraction. L'atteinte est liée à la réserve d'ovocytes préexistante au traitement. Elle est d'autant plus sévère que l'âge est plus élevé au moment du traitement.

- **L'irradiation ovarienne** produit une insuffisance ovarienne prématurée et par conséquent une réduction de la période de fertilité.

- **La radiothérapie abdomino-pelvienne et l'irradiation corporelle totale** exposent également les ovaires à ces effets sur la fertilité.

- Après **irradiation de l'utérus**, les grossesses, lorsqu'elles sont possibles, sont à risque et doivent bénéficier d'une prise en charge spécifique. L'atteinte directe de l'utérus après irradiation pelvienne ou abdomino-pelvienne peut constituer une indication de césarienne programmée avant l'accouchement.

- Après **curiethérapie au niveau vulvo-vaginal**, une incidence sur la fertilité peut être observée.

- Après **irradiation crânienne ou craniospinale**, une atteinte de l'axe hypothalamo-hypophysaire est possible à partir d'une certaine dose, responsable d'une absence de règles avec absence d'ovulation. Un traitement hormonal s'il n'est pas contre-indiqué peut y remédier.

• L'iodeothérapie

Pour la **pathologie de la thyroïde**, dans le cas de traitement par Iode 131, le risque d'infertilité augmente avec le cumul des doses.



■ Comment préserver la fertilité féminine ?

L'équipe médicale pluridisciplinaire doit intégrer les risques de toxicité sur la fonction de reproduction, lors de l'évaluation de la balance bénéfique/risque des stratégies de prise en charge du cancer. Chaque situation est évaluée par l'équipe médicale dont vous relevez. Une consultation dans un centre de médecine et de biologie de la reproduction a pour objectifs de :

- compléter l'information reçue sur les connaissances connues du/des traitements de votre maladie sur la fonction de reproduction et sur la sexualité,
- d'envisager les finalités et les modalités de **la préservation de la fertilité**.

Un cadre réglementaire précise les règles de sécurité sanitaire, les modalités de l'information et du consentement. Celles-ci respectent les dispositions de la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie ainsi que les règles fixées par l'arrêté relatif aux règles de bonnes pratiques et biologiques en Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

Plusieurs facteurs interviennent dans le choix de la méthode la mieux adaptée. Ils tiennent compte de l'âge, du fait que vous soyez en couple ou célibataire, de la nature du cancer, de la toxicité ovarienne des traitements déjà reçus ou à venir et de l'urgence à commencer le traitement.

Il existe plusieurs méthodes de préservation de la fertilité féminine :

- À l'exception des cancers du sein pour lesquels la modification hormonale aggraverait la maladie, la **stimulation hormonale** permet d'obtenir plusieurs ovocytes et de les congeler, dans le but après la guérison, d'une Fécondation *In Vitro* (FIV). La préservation de la fertilité par conservation des ovocytes s'adresse à la femme en âge de procréer, qui ne souhaite pas ou ne peut pas préserver sa fertilité par FIV et par congélation d'embryons.

En cas de désir de grossesse, après guérison, les ovocytes sont décongelés et fécondés *in vitro* avec les spermatozoïdes du partenaire. Les embryons obtenus sont alors réimplantés dans l'utérus de la femme.

- La **FIV** consiste à obtenir plusieurs ovocytes après une stimulation hormonale, qui sont prélevés par ponction dans les ovaires sous anesthésie locale ou générale. Cette technique se limite à certains cancers et n'est possible que si l'on dispose d'au moins un mois pour la réaliser. Les ovocytes sont fécondés en laboratoire avec les spermatozoïdes du conjoint. Les embryons obtenus sont ensuite congelés dans le but après la guérison, de les réimplanter dans l'utérus de la femme si le projet parental du couple est toujours d'actualité. Dans ce contexte, une consultation avec un(e) psychologue est nécessaire pour évaluer l'équilibre du couple. La FIV est soumise à la loi de bioéthique de 2004. Pour des critères d'âge ou en cas de décès de l'un des conjoints, il ne sera pas possible de procéder au transfert des embryons.

- La **cryoconservation du tissu ovarien**. Cette technique dont la limite de prise en charge se situe autour de 35 ans, s'adresse à la femme dont le traitement sera à l'origine d'une très forte probabilité de perte de la fertilité : toxicité pour les ovaires d'une chimiothérapie ou d'un traitement avant une greffe de moelle osseuse, radiothérapie du bas-ventre à forte dose.

- La **transposition ovarienne**, en cas de radiothérapie, est une opération chirurgicale qui consiste à déplacer les ovaires en dehors de la zone d'irradiation.

L'équipe médicale et votre médecin traitant sont là pour répondre à toutes vos questions. Vous pouvez également être amenée à rencontrer d'autres professionnels, psychologue, sexologue... N'hésitez pas à les solliciter.

En savoir +

■ **Les centres CECOS** : <http://www.cecocos.org/>

Un CECOS est un centre implanté dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), formé :

- d'une équipe médicale pluridisciplinaire regroupant des médecins, des biologistes, des psychologues, des généticiens, des techniciens...
- d'une plate-forme de cryobiologie hautement spécialisée.

■ **Cancer Info** : 0 805 123 124 / <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo>

■ **Agence de la biomédecine** : <http://www.agence-biomedecine.fr/>

■ **Plan cancer 2014/2019** : <http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer/plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>