

# les nouvelles

## D'EUROPA DONNA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

Membre de la coalition européenne Europa Donna

26<sup>ÈME</sup> COLLOQUE ANNUEL • 25 NOVEMBRE 2024



# Cancers du sein

## ÉVOLUTION & RÉVOLUTIONS

*Du prêt-à-porter au sur-mesure*

**ÉDITO**  
**BRIGITTE HEULS**  
Présidente de  
Europa Donna  
France

**Écouter les femmes pour cibler  
notre action sur leurs vrais besoins  
est l'essence même de notre mission  
et l'ambition de mon mandat.**



**N**otre récent colloque, le premier que j'ai eu l'honneur d'accompagner en tant que Présidente d'Europa Donna France, a mis l'accent sur ce que chaque patiente est en droit d'attendre : un dépistage le plus précoce possible, des traitements adaptés au type spécifique du cancer dont elle souffre, mais aussi tous les soins non médicaux qui peuvent contribuer à une amélioration de leur qualité de vie, d'autant plus essentielle que les rémissions sont fort heureusement de plus en plus longues, avec des souffrances mieux maîtrisées.

Ce colloque a illustré notre démarche et y a contribué, grâce aux experts engagés et aux patientes, si sincères, qui sont intervenus. Je tiens à les en remercier.

# Introduction du Colloque

## SOMMAIRE

**p.2**

Introduction du Colloque  
Intervention de  
Philippe Bergerot

**p.3**

Dépistage et diagnostic :  
nouveaux champs et enjeux

**p.6**

L'ère nouvelle de la chirurgie  
et de la radiothérapie

**p.8**

Soigner juste, performance  
des traitements et qualité  
de vie

**p.9**

Être femme...  
au-delà du cancer

**p.10**

...et mère  
au-delà du cancer

**p.11**

Intervention de  
Jean-Carles Grelier  
député de la Sarthe



**BRIGITTE HEULS**  
PRÉSIDENTE DE  
EUROPA DONNA  
FRANCE

**A des pathologies cancéreuses malheureusement de plus en plus nombreuses, on peut, fort heureusement, opposer des thérapeutiques de plus en plus pointues et efficaces.**

Les cancers du sein, dont le nombre de cas augmente régulièrement, bénéficient d'une bien meilleure prise en charge, qui, pourtant, nécessite encore une plus grande proximité avec **les patientes, qui sont des femmes avant d'être des malades**. Les accompagner, les aider à avancer dans leur parcours de vie donne tout son sens à une association comme Europa Donna France. **Ces femmes, dont nous voulons porter la voix toujours plus haut, sont des maillons essentiels de la chaîne de toute décision**, qu'elle soit thérapeutique, de recherche ou organisationnelle. L'apport de leur expérience, pas encore suffisamment pris en compte bien que démontré, est indispensable à toute démarche d'évolution et d'amélioration de leur prise en charge. Les femmes énergiques et motivées d'Europa Donna France s'emploieront à leur donner toute leur place.



**PHILIPPE BERGEROT**  
PRÉSIDENT DE  
LA LIGUE CONTRE  
LE CANCER

**Environ 1 200 nouveaux cas de cancers par jour - dont celui du pancréas** dont le nombre augmente significativement - une demande de consultations, d'exams et de soins de plus en plus grande alors même que le nombre des soignants n'évolue pas dans les mêmes proportions. Il reste beaucoup à faire pour améliorer la prise en charge du cancer, tant en termes de recherche que d'accompagnement des patients.

Avec 45 millions de dotation cette année, la Ligue contre le cancer est le premier financeur de la recherche contre le cancer en France, qu'elle soit fondamentale ou appliquée aux interventions thérapeutiques, dont les interventions non médicamenteuses telle l'APA.

Grâce à sa présence sur l'ensemble du territoire, métropolitain et ultramarin, La Ligue peut aller vers les patients, dans et à l'extérieur des établissements, mener des actions fondamentales contre les inégalités d'accès aux soins et pour le recours aux soins de support, repérer et alerter sur les réalités du terrain, les manques et les dysfonctionnements.



# Dépistage et diagnostic : nouveaux champs et enjeux



**LAURENT VERZAUX**  
RADIOLOGUE, LE HAVRE

## Dépistage national organisé (DNO)

**Historiquement le dépistage organisé du cancer du sein, dit « de masse », terme en lui-même agressif puisqu'une population n'est pas une masse mais une somme d'individualités, a été généralisé en 2004.**

A la différence de ce qui se fait dans les autres pays européens, **le dispositif mis en place maintient une relation personnelle forte avec les femmes qui y participent, grâce à un examen clinique obligatoire et un bilan diagnostic immédiat** - c'est-à-dire à l'entrée sans délai dans un parcours diagnostique puis, éventuellement, de soins - en cas d'anomalie.

Malheureusement, les conditions de ce dépistage organisé se dégradent : 2024/2023, **le taux de participation a perdu 15,6 points**. Même si l'on a pu constater, en les interrogeant, le manque d'appétence des femmes pour ce moment médical qui peut

être très violent, les raisons de ce recul sont essentiellement la démographie médicale - les radiologues-sénologues sont de moins en moins nombreux - et la difficulté d'accès aux soins.

Dans l'avenir, le dépistage sera davantage individualisé, grâce au développement de l'intelligence artificielle qui permet l'analyse des images mais aussi, en amont, des profils de population. Leur proposer un acte de plus en plus personnalisé présente un intérêt pour les femmes, bien sûr, mais aussi pour la société, grâce à une utilisation efficiente des ressources allouées.

*« Dans l'avenir, le dépistage sera davantage individualisé, grâce au développement de l'intelligence artificielle qui permet l'analyse des images mais aussi, en amont, des profils de population. »*

## Dépistage et diagnostic : nouveaux champs et enjeux



**SUZETTE DELALOGUE**  
ONCOLOGUE,  
GUSTAVE ROUSSY - VILLEJUIF

### Apport de la génétique

**Grâce aux progrès considérables faits en biologie ces vingt dernières années, on comprend beaucoup mieux la genèse des cancers et, particulièrement, des cancers du sein.**

On leur connaît maintenant des **déterminismes génétiques, mais aussi environnementaux**, qui remontent à très tôt dans la vie voire à avant la naissance, parfois difficilement contrôlables, qui doivent déculpabiliser les malades et dont il faut se servir pour forger des armes contre la maladie.

**Aujourd'hui, la France est, hélas championne du monde de l'incidence de cancers du sein, qui a doublé entre 1990 et 2023.** La moitié de cette augmentation est due à des facteurs de risque potentiellement modifiables dont diverses expositions (alimentation, alcool, surpoids, stress, pollution, sédentarité, environnement socio-culturel...) qu'il n'est pas toujours facile de contrôler, ce qui explique l'effet limité de la prévention primaire (qui vise à empêcher la survenue du cancer). La prévention secondaire, c'est-à-dire le dépistage (qui veut trouver un cancer au plus tôt pour que la personne guérisse et que les traitements soient moins lourds) en est d'autant plus fondamentale. Néanmoins, ce dépistage n'est pas parfait. Il n'est, pour autant,

pas question de le remettre en cause : bien que limités, ses bénéfices sont bien supérieurs à ses risques. En revanche, il semble aujourd'hui pertinent de le compléter par une approche plus individuelle basée sur le niveau de risque.

On sait, grâce à la génétique et à l'utilisation de scores de risque, identifier les personnes à risque plus élevé, auxquelles on peut, alors, proposer un dépistage personnalisé (individualisation de l'âge auquel commencer les mammographies, recours à l'IRM...) et des actions de prévention ciblée. La question est maintenant : est-il pertinent de réaliser une stratification du risque en population générale ? Les résultats de

l'étude européenne coordonnée par la France, **MyPeBS** devraient y répondre, en 2027.

D'autres technologies pourraient avoir un intérêt dans le dépistage des cancers. Parmi elles, les **tests circulants**, qui détecteraient très tôt des signaux faibles de l'ADN ou de **protéines circulantes** (interception du cancer). S'ils peuvent être intéressants dans certains cancers pour lesquels on ne dispose pas de technique de dépistage, ils n'ont pour l'instant aucune utilité dans le cancer du sein : leur sensibilité pour le stade 1 est de moins de 15% contre 85% pour la mammographie. On peut néanmoins penser qu'ils connaîtront des développements dans les prochaines années.

*« On sait, grâce à la génétique et à l'utilisation de scores de risque, identifier les personnes à risque plus élevé, auxquelles on peut, alors, proposer un dépistage personnalisé ».*



**DOMINIQUE VEXIAU,**  
VICE-PRÉSIDENTE D'EUROPA DONNA FRANCE

*Pour améliorer le pronostic des patientes des générations futures, nous continuerons à encourager les femmes au dépistage, d'autant que les informations fournies par MyPeBS vont permettre de distinguer celles qui relèvent d'un dépistage précoce de celles qui peuvent rester dans le dispositif « standard ».*

## Dépistage et diagnostic : nouveaux champs et enjeux



**ODILE COHEN-HAGUENAUER**  
ONCO-GÉNÉTICIENNE,  
HÔPITAL SAINT-LOUIS, PARIS

« La question posée est alors :  
quels gènes analyser pour apporter  
aux patientes une valeur ajoutée ? ».

## Oncogénétique : une spécialité à part entière

**Deux situations bien distinctes orientent désormais vers l'oncogénétique : tout d'abord, l'agrégation familiale de cancer du sein ensuite, l'existence d'une altération sur les gènes BRCA ou associés à la réparation de l'ADN mise en évidence dans le cadre de la recherche d'un traitement ciblé.**

**On parle d'agrégation familiale, ou de prédisposition génétique**, lorsque des cas de cancer se reproduisent dans une même famille, d'une génération à l'autre. Dans ce contexte, le plus souvent, le diagnostic est fait chez une personne affectée par un cancer et sa famille est ensuite agrégée à la problématique. Il s'agit, en effet, de protéger ses apparentés, auxquels on peut proposer des démarches diagnostiques spécifiques du risque identifié.

**La transmission héréditaire n'est pas aléatoire : elle se fait sur le mode autosomique dominant**, c'est-à-dire qu'elle n'est pas inéluctable. Statistiquement, un enfant sur deux ne reçoit pas l'altération génétique. En revanche, lorsqu'elle est transmise, le risque de cancer est très élevé. Ainsi, parmi les femmes porteuses d'une altération du gène BRCA1 une sur deux développera un cancer de l'ovaire, contre une sur cent en population générale, et sept sur dix auront un cancer du sein.

L'absence d'altération génétique identifiée ne signifie pas risque « normal ». **La constatation d'une agrégation familiale importante justifie, pour la Haute autorité de santé, une surveillance identique à celle des femmes porteuses d'une anomalie.**

Le test en lui-même est très simple. Néanmoins, si le geste est banal,

le résultat ne l'est pas du tout. Dès lors, la question posée est: quels gènes analyser pour apporter aux patientes une valeur ajoutée ?

La plupart des gènes impliqués dans les cancers du sein avec prédisposition génétique sont des gènes dits de réparation, qui prennent soin de l'ADN, pour le maintien de son intégrité. Parmi les panels de gènes analysés, **il faut distinguer les gènes porteurs de très haut risque, dont l'altération implique une surveillance spécifique définie par l'INCa, et les gènes porteurs de risque modéré ou mal déterminé qui varient d'une famille à l'autre et justifient la prise en compte d'autres facteurs dans l'évaluation du risque.**

Selon les recommandations de l'INCa, la surveillance des femmes à haut risque génétique de cancer du sein commence au plus tard à 30 ans, voire plus tôt en fonction de l'âge de survenue du cancer

le plus précoce dans la famille ; et repose sur l'IRM, examen de référence, complétée par une mammographie simple incidence et, à l'appréciation du radiologue, une échographie. La mammographie n'est pas suffisamment sensible chez la femme jeune, avant la ménopause.

Connaitre le gène responsable d'un cancer du sein permet d'administrer des thérapies ciblées, qui agissent sur le mécanisme de réparation de l'ADN. Après de nombreux essais cliniques internationaux aux résultats concluants, leur efficacité est prouvée sur les cancers de l'ovaire et les cancers du sein invasifs et localement avancés.

Face au risque génétique, la politique de l'autruche se discute, mais le prix de l'ignorance est très élevé, en particulier pour les apparentés qui partagent un risque autrement méconnu !



### LUCIENNE

*Si je me retourne sur mon histoire, je considère que j'ai eu beaucoup de chance, médicalement parlant : cancer détecté tôt, parcours thérapeutique « simple » aujourd'hui terminé. En revanche j'ai eu affaire à des professionnels très différents, certains très empathiques, d'autres maladroits. Quoiqu'il en soit, je recommande à toutes les femmes concernées de ne pas vivre seules, mais toujours accompagnées, les différentes étapes diagnostiques, émotionnellement difficiles. Il ne faut remettre en question ni la mammographie ni les traitements. Je crois en la science, elle nous sauve, mais exprimée avec des mots simples, qui dédramatisent, et un peu plus de psychologie.*



**SCANNEZ-MOI**

**TABLE-RONDE N°1 : ANNUAIRE DES DIFFÉRENTS SITES  
DE CONSULTATIONS D'ONCOGÉNÉTIQUE EN FRANCE.**

# L'ère nouvelle de la chirurgie et de la radiothérapie



**DIDIER BOURGEOIS**

CHIRURGIEN-ONCOLOGUE,  
GROUPE HOSPITALIER PRIVÉ AMBROISE PARÉ - HARTMANN,  
NEUILLY-SUR-SEINE

## Chirurgie sur-mesure

**La chirurgie évolue sur le temps long mais aussi sur le temps court. Les évolutions médicales sont souvent des révolutions, qui peuvent, au fil du temps, prendre de l'importance ou reculer.**

La chirurgie mammaire, qu'il s'agisse de la chirurgie du sein ou de celle des ganglions, n'échappe pas à la règle. Si William Halsted en est le père, pour avoir mis au point la première technique d'exérèse, maximaliste, de la glande, du muscle pectoral et des ganglions, c'est David Patey qui la fait entrer dans l'ère moderne en abordant de manière distincte l'acte sur le sein, qui conserve les muscles pectoraux, et l'acte sur les ganglions. Bernard Fisher, quant à lui, signe la révolution de la multidisciplinarité en inscrivant la chirurgie dans une prise en charge plurielle qui fait appel à différentes spécialités. Au fil du temps, on est ainsi

passé de la chirurgie de Patey à une chirurgie conservatrice de l'étui cutané (skin sparing mastectomy) puis à **la chirurgie actuelle conservatrice de l'étui cutané et du mamelon (nipple sparing mastectomy).**

**La chirurgie ganglionnaire a, de même, connu une évolution « décroissante »**, du curage ganglionnaire maximaliste à l'ablation modulée, grâce à la technique du **ganglion sentinelle**, adaptée à la chirurgie mammaire par David Morton et Armando Giuliano. Le repérage, par immunoscintigraphie ou colorimétrie par immunofluorescence, du ganglion sentinelle (le premier sur la voie du cheminement lymphatique des

cellules cancéreuses) puis son analyse permettent, en effet, de s'abstenir d'un geste chirurgical s'il est sain. Cette possibilité est d'autant plus importante que l'on sait les séquelles fonctionnelles du curage, proportionnelles au nombre de ganglions enlevés.

Ces évolutions conceptuelles et techniques permettent aujourd'hui de proposer aux patientes, en fonction de leur âge, de la taille et du type de la lésion, de l'atteinte ou non du ganglion sentinelle, une **chirurgie adaptée à leur statut, véritablement sur mesure, au niveau du sein comme des ganglions.**



**PATRICIA**

*Après un premier cancer en 2016, traité par tumorectomie et radiothérapie, j'ai récidivé en 2021 et subi alors une mastectomie suivie de chimiothérapie et radiothérapie, puis d'une reconstruction par DIEP 3 ans après.*

*Les nombreuses activités que nous menons, mon mari et moi, m'ont « facilité » le combat, que j'ai vécu comme une expérience que je suis contente d'avoir vécue. Pour reprendre les propos de mon époux : cette maladie nous a ralenti, mais pas arrêtés.*

## L'ère nouvelle de la chirurgie et de la radiothérapie



**BENJAMIN SARFATI**  
CHIRURGIEN PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE  
GUSTAVE ROUSSY, VILLEJUIF



**SOPHIE GUILLERM**  
RADIOTHÉRAPEUTE  
HÔPITAL SAINT-LOUIS, PARIS

### Chirurgie reconstructive

**La reconstruction mammaire a connu ces dix dernières années une profonde transformation, qu'elle soit pratiquée en même temps que la mastectomie (reconstruction immédiate) ou à distance (reconstruction secondaire).**

Même si elle augmente légèrement le risque de complications, **la reconstruction immédiate apporte un bénéfice esthétique et psychologique incontestable.** Aujourd'hui compatible avec une chimiothérapie et/ou une radiothérapie ultérieure, elle est proposée chaque fois qu'elle est possible mais relève de la décision médicale partagée et reste toujours le choix de la patiente. Si la **reconstruction secondaire** laisse à la patiente tout le temps de décider du moment et de la technique, la reconstruction immédiate s'inscrit dans un délai « contraint » par la nécessité de traiter le cancer. C'est pourquoi elle consiste, en général, en la mise en place d'une prothèse, résistante aux rayons, qui ne compromet aucun autre choix ultérieur.

**Quelque soit la technique utilisée, immédiate ou secondaire, la reconstruction se fait rarement en une seule fois** mais demande, en moyenne, deux à quatre interventions (reconstruction du sein, retouches esthétiques, symétrisation de l'autre

sein...) dont le calendrier est établi par la patiente. La chirurgie mini-invasive, robotisée et surtout endoscopique, permet des cicatrices de plus en plus petites, positionnées dans des zones très discrètes (sous le sillon ou sous le bras). Ainsi, tout concourt à ce que **la chirurgie reconstructrice du sein contribue à améliorer la qualité de vie des patientes qui y ont recours.**

*« La chirurgie de la reconstruction est proposée chaque fois qu'elle est possible mais relève de la décision médicale partagée et reste toujours le choix de la patiente. »*



**FLORENCE ETTERLEN,**  
EUROPA DONNA FRANCE

*Nous avons entendu beaucoup d'humanité dans les propos des intervenants, proches de leurs patientes à ce moment où le sol s'ouvrent sous leurs pieds.*

### Et les nouveautés en matière de radiothérapie

**Toutes les évolutions récentes de la radiothérapie tendent à diminuer la lourdeur des traitements.**

L'amélioration des techniques permet d'adapter l'irradiation à chaque anatomie et au geste chirurgical, notamment à la reconstruction immédiate.

**L'hypofractionnement** est basé sur le principe qu'une légère augmentation de la dose administrée à chaque fois permet la diminution du nombre des séances. Qu'il soit modéré (5 séances par semaine pendant 3 semaines plutôt que pendant 5 semaines) ou extrême (5 séances en 1 semaine ou 1 séance par semaine pendant 5 semaines), **il donne un aussi bon résultat carcinologique et pas plus de séquelles.**

La diminution du volume irradié (radiothérapie partielle), dont on sait l'importance sur la survenue de séquelles, relève de plusieurs techniques. Parmi elles, la **radiothérapie peropératoire** est réalisée au bloc, pendant l'acte de tumorectomie, grâce à un matériel dédié, en une fois. La patiente reçoit ainsi tout son traitement en une journée.

Beaucoup de nouveautés ouvrent donc sur du traitement sur mesure, avec le moins de séquelles possible.

# Soigner juste, performance des traitements et qualité de vie



**JEAN-SÉBASTIEN FRENEL**  
ONCOLOGUE  
INSTITUT DE CANCÉROLOGIE DE L'OUEST,  
NANTES



**MARC-ANTOINE BENDERRA**  
ONCOLOGUE  
HÔPITAL TENON, PARIS

## La nécessité de la chimiothérapie

**A la base d'une proposition thérapeutique, il y a un rationnel scientifique.**

Dans les cancers du sein, elle est différente selon qu'il s'agisse d'un cancer hormono (70% des cas) ou non hormonodépendant, HER2+ ou triple négatif.

Le statut clinique oriente aussi le moment du traitement médicamenteux.

**Avant l'intervention** (néoadjuvant) il vise à réduire le volume de la tumeur pour un résultat esthétique satisfaisant ou encore, dans les cancers HER2+ et triples négatifs, à anticiper la réponse au traitement. **Après la chirurgie** (adjuvant), son objectif est de supprimer les cellules cancéreuses microscopiques

possiblement disséminées dans l'organisme à l'origine de récurrence et/ou métastases.

**La chimiothérapie, malgré ses effets secondaires, est partie intégrante de la thérapeutique au même titre que d'autres thérapies plus récentes :** thérapies ciblées, telle Herceptin® utilisée contre le cancer HER2+, anticorps drogue-conjugués contre les cancers métastatiques aujourd'hui et, probablement, demain les cancers localisés, immunothérapie contre les cancers triples négatifs.

## L'hormonothérapie : son histoire

**L'influence des hormones, en l'occurrence des hormones sexuelles féminines et plus spécifiquement des œstrogènes, sur le cancer du sein est connue depuis le XIX<sup>e</sup> siècle.**

Mais c'est au XX<sup>e</sup> qu'elle se précise vraiment avec la mise en évidence, en **1958, des récepteurs aux œstrogènes** et de leur présence dans les cellules cancéreuses. Leur signification pronostique favorable est démontrée en 1977 et le rôle de **la protéine HER2 dans la résistance aux antihormonaux en 1987.**

Dès lors, **le traitement antihormonal vise, globalement, à inhiber l'action des œstrogènes.** Il relève de différents mode d'action : castration chirurgicale (annexectomie) ou médicamenteuse (agonistes de la GnRH), blocage (tamoxifène) ou suppression (raloxifène) des récepteurs aux œstrogènes, suppression de la fabrication des œstrogènes extra-ovariens (inhibiteurs de l'aromatase). **Le choix du traitement et sa durée est orienté par le statut clinique, ménopausique et carcinologique, de la patiente.**



### VIRGINIE

*L'annonce du cancer est un moment violent : on ne comprend pas très bien ce que l'on nous dit, on doit prendre rapidement des décisions importantes, on entre dans une sorte d'essoreuse ! A ce moment-là, il faut, surtout, ne pas être seule.*

*Tout au long de mon traitement, chimiothérapie puis traitement antihormonal, j'ai été très aidée par l'acupuncture, qui en a beaucoup atténué les effets secondaires. Perdre mes cheveux m'a paru presque plus dur à vivre que perdre mon sein. Dans le miroir, l'absence de ce sein me disait : « grâce à cela, le cancer est parti », pas l'absence de chevelure. On a l'impression que les traitements rendent plus malade que le cancer, qui est invisible. Mais il faut positiver et les suivre car si on ne le fait pas...*

*Dans la bataille, il ne faut pas être seule et beaucoup échanger, avec ses proches ou avec d'autres malades. C'est pourquoi ce que fait Europa Donna France pour les femmes est très important.*

# Être femme... au-delà du cancer



**CATHERINE ADLER**  
ONCO-SEXOLOGUE ET  
ONCO-PSYCHOLOGUE, PARIS

« Le cancer ne sépare ni ne rapproche, il révèle la nature véritable de la relation de couple. »

**Face au cancer, le sexologue est confronté à un double tabou : celui du cancer et celui de la sexualité, alors même qu'il faut en parler pour éviter frustrations, quiproquos et interrogations.**

Le cancer et ses traitements ont sur la sexualité des **effets indésirables psychologiques** – indisponibilité psychique, angoisse, idées morbides... – **et physiologiques**, directs – assèchement vaginal, dyspareunie (douleur à la pénétration), perte de libido ... – et indirects – fatigue, nausées, douleurs musculaires et articulaires... – qu'il ne faut pas passer sous silence. Les professionnels de santé devraient en informer les patientes.

Résoudre des problèmes de sexualité relève de 3 règles fondamentales : **communiquer** avec le ou la partenaire, **ne pas penser à la place de l'autre et respecter le rythme de chacun**, ne pas se faire violence ni faire violence à l'autre.

La sexualité prend différentes formes – la pénétration mais, aussi, la tendresse, la sensualité, l'érotisme, l'amour... – et évolue au fil du temps et de la vie. Pour

la rendre à peu près satisfaisante, il existe des solutions adaptées au statut clinique, psychique et affectif de la patiente et au moment. Médicale – gels et lubrifiants adaptés, injections d'acide hyaluronique, laser – ou autre, la solution existe mais pas la solution miracle. **Il ne faut pas s'attendre à retrouver sa sexualité d'avant mais à en inventer, découvrir une nouvelle** : différentes positions, sexe oral, massages, auto-érotisme, sex toys, fantasmes... Il faut être curieux, s'explorer et explorer l'autre et ne laisser place à aucune frustration.

Le cancer ne sépare ni ne rapproche, il révèle la nature véritable de la relation de couple.

**Contrairement à certaines idées fausses, les troubles sexuels ne sont pas irréversibles**, la sexualité n'est pas moins importante avec l'âge et ne se limite pas à la pénétration.

« La sexualité doit toujours être un plaisir, jamais une contrainte. Le corps source de violence doit laisser la place à un corps retrouvé source de plaisir. »



## PATRICIA

Lorsqu'on est malade, on s'informe beaucoup, mais on ne comprend pas toujours les mots scientifiques. Pourtant, les patientes ont besoin de comprendre, grâce à des mots « normaux ».

« Cancer » est un mot dur, « chimiothérapie » un mot difficile, « tumeur » un mot atroce ! Il faut être positif, prendre le cancer comme une expérience dans une vie, en faire le deuil et passer à autre chose. Mon mari a supporté ma maladie avec force et courage. C'est grâce à lui que je dis cela aujourd'hui.

## ... et mère au-delà du cancer



**CHRISTINE DECANTER**  
MÉDECIN DE LA REPRODUCTION  
CHU, LILLE

### Après avoir été contraindiquées, grossesse et fécondation in vitro (FIV) sont aujourd'hui possibles après un cancer du sein.

Le traitement, chimiothérapie et/ou traitement antihormonal, impose aux femmes jeunes qui n'ont pas encore d'enfant mais, peut-être, le projet d'en avoir, de différer ce projet de maternité, environ de 6 ans si son cancer est hormonodépendant, de 3 ans s'il ne l'est pas. **Ce délai, associé à la toxicité de la chimiothérapie implique de pouvoir préserver leur fertilité, en congelant ovocytes ou tissu ovarien.**

Le plus souvent, on réalise une **congélation d'ovocytes matures**, prélevés par ponction échoguidée sous sédation anesthésique, après stimulation ovarienne de type FIV (injections quotidiennes pendant une dizaine de jours). Si la patiente rencontre des difficultés à concevoir après la maladie, une ré-utilisation des ovocytes pourra être envisagée avec la technique de FIV/ICSI.

**La congélation de tissu ovarien** relève d'une technique un peu plus lourde mais plus rapide et sans stimulation hormonale : après prélèvement par endoscopie d'un ovaire ou d'un demi-ovaire, on découpe le cortex en « fragments » de 1 à 2 cm qui seront congelés. En temps utile, après décongélation, le tissu sera greffé

là où il a été prélevé. La chimiothérapie pour cancer du sein n'étant pas hautement toxique pour les ovaires, les grossesses spontanées sont possibles. De ce fait, la technique de congélation de tissu ovarien, qui impose, en quelque sorte, aux femmes la double peine de chirurgie sein-ovaire, est moins utilisée. L'acceptation n'en est que de 52 à 55%, alors que la congélation d'ovocytes est acceptée dans tous les cas.

Si les techniques sont maîtrisées d'un point de vue reproductif, la décision de faire peut-être encore, dans certains cas, sujet à débat. Ainsi, **les protocoles de traitement des femmes jeunes font surtout appel au néoadjuvant. C'est dire que préserver leur fertilité impose de pratiquer une stimulation ovarienne alors que la tumeur est toujours en place.** Beaucoup d'oncologues sont par conséquent réticents en l'absence de données.

Le cancer du sein provoque beaucoup d'atteintes à la féminité des patientes, liées à leur fertilité ou gynécologiques. C'est pour mieux les comprendre et favoriser la recherche à leur sujet qu'a été créé l'observatoire des hauts de France « Elle va guérir puis voudra un enfant ».



« LE PROJET DE  
MATERNITÉ  
PEUT ÊTRE DIFFÉRÉ DE,  
**3 À 6 ANS**  
SELON LE STATUT  
HORMONAL DU CANCER »



**MONIQUE CHARPENTIER,**  
EUROPA DONNA FRANCE

*Nous menons tous le même combat et Europa Donna France est à l'écoute de toutes les patientes, notamment lors des Café Donna, pour les aider.*



**JEAN-CARLES GRELIER**  
DÉPUTÉ DE LA SARTHE

## Si l'on a fait énormément de progrès depuis le premier Plan cancer et la création de l'INCa, ce serait se leurrer que penser que tout est abouti et qu'il n'y a plus grand chose à faire.

Du travail que nous avons mené avec les experts d'UNICANCER, nous avons tiré des constats dont 3 majeurs : le temps entre le premier diagnostic et la première prise en charge est encore trop long et trop délétère pour les patients, les conditions de confort de la prise en charge ne sont pas optimales et les accompagnants des malades ne sont pas assez aidés.

Ces observations ont inspiré les « 25 mesures pour lutter contre le cancer » que j'ai récemment publiées. Je souhaite insister sur cinq d'entre elles :

**Créer un registre national du cancer** est indispensable. Outre que la cartographie ainsi établie permet une meilleure connaissance de la maladie et favorise la recherche, elle contribue à l'évaluation de la politique et des actions mises en œuvre, nécessaire à faire progresser les pratiques.

**Il faut généraliser**, dans les centres qui disposent des ressources requises, d'abord humaines, **les structures de diagnostic en un jour des cancers du sein**. Chaque fois que l'on pourra réduire le délai entre le diagnostic et la première thérapeutique, on fera un grand progrès.

**S'assurer que le patient reçoit le bon traitement au bon moment** relève, entre autres, de la gradation des soins, du centre hospitalo-universitaire au centre hospitalier général et à l'hôpital local. L'idée en est de confier sa maladie au meilleur des experts, en toute occasion. Il ne faut pas qu'un patient, dont la situation est individuelle et personnelle, passe à côté de l'opportunité d'être mieux pris en charge au prétexte que cela sera plus loin de chez lui, que ce sera un peu plus compliqué à mettre en œuvre.

**Permettre aux malades de vivre leur vie de professionnels ou d'étudiants** n'est dramatique ou compliqué ni pour l'entreprise ni pour la structure éducative mais capital pour le patient.

**Soutenir la recherche et l'innovation thérapeutique** est nécessaire si on ne veut pas perdre l'excellence française en ce domaine, déjà en recul.

## Conclusion

*Europa Donna France vous donne rendez-vous fin 2025 pour son prochain colloque. D'ici là, retrouvons-nous sur le site internet de l'association [www.europadonna.fr](http://www.europadonna.fr), nos réseaux sociaux et notre prochaine Newsletter.*



**SCANNEZ-MOI**  
pour accéder aux replays  
des différents temps forts  
de cette journée.

## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

- PRÉSIDENTE : Brigitte HEULS
- VICE-PRÉSIDENTE : Dominique VEXIAU
- TRÉSORIÈRE : Monique CHARPENTIER
- LES ADMINISTRATRICES :
  - Agnès DRAGON
  - Florence ETTERLEN
  - Laure GUÉROULT- ACCOLAS
  - Ghislaine GRENET-LECA
  - Elisabeth MARNIER
  - Nicole ZERNIKPrésidente d'honneur

## LE CONSEIL SCIENTIFIQUE

Le conseil scientifique de l'association est pluridisciplinaire, composé de professionnels de santé, reconnus dans le domaine de la cancérologie engagés à nos côtés.

- Clara BOUTELEUX, infirmière oncologie, Clinique Atlantique Uropole, La Rochelle
- Etienne BRAIN, oncologue, Institut Curie, Saint-Cloud
- Joy COHEN, pharmacien, Paris
- Catherine DESMEULES, coordinatrice, Hôpital privé des Peupliers, Paris
- Jean-Sébastien FRENEL, oncologue, Institut de Cancérologie de l'Ouest, Nantes
- Brigitte HEULS, médecin, Paris
- Florence LEDOUX, gynécologue, Paris
- Israël NISAND, gynécologue obstétricien, Hôpital Américain de Neuilly-sur-Seine
- Mélanie PAUL, psychologue, Avignon
- Jocelyne ROLLAND, kinésithérapeute du Sport Santé, Paris
- Benjamin SARFATI, chirurgien, Gustave Roussy, Villejuif
- Birgit SCHEUER NIRO, radiologue, Paris
- Jean-Yves SEROR, radiologue, Paris
- Nicolas SEVENET, onco généticien, Institut Bergonié, Bordeaux
- Laurent VERZAUX, radiologue, Directeur Général du réseau VIDJ, Le Havre
- Dominique VEXIAU, gynécologue, Paris
- Anne VINCENT-SALOMON, anatomopathologiste, Institut Curie, Paris

## NOS PARTENAIRES

Les partenaires qui nous aident au financement du colloque :

Gilead, Lilly, Pfizer, Roche

Autres partenaires : Accuray, Eurobio, Healshape, Novartis, Sandoz, Science & Communication – Valérie Dollé, Unicancer



Les Nouvelles d'Europa Donna France, Ensemble contre le cancer du sein sont éditées par Europa Donna France [www.europadonna.fr](http://www.europadonna.fr)

**Directrice de publication :**

Brigitte Heuls

**Directrice de rédaction :**

Françoise Pinto

**Crédit photo :**

Sébastien Toubon

**Création graphique :**

LJ Com, Heure d'été

**Impression :** Fortin

4 rue Ambroise Croizat

94800 Villejuif

Ce numéro est tiré

à 3 600 exemplaires

**Nous avons besoin de vous !**

*Plus que jamais,  
Europa Donna France  
aux côtés des patientes*



**SCANNEZ-MOI**

ou retrouvez le formulaire de soutien sur notre site :

<https://www.europadonna.fr/faites-un-don/faire-un-don/>