



Grossesse et cancer ?

pour la vie

Edition actualisée
Juin 2019

Nous remercions toutes les personnes qui ont participé à la mise à jour de cette brochure :

Dr Florence Coussy

Dr Victoire de Castelbajac

Dr Anne Donnadieu

Dr Sophie Frank

Dr Anne Sophie Hamy-Petit

Dr Claire Saule

Coordination :

Marie LANTA.



Grossesse et cancer ? Pendant ou après un cancer

SOMMAIRE

- Le cancer est-il conciliable avec la grossesse ? 3
- Le cancer pendant la grossesse 4
- Les éléments pesant dans la décision thérapeutique 6
- Les décisions thérapeutiques 8
- Pronostic du cancer 10
- Concrètement, comment sont prises les décisions thérapeutiques ? 10
- Une grossesse est-elle possible après les traitements reçus pour un cancer ? 13
- Y a-t-il des moyens pour prévenir la toxicité des traitements sur la fertilité et préserver la possibilité d'une grossesse ultérieure ? 15
- Une grossesse après traitement d'un cancer accroît-elle le risque de rechute ? 16
- Après traitement d'un cancer une grossesse fait-elle courir un risque pour l'enfant ? 17
- Les adresses utiles 18
- Contre le cancer, avec la Ligue 19
- La Ligue contre le cancer 20



Rédaction :
➤ **Cécile FLAHAUT**
(psychologue,
Institut Curie)
➤ **Dr Laurent MIGNOT**
(chef du département
d'Oncologie médicale,
Institut Curie).



Le cancer est-il conciliable avec la grossesse ?

L'association cancer et grossesse est rare et tout oppose en apparence ces deux situations. Moins de 1% des cancers touchent des femmes en âge de procréer. Il s'agit le plus souvent de cancers du sein, de cancers hématologiques, de certains cancers cutanés, de cancers du col de l'utérus. Il faut aussi prendre en compte les femmes qui ont eu un cancer pendant l'enfance.

→ **PEUT-ON TRAITER UN CANCER ALORS MÊME QUE L'ON EST ENCEINTE ?**

→ **PEUT-ON ENVISAGER UNE GROSSESSE ALORS QUE L'ON A ÉTÉ TRAITÉE POUR UN CANCER ?**

3

Le cancer pendant la grossesse

Lorsque le cancer est diagnostiqué, il s'agit, soit d'un cancer diagnostiqué chez une jeune femme qui est enceinte, soit d'une jeune femme qui découvre sa grossesse alors qu'elle va être traitée pour un cancer. Dans ces deux situations, l'avenir de la grossesse va poser des problèmes de choix thérapeutiques bien particuliers et les options de traitement doivent être définies en veillant à ne faire aucune exploration pouvant être dommageable pour le fœtus. Deux questions se posent :

→ La poursuite de la grossesse est-elle possible, souhaitable, compatible avec le traitement du cancer ?

→ Le traitement du cancer fait-il courir des risques à la mère et au fœtus ?

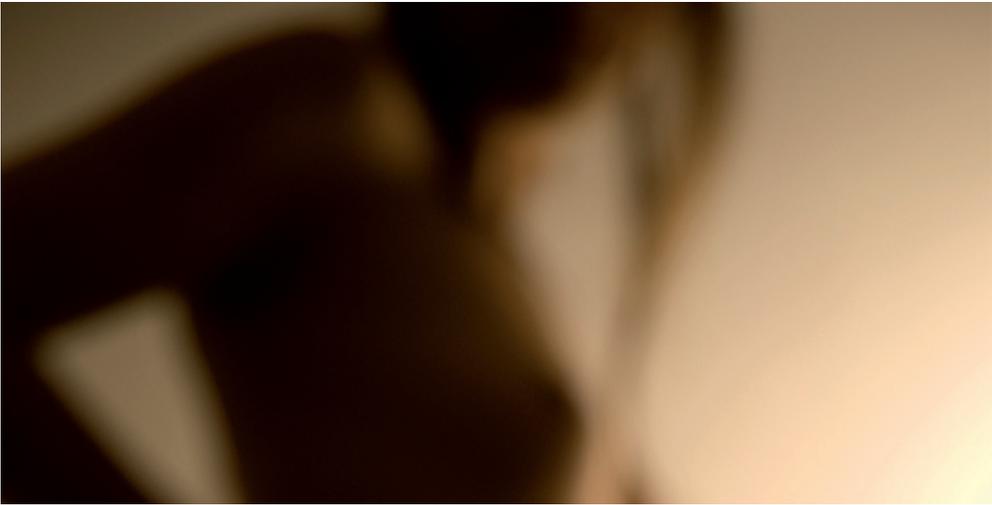
LES CHOIX THÉRAPEUTIQUES VONT DÉPENDRE DE MULTIPLES FACTEURS

- Le terme de la grossesse.
- La nature de la tumeur et le caractère d'urgence du traitement.
- Le type de traitement souhaitable : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie.
- Le contexte familial : nombre d'enfants, âge de la patiente et surtout son désir profond, ainsi que celui du couple et s'il s'agit d'une grossesse désirée ou non».

Cancer pendant la grossesse

Lorsque le cancer est diagnostiqué, il faut informer la patiente des effets de la thérapie proposée, sur le fœtus et sur le pronostic global pour la mère. D'où l'importance de la qualité de l'information, et de la relation

avec une équipe pluridisciplinaire qui réunit oncologue, radiothérapeute, chimiothérapeute, obstétricien et psychologue. Il est possible dans la majorité des cas de concilier grossesse et prise en charge du cancer.



3

Les éléments pesant dans la décision thérapeutique

LE DÉVELOPPEMENT DE L'EMBRYON ET DU FOETUS

→ Il est nécessaire que la mère reçoive le traitement optimal sans compromettre le pronostic du fœtus.

→ Durant les soixante premiers jours, l'embryon va progressivement s'individualiser au sein de l'œuf. Les principales structures qui donneront naissance aux différents organes commencent à se différencier. C'est pendant le deuxième mois que se forment les principaux organes, tandis que l'aspect extérieur commence à se modeler.

→ A partir du 3^e mois, l'embryon poursuit son développement et devient un fœtus qui va continuer à croître et assurer sa maturation jusqu'à la naissance.

→ L'âge gestationnel est un élément déterminant vis-à-vis de la poursuite de la grossesse : C'est pourquoi, avant le troisième mois et si la maladie est localement avancée, une interruption de grossesse peut être proposée.

Après le 3^e mois, si la patiente le souhaite, le traitement sera adapté pour permettre la poursuite de la grossesse en toute sécurité. Dans le cas contraire, l'interruption de la grossesse sera discutée en sachant qu'il s'agit toujours d'une décision difficile à prendre et nécessitant une concertation.

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA MALADIE

Il s'agit dans la grande majorité des cas d'un cancer du sein, d'un cancer du col utérin, d'un cancer cutané et plus rarement d'un cancer de l'ovaire ou de la thyroïde. Chez les toutes jeunes femmes, à peine sorties de l'adolescence, on peut observer également des cancers, fréquents à cette période de la vie, comme les lymphomes* (hodgkiniens ou non), les leucémies lymphoblastiques ou même des sarcomes osseux.

* tumeurs
du système lymphatique

6

Les éléments pesant dans la décision thérapeutique

Différents éléments doivent être pris en compte :

→ La localisation de la tumeur primitive peut être déterminante pour discuter de la nécessité d'une interruption de grossesse (en particulier en cas de tumeur abdominale),

→ Le type de traitement justifié par la tumeur, peut-être incompatible avec la poursuite de la grossesse,

→ La taille, l'extension de la tumeur, l'agressivité des cellules tumorales, leur vitesse de croissance vont être prises en compte par l'équipe médicale pour déterminer la stratégie thérapeutique et le caractère d'urgence du traitement.

→ Tous les examens justifiés par la maladie ne sont pas toujours possibles pendant la grossesse :

• Des données de TEP-IRM (tomographie à émission de positons) peuvent faire discuter son utilisation pour des cas particuliers.

• les examens diagnostiques comme la mammographie et la radiographie pulmonaire sont tolérés mais doivent être limités et lorsque c'est possible, il est souhaitable de recouvrir l'abdomen de la mère d'un écran de protection en plomb, ce qui offre une protection supplémentaire,

• l'échographie, l'imagerie par résonance magnétique (IRM, en privilégiant certains produits de contraste) peuvent être effectuées sans risque pendant la grossesse car ils n'entraînent pas d'irradiation,

• les examens comme la tomodensitométrie (Scanner) et les examens de médecine nucléaire qui emploient des radio-isotopes sont déconseillés pendant la grossesse.



7

les décisions thérapeutiques

Elles seront toujours prises en tenant compte de l'éventuelle dangerosité pour l'enfant et de la sécurité de la mère.

Dans la grande majorité des cas, on peut, en toute conscience, se donner un certain temps de réflexion ou débiter le traitement par un geste thérapeutique à la fois efficace sur la tumeur, et préservant la sécurité du fœtus. Mais dans certaines situations comme les leucémies aiguës, ou des cancers inflammatoires du sein, ou autres cancers d'évolution rapide, qui nécessitent une prise en charge urgente avec un traitement notamment systémique (chimiothérapie) est nécessaire.

LES MÉTHODES ENVISAGEABLES

► LA CHIRURGIE

La chirurgie est pratiquement toujours possible, quel que soit le moment de la grossesse, en sachant que l'anesthésiste en tiendra compte et que ces méthodes sont parfaitement établies : attendre si possible la

12^e semaine permet de minimiser les risques d'interruption spontanée de grossesse.

La plupart des biopsies peuvent être pratiquées sans danger pendant une grossesse si on utilise un anesthésique local.

► LA RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie a recours à des particules de haute énergie pour détruire les cellules cancéreuses et réduire la taille des tumeurs. Les radiations peuvent nuire au fœtus, en particulier lors du premier trimestre lorsque les organes du bébé et son système nerveux central se développent, c'est pourquoi il est préférable d'éviter la radiothérapie pendant cette période. Lors du deuxième ou du troisième trimestre la radiothérapie dépend de la dose d'irradiation et de la région à traiter.

- L'irradiation abdominale ou pelvienne est à proscrire.
- L'irradiation de la partie haute du corps est possible si elle est vraiment nécessaire. Dans ce cas, elle doit être planifiée avec soin en utilisant des écrans ou des blocs de plomb pour réduire le plus possible la quantité de radiations émises au fœtus.



► LA CHIMIOTHÉRAPIE

Il s'agit d'un traitement systémique qui circule dans tout le corps et qui détruit les cellules cancéreuses. Les agents chimiothérapeutiques sont toxiques et peuvent nuire au fœtus, en particulier s'ils sont administrés lors du premier trimestre de la grossesse. Les chimiothérapies sont, à priori, interdites dans les trois premiers mois de la grossesse. Après ce délai, les prescriptions seront discutées au cas par cas.

- Certains médicaments restent interdits pendant la grossesse.
- D'autres sont reconnus comme étant bien tolérés et sont maintenant administrés malgré des risques de malformation faibles.
- Il existe aussi un faible risque d'interruption spontanée de la grossesse et de retard de croissance du fœtus.
- Le nombre de cures de chimiothérapie et la date du déclenchement de l'accouchement avant terme, résultent d'un compromis entre un minimum de traitements administrés et souhaitables, et la nécessité de préserver l'enfant des risques

liés à la prématurité. Ce choix est le fruit d'une étroite collaboration entre oncologues et obstétriciens

► **LES TRAITEMENTS ANTI-HORMONAUX*** sont dangereux pendant la grossesse. Leur prise dure plusieurs années, souvent 5 ans. Il sera prescrit après l'accouchement. Il importe donc qu'une contraception soit envisagée pendant toute la durée du traitement.

► **LES TRAITEMENTS NOUVEAUX COMME LES THÉRAPIES CIBLÉES** agissent sur certains gènes (par exemple l'Herceptin (R) ou Trastuzumab inhibe l'action du gène Her2 dans le cancer du sein) ou sur certains facteurs de croissance (par exemple l'Avastin inhibe le facteur de croissance angiogénique*). Ils sont déconseillés pendant la grossesse du fait du manque de données actuelles sur les risques exacts qu'ils font courir pendant cette période.

* **ANGIOGÉNIQUE**
prolifération de vaisseaux
induits par la tumeur.

9

Pronostic du cancer

Dans la majorité des cas, le pronostic d'une femme enceinte atteinte de cancer est le même que celui de toute autre femme du même âge qui est atteinte du même type de cancer de même stade à condition qu'un traitement optimal ait pu être mené à bien.

Parfois, la séquence thérapeutique doit être adaptée en raison de la grossesse.

Mais, la grossesse en soi n'affecte pas le pronostic du cancer.

La majorité des cancers ne se propagent pas au fœtus même si certains peuvent toucher le placenta.

Concrètement, comment sont prises les décisions thérapeutiques ?

Certaines situations nécessitent des décisions en urgence, mais dans la majorité des cas, il existe un temps utile pour la réflexion et une prise de décision posée et consensuelle.

► LA PATIENTE DÉSIRE POURSUIVRE SA GROSSESSE, C'EST POSSIBLE :

► Si un traitement chirurgical seul est décidé et qu'il ne présente pas de risque majeur au cours de la grossesse : c'est le cas d'un grand nombre de cancers, du sein, de la peau, du tube digestif, de la thyroïde pour lesquels les patientes peuvent être opérées

sans difficulté particulière.

► Si la grossesse est déjà bien avancée et permet d'attendre sans risque l'accouchement, pour proposer ensuite, les traitements complémentaires nécessaires, par radiothérapie, chimiothérapie ou thérapies ciblées. C'est souvent le cas des cancers limités, découverts pendant le dernier trimestre de la grossesse.

► Si l'âge de la grossesse permet d'utiliser des traitements qui doivent être administrés sans tarder : c'est le cas de certaines chimiothérapies qui sont proposées lors des deuxièmes et troisièmes trimestres.

10

Concrètement comment sont prises les décisions thérapeutiques ?

Dans tous ces cas, en concertation avec cancérologues et obstétriciens, un accouchement est parfois envisagé dès 35 semaines d'aménorrhée (arrêt des règles) mais c'est souvent possible plus proche du terme.

L'allaitement n'est pas, à priori, déconseillé en cas de cancer, mais reste contre-indiqué en cas de reprise conjointe de traitements spécifiques anti-cancéreux tels que la chimiothérapie ou l'hormonothérapie (du fait du passage de ces traitements dans le lait maternel).

► LA POURSUITE DE LA GROSSESSE N'EST PAS SOUHAITABLE OU PAS SOUHAITÉE ET L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE DOIT ÊTRE ENVISAGÉE, C'EST LE CAS...

• En début de grossesse quand la patiente et son conjoint le demandent, ne souhaitant pas mener de front la prise en charge de deux situations aussi antagonistes. Il s'agit notamment des grossesses non désirées, survenant « par accident » alors que la prise en charge du cancer

est en cours. Cette situation doit devenir de plus en plus rare si une contraception sérieuse est envisagée chez toute patiente en âge de procréer et chez laquelle est diagnostiqué un cancer justifiant des traitements agressifs. La décision de l'interruption de grossesse doit être accompagnée sur le plan psychologique.

• En début de grossesse si les traitements nécessaires sont incompatibles avec la poursuite de cette dernière : c'est le cas par exemple des cancers gynécologiques ou des cancers nécessitant une chimiothérapie ou une radiothérapie précoce.

• Au milieu ou en fin de grossesse dans le cas de certains cancers évolués pour lesquels il serait déraisonnable d'attendre l'accouchement pour administrer les traitements indispensables que l'on ne peut utiliser sans risque pendant la grossesse. C'est une situation heureusement rare qui nécessite une concertation optimale entre tous les acteurs de soin et un dialogue le plus serein possible avec la patiente et son conjoint

Concrètement comment sont prises les décisions thérapeutiques ?

- Dans tous les cas, c'est à la patiente que revient la décision, après qu'elle ait été bien informée et conseillée.

Il semble en effet important que ces décisions soient prises de manière concertée entre la patiente, son conjoint et l'équipe médicale. Cette dernière privilégiera la réflexion pluridisciplinaire entre soignants (médecins, infirmières, psycho-oncologues) et veillera à recueillir les différents points de vue de manière à garantir la dimension éthique de la prise en charge. D'autre part, dans certains cas, un accompagnement psychologique de la patiente ainsi que de ses proches pourra être proposé, que ce soit pour accompagner la décision thérapeutique ou le processus de soins.

Seule une prise en charge globale permettra un accompagnement de la patiente et de sa famille pendant et après la maladie.

Rappelons que :

CANCER ET GROSSESSE SIMULTANES NE SONT PAS TOUJOURS INCOMPATIBLES MAIS :

- Il doit s'agir d'une grossesse désirée.
- L'avenir de la grossesse et les traitements doivent être adaptés à chaque cas individuel.
- La prise en charge doit être menée en concertation avec les différents acteurs de soin au sein d'équipes formées à la gestion de ces situations complexes.



La grossesse est-elle possible après les traitements reçus pour un cancer ?

Les cancers des femmes jeunes sont peu fréquents et leur taux de guérison est important d'où le souhait normalement élevé de désir de grossesse de ces femmes « guéries ». Ceci dit, plusieurs questions se posent :

→ Y A-T-IL DES MÉTHODES PERMETTANT DE PRÉSERVER LA POSSIBILITÉ D'UNE GROSSESSE EN CAS DE CANCER ?

→ LES TRAITEMENTS ADMINISTRÉS POUR LE TRAITEMENT DU CANCER NE FONT-ILS PAS COURIR UN RISQUE À L'ENFANT ?

→ UNE GROSSESSE NE FAIT-ELLE PAS COURIR UN RISQUE DE RECHUTE DU CANCER ?

Si les traitements du cancer ont permis de faire ces dernières années d'importants progrès et d'améliorer significativement le pronostic de beaucoup d'entre eux, ils ont malheureusement des effets secondaires fréquents sur la fertilité des femmes trai-

tées, en fonction du type de traitement et de l'âge au moment du traitement.

► La chirurgie pelvienne a évidemment des conséquences importantes sur les possibilités de grossesse en fonction des organes supprimés.

► La radiothérapie pelvienne entraîne rapidement une stérilité définitive : les ovaires sont sensibles à de faibles doses d'irradiation et les doses que nécessitent les traitements du cancer sont toujours stérilisantes si les ovaires sont dans le champs d'irradiation. Il existe une possibilité de prévention en transposant chirurgicalement les ovaires hors du champs d'irradiation mais cette méthode n'est pas efficace à 100%.

► La chimiothérapie a elle, une toxicité ovarienne transitoire, partielle ou définitive en fonction de l'âge de la patiente et en fonction du type de médicament utilisé. Plus la femme est âgée, plus la chimiothérapie comporte un risque d'arrêter le fonctionnement de leurs

13

La grossesse est-elle possible après les traitements reçus pour un cancer ?

ovaires de manière définitive. Si la chimiothérapie peut accélérer le processus de diminution de la réserve ovarienne, l'évaluation de cette perte est difficile à quantifier.

► Les traitements antihormonaux et les thérapies ciblées n'ont pas d'effet à long terme sur la fertilité.

QUATRE POINTS SONT IMPORTANTS À CONNAÎTRE :

1/ Les traitements médicaux ont une durée variable de quelques mois pour la chimiothérapie à quelques années pour les traitements antihormonaux. En fonction de l'âge de la patiente, le délai d'attente imposé par les différents traitements peut avoir une influence négative importante sur les possibilités de grossesse.

2/ Même après la fin des traitements les effets sur les cellules ovariennes persistent pendant plusieurs mois et il est déconseillé d'être enceinte dans les 6 mois qui suivent une chimiothérapie ou une hormonothérapie (risque de malformation).

3/ Ces traitements, même s'ils perturbent les règles, ne peuvent jouer un rôle de contraception d'où l'importance d'aborder ce point avec les différents médecins afin d'éviter toute grossesse à risque et/ou non désirée. Il est possible que la méthode de contraception antérieure au cancer ne soit plus adaptée, un autre moyen contraceptif doit alors être envisagé dès le début du traitement et pour les mois qui suivent.

Cette contraception est indispensable même si les cycles ont disparu de manière transitoire. Les contraceptions hormonales sont contre indiquées dans certains cancers (comme le cancer du sein) : une contraception mécanique (préservatif) ou par stérilet au cuivre est alors recommandée.

4/ La prise en charge d'une grossesse après cancer du sein fait appel à une équipe pluridisciplinaire (oncologique comme gynécologique).

Avant d'envisager une grossesse, il convient de réaliser un bilan oncologique (examen clinique, bilan biologique, imagerie locale comme une



imagerie mammaire en cas d'antécédent de cancer du sein mais aussi général, scanner ou TEP - scanner du corps entier). En cas

d'antécédent de chimiothérapie ayant une toxicité cardiaque, une échographie cardiaque est recommandée.

Y a-t-il des moyens pour prévenir la toxicité des traitements sur la fertilité et préserver la possibilité d'une grossesse ultérieure ?

Les différents traitements du cancer peuvent altérer le fonctionnement ovarien et retarder un projet de grossesse.

L'impact réel des traitements sur la fertilité est difficile à prédire et une prise en charge préventive doit donc systématiquement être envisagée.

*Les analogues de la LH-RH administrés pendant le traitement peuvent être proposés pour mettre au repos les ovaires et les protéger de la toxicité de la chimiothérapie.

*Par ailleurs, plusieurs techniques de préservation de la fertilité sont possibles avant traitement du cancer et seront choisies en fonction du type de cancer et des thérapeutiques prévues, en concertation entre l'équipe de procréation médi-

calement assistée (PMA) et l'équipe oncologique :

► la FIV (fécondation in vitro) avec congélation d'ovocytes ou d'embryons après stimulation ovarienne.

► la MIV (maturation in vitro) qui consiste à prélever des ovocytes immatures quand une stimulation est contre indiquée et/ou retarderait la prise en charge.

► le prélèvement de cortex ovarien par coelioscopie.

L'important, face à une décision toujours délicate, est de faire appel à une équipe spécialisée, qui travaille en concertation avec l'équipe de cancérologie.

15

Une grossesse après traitement d'un cancer accroît-elle le risque de rechute ?

De nombreuses études dans le monde ont comparé le devenir de patientes enceintes après avoir été traitées pour un cancer, au devenir des patientes traitées pour un cancer sans grossesse. Dans aucune de ces études il n'a été retrouvé d'effet négatif de la grossesse sur l'évolution de la maladie. C'est à dire que la grossesse avant un cancer n'augmente pas le risque de rechute. Cependant la maladie cancéreuse, présente malgré les traitements, un risque persistant de rechute qui est fonction non de la grossesse mais de la tumeur, de son stade d'évolution et du délai écoulé depuis la fin des traitements. Une grossesse est donc possible car sans risque sur l'évolution de la maladie, mais il est important que le

couple et les médecins aient eu un échange clair sur le pronostic de la maladie. C'est pourquoi :

- ▶ S'il s'agit d'une tumeur limitée avec un faible risque de rechute aucun délai d'attente n'est nécessaire pour débiter une grossesse.

- ▶ S'il s'agit d'une tumeur plus évoluée, même bien traitée, les statistiques de risque de rechute peuvent être expliquées au couple et un délai de quelques années peut être conseillé avant d'envisager une grossesse.

- ▶ Aucune étude n'a montré un bénéfice de l'interruption de grossesse sur l'évolution de la maladie mais cette décision appartient bien sûr au couple informé.

Rappelons que :

► Il est recommandé d'attendre au moins six mois après la fin des traitements, avant de mettre une grossesse en route du fait du risque de malformations potentielles provoquées par certains traitements). Un délai plus important est recommandé pour certains cancers : dans le cas du cancer du sein un minimum de 2 à 3 ans après la fin des traitements est nécessaire.

► Une grossesse après traitement d'un cancer doit être désirée et non pas le fruit d'un « accident » de contraception.

Enfin, s'il est possible, l'allaitement est sans danger tant pour la mère que pour l'enfant si la mère ne prend pas de traitements anti-cancéreux (comme l'hormonothérapie dans le cancer du sein).

Après traitement d'un cancer une grossesse fait-elle courir un risque pour l'enfant ?

CETTE QUESTION EST EN FAIT TRIPLE.

► LE DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE PEUT-IL ÊTRE PERTURBÉ PAR LE TRAITEMENT D'UN CANCER ANTÉRIEUR ?

Après traitement d'un cancer, la grossesse se déroule en général normalement même s'il existe un petit risque majoré d'accouchement prématuré et de retard de croissance in utéro.

► LES TRAITEMENTS REÇUS POUR TRAITER LE CANCER FONT-IL COURIR UN RISQUE DE MALFORMATION POUR L'ENFANT ?

Un risque théorique de « mutations » existe mais aucune étude n'a montré de surcroît de malformation chez les enfants nés de mères antérieurement traitées pour un cancer qu'il y ait eu ou non des traitements médicaux comme la chimiothérapie.

► LES ENFANTS NÉS D'UNE MÈRE TRAITÉES POUR UN CANCER ONT-ILS UN RISQUE ACCRU DE CANCER ?

Il n'y a pas de risque accru de cancer chez ces enfants sauf si le cancer en cause chez les parents a une incidence héréditaire comme c'est le cas de certains cancers du sein par exemple (l'âge et le type de cancer dépendent du gène impliqué).

En conclusion

L'ASSOCIATION OU LA SUCCESSION CANCER ET GROSSESSE EST TOUJOURS UNE SITUATION ANGOISSANTE AVEC DE NOMBREUSES QUESTIONS DE LA PART DE LA PATIENTE ET DE SON ENTOURAGE.

- ▶ L'important est qu'ils aient des réponses cohérentes et précises à toutes ces questions et qu'ils soient accompagnés dans leur prise de décision.
- ▶ Globalement la grossesse en soi n'influe pas sur le pronostic du cancer mais elle est parfois incompatible avec une prise en charge optimale du cancer.
- ▶ Seule une équipe pluridisciplinaire organisée peut aider au mieux la patiente à gérer cette phase délicate de sa vie de femme.

Les adresses utiles

LIGUE CONTRE LE CANCER

14, rue Corvisart - 75013 Paris
Partout en France
0811 111 101
<http://www.ligue-cancer.net/>

INSTITUT NATIONAL DU CANCER (INCA)

52 avenue André Morizet
92513 Boulogne Billancourt
Cedex -Tél. 01 41 10 50 00
<http://www.e-cancer.fr/>

JEUNES SOLIDARITÉ CANCER (JSC)

14, rue Corvisart 75013 Paris
Tél. 01 53 55 24 72
<http://www.jeunes-solidarite-cancer.org/>

ASSOCIATION DE RECHERCHE SUR LES CANCERS DONT GYNECOLOGIQUES

(ARCAGY) <http://www.arcagy.org/infocancer/>

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PSYCHO-ONCOLOGIE (SFPO)

HEGP
20 rue Leblanc
75015 Paris
Tél. 05 56 20 14 72
<http://www.sfpo.fr/>

AFACS

www.afacs.fr



Pour en savoir plus sur la fertilité après un cancer du sein :

CANCER ET FERTILITÉ : LE POINT SUR LES CONNAISSANCES

<https://curie.fr/dossier-pedagogique/cancer-et-fertilite-le-point-sur-les-connaissances>

PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ

<https://curie.fr/dossier-pedagogique/cancer-et-preservation-de-la-fertilite-comment-ca-marche>

EXAMENS DE LA FERTILITÉ

<https://curie.fr/dossier-pedagogique/examens-de-la-fertilite>

CONTRACEPTION APRÈS UN CANCER DU SEIN

<https://curie.fr/dossier-pedagogique/contraception-apres-un-cancer-du-sein>

ENCEINTE APRÈS UN CANCER DU SEIN

<https://curie.fr/dossier-pedagogique/tomber-enceinte-apres-un-cancer-du-sein-cest-possible>

GROSSESSE ET RISQUE DE RECHUTE

<https://curie.fr/dossier-pedagogique/grossesse-apres-un-cancer-du-sein-un-risque-de-rechute-accru>

SEXUALITÉ APRÈS UN CANCER DU SEIN

<https://curie.fr/dossier-pedagogique/sexualite-apres-un-cancer-du-sein>

PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ ET CANCER

Institut National du cancer :

<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Preservation-de-la-fertilite-et-cancer-Estimation-de-la-population-concernee>

La Ligue contre le cancer

1er financeur associatif indépendant de la recherche contre le cancer, la Ligue est une organisation non gouvernementale indépendante reposant sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants.

Forte de près de 640 500 adhérents et 13800 bénévoles, la Ligue est un mouvement populaire organisé en une fédération de 103 comités départementaux.

Ensemble, ils luttent dans quatre directions complémentaires : chercher pour guérir, prévenir pour protéger, accompagner pour aider, mobiliser pour agir.

Aujourd'hui, la Ligue fait de la lutte contre le cancer un enjeu sociétal rassemblant le plus grand nombre possible d'acteurs sanitaires, mais aussi économiques, sociaux ou politiques, sur tous les territoires.

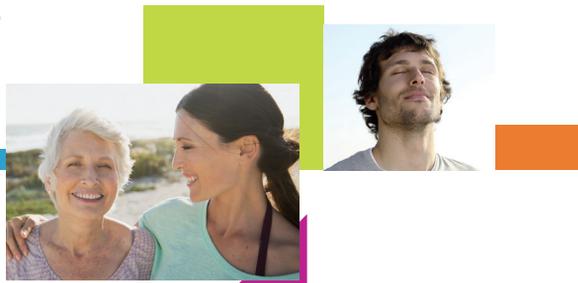
En brisant les tabous et les peurs, la Ligue contribue au changement de l'image du cancer et de ceux qui en sont atteints.

**TOUT CE QU'IL EST POSSIBLE DE FAIRE CONTRE LE CANCER,
LA LIGUE LE FAIT.**

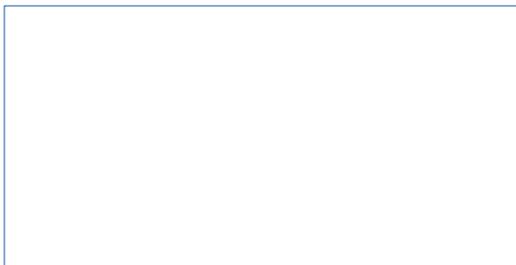




**Chercher pour guérir,
prévenir pour protéger,
accompagner pour aider,
mobiliser pour agir**



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**
-  **Twitter.com/laliguecancer**

