

MAI 2022



FICHES POUR LA PRATIQUE

PRÉSERVATION DE LA SANTÉ SEXUELLE ET DE LA FERTILITÉ EN CAS DE CANCER

► L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'Institut national du cancer est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Groupement d'intérêt public, il rassemble en son sein l'État, les grandes associations de lutte contre le cancer, les caisses d'assurance maladie, les fédérations hospitalières et les organismes de recherche.

► Ses missions

- Assurer une approche globale des pathologies cancéreuses
- Stimuler l'innovation
- Produire des expertises et recommandations pour les décideurs et professionnels de santé
- Animer les organisations territoriales en cancérologie
- Analyser les données pour mieux orienter l'action
- Informer et diffuser les connaissances liées aux cancers

► Cette fiche fait partie de la collection « Outils pour la pratique » à destination des médecins généralistes.

Elle vise à aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne en présentant de façon synthétique les enjeux et les modalités de la préservation de la santé sexuelle et de la fertilité en cas de cancer. Le contenu de cette fiche a été rédigé, selon une méthode décrite sur le site Internet de l'Institut, à partir des recommandations suivantes :

- « Préservation de la santé sexuelle et cancers », élaborée par l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS), labellisée par l'Institut national du cancer en mai 2021 ;
- « Préservation de la fertilité et cancer », élaborée par l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS) en partenariat avec l'Association française d'urologie (AFU), l'Association interdisciplinaire post-universitaire de sexologie (AIUS), la fédération des Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme (CECOS), le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), le Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT), le Groupe onco-hématologie adolescents et jeunes adultes (GO-AJA), le Groupe de recherche et d'étude sur la cryoconservation de l'ovaire et du testicule (GRECOT), la Société d'andrologie de langue française (SALF), la Société française d'endocrinologie (SFE), la Société française de pédiatrie (SFP), la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO), UNICANCER-GETUG, la Ligue contre le cancer, l'association Laurette Fugain, l'association France Lymphome Espoir et l'Association des COordinateurs de RÉSeaux de CAncérologie (ACORESCA), labellisée par l'Institut national du cancer en mars 2021.

Cette fiche a été relue par un groupe de relecture (liste des membres en page 20). Des ressources pratiques sont répertoriées en fin de document.

Ce document doit être cité comme suit : © *Préservation de la santé sexuelle et de la fertilité en cas de cancer*, INCa, édité en mai 2022.

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr

SOMMAIRE

1	Préservation de la santé sexuelle et de la fertilité en cas de cancer	4
2	Préservation de la santé sexuelle	5
3	Préservation de la fertilité chez les femmes	13
4	Préservation de la fertilité chez les hommes	16
5	Préservation de la fertilité chez les femmes et les hommes : informations complémentaires	18
	Ressources	19
	Liste des participants	20

1

PRÉSÉRATION DE LA SANTÉ SEXUELLE
ET DE LA FERTILITÉ EN CAS DE CANCER

Depuis les années 2000, un changement majeur est survenu : du statut de maladie incurable, le cancer passe de plus en plus à celui de maladie guérie ou en rémission. La conséquence positive a été d'attirer davantage l'attention sur la qualité de vie, le bien-être et la vie après, mais aussi pendant le cancer. S'occuper de la vie intime et de la santé sexuelle en fait partie. Vivre de plus en plus longtemps avec un cancer (traité, suivi ou guéri) impose par conséquent de mieux prendre en compte la santé sexuelle et la vie intime (individuelle et de couple) dans les parcours de vie, y compris chez les sujets âgés. Ce déterminant de qualité de vie et de bien-être ne peut plus être ignoré car le cancer et ses traitements ont un impact négatif majeur et souvent durable.

À mesure que le pronostic du cancer s'améliore, les effets indésirables à long terme des traitements prennent une importance croissante. Les altérations de la fertilité sont parmi les effets indésirables qui ont le plus fort impact sur la qualité de vie chez les femmes

et les hommes en âge de procréer atteints d'un cancer. Les troubles de la fonction gonadique constituent aussi un enjeu majeur dans l'après-cancer chez les patients, leurs conjoints et les parents d'enfants guéris. La préservation de la fertilité est un domaine très évolutif du point de vue technique. Au cours des 5 dernières années, des possibilités techniques nouvelles se sont développées, élargissant le champ des indications de préservation de la fertilité, notamment pour les femmes et les enfants. Désormais, des mesures visant à permettre aux personnes atteintes du cancer de préserver un potentiel de fertilité pourraient être proposées à une majorité d'entre elles.

« Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie » est l'un des axes de la nouvelle stratégie décennale française de lutte contre les cancers 2021-2030. Le médecin généraliste a un rôle important, tant dans **le dépistage et la prise en soins des troubles de la santé sexuelle et de la vie intime** que dans **l'information de ses patients sur la préservation de leur fertilité**.

2

PRÉSÉRATION DE LA SANTÉ SEXUELLE

» De quoi parle-t-on ?

Des spécificités des atteintes sexuelles et intimes chez la personne atteinte de cancer

La morbidité sexuelle liée aux cancers et à leurs traitements est, en règle générale :

- fréquente, ne touchant pas que les personnes atteintes de cancer des organes sexuels ;
- majeure tout au long du parcours de soins et de l'après-cancer ;
- de survenue souvent assez brutale ;
- durable et avec de fréquentes séquelles à moyen et long terme ;
- multifactorielle avec des mécanismes directs et indirects, se caractérisant par :
 - une iatrogénie prépondérante qui concerne potentiellement tous les traitements majeurs du cancer, tous les cancers et tous les âges ;
 - une atteinte variable et inhomogène de toutes les fonctions biologiques sexuelles ;
 - une intrication de facteurs délétères (somatiques, psychiques et/ou environnementaux) souvent synergiques.

REMARQUE

La santé sexuelle associe :

- un versant biologique ;
- un versant psychoémotionnel, identitaire et relationnel = la vie intime

D'un soin de support complémentaire inclus dans le panier référentiel des soins oncologiques de support actualisé¹

Se préoccuper de préserver la santé sexuelle et dépister une souffrance ou une demande liée à la vie intime ou sexuelle fait officiellement partie du parcours de soins en cancérologie et représente donc une nouvelle offre en soins de support. Cela apparaît d'autant plus nécessaire que ce besoin reste trop souvent non satisfait ou méconnu, qu'il s'agisse d'information, de prévention, d'éducation ou de traitement.

De l'annonce à l'après-cancer, la prise en compte de la sexualité représente une composante à part entière du parcours de soin.

1. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Soins-de-support-dans-le-parcours-de-soins>

► Pourquoi s'en occuper ?

Les impacts potentiellement négatifs des cancers et de leurs traitements sur la santé sexuelle sont nombreux puisqu'ils concernent :

- presque tous les cancers (quels que soient le stade et l'évolution) ;
- tous les patients ;
- tous les âges ;
- tous les traitements majeurs ;
- toutes les phases de la réponse biologique sexuelle.

Parmi les cancers :

- la moitié porte directement atteinte à la sexualité puisqu'affectant la sphère génitopelvienne, le sein ou la vie relationnelle (ORL, stomies...) ;
- les cancers sans dommage sexuel direct modifient très souvent la vie intime et sexuelle, en raison d'effets indésirables et/ou de séquelles non sexuels.



► Dans tous les cas, la présence habituelle de comorbidités est un facteur aggravant des dysfonctions sexuelles et des difficultés intimes (car elles en sont elles-mêmes pourvoyeuses).

Pour une majorité de patients et de couples, y compris âgés, la dégradation de leur vie intime et sexuelle n'est pas anodine, mais représente un facteur de stress supplémentaire.

Quand l'existence est bouleversée par le cancer, la préservation de la santé sexuelle aide à conserver ou à retrouver une vie meilleure.

Quasiment tous les patients et leurs partenaires sont demandeurs d'information, de réassurance, de soutien et, dans une moindre mesure, de traitement.

Des solutions thérapeutiques efficaces, souvent simples, sont disponibles pour de nombreuses problématiques sexuelles et intimes.

L'insuffisance érectile de l'homme et la baisse du désir chez l'homme et la femme sont reconnues comme de nouveaux marqueurs cliniques pertinents de santé somatique et mentale, et de l'hygiène de vie.



► Un trouble sexuel peut révéler une pathologie sous-jacente méconnue ou sous-estimée, notamment cardiovasculaire, hormonale ou anxiodépressive.

► Pour quels troubles et/ou préoccupations ?

Si les cancers touchant directement un organe sexuel sont davantage incriminés du fait de leur prévalence élevée, les autres cancers sont tout autant concernés, par le biais de mécanismes indirects.

De multiples perturbations peuvent survenir à différents niveaux de la réponse biologique sexuelle, isolément ou plus souvent combinées, mais très dépendantes du cancer et des traitements².

Troubles du désir	<ul style="list-style-type: none"> ■ Psychogènes <ul style="list-style-type: none"> ■ Blocages sensoriels : vue, odeurs, bruits, touchers ■ Altération de la motivation, estime et image de soi, communication insuffisante ■ Iatrogènes <ul style="list-style-type: none"> ■ Hormonaux, médicamenteux, effets indésirables type nausées, douleur, fatigue...
TROUBLES DE L'EXCITATION	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dysfonction érectile ■ Sécheresse vaginale ■ Modification des scripts sexuels
Perturbation des rapports	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dyspareunies ■ Douleurs ■ Dyspnées ■ Positions ■ Incontinences ■ Fibrose
DYSORGAMIES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anéjaculation ■ Modifications des perceptions orgasmiques ■ Douleurs ■ Incontinences

► Un trouble sexuel ne devient une dysfonction qu'en cas de plainte, de souffrance ou de mal-être (de la personne malade et/ou du partenaire).

Les besoins des patients/couples peuvent également concerner la santé mentale avec une détresse, un syndrome anxiodépressif, des troubles identitaires, pouvant être la cause ou la conséquence des difficultés sexuelles.



► Ces troubles sexuels, préjudiciables à court, moyen ou long terme sur le plan de la qualité de vie et du bien-être, restent trop souvent inavoués ou masqués. Une large majorité de patients attendent que les professionnels de santé l'abordent en premier.

2. www.afsos.org

► Quelles situations spécifiques ou de vulnérabilité ?

Liées au statut des personnes atteintes

○ Adolescents et jeunes adultes (AJA)

- Informer et dialoguer afin de corriger les nombreuses idées reçues et fausses représentations.
- Sensibiliser sur la possibilité de séquelles sexuelles à moyen et long terme, ce qui justifie un suivi prolongé.

○ Personnes âgées

- Suivre les mêmes règles pour le traitement des dysfonctions sexuelles des patients et couples âgés demandeurs d'aide que pour les plus jeunes, les sujets âgés restant en majorité intéressés par la poursuite de leur vie intime et sexuelle.

○ Diversité socioculturelle

- Se préoccuper des problématiques sexuelles dans un contexte socioculturel donné, avec une attitude neutre et ouverte, ainsi qu'une attention aux difficultés de communication et de compréhension spécifiques.

○ Diversité sexuelle et de genre

- Se préoccuper des demandes sexuelles et intimes des populations lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT) selon les mêmes règles que pour les autres patients.

Liées à la phase du cancer :

le cas de la phase palliative avancée

- Se préoccuper et répondre sans a priori aux besoins et demandes concernant l'intimité et la sexualité des patients et couples en situation de soins palliatifs, le maintien d'une vie sexuelle et/ou intime étant en tous points conforme aux

objectifs des soins palliatifs qui visent à privilégier le bien-être et la qualité de vie, y compris sexuels.

Liées à des traitements ou à des localisations plus à risque chez la femme

- Traitements induisant une insuffisance ovarienne avec ses conséquences (sécheresse vaginale, ménopause prématuée, modifications de la libido, modifications de répartition des graisses...) qui se surajoutent aux conséquences des traitements eux-mêmes.
- Chimiothérapie à risque de mucite vulvovaginale.
- Radiothérapie pelvienne et curiethérapie à risque de rétrécissement voire de sténose vaginale.
- Chirurgie potentiellement délabrante localement.
- Localisation de ces cancers : sphère génito-pelvienne et sein (en particulier avec les effets indésirables vulvovaginaux de l'hormonothérapie par inhibiteurs de l'aromatase).
- Traitement à visée non gynécologique : allogreffe compliquée de réaction du greffon contre l'hôte, avec un surrisque de dysfonctions sexuelles liées au risque de localisation vulvaire induisant un inconfort local et des dyspareunies.

Dans ces situations :

- dépister précocement les troubles sexuels et/ou les symptômes pouvant impacter la vie sexuelle ou intime ;
- proposer rapidement un traitement et un accompagnement adapté (voir page 11).

► À quels moments du parcours de soins l'aborder ?

La préservation de la santé sexuelle doit être abordée :

- le plus tôt possible, dès la phase d'annonce, en tenant compte des priorités, des besoins et de la temporalité de chaque personne malade ;
- puis de façon régulière, tout au long du parcours de soins (toujours en tenant compte des priorités de la personne malade), y compris en phase palliative ;
- dans l'après-cancer.



► Un suivi à long terme est souvent nécessaire pour identifier des séquelles tardives, non rares.

► Comment l'aborder ?

- Avec tact et mesure, en respectant la confidentialité, la pudeur et l'intimité de la personne malade et/ou du couple ;
- Proposer et non imposer la thématique de l'intimité et de la sexualité ;
- Utiliser une sémantique simple et adaptée à la population concernée, c'est-à-dire compréhensible et à visée pédagogique ;
- Observer une neutralité quant aux valeurs de la personne malade, en lien avec son contexte éducatif et culturel ;
- S'inspirer des questions conseillées par le consensus de l'ICSM (International Consultation on Sexual Medicine) présentées dans le tableau ci-après.

EXEMPLES DE QUESTIONS CONSEILLÉES PAR LE CONSENSUS DE L'ICSM³

Pour aborder le sujet	<ul style="list-style-type: none"> ■ À ce moment de la consultation, en général, je pose quelques questions sur la sexualité. Êtes-vous d'accord pour aborder ce sujet ? ■ Parfois, les patients souffrant de cancer ont des problèmes sexuels. Avez-vous des préoccupations de cet ordre dont vous voudriez parler ? ■ Y a-t-il un problème sexuel ou une inquiétude dont vous voudriez parler ?
Début de l'entretien clinique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Êtes-vous sexuellement actif ? Si réponse négative : on peut demander si la personne est satisfaite de cette situation ou bien si elle aimeraient que ça change et, dans ce cas-là, ce qui pose problème et l'empêche d'avoir une vie sexuelle. ■ À quel point cela vous gêne-t-il ? Cette question est importante, car un nombre non négligeable de personnes ont des problèmes sexuels pour lesquels elles ne veulent pas d'aide. Il peut être utile de leur demander pourquoi. ■ Avez-vous déjà cherché une solution à ce problème ?
Partenaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comment réagit votre partenaire ? ■ Est-ce que votre partenaire aimeraient reprendre une vie sexuelle ? ■ A-t-il/elle un problème sexuel ?
Questions plus spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Êtes-vous satisfait/e du niveau de votre désir sexuel ? ■ Êtes-vous satisfait/e de la fréquence de vos rapports sexuels ? ■ Êtes-vous satisfait de votre capacité à avoir ou maintenir une érection ? ■ Avez-vous des difficultés pour éjaculer ? ■ Éjaculez-vous fréquemment plus tôt que ce que vous souhaiteriez ? ■ Avez-vous du mal à être lubrifiée ? ■ Avez-vous du mal à avoir un orgasme ? ■ Avez-vous des douleurs lors des rapports sexuels ? ■ Êtes-vous satisfait/e de votre vie sexuelle ?

► Quelles actions ?

- Prévenir en informant, en amont d'un traitement et tout au long du parcours de soins, sur les :
 - conséquences potentielles sur la santé sexuelle et la vie intime ;
 - solutions disponibles en cas de dysfonction sexuelle/intime.
- Dépister en évaluant régulièrement l'existence de :
 - difficultés sexuelles et/ou intimes ;
 - préoccupations, besoins et attentes des personnes malades et des couples, tout en respectant leur sensibilité et leur temporalité.
- Informer, rassurer et donner des conseils hygiénocomportementaux de base (type hygiène de vie, maintien d'une intimité, communication dans le couple...) peuvent parfois suffire à prévenir ou minimiser les impacts sexuels ou intimes.
- Réduire la charge symptomatique (non sexuelle) en cas de symptômes :
 - généraux (souvent présents) de type douleurs, détresse, fatigue, troubles du sommeil... ;
 - plus spécifiques : incontinence urinaire et/ou rectale, cicatrices ou mutilations type stomies, perte des phanères, etc.

- Établir un diagnostic situationnel des connaissances de la personne malade (et du couple) dans le domaine de la santé sexuelle et de la vie intime et, si besoin, renforcer leurs savoirs et leurs compétences psychosociales (éducation thérapeutique).
- Proposer un traitement préventif (si indiqué) ou curatif précoce (si besoin) des troubles sexuels, notamment pour améliorer la capacité érectile et la trophicité vaginale.

REMARQUE

Les traitements habituels des principales dysfonctions sexuelles masculines et féminines peuvent être indiqués et mis en place de la même façon que pour celles non liées au cancer. La principale différence est que les atteintes sont souvent plus sévères et intriquées. Sauf rares exceptions, ils suivent les mêmes règles (précautions et contre-indications).

- Orienter, si besoin, vers les professionnels adéquats en cas de demande de la personne malade, de troubles sexuels très spécifiques ou plus complexes ou de réponse insatisfaisante à un premier accompagnement standard (dispositif d'appui à la coordination ou DAC)⁴.

3. Pour aller plus loin : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d'aide-a-la-pratique/Accompagnement-du-patient/Sante-sexuelle>

4. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-établissement-de-santé-medico-social/cooperations/DAC>

3

PRÉSÉRATION DE LA FERTILITÉ CHEZ LES FEMMES

» Quelle place et quel rôle pour les partenaires ?

L'évaluation des besoins et des demandes dans le domaine de la santé sexuelle et de la vie intime nécessite de considérer la personne malade dans sa globalité, en incluant son partenaire, qui peut être en détresse ou une ressource aidante.

Si la personne malade vit en couple :

- prendre en compte cette dimension depuis la phase d'annonce jusqu'à l'après-cancer, dans une perspective d'aide et de soutien ;
- évaluer régulièrement les besoins, craintes et désirs ;
- dépister la survenue de difficultés sexuelles et/ou intimes ;
- informer de l'importance du dialogue au sein du couple afin d'éviter les stratégies de mise à distance, voire d'évitement, souvent mal comprises par l'autre.

Dès la consultation d'annonce du diagnostic et/ou de la proposition thérapeutique, toute enfant, adolescente (et leurs représentants légaux) et femme en âge de procréer est informée :

- du niveau de risque de gonadotoxicité et/ou d'insuffisance ovarienne prématurée en fonction du protocole de chimiothérapie et/ou de radiothérapie envisagé ;
- de l'impact du protocole de chimiothérapie et/ou de radiothérapie sur sa réserve ovarienne.

» Quelles sont les modalités de préservation de la fertilité ?

○ Conservation :

- ovocytaire ;
- embryonnaire ;
- de tissu ovarien (CTO)/autogreffe.

○ Maturation ovocytaire in vitro (MIV)

○ Combinaison de différentes techniques

Lors de la consultation spécialisée de préservation de la fertilité, la patiente et son représentant légal (lorsqu'elle est mineure) sont informés :

- des modalités de la ou des techniques de préservation de la fertilité envisagées ;
- des risques et limites de chaque technique ;
- des chances de grossesse attendues en tenant compte des avancées scientifiques venir.

» Quand la préservation de la fertilité doit-elle être discutée avec la patiente ?

En cas de chimiothérapie conventionnelle

- Pour toute enfant, adolescente (et leurs représentants légaux) et femme en âge de procréer, en cas de traitement jugé gonadotoxicité, consultation spécialisée d'oncofertilité pour discuter, au cas par cas, d'une préservation de la fertilité.
- Stratégie de préservation de la fertilité discutée en fonction de l'âge de la patiente et des caractéristiques du protocole de chimiothérapie prévu (molécules, dose et gonadotoxicité).

En cas d'immunothérapie ou de thérapie ciblée

- Stratégie de préservation de la fertilité possible, au cas par cas, notamment en fonction de la durée prévisible du traitement (données actuelles de la littérature insuffisantes pour disposer de recommandations).

En cas de radiothérapie pelvienne

- Information sur les conséquences utérines et sur les risques obstétricaux à long terme.
- Évaluation de la réserve ovarienne pour toute femme en âge de procréer devant être traitée par radiothérapie pelvienne première, quelle que soit la dose d'irradiation prévue.
- Réalisation d'une dosimétrie utérine et ovarienne pour discuter des indications de préservation de la fertilité avant la mise en route de la radiothérapie

REMARQUES

- Afin de réduire le risque d'infertilité, une transposition ovarienne, éventuellement associée à une conservation de tissu ovarien controlatérale, peut être réalisée avant une radiothérapie pelvienne à risque élevé d'insuffisance ovarienne prématuée.
- Pour les femmes n'ayant pu bénéficier d'une consultation d'oncofertilité préalable à la radiothérapie pelvienne, une consultation spécialisée est recommandée à l'issue des traitements.

En cas de radiothérapie ovarienne

≤ 3 Gy en dose cumulée

- Risque de gonadotoxicité faible.
- Stratégie de préservation de la fertilité possible, au cas par cas, en fonction de la réserve ovarienne initiale.
- Suivi de la fonction ovarienne à distance.

En cas de radiothérapie ovarienne > 3 Gy

- Consultation spécialisée de préservation de la fertilité afin de proposer et d'adapter les techniques de préservation en fonction de la dose d'irradiation qui doit être délivrée, des éventuels traitements associés et de l'âge de la patiente.

En cas de radiothérapie craniospinale, abdominale ou de la racine des membres inférieurs

- Réalisation d'une dosimétrie utérine et ovarienne pour discuter des indications de préservation de la fertilité avant la mise en route de la radiothérapie.

En cas de radiothérapie corporelle totale

- Consultation spécialisée systématique en vue d'une information sur les risques gonadotoxiques et utérins.

En cas de radiothérapie cérébrale incluant la région hypothalamo-hypophysaire

- Absence d'impact sur la réserve ovarienne (les techniques de préservation de la fertilité ne sont pas nécessaires).

► Quel suivi de la fertilité après un cancer ?

En cas d'antécédent de cancer traité dans l'enfance ou à l'adolescence par des agents gonadotoxiques

- Consultation spécialisée de transition avec un médecin de la reproduction au moment de la majorité pour évaluer l'impact des traitements sur la fonction ovarienne et sur l'utérus.

Chez les femmes en âge de procréer ayant reçu un traitement à risque gonadotoxique

- Suivi régulier de la fonction ovarienne par une équipe pluridisciplinaire intégrant un spécialiste en médecine de la reproduction.



- En raison des possibilités de grossesse spontanée, une contraception efficace est nécessaire chez les femmes en âge de procréer ne souhaitant pas d'enfant, même en cas d'antécédent de traitement très gonadotoxique et/ou d'insuffisance ovarienne prématuée avérée.

4

PRÉSÉRATION DE LA FERTILITÉ CHEZ LES HOMMES

Le patient et son représentant légal (lorsque le patient est mineur) sont informés sur les différentes possibilités de préserver sa fertilité dès l'annonce de la maladie afin d'en optimiser la réalisation et de ne pas retarder la prise en soins en oncologie.

Quelles sont les modalités de préservation de la fertilité ?

- Conservation de spermatozoïdes (à partir de la puberté).
- Conservation de tissu testiculaire (principalement avant la puberté).

Quand la préservation de la fertilité doit-elle être discutée avec le patient ?

En cas de chimiothérapie

- Conservation de spermatozoïdes systématiquement proposée à tout homme pubère.
- Conservation de tissu testiculaire selon l'âge et le traitement reçu.

En cas de radiothérapie

≥ 3 Gy sur les deux testicules

- Conservation de spermatozoïdes systématiquement proposée à tout homme pubère.
- Conservation de tissu testiculaire chez le garçon prépubère ou pubère (discutée pour une radiothérapie > 2 Gy).

En cas de chirurgie⁵

- Conservation de spermatozoïdes systématiquement proposée à tout homme pubère.

Quel suivi de la fertilité après un cancer ?

Le suivi de la fertilité concerne tous les hommes de moins de 60 ans et est adapté à l'âge.

Chez le garçon prépubère

- Surveillance du développement pubertaire :
 - stade de la classification de Tanner ;
 - courbe de croissance ;
 - volume des testicules ;
 - taux plasmatiques de LH, FSH, testostérone, inhibine.
- Rythme :
 - annuel ;
 - semestriel en cas d'altération du bilan.
- Objectifs :
 - mise en place d'un traitement hormonal substitutif en cas de déficit endocrinien ;
 - mise en place d'un traitement freinateur en cas de puberté précoce ;
 - évaluation de la maturation psychosexuelle au cours de l'adolescence afin de discuter avec lui des questions relatives aux relations affectives, du devenir conjugal et parental afin d'éviter un repli sur soi et un évitement des

relations amoureuses ainsi que pour proposer un spermogramme lorsque cette maturation est suffisante.

REMARQUE

À partir de 18 ans, une consultation en médecine de la reproduction est :

- une obligation légale s'il y a eu conservation de tissu germinal ou de spermatozoïdes ;
- recommandée s'il n'y a pas eu de conservation de tissu germinal ou de spermatozoïdes.

Chez l'adolescent et l'adulte jeune, en dehors de tout désir de paternité

- Évaluation de la reprise de la spermatogenèse et de la fonction endocrine testiculaire dans l'année suivant la fin des traitements :
 - proposition de réaliser un spermogramme ;
 - exploration de la fonction endocrine testiculaire : taux plasmatiques de LH, FSH, testostérone, inhibine.

- En cas d'altération du spermogramme et/ou de la fonction endocrine testiculaire, consultation auprès d'un spécialiste en médecine de la reproduction pour :
 - exploration de l'altération de fertilité ;
 - mise en place d'un suivi périodique permettant de préciser les options possibles lorsque le patient aura un désir de paternité.

Lors du désir de paternité chez un homme ayant eu une congélation de spermatozoïdes avant le traitement d'un cancer

- Bilan préconceptionnel des deux membres du couple pour estimer les chances de grossesse spontanée ou la nécessité d'un recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP).

Lors du désir de paternité chez un homme n'ayant pas pu bénéficier d'une congélation de spermatozoïdes avant le traitement d'un cancer

- Exploration de la fertilité du couple en tenant compte du type de cancer, du type de traitement et du délai écoulé depuis la fin du traitement.

5. Orchidectomie uni ou bilatérale, totale ou partielle, chirurgie pelvienne radicale (prostate, vessie, rectum) ou des voies séminales ou en cas de curage ganglionnaire du rétropéritoine ou en cas de chirurgie sur le rétropéritoine (prostate, vessie, rectum ± colon)

5

PRÉSÉRATION DE LA FERTILITÉ CHEZ LES FEMMES ET LES HOMMES : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

En raison du risque d'altération de la qualité nucléaire spermatique, une contraception est recommandée dans le couple pendant 18 à 24 mois après la fin du traitement.

La personne bénéficiant d'une conservation de gamètes (réalisée dans un CECOS⁶ ou dans un centre de préservation de la fertilité) est prévenue de l'âge limite de prise en charge en AMP en France, actuellement fixé au :

- 45^e anniversaire pour la femme ;
- 60^e anniversaire pour l'homme.

Pour davantage d'informations sur les modalités de préservation de la fertilité :

- « Préservation de la fertilité et cancer » (e-cancer.fr)
- « Conséquences des traitements des cancers et préservation de la fertilité » (e-cancer.fr)

La personne est également informée des autres modalités pour l'accomplissement de son projet parental :

- don de spermatozoïdes ;
- don d'ovocytes ;
- accueil d'embryon ;
- adoption.

RESSOURCES

Cette fiche a été rédigée à partir des recommandations suivantes :

- « Préservation de la santé sexuelle et cancers » élaborée par l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS), labellisée par l'Institut national du cancer en mai 2021 et disponible sur le site Internet de l'Institut : e-cancer.fr
- « Préservation de la fertilité et cancer » élaborée par l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS) en partenariat avec l'Association française d'urologie (AFU), l'Association interdisciplinaire post-universitaire de sexologie (AIUS), la fédération des Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme (CECOS), le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), le Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT), le Groupe onco-hématologie adolescents et jeunes adultes (GO-AJA), le Groupe de recherche et d'étude sur la cryoconservation de l'ovaire et du testicule (GRECOT), la Société d'andrologie de langue fran-

çaise (SALF), la Société française d'endocrinologie (SFE), la Société française de pédiatrie (SFP), la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO), UNICANCER-GETUG, la Ligue contre le cancer, l'association Laurette Fugain, l'association France Lymphome Espoir et l'Association des COordinateurs de RÉseaux de CAncérologie (ACORESCA), labellisée par l'Institut national du cancer en mars 2021 et disponible sur le site Internet de l'Institut : e-cancer.fr

» Autre ressource

- « Conséquences des traitements des cancers et préservation de la fertilité », état des connaissances et propositions, INCa, Agence de la biomédecine, décembre 2012, disponible sur le site Internet de l'Institut : e-cancer.fr

Des informations destinées aux patients et à leurs proches sont consultables sur e-cancer.fr, rubrique Patients et proches, ainsi que dans les guides Cancer info : e-cancer.fr

6. Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme, <https://www.ceclos.org/>

LISTE DES PARTICIPANTS

NOTES

Organismes professionnels

Le Collège de la médecine générale (CMG) a été sollicité pour proposer des experts conviés à titre individuel dans le groupe de relecture.

Groupe de relecture

- **Dr Pierre BONDIL**, urologue, sexologue, cancérologue, Chambéry (chapitre sur la préservation de la santé sexuelle)
- **Pr Clément CHARRA**, médecin généraliste, Ladoix-Serrigny
- **Dr Claire CHARRA-BRUNAUD**, oncologue radiothérapeute, Institut de cancérologie de Lorraine, Vandoeuvre-lès-Nancy (chapitre sur la préservation de la santé sexuelle)
- **Pr Blandine COURBIERE**, gynécologue-obstétricien, médecin de la reproduction, Plateforme Cancer & Fertilité OncoPaca-Corse, Hôpital de la Conception, Hôpitaux universitaires de Marseille (chapitres sur la préservation de la fertilité)
- **Dr Sylvie DOLBEAULT**, psychiatre, Institut Curie, Paris (chapitre sur la préservation de la santé sexuelle)
- **Pr Jean-Pierre JACQUET**, médecin généraliste, Saint-Jean-d'Arvey
- **Pr Catherine POIROT**, biologiste de la reproduction, Hôpital Saint-Louis, Paris (chapitres sur la préservation de la fertilité)

- **Pr Nathalie RIVES**, biologiste de la reproduction-CECOS, Hôpital Charles-Nicolle, CHU de Rouen (chapitres sur la préservation de la fertilité)

- **Pr Marie-Eve ROUGÉ BUGAT**, médecin généraliste, Toulouse

- **Dr Marcel RUETSCH**, médecin généraliste, Dessenheim

- **Dr Carine SEGURA-DJEZZAR**, oncologue médicale, oncosexologue, Centre François Baclesse, Caen (chapitre sur la préservation de la santé sexuelle)

Pour l'Institut national du cancer

Rédaction et coordination

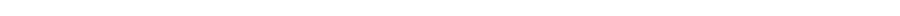
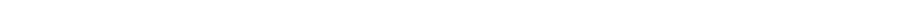
- **Dr Marie de MONTBEL**, responsable de projets, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament

- **Sandrine BRETONNIERE**, responsable du département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament (à partir de janvier 2022)

- **Marianne DUPERRAY**, directrice, direction des Recommandations et du médicament



NOTES



Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : INCa
Illustrations : INCa

ISBN : 978-2-37219-890-5
ISBN net : 978-2-37219-891-2

DEPÔT LÉGAL MAI 2022

**RETROUVEZ SUR E-CANCER.FR UNE COLLECTION D'OUTILS PRATIQUES
POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Disponibles gratuitement en version interactive et à la commande

• • •

LES OUTILS POUR LA PRATIQUE PAR LOCALISATION DE CANCER

(comprenant la démarche diagnostique, le bilan initial, les modalités thérapeutiques de première intention, la gestion des effets indésirables et les examens de suivi)

- Cancers du sein
- Cancers bronchopulmonaires
- Cancers des voies aérodigestives supérieures
 - Cancers colorectaux
 - Cancers de l'ovaire
 - Cancers de la thyroïde
 - Cancers du pancréas
- Cancers invasifs du col utérin
- Lymphomes anaplasiques à grandes cellules associés à un implant mammaire (LAGC-AIM)

LES FICHES THÉMATIQUES

- L'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer
- Repérage de la souffrance psychique des patients atteints de cancer
- Prescription des prothèses externes (capillaires et mammaires) chez les patients atteints de cancer
- Prévention et traitement du lymphoédème après traitement d'un cancer

Le guide digital « **ORGANISATION DES SOINS EN CANCÉROLOGIE** »
(décrivant les éléments clés de l'organisation des soins en cancérologie)

**COMMENT SE PROCURER
LES TITRES
DE LA COLLECTION ?**

- Pour commander gratuitement, rendez-vous sur : e-cancer.fr



Pour vous informer sur la prévention,
les dépistages et les traitements des cancers,
consultez **e-cancer.fr**

