

ACTUALITÉ

Evaluer les risques de suicide

page 3



REPORTAGE



La face cachée des cuisines

pages 14-15

INTERVIEW

Quelle médecine demain?

avec Francis Waldvogel
page 24



DOSSIER

Devenir mère après un cancer

pages 8-13



Publicité

- > Infirmières
- > Secrétaires multilingues
- > Laboratoires
- > Aides-soignantes
- > Comptabilité
- > Banques
- > Secrétaires Médicales
- > Réceptionnistes
- > Ouvrières
- > Pharmacies
- > Horlogerie
- > Magasiniers

 **one**
PLACEMENT

emplois
temporaires
et fixes

Route de Saint Julien, 7 - 1227 Carouge
022 307 12 12 - info@oneplacement.com

You're the one

Avoir un bébé après un cancer, c'est possible

Dans ce dossier

Préserver la fertilité 10



Peser les risques 11



Identité en danger 12



Espoir pour le futur 13



Certains traitements oncologiques peuvent provoquer une infertilité. Toutefois les progrès des techniques de procréation médicalement assistée permettent aujourd'hui de préserver la possibilité d'avoir un enfant une fois la guérison obtenue. A l'initiative des HUG, un réseau romand « cancer et fertilité » a été mis en place afin d'améliorer l'information aux patientes.

Certains types de cancer et traitements peuvent avoir un impact sur la fertilité féminine⁽¹⁾. Ainsi, la chirurgie de tumeurs de l'utérus ou des ovaires conduit parfois à ôter ces organes nécessaires au déroulement d'une grossesse. La chimiothérapie, elle, est susceptible de causer une toxicité sur le tissu ovarien et de perturber le cycle menstruel. Dépendant du type et des doses de médicaments utilisés, ainsi que de l'âge de la patiente, cette perturbation peut être temporaire ou définitive et entraîner une stérilité. Une radiothérapie touchant la zone du bassin, ainsi que des irradiations totales du corps (comme parfois avant une greffe de moelle osseuse) risquent de causer des dégâts aux ovaires. De même, une irradiation cérébrale, en particulier hypophysaire, modifie le cycle menstruel et a parfois des conséquences aux niveaux ovarien et utérin.

Création d'un réseau romand « cancer et fertilité »

Les progrès des techniques de procréation médicalement assistée permettent aujourd'hui de préserver la possibilité d'avoir un enfant une fois la guérison obtenue. Afin d'améliorer l'information aux patientes et d'optimiser l'interaction entre les traitements oncologiques et les méthodes de reproduction à disposition, un réseau romand « cancer et fertilité » a été créé. Né en 2006, sous l'impulsion du département de gynécologie et d'obstétrique

placé sous la responsabilité du Pr Jean-Bernard Dubuisson, ce projet regroupe les HUG, le centre hospitalier universitaire vaudois, les hôpitaux non universitaires et les cliniques privées de la Suisse romande.



JULIEN GREGORIO / STRATÈS

« Il s'adresse aux patientes de moins de 40 ans souffrant d'une leucémie, d'un lymphome de Hodgkin ou non Hodgkinien, d'un cancer du sein, de la sphère gynécologique, des intestins ou d'une maladie auto-immune. La liste n'est pas exhaustive, mais ce sont les types les plus fréquents en dessous de la quarantaine. A titre d'exemple, 65% des lymphomes de Hodgkin se révèlent avant 45 ans et 43% des cancers du col de l'utérus », explique le Dr Patrick Petignat, médecin adjoint au service de gynécologie. A ce jour, une quarantaine de femmes ont été évaluées pour la préservation de leur fertilité.

Améliorer la qualité de vie

Si la conservation de la fertilité fait aujourd'hui l'objet d'une telle attention, c'est qu'au cours des dernières années, des progrès importants ont été réalisés dans les traitements oncologiques et

« Afin de concilier traitement oncologique et fertilité, et de garantir la meilleure décision médicale possible, les divers professionnels se retrouvent à la réunion de concertation pluridisciplinaire cancer et fertilité »

Dr Patrick Petignat

ont amélioré les taux de survie. Le pronostic est aussi mieux connu. « Les aspects de qualité de vie prennent une place importante pour les personnes traitées et la possibilité de procréer en fait partie », souligne le Dr Petignat. La conservation de la fertilité d'une patiente cancéreuse nécessite la collaboration et la

SAVOIR +

Consultation fertilité et cancer

022 372 40 95

cancer.fertilite@hcuge.ch



JULIEN GREGORIO / STRATES

Le processus de congélation d'un tissu prélevé passe par une machine de cryo-conservation, appelée également planer.

coordination de nombreux spécialistes tels que médecin traitant, médecin spécialiste de la reproduction, oncologue, gynécologue, hématologue, radiologue, pathologue, radiothérapeute et tout autre praticien impliqué dans la prise en charge. «Afin de concilier traitement oncologique et fertilité et de garantir la meilleure

décision médicale possible, les divers professionnels se retrouvent à la réunion de concertation pluridisciplinaire cancer et fertilité (n.d.l.r. : lire ci-dessous) avant l'éventuelle mise en route du traitement de préservation de la fertilité», précise le Dr Petignat, responsable de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

Plusieurs traitements pour conserver la fertilité

Selon le type de cancer et les traitements à venir, plusieurs méthodes sont à disposition (lire en page 10). Citons le prélèvement d'ovocytes qui sont ensuite congelés pour être utilisés dans le cadre d'une fécondation *in vitro* (FIV) lors d'un

projet ultérieur d'enfant. Si la femme est en couple, les ovocytes peuvent être fécondés avec le sperme du partenaire. «Les ovocytes non imprégnés appartiennent à la femme, ceux qui sont imprégnés sont la propriété du couple», précise le Dr Petignat.

Autre méthode: la congélation de fragments d'ovaires prélevés chirurgicalement. Une fois la patiente guérie, il est possible de les réimplanter dans le corps pour tenter d'obtenir une grossesse spontanée ou par FIV. «S'il s'agit d'une fillette, les ovaires peuvent être congelés et mis en maturation *in vitro*. Le département de l'enfant et de l'adolescent fait partie du réseau romand.»

Enfin, en cas d'irradiation de la région du bassin, on peut protéger les ovaires en les déplaçant chirurgicalement vers le haut de la cavité abdominale. A noter que les différentes techniques ne sont pas remboursées par les assurances maladie.

Paola Mori

^① Ce dossier aborde la question uniquement du côté de la femme. Pour l'homme, il est possible de sauvegarder la fertilité en prélevant et congelant du sperme.

Une plateforme d'expertise complémentaire

Est-il raisonnable de proposer une préservation de la fertilité à telle patiente? Si oui, quelle option choisir? Autant de questions complexes qui nécessitent une évaluation précise de la situation et des désirs de la personne. Mais aussi l'expertise et l'étroite coordination de tous les professionnels gravitant autour d'elle. D'où la création d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) fertilité et cancer, placée sous la responsabilité du Dr Patrick Petignat, médecin adjoint au service de gynécologie.

«Nous sensibilisons les médecins posant un diagnostic de cancer à une femme en âge de procréer afin qu'ils l'adressent immédiatement à notre consultation. Dans

un premier temps, nous donnons des informations à la patiente, notamment sur les différentes méthodes de préservation de la fertilité, leurs chances et leurs risques. Nous effectuons aussi un bilan de sa réserve ovarienne à l'aide d'une prise de sang et d'une échographie», explique la Dre Alexandra Ambrosetti, cheffe de clinique au service de gynécologie et responsable de la consultation fertilité et cancer.

Guider la patiente dans son choix

Une fois le cas bien documenté, la RCP est convoquée dans les plus brefs délais afin de déterminer le meilleur choix possible. «Le traitement oncologique et

son organisation dans le temps sont prioritaires. Les experts discutent ensemble de la solution la plus appropriée pour la femme en fonction de nombreux paramètres comme l'âge et la réserve ovarienne. Le but est que la personne dispose de tous les éléments pour se déterminer.»

Un moment difficile pour la femme qui est obligée de décider dans l'urgence, la sauvegarde de la fonction reproductive devant se faire avant la mise en route de la prise en charge oncologique. «Même si finalement la personne décide de ne rien entreprendre, il est important pour sa qualité de vie future d'avoir évoqué cette question.»

P.M.

Nouvelles techniques pour préserver la fertilité

Implantations d'embryon, de tissu ovarien ou d'ovocytes: autant de nouveaux procédés en plein essor pour donner une chance d'être maman aux survivantes d'un cancer.

JULIEN GREGORIO / STRATES



Les tissus prélevés sont stockés dans de l'azote liquide (-196° C).

En mars 2009, une jeune Suédoise de 23 ans découvre avec bonheur qu'elle est enceinte... Quelques mois plus tôt, cette même jeune femme a été greffée avec un tissu ovarien. Ce greffon était congelé depuis 15 ans dans de l'azote liquide. Il avait été prélevé sur la future jeune maman lorsque celle-ci avait huit ans, juste avant une thérapie contre le cancer qui, sans ce prélèvement, l'aurait rendu stérile.

« C'est une des nombreuses réussites connues du traitement de l'infertilité », indique le Dr Anis Feki, responsable du laboratoire de cellules souches, au département de gynécologie et d'obstétrique, dirigé par le Pr Jean-Bernard Dubuisson, et l'un des représentants des HUG pour les questions touchant la procréation médicalement assistée au sein du réseau romand « cancer et fertilité ». En fait, les chances de succès d'un tel traitement sont difficiles à évaluer. Elles dépendent de plusieurs facteurs, ainsi que de la technique utilisée.

Embryon congelé

Celle ayant produit les meilleurs résultats est la congélation d'un ovocyte imprégné, c'est-à-dire d'un embryon. Elle n'est toutefois réalisable qu'à certaines conditions: la patiente doit avoir un partenaire et il faut pouvoir retarder le début du traitement anticancéreux d'au moins deux

à trois semaines. Dans près de la moitié des cas, cette dernière condition est impossible à tenir sans mettre en danger la vie de la patiente.

Dès lors, il existe deux autres solutions: le prélèvement de tissus ovariens et/ou d'ovocytes. A noter que la conservation de tissus ovariens sera faite dans le centre de thérapies cellulaires aux HUG selon les normes GMP (Good Manufacturing Practice), recommandations conçues pour assurer la qualité d'un produit et pour réduire au minimum le risque. Le taux de réussite pour une implantation d'ovocytes non fécondés est estimé entre 10 et 15% (contre environ 30% pour une fécondation *in vitro* courante). Pour l'implantation de tissu ovarien, faute de recul, on ne dispose d'aucun chiffre. « Toutefois, on recense actuellement dans le monde une dizaine de grossesses obtenues par ce moyen », note le Dr Feki.

Informier les patientes

Les protocoles de congélation des tissus ont été élaborés en collaboration avec le Pr Jacques Donnez, des Cliniques universitaires de St-Luc, en Belgique, et la Dre Outi Hovatta, de l'Institut Karolinska, en Suède. Il s'agit de procédures validées. Dans un avenir proche, la dé-

congélation des tissus et la maturation *in vitro* des ovocytes seront améliorées. « Ces techniques sont encore nouvelles. Mais l'essentiel aujourd'hui est d'informer les patientes sur l'existence de tels traitements », conclut le Dr Feki.

André Koller

Publicité



**AGENCE DE PLACEMENT
SPÉCIALISÉ MÉDICAL
PARAMÉDICAL**

5 départements d'activités

- Médical
- Hôtellerie
- Industrie
- Bâtiment
- Commercial

**TRAVAIL TEMPORAIRE
ET FIXE**

ACTIVA Personnel SA
17, Rue de la Croix d'Or
1204 Genève

022 319 32 32
www.activapersonnel.ch

Peser les risques et les bénéfices

Pour le Pr André-Pascal Sappino, le réseau romand «cancer et fertilité» est l'exemple même de la valeur ajoutée apportée par les hôpitaux: un plateau d'expertises complémentaires et des équipes multidisciplinaires. Toutefois, il met en garde contre les risques inhérents aux techniques de traitement de l'infertilité après un cancer.

Pr André-Pascal Sappino, quel regard porte l'oncologue sur la création du réseau romand «cancer et fertilité»?

> C'est bien entendu une très bonne initiative. En termes d'offre thérapeutique, les équipes multidisciplinaires et les plateaux d'expertises complémentaires représentent une valeur ajoutée extraordinaire. Cela dit, la préservation de la fertilité concerne environ 10% des femmes atteintes d'un cancer, soit celles qui sont en âge de procréer. Et plus particulièrement les patientes touchées par des leucémies ou des lymphomes, maladies dont les traitements sont le plus susceptibles de rendre stériles. Ce réseau s'adresse donc à une dizaine de femmes par an à Genève.

Qu'en est-il des cancers du sein?

> Afin de maximaliser les traitements du cancer du sein et éviter les récives, environ la moitié des patientes suivent une hormonothérapie. Or, celle-ci a justement pour but de provoquer la ménopause. Dans ces cas-là, l'objectif thérapeutique entre en contradiction flagrante avec la démarche visant à préserver la fertilité des jeunes patientes. J'ajouterai que l'augmentation de l'incidence

des cancers du sein chez les femmes jeunes à Genève, dont il a été question dans les médias, est une tendance qui doit encore être confirmée. Les statistiques montrent que les cas ont doublé en 2008, mais elles ne concernent au total que 50 personnes réparties sur une période de 10 ans.

Quels sont les risques du traitement de l'infertilité?

> Une des techniques consiste à prélever des fragments d'ovaires pour les réimplanter après le traitement du cancer. Le prélèvement doit se faire avant les thérapies anticancéreuses. Le risque est donc que l'ovaire contienne des cellules tumorales.

N'est-il pas possible de détecter ces cellules cancéreuses?

> Bien sûr. On peut soumettre à analyse une partie de l'ovaire. Toutefois, l'absence de cellule cancéreuse dans l'échantillon ne signifie pas nécessairement que le reste de l'ovaire soit sain. Pour en

être sûr, il faudrait l'analyser tout entier. Ce qui est impossible sans détruire l'ovaire. Par conséquent, le risque de réimplanter la patiente avec des tissus cancéreux ne peut pas être totalement exclu.

Peut-on quantifier ce risque?

> Non. Les traitements de l'infertilité chez les femmes souffrant d'un cancer ne sont pas encore validés. Nous ne disposons en la matière d'aucune étude clinique documentée. Il est donc impossible de chiffrer les risques liés à ce genre de traitement.

Propos recueillis par
André Koller

JULIEN GREGORIO / STRATES



Le Pr André-Pascal Sappino est chef du centre d'oncologie des HUG.

Publicité



LINDEGGER
maîtres opticiens

examens de la vue, lentilles de contact,
lunettes, instruments...

Cours de Rive 15, Genève 022 735 29 11
lindegger-optic.ch

www.lindegger-optic.ch
photo: Shutterstock

L'identité mise en danger

Menacée à la fois dans sa survie et sa capacité de se reproduire, l'individu vit un véritable chaos émotionnel. Un soutien psychologique peut s'avérer nécessaire.

Apprendre que l'on a un cancer est toujours un gros choc psychologique. Découvrir que les traitements risquent de provoquer une infertilité constitue une autre épreuve majeure pouvant être à l'origine d'une détresse émotionnelle, d'anxiété, voire même d'une dépression. «Lors d'un diagnostic de cancer, le sentiment de sa propre finitude devient tout d'un coup beaucoup plus concret. L'individu est menacé dans sa survie. Par ailleurs, le risque de devenir infertile signifie l'éventuelle

impossibilité de se prolonger dans un enfant, de devenir en quelque sorte «immortel» grâce à lui. L'espoir de sauvegarder sa fonction reproductive en recourant aux différentes méthodes de procréation médicalement assistée à disposition offre une formidable ouverture à ces personnes dont l'identité et l'estime de soi sont profondément mises en danger», explique le Dr Francesco Bianchi de Micheli, médecin adjoint agrégé, responsable de la consultation de gynécologie psychosomatique et sexologie.

Approche de couple

Dans ce moment de chaos émotionnel, il est essentiel de proposer à la patiente une prise en charge globale incluant un soutien psychologique par un expert en psycho-oncologie et gynécologie psychosomatique et connaissant bien la médecine de la reproduction. «La personne malade se trouve dans un état de confusion extrême car elle a beaucoup de choses imprévues et douloureuses à gérer en même temps et rapidement. Trahie par son corps, elle se sent souvent coupable d'être malade, de causer du souci à son entourage et, qui plus est, d'être responsable d'une éventuelle future infertilité du couple. Il est important qu'elle puisse être accompagnée dans

ce parcours de compréhension et d'acceptation si elle le souhaite», insiste le psychiatre.

Celui-ci préconise l'approche de couple et une évaluation de sa dynamique: le conjoint aussi est affecté par la maladie et ses conséquences. «Au moment du diagnostic, certains couples vont bien, d'autres sont en crise. Quelle que soit la situation, la vie affective et les projets d'avenir se trouvent bouleversés», relève le Dr Bianchi de Micheli. Et de souligner: «Le couple qui aura réussi à avoir un enfant après avoir surmonté toutes ces épreuves sera le plus heureux au monde. Chaque instant partagé lui paraîtra d'autant plus précieux qu'il aura été acquis après un dur combat.»

Paola Mori

Publicité



Enhancing Outcomes for Patients and Their Caregivers.™

www.hill-rom.ch

«C'est un espoir important pour mon futur»

Atteinte d'un cancer du sein, Stéphanie, 26 ans, a décidé de sauvegarder sa fertilité en recourant à un prélèvement d'un fragment d'ovaire.

En février dernier, Stéphanie, 26 ans, apprend qu'elle a un cancer du sein. Dans le même temps, elle découvre qu'elle risque de devenir infertile suite au traitement oncologique. «Je savais que la chimiothérapie pouvait faire perdre les cheveux et provoquait des nausées et des vomissements, mais j'ignorais totalement cet effet-là», raconte la jeune femme suivie à l'Hôpital du Jura.

Avis du réseau romand «cancer et fertilité»

Sa gynécologue et son oncologue contactent alors pour un avis le réseau romand «cancer et fertilité», coordonné par les Dres Alexandra Ambrosetti, cheffe de clinique au service de gynécologie des HUG, et Marina Bellevia, cheffe de clinique au centre hospitalier universitaire vaudois. «Dans ma situation, la seule possibilité était de prélever la moitié d'un ovaire. Je devais en effet commencer immédiatement une chimiothérapie dite néoadjuvante afin de diminuer la

taille de ma tumeur et la rendre opérable. Pas question d'attendre un nouveau cycle menstruel pour commencer une stimulation ovarienne et prélever ensuite des ovocytes», explique Stéphanie.

Se projeter dans le futur

Sur le moment, elle ne souhaite pas recourir à l'intervention chirurgicale. «Je n'étais pas en couple et je n'avais pas de désir d'enfant. Par ailleurs, il n'est pas sûr que la chimiothérapie me rende stérile. Vu l'agressivité des traitements à venir, je n'avais pas non plus envie d'avoir une narcose et une opération supplémentaire. Le soir, j'en ai toutefois longuement discuté avec ma famille. Mes proches m'ont conseillé de me projeter dans le futur et de ne rien décider que je puisse regretter, car un jour j'aurai peut-être envie d'avoir un enfant même si ce n'est pas une priorité aujourd'hui.» Le lendemain matin, la décision est prise: Stéphanie se fera prélever un fragment ovarien.



JULIEN GREGORIO / STRATES

Stéphanie parle librement de sa décision d'avoir préservé sa fertilité. «Cela fait partie de l'histoire de ma maladie», dit la jeune femme.

«Le temps pressait et l'opération a eu lieu moins d'une semaine plus tard. Tout s'est bien passé. Je suis contente d'avoir pris cette décision. Les techniques modernes de procréation médicalement assistée offrent une solution au problème de l'infertilité consécutive au traitement contre le cancer, alors autant mettre toutes les chances de mon côté. C'est un espoir important pour mon futur, même si je sais que la congélation du tissu ovarien est encore au stade expérimental

et que ce n'est pas sûr que ça marchera le jour où j'envisagerai peut-être une grossesse. Mais, aujourd'hui, je ne veux pas me soucier de cela. J'ai encore des étapes éprouvantes qui m'attendent comme l'ablation chirurgicale de ma tumeur et la radiothérapie. Je prends les choses les unes après les autres. J'ai fait ce qu'il fallait pour préserver ma fertilité, après advenue que pourra», conclut Stéphanie.

Paola Mori

Publicité

Hospitalisation à domicile (HAD)



PHARMACIENS
PHARMACIE CLINIQUE AMBULATOIRE

4, rue des Cordiers, 1207 Genève
Fax: 022 420 64 81 – médicalbip: 022 320 20 35
E-mail: sospharmaciens@sospharm.int.ch

24h sur 24 au 022 420 64 80
Remboursée par l'assurance de base

Le réseau de soins

- 1 **Le médecin** – de l'hôpital ou de la ville – prescrit.
- 2 **SOS Pharmaciens** prépare les médicaments injectables, le matériel nécessaire et dispense au domicile du patient.
- 3 **L'infirmière** administre les médicaments.
- 4 **L'équipe** – médecin, pharmacien, infirmière – assure le suivi et adapte ses prestations aux besoins du patient.

Exemples de traitements

Antibiotiques intraveineux, chimiothérapie, traitement antalgique, soins palliatifs, nutrition entérale et parentérale, hydratation, etc.

Service de pharmaGenève – www.pharmageneve.ch