

Le suivi à long terme après préservation de la fertilité

Il est important de mettre en place un suivi de la fonction gonadique des patients à l'issue du ou des traitements oncologiques.

La persistance d'une fonction endocrine normale (ex : cycles menstruels chez la femme) ne préjuge en rien du maintien de la fonction exocrine reproductrice.

Le suivi chez l'homme

L'homme doit être adressé à une équipe spécialisée si il souhaite un suivi de sa fonction reproductrice ou en cas de projet parental. Des spermogrammes de contrôle réguliers seront nécessaires pour évaluer la spermatogenèse après les traitements.

Un suivi régulier permet également d'aborder la santé sexuelle et de proposer une aide sexologique si besoin.

Le rythme de la surveillance doit être discuté avec le patient en fonction du traitement réalisé, des caractéristiques spermiologiques avant traitement, et de son projet personnel.

En règle générale, chez l'adulte, un spermogramme de contrôle annuel est préconisé en programmant le premier contrôle un an après l'arrêt du traitement. Des reprises de la spermatogenèse se voient en général dans les 5 ans qui suivent l'arrêt du traitement, mais des reprises tardives (au-delà de 10 ans) sont toujours possibles.

Le suivi chez la femme

Certains agents de chimiothérapie entraînent un arrêt des règles (aménorrhée) dont la durée est souvent difficile à apprécier, et qui dépend de l'âge, de la réserve ovarienne avant traitement et de la toxicité des traitements reçus. Elle peut être transitoire après chimiothérapie, les règles pouvant revenir 6 à 12 mois plus tard, mais peut aussi être définitive en cas de destruction des follicules de réserve.

L'aménorrhée s'accompagne d'une carence hormonale en œstrogènes avec des conséquences immédiates sur la qualité de vie (ex : bouffées de chaleur, sécheresse vaginale et dyspareunie, diminution de la libido) et des conséquences à long terme sur le tissu osseux (risque d'ostéoporose) avec aussi une augmentation du risque cardiovasculaire. Selon le type de cancer, s'il n'est pas hormonodépendant, il sera proposé un traitement hormonal substitutif (THS).

En cas de ménopause précoce avant 40 ans, il est recommandé et en l'absence de contre-indications d'instaurer un THS car la balance bénéfices / risques est largement en faveur du THS.

> [Insuffisance Ovarienne Prématuration. Encyclopédie Orphanet](#)

La femme doit être suivie annuellement par son gynécologue pour évaluer la fonction gonadique après traitement, sa santé sexuelle et échanger autour de sa contraception. Après un délai d'au moins un an après traitement, il sera proposé un bilan destiné à

évaluer sa réserve ovarienne (bilan hormonal + échographie pelvienne).

Quand la réserve ovarienne le permet et lorsqu'une autoconservation n'a pas pu être réalisée avant traitement, il peut être proposé une stimulation ovarienne pour préserver des ovocytes à distance de la fin des traitements. Une autoconservation ovocytaire peut ainsi parfois être proposée à celles pour qui le projet de grossesse est encore différé de plusieurs années.

En cas de projet de grossesse, une consultation pré-conceptionnelle spécialisée est conseillée avec un médecin de la reproduction. Une prise en charge adaptée aux antécédents sera proposée en concertation avec les oncologues. En cas d'altération trop importante de la réserve ovarienne et de l'absence de survenue de grossesse spontanée, le couple pourra être accompagné dans une démarche de don d'ovocytes ou d'adoption (législation sur le droit à l'oubli)

Sources: [Références bibliographiques](#)

Dernière mise à jour le 24 octobre 2022