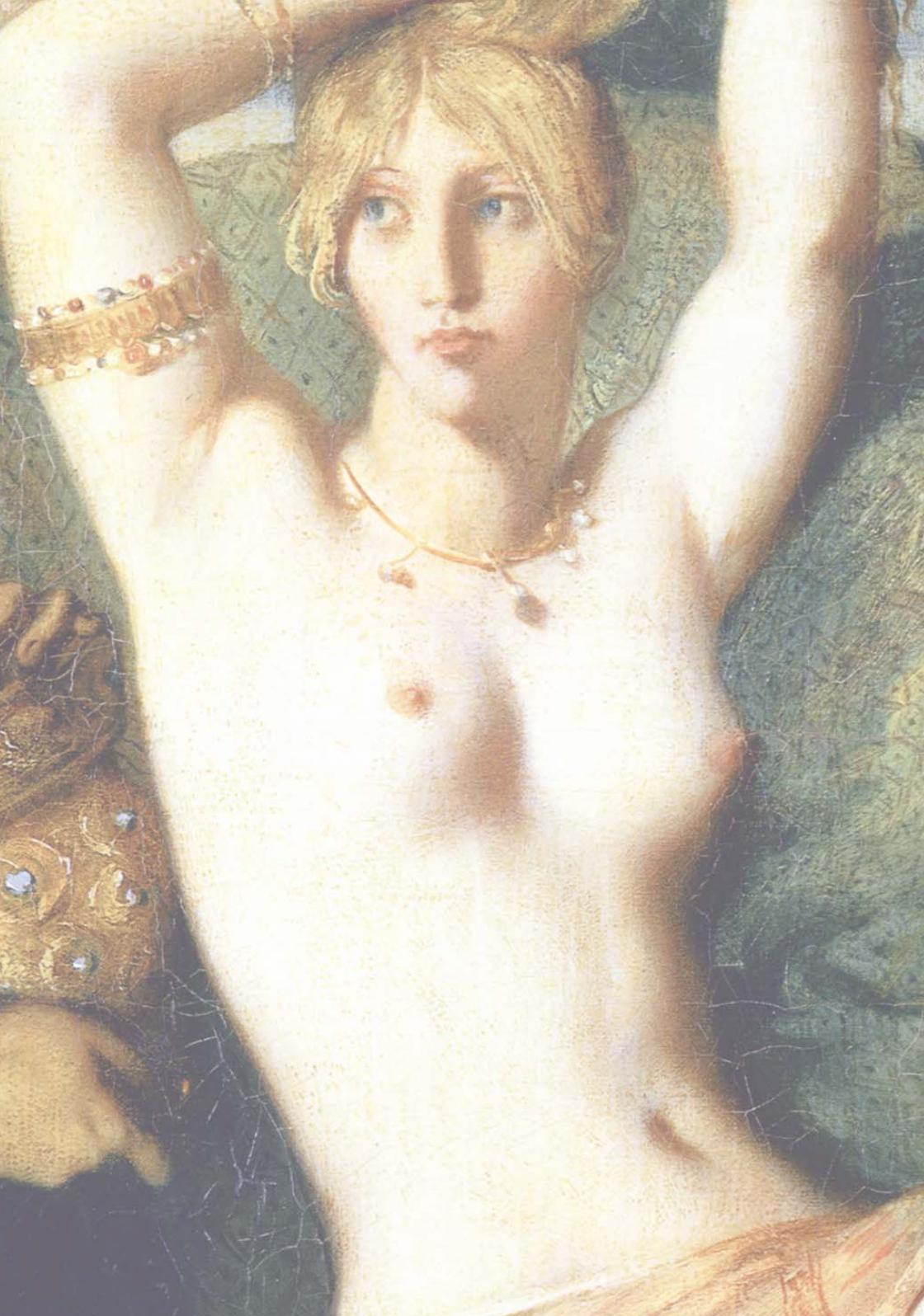


HISTOIRE FAMILIALE et CANCER DU SEIN

QUEL DÉPISTAGE ?



COALITION EUROPÉENNE CONTRE LE CANCER DU SEIN



Sommaire

pages

HISTOIRE FAMILIALE ET CANCER DU SEIN

- Introduction **3**

QUELQUES CAS CONCRETS **4**

EVALUATION DU RISQUE FAMILIAL : LA CONSULTATION D'ONCOGÉNÉTIQUE **14**

- Un score simple qui permet d'orienter vers une consultation d'oncogénétique **14**
- Les consultations d'oncogénétique en France **16**
- Déroulement de la consultation d'oncogénétique **18**
 - L'évaluation du risque familial **18**
 - La réalisation du test génétique **19**

QUEL DÉPISTAGE POUR VOUS ET VOTRE FAMILLE ? **22**

- Le dépistage du cancer du sein **22**
 - Méthodes **23**
 - Quel dépistage ? **26**
- Le dépistage du cancer de l'ovaire **29**
- Prévention du cancer du sein et de l'ovaire **29**

CONCLUSION / ONCOGÉNÉTIQUE ET VÉCU PSYCHOLOGIQUE **31**

- Glossaire **34**
- EUROPA DONNA FORUM FRANCE : qui sommes-nous ? **36**
- Les objectifs D'EUROPA DONNA FORUM FRANCE **37**
- Bulletin d'adhésion
- Les délégations d'EUROPA DONNA FORUM FRANCE

Cette brochure a été réalisée par les docteurs Catherine Noguès et Anne Tardivon ainsi que Madame Nicole Alby. Y ont également participé activement les docteurs Bernadette Carcopino, Patricia de Cremoux, Marie-Hélène Dilhuydy, Madame Edith Bouchemal ainsi que de nombreuses adhérentes. Qu'elles soient ici toutes remerciées très sincèrement.

Nicole Zernik
Présidente d'Europa Donna Forum France.



A vertical strip on the left side of the page shows a detail from a classical painting, likely a woman's torso and head, rendered in soft, naturalistic tones.

HISTOIRE FAMILIALE et CANCER DU SEIN

QUEL DÉPISTAGE ?

2

Dans certaines familles, plusieurs personnes, parfois sur plusieurs générations, peuvent être touchées par le cancer du sein. Si vous avez dans votre famille des proches qui ont développé cette maladie et/ou si vous avez eu vous-même un cancer du sein, vous vous posez donc de nombreuses questions :

- sur les risques de développer un cancer du sein dans votre famille et sur votre risque personnel,
- sur les possibilités de prévention et de dépistage de cette maladie,
- sur ce que vous pouvez dire à vos enfants, vos sœurs....

Quand vous en parlez autour de vous, vous avez souvent l'impression d'entendre des avis différents, voire contradictoires. Vous avez parfois le sentiment que même les professionnels de la santé ne vous donnent pas les mêmes conseils.

L'existence de plusieurs cas de cancer du sein dans une famille peut relever d'une simple coïncidence, et « familial » ne signifie pas forcément « héréditaire ». En d'autres termes, tous les tableaux familiaux ne sont pas équivalents et les modalités de surveillance des membres de la famille peuvent être sensiblement différentes.

Cette brochure a pour objectif de vous aider, à partir de cas concrets, à mieux comprendre et à mieux vous situer vis-à-vis de ce risque. Vous y trouverez des informations sur la **prédisposition génétique*** au cancer du sein, sur les **consultations d'oncogénétique*** et sur les possibilités du dépistage. Les aspects psychologiques seront abordés.

Chaque situation reste singulière ; aussi n'hésitez pas à en (re)parler à votre médecin traitant, à votre gynécologue, à votre radiologue ou à un cancérologue. Ils sauront vous orienter vers une consultation spécialisée si nécessaire.

*À la fin de ce livret, un glossaire page 34 définit les termes médicaux ou scientifiques utilisés, repérés dans le texte par un astérisque.



Quelques cas concrets

Cas N°1

« Ma grand-mère maternelle a eu un cancer du sein à 75 ans. J'ai 30 ans, faut-il que je commence à me faire surveiller ? »

Europa Donna : Chaque année en France, près de 50 000 femmes apprennent qu'elles sont atteintes d'un cancer du sein. Il s'agit d'une maladie relativement fréquente. Ces cancers se développent le plus souvent après la ménopause chez des femmes de plus de 50 ans. Comme beaucoup de cancers, sa fréquence augmente avec l'âge. Les femmes plus jeunes sont plus rarement atteintes.

Aussi, n'est-il pas rare d'avoir dans sa famille au moins une personne atteinte.

En l'absence d'autres cas de cancer dans votre famille, il n'y a pas lieu de vous inquiéter ni de modifier les recommandations habituelles de dépistage. En pratique, il faut continuer à voir régulièrement votre médecin pour votre suivi gynécologique habituel et, à partir de 50 ans, il vous sera proposé une **mammographie*** gratuite tous les 2 ans dans le cadre du programme national de dépistage. Votre médecin, s'il le juge nécessaire, pourra vous prescrire cet examen avant cet âge.

* voir glossaire page 34

Cas N°2

« Je viens d'avoir 60 ans et l'on vient de me trouver un cancer du sein. Je suis surtout inquiète pour mes filles. Que dois-je leur dire sur leur risque ? »

Europa Donna : Comme dans l'exemple précédent, la fréquence de cette maladie suffit à expliquer votre histoire personnelle s'il n'y a pas d'autre cancer du sein ou de l'ovaire dans votre famille (fratrie, famille de votre mère, famille de votre père).

On ne sait pas précisément ce qui est à l'origine de cette maladie. Il s'agit d'une maladie dite **multifactorielle*** : de nombreux facteurs, dont les antécédents familiaux, interviennent mais n'expliquent pas à eux seuls le cancer. Dans des études portant sur de grands nombres de femmes, on a retrouvé un peu plus de cancers du sein chez les femmes dont une parente proche était atteinte. Ce n'est pas pour cela que vous et vos filles êtes dans un groupe dit « à risque ».

En ce qui concerne vos filles, une **mammographie*** de dépistage pourra leur être proposée dès l'âge de 40 ans. Les médecins de vos filles leur en préciseront le rythme en fonction de leur **examen clinique*** et des résultats de la première mammographie.

* voir glossaire page 34



Cas N°3

« Nous sommes deux sœurs à avoir eu un cancer du sein, toutes les deux après 65 ans. Il n’y avait pas de cancer dans la famille jusqu’alors. Que dire à nos filles et petites-filles sur leur risque ? »

Europa Donna : Là encore, l’histoire décrite peut être expliquée par la grande fréquence du cancer du sein, surtout après 55 ans. Des études **épidémiologiques*** portant sur de grands nombres de femmes ont pu retrouver un peu plus de cancers du sein chez les femmes dont deux parentes proches étaient atteintes. Ces chiffres ont une signification sur une population, mais pas à l’échelon individuel. S’il n’y a pas d’autres cancers du sein ou de l’ovaire dans votre famille (fratrie, famille de votre mère, famille de votre père), il n’y a pas lieu d’envisager un risque héréditaire.

En ce qui concerne vos filles, une mammographie de dépistage pourra leur être proposée dès l’âge de 40 ans. Leurs médecins leur en préciseront le rythme en fonction de leur examen clinique et des résultats de la première mammographie. Quant à vos petites-filles, elles ne sont pas concernées pour l’instant. Plus tard, elles bénéficieront des recommandations habituelles du dépistage. D’ici là, n’hésitez pas à signaler si d’autres cas de cancer survenaient dans la famille.

* voir glossaire page 34

Cas N° 4

« Tout le monde a un cancer dans ma famille. Ma sœur, un cancer du sein à 65 ans, mon frère un cancer du poumon à 50 ans (il fumait beaucoup), mon père un cancer du colon à 69 ans et un de mes oncles du côté de ma mère un cancer de la prostate à 75 ans. J'ai 47 ans. Qu'en pensez-vous ? »

Europa Donna : Dans cette famille, tous les cancers sont de localisation différente et ne surviennent pas chez des personnes particulièrement jeunes. De plus, on remarque qu'ils surviennent aussi bien du côté maternel que paternel.

Les cancers du sein, de la prostate et du colon sont des maladies fréquentes. Le cancer du sein est le premier cancer de la femme, celui du colon-rectum, le deuxième. Le cancer de la prostate est le premier chez l'homme, suivi de celui du poumon (lié au tabac) et de celui du colon-rectum. La fréquence de tous ces cancers augmente avec l'âge. Dans l'état actuel des connaissances, aucune prédisposition génétique n'explique une telle histoire familiale.

Donc, en ce qui vous concerne, il n'y a pas lieu de modifier les recommandations habituelles de dépistage. En pratique, il faut continuer à voir régulièrement votre médecin pour votre suivi gynécologique et mammaire. À partir de 50 ans, il vous sera proposé une **mammographie*** gratuite tous les 2 ans dans le cadre du programme national de dépistage. Votre médecin vous informera également sur le dépistage des cancers du colon-rectum.

* voir glossaire page 34



Cas N°5

« On vient de trouver un cancer du sein chez ma sœur. Elle n'a que 35 ans ! et c'est le 3ème cas dans ma famille. Ma mère a eu un cancer du sein à 42 ans et je sais que ma grand-mère maternelle en est morte. J'ai 30 ans et j'ai très peur, bien que je ressemble à mon père alors que ma sœur ressemble à notre mère ! »

Europa Donna : L'histoire de votre famille est très évocatrice d'une **prédisposition génétique*** au cancer du sein. En effet, ce qui attire l'attention, c'est d'une part la survenue du cancer du sein à des âges inhabituellement jeunes (dans la population générale, le cancer du sein survient en moyenne autour de 55 ans) et, d'autre part, leur survenue sur plusieurs générations dans la famille maternelle. En ce qui vous concerne, le fait que vous ressembliez plutôt à votre père n'a pas de signification quant au risque de cancer du sein : ce ne sont pas les mêmes **gènes*** qui déterminent l'apparence physique et le risque de cancer !

Un tel tableau est typiquement une indication à consulter un **oncogénéticien*** afin d'évaluer plus précisément le poids de votre histoire familiale (arbre généalogique) et d'organiser la recherche de l'**anomalie génétique*** en cause dans votre famille. En pratique, des anomalies des **gènes BRCA1 ou BRCA2*** (cf. encadré), qui ont un risque sur deux de se transmettre d'une personne à ses descendants, peuvent expliquer des histoires familiales similaires.

Cette recherche se fera dans un premier temps chez votre sœur ou votre mère car la probabilité de trouver l'anomalie génétique (**mutation***) est bien plus élevée chez une femme déjà atteinte de la maladie. Cette démarche nécessite beaucoup d'explications dans la famille. L'**équipe d'oncogénétique*** est organisée pour vous aider, vous et vos proches, dans ce parcours (cf. chapitre « la consultation d'oncogénétique » pages 14 à 21).

L'analyse complète des deux gènes à partir d'un prélèvement sanguin prendra plusieurs mois. Dans l'attente des résultats et jusqu'à preuve du contraire, nous devons vous considérer à haut risque de développer cette maladie et vous surveiller comme telle. En pratique, une palpation des seins tous les 6 mois est recommandée dès 30 ans ainsi qu'un dépistage annuel par **imagerie*** (**mammographie* + échographie* + IRM***). Si l'anomalie de BRCA1 ou

BRCA2 est retrouvée dans votre famille : il vous sera alors proposé de faire cette recherche chez vous afin de savoir si oui ou non vous en avez hérité et donc s'il est nécessaire de poursuivre une telle surveillance et de discuter avec vous d'éventuelles mesures de prévention.

Les gènes BRCA1 et BRCA2

D'après le livret SOR SAVOIR PATIENT « Risque familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire (www.fnclcc.fr)

Les gènes sont de minuscules éléments qui constituent les informations sur l'identité d'un individu. Ils contiennent l'**ADN*** (Acide DésoxyriboNucléique), support du patrimoine génétique.

L'ADN est une longue double chaîne de molécules en forme d'hélice. Il est réparti régulièrement le long des chromosomes* contenus dans le noyau de chaque cellule de notre corps.

*On peut localiser sur chaque chromosome des segments particuliers : ce sont les **gènes***.*

Les gènes sont des sortes d'« instructions » qui signalent aux cellules comment fonctionner. Ils contrôlent notre croissance et notre développement. Ce sont eux qui font ce à quoi nous ressemblons et qui indiquent à notre organisme comment travailler. Ils contrôlent également les réparations de nos cellules quand elles sont abîmées. Parmi les 30 000 gènes qui constituent le patrimoine génétique de chaque individu, un certain nombre d'entre eux, lorsqu'ils sont altérés, ont un rôle important dans l'apparition et le développement du cancer du sein et/ou de l'ovaire. Ces gènes ne sont pas encore tous connus.

*Deux gènes importants sont actuellement identifiés : on les a appelés les gènes **BRCA1 et BRCA2***, abréviations de « BReast CAncer » (cancer du sein en anglais). Ces deux gènes ont été respectivement identifiés en 1994 et 1995. Ils sont localisés respectivement dans les chromosomes 13 et 17. Lorsqu'ils sont altérés, ils interviennent également dans l'apparition des cancers de l'ovaire.*

Dans les années à venir, les biologistes trouveront probablement d'autres gènes impliqués dans le développement du cancer du sein et de l'ovaire ; ils expliqueront mieux comment ces gènes contribuent à l'apparition d'un cancer.

* voir glossaire page 34



Cas N°6

« Mon médecin me conseille d'aller consulter en génétique depuis qu'il sait qu'en plus du cancer du sein chez une cousine paternelle, la sœur de mon père est en cours de traitement pour un cancer de l'ovaire. Je ne comprends pas vraiment pourquoi puisque ces cancers sont du côté de mon père ».

Europa Donna : Votre médecin a raison. En effet, dans certaines familles des anomalies (**mutations***) des gènes **BRCA1*** et **BRCA2*** peuvent être à l'origine de cancer du sein mais aussi de l'ovaire. Ces anomalies se transmettent aussi bien par les hommes que par les femmes ; donc, les cas de cancers du côté de votre père doivent être pris en compte. De plus, le cancer de l'ovaire étant beaucoup moins fréquent que le cancer du sein, sa survenue attire également l'attention sur l'histoire familiale paternelle.

Un tel tableau est typiquement une indication à consulter un **oncogénéticien*** afin d'évaluer plus précisément le poids de votre histoire familiale (arbre généalogique et âge de survenue des cancers) et de rechercher l'anomalie génétique suspectée dans votre famille.

* voir glossaire page 34

Cas N°7

« Nous savons depuis longtemps que notre mère a une forme héréditaire de cancer du sein. Elle nous a parlé d'une mutation du gène BRCA1 qu'elle aurait pu nous transmettre. Nous en avons parlé entre nous. Ma sœur et moi voulons savoir si nous l'avons. »

Europa Donna : Un test génétique peut vous être proposé à condition que vous soyez majeures. Il consiste à chercher la mutation spécifique de votre mère à partir de vos prélèvements sanguins ; les résultats sont disponibles en quelques semaines.

Si l'on retrouve chez vous la mutation du gène **BRCA1*** (vous avez un risque sur deux d'en avoir hérité), une prise en charge adaptée à votre risque élevé de cancer du sein et de l'ovaire sera organisée. Sauf situation particulière, le dépistage des cancers débutera à partir de 30 ans. Une discussion sera engagée avec vous sur les possibilités de prévention.

Si on ne retrouve pas chez vous la mutation du gène BRCA1, votre risque de cancer du sein est équivalent à celui d'une femme de la population générale au même âge.

* voir glossaire page 34



Cas N°8

« *Ma sœur est la cinquième femme de la famille à développer un cancer du sein. Des tests génétiques ont été effectués chez elle et sont revenus négatifs. J'ai du mal à comprendre et je ne sais pas ce que je dois faire* ».

Europa Donna : Bien que certaines histoires familiales de cancers soient très lourdes et évocatrices d'un contexte génétique, les recherches d'anomalies génétiques reviennent souvent négatives, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de mutation identifiée (cf. encadré).

Cela ne veut pas dire que des anomalies n'existent pas, mais qu'il n'est pas encore possible de les identifier dans l'état actuel des connaissances. L'incertitude demeure pour votre famille.

En pratique, et dans le doute devant une telle histoire, le médecin **oncogénéticien*** évaluera le risque qui persiste dans votre famille pour adapter votre surveillance. Dans votre cas, cette surveillance sera équivalente à celle proposée à une femme porteuse d'une mutation génétique **BRCA1*** ou **BRCA2***.

Dans le même contexte (tests négatifs), chez d'autres familles avec un nombre de cancers du sein moins important ou survenant à des âges plus tardifs, le niveau de surveillance serait modulé, du fait d'un risque plus faible.

Sur les tests réalisés en France, entre 2003 et 2005, le pourcentage de mutations BRCA 1 et 2 identifiées est resté stable à environ 18% . Il est en légère baisse à 14,3% en 2006 (Source Institut National du Cancer). Ces données françaises sont comparables aux données internationales.

* voir glossaire page 34

Cas N°9

« J'ai 31 ans et je viens d'être traitée pour un cancer du sein. Les médecins me parlent de tests génétiques pour aider à ma prise en charge et à celle de ma famille. Je ne comprends pas, il n'y a que moi qui ai un cancer, mais il est vrai que nous ne sommes pas beaucoup de femmes dans la famille ».

Europa Donna : Tous les cancers du sein survenant avant 35 ans ne sont pas forcément liés à une anomalie génétique héréditaire. Seuls 10 à 15 % de ces cas surviennent dans un tel contexte.

Il est cependant logique de vous proposer de telles investigations compte tenu de votre jeune âge lors du diagnostic de votre cancer et du faible nombre de femmes dans votre famille qui pourrait en quelque sorte « masquer » une prédisposition sous jacente.

Essentiel

- L'âge est le principal facteur de risque du cancer du sein (l'âge moyen de survenue est 55 ans).
- C'est une maladie fréquente ; il n'est donc pas rare d'avoir une femme atteinte dans sa famille.
- Seulement 5% des cancers du sein sont expliqués par une prédisposition génétique.
- Le risque génétique est suspecté devant un grand nombre de cas familiaux sur plusieurs générations et survenant à un jeune âge.
- Les mutations des gènes **BRCA1*** et **BRCA2*** exposent à un risque élevé de cancer du sein.
- Les mutations des gènes **BRCA1** et **BRCA2** exposent également à un risque élevé de cancer de l'ovaire.
- Une mutation des gènes **BRCA1** ou **BRCA2** peut être transmise par une femme ou un homme.

* voir glossaire page 34



Évaluation du risque familial : la consultation d'oncogénétique

Un score simple qui permet d'orienter vers une consultation d'oncogénétique

Afin d'aider à déterminer quelles sont les personnes pour lesquelles une consultation d'oncogénétique est indiquée, nous vous proposons un score d'utilisation simple qui prend en compte tous vos antécédents familiaux.

Mutation de BRCA1/2 identifiée dans la famille	5
Cancer du sein chez une femme avant 30 ans	4
Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans	3
Cancer du sein chez une femme entre 40 et 49 ans	2
Cancer du sein chez une femme entre 50 et 70 ans	1
Cancer du sein chez un homme	4
Cancer de l'ovaire	3

Additionnez chaque cas de la même branche parentale.

Résultat

5 ou + : indication forte

4 ou 3 : indication possible

2 ou 1 : utilité médicale faible

D'après Eisinger F et al. Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire (mise à jour 2004). Bulletin du Cancer 2004, n° 91, pages 219-237

Calculer ce score familial peut permettre de poser l'indication d'une consultation sur des critères volontairement simples pour être facilement utilisables en pratique.

Pour le calculer, il faut additionner les points respectifs de chaque situation envisagée dans le tableau, en séparant bien chaque branche familiale (on ne comptabilise pas dans le même score, par exemple, un cas de cancer du sein chez une tante paternelle et chez une tante maternelle). Si une personne est atteinte de plusieurs cancers différents (sein + ovaire), les points de chaque situation s'ajoutent en tenant compte de l'âge de survenue. S'il existe des cas de cancers du sein et/ou de l'ovaire dans les deux branches familiales, le score le plus élevé entre les deux branches sera retenu. Selon le score familial obtenu, l'indication d'une consultation d'oncogénétique est considérée comme forte, possible ou d'utilité médicale faible. Il faut néanmoins souligner que les indications retenues par le calcul de ce score ne correspondront pas toutes à une prédisposition héréditaire et, qu'à l'inverse, de bonnes indications peuvent ne pas être repérées par ce mode de calcul (n'hésitez pas à en parler à vos médecins).



Les consultations d'oncogénétique en France

Les consultations d'**oncogénétique*** se sont développées dès le début des années 1990 pour répondre aux attentes des familles.

L'identification des **gènes*** de prédisposition au cancer du sein (**BRCA1*** en 1994 et **BRCA2*** en 1995) a permis l'introduction de tests biologiques chez les personnes à haut risque.

Ces consultations se sont structurées avec les laboratoires et tous les intervenants concernés autour du groupe Génétique et Cancer (GGC) de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) créé en 1991(www.fnclcc.fr).

Toutes les étapes de cette prise en charge sont encadrées par la législation française (notamment par les lois dites de bioéthique du 29 juillet 1994, complétées par la loi du 4 février 1995 puis le décret du 23 juin 2000 et ses arrêtés).

Le dispositif a bénéficié du Plan Cancer dès 2002, avec plusieurs soutiens financiers successifs (www.e-cancer.fr) qui permettent aujourd'hui un large accès dans un cadre garantissant éthique, confidentialité, qualité et gratuité des tests.

À l'heure actuelle, 90 sites de consultations d'oncogénétique sont répartis sur tout le territoire national dans 63 villes. Toutes les régions sont couvertes.

L'accès aux tests de prédisposition génétique des cancers repose sur la consultation d'oncogénétique où ces tests sont prescrits, selon le risque évalué par l'oncogénéticien. Ces tests sont réalisés par un réseau de laboratoires référents.

* voir glossaire page 34

Sites utiles pour en savoir plus

- **www.e-cancer.fr**, site de l'Institut National du Cancer : liste des consultations, publication en mars 2008 de documents faisant le point sur l'évolution et l'actualité de cette discipline (Synthèse nationale : évolution de l'activité d'oncogénétique 2003-2006, Rapport d'activité d'oncogénétique 2006). On y trouve aussi le document SOR Savoir Patient (cf. ci-dessous).
- **www.fnclcc.fr**, site de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer : liste des consultations (aller à « groupe génétique et cancer » puis à « annuaire »), document SOR Savoir patient (2002) « le risque familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire ».
- **www.orphanet.fr**, site des maladies rares : annuaire des maladies rares, liste des consultations spécialisées.
Et aussi...
- **www.ligue-cancer.net**, site de la Ligue nationale contre le cancer.
- **www.europadonna.fr**, site d'Europa Donna.



Déroulement de la consultation d'oncogénétique

L'ÉVALUATION DU RISQUE FAMILIAL

Toutes les personnes concernées en raison de leur histoire familiale de cancer peuvent prendre rendez-vous, elles-mêmes ou, mieux, par l'intermédiaire de leur(s) médecin(s) traitant(s). Le délai d'attente varie d'un centre à l'autre et peut être long pour un premier contact avec la famille (plusieurs mois) mais il n'y a jamais de caractère d'urgence. Il s'agit au contraire d'une démarche qui nécessite un délai de réflexion.

Qui vient à la consultation ?

Il n'est pas nécessaire, dans un premier temps, que plusieurs membres de la famille se rendent à la consultation d'oncogénétique*.

La personne qui vient devra, en revanche, avoir collecté le maximum d'informations pour permettre d'évaluer son risque familial de cancer (cf. score au début de ce chapitre, page 14).

Si des tests génétiques sont indiqués, il sera souhaitable de voir en consultation une personne de la famille atteinte d'un cancer du sein ou de l'ovaire (si possible parmi celles atteintes à l'âge le plus jeune). Ces consultations peuvent avoir lieu dans des villes différentes : il existe un réseau national de consultations d'oncogénétique.

Que fait-on ?

La première entrevue est une consultation d'information pour collecter les données de l'histoire familiale. Un arbre généalogique est dessiné. Ces éléments permettent d'évaluer le risque de cancer et d'adapter la surveillance (ou la prise en charge médicale). La réalisation des tests génétiques sera indiquée uniquement chez les personnes présentant un risque élevé. En général, aucune analyse ou prélèvement n'est réalisé au cours de cette première consultation, le consentement éclairé écrit de la patiente étant requis. Une période de réflexion est recommandée avant de les réaliser et la personne pourra rencontrer un psychologue dans ce laps de temps.

* voir glossaire page 34

LA RÉALISATION DU TEST GÉNÉTIQUE

Chez qui ?

Chez une personne atteinte (cf. cas n° 5).

Dans les familles où aucune personne atteinte n'est accessible, il peut être envisagé chez des parents non atteints de la famille avec l'accord de l'**oncogénéticien***.

Comment ?

Ces examens sont réalisés en général à partir d'une prise de sang par étude de l'**ADN***. Deux prélèvements indépendants sont nécessaires pour s'assurer du résultat en cas de mutation prouvée (comme pour les groupes sanguins).

Délai de réponse

Il va dépendre de la situation familiale : soit on suspecte une mutation, soit la mutation est déjà identifiée dans la famille.

- Dans la première situation, le test génétique consiste à rechercher une mutation sur l'un des deux gènes actuellement connus **BRCA1*** et **BRCA2***. Il existe de nombreuses mutations différentes réparties sur l'ensemble de ces deux gènes. Il faut donc faire une recherche complète, chaque famille ayant en quelque sorte « sa mutation ». Le délai d'obtention des résultats est à l'heure actuelle de sept mois en moyenne (source Institut National du Cancer).
- Dans la seconde situation (anomalie identifiée dans la famille), la recherche de cette anomalie est proposée aux apparentés et la réponse sera plus rapide, en moyenne de quatre semaines, car le test cible uniquement l'altération connue dans la famille (cf. cas n° 7).

* voir glossaire page 34



Les résultats

Quels que soient les résultats, ils seront rendus à **la personne chez laquelle les prélèvements ont été réalisés**, lors d'un entretien personnel au cours d'une nouvelle consultation d'**oncogénétique*** (et non par courrier, par téléphone, ou directement à un médecin). La confidentialité de ces informations doit être respectée : les résultats ne peuvent être transmis à qui que ce soit sans l'autorisation de la personne concernée.

On incite la personne à diffuser cette information dans sa famille. L'équipe d'oncogénétique l'aide dans cette démarche.

Si une mutation génétique est diagnostiquée pour la première fois dans la famille (cas n° 7), on dispose alors d'un test biologique facile à mettre en œuvre chez les membres majeurs de la famille qui en font la demande auprès d'un **oncogénéticien***.

Si aucune mutation n'est retrouvée (cas n° 8), il n'est pas possible pour autant d'éliminer l'existence d'une prédisposition héréditaire, soit en raison du manque de sensibilité des techniques utilisées, soit par implication de gènes qui ne seraient pas encore identifiés. Le risque qui persiste est alors évalué en fonction du poids de l'histoire familiale.

En conclusion, le parcours médical en vue de dépister une mutation génétique à l'origine d'une histoire familiale de cancers du sein et/ou de l'ovaire est long et se fait par étapes : élaboration de l'arbre généalogique, collecte des informations médicales concernant les personnes atteintes, indication et réalisation des tests génétiques, résultats dans un délai de plusieurs mois pour une première analyse dans la famille, recommandations pour des mesures de dépistage et de prévention appropriées.

Le poids du vécu d'une histoire familiale et la nécessité dans certains cas de devoir mobiliser plusieurs membres de la famille rendent toutes ces étapes parfois difficiles. Les hésitations sont fréquentes dans les familles, les réactions d'une personne à l'autre sont diverses et les avis des uns et des autres peuvent changer avec le temps. Le respect du choix de chacun est important.

* voir glossaire page 34

Tout au long de ce parcours, l'équipe d'**oncogénétique*** est là, non seulement pour l'aspect médical technique, mais aussi pour aider la personne concernée dans son parcours personnel et familial. Une aide psychologique doit être disponible.

Quelles sont les conséquences en matière d'assurance ?

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise que (article L1141-1 du Code de la Santé Publique) :

« Les entreprises et organismes qui proposent une garantie des risques d'invalidité ou de décès ne doivent pas tenir compte des résultats de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne demandant à bénéficier de cette garantie, même si ceux-ci leur sont transmis par la personne concernée ou avec son accord. En outre, ils ne peuvent poser aucune question relative aux tests génétiques et à leurs résultats, ni demander à une personne de se soumettre à des tests génétiques avant que ne soit conclu le contrat et pendant toute la durée de celui-ci. Les organismes visés sont les mutuelles, les compagnies d'assurance et les institutions de prévoyance ».



Quel dépistage pour vous et votre famille ?

Le dépistage du cancer du sein

Le dépistage repose sur l'examen clinique des seins par un médecin et sur l'imagerie du sein. Les examens d'imagerie proposés sont la mammographie, l'échographie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

MÉTHODES

L'examen clinique des seins doit être réalisé par un médecin. L'autopalpation n'a pas démontré son efficacité et peut être source d'angoisse pour certaines femmes. Cependant toute anomalie d'apparition récente et constatée par vous-même (anomalie cutanée, écoulement par le mamelon, perception d'un nodule) doit vous amener à consulter votre médecin.

Mammographie

La **mammographie*** est un examen radiologique des seins (utilisant les rayons X) réalisé avec du matériel dédié (mammographe). Tous les appareils font l'objet d'un contrôle de qualité afin d'obtenir un examen de qualité optimale au prix d'une irradiation minimale.

Pour éviter les superpositions et le flou, les seins sont comprimés le temps de la prise des clichés (deux clichés par sein, des clichés complémentaires peuvent être ajoutés). La mammographie numérique est plus performante avant 50 ans et/ou en cas de seins denses. Elle doit être privilégiée dans ces cas lorsqu'elle est facile d'accès. La mammographie est l'examen de référence dans le **dépistage*** ; elle ne peut être remplacée en première intention par aucune autre technique.



Mammographie, les incidences de base : la face, et l'incidence oblique externe. Une compression du sein (non douloureuse) est nécessaire pendant la prise du cliché.

* voir glossaire page 34



Echographie

L'examen utilise des ultrasons (pas d'irradiation). Un gel est appliqué sur la peau car les ultrasons émis par la sonde sont arrêtés par l'air.

L'échographie* aide à la détection de masses qui auraient pu être masquées à la **mammographie*** par une forte densité. Elle permet de faire la différence entre une lésion liquidienne bénigne ou un nodule solide (ce que ne fait pas la mammographie). L'échographie est un examen complémentaire qui ne remplace pas la mammographie. C'est le radiologue qui juge de l'intérêt d'ajouter cet examen en fonction de la densité mammaire et des difficultés de l'analyse des mammographies.



échographie mammaire

IRM

L'IRM* utilise les propriétés des ondes de radiofréquence dans un champ magnétique (pas d'irradiation). On utilise des antennes dédiées à l'étude des seins, adaptées à leur taille, à leur forme et à leur situation anatomique. Un produit de contraste non iodé est injecté par une veine du bras afin de détecter une vascularisation anormale accompagnant le développement d'un cancer.

Cet examen ne sera proposé en dépistage qu'après évaluation du risque familial en consultation d'**oncogénétique***.

L'IRM est un examen qui ne remplace ni la mammographie ni l'échographie. Elle est très performante dans la détection des

* voir glossaire page 34

cancers, mais au prix de la découverte d'anomalies qui correspondent soit à du tissu mammaire stimulé en fonction du cycle menstruel soit à des lésions bénignes (« faux positifs »). Ceci peut conduire à répéter des examens : soit une échographie orientée sur la région mammaire incriminée, soit une autre IRM* en deuxième semaine du cycle ou 4-6 mois plus tard.



IRM des seins : la position d'examen.

* voir glossaire page 34



QUEL DÉPISTAGE ?

Dépistage dans un contexte génétique (cas cliniques n° 5, 6, 7 et 8)

- Chez les femmes porteuses d'une mutation **BRCA1 ou 2***, le **dépistage*** débute à l'âge de 30 ans (sauf cas particuliers) et consiste en un examen clinique tous les 6 mois et un dépistage annuel par imagerie : **mammographie***, **échographie*** et **IRM*** (cf. cas cliniques n° 5, 6 et 7).

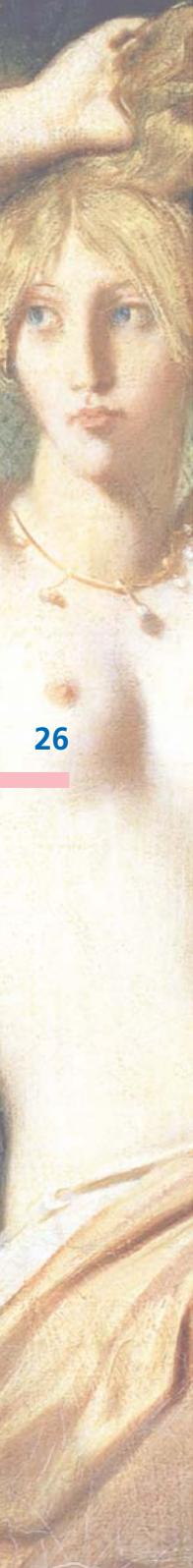
Ces trois examens de dépistage sont réalisés à la même période (soit le même jour soit sur quelques semaines en fonction des disponibilités). Il est important que la même équipe spécialisée en imagerie du sein s'occupe de ce suivi afin d'assurer la qualité des examens, la synthèse de tous les résultats et les prélèvements en cas d'anomalie détectée.

Lorsque l'IRM est réalisée après la mammographie/échographie et détecte une anomalie, des examens seront à nouveau prescrits (échographie le plus souvent). Ceci est assez fréquent la première année de surveillance (15-20% des femmes) et ne doit pas trop vous alarmer. Ce pourcentage diminue lors des années suivantes (7-10%) car il est alors possible de comparer entre eux les examens d'années différentes.

Du fait de cette succession d'examen dans le temps, le(s) radiologue(s) que vous voyez au décours de chaque examen ne peuvent pas vous donner la synthèse de tous les examens de dépistage. La conclusion définitive vous sera communiquée lors de votre consultation clinique.

- Chez les femmes qui restent à forte probabilité d'être porteuses d'une anomalie génétique malgré des tests génétiques négatifs dans la famille, le suivi proposé sera identique à celui des femmes porteuses d'une mutation BRCA1 ou 2. (cf. cas cliniques n° 5 et 8).

- Chez les femmes pour qui, après des tests génétiques négatifs dans la famille, le risque qui persiste est considéré comme plus faible (familles avec un nombre de cancers du sein moins important ou



survenant à des âges plus tardifs) le suivi proposé sera modulé. L'indication de l'**IRM*** est à discuter et dépendra principalement de la difficulté d'analyse des seins en **mammographie*** et **échographie***.

Dépistage dans un contexte familial « non génétique »

(cas clinique n° 3)

Principalement chez les femmes avec 2 antécédents familiaux de cancers du sein dans la même branche et survenus à plus de 40 ans, la surveillance débutera à l'âge de 40 ans, avec un **examen clinique*** et une mammographie, et une échographie en cas de seins denses, à un rythme annuel. L'IRM de dépistage n'est pas recommandée dans ce contexte familial du fait d'un risque de cancer du sein beaucoup plus faible qu'en cas de contexte génétique. Ici, l'inconvénient de détecter trop souvent des anomalies non cancéreuses, source d'examens complémentaires inutiles (imagerie, biopsies) et d'angoisse chez les femmes, rend son utilisation systématique plus problématique. Le choix d'un dépistage associant l'IRM doit donc être toujours discuté entre les médecins et les femmes afin de bien comprendre ces inconvénients.

Pour en savoir plus : sites d'information sur l'imagerie mammaire

- **www.e-cancer.fr** : aller sur « Information sur les cancers / examens du sein ».
- **www.sfradiologie.org** : site officiel de la Société Française de Radiologie. Aller sur « Pour le public / Fiche Information patients ».
- **www.sor-cancer.fr** : aller sur « SOR savoir patient / sein ».
- **www.ligue-cancer.asso.fr** : Index thématique « les examens ».
- **www.radiologyinfo.org** : site officiel de la Société Nord-américaine de Radiologie.

* voir glossaire page 34



Dépistage dans le contexte d'un seul cas de cancer du sein dans la famille (cas cliniques n° 1, 2 et 4)

Le cancer du sein est une maladie fréquente, l'âge en constitue le principal facteur de risque. Ainsi, le fait d'avoir dans sa famille un seul cas de cancer du sein survenu après la ménopause n'a rien d'inhabituel. Le **dépistage*** sera donc celui préconisé pour la population générale, soit une **mammographie*** tous les 2 ans à partir de 50 ans dans le cadre du programme national de dépistage.

Le dépistage du cancer de l'ovaire

Chez les femmes porteuses d'une mutation **BRCA1** ou **2***, ou à forte probabilité d'en être porteuse (consultation d'**oncogénétique***), il existe un risque élevé de survenue d'un cancer de l'ovaire. Ainsi, après 35 ans, une **échographie*** pelvienne annuelle par voie vaginale sera associée aux examens de **dépistage*** du cancer du sein .

Prévention du cancer du sein et de l'ovaire

PRÉVENTION DU CANCER DU SEIN

Actuellement, il n'y a pas de prévention médicamenteuse du cancer du sein en dehors d'essais cliniques. La prévention chez une femme porteuse d'une mutation BRCA1 ou 2 est chirurgicale et consiste en l'ablation des deux seins (mastectomie). Cette attitude préventive est systématiquement proposée et expliquée au cours d'une consultation confirmant la présence d'une mutation prédisposant au cancer du sein : elle est également proposée en cas de survenue d'un cancer du sein lors du suivi d'une femme porteuse d'une mutation. Cette chirurgie n'annule pas complètement le risque de cancer du sein mais le réduit considérablement. Malgré la possibilité d'une reconstruction mammaire immédiate lors de l'ablation (création d'un volume mammaire à l'aide d'une prothèse ou d'un greffon musculo-cutané), une telle décision est lourde et irrévocable et doit donc être bien comprise et mûrement réfléchi.

C'est pourquoi, un délai de réflexion, des consultations avec un **chirurgien plasticien*** puis avec un psychologue seront systématiquement proposés. Si la femme opte dans un premier temps pour le dépistage par examen clinique et imagerie, elle peut à tout moment demander une nouvelle consultation avec un chirurgien pour rediscuter de l'ablation.

* voir glossaire page 34



PRÉVENTION DU CANCER DE L'OVAIRE

Comme pour le cancer du sein, celle-ci repose sur la chirurgie et consiste à enlever les 2 ovaires ainsi que les trompes (annexectomie). Cette intervention est proposée à partir de l'âge de 40 ans et au terme du projet parental, l'âge pouvant être modulé en fonction du gène en cause et de l'histoire familiale. Cette chirurgie se faisant sous **coelioscopie***, les durées d'hospitalisation et de convalescence sont courtes. Comme pour la mastectomie, il faut savoir qu'elle n'annule pas complètement le risque de cancer de l'ovaire mais le réduit considérablement. Par ailleurs, elle va diminuer également le risque de cancer du sein si elle est réalisée avant la ménopause.

Un traitement hormonal pourra être discuté afin de compenser cette ménopause précoce pour les femmes jeunes et ce jusqu'à l'âge théorique de survenue de celle-ci.

Pour en savoir plus :

lisez le livret **SOR SAVOIR**
PATIENT « *Risque familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire* »
(www.fnclcc.fr)

* voir glossaire page 34

Conclusion : oncogénétique et vécu psychologique

Cette brochure décrit ce qu'est un risque familial. Son but est de faciliter la compréhension et la participation des personnes au processus complexe de la consultation en **oncogénétique*** et aux mesures qui leur sont proposées.

Mais il faut admettre que l'information est difficile en oncogénétique. En effet, elle porte sur des **risques**, alors que de plus en plus dans le domaine de la santé nous exigeons des certitudes. De plus, elle concerne **la famille, la filiation et le cancer**. Elle oblige à confronter une science complexe et nouvelle - le public n'en manie pas encore facilement les données - à des liens familiaux tout aussi complexes. Nos représentations de ces liens familiaux sont de l'ordre de l'affectif et de l'imaginaire, faites de l'histoire de chacun et de celle de la famille. L'oncogénétique impose de les penser tout autrement : selon les lois scientifiques de la biologie moléculaire. C'est un test biologique qui révèle le **gène*** hérité et vient modifier les liens subtils et émotionnels qui régissent habituellement les relations intrafamiliales. Il faut partager une information porteuse d'angoisse - la plupart des consultants sont déjà inquiets du fait de leur histoire familiale de cancers avec la famille toute entière. Pour la personne qui doit informer les membres de sa famille, les malades comme les bien-portants, il s'agit d'une mise à l'épreuve de la qualité des liens intrafamiliaux.

* voir glossaire page 34



Il est parfois difficile d'admettre que c'est la fille « qui ne ressemble pas à sa mère » qui est porteuse de son gène de prédisposition, ou encore que les hommes puissent être porteurs d'un gène prédisposant à des cancers féminins.

La réalité affective est malmenée par la réalité biologique, parfois même certains secrets de famille peuvent être mis au jour. Etablir un arbre généalogique n'est jamais une démarche simple.

Mais surtout, l'**oncogénétique*** nous confronte à une réalité que nous voulons tous oublier : le **destin surgit et impose sa loi**. Il faut penser la vie en terme de risque. L' oncogénétique informe sur des **risques**, et des risques de **cancer**. Elle oblige à penser science biologique et statistiques là où l'angoisse est grande et le désir de certitude majeur. L'information en oncogénétique est elle-même porteuse d'incertitudes et les décisions ne sont jamais faciles à prendre. Qui plus est, le risque ici est **transmis par un destin biologique**. Il faut accepter qu'il vienne de ceux dont nous n'attendons que du bien et que nous risquons de le transmettre aussi à ceux à qui nous ne voulons que du bien. Pour certains, informer ses enfants est une épreuve qu'il leur est impossible d'affronter seuls.

L' oncogénétique nous impose une réflexion sur la vie, le destin et l'importance des relations interhumaines et familiales. Il importe donc de comprendre l'**utilité et les limites de l'information en oncogénétique** pour mieux se situer vis-à-vis des choix proposés. Quand l'analyse génétique est possible – vous avez vu que ce n'était pas le cas le plus fréquent - elle va permettre de rassurer les non porteurs du gène et leurs descendants et de prendre en charge de manière adaptée les sujets porteurs du gène. Elle soulage du **doute** que nous supportons parfois plus mal que le danger. L' oncogénétique apporte des réponses scientifiques, donne des explications : on sait enfin « pourquoi moi, pourquoi nous ». Elle propose des solutions : surveillance ou chirurgie préventive, même si celles-ci restent des choix très difficiles.

* voir glossaire page 34

La qualité de la relation avec le médecin oncogénéticien va jouer un rôle majeur. Il ne s'agit pas seulement de donner des informations mais d'aider le consultant à trouver le choix qui correspond le mieux à ses propres besoins. Du temps est nécessaire pour intégrer les informations, choisir les risques supportables et ceux qui ne le sont pas. Si protéger ses enfants est souvent un motif de consultation, les informer d'un risque n'est jamais facile, pas plus que d'interroger une parente malade, de demander qu'elle accepte un prélèvement, informations et démarches exigeantes sur le plan émotionnel.

Certaines personnes peuvent refuser de coopérer voire de communiquer un résultat positif. Une **élaboration psychologique** est toujours nécessaire, elle commence avec l'**oncogénéticien***. Il a la grande responsabilité de celui qui sait, doit informer et connaît les conséquences psychologiques de son savoir. Sa compétence et sa disponibilité sont essentielles. Elles expliquent la longueur de ces consultations et les tensions émotionnelles vécues lors des entretiens.

On peut rencontrer des psychologues dans toutes les consultations d'**oncogénétique***, avec qui les consultants peuvent continuer le travail d'élaboration psychologique nécessaire, entamé avec l'oncogénéticien.

* voir glossaire page 34



Glossaire

ANOMALIE GÉNÉTIQUE : une anomalie génétique est une modification du code génétique de l'ADN. L'anomalie génétique entraîne une « faute d'orthographe » dans le message génétique. Différentes fautes peuvent se produire ou coexister, et concerner un ou plusieurs gènes : délétion (absence du matériel génétique normal), mutation ponctuelle (remplacement d'une base par une autre), duplication (une partie du matériel génétique est répétée), répétition anormale d'une séquence, etc...

ADN (acide désoxyribonucléique) : l'ADN est une grande molécule, dont la structure et les propriétés chimiques lui permettent de stocker l'information génétique, information qui détermine le développement et le fonctionnement d'un organisme et de transmettre cette information de génération en génération, et cela avec la plus grande fidélité possible (hérédité).

BRCA1 et 2 : le gène BRCA1 est un gène situé sur le chromosome 17 (1994). Le gène BRCA2 est situé sur le chromosome 13 (1995) et n'a aucune homologie avec le gène BRCA1. Ils appartiennent à une classe de gènes dits « gènes suppresseurs de tumeurs » qui jouent un rôle important dans la stabilité du génome humain. Ces 2 gènes interviennent dans la réparation de l'ADN endommagé lors de certaines divisions cellulaires. Ce sont des gènes de grande taille qui rendent difficiles la mise en évidence d'une mutation dans les familles où le gène n'a pas encore été identifié.

CHIRURGIEN PLASTICIEN : chirurgien spécialisé dans la chirurgie plastique, réparatrice et reconstructrice (par exemple la reconstruction du sein après mastectomie). Dans le traitement des cancers, l'objectif de la chirurgie plastique est d'améliorer le résultat esthétique et le confort.

CHROMOSOME : élément du noyau de la cellule qui transmet les particularités héréditaires par l'intermédiaire des gènes. Chaque chromosome forme un bâtonnet qui contient l'ADN (Acide DésoxyriboNucléique), support de l'information génétique.

COELIOSCOPIE : la coelioscopie est une technique chirurgicale peu invasive pratiquée au niveau de l'abdomen. Cette technique est rendue possible par l'utilisation d'une petite caméra (appelée « coelioscope ») et d'instruments de chirurgie adaptés, introduits dans l'abdomen à travers de petites incisions. L'intervention est réalisée sous anesthésie générale.

DÉPISTAGE : recherche systématique, chez une personne en bonne santé apparente, de signes (par exemple une anomalie sur une mammographie) ou de symptômes traduisant une maladie.

ÉCHOGRAPHIE : examen radiologique utilisant un faisceau ultrasonore. L'image résultante correspond aux modifications des ultrasons traversant les tissus.

ÉPIDÉMIOLOGIE : étude des facteurs influant sur la santé et les maladies des populations humaines (médecine qui se rapporte à la répartition, à la fréquence et à la gravité des états pathologiques). L'étude de la répartition et des déterminants des événements de santé sert de fondement à la logique des interventions de santé publique et de médecine préventive.

EXAMEN CLINIQUE : ensemble d'investigations regroupant les données de l'examen visuel et de la palpation d'une région anatomique.

GÈNE : un gène est une séquence d'ADN situé à un endroit bien précis (locus) sur un chromosome. Les gènes sont des facteurs héréditaires qui gouvernent la synthèse d'ARN, séquence qui peut être traduite en protéine et qui sont directement ou indirectement responsables de tous les caractères de l'organisme. Le noyau de la cellule est « la bibliothèque » qui renferme tout le patrimoine héréditaire de l'individu. Le chromosome est « un livre » de cette bibliothèque et le gène « une page » de ce livre.

IMAGERIE MÉDICALE : ensemble des techniques permettant d'examiner l'intérieur du corps humain sans l'opérer.

IRM (imagerie par résonance magnétique) : technique radiologique utilisant les propriétés d'ondes de radiofréquence dans un champ magnétique. Les images résultantes reflètent les phénomènes de relaxation des protons d'hydrogène dans les tissus étudiés.

MAMMOGRAPHIE : examen radiologique des seins utilisant un appareil dédié émettant des rayons X (l'image résultante est le reflet d'atténuation des rayons X des tissus étudiés).

MULTI-FACTORIEL : relatif à plusieurs facteurs.

MUTATION : ce terme est utilisé pour désigner une modification irréversible de l'information génétique et héréditaire (ADN ou ARN). Les mutations peuvent être dues à des erreurs de copie du matériel génétique au cours de la division cellulaire, ou à l'exposition à des agents mutagènes (radiations, agents chimiques, virus).

ONCOGÉNÉTIQUE : spécialité médicale concernant le diagnostic des prédispositions aux formes héréditaires de cancer.

ONCOGÉNÉTICIEN : médecin spécialiste du diagnostic des prédispositions héréditaires (génétique) de cancer (onco).

PRÉDISPOSITION GÉNÉTIQUE : modification d'un ou de plusieurs gènes responsables d'un risque accru de développer une maladie.



EUROPA DONNA FORUM FRANCE : qui sommes-nous ?

Nous sommes la branche française d'une coalition européenne contre le cancer du sein regroupant 41 pays, partageant tous les objectifs indiqués sur la page suivante.

Nous bénéficions des patronages du ministère de la Santé, de la Ligue nationale contre le cancer et de l'Institut National du Cancer.

Nous regroupons des femmes atteintes ou non de cancer du sein qui se sentent concernées par la lutte pour une meilleure prise en charge de la maladie : dépistage, traitement, recherche et soutien psychosocial.

Notre objectif principal est l'information de toutes les femmes, malades ou non, car nous pensons qu'une femme informée se soignera mieux quand elle est malade et saura mieux réagir.

Notre association apporte aussi solidarité et soutien.

Nos 12 délégations : Angers, Aquitaine, Aurillac, Auxerre, Avignon, Evry, Lyon, Marseille, Orléans, Strasbourg, Tours et Paris organisent régulièrement des réunions.

Nous disposons d'un accueil téléphonique : **01 44 30 07 66**, ouvert tous les jours de 8h à 20h, et d'un site internet :

www.europadonna.fr.

Nous avons publié 2 brochures : « Tout ce que vous devez savoir sur le dépistage du cancer du sein » et « Hormonothérapie et cancer du sein ». Nous éditons également un bulletin d'information intitulé "Les Nouvelles d'Europa Donna".

Nous luttons ensemble contre ce qui est un vrai problème de santé publique : 50 000 nouveaux cas en France chaque année.

« Rejoignez-nous, plus nous serons nombreuses, plus nous serons efficaces. »

Les objectifs d'EUROPA DONNA FORUM FRANCE

- **Promouvoir** la diffusion et l'échange d'informations précises et d'actualité sur le cancer du sein dans toute l'Europe.
- **Encourager** la surveillance des seins.
- **Exiger** un dépistage de qualité et un diagnostic précoce.
- **Militer** pour l'obtention des meilleurs traitements.
- **S'assurer** d'un soutien psychosocial pendant le traitement.
- **Plaider** pour la formation appropriée de tous les soignants.
- **Connaître** les bonnes pratiques et promouvoir leur développement.
- **Demander** l'évaluation régulière de la qualité des équipements médicaux et techniques.
- **S'assurer** que toutes les femmes sont parfaitement informées des options thérapeutiques qui leur sont proposées, y compris la possibilité d'entrer dans un essai clinique, et de leur droit à demander un deuxième avis.
- **Soutenir** le progrès dans la recherche contre le cancer du sein.



Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : e-mail :

Profession :

DON DE SOUTIEN : 20 € 30 € 50 € AUTRE : _____ €

La somme versée donne droit à une réduction d'impôt (dans la limite de la législation en vigueur). Vous recevrez un reçu fiscal à joindre à votre déclaration.



A renvoyer à EUROPA DONNA FORUM FRANCE - 14 rue Corvisart - 75013 PARIS
accompagné de votre règlement à l'ordre de : EUROPA DONNA FORUM FRANCE

EUROPA DONNA est une association loi 1901 sans but lucratif

Elle comporte :

- un Conseil d'Administration élu, qui réunit patientes, usagers et professionnels ;
- un Conseil Scientifique composé de professionnels spécialisés et reconnus dans le domaine de la cancérologie ;
- des délégations et des antennes régionales dans toute la France :

• Paris	01 40 30 07 66
• Angers	06 13 25 95 44
• Aurillac	06 32 95 59 47
• Auxerre	03 86 48 47 15
• Avignon	04 90 27 62 63
• Bordeaux	05 56 94 76 41
• Evry	06 82 95 94 24
• Lyon	06 81 26 90 14
• Marseille	06 26 81 36 79
• Orléans	02 38 56 66 02
• Strasbourg	06 89 32 20 16
• Tours	06 99 54 04 11



www.europadonna.fr

EUROPA DONNA FORUM FRANCE
14 rue Corvisart 75013 Paris
Tél. : 01 44 30 07 66

