



Le terme d'hormonothérapie est un faux-ami. Nous devrions dire « anti-hormones ».

Si votre médecin vous a prescrit un tel traitement, c'est que le cancer du sein dont vous souffrez a été analysé en histologie, sous microscope et déterminé comme étant dépendant des hormones féminines pour se développer et proliférer.

Le but de l'hormonothérapie est donc de priver le cancer des hormones féminines, les œstrogènes et par conséquent de détruire les cellules tumorales.

Deux grandes classes médicamenteuses ont été développées. D'une part, des modulateurs des récepteurs aux œstrogènes (SERM) qui bloquent la fixation des œstrogènes sur les cellules tumorales et d'autre part, des inhibiteurs de l'aromatase (IA) qui empêchent la production des œstrogènes.

La prescription d'une famille par rapport à l'autre dépend de votre statut à savoir non-ménopausée ou ménopausée. Selon les indications, il est parfois nécessaire d'associer des injections mensuelles d'agoniste de la LH-RH afin d'induire une ménopause.

Les mécanismes d'actions étant différents, les effets secondaires le sont aussi. Le SERM est connu pour être pourvoyeur de douleurs musculaires (par exemple : les IA plutôt des douleurs articulaires et d'une raideur matinale des articulations comme dans l'arthrose).

Tous peuvent engendrer une certaine fatigue.

Ces effets secondaires peuvent disparaître au cours des premiers mois de traitement ; l'important pour lutter contre cette toxicité est de rester active.

Les IA et les agonistes de la LH-RH renforcent les effets de la ménopause et peuvent donc accentuer des symptômes tels que les sueurs nocturnes et bouffées de chaleur, la sécheresse vaginale et favoriser l'ostéoporose.

N'hésitez pas à en parler avec votre oncologue qui pourra vous conseiller où vous orienter vers des spécialistes.