

Docteur Philippe Vignal
33 rue Nicolo
75116 Paris

Madame la présidente de l'INCA
52, avenue André Morizet
92513 Boulogne Billancourt cedex

Paris, le 6 janvier 2014

Madame,

Merci pour votre lettre du 03 janvier. Sans réponse de votre part, je vous avais écrit la semaine dernière, mais permettez moi de répondre à votre courrier de ce jour.

L'étude, à laquelle vous faites référence pour répondre à mes arguments, a en effet montré une augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes qui avaient suivi un traitement à la progestérone entre 40 et 50 ans. Or, dans cette tranche d'âge et à cette époque, la progestérone était généralement prescrite selon un schéma séquentiel en deuxième partie de cycle afin de régulariser les cycles sans effet anti ovulatoire. On pensait à l'époque que le cancer du sein était favorisé par des irrégularités menstruelles, ce qui a été démenti depuis. Bien au contraire, il existe un lien entre le nombre de cycles et le risque de cancer du sein comme le prouve l'étude de Clavel Chapelon¹ déjà citée.

Sachant que les traitements courts progestatifs ne diminuent pas le nombre de cycles mais au contraire l'augmentent, les résultats de l'étude de Fabre étaient prévisibles. Le problème de cette étude est que, contrairement à celle de Necker, elle ne contenait aucune précision concernant les différents schémas (courts ou longs). On ne pouvait donc pas en tirer de conclusions claires. Malheureusement, en faisant un amalgame entre les modalités de prescriptions, l'étude a jeté un doute sur les effets de la progestérone.

Heureusement, le groupe de réflexion sur la contraception progestative – groupe qui fait autorité car il est composé des meilleurs spécialistes français en gynécologie et en cancérologie – chargé en 2008, par les sociétés savantes de faire le point sur la contraception progestative² a discrédité cette étude E3N à cause justement de ses imprécisions sur les modalités de traitements. En revanche, il a validé les résultats de l'étude de Necker, concluant à un effet bénéfique de la progestérone dans son schéma long, sur le risque de cancer du sein chez des femmes présentant des anomalies bénignes. Les auteurs ajoutaient, que « les analyses des données à 20 ans de cette cohorte vont dans le même sens que celles à dix ans de suivi ».

Cette étude, loin de contredire ma stratégie ne fait que la corroborer. Il n'y donc plus aucun obstacle pour démarrer une étude randomisée double aveugle. Du fait de la durée de ce type d'étude, les femmes d'aujourd'hui n'en tireront pas d'avantages mais leurs petites filles certainement. Nous nous devons de le faire.

Je vous prie d'agréer, Madame, mes respectueux hommages.

1. Clavel-Chapelon (F.) ; E3N « *Group.Cumulative number of menstrual cycles and breast cancer risk: results from the E3N cohort study of French women. Cancer Causes Control* », novembre 2002 ; 13(9) : 831-838. (www.e3n.fr)
2. Madelenat (P.), Koskas (M.) ; Groupe de réflexion sur la contraception progestative, *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, novembre 2008 ; 37(7) : 637-660