Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 120 (2022)

Heft: 8-9

Artikel: Cancer et grossesse : une prise en charge complexe

Autor: Rochon, Florence / Delouane-Abinal, Aurélie

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1002387

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

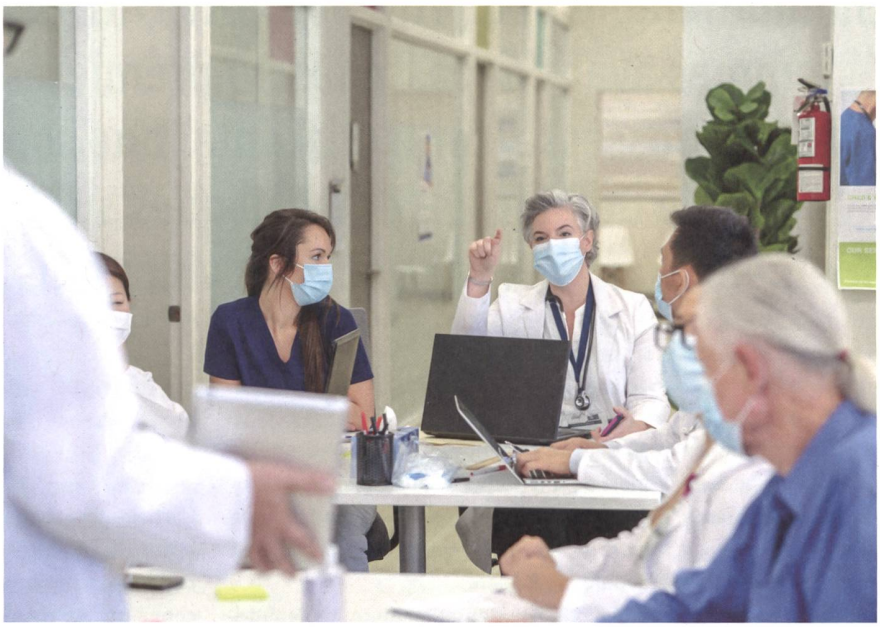
Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Cancer et grossesse: une prise en charge complexe

Florence Rochon est infirmière spécialiste clinique et Aurélie Delouane sage-femme spécialiste clinique aux Hôpitaux universitaires de Genève. Elles parcourent dans cet article les principales pistes actuelles de traitement contre les cancers en cours de grossesse et d'allaitement, ainsi que les aspects multiples de l'accompagnement des familles concernées.

TEXTE:
FLORENCE ROCHON ET AURÉLIE DELOUANE-ABINAL



iStock

Cancer et grossesse, deux termes qui a priori ne vont pas ensemble. Cependant, dans le rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), il y a eu, entre 2013 et 2015, un recensement de 79 décès maternels de cause obstétricale indirecte (Inserm, 2021). Ce qui correspond à 30 % de l'ensemble des décès maternels.

L'Inserm (2021) définit les morts maternelles de cause obstétricale indirecte par «la résultante d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales mais aggravée par les effets physiologiques de la grossesse».

Une répartition de 50-50 % est remarquée entre pathologies connues avant la grossesse et pathologies découvertes pendant la grossesse. Sur les 79 cas, trois présentaient un cancer avant la grossesse, et 13 ont débuté une pathologie néoplasique. Le cancer pendant la grossesse est rare mais les tumeurs malignes les plus souvent diagnostiquées sont en lien avec le cancer du sein, du col de l'utérus, la maladie de Hodgkin, le mélanome malin et les leucémies (Kal, 2005). Que ce soit une patiente présentant un cancer ou le développant durant la grossesse, dans les deux cas il y a une difficulté dans la prise des décisions, qui implique un aspect clinique, personnel et surtout éthique pour planifier le traitement.

Risques de mort et grossesse

Ce moment dans l'annonce du diagnostic est «un coup de tonnerre dans le ciel bleu» de ces patientes et les oblige à revoir les priorités, qui jusque-là étaient centrées sur cette nouvelle vie à naître. Ceci est transpo-

Le cancer pendant la grossesse est rare mais les tumeurs malignes les plus souvent diagnostiquées sont en lien avec le cancer du sein, du col de l'utérus, la maladie de Hodgkin, le mélanome malin et les leucémies.

La chimiothérapie peut être prescrite chez les femmes ayant dépassé les 14 premières semaines de grossesse, car le placenta joue son rôle de barrière et les risques sur le développement du fœtus sont infimes voire nuls.

sable lorsque la maladie est diagnostiquée dans les quelques mois qui suivent une naissance. C'est aussi toute la dynamique familiale qui est ébranlée.

Lors du *tumorboard,* des orientations thérapeutiques sont discutées entre les oncologues et gynécologues, les sages-femmes, les infirmier·ère·s en oncologie et les psycho-oncologues. Cette équipe interdisciplinaire qui prend en soin la patiente, va discuter le traitement proposé avec la patiente et son entourage, réaliser le traitement et offrir un accompagnement selon les besoins.

En effet cette annonce soulève le risque de mort pour le fœtus lié aux traitements proposés mais aussi le risque de mort pour la mère si aucun traitement n'est proposé et débuté rapidement.

En fonction, l'orientation du traitement devra absolument prendre en compte le bénéfice de guérison de la patiente, mais aussi le devenir du fœtus et la possibilité d'une future grossesse en regard des possibilités de maintenir la fertilité après les traitements avec les spécialistes de la procréation médicalement assistée.

Base de données

L'article de Schaffar *et al.* (2019), met en avant la priorité d'avoir une base de données conséquente permettant de connaitre les risques associés à la grossesse, pendant et après un allaitement dans le cadre du cancer du sein. Cependant, la donnée épidémiologique (grossesse ou allaitement) n'est pas toujours identifiée. En effet, comme l'indique Schaffar *et al.* (2019) il n'est pas possiblede connaitre le nombre exact de femmes en-

iStock

ceintes ou venant d'accoucher en lien avec tel type de cancers.

Dans la méta-analyse d'Esposito *et al.* (2016), il ressort que seulement un à deux cas de maladie cancéreuse sont diagnostiqués pour 1000 grossesses et qu'il est important de savoir à combien de semaines d'aménorrhées les femmes en sont. Le choix de la thérapeutique dépendra de cette donnée. La chimiothérapie a un effet tératogène pendant le premier trimestre de vie de l'embryon. 17 % de malformations peuvent être observées avec la chimiothérapie seule et jusqu'à 25 % en combinant plusieurs traitements.

Cependant, selon Schaffar (2019), des diagnostics de cancers du sein pendant la grossesse représentaient 1,3 % des patientes étudiées et 3,3 % ont développé un cancer du sein dans l'année qui suit leur accouchement. Le décès a été «considéré comme évitable ou pouvant être évitable dans 43,5 % des cas».

Dans le cas du cancer du sein, l'Inserm (2021) relève qu'il y a un manque d'information concernant l'examen mammaire lors des consultations de début de grossesse, durant le suivi et le post-partum. En particulier, chez les patientes ayant des facteurs de risque.

Traitements et grossesse

Les traitements proposés vont varier selon le stade du cancer et son type. Cependant un bilan radiologique mais surtout un résultat anatomo-pathologique complet, orientera le choix du traitement. Pour des cancers du sein précoce, par exemple, la chimiothérapie n'est pas systématique. Un des premiers traitements qui peut être proposé est la chirurgie. En particulier, si la tumeur est bien délimitée et facile à extraire. Ce geste chirurgical est ensuite complété par l'association d'un ou plusieurs traitements.

Selon *Macmillan Cancer Support* (2022), la chimiothérapie peut être prescrite chez les femmes ayant dépassé les 14 premières semaines de grossesse, car le placenta joue son rôle de barrière et les risques sur le développement du fœtus sont infimes voire nuls. De même, aucune conséquence sur le développement du nouveau-né n'a été décrite en lien avec les traitements oncologiques. En ce qui concerne les thérapies ciblées et les immunothérapies, cela dépend du type de molécules utilisées en fonction du type de cancer. Par exemple l'injection de Rituximab® dans le cas d'un lymphome pourrait être prescrite ce qui n'est pas le cas de l'Imatinib® dans le cas de la leucémie myéloïde chronique. Chaque maladie cancéreuse a ses traitements possibles, qui dépendent de la qualité de vie des personnes malades mais aussi de leurs comorbidités comme la grossesse.

Pendant la grossesse, si le traitement de radiothérapie concerne une zone qui peut atteindre le fœtus, c'est-à-dire localisé dans le petit bassin, le choix de repousser le traitement ou d'une interruption thérapeutique de grossesse est à discuter. En effet, le rayonnement peut avoir des conséquences sur le fœtus, tels que des troubles mentaux, un retard de croissance ou des malformations d'organes.

Traitements et allaitement

Différents traitements peuvent être proposés en fonction du type de tumeur, de l'organe touché, ou encore si la femme souhaite allaiter. Dans ce cas, la question de l'allaitement devient alors primordiale.

Une patiente opérée, n'ayant ni mastectomie ni traitements complémentaires, pourra allaiter avec le sein opposé et même essayer avec le sein opéré. Quels que soient le type et la localisation de la tumeur, un traitement de chimiothérapie couplé ou non avec la radiothérapie ne permet pas cet allaitement. Par contre, lors d'un traitement de radiothérapie dans le cadre d'un cancer du sein, l'allaitement est possible mais du côté non irradié – le sein irradié ne devrait normalement pas produire de lait et si oui, il est conseillé de ne pas allaiter du coté en cours de radiothérapie ni de tirer le lait (Anderson, 2018). La succion du nouveau-né pourrait augmenter la toxicité cutanée de la radiothérapie dans le sein traité. Si une radiothérapie exclusive est proposée pour un cancer autre que le cancer du sein, l'allaitement ne pose pas de problème (Saucedo, 2021).

Il faut rappeler à ces patientes qu'une femme qui a eu de la radiothérapie sur un ou les deux seins, pourra produire du lait après l'arrêt des traitement dans les semaines, les mois ou les années qui suivent la fin de la prise en charge oncologique dans 50 % des cas. Cette information positive leur permet de se projeter dans l'avenir si une éventuelle nouvelle grossesse était possible.

On sait qu'on retrouve de la chimiothérapie non dégradée dans les excreta pendant environ les sept jours qui suivent les traitements (Notari *et al.*, 2018) mais la concentration retrouvée dans la salive ou la sueur est infime et donc sans risque. Il est important pour les soignant·e·s de rassurer les parents et de rappeler que les traitements n'empêchent ni les câlins, ni le peau à peau, ni d'embrasser son enfant.

Rapports sexuels et traitement

En cas de chimiothérapie neutropéniante, lors de la reprise de l'activité sexuelle du couple, et afin d'éviter d'exposer le partenaire, l'utilisation des préservatifs est recommandée car la concentration dans les secrétions vaginales peut être plus importante (Notari *et al.*, 2018). Les rapports sexuels oraux devront également être à reconsidérer. De plus, selon le traitement administré, on peut retrouver plusieurs symptômes tels que des sècheresses vaginales, ou une baisse de la libido (Notari *et al.*, 2018). D'autant plus que le corps a pu changer avec les différentes étapes traversées: grossesse, maternité et maladie oncologique. Mais des solutions existent qui permettent de soutenir la qualité de vie des jeunes mères et des couples. Cette discussion devra être abordée lors d'une rencontre avec l'oncologue ou les infirmier·ère·s car les conseils varient en fonction du produit qui pourra être utilisé.

Dans le cas du cancer du sein, on relève un manque d'information concernant l'examen mammaire lors des consultations de début de grossesse, durant le suivi et le post-partum.

Ces choix auxquels sont confrontés les parents à l'annonce d'un cancer en cours de grossesse sont compliqués à faire, d'autant plus que l'âge de la première grossesse recule.

Systémique familiale

L'annonce d'un cancer n'est jamais simple et encore moins lorsqu'il est diagnostiqué pendant une grossesse ou quelques mois après l'accouchement.

La vie devient fragile et les objectifs de guérison sont parfois ébranlés par des décisions difficiles comme l'interruption de grossesse. Ces choix sont compliqués à faire par les parents d'autant plus que l'âge de la première grossesse recule, ce qui démontre l'importance d'une consultation en lien avec la fertilité avant toute décision thérapeutique.

Mais aujourd'hui, avec les avancées des thérapeutiques oncologiques, de nombreux traitements sont proposés pour améliorer le pronostic. La place du dépistage pendant la période la grossesse ne doit pas être oubliée. Pour les soignant·e·s qui ont à prendre en charge ces patientes pendant ce temps de maladie, de nouveaux paradigmes sont à explorer et d'autres, comme la systémique familiale, sont à revisiter. Ceci dans le but de trouver ensemble les partenaires de soins qui aideront le couple et leur bébé à devenir une famille tout en luttant contre la maladie oncologique.

Recensement uniforme des maladies oncologiques

La loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques entrera en vigueur le 1er janvier 2020. Elle impose un recensement uniforme et complet de la vie avec et après un cancer. L'évolution démographique ainsi que de nouveaux et meilleurs traitements médicaux ont conduit ces dernières années à une forte croissance des personnes atteintes d'un cancer ou l'ayant été. En s'appuyant sur les dernières estimations de l'Organe national d'enregistrement du cancer et sur les chiffres des pays voisins, la Ligue contre le cancer estime qu'il y aurait quelque 400 000 «Cancer Survivors» en Suisse.

Chiffres sur www.liguecancer.ch

Vers l'Organe national d'enregistrement du cancer: www.onec.ch

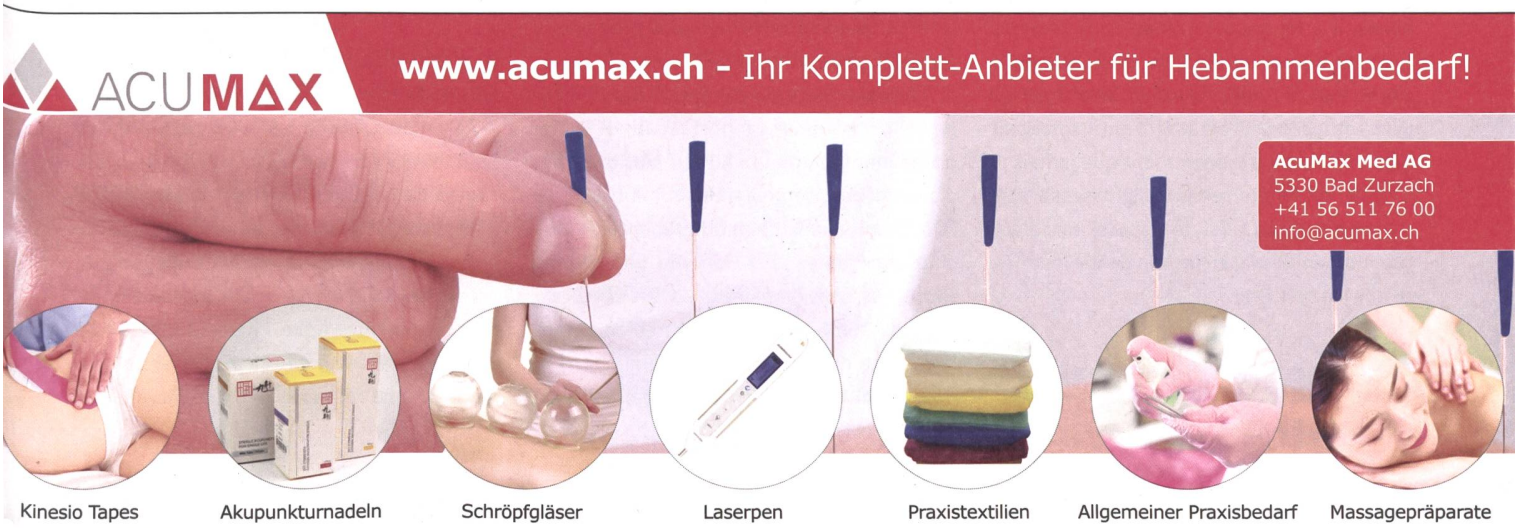
AUTEURES

Florence Rochon,
Infirmière spécialiste clinique oncologie aux Hôpitaux Universitaires de Genève.

Aurélie Delouane-Abinal,
sage-femme spécialiste clinique en obstétrique aux Hôpitaux Universitaires de Genève, conseillère rédactionnelle pour *Obstetrica*.

Références

Anderson, P. O. (2018) Drugs in Lactation. *Pharmaceutical Research;* 35(3), 45.
Macmillan Cancer Support (s. d.). Chemotherapy and pregnancy. www.macmillan.org.uk
Esposito, S., Tenconi, R., Preti, V., Groppali, E. & Principi, N. (2016) Chemotherapy against cancer during pregnancy. *Medicine;* 95(38).
Institut national de la santé et de la recherche médicale (2021) Les morts maternelles en France: mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles 2013-2015. www.santepubliquefrance.fr
Kal, H. B. & Struikmans, H. (2005) Radiotherapy during pregnancy: fact and fiction. *The Lancet Oncology;* 6(5), 328-333.
Notari, S. C., Fornage, S., Panes-Ruedin, B. & Zaman, K. (2018) Sexualité après un cancer du sein: un sujet non tabou. *Rev Med Suisse;* 14, 563-5.
Schaffar, R., Bouchardy Magnin, C., Chappuis, P. O., Bodmer, A., Benhamou, S. & Rapiti Aylward, E. (2019) A population-based cohort of young women diagnosed with breast cancer in Geneva, Switzerland. *PloS One;* 14(9), e0222136.
Saucedo, M., Tessier, V., Leroux, S., Almeras, A. & Deneux-Tharaux, C. (2021) Mortalité maternelle en France, mieux comprendre pour mieux prévenir. *Sages-Femmes;* 20(5), 36-42.



«J'avais en moi la vie et la mort»

C'est lors de sa quatrième grossesse qu'a été diagnostiqué chez Aline[1] un cancer du sein, il y a dix ans et demi. Elle raconte ici comment elle a vécu l'annonce de ce diagnostic et les traitements, en même temps que la poursuite de sa grossesse, la naissance de sa fille et le post-partum.

Obstetrica: Comment avez-vous découvert que vous aviez un cancer?

Aline: J'ai découvert mon cancer à 33 ans, alors que j'étais enceinte de mon quatrième enfant. J'étais à dix-sept semaines de grossesse quand un jour j'ai ressenti une grande douleur sous l'aisselle gauche. J'avais un rendez-vous chez mon gynécologue quelques jours plus tard – lors duquel j'ai appris que nous attendions une petite fille. J'ai mentionné cette douleur à la fin du rendez-vous, et comme son cabinet était au sein d'un hôpital il m'a pris rendez-vous dans la foulée en radiologie. On m'a fait un prélèvement pour biopsie. C'était un vendredi, et le mardi mon gynécologue m'appelait pour me donner un rendez-vous le lendemain afin de me transmettre les résultats.

Comment avez-vous réagi à l'annonce de ces résultats?

Le gynécologue a fait usage d'une grande délicatesse pour m'annoncer une terrible nouvelle: j'avais une tumeur cancéreuse au sein gauche. La découverte de ce cancer chez une jeune femme enceinte avait provoqué la veille une réunion en urgence de dix professionnel·le·s, gynécologues, oncologues, radiologues, etc. J'ai dit à mon gynécologue: «Si vous vous êtes réunis à dix en catastrophe, c'est que je vais mourir avec mon bébé», il a répondu «Si nous nous sommes réunis à dix en catastrophe, c'est que nous allons tout faire pour vous maintenir en vie avec votre bébé.» D'ailleurs, il me connaissait bien et il savait pertinemment que jamais je n'aurais voulu interrompre la grossesse; cela n'a jamais été un sujet de discussion et à aucun moment je n'ai eu besoin de me justifier, ce que j'ai apprécié.

Suite à l'annonce de ce cancer, j'ai pleuré trois jours entiers – je dois préciser que ma mère était décédée 12 ans plus tôt d'un cancer du sein qui s'était généralisé. Puis j'ai pris la décision d'arrêter de me lamenter, car mon bébé et moi avions un combat à mener. Et mes enfants de 5 ans, 3 ans et demi et 1 an et demi avaient besoin de mon attention et de mon affection. J'ai alors fait un vrai volte-face.

Comment le diagnostic a-t-il été précisé?

Le mardi suivant – le jour de la Saint Valentin! – on m'a fait une tumorectomie au sein gauche. C'était une très petite tumeur, moins de 1 cm (le cancer était à un stade peu avancé). J'ai donc conservé mes deux seins. Mon sein gauche a une forme un peu bizarre aujourd'hui, mais ça ne me dérange pas outre mesure.

Pendant l'opération, ils ont surveillé le cœur du bébé, car on était quand même deux patientes! Juste avant, mon mari et moi avions choisi un prénom pour notre fille dans la précipitation, au cas où il y aurait des complications. On a changé ce prénom par la suite, optant pour un prénom qui nous plaisait davantage.

Comme j'étais enceinte au moment de l'opération, le chirurgien n'a pas pu me faire le fameux ganglion sentinelle (car on injecte un produit radioactif), donc j'ai eu un curage axillaire avec une grande ouverture. Ils ont prélevé trois ganglions, qui tous étaient sains, rendant peu probable la présence de métastases. C'est deux jours après la naissance je suis allée passer un scanner (j'ai dû quitter la clinique pour aller à l'hôpital cantonal), en lien avec les séances de radiothérapie qui allaient débuter.

Quels traitements vous ont été proposés pendant votre grossesse?

J'ai rapidement été en contact avec l'oncologue; on m'a posé un port à cath et j'ai eu une chimiothérapie. Je ne sais plus quel médicament précisément, mais comme le disait l'oncologue, «une chimiothérapie reste une chimiothérapie». J'ai donc eu une séance toutes les trois semaines. On est partis du principe que le placenta ferait écran contre la toxicité des médicaments, mais dans le doute, j'ai quand même eu beaucoup de contrôles gynécologiques. J'ai bien supporté cette chimiothérapie. Evidemment il y a eu une fatigue incommensurable, et la perte de mes cheveux, mais ça allait plutôt bien dans l'ensemble! Pour tout dire, quand j'allais faire ma chimio, je le voyais comme un moment pour moi; j'étais couchée, on me servait un café, on me chouchoutait… De toute façon il fallait être optimiste – pour moi c'était évident, ça irait, car j'étais convaincue qu'adopter une attitude positive favoriserait mes chances de guérison.

Comment s'est déroulée la naissance de votre fille?

Concernant la naissance de ma fille, je précise qu'on l'a fait venir. L'oncologue m'a fait comprendre que c'était préférable de provoquer l'accouchement (on avait réussi à atteindre 38 semaines de grossesse, ce n'était pourtant pas gagné d'avance) car il ne fallait pas tarder à commencer la radiothérapie. Mais mon col n'était pas prêt, et moi non plus d'ailleurs – mes trois autres enfants étaient nés après terme, je savais que c'était trop tôt.

L'accouchement a été déclenché par ovules puis par perfusion d'ocytocine. J'avais accouché sans péridurale pour les trois autres, je n'en voulais pas pour la quatrième non plus: je voulais accoucher de la même manière que pour les autres. Une fois que la poche des eaux s'est percée j'ai senti que ça ressemblait bien aux autres accouchements. Là je me suis mise en mode guerrière, je suis montée sur le lit pour m'accroupir et j'ai demandé si ça dérangeait que je retire ma perruque. Ma fille est née 20 minutes après. Elle est venue au monde naturellement (même si l'accouchement avait été provoqué), sans péridurale. Elle allait très bien!

Quelles difficultés a posées le cancer autour de la naissance de votre fille?

Parmi les choses les plus douloureuses pour moi il y a d'abord eu le fait de devoir provoquer l'accouchement (déjà je n'aime pas ce mot), mais je savais bien pourquoi il fallait le faire. Le plus difficile a été l'interdiction que j'ai reçue d'allaiter, car mon lait aurait été toxique pour mon bébé. Perdre mes cheveux, être fatiguée, avoir des cicatrices et un sein mutilé, j'ai pu l'accepter, mais ne pas allaiter,

[1] A sa demande, les prénoms d'Aline et de ses enfants ont été modifiés.

ça, ça a été dur. Même si je savais pertinemment que c'était mieux ainsi.

Et pour la petite histoire, on a tout de suite eu une bonne connexion, Marie et moi: quand ils l'ont posée sur mon sein à sa naissance, elle s'est tout de suite endormie, sans chercher à téter. Pour moi cela signifiait «Maman, tu me suffis, je suis là, tu es là». Quel cadeau, c'était magnifique!

Quel rôle ont joué les sages-femmes dans cette naissance et ce post-partum particuliers?

Les sages-femmes et les infirmières qui s'occupaient de nous à la maternité ont été très attentives et empathiques. L'équipe a réussi à me mettre en chambre individuelle alors que je n'ai pas d'assurance privée, par exemple. Elles ont été adorables, bienveillantes, jamais dans la pitié. Pour moi ça c'était important, je ne voulais pas voir de la pitié dans leur regard. Et puis elles se sont occupées de Marie quand j'ai dû aller faire mon scanner…

Ma sage-femme à domicile m'a aussi été d'une immense aide pour le calcul des quantités de lait. J'avais peur de faire faux, de calculer trop ou trop peu. C'était une grande différence avec le fait d'allaiter, et elle a été très soutenante.

Comment s'est passé votre post-partum, avec les traitements qui continuaient?

Une semaine après la sortie de la maternité j'ai commencé le traitement par rayons. C'était le 9 juillet, la date du terme. Tous les matins je devais me rendre à Fribourg, durant toutes les vacances d'été. C'est vrai que j'étais fatiguée, je n'ai d'ailleurs pas de mot pour décrire cette fatigue! J'ai eu la chance de bénéficier de différentes sortes d'aide: parfois on me véhiculait pour les séances de rayons, d'autres fois mon entourage se relayait auprès des enfants, ou encore me donnait de l'aide pour le ménage. Cependant, l'après-midi je tenais à ce que ce soit moi qui m'occupe de mes enfants.

Une fois, lorsque la sage-femme était à la maison, j'ai dû me fâcher un peu avec un de mes enfants, et je n'ai pas cédé. Je l'ai trouvée valorisante, elle m'a dit «Vous continuez malgré tout de mettre les bases, vous ne cédez pas à tout malgré le cancer et la fatigue!»

Comment avez-vous vécu le fait d'accueillir un enfant dans ces circonstances?

J'avais l'impression d'être un paradoxe. Enceinte je me disais «J'ai en moi la vie et la mort.» Ca m'interpelait beaucoup, ça réveillait des souvenirs. Chez ma maman tout avait débuté par un cancer du sein; je ne l'avais plus à mes côtés alors que j'aurais bien eu besoin d'elle à ce moment-là.

Souvent quand je repense à 2012, je me dis que c'était une année difficile; néanmoins le 30 juin constituait le point d'orgue, la venue au monde de ma fille a sauvé l'année! J'ai eu un cancer mais malgré tout j'ai reçu un magnifique bébé en cadeau. Je suis reconnaissante des cadeaux que j'ai eus dans la vie. J'ai été bien soutenue, soignée, aidée, je suis très chanceuse.

Avec mon bébé, j'étais moins présente physiquement. Je devais être à gauche et à droite pour les traitements. C'est pourquoi je prenais davantage le temps de lui parler, et je pense qu'elle comprenait. Je le faisais surtout quand je lui donnais des biberons, je lui disais que c'était du bon lait que je lui donnais là, même si je ne pouvais pas l'allaiter. J'ai compensé le temps ou le lait que je ne pouvais pas lui donner par davantage de paroles et de petits mots doux.

Quelles ont été les suites des traitements et recommandations?

La première année ça a été, mais j'ai fait une sorte de burn out, pile un an après l'annonce. Mon esprit a décompressé. Je me disais «J'ai réussi, j'ai enfin moins de rendez-vous médicaux, maintenant je vais pouvoir respirer», et là mon corps a lâché. Je ne dormais plus. Mon médecin m'a dit que c'était connu, que cela arrivait fréquemment après un cancer, et entendre cela m'a rassurée.

Je me dis aussi que j'ai eu cette chance d'avoir un cancer alors que j'étais enceinte de mon quatrième enfant, et pas plus tôt: je n'ai pas eu à faire le deuil d'un éventuel futur bébé car pour moi quatre était un chiffre parfait! Assez rapidement après la naissance, on m'a dit qu'il était effectivement souhaitable d'éviter une nouvelle grossesse. On en a parlé avec mon mari, et j'ai décidé de me faire ligaturer les trompes puis, pour éviter tout risque, de me faire retirer l'utérus. Encore une fois, j'ai eu beaucoup de chance car j'ai bien supporté l'opération et ses suites.

Quel est votre suivi médical aujourd'hui?

Pendant cinq ans j'ai dû prendre un traitement hormonal (tamoxifène), qui semblait être responsable de kystes qui se formaient autour de mes ovaires et que je devais faire retirer au moyen d'une opération chaque année. Maintenant je ne prends plus aucun médicament, j'ai uniquement un rendez-vous et des examens médicaux annuels. Je ne m'inquiète pas, avec le temps je rejoins les probabilités «normales» d'avoir un cancer.

> **«Perdre mes cheveux, être fatiguée, avoir des cicatrices et un sein mutilé, j'ai pu l'accepter, mais ne pas allaiter, ça, ça a été dur.»**

Mais quand même, comme ma mère a eu un cancer du sein et que ma grand-mère a aussi eu un cancer gynécologique, on m'a proposé de faire des analyses génétiques aux Hôpitaux universitaires de Genève. J'ai accepté, en pensant à l'incidence que les résultats pourraient potentiellement avoir sur mes enfants; et en fait on n'a rien trouvé. Quelques mois après, l'hôpital m'a recontactée car ils avaient trouvé d'autres gènes possiblement responsables du cancer du sein; les chercheurs ont refait une analyse et à nouveau ils n'ont rien trouvé. Ils n'excluent pas qu'il y ait quelque-chose de familial mais j'étais soulagée malgré tout de découvrir l'absence de prédisposition génétique. ⊙

Propos recueillis par Jeanne Rey.

ENTRETIEN AVEC

Aline,
43 ans, maman d'Hervé (15 ans et demi), Sylviane (14 ans), Claudia (12 ans) et Marie (10 ans).

Recommandations de littérature

Benachi, A., Luton, D., Mandelbrot, L. & Picone, O. (2022)

Pathologies maternelles et grossesse

Elsevier Health Sciences (2ème éd.)

L'association entre grossesse et maladie chronique maternelle est en augmentation dans les pays occidentaux, notamment du fait de l'augmentation de l'âge maternel et des avancées médicales qui permettent aujourd'hui l'accès à la maternité à certaines femmes présentant des pathologies chroniques. Les médecins et les sage-femmes sont donc de plus en plus confronté·e·s à des situations complexes et doivent adapter leur pratique clinique afin d'assurer la surveillance et la prise en charge de ces grossesses, tout en évaluant l'impact de celle-ci sur la maladie, et vice-versa. Cet ouvrage présente un large éventail de pathologies maternelles chroniques sous forme de chapitres proposant des rappels et une marche à suivre simple afin de gérer au mieux ces situations souvent complexes.

Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., Patel, R., Shakespeare, J., Kotnis, R., Kenyon, S. & Kurinczuk, J. J. (Eds.) on behalf of MBRRACE-UK (2021)

Saving Lives, Improving Mothers' Care – Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2017-19

Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford

Le dernier rapport anglais étudiant la mortalité maternelle durant la période 2017-2019 met en lumière les liens entre maladies chroniques et décès maternels. Les indicateurs de mortalité maternelle n'ont pas évolué depuis 2010-2012, les maladies cardio-vasculaires et les troubles neurologiques restant en tête des causes de décès maternels. Les facteurs de risque de décès sont également identifiés, notamment l'âge maternel avancé, l'obésité et les troubles psychiatriques préexistants. Une attention particulière est apportée sur les décès maternels liés aux cancers. Les recommandations formulées dans ce rapport se basent sur les conclusions de l'étude de chaque décès et apportent un éclairage sur le besoin de réponses à l'échelle globale, notamment en termes de formations des professionnel·le·s de santé et de gouvernance des politiques de santé.

Roos-Hesselink, J., Baris, L., Johnson, M., De Backer, J., Otto, C., Marelli, A., Jondeau, G., Budts, W., Grewal, J., Sliwa, K., Parsonage, W., Maggioni, A. P., van Hagen, I., Vahanian, A., Tavazzi, L., Elkayam, U., Boersma, E. & Hall, R. (2019)

Pregnancy outcomes in women with cardiovascular disease: evolving trends over 10 years in the ESC Registry Of Pregnancy And Cardiac disease (ROPAC)

European heart journal; 40(47), 3848-3855. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz136

Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de décès maternels indirects dans les pays occidentaux. L'analyse de la base de données internationale ROPAC décrite dans cet article permet de mieux connaitre l'impact des différentes catégories de cardiopathies sur le devenir des femmes enceinte en termes de morbi-mortalité, mais aussi leurs conséquences sur la survenue de complications obstétricales et néonatales.

De Wolff, M. G., Midtgaard, J., Johansen, M., Rom, A. L., Rosthøj, S., Tabor, A. & Hegaard, H. K. (2021)

Effects of a Midwife-Coordinated Maternity Care Intervention (ChroPreg) vs. Standard Care in Pregnant Women with Chronic Medical Conditions: Results from a Randomized Controlled Trial

International journal of environmental research and public health; 18(15), 7875. https://doi.org/10.3390/ijerph18157875

Mené au sein d'un hôpital universitaire danois entre 2018 et 2020, cet essai randomisé explore les effets des soins anténataux et postnataux continus et coordonnés par des sage-femmes chez des femmes présentant une maladie chronique préexistante à la grossesse (par exemple, troubles psychiatriques, neurologiques, digestifs, etc.). Bien que ne permettant pas de mettre en évidence une réduction de la durée d'hospitalisation des femmes atteintes d'une pathologie chronique, les résultats démontrent que cette intervention est sûre, avec une bonne adhésion des femmes qui rapportent également une meilleure satisfaction globale concernant les soins reçus pendant et après leur grossesse.

Ralston, E. R., Smith, P., Chilcot, J., Silverio, S. A. & Bramham, K. (2021)

Perceptions of risk in pregnancy with chronic disease: A systematic review and thematic synthesis.

PLOS ONE; 16(7): e0254956. w/10.1371/journal.pone.0254956

Les risques liés à la maladie chronique chez la femme enceinte sont essentiels à comprendre car ils impactent leur vécu et influencent la mise en place de stratégies d'adaptation. La perception du risque est compartimentée entre les effets potentiels sur la santé de la future mère et ceux encourus par le bébé. L'accès à l'information concernant les conséquences de la maladie sur la grossesse (et inversement) devrait être assuré par les professionnel·le·s de santé. Cependant, cette revue systématique souligne les lacunes et les difficultés d'accès à l'information, démontrant l'importance de l'accompagnement spécifique et individualisé de ces femmes présentant une pathologie chronique.

REVUE DE LITTÉRATURE

Pauline Thomas,
maître d'enseignement HES filière sage-femme, Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV). Pauline Thomas a obtenu son diplôme en France en 2010 et un master en Sciences de santé globale en 2020. Après plusieurs années de pratique clinique, elle a participé à plusieurs missions humanitaires avec l'organisation non gouvernementale Médecins Sans Frontières avant d'intégrer HESAV en septembre 2021 au poste de maître d'enseignement.