

Cancer et grossesse : une réflexion selon une approche par principes

ÉTUDE DE CAS / CASE STUDY

Aliya Oulaya Affdal¹

Reçu/Received: 26 Oct 2013

Publié/Published: 7 Dec 2013

Éditrices/Editors: Maude Laliberté & Sonia Paradis

© 2013 AO Affdal, [Creative Commons Attribution 3.0 Unported License](http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)

Résumé

Cette étude de cas, inspirée de situations réelles, met en exergue les enjeux éthiques posés par la survenue d'un cancer pendant une grossesse, dans un contexte familial délicat.

Mots clés

cancer, grossesse, approche par principes

Summary

This case study, inspired by real life situations, highlights the ethical issues raised by the occurrence of cancer during pregnancy, in a difficult family situation.

Keywords

cancer, pregnancy, principlism

Affiliations des auteurs / Author Affiliations

¹ Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence

Aliya Oulaya Affdal, oulaya.affdal@umontreal.ca

Remerciements

Merci à Jocelyne Saint-Arnaud, professeure associée (Université de Montréal), et Philippe Sauthier, chef du service de gynécologie oncologique (CHUM), pour leurs remarques constructives, et à Maude Laliberté et Sonia Paradis pour leurs contributions éditoriales.

Conflit d'intérêts

Aucun déclaré

Acknowledgements

Thanks to Jocelyne St-Arnaud, Adjunct professor (Université de Montréal), and Philippe Sauthier, Head of the Gynecologic Oncology Division (CHUM), for their constructive remarks, and Maude Laliberté and Sonia Paradis for their editorial contributions.

Conflicts of Interest

None to declare

Introduction

Le cancer du sein est l'un des cancers les plus fréquents pendant la grossesse. D'après la Société canadienne du cancer [1] et l'American Cancer Society [2], un cancer du sein serait découvert pour 3000 grossesses. D'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), 350 à 750 cas surviendraient annuellement en France [3].

Le cancer du sein est plus fréquemment diagnostiqué qu'auparavant. Ceci s'explique par l'évolution socio-démographique actuelle qui fait que les femmes reculent leurs grossesses vers 30-40 ans, âge coïncidant avec l'augmentation de probabilité de diagnostic du cancer du sein [4]. Le cancer survenant pendant la grossesse est un événement stressant et empli d'émotions. Son diagnostic accroît la vulnérabilité de la patiente et représente un défi pour elle, sa famille et l'équipe de soins [5]. Les options de traitement sont conditionnées par l'âge gestationnel et sont souvent limitées afin de ne pas nuire au fœtus. Bien souvent, le désir de maintenir une grossesse et l'adéquation du traitement doivent être mis en balance.

Le cas

Mme Lopez est prise en charge à l'âge de 37 ans pour un cancer du sein. Elle est également enceinte : grossesse spontanée de 10 semaines.

Mme Lopez est atteinte d'un cancer du sein de stade IIIB. Généralement, une tumeur variant de 2 à 5 centimètres peut être décelée. À ce stade, le cancer ne se propage pas aux autres organes, cependant, il peut exister un envahissement de la paroi thoracique [1, 2]. Son dossier est discuté en réunion médicale et une prise en charge, incluant chimiothérapie, radiothérapie et mastectomie, est préconisée. Cependant, ce traitement doit être envisagé sans délai, car le retarder jusqu'à maturité foetale peut avoir de graves conséquences sur la santé de la mère; le taux de survie à cinq ans étant évalué à 41% lors d'un diagnostic de cancer du sein IIIB [6]. À l'opposé, les effets de ces traitements sont susceptibles d'être dramatiques pour le foetus : ils peuvent entraîner des lésions génétiques, des malformations, des fausses couches et même la mort *in utero*. Dans de telles conditions, l'interruption médicale de grossesse (IMG) est proposée à Mme Lopez, car la poursuite de la grossesse en elle-même mettrait en péril sa santé. Mme Lopez souligne son désir de grossesse, car elle a toujours souhaité fonder une famille. Elle attend ce bébé depuis longtemps. D'ailleurs, elle et son conjoint ont eu des difficultés à concevoir et elle ne veut pas passer à côté de ce projet. Cependant, elle s'en remet entièrement à son médecin pour prendre la décision qu'elle serait terrifiée de prendre elle-même.

Elle confie à son médecin qu'elle ne souhaite pas que son conjoint soit mis au courant de la situation, car elle redoute qu'il ne la quitte si elle devait subir une IMG. Suite à plusieurs disputes, le mari disait vouloir cesser leur relation si elle ne lui offrait pas d'enfants. D'origine italienne, il souhaite avoir de nombreux descendants afin d'être « le digne représentant » d'une grande famille. Il demeure aujourd'hui le seul lien familial et social dans sa vie. Sa relation n'ayant pas été acceptée par sa famille et ses amis, Mme Lopez a rompu tout lien avec eux.

L'analyse de ce cas sera faite en deux temps. Premièrement, nous procéderons à l'« identification des options possibles » face au dilemme éthique, en référence à l'une des étapes du processus décisionnel d'un cas clinique selon le modèle Saint-Arnaud [7]. Deuxièmement, nous tenterons une réflexion par principes selon le « principisme » de Beauchamp et Childress [8].

Dilemme pour le médecin

Le médecin se retrouve devant un dilemme éthique et clinique. Une première option serait de soigner sa patiente pour tenter de l'aider à guérir du cancer et de la sauver d'une mort certaine au moyen de séances de chimiothérapie, radiothérapie, d'une ablation du sein et de traitements médicamenteux. Cependant, cette option entraîne *de facto* des complications pour le fœtus voire sa mort; et pour Mme Lopez, cette option conduit à la perte de sa fertilité et au risque de perdre le dernier lien social qu'elle a, son mari. De plus, elle aurait à subir la lourdeur des traitements et ses conséquences physiques, psychiques et sociales.

Une deuxième option se présente au médecin, celle de retarder les soins de plusieurs mois afin de permettre à Mme Lopez de mener sa grossesse à terme et lui permettre de maintenir une certaine stabilité familiale. Cependant, le taux de survie à cinq ans étant de 41% [6], elle peut succomber à son cancer avant maturité foetale ou dans le meilleur des cas son pronostic pourrait s'aggraver. Par conséquent, si son enfant naît, il pourrait être privé de sa mère.

Réflexion par principes

L'approche par principes, appelée « *principisme* », est une approche conceptuelle qui consiste en une résolution de situations éthiquement complexes par l'application de quatre principes éthiques : l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice. Les auteurs préconisent d'élaborer un compromis ou un arbitrage par pondération lorsque certains principes entrent en conflit dans une situation particulière. Cette approche conceptuelle descendante est basée sur un raisonnement déductif, à partir de principes, afin de résoudre des dilemmes éthiques posés dans le domaine de la bioéthique [8].

Autonomie

L'impératif catégorique de Kant est à la base du principe d'autonomie selon lequel l'homme se donne sa propre loi morale. Pour cela, le concept éthique de consentement valide et la doctrine juridique du consentement éclairé sont fondamentaux dans la pratique médicale. Un consentement valide comporte trois éléments : le patient doit avoir la capacité de prendre une décision, il doit recevoir une information suffisante, et il doit donner son consentement volontaire et sans coercition [8].

Dans notre cas, le médecin doit éclairer sa patiente afin de favoriser sa prise de décision et la respecter, tel que stipulé dans le Code de déontologie des médecins du Québec [9] :

- **Article 28** : *Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé.*
- **Article 29** : *Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter.*

Malgré une situation de grande vulnérabilité due à la découverte de la maladie, la patiente est apte à prendre une décision sur les conseils de son médecin. De plus, le respect de son autonomie lui permet également de jouir de son droit de refuser les soins afin de poursuivre sa grossesse. Cependant, elle ne souligne que sa préférence. Il nous paraît important de préciser que le respect de l'autonomie ne se fait pas seulement au niveau du consentement du soin et qu'il revêt différentes formes. Ainsi l'autonomie relationnelle peut aider les professionnels de santé dans un contexte où les patients pourraient faire des choix risqués pour eux-mêmes ou pour des tiers. L'autonomie relationnelle propose une vision plus large et nuancée de l'autonomie, en incluant le contexte, les influences et les relations du patient, à travers un partenariat entre le médecin et son patient [10]. Un autre modèle dit paternaliste érige le médecin comme la personne ayant la meilleure réponse, car il détient le savoir face au patient qui est en état de faiblesse. Il pourrait influencer la décision de ce dernier pour son bien-être selon un principe de bienfaisance [11, 12].

Questionnement relatif à l'autonomie

- Le médecin ne devrait-il pas encourager la discussion concernant la prise de décision entre la patiente et son conjoint afin de respecter son autonomie ?
- Parallèlement, une interrogation demeure quant à sa réelle autonomie au regard de sa préférence; ne serait-elle pas principalement motivée par les valeurs de famille très fortes de son mari ?

Bienfaisance et non-malfaisance

La bienfaisance se traduit par l'action entreprise par le médecin afin d'apporter un bénéfice à son patient, dans le sens qu'il doit contribuer à son bien-être. La non-malfaisance consiste à ne pas infliger de préjudice intentionnellement, à ne pas faire de mal au patient. Ainsi, le médecin doit trouver un équilibre entre les risques et les bénéfices afin de ne pas lui nuire [8]. (Nous avons choisi de traiter ces deux principes sous une même section).

Le bénéfice de Mme Lopez, si l'on s'en tient à sa préférence énoncée, serait de poursuivre sa grossesse et de fonder la famille dont elle rêve depuis longtemps. Le premier tort incombant à ce bénéfice serait le risque qu'elle vive des complications sévères dues à son cancer. Le deuxième tort renvoie aux effets des traitements sur sa fertilité. Bien que des techniques de préservation de la

fertilité puissent être généralement proposées, il convient de souligner que Mme Lopez a 37 ans et pour des raisons de diminution de réserve ovarienne, ces techniques ne sont pas proposées au-delà de 35 ans [13]. Le troisième tort est qu'elle risque sa vie pour son futur enfant en reportant les soins de plusieurs mois, alors qu'elle a besoin d'en bénéficier immédiatement.

Une IMG est requise afin de permettre de soigner la mère, étant entendu que les séances de chimiothérapie et radiothérapie, nécessaires pour elle, seraient risquées voire mortelles pour le fœtus. Le principe de bienfaisance entre ici en conflit avec le principe de la « valeur de la vie ». Selon plusieurs études, l'IMG est recommandée au premier trimestre de la grossesse pour les cancers à un stade avancé afin de préserver une chance de guérir la patiente [14].

Les paramètres cliniques les plus importants à considérer afin de prendre une décision sont : le stade de la maladie, la nécessité de fournir une chimiothérapie et la curabilité « potentielle » de cette maladie. La décision devrait faire suite à une discussion approfondie entre la patiente enceinte, le médecin et la famille, si souhaitée par la patiente. Cependant, Mme Lopez désire conserver le secret de la maladie vis-à-vis de son conjoint et elle n'a plus aucun contact avec sa famille, ni même d'amis.

Questionnement relatif à la bienfaisance et la non-malfaisance

- Dans un souci de bienfaisance, le médecin n'aurait-il pas intérêt à inciter la patiente à se confier à son mari concernant sa maladie afin qu'il la soutienne dans cette épreuve et qu'ils discutent ensemble de la décision à prendre ?
- Le prélèvement d'ovules avant le traitement anticancéreux ne permettrait-il pas d'entrevoir une seconde grossesse grâce à la procréation médicalement assistée ?
- Mme Lopez a 37 ans et, pour des raisons de diminution de réserve ovarienne, ces techniques ne sont pas proposées au-delà de 35 ans. Est-ce que ceci est discriminatoire, car la norme médicale s'appuie sur une moyenne de réserve ovarienne et non la réserve ovarienne de Mme Lopez ?

Justice

Le principe de justice, ou d'équité, s'attache à répondre aux besoins de chaque patient de façon équitable et impartiale afin de procéder à une juste distribution des ressources [8].

La mère

Pour les cancers du sein de stade IIIB, la tumeur est localement avancée, indépendamment de sa taille, avec soit un envahissement de la paroi thoracique, soit de la peau, ou des deux [18]. Certains traitements peuvent se révéler efficaces. Si le traitement de la patiente est reporté et que son cancer évolue vers des métastases, l'objectif des traitements sera alors d'améliorer les symptômes et d'aider la patiente à vivre plus longtemps.

Le fœtus

Les effets à long terme du risque induit par la chimiothérapie sur le fœtus, après une exposition *in utero* pour le traitement du cancer de la mère, restent encore inconnus. Cependant, quelques études ont montré que les agents chimiothérapeutiques pouvaient traverser le placenta et être absorbés [15] et, qu'au premier trimestre, cette situation pouvait entraîner des effets secondaires tels que des malformations, des mutations, la cancérogenèse, la toxicité d'organes, des retards de développement ou un avortement spontané [3,16]. D'après ces résultats scientifiques, il n'est donc pas possible de soigner la patiente sans aucun risque pour le fœtus. Ces mêmes auteurs soulignent que la chirurgie est sûre en tout temps, mais la chimiothérapie est interdite pendant le premier trimestre et la radiothérapie doit-être reportée après l'accouchement [17].

La Charte canadienne des droits et des libertés [19] et la Charte québécoise des droits et des libertés de la personne [20] rappellent que « *tout être humain a droit à la vie* ». D'après le Code criminel du Canada [21]:

Article 223.1 : « un enfant devient un être humain lorsqu'il est complètement sorti, vivant, du sein de sa mère : a) qu'il ait respiré ou non; b) qu'il ait ou non une circulation indépendante; c) que le cordon ombilical soit coupé ou non ».

Le fœtus n'est donc pas un « être humain » au sens de la Charte des droits et libertés. C'est la naissance qui confère un droit à la vie et à la sécurité, tels qu'ils sont reconnus aux personnes par la Charte. La conception formelle de la justice voudrait qu'il n'y ait aucune discrimination concernant les soins à apporter aux patients, si tant est que l'on considère le fœtus comme un patient donc comme un être à part entière, ce qui n'est pas le cas d'après de nombreux textes. Le fœtus n'ayant pas de statut légal, « il » ne peut prétendre à un principe d'égalité de droit.

Questionnement relatif à la justice

- Cependant, ne serait-il pas important de savoir comment la mère se représente son futur enfant ?
- Malgré tous les égards que l'on peut lui porter, le fœtus n'a aucun statut légal susceptible de droits. Néanmoins, peut-on en déduire qu'il n'a pas de « valeur morale » ?

Références

1. Société Canadienne du Cancer, 2013. [Cancer du sein lors de la grossesse](#).
2. American Society of Cancer, 2013. [Pregnancy and Breast Cancer](#).
3. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2008 [Recommandations. Prise en charge des cancers au cours de la grossesse](#).
4. National Cancer Institute, 2012. [Breast Cancer Risk in American Women](#).
5. Jones, S.L.; Hadjistavropoulos, H.D. & Gullickson K. [Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis](#). *Psychol Health Med*. Epub Oct 9 2013.
6. American Society of Cancer, 2012. [Breast cancer survival rates by stage](#).
7. Saint-Arnaud, J. 2009. *L'éthique de la santé : guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal: Gaëtan Morin.
8. Beauchamp T.L. & Childress J.F. 2013. *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed.). New York: Oxford University Press.
9. [Code de déontologie des médecins du Québec](#), C-3, art.28, 29
10. Hunt M.R. & Ells C. 2011. [Partners towards autonomy: risky choices and relational autonomy in rehabilitation care](#). *Disabil Rehabil*, 33(11), 961-967.
11. Sjöstrand M., Eriksson S., Juth N. & Helgesson G. 2013. [Paternalism in the name of autonomy](#). *J Med Philos* 38(6): 710-24.
12. Childress J.F. 1982. *Who Should Decide: Paternalism in Health Care*. New York: Oxford University Press, 82-3.

13. Mertes H. & Pennings G. 2011. [Social egg freezing: for better, not for worse](#). *Reproductive Biomedicine Online* 23(7): 824-9.
14. Daniilidis A. et al. 2010. [Pregnancy-associated breast cancer--a review analysis](#). *Eur J Gynaecol Oncol* 31(5): 485-90.
15. Gajjar K., Martin-Hirsch P.L. & Martin F.L. 2012. [Treatment of breast cancer during pregnancy](#). *Lancet Oncol* 13(11): 70417-5.
16. Amant F. et al. 2010. [Breast cancer in pregnancy: recommendations of an international consensus meeting](#). *Eur J Cancer* 46(18): 3158-3168.
17. Gentilini O. et al. 2005. [Breast cancer diagnosed during pregnancy and lactation: biological features and treatment options](#). *European Journal of Surgical Oncology* 31(3): 232-236.
18. National Cancer Institute, 2013. [PDQ Cancer Information Summaries](#).
19. Gouvernement du Canada, [Charte canadienne des droits et libertés](#). Part1. Chap1. Art7
20. Gouvernement du Québec, [Charte québécoise des droits et des libertés de la personne](#), L.R.Q.,c. C-12, Art1
21. Gouvernement du Canada, [Code criminel](#), C-46, Art. 223