

Entre diagnostic oncologique et projet maternel: analyse de situations complexes en période périnatale

Drs AID, RIZOU, HADFANI, Pr MADACI

Introduction:

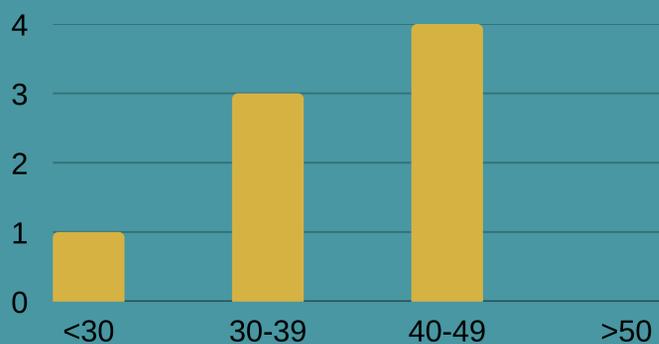
Les situations où cancer et grossesse coexistent posent des défis majeurs en pratique clinique. Qu'il s'agisse d'un cancer découvert pendant la grossesse ou d'une grossesse survenant chez une patiente ayant un antécédent oncologique, la prise en charge nécessite un équilibre délicat entre traitement maternel optimal et préservation de la gestation. Le recours à une concertation multidisciplinaire est essentiel pour adapter les décisions thérapeutiques au type de cancer, au stade et au terme gestationnel.

Matériel et méthodes:

Cas cliniques présentés à la RCP de la clinique Ibrahim GHARAF, CHU Bab El Oued et leur PEC sur une période de 5 ans:

8 cancers du sein:

Age:



Atcd familiaux: 2 cas de Sd Lynch

Sans Atcd personnels particuliers.

AG de découverte

1 découvert à J5 post-partum

Type histologique: **carcinome infiltrant NOS, 4 luminal B, 1 luminal A, 1 luminal Her et 1 triple Nég et 1 CIS intracanalair de grde intermédiaire;**

Stade de découverte: **T1 à T3, N0 à N1 et un découvert au stade de méta osseuses (paresthésies des membres inférieurs).**

RCP:

1: terme de gsse permet l'extraction puis restadification;

2: vu le stade précoce de mdie et l'approche du terme T3, attendre la maturité pulm. foetale puis extraire et restadification;

3: gsses de 5, 9 et 12 A, iTG et trt chrg en un seul opératoire;

1: CIS sur gsse de 14 SA, Chrg+GS et poursuivre la gsse;

1: post-partum, ne pose pas d'obstacle à la PEC.

1 sarcome utérin:

34 ans, paucipare;

Sans Atcd familiaux de néoplasie;

Ayant subi une myomectomie d'une myome accouché par le col, anaph=sarcome du stroma de bas grade, puis elle était perdue de vue, consultant à 13 SA;

Images très suspectes écho confirmées par une IRM à 19 SA avec bilan d'extension nég;

RCP: Hystérectomie totale inter-ovarienne.

2 tumeurs borderlines de l'ovaire:

Chez des patientes jeunes sur gsse de 16 et 1^è SA

RCP: Kystectomie sous coelioscopie avec examen extemporané et stadification.

Résultats:

Les gsses jeunes ont subi une ITG avec PEC standard;

Les gsses à termes n'ont pas posé de pb pr une PEC. Standard;

Reste les gsses à l'approche du terme, l'attente de la maturité foetale n'a pas connu de progression de la maladie;

Et le Pc foetal était bon pr ttes les patientes.

Discussion:

Cancer associé à la gsse=pdt ou dans l'année du post-partum;

Prévalence= 1/1000-1500 gsses; essentiellement sein, ovaire et col utérin 1;

Le traitement doit être au maximum identique à celui des femmes non enceintes avec respecter au mieux les 2 vies = proposer un traitement optimal pour la mère en limitant au maximum les risques pour le fœtus : malformations++;

Discussion en RCP élargie de la prise en charge et des modalités thérapeutiques;

L'interruption médicale de gsse ne doit pas être systématique car n'a pas d'effet thérapeutique et n'améliore pas le pronostic maternel (pas de transmission au fœtus). indiquée seulement si la gsse compromet l'instauration de trt r;

La chrg reste le moyen le plus efficace pour la mère. le moins néfaste pour le fœtus. avec des précautions anesthésiques et risque d'Accht préma en cas de chrg abdominale;

La chrg du sein est tjrs possible durant la gsse. seul gg sentinelle est contre-indiqué. la chrg de l'utérus doit être différée après acquisition de la maturité foetale et peut être indiquée en même temps opératoire q la césarienne;

La radiothérapie ne doit être qu'une exception pdt la gsse;

Toute chimiothérapie est contre-indiquée au 1^{er} trimestre de la grossesse en raison du risque abortif et tératogène. le risque de malformation est de 1-2%. certaines drogues restent utilisables pdt la gsse. restent à éviter après 10 SA: risque d'aplasie médullaire pour la mère et le fœtus à l'approche de l'Accht;

Thérapie ciblée. hormonothérapie anti-oestrogènes et anti-aromatases et castration contre-indiquées durant la gsse;

La décision d'interrompre la gsse doit être prise en RCP en fonction de la gravité de la pathologie. des impératifs thérapeutiques et de la maturité foetale;

En dehors des cancers du col et des tm praevia. l'Accht par voie basse est autorisé;

Hors chrg récente et chimiothérapie. il n'y a pas de raison médicale d'interrompre l'allaitement.

Pronostic:

Les facteurs de mauvais Pc sont les mêmes pdt et en dhrs de la gsse;

À âge et stade égaux. le Pc maternel reste peu différent pdt et en dhrs gsse;

Selon certains auteurs. le Pc est plus réservé chez la femme enceinte de même âge qui est dû probablement au stade avancé au moment du Dc ou la PEC moins standardisée r;

Fœtal: r risques principaux: malformation. prématurité svt iatrogène et l'hypotrophie;

Une PEC psychologique de l'anxiété entre r concepts de mort et de vie+++;

Intérêt d'une contraception efficace devant le Dc d'un cancer pr permettre une PEC adaptée.

Conclusion: La coexistence d'un cancer et d'une grossesse constitue un défi clinique nécessitant une approche individualisée et multidisciplinaire. Le type de cancer, le terme gestationnel et les antécédents thérapeutiques orientent les choix de PEC. Une collaboration étroite entre gynécologues, obstétriciens, oncologie est essentielle pour optimiser les issues materno-foetales tout en respectant les priorités cliniques de chaque situation.