

Y a-t-il des cancers contre lesquels il est inutile de s'acharner ?



Selon l'enquête Ipsos/Healthcare effectuée en décembre dernier à la demande de la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, sept Français sur dix n'ont jamais mis en place d'actions spécifiques pour réduire leur risque de cancer. Par ailleurs, l'enquête révèle qu'environ 84 500 hommes et 63 000 femmes meurent chaque année du cancer.

Avec Nicole
Delépine

Tout le monde réagit différemment à l'annonce de maladies graves comme les cancers. Quand certains se battent dans l'espoir de gagner quelques années supplémentaires, voire de guérir, d'autres préfèrent éviter les longues et douloureuses séances de chimiothérapie et tenter de continuer à vivre leur vie comme ils l'ont toujours vécue, sans rien changer. Mais que font ces derniers lorsqu'un traitement, par ailleurs très difficile à supporter, est présenté par plusieurs médecins comme la meilleure chance de survie ? Faut-il vraiment se battre ?

Dans [l'article When fighting cancer isn't worth it](#) ("Quand combattre un cancer n'en vaut pas la peine"), Mary F. Mulcahy, chercheuse au département d'oncologie de l'université américaine de Northwestern, revient pour le site Internet The Atlantic sur une procédure que beaucoup considèrent comme incroyable – notamment l'Institut français de cancérologie Gustave Roussy qui la qualifie de "technique innovante qui sauve des vies" –, certains toxiques, tandis que d'autres encore s'interrogent. **Cette opération, la chimiothérapie hyperthermique intra-péritonéale (CHIP), combine en fait chimiothérapie et chirurgie.**

Dans [un article du Washington Post](#), le journaliste Del Quentin Wilber décrit longuement l'opération réalisée par le célèbre chirurgien Paul Sugarbaker. Après avoir enlevé tous les nodules cancéreux visibles à l'œil nu – ce qui peut durer jusqu'à douze heures –, le chirurgien dilue et chauffe à 42°C pendant une heure les médicaments de chimiothérapie avant de les introduire et de les laisser circuler pendant près d'une heure dans une partie de l'abdomen (la cavité péritonéale). L'objectif étant d'éliminer les nodules cancéreux non visibles.

Le chirurgien aspire alors le liquide avec une pompe et referme enfin l'abdomen. Comme Mary F. Mulcahy l'explique, ce traitement est particulièrement lourd et s'il sauve en effet des vies, il est encore récent et toujours en cours d'évaluation. Des études montrent néanmoins que le traitement par CHIP "permet d'obtenir jusqu'à 48% de survie globale et 22% de survie sans récurrence à 5 ans chez des patients traités pour des métastases au niveau du péritoine alors que la survie globale à 5 ans est quasi nulle chez des patients traités classiquement par chimiothérapie intraveineuse".

Le risque de guérir n'est donc pas assuré à 100%. Or, pour un traitement aussi lourd pour lequel 1% des patients meurent pendant ou très peu de temps après l'opération, et près de 12% ont de graves problèmes postopératoires, il est important de se demander si cela vaut vraiment le coup. C'est d'ailleurs ce que font beaucoup de médecins qui s'interrogent sur l'utilité réelle de ce traitement. Bien sûr, tout dépend des cancers qu'il s'agit de soigner. Toujours est-il qu'une telle opération fait avancer le débat : faut-il toujours soigner tous les cancers, ou est-ce parfois inutile ?

Atlantico a demandé son avis à [Nicole Delépine](#), responsable de l'unité d'oncologie pédiatrique de l'hôpital universitaire Raymond Poincaré à Garches.

Atlantico : Faut-il toujours traiter tous les cancers ? Tous les moyens sont-ils bons ?

Nicole Delépine : Oui, il faut traiter tous les cancers, **ou plutôt tous les patients atteints de cancer et en tous cas proposer une perspective thérapeutique au sujet atteint, qu'elle soit agressive ou non, à visée curatrice ou palliative.**

Evidemment on ne peut pas répondre que tous les moyens sont bons. Il faudra au contraire les trier au milieu des nombreuses possibilités en fonction de la maladie précise du patient, de l'extension du cancer, de son âge et son état général et physiologique (comment marche son rein, son foie, son cœur etc. Que pourront tolérer ses organes ?).

Il faudra choisir avec le patient en fonction de son choix personnel. Mais dès cette étape, **on entre dans l'hypocrisie majeure liée au consentement dit "éclairé". Il est évident que dans la pratique courante l'avis du malade est le plus souvent biaisé, influencé, manipulé par le désir du professionnel.** Selon la formulation, les explications des options thérapeutiques et de leurs conséquences potentielles, le choix du patient sera orienté vers celui du médecin. La notion de consentement éclairé est souvent un rideau de fumée qui protège le médecin des conséquences médico-légales potentielles de ses décisions. Dix ans après la loi Kouchner des droits du malade de 2002 qui a introduit l'injonction d'informer le malade très largement, nous en voyons maintenant les effets pervers lorsqu'elle est appliquée sans "tact et mesure" dans l'objectif essentiel de se couvrir. Si la plupart d'entre nous, médecins, y étions très favorables tant l'opacité régnant dans certaines consultations nous interpellait, nous sommes aujourd'hui très souvent consternés par le ravage de cette obsession de "l'information" à tout prix, tout le temps, par tous pour jouer à Dieu ou à la voyante, ou /et pour se protéger le plus souvent.

La notion de choix par le patient brandi en étendard de la pseudo démocratie sanitaire est très relative. Elle met souvent le patient (ou les parents d'un enfant malade) dans une grande souffrance psychique supplémentaire. "C'est à mon médecin de choisir le mieux pour moi, je ne suis pas médecin, etc." L'information nécessaire et adaptée au souhait du patient est souhaitable, la décision repose sur le médecin dans tous les cas. Il est inutile et nuisible de faire croire au patient qu'il décide quand il va seulement appliquer nos choix sous influence.

La manipulation des patients censés choisir utilise de plus en plus souvent la famille (époux ou enfants devenus adultes convoqués séparément et sans l'avis du malade en cachette de celui-ci pour annoncer un pronostic vital défavorable et demander de fait l'aide de la famille pour influencer le malade. Cette pratique devenue quotidienne est illégale ; le médecin ne doit pas s'entretenir avec la famille sans l'accord du patient conscient, majeur et responsable. Cette pratique n'est autorisée que lorsque le patient est temporairement au moins "incapable" en cas de coma essentiellement.

Tout ceci pour dire que la notion facile à exprimer de : "c'est au patient de décider" est en pratique d'une grande difficulté. Le patient est un être souffrant, désemparé par ce qui lui arrive et d'évidence en abus de faiblesse potentielle. Il ne faut jamais l'oublier tout au long de son histoire médicale.

Traiter tous les malades veut dire en premier lieu ne pas les abandonner sous prétexte qu'ils ont une maladie grave potentiellement mortelle. La sensation d'abandon est à l'origine de la plupart des souhaits exprimés d'euthanasie ou de mort dite digne. La dignité est de ne pas abandonner les patients et lorsqu'ils sont entourés, leurs tendances suicidaires s'évanouissent pour le plus grand nombre. Le professeur Lucien Israël l'avait explicitement expliqué dans son livre La vie jusqu'au bout dès 1993.

Rien de pire pour un être humain que de se retrouver seul face à une épreuve aussi douloureuse. La compassion éventuelle de la famille ou des amis (qui disparaissent souvent très vite à l'annonce d'un cancer chez leurs proches) est insuffisante. La médecine qui se fait croire toute puissante tous les jours sur les médias doit répondre au patient atteint de cancer. Les forums Internet prouvent la souffrance psychique des patients sortant d'une consultation avec le verdict de mort à court terme et aucune proposition thérapeutique sauf (et pas toujours) l'inclusion dans un essai thérapeutique. De fait ces malades peuvent bénéficier régulièrement de traitements curatifs, parfois ; palliatifs, toujours qui vont les améliorer, les aider, les soulager tant physiquement que psychiquement. **C'est la vocation médicale. Soulager le patient.** Il va mourir, nous aussi, peut-être avant lui. Quel droit avons-nous de l'abandonner sous prétexte d'un pronostic défavorable ? Aucun. Ensuite nous allons voir en fonction de l'ensemble des données médicales citées plus haut quelles propositions on peut lui faire, en discuter honnêtement et ouvertement avec lui et les membres de sa famille ou amis, la ou les personnes qu'il choisira lui-même indépendamment des liens de parenté et toujours en sa présence sauf s'il nous demande directement de faire autrement.

Les choix proposés devront l'être en fonction des résultats publiés dans la littérature médicale évoquant les différentes possibilités et pas seulement l'essai ou le schéma en cours dans le centre où est soigné le patient. C'est la loi mais souvent "négligée" au sens psychique du terme. Parmi les options il faudra essayer de comprendre les arguments en fonction des auteurs des articles, plus ou moins indépendants des firmes pharmaceutiques et des assurances. Les commentaires à l'article du Washington Post sur une controverse sur la justification ou non de la technique de chimiothérapie intra-péritonéale à l'origine de vos questions, sont éloquentes car elles soulignent bien comment la notion de la balance coût-efficacité pour le patient, son assurance, son médecin a été omise dans l'article. Ces témoignages insistent sur le regard différent que porte un malade, un chercheur, un médecin, un assureur, un politique sur l'interprétation des résultats d'une technique, ici la CHIP. Gardons nous d'avoir des avis de "bien portants" : en situation de malade, ils pourraient s'avérer différents.

Que pensez-vous de ce traitement, le CHIP ?

Cette voie de recherche et de traitement qui n'est pas récente est intéressante et donne des résultats très positifs pour de nombreux malades. Les patients traités par cette méthode n'avaient devant eux qu'une espérance de vie très courte de quelques mois maximum au prix de souffrances physiques intenses. Cette modalité de traitement couplée leur apporte pour au moins la moitié d'entre eux une espérance de vie de plusieurs années. La mortalité supposée à près de 5% est probablement plus faible entre de bonnes mains. A titre d'exemple, une publication hollandaise de 2009 rapporte son expérience de cette technique chez 67 patients atteints d'une carcinose péritonéale en rapport avec un cancer du colon ou gastrique dont 53 ont pu bénéficier de la procédure complète associant chirurgie et chimiothérapie locale avec réchauffement associé. Dans cette étude assez large, la mortalité a été

nulle dans les trente jours post opératoires. Les ennuis secondaires notés ont été une paresse gastrique (11%), des abcès abdominaux (9%), une rupture d'anastomose (11%). Il ne faut pas oublier que parmi ces complications certaines seraient éventuellement survenues sans la CHIP sur un ventre plein de nodules cancéreux. La survie à 2 ans des patients est de 75 % dans cette étude ce qui n'est pas négligeable dans une situation aussi désespérée avec les chimiothérapies classiques^[1].

La lecture de la littérature médicale et de témoignages directs de patients montre que cette technique est prometteuse et mérite de faire partie de l'arsenal thérapeutique à discuter avec le malade qui peut en bénéficier. Le recul est de plus d'une décennie et rien n'explique qu'elle puisse être présentée comme tombée du ciel récemment. On aimerait connaître son coût actuel afin de mieux comprendre l'article du Washington Post et les réticences récentes à son sujet. Est-ce depuis que l'assurance santé pour tous instaurée par Obama est confirmée ? Peur des coûts ? **Il est étonnant de la présenter comme une intervention particulièrement lourde et douloureuse en des termes qui conduisent à y renoncer avant d'y réfléchir. Les assureurs ne sont probablement pas étrangers à ce type de présentation partisan.**

Aucun traitement ne garantit la guérison dans tous les cas. Refuser un traitement dont les chances de guérir qui ne sont pas à 100% éliminerait tous les traitements pour les cancers ou toute autre maladie. C'est incompatible avec la médecine. Un risque thérapeutique de décès de 1% dans le contexte de maladies gravissimes qui tuent spontanément dans presque 100% des cas en quelques mois est un risque acceptable. Les autres traitements médicaux proposés ont aussi beaucoup de risques et n'offrent que beaucoup moins d'espoirs.

Pour le bien moral du patient et de sa famille, ne faudrait-il pas mieux dans certains cas stopper tous les traitements ?

Nous connaissons trop ces situations de plus en plus fréquentes pour savoir combien elles sont éprouvantes pour le malade et sa famille. Rejetés par la médecine académique, ils se ruent vers les autres types de médecine dans lesquelles ils trouvent parfois réconfort moral mais aussi charlatanisme.

Comme je l'ai souligné plus haut, l'abandon est le pire qui puisse arriver à un patient et son regard quand il vous le raconte ne trompe pas. Cela ne veut pas dire qu'il faut faire tout et n'importe quoi. **Il existe de nombreuses possibilités thérapeutiques à visées curatrice et palliative. Mais renvoyer un malade chez lui en lui assénant qu'il n'y a plus rien à faire et qu'il se débrouille avec son médecin traitant est scientifiquement faux, inhumain et contraire à notre éthique et notre code de déontologie .**

Cela signifie en clair pour le patient et le médecin traitant qui en hérite, que ce malade n'est plus intéressant pour la "science". Faire croire que le malade pourra continuer sa vie "comme avant" sans rien changer, en refusant les traitements, quels qu'ils soient, est loin de la réalité clinique. Si un homme ou une femme a appris qu'il a un cancer, rien ne sera plus jamais comme avant et ne pas s'en occuper le ruinera de l'intérieur même s'il fait bonne figure auprès des siens. Il ressentira une souffrance psychique majeure et c'est parmi ces patients que se recruteront les adeptes de l'euthanasie. Pour que cette souffrance extrême s'arrête.

C'est sans compter également avec les souffrances physiques qui apparaîtront plus ou moins rapidement. Dans l'exemple de la carcinose péritonéale choisie ici, les troubles intestinaux décrits comme conséquences des traitements arriveront également en dehors d'eux avec risque d'occlusion intestinale et surinfection, donc péritonite toutes génitrices d'énormes douleurs. **Faire croire à un patient qu'il ne risque "que la mort" et dans l'intervalle "la vie comme avant" est un leurre. Je n'ose penser que cet abandon soit économiquement rentable et le malade soit orienté ainsi dans cette optique.** Mais il faut se poser la question : pourquoi délaisser les patients ? Un malade peut toujours bénéficier de l'aide de la médecine qui saura adapter les moyens proposés à ce patient précis, sa maladie et ses souhaits sans acharnement mais aussi sans abandon. C'est notre devoir de médecin et d'homme.

[1] Eur J Surg Oncol. 2009 Aug;35(8):833-7.. Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for peritoneal carcinomatosis from colorectal and gastrointestinal origin shows acceptable morbidity and high survival.

Hagendoorn J, van Lammeren G, Boerma D, van der Beek E, Wiezer MJ, van Ramshorst B.

Department of Surgery, St Antonius Hospital, Nieuwegein, The Netherlands.