



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2021

Thèse N°208

Qualité de vie des patientes traitées par radio- chimiothérapie concomitante pour cancer du col utérin

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11/11/2021

PAR

Mlle. **Asmaa MOURHRI**

Née Le 15/10/1996 à MARRAKECH

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Qualité de vie-Cancer- col utérin-Radiothérapie-chimiothérapie

JURY

Mme. **A. BASSIR**

Professeur de gynécologie-obstétrique

PRESIDENT

Mme. **M. KHOUCHANI**

Professeur de Radiothérapie

RAPPORTEUR

Mme. **L. ADARMOUCH**

Professeur agrégée de médecine communautaire

} JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ
عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي ۖ إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي
مِنَ الْمُسْلِمِينَ





Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

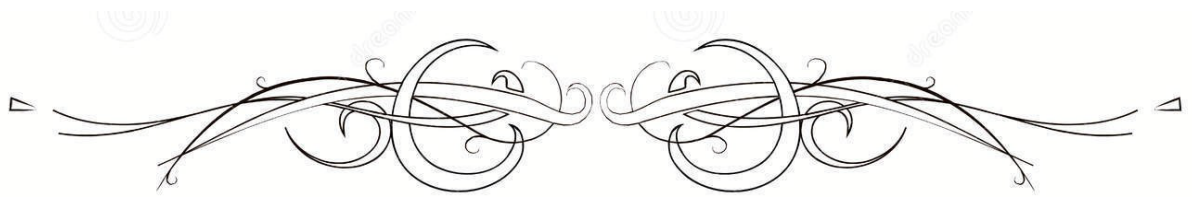
Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

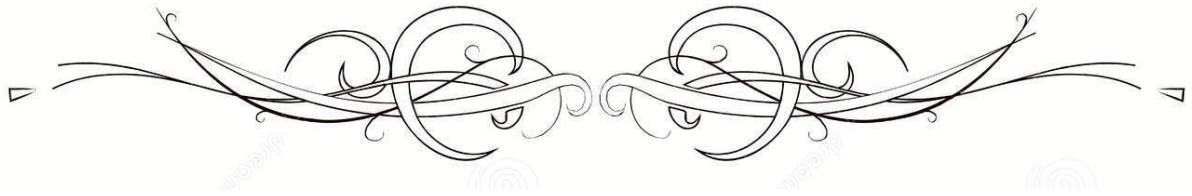
Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
ALJ Soumaya	Radiologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie

AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAKMICHI MohamedAmine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirumaxillo faciale
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale

CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SORAA Nabila	Microbiologie – Virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillofaciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladiesmétaboliques	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive,santé publique et hygiène)	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie- embryologie cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale

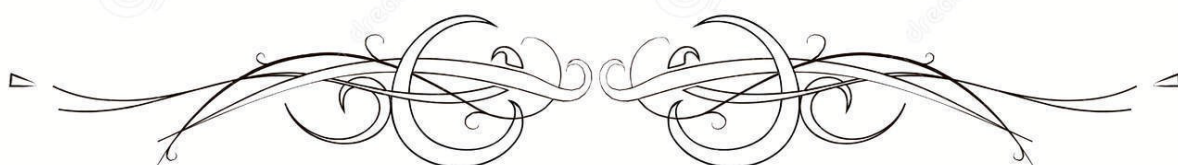
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino – Laryngologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique		

Professeurs Assistants

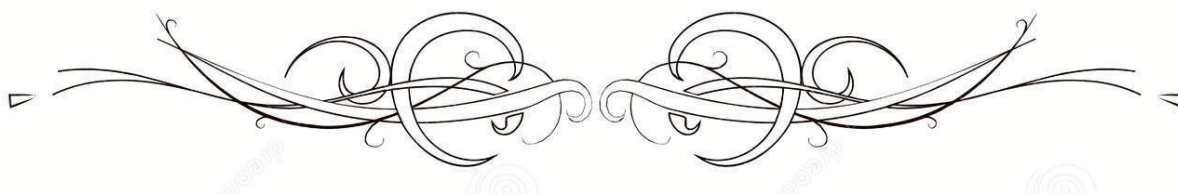
Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	HAJJI Fouad	Urologie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	Hammoune Nabil	Radiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	HAZIME Raja	Immunologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAHMINI Widad	Pédiatrie

BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BELLASRI Salah	Radiologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUERAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAGGABI Amine	Neurologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAI Asma	Informatique
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	WARDA Karima	Microbiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	YAHYA OUI Hicham	Hématologie
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation	ZOUITA Btissam	Radiologie
EL-QADIRY Rabiya	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 23/06/2021



DÉDICACES





بسم الله الرحمن الرحيم





Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse...

*A Allah, Tout puissant
Qui m'a inspiré et m'a guidé vers le bon chemin Je vous dois ce que je
suis devenu
Louanges et remerciements pour votre clémence et votre miséricorde*

*A la mémoire de ma grand-mère maternelle Amina Kharbouch
A la mémoire de ma grand-mère paternelle Fatima Mouhssine*

*Ce travail est dédié à ma grand-mère décédée, qui m'a toujours poussé
et motivé dans mes études. J'aurai tant aimé que tu sois présente
aujourd'hui. J'espère que, du monde qui est sien maintenant, il
apprécie cet humble geste comme preuve de reconnaissance de la part
d'une fille qui a toujours prié pour le salut de son âme. Puisse Dieu, le
tout puissant, l'avoir en sa sainte miséricorde et l'accueillir dans son
éternel paradis.*

*A mes très chers parents :
Ilham Janta et Abdelmajid mourhri
Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je
vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les
efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour
mon instruction et mon bien-être.*

*C'est à travers vos encouragements que j'ai opté pour cette noble
profession, et c'est à travers vos critiques que je me suis réalisée.
J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi et
réalisés aujourd'hui l'un de vos rêves. Je vous rends hommage par ce
modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon
amour infini.*

*Vous résumez si bien le mot parents qu'il serait superflu d'y ajouter
quelque chose.*

Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant le chemin de vos enfants.

Je vous aime papa et maman.

A Ma très chère sœur et son mari : Mariam et Kamal

A Mon cher frère et sa femme : Abdelilah et Oulaya

Vous savez que l'affection et l'amour fraternel que je vous porte sont sans limite. Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et des liens de sang qui nous unissent. Puissions-nous rester unis dans la tendresse et fidèles à l'éducation que nous avons reçue. Je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi Je vous aime.

A mon cher fiancé : Yassine Damouny

Merci pour ton amour, ton soutien et tes encouragements qui ont toujours été pour moi d'un grand réconfort. Sans ton aide, tes conseils et tes Encouragements, ce travail n'aurait vu le jour. Merci pour ton soutien Et d'être toujours là pour moi. Je te dédie ce travail qui est aussi le tien, en implorant DIEU le tout puissant de nous accorder une longue vie de bonheur, de prospérité et de réussite,

En te souhaitant le brillant avenir que tu mérites et de nous réunir dans L'au-delà inchaALLAH.

A ma grand-mère paternelle Zahra

Tes prières et ta bénédiction m'ont été un refuge lors de mes moments pénibles de ma vie.

*Je vous dédie en témoignage de mes immenses affections
Que dieu tout puissant vous préserve et vous procure santé
inchaalah.*

*A mes chères tantes Touria, Fatima, Hakima, Aicha, Khadija, Fatima,
Fatima, Malika, Jamila, Naïma, Halima, Touria, Zoubida, laaziza,
Latifa et leurs maris*

*A Mes très chers oncles Mohamed, Abdelhadi, Toufiq, Azzedine et
abdesadaq*

A mes chers cousins et cousines :

*Vous aviez toujours su rendre, les moments les plus difficiles, plus
joyeux.*

*J'ai une chance d'être née dans une famille si aimante, si généreuse
si chaleureuse*

*Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection en
souvenirs de notre indéfectible union.*

Que Dieu vous garde pour nous.

*A mes cher(e)s ami(e)s : Malak, Yousra, Jihane, Houda, Aya,
Soukaina, kaoutar, salah, salah, abdelouahab, Loubna, Chaïmaa,
Sara, yassine, Mariam, ayoub, Saad, Ayoub, Inass, Youness, Ahlam,
Noussaïba, zineb, Oumaïma, Yassine, Naziha*

*Vous êtes le modèle idéal des meilleures et fidèles amies que tout le
monde rêve d'avoir*

*Vous étiez là pour me prendre la main lors de mes moments les plus
sombres.*

*Nos chemins seront séparés mais notre amitié demeurera à
jamais En témoignage de nos beaux souvenirs, rires et les
moments qu'on a partagés ensemble je vous dédie ce travail.*

*A Dr Mohamed Mabchour, Dr Bouchra Benazza et à tout le personnel
de centre de santé Dar tounssi*

*Un souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et
aux liens solides qui nous unissent .Un grand merci pour votre
soutien, vos encouragements, votre aide. Avec toute mon affection
et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur,
autant dans votre vie professionnelle que privée.*

*A professeur DARFAOUI Mouna Professeur Assistante de
radiothérapie*

*Il m'est impossible de dire en quelques mots ce que je vous dois. Vous
m'avez fait le grand honneur de m'aider dans ce travail en consacrant*

de votre temps précieux pour le parfaire. Ce travail est le fruit de vos efforts. Soyez-en remercié du fond du cœur et recevez, cher professeur, mes sincères sentiments de reconnaissance, de respect et de profonde sympathie. Merci pour tout ce que vous avez fait. Merci d'avoir été si patiente avec moi et de m'avoir aidé dans les moments les plus difficiles. J'espère être digne de votre confiance, et je vous prie, cher professeur, d'accepter ma profonde reconnaissance et ma haute considération

A Dr ELANIGRI Mariem, Dr IHARTI Rokkaya et Dr EL-KHADIR Youness:

Résident(e)s au service d' oncologie-radiothérapie.
Nous vous remercions pour vos conseils prodigieux, votre disponibilité et votre compétence qui nous ont été d'une grande aide à la réalisation de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et grande admiration

A Dr MANSOURY Ouassim et Dr ESSOLI Samira :

Résident(e)s au service de médecine communautaire et épidémiologie au CHU Mohammed VI de Marrakech.

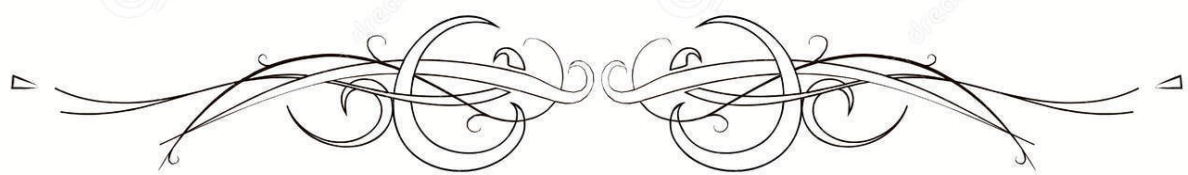
Je vous remercie infiniment pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance. Veuillez accepter dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect.

A Tous mes enseignants du primaire, collège, lycée, et de la faculté de médecines et pharmacie de Marrakech

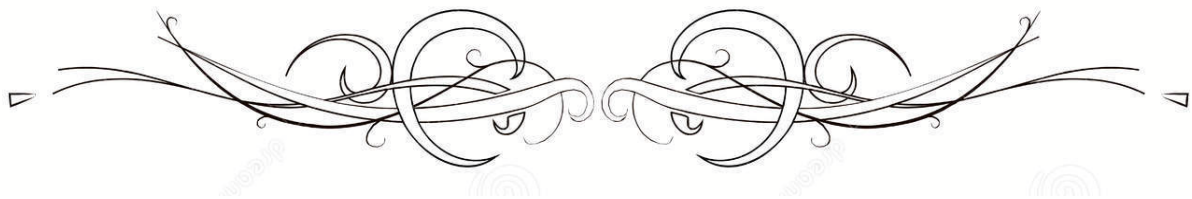
Aucune dédicace ne saurait exprimer le respect que je vous

*apporte de même que ma reconnaissance pour tous les sacrifices
consentis pour ma formation, mon instruction et mon bien être.
Puisse Dieu tout puissant vous procurer santé, bonheur et longue
vie.*

*A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de les citer
Je vous dédie ce travail modeste.....*



REMERCIEMENTS



A notre maître et présidente de thèse :

*Mme. BASSIR Ahlam Professeur de gynécologie-obstétrique au
CHU Mohammed VI de Marrakech.*

*Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger
et de présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence
et votre sens du devoir nous ont énormément marqués.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération
et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques
et humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner
notre profonde gratitude.*

A notre maître et rapporteur de thèse :

*Mme. KHOUCHANI Mouna Professeur, chef de service d'oncologie-
radiothérapie et directrice du COH de Marrakech.*

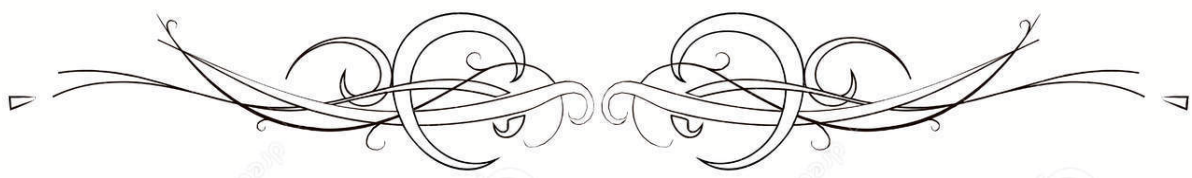
*Un grand merci pour avoir accepté de diriger ce travail. Votre bonté,
votre modestie, votre compréhension, ainsi que vos qualités
professionnelles ne peuvent que susciter ma grande estime.*

*Vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines m'ont
profondément émue et resteront pour moi un exemple à suivre.*

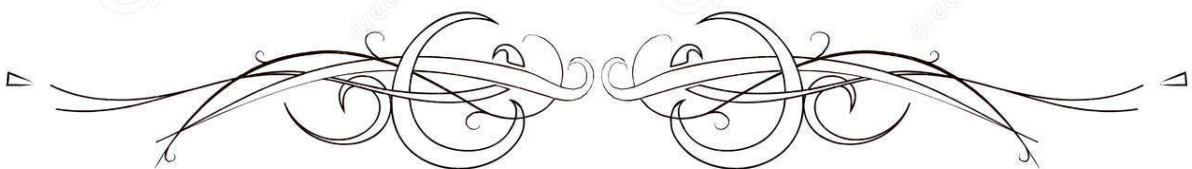
A notre maître et juge de thèse :

*Mme. ADARMOUCH Latifa Professeur Agrégé de médecine
communautaire (médecine préventive, santé public et hygiène) au
CHU Mohammed VI de Marrakech.*

*C'est pour nous un très grand honneur que vous acceptiez de siéger
parmi notre honorable jury. Vos compétences professionnelles et vos
qualités humaines seront pour nous un exemple dans l'exercice de la
profession. Recevez cher maître l'expression de notre grand respect et
l'assurance de notre grande admiration.*



FIGURES & TABLEAUX



Liste des figures :

- Figure 1** : Répartition des malades en fonction de l'âge.
- Figure 2** : Répartition des patientes en fonction de statut marital.
- Figure 3** : Répartition des patientes selon leur origine.
- Figure 4** : Répartition des patientes selon la profession.
- Figure 5** : Répartition des patientes selon le niveau socio-économique.
- Figure 6** : Age du début de l'activité sexuelle.
- Figure 7** : Répartition des malades selon la parité.
- Figure 8** : Répartition des malades selon l'âge jeune à la première grossesse.
- Figure 9** : Répartition des malades selon la présence ou l'absence des infections génitales à répétition.
- Figure 10** : Signes associés extra-gynécologiques.
- Figure 11** : Délai avant la consultation.
- Figure 12** : Répartition en fonction du type histologique.
- Figure 13** : Répartition des patientes selon le stade clinique (classification FIGO).
- Figure 14** : Répartition selon la chirurgie.
- Figure 15** : Répartition des patientes selon la classification post opératoire.
- Figure 16** : Répartition des malades selon les délais avant traitement par RCC.
- Figure 17** : Evolution post thérapeutique.
- Figure 18** : Répartition des malades selon le traitement antalgique reçu.
- Figure 19** : Répartition des malades selon l'utilisation d'un traitement psychotrope.
- Figure 20** : Répartition des malades selon la transfusion reçue.
- Figure 21** : Répartition des malades selon l'utilisation d'un traitement martial de

l'anémie.

Figure 22 : Répartition des malades selon la réalisation d'une néphrostomie / monté de sonde JJ.

Figure 23 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 1.

Figure 24 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 2.

Figure 25 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 3.

Figure 26 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 4.

Figure 27 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 5.

Figure 28 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 6.

Figure 29 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 7.

Figure 30 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 21.

Figure 31 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 22.

Figure 32 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 23.

Figure 33 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 24.

Figure 34 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 20.

Figure 35 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 25.

Figure 36 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 26.

Figure 37 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 27.

Figure 38 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 29.

Figure 39 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 30.

Figure 40 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 1.

Figure 41 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 2.

Figure 42 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 3.

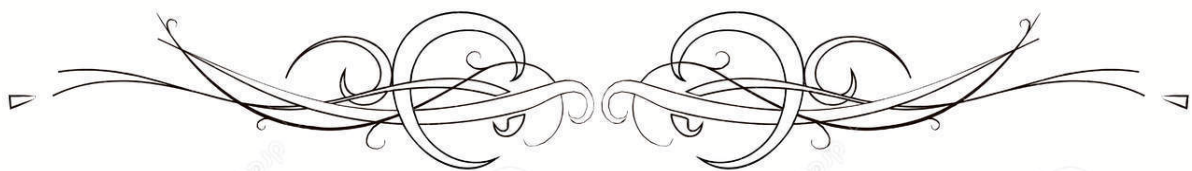
Figure 43 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 4.

Figure 44 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 5.

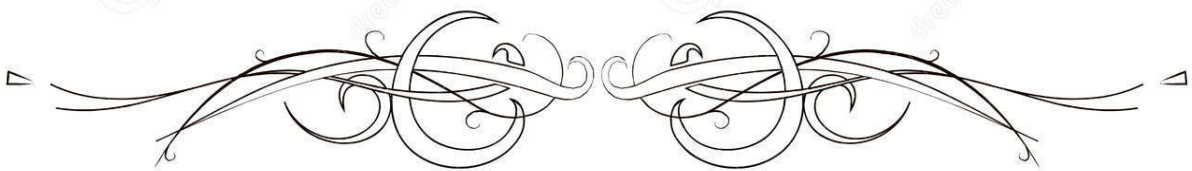
- Figure 45** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 6.
- Figure 46** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 7.
- Figure 47** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 8.
- Figure 48** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 9.
- Figure 49** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 10.
- Figure 50** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 11.
- Figure 51** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 12.
- Figure 52** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 13.
- Figure 53** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 14.
- Figure 54** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 15.
- Figure 55** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 16.
- Figure 56** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 17.
- Figure 57** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 18.
- Figure 58** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 19.
- Figure 59** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 20.
- Figure 60** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 21.
- Figure 61** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 22.
- Figure 62** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 23.
- Figure 63** : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 24.
- Figure 64** : Modification du modèle de Wilson et Cleary indiquant le potentiel d'une interaction à double sens entre plusieurs composants du modèle (Osoba2007).
- Figure 65** : Illustre le concept de qualité de vie incluant une évaluation globale et pluridimensionnelle.

Liste des tableaux

Tableau I	: Répartition des patientes selon le nombre de leurs enfants.
Tableau II	: Répartition des patientes selon la Couverture sanitaire.
Tableau III	: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.
Tableau IV	: Pourcentage des malades enquêtés selon les antécédents personnels médicaux.
Tableau V	: Signes révélateurs.
Tableau VI	: Complications aiguës liées à la radiothérapie.
Tableau VII	: Complications chroniques liées à la radiothérapie.
Tableau VIII	: Complications liées à la chimiothérapie.
Tableau IX	: Le score moyen et le score normalisé des échelles fonctionnels.
Tableau X	: Le score moyen et le score normalisé des échelles symptomatiques.
Tableau XI	: Le score des dimensions de QLQ-CX24.
Tableau XII	: Domaines et scores de l'EORTC CX 24.
Tableau XIII	: Moyenne d'âge dans différentes séries.
Tableau XIV	: Tableau comparatif des différentes données sociodémographiques des malades atteints de cancer du col utérin.
Tableau XV	: Répartition des patientes selon les facteurs de risques infectieux.
Tableau XVI	: Les différentes séries et la symptomatologie révélatrice dans chacune.
Tableau XVII	: Comparaison entre nos scores normalisés et les données de la littérature (QLQ-C30).
Tableau XVIII	: Comparaison entre nos scores et les données de la littérature (QLQ-CX24).

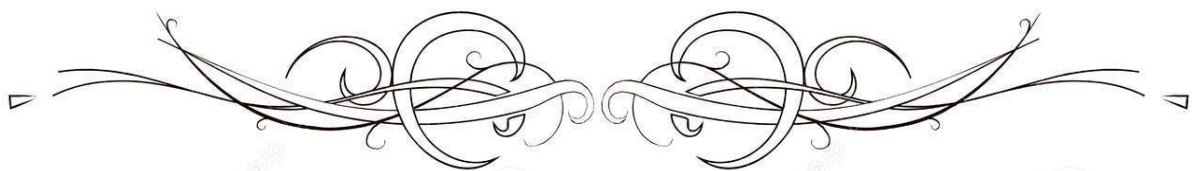


ABRÉVIATIONS

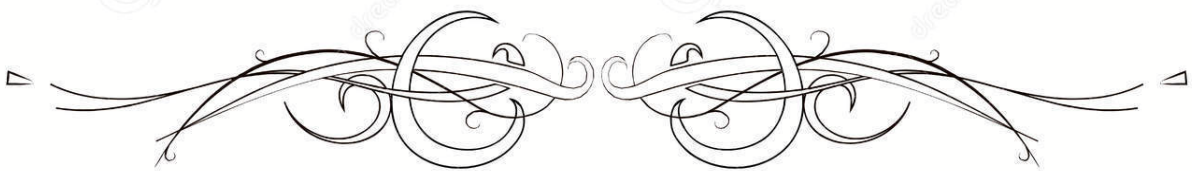


Liste des abréviations

CCU	:cancer du col de l'utérus
CG	:culot globulaire
DSM IV	:Diagnostic and Statistical Manual of Mental quatrième édition
EORTC	:L'organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer
FACT-An	:Functionnal Assessment Cancer Treatment- Anemia
FACT-G	:Functionnal Assessment Cancer Treatment-General
FDA	:Food and Drug Administration
FIGO	:Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique
HSV	:Herpès simplex virus
IARC	:l'International Agency for Research on Cancer
IST	:Infection sexuellement transmissible
MINI	:Mini-International Neuropsychiatric Interview
NCCN	:National Comprehensive Cancer Network
OMS	:l'Organisation Mondiale de la santé
QDV	:Qualité de vie
RCC	:Radio-chimiothérapie concomitante
RRP	:Résultats rapportés par les patients
SCC	:Squamous-Cell Carcinoma
VPH	:Virus du Papillome Humain



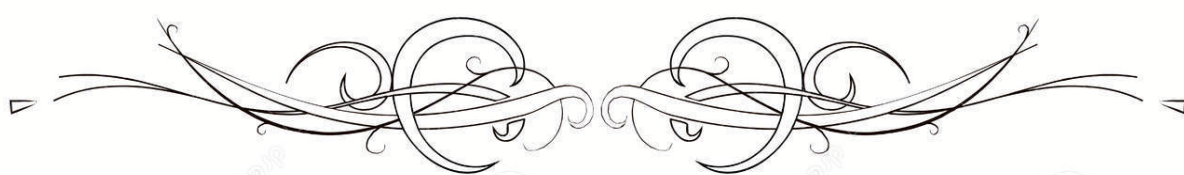
PLAN



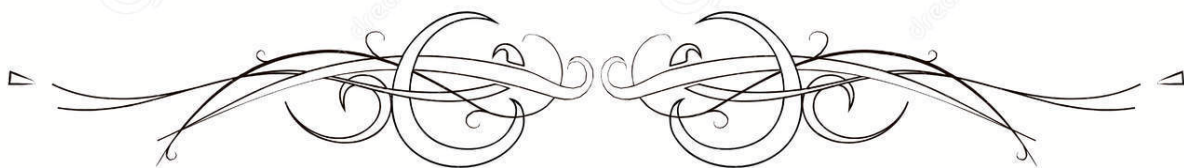
INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
RESULTATS	9
I. Etude descriptive	10
1. Données sociodémographiques	10
2. Facteurs de risque	15
3. Etude clinique	18
4. Etude anatomopathologique	20
5. Moyens thérapeutiques	21
6. Complications thérapeutiques	23
7. Evolution post thérapeutique	26
8. Autres traitements reçus	27
II. La qualité de vie des patientes : réponse au QLQ –C30	30
1. Echelles fonctionnels	30
2. Echelles symptomatiques	40
3. Etat de santé globale	42
II. La qualité de vie des patientes : réponse au QLQ–CX24	43
1. Les symptômes fonctionnels (Items 1 à 14)	43
2. Image corporelle (Items 15 à 17)	52
3. Activité sexuelle (Items 18 à 24)	54
4. Les scores des dimensions de QLQ–CX24	59
DISCUSSION	60
I. Généralités sur la qualité de vie relative à la santé	61
1. Définition	61
2. Mesure de Qdv	66
3. Questionnaire EORTC QLQ–C30	68
4. Questionnaire EORTC QLQ–CX24	69
5. Limites de mesures de la Qdv	70
II. Etude épidémiologique	71
1. Données sociodémographiques	71
2. Caractéristiques cliniques et anatomopathologiques	74
II. Discussion des différentes dimensions du score QLQ–C30	76
1. Echelles fonctionnels	76
2. Echelles symptomatiques	83
3. Etat de santé globale	87
4. Comparaison entre nos scores normalisés et les données de la littérature (QLQ–C30)	88
V. Discussion des différentes dimensions du score QLQ–CX24	89
1. Les symptômes fonctionnels	89
2. Image corporelle	91
3. Activité sexuelle	92
4. Comparaison entre nos scores et les données de la littérature (QLQ–	96

CX24)

V. Recommandations	96
1. Comment améliorer la qualité de vie du patient cancéreux	96
2. La réhabilitation des malades atteints du cancer	100
CONCLUSION	102
RESUMES	106
ANNEXES	111
BIBLIOGRAPHIE	120



INTRODUCTION



La maladie néoplasique est un problème de santé publique par sa gravité et sa complexité. Qui dit cancers dit un bouleversement de la vie aussi bien des patients atteints que celle de leurs familles. En dépit des progrès réalisés en matière de diagnostic, de prise en charge thérapeutique et de prévention, c'est toujours une maladie grave dont la survenue affecte tous les volets de la vie de l'individu et les dépasse pour atteindre son entourage proche et sa sphère sociale. Ce retentissement a plusieurs dimensions, outre la condition physique, il concerne aussi la santé psychologique et la vie socioéconomique. [1]

Le cancer du col de l'utérus (CCU) représente la quatrième cause de cancer et de décès par cancer chez les femmes dans le monde. Selon les estimations de l'International Agency for Research on Cancer (IARC) en 2018, l'incidence mondiale est évaluée à 570 000 nouveaux cas par an dont plus de 80 % surviennent dans les pays en voie de développement. [2]

Au Maroc, le CCU représente un problème majeur de santé publique. Il se classe au deuxième rang, après le cancer du sein chez les femmes marocaines, en termes d'incidence et de mortalité avec plus de 3300 nouveaux cas et près de 2500 décès recensés chaque année. [3-4]

Son incidence ne cesse de régresser depuis près de trois décennies dans la plupart des pays industrialisés grâce à la généralisation du dépistage et de la vaccination. [5]

Le traitement de ce cancer est multimodal. En fonction du stade de la maladie on peut faire appel à la chirurgie, la radiothérapie externe, la curiethérapie ou la chimiothérapie d'où l'intérêt de prendre les décisions thérapeutiques en réunions de concertation pluridisciplinaire afin d'optimiser la prise en charge de ces patientes. [6]

L'association radio-chimiothérapie est le standard pour le traitement du cancer du col utérin à partir du stade IB3 FIGO. [7] Elle permet d'améliorer significativement les taux de survie globale, sans récurrence et de même le taux de dissémination métastatique à distance. [8]

Ces traitements peuvent être responsables d'effets secondaires ou de séquelles tardives qui peuvent affecter la qualité de vie (QDV) des patientes. L'évaluation de cette dernière est essentielle pour mieux éclairer les décisions cliniques en fournissant des informations sur les expériences des patientes en matière de maladie et de traitement.

L'organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC) a développé un instrument de base utilisable pour l'évaluation de la QDV des patients de toutes les localisations cancéreuses (Questionnaire EORTC QLQ-C30) mais qui peut s'articuler avec des questionnaires plus spécifiques à certaines localisations notamment le questionnaire QLQ-CX24 pour le cancer du col utérin.

Dans ce travail, nous allons évaluer la qualité de vie chez des patientes traitées par radio-chimiothérapie concomitante pour cancer du col utérin au service d'oncologie-radiothérapie Marrakech.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. But de l'étude :

Notre étude a pour objectif l'évaluation de la qualité de vie des patientes traitées par radio-chimiothérapie concomitante pour cancer du col utérin au service d'oncologie-radiothérapie (Marrakech) sur une période de 6 mois entre janvier 2021 et Juin 2021.

II. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude quantitative prospective.

III. Echantillonnage :

La taille de l'échantillon : 120 cas

1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus :

- Patientes ayant un cancer du col utérin confirmé histologiquement
- Patientes traitées par radio-chimiothérapie concomitante
- Patientes ayant donné un consentement oral éclairé pour participer à l'étude

2. Critères d'exclusion :

Ont été exclus de l'étude :

- Toute les patientes non autonomes, porteuse de maladies neurologiques ou cognitives graves pouvant fausser la réponse au questionnaire.

IV. Déroulement de l'étude:

1. Recrutement des patientes :

Un entretien téléphonique a permis de contacter les patientes qui ont été suivies au service d'oncologie-radiothérapie (Marrakech) pour un cancer du col utérin et qui ont été

traitées par radio-chimiothérapie concomitante.

2. Recueil des données :

- Les dossiers médicaux de service d'oncologie et de radiothérapie Marrakech
- Une fiche d'exploitation comportant des questionnaires validés pour chaque patiente individuellement dans le cadre d'un entretien téléphonique.

3. Fiche d'exploitation :

La fiche d'exploitation comporte deux parties :

a. Variables sociodémographiques et paramètres cliniques

Cette partie comporte des renseignements relatifs aux :

- Données sociodémographiques
- Données environnementales
- Et données cliniques

Qui ont été remplies essentiellement à partir des dossiers médicaux et complétées par l'entretien téléphonique.

b. Données de la qualité de vie

Pour répondre mieux aux objectifs, la qualité de vie a été mesurée à l'aide de deux questionnaires validés, élaborés par l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement des cancers (EORTC) ; le questionnaire QLQ-C30 (annexe 1) et le QLQ-CX24 (annexe 2).

Le questionnaire EORTC QLQ-C30 comprend 28 questions répartis en 5 échelles fonctionnelles et 3 échelles symptomatiques. Il se termine par deux échelles visuelles analogiques supplémentaires centrées sur le bien être générale du patient.

Le questionnaire QLQ-CX24, qui est spécifique pour le cancer du col utérin, comprend 24 questions abordant certains aspect des dimensions de la qualité de vie notamment les symptômes fonctionnels, l'image corporelle et l'activité sexuelle.

V. Considérations éthiques :

Pour protéger la confidentialité des patientes, le questionnaire était anonyme. Les objectifs et les implications du travail leur furent bien expliqués. Le questionnaire était rempli après obtention du consentement verbal de la patiente.

VI. Etude statistique :

1. Calcul des scores :

a. Le questionnaire QLQ-C30

Les scores des différentes dimensions des questionnaires sont calculés séparément, ils sont obtenus en calculant la moyenne des items renseignés de chaque dimension.

Les scores bruts vont de 1 à 4 pour toutes les dimensions, sauf la dimension « Etat de santé global » dont le score varie de 1 à 7.

Des scores normalisés sont calculés tels que 0 correspond à la pire qualité de vie et 100 à la meilleure pour les dimensions multi-items. En ce qui concerne les symptômes, 0 correspond à leur absence et 100 à leur présence permanente.

Les scores sont calculés de la manière suivante :

$$\text{Score brut} = SB = (I1 + I2 + \dots + In) / n$$

Avec : I1, I2,..., In : correspondent aux items qui forment la dimension

n : Nombre d'items renseignés

- ❖ Pour les dimensions fonctionnelles : Score normalisé = $(1 - (SB - 1) / \text{étendue}) \times 100$
- ❖ Pour les dimensions symptômes: Score normalisé = $((SB - 1) / \text{étendue}) \times 100$

L'étendue est la différence entre les réponses minimales et maximales possibles.

b. Le questionnaire QLQ-CX24

C'est un auto-questionnaire de qualité de vie générale spécifique pour les patientes traitées pour un cancer du col utérin. Il a été élaboré en 2006 par l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC) [39]. Il comprend 24 questions abordant certains aspects des dimensions de la qualité de vie : les symptômes fonctionnels (EORTC 1), l'image corporelle (EORTC 2) et l'activité sexuelle (EORTC 3). Chaque question est scorée de 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup) et est limitée dans le temps.

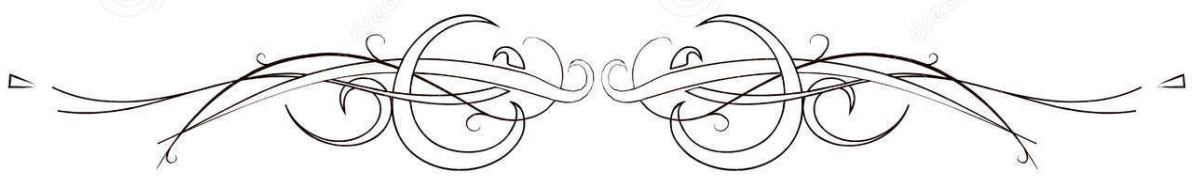
Plus le score total est élevé, plus la qualité de vie est altérée. Les questions 19 et 24 sont inversées dans le calcul du résultat. Les questions 20 à 24 sont optionnelles.

En cas de non réponse à celles-ci, le domaine EORTC3 n'est pas comptabilisé dans le score total.

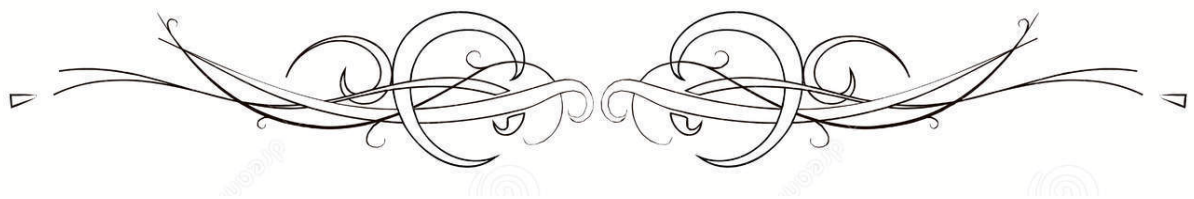
2. Etude statistique :

Une étude descriptive des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes a été effectuée. Pour décrire les scores de qualité de vie, nous avons calculé les moyennes et écarts-type, minimum et maximum.

Les données récoltées ont toutes initialement été colligées dans un tableur Excel. Ces données ont par la suite été traitées par le logiciel SPSS version 21.



RÉSULTATS



I. Etude descriptive

1. Données sociodémographiques

1.1. L'âge

L'âge moyen des patientes était de 51,9 ans avec des extrêmes allant de 31 à 76 ans.

La tranche d'âge la plus touchée était située entre 51 et 60ans et représentait 36,6% des cas.

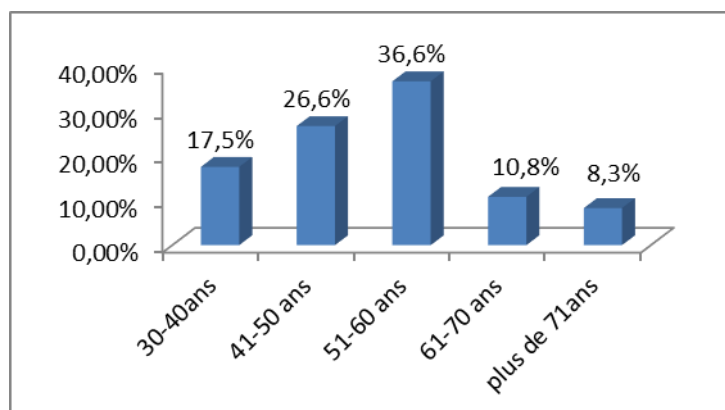


Figure n°1 : Répartition des malades en fonction de l'âge.

1.2. Statut marital :

90 patientes étaient mariées (75%) ,18 patientes étaient célibataires (15%), 7 patientes étaient divorcées (5,8%), 5 patientes étaient veuve (4,1%).

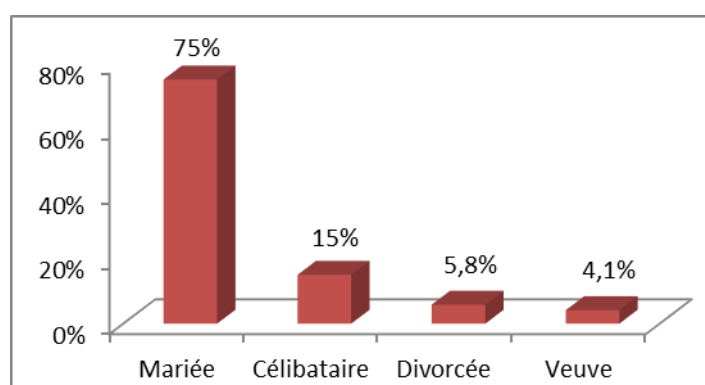


Figure n°2 : Répartition des patientes en fonction de statut marital.

1.3. Origine :

80,8% des patientes incluses dans notre étude étaient d'origine urbaine.

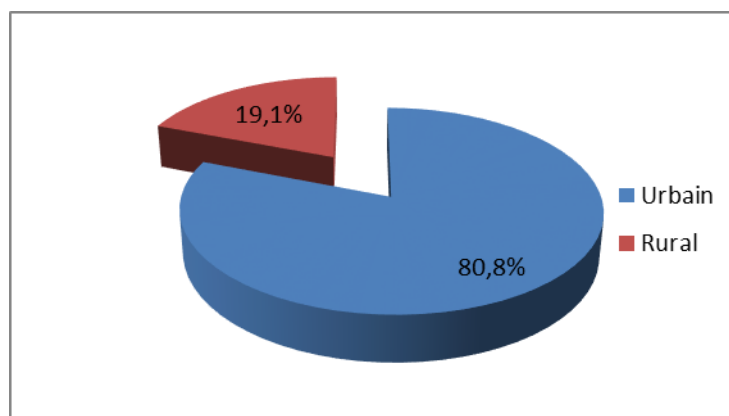


Figure n° 3: Répartition des patientes selon leur origine.

1.4. Nombre d'enfant :

50,8% des patientes étaient multipares, 10,8% étaient secondipares, 22,5% étaient primipares, 15,8% étaient nullipares.

Tableau I : Répartition des patientes selon le nombre de leurs enfants.

Nombre d'enfant	Nombre des cas	pourcentage
Multipares (3-6 pares)	61	50,8%
Secondipares (2 pares)	13	10,8%
Primipares	27	22,5%
Nullipares	19	15,8%
Total	120	100%

1.5. Profession :

La majorité des patientes étaient femmes au foyer (88,3%), seul 5,8% des patientes étaient actives.

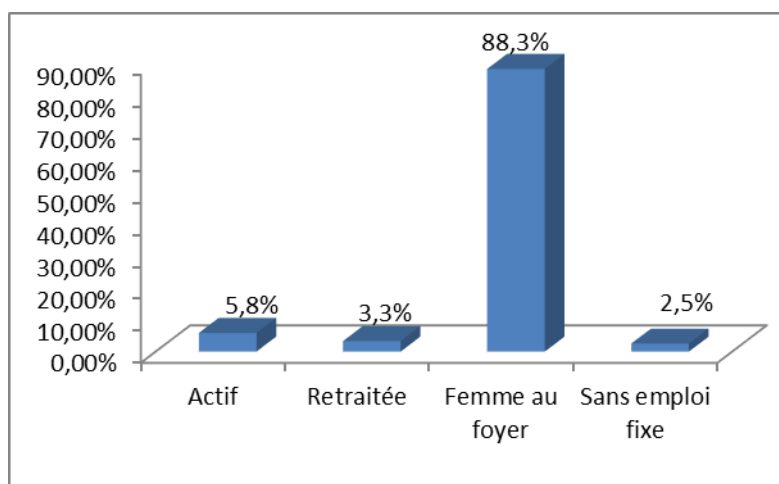


Figure n° 4: Répartition des patientes selon la profession.

1.6. Couverture sanitaire :

35,8% des patientes avaient une couverture sociale type Ramed, 18,3% des patientes étaient mutualistes, 45,8% étaient sans couverture sanitaire.

Tableau II : Répartition des patientes selon la Couverture sanitaire.

Couverture sanitaire	Nombre des cas	Pourcentage
Ramed	43	35,8%
Mutuelle	22	18,3%
Rien	55	45,8%
Total	120	100%

1.7. Niveau socio-économique :

Plus des deux tiers des patientes étaient issues d'un niveau socio-économique bas (70,8%).

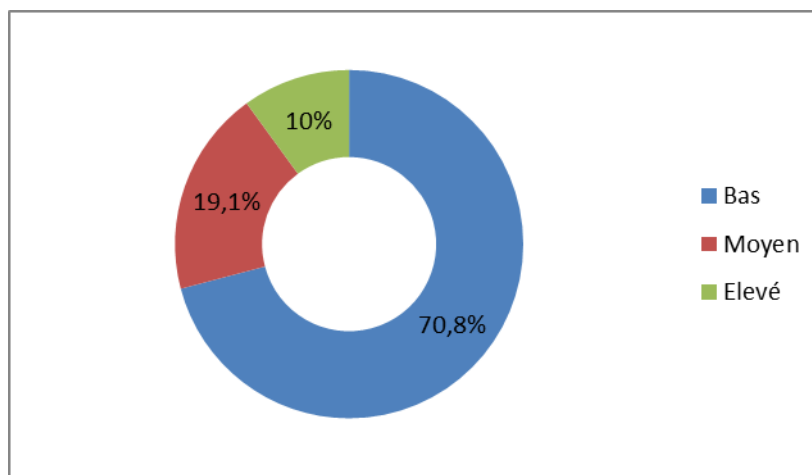


Figure n° 5: Répartition des patientes selon le niveau socio-économique.

1.8. Niveau d'instruction :

En ce qui concerne le niveau scolaire des patientes, 37,5% étaient analphabètes, 6,6% avait un enseignement préscolaire, 20% avaient un niveau d'étude primaire, 25,8% avaient un niveau d'étude secondaire, et juste 10% avaient un enseignement universitaire.

Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Nombre des cas	Pourcentage
Analphabétisme	45	37,5%
Préscolaire	8	6,6%
Primaire	24	20%
Secondaire	31	25,8%
Universitaire	12	10%
Totale	120	100%

1.9. Antécédents personnels médicaux :

Nous avons noté que 8,3% de nos malades avaient un antécédent d'HTA, et 5,8% avaient un antécédent de diabète de type 2, 2 patientes avaient un antécédent d'insuffisance cardiaque, 2 patientes avaient un antécédent d'insuffisance rénale, et 2 patientes avaient un antécédent de tuberculose, alors que 80,8% n'avaient aucun antécédent particulier.

Tableau IV : Pourcentage des malades enquêtés selon les antécédents personnels médicaux.

ATCDs pers médicaux	Nombre des cas	Pourcentage
Diabète	7	5,8%
HTA	10	8,3%
Insuffisance cardiaque	2	1,6%
Insuffisance rénale	2	1,6%
Tuberculose	2	1,6%
Aucun	97	80,8%
Total	120	100%

1.10. Antécédents personnels chirurgicaux :

Seulement 4 patientes ont été opérées pour : lithiase vésiculaire, appendicite, cataracte et ostéosynthèse interne pour fracture de la jambe.

1.11. Cas similaire dans la famille :

4 patientes avaient un antécédent de cas de cancer du col utérin dans la famille.

2. Facteurs de risque :

2.1. Age du début de l'activité sexuelle :

En se référant à l'âge du premier mariage. Dans notre étude 11 patientes (9,1%) rapportent avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 17ans.

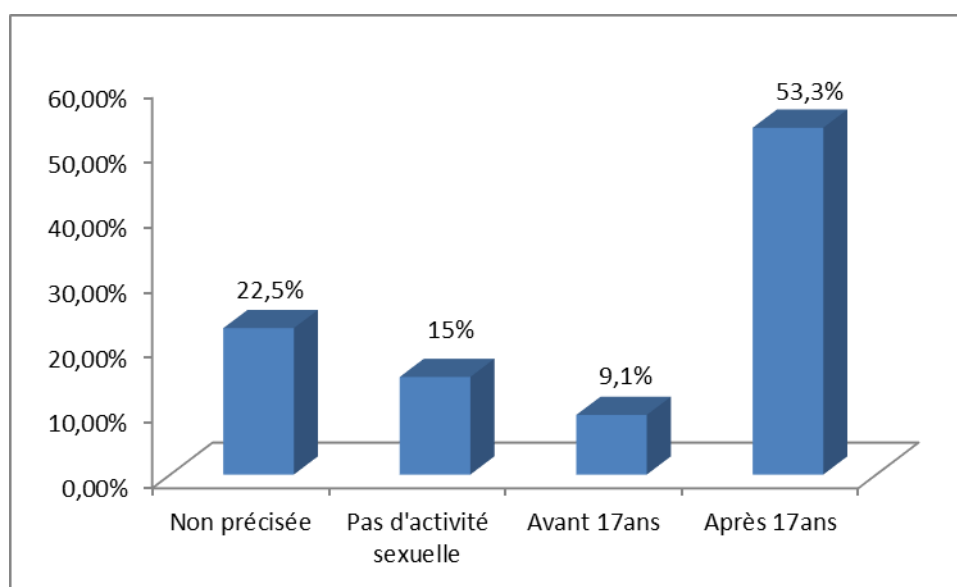


Figure n° 6 : Age du début de l'activité sexuelle.

2.2. Multiplicité des partenaires :

Notion difficile à préciser et taboue dans notre contexte, elle n'a été retrouvée que chez 3 patientes (2,5%), à noter que le statut marital n'est pas suffisant pour connaître l'activité sexuelle.

2.3. Multiparité :

La multiparité (soit 3 paires et plus) a été retrouvée chez 61 de nos patientes (50,8% des cas). 40 femmes avaient moins de 3 enfants (33,3 % des cas), et seulement 19 étaient nullipares (15,8% des cas).

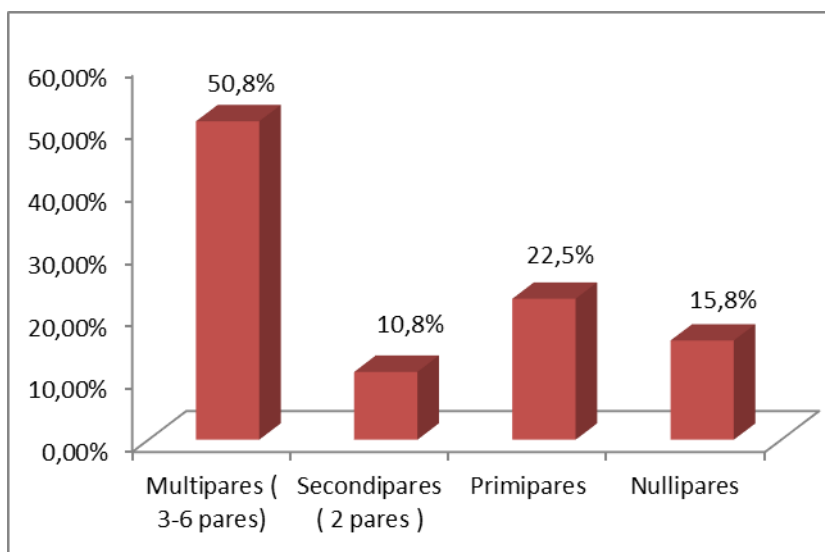


Figure n°7 : Répartition des malades selon la parité.

2.4. Age jeune à la première grossesse :

Il a été retrouvé chez 97 patientes (80,7%), dont 30.8% ont eu leur premier geste avant l'âge de 20 ans.

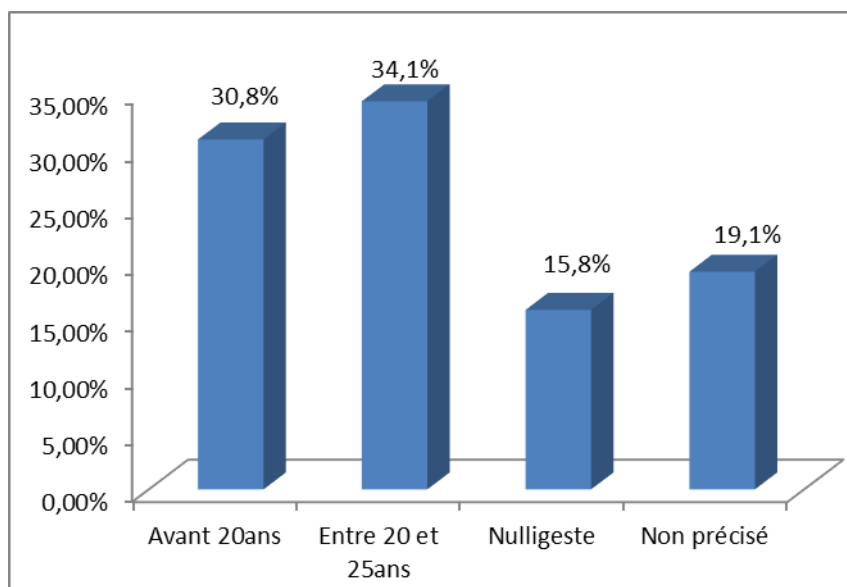


Figure n°8 : Répartition des malades selon l'âge jeune à la première grossesse.

2.5. Mauvaise hygiène de vie :

La majorité des patientes de notre série d'étude était sédentaire (89%), l'obésité a été retrouvée chez 65% des patientes, le tabagisme actif a été retrouvé chez 3 patientes alors que la notion de tabagisme passif a été retrouvée chez 46% des patientes, l'alcoolisme reste très peu fréquent chez les femmes dans notre contexte ; Dans notre étude on a trouvé 01 patiente alcoolique (0,8%).

2.6. Infections génitales à répétition (HPV, HSV) :

L'antécédent d'infections génitales à répétition était retrouvé chez 25 patientes (20,8 %) dont la grande majorité était mal suivie et mal traitée.

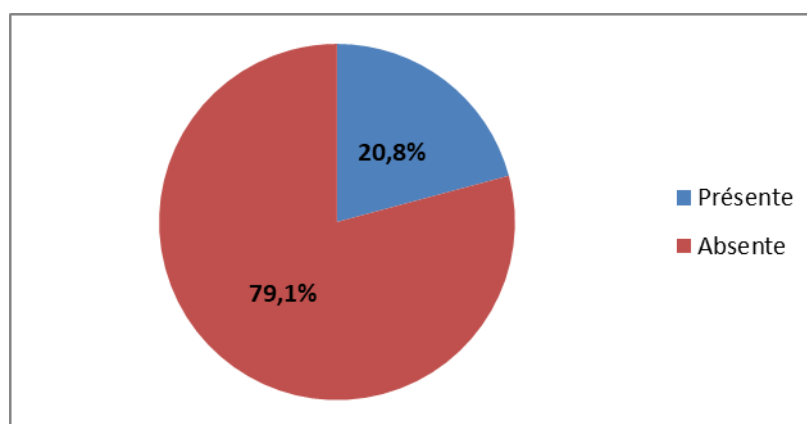


Figure n°9 : Répartition des malades selon la présence ou l'absence des infections génitales à répétition.

2.7. Tabagisme :

Dans notre contexte socioculturel, le tabagisme reste encore très peu fréquent chez les femmes. Dans notre étude, on a trouvé 03 patientes fumeuses (soit 2,5%), alors que 46% des patientes rapportent la notion de tabagisme passif.

3. Etude clinique :

3.1. Signes révélateurs gynécologiques :

L'hémorragie génitale a représenté le motif majeur de consultation. Elle a été retrouvée chez 109 patientes (90,7 %). Elle était soit isolée soit associée à des leucorrhées, des douleurs pelviennes et/ou dyspareunie.

Tableau V : Signes révélateurs.

Signes révélateurs	Pourcentage
Métrorragie	90,79%
Leucorrhées	24,96%
Douleurs pelviennes	36,66%
Dyspareunie	14,99%

3.2. Signes associés extra-gynécologiques :

Les signes urinaires ont été retrouvés chez 23 femmes (soit 19,1%) :

- o Pollakiurie dans 10 cas (soit 8,3%)
- o Hématurie dans 13 cas (soit 10,8)

Les signes digestifs : ont été retrouvés chez 05 femmes (soit 4,1%) et étaient représentés par des rectorragies.

Les signes généraux : ont été retrouvés chez 60,3% des malades, dont 16,6% rapportaient la notion d'amaigrissement, 21,6% avaient une asthénie, 14,1% avaient une anorexie et 7,5 étaient fébrile.

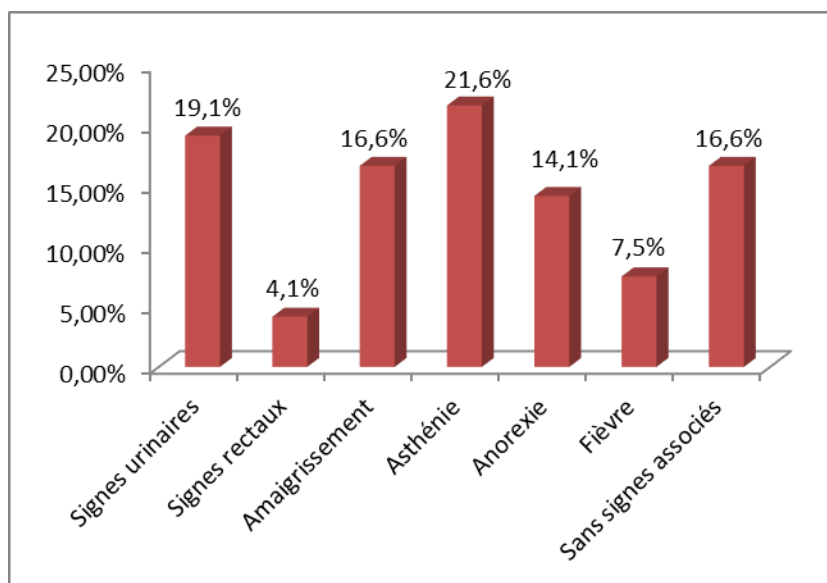


Figure n°10 : Signes associés extra-gynécologiques :

3.3. Délai avant la consultation :

Nos résultats montrent un retard de consultation chez nos malades, en effet 50% de nos patientes ont consulté entre 6- 12 mois de l'apparition des symptômes.

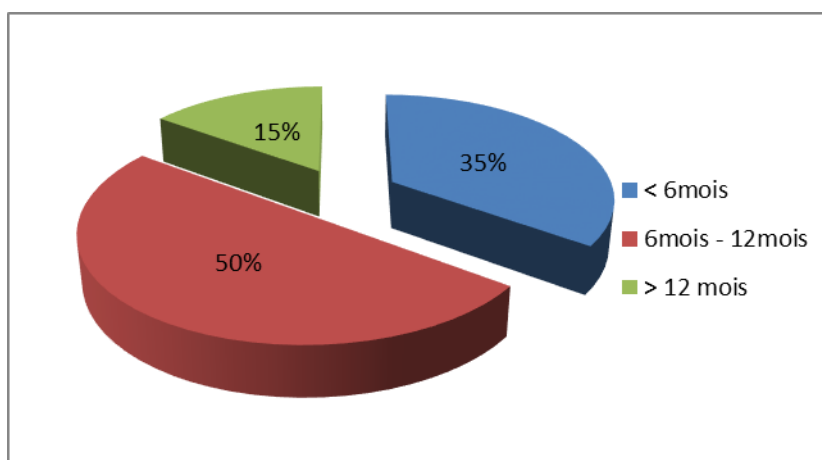


Figure n°11: Délai avant la consultation.

4. Etude anatomopathologique :

4.1. Type histologique :

Le type histologique a été Précisé chez toutes nos patientes, Il a permis de distinguer 2 types histologiques des tumeurs du col utérin : Le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome avec prédominance du premier type.

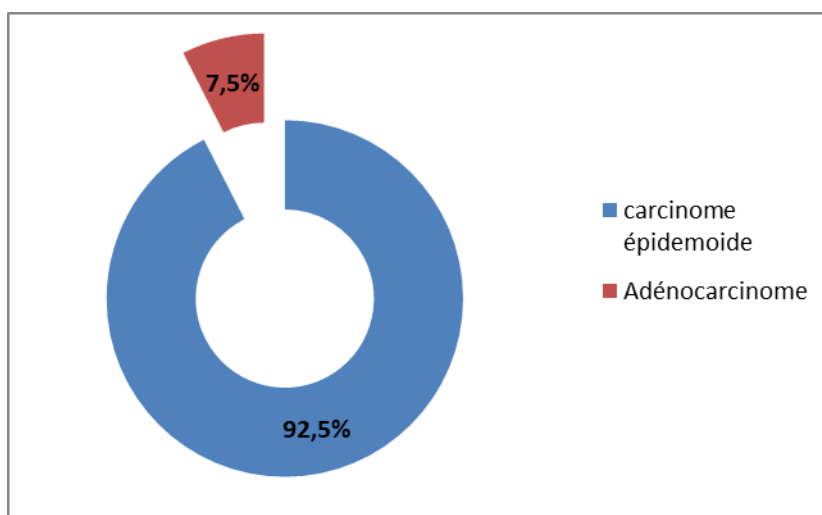


Figure n°12 : Répartition en fonction du type histologique.

4.2. Le stade clinique (classification FIGO) :

La classification de la Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique 2018 a été utilisée pour stadification des cas de notre série.

Le stade IIB (tumeur s'étendant au-delà de l'utérus, avec envahissement du paramètre) était le plus retrouvé et ceci chez 40,8% des cas.

Le stade IIIC (tumeur s'étendant à la paroi pelvienne et/ou envahissement ganglionnaire pelvien et/ou lombo-aortique) dans 35% des cas.

Le stade IIIB (tumeur s'étendant à la paroi pelvienne et/ou hydronéphrose ou rein muet) retrouvé chez 8,3% des cas.

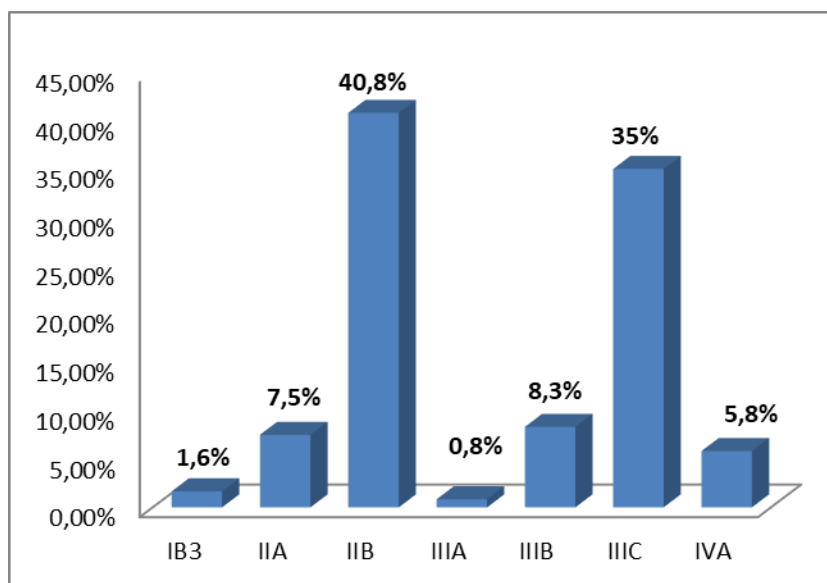


Figure n°13 : Répartition des patientes selon le stade clinique (classification FIGO).

5. Moyens thérapeutiques :

5.1. Chirurgie et radio-chimiothérapie concomitante (RCC) :

La RCC a été réalisée chez toutes nos patientes.

La chimiothérapie a été réalisée chez nos patientes entre 2 à 5 cures en concomitant : 2 cures (12%), 3 cures (40%), 4cures (32%), 5cures (16%) selon le protocole suivant : Cisplatine 35–40mg/ m² hebdomadaire, si insuffisance rénale (DFG<60ml/min) : carboplatine.

La chirurgie a été réalisée chez 34 patientes (28,3%) des cas : 4 malades ont été opérées avant la radiothérapie (3,3%), tandis que 30 patientes ont été opérées après la radio-chimiothérapie (25%)

Toutes nos patientes ont bénéficié d'une adéno-colpohystérectomie élargie.

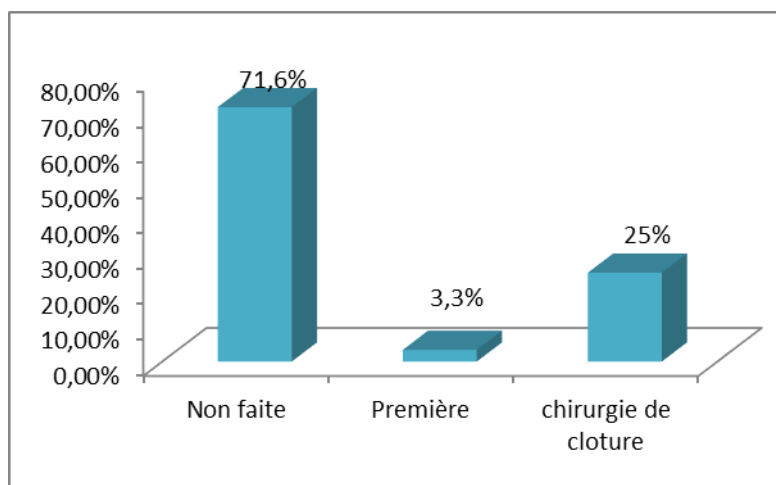


Figure n°14 : Répartition selon la chirurgie.

5.2. Classification post opératoire :

On avait 34 patientes qui ont été traitées par chirurgie.

2 patientes avaient un stade IB3, 9 patientes avaient un stade IIA, 23 patientes avaient un stade IIB.

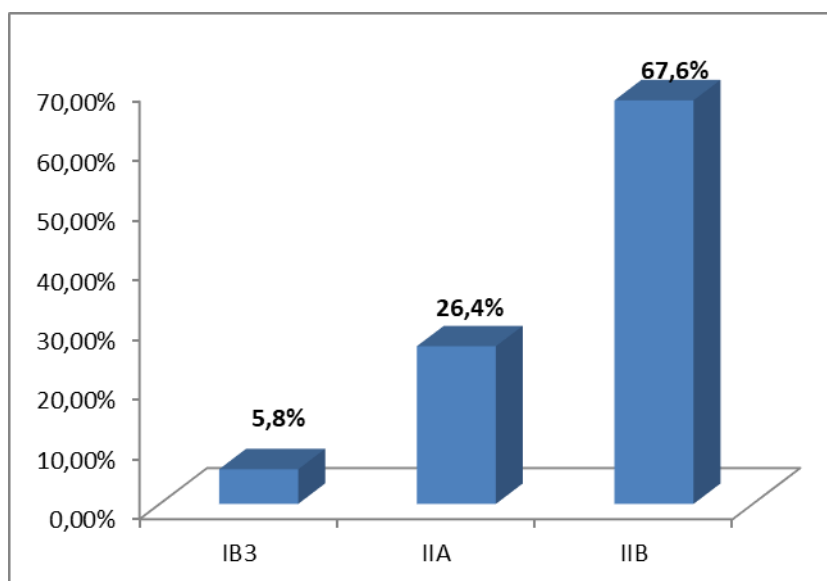


Figure n°15 : Répartition des patientes selon la classification post opératoire.

5.3. Délai entre diagnostic et début de RCC :

Le délai avant le traitement variait entre 1 et 12 mois avec une moyenne de 3 mois.

La moitié des cas ont débuté leur traitement dans un délai moins de trois mois.

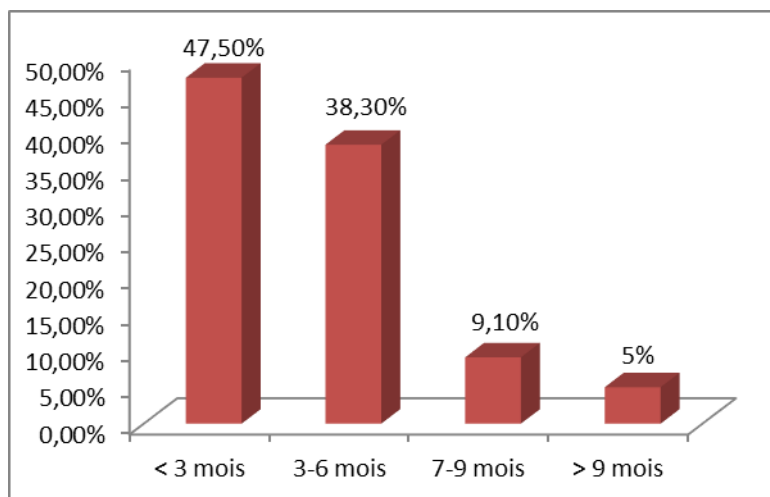


Figure n°16 : Répartition des malades selon les délais avant traitement par RCC.

6. Complications thérapeutiques :

6.1. Complications aiguës liées à la radiothérapie :

31 patientes avaient des complications post radiques aiguës.

On a noté la radiodermite de grades 1 et 2 chez 15 patientes (12,5%). Aucune toxicité aiguë grade 3 ou 4 n'a été notée.

La radiomucite (rectite, cystite, vulvo-vaginite) a été retrouvée chez 18 patientes.

Le mal de rayons a été retrouvé chez 3 patientes.

Tableau VI : Complications aiguës liées à la radiothérapie.

Complications aiguës de la radiothérapie		Nombre des cas	Pourcentage
Radiodermite	Grade I	13	10,8%
	Grade II	2	1,6%
Radiomucite	Rectite	5	4,1%
	Cystite	3	2,5%
	Vulvo-vaginite	5	4,1%
Mal de rayons		3	2,5%
Sans complications		89	74,1%
Total		120	100%

6.2. Complications chroniques liées à la radiothérapie :

35 patientes ont manifesté des complications post radiques chroniques.

On a noté la radiodermite chronique chez 16 patientes (13,3%) , les synéchies vaginales chez 11 patientes (soit 9,1%) , la fistule recto-vaginale chez 2 patientes (soit 1,6%) et la rectite chronique chez 3 patientes (soit 2,5%) et la cystite chronique chez 3 patientes (2,5%).

Tableau VII: Complications chroniques liées à la radiothérapie.

Complications chroniques de la radiothérapie	Nombre des cas	Pourcentage
Radiodermite chronique	16	13,3%
Synéchies vaginale	11	9,1%
Fistule recto-vaginale	2	1,6%
Rectite chronique	3	2,5%
Cystite chronique	3	2,5%
Sans complications	85	70,8%
Total	120	100%

6.3. Complications de la chimiothérapie :

48 patientes ont manifesté des complications post chimiothérapie :

On a noté la présence des nausées chez 9 patientes (7,5%), les vomissements chez 10 patientes (8,33%).

- 6 patientes ont présenté une anémie (5%).
- 3 patientes ont présenté une leucopénie (2,5%).
- 4 patientes ont présenté une neutropénie (3,33%).
- 3 patientes ont présenté une thrombopénie (2,5%).
- 3 patientes ont présenté une ototoxicité (2,5%).
- 1 patiente ont présenté une neurotoxicité (0,83%).
- 9 patientes ont présenté une ototoxicité (7,5%).

Tableau VIII : Complications liées à la chimiothérapie.

Complications de la chimiothérapie	Nombre des cas	Pourcentage
Nausée	9	7,5%
Vomissement	10	8,3%
Anémie	6	5%
Leucopénie	3	2,5%
Neutropénie	4	3,3%
Thrombopénie	3	2,5%
Ototoxicité	3	2,5%
Neurotoxicité	1	0,8%
Néphrotoxicité	9	7,5%
Sans complications	72	60%
Total	120	100%

6.4. Complications de la chirurgie :

2 malades ont rapporté une notion d'hémorragie post opératoire non documentée et n'est pas mentionnées dans les dossiers de suivi en oncologie.

7. Evolution post thérapeutique :

64 patientes se sont présentées régulièrement au suivi jusqu'à 3ans (54%).

La rémission était notée chez 58 patientes (48,5%).

La récurrence a été mentionnée chez 26 patientes (21,5%) :

- o Locorégionale chez 12 cas (9,7%)
- o Niveau pulmonaire chez 1 cas (0,8%)
- o Niveau hépatique chez 2 cas (1,6%)
- o Niveau péritonéale chez 2 cas (1,6%)
- o Niveau osseux chez 3 cas (2,8%)
- o L'association de multiples localisations (foie, poumon, os) a été retrouvée chez 6 cas (4,9%)

L'échec thérapeutique par progression tumorale a été noté chez 5 malades (3,6%).

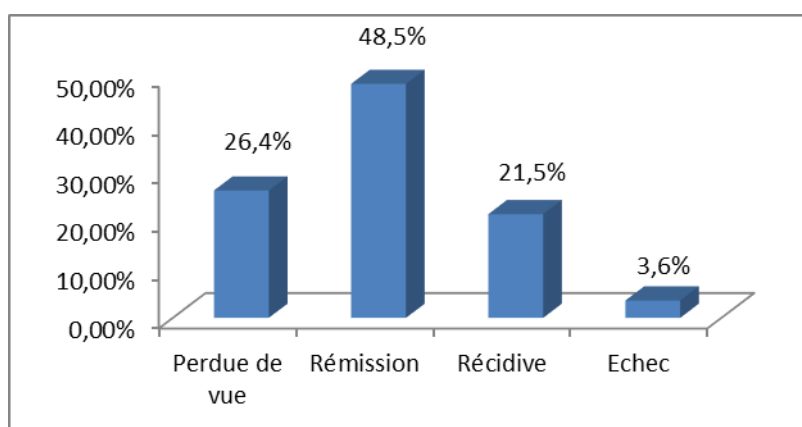


Figure n° 17: Evolution post thérapeutique.

8. Autres traitements reçus :

8.1. Antalgique :

Concernant le traitement de la douleur ; 33 patientes avaient reçu un traitement antalgique 1er palier (27,5%), 13 patientes étaient traitées par un antalgique 2ème palier (10,83%), 5 patientes avaient reçu un antalgique 3ème palier, alors que la majorité (57,5%) de notre échantillon d'étude n'avaient aucune prise en charge de la douleur.

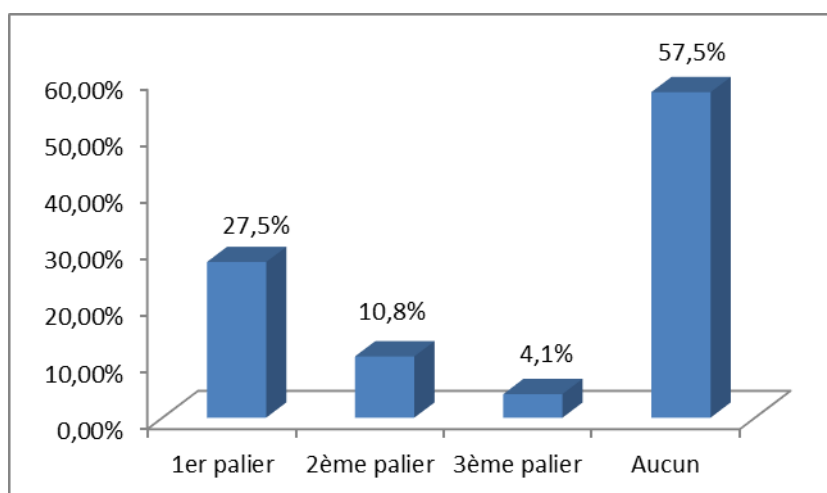


Figure n° 18: Répartition des malades selon le traitement antalgique reçu.

8.2. Antidépresseur et anxiolytique :

Le traitement par des anxiolytiques et antidépresseurs étaient préconisé chez trois patientes (2,5%) alors que (97,5%) de nos malades n'avaient aucune prescription de psychotropes.

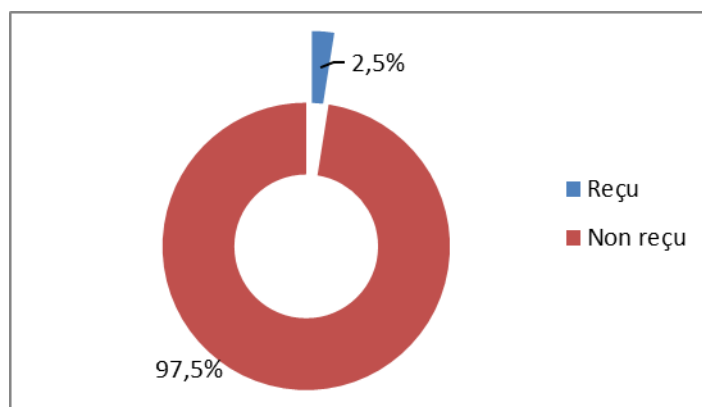


Figure n° 19: Répartition des malades selon l'utilisation d'un traitement psychotrope.

8.3. Transfusion :

11 patientes avaient reçu une transfusion de CG (9,1%) alors que 109 patientes (90,8%) n'avaient pas besoin d'une transfusion. Aucune patiente n'a été transfusée par autres produits du sang.

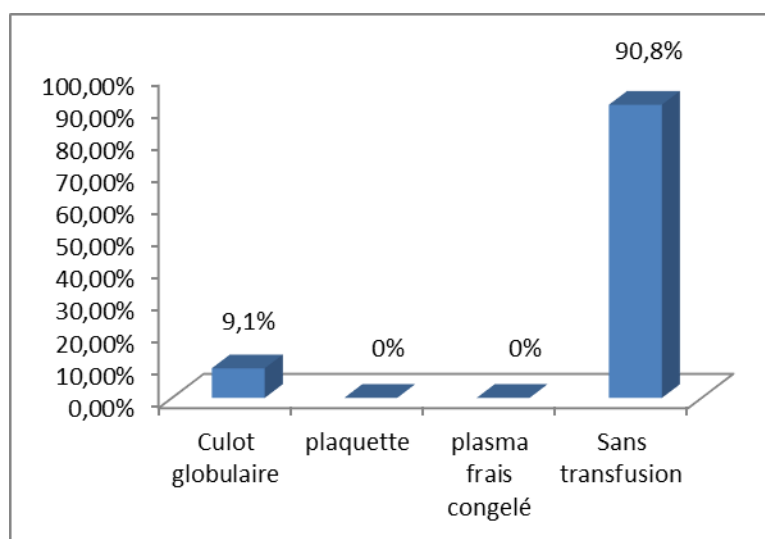


Figure n° 20: Répartition des malades selon la transfusion reçue.

8.4. Traitement martial de l'anémie :

8 patientes étaient sous traitement martial de l'anémie (6,6%).

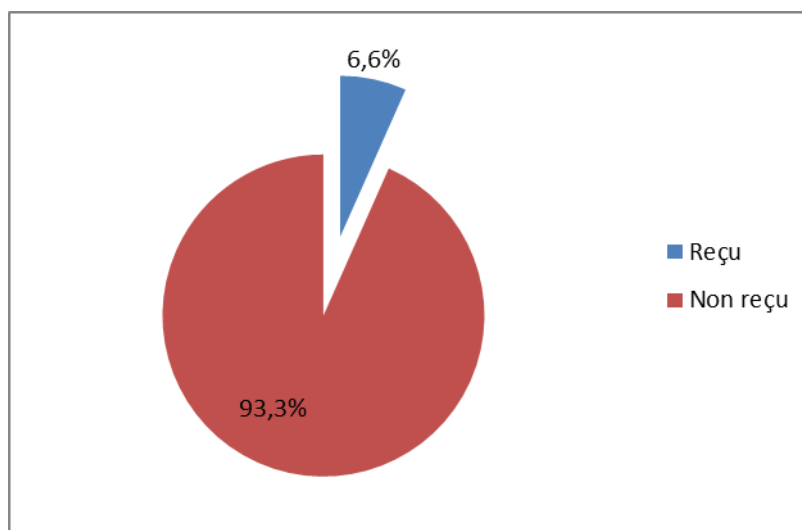


Figure n° 21 : Répartition des malades selon l'utilisation d'un traitement martial de l'anémie.

8.5. Néphrostomie/ monté de sonde JJ pour insuffisance rénale aigue :

3 patientes ont bénéficié d'une néphrostomie / monté de sonde JJ pour une insuffisance rénale aigue obstructive.

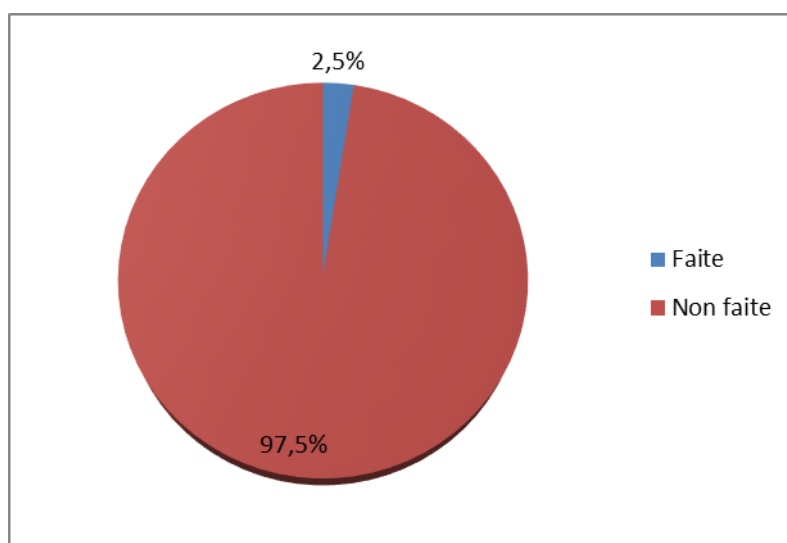


Figure n° 22: Répartition des malades selon la réalisation d'une néphrostomie / monté de sonde

II.

II. La qualité de vie des patientes : réponse au QLQ –C30:

1. Echelles fonctionnels :

1.1 Evaluation de l'activité physique (Items 1 à 5) :

a. Item 1 : Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?

54,2% des patientes n'avaient aucun problème à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise, alors que 27,5 % d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, et seuls 18,3% des patientes trouvaient leur fonctionnement extrêmement réduit.

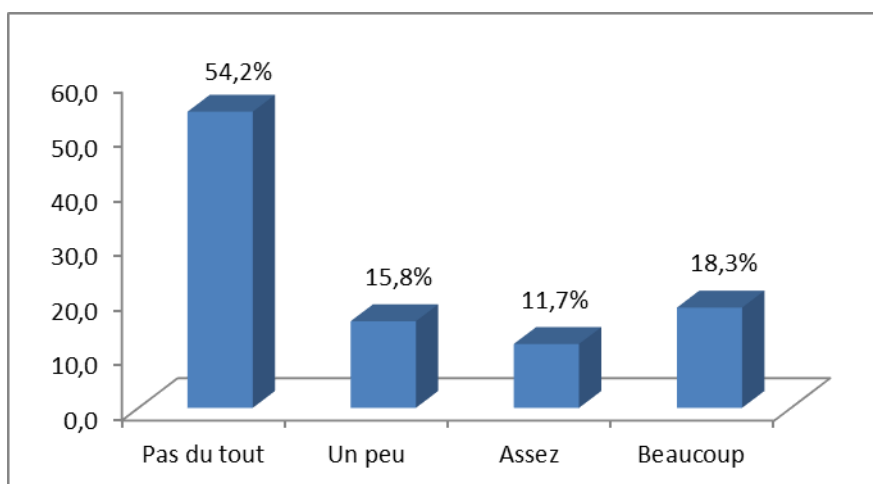


Figure n° 23: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 1

b. Item 2 : Avez-vous des difficultés à faire une longue promenade ?

48,3% des patientes n'avaient aucun problème à faire une longue promenade, tandis que 30,8 % d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, et seuls 20,8% des patientes trouvaient leur fonctionnement extrêmement réduit.

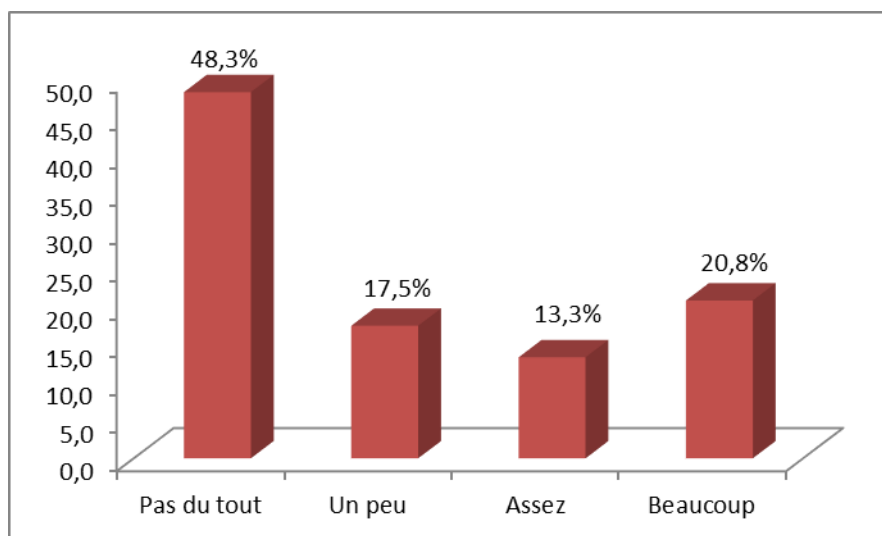


Figure n° 24: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 2

c.Item 3 : Avez –vous des difficultés à faire un petit tour dehors ?

50,8% des patientes n'avaient aucun problème à faire un petit tour dehors, alors que 29,2 % d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, et seuls 20% des patientes trouvaient leur fonctionnement extrêmement réduit.

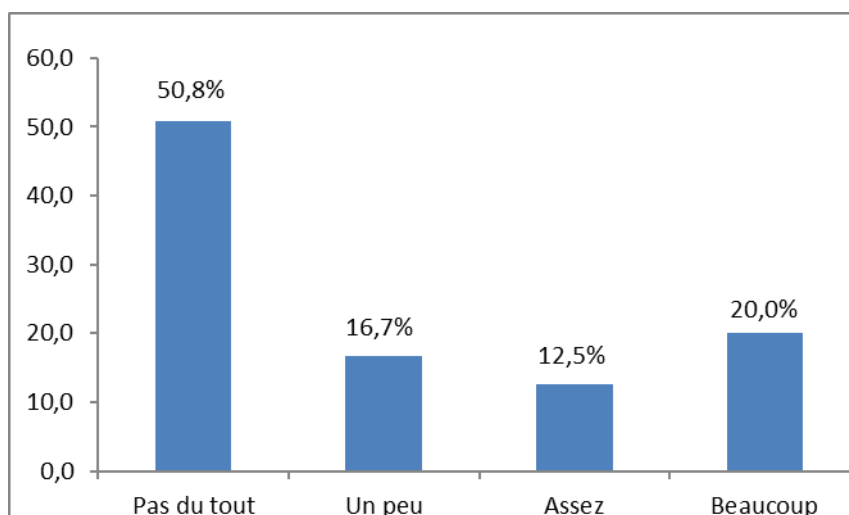


Figure n° 25: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 3

d. Item 4 : Etes –vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?

55% des patientes n'avaient aucun problème, alors que 23,4 % d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, et seuls 21,7% des patientes trouvaient leur fonctionnement extrêmement réduit.

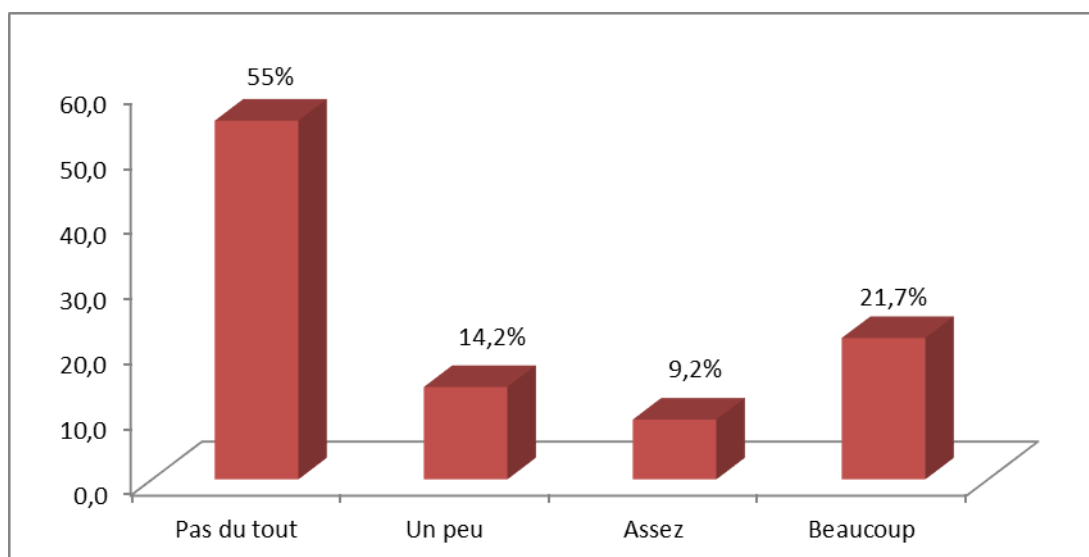


Figure n° 26: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 4

e. Item 5 : Avez –vous besoin d'aide pour manger, vous habiller faire votre toilette ou allez aux W.C ?

51,7% des patientes n'avaient aucun problème, alors que 28,3 % d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, et seuls 20% des patientes trouvaient leur fonctionnement extrêmement réduit.

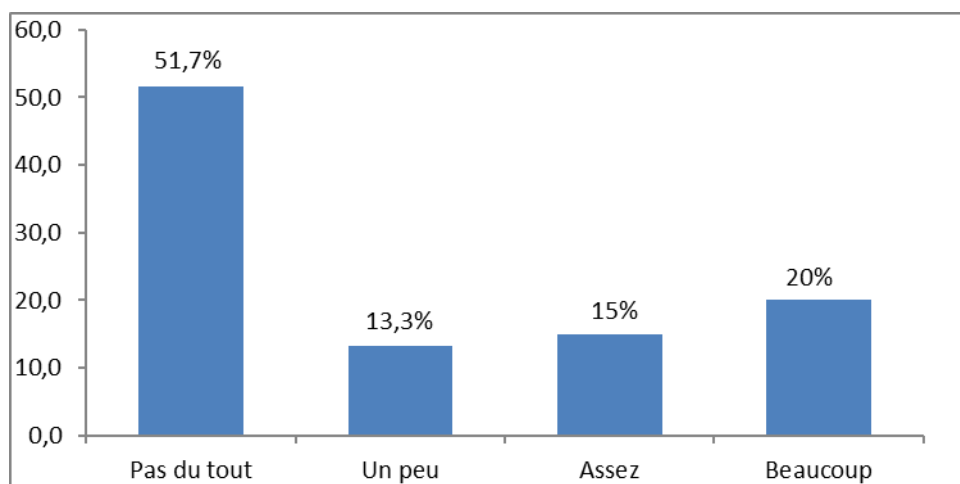


Figure n° 27: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 5

1.2. Evaluation de l'activité professionnelle et loisir (Items 6-7) :

- a. **Item 6 : Etes-vous limitée d'une manière ou d'une autre pour accomplir soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?**

45,8% des patientes étaient pleinement fonctionnelles, alors que 17,5 % des patientes rapportaient être modérément diminuée dans leur rôle fonctionnel, tandis que 15% des patientes estimaient qu'il a significativement diminué dans leur rôle fonctionnel, alors que 21,7% rapportaient des difficultés extrêmes à rester fonctionnelles.

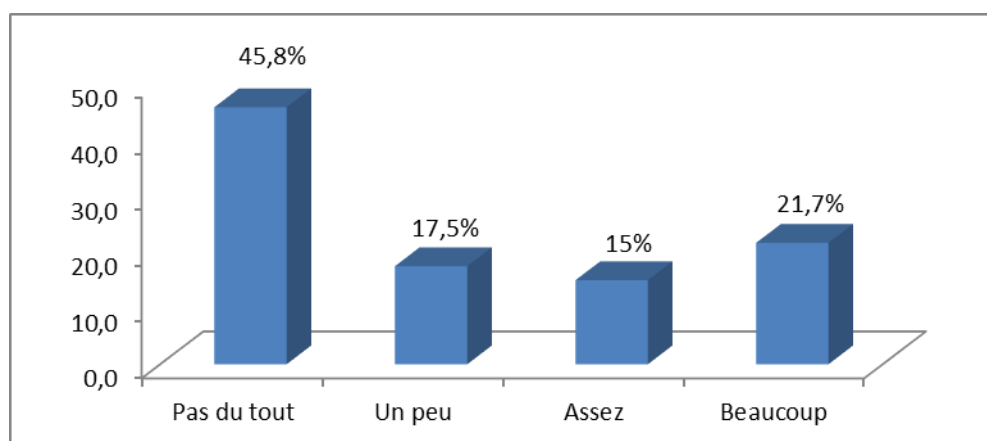


Figure n° 28: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 6

b. Item 7 : Etes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?

47,5% des patientes étaient pleinement fonctionnelles, alors que 15,8 % des patientes rapportaient être modérément diminuée dans leur rôle fonctionnel, tandis que 15,8% des patientes estimaient qu'il a significativement diminué leur rôle fonctionnel, alors que 20,8% rapportaient des difficultés extrêmes à rester fonctionnels.

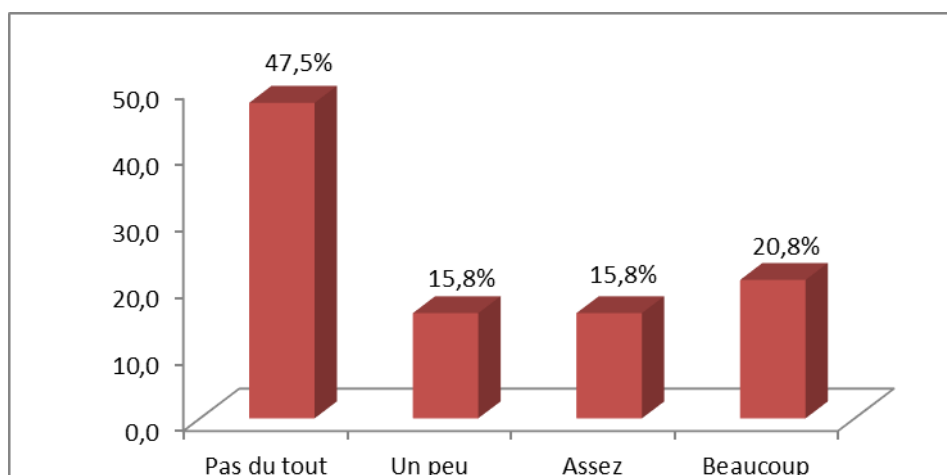


Figure n° 29: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 7

1.3. Evaluation du fonctionnement émotionnel (Items 21 à 24):

a. Item 21 : Vous êtes-vous sentie tendue ?

38,3% des patientes déclaraient que le volet émotionnel ne leur posait pas de problème, alors que 46,6 % des patientes se plaignaient que celui-ci affectait modérément leur qualité de vie, et 15% des patientes rendaient ce volet émotionnels responsable d'un problème extrême dans leur vie quotidienne.

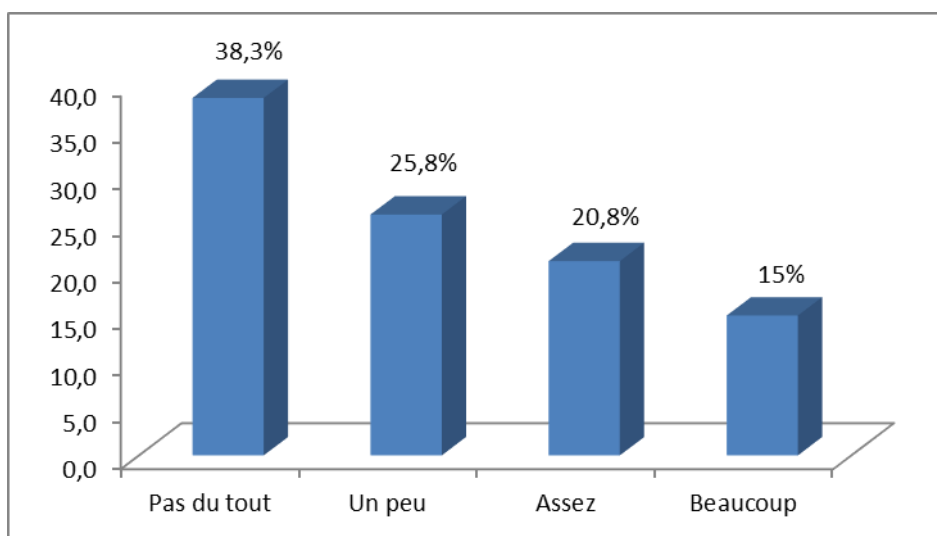


Figure n° 30: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 21

b. Item 22 : Vous êtes-vous fait des soucis ?

40% des patientes déclaraient que les soucis ne leur posaient pas de problème, alors que 44,2 % des patientes se plaignaient que celui-ci affectent modérément leur qualité de vie, et 15,8% des patientes rendaient ce volet émotionnels responsable d'un problème extrême dans leur vie quotidienne.

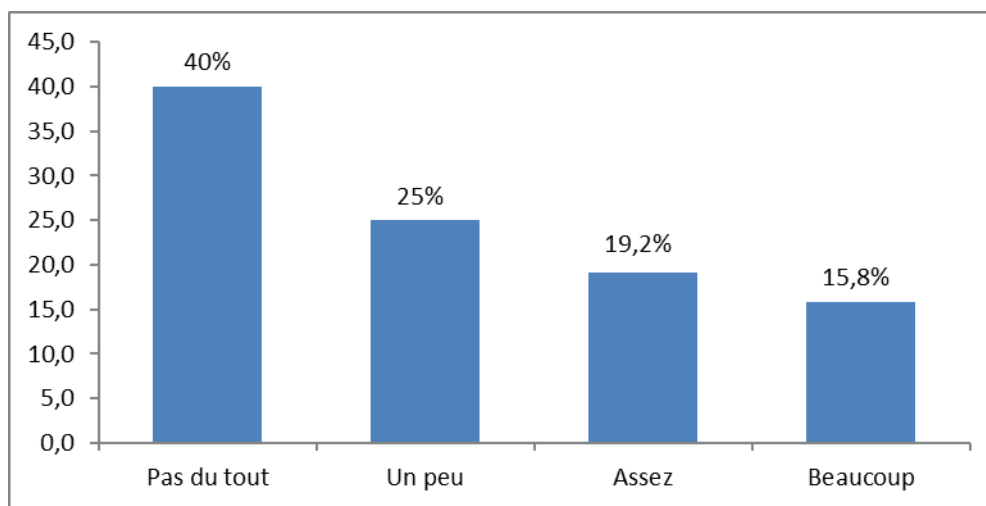


Figure n° 31: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 22

c. Item 23 : Vous êtes-vous sentie irritable ?

40,8% des patientes déclaraient que l'irritabilité ne leur posaient pas de problème, alors que 44,1 % des patientes se plaignaient que celui-ci affectent modérément leur qualité de vie, et 15% des patientes rendaient ce volet émotionnels responsable d'un problème extrême dans leur vie quotidienne.

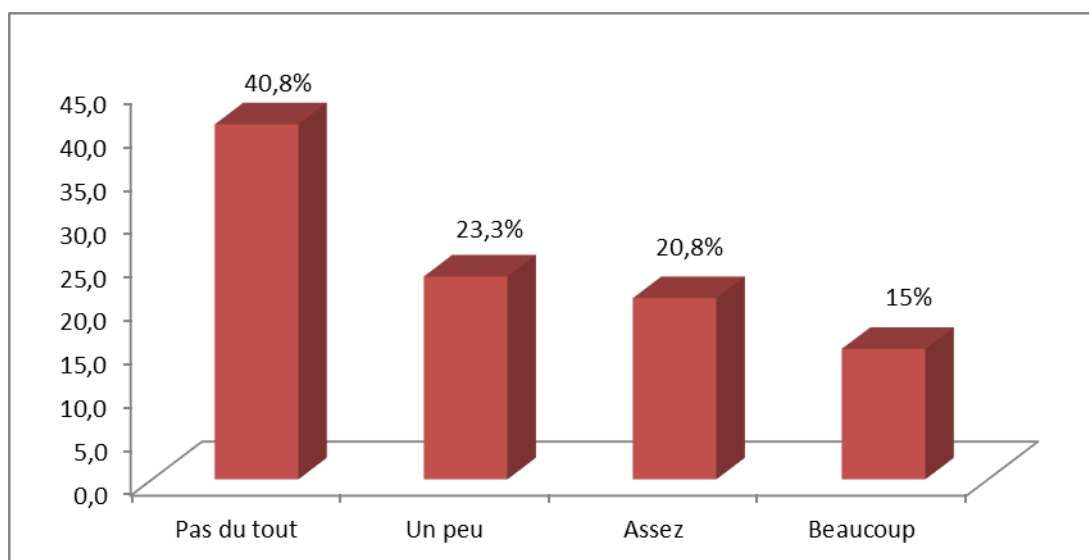


Figure n° 32: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 23

d. Item 24 : Vous êtes-vous sentie déprimée ?

41,7% des patientes déclaraient que la dépression ne leur posaient pas de problème, alors que 45,9% des patientes se plaignaient que celui-ci affectent modérément leur qualité de vie, et 12,5% des patientes rendaient ce volet émotionnels responsable d'un problème extrême dans leur vie quotidienne.

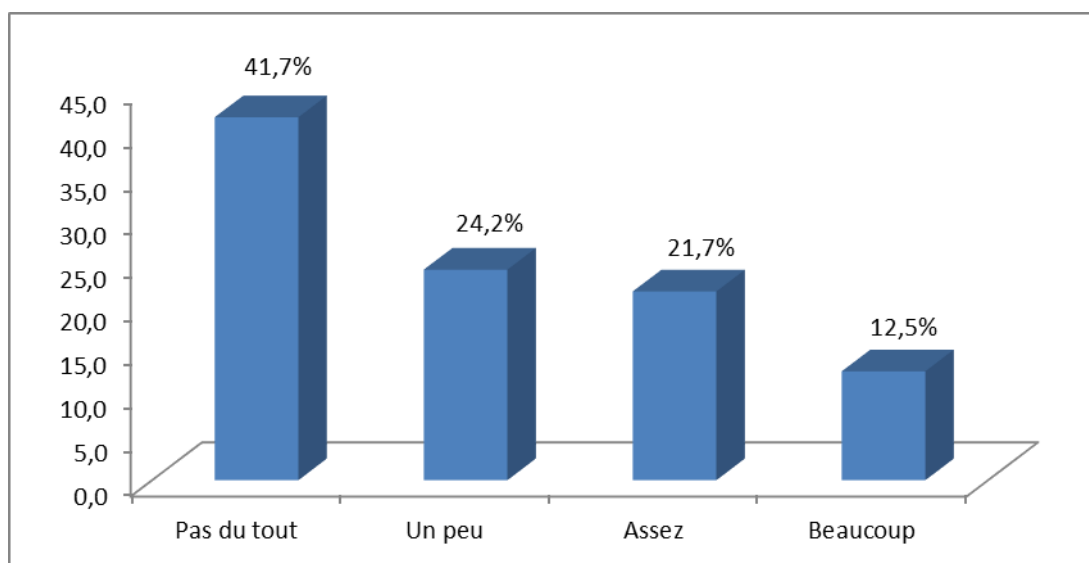


Figure n° 33: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 24

1.4. Evaluation du fonctionnement cognitif (Items 20-25):

a. Item 20 : Avez-vous des difficultés à vous concentrer sur certaines choses, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision ?

63,3% des patientes affirmaient n'être aucunement gênées dans leurs activités courantes de la vie quotidienne nécessitant une concentration, tandis que 30% des patientes se plaignaient que celui-ci affectent modérément leur qualité de vie, et 6,7% des patientes rendaient ce volet cognitif responsable d'un problème extrême dans leur vie quotidienne.

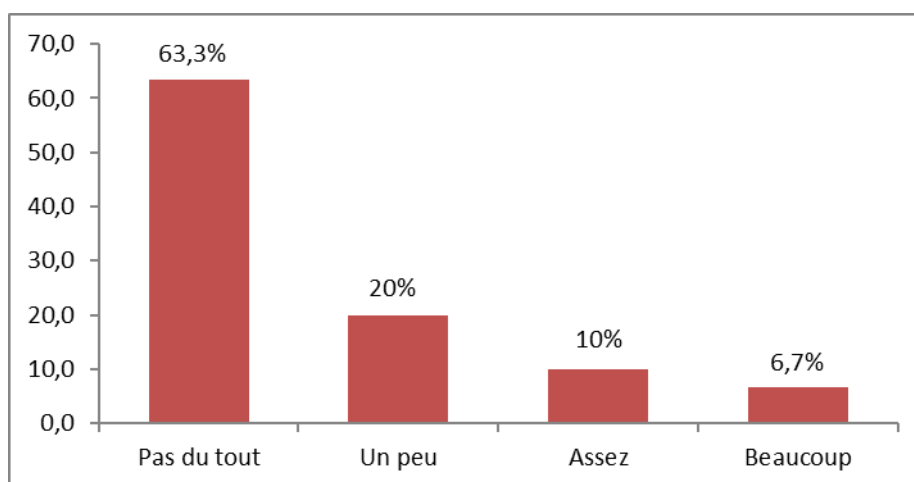


Figure n° 34: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 20

b. Item 25 : Avez –vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?

58,3% des patientes affirmaient qu'elles n'ont pas des difficultés pour souvenir de certaines choses, tandis que 34,1% des patientes se plaignaient que celui-ci affectent modérément leur qualité de vie, et 7,5% des patientes rendaient ce volet cognitif responsable d'un problème extrême dans leur vie quotidienne.

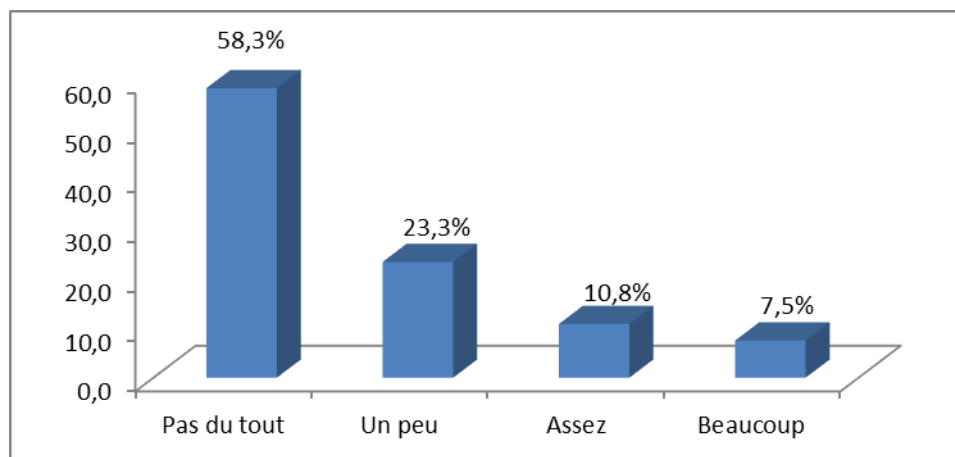


Figure n° 35: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 25

1.5. fonctionnement social (Items 26-27) :

a. Item 26 : Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans votre vie familiale ?

80% des patients n'avaient aucun problème concernant leurs activités sociales, alors que 15% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, et seuls 5% des patientes trouvaient des problèmes extrêmes.

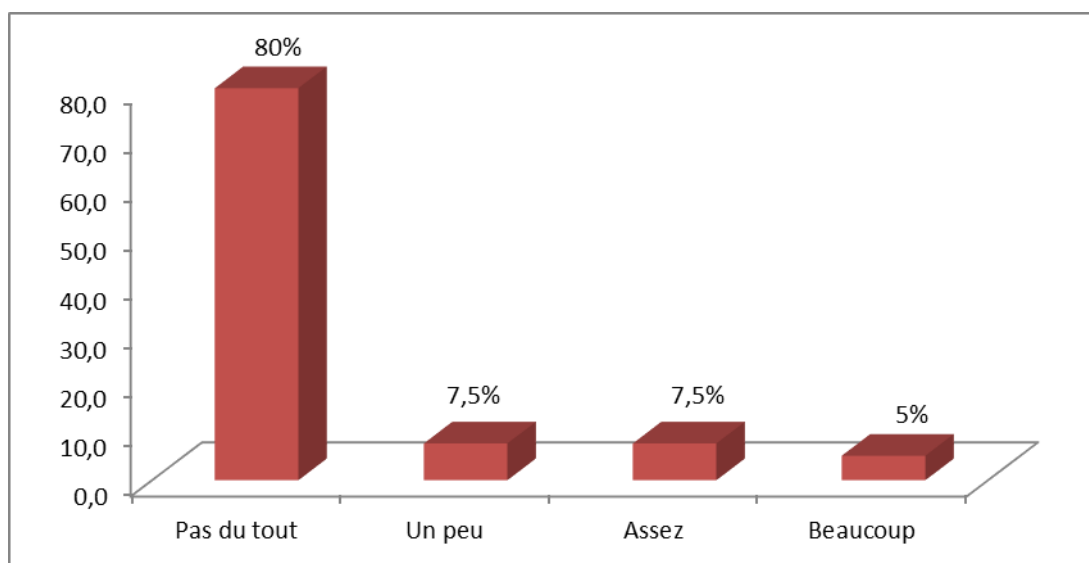


Figure n° 36: répartition des patientes selon la réponse à l'Item 26

b. Item 27 : Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans vos activités sociales ?

75% des patientes n'avaient aucun problème concernant leurs activités sociales, alors que 19,1% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, et seuls 5,8% des patientes trouvaient des problèmes extrêmes.

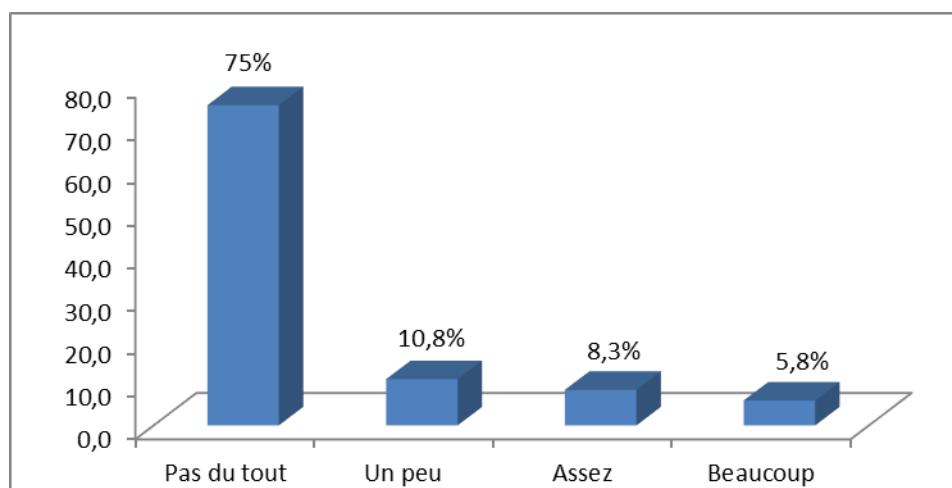


Figure n° 37: répartition des patientes selon la réponse à l'Item 27

1.6. Le score moyen et le score normalisé des échelles fonctionnels :

Tableau IX : Le score moyen et le score normalisé des échelles fonctionnels.

Echelles fonctionnels	Le score moyen	L'écart type	Le score normalisé	l'écart type
L'activité physique	10,03	5,65	39,7	37,6
L'activité professionnelle et loisir	4,23	2,31	46,2	38,5
Fonctionnement émotionnel	8,38	3,82	38,4	31,8
Fonctionnement cognitif	11,66	4,15	28,9	27,6
Fonctionnement social	2,83	1,34	69,5	22,4

2. Echelles symptomatiques :

Les échelles symptomatiques permettent une estimation subjective de l'état de santé de nos patientes, en se basant sur l'évaluation de 9 dimensions, dont chacune a été analysée par plusieurs items ou questions :

- Fatigue
- Nausées et vomissements
- Douleur
- Dyspnée
- Perturbations du sommeil
- Perte d'appétit
- Constipation
- Diarrhée
- Problèmes financiers

Ce tableau résume les résultats de nos patientes :

Tableau X : Le score moyen et le score normalisé des échelles symptomatiques.

Symptôme	Items	Effectifs	Moyenne	Ecart type	Score normalisé	Ecart type
Fatigue	10, 12,18	120	5,82	3,15	53,5	35,04
Nausées et vomissement	14,15	120	3,30	1,45	38,3	24,2
Douleur	9,19	120	3,52	1,67	41,9	27,8
Dyspnée	8	120	1,67	0,93	22,2	31,2
Trouble de sommeil	11	120	1,75	0,98	25	32,6
Perte d'appétit	13	120	2,03	1,07	34,4	35,8
Constipation	16	120	1,70	0,94	23,3	31,3
Diarrhée	17	120	1,80	1,01	26,6	33,9
Problèmes financiers	28	120	3,43	1,01	80,8	33,6

3. Etat de santé globale :

3.1. Item 29 : Comment évaluer vous l'ensemble de votre état physique ?

23,3% des patientes ont affirmé que l'ensemble de leur état physique était excellent, tandis que 6,7% des patientes avaient un état physique très mauvais.

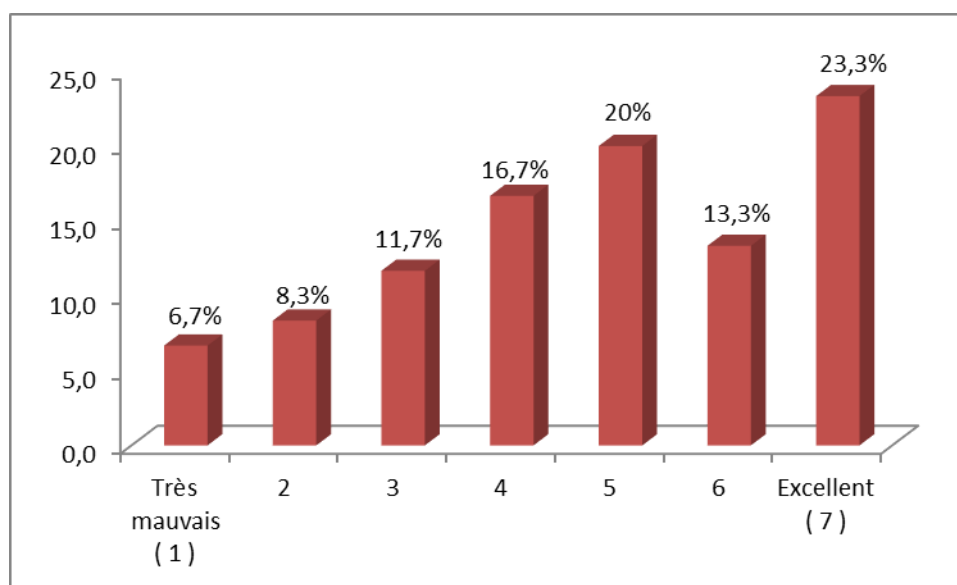


Figure n° 38: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 29

3.2. Item 30 : Comment évaluer –vous l'ensemble de votre qualité de vie ?

21,7% des patientes ont affirmé que l'ensemble de leur qualité de vie était excellent, tandis que 5,8% des patientes avaient une qualité de vie très mauvaise.

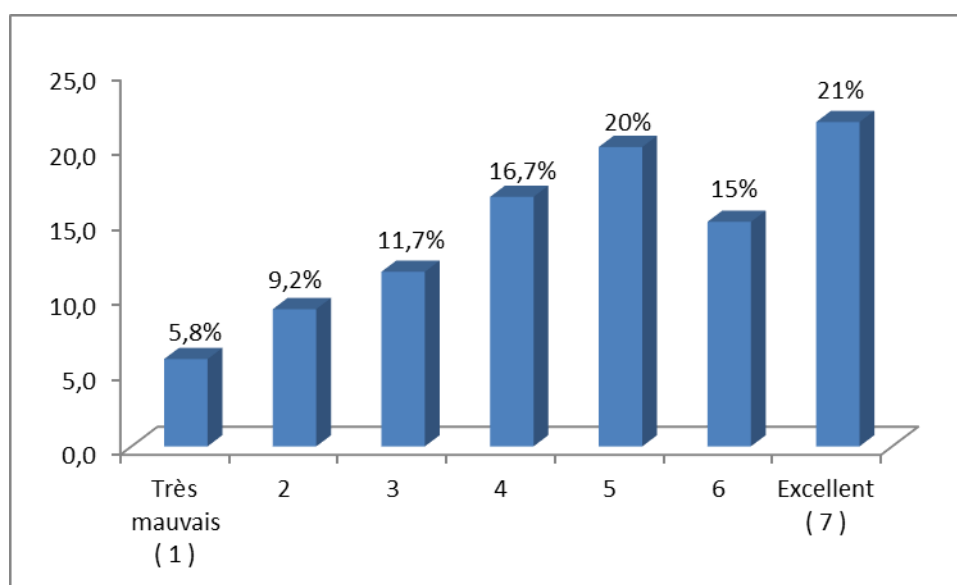


Figure n° 39: répartition des patientes selon la réponse à l'Item 30

Le score moyen de l'état de santé globale (Items 29–30) : 9,36 +/- 3,54

Le score normalisé de l'état de santé globale (Items 29–30) : 69,6 +/- 29,5

III. La qualité de vie des patientes : réponse au QLQ-CX24:

1. Les symptômes fonctionnels (Items 1 à 14) :

1.1. Item 1 : Avez-vous eu des crampes à l'abdomen ?

40,8% des patientes n'avaient pas des crampes à l'abdomen, quant à 45,8% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, tandis que 13,3% des patientes avaient régulièrement des crampes à l'abdomen.

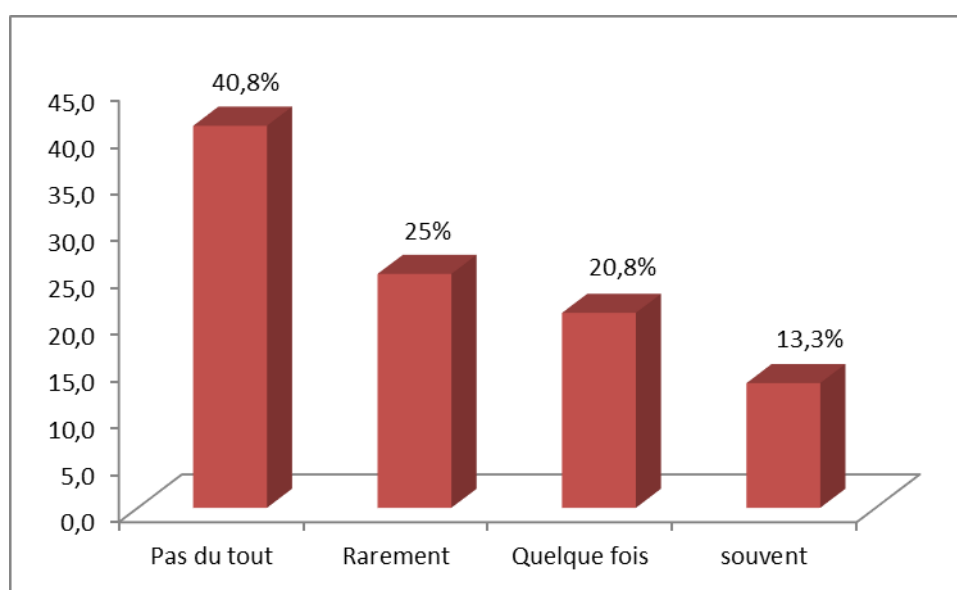


Figure n° 40: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 1

1.2. Item 2 : Avez-vous eu des difficultés à contrôler vos intestins ?

53,3% des patientes n'avaient pas des difficultés à contrôler leurs intestins, alors que 39,1% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, tandis que 7,5% des patientes avaient des difficultés extrêmes à contrôler leurs intestins.

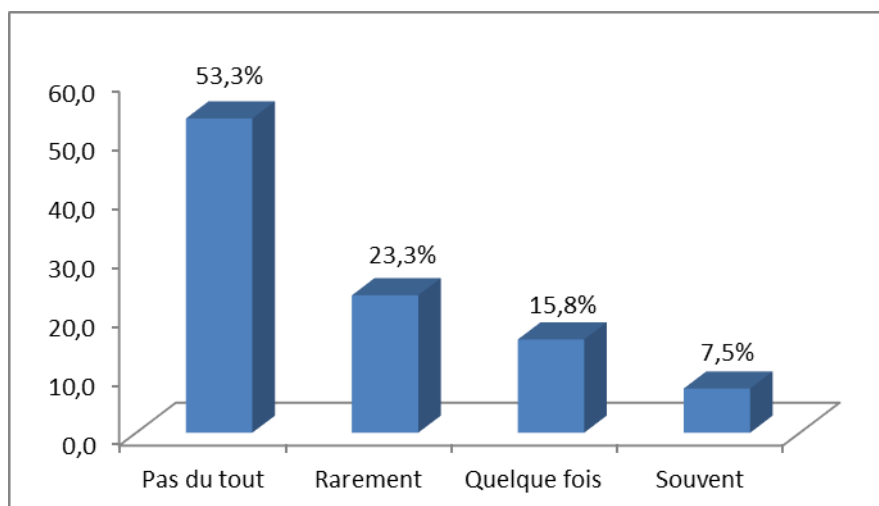


Figure n° 41: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 2

1.3. Item 3 : Avez-vous eu du sang dans vos selles ?

60% des patientes n'avaient pas du sang dans les selles, alors que 33,3% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, tandis que 6,7% des patientes avaient régulièrement du sang dans les selles.

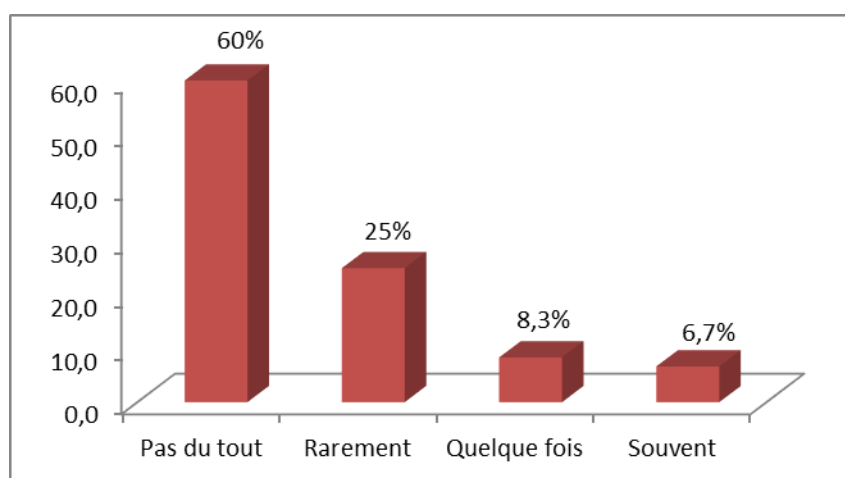


Figure n° 42: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 3

1.4. Item 4 : Avez-vous uriné fréquemment ?

45% des patientes avaient une fréquence normale de miction, alors que 45% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, tandis que 10% des patientes avaient une pollakiurie.

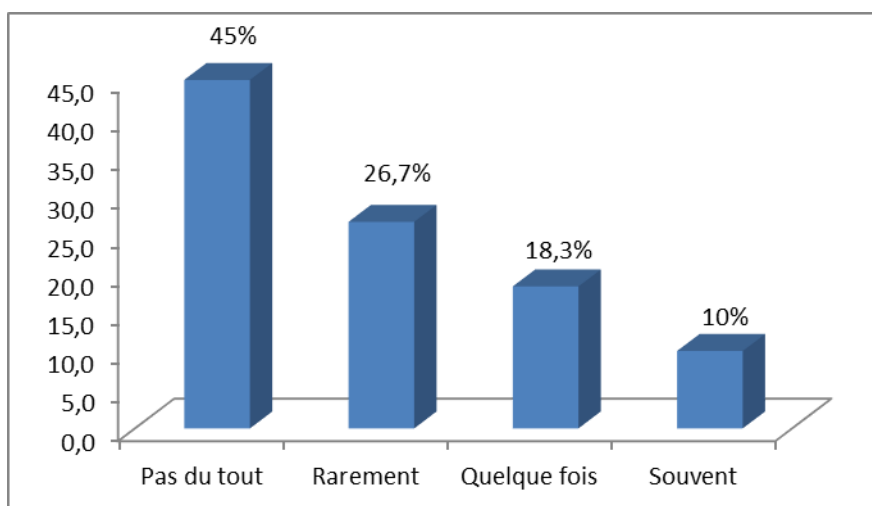


Figure n° 43: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 4

1.5. Item 5 : Avez-vous ressenti de la douleur ou une sensation de brûlure en passant de l'eau / en urinant ?

42,5% des patientes n'avaient pas une sensation de brûlure vaginale, alors que 48,4% d'entre elles rencontraient des problèmes d'ordre modéré, tandis que 9,2% des patientes avaient régulièrement une brûlure vaginale.

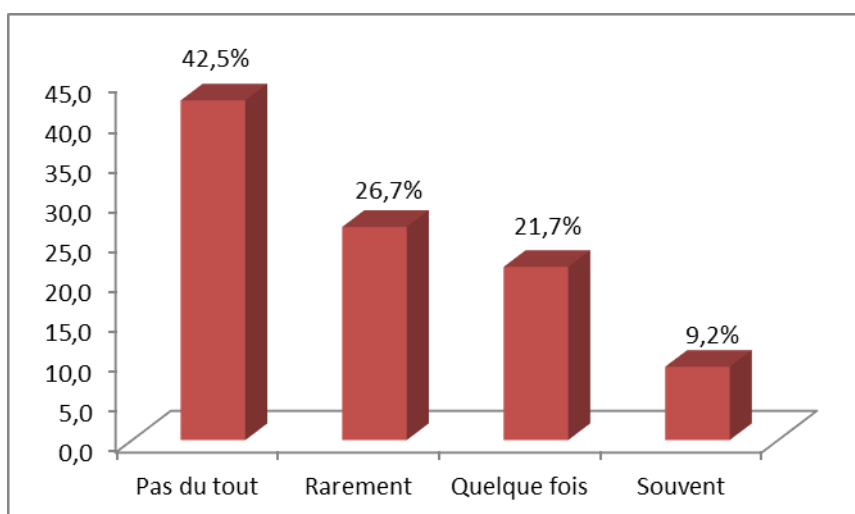


Figure n° 44: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 5

1.6. Item 6 : Avez-vous eu des fuites d'urine ?

40% des patientes n'avaient pas des fuites d'urine, alors que 46,7% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, tandis que 13,3% des patientes avaient régulièrement une fuite urinaire.

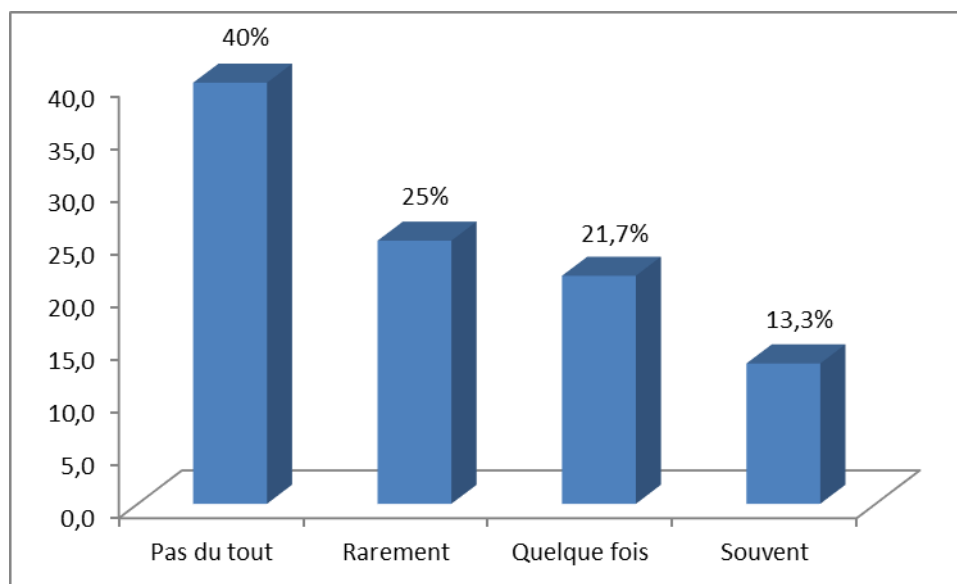


Figure n° 45: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 6

1.7. Item 7 : Avez-vous eu des difficultés à vider votre vessie?

38,3% des patientes n'avaient pas des difficultés à vider la vessie, alors que 44,2% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, tandis que 17,5% des patientes avaient des difficultés extrêmes à vider la vessie.

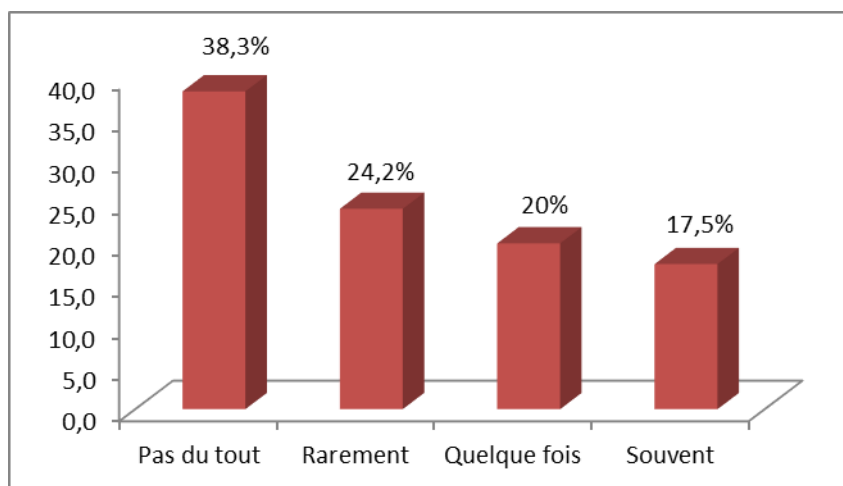


Figure n° 46: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 7

1.8. Item 8 : Avez-vous eu un gonflement d'une ou des deux jambes?

33,3% des patientes n'avaient pas un gonflement des jambes, alors que 52,5% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, tandis que 14,2% des patientes avaient souvent un gonflement des jambes.

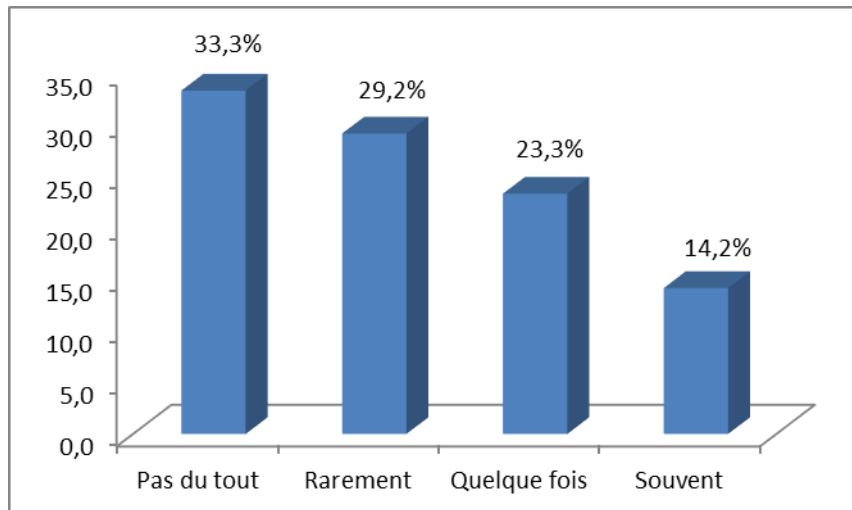


Figure n° 47: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 8

1.9. Item 9 : Avez-vous eu des douleurs dans le bas du dos ?

33,3% des patientes n'avaient pas des lombalgies, alors que 57,5% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, tandis que 9,2% des patientes avaient souvent des lombalgies.

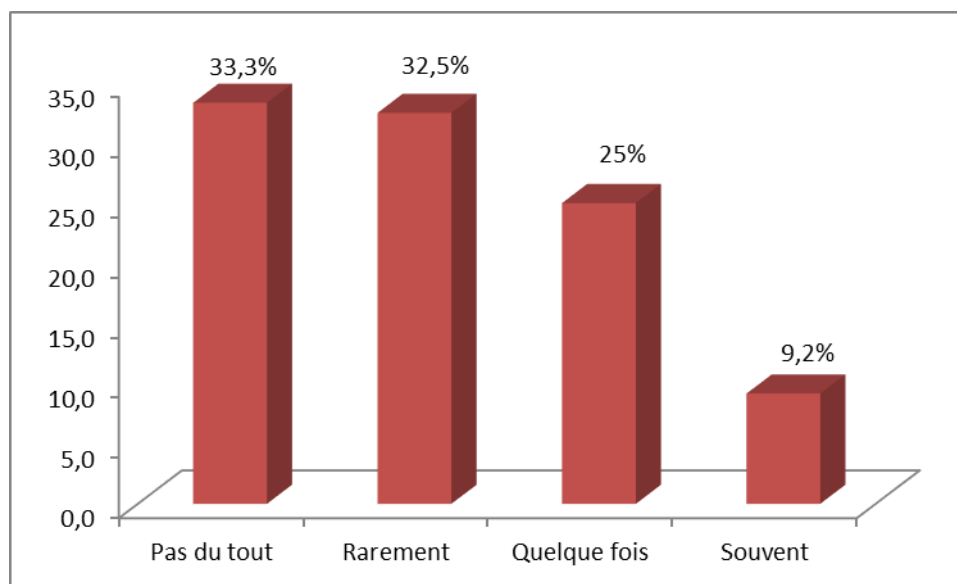


Figure n° 48: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 9

1.10. Item 10 : Avez-vous eu des picotements ou des engourdissements dans les mains ou les pieds ?

41,7% des patientes n'avaient pas des picotements ou des engourdissements dans les mains ou les pieds, alors que 48,3% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, tandis que 10% des patientes avaient fréquemment des picotements ou des engourdissements.

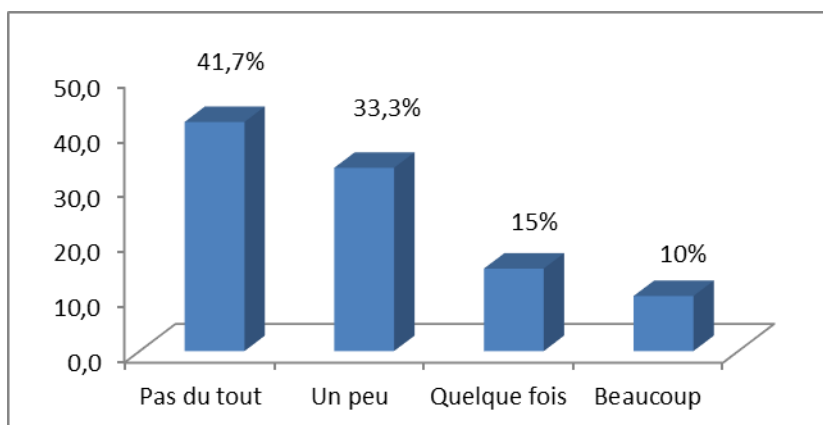


Figure n° 49: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 10

1.11. Item 11 : Avez-vous eu une irritation ou une douleur dans le vagin ou la vulve ?

42,5% des patientes n'avaient pas une irritation vaginale ou vulvaire, alors que 43,4% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, tandis que 14,2% des patientes avaient fréquemment une douleur vaginale.

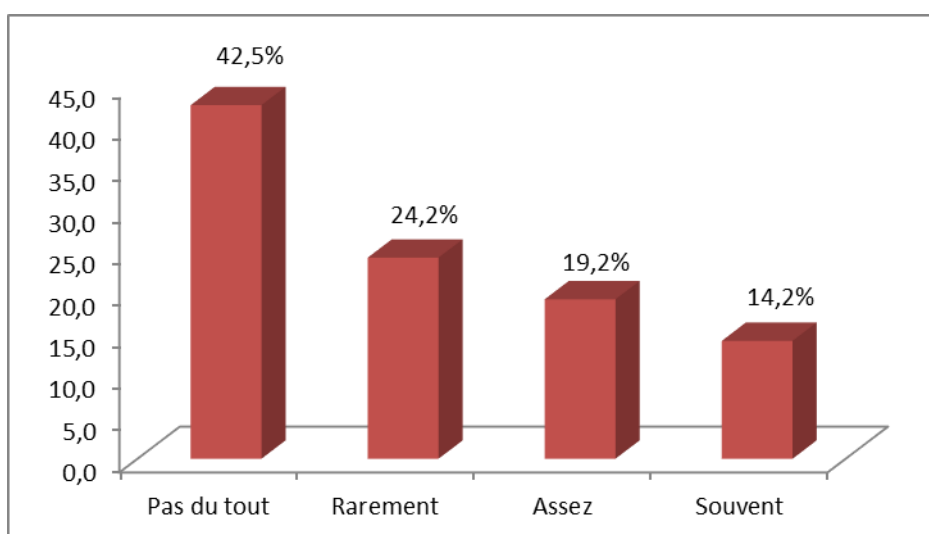


Figure n° 50: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 11

1.12. Item 12 : Avez-vous eu des écoulements vaginaux ?

33,3% des patientes n'avaient pas un écoulement vaginal, alors que 46,6% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, tandis que 20% des patientes avaient souvent un écoulement vaginal.

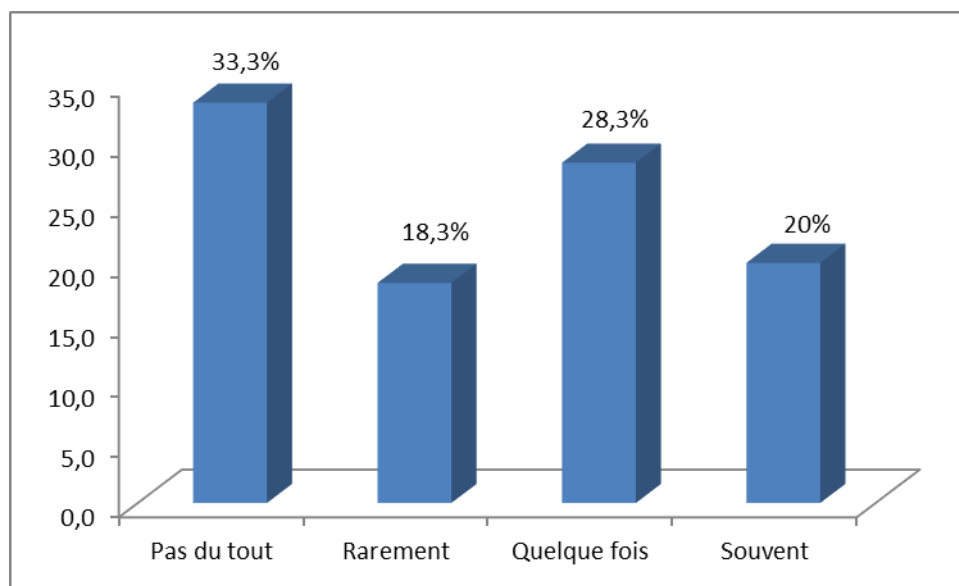


Figure n° 51: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 12

1.13. Item 13 : Avez-vous eu des saignements anormaux de votre vagin ?

33,3% des patientes n'avaient pas un saignement vaginal, alors que 50% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, tandis que 16,7% des patientes avaient fréquemment un saignement vaginal.

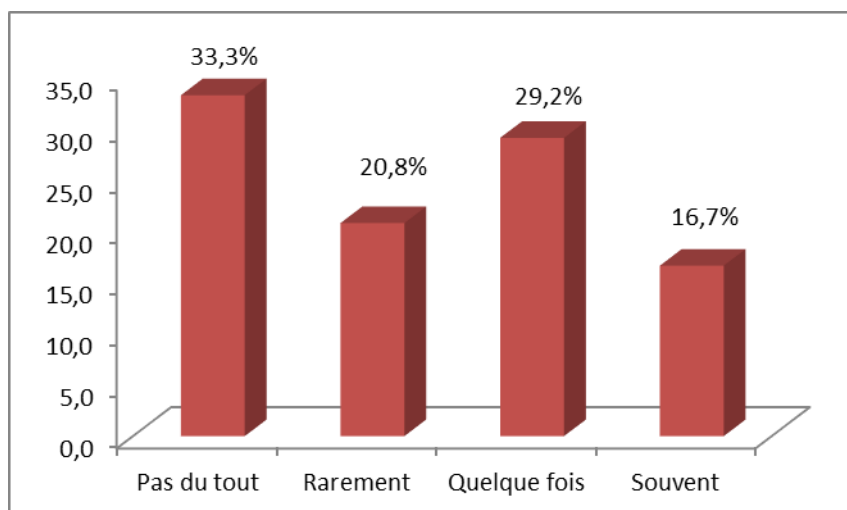


Figure n° 52: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 13

1.14. Item 14 : Avez-vous eu des bouffées de chaleur et / ou des sueurs ?

29,2% des patientes n'avaient pas des bouffées de chaleur ni des sueurs, alors que 49,2% d'entre elles rencontraient des problèmes d'ordre modéré, tandis que 21,7% des patientes avaient fréquemment des bouffées de chaleur et des sueurs.

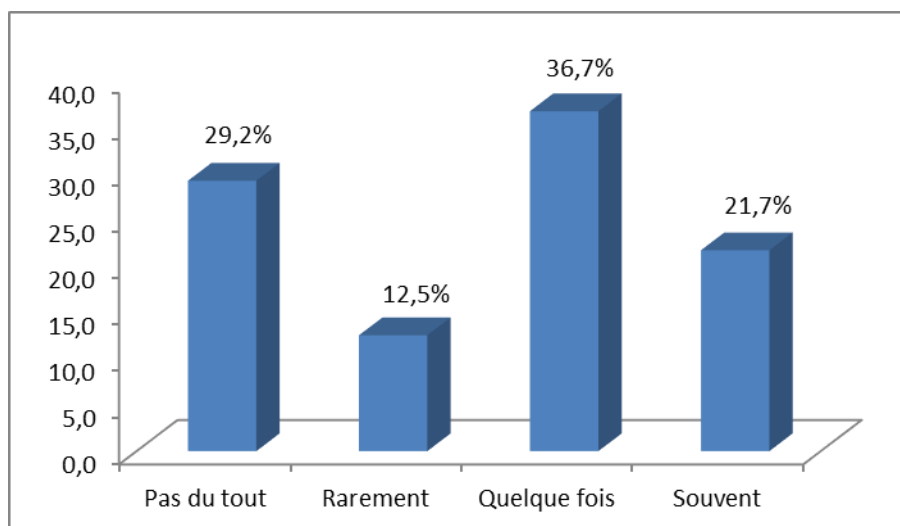


Figure n° 53: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 14

2. Image corporelle (Items 15 à 17) :

2.1. Item 15 : Vous êtes-vous senti physiquement moins attrayante en tant que résultat de votre maladie ou traitement ?

25% des patientes déclaraient que le volet physique ne leur posaient pas de problème, alors que 37,5 % des patientes se plaignaient que celui-ci affectent modérément leur qualité de vie, et 37,5% des patientes se plaignaient que leurs aspect physique est moins attrayant en tant que résultat de la maladie ou de traitement.

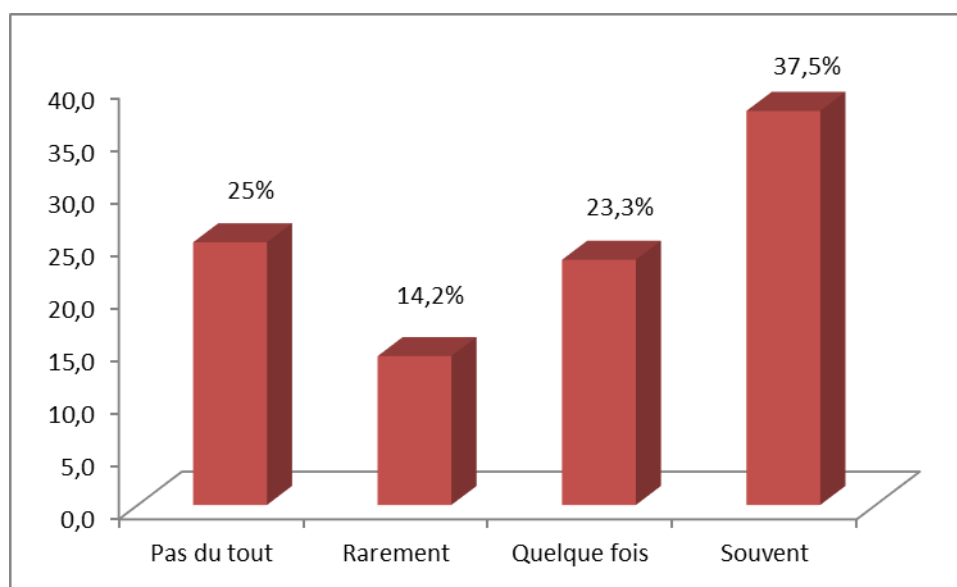


Figure n° 54: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 15

2.2. Item 16 : Vous êtes-vous senti moins féminine en tant que résultat de votre maladie ou traitement ?

24,2% des patientes déclaraient que la perception de leur féminité n'a pas été modifiée en tant que résultat de la maladie, alors que 38,3 % des patientes se plaignaient que celui-ci affectent modérément leur qualité de vie, et 37,5% des patientes se plaignaient que leur féminité est affectée gravement en tant que résultat de la maladie ou de traitement.

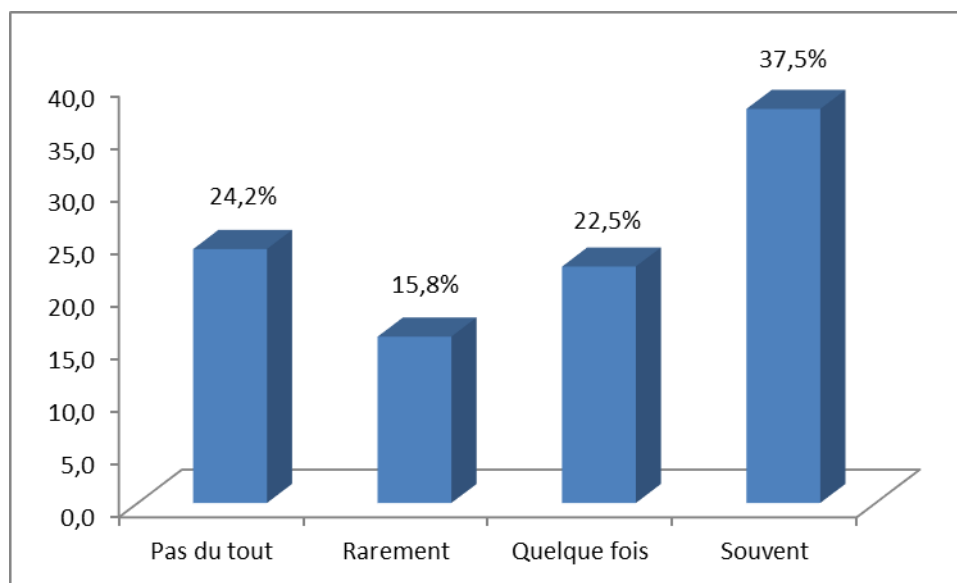


Figure n° 55: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 16

2.3. Item 17 : Vous êtes-vous sentie insatisfaite de votre corps?

24,2% des patientes déclaraient qu'elles ont été satisfaites de leurs corps, alors que 42,5 % des patientes se plaignaient que celui-ci affectent modérément leur qualité de vie, et 33,3% des patientes déclaraient qu'elles ont été complètement insatisfaites de leurs corps.

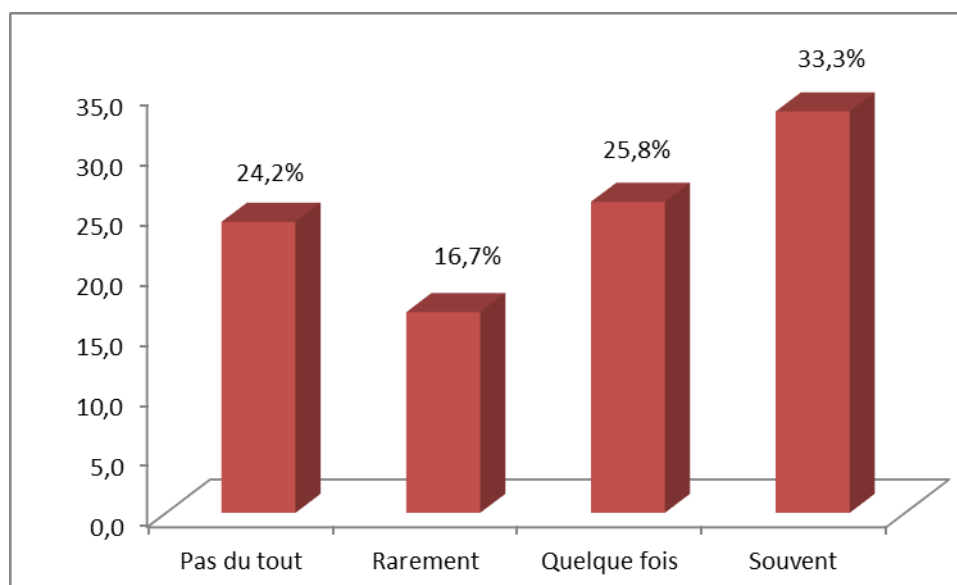


Figure n° 56: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 17

3. Activité sexuelle (Items 18 à 24) :

Dans notre étude seulement 58 patientes étaient en activité sexuelle au moment du questionnaire soit (48,3%). Tandis que 51% n'avait pas d'activité sexuelle dont :

- 18 femmes célibataires soit (15%).
- 7 femmes divorcées soit (5,8%).
- 5 femmes veuves soit (4,1%).
- 17 femmes mariée mais souffrant de maltraitance ou de polygamie soit (14%).
- 15 femmes n'avaient pas d'activité sexuelle à cause de morbidité chez leur mari soit (12%).

3.1. Item 18 : craignez-vous que les relations sexuelles soient douloureuses?

25,9% des patientes déclaraient qu'elles n'avaient pas la crainte que les relations sexuelles soient douloureuses, alors que 41,4 % des patientes se plaignaient que celui-ci affectent modérément leur qualité de vie, et 32,8% des patientes déclaraient qu'elles avaient toujours la crainte que les relations sexuelles soient douloureuses.

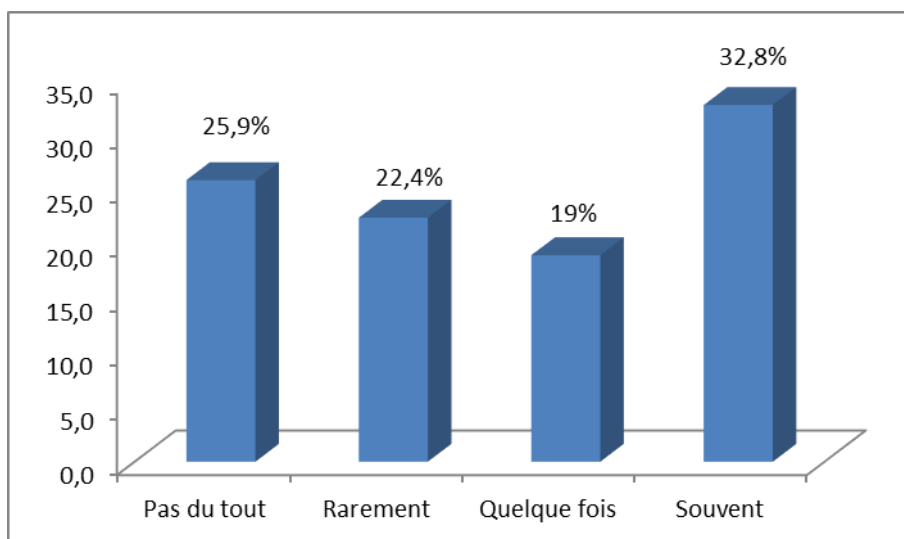


Figure n° 57: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 18

3.2. Item 19 : Avez-vous été sexuellement active ?

31% des patientes rapportaient qu'elles n'ont pas été sexuellement actives, alors que 50% des patientes rapportaient qu'elles ont été modérément active sexuellement, et 19% des patientes déclaraient qu'elles ont été active sexuellement selon leur fréquence habituelle.

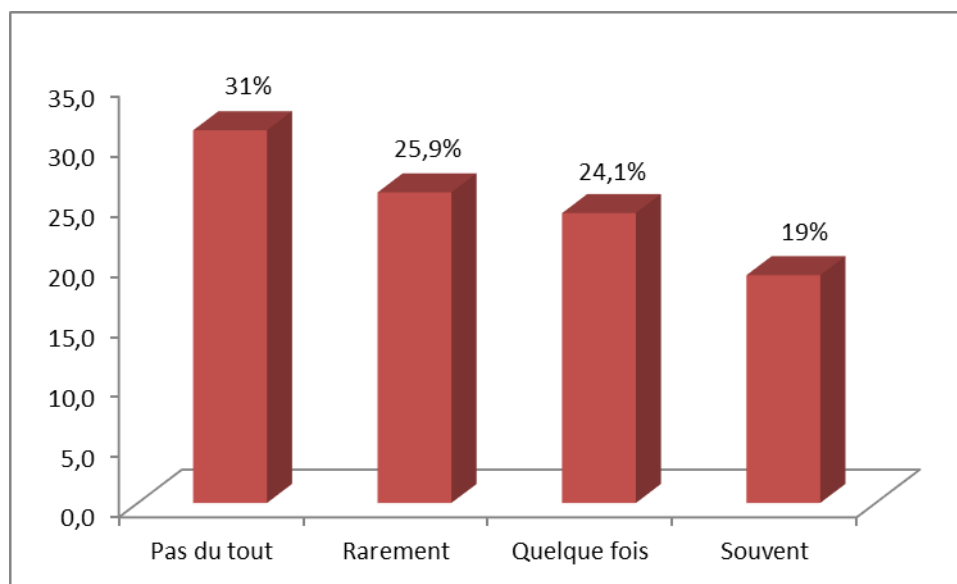


Figure n° 58 : Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 19

3.3. Item 20 : Votre vagin est-il sec pendant une activité sexuelle ?

25,9% des patientes rapportaient qu'elles avaient une lubrification vaginale normale, alors que 39,6 % des patientes rapportaient qu'elles avaient une sécheresse vaginale modérée, et 34,5 % des patientes déclaraient qu'elles avaient souvent une sécheresse vaginale importante.

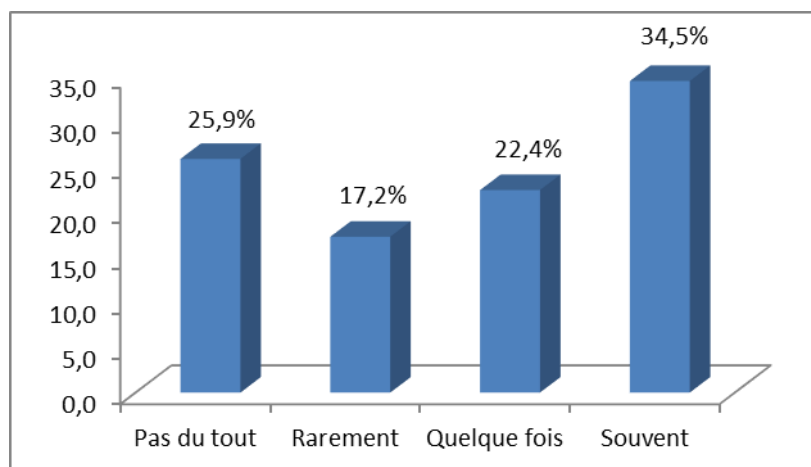


Figure n° 59: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 20

3.4. Item 21 : Votre vagin est-il court ?

22,4% des patientes rapportaient qu'elles avaient une sensation d'un vagin normale, alors que 39,7 % des patientes rapportaient qu'elles avaient une sensation modérée d'un vagin court, et 37,9% des patientes déclaraient qu'elles avaient un vagin très court.

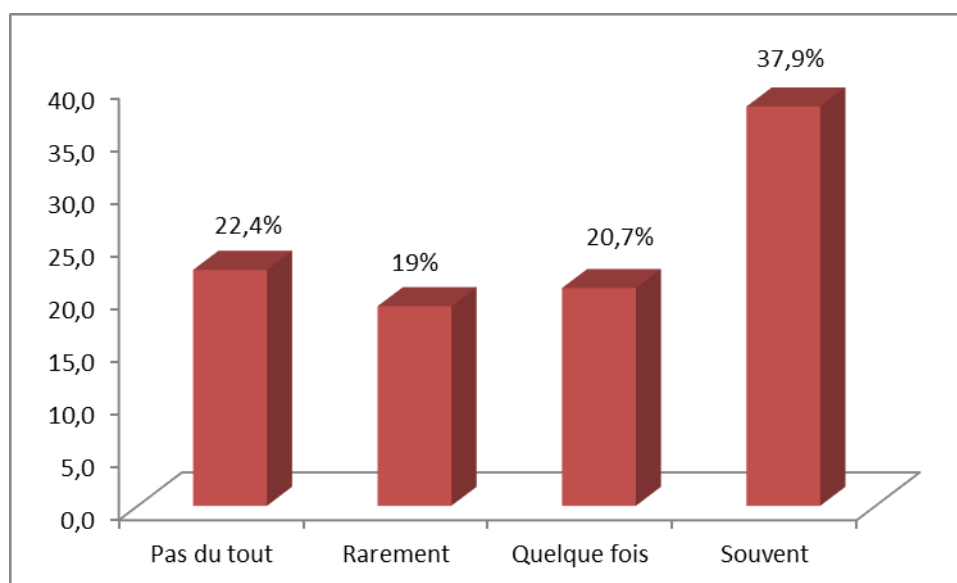


Figure n° 60: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 21

3.5. **Item 22 : Votre vagin est-il tendu ?**

34,5% des patientes rapportaient qu'elles n'avaient pas un vagin tendu, alors que 37,9 % des patientes rapportaient qu'elles avaient un vagin modérément tendu, et 27,6% des patientes déclaraient qu'elles avaient un vagin très tendu.

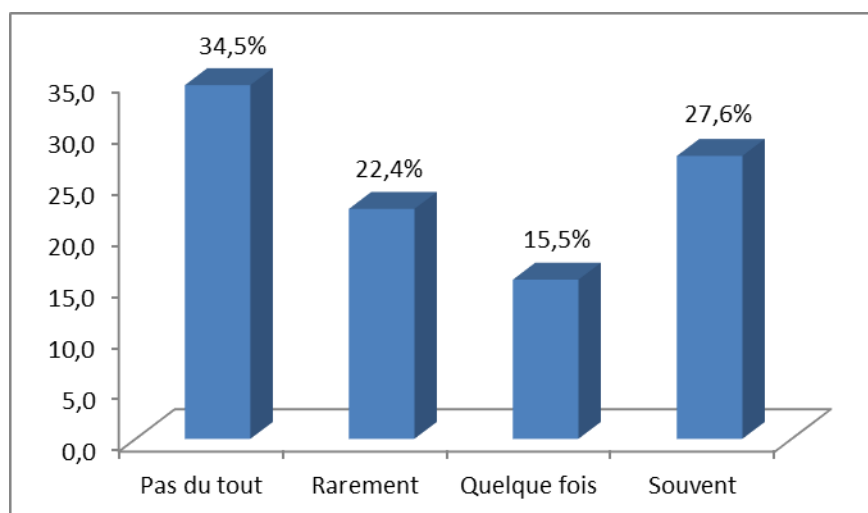


Figure n° 61: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 22

3.6. **Item 23 : Avez-vous ressenti de la douleur pendant les rapports sexuels ou une autre activité sexuelle ?**

25,9% des patientes rapportaient que les rapports sexuels n'ont pas été douloureux, alors que 39,6% des patientes rapportaient qu'ils ont été modérément douloureux, et 34,5 % des patientes déclaraient qu'elles avaient souvent la douleur lors des rapports sexuels.

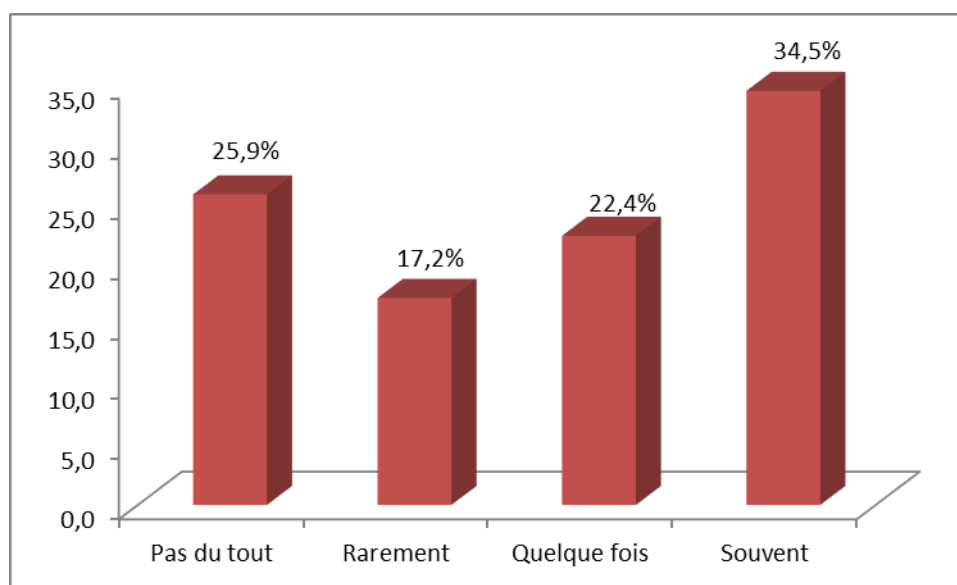


Figure n° 62: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 23

3.7. Item 24 : L'activité sexuelle était-elle agréable pour vous ?

32,8% des patientes rapportaient que l'activité sexuelle n'a pas été agréable, alors que 50% des patientes rapportaient qu'elle a été modérément agréable, et 17,2 % des patientes déclaraient que leur activité sexuelle a été très agréable.

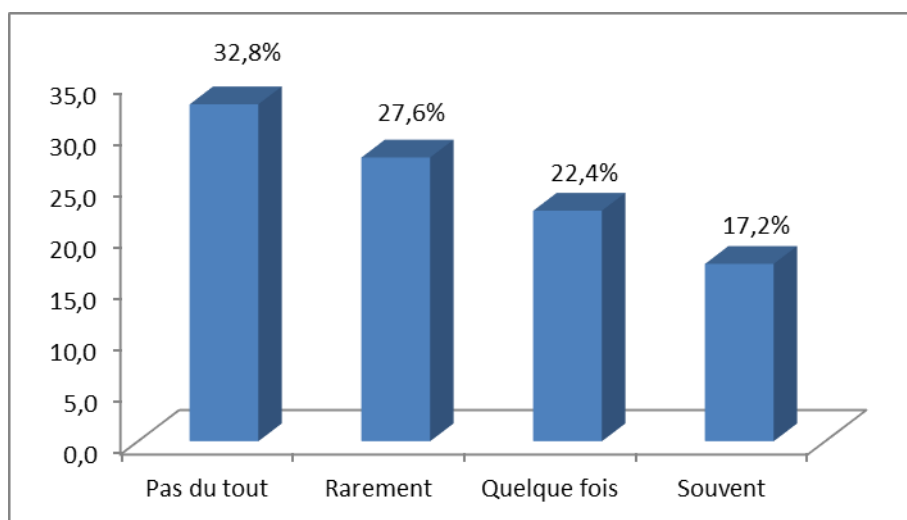
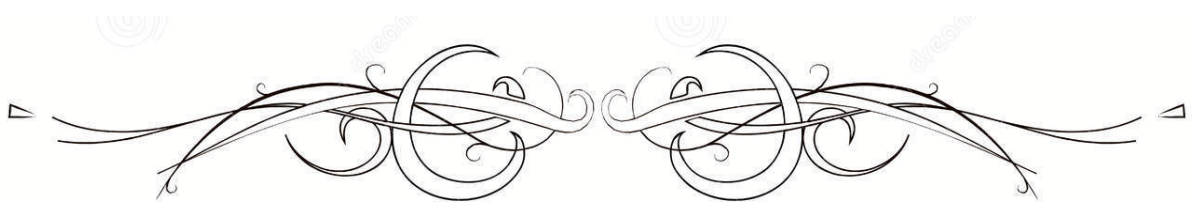


Figure n° 63: Répartition des patientes selon la réponse à l'Item 24

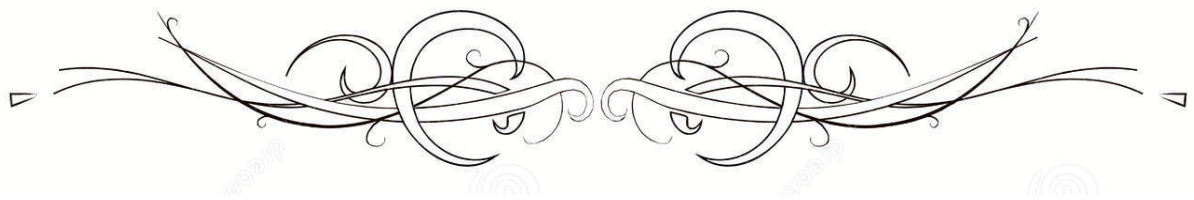
4. Les scores des dimensions de QLQ-CX24

Tableau XI : Le score des dimensions de QLQ-

	Items	Effectifs de réponse	Score	Ecart type
Les symptômes fonctionnels	Items 1 à 14	120	29,03	10,1
Image corporelle	Items 15 à 17	120	8,1	11,2
Activité sexuelle	Items 18 à 24	120	17,55	12,5



DISCUSSION



I. Généralités sur la qualité de vie relative à la santé

Cette partie présente la définition de la qualité de vie et ses particularités, la spécificité de la qualité de vie relative à la santé, les domaines nécessairement pris en compte pour l'évaluation de la qualité de vie, et les questionnaires utilisés dans notre étude.

1. Définition

En 1948, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) a défini la santé comme étant « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [9]; Les praticiens ne doivent plus travailler dans l'unicité de la maladie mais dans la pluri-dimensionnalité du patient. Le ressenti du patient, sa qualité de vie sont devenus des éléments importants de la prise en charge.

La Qdv découle de cette définition élargie de la santé, qui depuis lors n'est plus définie en termes de décès ou de maladie. Ainsi, en 1993, l'OMS définit la qualité de vie comme « la perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » [10]. La même année, Wilson et Cleary ont proposé un modèle conceptuel pour lier les éléments importants influençant la qualité de vie d'un patient. Ce modèle constitué de cinq niveaux permet de visualiser l'enchaînement des facteurs cliniques, physiques, psychologiques et sociaux qui influent sur la qualité de vie [11].

Le modèle ainsi décrit est un modèle en cinq niveaux. Le premier niveau correspond aux critères biologiques et physiologiques. Ceux-ci ont un impact sur le niveau symptomatique du patient, caractérisant la perception que le patient a de ses symptômes. Le troisième niveau correspond à la perception que le patient a de son état fonctionnel, incluant

son état physique et émotionnel. Ce troisième niveau est en lien direct avec la perception que le patient a de son état de santé globale correspondant au quatrième niveau. Cette perception de sa santé globale va enfin jouer un rôle direct sur son évaluation de sa QdV globale.

Dans ce modèle, le lien entre chaque niveau est unidirectionnel. En 2007, Osoba et al. (Osoba, 2007) [12] ont proposé une version révisée de ce schéma dans laquelle des interactions dans les deux sens sont possibles entre l'état symptomatique, l'état fonctionnel, la santé perçue et la qualité de vie globale (Figure 64).

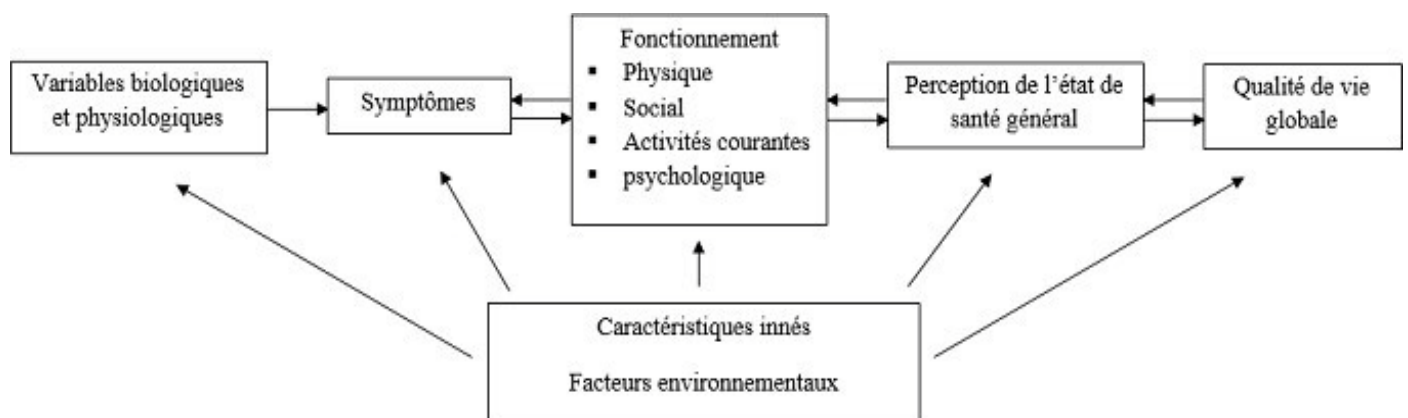


Figure 64: Modification du modèle de Wilson et Cleary indiquant le potentiel d'une interaction à double sens entre plusieurs composants du modèle(Osoba2007)

La définition exacte de la qualité de vie relative à la santé varie en fonction des auteurs ; Kaplan et Bush ont proposé l'utilisation du terme qualité de vie relative à la santé (QdV) afin de distinguer les effets de la santé des autres facteurs qui peuvent affecter la perception du sujet [13]. En effet, en général, la recherche en qualité de vie englobe deux grands domaines. L'un des domaines est centré sur la qualité de vie relative en santé (QdV) et l'autre domaine sur plusieurs déterminants mesurant le bien-être (social, économique, culturel. . .) d'un individu. [14]

À partir de cette nouvelle approche de la santé, l'évaluation de la qualité de vie prend tout son sens ; La qualité de vie relative à la santé (QdV) découle de cette définition et intègre

l'impact de la maladie et du traitement sur la qualité de vie du patient. Certaines conséquences indirectes de la maladie telles que la perte d'un emploi ou les difficultés financières sont également prises en compte.

Bien qu'il n'existe pas de consensus autour de la définition de la QdV, elle est généralement considérée comme un concept multidimensionnel qui inclut au minimum le bien-être physique, psychologique et social mais aussi les symptômes liés à la maladie et aux traitements.

La QdV entre dans le champ des «Résultats rapportés par les patients» (RRP), des mesures de l'état de santé perçue par le patient (Doward & McKenna, 2004; Fayers & Machin, 2007) [15],[16].

Ces mesures doivent donc être rapportées par le patient lui-même. Les RRP peuvent correspondre à une large variété de paramètres comme les symptômes liés à la maladie ou au traitement, par exemple, la fatigue ou la douleur. La satisfaction vis-à-vis des soins entre également dans le champ des RRP.

Beaucoup d'autres définitions de la qualité de vie sont disponibles et, bien qu'elles varient selon les auteurs, il est généralement admis qu'une des caractéristiques clés de la QdV est l'incorporation des valeurs, des jugements et des préférences individuels [17]et donc la QdV est une mesure subjective puisque chaque individu a sa propre définition de la QdV. Lorsqu'un patient évalue son niveau de QdV, son jugement dépend de ses références internes, de l'importance relative qu'il accorde aux différentes dimensions de la QdV et de sa propre définition de la QdV. L'évaluation de la QdV est donc influencée par les attentes et les espérances de santé du patient (Bullinger, 2002; Wiklund, 2004). [18,19]

A titre d'exemple, un individu avec une maladie chronique n'aura pas les mêmes attentes et espérances de santé qu'un individu habituellement en bonne santé et qui vient d'être diagnostiqué pour un cancer.

La QdV est également un concept dynamique. En effet, un individu donné n'évalue pas nécessairement sa QdV selon les mêmes critères au cours du temps, ses attentes et

espérances de santé peuvent être modifiées du fait du diagnostic d'une maladie telle qu'un cancer. Le patient peut ainsi s'adapter à la maladie et à la toxicité du traitement et revoir, par exemple, ses espérances de santé à la baisse. Le patient peut également accorder moins d'importance à son état physique et être plus attaché et plus proche de sa famille et de ses amis qu'il ne l'était avant l'apparition de la maladie. Cet aspect dynamique est illustré par le modèle interactif de Wilson et Cleary où la perception de la santé et de la QdV du patient est entre autre influencée par des facteurs extérieurs tel que l'échelle de valeurs des domaines de QdV (Wilson & Cleary, 1995).[11]

On appelle critères de jugement en oncologie, les critères permettant de conclure sur l'efficacité thérapeutique d'un traitement. Si on se réfère aux directives de l'administration des aliments et des médicaments (FDA) ; Les critères de jugement sont des résultats cliniques et biologiques mesurables utilisés pour le développement et l'évaluation des options de traitement. Dans le traitement du cancer, les critères d'évaluation peuvent être classés en deux catégories: «Critères cliniques axés sur le patient », y compris la survie globale, et des « paramètres cliniques centrés sur la tumeur » tels que la survie sans progression, le taux de réponse et la survie sans maladie [20].

A ce jour, la survie globale reste le « gold standard » pour évaluer l'efficacité d'une prise en charge. Néanmoins, compte tenu du nombre croissant de traitements efficaces pour une grande majorité des cancers, il est nécessaire d'augmenter le nombre de patients à inclure ainsi que la durée de suivi de chaque patient afin d'observer un nombre de décès suffisant, avec une puissance statistique suffisante (Fiteni et al, 2014) [20] ,alors que la qualité de vie est devenue le principal critère d'évaluation des essais cliniques en oncologie, offrant deux avantages: une durée d'étude plus courte et une capacité à évaluer le bénéfice clinique pour le patient.

En effet, les patients atteints d'un cancer présentent un grand nombre de symptômes ainsi que des pertes d'aptitude fonctionnelle, qui ne sont pas mesurables avec des tests de laboratoires ou des procédures d'imageries. Il est important, à cet égard, de souligner que les

critères de jugement les plus communément utilisés tels que la survie, le temps jusqu'à progression de la maladie, la réponse tumorale, l'état général et la mesure de la toxicité proviennent d'une évaluation subjective du clinicien ou des données d'imagerie ou de biologie de faible fiabilité [21]. A titre d'exemple, bien que l'utilisation de nouvelles techniques d'imagerie a amélioré la capacité du clinicien à mesurer la taille tumorale avec plus de précision, le temps jusqu'à progression de la maladie est difficilement mesurable avec précision et reproductibilité parce qu'il dépend aussi de la fréquence des mesures. En effet, seul le temps de survie, mesuré à partir du premier traitement jusqu'au décès, est exempt d'erreur.

En outre ; Les informations sur la qualité de vie améliorent notre connaissance des effets des maladies et de leurs traitements sur la capacité du patient à fonctionner et son sentiment de bien-être, et le statut de la qualité de vie devient un prédicteur de la survie plus précis que l'état des performances d' autant plus qu'il est évident que l'inclusion de la qualité de vie dans les essais cliniques a été informative et utile. La fréquence croissante de l'évaluation de la qualité de la santé dans les essais cliniques témoigne de l'émergence d'une philosophie de la médecine clinique centrée sur le patient, qui modifiera à terme le paradigme de la maladie sous lequel les professionnels de la santé ont fonctionné au cours du siècle dernier [22].

2. Mesure de Qdv :

Sous l'impulsion de la recherche clinique, des outils standardisés d'évaluation de la qualité de vie ont été développés. Par essence, la mesure de la qualité de vie implique une variabilité subjective trop importante. Pour limiter cette subjectivité, l'outil de mesure idéal devrait posséder les caractéristiques suivantes [23-25] :

- Reproductibilité : capacité à produire les mêmes résultats à plusieurs reprises dans les mêmes conditions.
- Spécificité : la précision avec lesquelles il mesure ce qu'il est censé mesurer.
- Sensibilité : capacité à détecter des modifications cliniquement significatives au fil du temps.
- Interprétabilité : capacité à fournir des résultats qui peuvent avoir un sens clinique.

Pour recueillir les données nécessaires à l'évaluation de la qualité de vie du patient, il a fallu développer des questionnaires adaptés. Il existe deux types de questionnaires, les Hétéro- questionnaires et les auto- questionnaires. Les premiers sont complétés par une tierce personne, les seconds par le patient lui-même. L'utilisation d'auto-questionnaires est le gold standard.

Ces dernières années ont vu se développer des questionnaires adaptés à de multiples situations cliniques; deux types de questionnaires sont disponibles:

- Les questionnaires généraux: le QLQ-C30 de l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC), le Formulaire abrégé de l'étude sur les résultats médicaux (SF-36) [26-30]. Ce sont des questionnaires qui vont couvrir plusieurs domaines: physique, social, cognitif, psychologique, symptomatique... Le QLQ-C30 est composé de 15 dimensions, le SF-36 de 8;Le questionnaire utilisé dans notre étude était basé sur le QLQ-C30 traduit en dialecte marocain.
- Les questionnaires spécifiques: ils ciblent une pathologie, un symptôme, etc.

L'EORTC a par exemple développé des questionnaires spécifiques à chaque localisation cancéreuse (QLQ-BR23 pour le cancer du sein, QLQ-CX24 pour le cancer du col utérin et QLQ-LC13 pour le cancer de poumon). Le questionnaire utilisé dans notre étude était basé sur le QLQ-CX24 traduit en dialecte marocain. D'autres équipes se sont attachées à développer des questionnaires spécifiques à l'évaluation de la fatigue: le Bilan fonctionnel de la cancérothérapie-Générale (FACT-G), de l'anémie : le Bilan Fonctionnel de la Thérapie du Cancer – Anémie (FACT-An), [31],[32].

Avant de pouvoir être utilisés dans les unités de soins, ces questionnaires ont fait l'objet de validations psychométriques. Cette validation est composée de plusieurs étapes nécessaires à la pertinence des scores obtenus et à l'interprétation qui en sera faite (spécificité, fiabilité, reproductibilité, sensibilité au changement et acceptabilité).

Grâce aux nombreux travaux menés depuis 30 ans la construction d'une échelle de mesure, processus long et complexe, est maintenant bien codifiée. Les échelles sont le fruit d'une collaboration entre cliniciens, linguistes, statisticiens et psychométriciens. Les questions doivent être pertinentes et simples à comprendre. La syntaxe grammaticale utilisée doit être accessible à un enfant de 10 à 12 ans ; comme il s'agit le plus souvent d'un auto-questionnaire sa concision est gage d'un remplissage exhaustif. Les questions sont regroupées par thème pour explorer différentes dimensions. Classiquement on admet quatre dimensions pour couvrir le vaste champ des valeurs de la qualité de vie [33-35] :

- La dimension physique : capacité physique, autonomie, gestes de la vie quotidienne...
- La dimension psychologique : émotivité, anxiété, dépression...
- La dimension somatique : douleur, asthénie, sommeil...
- La dimension sociale : environnement familial, professionnel et amical, participation à des activités de loisirs, vie sexuelle...

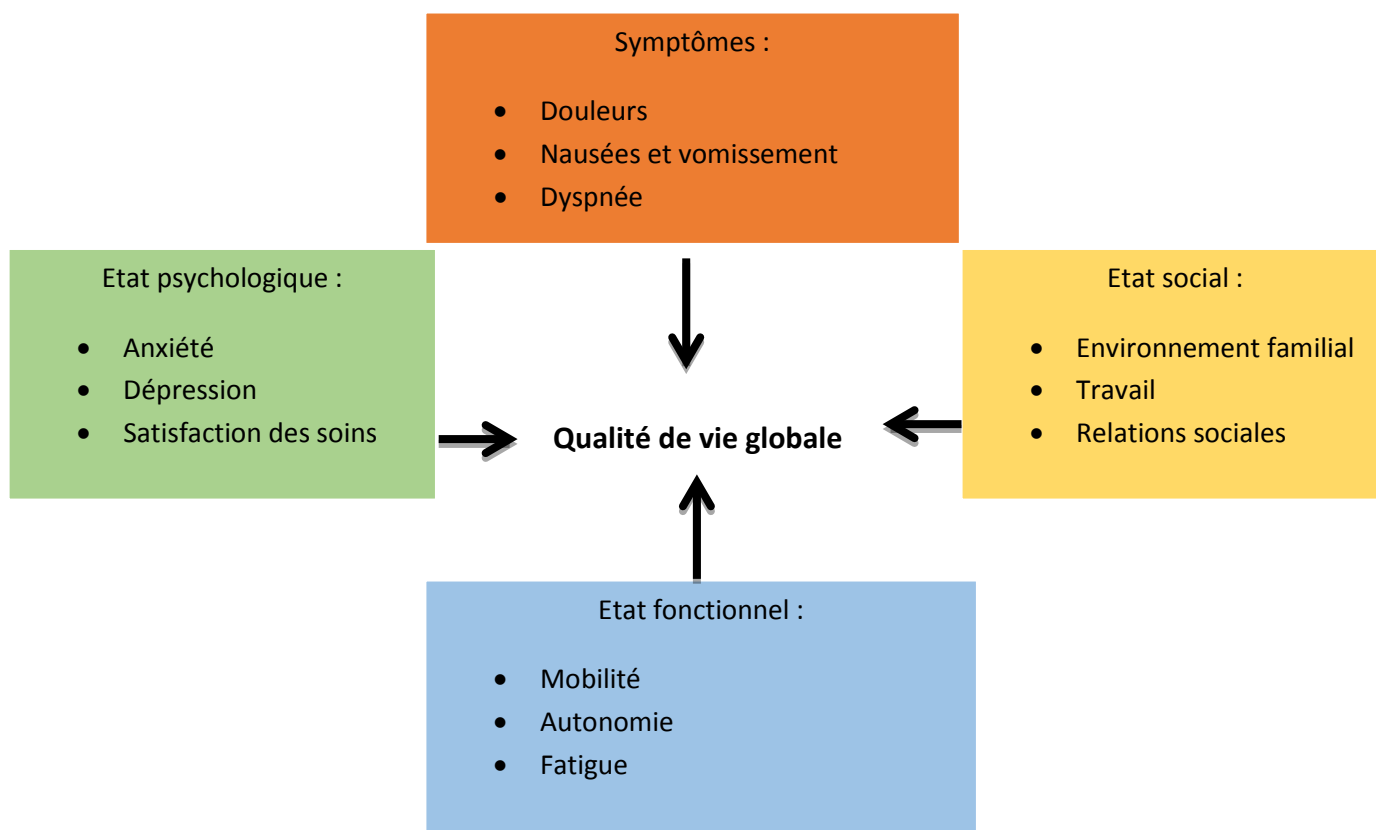


Figure 65 : illustre le concept de qualité de vie incluant une évaluation globale et pluridimensionnelle [33]

3. Questionnaire EORTC QLQ-C30 :

L'organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer EORTC a eu l'originalité de développer un instrument de base utilisable pour toutes les localisations cancéreuses mais qui peut s'articuler avec des questionnaires plus spécifiques à certaines localisations [36],[37]. Il comprend 28 questions répartis en 5 échelles fonctionnelles et 3 échelles symptomatiques. Il se termine par deux échelles visuelles analogiques supplémentaires centrées sur le bien être générale du patient.

Le questionnaire EORTC QLQ-C30 est largement reconnu comme un outil valide et fiable pour mesurer la qualité de vie des patients atteints de cancer. [37]

Cet auto-questionnaire est mis au point en différentes langues ; l'adaptation

transculturelle dans notre contexte reste une étape primordiale pour son utilisation, parce qu'il permet de maintenir une équivalence conceptuelle et ainsi maintenir la validité de contenu. En plus l'adaptation reste plus économe en temps, et permet des comparaisons Internationales, elle a été réalisée en cinq étapes selon les recommandations de Beaton et al [38].

4. Questionnaire EORTC QLQ-CX24 :

C'est un auto-questionnaire de qualité de vie générale spécifique pour les patientes traitées pour un cancer du col utérin. Il a été élaboré en 2006 par l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC) [39]. Il comprend 24 questions abordant certains aspects des dimensions de la qualité de vie : les symptômes fonctionnels (EORTC 1), l'image corporelle (EORTC 2) et l'activité sexuelle (EORTC 3). Chaque question est scorée de 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup) et est limitée dans le temps. Les domaines et leurs scores sont résumés dans le tableau XII.

Plus le score total est élevé, plus la qualité de vie est altérée. Les questions 19 et 24 sont inversées dans le calcul du résultat. Les questions 20 à 24 sont optionnelles.

En cas de non réponse à celles-ci, le domaine EORTC3 n'est pas comptabilisé dans le score total.

Tableau XII : Domaines et scores de l'EORTC CX 24.

Domaines	Questions	Scores
EORTC 1 (symptômes fonctionnels)	1-14	14 à 56
EORTC 2 (image corporelle)	15-17	3 à 12
EORTC 3 (activité sexuelle)	18-24	7 à 28
Score total	EORTC 1 + EORTC2 +/-EORTC 3	24 à 96 ou 17 à 68 (Si l'EORTC 3 non appliqué)

5. Limites de mesures de la Qdv

Le choix du ou des questionnaires de mesure de qualité de vie à inclure dans une étude est délicat. Les questions doivent être pertinentes et adaptées au contexte et au milieu sociodémographique. Les mesures de la qualité de vie, comme les indicateurs plus classiques, obligent à un certain nombre de contraintes : calcul du nombre de patients à inclure, respect de la procédure en double insu, analyse en intention de traiter et programmation des mesures dans le temps... Les questionnaires spécifiques sont plus sensibles aux modifications cliniques du patient et par conséquent plus aptes à détecter une variation de la qualité de vie significative que les questionnaires génériques.

Mais il peut être intéressant d'associer les deux types de questionnaires. Cependant, les mesures de qualité de vie, comme tout critère d'évaluation, peuvent être biaisées [40] :

- Un événement extérieur à la maladie ou au traitement peut influencer le résultat de la mesure de la qualité de vie;
- Il existe des variabilités de la qualité de vie et une adaptation n'est pas rare au cours des maladies chroniques. Les besoins et les objectifs du patient peuvent se modifier et on peut parfois assister de façon paradoxale au maintien, voire à une amélioration de la mesure de qualité de vie alors même que l'état de santé s'est objectivement détérioré.
- L'inclusion dans un protocole d'étude est souvent en elle-même source de bénéfices pour le patient et peut directement améliorer la qualité de vie;
- Enfin, les données manquantes et les patients perdus de vue perturbent les résultats

II. Etude épidémiologique

1. Données sociodémographiques

1.1. L'âge

Selon Hantz l'âge moyen de survenue des cancers du col utérin est de 51 ans [41].

Des études épidémiologiques ont montré des pics d'incidences du cancer du col utérin Entre 44 et 49 ans dans plusieurs pays européens notamment le Danemark, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Norvège et la Slovénie et entre 50 et 65 ans dans le groupe comprenant la plupart des registres américain, africain et asiatique [42].

Selon le registre du Grand Casablanca la moyenne d'âge des patientes était de 53,5 ans [43].

Dans notre série : L'âge moyen des patientes est de 51,9 ans.

Tableau XIII : Moyenne d'âge dans différentes séries.

Auteurs	Pays	Année	Age extrême	Age moyen
Fritih [44]	Algérie	2009	32-98	54
Kochbati [45]	Tunisie	2011	29-85	54.4
Kajam [46]	Marrakech	2012	21-78	49.1
E. Barranger [47]	France	2012	31-74	48
L.Aznague [48]	Marrakech	2013	32-90	50
R. Sabiri [60]	Casablanca	2018	39-76	53,19
Notre série	Marrakech	2021	31 -76	51.9

1.2. Autres données sociodémographiques

Tableau XIV : Tableau comparatif des différentes données sociodémographiques des malades atteints de cancer du col utérin

		R. Sabiri (2018) [60]	Bolin liu (2019) [49]	Singh (2019) [50]	Notre série (2021)
Statut marital	Mariée	64,1%	89,50%	85,30%	75%
	célibataire	–	10,50%	–	15%
	Divorcée	–		–	5,83%
	Veuve	20,5%	–	–	4,16%
Origine géographique	Urbaine	59%	–	50,40%	80,80%
	Rurale	41%	–	49,60%	19,10%
Profession	Active	12,8%	30,90%	–	5,83%
	Retraitée	–	3,30%	–	3,30%
	Femme au foyer	82,1%	24,40%	–	88,30%
	Sans emploi fixe	–	–	–	2,50%
Niveau socio-économique	Bas	–	–	89,40%	70,80%
	Moyen	–	–	–	19,10%
	Elevé	–	–	–	10%
Niveau d'instruction	Analphabétisme	80,8%	15%	70,40%	37,50%
	Préscolaire	–	–	29,40%	6,60%
	Primaire	9%	20,90%		20%
	Secondaire	–	49,80%		25,80%
	Universitaire	–	14,30%		10%
Prise en charge sociale		74%	77%	–	54,10%

Nous nous sommes basé sur des études pour dresser le tableau ci-dessus (Tableau XV) comparatif et descriptif des caractéristiques socioéconomiques de nos patientes.

Il est difficile de trouver dans la littérature des éléments de comparaison pour plusieurs caractéristiques car la majorité des études publiées ont été réalisées d'une manière rétrospective ce qui expliquent que les données sociodémographiques ne sont pas toutes retrouvées.

La majorité de nos patientes étaient mariées (75%) ce qui correspond aux résultats de R. Sabiri (2018) [60] 64,1%, de Bolin liu 2019 [49] 89,50 %, et celle de Singh 2019 [50] 85,30%.

A mentionner que le Ramed a été considéré comme moyen de couverture sociale dans notre étude.

1.3. Les facteurs de risque

a. Facteurs de risque infectieux :

Les femmes qui ont leur première relation sexuelle à un jeune âge augmentent leur risque de développer le cancer du col de l'utérus. Il serait probable que le virus du papillome humain (VPH) infecte plus facilement le col de l'utérus d'une jeune femme, parce que les cellules du col de l'utérus sont immatures. Le HPV est une maladie sexuellement transmissible.[51] Dans notre contexte marocain, le début d'activité sexuelle est déterminé par l'âge de mariage.

Les femmes qui limitent le nombre de partenaires sexuels diminuent leur risque de développer le cancer du col de l'utérus. Elles ont aussi un risque inférieur d'infection sexuellement transmissible (IST) et d'infection pelvienne par rapport aux femmes qui ont un plus grand nombre de partenaires [52].

Les infections génitales à répétition constituent un lit pour les dommages cellulaires au niveau du col utérin. Plusieurs agents infectieux sont incriminés dans la genèse du cancer du col utérin. Les femmes présentant des infections génitales à répétition, courent un plus grand risque de développer le cancer du col de l'utérus que celles qui ne le sont pas [51].

Tableau XV : répartition des patientes selon les facteurs de risques infectieux

	Khadiri [53]	Notre série
Rapports sexuels précoce (avant l'âge de 17 ans)	11,6% des cas	9,1% des cas
Partenaires multiples	4,6% des cas	2,5% des cas
Infections génitales à répétition	20% des cas	20,8% des cas

b. les Autres facteurs ou cofacteurs :

La grande majorité des femmes infectées par un type de HPV oncogène ne développent pas de cancer du col, ce qui laisse à penser que d'autres facteurs, agissant en même temps que le HPV en augmentant le risque de provoquer la maladie, notamment :

- La multiparité qui a été retrouvée chez 61 de nos patientes (50,83% des cas), ce qui correspond à Khadiri [53] qui rapporte une multiparité (supérieur à 3) chez 62,3% des patientes.
- Le tabagisme qui a été retrouvé chez 03 patientes (soit 2,5%), L.A Briton [54] a mis en évidence dans son étude une corrélation étroite entre le nombre de cigarettes, la durée du tabagisme et le risque de cancer du col utérin.
- Facteurs socio-économiques et mauvaise hygiène de vie : Le cancer du col de l'utérus est associé aux classes défavorisées avec un bas niveau socio-économique. Les femmes d'un niveau socioéconomique faible ont souvent des revenus limités, un accès au soin diminué avec absence de dépistage, une mauvaise hygiène de vie, une mauvaise alimentation et une connaissance limitée des problèmes de santé et des comportements préventifs.

Dans notre étude, Plus des deux tiers de nos patientes étaient issues d'un niveau socio-économique bas (70,8%), ce qui rejoint l'étude de khadiri qui montre un niveau socio-économique bas chez 66% des cas [53].

2. Caractéristiques cliniques et anatomopathologiques

2.1. Délai à la consultation :

En Algérie le délai diagnostique maximale du cancer du col de l'utérus après le premier symptôme était de 4mois [55].

Nos malades ont consulté tardivement, après un délai moyen de 8 mois.

Dans notre contexte, il existe des considérations sociales (pudeur...) qui empêchent les femmes de consulter pour des signes gynécologiques mais également la difficulté d'accès aux soins. Ces contraintes pourraient expliquer le long délai à la consultation et donc le diagnostic à des stades avancés, en effet 50% de nos patientes ont consulté entre 6– 12 mois de l'apparition des symptômes.

2.2. Signes fonctionnels:

Le cancer du col peut être latent de découverte fortuite, c'est le cas des formes infra cliniques. Dans les stades avancés, les signes cliniques vont apparaître principalement les métrorragies, les leucorrhées ou des signes de retentissement ou d'extension à distance.

Tableau XVI: les différentes séries et la symptomatologie révélatrice dans chacune.

Auteurs	Pays	Année	Nombre	Métrorragie	Leucorrhées	Dlr pelvienne
A. Dem [56]	Dakar	2008	616	79.5%	12.8%	19.5%
Abdellaoui [58]	Fes	2010	49	93.7%	32.6%	34.6%
Kajam[46]	Marrakech	2012	91	90.1%	44%	29.7%
L.Aznague[48]	Marrakech	2013	82	96.3%	35.3%	29.2%
khayat[57]	Marrakech	2020	250	92.4%	44.8%	36.2%
Notre série	Marrakech	2021	120	90,7%	24,9%	36,6%

2.3. Type histologique

L'étude histologique permet d'affirmer le caractère invasif ou non invasif du carcinome et de déterminer son type histologique.

Le carcinome épidermoïde ou SCC (« Squamous-Cell Carcinoma », représente environ 85% des cancers du col en France, Il se développe à partir de l'épithélium malpighien de

l'exocol. Quant aux Adénocarcinomes (« Adenocarcinoma »), 15% des cancers en France et faits de cellules ressemblants aux cellules cylindriques glandulaires de l'endocol [59].

Ceci est proche de notre série d'étude ; 92,5% avaient un carcinome épidermoïde, et 7,5% avaient un adénocarcinome.

III. Discussion des différentes dimensions du score QLQ-C30

1. Echelles fonctionnels

1.1. Evaluation de l'activité physique

Le retentissement sur l'activité physique est l'une des conséquences les plus invalidantes du cancer et de ses traitements, et peut perdurer longtemps après la maladie. [60,61] Elle concerne près de 3 patients sur 4 [62]. Ce retentissement est fortement associé à une mauvaise qualité de vie et à de multiples problèmes psychologiques et somatiques (dépression, anxiété, etc.).

À présent, il ne s'agit plus de se contenter du diagnostic de la fatigue et de l'identification de son retentissement fonctionnel sur l'activité physique, mais de proposer des mesures pour prendre en charge cette difficulté de l'après-cancer. Plusieurs études ont récemment tenté de mettre en place des stratégies interventionnelles afin de lutter contre le retentissement sur l'activité physique à long terme après traitement. [63- 64] Telles que les thérapies psycho-éducatives ou cognitivo-comportementales, le soutien social et émotionnel, l'activité physique, l'éducation et le conseil, la thérapie du sommeil, la thérapie nutritionnelle, les médecines complémentaires et alternatives ainsi que les interventions pharmacologiques.[65-67]

Nos résultats ont montré un retentissement important on ce qui concerne la dimension de l'activité physique avec un score normalisé bas à 39.7, qui reflète l'importance de dégradation de l'activité physique chez notre série, ceci correspondait à l'étude de Ayana BA en

Ethiopie(2016) [105] qui avait une activité physique dégradée avec un score à 48.6, contrairement à l'étude de Vesna bjelic en Allemagne (2012) [68] , et l'étude de Niresh thapa en Chine (2018) [70] , qui ont une activité physique assez conservée avec un score normalisé élevé ; elles avaient respectivement : 78.2 , et 84.3.

Ce retentissement important sur l'activité physique chez les patientes de notre série d'étude peut être expliquée par la mauvaise hygiène de vie chez la majorité de nos patientes notamment la sédentarité et l'obésité.

1.2. Evaluation de l'activité professionnelle et loisir

Il existe plusieurs facteurs qui peuvent freiner la réussite de la réinsertion socioprofessionnelle et la pratique des loisirs habituels des patients traités pour un cancer (fatigue chronique, douleurs persistantes, troubles de la mémoire et de la concentration, séquelles physiques de la chirurgie et parfois un handicap, etc.) [69–71].

En France, 1 personne sur 3 perd ou quitte son emploi dans les 2 ans après un diagnostic de cancer [71]. Selon un sondage de l'institut Curie, 43 % des Français considèrent que la réinsertion professionnelle est la principale difficulté rencontrée après un cancer [72].

Depuis 2012, le Plan cancer en France préconise la formalisation des consultations de l'après-cancer. Ces consultations devraient aider le patient ayant terminé ses traitements à entrer dans la nouvelle phase de l'après-cancer et faciliter sa réinsertion. Une récente étude a développé une intervention de "retour à l'emploi" qui pourrait être intégrée dans le processus de soins de suivi, afin de combler l'écart entre la fin des soins et la reprise du travail [73].

Dans notre série de cas on avait un retentissement important en ce qui concerne la dimension activité professionnelle et loisir avec un score normalisé à 46.2, ce qui reflète les difficultés que nos patientes rencontrent dans leur vie professionnelle et dans la pratique de leurs loisirs, ceci correspondait à l'étude de Ayana BA en Ethiopie(2016) [105] qui avait une activité professionnelle altérée avec un score à 39.8, contrairement à l'étude de Bolin liu en

Chine (2019) [49] et l'étude de Yati afiyanti en Indonésie (2021) [74] qui avaient une activité professionnelle assez conservée avec un score normalisé relativement élevé ; respectivement 75,9 et 75,9 . Ce

retentissement important sur l'activité professionnelle et loisir chez nos patientes peut être expliquée par l'absence d'une stratégie de réinsertion professionnelle des malades cancéreux.

1.3. Evaluation du fonctionnement émotionnel

Les réactions psychologiques sont importantes à connaître car il est fréquent que les cliniciens sous estiment et/ou surestiment certaines variables psychologiques. La maladie cancéreuse est en effet à l'origine d'une série de réactions qui peuvent être cognitives, émotionnelles et comportementales ; ces réactions diffèrent d'une phase à une autre, durant l'évolution de la maladie cancéreuse. L'adaptation à la maladie cancéreuse est aussi, bien sûr, très variable d'un individu à un autre [75]. Ces mécanismes d'adaptation sont importants à reconnaître et à respecter tant qu'ils restent fonctionnels : Le déni, La projection, l'ignorance sélective, La rationalisation [88].

Les travaux de Kubler-Ross (1969-1970) ont décrit cinq phases réactionnelles au cours de la maladie cancéreuse [89] :

- Déni et isolement par rapport aux autres dans un premier temps.
- Colère et ressentiment par rapport aux autres.
- Marchandage : tentatives de repousser la mort en cherchant une récompense par de bons comportements.
- Dépression quand la mort paraît inévitable : tristesse, pleurs.
- Acceptation quand la lutte est finie et qu'il est temps de mourir.

Il est bien reconnu que la détresse psychologique est une conséquence fréquente du cancer. De multiples études ont été réalisées dans le but d'évaluer la prévalence des symptômes dépressifs et anxieux chez les patients atteints de cancer.

La dépression est la réaction psychologique la plus fréquente chez les patients atteints de cancer [76]. Une humeur dépressive, une perte d'intérêt envers les activités plaisantes, un sentiment de culpabilité ainsi que des difficultés de concentration font partie des symptômes retrouvés chez les patients souffrant d'un trouble dépressif.

La dépression au cours des cancers étant difficile à diagnostiquer, elle risque d'être sous-traitée. En partie, parce que la dépression serait « normale et réactionnelle » au cours des maladies graves ; par ailleurs, les troubles neurovégétatifs, cognitifs et émotionnels de la dépression seraient souvent attribués à la cause médicale elle-même. [77]

Etant donné la difficulté pour les oncologues, à poser le diagnostic de dépression, surtout dans un contexte de consultation surchargée et de temps insuffisant, HOFFMAN et WEINER [78] ont proposé une stratégie visant à améliorer l'habileté des médecins à détecter et diagnostiquer la dépression :

- Elargir le diagnostic différentiel à la dépression face à des symptômes somatiques exagérés.
- Obtenir les observations d'un proche pour détecter un éventuel changement de comportement.
- Suivre le patient et réévaluer son humeur pour éliminer des symptômes dépressifs passagers.
- Comparer l'état émotionnel du patient avec la phase de la maladie qu'il traverse.
- Utiliser le MINI basé sur le manuel diagnostic et statistique des troubles mentales 4èmes éditions (DSM IV), qui permet de poser le diagnostic de dépression de manière sûre et rapide.

Les troubles anxieux, quant à eux, réfèrent notamment à des inquiétudes, de l'agitation, de l'irritabilité, ainsi que de la tension musculaire. [78,79]

L'anxiété liée au cancer peut de surcroît conduire à adopter des comportements d'évitement à visée contraphobique lorsqu'elle est massive, chronique et/ou difficilement gérable. Il convient en outre de distinguer les manifestations anxieuses en lien avec des peurs bien identifiées (peur de la maladie, des traitements, des conséquences du cancer, de la souffrance, de la mort, etc.) de l'anxiété anticipatoire (peur d'avoir peur), plus diffuse et moins centrée sur un objet phobogène, caractérisée par des appréhensions et des inquiétudes, voire des soucis pathologiques.

Le premier type d'anxiété considéré ci-avant serait plutôt de nature réactionnelle, généré par la confrontation brutale à un danger réel ou imaginé. Il est par exemple couramment observé au moment de l'annonce du diagnostic de cancer, sachant qu'il s'agit d'une expérience extrêmement angoissante, pouvant parfois donner lieu à un véritable état de stress post-traumatique [80]. Les aspects contraignants et pénibles des traitements pour le cancer et leurs effets secondaires indésirables (douleur, fatigue, perte de cheveux, etc.) peuvent également être redoutés.

Dans notre série on avait un retentissement important au niveau de la dimension émotionnelle qui a été objectivé par un score relativement bas à 38.4, ce qui reflète la fréquence des maladies anxio-dépressives chez notre population par rapport à l'étude de Vesna bjelic en Allemagne (2012) [68] , Bolin liu en Chine (2019) [49] et l'étude de E. Barranger à paris (2012) [106], qui ont des scores élevés respectivement : 72.7 , 74.3 et 67, Contrairement à l'étude de Ayana BA en Ethiopie (2016)[105] qui rejoint notre résultats et qui avait un score à 49.1. Ce retentissement émotionnel important chez nos patientes peut être expliqué par l'absence d'une structure d'accompagnement psychique, d'une part on a la prédominance d'une prise en charge physique et organique avec une négligence des considérations psychiques du malade, d'autre part le patient souvent ne rapporte pas cet aspect de la souffrance psychique considérant qu'il s'inscrit normalement dans le cadre de sa maladie.

1.4. Evaluation du fonctionnement cognitif

Le cancer et ses traitements peuvent avoir des effets délétères sur les fonctions cognitives, ainsi qu'un impact négatif sur la qualité de vie des patients [81]. Il est maintenant admis que certains de ces traitements, notamment la chimiothérapie, pourraient avoir des répercussions sur les fonctions cognitives, que ce soit au niveau de la mémoire verbale ou des capacités d'attention et de concentration [82]. Pour certains malades, les symptômes semblent perdurer dans le temps et avoir un impact délétère sur leur qualité de vie s'exprimant par une perturbation de leurs capacités à travailler, à réaliser leurs activités quotidiennes, ou même à faire des choses qu'ils apprécient [83]. De plus, il est montré que la présence de troubles cognitifs est associée à une plus faible espérance de vie [84].

Même si la question de la durée des troubles cognitifs reste encore incertaine, dès lors que l'impact des traitements spécifiques contre le cancer sur les fonctions cognitives est objectivé par des tests ou ressenti par le patient, se pose la question de leur prise en charge. La prise en compte d'éventuelles complications sur les fonctions cognitives pendant et après le cancer, s'inscrit complètement dans les priorités du plan cancer en France [85],[86]. Une étude récente en termes de besoins en soins de support des patients atteints de cancer indique que la prise en compte des troubles cognitifs doit faire partie intégrante des soins proposés dans une approche globale de la maladie [87].

Nos résultats ont montré un retentissement important sur le fonctionnement cognitif des patientes avec un score à 28.9, ce qui reflète les difficultés importantes auxquels sont confrontés les malades surtout en ce qui concerne les capacités d'attention, de concentration et de mémoire, Contrairement à l'étude de E. Barranger à Paris (2012) [106], Niresh thapa en Chine (2018) [70] qui avaient un score élevé ; respectivement 86.5, 80.1. Ce retentissement important sur le fonctionnement cognitif peut être expliqué par l'absence d'une évaluation cognitive continue des malades, et que ces derniers considèrent souvent la perturbation des fonctions supérieures notamment la mémoire, la concentration et le raisonnement comme des

tabous et par la suite ils évitent d'aborder le sujet avec le médecin traitant, ces perturbations peuvent aussi être attribuées à l'évolution naturelle de la maladie.

1.5. Evaluation du fonctionnement social

Le cancer peut être synonyme de mort sociale même avant la mort biologique. Il peut détruire l'ensemble des rôles familiaux et socioprofessionnels de l'individu. Sur le plan de l'imaginaire collectif, il entraîne une « mauvaise mort » : lente, inéluctable, dégradante, mutilante, invalidante, douloureuse et solitaire. [90],[91].

La survenue d'un cancer est à l'origine de modification dans la structure et l'équilibre du système familial. Diverses perturbations peuvent naître tel un changement des rôles et des responsabilités, un gain en pouvoir pour certains membres ou encore une augmentation ou diminution de la cohésion familiale. Le cancer génère une série de crises consécutives mettant à l'épreuve de façon continue les capacités d'adaptation de l'entourage familial. Dans son ensemble, la littérature témoigne de l'intérêt croissant vers une meilleure compréhension de la complexité de la structure du soutien social [92].

Le rôle du soutien social comme élément favorisant l'adaptation a inspiré plusieurs travaux. Parmi ces études, celle de Thoits (1986) [93], qui définit les modalités d'intervention des facteurs sociaux dans les stratégies adaptatives. Ainsi les ressources sociales dont disposent les patients interviennent directement sur le stress engendré par le cancer grâce aux possibilités d'informations et de discussions portant sur le problème. L'entourage social a également une importance considérable dans l'aide physique, matérielle et dans le soutien psychologique.

Dans notre série de cas on avait un fonctionnement social conservé avec un score relativement élevé à 69.5, ceci correspondait aux résultats de l'étude de Bolin liu en Chine (2019) [49], Vesna bjelic en Allemagne(2012) [68] et l'étude de E. Barranger à paris (2012) [106] qui avaient respectivement : 65.9, 77.6 et 79, Contrairement à l'étude de Ayana BA en Ethiopie(2016)[105] qui avaient un fonctionnement social altéré avec un score bas à 33.1. La conservation de fonctionnement social de nos malades peut être expliquée par les principes de

solidarité qui existent encore dans notre société marocaine sur le niveau familiale et le niveau social surtout quand il s'agit de cancer où on constate une solidarité morale et matérielle, chacun selon ses moyens.

2. Echelles symptomatiques

Le questionnaire EORTC QLQ-C30 évalue le retentissement des différents symptômes retrouvés habituellement chez le sujet cancéreux, notamment; la fatigue, les nausées et les vomissements, la douleur, la dyspnée, la perturbation de sommeil, la perte d'appétit, la constipation, la diarrhée et les problèmes financiers.

2.1. La fatigue

Selon le réseau national complet de lutte contre le cancer (NCCN), la fatigue liée au cancer est une impression subjective et persistante d'épuisement liée au cancer ou au traitement du cancer, et qui interfère avec le fonctionnement de l'individu [94]. Par opposition à la fatigue parfois ressentie par un individu en bonne santé, la fatigue liée au cancer est perçue comme plus sévère, disproportionnée par rapport au niveau d'activité ou d'effort fournis, incomplètement soulagée par le repos et laissant le patient dans un état d'épuisement pénible et permanent [95]. Cette fatigue affecte la personne en son entier, dans son corps et dans son esprit, et a des effets aussi bien physiques que mentaux et émotionnels.

Nos résultats ont montré une manifestation importante de la fatigue avec un score à 53.5, qui reflète le retentissement majeur de la fatigue chez nos patientes, ceci semblait aux résultats de la littérature (Tableau XVII).

2.2. Les symptômes digestifs

Les nausées et les vomissements, la perte d'appétit, la constipation et la diarrhée constitue le tableau digestif habituellement retrouvé chez un malade cancéreux, ils peuvent être secondaires au traitement anti-cancéreux notamment la radiothérapie et la chimiothérapie, comme ils peuvent être d'origine psychogène notamment dans le syndrome dépressif. [96] Le mauvais contrôle de ces symptômes a un impact majeur sur la qualité de vie, sur les activités quotidiennes et professionnelles, et sur la vie sociale et relationnelle [97]. D'autre part, ils peuvent aussi être responsables de complications métaboliques graves: insuffisance rénale aiguë fonctionnelle, insuffisance rénale chronique séquellaire, troubles ioniques, perte de poids, dénutrition. Les nausées et les vomissements insuffisamment pris en charge pourraient être responsables d'une baisse de la dose-intensité des traitements spécifiques, ce qui potentiellement pourrait impacter la survie [98].

Nos résultats ont montré une manifestation importante des troubles digestifs chez nos malades, avec des scores élevés notamment le score de nausées et vomissements était à 38.3, le score de perte d'appétit était à 34.4, le score de constipation était à 23.3 et le score de diarrhée était à 26.6, ces scores reflètent l'importance de retentissement des symptômes digestifs chez nos patientes et ils correspondaient aux résultats de la littérature. (Tableau XVII)

2.3. La douleur

La plupart des personnes traitées pour un cancer ressentent des douleurs à un moment donné de la maladie. Ces douleurs peuvent être causées par la tumeur elle-même, par les traitements du cancer (douleur postopératoire, post radio-chimiothérapie) ou par les soins et les examens médicaux nécessaires au diagnostic et au suivi de la maladie (injections, prélèvements, pansements, examens, etc.), ou peut être d'origine psychogène. Quelles qu'en soient leurs causes et leur intensité, ces douleurs ne doivent pas être minimisées. Souffrir physiquement a des répercussions importantes sur la qualité de vie, le moral, l'espérance, la vie professionnelle, les relations avec ses proches et avec les professionnels de santé. Prévenir et traiter la douleur

sont des priorités, tout au long de la maladie. La douleur reste un symptôme majeur auquel sont confrontés les patients atteints d'un cancer. Sa prévalence reste évaluée à 50,7 %, tous stades de cancers confondus [99]. Sa prise en charge se doit d'être globale et pluridisciplinaire et sa complexité peut requérir le recours à des structures douleur spécialisées [100].

Dans notre série de cas, la douleur était fréquemment présente avec un score normalisé à 41.9, ce qui reflète l'importance de retentissement de ce symptôme chez nos patientes, notre score semblait proche des données de la littérature (Tableau XVII).

2.4. La dyspnée

La dyspnée est un symptôme très fréquent qui s'observe à tous les stades de l'histoire d'un patient cancéreux (21 à 79 %) et affecte gravement sa qualité de vie, y compris quand le primitif n'est pas pulmonaire [101]. La dyspnée peut directement témoigner de l'évolution tumorale, de la survenue d'une complication en rapport avec le traitement ou encore de la décompensation d'une comorbidité sous-jacente (cardiovasculaire ou respiratoire). Potentiellement grave et toujours angoissante, la dyspnée est le quatrième motif qui amène le patient cancéreux dans un service d'urgences [101].

Nos résultats ont montré une manifestation modérée de la dyspnée avec un score à 22.2, ce qui reflète le retentissement de ce symptôme qui est plus important chez nos patientes par rapport aux résultats de la littérature (Tableau XVII).

La présence importante de la dyspnée dans notre série peut être expliquée par la mauvaise hygiène chez la majorité de nos patientes notamment la sédentarité et l'obésité qui favorise la manifestation de la dyspnée.

2.5. Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil observés chez les patients atteints de cancer ne sont pas univoques. Ils comprennent non seulement l'insomnie sous ses différentes formes, difficulté d'endormissement, trouble du maintien du sommeil, réveil précoce, sommeil non réparateur, mais aussi les impatiences des membres inférieurs dans la veille et les mouvements périodiques des membres dans le sommeil, la somnolence diurne excessive et l'allongement du sommeil. L'insomnie reconnaît plusieurs types de facteurs étiologiques, prédisposant, précipitants et d'entretien [102]. Parmi les facteurs prédisposant, le sexe féminin, l'âge élevé, l'histoire du sommeil avant la découverte du cancer. Parmi les facteurs déclenchants l'annonce du cancer, les douleurs, les symptômes digestifs et parmi les facteurs d'entretien les comportements défavorables au sommeil tels que les efforts pour s'endormir, la station prolongée au lit et la prise abusive de médicaments hypnotiques. A ces facteurs étiologiques proprement dits il faut ajouter l'anxiété et la dépression souvent présentes chez ces patients, et qui peuvent altérer profondément leur qualité de sommeil [103].

Dans notre série de cas, la perturbation de sommeil était manifeste, représentée par un score normalisé à 25, qui reflète l'importance de retentissement des troubles de sommeil chez nos malades, ce score correspondait aux des données de la littérature (Tableau XVII).

2.6. Les problèmes financiers

La survenue d'un cancer est à l'origine de charges financières importantes aussi bien pour le malade que pour la société. De part sa nature chronique et évolutive, il nécessite des traitements lourds et coûteux et peut induire rapidement à une précarisation avec une diminution des revenus voire à une perte de l'emploi. Le coût et les frais de la prise en charge médicochirurgicale de la maladie cancéreuse constituent souvent un lourd fardeau pour le patient et sa famille, ce qui pourrait engendrer une augmentation du risque de développer une dépression. En effet, AKECHI a trouvé dans son étude que les soucis financiers sont un facteur significatif d'un retentissement important sur la qualité de vie des malades cancéreux [104,105].

Le score normalisé de notre série de cas à propos des problèmes financiers était le plus élevé par rapport aux autres scores de l'échelle symptomatiques, qui était à 80.8, et qui reflète une présence permanente des difficultés financières chez nos malades responsable d'une souffrance et d'une altération importante de leur qualité de vie, contrairement à l'étude de Vesna bjelic en Allemagne (2012) [68], et l'étude Yumi lee en Corée (2016) [69], qui avaient respectivement 18.2 et 11.2.

Ce retentissement important des charges financières peut être expliqué par le bas niveau socio–économique et l'absence d'une couverture sociale chez la majorité de nos patientes.

3. Etat de santé globale

L'état de santé globale reflète l'ensemble de l'état physique et psychique du malade et sa qualité de vie au cours d'une période déterminée, qui va être évalué par le malade lui-même selon une échelle numérotée de 1 à 7 ; tels que 1 correspond à un état très mauvais et 7 correspond à un état excellent. L'ensemble des dimensions et des symptômes précédents vont retentir de façon directe sur l'état de santé globale du malade.

Nos résultats ont montré un score de l'état de santé globale à 69.6 qui correspondait aux des données de la littérature (Tableau XVII).

La conservation de l'état de santé globale de nos patientes malgré l'altération des différentes dimensions fonctionnelles et symptomatiques peut être expliquée par le pourcentage de rémission dans notre série d'étude qui était à 50%, ce qui explique l'expression d'une satisfaction à propos de l'état de santé globale par rapport au résultat final de traitement malgré les conséquences et les séquelles de la maladie.

4. Comparaison entre nos scores normalisés et les données de la littérature (QLQ-C30)

Tableau XVII: Comparaison entre nos scores normalisés et les données de la littérature (QLQ-C30)

		E. Barranger à paris (2012) [106]	Vesna bjelic en Allemagne (2012) [68]	Ayana BA en Ethiopie (2016) [105]	Yumi lee en Corée (2016) [69]	Niresh thapa en Chine (2018) [70]	Bolin liu en Chine (2019) [49]	Yati afiyanti en Indonésie (2021) [74]	Notre série (2021)
Echelles fonctionnels	Activité physique	87.6+/- 18.4	78.2+/- 22.7	48.6+/- 23.1	79.3+/- 15.5	84.3+/- 16.8	75.9+/- 22	75.9+/- 22.9	39.7+/ -37.6
	Activité professionnelle et loisir	83.4+/- 20.4	72.3+/- 33.7	39.8+/- 34.7	85.7+/- 19.8	84.4+/- 22.4	79.5+/- 26.9	73.8+/- 29.8	46.2+/ -38.5
	Fonctionnement émotionnel	67+/-25.6	72.7+/- 27.1	49.1+/- 29.4	77.9+/- 20.9	80.3+/- 18.2	74.3+/- 24.3	80.5+/- 20.9	38.4+/ -31.8
	Fonctionnement cognitif	86.5+/- 18.7	81.8+/- 24.6	85.1+/- 20.8	77.9+/- 17.6	80.1+/- 19.3	76.1+/- 22.3	84.5+/- 20.3	28.9+/ -27.6
	Fonctionnement social	79+/-29.4	77.6+/- 30.6	33.1+/- 27.1	83.2+/- 24.3	70.8+/- 26.9	65.9+/- 29.7	81.5+/- 23.3	69.5+/ -22.4
Echelles symptomatique	Fatigue	27.5+/-19	37.1+/- 30.3	63.4+/- 26.9	35.1+/- 22.7	24.8+/- 19.5	34.5+/- 23.1	35.7+/- 26.2	53.5+/ -35.04
	Nausées et vomissements	4+/-6.5	13.1+/- 23.1	6.15+/- 16.5	5.8+/- 13.3	15.4+/- 22.5	12+/-22	16.4+/- 25.6	38.3+/ -24.2
	Douleur	14.3+/- 15.9	22.3+/-27	67.06+/- -26.3	15.2+/- 19.6	17.7+/- 20.6	22.5+/- 24.7	32.6+/- 30.5	41.9+/ -27.8
	Dyspnée	7.9+/-12.5	14.1+/- 23.5	5.56+/- 17.03	12.2+/- 20.8	13.3+/- 19.3	19.8+/- 25.4	8.1+/- 19.5	22.2+/ -31.2
	Perturbation du sommeil	36.4+/-25	27.2+/- 33.4	44.4+/- 34.8	23.4+/- 27.8	31.5+/- 29.3	27.5+/- 30.5	30.2+/- 34.2	25+/- 32.6
	Perte d'appétit	11.1+/- 18.3	22.4+/- 33.4	49.2+/- 35.2	11.2+/- 19.5	16.9+/- 24.7	18.1+/- 27.8	29.6+/- 34.5	34.4+/ -35.8
	Constipation	4.8+/-12.1	16.4+/-28	55.9+/- 37.3	25+/- 28.2	26.3+/- 30.3	19.4+/- 28.7	17.4+/- 29.2	23.3+/ -31.3
	Diarrhée	16.7+/- 20.1	21.7+/- 32.2	0.79+/- 7.2	14.7+/- 21.2	10.2+/- 18.5	8.4+/- 16.8	8.9+/- 21.3	26.6+/ -33.9
	Problèmes financiers	12.7+/- 19.8	18.2+/- 31.4	74.06+/- -24.6	11.2+/- 20.6	51.6+/- 37	47.3+/- 38	39+/- 36.4	80.8+/ -33.6
Etat de santé globale		82.4+/- 33.5	62.7+/- 24.9	34.9+/- 22.2	64.5+/- 20.2	65.3+/- 23	61+/- 30.1	67+/- 20.1	69.6+/ -29.5

IV. Discussion des différentes dimensions du score QLQ-CX24

1. Les symptômes fonctionnels

Le cancer du col utérin et ses moyens thérapeutiques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) peuvent avoir des effets secondaires gynécologiques et extra gynécologiques avec un retentissement fonctionnel important ce qui va induire une altération de la qualité de vie. Les cancers gynécologiques, et en particulier le cancer du col utérin, bénéficient de traitements de lourde morbidité et comprenant de multiples modalités (la chirurgie, la radiothérapie externe, la curiethérapie et la chimiothérapie). Les modifications induites sur les plans digestif, urinaire, hormonal, sexuel, et sur la fonction reproductive sont habituelles, et doivent largement être prises en compte dans les choix thérapeutiques. [106]

Les organes génitaux féminins sont situés dans le bassin avec la partie inférieure des voies urinaires et la partie inférieure du tube digestif. Lors de l'intervention chirurgicale, plusieurs complications précoces sont possibles notamment les fistules urétéro ou vésico- vaginales, les sténoses urétérales et les troubles mictionnels (rétention ou incontinence). [107], [108]

Le retentissement chirurgical sur les voies urinaires et le tube digestif peut apparaître tardivement, selon GERBAULET [109] ; l'incontinence urinaire, la pollakiurie, les crampes abdominales et la diarrhée peuvent être des complications post opératoire tardive, la constipation peut survenir elle aussi à cause de l'atteinte des nerfs des ligaments qui soutiennent l'utérus.

L'hystérectomie augmente également le risque d'incontinence urinaire et de prolapsus vaginal plusieurs années après l'intervention chirurgicale, car elle peut endommager ou affaiblir les muscles de soutien du plancher pelvien. [110]

Les femmes opérées avant la ménopause chez qui l'opération inclut une annexectomie bilatérale connaîtront rapidement les symptômes de la déprivation hormonale après l'opération.

Des bouffées de chaleur, des modifications de l'humeur, des sueurs nocturnes, une sécheresse vaginale et des troubles de la concentration sont alors des effets secondaires fréquents qui altèrent profondément la qualité de vie des malades, mais ils peuvent être soulagés grâce aux conseils des oncologues et des gynécologues. [111]

Lors du curage ganglionnaire pelvien et lombo-aortique, le geste peut endommager ou bloquer le système lymphatique entraînant un lymphœdème. Il peut se produire juste après l'intervention, mais aussi plus tard. Ce qui peut retentir sur l'activité quotidienne du malade et aboutir à la sédentarité. [112]

Quant à la radiothérapie externe utilisée pour traiter le cancer du col utérin, ses effets secondaires sont dus principalement à l'irradiation des organes de voisinage essentiellement le rectum, la vessie et l'intestin grêle. Les effets des radiations sur le système urinaire incluent notamment une dysurie, une pollakiurie, des rétentions aiguës d'urine ou dans les cas les plus graves une ulcération ou une nécrose de la paroi de la vessie.

Les effets des radiations sur la partie inférieure de l'appareil digestif incluent des sensations de gêne au niveau du rectum, des diarrhées, des écoulements de mucus et de sang et plus rarement, une perforation des intestins.

Les synéchies vaginales sont un autre effet secondaire possible de la radiothérapie pelvienne. [112]

L'irritation vaginale, le saignement et l'écoulement vaginal sont des complications fréquentes de curiethérapie, leur retentissement sur le fonctionnement du malade peut aboutir à l'arrêt de traitement. [112]

La chimiothérapie utilisée dans le protocole thérapeutique du cancer de col utérin altère la qualité de vie des malades par ses effets secondaires notamment l'insuffisance rénale, l'ototoxicité, l'anémie, les troubles digestifs et plus rarement les troubles neurologiques

touchant les mains et/ou les pieds (neuropathie périphérique), ce qui peut causer des sensations de fourmillement dans la peau, des engourdissements et/ou des douleurs.

Dans notre série de cas, le retentissement des symptômes fonctionnels sur la qualité de vie de nos malades était modérément présent , avec un score à 29.03, ce qui reflète le retentissement symptomatique de cancer du col utérin et de ses moyens thérapeutiques sur nos patientes, ceci semblait proche de l'étude de Yumi lee en Corée (2016) [69] qui avait un score à 32.3, contrairement à l'étude de Francesco Plotti en Italie (2011) [113], l'étude de Gwenael en France (2013) [114], et l'étude de Niresh thapa en Chine (2018) [70] qui avaient respectivement : 13.23, 10.8, et 14.2.

2. Image corporelle

La plupart des études qui font le lien entre l'image du corps, « le bien-être corporel » et la survenue de cancer s'intéressent au cancer du sein : la reconstruction mammaire et les différences de QdV pour la femme entre tumorectomie et mastectomie. Cependant, si le cancer du col utérin n'a pas d'impact physique immédiat, il touche également les femmes dans leur féminité, là où s'incarne le devenir femme puis le devenir mère. Le corps se modifie peu dans le miroir mais l'atteinte corporelle est là, dans l'imaginaire et dans le sensoriel, modifiant le miroir interne. Si l'hystérectomie n'est pas visible sur le corps extérieur, elle retentit sur le corps imaginaire comme une castration. Le vécu de la femme s'apparente à la mutilation et altère son identité féminine. [115–117]

La déstabilisation des repères corporels ressentie dès l'annonce du diagnostic de cancer s'accroît avec les traitements. Les séquelles opératoires, les modifications esthétiques et/ou fonctionnelles peuvent altérer profondément l'image corporelle, pouvant aller jusqu'au dégoût de soi-même. Les traitements peuvent être vécus comme un ravage du corps. Les examens répétés et les organes intimes scrutés dans leurs moindres détails (palpations, examens gynécologiques, imageries, biopsies), les procédures médicales invasives peuvent induire un sentiment d'intrusion et d'effraction. [118], [119] La femme peut se sentir dépossédée de son corps et de son intimité. Le corps devient alors dés-érotisé et an-érogène : il n'est plus désirable, ni désiré, il n'est plus objet de plaisir, de sensations agréables et voluptueuses. Les parties corporelles habituellement investies pour la sexualité et l'érotisme deviennent objets de soins, de douleurs et de souffrance.[120]

Dans notre série d'étude on avait un retentissement minime sur la qualité de vie de nos malades en ce qui concerne l'image corporelle avec un score à 8.1, ce qui reflète la conservation de l'image corporelle de nos patientes, ceci correspondait à l'étude de C.Grangé en France (2013) [116] qui avait un score à 6.76, contrairement à l'étude de Yumi lee en Corée (2016) [69] qui avait un retentissement important sur l'image corporelle dans leur série d'étude avec un score qui était à 73.1.

Cette différence entre notre score et celui de l'étude de Corée peut être expliquée par l'importance de l'entité corporelle et la valeur élevée de l'image de corps dans la culture coréenne.

3. Activité sexuelle

La sexualité est extrêmement touchée par l'atteinte directe de l'appareil génital par le cancer mais également par les effets secondaires et les séquelles des traitements. Qu'il s'agisse de chirurgie, de chimiothérapie, de radiothérapie externe ou de curiethérapie, les traitements du

cancer de l'utérus ont un retentissement considérable non seulement sur l'image corporelle et la vie conjugale mais aussi sur la vie sexuelle. [126]

La sexualité est une dimension complexe où le somatique et le psychique sont intrinsèquement liés. Elle dépend de facteurs anatomophysiologiques précis influencés par un ensemble de facteurs psychosociaux produisant ou inhibant la réponse sexuelle. Celle-ci est subdivisée en différentes phases comme nous le montre la courbe des réactions sexuelles au cours de l'activité sexuelle de Masters et Johnson. [121]

Lorsque le cancer survient, bouleversant à la fois le psychisme et le corps, toutes les phases de la réponse sexuelle telle que l'ont décrite Masters et Johnson peuvent être touchées : baisse ou disparition du désir, c'est-à-dire de la motivation à s'engager dans une activité sexuelle ou érotique, troubles de l'excitation qui se traduisent chez la femme par un défaut de lubrification rendant la pénétration désagréable, voire douloureuse (dyspareunie), difficultés pour maintenir l'excitation et pour obtenir un orgasme (anorgasmie). Cependant, c'est la phase de désir qui est d'emblée la plus impactée par la maladie : « Je n'ai pas la tête à ça », « Je n'ai plus envie de faire l'amour », etc. Autant de propos récurrents lors des consultations. La deuxième enquête « La vie deux ans après le diagnostic de cancer » publiée récemment montre que 60,3 % des femmes traitées pour un cancer du col utérin et 50,2 % des femmes soignées pour un cancer du sein présentent une diminution du désir sexuel [122]. Chez les femmes, ce sont les localisations les plus touchées par la baisse de la libido. Chez les femmes traitées pour un cancer de col de l'utérus, on peut retrouver un trouble de la lubrification (42 %), un trouble de l'orgasme (32 %) et/ou une dyspareunie (38 %) conduisant progressivement au refus systématique de tout rapport sexuel.[123]

Les problèmes affectant la sexualité des patientes étaient significativement corrélés avec l'image corporelle des patientes.[124] Les patientes peuvent craindre que les rapports sexuels blessent davantage leur organe sexuel malade et fragilisé par le traitement, ou conduisent à la récurrence du cancer. Certaines patientes ont cherché une autre source de plaisir ou de

connexion avec le partenaire tout en évitant les douleurs liées à la pénétration et restant à distance du moindre risque de contagion ou de récurrence.[125]

En Tunisie, la croyance que le cancer est une maladie contagieuse est encore répandue. Il arrive alors que les rapports sexuels soient considérés comme responsables de la maladie. [125] Les femmes qui ont un cancer touchant la sphère gynécologique s'inquiètent et se demandent si les relations sexuelles sont sans danger ou s'il n'y a pas un risque de contagion. Cette inquiétude s'accroît avec le cancer du col utérin, surtout en l'absence de réception des informations de la part du médecin traitant. La transmission du papillomavirus par voie sexuelle peut faire le lit d'une culpabilité consciente ou inconsciente et d'un sentiment de honte en lien avec les expériences sexuelles personnelles ou celles du partenaire, ce qui affecte négativement la qualité de vie sexuelle du couple.[125]

Les médecins interdisent la sexualité pendant un temps (cicatrisation) puis l'autorisent à nouveau; ils exercent un contrôle sur le corps de la femme et tout se passe comme si celle-ci devait se cliver de son propre corps. Il n'y a plus de place pour l'autonomie, pour l'instinct des sens, pour laisser parler le désir. Le corps est contrôlé par la maladie, les soins, les médecins et, peut-être, la patiente. Celle-ci, pour se réapproprier son corps, peut décider paradoxalement de ne plus s'en servir et de ne pas répondre aux prescriptions d'acte sexuel (en prévention d'une sténose).[127]

Lorsque le cancer survient dans le couple, tous ses repères sont bousculés. En premier lieu, sa cohésion affective est mise à mal par la crise émotionnelle aiguë qu'il traverse [128]. Dans un tiers des cas, une détresse psychologique est significativement observée chez les deux membres du couple [129]. Confronté à la menace existentielle et à l'alternance de périodes d'espoir et de découragement, il est aussi, durant le temps des traitements, perturbé au niveau de son fonctionnement. En effet, compte tenu de l'incapacité de la personne malade à assumer certains rôles, son partenaire se voit mettre ses propres envies et projets entre parenthèses pour assurer de nouvelles fonctions : reconforter sa compagne et ses enfants, participer aux soins,

assurer le quotidien, faire face aux conséquences physiques et psychologiques du traitement sur sa partenaire, etc. De plus, la vie sexuelle du couple prend une tournure différente. La patiente, tout comme son partenaire, se mettent à vivre au rythme des traitements et de leurs effets secondaires reléguant parfois au second plan les relations sexuelles [130]. Néanmoins, à la fin des traitements, la plupart des couples retrouvent au fil du temps un nouvel équilibre psychologique et veulent reprendre une activité sexuelle régulière [131]. Cette reprise peut toutefois s'avérer difficile compte tenu du bouleversement de la relation conjugale généré par la maladie et les traitements.

Nos résultats ont montré un retentissement minime sur l'activité sexuelle des patientes avec un score à 17.5, qui reflète une conservation de l'activité sexuelle normale chez nos patientes, ceci correspondait à l'étude de Gwenaél en France (2013) [114] qui avait un score à 16.3, contrairement à l'étude de Yumi lee en Corée (2016) [69] qui avait un retentissement relativement important avec un score qui était à 32.1, ce qui reflète toujours la valeur de l'entité corporelle et le rôle de son intégrité pour assurer un fonctionnement sexuel normal chez cette population.

La conservation de la qualité de l'activité sexuelle dans notre série d'étude peut être expliquée par la rémission complète chez la moitié de nos patientes ce qui leur a permis de retrouver leur fonctionnement sexuel habituel.

4. Comparaison entre nos scores et les données de la littérature (QLQ-CX24)

Tableau XVIII: Comparaison entre nos scores et les données de la littérature (QLQ-CX24)

	Alfriede à l'autriche (2009) [115]	Francesco Plotti en Italie (2011) [113]	Vesna bjelic en Allemagne (2012) [68]	C.Grangé en France (2013) [116]	Gwenael en France (2013) [114],	Yumi lee en Corée (2016) [69]	Niresh thapa en Chine (2018) [70]	Bolin liu en Chine (2019) [49]	Notre série (2021)
Les symptômes fonctionnels	18.2+/- 10.1	13.2+/- 10.4	17.6+/- 12.8	23.9+/- 16.5	10.8+/- 6.13	32.3+/- 10.1	14.2+/- 12.4	16.7+/- 11.4	29.03+/- 10.1
Image corporelle	23.5+/- 12.4	30.4+/- 20.1	25.1+/- 29.8	6.76+/- 10.1	29.1+/- 12.8	73.1+/- 25.2	25.1+/- 22.9	30.8+/- 29.8	8.1+/- 11.2
Activité sexuelle	9.7+/- 13.2	27.5+/- 22.4	33.1+/- 25.8	23.2+/- 15.6	16.3+/- 12.4	32.1+/- 24.5	8.3+/- 15.6	8.4+/- 19.3	17.5+/- 12.5

V. Recommandations

1. Comment améliorer la qualité de vie du patient cancéreux

1.1. Améliorer le confort physique et psychologique des patientes [132] :

- **Informé :** dès la connaissance du diagnostic. Cette information est nécessaire et sera poursuivie tout au long de l'évolution de la maladie. Elle impliquera un échange entre deux personnes, l'une qui attend un soin et l'autre qui le donne. En fait la personne qui donne le soin englobe à la fois le médecin généraliste ; gynécologue, psychiatre, psychologue, infirmiers et le médecin cancérologue. Ce dernier doit être impliqué assez tôt pour un meilleur suivi de la maladie. Informer est donc le maître mot mais en se souvenant que l'annonce du diagnostic d'une maladie cancéreuse est toujours responsable d'une angoisse. Il est cependant nécessaire d'informer le malade qu'il prend de gros risques s'il ne se fait pas

correctement suivre, s'il n'adhère pas au traitement, mais il faut avant tout éviter de l'affoler pour ne pas majorer son inquiétude légitime.

- **Motiver** : il faut savoir que pour se motiver, on doit être en situation d'éprouver du plaisir ou encore, en position, d'éviter au mieux du déplaisir. Mais il faut bien reconnaître que la tendance naturelle est, dans cette situation, d'éprouver du déplaisir dû aux contraintes thérapeutiques, aux consultations médicales, et aux examens para cliniques. Cela veut dire que pour accepter ces changements de vie le malade doit comprendre l'intérêt de ce qui lui est proposé, le bénéfice qu'il peut en tirer et qu'il est souhaitable d'adoucir, autant que possible, les contraintes médicales. Si à court terme c'est probablement un déplaisir, à long terme il pourra retirer, sinon du plaisir, au moins la satisfaction de s'être donné tous les moyens, non pour vaincre la maladie, mais pour la combattre au mieux.
- **Communiquer** : Entre le médecin et le malade doivent s'établir des liens solides car l'un et l'autre sont appelés à faire ensemble un long parcours parsemé de motifs d'angoisse, par exemple lors de la survenue de complications, lorsqu'on modifie le traitement, ou encore à l'occasion de changements dans leur vie affective, familiale, professionnelle, notamment.

Mais ces moments d'angoisse le médecin doit les utiliser pour rassurer son patient. Cela doit lui permettre de l'aider à faire son travail de deuil d'une vie qui va être différente de ce qu'elle était auparavant. Et de là découlera une meilleure acceptation d'un nouveau mode de vie, et par ailleurs une meilleure observance du traitement, permettant une meilleure qualité de vie.

1.2. **Améliorer la qualité de vie sexuelle et l'image corporelle des patientes atteintes de cancer du col utérin [120] :**

La prise en charge des implications du cancer féminin sur la sexualité doit être réalisée dès le début du parcours de soins, et ce, pour toutes les femmes, sans discrimination d'âge ou de statut marital :

- **Repérer les facteurs de risque** (âge, statut marital, qualité de la relation, état dépressif, anxiété).
- **Annoncer les modifications physiques** induites par les traitements, évoquer leurs répercussions sur la qualité des rapports sexuels.
- **Inform**er sur les moyens qui permettent de minimiser les effets secondaires de ces traitements.

Sans être sexologue, tout soignant doit être en mesure d'initier le sujet tout au long du parcours de soins. Lorsque les difficultés sexuelles existent, la demande est souvent masquée, confuse, intriquée aux symptômes physiques (douleur, fatigue, insomnie, conflits conjugaux, ou à des plaintes de solitude). Pour amorcer le dialogue, il est possible de poser quelques questions du type : « Est-ce que votre maladie a des répercussions sur votre vie intime ? », « Avez-vous repris les relations intimes avec votre partenaire ? », etc. Il n'y a pas de « recette » pour inviter la patiente ou le couple à aborder sa vie intime. Chaque soignant trouvera sa façon d'approcher ce domaine en respectant quatre prérequis : avoir conscience de l'importance d'aborder ce sujet, créer un climat de confiance, oser les questions et respecter le rythme de la patiente et de son partenaire.

En oncologie, la plupart des troubles sexuels ne relèvent pas de prises en charge spécialisées, l'écoute et l'apport d'explications et de conseils sont souvent suffisants pour poursuivre ou reprendre l'activité sexuelle [133] :

- **Encourager** la femme à agir positivement sur son image corporelle.
- **Autoriser** les rapprochements physiques.
- **Réinventer** une sexualité moins axée sur la performance en développant la sensualité, la tendresse.
- **Evacuer** les fausses croyances.
- **Identifier et légitimer** les craintes des deux partenaires.
- **favoriser** la communication dans le couple.

Permettre à la femme, au couple de s'exprimer autour de la sexualité a bien souvent un effet stimulant sur celle-ci. Si les difficultés sexuelles persistent ou se majorent, l'orientation vers une prise en charge spécialisée est recommandée. Celle-ci sera forcément pluridisciplinaire car il est important de prendre en compte les aspects somato-psychiques de la sexualité : le psychologue ou le sexologue, a fortiori s'il est non médecin, a besoin de connaître le préjudice fonctionnel du cancer et des traitements reçus pour orienter au mieux son action et être certain de ne pas chercher à restaurer ce qui ne peut pas l'être (impossibilité de pénétration par exemple).

Toute plainte somatique (sécheresse, dyspareunie, etc.) doit faire l'objet d'un examen médical pour comprendre son origine et ne pas faire fausse route dans la thérapie. Le travail en réseau avec des professionnels sensibilisés à l'approche de la santé sexuelle est essentiel. Au-delà des aides médicales (gel hydratant ou lubrifiant en cas de sécheresse vaginale, dilateurs, antalgiques, etc.), il s'agit d'aider la femme à se réapproprier son corps et sa féminité, d'abord pour elle-même, puis pour son couple.

L'accompagnement psychologique permet d'élaborer psychiquement l'événement cancer, les angoisses, les pertes, les changements corporels, le deuil de la sexualité antérieure. Il peut être couplé à des techniques psycho-corporelles de type relaxation, sophrologie afin de donner une dimension corporelle à la prise en charge. Ces méthodes pratiquées par des professionnels formés permettent à la femme de renouer des liens positifs avec le corps malmené pendant la maladie, en redécouvrant des sensations agréables. L'apprentissage de la relaxation favorise la détente et le lâcher prise nécessaire à l'activité sexuelle, afin que celle-ci soit envisagée sans tension ni crispation.

Si c'est le couple qui consulte, il s'agit d'accompagner les deux partenaires vers re-sensualisation » progressive de leur relation.

2. La réhabilitation des malades atteints du cancer

La réhabilitation et la prise en charge du patient et de sa famille constituent une partie intégrante des soins.[134]

Les données actuelles relatives aux problèmes physiques, psychiques et sociaux des malades cancéreux, soulignent l'urgence de développer des interventions médico psychosociales pluridisciplinaires visant la réhabilitation des patients et des familles.[135]

2.1. Définition

La réhabilitation peut être définie comme un processus visant à aider le patient à améliorer le fonctionnement physique, mental, sexuel, social, et économique du patient.[136]

2.2. Considérations générales

La réhabilitation doit être multidisciplinaire ; les interventions d'aide à la réinsertion sont réalisées par les différents acteurs : oncologues, infirmiers, psychiatre, kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux sans oublier le tissu social et la famille. C'est en effet la nécessité de techniques et de compétences divers qui a mis en évidence l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire.[134],[136]

2.3. Buts et objets e la réhabilitation

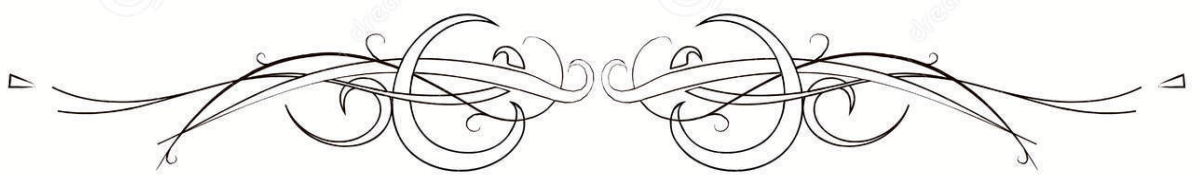
La réhabilitation inclut généralement 4 phases [137] :

- **La première phase est préventive** : destinée à réduire l'impact et la sévérité des problèmes et handicaps anticipés, et à aider l'individu à faire face à ceux-ci.
- **La seconde phase (phase de récupération)** : est destinée à aider le malade à retourner à son niveau de fonctionnement pré morbide sans séquelles liées à l'affection ou au traitement.

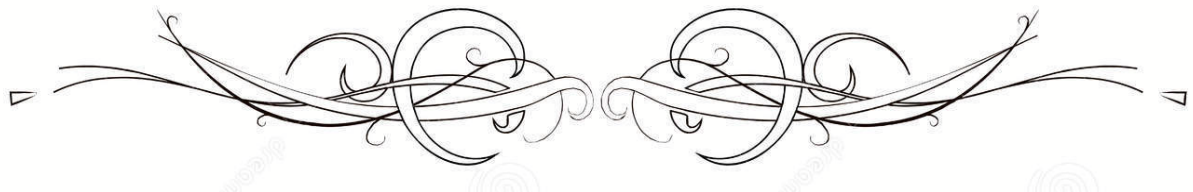
- **La troisième phase (phase de soutien)** : destinée quant à elle à limiter les changements fonctionnels secondaires à une perte de fonction ou à un handicap, et à aider le malade à s'y adapter.
- **La quatrième phase est une phase palliative** : destinée à réduire ou éliminer les implications liées à l'évolution de l'affection cancéreuse et à améliorer le confort du malade et de sa famille.

2.4. Des propositions pour la réhabilitation des patientes atteintes du cancer du col utérin

- Etablir une cellule d'écoute dans le service de radiothérapie pour les femmes atteintes de cancer du col utérin.
- Organiser des séances de thérapie psychique collective des patientes traitées pour cancer du col utérin pour qu'elles puissent extérioriser leurs craintes et proposer des solutions.
- Organiser des séances de rencontre entre les nouveaux et les anciens malades de service de radiothérapie qui ont pu guérir pour partager leur expérience.
- Inviter et intégrer les associations à accompagner les patientes et à les aider sur le niveau socio-professionnel.



CONCLUSION



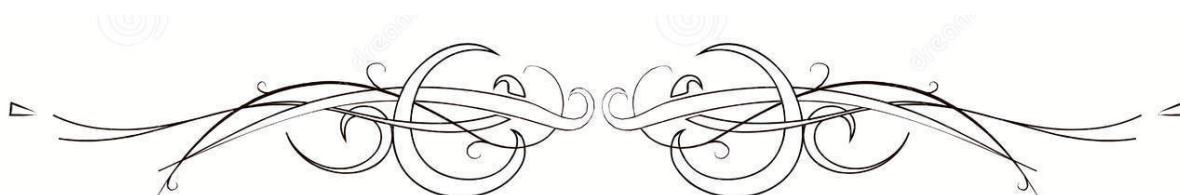
Le cancer du col utérin représente un problème majeur de santé mondiale, son incidence a connu une augmentation au cours de la dernière décennie. Malgré les avancées dans le traitement médical des cancers et l'augmentation des taux de survie, sont apparus de nouveaux besoins et tout particulièrement la prise en compte de l'évaluation de la qualité de vie des malades atteints de cancers.

Les traitements qui ont amélioré la survie des patientes peuvent avoir des répercussions physiques et psychologiques. Ils peuvent affecter leur qualité de vie et rendre difficile leur retour à une vie dite normale, en particulier durant la phase post thérapeutique. Certaines de ses répercussions peuvent persister au-delà de cette période et d'autres apparaître même des années plus tard.

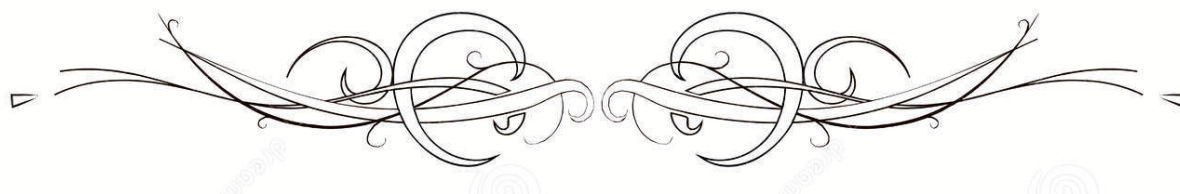
Il paraît ainsi important de recueillir les informations à long terme concernant le niveau de qualité de vie et de réinsertion pour mesurer toute l'étendue de l'impact de la maladie et de ses traitements sur les patientes, leur famille et la société.

Plusieurs études ont été mises en place et rejoignent notre étude pour évaluer les effets à long terme du cancer, et en particulier du cancer du col utérin, sur la qualité de vie et la sexualité des patientes ainsi que sur leur réinsertion surtout professionnelle. Cette étude nous incite à remettre en cause les pratiques en oncologie et à mettre en œuvre les mesures nécessaires au maintien d'une bonne autonomie et l'amélioration de la relation médecin-malade afin d'optimiser cette alliance thérapeutique pour faire face à cette expérience dure. Il nous incite également à renforcer les collaborations avec d'autres professionnels de santé (tels que les psychiatres et les psychologues) et à développer des activités qui permettraient de concourir au bien être des patientes.

Se colleter avec le cancer du col utérin resterait un combat pénible que coure la patiente elle-même, sa famille et son entourage ce qui rend la qualité de vie de ces malades une entité avec divers correspondances et nécessitants une contribution multidisciplinaire hors les professionnels de santé.



RESUMES



Résumé :

Notre étude a concerné 120 cas de cancers du col utérin à travers une étude prospective, descriptive étalée sur une durée de 10 mois entre janvier 2020 et octobre 2021, dont le but était d'évaluer la qualité de vie des patientes traitées par radio-chimiothérapie concomitante pour un cancer du col utérin au service d'oncologie radiothérapie Marrakech, en utilisant deux questionnaires ; un général (QLQ-C30) qui explore la qualité de vie des malades cancéreux et l'autre spécifique (QLQ-CX24) pour la localisation de cancer du col utérin.

Sur les 120 patientes incluses, l'âge moyen des patientes était de 51,9 ans, 75% étaient mariées, 37,5% étaient analphabètes, 88,3% étaient des femmes au foyer, 50,8% étaient multipares, 54,1% avaient une couverture sociale.

La description du score QLQ-C30 a montré :

- Sur le plan fonctionnel : un score normalisé moyennement bas qui signifie une qualité de vie moyennement dégradée pour toutes les dimensions sauf la dimension de fonctionnement social où on avait un score relativement élevé à $69,5 \pm 22,4$.
- Sur le plan symptomatique : les scores normalisés des symptômes étaient relativement bas qui signifie une présence peu permanente des symptômes sauf la fatigue et les problèmes financiers qui représentaient les scores les plus élevés.
- Etat de santé globale : le score était relativement élevé à $69,6 \pm 29,5$ qui correspond à une qualité de vie peu dégradée.

La description du score QLQ-CX24 a montré :

- Les symptômes fonctionnels : Ont été représentés par un score à $29,03 \pm 10,1$ qui signifie une qualité de vie peu dégradée.
- Image corporelle : a été représentée par un score à $8,1 \pm 11,2$ qui correspond à une qualité de vie peu dégradée.

- Activité sexuelle : a été représentée par un score à $17,5 \pm 12,5$ qui correspond à une qualité de vie peu dégradée.

Nous avons essayé d'évaluer le retentissement du cancer du col utérin sur la qualité de vie afin de guider la mise en place de structure de soutien et de dispositifs d'accompagnement.

Abstract

Our study concerned 120 cases of cervical cancer through a prospective, descriptive study spread over a period of 10 months between January 2020 and October 2021, the aim of which was to assess the quality of life of patients treated with concomitant radio chemotherapy for cervical cancer in the radiotherapy oncology service Marrakech, using two questionnaires; one general (QLQ-C30) which explores the quality of life of cancer patients and the other specific (QLQ-CX24) for the localization of cervical cancer.

Of the 120 patients included, the mean age of the patients was 51.9 years, 75% were married, 37.5% were illiterate, 88.3% were housewives, 50.8% were multiparous, 54, 1% had social coverage.

The description of QLQ-C30 score showed:

- On the functional level: a moderately low standardized score which means a moderately degraded quality of life for all dimensions except the dimension of social functioning where we had a relatively high score at 69.5 ± 22.4 .
- On the symptomatic level: the normalized symptom scores were relatively low which means that the symptoms are not very permanent except fatigue and financial problems which represented the highest score.
- Overall state of health: the score was relatively high at 69.6 ± 29.5 which corresponds to a quality of life which has not been degraded.

The description of the QLQ-CX24 score showed:

- Functional symptoms: Were represented by a score of 29.03 ± 10.1 which means a little degraded quality of life.

- Body image: was represented by a score of 8.1 +/- 11.2 which corresponds to a little degraded quality of life.
- Sexual activity: was represented by a score of 17.5 +/- 12.5 which corresponds to a little degraded quality of life.

We tried to assess the impact of cervical cancer on quality of life in order to guide the establishment of support structures and support mechanisms.

ملخص

تناولت دراستنا 120 حالة من حالات سرطان عنق الرحم من خلال دراسة استباقية وصفية امتدت على مدى 10 أشهر بين يناير 2020 وأكتوبر 2021 ، وكان الهدف منها تقييم نوعية حياة المرضى الذين عولجوا بالعلاج الكيميائي الإشعاعي المصاحب لسرطان عنق الرحم في مصلحة العلاج الإشعاعي للأورام بمراكش ، باستخدام استبيانين :

يقوم بتقييم نوعية حياة مرضى السرطان, بينما الثاني خاص (وهو عام (QLQ-C30

يقوم بدراسة سرطان عنق الرحم بشكل خاص.(QLQ-CX24)

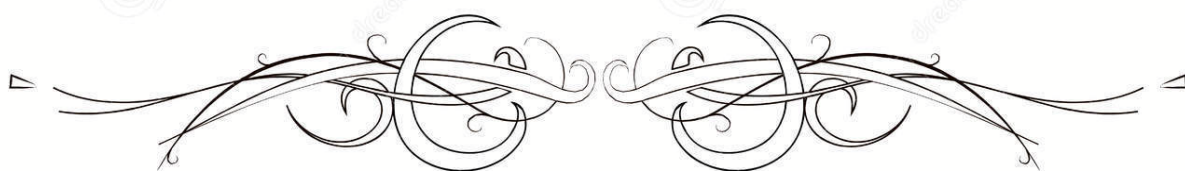
من بين 120 مريضاً شملتهم الدراسة، كان متوسط عمر المرضى 51.9 سنة، 75٪ متزوجون ، 37.5٪ أميون ، 88.3٪ ربات بيوت ، 50.8٪ متعددو الولادة ، 54.1٪ لديهم تغطية اجتماعية .

وأظهر وصف QLQ-C30:

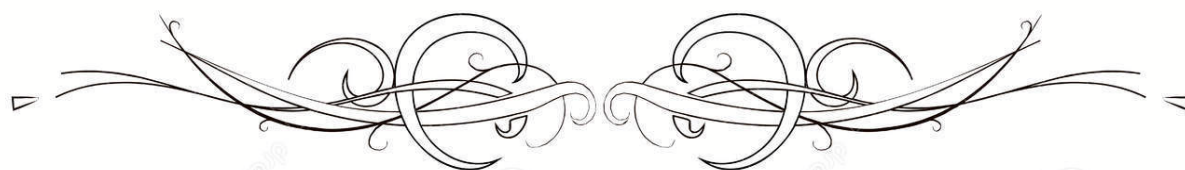
- على المستوى الوظيفي: درجة معيارية منخفضة إلى حد ما مما يعني تدهوراً معتدلاً في جودة الحياة لجميع الأبعاد باستثناء البعد الاجتماعي حيث حصلنا على درجة عالية نسبياً بلغت 69.5 + / - 22.4.
- على مستوى الأعراض: كانت درجات الأعراض الطبيعية منخفضة نسبياً مما يعني أن الأعراض ليست متواجدة دائماً باستثناء التعب والمشاكل المالية التي تمثل أعلى درجة.
- الحالة الصحية العامة: كانت النتيجة مرتفعة نسبياً عند 69.6 + / - 29.5 والتي تتوافق مع نوعية حياة قليلة التدهور.

و أظهر وصف QLQ-CX24

- الأعراض الوظيفية: تم تمثيلها بدرجة 29.03 ± 10.1 مما يعني تدهورًا طفيفًا في جودة الحياة.
- صورة الجسد: تم تمثيلها بدرجة 8.1 ± 11.2 والتي تتوافق مع نوعية الحياة قليلة التدهور.
- النشاط الجنسي: تم تمثيله بدرجة 17.5 ± 12.5 والتي تتوافق مع نوعية الحياة قليلة التدهور. حاولنا تقييم تأثير سرطان عنق الرحم على نوعية الحياة من أجل توجيه إنشاء هياكل وآليات الدعم.



ANNEXES



FICHE D'EXPLOITATION

Date:

N°D:

IP:

Nom et Prénom du malade :

Numéro de téléphone :

Date de 1ère consultation :

Age ou date de naissance :

Statut marital: Célibataire ☐ mariée ☐ Divorcée ☐ Veuve ☐

Nombre d'enfant :

Origine : Urbain ☐ Rural ☐

Adresse (région) :

Profession: Actif ☐ Retraité ☐ Chômeur ☐ Femme au foyer ☐
Sans emploi fixe ☐

Couverture sanitaire : Ramed ☐ Mutuelle ☐ Rien ☐

Niveau socio-économique : Bas <3000DH ☐ Moyen 3000-6000DH ☐ Elevé > 6000DH ☐

Niveau d'instruction: Analphabétisme ☐ Enseignement préscolaire ☐

Niveau primaire ☐ Niveau secondaire ☐
Enseignement universitaire ☐

Antécédents :

o Personnels :

*Médicaux : HTA ☐ diabète ☐ Insuffisance cardiaque ☐ Insuffisance rénale ☐
Tuberculose ☐

*Chirurgicaux :

*Gynéco-obstétrique : rapport précoce (avant 17) ☐ partenaire multiples ☐ multiparité ☐
âge jeune à la première grossesse ☐ mauvaise hygiène de vie ☐ infections au papillomavirus (HPV) ☐ herpès virus (HSV) ☐

*Toxico-allergiques : Tabac ☐ alcool ☐

o **Familiaux** : cas similaire dans la famille ou membre de la famille décédé par cancer ☐

Le cancer étudié (cancer du col utérin) :

Signes fonctionnels :

Délai avant la consultation :

Type histologique :

Classification FIGO : - clinique :

- Post opératoire :

Le traitement spécifique :

Chirurgie ☐ Radiothérapie ☐ Chimiothérapie ☐

Délai entre diagnostic et début de RCC (en jours) :

Complications de la radiothérapie :

- Aigues : radiodermite ☐ rectite ☐ cystite ☐ vulvovaginite ☐ mal de rayons ☐
- chronique : radiodermite chronique ☐ synéchies vaginales ☐ fistule rectovaginale ☐ rectite chronique ☐ cystite chronique ☐

Complications de la chimiothérapie :

- Aigues : nausée ☐ vomissement ☐

-Tardives : Anémie (Hb<11g /dl chez la femme et <12g/dl chez l'homme) ☐

Leucopénie (GB<2000) ☐ neutropénie (PNN<1500) ☐ thrombopénie (PLQ<150000) ☐

Ototoxicité (acouphène, hypoacousie) ☐ neurotoxicité (neuropathie périphérique) ☐

Néphrotoxicité (nécrose tubulaire) ☐

Complications de la chirurgie :

Date de fin de traitement :

Evolution post thérapeutique :

Traitements non spécifique :

❖ **Antalgiques :**

1^{er} palier ☐ 2^{ème} palier ☐ 3^{ème} palier ☐

❖ **Antidépresseur et ou anxiolytique :**

❖ **Transfusion:**

Culots Globulaires ☐ Plaquettes ☐ PFC ☐

❖ **Traitement martial de l'anémie:** Oui ☐ Non ☐

❖ **Néphrostomie /Monté de sonde JJ pour IRA obstructive** Oui ☐
Non ☐

• **Annexe 1 :**

EORTC QLQ-C30 version 3 :

Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez-vous –même à toutes les questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ces informations sont strictement confidentielles.

Vos initiales.....

Date de naissance :.....

La date d'aujourd'hui.....

Au cours de la semaine passée	pas du tout	un peu	assez	beaucoup
1-Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques Pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2-Avez-vous des difficultés à faire une longue promenade ?	1	2	3	4
3-Avez –vous des difficultés à faire un petit tour dehors ?	1	2	3	4
4-Etes –vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?	1	2	3	4
5- Avez –vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre Toilette ou aller aux W.C ?	1	2	3	4
6-Etes-vous limitée d'une manière ou d'une autre pour accomplir soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4
7-Etes-vous totalement incapable de travailler	1	2	3	4
Ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?				

Au cours de la semaine passée	pas du tout	un peu	assez	beaucoup
8-Avez-vous eu le souffle court ?	1	2	3	4
9-Avez-vous eu mal ?	1	2	3	4
10-Avez –vous eu besoin de repos ?	1	2	3	4
11-Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?	1	2	3	4
12-Vous êtes –vous senti faible ?	1	2	3	4
13-Avez-vous manqué d'appétit ?	1	2	3	4
Au cours de la semaine passée	pas du tout	un peu	assez	beaucoup
14- Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	1	2	3	4
15-Avez-vous vomis ?	1	2	3	4
16-Avez-vous été constipée ?	1	2	3	4
17-vous eu de la diarrhée ?	1	2	3	4
18-Etiez-vous fatiguée ?	1	2	3	4
19-Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4
20-Avez-vous des difficultés à vous concentrer sur certaines choses, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision ?	1	2	3	4
21 - Vous êtes-vous sentie tendue ?	1	2	3	4
22- Vous êtes-vous fait des soucis ?	1	2	3	4
23- Vous êtes-vous sentie irritable ?	1	2	3	4
24- Vous êtes-vous sentie déprimée ?	1	2	3	4

Qualité de vie des patientes traitées par radio-chimiothérapie concomitante pour cancer du col utérin

25-Avez –vous eu des difficultés pour vous souvenir 1 2 3 4
de certaines choses ?

26- Votre état physique ou votre traitement médical 1 2 3 4
vous ont-ils gênée dans votre vie familiale ?

27-Votre état physique ou votre traitement 1 2 3 4
médical vous ont-ils gênée dans vos activités sociales ?

28- Votre état physique ou votre traitement 1 2 3 4
médical vous ont-ils Causé des problèmes financiers ?

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre

entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation

29- Comment évaluer vous l'ensemble de votre état physique au cours de la semaine
passée ?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais

excellent

30-Comment évaluer –vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine
passée ?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais

excellent

• **Annexe 2 :**

EORTC QLQ - CX24 :

Les patients signalent parfois qu'ils présentent les symptômes ou problèmes suivants. Veuillez indiquer l'étendue

Auxquels vous avez éprouvé ces symptômes ou problèmes, veuillez répondre en encerclant le numéro

le mieux s'applique à vous.

Au cours de la semaine écoulée :	pas du tout	rarement	quelque fois	souvent
1. Avez-vous eu des crampes à l'abdomen?	1	2	3	4
2. Avez-vous eu des difficultés à contrôler vos intestins?	1	2	3	4
3. Avez-vous eu du sang dans vos selles (mouvements)?	1	2	3	4
4. Avez-vous uriné / uriné fréquemment?	1	2	3	4
5. Avez-vous ressenti de la douleur ou une sensation de brûlure en passant de l'eau / en urinant?	1	2	3	4
6. Avez-vous eu des fuites d'urine?	1	2	3	4
7. Avez-vous eu des difficultés à vider votre vessie?	1	2	3	4
8. Avez-vous eu un gonflement d'une ou des deux jambes?	1	2	3	4
9. Avez-vous eu des douleurs dans le bas du dos?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu des picotements ou des engourdissements dans les mains ou les pieds?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu une irritation ou	1	2	3	4

une douleur dans le vagin ou la vulve?

12. Avez-vous eu des écoulements vaginaux? 1 2 3 4

13. Avez-vous eu des saignements anormaux 1 2 3 4

de votre vagin?

14. Avez-vous eu des bouffées de chaleur et / ou 1 2 3 4

des sueurs?

15. Vous êtes-vous senti physiquement 1 2 3 4

moins attrayant en tant que résultat de votre maladie ou traitement?

16. Vous êtes-vous senti 1 2 3 4

moins féminin en tant que résultat de votre maladie ou traitement?

17. Vous êtes-vous senti insatisfait de votre corps? 1 2 3 4

Au cours des 4 derniers semaines Pas du tout rarement quelque fois souvent

18. Craignez-vous que les relations sexuelles 1 2 3 4

Soient douloureuses?

19. Avez-vous été sexuellement actif? 1 2 3 4

Répondez à ces questions uniquement si vous avez été

Sexuellement active au cours des 4 dernières semaines:

20. Votre vagin est-il sec pendant 1 2 3 4

une activité sexuelle?

21. Votre vagin est-il court? 1 2 3 4

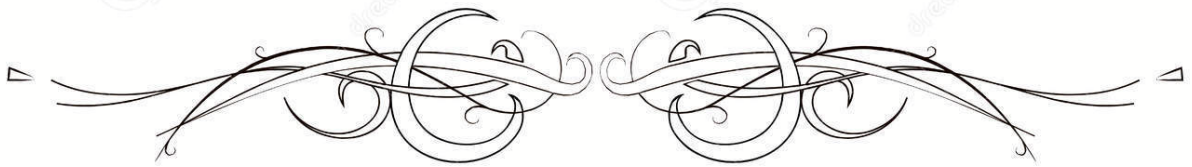
22. Votre vagin est-il tendu? 1 2 3 4

23. Avez-vous ressenti de la douleur pendant 1 2 3 4

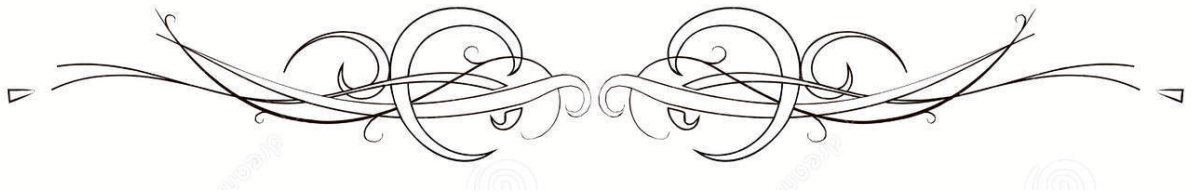
les rapports sexuels ou une autre activité sexuelle?

24. L'activité sexuelle était-elle	1	2	3	4
------------------------------------	---	---	---	---

agréable pour vous?



BIBLIOGRAPHIE



1. **N. Ahbeddou,**
"Retentissement psycho-socio-économique du cancer," pp. 1-71, 2008.
2. **F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram, R. L. Siegel, L. A. Torre, and A. Jemal,**
"Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries," *CA. Cancer J. Clin.*, vol. 68, no. 6, pp. 394-424, 2018.
3. **Belglaiaa Essaada, et Christiane Mougin.**
"Le cancer du col de l'utérus : état des lieux et prévention au Maroc" . *Bulletin du Cancer* 106, n° 11, pp. 1008-22, 2019.
4. **HAS – Service des maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades**
INCa – Département des recommandations pour les professionnels de santé. ALD n°30. Cancer invasif du col utérin ; Janvier 2010. Disponible sur :
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_col_uterin_web_2010-02-12_09-57-34_599.pdf
5. **Coibion Caroline et Alain Thille.**
"Cancer du col utérin dans les pays industrialisés et ailleurs : quel bilan d'extension selon les moyens ? " *Imagerie de la Femme* 26, n° 2, pp.86-94, 2016.
6. **Y. Pointreau, A. Ruffier Loubière, F. Denis, and I. Barillot,**
"Cancer du col utérin," *Cancer/Radiothérapie*, vol. 14, no. SUPPL. 1, pp. 147- 153, 2010.
7. **Nomenjanahary Rodrigue Emile Hasiniatsy, Leontine Rabarijaona, Florine Rafaramino.**
"Evolution des aspects épidémiologique de cancer du col utérin dans le service oncologie d'Antananarivo, Madagascar". *J Afr Cancer*. 2011 Feb;3(1):3-7
8. **Simone Marnitz, Waldemar Wlodarczyk, Oliver Neumann, Christhardt Koehler, Mirko Weihrauch, Volker Budach, and Luca Cozzi**
"Which technique for radiation is most beneficial for patients with locally advanced cervical cancer? Intensity modulated proton therapy versus intensity modulated photon treatment, helical tomotherapy and volumetric arc therapy for primary radiation" – an intraindividual comparison 2015 ; 10.1186/s13014-015-0402-z
9. "CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION 1," 1948.

10. **"Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL),"**1993.
11. **I. B. Wilson,**
"Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes," JAMA J. Am. Med. Assoc., vol. 273, no. 1, pp. 59-65,1995.
12. **D. Osoba,**
"Translating the Science of Patient-Reported Outcomes Assessment Into Clinical Practice," JNCI Monogr., vol. 2007, no. 37, pp. 5-11, Oct. 2007.
13. **R. M. Kaplan and J. W. Bush,**
"Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis.," Heal. Psychol., vol. 1, no. 1, pp. 61-80,1982.
14. **D. L. Fairclough,**
"Design and analysis of quality of life studies in clinical TRIALS, Second Edition,"2010.
15. **L. C. Doward and S. P. McKenna,**
"Defining Patient-Reported Outcomes," Value Heal., vol. 7, pp. S4- S8, Sep.2004.
16. **D. Machin and P. Fayers,**
"Quality of life : the assessment, analysis and interpretation of patient- reported outcomes". Wiley, 2013.
17. **T. M. Gill and A. R. Feinstein,**
"A critical appraisal of the quality of quality-of-lifemeasurements.," JAMA, vol. 272, no. 8, pp. 619-26, 1994.
18. **M. Bullinger,**
"Assessing health related quality of life in medicine. Anoverview over concepts, methods and applications in international research.," Restor. Neurol. Neurosci., vol. 20, no. 3-4, pp. 93-101, 2002.
19. **I. Wiklund,**
"Assessment of patient-reported outcomes in clinical trials: the example of healthrelated quality of life," Fundam. Clin. Pharmacol., vol. 18, no. 3, pp. 351-363, Jun.2004.

20. **F. Fiteni, V. Westeel, X. Pivot, C. Borg, D. Vernerey, and F. Bonnetain,**
“Endpoints in cancer clinical trials,” *J. Visc.Surg.*, vol. 151, no. 1, pp. 17-22,2014.
21. **D. Warr, S. Mckinney, and L. Tannock,**
“Influence of Measurement Error on Assessment of Response to Anticancer Chemotherapy: Proposal for New Criteria of Tumor Response.”
22. **D. Osoba,**
“What has been Learned from Measuring Health-related Quality of Life in Clinical Oncology,” vol. 35, no. 11,1999.
23. **P. M. Fayers and D. R. Jones,**
“Measuring and analysing quality of life in cancer clinical trials: A review,” *Stat. Med.*, vol. 2, no. 4, pp. 429-446, Oct.1983.
24. **Marcia A. Testa, M.P.H., Ph.D., Donald C. Simonson, and M.D.,**
“Assessment of quality-of-life outcomes,” 1996.
25. **Y. Lacasse and F. Sériès,**
“Qualité de vie liée à la santé : un guide de lecture,” *Rev. Mal. Respir.*, vol. 21, no. 4, pp. 63-70, Sep.2004.
26. **G. I. Ringdal and K. Ringdal,**
“Testing the EORTC Quality of Life Questionnaire on cancer patients with heterogeneous diagnoses,” *Qual. Life Res.*, vol. 2, no. 2, pp. 129-140, Apr.1993.
27. **R. T. Anderson, N. K. Aaronson, and D. Wilkin,**
“Critical review of the international assessments of health-related quality of life,” *Qual. Life Res.*, vol. 2, no. 6, pp. 369-395,Dec. 1993.
28. **P. Fayers and A. Bottomley,**
“Quality of life research within the EORTC—the EORTC QLQ-C30,” *Eur. J. Cancer*, vol. 38, pp. 125-133, Mar.2002.
29. **David Osoba, George Rodrigues, M. James, Benny Zee, and P. Joseph,**
“Interpreting the Significance ofChangesinHealth-RelatedQuality-ofLifeScores,”*J.Clin.Oncol.*,vol.16,pp.139-144,1998.
30. **J. E. Ware and J. Ware,**
“The MOS 36-item short-form health survey (SF- 36).,”1992.

31. **D. F. Cella et al.,**
"The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and Validation of the General Measure,"1993.
32. **S. B. Yellen, D. F. Cella, K. Webster, C. Blendowski, and E. Kaplan,**
"Measuring fatigue and other anemia-related symptoms with the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) measurement system," J. Pain Symptom Manage., vol. 13, no. 2,pp. 63-74, Feb.1997.
33. **D. L. Streiner, G. R. Norman, and J.**
"Cairney, Health measurement scales ": a practical guide to their development and use.2015.
34. **R. D. Hays, R. Anderson, and D. Revicki,**
"Psychometric considerations in evaluating health-related quality of life measures," Qual. Life Res., vol. 2, no. 6, pp. 441-449, Dec.1993.
35. **K. N. Lohr,**
"Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and reviewcriteria,"Qual. Life Res., vol. 11, no. 0962-9343 SB-IM, pp. 193-205, 2002.
36. **U. S. D. of H. and H. S. F. C. for B. E. and R. and U. S. D. of H. and H. S. F. C. for D. and R. H.**
U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Drug Evaluation andResearch*1,
"Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance," October, vol. 20, no. October, pp. 1-20, 2006.
37. **A. G. mirjam ,**
"The European organization for research and treatment of cancer"; questionnaire journal of clinical oncology; 20066.
38. **Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB,**
"Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures". SPINE. 2000;25 (24) : 3186-3191.
39. **Greimel ER, Kuljanic Vlasic K, Waldenstrom AC, et al,**
"The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life Questionnaire Cervical Cancer Module. " Cancer 2006;107(8):1812-22.

40. **C. Brousse and B. Boisaubert,**
"Quality of life and scales measuring," vol. 28, pp. 458–462, 2007.
41. **Hantz S., Alain S., Denis F,**
"Vaccins prophylactiques antipapillomavirus : enjeux et perspectives." Gynecol Obstet Fertil 2013; 34:647–55.
42. **Monsonogo J,**
"EUROGIN 2016: Roadmap on cervical cancer prevention ."Gynecol Obstet Fertil 2011;39:462–7.
43. **centre national de recherche sur le cancer**
<https://screening.iarc.fr/colpofr/sfig1-4.jpg>
44. **Fritih R., Yousfi A., Maloum N., Hammou F–H., Benserai F. et al,**
"Cancer du col de l'uterus en Algerie. " Ann Path 2010;7(40):p3.
45. **centre national de recherche sur le cancer**
<https://screening.iarc.fr/colpofr/sfig1-13.jpg>
46. **KAJAM S,**
Profil epidemio-clinique, therapeutique et evolutif du cancer du col uterin au
CHU Mohammed VI de Marrakech, experience de service de gynecologie obstetrique
B These doctorat medecine, Marrakech 2012 n°89,121p.
47. **centre national de recherche sur le cancer**
<https://screening.iarc.fr/colpofr/sfig1-1.jpg>.
48. **Mohammed Errhimini ,**
These Profil épidémioclinique, thérapeutique et évolutif du cancer du col utérin
a Marrakech 2009 chapitre rappel anatomique.
49. **B. Liu et al,**
"Health-related quality of life in locally advanced cervical cancer patients
treated with neoadjuvant therapy followed by radical surgery: A single institutional
retrospective study from a prospective databas. "Gynecologic Oncology 154 (2019) 583–589.
50. **Singh U, Verma ML, Rahman Z, Qureshi S, Srivastava K,**
"Factors affecting quality of life of cervical cancer patients: A multivariate analysis." J Can Res
Ther 2019;15:1338–44.

51. **Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, et al,**
"Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection. the IARC multicentric case-control study. ."Lancet 359(9312):1085-1092 (March 30, 2002).
52. **ALLIANCE POUR LA PREVENTION DU CANCER CERVICAL,**
"Facteurs de risque du cancer du col utérin : connaissances actuelles."
[http:// www.alliance-cxca.org](http://www.alliance-cxca.org).
53. **NAIMA khadiri,**
LES CANCERS DU COL UTERIN (A propos de 172 cas) These doctorat medecine, Casablanca 2006,n°17,187p.
54. **Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, et al,**
"Parity as a risk factor for cervical cancer. " American Journal of Epidemiology 130:486-496 (1989).
55. **Fritih R., Yousfi A., Maloum N., Hammou F-H., Benserai F. et al ,**
"Cancer du col de l'uterus en Algerie. " Ann Path 2010;7(40):p3.
56. **Dem A,**
"Les carcinomes épidermoïdes du col utérin à l'Institut du cancer de Dakar Cahiers Santé vol."18, n° 1, janvier-février-mars 2008.
57. **Doha kayat,**
Influence de l'étalement de la radiothérapie sur le pronostic du cancer du col utérin(A propos de 250 cas) These doctorat medecine, Marrakech 2020,n°230,12p.
58. **ABDELLAOUI L,**
"CANCER DU COL UTERIN TRAITEMENT CHIRURGICAL (A propos de 49 cas). "These doctorat medecine, Fes 2010 n°104, 167p .
59. **A. KEITA,**
"Cancer du col de l' utérus : Aspect thérapeutique dans le service de Radiothérapie de l ' Hôpital du Mali Président : Co-directeur : Dr Adama DIAKITE Directeur ." 2020.
60. **R. Sabiri, A. El azery, O. Wajih, M. Benhassou, M. Ennachit and M. El Kerroumi,**

“Qualité de vie des patientes atteintes du cancer du col et son rapport avec le support social a propos de 78 patientes” centre mohammed vi pour le traitement des cancers au centre hospitalier universitaire ibn rochd de casablanca . Int. J. Adv. Res. 9(03), 534–539.

61. **Perwitasari DA, Atthobari J, Dwiprahasto I, Hakimi M, Gelderblom H, Putter H, et al**
“Translation and validation of EORTC QLQ–C30 into Indonesian version for cancer patients in Indonesia. Japanese Journal of Clinical Oncology. ”2011;41(4):519–529. doi: 10.1093/jjco/hyq243.
62. **Lawrence DP, Kupelnick B, Miller K, Devine D, Lau J,**
“Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients.” J Natl Cancer Inst Monogr 2004; (32):40–50.
63. **Hagstrom AD, Marshall PW, Lonsdale C et al,**
“Resistance training improves fatigue and quality of life in previously sedentary breast cancer survivors: a randomised controlled trial. ” Eur J Cancer Care (Engl) 2016;25(5):784–94.
64. **Galiano –Castillo N, Cantarero –Villanueva I, Fernández–Lao C et al,**
“Telehealth system: a randomized controlled trial evaluating the impact of an internet–based exercise intervention on quality of life, pain, muscle strength, and fatigue in breast cancer survivors. ”Cancer 2016; 122(20):3166–74.
65. **Pearson EJ, Morris ME, di Stefano M, McKinstry CE,**
“Interventions for cancer–related fatigue: a scoping review.” Eur J Cancer Care (Engl) 2016. [Epub ahead of print].
66. **Greimel ER, Kuljanic Vlasic K, Waldenstrom AC, Duric VM, Jensen PT, Singer S, et al,** “The European Organization for research and treatment of cancer (EORTC) quality–of–life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ–CX24. ” Cancer 2006;107:1812–22.
67. **Bifulco G, De Rosa N, Tornesello ML, Piccoli R, Bertrando A, Lavitola G, et al,**
“Quality of life, lifestyle behavior and employment experience: A comparison between young and midlife survivors of gynecology early stage cancers. ”Gynecol Oncol 2012;124:444–51.
68. **Vesna Bjelic–Radisic , Pernille T. Jensen , Karin Kuljanic Vlasic ,**
Ann–Charlotte Waldenstrom , Susanne Singer , Weichu Chie ,Andy Nordin , Elfriede Greimel ,
“Quality of life characteristics inpatients with cervical cancer. ” European Journal of Cancer 48 (2012) 3009–3018.

69. **Yumi Lee, Myong Cheol Lim, Se Ik Kim, Jungnam Joo, Dong Ock Lee, Sang-Yoon Park,**
“Comparison of Quality of Life and Sexuality between Cervical Cancer
Survivors and Healthy Women .” *Cancer Res Treat.* 2016;48(4):1321–1329.
70. **NireshThapa, Muna Maharjan , YanXiong, Daqiong Jiang, Thi-Phuong Nguyen,**
MarciaA. Petrini& HongbingCai,
“Impact of cervical cancer on quality of life of women in Hubei, China.” *scientific reports*
(2018) 8:11993 | DOI:10.1038/s41598-018-30506-6.
71. Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France.
72. “Gérer l'après-cancer. ” Sondage Viavoice pour l'institut Curie, 2011.
73. **D. Ahmed-Lecheheb , F. Joly,**
“Qualité de vie des patients après un cancer. ” *La Lettre du Cancérologue* • Vol. XXVI – n° 4–
avril 2017.
74. **Yati Afiyanti, Besral Besral ,Haryani Haryani , Ariesta Milanti, Lina Anisa Nasution, Kemala**
Rita Wahidi, Dewi Gayatri ,
“Liens entre les besoins non satisfaits, la qualité de vie et les caractéristiques des survivantes
de cancers gynécologiques en Indonésie. ” *2021Summer*; 31(3): 306–313.
75. **Razavi D, Delvaux N,**
“Psycho-oncologie: le cancer, le malade et sa famille. ” 2ème édition, Masson. P : 66–92.
76. **Massie MJ, Gagnon P, Holland JC ,**
“Depression and suicide in patients with cancer. ” *Journal of Pain and symptom management.*
1994. vol 9; N 5.
77. **C. Perdrizet-Chevallier et al,**
“ Dépression et anxiété chez les femmes souffrant de cancers gynécologiques”
Annales Médico-Psychologiques 166 (2008) 292–296.
78. **Hoffman MA, Weiner JS,**
“Is Mrs S Depressed? Diagnosing Depression in the Cancer Patient . ” *J Clin Oncol.* 2007 jul; 1;
25(19): 2853–2856.
79. **American Psychiatric Association ,**
“Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). ”(1994) Washington, DC:
American Psychiatric Association.

80. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA ,
"The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine.
Psychosomatics "(1991). 32:153-64.
81. Le Fel, J., et al ,
"Vers une prise en charge des troubles cognitifs des patients atteints de cancer." Pratiques
psychologiques (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2013.11.001>.
82. Ahles, T. A., & Saykin, A. J ,
"Breast cancer chemotherapy-related cognitive dysfunction. Clin Breast Cancer, " (2002). 3(3
Suppl), S84-S90.
83. Broeckel, J. A., Jacobsen, P. B., Balducci, L., Horton, J., & Lyman, G. H,
"Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. "Breast Cancer Res Treat,
(2000). 62(2), 141-150.
84. Gussekloo, J., et al,
"Impact of mild cognitive impairment on survival in very elderly people: cohort study. BMJ,
"(1997). 315(7115), 1053-1054.
85. Grünfeld, J,
"Recommandations pour le plan cancer 2009-2013. Paris: Ministère de la santé et des
sports. "(2009).
86. Vardy, J., Wefel, J. S., Ahles, T., Tannock, I. F., & Schagen, S. B,
"Cancer and cancer-therapy related cognitive dysfunction: an international perspective from
the Venice cognitive workshop. Ann Oncol, "(2008). 19(4), 623-629.
87. Jatoi, A., et al,
"Donepezil and vitamin E for preventing cognitive dysfunction in small cell lung cancer
patients: preliminary results and suggestions for future study designs. Support Care Cancer,
"(2005), 13(1), 66-69.
88. Guex, P.,
"Psychologie et Cancer. "Editions Payot Lausanne, 1989,
89. Kubler-Ross,
"Les phases réactionnelles au cours de la maladie cancéreuse : (1969-1970). "

90. **Alby N,**
"Pourquoi des psychologues dans les services de cancérologie ?" *Psychol Med (Paris)* 1994;26:647-50.
91. **Moulin P,**
"Imaginaire social et cancer. " *Rev Francoph Psycho-Oncologie* 2005;4:261-7.
92. **Wortman CB,**
"Social support and the cancer patient. " Conceptual and methodologic issues. *Cancer*. 1984 May 15;53(10 Suppl):2339-62.
93. **Thoits ,**
"Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6). " *Psychologie Française*, 2003, 48, 3, 41-53.
94. **National Comprehensive Cancer Network.** National Comprehensive Cancer Network practice guidelines cancer-related fatigue panel 2003 guidelines. Rockledge: National Comprehensive Cancer Network; 2003.
95. **Glaus A, Crow R, Hammond S,**
"A qualitative study to explore the concept of fatigue/tiredness in cancer patients and in healthy individuals. " *Eur J Cancer Care* 1996;5(Suppl. 2):8-23.
96. **Bloechl-Daum B, Deuson RR, Mavros P, Hansen M, Herrstedt J,**
"Delayed nausea and vomiting continue to reduce patients' quality of life after highly and moderately emetogenic chemotherapy despite antiemetic treatment." *J Clin Oncol* 2006;24(27):4472-8.
97. **Lindley CM, Hirsch JD, O'Neill CV, Transau MC, Gilbert CS, Osterhaus JT,**
"Quality of life consequences of chemotherapy-induced emesis. " *Qual Life Res* 1992;1(5):331-40.
98. **Kawakami K, Yokokawa T, Kobayashi K, Sugisaki T, Suzuki K, Suenaga M, et al,**
"Self-reported adherence to capecitabine on XELOX treatment as adjuvant therapy for colorectal cancer." *Oncol Res* 2017;25(9):1625- 31.
99. **Van den Beuken-van Everdingen MHJ, Hochstenbach LMJ, Joosten EAJ, Tjan-Heijnen VCG, Janssen DJA,**
"Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and MetaAnalysis. " *J Pain Symptom Manage* 2016;51:1070—90.
-

100. Livre blanc de la douleur 2017– Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur – <https://www.sfetd-douleur.org/wpcontent/uploads/2019/09/livre-blanc-2017-10-24.pdf>. Accès au site le 6/10/2020.
101. **Ripamonti C,**
"Management of dyspnea in advanced cancer patients." Support Care Cancer 1999;7:233–43.
102. **Spielman AJ, Glowinsky P,**
"The varied nature of insomnia. In: Hauri PJ, editor." Case studies in insomnia. New York: Plenum Press; 1991. p. 1–15.
103. **Nordin K, Glimelius B,**
"Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer." Br J Cancer 1999;79:525–9.
104. **Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y Major,** "Depression, Adjustment Disorders, and Post-Traumatic Stress Disorder in Terminally Ill Cancer Patients: Associated and Predictive Factors." J Clin Oncol. 2004. vol 22;10.
105. **Birhanu Abera Ayana, Shiferaw Negash, Lukman Yusuf, Wendemagegnhu Tigeneh, Demewoz Haile,**
"Reliability and Validity of Amharic Version of EORTC QLQ-C 30 Questionnaire among Gynecological Cancer Patients in Ethiopia. "Reliability and Validity of Amharic Version of EORTC QLQ-C 30 Questionnaire.2016. p. 1–17.
106. **E. Barranger, F. Isnard,A. Bricou,E. Darai,Y. Delpech,**
"Colpohystérectomie élargie par voie cœlioscopique dans les cancers du col utérin : étude de qualité de vie. A propos de 22 cas. " "Gynécologie Obstétrique & Fertilité 40 (2012) 572–577.
107. **LE BLANC E.,CASTELAIN B.,LANVIN D,**
"Le traitement de l'envahissement ganglionnaire pelvien dans les cancers du col utérin aux stades précoces. Gynécol. Obstet. " Fertil.2000, 28,526–536.
108. **CASTAIGNE D., MORICE P., POMEL C,**
"Évolution de la chirurgie dans les cancers avancés du col de l'utérus. "La lettre du gynécologue, 2001, 260,18–20.
109. **GERBAULET A., COEN V,**

"Cancer du col utérin. Cancers : évaluation, traitement et surveillance. "Colonna Ed. ESTEM, PARIS 1997. <http://www.caducee.net>

110. DARGENT D,

"La chirurgie laparoscopique en gynécologie oncologique. " J Gynecol .Obstet. Biol. Reprod, 2000,29, 282-284.

111. QUERLEU D,

"LEBLANC E. Évolution des idées dans le traitement chirurgical des cancers du col utérin localisés. "La Lettre du Gynécologue 2001, 260,36-42

112. "Cancer du col utérin : un guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2012.1.

113. Francesco Plotti, Milena Sansone, Violante Di Donato, Elena Antonelli, Tiziana Altavilla, Roberto Angioli, and Pierluigi Benedetti Panici,

"Quality of Life and Sexual Function after Type c2/Type III Radical Hysterectomy for Locally Advanced Cervical Cancer: A Prospective Study. " J Sex Med 2011;8:894-904.

114. Gwenael Le Borgne, Mariette Mercier, Anne-Sophie Woronoff , Anne-Valérie Guizard, Edwige Abeilard, Agnès Caravati-Jouvencaux, Delphine Klein, Michel Velten, Florence Joly,

"Quality of life in long-term cervical cancer survivors: A population-based study."Gynecologic Oncology 129 (2013) 222-228.

115. Elfriede R. Greimel, Raimund Winter, Karin S. Kapp and Josef Haas,

"Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. " Psycho-Oncology 18: 476-482 (2009).

116. C. Grangé, M. Bonal, E.Huyghe, P.Leguevaque ,V.Cances-Lauwers , S.Motton,

"Qualité de vie sexuelle et cancer du col localement avance. "Gynécologie Obstétrique & Fertilité 41 (2013) 116-122.

117. DUPONT A. et al,

"Quality of life, marital status and sexuality among women with breast cancer. In World Congress of Psycho-Oncologie (8 ; 2006 ; Venise). "Oncologie psycho-sociale multidisciplinaire – dialogue et interaction. Venise, 2006.

118. Elisa Venturini,

"Retentissements psychiques du cancer gynécologique pelvien sur la sexualité féminine. Psychologie. "Université René Descartes – Paris V, 2014. Français.

119. **YAZBECK C,**
"La fonction érotique après hystérectomie. "Gynécologie, Obstétrique & Fertilité, 2004, vol. 32, n° 1, p. 49–54.
120. **Vanlerenberghe E, et al,**
"Cancers de la femme, sexualité et approche du couple. "Bull Cancer (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.bulcan.2015.02.008>.
121. **Masters W, Johnson V,**
"Les réactions sexuelles. " Paris: Robert Laffont; 1968.
122. **Bouhnik A-D, Mancini J,**
"Sexualité, vie affective et conjugale, deuxième enquête : la vie deux ans après un diagnostic de cancer . " Études et enquêtes; 2014.
123. **Perdrizet-Chevallier C,**
"Troubles sexuels au cours des traitements antidépresseurs lors de leur utilisation dans les cancers gynécologiques. " Psycho-Oncol 2007;1:279–81.
124. **Wilson C,**
"Examining relationships among body Image, sexuality, and sexual functioning in women with cervical and endometrial cancer [Thèse]. " Virginia: Médecine; 2019. 104 p.
125. **Ghorbel A, et al,**
"Le retentissement du cancer utérin et ses traitements sur la sexualité. " Sexologies (2020), <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.06.004>.
126. **Gé P, Vaucel E, Jarnoux M, Dessaux N, Lopes P,**
"Étude de la sexualité des femmes après hystérectomie totale versus subtotale par voie coelioscopique au centre hospitalier universitaire de Nantes. " Gynecol Obstet Fertil 2015;43(7–8): 533–4.
127. **HAIE-MEDER C. et al,**
"Curiethérapie du cancer du col de l'utérus. " Revue Francophone de PsychoOncologie, 2005, vol. 4, n° 3, p. 175–180.
128. **Snyder CC,**
"Oncology nursing. "Boston: Little, Brown and Company; 1986p. 39–55.

129. **Omne-Ponten M,**
"Psychosocial adjustment among husbands of women treated for breast cancer: mastectomy versus breast conserving surgery. " Br J Cancer 1993;29A(10):1393-7.
130. **Hoarau H,**
"La sexualité du couple face au cancer. " Psycho-oncol 2007;1:252-6.
131. **Taquet A,**
"Cancer du sein et sexualité. " Rev Francoph Psycho-Oncol 2005;3:170-4.
132. **S.Schraub,**
"Qualité de vie et réinsertion du malade cancéreux 1997. "
133. **Bondil P,**
"Le parcours personnalisé de soins en oncoséxologie : une nouvelle offre de soins au service des soignés et des soignants. "Bull cancer 2012;99(4):499-507.
134. **T. Conory et al ,**
"Mesure de la qualité de vie des patients atteints de cancer colo-rectal métastatique. "Revue de la médecine interne 2002.
135. **J.Brugere,**
"Guide de reinsertion des cancéreux traités. "
136. **D.Razavi et al,**
"Revue des bases conceptuelles concernant l'évaluation de la qualité de vie et réhabilitation. " cours de l'école européenne d'oncologie 1997.
137. **Ripamonti C,**
"world Health organization, study protocol for the world health organization project to develop a quality of life assessment instrument(WHOQOL) "1993;3:170-4.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب

والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخًا لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 208

سنة 2021

نوعية حياة المرضى الذين عولجوا بالعلاج الكيميائي الإشعاعي المصاحب لسرطان عنق الرحم

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/11/11
من طرف

السيدة أسماء موغري

المزودة في 15 أكتوبر 1996 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

نوعية حياة - سرطان - عنق الرحم - العلاج الإشعاعي - العلاج الكيميائي

اللجنة

الرئيس

أ. بصير

السيدة

المشرف

أستاذة في أمراض النساء والتوليد

م. خوشاني

السيدة

أستاذة في طب العلاج بالأشعة

الحكام

ل. أدرموش

السيدة

أستاذة مبرزة في الصحة العمومية