

Année 2021

Thèse N° 057

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 04/05/2021

PAR

Mme. KHAOULA AMRANI

Née 20/07/1994 à Marakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Qualité de vie-questionnaire QLQ C-30/QLQ BR-23-Cancer de sein-
patientes jeunes

JURY

Mr E.ATMANE

Professeur de Radiologie

PRESIDENT

Mr R.ELBARNI

Professeur de Chirurgie générale

RAPPORTEUR

Mr. I.ESSADI

Professeur d'oncologie médicale

Mr K.TOURABI

Professeur de chirurgie réparatrice et plastique

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



رَبِّ أَوْزِعْنِي 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
BOUSKRAOUI

: Pr. Mohammed

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques
Secrétaire Générale
ELHOUDAIGUI

: Pr. Redouane EL FEZZAZI
: Mr. Azzeddine

Professeurs de l'enseignement supérieur

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

AMALSaid	Dermatologie	KHOUCHANIMouna	Radiothérapie
AMINEMohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANINajib	Neurologie

AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRATIKhadija	Gastro- entérologie
AMROLamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIETMohamed	Ophtalmologie
ANIBAKhalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANELamiaie	Microbiologie -Virologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKIHamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUADInass	Néphrologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHABNisrine	Neurologie
BAIZRIHicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZIAbdelouahed	Chirurgie - générale
BASRAOUIDounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIRAhlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDIFatiha	Psychiatrie
BELKHOUAhlam	Rhumatologie	MANSOURINadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISSLaila	Cardiologie	MAOULAININEFadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHAYassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANEAboubakr	Médecinenucléaire
BENELKHAIAIAT BENOMARRidouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAKYoussef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNISaid Mohammed	Urologie
BENJILALILaila	Médecineinterne	MOUFIDKamal	Urologie
BENZAROUELDounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUFRachid	Pneumo- phtisiologie	MOUTAOUAKILAbdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNILahcen	Gynécologie- obstétrique	MSOUGGARYassine	Chirurgiethoracique
BOUKHIRAAbderrahman	Biochimie - chimie	NAJEBYoussef	Traumato- orthopédie
BOUMZEBRADrissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	NARJISSYoussef	Chirurgiegénérale
BOURRAHOUATAAicha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUSMonir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUMohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISIMariem	Radiologie
CHAFIKRachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIADMohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIFHassan	Médecineinterne
CHELLAKSaliha	Biochimie- chimie	QAMOUSSYoussef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANIKhalid	Chirurgiegénérale
CHOULLI MohamedKhaled	Neuro pharmacologie	RADANoureddine	Pédiatrie

DAHAMI Zakaria	Urologie	RAISHanane	Anatomiepathologique
----------------	----------	------------	----------------------

DRAISSGhizlane	Pédiatrie	RAJIAbdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	ROCHDIYoussef	Oto-rhino- laryngologie
EL ANSARINawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNIRachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTIImane	Rhumatologie	SARFIsmail	Urologie
EL BOUIHIMohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAANabila	Microbiologie - Virologie
ELFEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANIAbderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSINoura	Maladiesinfectieuses
EL HATTAOUMustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZIJamila	Pédiatrie	YOUNOUSSaid	Anesthésie-réanimation
EL IDRISSE SLITINENadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMISaloua	Cardiologie	ZAHLANEMouna	Médecineinterne
EL KHAYARIMina	Réanimationmédicale	ZAOUISanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIBGhizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADIAmra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRIAbdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNILamiaa	Médecineinterne	ZYANI Mohammed	Médecineinterne

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ALJSoumaya	Radiologie	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	LAKOUICH MIM Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBARAKAR hizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

BENALIAbdeslam	Psychiatrie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	SAJIAHafsa	Pneumo- phtisiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMATarik	Chirurgiepédiatrique
DAROUASSIYoussef	Oto-Rhino - Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL AMRANI MoulayDriss	Anatomie	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATIRachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgiegénérale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDIYoussef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
AIT ERRAMIAdil	Gastro-entérologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimatio n	HAJJIFouad	Urologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ARROB Adil	Chirurgieréparatrice et plastique	Hammoune Nabil	Radiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AZIZakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgiegénérale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie

BELLASRI Salah	Radiologie	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	NASSIH Houda	Pédiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAGGABI Amine	Neurologie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie-réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	SIRBOUR Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	WARDA Karima	Microbiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie		

LISTE ARRÊTÉE LE 01/02/2021



DÉDICACES





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...



Tout d'abord à ALLAH

Le tout puissant et miséricordieux, qui m'a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

Qui m'a inspirée et guidée dans le bon chemin, Je lui dois ce que je suis devenue.

Louanges et remerciements pour sa clémence et sa miséricorde.

"الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي بِنِعْمَتِهِ تَتِمُّ الصَّالِحَاتُ"



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

Ce travail n'est pas uniquement l'aboutissement d'études scientifiques, mais aussi le miroir de vos combats incessants contre la maladie. A toutes les femmes atteintes de cancer du sein, ce travail est imprégné de vos soucis et chagrins à l'annonce du diagnostic, de la douleur et les difficultés à chaque traitement proposé, de la joie et l'enthousiasme à chaque nouvelle consultation confirmant la rémission. J'ai partagé le bonheur des patientes guéries, et j'ai eu le cœur brisé pour celles décédées. Que le bon Dieu ait vos âmes. Vous m'avez appris la patience et la persévérance, et j'espère à travers cette thèse transmettre vos souffrances et vos attentes au plus grand public.

A MA CHÈRE MAMAN RACHIDA ACHRIFI

A la plus merveilleuse de toutes les femmes et la plus douce de toutes les mamans, tu es mon soutien, tes prières sont la lumière qui a illuminé mon chemin, ma confidente depuis toujours et ma meilleure amie de tous les temps, merci pour tes sacrifices, tes nuits de veilles et tes efforts , et malgré la distance tu étais toujours à mes côtés prenant soin de mon bien être et mon bonheur, je ne trouve pas les mots si parfaits pour t'exprimer mes remerciements, ma reconnaissance et mon éternelle affection. En ce jour, j'espère réaliser l'un de tes rêves et que ce travail soit le fruit de tes efforts. Puisse Dieu t'accorder santé et longévité afin que je puisse à mon tour te combler sans jamais te décevoir. Je t'adore chère maman

A LA MEMOIRE DE MON PERE MOHAMED AMRANI

Tu es parti trop tôt mais l'image que tu m'as laissée de toi est impérissable. Je te dédie ce travail et toute mon affection. J'aurais tant souhaité te voir présent aujourd'hui, et j'espère que tu es fier de moi là où tu es. Que ton âme repose en paix.

A MA TANTE LATIFA AMRANI

Ma chère tante je vous aime, je vous admire, vous êtes ma fierté, et j'espère que je vous ai rendu aussi fière de moi, aucune expression ne peut traduire ma gratitude et mes respects envers vous. Puisse Allah tout puissant vous protéger, vous procurer longue vie, santé et bonheur



A notre maître Pr. Mohammed LAHKIM

*Professeur Agrégé en Chirurgie Générale à l'hôpital militaire Avicenne
Marrakech*

Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines. Veuillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.

A Pr. Hicham BABA

*Professeur Assistant en Chirurgie Générale à l'hôpital militaire Avicenne
Marrakech*

Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail. Nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide, et ce, en toute circonstance.

A tout le personnel médical et paramédical du service de Médecine interne – oncologie médicale à l'hôpital militaire Avicenne Marrakech

A toute personne qui de près ou de loin a contribué à la Réalisation de ce travail.



A MON MERVEILLEUX MARI MOHAMMED HAGHI

Que dire pour te remercier ! Tout d'abord, ce travail n'aurait pas vu le jour sans ton aide et tes conseils. Tu étais présent à sa conception du début jusqu'à la fin, t'en as mis de ton âme tout comme moi et c'est finalement notre travail à nous deux, le fruit de nos efforts combinés. Ton amour pour moi n'a d'égal que ton affection, ta générosité et ton désir de me rendre encore heureuse ! Rassure-toi, je suis comblée de bonheur depuis que je t'ai connu. Je n'oublierai pas de parler de tous ces moments difficiles, moments d'hésitation et de faiblesse où tu étais mon seul refuge et ma source de réconfort inépuisable. Que le bon Dieu te protège et nous accorde une vie pleine de bonheur et d'enfants incha'Allah !

A MES CHÈRES FRÈRES SOUFIANE ET YOUNES

L'affection et l'amour fraternel que vous me portez m'ont soutenu durant mon parcours. Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour, la reconnaissance et la gratitude que j'ai pour vous et que je suis parvenue à vous rendre fiers de votre sœur. Puisse dieu vous préserver et vous procurer bonheur et réussite, et vous aider à réaliser vos rêves.

A MA GRAND-MÈRE MATERNELLE FATNA IFRAD

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 toute la famille ACHRIFI et la famille AMOR

Je vous remercie pour votre soutien et amour et je tiens à vous dire que je suis très fière de faire partie de cette famille. Que ce travail traduise toute mon affection et mes souhaits de bonheur, de santé et de longue vie. Que dieu vous garde et vous préserve

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS AZZOUZ AMRANI ET KHADOUJ ELBOUANANI ET MON GRAND PERE MATERNEL AHMED ACHRIFI

Je vous garde toujours au plus profond de mon cœur et je ne cesse de prier pour vous. J'aurais tant aimé vous avoir à mes côtés et j'espère que vous êtes fiers de votre petite fille. Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis

A MA BELLE MERE SOUMIA BOUSBAA , MON BEAU PERE OMAR HAGCHI , MES BELLES SŒURS IMANE ET KAWTARE ET MON BEAU FRERE REDA

Vous m'avez accueillie dans votre famille à bras ouverts et m'avez considérée comme l'une des votre dès notre première rencontre. Je vous rends hommage par ce modeste travail et je tiens à vous exprimer mon profond amour et respect.



A mes amis et collègues : Marouane Elkiassi, Soulaymane Rachda, Nizare Nouidi, Saad Bounhar, Yasmine Larakí, Meryem Aouroud, Basma Oumaloul, Salma Amrani Idrissi

En souvenir de notre sincère et profonde amitié, vous êtes les meilleurs cadeaux de cette faculté. Grâce à vous, ces 8 ans d'études ont été plus qu'agréables malgré toutes les difficultés et les obstacles. Nous avons partagé tant de moments ensemble, et vous avez toujours été là pour moi.

Je remercie Dieu de vous avoir mis sur mon chemin. Je vous aime.

A MA CHÈRE FILLE AMIRA HAGHI

Aucune expression ne saurait témoigner de l'amour que je te porte. Puisse Dieu te procurer bonheur et réussite

A MONSIEUR ABDELALI ELARAKI TANTAOUI et MONSIEUR YOUNES ELARAKI TANTAOUI

Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien et encouragements. J'espère que vous retrouvez dans la dédicace de ce travail, le témoignage de mes sentiments sincères

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer. A Tous Mes enseignants tout au long de mes études depuis l'école El Araki en finissant par LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARRAKECH. A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail. À tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.



REMERCIEMENTS





A notre maître et Président de thèse Pr. Atmane Elmehdi

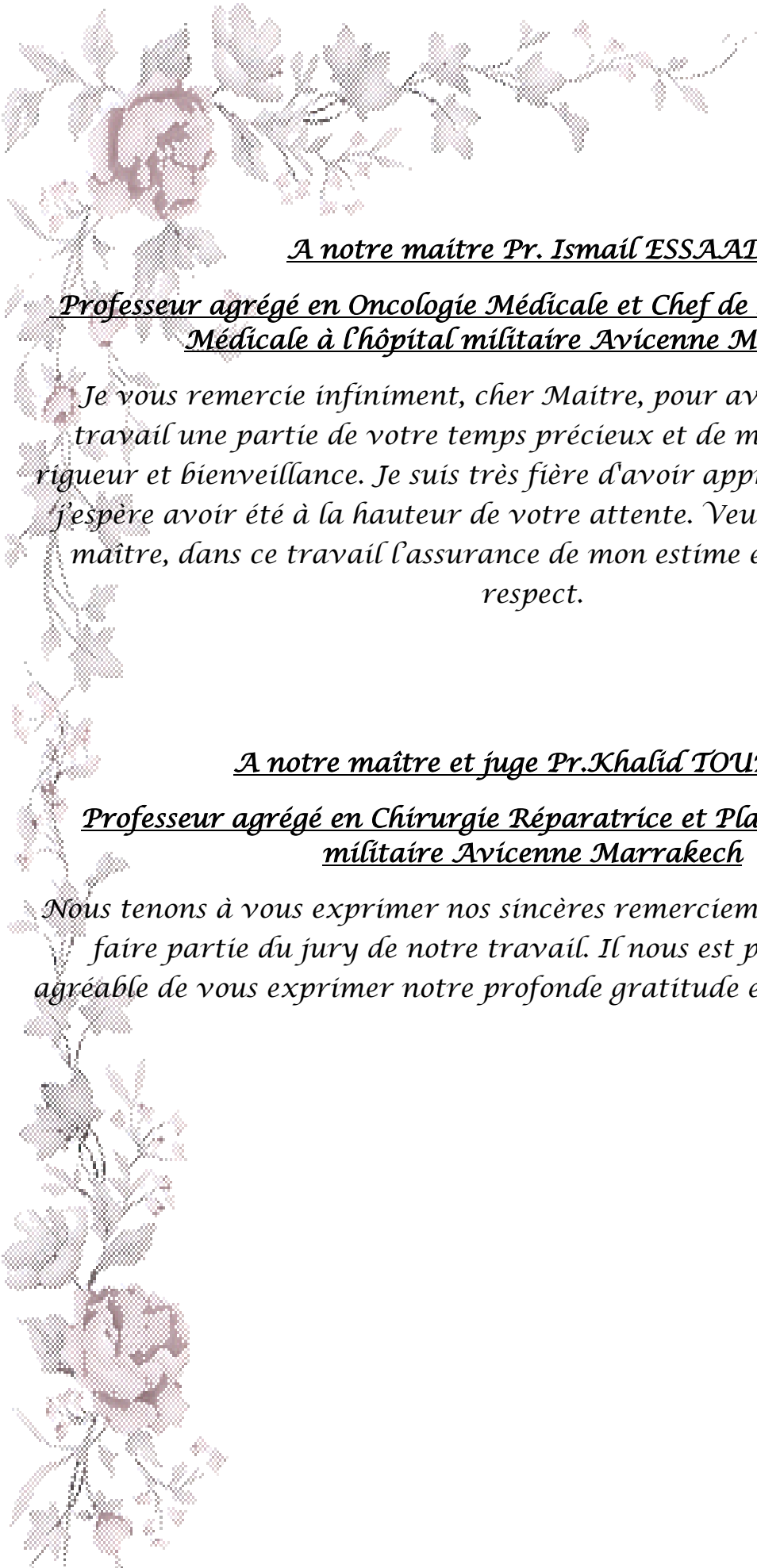
*Professeur d'Enseignement Supérieur et chef de Pôle d'Imagerie Médicale
à l'hôpital militaire Avicenne Marrakech*

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury. Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre modestie qui restent exemplaires. Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre reconnaissance et notre grande estime. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de nos sincères remerciements.

A notre maître et Rapporteur de thèse Pr. Rachid ELBARNI

*Professeur d'Enseignement Supérieur et chef de Service de Chirurgie
Générale à l'hôpital militaire Avicenne Marrakech*

Nous tenons à vous exprimer toute notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger notre travail. Je salue en vous les grandes qualités techniques et humaines que j'ai eu l'occasion d'apprécier lors de la finalisation de ce travail : dynamisme, droiture, sérieux, modestie et sympathie et qui sont dignes d'admiration et de respect. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre sincère reconnaissance et profonde gratitude.



A notre maître Pr. Ismaïl ESSAADI

Professeur agrégé en Oncologie Médicale et Chef de Service d'Oncologie Médicale à l'hôpital militaire Avicenne Marrakech

Je vous remercie infiniment, cher Maître, pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance. Je suis très fière d'avoir appris auprès de vous et j'espère avoir été à la hauteur de votre attente. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect.

A notre maître et juge Pr.Khalid TOURABI

Professeur agrégé en Chirurgie Réparatrice et Plastique à l'hôpital militaire Avicenne Marrakech

Nous tenons à vous exprimer nos sincères remerciements de bien vouloir faire partie du jury de notre travail. Il nous est particulièrement agréable de vous exprimer notre profonde gratitude et notre dévouement.

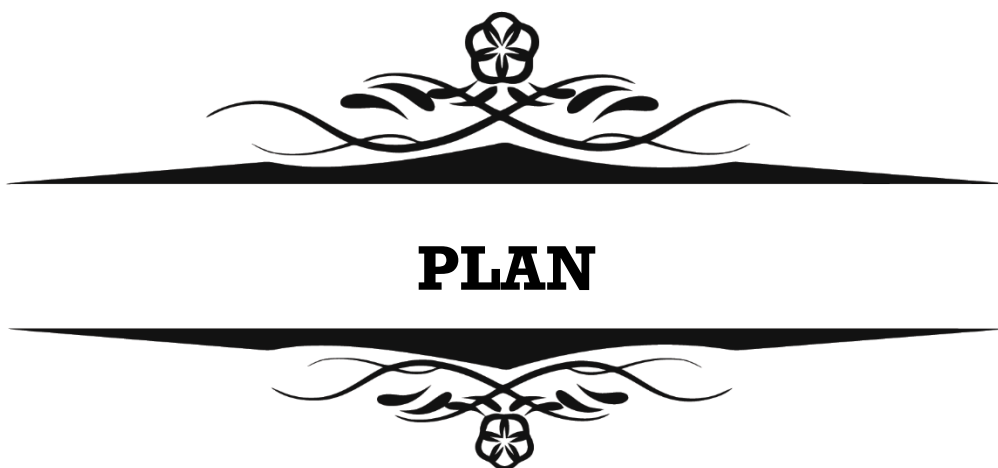


Abréviations



Liste des abréviations

CCIS	:	Carcinome intra canalaire ou canalaire in situ
CLIS	:	Carcinome lobulaire in situ
EORTC	:	Organisation européenne pour la recherche et le Traitement du cancer
NHP	:	Nottingham Heath profile
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
QdV	:	Qualité de vie
QdVLS	:	Qualité de vie liée à la santé
SEM	:	Standard error of measurement
SF-36	:	Short form 36 Health Survey
SIP	:	Sickness impact profile
WHOQOL	:	World Health Organization quality of life
HADS	:	Hospital Anxiety and Depression Scale
FACT-G	:	Functional Assessment of Cancer Therapy-General
QLQ-BR23	:	Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer
RCP	:	Réunion de concertation pluridisciplinaire
TNM	:	Tumor, Node, Metastasis
ACR	:	American college of Radiology
IMC	:	indice de masse corporelle
RH	:	Récepteurs hormonaux
HER	:	Human Epidermal Growth Factor Receptor
INO	:	Institut national d'oncologie
IRM	:	Imagerie par résonance magnétique
RMS	:	Reconstruction mammaire secondaire
RMI	:	Reconstruction mammaire immédiate





INTRODUCTION



Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

Le cancer du sein occupe le premier rang des cancers chez la femme à travers le monde entier. Son incidence ne cesse d'augmenter malgré les multiples progrès de la science en matière de diagnostic et de traitements, et constitue de ce fait un véritable problème de santé publique.

Le cancer du sein a été lié à un âge avancé auparavant, dans la littérature récente, le cancer du sein est de plus en plus observé chez une population jeune.

En effet, chez la femme jeune, le diagnostic du cancer du sein est souvent inattendu et de ce fait retardé. Il revêt des aspects épidémiologiques particuliers, et confronte des difficultés diagnostiques par les moyens usuels d'investigation, principalement la mammographie vu la densité accrue des seins à cet âge.

Le sein, symbole majeur de féminité, rend le traitement et notamment la chirurgie chez ces femmes jeunes difficilement acceptable voire même rejetée.

Considéré comme une maladie générale, le traitement devra avoir pour but à la fois le contrôle locorégional, par la chirurgie et la radiothérapie, et la prévention ou le traitement des métastases, rôle des traitements systémiques. Ces traitements peuvent affecter la qualité de vie des patientes et causer des effets secondaires ou de séquelles tardives.

Une qualité de vie appropriée détermine la réussite thérapeutique en oncologie moderne et occupe une place importante dans le bien-être des femmes.

De nombreux questionnaires peuvent être utilisées pour évaluer la qualité de vie des patientes atteintes de cancer de sein. Les plus fréquemment utilisés sont : L'organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC) QLQ-C30 et le module spécifique du sein QLQ-BR23.

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

Dans ce travail, on mettra le point sur le concept de qualité de vie, comment l'évaluer et à quel point les différents traitements pourront l'influencer, à travers une étude rétrospective, intéressant les patientes jeunes suivies pour cancer de sein colligé aux services de chirurgie générale et de l'oncologie de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech



**MATÉRIELS ET
MÉTHODES**



I. Matériel

Il s'agit d'une étude rétrospective menée à l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech et portant sur 40 patientes âgées de 60 ans et moins, admises pour la prise en charge d'un cancer du sein durant une période de 2 ans allant de 2019 à 2020 inclus.

Nous avons inclus toutes les patientes chez qui on a diagnostiqué un cancer de sein, avec confirmation histologique et ayant bénéficié d'une prise en charge thérapeutique entre janvier 2019 et décembre 2020 qui ont donné un consentement oral éclairé pour participer à l'étude.

Nous avons exclu de l'étude toutes les patientes non autonomes, porteuses de maladies neurologiques ou cognitives graves pouvant fausser la réponse au questionnaire -qualité de vie.

Notre étude a pour objectif : L'évaluation de la qualité de vie des patientes de cette tranche d'âge pendant une prise en charge thérapeutique.

II. Méthodes :

Pour la réalisation de ce travail, nous avons consulté :

- Les registres d'hospitalisation.
- Les dossiers médicaux des services de chirurgie générale et de l'oncologie à L'Hôpital Avicenne militaire de Marrakech.

Chaque patiente a été revue individuellement dans le cadre d'une consultation de suivi. Les données ont été recueillies sur des fiches d'exploitation détaillées pour chaque patiente. Une fiche d'exploitation (annexe 1) fut établie comme suit :

- la 1ere partie : Données sociodémographiques
- la 2eme partie : Données cliniques

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

La classification de la tumeur s'est faite au moyen de la classification TNM 8ème édition. (Annexe 4)

Le recueil des données a été effectué avec respect de l'anonymat des patientes et de la confidentialité de leurs informations.

Ensuite la qualité de vie a été mesurée à l'aide des questionnaires de qualité de vie de l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement (EORTC) (QLQ-C30, QLQ-BR23)

- Questionnaire EORTC QLQ-C30 (annexe 2)
- Questionnaire EORTC QLQ-CR38 (annexe 3)

III. Considérations éthiques

Les principes éthiques ont été respectés, tels que le consentement verbal libre et éclairé des participantes et l'anonymat des questionnaires.

Les objectifs et les implications du travail ont été bien expliqués aux patientes.

IV. Analyses statistiques :

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 :

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

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

Dans un premier temps, une analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients a été effectuée.

Pour décrire les scores de qualité de vie, nous avons calculé les moyennes et écarts-type, minimum et maximum.

Ensuite une analyse uni variée a été faite pour rechercher l'association entre la qualité de vie et plusieurs variables explicatives.

Lors de la comparaison de Groupes, nous avons utilisé les tests paramétriques classiques (test de Student, ANOVA) en fonction de la nature des variables à comparer, ainsi que des tests non paramétriques dans le cas des effectifs faibles.

Pour chaque test statistique utilisé, le test était considéré comme significatif lorsque p (degré de signification) était inférieur à 0,05.

L'analyse statistique est effectuée en utilisant le logiciel SPSS version 17.



RÉSULTATS



ETUDE DESCRIPTIVE

I. Epidémiologie :

1. Caractéristiques sociodémographiques des patientes :

1.1 Age :

L'âge moyen de nos malades est de 47,3 ans avec des extrêmes d'âge de 25 ans et 59 ans.

La tranche d'âge de 50 à 60 ans est la plus touchée.

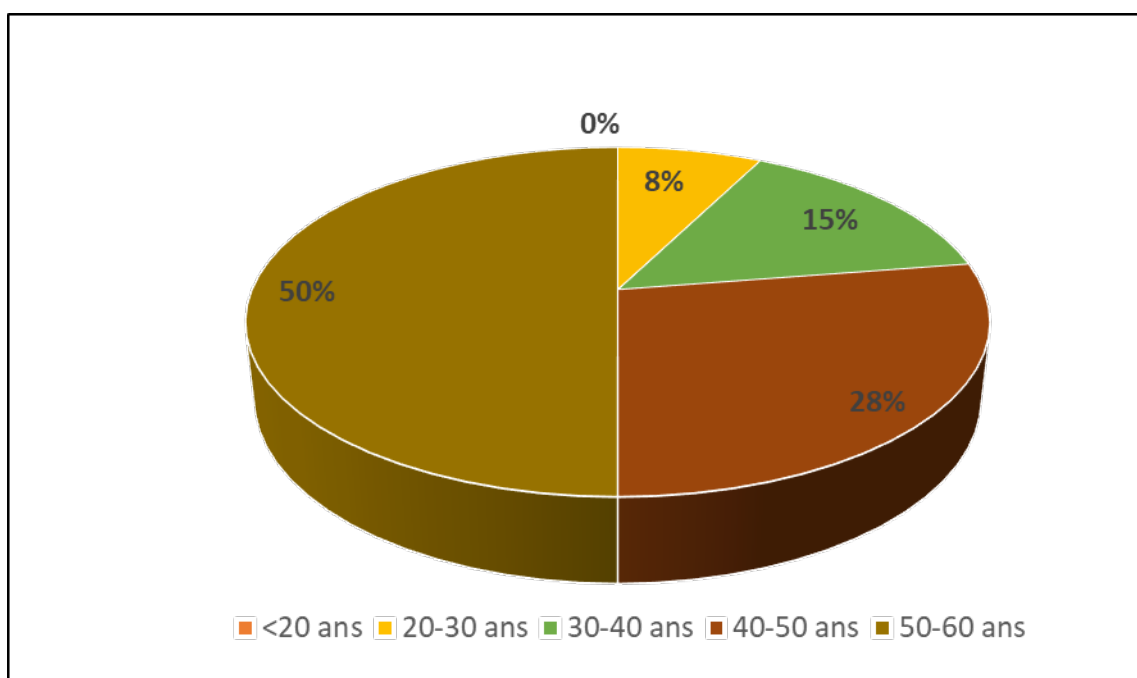


Figure 1 : Répartition des patientes selon l'âge.

1.2 Etat matrimonial :

L'étude du statut matrimonial a révélé que 29 de nos patientes étaient mariées soit (73%), 4 étaient divorcées soit (10%), 4 étaient veuves soit (10%) et 3 patientes étaient célibataires soit (7%).

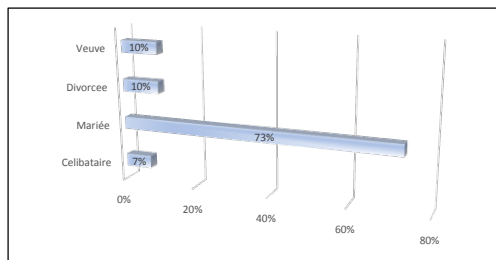


Figure 2 : Répartition des participantes selon le statut marital

1.3 Habitat :

La majorité des patientes sont d'origine urbaine ; 33 patientes soit 82%.

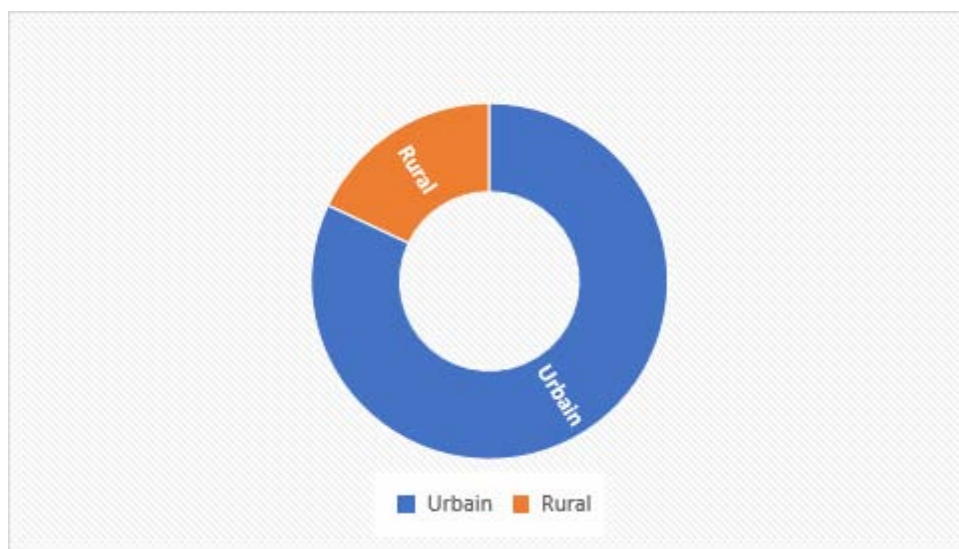


Figure 3 : répartition des patientes selon le lieu de résidence

1.4 Activité professionnelle :

La majorité des patientes étaient des femmes au foyer soit 68%, tandis que 25% des patientes étaient en activité, et 7% de nos patientes étaient sans emploi fixe.

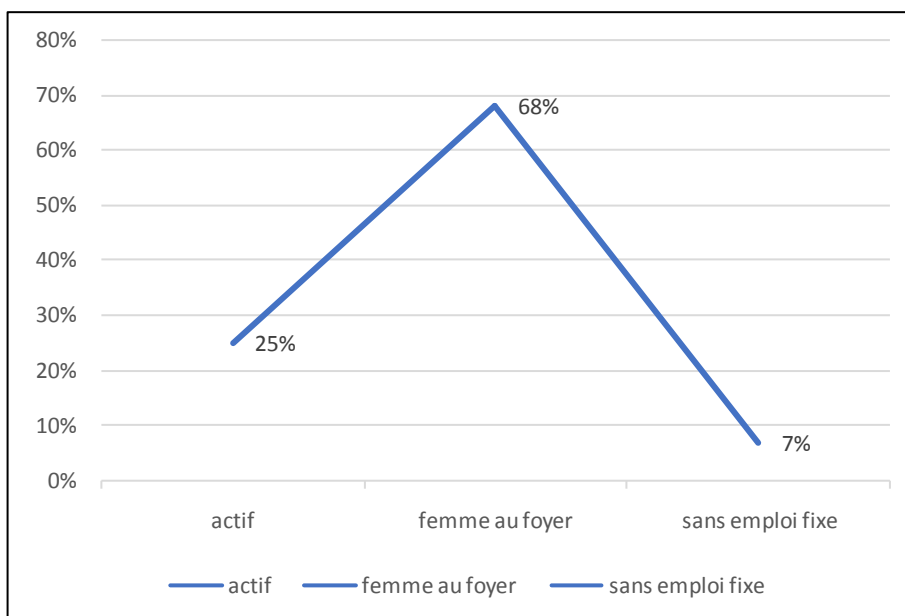


Figure 4 : Répartition des patientes selon l'activité professionnelle.

1.5 Niveau d'instruction :

La plupart des participantes étaient scolarisées, 20% avaient un niveau universitaire, 32% avaient un niveau secondaire, 20% avec un niveau primaire, et seulement 28% des patientes étaient analphabètes.

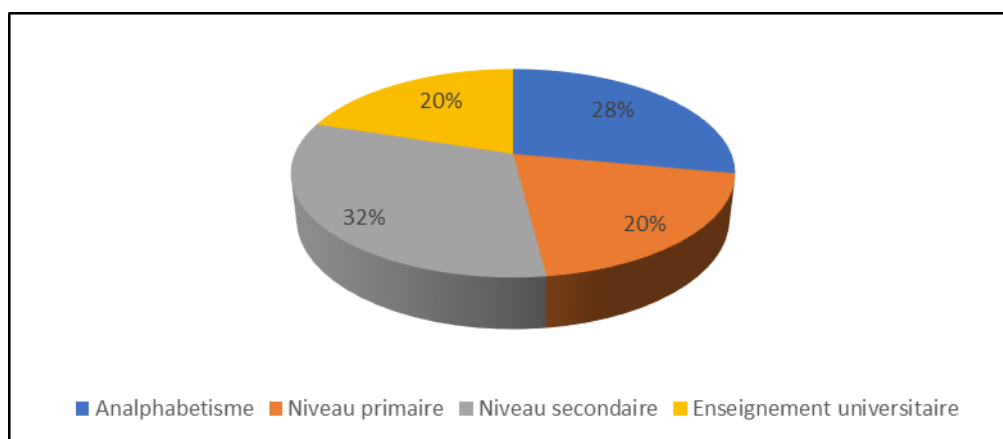


Figure 5 : Répartition des patientes selon leur niveau d'instruction

1.6 Couverture sociale :

La majorité de notre population d'étude avait une prise en charge soit 93 % des malades mutualistes

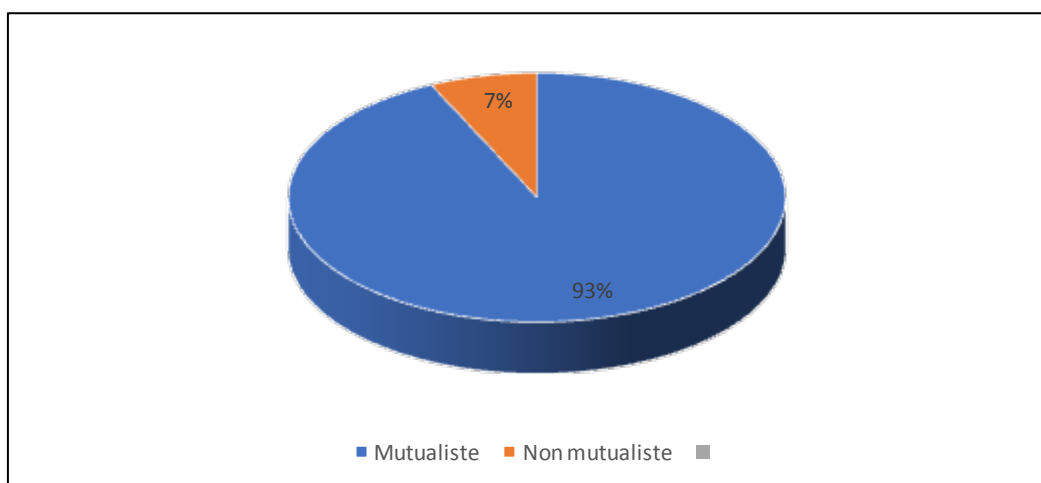


Figure 6 : Pourcentage des malades mutualistes dans notre série

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

1.7 Facteurs de risque :

a) Age de la ménarche :

63% des patientes avaient un âge de ménarche supérieur à 12 ans. Alors que 25 % avaient un âge inférieur à 12 ans.

Tableau I : Répartition des cas selon l'âge de la ménarche

Age de ménarche	Effectif	Pourcentage
< 12 ans	10	25%
>= 12 ans	25	63%
Non précis	5	13%
Total	40	100%

b) IMC :

L'indice de masse corporelle a pu être calculé chez 25 patientes. Un surpoids a été observé chez 40 % des femmes, 35 % des patientes avaient une corpulence normale, alors qu'une obésité a été notée chez 17 % des cas.

c) Age de la 1ere grossesse :

L'âge de la 1ere grossesse était inférieur à 30 ans chez 63% des participantes.

Tableau II : Répartition des cas selon l'âge de la 1ere grossesse

L'âge de la 1ere grossesse	Effectif	Pourcentage
Avant 30 ans	25	63%
Après 30 ans	7	18%
Non précis	8	20%
Total	40	100%

d) Contraception orale :

Vingt-cinq femmes étaient sous contraception orale, soit 63%. Alors que 5 femmes ne prenaient pas de contraceptifs. Elle était représentée essentiellement par des oestroprogestatifs minidosés et débutée en moyenne un an et quatre mois avant la première grossesse.

e) Allaitement au sein :

La notion d'allaitement au sein a pu être recueillie chez 13 femmes soit 32%, parmi elles, 80% affirment avoir allaité pendant une durée moyenne de 27,3 mois avec des extrêmes de 15 jours et 3 ans.

f) Parité :

L'étude de la parité a montré que 5 patientes étaient des nullipares, alors que 15 avaient eu au moins un enfant et 20 patientes étaient des multipares. La répartition des patientes en fonction de leur parité est exposée dans le tableau suivant :

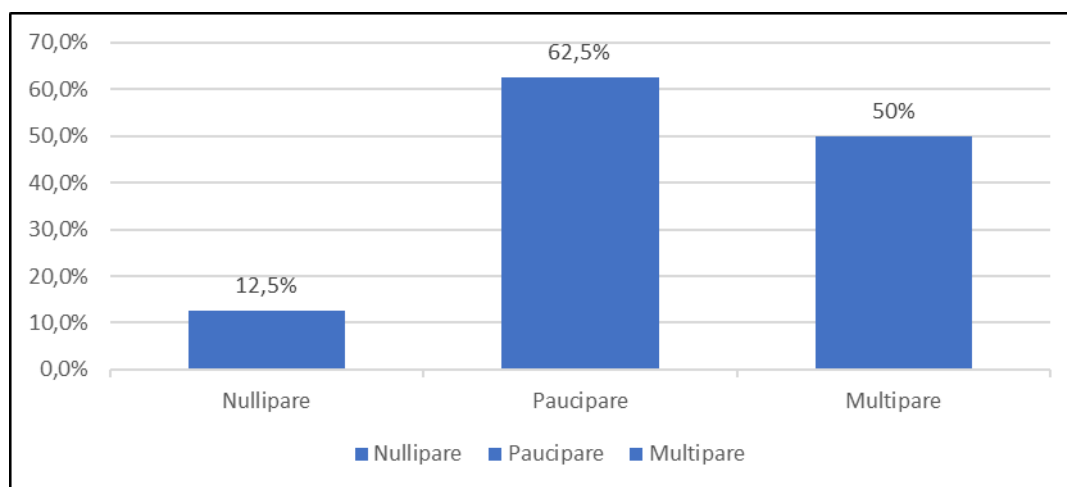


Figure 7 : Répartition des cas en fonction de la parité

1.8 Antécédents :

a) Antécédents médicaux :

19 patientes étaient traitées en préalable pour une pathologie chronique dont :

- 12 patientes diabétiques
- 5 patientes hypertendues
- 1 patiente pour dyslipidémie
- 1 patiente pour maladie de Crohn

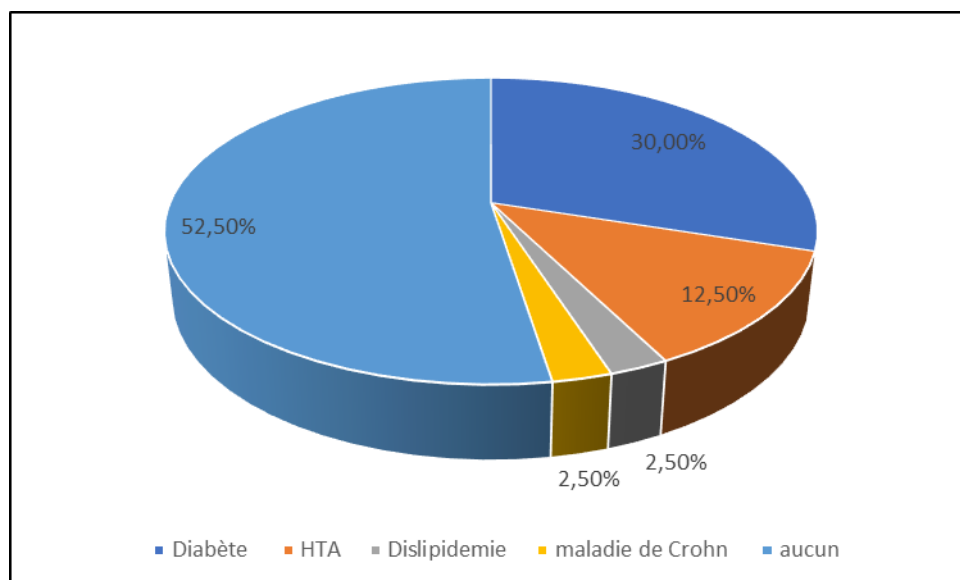


Figure 8 : Répartition selon les antécédents médicaux des patientes

b) Antécédents chirurgicaux :

Six patientes ont été opérées :

- Deux pour appendicites,
- Deux pour cholécystites
- Une pour fracture du fémur,
- Une pour colectomie totale avec iléostomie (maladie de Crohn)

c) Antécédents toxico-allergiques :

- Une patiente était asthmatique
- Une patiente était tabagique

d) Antécédents familiaux de néoplasie :

Un antécédent familial de cancer du sein a été retrouvé chez 6 patientes soit 15% des cas, dont 2 chez un parent de 1er degré et 4 chez un parent de 2ème degré.

e) Antécédents de mastopathie fibrokystique :

Des antécédents personnels de mastopathie fibrokystique ont été enregistrés chez une seule patiente

II. Clinique

1. Délai de consultation :

Le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la date de la première consultation a été précisé chez toutes les patientes. Ainsi, le délai moyen était de 18 mois avec des extrêmes de 1 à 36 mois.

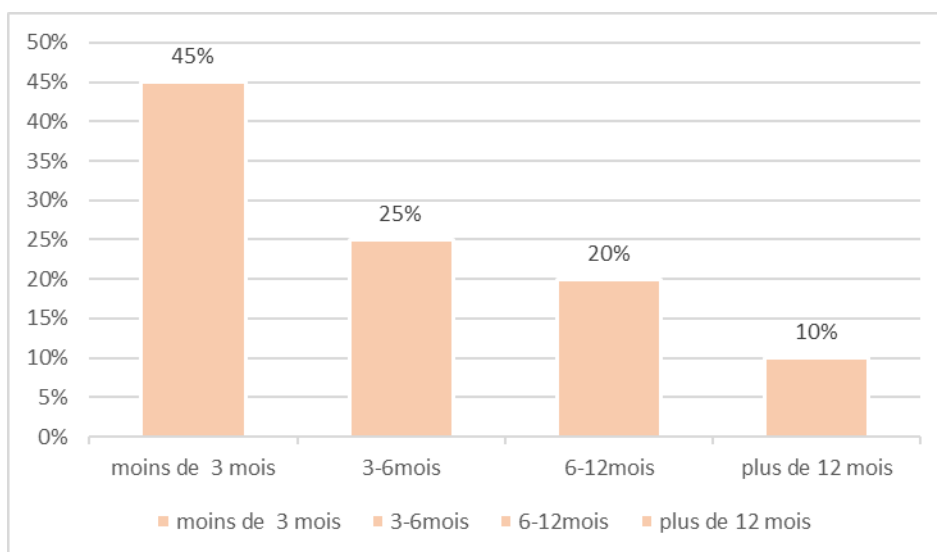


Figure 9 : Répartition des patientes en fonction du délai de consultation

2. Symptomatologie révélatrice :

Le cancer du sein a été découvert dans tous les cas par la patiente elle-même devant des signes révélateurs. Globalement, le motif de consultation le plus fréquent était représenté par l'autopalpation d'un nodule du sein puisqu'on le retrouve dans 87%

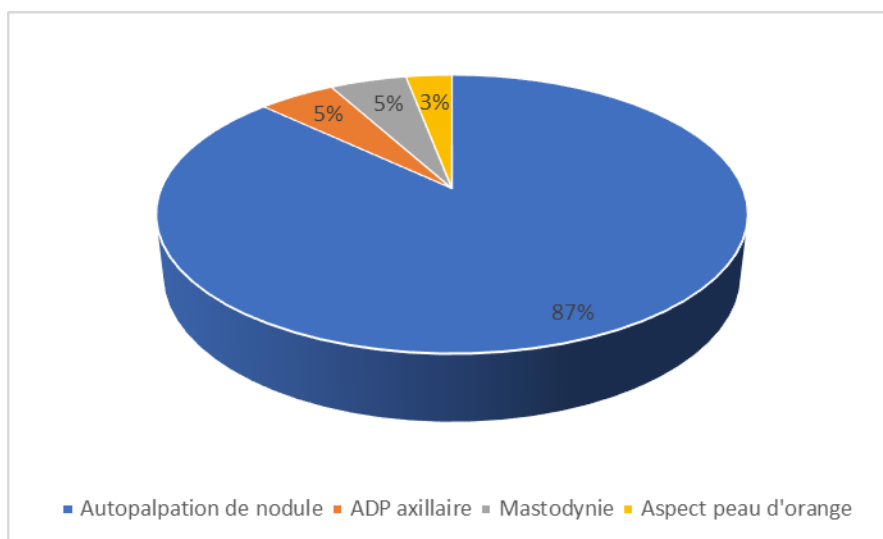


Figure 10 : Répartition des patientes en fonction des signes révélateurs

3. Examens paracliniques :

3.1 Aspect échographique :

Elle a été réalisée chez 40 patientes, examen important chez la femme jeune vu la densité mammographique des seins.

Tableau III : Aspect échographique des lésions

Aspect	Effectif	Pourcentage
Formation hypoéchogène et/ou hétérogène	33	83%
ADP axillaires	5	12%
Fibroadénome	2	5%
Total	40	100

3.2 Mammographie

Toutes nos patientes avaient bénéficié d'une mammographie.

Tableau IV : Aspect mammographique des lésions

Aspect	Effectif	Pourcentage
Nodule suspect	17	43%
Nodule suspect + microcalcifications	11	27%
Microcalcifications	4	10%
Surcroit d'opacité	4	10%
Désorganisation architecturale	4	10%
Total	40	100%

3.3 IRM :

Une seule IRM a été réalisée devant une discordance radio-clinique, elle a objectivé une image pouvant évoquer une mastite ou néoplasie

3.4 Microbiopsie échoguidée :

Pratiquée chez seulement 8 patientes, elle avait objectivé des cellules malignes ou suspectes.

3.5 Histologie :

a) Confirmation diagnostique

La certitude diagnostique du cancer du sein était obtenue par l'étude histologique qui avait confirmé la nature maligne de la tumeur et avait permis de préciser son type histologique ainsi que son grade.

b) Type histologique de la tumeur

Le type histologique était précisé chez toutes les patientes , celui-ci était dominé par le carcinome canalaire infiltrant CCI qui était nettement le plus fréquent puisqu'on le retrouvait dans 79% des cas. Suivi par le carcinome lobulaire infiltrant CLI dans 7% des cas.

c) Grading histo-pronostique de Scarf-Bloom et Richardson (SBR)

Le grade SBR était précisé chez 24 patientes, soit 60%. Il s'agissait dans la majorité des cas d'un SBR II dans 14 cas, soit 58%. Suivi d'un SBR III dans 8 cas, soit 33%. Tandis que le SBR I n'était retrouvé que dans 2 cas.

4. Bilan d'extension :

4.1 Clinique

Le bilan d'extension clinique a été fait à la recherche de signes fonctionnels et physiques de diffusion métastatique.

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

a) Fixité de la tumeur

Une fixation de la tumeur au plan profond (le muscle pectoral) par la manœuvre de TILLAUX ; cette fixation était retrouvée chez une seule patiente. Une fixation au plan superficiel (le plan cutané) était notée chez 3 patientes.

b) Examen du sein controlatéral

L'examen du sein controlatéral a été réalisé de façon systématique et avait permis la découverte d'un seul cas de nodule, qui était suspect.

c) Examen des aires axillaires

La palpation des aires axillaires avait permis de retrouver des adénopathies homolatérales au nodule chez 7 patientes soit 30%. Ces adénopathies étaient mobiles dans 6 cas et fixées dans un seul cas.

4.2 Paraclinique :

a) Radiographie pulmonaire :

Réalisée chez 38 patientes. Elles étaient toutes sans particularités.

b) Echographie abdomino-pelvienne :

Réalisée chez toutes les patientes, elle avait objectivé chez 2 femmes un nodule hépatique suspect.

c) Radiographie du squelette osseux (bras, bassin et rachis lombaire) :

Réalisée chez 6 patientes, elle s'était révélée anormale dans 2 cas et normale dans les 4 autres cas.

d) Scintigraphie osseuse :

Demandée chez 12 patientes, elle avait objectivé des localisations osseuses secondaires dans 2 cas.

e) Scanner thoraco-abdomino-pelvien :

Demandé chez toutes les patientes, a retrouvé : Une patiente avec un aspect en faveur de localisation osseuse secondaire associé à une pleurésie droite avec un nodule pulmonaire suspect. Une patiente avec 2 micronodules pulmonaires du lobe moyen gauche.

f) Scanner cérébral :

Demandé chez une seule patiente, et a objectivé un nodule cérébelleux.

4.3 Résultats du bilan d'extension :

Au terme de ce bilan, six localisations métastatiques du cancer du sein ont été détectées, deux cas avec des métastases osseuses isolées, un cas avec des métastases hépatiques isolées, un cas avec des métastases pulmonaires isolées, un cas avec des métastases osseuses et des nodules cérébelleux, et un autre cas avec des métastases hépatiques, pulmonaires et osseuses.

III. Traitements reçus :

1. Traitement loco-régional :

1.1 Chirurgie

➤ Type de chirurgie

Dans notre série, toutes les patientes ont bénéficié d'un acte chirurgical sur le sein et les ADP axillaires :

- La chirurgie radicale modifiée type PATEY était l'opération la plus fréquemment utilisée, elle a été réalisée chez 29 patientes, soit 72.5%, dont 25 réalisées d'emblée et 4 faisant suite à une tumorectomie avec examen extemporané ;
- La chirurgie conservatrice à type de tumorectomie avec curage ganglionnaire axillaire était pratiquée chez 10 patientes, soit 25% ;
- Une mastectomie de propreté a été réalisé chez une patiente, soit 2.5%.

Tableau V : Répartition des cas selon la méthode chirurgicale utilisée

Chirurgie	Effectif	Pourcentage
Traitement conservateur	10	25 %
Patey	29	72%
Mastectomie de propreté	1	2,5%
Total	40	100%

➤ **Envahissement ganglionnaire histologique :**

Recherché chez les 40 patientes, ayant subi un curage ganglionnaire. Le nombre moyen de ganglions prélevés était de 14. L'envahissement ganglionnaire a été retrouvé chez 31 patientes, soit 78%. Alors que seulement 9 patientes, soit 22% avaient des ganglions histologiquement sains. Cet envahissement touchait plus de 8 ganglions chez 6 patientes, entre 3 et 8 ganglions chez 22 patientes, alors que dans 3 cas, était inférieur à 3 ganglions.

➤ **Emboles vasculaires**

On a noté la présence de 7 cas d'emboles vasculaires, soit 17.5%.

➤ **Récepteurs hormonaux**

Le dosage des récepteurs hormonaux RH a été effectué chez toutes les patientes, il s'est révélé positif dans 47% des cas, soit 19 patientes

1.2 Radiothérapie

Parmi les 40 patientes ayant complété leur traitement, 32 ont bénéficié d'une radiothérapie, dont 30 cas pour complément thérapeutique et dans un but palliatif chez 02 patientes métastatique (métastases osseuses).

2. Traitement général :

2.1 Chimiothérapie :

Toutes les patientes ont bénéficié d'une chimiothérapie. Le nombre de cures de chimiothérapie administrées chez nos malades était de 6 cures selon les protocoles suivants :

- FEC (5 fluorouracile, Endoxan, Cyclophosphamide)
- TC (Taxotere, Cyclophosphamide)

Cette chimio était de 3 types :

- **Néoadjuvante :**

Elle était réalisée chez 7 patiente selon le protocole FEC associant le 5 Fluoro-Uracil, le Cyclophosphamide et l'Epirubicine.

- **Adjuvante :**

Débutée après l'acte opératoire, elle a été indiquée chez 32 patientes et comportait 6 cycles espacés de 3 semaines, selon le protocole FEC

Les délais entre chirurgie et chimiothérapie adjuvante variaient entre 20 et 98 jours avec une moyenne de 25,5 jours.

- **Palliative :**

Indiquée chez une patiente

Tableau VI Répartition des cas selon l'indication de chimiothérapie

Traitement	Effectif	Pourcentage
Néoadjuvante	7	17%
Adjuvante	32	80%
Palliative	1	3%
Total	40	100%

2.2 Hormonothérapie

Une hormonothérapie a été prescrite chez 19 patientes soit 47% des cas avec une expression des récepteurs hormonaux. Elle a été utilisée dans un but curatif chez 14 patientes et palliatif chez les 5 restantes et a consisté à administrer des anti-œstrogènes type tamoxifène chez 18 patientes et des inhibiteurs de l'aromatase chez une seule femme ménopausée. La durée moyenne de prise était de 15,4 mois avec des extrêmes de 1 mois et 10 ans.

2.3 Thérapie ciblée : Trastuzumab

Parmi les 13 patientes ayant eu une surexpression du HER2, l'indication de cette thérapie était curative chez 9 femmes soit 72% et palliative chez 4 patientes soit 30%. Elle était associée à une radiothérapie dans 52% des cas. Le nombre de cures a été de 18 chez 81% des patientes. La durée variait entre 2 et 19 mois avec une moyenne de 12mois.

3. Complications de traitement :

3.1 Complications de la chirurgie :

Les complications liées à la chirurgie sont représentées par :

- ✚ Une infection de paroi chez 1 patiente soit 2.5% des cas ;
- ✚ Un lymphœdème du membre supérieur chez 3 patientes soit 7.5% des cas.

3.2 Complications de la radiothérapie :

La radiodermite a été notée chez 2 patientes soit 6.25% des cas.

3.3 Complications de la chimiothérapie :

Les complications liées à la chimiothérapie sont représentées par :

- ✚ Les troubles de sommeil : chez 25 patientes soit 62,5% des cas ;
- ✚ L'alopecie : chez 15 patientes soit 37,5% des cas ;
- ✚ Toxicité digestive : chez 12 patientes soit 30 % des cas, sous forme de nausées, vomissements, perte d'appétit, de mucites, de diarrhées, et de rectorragies.
- ✚ Toxicité neurologique : chez 03 patientes soit 7.5% des cas, sous forme de céphalées et de vertiges ;
- ✚ Réaction allergique chez une patiente.

3.4 Complications de l'hormonothérapie :

L'hormonothérapie provoque très peu d'effets secondaires :

- ✚ Les bouffées de chaleur et les sudations nocturnes : chez 9 patientes soit 47% ;
- ✚ La sécheresse et l'irritation vaginale : chez 5 patientes soit 26% ;
- ✚ Les cycles menstruels irréguliers chez 4 patientes soit 21% ;
- ✚ Des troubles d'humeur chez une patiente et un gain de poids chez une patiente.

Etude analytique

Dans notre étude, l'analyse statistique des résultats du score de qualité de vie était réalisée selon 3 domaines :

- Les données socio-démographiques
- Les données cliniques
- Les données thérapeutiques

I. Score EORTC QLQ-C30 :

Il s'agit d'un questionnaire spécifique des pathologies carcinologiques constitué de 30 questions. Il permet d'évaluer la qualité de vie associée aux pathologies néoplasiques ainsi que l'inconfort lié aux principaux symptômes. Outre la qualité de vie globale, plusieurs aspects de la qualité de vie sont successivement abordés au travers de différents sous-scores.

Il est composé de 5 échelles fonctionnelles (capacité fonctionnelle, capacité à accomplir toute forme de travail et d'activité de loisir, état émotionnel, capacité cognitive, capacité à maintenir les relations sociales), de 3 échelles de symptômes (fatigue, nausées et vomissements, douleur), de différents items mesurant les symptômes habituellement rencontrés chez les patients atteints de cancer (dyspnée, insomnie, manque d'appétit, constipation, diarrhées, difficultés financières) et d'une échelle de santé globale et de qualité de vie globale.

1. Données épidémiologiques et score EORTC QLQ-C30 :

1.1 Relation entre le statut marital et la QdV :

Le statut marital est un vrai facteur d'amélioration de la QdV ; en d'autres termes, les patientes mariées ont une QdV meilleure que ceux qui ne le sont pas. 31% des patientes mariées ont des fonctions altérées à 25% et seulement 10% ont des fonctions altérées à 75%. Alors que 77% des patientes célibataires ont des fonctions altérées à 75%.

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

En ce qui concerne la dimension des symptômes, l'apparition des symptômes est supérieure à 75% chez 100% des patientes célibataires et 0% des patientes mariées.

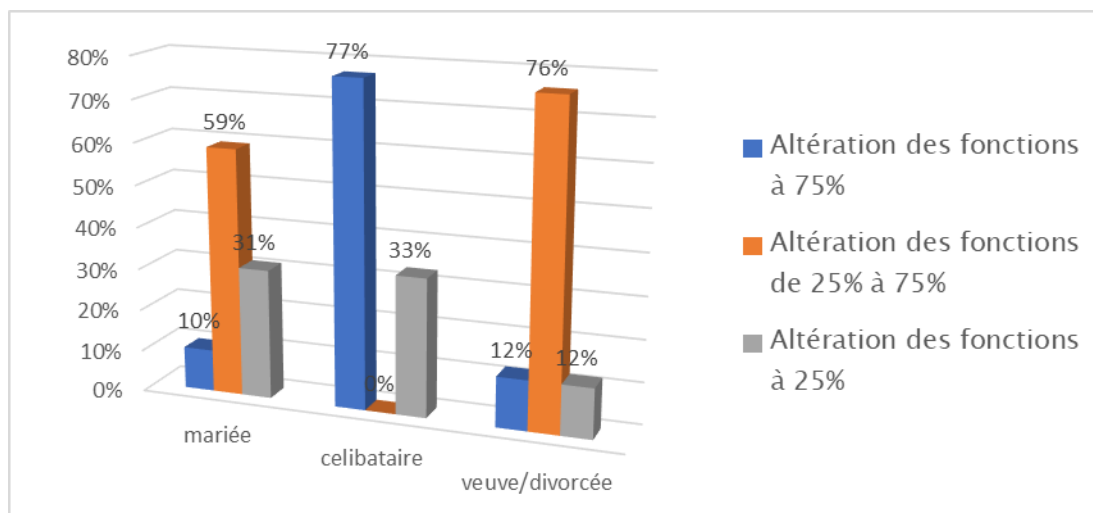


Figure 11 : Répartition des malades selon le statut marital et l'altération des fonctions (%)

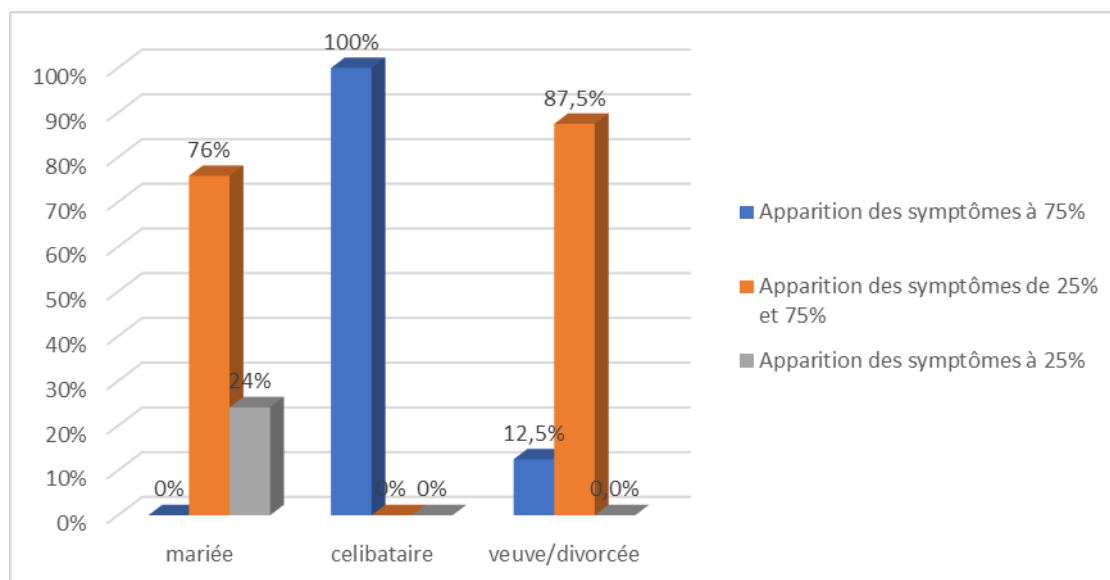


Figure 12 : Répartition des malades selon le statut marital et l'apparition des symptômes (%)

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

1.2 Relation entre l'habitat et la QdV :

La qualité de vie varie selon le milieu de résidence. L'analyse du graphique ci-après indique que le milieu urbain ayant plus de patientes avec une QdV médiocre. En d'autres termes, la proportion des patientes de QdV fortement dégradée est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

Une altération supérieure à 75% des fonctions est retrouvée chez 30% des patientes du milieu urbain et seulement chez 14% des patientes du milieu rural.

Pour l'apparition des symptômes elle est inférieure à 25% chez 29% des patientes du milieu rural et 14% des patientes du milieu urbain.

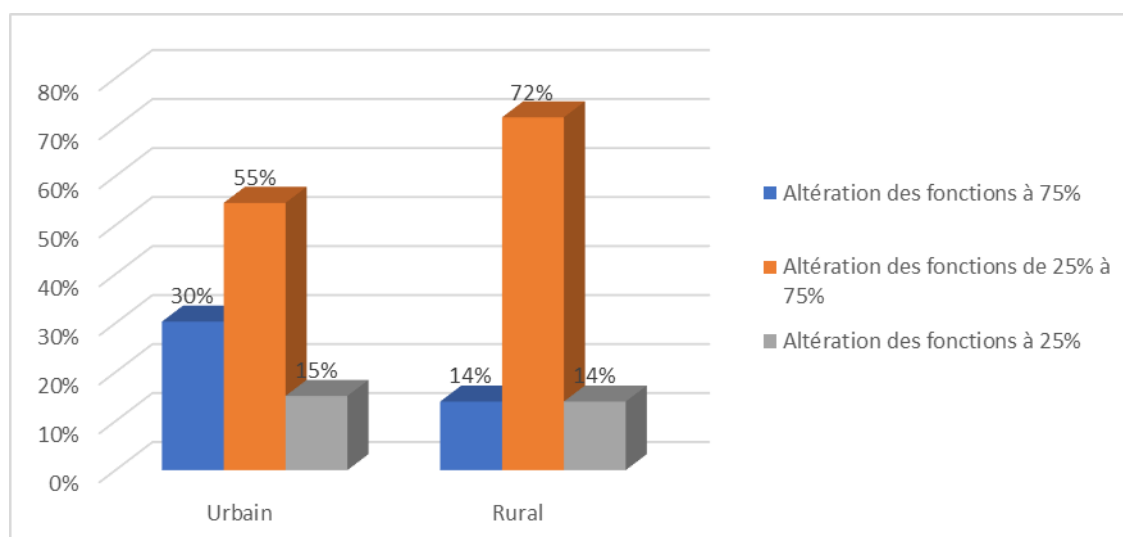


Figure 13 : Répartition des malades selon le milieu de résidence et l'altération des fonctions

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

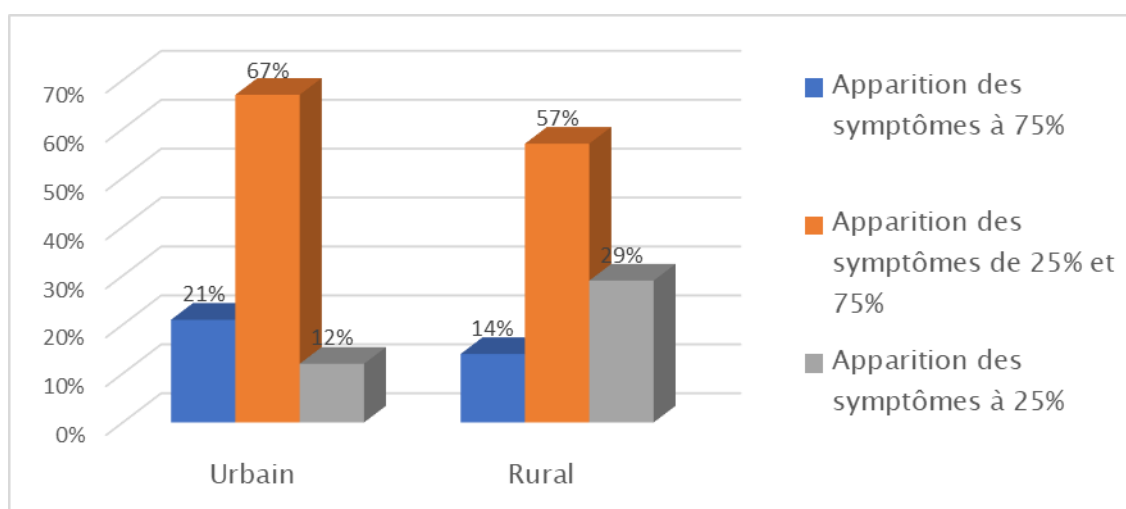


Figure 14 : Répartition des malades selon le milieu de résidence et l'apparition des symptômes

1.3 Relation entre la profession et la QdV :

La QdV des malades est affectée par la profession du fait que les patientes sans emploi fixe ont une qualité de vie plus dégradée que les femmes actives et que les femmes au foyer ont une qualité de vie meilleure que les femmes sans emploi fixes et les femme actives.

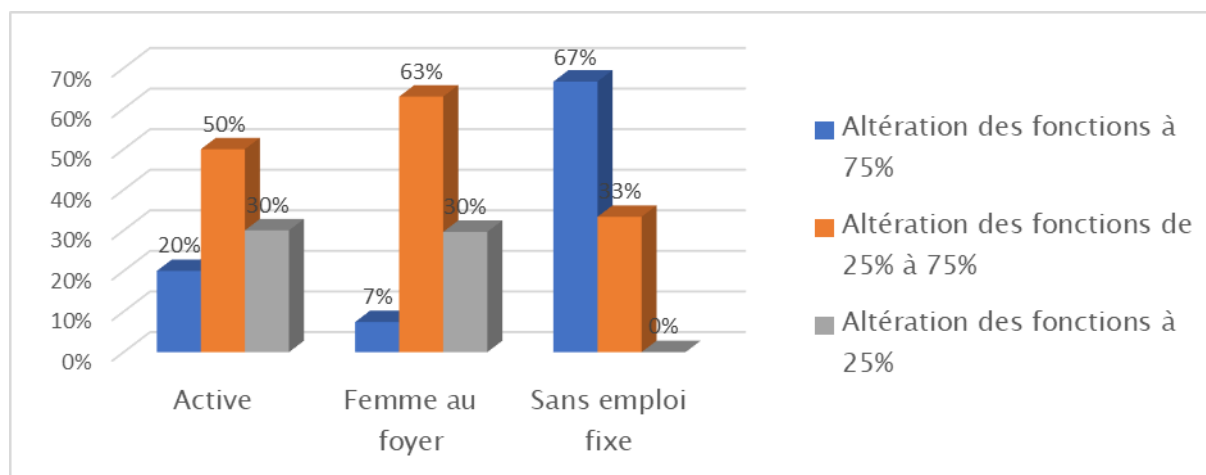


Figure 15 : Répartition des malades selon la profession et l'altération des fonctions

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

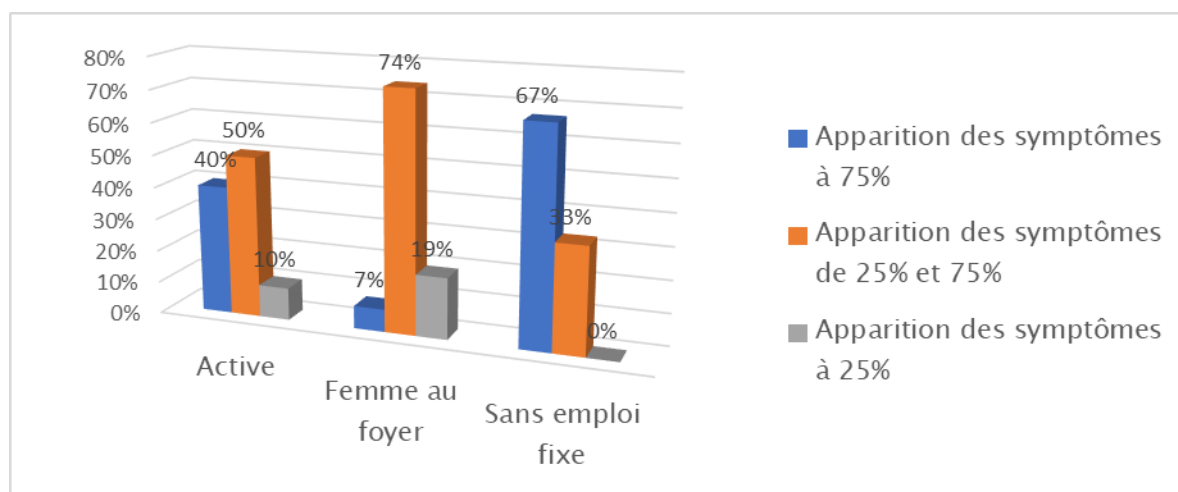


Figure 16 : Répartition des malades selon la profession et l'apparition des symptômes (%)

1.4 Relation entre la couverture sociale et le score de la qualité de vie :

La qualité de vie varie selon la couverture sociale. L'analyse des graphiques ci-après indique que les patientes mutualistes ont une QdV meilleure.

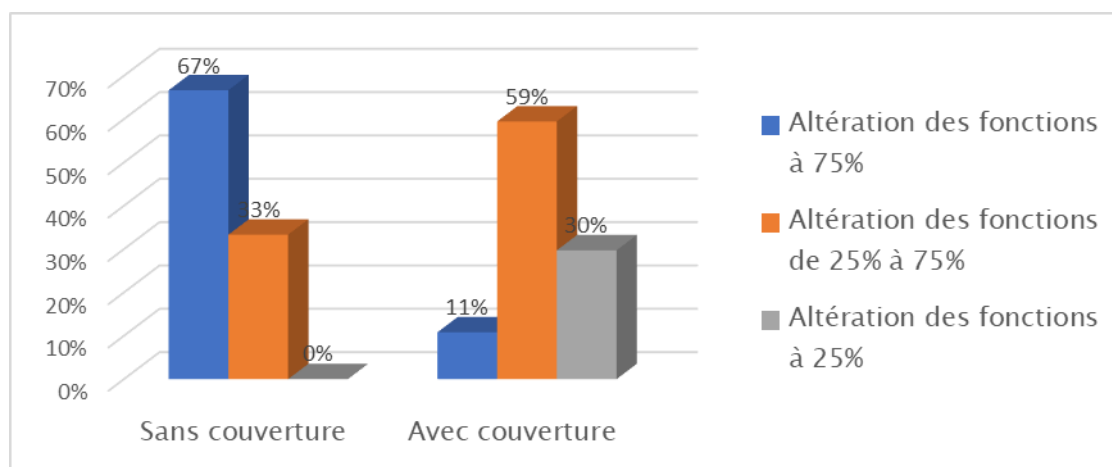


Figure 17 : Répartition des malades selon la couverture sociale et l'altération des fonctions

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

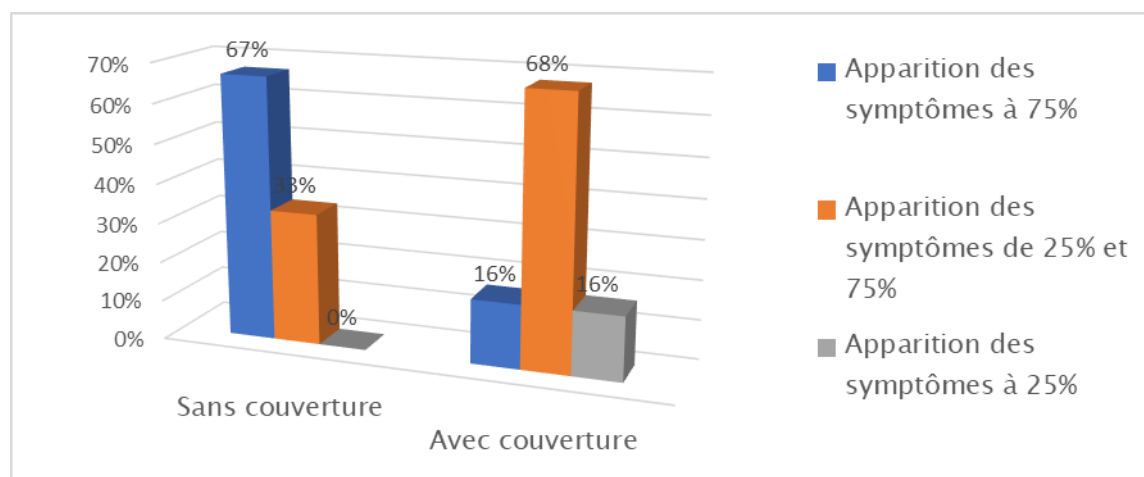


Figure 18 : Répartition des malades selon la couverture sociale et l'apparition des symptômes (%)

1.5 Corrélation entre les différentes variables étudiées et le score EORTC QLQ-C30 de la QDV :

L'analyse statistique de la moyenne du score EORTC QLQ-C30 en fonction des données démographiques est détaillée dans le tableau ci-dessous.

La moyenne du score EORTC QLQ-C30 chez les patientes mariées était de 52.4 et de 79.2 chez les patientes célibataires avec une valeur statistique de 0.0023 (<0.005)

La moyenne du score EORTC QLQ-C30 chez les patientes d'origine urbain était de 58.5 et de 45.2 chez les patientes d'origine rural avec une valeur statistique de 0.0034 (<0.005)

La moyenne du score EORTC QLQ-C30 chez les patientes sans emploi fixe était de 85.2 et de 66.2 chez les patientes actives et de 21.6 chez les femmes au foyer avec une valeur statistique de 0.0016 (<0.005)

La moyenne du score EORTC QLQ-C30 chez les patientes ayant une couverture sociale était de 13.4 et de 66.8 chez les patientes sans couverture sociale avec une valeur statistique de 0.0045 (<0.005)

2. Données cliniques et score EORTC QLQ-C30

La qualité de vie varie selon le stade. L'analyse du graphique ci-après indique que les patientes ayant un cancer métastatique ont une QdV médiocre.

En effet 33 % des patientes qui ont un cancer métastatique ont une altération des fonctions supérieures à 75% et 67% de ces patientes ont une apparition des symptômes supérieure à 75%.

Alors que 12% seulement des participantes qui ont un cancer non métastatique ont une altération des fonctions supérieure à 75% et 6% de ces patientes ont une apparition des symptômes supérieure à 75%.

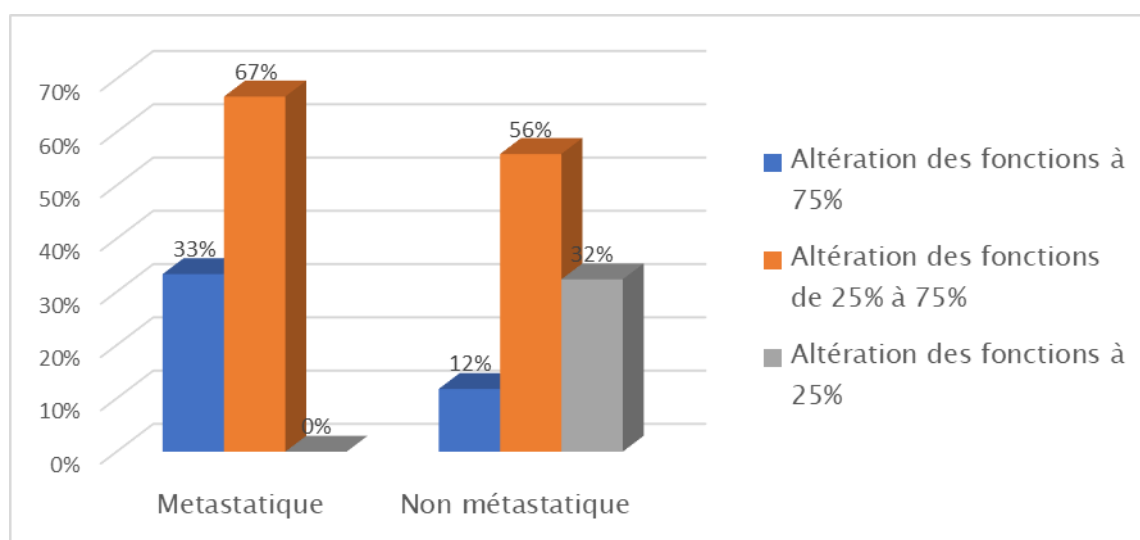


Figure19 : Répartition des malades selon le stade de la tumeur et l'altération des fonctions

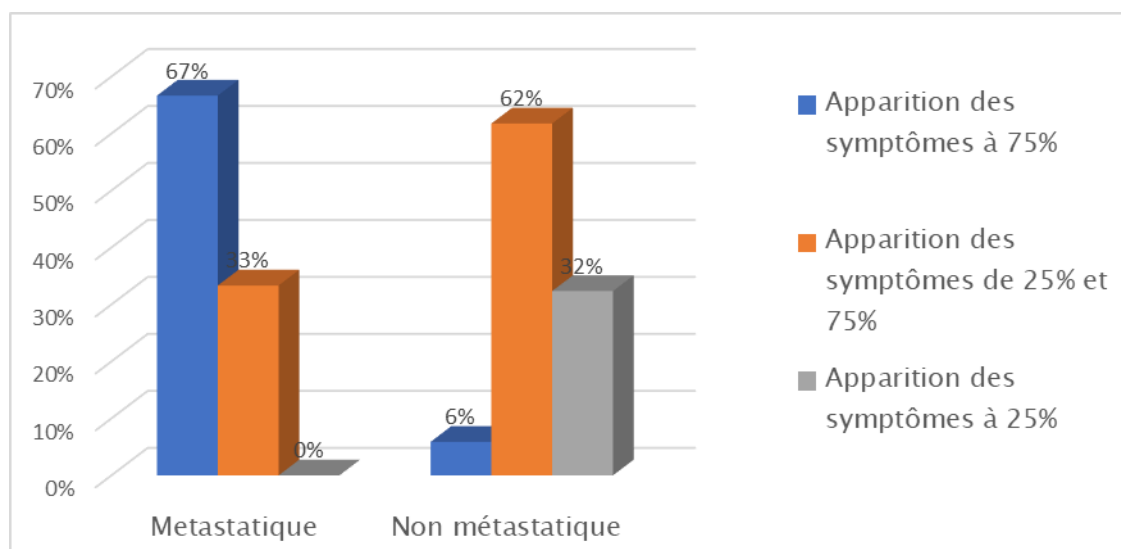


Figure 20 : Répartition des malades selon le stade de la tumeur et l'apparition des symptômes (%)

3. Données thérapeutiques et le score EORTC QLQ-C30 de la QDV :

3.1 Relation entre le type de chirurgie et le score de la QDV :

L'analyse du graphique montre, une altération de la qualité de vie chez les patientes ayant une mastectomie. En effet plus de 60 % des patientes ayant subi un traitement radical ont une altération des fonctions supérieure à 75% et une apparition des symptômes supérieure à 75%.

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

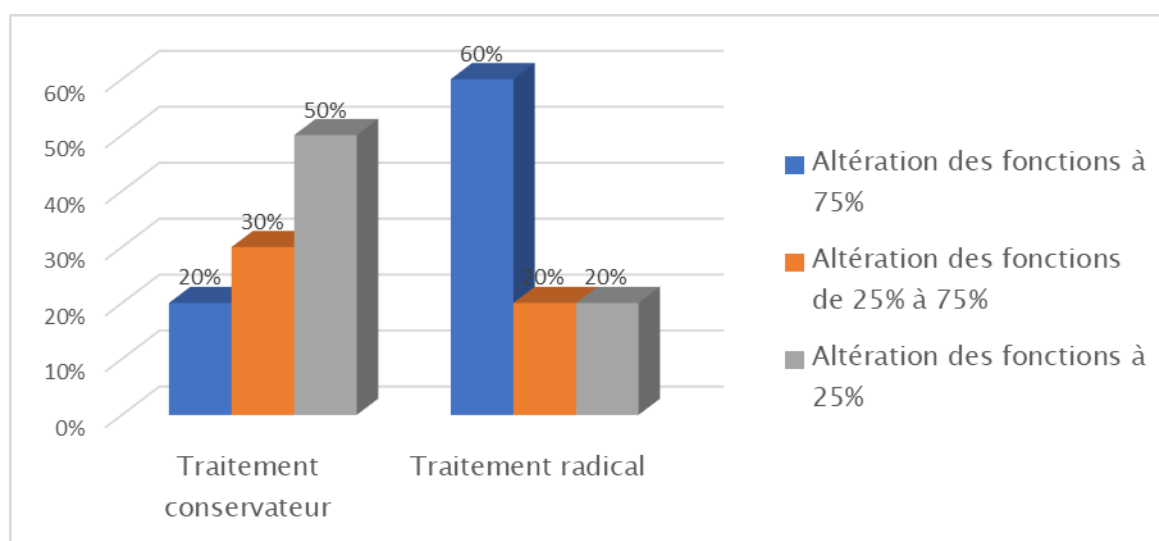


Figure 21 : Répartition des malades selon le type de chirurgie et l'altération des fonctions

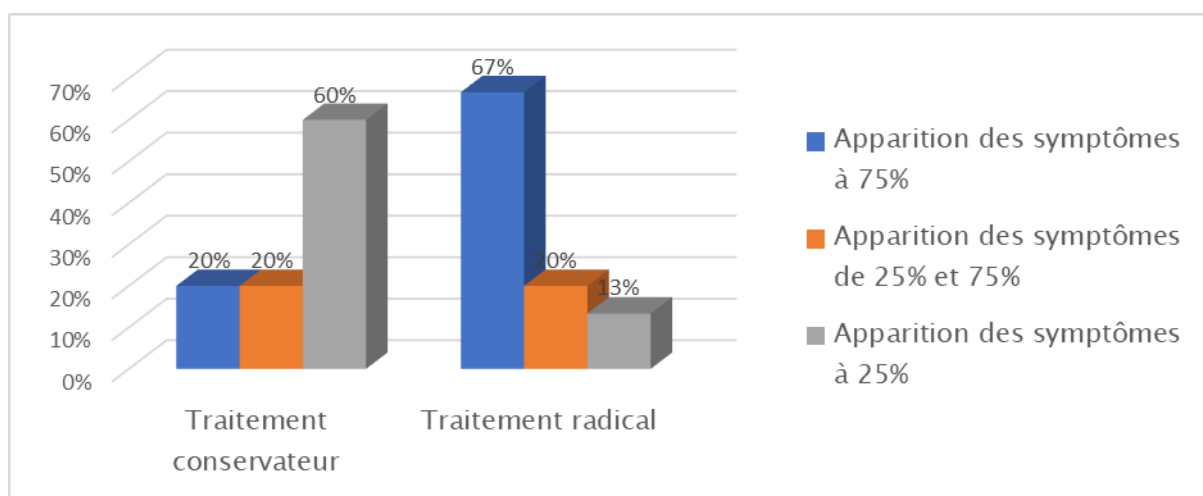


Figure 22 : Répartition des malades selon le type de chirurgie et l'apparition des symptômes (%)

3.2 Relation entre l'indication de la chimiothérapie et le score de la QDV:

La QdV des malades n'est pas affectée par l'indication de la chimiothérapie du fait que les proportions des malades étaient semblables dans les trois groupes.

N.B : Une seule malade a bénéficié d'une chimiothérapie néoadjuvante.

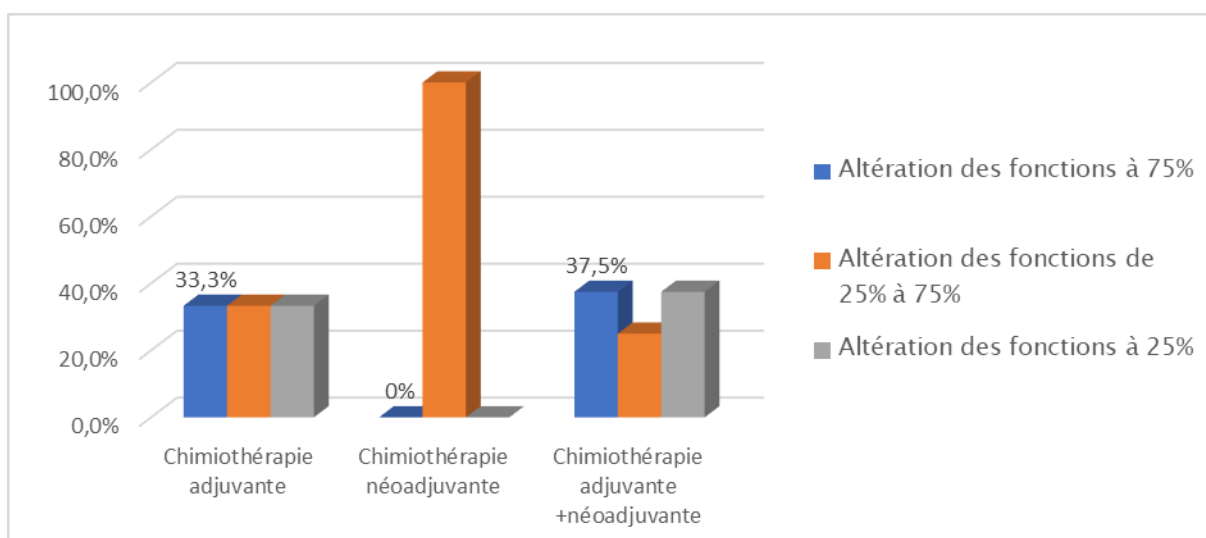


Figure 23 : Répartition des malades selon l'indication de la chimiothérapie et l'altération des fonctions (%)

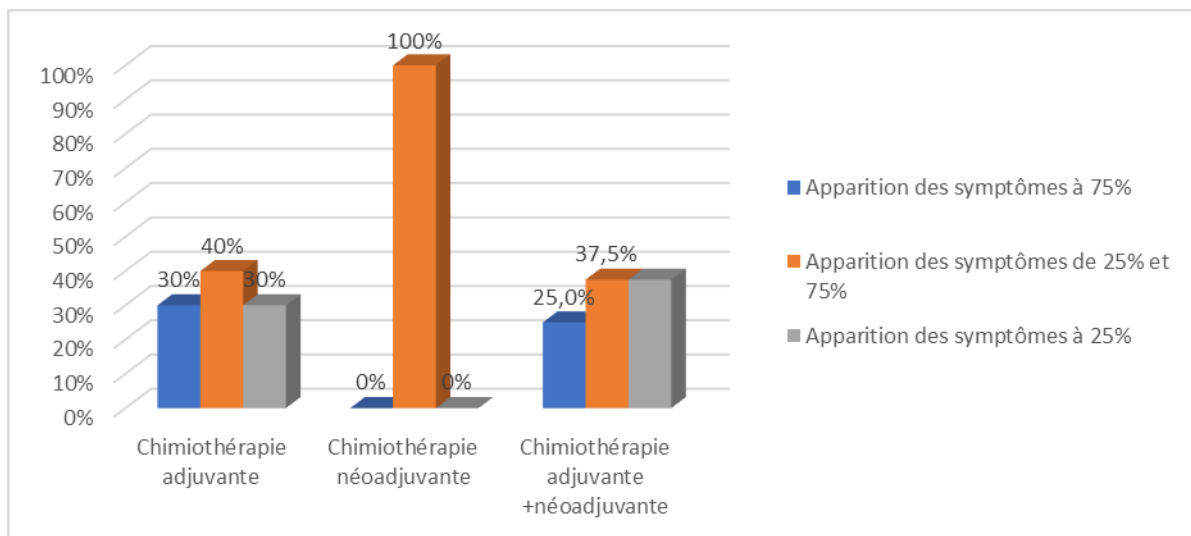


Figure 24 : Répartition des malades selon l'indication de la chimiothérapie et l'apparition des symptômes (%)

II. Score QLQ-BR23 :

1. Aspects généraux :

Module complémentaire au précédent questionnaire, spécifique cette fois-ci du cancer du sein, le QLQBR23 se compose de vingt-trois items permettant là encore d'établir différentes échelles, en complément de celles déjà existantes :

- 4 échelles fonctionnelles explorant l'image corporelle (items 39 à 42), l'activité sexuelle (items 44 et 45), le plaisir sexuel (item 46), et les perspectives d'avenir (item 43).
- 4 échelles symptomatiques explorant les effets secondaires spécifiquement liés aux thérapeutiques (items 31 à 34 et 36 à 38), les symptômes mammaires (items 50 à 53), les symptômes brachiaux (items 47 à 49) et la préoccupation engendrée par la perte de cheveux (item 35).

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

De la même manière que pour les différentes échelles du QLQ-C30, un calcul permet d'obtenir pour chaque échelle un score sur 100. Leur interprétation se fait selon les mêmes modalités que précédemment, hormis pour les échelles concernant l'activité et le plaisir sexuel dont un score élevé signerait un faible niveau de symptômes, à l'inverse des autres échelles symptomatiques. De même que pour le QLQ-C30, ce questionnaire ne porte que sur les éléments survenus au cours de la semaine précédant l'entretien, mis à part les questions relatives à l'activité et au plaisir sexuel, qui elles portent sur des constatations faites sur les quatre dernières semaines.

Tableau VII : Scores des échelles du questionnaire EORTC QLQ-BR23

Echelles	Moyenne
Echelles fonctionnels	
Image corporelle	40
Activité sexuelle	12
Plaisir sexuel	9
Perspectives du futur	53
Echelles symptomatiques	
Effets secondaires liés au traitement	63
Symptômes mammaires	43
Symptômes brachiaux	44
Préoccupation engendrée par la perte de cheveux	64

L'analyse du tableau ci-dessus montre une altération manifeste de la qualité de vie selon le score QLC-BR23.

2. Aspects spéciaux :

Dans notre étude, les fonctions de l'activité et le plaisir sexuel étaient fortement altérées ; 85% des patientes avaient ces 2 fonctions altérées à 75%,

En ce qui concerne les fonctions de l'image corporelle et perspectives de l'avenir, la plupart des patientes avaient ces fonctions moyennement dégradées ; 53% des patientes rapportaient une altération entre 25% et 75% de ces deux fonctions.

Pour la dimension des symptômes, 80% des participantes ont objectivé une apparition des symptômes entre 25% et 75%.

Ces résultats sont détaillés sur les graphiques ci-dessous :

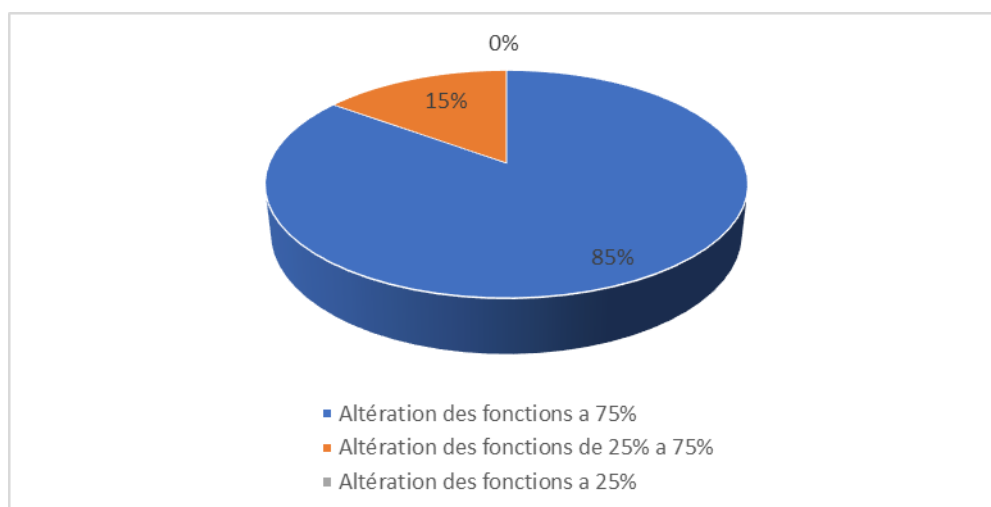


Figure 25 : répartition des malades selon l'altération des fonctions de l'activité et du plaisir sexuel

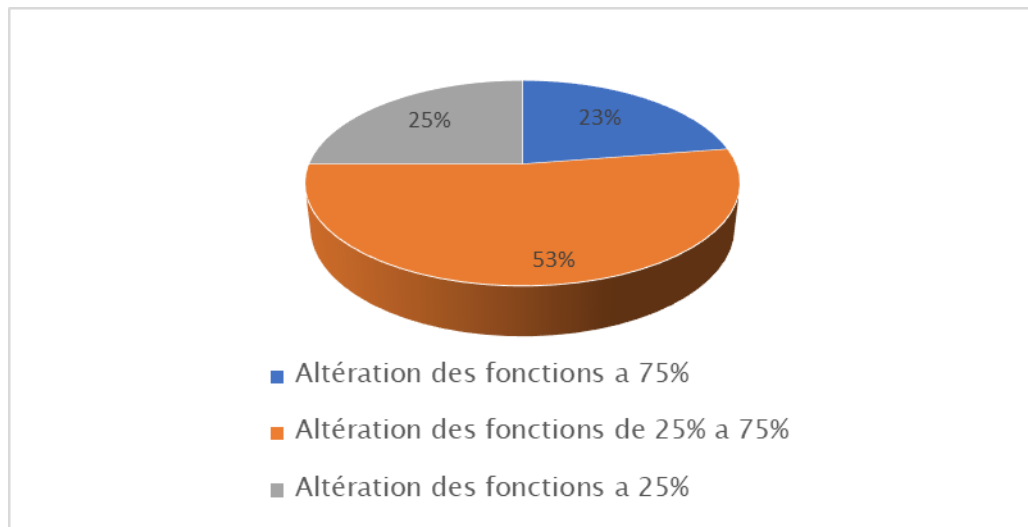


Figure 26 : répartition des malades selon l'altération des fonctions de l'image corporelle et perspective de l'avenir

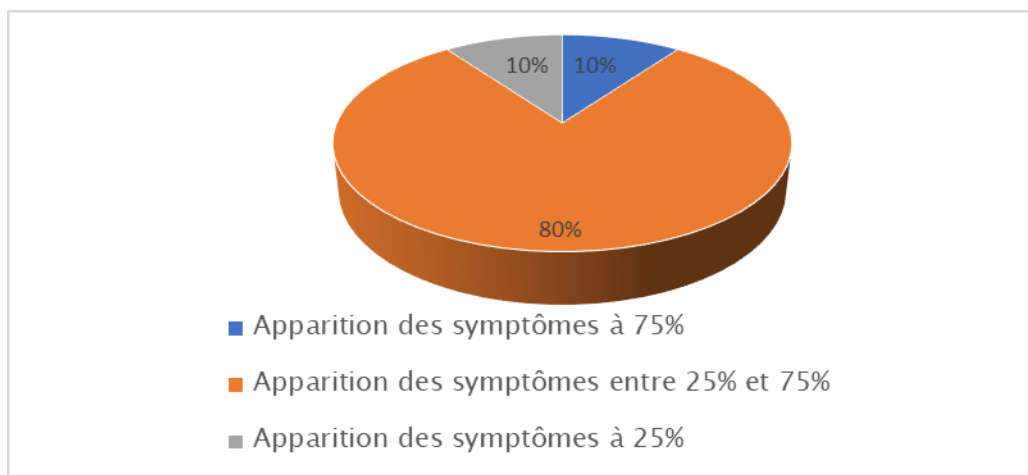


Figure 27 : répartition des malades selon l'apparitions des symptômes brachiaux, mammaires, liés à la perte de cheveux et liés au traitement



DISCUSSION



I. Généralités sur la qualité de vie :

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 » [1] ; 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 » [2].

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 [3].

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.

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

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) [4] 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 29)

Dans le domaine biomédical, les chercheurs ont proposé de restreindre la définition de la QdV aux aspects liés à la santé c'est-à-dire ceux qui peuvent être modifiés par la maladie et/ou son traitement. On parle alors de qualité de vie liée à la santé (QdVLS). Ainsi la QdVLS rend en compte les domaines physique (autonomie et activité physique), psychologique (anxiété, dépression, émotion), relationnel (familial, social, professionnel), symptomatique (répercussion de la maladie et de son traitement), et d'autres aspects tels la sexualité et l'image de soi. Les mesures des QdVLS sont donc des évaluations subjectives centrées sur la perception d'une valeur d'état de santé par les individus. [5]

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.

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 [6] 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). [7], [8]

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

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 autres influencée par des facteurs extérieurs tel que l'échelle de valeurs des domaines de QdV (Wilson & Cleary, 1995) [3]

On appelle critères de jugement en oncologie, les critères permettant de conclure sur l'efficacité thérapeutique d'un traitement en oncologie.

Si on se réfère aux directives de la Food and Drug Administration (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 [9].

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) [9], alors que la qualité de vie est devenue le

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

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 [10]. A titre d'exemple, bien que l'utilisation de nouvelles techniques d'imagerie ait 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 [11].

II. Méthodes d'évaluation de la Qualité de vie

La QDV est un concept subjectif, le fait qu'il soit l'objet d'une étude pourrait être étonnant.

Ainsi, plusieurs outils ont été adoptés pour attribuer à cette donnée qualitative une valeur quantitative. L'objectif d'une telle mesure est la production d'informations contrôlées, reproductibles et fiables

1. L'entretien ouvert

C'est l'entretien libre ou semi-directif établi en consultation entre le médecin et le patient, Il permet de cerner les désirs du patient et ses priorités. Il a comme inconvénient d'être difficilement quantifiable et en partie subjectif car dépendant du médecin, et donc ce dialogue n'a pas sa place en recherche clinique, mais en pratique quotidienne, il s'agira toujours de la meilleure approche du malade [12].

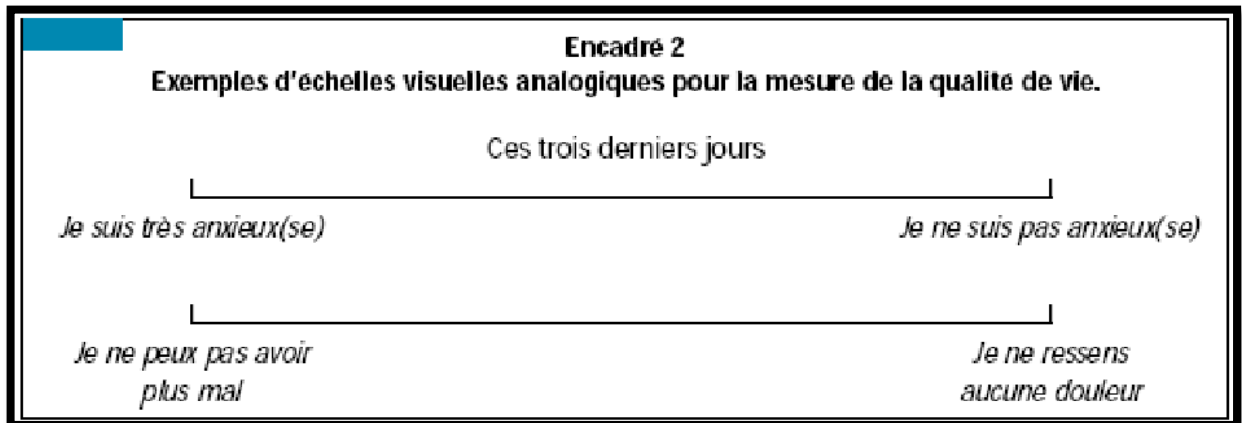
2. Les méthodes psychométriques

Elles utilisent une technique de cotation à l'aide d'un questionnaire ou des échelles visuelles analogiques.

2.1 Les échelles visuelles analogiques :

Ce sont des échelles sous forme d'une ligne de 10 cm (en général) sur laquelle le patient se situe à deux situations extrêmes du domaine exploré. Ces échelles ne comportent qu'un seul item : « comment vous sentez vous aujourd'hui ? ».

Ces échelles permettent certes au patient de mettre une note à ce qu'il ressent globalement à un moment donné, mais ne permettent en aucun cas d'analyser qualitativement les problèmes posés par le malade. En quelque sorte, une échelle visuelle analogique peut jouer le rôle de « thermomètre » dont l'avantage principal est de pouvoir être fréquemment utilisé chez le même patient [12].



2.2 Les échelles catégoriques

L'évaluation de la qualité de vie, dans ce cas, emprunte sa méthodologie à celle utilisée pour la recherche clinique en psychologie. Les oncologues et les psychométriciens ont mis au point des auto-questionnaires plus adaptés à la maladie cancéreuse comprenant un nombre de questions suffisants pour explorer les divers aspects de la qualité de vie sans être trop long pour ne pas lasser le malade, ces échelles spécifiques à la cancérologie sont principalement utilisées dans l'évaluation thérapeutique (essais cliniques notamment), et constitués d'un questionnaire central explorant diverses dimensions de la qualité de vie et des modules spécifiques de différents organes ou symptômes.

La méthodologie de la mise au point de ces auto-questionnaires répond à des critères précis. Les questionnaires doivent posséder des propriétés psychométriques bien établies, notamment des critères de validité (contenu, perçue, structure, concurrente, prédiction) permettant de juger la pertinence de l'outil de mesure, de plus, les questionnaires doivent être sensibles (c'est-à-dire capable de mesurer les modifications de l'état du patient); spécifiques (ils ne doivent prendre en compte que le phénomène que l'on veut mesurer) et fiables (c'est-à-dire donner des résultats comparables dans des situations identiques) [13].

2.3 Les instruments de mesure de la QdVIS génériques :

Sont utilisés quelle que soit la pathologie (comme le General Health Questionnaire ou GHQ, le Sickness Impact Profile ou SIP et le Nottingham Heath profile ou NHP). Ces outils ont aussi été validés chez le sujet sain. Ces questionnaires génériques ont l'avantage d'être courts, faciles à utiliser, avec des propriétés psychométriques bien documentées mais ne sont pas spécifiques pour la cancérologie. Ils sont utiles pour comparer la QdV des patients en longue rémission à celle de la population générale, par exemple.

2.4 Les instruments de mesure de la QdVIS spécifiques :

Ils rassemblent des données propres à une maladie. Ils sont surtout appliqués pour évaluer les toxicités spécifiques aiguës des traitements dans le cadre d'essais thérapeutiques [13].

2.5 Les mesures d'utilité ou QALY2 (Quality Adjusted LifeYears)

Définissent « le nombre d'années de vie en parfaite santé considéré comme équivalent au nombre d'années effectivement vécues dans un état de santé donné ».

La QALY mesure ainsi les années de vie pondérées par la qualité. Ce concept est surtout utilisé par les économistes de la santé et n'est qu'exceptionnellement utilisé en clinique [13].

De nombreux questionnaires (tableau VIII) validés se sont développés au cours des deux dernières décennies.

Cependant, il n'existe toujours pas de questionnaire « Gold standard ». Les deux principaux outils dans le domaine de la cancérologie validés en français sont le FACT (Functional Assessment Cancer Treatment), développé en Amérique du nord, et le QLQ-C30 de l'EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) en Europe [13]. Ces deux questionnaires sont écrits sous forme de modules. Ils incluent un questionnaire central générique pour la cancérologie étudiant les dimensions physiques, émotionnelles et sociales

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

communes à un grand nombre de patients cancéreux et des modules spécifiques de la localisation néoplasique [13].

Tableau VIII : thèmes des items(en pourcentage) des principaux auto-questionnaires proposés aux patients atteints d'un cancer.

	Nombre d'items	Physique(+toxicité thérapeutique)	Psychologique	Social	Global
FLIC	22	50	34	16	0
EORTC QLQ C-30	30	60	27	10	3
BESANCON	23	35	39	26	0
PADILLA	14	50	34	16	0
COATES	7	58	14	0	28
BCQ BREASTCancer	30	47	43	10	0
Rotterdam Check ist	39	64	32	0	4
FACT	28+5	50	21	29	5
MSAS	35	74	17	3	6

2.6 Questionnaire EORTC QLQ C-30 :

a) Définition

Les questionnaires EORTC QLQ sont des instruments de mesure de la qualité de vie spécifiquement destinés aux patients atteints de cancers. Le questionnaire EORTC QLQ-C30 comporte cinq dimensions relatives à l'activité (physique, professionnelle et loisirs, cognitive, émotionnelle et sociale), trois dimensions relatives aux symptômes (fatigue, douleur, nausées et vomissement) et six items indépendants. Les questionnaires QLQ-BR23, QLQ-CX24 et QLQ-LC13 sont destinés respectivement aux patientes atteintes de cancer du sein, cancer du col et patients atteints de cancer de poumon (Voir les versions originales en annexe).

Tous les items évaluent la qualité de vie durant la dernière semaine. Quatre modalités de réponses sont disponibles : « Pas du tout », « Un peu », « Assez » et « Beaucoup » pour tous les items à l'exception des items de l'état de santé global dont les réponses varient de 0 à 7 (très mauvais à excellent).

b) Les étapes de la traduction

L'adaptation transculturelle de ces questionnaires a été réalisée en cinq étapes selon les recommandations de Beaton et al [14].

-Première étape : Elle a consisté en une traduction des versions originales des quatre questionnaires (EORTC QLQ C30, BR23, LC13, CX24) de l'anglais au dialecte arabe marocain par deux traducteurs dont la langue maternelle est le dialecte arabe marocain et qui maîtrisent l'anglais. Les deux traducteurs ont travaillé séparément et ont effectué une adaptation transculturelle des concepts plutôt qu'une simple traduction linguistique.

-Deuxième étape : Les deux traducteurs en présence d'un observateur, ont réalisé une synthèse des deux versions traduites pour chaque type de questionnaire, avec rédaction d'un rapport résumant les difficultés et la façon dont elles ont été résolues. A la fin de cette étape, une version arabe préliminaire a été obtenue pour chaque questionnaire.

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

-Troisième étape : Les versions arabes préliminaires ont été contre traduites en anglais par deux autres traducteurs maîtrisant l'anglais et le dialecte arabe et qui n'étaient pas familiarisés avec les versions originales en anglais.

-Quatrième étape : Puis les deux versions contre traduites ainsi que la version originale de chaque questionnaire (EORTC QLQ-C30, BR23, LC13, CX24) et la version arabe préliminaire de chacun ont été revues par un comité d'experts. Ce comité comportait deux méthodologistes, un oncologue et les traducteurs, ils ont comparé les versions contre traduites à la version originale pour identifier les items ambigus ou inadéquats et ont généré des expressions alternatives. Une version pré-finale a été obtenue.

-Cinquième étape : Pour chaque type de questionnaire la version pré-finale a été introduite lors d'un pré-test à un groupe de 15 patients présentant un cancer du sein pour le QLQ-BR23, du poumon pour le QLQ-LC13, du col de l'utérus pour le QLQ-CX24, et toute localisation pour le QLQ-C30. Les patients ont répondu aux questionnaires, ont commenté certains items qui posaient un problème de compréhension et ont été invités à suggérer des expressions alternatives. Le comité d'experts a rédigé la version finale traduite de chaque questionnaire en prenant en considération les remarques des patients. Ces versions finales ont fait l'objet de l'analyse psychométrique.

III. Qualité de vie et cancérologie :

1. Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et Qualité de Vie :

La RCP est un lieu d'échange entre spécialistes de plusieurs disciplines, sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie [151]. Elle permet d'effectuer une analyse du bénéfice risque en fonction de la thérapeutique et de la qualité de vie du patient [151]. Elle est organisée par un établissement, un groupe d'établissements ou un réseau de cancérologie, dans le cadre des centres de coordination en cancérologie [151,152]. La RCP constitue un élément

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

essentiel de l'organisation des soins en cancérologie [152]. Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'un avis émis lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. Cet avis doit être communiqué au patient et placé dans son dossier [153].

La RCP est un outil en accord avec les valeurs de rationalisation, de collégialité de la décision et de démocratie sanitaire. La finalité de cette réunion des compétences est une proposition active de soin. Ce processus d'élaboration de la décision médicale porte en lui même rationalité et multidisciplinarité. La RCP permet de mettre en place un processus décisionnel lié à la multidisciplinarité et que pour cela elle se base sur les référentiels de bonne pratique, indispensables en cancérologie et sur une analyse de la maladie au regard des choix thérapeutiques qu'elle peut proposer. Cette jeune expérience devrait inciter à déployer les efforts nécessaires en vue d'adopter et de généraliser la pratique des RCP dans nos institutions hospitalières. Aussi, il faudrait l'intégrer en tant qu'institution d'aide à la prise de décision et lui octroyer les moyens nécessaires (ressources humaines et matérielles) pour évoluer et rationaliser les stratégies thérapeutiques en cancérologie. Dans le même sens, l'évaluation régulière de ce processus est une priorité. Elle permettrait d'identifier les axes de développement et d'amélioration continue. Ainsi en attendant un cadre législatif qui régit l'institution de la RCP, l'établissement d'une charte hospitalière permettrait de contourner certaines difficultés organisationnelles de ces réunions. La rédaction de référentiels nationaux ou régionaux, prenant en considération le contexte socio-économique de notre pays serait d'un grand secours aux praticiens leur permettant de s'affranchir de certaines situations de blocage (absence d'AMM, absence de remboursement, rupture de médicaments, ou encore la non disponibilité de certaines thérapeutiques). Enfin il faudrait penser à développer la recherche scientifique, en intégrant les essais cliniques dans nos pratiques. Cette approche réglementée pourrait également nous aider face à certaines situations de blocage, en proposant aux patients des solutions thérapeutiques adaptées. Ces RCP sont un lieu propice aux échanges sur les thérapeutiques, obligeant les médecins présents à toujours être informés sur les nouveaux

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

traitements et référentiels. Ces RCP pourraient être considérés comme des lieux de formation médicale continue ouvertes au corps médical. Il ne faudrait pas négliger le rôle pédagogique de ces réunions en termes de formation médicale initiale des internes et résidents. La RCP pourrait constituer, à juste-titre un support pédagogique permettant d'affiner la formation initiale des médecins résidents dans différentes disciplines [154].

La décision de la prise en charge thérapeutique d'un patient atteint de cancer, ainsi que tous changements significatifs de l'orientation thérapeutique, sont décidés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en présence de médecins de spécialités différentes (oncologues, chirurgiens, radiothérapeutes, anatomo-pathologistes). L'objectif de ces RCP est de proposer une solution thérapeutique personnalisée et adaptée à chaque patient tout en préservant leur qualité de vie. C'est d'ailleurs lors de ces réunions, que la participation à des essais cliniques peut être envisagée. La prise en charge thérapeutique du cancer du sein prend en compte les caractéristiques cliniques et biologiques de la patiente mais surtout les propriétés anatomopathologiques de la tumeur. En effet, la prise en charge varie en fonction du type histologique de la tumeur et du stade de la maladie. Les cancers du sein in situ, du fait de leur moindre agressivité, se verront proposer une prise charge moins lourde. Pour les CLIS, il sera généralement proposé une surveillance de la maladie et dans certains cas une exérèse peut être effectuée ; tandis que les CCIS seront préférentiellement traités par chirurgie (conservatrice ou non) qui peut être accompagnée d'une exérèse du ganglion sentinelle. En ce qui concerne les cancers du sein infiltrants et non métastatiques, différents types de prise en charge peuvent être proposés, ils sont principalement classés en 2 catégories : les traitements localisés et les traitements systémiques qui seront exposés dans les parties ci-dessous. Le cancer du sein métastatique, du fait de l'extension de la maladie, est généralement traité de façon systémique et sa prise en charge reposera donc majoritairement sur une chimiothérapie et/ou une thérapie ciblée, voire sur une hormonothérapie en fonction des caractéristiques de la tumeur [155].

La prise en charge de chaque patiente est discutée au cours de réunions de concertation pluridisciplinaires, permettant de proposer un schéma thérapeutique et des traitements adjuvants et/ou néoadjuvants. Les études de la qualité de vie en fonction de la prise en charge sont devenues de plus en plus indispensables pour conduire le choix du plan personnalisé de soins.

2. Gestion de la douleur et Qualité de Vie:

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, par exemple) ou par les soins et les examens médicaux nécessaires au diagnostic et au suivi de la maladie (injections, prélèvements, pansements, examens, etc.).

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.

Aujourd'hui, grâce aux progrès de la médecine, les spécialistes considèrent que la très grande majorité des douleurs peut être soulagée. De nombreuses solutions, par médicaments ou par d'autres méthodes, existent pour traiter la douleur.

Cependant, il n'est pas toujours possible de la supprimer totalement. Certaines personnes doivent apprendre à « vivre avec ». La prise en charge de la douleur consiste alors à la rendre supportable au quotidien.

Une relation d'écoute, d'attention et de dialogue entre patients et soignants fait partie de la prise en charge de la douleur et contribue à la soulager. Elle est indispensable pour que les professionnels puissent adapter les traitements de la douleur à chaque situation.

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

Par leur présence, leur compréhension et leurs attentions, les proches sont également une aide précieuse pour supporter la douleur au quotidien.

Dans tous les cas, il est important de ne pas rester seul face à la douleur.

De nombreuses possibilités existent pour soulager la douleur :

- ✚ Les antalgiques ou médicaments qui agissent directement sur la douleur ;
- ✚ Les traitements du cancer, qui agissent sur la cause de la douleur lorsqu'elle est due à la tumeur ;
- ✚ Des techniques non médicales, qui complètent l'action des médicaments en améliorant le bien-être physique et moral. Il peut s'agir de relaxation, sophrologie, neurostimulation, hypnose, kinésithérapie, acupuncture...
- ✚ Des techniques médicales spécialisées, utilisées lorsque les autres traitements ne suffisent pas à soulager la douleur. Elles sont pratiquées par des équipes pluridisciplinaires expérimentées, principalement dans des centres spécialisés de lutte contre la douleur.

La gestion pratique des médicaments pour obtenir un soulagement repose sur :

- ✚ Le recours aux morphiniques forts quand la douleur est intense ou mal soulagée par des traitements moins puissants ;
- ✚ Le recours aux traitements des douleurs neuropathiques quand cela est nécessaire ;
- ✚ La prise en compte des phénomènes anxieux ou dépressifs associés ;
- ✚ La prévention et la correction des effets indésirables quand ils existent
- ✚ Une individualisation de la prise en charge par une évaluation régulière (idéalement toutes les 24-48 h) de l'efficacité et des effets indésirables, qui permet l'adaptation du traitement. En tenant compte du fait que différents médecins peuvent intervenir au cours de ce processus, ceci implique une bonne coordination des acteurs [145].

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

Ces différents moyens sont souvent associés pour traiter la douleur de manière globale. Ils prennent en compte ses dimensions physiques (son intensité, sa cause, son mécanisme d'apparition) et ses dimensions émotionnelles (l'anxiété, le stress, le mental, les sentiments dépressifs).

Le traitement de la douleur est un traitement « sur mesure », choisi par le médecin en concertation avec le patient.

Les résultats des traitements peuvent être progressifs. Certaines douleurs sont plus difficiles à traiter et à éliminer que d'autres. Il n'est pas toujours possible de la supprimer totalement.

L'objectif des traitements est de rendre la douleur supportable au quotidien, afin qu'elle altère le moins possible la qualité de vie.

Plusieurs outils d'évaluation de la douleur ont été élaborés. La douleur ne peut évidemment pas se mesurer avec des outils de précision comme la température ou la tension artérielle.

Néanmoins, il est prouvé scientifiquement que l'on peut, la plupart du temps, l'évaluer de façon assez précise avec des outils spécifiques.

Ces outils facilitent le dialogue entre les personnes malades, leur entourage et les professionnels de santé. Ils aident à parler le même langage et à mieux se comprendre mutuellement.

Il existe plusieurs types d'outils d'évaluation de la douleur : questionnaires, schémas à compléter, règles, etc. Chaque outil a un objectif précis : évaluer l'intensité de la douleur, aider à trouver des mots pour la décrire, localiser la douleur, évaluer ses conséquences sur le quotidien.

Ils permettent d'analyser, une par une, les caractéristiques de la douleur. Les outils d'évaluation de la douleur ne sont pas indispensables lorsque la cause de la douleur est évidente.

Mais ils sont très utiles lorsque l'on souffre d'une douleur chronique, difficile à évaluer ou à traiter. En cas d'hospitalisation, ils sont désormais considérés comme indispensables [146].

3. Mastectomie prophylactique et Qualité de Vie:

Aujourd'hui, les pratiques de chirurgie prophylactique ont su éviter les réactions sociales trop alarmées en proposant, prudemment, les conditions pour que leurs indications se discutent dans une confiance plus sereine. La littérature scientifique internationale est abondante, en particulier à propos de la mastectomie, attentive à en explorer aussi bien les répercussions possibles sur la qualité de vie que les conditions du choix et de la décision, cela dans des situations qui sont très diverses [147].

La décision est habituellement assumée sans regrets ultérieurs malgré des répercussions fréquentes sur la qualité de vie. Cette satisfaction reste stable à long terme. Une implication trop active du médecin peut avoir un impact négatif sur cette satisfaction dans le cadre des mastectomies bilatérales prophylactiques mais elle est un élément plutôt positif dans la situation de personnes déjà atteintes en cas de mastectomie controlatérale prophylactique. Des répercussions négatives sur la sexualité sont corrélées à la fréquence des « regrets » dans les mastectomies controlatérales prophylactiques [147].

La satisfaction du résultat final doit être évaluée après un délai de temps suffisant (> 1 an), surtout pour les techniques de reconstruction par tissus autologues qui entraînent des complications au cours des premiers mois après l'intervention. La préoccupation à propos du résultat esthétique est très importante pour les patientes et peut rester longtemps un facteur déstabilisant dans les relations interpersonnelles. La satisfaction à propos de « l'image du corps » et « l'estime de soi » est négativement affectée par le « statut » de porteur d'une prédisposition

génétique et les évaluations en sont donc influencées avant la réalisation de la chirurgie. Il est important de proposer des conseils pour les soins corporels dès les suites immédiates de la chirurgie et d'encourager des techniques d'aide psychologique par relaxation (par ex. massages) [147].

“Pire” des solutions car définitive et irréversible, mais la plus efficace actuellement en termes de prévention primaire de cancer du sein, la mastectomie prophylactique ne doit rester qu'une indication d'exception, encadrée par une prise multidisciplinaire et, notamment, psychologique. Il s'agit d'une chirurgie délicate mais qui, en attendant les résultats des nombreux essais d'hormonoprévention en cours, doit toujours être évoquée et accompagnée d'une proposition de reconstruction mammaire immédiate chez une patiente présentant un gène BRCA muté [148].

4. Reconstruction mammaire et Qualité de Vie :

Le sein a une représentation symbolique forte chez la femme, à la fois symbole de féminité, de maternité et de sexualité [127].

Le traitement chirurgical du cancer du sein altère l'apparence du sein, et est souvent vécu comme une perte, voire une « mutilation » [128]. Ses répercussions psycho-sociales négatives sont fréquentes, à la fois sur la qualité de vie, l'image de soi, la confiance, l'humeur, l'estime et la sexualité [128-129].

La reconstruction mammaire, à condition de ne pas gêner le traitement et la surveillance du cancer, fait partie intégrante de la prise en charge globale du cancer du sein [130-131]. La réalisation d'une reconstruction ne semble pas augmenter le risque de récurrence [132-133]. Elle a pour objectif de restituer à la patiente un sein aussi proche que possible du sein controlatéral, tant sur le plan du volume, de la forme, de la couleur et de la consistance. Elle ne restitue par contre ni la sensibilité, ni la fonction de la plaque aréolomamelonnaire. Elle ne dispense donc

pas d'une phase de deuil du sein perdu, ni d'une période de réappropriation du sein reconstruit [134-135].

La problématique de la reconstruction mammaire se pose également au niveau de seins indemnes de cancer, dans le cadre de mastectomies prophylactiques. Deux situations cliniques peuvent être retrouvées : chez les femmes ayant présenté un cancer du sein à risque majoré de cancer du sein controlatéral, et chez des femmes indemnes de tout cancer du sein présentant un haut risque de cancer du sein. Dans ce cas, les recommandations standards préconisent une surveillance rapprochée pouvant être lourde et anxiogène, surtout en cas de seins difficiles à surveiller (seins denses, kystiques, etc.), nécessitant des biopsies fréquentes. Une mastectomie prophylactique de réduction de risque peut alors être proposée, le plus souvent associée à une reconstruction mammaire immédiate. Dans ce cadre de chirurgie prophylactique, il est impératif que l'intervention et ses suites opératoires ne soient pas une source d'altération de la qualité de vie [138].

Compte tenu des délais très variables entre la réalisation de la mastectomie et la reconstruction mammaire (d'immédiate à plusieurs années après), la proportion de patientes mastectomisées pour cancer ayant recours à une reconstruction mammaire est difficile à connaître précisément. Il ressort qu'une minorité de patientes se fait reconstruire après mastectomie [136].

Le nombre de reconstructions mammaires immédiates est plus facile à évaluer, il est en augmentation dans l'ensemble des pays occidentaux [137].

Historiquement, la reconstruction mammaire était réalisée à distance des procédures carcinologiques (mastectomie, radiothérapie) afin de ne pas créer d'interférence entre les différents traitements. Il s'agit de reconstructions différées ou secondaires (RMS). L'évolution des pratiques tend à vouloir réduire les conséquences psycho-sociales et esthétiques de la mastectomie en proposant, quand la sécurité carcinologique le permet, une reconstruction

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

mammaire dans le même temps opératoire que la mastectomie. Il s'agit de la reconstruction mammaire immédiate (RMI) [138].

En ce qui concerne les techniques de reconstruction mammaire, il existe deux grands groupes de techniques de reconstruction : les reconstructions par prothèse, mise en place soit d'emblée, soit après un temps d'expansion cutanée avec une prothèse temporaire (prothèse d'expansion) ou définitive (prothèse de Becker), et les reconstructions dites autologues, c'est-à-dire utilisant les propres tissus de la patiente [138].

Les reconstructions par prothèse permettent une restitution du volume en un ou deux temps après expansion cutanée. Ce sont des techniques simples, avec une période de convalescence courte. Elles ne nécessitent pas de réaliser d'autres cicatrices. Si elles ont leurs avantages propres, elles ont aussi leurs limites. La complication la plus redoutée à long terme des implants mammaires en reconstruction est la coque périprothétique rétractile. La coque périprothétique correspond à une réaction immunitaire de protection de l'organisme contre un corps étranger. Cette réaction physiologique peut devenir pathologique quand la capsule fibreuse se rétracte, entraînant une déformation de son contenu et des douleurs [139].

Des interventions sont donc nécessaires à distance pour changer les implants et souvent pour adapter la symétrie.

Les reconstructions autologues utilisent les techniques de lambeaux. Il s'agit de transferts tissulaires vascularisés, soit pédiculés (sans section du pédicule artério-veineux apportant la vascularisation du lambeau) comme le lambeau musculo-cutané de grand dorsal (LMCGD) autologue ou le TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneus flap), soit libres, nécessitant un temps microchirurgical, tel le DIEP, le TUG (Transverse Upper Gracilis flap) ou le SGAP (Superior Gluteus Artery Perforator flap).

Ces lambeaux sont indiqués quand il existe un déficit cutané et volumétrique trop important, quand les tissus locaux sont de mauvaise qualité, et en cas de refus des patientes d'une reconstruction par implant prothétique.

La reconstruction par lambeau musculo-cutané de grand dorsal avec mise en place d'implant prothétique (LMCGD + I) est une technique mixte permettant d'apporter du tissu sain en cas de déficit cutané important, ou de mauvaise qualité, avec apport du volume manquant par un implant prothétique placé derrière le lambeau [138].

Un troisième type de reconstruction se développe depuis quelques années, il s'agit de reconstruction par transferts graisseux itératifs, soit seule soit en association avec un dispositif créant une dépression (Brava®) [140]. Ces techniques sont réservées aux patientes présentant des petits seins associés à un excès graisseux abdominal ou à la face interne des cuisses. Le lipomodelage nécessite plusieurs temps opératoires avec un délai entre deux séances. Il s'agit donc d'une technique longue nécessitant une bonne coopération des patientes pour aller au bout de la reconstruction [138].

De nombreux facteurs interviennent dans le choix du temps et de la technique de reconstruction : les désirs de la patiente, la nécessité de traitement adjuvant, en particulier de radiothérapie, la qualité des tissus en région mammaire, permettant ou excluant une reconstruction par prothèse, la morphologie du sein controlatéral, les possibilités de prélèvement aux sites donneurs, l'état vasculaire, les comorbidités et les habitudes de vie.

Non obligatoire, la reconstruction mammaire doit cependant être systématiquement proposée à toute patiente pour laquelle le traitement du cancer nécessite une mastectomie. L'information sur les différentes possibilités et techniques doit être délivrée dans l'idéal avant même la mastectomie, lors d'une consultation dédiée [134]. Il existe plusieurs documents d'information aux patientes sur les possibilités et techniques de reconstruction mammaire [130, 134]

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

La satisfaction des patientes dépend énormément de leurs attentes. Certaines patientes attendent de la reconstruction une restitution ad integrum du sein. La consultation préalable à la chirurgie de reconstruction doit repérer ces patientes aux attentes trop idéalistes et les informer des résultats attendus et des complications possibles [141]. Des attentes non reconnues ou non remplies sont des facteurs forts de non satisfaction après reconstruction mammaire.

L'indication idéale de la reconstruction mammaire immédiate est la mastectomie avec conservation de l'étui cutané, sans radiothérapie adjuvante.

La reconstruction mammaire immédiate permet généralement de diminuer la souffrance secondaire à la mastectomie. Une mastectomie avec reconstruction mammaire immédiate a par exemple montré permettre une reprise de l'activité professionnelle plus tôt qu'une mastectomie seule [137].

Certaines patientes optent pour la reconstruction par implant dans l'objectif d'obtenir un résultat et une récupération rapide, sans nouvelles cicatrices. Les reconstructions impliquant la mise en place d'implant prothétique présentent les inconvénients liés à la durée de vie de l'implant, aux risques qui lui sont propres (infection, rupture, coque périprothétique) et le risque d'une reconstruction figée qui n'évolue pas au cours du temps et après variations pondérales comme le sein natif controlatéral. La satisfaction des patientes dépend énormément de leurs attentes. Certaines patientes attendent de la reconstruction une restitution ad integrum du sein. La consultation préalable à la chirurgie de reconstruction doit repérer ces patientes aux attentes trop idéalistes et les informer des résultats attendus et des complications possibles [141]. Des attentes non reconnues ou non remplies sont des facteurs forts de non satisfaction après reconstruction mammaire [142].

Les études de qualité de vie liée à la santé et de satisfaction permettent d'identifier ces attentes et de comprendre les sources d'insatisfaction. Elles aident le praticien à conseiller et à informer les patientes soumises à ce choix.

5. Suivi psychologique et psychiatrique :

Un soutien psychologique permet de faire face à la maladie et aux difficultés individuelles et familiales qu'elle entraîne. Ce temps d'écoute et d'échange aide la personne malade à exprimer ce qu'elle ressent.

Certaines personnes ne souhaitent pas bénéficier d'une aide psychologique. D'autres n'osent pas. Le patient ne sait pas toujours ce qu'est un psychologue et le type d'aide qu'il apporte.

Il est important que le malade et son entourage soient informés de la façon dont se déroule une prise en charge psychologique : écoute du malade qui exprime la façon dont il vit la maladie, aide que cela peut lui apporter, etc. Le patient doit savoir qu'une première rencontre avec un psychologue n'entraîne pas forcément un suivi régulier. En fonction des besoins et des attentes de chacun, la prise en charge psychologique peut être associée à un traitement par médicaments.

Le médecin psychiatre peut prescrire des médicaments de type anxiolytique et ou antidépresseurs si cela est nécessaire.

On recommande de :

- ✚ Etablir les dispositifs d'annonce visant à réduire l'impact négatif de la maladie sur le malade et son entourage.

- ✚ Renforcer les supports psychologiques par :

 - L'instauration des cellules d'écoute dans les hôpitaux de proximité.

 - L'Assurance d'un suivi psychologique des malades atteints de cancers tout au long du parcours de la maladie.

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

–Améliorer la relation patients–professionnels de santé par le renforcement de plus en plus de cette relation et l’intégration des malades dans leur prise en charge [148].

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 patients [148].

Les mesures de la qualité de vie sont susceptibles de modifier la pratique des cliniciens impliqués dans le domaine du cancer car elles peuvent les aider à choisir un traitement ou une procédure médicale en prenant en compte le point de vue des patients, à mieux informer leurs malades à partir des expériences acquises par d’autres, à les faire accéder au traitement qui leur est le mieux adapté et à leur assurer un suivi de routine plus approprié ou parfois à dépister une souffrance psychosocial majeure . [19]

Les mesures de qualité de vie utilisées pour évaluer à long terme l’impact d’une intervention ou d’un traitement apportent des éléments d’information très utiles pour les médecins comme pour les patients. Les résultats de ces mesures, qui bousculent parfois l’idée préconçue des cliniciens sur la qualité de vie de leurs malades, peuvent amener les cliniciens à revoir leurs pratiques. La prise en compte de la qualité de la vie dans les essais cliniques mais aussi dans la prise en charge de routine est devenue à la fois une nécessité clinique et une nécessité éthique [15–16]. La participation des patients paraît capitale dans le cas de l’évaluation de l’efficacité des traitements comme par exemple les traitements antiémétiques ou des traitements antalgiques car la majorité des études montrent une discordance assez importante entre les médecins et les patients dans l’évaluation de leurs symptômes [17–18]. Globalement, les médecins ont tendance à sous–estimer les symptômes de leurs patients.

IV. Epidémiologie du cancer de sein :

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme partout dans le monde, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), c'est le 2ème cancer le plus fréquent après celui du poumon pour les deux sexes réunis. C'est la première cause de mortalité par cancer chez la femme entre 40 et 59 ans [20].

Chaque année plus d'un million de nouveaux cas de cancer du sein sont diagnostiqués dans le monde. Mais son incidence (nombre de nouveaux cas par 100 000 habitants et par an) reste variable selon les pays. Les régions à haut risque sont celles d'Amérique du nord (78/100000 femmes) et d'Europe occidentale alors que celles d'Asie et d'extrême orient présentent des taux faibles (22/100000 femmes au Japon) [21].

Chez la femme jeune, la fréquence du cancer du sein varie selon les auteurs et selon la limite d'âge choisie, elle est en générale entre 2 et 24 % [22]. Elle est de 10,5% selon MATHE [24], alors que cette fréquence est peu importante pour ANA CRISTINA [29] et JMORS [30], ne représentant que moins de 1% de la population globale du cancer du sein.

Tableau IX: Fréquence des cancers du sein chez la femme jeune dans les séries Mondiales

Auteurs	Limites d'âge	Année	Fréquence
MATHE [24]	< 35 ans	1990	10,5%
BODY [25]	< 35 ans	1994	5-10%
Winchester [27]	< 40 ans	1996	7,50%
BONNIER [23]	< 35 ans	1996	7,30%
JMOR [30]	< 35 ans	2002	2,00%
DOREEN [28]	< 40 ans	2004	9,60%
ANA CRISTINA [29]	< 35 ans	2005	2,00%
BATORI [26]	< 40 ans	2006	6,50%

En Tunisie, le cancer du sein représente la première localisation maligne chez la femme. Son incidence a été évaluée par les 3 registres Tunisiens du cancer à environ 17/100 000 femmes/an [31]. La fréquence du cancer du sein chez les femmes de < 35 ans en Tunisie est estimée à 8,5% [32].

En Algérie le cancer du sein occupe le premier rang parmi les cancers féminins avec une incidence standard estimée à 26/100000 femmes /an. L'incidence augmente régulièrement avec une ascension de la courbe vers l'âge de 35 ans. A noter que plus de 50% des cas surviennent avant 50 ans [33].

Pour ce qui est du Maroc, le cancer du sein a une incidence relativement proche de celle des autres pays du Maghreb et estimée à 27,69 cas /100 000 femmes/an en l'an 2000 [34]. En l'absence d'un registre de cancer national, l'estimation d'une incidence paraît difficile à faire. Les données statistiques disponibles se basent sur les données des registres hospitaliers, essentiellement celles de l'Institut National d'Oncologie de Rabat (INO) et du registre du grand Casablanca. La fréquence chez les femmes jeunes (<35 ans) dans le registre de l'INO a été

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

estimée à 13,1% alors qu'elle a été évaluée à 3,6% dans une étude réalisée au service de chirurgie du même institut [35] et 10,2% dans une étude réalisée à la maternité Lalla Meriem à Casablanca.

Tableau X : Fréquence du cancer du sein de la femme jeune dans les séries Maghrébines

Auteurs	Limites d'âge	Année	Fréquence
HAMMOUDA [33] Alger	< 50 ans	2001	50%
MAALEJ [32] Tunisie	≤35 ans	1999	8,5%
AKALAY [34] INO	≤35 ans	2002	13,1%
ER-RAHHALY [35] Rabat	≤35 ans	2008	3,6%
BENJADI [36] Casablanca	≤35 ans	2008	10,2%

Bien que notre échantillon soit non représentatif à l'échelle nationale, nos résultats sont concordants avec les données épidémiologiques du Maghreb et de la France sur le fait que le cancer du sein est le premier cancer féminin.

En lançant un programme de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus par une approche basée sur la population, le Maroc fait figure de pionnier parmi les pays à revenu faible et intermédiaire. Le programme national de dépistage du cancer a été lancé en 2010 par le Ministère de la Santé avec le soutien de la Fondation Lalla Salma – Prévention et traitement des cancers, du – Fonds des Nations Unies pour la population et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Depuis lors, le dépistage du cancer du sein a été mis en œuvre dans les 12 régions du pays. En 2016, 1 600 000 femmes ont été dépistées pour un cancer du sein.

L'approche adoptée au Maroc était en accord avec certaines des meilleures pratiques recommandées pour un programme organisé de dépistage du cancer. Le programme dispose d'une politique nationale de dépistage bien documentée, soutenue par un protocole fondé sur des données probantes et une provision budgétaire pour 10 ans. Les services de dépistage et de

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

diagnostic sont intégrés aux services de soins de santé existants et ils disposent d'une équipe de gestion de programme structurée avec une définition claire des responsabilités respectives. Les services de dépistage et de diagnostic sont fournis gratuitement et sont accessibles aux femmes admissibles dans les centres de soins de santé primaires et dans des centres de détection précoce du cancer bien équipés.

Les campagnes de sensibilisation sont relayées par l'ensemble des centres de santé du territoire, soit plus de 2500 centres à travers tout le pays.

Le programme de détection précoce du cancer du sein cible les femmes âgées de 45 à 69 ans pour le dépistage. Ce programme est basé sur l'examen clinique.

Il n'est pas possible de mettre en œuvre un programme de dépistage du cancer par mammographie au Maroc en raison des contraintes de ressources et des limites logistiques que constituent le nombre insuffisant de radiologues et de techniciens qualifiés. Le dépistage par examen clinique des seins peut entraîner une réduction significative de l'incidence des cancers du sein avancés sur une population dépistée par rapport à un groupe témoin ayant bénéficié d'essais contrôlés randomisés [143].

Interet de la mammoIRM dans le depistage chez les femmes à haut risque (Mutation BRCA ou risque absolu > 20 ou 30% selon les équipes : à évaluer en consultation d'oncogénétique), annuelle suivie d'une mammographie et d'une échographie mammaire avec examen clinique 2x/an, 5 ans avant l'âge du 1° cancer familial (mais pas avant 30 ans) [144].

V. Evaluation de la Qualité de vie des patientes jeunes suivies pour cancer de sein

1. Généralités :

Par définition la perception de l'état de santé est jugée par le patient lui-même. Dans certaines conditions, un proche ou le médecin peut être amené à répondre à la place du malade lorsque celui-ci est en incapacité de le faire, tout en sachant que la mesure sera dans la majorité des cas biaisée par l'existence démontrée d'une discordance entre la propre appréciation du malade et celle d'un tiers [37–38].

Il existe deux méthodes de recueil de la qualité de vie : la méthode dite qualitative avec entretien psychologique et la méthode dite quantitative avec outils psychométriques.

L'entretien psychologique permet d'explorer beaucoup de domaines mais il sera alors difficile voire impossible de tout quantifier de façon standardisée, donc la méthode sera peu reproductible et impossible à mettre en place sur une étude à grande échelle [39].

Les outils psychométriques constitués d'échelles ou de questionnaires permettent d'explorer une quantité limitée de domaines de la qualité de vie (ciblés en fonction de l'objectif de l'outil et de la population concernée) mais la mesure sera quantifiable par des scores standards. Les questionnaires peuvent être vérifiés par un évaluateur externe sous condition qu'il soit formé, de sorte qu'il n'induit pas les réponses aux personnes enquêtées. L'emploi d'un tel évaluateur a un coût mais il permet de limiter les données manquantes. L'auto-questionnaire est une autre alternative du mode de passation. Il ne nécessite pas la présence d'un évaluateur, peut être répété facilement et n'induit pas de biais lié à l'interprétation d'un intermédiaire. Il doit cependant être simple et compris par tous, pas trop long et il nécessite la coopération de la personne enquêtée, sans quoi il peut être à l'origine de données manquantes conséquentes. La plupart des auto-questionnaires sont constitués de questions à réponse

fermée dichotomique (oui/non) ou à plusieurs modalités graduées par ordre d'importance, de fréquence ou d'intensité (pas du tout / un peu / beaucoup / jamais) en choisissant plutôt un nombre pair de réponses pour obliger le sujet à prendre position. Les questionnaires peuvent contenir des échelles dites visuelles analogiques (EVA), représentées par des segments de droite comportant des valeurs chiffrées ou verbales aux deux extrémités qui correspondent à deux niveaux de mesure totalement opposées (pas du tout / énormément). La personne est invitée à se positionner par un repère, entre ces deux valeurs, au niveau qui correspond le mieux à ce qu'il ressent. [41].

Quel que soit le questionnaire, la mesure du niveau de qualité de vie soit se résume en un score global, soit s'évalue par plusieurs scores (un par dimension) ou profil. Le calcul du score se fait soit par la somme des valeurs attribuées aux items, en considérant que la notion d'importance accordée à la réponse est implicite parce qu'incluse dans la valeur que l'on attribue à la réponse (réponse équipondérée), soit par pondération statistique des valeurs en utilisant des facteurs de pondération pour chaque ou certains items comme dans le Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (MOS SF-36) [39], ou encore par pondération subjective, en intégrant le degré d'importance au domaine dans les questions, comme dans le Profile de Qualité de Vie Subjective (PQVS) [40].

2. Construction et validation d'un instrument :

Au départ les évaluateurs ont montré une certaine méfiance vis-à-vis de la mesure de la qualité de vie comme critère si subjectif et par conséquent non fiable. En effet, par définition de la subjectivité, cette mesure est sujette à interprétation [42]. Avec l'emballement de l'intérêt de la qualité de vie dans la recherche clinique, s'est développée une multitude d'instruments pas toujours validés avec des difficultés qui vont apparaître de façon évidente celle notamment de l'adaptation transculturelle. Pour qu'un instrument, mesurant des critères subjectifs, soit aussi performant et fiable qu'un instrument mesurant des critères objectifs, une approche

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

méthodologique rigoureuse est devenue nécessaire à sa construction et le développement des méthodes psychométriques a permis d'y parvenir. La construction d'une échelle se réalise nécessairement en deux étapes : l'étape qualitative suivie par l'étape quantitative [42-43-44], après avoir défini les concepts que l'on souhaite mesurer par l'instrument et la population cible.

L'étape qualitative consiste à rassembler une liste d'items la plus exhaustive possible, dirigés vers la population concernée. Pour cela, on fait appel à plusieurs sources : la littérature, l'avis d'experts, les instruments déjà disponibles mais aussi les avis de personnes représentatives de la population concernée, consultées lors d'entretiens semi directifs. On aboutit à la première ébauche du questionnaire qui sera remis à un petit nombre de personnes, l'objectif étant de mettre en évidence des items inappropriés, mal formulés, redondants et ceux dont la réponse est la même pour tous. Certains items seront alors éliminés, reformulés ou rajoutés pour obtenir une version réduite du questionnaire qui sera remise dans un deuxième temps à un plus grand nombre de personnes afin d'y étudier ses qualités métriques. L'étape quantitative consiste à étudier la validité de l'instrument et ses qualités métrologiques. La validité est une notion relative liée au concept que l'on souhaite évaluer, aux choix arbitraires que l'on fait en ce qui concerne les phénomènes que l'on mesure, leur importance et leur mode de quantification. Les qualités métrologiques correspondent à la sensibilité, la spécificité et la fiabilité de l'instrument.

Afin d'obtenir une version finale validée, on procède étape par étape, chaque version de l'échelle étant à nouveau modifiée et retestée.

Lorsque l'échelle a été validée en langue étrangère, elle nécessite une traduction en français puis une "retraduction" dans la langue originale pour permettre une adaptation culturelle. Cette nouvelle version en français doit à son tour être testée pour vérifier que ses qualités métrologiques et sa validité n'ont pas été affectées par la traduction [45-46]

3. Questionnaires existants :

Il est possible de classer les questionnaires de qualité de vie en fonction du domaine d'application. On distinguera les questionnaires génériques et les questionnaires spécifiques.

3.1 Les questionnaires génériques :

Ce sont les premiers questionnaires de qualité de vie qui ont été développés et pour la plupart en anglais. Ils sont destinés à la population générale ou à une population de malades quel que soit la maladie et le degré de sévérité. Ils permettent ainsi des comparaisons entre sujets bien portants et malades. Mais leur inconvénient majeur est leur moindre capacité à détecter des changements au cours du temps.

Parmi les plus connus et les plus utilisés, on compte le Sickness Impact Profile (SIP), un des plus anciens qui a été conçu par Bergner et al en 1976 [47-48-49] et le Nottingham Health Profil (NHP) élaboré par Hunt et al. En Angleterre en 1981 [50] et adapté en français sous le nom d'Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham [51].

Le Short-Form 36 Health Survey (SF-36) [52- 53,-54], qui est un des plus utilisé au niveau international, a été élaboré à partir d'une étude d'observation américaine, la Medical Outcome Study (MOS) en 1986. A l'origine il comptait 149 questions. Sa forme courte avec 36 items a été validée en français par Leplège et al. en 1998 [45- 55] dans le cadre d'un projet IQOLA.

D'autres questionnaires ont été développés par la suite : le World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) en 1993 par l'OMS [56], disponible dans sa version longue de 100 items et sa version courte le WHOQOL-BREF avec 26 items, et l'European Quality Of Life-5 Dimensions (EuroQol 5D), composé de 5 items [57]. Une échelle française a été développée par Dazard et al. à Lyon [40], le Profil de Qualité de Vie Subjective (PQVS), qui a la particularité d'évaluer le degré de satisfaction du sujet, l'importance qu'il lui accorde dans sa propre vie et

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

ses attentes pour l'avenir. L'ensemble des caractéristiques de ces questionnaires est résumé dans le tableau suivant :

Tableau XI : Questionnaires de qualité de vie génériques disponibles en langue française.

Instrument générique	Nombre d'items	Dimensions explorées
SIP (Bergner et al, 1975)	136	12 Activité physique, Limitations dues à l'état physique, Douleur, Vie et relations avec les autres, Santé psychique, Limitations due à l'état psychique, Vitalité, Santé perçue
NHP (Hent et al ,1981)	38	6 Physique (activité), douleur, sociale (isolement), psychologique (réactionnelle, tonus), santé (sommeil)
MOS SF-36 (Ware et al ,1992)	36	1+8 Evolution, de l'état de santé + Activité physique, Limitations dues à l'état physique, Douleur, Vie et relations avec les autres, Santé psychique, Limitations due à l'état psychique, Vitalité, Santé perçue
WHOQOL (WHO, 1993)	26	4 Santé physique, santé psychique, relations sociales, environnement
EuroQol 5D (EuroQol group, 1990)	5	5+ EVA Physique (Mobilité, prendre soin de soi), douleur/gêne et psychologique (angoisse/dépression), activités quotidiennes

3.2 Les questionnaires spécifiques du cancer et du cancer de sein

Des questionnaires spécifiques ont été mis au point pour une pathologie donnée. Ils permettent d'explorer de façon plus précise les altérations propres à la maladie et ainsi être plus sensible au changement que les questionnaires génériques. Mais ils ne permettent pas de comparaisons avec d'autres pathologies ou d'autres populations.

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

En cancérologie, plusieurs outils ont été mis au point dans différents pays d'Amérique du nord et d'Europe, notamment la France [58]. Rapidement certains outils se sont imposés comme le Functional Living Index - Cancer (FLIC) [59] aux Etats-Unis puis le Functional Assessment Cancer Treatment (FACT-G) [60] et en Europe, le Quality of Life Questionnaire- Core 30 (QLQ-C30) élaboré par le groupe de travail sur la qualité de vie (Quality of Life Study Group) de l'EORTC. Le FACT et le QLQ-C30 sont constitués d'un questionnaire central (Core questionnaire) explorant les dimensions générales de la qualité de vie et de modules spécifiques à la localisation tumorale. Pour le cancer de sein s'est développé le Quality of Life Questionnaire - Breast (QLQ-BR23) [61].

Le questionnaire européen QLQ-BR23 qui est un module spécifique au cancer de sein Il a été mis au point par Mirjam Sprangers et coll [61]. Il est composé de 23 items et s'utilise à la suite du questionnaire EORTC QLQ-C30 qui est composé de 30 items et qui s'adresse à tous les patients atteint d'un cancer, quelque soit la localisation de celui-ci [61].

L'instrument QLQ-C30 suivi de QLQ-BR23 comporte des sous échelles mesurant les aspects physiques, émotionnels, fonctionnels et sociaux ; L'EORTC QLQC30 comporte des sous-échelles et des éléments uniques supplémentaires évaluant la fonction cognitive, les symptômes et l'impact financier de la maladie. Le QLQ-BR23 est principalement axé sur les conséquences de la chirurgie et contient quelques éléments sur les effets secondaires de la radiothérapie. L'instrument EORTC est axé sur les conséquences des limitations physiques et des symptômes cliniques sur la qualité de vie. il peut être approprié pour une utilisation dans des essais cliniques. Les caractéristiques de ces questionnaires sont présentées dans le tableau XII.

Tableau XII : Questionnaires de qualité de vie spécifiques du cancer, et en particulier, du sein disponible en langue française

Instrument spécifique de la pathologie cancéreuse	Nombre d'items	Dimensions explorées
FLIC (Schipper et al, 1984)	136	12 Activité physique, Limitations dues à l'état physique, Douleur, Vie et relations avec les autres, Santé psychique, Limitations due à l'état psychique, Vitalité, Santé perçue
QLQ C-30 (Aaronson et al, 1993)	38	6 Physique (activité), douleur, sociale (isolement), psychologique (réactionnelle, tonus), santé (sommeil)
Module spécifique sein QLQ BR-23 (Spangers et al, 1999)	36	1+8 Evolution, de l'état de santé + Activité physique, Limitations dues à l'état physique, Douleur, Vie et relations avec les autres, Santé psychique, Limitations due à l'état psychique, Vitalité, Santé perçue
Fact-G3 (Cella et al, 1993)	26	4 Santé physique, santé psychique, relations sociales, environnement

D'autres outils spécifiques à un symptôme ont été élaborés, mais par définition du concept de qualité de vie, ils ne peuvent être considérés comme des échelles de qualité de vie car ils n'explorent qu'une seule dimension celle du symptôme. Les plus développés concernent la fatigue et l'anxiété, symptômes très fréquents chez des patients atteints d'un cancer. Pour la fatigue, on dispose par exemple du Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) [62-63-64] qui explore plusieurs dimensions de la fatigue et le Brief Fatigue Inventory (BFI) [65] qui lui se résume en un seul score. Pour l'anxiété on dispose, entre autres, du State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [66] et du Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [67]. Les caractéristiques de ces questionnaires sont présentées dans le tableau ci-dessous. Le choix de l'un ou l'autre des questionnaires de qualité de vie dépendra des objectifs de l'étude.

Tableau XIII : Questionnaires spécifiques de la fatigue et de l'anxiété disponibles en langue française.

Instrument spécifique d'un symptôme	Nombre d'items	Dimensions explorées
BFI (Mendoza et al, 1999)	9	1 score global mesurant l'intensité de la fatigue en relation avec l'activité générale, l'humeur, le travail, la vie sociale, et la joie de vivre
MFI-20 (Smet et al, 1996)	20	5 échelles de la fatigue (générale, physique, cognitive, baisse de la motivation et réduction de l'activité liée à la fatigue)
STAI (Spielberger et al, 1993) -Module State -Module Trait	40 20 20	1 score global mesurant le niveau d'anxiété lié à une situation donnée 1 score global mesurant le niveau d'anxiété lié à la personnalité
Hads (Zigmond et al, 1983)	8	1 score global mesurant l'intensité de la fatigue en relation avec l'activité générale, l'humeur, le travail, la vie sociale, et la joie de vivre

4. Différence minimale cliniquement significative

La mesure de la QdV a pris une importance croissante dans le domaine de la santé car elle permet de prendre en compte la perception du patient sur son état de santé. Les instruments qui permettent de l'évaluer fournissent des scores. Mais comment interpréter les différences de scores ? Jaeschke la définit comme la plus petite modification de score de QdV perçue comme bénéfique par les patients et qui en absence d'effets secondaires importants ou de surcoût excessif, justifierait une modification de la prise en charge médicale [68]. Osoba utilise un autre terme « différence clinique subjective significative » qu'il définit comme le plus petit changement, bénéfique ou délétère, qui soit perceptible par le patient [69]. Actuellement, le terme de cliniquement significative prend en compte les différences entre les deux définitions

[70]. La valeur de cette différence et son interprétation sont différentes selon que l'on trouve du point de vue du patient, du clinicien ou des décideurs [71,72].

Une différence cliniquement significative pour le patient est liée à une fonction meilleure avec moins de symptômes. En ce qui concerne le clinicien, elle est attachée à une modification du pronostic de la maladie ou du traitement. Pour les décideurs, c'est la perception qu'a la population de sa santé qui constitue cette différence et qui a un impact direct sur la politique de santé.

Deux approches ont été développées pour l'interprétation de la différence minimale cliniquement significative, basées soit sur la distribution, soit sur des bornes [73]. L'interprétation basée sur des bornes consiste à comparer les mesures de QdV à d'autres résultats. L'interprétation basée sur la distribution est basée sur la distribution statistique des résultats : les deux méthodes les plus utilisées sont l'effet size « effet taille » [74] et le SEM [75].

VI. Revue de la littérature :

Les traitements de chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie ont plusieurs effets secondaires de courte durée, c'est-à-dire qu'ils apparaissent seulement en cours de traitement, ou de longue durée, c'est-à-dire qu'ils peuvent persister plusieurs mois après la fin des traitements [76].

1. Chimiothérapie :

Adjuvante : indiquée chez les patientes présentant un cancer infiltrant, en l'absence de contre-indication liée au terrain ou à l'âge et présentant des facteurs de risque d'évolution métastatique.

Néoadjuvante : débutée avant le traitement locorégional surtout dans les cancers avancés, en l'absence de contre-indication liée au terrain ou à l'âge.

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

Elle débutera après confirmation histologique du diagnostic de cancer infiltrant par micro biopsie. Les principales indications de la chimiothérapie néoadjuvante sont :

- Tumeurs de grande taille (T>3 cm), pour faciliter l'exérèse chirurgicale ultérieure ;
- Tumeur avec cinétique rapide avec ou sans adénopathies axillaires prévalentes ;
- Elle est impérative dans les cancers inflammatoires du sein.

Palliative :

La chimiothérapie dans le cadre de la maladie métastatique sera indiquée après échec de l'hormonothérapie chez les patientes RH+ ou d'emblée chez les patientes RH-, et chez les patientes RH+ présentant des métastases viscérales menaçantes évolutives (poumon, foie) ou tumeur avec cinétique rapide.

La chimiothérapie comporte plusieurs effets secondaires dont l'insomnie, la fatigue, la sécheresse de la bouche, les ulcères buccaux, la vision embrouillée, les brûlures gastriques, les nausées et vomissements, les mucosités, la diarrhée, l'alopecie et la perte de poils corporels (cils, sourcils, poils axillaires et pubiens), l'anémie, les infections à la peau, aux poumons et aux voies urinaires causées par la diminution de la leucocytémie (le nombre de globules blancs), l'irritation de la vessie, les perturbations sexuelles (diminution de la libido, sécheresse vaginale), ainsi que l'irrégularité cardiaque. La plupart de ces effets secondaires sont de courte durée. Cependant, quelques effets à long terme peuvent persister comme le gain de poids, les troubles de mémoire et de concentration (chemo-fog ou chemo-brain), la cardiotoxicité et la leucémie. L'aménorrhée médicamenteuse peut survenir immédiatement après la chimiothérapie et provoquer des problèmes permanents de stérilité. La chimiothérapie peut aussi produire une ménopause prématurée accompagnée de symptômes habituels (par exemple, bouffées de chaleur) et augmenter le risque d'ostéoporose et de fracture. [77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89].

Dans notre série , les troubles digestifs , l'alopecie et les troubles sexuels étaient les effets secondaires les plus dominants, surtout les fonctions de l'activité et le plaisir sexuel étaient fortement altérées.

2. Radiothérapie :

Les effets secondaires les plus fréquents de la radiothérapie sont la fatigue, la toux ou l'essoufflement occasionnel et de courte durée, les problèmes de peau dans la région du sein opéré (rougeur cutanée de légère à modérée, peau sèche, irritation), la fibrose du sein, le durcissement du sein et des tissus sous-jacents, l'œdème du sein et la sensibilité occasionnelle du sein opéré. En outre, des complications à long terme peuvent survenir comme de l'œdème au bras correspondant au sein opéré (lymphœdème), des dommages aux nerfs (névrite), de l'inflammation au niveau des poumons (pneumonie radique) et du coeur (péricardite), des troubles cardio-vasculaires, ainsi qu'un deuxième cancer (par exemple, cancer des poumons, cancer de l'œsophage ou sarcome) et des fractures aux côtes, [77, 78, 81, 82, 85, 86, 90, 91, 92, 93, 94].

Dans notre série ; 2 cas seulement ont présenté une radiodermite.

3. Hormonothérapie :

L'hormonothérapie provoque très peu d'effets secondaires. Ainsi, le tamoxifène, agent anti-hormonal le plus utilisé pour prévenir les récives de cancer du sein, provoque les symptômes de la ménopause chez les femmes préménopausées et postménopausées, dont les bouffées de chaleur, les sudations nocturnes, la sécheresse et l'irritation vaginale, les troubles de sommeil, la fatigue, ainsi que les cycles menstruels irréguliers auprès de celles qui ne sont pas ménopausées. D'autres effets secondaires rares du tamoxifène peuvent se manifester, tels une vision floue, des nausées et vomissements, des troubles digestifs, une perte d'appétit temporaire, des rougeurs de la peau, des troubles d'humeur, un gain de poids, des troubles thromboemboliques, un écoulement vaginal et une poursuite ou une réapparition des

menstruations dans le cas de femmes pérимénopausées. Un effet secondaire à long terme associé au tamoxifène est le risque accru de cancer de l'endomètre chez les femmes qui prennent ce médicament pendant les cinq années recommandées. Les effets secondaires des inhibiteurs aromatiques sont semblables à ceux reliés à la cessation hormonale, tels les bouffées de chaleur, la sécheresse vaginale ou les saignements vaginaux, les douleurs articulaires ou la déminéralisation osseuse avec risque de fractures. [77, 78, 85, 86, 87, 91, 95, 96, 97, 98, 99].

Nos données sont similaires a ceux de la littérature.

4. Difficultés psychologiques reliées aux traitements

Les femmes ressentent de l'anxiété à chaque étape des traitements, particulièrement au début de la chimiothérapie ou la radiothérapie, car elles appréhendent leurs effets néfastes. Puis, cette anxiété diminue au fil des séances. Pendant les traitements de chimiothérapie, les femmes atteintes de cancer du sein peuvent éprouver également de l'angoisse, de la colère et de la dépression. Elles peuvent aussi se sentir mal et faibles et se sentir plus vulnérables en raison des nombreux effets secondaires, ce qui diminue ainsi leurs activités quotidiennes. De plus, la perte de cheveux et le gain de poids, causés par la chimiothérapie, portent atteinte à leur image corporelle, ce qui entraîne une diminution de leur estime de soi 40. La perte de cheveux est un évènement stressant pour les femmes et un des pires effets secondaires de la chimiothérapie (Lemieux et al., 2008). Une femme témoigne que : « la perte de mes cheveux était l'aspect le plus difficile de cette expérience » ; pour une autre, « perdre mes cheveux, c'était perdre mon identité et ma force » . Contrairement à ce qu'on peut penser, la fin imminente des traitements crée beaucoup d'insécurité, d'incertitude, d'anxiété et de solitude chez les femmes. Elles ont peur de la récurrence du cancer et elles craignent la fin d'un suivi constant et des visites fréquentes auprès du personnel soignant. La fin des traitements est aussi associée à un sentiment de perte : perte du soutien social des professionnels de la santé et des autres patientes rencontrées lors

des sessions de traitement. De plus, les femmes ont le sentiment que la vie ne reviendra jamais complètement comme elle était avant la maladie. [85, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107]

5. Difficultés sociales liées aux traitements

➤ Travail

Pendant les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie, les femmes atteintes de cancer du sein voient leur niveau d'énergie diminuer, ce qui influence leur capacité à travailler à l'extérieur du domicile. Or, la majorité des femmes cesse de travailler et il est possible qu'elles vivent des problèmes financiers, surtout lorsqu'il est question de travailleuses autonomes et contractuelles. Pour certaines femmes, l'interruption de leur vie professionnelle pendant les traitements peut causer de la tristesse et elles doivent ainsi vivre un deuil. Néanmoins, certaines d'entre elles continuent à travailler durant les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie. Elles le font soit par nécessité, soit comme thérapie pour leur permettre de se concentrer sur autre chose que la maladie. [86, 101, 102, 108]

➤ Relations interpersonnelles

Au cours de la chimiothérapie et de la radiothérapie, certaines femmes peuvent se sentir isolées si elles ne reçoivent pas la visite ou l'aide des autres. Certains peuvent éviter le contact avec les femmes atteintes pour plusieurs raisons. Ils peuvent éprouver un malaise face à la maladie, ne pas savoir comment leur apporter de l'aide ou encore craindre la mort qu'évoque un diagnostic de cancer du sein. [104]

➤ Activités récréatives et sportives

Les activités récréatives et sportives des femmes atteintes de cancer du sein durant leur traitement peuvent différer de celles avant le diagnostic. Pendant la chimiothérapie et la radiothérapie, les femmes se sentent plus fatiguées et moins énergiques. En effet, elles optent pour des activités qui les aident à diminuer le stress ou à affronter les traitements et la douleur, par exemple la marche, les rencontres (dîner, souper), le magasinage, le yoga, la méditation, le reiki, les techniques de visualisation et les massages thérapeutiques. Les traitements peuvent

aussi amener des changements aux activités à l'intérieur d'un couple. Certains conjoints peuvent devoir ajuster leurs activités pour s'adapter aux capacités de leur femme. Par exemple, une femme ne pouvant plus jouer au golf peut voir son conjoint diminuer ses heures au golf afin qu'ils puissent se consacrer tous les deux à la natation. D'autres couples continuent à faire les mêmes activités qu'avant le diagnostic et les traitements, comme jouer aux cartes avec des amis, faire des marches, faire du jardinage, aller au cinéma et au théâtre. [102, 109]

➤ **Vie de couple et sexualité**

La sexualité des femmes atteintes de cancer du sein est influencée par les problèmes existants dans le couple, ainsi que les traitements adjuvants systémiques. Celles qui rencontraient des problèmes sexuels avant le diagnostic de cancer sont plus susceptibles d'avoir des problèmes sexuels pendant les traitements et au suivi. Plusieurs facteurs associés aux traitements adjuvants systémiques engendrent une diminution du désir sexuel et un manque d'intérêt pour les activités sexuelles. Les traitements de chimiothérapie et d'hormonothérapie peuvent mener à une ménopause prématurée, entraînant souvent une diminution du désir sexuel et une sécheresse vaginale, ce qui réduit la fréquence des rapports sexuels. La fatigue causée par ces traitements joue aussi un rôle dans la baisse du désir sexuel et pour les activités qui y sont reliées. De plus, une moins bonne image corporelle, influencée par le gain de poids, la perte de cheveux et les cicatrices, donne aux femmes le sentiment d'être moins attirantes et, ainsi, diminue leur intérêt pour les activités sexuelles. [86, 101, 104, 101]

➤ **Fonctionnement familial :**

La période des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie nécessite souvent une réorganisation au sein d'une famille, surtout lorsqu'il y a de jeunes enfants. Le conjoint de la femme atteinte de cancer du sein doit s'adapter. Pendant que la femme est malade, le conjoint prend des rôles additionnels pour assurer le fonctionnement quotidien de la famille. Il peut éprouver alors de la difficulté à gérer son travail à l'extérieur du domicile en intégrant d'autres

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

responsabilités comme préparer les repas, faire la lessive, se charger de l'entretien du domicile, faire les courses et s'occuper des enfants en bas âge. [111, 112, 113]

En résumé, tout au long de la trajectoire de soins, les femmes atteintes de cancer du sein éprouvent des difficultés physiques, psychologiques et sociales. Elles sont en état de choc et elles traversent une phase de détresse émotionnelle, car elles appréhendent les traitements et le pronostic. Les jeunes femmes atteintes se soucient davantage du bien-être de leurs enfants ou du fait qu'elles ne pourront plus en avoir. De plus, l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein peut avoir des répercussions négatives sur les relations interpersonnelles des femmes et sur le fonctionnement de leur couple et de leur famille immédiate. Pendant les traitements, les femmes sont mal en point et elles sont fatiguées à cause des effets secondaires de la chimiothérapie, de la radiothérapie et de l'hormonothérapie. De même, elles sont anxieuses surtout au début et à la fin des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie. Pendant ces traitements, les femmes peuvent se sentir seules à certains moments. La chimiothérapie et la radiothérapie vont aussi amener des changements au niveau du travail, du couple notamment en ce qui regarde la sexualité, des activités récréatives et sportives, ainsi qu'au sein de l'organisation de la famille. Une fois ces traitements terminés, les femmes peuvent rapporter davantage des problèmes physiques chroniques, comme la fatigue et le lymphœdème, ainsi que des difficultés sexuelles. De plus, pendant cette phase de la trajectoire de soins, les survivantes peuvent avoir tendance à se questionner sur leur travail, sur la vie en général et s'inquiéter de la possibilité d'une récurrence. C'est aussi à ce moment que les femmes reprennent leur routine, à la maison et à l'extérieur du domicile, et qu'elles doivent réapprendre à s'accepter telles qu'elles sont afin de pouvoir vivre en harmonie avec elles-mêmes et de jouir d'une sexualité normale. Les nombreuses difficultés citées plus haut, à court et à long terme, d'ordre physique, psychologique et social avec lesquelles vivent ces femmes le long de la trajectoire de soins peuvent compromettre leur qualité de vie. Alors, il est important d'évaluer la qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein aux trois phases cliniques d'évolution de la maladie, soit le diagnostic, les traitements et le suivi.

Malgré les répercussions négatives de la maladie sur la vie des femmes atteintes de cancer du sein, dès l'annonce du diagnostic, elles sont prises en charge par une équipe multidisciplinaire. À chacune des phases cliniques de la trajectoire de soins, elles rencontrent de nombreux professionnels de la santé qui les aident à passer à travers leur épreuve notamment le chirurgien-oncologue, l'infirmière, le radio-oncologue, et les technologues en radiooncologie. Une bonne communication entre ces femmes et les professionnels de la santé pourrait alors devenir très importante pour alléger les différents problèmes vécus par celles-ci. [76]

VII. Perspectives

1. Développement de messages de sensibilisations :

Auprès des médecins et des patients sur l'évaluation de la qualité de vie des patients dans la pratique courante La sensibilisation des médecins à la problématique de la qualité de vie dans leur pratique courante pourrait être envisagée, avec un bénéfice à la fois pour le médecin mais aussi et surtout le malade. En effet, l'évaluation en routine de la qualité de vie peut avoir des bénéfices dans la pratique clinique quotidienne. Ce n'est que plus récemment que la mesure de la QdV a été évoquée dans la pratique clinique [114,115]. Ces dernières ont démontré que l'évaluation régulière de la QdV permettrait l'amélioration de la communication entre le clinicien et le patient, une meilleure connaissance par le Médecin des symptômes et problèmes psychosociaux rencontrés par le patient et une amélioration de la QdV du patient. Cependant ce n'est pas encore une démarche courante principalement pour des raisons d'ordre méthodologique [116,117]

L'utilisation de données de qualité de vie peut faciliter la détection de problèmes physiques ou psychologiques. Utilisé en routine, les données de qualité de vie peuvent également être utiles dans le suivi de l'évolution de la maladie et l'impact des traitements prescrits [118-119-120].

A terme, de telles actions pourraient ainsi réduire les divergences qui existent entre la déclaration de la qualité de vie du patient et la perception de cette qualité de vie par le médecin, rendant potentiellement envisageable l'utilisation d'un tel proxy en particulier chez le sujet âgé dans la population générale. [41].

L'évaluation de la QdV est importante en santé publique ; la politique de santé a pour objectif d'assurer la protection, la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des individus qui forment la population concernée. Les mesures de QdV en santé publique permettent de caractériser la santé d'une population, d'évaluer l'impact d'une campagne de dépistage mais aussi d'évaluer l'efficacité des programmes de santé. [5].

2. La place des Registres des Cancers dans l'évaluation de la qualité de vie des patients

Le nombre de survivants d'un cancer augmente dans le monde entier en raison de la combinaison de l'augmentation du nombre de cas de cancers et de l'amélioration de la survie à 5 ans de ces patients. Le bien-être à long-terme de ces patients reçoit une attention croissante [121– 122]. Le 3ème Plan Cancer (2014–2019) définit 17 objectifs prioritaires répartis en quatre "ambitions"[123] :

- Préserver la continuité et la qualité de vie souligne l'importance apportée à ce bien-être.
- Réduire les risques de séquelles et de second cancer", notamment en améliorant la connaissance des complications et des séquelles des cancers et de leurs traitements à court et moyen terme
- Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle", en encourageant pour cela la recherche en sciences humaines et sociales et en santé publique afin de développer les connaissances sur la qualité de vie des patients, le retentissement psychosocial et les répercussions de la maladie plusieurs années après le diagnostic.

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

En raison de leur connaissance exhaustive des nouveaux cas et des survivants de cancers, les registres des Cancers devraient jouer un rôle important dans la réalisation de ces objectifs.

Dans ce contexte, peut-être est-il possible d'imaginer la mise en place, dans le futur, d'une structure s'inspirant du registre internet PROFILE (Patient Reported Outcomes Following Initial treatment and Long term Evaluation of Survivorship) développé par le Registre des Cancers d'Eindhoven au PaysBas [124-125]. Une telle structure, reposant sur le recueil en ligne des données de qualité de vie, permettrait de collecter, en continue, la qualité de vie des patients atteints d'un cancer afin d'évaluer les effets à long terme de la maladie et des traitements.

Elle permettrait, à terme, d'ajuster la stratégie thérapeutique aux besoins des patients, afin d'ajouter non seulement des années à la vie, mais de la qualité de vie aux années.



CONCLUSION



Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde. Il représente un véritable problème de santé publique au Maroc. Malgré l'évolution des traitements ces vingt-cinq dernières années, il reste la première cause de mortalité par cancer chez la femme.

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 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 de sein, sur la qualité de vie et la sexualité des patientes en particulier les jeunes ainsi que sur leur réinsertion surtout professionnelle.



(Annexe 1)

Fiche d'exploitation : [19]

Iere partie : données sociodémographiques

1. Identification du patient : *Nom et prénom :

1- Age :

2- Sexe :

3- Etat matrimonial : Marié Divorcé Veuf Célibataire

4- Paternité : Oui Non

5- Niveau d'instruction : Instruit Non instruit

6- Niveau socioéconomique

6-1-Activité professionnelle : Actif Retraité

6-2-Autonomie financière : Autonome Dépendant

7- Lieu de résidence :

8- Mode de transport : taxi urbain taxi interurbain bus Voiture train ambulance
médicalisé

9- Couverture sociale : oui non

II. Antécédents :

1-Personnels :

1-1-Médicaux :

*Diabète : Oui type..... Non

Suivi Non suivi

Ancienneté :

* HTA : Oui Non

Suivi Non suivi

Ancienneté :

*Dyslipidémies : Oui Non

*cardiopathie : oui non

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

1-2-chirurgicaux :

Oui type..... non

2-familiaux :

Antécédents familiaux de néoplasie : Oui type..... Non

2^{ème} partie : données cliniques :

➤ Date de diagnostic

➤ Stade tumoral :

➤ Exploration :

+ mammographie

+ échographie mammaire

+ IRM mammaire

+cytologie

+histologie

+ TDM TAP

+ Scintigraphie osseuse

➤ Bilan biologique :

+ Récepteurs hormonaux/HER2

+ CA15-3

+NFS : -Hb -GR -CCMH -VGM -GB - PQ

+ VS +CRP

+urée +creat

+ALAT +ASAT +GGT

+ Ionogramme complet.

Impact de la prise en charge multimodale du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes jeunes

+ Glycémie, cholestérolémie, triglycéridémie

+ TP-TCK

➤ Traitement reçu :

Radiothérapie Chirurgie curative Chirurgie palliative Chimiothérapie néoadjuvante

Chimiothérapie adjuvante Hormonothérapie Thérapie ciblée

CI opératoire

(Annexe 2)

Questionnaire EORTC QLQ – C30 (version traduite en dialecte marocain) [19]

من فضلك جاوب على هاد الأسئلة و اختار الجواب. كيخصنا نعرف شي حوايج عليك و على صحتك ما كاينش شي جواب صحيح أو غلط لمعلومات اللي غادي نعطى غادي نبقى سرية. اللي يناسبك

سميتك

.....

تاريخ الأزدباد (النهار، الشهر، العام)

.....

التاريخ ديال اليوم (النهار، الشهر، العام)

.....

لا	غير شوي	مرة مرة	ديما	
1	2	3	4	1. واتس كيجيك شي مشكل مني كدير شي مجهود بحال تهز شي شاتطة أو قفة ثقيلة
1	2	3	4	2. واتس كنجيا فاش كتمشا بزاف
1	2	3	4	3. واتس كنجيا فاش كتمشا غير شوي خارج الدار
1	2	3	4	4. واتس كحتاج نبقا فلغرائش أو نكلس فاش ك تكون فالدار
1	2	3	4	5. واتس كحتاج شي واحد يعاونك فلما كلاك، فللباس، فلخسول، باش تمشي لمرحاض (بيت الما) قالسيماتا اللي فاتت
1	2	3	4	6. واتس حسيتي براسك ما قادرش دير الخدمة ديالك أو شغالات ديال كل نهار
1	2	3	4	7. واتس حسيتي براسك ما قادرش دير اكلشي اللي عزيز عليك ندير محيب كيكون عندك الوقت (الهدايات ديالك)

4	3	2	1	8. وائش جاك ضيق فالنتفس (التهجة، الغدفة)
4	3	2	1	9. وائش جاك لحريق (الوجع)
4	3	2	1	10. وائش حتاجيتي ترناح
4	3	2	1	11. وائش كان عندك شي مشكل قنعاس
4	3	2	1	12. وائش كنت حاس براسك مرخي (ضعيف)
4	3	2	1	13. وائش نقصانك الشبيهة
4	3	2	1	14. وائش كنت بترويعا
4	3	2	1	15. وائش تعييتي (رديتي)
4	3	2	1	16. وائش كنت مقبوط (معصوم)
4	3	2	1	17. وائش كانت كرشك جارية (طايحة عليك الكرش)
4	3	2	1	18. وائش كنت عيان
4	3	2	1	19. وائش لحريق كان كيترعلي الشغالات ديالك ديال كل نهار
4	3	2	1	20. وائش جاك شي مشكل فالتركيز فاش كنتقرا شي جورنال أو فاش كنتقرا شي فليليزيون
4	3	2	1	21. وائش حسييتي براسك معصب
4	3	2	1	22. وائش حسييتي براسك مقلق (موسوس)
4	3	2	1	23. وائش حسييتي براسك منفعل (كثلق دغيا، على سبة)
4	3	2	1	24. وائش حسييتي براسك مكثتب (مخموم)
4	3	2	1	25. وائش كان عندك مشكل تحقل على شي حوايج (مشكل النسيان)
4	3	2	1	26. وائش هاد المرض ديالك أو دوا اللي كنتاخذ أثر على علاقتك مع العائلة
4	3	2	1	27. وائش هاد المرض ديالك أو دوا اللي كنتاخذ أثر على علاقتك مع

الناس

28. واتس هاد المرض ديالك أو دوا اللي كتحخذ سبب ليك شي
مشاكل فلمصروف (مشاكل مادية)
4 3 2 1

بالنسبة لأسئلة اللي جايا اختار الجواب اللي يناسبك من 1 حتال 7

29. شحال تقدر (تعطي) صحتك فالسيمانا اللي فاتت

7 6 5 4 3 2 1
ممتازة ضعيفة

30. شحال تقدر (تعطي) الجودة ديال حياتك فالسيمانا اللي فاتت (كيفاش كيتالك
حياتك)
7 6 5 4 3 2 1

خايبة
مزينة

(Annexe 3)

Questionnaire EORTC QLQ – BR23

(version traduite en dialecte marocain) [19]

فشي نوبات، المرضي كيتشكاو من شي أعراض أو مشاكل من فضلك تبين حتى لأي
درجة جاتك هاد الأعراض أو المشاكل فالسيماتا الللي فاتت

فسيمااتا الللي فاتت	لا	غير شوي	شوي	بازاف
31 . واش نشف عليك فمك	1	2	3	4
32 . واش تبدلات عليك الطيبة (المذاق) ديال لماكلا أو لمشروبات	1	2	3	4
33 . واش عينك كتوا ضارينك، كيكلوك أو كيدمحوليك	1	2	3	4
34 . واش طاحليك شعرك	1	2	3	4
35 . جاوب على هاد السؤال بلا طاحلك شعرك: واش نكترتي مللي طاحلك شعرك (بقا فيك لحال)	1	2	3	4
36 . واش حاسة براسك عيانة أو ماضي هيا هاديك	1	2	3	4
37 . واش كتطلع معاك الصهدة (الكربة)	1	2	3	4
38 . واش كيجيك حريق الراس	1	2	3	4
39 . واش حسي بالشكل ديالك مايقاش كيجيب الناس مور المرض ديالك أو مور الدوا الللي خديتي	1	2	3	4
40 . واش كتحسي براسك ناقصة كمرا مور المرض ديالك أو مور الدوا الللي خديتي (أقل أتوتة)	1	2	3	4
41 . واش كيجيك صجيب تشوفي راسك عريانة	1	2	3	4
42 . واش مايقاش علاجك الدات ديالك	1	2	3	4
43 . واش خيفة على صحتك كيغناكون فلم	1	2	3	4

منقول

ف ربعة ديال صيماتات اللي فاتو

44. شحال كان لهتمام ديالك بالجنس (واش كانت عندك الشهوة تنحسي مع راجلك)
- 4 3 2 1
45. شحال كنت كتتحسي مع راجلك (كتمارسي الجنس)
- 4 3 2 1
46. ماتجاوب على هاد لأسئلة الا يلا كنت كتمارسي الجنس (كتتحسي مع راجلك)
- 4 3 2 1
- شحال كان الجنس ممتع بالنسبة ليك (شحال كان كيحببك الحال فالنعاس مع راجلك)
- 4 3 2 1

ف السيماتا اللي فاتت

47. واش ضرورك درعتك ولا ككافك
- 4 3 2 1
48. واش نتفخات عليك بديك أو دراعك
- 4 3 2 1
49. واش جاك صجيب تهزي بديك أو تحركيها لجنب
- 4 3 2 1
50. واش عندك شي حريق فجيبت اليزولا اللي مريضة
- 4 3 2 1
51. واش جيها ديال ليزولا اللي مريضة نتفخات ليك
- 4 3 2 1
52. واش جيها ديال ليزولا اللي مريضة حساسة كتر من لقياس (كخافي نكاسي فيها)
- 4 3 2 1
53. واش جاك شي مشكل فالجلد (ناتف، مقشر، حكان ...)
- 4 3 2 1

Apport du bilan immunologique dans le diagnostic des pathologies rénales de l'adulte

TUMEUR primaire T	GANGLION N	MÉTASTASES M
<p>Tx : la tumeur primitive ne peut pas être évaluée</p> <p>T0 : la tumeur primitive n'est pas palpable</p> <p>Tis : carcinome in situ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tis (DCIS) : carcinome canalaire in situ • Tis (Paget) : maladie de Paget du mamelon sans tumeur sous-jacente <p>T1 : tumeur ≤ 2 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> • T1mic : ≤ 1 mm • T1a : 1 mm < T ≤ 5 mm • T1b : 5 mm < T ≤ 1 cm • T1c : 1 cm < T ≤ 2 cm <p>T2 : 2 cm < T ≤ 5 cm</p> <p>T3 : T > 5 cm</p> <p>T4 : quelle que soit sa taille, avec une extension directe soit – à la paroi thoracique (a), soit à la peau (b)</p> <ul style="list-style-type: none"> • T4a : extension à la paroi thoracique en excluant le muscle pectoral • T4b : œdème (y compris peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein, ou nodules de perméation situés sur la peau du même sein • T4c : T4a + T4b • T4d : cancer inflammatoire 	<p>Nx : l'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux ne peut pas être évalué (par exemple déjà enlevés chirurgicalement ou non disponibles pour l'analyse anatomopathologique du fait de l'absence d'évidement)</p> <p>N0 : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique et absence d'examen complémentaire à la recherche de cellules tumorales isolées</p> <ul style="list-style-type: none"> • N0(i-) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, étude immunohistochimique négative (IHC) • N0(i+) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, IHC positive, avec des amas cellulaires ≤ 0,2 mm (considéré comme sans métastase ganglionnaire) • N0(mol-) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire négative (RT-PCR : reverse transcriptase polymerase chain reaction) • N0(mol+) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire positive (RT-PCR) <p>N1mi : micrométastases > 0,2 mm et ≤ 2 mm</p> <p>N1 : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires ou/et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • N1a : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires • N1b : envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique • N1c : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique (pN1a + pN1b) <p>N2 : envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • N2a : envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires avec au moins un amas cellulaire > 2 mm • N2b : envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire <p>N3 : envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions sous-claviculaires (niveau III axillaire) ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement</p>	<p>-- Mx : La présence de métastases à distance ne peut être évaluée</p> <p>-- M0 : Pas de métastases à distance</p> <p>-- M1 : Métastases à distance (cellules tumorales dans les ganglions sus-claviculaires = métastase)</p>

Apport du bilan immunologique dans le diagnostic des pathologies rénales de l'adulte

	<p>ganglionnaire axillaire ou envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique ou envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux</p> <ul style="list-style-type: none">• N3a : envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires (avec au moins un amas cellulaire > 2 mm) ou envahissement des ganglions sous-claviculaires• N3b : envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement ganglionnaire axillaire ou envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique• N3c : envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux	
--	---	--

Annexe 4 : Classification T.N.M. cancer de sein 8^{ème} édition (AJCC 2018 – PTNM)

Annexe 5: Stadification T.N.M.-AJCC 8^{ème} édition

Stade	Tumeur(T)	Ganglion(N)	Métastase(M)
0	Tis	N0	M0
I	T1		
IIA	T0	N1	
	T1	N1	
	T2	N0	
IIB	T2	N1	
	T3	N0	
IIIA	T0	N2	
	T1	N2	
	T2	N2	
	T3	N1	
	T3	N2	
IIIB	T4	N0	
	T4	N1	
	T4	N2	
IIIC	Tout T	N3	
IV	Tout T	Tout N	M1



Résumé

Le cancer du sein est devenu un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale et aussi national à cause de son incidence élevée et sa mortalité puisqu'il présente la première cause de décès par cancer chez la femme.

Nous proposons à travers ce travail l'évaluation de la qualité de vie après une prise en charge thérapeutique des patientes suivies pour cancer de sein

Notre étude est de type rétrospectif de 40 patientes suivies pour cancer de sein au sein du service d'oncologie médicale de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech sur une durée de 2 ans du janvier 2019 à décembre 2020.

L'âge moyen était de 47,3 ans, la tranche d'âge de 50 à 60 ans est la plus touchée

73% étaient mariées, 82% vivants au milieu urbain, 68% des femmes au foyer, 72% étaient scolarisées et 93% avaient une couverture sociale.

L'analyse du score QLC-30 sur le plan démographique montre une dégradation manifeste de la qualité de vie pour les patientes non mariées vivants au milieu urbain, sans emploi fixe et sans couverture sociale.

L'analyse du score QLC-30 sur le plan clinique et thérapeutique montre une dégradation de la qualité de vie chez les patientes avec un cancer métastatique et celles qui ont subi une mastectomie.

L'analyse du score QLC BR23 montre une altération de l'activité et du plaisir sexuels et une apparition des symptômes liés aux traitements chez 80% des patientes

La perméabilité a été évalué lors des consultations de contrôle. Et tous les patients ont une bonne évolution. 20% des patients sont décédés suite à l'évolution naturelle de leur pathologie causale du SCS.

Abstract

Breast cancer has become a major public health problem worldwide and also nationally, because of its high incidence and mortality especially since it is the first cause of death by cancer in women

Through this work, we offer the evaluation of the quality of life after therapeutic management of patients followed for breast cancer

Our study is retrospectif of 40 cases of breast cancer followed by the medical oncology department of the Avicenne Hospital in Marrakech over a 2 years period (January 2019 – December 2020).

The average age was 47,3 years, the 50 to 60 age group is the most affected

73% were married, 82% living in urban areas, 63% housewives, 72% educated and 93% had a social security coverage.

The demographic analysis of the QLC-30 score shows a clear deterioration in the quality of life for unmarried patients, living in urban areas, without a fixed job and without social security coverage.

Clinical and therapeutic analysis of QLC-30 score shows deterioration in quality of life in patients with metastatic cancer and those who have undergone mastectomy.

Analysis of the QLC BR23 score shows impaired sexual activity and pleasure and the onset of treatment-related symptoms in 80% of patients

ملخص

يشكل سرطان الثدي مشكلة صحة عامة على الصعيد العالمي و الوطني بسبب ارتفاع معدله و معدل الوفيات اذ يمثل السبب الرئيسي للوفاة بالسرطان لدى النساء . من خلال هذا العمل، نقدم تقييم جودة الحياة بعد التدبير العلاجي للمرضى المتابعين لسرطان الثدي.

العمل الذي حققناه يدور حول سلسلة استرجاعية بصدد 40 حالة سرطان الثدي تم متابعتهم في قسم الأورام في المستشفى العسكري ابن سينا في مراكش على مدار عامين من يناير 2019 إلى دجنبر 2020.

كان متوسط العمر 47,3 سنة و كانت الفئة العمرية من 50 الى 60 سنة هي الأكثر تضررا

73% متزوجات ، 82% يعيشون في المناطق الحضرية ، 68% ربات بيوت ، 72% متعلمات و 93% لديهن تغطية اجتماعية .

يظهر التحليل الديموغرافي لدرجة QLC-30 تدهورا واضحا في نوعية الحياة للمرضى غير المتزوجين ، الذين يعيشون في المناطق الحضرية ، دون وظيفة ثابتة و بدون تغطية الضمان الاجتماعي.

يظهر التحليل السريري و العلاجي لدرجة QLC-30 تدهورا في نوعية الحياة للمرضى المصابين بالسرطان النقيلي و أولئك اللواتي خضعن لعملية استئصال الثدي يظهر تحليل درجة QLC-BR23 ضعف النشاط الجنسي و المتعة و ظهور الأعراض المرتبطة بالعلاج لدى 80% من المرضى.



BIBLIOGRAPHIE



1. **“CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION 1,”1948.**
2. **“Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL),”1993.**
3. **I.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.
4. **D. Osoba,**
“Translating the Science of Patient-Reported Outcomes Assessment Into Clinical Practice,” JNCI Monogr., vol. 2007, no. 37, pp. 5–11, Oct. 2007.
5. **TRAORE BAKARY MORO ,**
mémoire : Évolution de la qualité de vie chez les patientes atteintes du cancer du sein après une année de suivi au Maroc, faculté de médecine et de pharmacie de Fez, 2018
6. **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.
7. **M. Bullinger,**
“Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research.,” Restor. Neurol. Neurosci., vol. 20, no. 3–4, pp. 93–101, 2002.
8. **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.
9. **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
- 10.**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.”
- 11.**D. Osoba,**
“What has been Learned from Measuring Health-related Quality of Life in Clinical Oncology,” vol. 35, no. 11,1999.
- 12.**L. Batel .**
L'évaluation de la qualité de vie en oncologie: peut on quantifier la qualité 2007.
- 13.**E. Babin et al.**
Qualité de vie en cancérologie Application aux cancers des voies aéro-digestives supérieurs 2005
- 14.**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.

15. Hurny C, Bernhard J, Coates A.

Quality of life assessment in the International Breast Cancer Study Group : past, present, and future. *Recent Results Cancer Res* 1998;152:390-5

16. Macquart-Moulin G, Genre D, Maraninchi D, Viens P.

Les mesures de la qualité de vie en oncologie peuvent-elles changer la pratique des cliniciens? *Oncologie*. 2004;6(124-127).

17. Da Silva FC, Fossa SD, Aaronson NK.

The quality of patients with newly diagnosed M1 prostate cancer: experience with EORTC clinical trial 30853. *Eur J cancer*. 1996;32:72-7.

18. Macquart-Moulin G, Viens P, Bouscary ML.

Discordance between physicians' estimations and breast cancer patients self-assessment of side-effects of chemotherapy: an issue for quality of care. *Br J cancer* 1997;76:1640-5.

19. Karima BENHADDOU

Mémoire : ADAPTATION TRANSCULTURELLE ET VALIDATION DES OUTILS DE MESURE DE QUALITE DE VIE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER AU MAROC , faculté de médecine et de pharmacie de Fez , 2011

20. ESPIE. M, TOURNANT. B, CUVIER. C, COTTU. PH.

Epidémiologie des lésions malignes du sein. *Encycl Med chir, Gynécologie*; 840-A-15, 2001, 10 p.

21. SERADOUR B, ANCELLE-PARK R.M.

Dépistage organisé des Cancers du Sein : peut-on comparer les résultats du programme français aux résultats internationaux. *J. Radiol.*, 2006, 87: 1009-14

22. Grenlee. R, Murray .T, Bolden .S, Wingo P.

Cancer statistics, 2000. *CA Cancer J Clin* 2000;50:7-33

23. BONNIER P, ROMAIN, CHARPINC, LEJEUNEC

Le jeune âge est-il facteur pronostique des cancers du sein ? *JOBGYN* 1995,3 (6) :412-420.

24. MATHE M, CUILLEREJ.C, NOMBALLIAS F.

Traitement conservateur du cancer du sein. *Sem Hôp Paris* 1990, 66(15) :781-787

25. Body G.

Le cancer du sein de la femme jeune .A-t- il des particularités sur les plans diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques ? *GynécolObstét* 1994,89(11) :570-572.

26. BATORI M

Breast cancer in younger women: case report and a review. *Eur .Rev Med pharma col Sci* 2006 Mar-Apr ; 10(2) 5-12.

27. WINCHESTER DP, OSTEEN RT, MENCK HR.

The National Cancer Data Base report on breast carcinoma characteristics and outcome in relation to age. *Cancer* 1996;78:1838-43.

28.DOREEN.M. AGNESE, F. YUSUF, J.L.WILSON, C.L. SHAPIRO, A. LEHMAN.

Trends in breast cancer presentation and care according to age in a single institution, Am J Surg 188(2004), 437-439.

29.ANA CRISTINA

Cancer du sein, chez la femme de 35 ans et moins. Thèse de médecine .Paris 7 .2005 .n°121.

30.JMORS S.

Breast, cancer in women aged 35 and under: prognosis survival. JR .Coll Surg .Edinb 2002 Dec ;47 (6)

31.S. BEN AHMED, S. ALOULOU, M. BIBI, A. LANDOLSI, M. NOUIRA, L. BEN FATMA, L. KALLEL, O. GHARBI, S. KORBI, H. KHAIRI, C. KRAIEM.

Pronostic du cancer du sein chez les femmes tunisiennes: analyse d'une série hospitalière de 729 patientes. Santé publique 2002; 14 (3), pp: 231-241.

32.MAALEJ M, FRIKHA H, BEN SALEM S, DAOUD J, BOUAOUINA N, BEN ABDALLAH M, et al.

Le cancer du sein en Tunisie : étude clinique et épidémiologique. Bull Cancer 1999;86:302-6.

33.D. HAMMOUDA, A. BOUHADEF, N. AIT-HAMADOUCHE.

Le cancer du sein à Alger : profil épidémiologique et facteurs de risque. Données du registre des tumeurs d'Alger 1993-2001.

34.CHAOUJ.A

Evolution épidémiologique des cancers génitaux de la femme au Maroc (1980- 2005). XXIV ème congrès médical national. Novembre 2005 : p107-114

35.ER-RAHHALY.R

Cancer du sein chez la femme jeune moins de 35 ans, à propos de 96 cas. Thèse de médecine : Rabat N°63/2008

36.BENJEDDI. Y

CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME JEUNE (1999-2005) Thèse de médecine Casablanca N°137 2006.

37.Sloan JA, Loprinzi CL, Kuross SA, Miser AW, O'Fallon JR, Mahoney MR, Heid IM, Bretscher ME, Vaught NL:

Randomized comparison of four tools measuring overall quality of life in patients with advanced cancer. J Clin Oncol 1998, 16:3662-3673.

38.Zieren HU, Jacobi CA, Zieren J, Muller JM:

[Assessment of quality of life after resection of colorectal carcinoma]. Chirurg 1996, 67:703-708; discussion 709.

39.Fermanian J:

[Measurement of agreement between 2 judges. Qualitative cases]. Rev Epidemiol Sante Publique 1984, 32:140-147.

- 40. Dazord A, Astolfi F, Guisti P, Rebetez MC, Mino A, Terra JL, Brochier C:**
Quality of life assessment in psychiatry: the Subjective Quality of Life Profile (SQLP)—first results of a new instrument. *Community Ment Health J* 1998, 34:525–535.
- 41. Bouchra LEMAAML A**
Thèse: Etude de la qualité de vie des patients suivis pour cancer colorectal à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, 2019
- 42. Falissard B:**
Mesurer la subjectivité en santé. Perspective méthodologique et statistique. Elsevier Masson edn. Issy Les Moulineaux; 2008.
- 43. Nunnally JC:**
Psychometric theory. McGraw Hill Book Company edn. New York; 1978.
- 44. Moret L, Chwalow J, Baudoin-Balleur C:**
[Evaluation of quality of life: construction of a scale]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1993, 41:65–71.
- 45. Leplege A, Mesbah M, Marquis P:**
[Preliminary analysis of the psychometric properties of the French version of an international questionnaire measuring the quality of life: the MOS SF-36 (version 1.1)]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995, 43:371–379.
- 46. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D:**
Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993, 46:1417–1432.
- 47. Bergner M, Bobbitt RA, Pollard WE, Martin DP, Gilson BS:**
The sickness impact profile: validation of a health status measure. *Med Care* 1976, 14:57–67.
- 48. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS:**
The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981, 19:787–805.
- 49. Chwalow AJ, Lurie A, Bean K, Parent du Chatelet I, Venot A, Dusser D, Douot Y, Strauch G:**
A French version of the Sickness Impact Profile (SIP): stages in the cross cultural validation of a generic quality of life scale. *Fundam Clin Pharmacol* 1992, 6:319–326.
- 50. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E:**
The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med A* 1981, 15:221–229.
- 51. Bucquet D, Condon S, Ritchie K:**
The French version of the Nottingham Health Profile. A comparison of items weights with those of the source version. *Soc Sci Med* 1990, 30:829–835.

52. Ware JE, Jr., Sherbourne CD:

The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992, 30:473-483

53. McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE:

The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993, 31:247-263.

54. McHorney CA, Ware JE, Jr., Lu JF, Sherbourne CD:

The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994, 32:40-66.

55. Leplege A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV: The French SF-36

Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol* 1998, 51:1013-1023.

56. NORMAN SARTORIUS .

Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993, 2:153-159.

57. EuroQol—

a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health Policy* 1990, 16:199-208.

58. Schraub S, Conroy T:

Qualité de vie et cancérologie. John Libbey Eurotext edn. Paris; 2002

59. Schipper H, Clinch J, McMurray A, Levitt M:

Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index-Cancer: development and validation. *J Clin Oncol* 1984, 2:472-483.

60. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, Silberman M, Yellen SB, Winicour P, Brannon J, et al.:

The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993, 11:570-579.

61. Osoba D, Zee B, Pater J, Warr D, Kaizer L, Latreille J.

Psychometric properties and responsiveness of the EORTC quality of Life Questionnaire (QLQC30) in patients with breast, ovarian and lung cancer. *Qual Life Res* 1994;3(5):353-64.

62. Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC:

The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosom Res* 1995, 39:315-325.

63. Smets EM, Garssen B, Cull A, de Haes JC:

Application of the multidimensional fatigue inventory (MFI-20) in cancer patients receiving radiotherapy. *Br J Cancer* 1996, 73:241-245.

- 64. Gentile S, Delaroziere JC, Favre F, Sambuc R, San Marco JL:**
Validation of the French 'multidimensional fatigue inventory' (MFI 20). *Eur J Cancer Care (Engl)* 2003, 12:58–64.
- 65. Mendoza TR, Wang XS, Cleeland CS, Morrissey M, Johnson BA, Wendt JK, Huber SL:**
The rapid assessment of fatigue severity in cancer patients: use of the Brief Fatigue Inventory. *Cancer* 1999, 85:1186–1196.
- 66. Spielberger CD:**
Inventaire d'anxiété état-trait. Adaptation française de BruchonSchweitzer M et Paulhan I. Paris: Éditions du Centre de psychologie appliquée; 1993.
- 67. Zigmond AS, Snaith RP:**
The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67:361–370.
- 68. Jaeschke R, Singer J, Guyatt GH.**
Measurement of health status: ascertaining the minimal clinically important difference. *Control Clin trials* 1989; 10(4): 407– 415.
- 69. Osoba D, Rodrigues G, Myles J, Zee B, Pater J.**
Interpreting the significance of changes in health-related quality of life scores. *J Clin Oncol* 1998; 16(1): 139– 144.
- 70. Guyatt GH, Osoba D, Wu AW, Wyrwich KW, Norman.**
Clinical significance consensus meeting group. Methods to explain the clinical significance of health status measures. *Maya Clin proc* 2002; 77(4): 371–383.
- 71. Frost MH, Bonomi CE, Ferrans CE, Wong GY, Hays RD.**
Clinical significance consensus meeting group. Patient, clinician and population perspectives on determining the clinical significance of quality of life assessment in oncology: a summary for clinicians. *Support care cancer* 2006;14(10):488–494.
- 72. Sloan JA, Frost MMH, Berzon R, Dueck A, Guyatt G, Moinpour C, Sprengers M, Ferrans C, Cella D.**
Clinical significance consensus meeting group. The clinical significance of quality of life assessment in oncology: a summary for clinicians. *Support care cancer* 2006. 14(10): 988–998
- 73. Lydick F, Epstein RS.**
Interpretation of quality of life changes. *Qual life Res* 1993;2(3): 221–226.
- 74. Collan J.**
statistical power analysis for the behavioural sciences. Academic New York, 1988.
- 75. Croby RD, Kollotkin RL, Williams GR.**
Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. *J Clin Epidemiol* 2003; 56(5):395–407.

76. Julie G. Trudel

Thèse : Qualité de vie et communication entre soignant et soignée auprès de femmes atteintes de cancer du sein : approche longitudinale présentée, 2010

77. Abeloff, M. D., Wolff, A. C., Weber, B. L., Zaks, T. Z., Sacchini, V., et McCormick, B. (2008).

Cancer of the breast. Dans M. D. Abeloff, et al. (Éds.), *Abeloff's Clinical Oncology* (4th edition) (pp. 1875–1934). Philadelphia, PA : Churchill Livingstone Elsevier.

78. Chapman, D. D., et Moore, S. (2005).

Breast cancer. Dans C. H. Yarbro, et al. (Éds.), *Cancer Nursing: Principles and practice* (6th edition) (pp. 1022–1088). Sudbury, MA : Jones and Bartlett Publishers

79. de Jong, N., Candel, M. J. J. M., Schouten, H. C., Abu-Saad, H. H., et Courtens, A. M. (2004).

Prevalence and course of fatigue in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Annals of Oncology*, 15, 896–905.

80. Dizon, D. S. (2009).

Quality of life after breast cancer: Survivorship and sexuality. *The Breast Journal*, 15(5), 500–504.

81. Dow, K. H., et Kalinowski, B. H. (2004).

Nursing care in patient management and quality of life. Dans J. R. Harris, M. E. Lippman, M. Morrow, et C. K. Osborne (Éds.), *Diseases of the Breast* (3rd edition) (pp. 1387–1404). Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins.

82. Krumm, S. L., Bucholtz, J., Ziegfeld, C., Burks, K., Wainstock, J. M., DeClue, C. B., et al. (2002).

Nursing care. Dans W. L. Donegan, et J. S. Spratt (Éds.), *Cancer of the Breast* (5th edition) (pp. 763–791). Philadelphia : Saunders.

83. Oktay, K., Oktem, O., Reh, A., et Vahdat, L. (2006b).

Measuring the impact of chemotherapy on fertility in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 4044–4046.

84. Reid-Arndt, S. A. (2009).

Breast cancer and “chemobrain”: The consequences of cognitive difficulties following chemotherapy and the potential for recovery. *Missouri Medicine*, 106(2), 127–131

85. Rowland, J. H., et Massie, M. J. (2004).

Issues in breast cancer survivorship. Dans J. R. Harris, et al. (Éds.), *Diseases of the Breast* (3rd edition) (pp. 1419–1452). Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins

86. Saglier, J. (2005).

La femme et le cancer du sein. Paris, France : Odile Jacob.

87. Savard, M. H., Savard, J., Quesnel, C., et Ivers, H. (2009).

The influence of breast cancer treatment on the occurrence of hot flashes. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(4), 687–697.

88.Schrodt, G. R., et Sephton, S. E. (2002).

Psychosocial aspects of breast cancer. Dans W. L. Donegan, et J. S. Spratt (Éds.), *Cancer of the Breast* (fifth edition) (pp. 959–966). Philadelphia : Saunders

89.Stewart, A., Bielajew, C., Collins, B., Parkinson, M., et Tomiak, E. (2006).

A meta-analysis of the neuropsychological effects of adjuvant chemotherapy treatment in women treated for breast cancer. *The Clinical Neuropsychologist*, 20, 76–89.

90.Haffty, B. G., Buchholz, T. A., et Perez, C. A. (2008).

Early stage breast cancer. Dans E. C. Halperin et al. (Éds.), *Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology* (5th edition) (pp. 1259–1291). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

91.Hayes, D. F. (2007).

Follow-up of patients with early breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 356(24), 2505–2513.

92.Kirova, Y. M., de Rycke, Y., Gambotti, L., Pierga, J-Y., Asselain, B., et Fourquet, A. (2008).

Second malignancies after breast cancer: The impact of different treatment modalities. *British Journal of Cancer*, 98(5), 870–874

93.Parker, P. A., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, E. R., et al. (2007).

Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14(11), 3078–3089.

94.Stone, P., Richards, M., A'Hern, R., et Hardy, J. (2001).

Fatigue in patients with cancers of the breast or prostate undergoing radical radiotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(6), 1007–1015.

95.Boehm, D. U., Le Brecht, A., Eckhardt, Y., Albrich, S., Schmidt, M., Siggelkow, W., et al. (2009).

Quality of life and adjuvant tamoxifen treatment in breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 18(5), 500–506.

96.Cella, D., et Fallowfield, L. J. (2008).

Recognition and management of treatment-related side effects for breast cancer patients receiving adjuvant endocrine therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 107, 167–180.

97.Chap, L. I., Barsky, S. H., Bassett, L. W., et Haskell, C. M. (2001).

Natural history and pretreatment assessment. Dans C. M. Haskell (Éd.), *Cancer treatment* (5th edition) (pp. 507–532). Philadelphia, PA : W. B. Saunders Company.

98.Dow, K. H., et Kalinowski, B. H. (2004).

Nursing care in patient management and quality of life. Dans J. R. Harris, M. E. Lippman, M. Morrow, et C. K. Osborne (Éds.), *Diseases of the Breast* (3rd edition) (pp. 1387–1404). Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins.

- 99. Mourits, M. J., de Vries, E. G., Willemse, P. H., Ten Hoor, K. A., Hollema, H., van der Zee, A. G. (2001).**
Tamoxifen treatment and gynecologic side effects: A review. *Obstetrics and Gynecology*, 97, 855–866.
- 100. Holland, J. C., et Rowland, J. H. (1991).**
Psychological reactions to breast cancer and its treatment. Dans J. R. Harris, et al. (Éds.), *Breast Diseases* (2nd edition) (pp. 849–866). Philadelphia, PA : Lippincott.
- 101. Balwanz, P., Carlos, K., Johnson, J., et Peters, J. (2006).**
Nordie's at noon: The personal stories of four women "too young" for breast cancer. Cambridge, MA : Da Capo Press.
- 102. Lanctôt, D. (2006).**
Tu n'es pas seule. L'expérience du cancer : paroles de femmes. Montréal, Québec : Les Éditions de l'homme.
- 103. Lemieux, J., Maunsell, E., et Provencher, L. (2008).**
Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: A literature review. *PsychoOncology*, 17, 317–328.
- 104. Esplen, M. J. (2007).**
Distress, body image, sexuality and self-identity and implications for treatment. Dans L. Elit (Éd.), *Women and Cancer* (pp. 181–202). New York, NY : Nova Science Publishers.
- 105. Allen, J. D., Savadatti, S., et Gurmankin Levy, A. (2009).**
The transition from breast cancer "patient" to "survivor". *Psycho-Oncology*, 18, 71–78.
- 106. Knobf, M. T. (2007).**
Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71–83.
- 107. Rowland, J. H., et Massie, M. J. (1998).**
Breast cancer. Dans J. C. Holland (Éd.), *PsychoOncology* (pp. 380–401). New York, NY : Oxford University Press.
- 108. Kennedy, F., Haslam, C., Munir, F., et Pryce, J. (2007).**
Returning to work following cancer: A qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European Journal of Cancer Care*, 16, 17–25.
- 109. Shannon, C. S., et Bourque, D. (2005).**
Overlooked and underutilized : The critical role of leisure interventions in facilitating social support throughout breast cancer treatment and recovery. *Social Work in Health Care*, 42(1), 73–92.
- 110. Ganz, P. A., et Coscarelli, A. (2001).**
Cancer rehabilitation. Dans C. M. Haskell (Éd.), *Cancer treatment* (5th edition) (pp. 381–392). Philadelphia, PA : W. B. Saunders Company.

111. **Petrie, W., Logan, J., et DeGrasse, C. (2001).**
Research review of the supportive care needs of spouses of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(10), 1601–1607.
112. **Zahlis, E. H., et Shands, M. E. (1991).**
Breast cancer : Demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(1), 75–93.
113. **Hilton, B. A., Crawford, J. A., et Tarko, M. A. (2000).**
Men's perspectives on individual and family coping with their wives' breast cancer and chemotherapy. *Western Journal of Nursing Research*, 22(4), 438–459.
114. **Taenzer P, Bultz BD, Carlson LE, specia M, DeGagne T, Olson K, Doll R, Rosberger Z.**
Immmmpact of computerized quality of life screening on physician behavior and patient satisfaction in lung cancer outpatients. *Psychooncology* 2000; 9(3): 203–213.
115. **Wright EP, Sellby PJ, Crawford M, Gillibrand A, Johnston C, Perren TJ and al.**
Feasibility and compliance of automated measurement of quality of life in oncology practice. *J Clin Oncol* 2003; 21(2): 374–382.
116. **Dolbeault S, Bredart A, spano JP, Joly F.**
Qualité de vie: du concept théorique à son utilisation pratique. *Rev Francoph Psycho-oncologie* 2004;4:211–215.
117. **Donaldson MS.**
Taking stock of health-related quality of life in oncology practice in the United States. *J Natl cancer Inst Monogr* 2004; 33:155–167.
118. **Greenhalgh J, Meadows K:**
The effectiveness of the use of patient-based measures of health in routine practice in improving the process and outcomes of patient care: a literature review. *J Eval Clin Pract* 1999, 5(4):401– 416
119. **Espallargues M, Valderas JM, Alonso J:**
Provision of feedback on perceived health status to health care professionals: a systematic review of its impact. *Med Care* 2000, 38(2):175–186
120. **McHorney CA:**
Health status assessment methods for adults: past accomplishments and future challenges. *Annu Rev Public Health* 1999, 20:309–335.
121. **Ganz PA:**
Why and how to study the fate of cancer survivors: observations from the clinic and the research laboratory. *Eur J Cancer* 2003, 39(15):2136–2141.

- 122. Oberguggenberger A, Hubalek M, Sztankay M, Meraner V, Beer B, Oberacher H, Giesinger J, Kemmler G, Egle D, Gamper EM et al:**
Is the toxicity of adjuvant aromatase inhibitor therapy underestimated Complementary information from patient-reported outcomes (PROs). *Breast Cancer Res Treat* 2011, 128(2):553– 561.
- 123. Plan Cancer 2014–2019 [<http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer?gclid=CKaWrOJz78CFcKSwwodxBgAkg>]**
- 124. Patient Reported Outcomes Following Initial treatment and Long term Evaluation [<http://www.profilesregistry.nl/>]**
- 125. van de Poll-Franse LV, Horevoorts N, van Eenbergen M, Denollet J, Roukema JA, Aaronson NK, Vingerhoets A, Coebergh JW, de Vries J, Essink-Bot ML et al:**
Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries
- 126. ABC**
- 127. Baize N, Mounier N, Bongain A, Spano J-P.**
Féminité et cancer du sein, approche particulière de l'annonce en cancérologie. *Bull Cancer* (Paris). 2008 Sep;95(9):849–57.
- 128. Helms RL, O'Hea EL, Corso M.**
Body image issues in women with breast cancer. *Psychol Health Med*. 2008 May;13(3):313–25.
- 129. Eltahir Y, Werners LLCH, Dreise MM, van Emmichoven IAZ, Jansen L, Werker PMN, et al.**
Quality-of-life outcomes between mastectomy alone and breast reconstruction: comparison of patient-reported BREAST-Q and other health-related quality-of-life measures. *Plast Reconstr Surg*. 2013 Aug;132(2):201e–209e.
- 130. Ligue Contre Le Cancer.**
La reconstruction du sein après un cancer. LNCC ; 2008.
- 131. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer.**
Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations 2004 pour la prise en charge des carcinomes canalaire in situ du sein. Paris : FNCLCC ; 2004.
- 132. Agarwal S, Liu JH, Crisera CA, Buys S, Agarwal JP.**
Survival in breast cancer patients undergoing immediate breast reconstruction. *Breast J*. 2010 Oct;16(5):503–9.
- 133. Lindford AJ, Siponen ET, Jahkola TA, Leidenius MHK.**
Effect of delayed autologous breast reconstruction on breast cancer recurrence and survival. *World J Surg*. 2013 Dec;37(12):2872–82.
- 134. Ho Quoc C, Delay E.**
Reconstruction mammaire après mastectomie. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2013 février;42(1):29–39.

135. Henry M, Baas C, Mathelin C.

Reconstruction mammaire après cancer du sein : les motifs du refus. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2010 Mar;38(3):217-23.

136. QUENTIN F, Haute Autorité de Santé.

Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre de l'abdomen, avec anastomose vasculaire. Technique DIEP. 2011 juillet.

137. Zhong T, Fernandes KA, Saskin R, Sutradhar R, Platt J, Beber BA, et al.

Barriers to Immediate Breast Reconstruction in the Canadian Universal Health Care System. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 2014 Jun 2;

138. THIPHAINE MENEZ

Thèse : Évaluation multicentrique de la qualité de vie et de la satisfaction des patientes selon le questionnaire BREAST-Q© après reconstruction mammaire pour cancer par lambeau de DIEP ou lambeau de muscle grand dorsal, présentée 2014 ; Université Bordeaux 2 Victor Segalen

139. Araco A, Caruso R, Araco F, Overton J, Gravante G.

Capsular contractures: a systematic review. Plast Reconstr Surg. 2009 Dec;124(6):1808-19

140. Uda H, Sugawara Y, Sarukawa S, Sunaga A.

Brava and autologous fat grafting for breast reconstruction after cancer surgery. Plast Reconstr Surg. 2014 Feb;133(2):203-13.

141. Contant CM, van Wersch AM, Wiggers T, Wai RT, van Geel AN.

Motivations, satisfaction, and information of immediate breast reconstruction following mastectomy. Patient Educ Couns. 2000 Jun;40(3):201-8.

142. Pusic AL, Klassen AF, Snell L, Cano SJ, McCarthy C, Scott A, et al.

Measuring and managing patient expectations for breast reconstruction: impact on quality of life and patient satisfaction. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2012 Apr;12(2):149-58

143. Centre international de recherche sur le cancer, Lyon – France en collaboration avec : Le Ministère de la Santé, Royaume du Maroc et La Fondation Lalla Salma

Prévention et traitement des cancers : Programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus du Maroc Etat de la mise en œuvre, organisation et résultats, 2017

144. Dr Loïc BOULANGER, Pr Denis VINATIER Service de chirurgie gynécologique et mammaire Dr Marion DEWAILLY, Dr Nathalie FAYE Service d'imagerie de la femme Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille

QUAND DEMANDER UNE IRM MAMMAIRE ? publié 2015

145. Docteur Thierry Delorme

La douleur en cancérologie / Institut national du cancer, 2010

146. Géraldine Lalu

Douleur-Qualité de vie / Institut national du cancer, 2009

- 147. Pierre Saltel, Valérie Bonadona, Sylvie Dolbeault, Wadih Rhondali, Emmanuel. Delay,**
Chirurgie prophylactique des cancers avec prédisposition génétique DIMENSION
PSYCHOLOGIQUE DU RECOURS À LA MASTECTOMIE OU À L'ANNEXECTOMIE PROPHYLACTIQUE.
Institut national du cancer, 2009
- 148. P. Leblanc-Talent**
Mastectomie prophylactique : la meilleure et... la pire des "solutions"
- 149. Fatima Ez-zahra BEJJOU**
Thèse : Qualité de vie des patients suivis pour cancers; expérience des services oncologie-
médecine interne HMA, 2019
- 150. Géraldine Lalu**
Fatigue-Qualité de vie / Institut national du cancer, 2005
- 151. Tattersall MH.**
Multidisciplinary team meet-ings: where is the value? Lancet Oncol 2006;7:886-8.
- 152. Orgerie MB, Duchange N, Pélicier N, Chapet S, Dorval E, Rosset P, Lemarié E, Hervé C, Moutel G.**
La réunion de concertation pluridisciplinaire : quelle place dans la décision médicale en
cancérologie ? Bull Cancer 2010;97(2):255-64.
- 153. Hermes.**
Système d'aide à l'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires. Description
du projet SAOCCP. http://www.hermes.asso.fr/hermes/jsp/site/Portal.jsp?page_id=136
- 154. Asma Ennaoui**
Thèse : Impact sur la décision de la réunion de la concertation multidisciplinaire en onco-
urologie, 2019
- 155. Judith PASSILDAS JAHANMOHAN**
Thèse : LES CANCERS DU SEIN AGRESSIFS : CONSÉQUENCES DE LA MÉNOPAUSE CHIMIO-
INDUITE CHEZ LES FEMMES JEUNES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN NON MÉTASTATIQUE ET
FACTEURS PRONOSTIQUES DE LA RECHUTE DU CANCER DU SEIN TRIPLE NÉGATIF, 2019

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 والطلح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخا 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 057

سنة 2021

**تأثير التدبير العلاجي لسرطان الثدي على نوعية حياة
المريضات الشابات
الأطروحة**

قدمت ونوقشت علانية يوم 04/05/2021
من طرف

الآنسة : خولة عمراني

المزودة في 20-07-1994 ب مراكش
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية:

نوعية الحياة - استفتاء QLQ-BR23/QLQ-C30 - سرطان الثدي - المريضات الشابات

اللجنة

الرئيس

م. عثمان

السيد

أستاذ في الفحص بالأشعة

المشرف

ر. البرني

السيد

أستاذ في الجراحة العامة

إ. السعدي

السيد

أستاذ في طب الأورام

خ. ترابي

السيد

أستاذ في الجراحة التقيومية و التجميلية

الحكام

