

DEDICACES

A feu ma mère

A mon père

A ma femme

A mes enfants

A mes frères et sœurs

A tous mes amis

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements :

*Au Professeur Chakib NEJJARI, chef de service du laboratoire
d'épidémiologie, recherche clinique et santé communautaire*

*Aux Professeurs Samira EL FAKIR, Karima El RAZI, Mohamed
BERRAHO, Nabil TACHFOUTI, tous en service au laboratoire
d'épidémiologie, recherche clinique et santé communautaire de la
faculté de médecine et de pharmacie de Fez,*

*Aux femmes qui ont accepté de participer à cette étude,
A mes aînés, promotionnaires et cadets du laboratoire
d'épidémiologie, recherche clinique et santé communautaire de la
faculté de médecine et de pharmacie de Fez,*

*-A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la
réalisation de ce travail.*

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	5
RESUME.....	6
INTRODUCTION	7
CONTEXTE.....	10
OBJECTIFS	36
MATERIEL ET METHODES	38
RESULTATS.....	41
DISCUSSIONS.....	47
CONCLUSION.....	50
REFERENCES	52

ABREVIATIONS

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 Health 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

RESUME

Introduction : La qualité de vie a une place importante dans le devenir des patients atteints de cancer du sein. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'évolution de la qualité de vie des patients atteints de cancers du sein au Maroc après une année de suivi.

Matériels et Méthodes : L'étude a concerné les patientes atteintes du cancer de sein avec tous les types de traitement tels que déterminés par leurs médecins. La qualité de vie des patientes a été évaluée avec la version arabe marocaine des questionnaires EORTC QLQ- C30 et EORTC QLQ-BR23. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 20.

Résultats : Concernant le questionnaire EORTC QLQ C-30, on a constaté une amélioration significative de l'état de santé global et de toutes les échelles de la dimension fonctionnelle à l'exception de l'échelle sociale où il y avait une tendance à l'amélioration et l'impact financier de la maladie où la situation s'est dégradée. La qualité de vie a été améliorée aussi pour les échelles de la dimension des symptômes de l'EORTC QLQ- C30 sauf pour l'échelle de diarrhée où elle s'est empirée.

La plupart des échelles du questionnaire EORTC QLQ-BR23 ont montré une évolution favorable de la qualité de vie excepté celles de la fonction sexuelle, la jouissance sexuelle, la perte des cheveux et les effets secondaires du traitement systémique.

Conclusion : L'utilisation des instruments de la qualité de la vie peut être utile dans l'identification précoce des patients qui obtiennent de faibles résultats sur les échelles fonctionnelles et les symptômes.

Mots clés : Questionnaires ; qualité de vie ; cancer de sein

INTRODUCTION

Le cancer du sein est la tumeur maligne la plus fréquente chez les femmes partout dans le monde. À l'heure actuelle, l'incidence du cancer du sein en Europe est de 94,3 pour 100 000 avec une mortalité de 26 pour 100 000 [1]. Le cancer du sein représente un tiers des cancers diagnostiqués chez les femmes aux Etats Unis et est la deuxième cause de décès par cancer dans le monde [2,3]. En France, en 2011, on dénote 53000 cas de cancer du sein sur 365 000 cas de cancers diagnostiqués [4]. D'autre part, toujours en France, la proportion des sujets jeunes est de plus en plus importante : 60% des femmes atteintes d'un cancer de sein ont moins de 65 ans [5]. Au Maroc, le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme (33,4%) [6]. Grâce aux programmes de dépistage et les progrès dans le traitement oncologique, il a été possible d'atteindre un taux de survie de plus de 80% à 5 ans de suivi pour les cancers du sein [3].

Au cours de la période 2002-2007, les taux de mortalité dus au cancer du sein ont diminué de 6,9% dans l'union européenne et de 6,3% en Lituanie. Près de 70 à 80% des patients atteints de cancer du sein restent vivants, et la qualité de vie (QdV) occupe une place importante dans le bien-être des femmes [7].

La qualité de vie appropriée est l'un des principaux déterminants de la réussite thérapeutique en oncologie moderne [8]. La qualité de vie liée à la santé est désormais considérée comme un important critère d'évaluation dans les essais cliniques sur le cancer. Il a été démontré que l'évaluation de la qualité de vie chez les patients cancéreux pourrait contribuer à l'amélioration du traitement et pourrait même être aussi des facteurs pronostiques [9,10].

Pour évaluer la qualité de vie, plusieurs échelles peuvent être utilisées. En oncologie, le questionnaire sur la qualité de vie de l'organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC QLQ-C30) et son module spécifique du sein QLQ-BR23 [11,12] sont sans doute les plus utiles parce qu'ils sont fiables,

simples, possibles, facile à répondre et validées dans plusieurs langues européennes. Ces instruments de mesure de la qualité de vie ont été largement utilisés dans de nombreux essais mondiaux.

En outre des études indiquent que les échelles de la qualité de vie fournissent des informations pronostiques en plus de celles des mesures sociodémographiques et cliniques et, d'ailleurs et peuvent aider à prédire la survie chez les patientes atteints de cancer du sein [13].

Au Maroc, l'introduction de la notion de qualité de vie est récente. Les versions dialectales arabes marocaines des questionnaires EORTC QLQ-C30, QLQ-BR23 ont été validées et peuvent être utilisées pour évaluer l'évolution de la qualité de vie des patients atteints de cancer du sein [14].

Contextes

1. Le cancer du sein

1.1. Epidémiologie du cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde et représente 16% de l'ensemble des cancers féminins. On estime à 519 000 le nombre de femmes qui sont mortes en 2004 du cancer du sein. Bien que l'on considère cette maladie comme une maladie du monde développé, une majorité (69%) de l'ensemble des décès par cancer du sein surviennent dans les pays en développement [15].

Les taux d'incidence varient énormément dans le monde, les taux standardisés pour l'âge atteignant 99,4 pour 100 000 en Amérique du Nord. L'Europe orientale, l'Amérique du Sud, l'Afrique du Sud et l'Asie occidentale ont des taux d'incidence modérés, mais ceux-ci sont en hausse. Les taux d'incidence les plus faibles sont constatés dans la majeure partie des pays africains, mais là aussi les taux d'incidence du cancer du sein sont en hausse.

Selon des chiffres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur l'incidence du cancer au Maroc en 2014, le cancer du sein arrive en tête chez la femme avec 6.650 cas, suivi du cancer du col de l'utérus (2.258 cas), le cancer du côlon et du rectum (1.126) le cancer de la thyroïde (929) et le cancer de l'ovaire (735).

1.2. Facteurs de risque

Les facteurs de risque du cancer peuvent être classés en deux catégories :

Ø Les facteurs propres à l'individu [16]

- L'âge (le risque augmente avec l'âge)
- Les facteurs hormonaux : règles précoces, nulliparité, ménopause et première grossesse tardives
- L'absence d'allaitement maternel
- Les femmes présentant des lésions épithéliales prolifératrices (hyperplasie canalaire ou lobulaire atypique)
- Une prédisposition génétique (5 à 10% des cancers du sein) : antécédent personnel de cancer de sein, mutation de gène suppresseur de tumeur BRCA1 ou BRCA2, mutation du gène de la protéine p53.

Ø Les facteurs environnementaux

- L'utilisation d'hormone exogène (contraception orale précoce, traitement hormonal substitutif) [16]
- Les facteurs alimentaires (apport calorique élevé, consommation élevée de graisse animale totale et saturée) [17]
- La surcharge pondérale après ménopause [16]
- La consommation d'alcool (> 10g/jour) [18]
- L'exposition à des radiations ionisantes [16]

1.3. Symptômes

Il est possible que le cancer du sein ne cause aucun signe ni symptôme aux tout premiers stades de la maladie. Les symptômes apparaissent quand la tumeur au sein est suffisamment grosse pour qu'on sente la masse au toucher ou quand le cancer s'est propagé aux tissus et organes voisins. D'autres affections médicales peuvent causer les mêmes symptômes que le cancer du sein.

Le symptôme le plus fréquent du carcinome canalaire est une masse ferme ou dure qui est très différente du reste du tissu mammaire. Elle peut sembler fixée à la peau ou au tissu mammaire voisin. La masse ne rétrécit pas ou ne disparaît pas et ne réapparaît pas au cours du cycle menstruel. Elle peut être sensible mais n'est généralement pas douloureuse. (La douleur est plus souvent le symptôme d'une affection non cancéreuse.)

Il arrive souvent que le carcinome lobulaire ne forme pas de masse. On a plus l'impression que le tissu mammaire s'épaissit ou durcit.

Les autres symptômes du cancer du sein canalaire ou lobulaire peuvent être ceux-ci :

- masse à l'aisselle (creux axillaire)
- changement de la taille ou de la forme du sein
- changements mamelonnaire, comme un mamelon qui commence soudainement à pointer vers l'intérieur (mamelon inversé)
- écoulement du mamelon sans qu'on le comprime ou qui est teinté de sang
- Les signes et symptômes tardifs se manifestent quand la masse cancéreuse grossit ou se propage à d'autres parties du corps, dont d'autres organes :
- douleur osseuse
- perte de poids
- nausées

- perte d'appétit
- jaunisse
- essoufflement
- toux
- maux de tête
- vision double
- •faiblesse musculaire

Le cancer inflammatoire du sein et la maladie de Paget du sein causent des symptômes différents.

1.4. Diagnosics

Le diagnostic est un processus qui permet d'identifier la cause d'un problème de santé. Le cancer du sein est le plus souvent découvert lors de quatre occasions :

- Soit lorsque la patiente découvre une boule ou une anomalie au niveau du sein (écoulement par le mamelon, mamelon rétracté, asymétrie ou ride) ou dans une aisselle
- Soit lors d'une consultation de dépistage
- Soit lors d'une consultation habituelle chez le gynécologue
- Soit lors de la surveillance d'un premier cancer du sein.

Un bilan diagnostique est alors réalisé afin de confirmer que l'anomalie suspectée est bien un cancer. Il précise le type, détermine la taille et évalue s'il s'est propagé dans d'autres parties du corps.

Dans un premier temps, un examen est réalisé. Il comporte d'abord un interrogatoire sur les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux personnels et familiaux de la patiente, puis un examen physique approfondi et complets des seins (taille, mobilité, localisation de la tumeur, aspect de la peau,

forme du mamelon et de l'aréole, palpation des aires ganglionnaires. L'examen physique est généralement complété par une mammographie des deux seins associée à une échographie mammaire et axillaire bilatérale en cas de difficulté de lecture de la mammographie ou de densité mammaire importante.

Dans un second temps, les examens complémentaires sont effectués afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic. Une ponction des cellules (cytoponction) peut être réalisée afin de connaître le caractère cancéreux non des cellules par un examen cytologique.

Cependant, cet examen ne permet de préciser le caractère infiltrant de l'anomalie. Pour cela, une biopsie (biopsie à aiguille ou biopsie chirurgicale) est nécessaire et consiste à prélever des fragments de tissu dans le sein au niveau de l'anomalie pour effectuer un examen histologique.

Enfin, en fonction des résultats de l'examen clinique, de la mammographie, et de l'histologie, d'autres examens peuvent être prescrits : radiographie du thorax, scintigraphie osseuse, scanner, échographie abdominale, ou imagerie par résonance magnétique (IRM).

L'ensemble des examens du bilan diagnostique permet d'élaborer un plan thérapeutique, c'est-à-dire de proposer à la patiente le ou les traitements adaptés à sa situation et la meilleure façon de les réaliser.

1.5. Classifications histologiques des tumeurs du sein

1.5.1. Les carcinomes

Les carcinomes sont des proliférations malignes de nature épithéliales. Ils représentent 95% des tumeurs malignes du sein. Ils se développent à partir des cellules des canaux (cancer canalaire) et des lobules (cancer lobulaire). On les appelle des adénocarcinomes (classification de l'OMS 2003). On distingue :

Les carcinomes non infiltrant ou in situ

Le carcinome intra canalaire ou canalaire in situ (CCIS) : il se définit comme un carcinome se développant dans le canal, n'infiltrant pas le tissu conjonctif. C'est le plus fréquent : huit cancers sur dix sont des cancers canaux in situ.

Le carcinome lobulaire in situ (CLIS) : il est plus rare. Il se définit comme un carcinome intéressant les canicules intra lobulaires comblées et distendues par une prolifération de cellule de petites tailles sans envahissement du tissu conjonctif voisin.

Les carcinomes infiltrants

- Le carcinome canalaire infiltrant : c'est la forme la plus fréquente : 80% des cancers. Il peut présenter trois types d'architectures : bien différenciées avec des structures tubulaires prédominantes, moyennement différencié et indifférencié avec une absence de structures glandulaires.
- Le carcinome lobulaire infiltrant : il représente 5 à 15 % des cancers. Il est défini par l'aspect morphologique des cellules invasives. Il s'agit de cellules de petites tailles, cohésives, avec peu de mitoses, dispersées ou arrangées en file indienne au sein d'un stroma fibreux.
- Le carcinome tubuleux : il s'agit d'une forme très bien différenciée, composée de tubes constitués d'une seule couche de cellules, associées à un stroma fibreux.

- Le carcinome produisant de la mucine : il s'agit d'un carcinome riche en mucus extracellulaire.
- Le carcinome médullaire : il représente 1 à 6% des cancers. Il s'agit d'un carcinome bien limité constitué de nappes de cellules peu différenciées dans un stroma peu abondant, lymphoïde.

1.5.2. La maladie de Paget

Il s'agit de l'extension intra épidermique mamelonnaire d'un adénocarcinome galactophorique sous-jacent invasif ou non. La prolifération est constituée de cellules isolées, claires au sein de l'épiderme.

1.5.3. Autres tumeurs

Tumeur phyllode (tumeur fibro-épithéliale) : l'architecture de cette tumeur est celle d'un fibroadénome dont le contingent conjonctif prolifère. On distingue trois catégories : bénigne, de malignité intermédiaire et maligne, selon la limitation de la tumeur, la quantité de structures épithéliales, le nombre de mitoses et la présence d'atypies nucléaires.

- Les sarcomes : ils sont identiques à ceux d'autres localisations. L'angiosarcome est le plus fréquent.

1.6. Stades du cancer du sein

La stadification décrit ou classe un cancer en fonction de la quantité de cancer présente dans le corps et de son emplacement lors du diagnostic initial. C'est ce qu'on appelle souvent l'étendue du cancer. On se sert de l'information révélée par les examens pour savoir quelle est la taille de la tumeur, quelle partie du sein est atteinte par le cancer, si le cancer s'est propagé à partir de son lieu d'origine et où il s'est propagé. Votre équipe de soins a recours au stade pour planifier votre traitement et prévoir l'issue (votre pronostic).

Le système de stadification le plus fréquemment employé pour le cancer du sein est la classification TNM. Dans le cas du cancer du sein, il y a 5 stades, soit le stade 0 suivi des stades I à IV. Pour les stades 1 à 4, on utilise souvent les chiffres romains I, II, III et IV.

Ø Stade 0 (carcinome in situ)

L'un des énoncés suivants s'applique :

- Les cellules cancéreuses se trouvent seulement dans le revêtement d'un canal mammaire. C'est un carcinome canalaire in situ (CCIS).
- Il y a une accumulation de cellules anormales dans les lobules du sein. C'est un carcinome lobulaire in situ (CLIS).
- On observe la maladie de Paget sans carcinome infiltrant, CCIS ou CLIS.

Ø Stade 1A

La tumeur mesure 2 cm ou moins.

Ø Stade 1B

La tumeur mesure 2 cm ou moins ou on ne détecte aucune tumeur dans le sein. On observe un petit nombre de cellules cancéreuses dans les ganglions lymphatiques (micrométastases). Chaque ganglion atteint par le cancer ne mesure pas plus de 2mm.

Ø Stade 2A

La tumeur mesure 2 cm ou moins ou on ne détecte aucune tumeur dans le sein. On observe des cellules cancéreuses dans 1 à 3 ganglions lymphatiques de l'aisselle (ganglions axillaires), dans des ganglions lymphatiques situés à l'intérieur du thorax, autour du sternum (ganglions mammaires internes) ou dans ces deux régions.

Ou

La tumeur mesure plus de 2 cm mais pas plus de 5 cm.

Ø Stade 2B

La tumeur mesure plus de 2 cm mais pas plus de 5 cm. Le cancer s'est également propagé à 1 à 3 ganglions lymphatiques axillaires, aux ganglions lymphatiques mammaires internes ou à ces deux régions.

Ou

La tumeur mesure plus de 5 cm.

Ø Stade 3A

La tumeur mesure 5 cm ou moins ou on ne détecte aucune tumeur dans le sein. On observe des cellules cancéreuses dans 4 à 9 ganglions lymphatiques axillaires ou dans des ganglions lymphatiques mammaires internes mais pas dans des ganglions axillaires.

Ou

La tumeur mesure plus de 5 cm. Le cancer s'est également propagé à 1 à 9 ganglions lymphatiques axillaires ou à des ganglions lymphatiques mammaires internes ou bien il peut s'être propagé à 1 à 3 ganglions axillaires et ganglions mammaires internes.

Ø Stade 3B

La tumeur a envahi les muscles de la paroi thoracique ou la peau ou bien les deux. Le cancer peut aussi s'être propagé à 1 à 9 ganglions lymphatiques axillaires ou à des ganglions lymphatiques mammaires internes ou bien il peut s'être propagé à 1 à 3 ganglions axillaires et ganglions mammaires internes.

Ou

C'est un cancer inflammatoire du sein.

Ø Stade 3C

L'un des énoncés suivants s'applique :

- Le cancer s'est propagé à au moins 10 ganglions lymphatiques axillaires ou à des ganglions lymphatiques situés sous la clavicule (ganglions infra-claviculaires).
- Le cancer s'est propagé à plus de 3 ganglions lymphatiques axillaires et ganglions lymphatiques mammaires internes.
- Le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques situés au-dessus de la clavicule (ganglions sus-claviculaires).

Ø Stade 4

Le cancer s'est propagé à d'autres parties du corps (métastases à distance), comme aux os, au foie, aux poumons ou au cerveau. On parle aussi de cancer du sein métastatique.

1.7. Traitements

La prise en charge thérapeutique du cancer du sein implique une approche pluridisciplinaire afin de combattre localement la maladie et traiter la propagation. Les stratégies thérapeutiques vont nombreuses et souvent associées sur la base de référentiel : chirurgie et/ou radiothérapie et/ou chimiothérapie et/ou hormonothérapie.

1.7.1. Chirurgie

La plupart des femmes atteintes du cancer du sein auront une chirurgie. Votre équipe de soins vous renseignera sur les différents types de chirurgie afin de vous aider à choisir celui qui vous convient le mieux. Les types de chirurgie qu'on vous proposera dépendront surtout des facteurs suivants :

- taille et emplacement de la tumeur
- taille du sein atteint
- propagation du cancer aux ganglions lymphatiques
- traitements déjà reçus pour le cancer du sein

La chirurgie du cancer du sein comporte la chirurgie mammaire conservatrice, la mastectomie et les chirurgies des ganglions lymphatiques.

1.7.2. Radiothérapie

Lors de la radiothérapie externe, on a recours à un appareil pour diriger la radiation à travers la peau vers la tumeur et le tissu qui l'entoure.

On administre presque toujours une radiothérapie après une chirurgie mammaire conservatrice. Dans certains cas, on peut l'administrer après une mastectomie. On y a aussi recours pour traiter un cancer du sein qui s'est propagé aux os, aux poumons ou au cerveau.

1.7.3. Hormonothérapie

On administre souvent une hormonothérapie pour traiter le cancer du sein dont les récepteurs hormonaux sont positifs. Les femmes postménopausées reçoivent des médicaments hormonaux différents de ceux qu'on administre aux femmes préménopausées.

1.7.4. Chimiothérapie

La chimiothérapie est un traitement courant du cancer du sein. On l'administre souvent après la chirurgie d'un cancer du sein précoce afin de réduire le risque de réapparition de la maladie. C'est également le traitement principal du cancer du sein avancé ou métastatique.

On associe généralement des agents chimiothérapeutiques pour traiter le cancer du sein puisque cela est plus efficace qu'administrer un seul médicament.

1.7.5. Suivi

Le suivi après le traitement est une composante importante des soins apportés aux personnes atteintes de cancer. Vous devrez avoir régulièrement des visites de suivi, en particulier au cours des 5 premières années qui suivent le traitement. Ces visites permettent à l'équipe de soins de surveiller vos progrès et de savoir comment vous vous rétablissez du traitement.

1.8. Récidive de cancer du sein

La récidive d'un cancer du sein signifie que le cancer réapparaît à la suite du traitement. S'il réapparaît à l'endroit où il a d'abord pris naissance, on parle de récidive locale. S'il réapparaît dans des tissus ou des ganglions lymphatiques situés près de l'endroit où il a d'abord pris naissance, on parle de récidive régionale. Il peut aussi réapparaître dans une autre partie du corps : on parle alors de récidive ou de métastase à distance.

1.9. Dépistage et prévention

L'OMS préconise de lutter contre le cancer du sein dans le cadre de programmes complets de lutte contre le cancer au niveau national qui soient intégrés à la lutte contre les maladies non transmissibles d'une manière générale et les autres problèmes apparentés. Pour être complets, les moyens de lutte contre le cancer doivent comprendre la prévention, le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs.

Sensibiliser davantage le grand public au problème du cancer du sein et aux mécanismes qui permettent de lutter contre celui-ci tout en préconisant des politiques et des programmes appropriés: telle est la principale stratégie de lutte contre le cancer s'appuyant sur la population. De nombreux pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire se trouvent désormais confrontés au double fardeau du cancer du sein et du cancer de l'utérus qui sont extrêmement meurtriers chez les femmes de plus de 30 ans. Ces pays doivent mettre en œuvre des stratégies combinées qui répondent à ces deux problèmes de santé publique de manière efficace et économique.

Prévention

La lutte contre certains facteurs de risque du cancer du sein sur lesquels il est possible d'agir et une prévention intégrée efficace des maladies non transmissibles favorisant une alimentation saine, l'exercice physique et la lutte contre la consommation d'alcool, le surpoids et l'obésité pourraient avoir un impact et réduire l'incidence du cancer du sein à long terme.

Dépistage précoce

Bien qu'une certaine réduction des risques puisse être obtenue grâce à la prévention, les stratégies en ce sens ne peuvent permettre d'éliminer la majorité des cancers du sein qui surviennent dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Par conséquent, un dépistage précoce afin d'améliorer l'issue de la maladie et les chances de survie reste le principal moyen de lutter contre le cancer du sein.

Il existe deux méthodes de dépistage précoce:

- le diagnostic précoce ou la reconnaissance des premiers signes et symptômes dans les populations présentant certains symptômes, afin de faciliter le diagnostic et un traitement à un stade précoce, et
- le dépistage qui est l'exécution systématique d'un test de dépistage dans une population normalement asymptomatique. Il vise à trouver les individus porteurs d'une anomalie évocatrice d'un cancer.

Diagnostic précoce

Le diagnostic précoce reste une importante stratégie pour dépister la maladie aux premiers stades, en particulier dans les pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire où les maladies sont généralement diagnostiquées à des stades avancés et où les ressources sont très limitées. Certaines données factuelles montrent qu'une telle stratégie peut aboutir à un « recul » de la maladie à des

stades qui sont davantage susceptibles de répondre à un traitement curatif (c'est-à-dire à l'augmentation de la proportion des cancers du sein dépistés à un stade précoce).

Mammographie

La mammographie est la seule méthode de dépistage aux résultats tangibles. Elle permet de réduire la mortalité par cancer du sein de 20 à 30% chez les femmes de plus de 50 ans des pays à revenu élevé lorsque le taux de dépistage est supérieur à 70% (IARC, 2008). Le dépistage par mammographie est très complexe et demande d'importantes ressources, et aucune recherche n'a été menée quant à son efficacité dans les pays où les ressources sont limitées.

2. Qualité de vie

2.1. Historique et apparition du concept

La qualité de vie (QdV) n'est pas le privilège de l'homme du XX^e siècle. Aristote (384-322 Av J-C) ou il considérait la belle vie comme le choix de l'existence la plus désirable par l'individu lui-même. Aristote définissait ce terme comme le bien, la vertu, le bonheur, le plaisir, le bien-être matériel, le fonctionnement de la société. La belle vie serait-elle l'ancêtre du terme qualité de vie ? [19].

La QdV a intéressé de tout temps les philosophes et les écrivains. Au XX^e siècle, les sociologues et les économistes ont été les premiers à s'y intéresser car il existe une relation entre les événements de la vie et le besoins de santé. Ainsi la QdV était définie comme un concept politique et social consistant à obtenir des mesures de satisfaction et de bonheur de la population.

Par la suite, les importants progrès scientifiques qui ont eu lieu ont conduit au développement de la QdV dans le domaine de la santé en particulier pour

l'évaluation des soins des maladies au long cours invalidantes et les maladies mettant en jeu le pronostic vital tel que le cancer.

L'objectif des traitements en oncologie visaient auparavant à interagir avec le cours des affections cancéreuses. L'appréciation d'un traitement 'appréciait en terme biomédical tel que la réponse de la tumeur, la durée de rémission ou de survie.

Actuellement, ce n'est plus accepté comme seul élément du choix des traitements. Le malade n'est plus considéré uniquement du point de vue clinique, d'autres préoccupations sont apparues : le poids des traitements et leurs toxicités, le retentissement psychologique et social de la maladie et de son traitement [20].

2.2. Définition

La qualité de vie est un concept difficile à définir puisque chaque individu a sa définition propre de la QdV avec ses désirs, ses attentes, et sa satisfaction.

En 1993, l'OMS propose une définition afin d'apporter un cadre théorique de concept : « la qualité de vie est la perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un contexte très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que la relation aux éléments essentiels de Von environnement [21].

Certains auteurs ont proposé leurs propres définitions :

Selon Gotay [22], « la QdV est un état de bien-être correspondant à au moins deux composantes : la capacité de réaliser les activités de la vie quotidienne reflétant ainsi le bien-être physique, psychologique et social et la satisfaction du patient à l'égard de son niveau de fonctionnement et du contrôle de la maladie ».

Pour Calman [23], la QdV correspond à « l'écart entre les attentes du patients et ses réalisations, un écart moindre étant associé à une qualité de vie meilleure ».

Malgré les divergences dans la définition de ce concept, tous s'accordent à dire que la QdV est multidimensionnelle. En effet, elle est influencée par la santé physique du sujet, son état psychologique, ses relations familiales et sociales, son environnement et le niveau de ses revenus. De plus, elle subjective puisqu'elle se réfère à l'appréciation par le sujet de la façon dont il vit, intérieurement, sa vie actuelle.

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 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.

2.3. Evaluation de la qualité de vie

2.3.1. Généralités

Depuis un vingtaine d'année, la recherche en matière de QdV a pris un essor important. En effet connaître le retentissement de la maladie et de ses traitements sur la QdV du patient est une donnée fondamentale du processus d'aide à la décision. Il existe deux méthodes d'appréciation de la QdV: l'entretien psychologique (évaluation qualitative) et les outils psychométriques (évaluation quantitative).

L'entretien psychologique permet une évaluation de tous les aspects multidisciplinaires de la QdV. Cependant, il a plusieurs inconvénients : difficilement quantifiable, peu reproductible, difficile à standardiser et donc d'utilisation dans des études comparatives, impossible à mettre en place sur une grande population et coût élevé.

Les outils psychométriques constitués d'échelles ou de questionnaires permettent une évaluation plus restrictive de la QdV mais donnent une mesure standardisée. La plupart des questionnaires sont composés de questions à réponse fermée dichotomique (oui/non) ou à plusieurs modalités graduées en termes d'intensité (pas du tout/ un peu/assez/beaucoup). Il est également possible des échelles visuelles analogiques.

Des outils ont été élaborés mais ils sont encore peu nombreux à ce jour. Le SEIQoL [24] (Schedule for the evaluation of individual quality of life), le PGI [25] (patient-generated Index) et le SQLP [26] (subjective quality of life profile).

Dans la littérature, on recense plusieurs centaines de questionnaires ou échelle. Ces instruments diffèrent dans la manière dont ils ont été construits, dans les aspects de la QdV qu'ils mesurent, dans leur fiabilité et dans la robustesse des résultats qu'ils ont permis d'obtenir. Selon le domaine d'application, on distingue les questionnaires génériques et les questionnaires spécifiques.

2.3.2. Les questionnaires génériques

Dans les années 1980, sont apparus aux Etats Unis, les premiers questionnaires validés de QdV de type générique. Ils ont été développés afin de pouvoir servir d'indicateur de QdV quel que soit la pathologie étudiée, on degré de sévérité et quel que soit le profil du patient (âge, sexe, origine ethnique). Ils permettent de comparer la QdV au sein de différentes populations ou entre différentes maladies. Ils peuvent être utilisés pour des sujets sains ou pour comparer plusieurs pathologies ou modalités de prise en charge. Si l'avantage de ces questionnaires est leur quasi universalité, leur défaut majeur est un manque de spécificité. En effet, ils ne permettent pas d'évaluer de manière suffisamment précise l'impact d'une affection spécifique ou d'un traitement.

2.3.2.1. Le sickness impact profile (SIP)

Le SIP est l'un des plus anciens questionnaires de QdV qui a été mis au point dès 1972 par Bergner [27], et ses collaborateurs dans le but de mesurer les répercussions de la pathologie sur l'état de santé.

2.3.2.2. Le short form 36 health survey (SF-36)

Le SF-36 est le questionnaire le plus utilisé au niveau international. Il s'adresse pour tous les groupes de malades, quel que soit la pathologie et pour les sujets sains. C'est un auto-questionnaire issu d'une étude d'observation, la «Medical Outcome Study »(MOS) qui a débuté en 1986 et s'est déroulée sur quatre années consécutives.

2.3.2.3. Le Nottingham Health profile (NHP)

Le NHP a été développé par Hunt [28] et ses collaborateurs en Angleterre pour évaluer l'impact des maladies et des traitements sur la santé perçue. Il peut être utilisé dans les enquêtes de population et pour l'évaluation d'interventions médicales.

2.3.2.4. L'EuroQol 5D

L'EuroQol 5D est une échelle de QdV européenne qui a été développée pour décrire le statut de santé perçue sur une base comparable pour différents pays et ainsi pour pouvoir comparer des variations de ce statut entre ces derniers [29]

2.3.2.5. Le World Health Organization Quality of Life(WHOQOL)

Le WHOQOL a été développé par l'OMS et est disponible en deux versions, l'une comportant 100 items, le WHOQOL-100 et WHOQOL-BREF en comporte 26.

Il a été conçu pour être validé et adapté dans différents pays pour une utilisation internationale.

2.3.3. Les questionnaires spécifiques du cancer du sein

Le cancer du sein et son traitement engendrent un grand nombre d'effets secondaires immédiats, de séquelles physiques (lymphoedème, limitation des mouvements de l'épaule, prise de poids, ménopause) qui vont retentir sur les différentes dimensions de la QdV. On dispose à l'heure actuelle de plusieurs questionnaires spécifiques de cette localisation tumorale ou des effets des traitements. Pour certains, les modules spécifiques viennent s'adjoindre aux questionnaires génériques comme par exemple le BR23 de l'EORTC relié au questionnaire général EORTC QLQ-C30.

La QdV évolue fortement au cours du temps entre le moment du diagnostic, le traitement (effets secondaires), la première année (séquelle et adaptation) et les années suivantes. Le terme de survivant est employé en cancérologie du sein pour tout patient qui n'a pas eu de rechute depuis le diagnostic depuis au moins 5 ans[30]. La complémentarité des questionnaires génériques et spécifiques est bien illustrée dans le domaine de la cancérologie.

2.3.3.1. Questionnaire général EORTC QLQ-C30

L'EORTC QLQ-C30 comprend 30 items repartis entre une dimension fonctionnelle et une dimension de symptômes. La dimension fonctionnelle se compose des échelles physique, affective, cognitive, sociale et activité professionnelle. La dimension de symptômes comprend les échelles de fatigue, douleur et nausée/vomissement. En plus on a une échelle de santé globale, cinq échelles de symptômes simples (dyspnée, insomnie, perte d'appétit, constipation et diarrhée) et une échelle évaluant l'impact financier perçu de la maladie.

2.3.3.2. Questionnaire spécifique EORTC QLQ-BR23

L'EORTC QLQ-BR23, questionnaire spécifique du cancer du sein comprend 23 items répartis entre une dimension fonctionnelle comprenant les échelles : image du corps, fonctionnement sexuel, jouissance sexuelle et des perspectives d'avenir et une dimension de symptômes composée des échelles : thérapie systémique, effets secondaires, symptômes mammaires, symptômes des mains et perte des cheveux.

2.4. Différence minimale cliniquement significative

La mes 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 [31]. 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 [32]. Actuellement, le terme de cliniquement significative prend en compte les différences

entre les deux définitions [33]. La valeur de cette différence et son interprétation sont différentes selon que l'on e trouve du point de vue du patient, du clinicien ou des décideurs [34,35]. Pour le patient, une différence cliniquement significative résulte d'une amélioration de la fonction ou d'une réduction des symptômes. Pour le clinicien, elle correspond à une modification du pronostic de la maladie ou du traitement. Enfin pour les décideurs, une petite différence peut être si elle modifie la perception qu'a la population de sa santé et 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 [36].

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 utilisés sont l'effet size « effet taille » [37] et le standard error of measurement (SEM) [38].

2.5. Domaine d'intérêt de la qualité de vie

2.5.1. En recherche clinique

Actuellement la mesure de la QdV est fréquemment utilisée comme critère d'évaluation dans les essais cliniques. En effet, l'appréciation du patient sur vécu de son traitement et de sa maladie est devenue un critère de jugement important en recherche clinique. Dans les essais cliniques, les mesures de QdV sont le plus souvent utilisées dans les essais thérapeutiques de phase III ayant pour objectif le choix entre deux stratégies thérapeutiques. La QdV est ainsi un critère associé aux critères d'efficacité classiques (survie globale ou sans récurrence, le taux de réponse à un traitement).

Cependant, la mesure de la QdV n'est pas pertinente dans tous les essais cliniques. En effet son évaluation augmente le coût de l'étude en temps et en argent qui doivent être considérés en rapport avec l'utilité des données recueillies.

2.5.2. En pratique clinique quotidienne

L'intérêt pour l'évaluation de la QdV a d'abord débuté en recherche clinique. Ce n'est que plus récemment que la mesure de la QdV a été évoquée dans la pratique clinique [39,40]. Ces dernières ont démontré que l'évaluation régulière de la QdV permettrait l'amélioration de la communication Médecin/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 [41,42].

2.5.3. 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.

3. Conditions de vie

L'impact d'une maladie, et plus particulièrement d'un cancer et de son traitement peut avoir des répercussions sur la QdV des patients mais aussi sur leurs conditions de vie.

Le terme « conditions de vie » recouvre un grand nombre de domaines, parmi lesquels les relations familiales et sociales. La vie professionnelle, les loisirs, les logements, l'équipement et les revenus. L'ensemble de ces domaines font partie intégrante de la réinsertion après son traitement. La réinsertion dépend des facultés du patient à assumer ou non les contraintes liées à son nouvel état, de sa capacité à retrouver son identité sociale.

3.1. Impact du cancer sur la vie privée

La survenue d'un cancer n'est pas sans conséquence sur la vie familiale tant sur le plan matériel et organisationnel que sur le plan psychologique. Notamment la relation de couple peut être affectée par le diagnostic d'une maladie plus ou moins invalidante. D'autre part, la sexualité est souvent affectée par le cancer et ses traitements : 50% des survivants font face à des problèmes profonds de la fonction sexuelle globale. Au cours des trente dernières années, la prise en compte de la santé sexuelle des patients a pris un essor important et est à présent considérée comme un élément important de la vie quotidienne [43].

3.2. Impact du cancer sur la vie sociale

La notion d'environnement social joue également un rôle dans l'adaptation des patients face à leur maladie. En effet, la famille, les amis, le voisinage sont des soutiens majeurs dans le processus de réinsertion. Cependant, ces interactions individuelles peuvent faire l'objet de remaniements, de changements auxquels le patient lui-même devra faire face. Le patient devra donc repenser ses relations sociales, sa vie, ses habitudes et accepter parfois des aides aussi bien sociales que matérielles. D'autre part, la littérature montre que la réinsertion sociale des patients passe aussi par le retour à l'emploi. Pour l'individu, ne pas retourner travailler après une maladie grave implique fréquemment une perte financière, un isolement social, une diminution de l'estime de soi et une perte d'indépendance. Le retour à l'emploi peut améliorer la QdV des patients [44] mais aussi peut s'avérer difficile pour des raisons tant médicales que sociales. Le travail ne représente pas pour les personnes atteintes qu'une source de soutien émotionnelle et financier mais aussi un sentiment de retour à la normalité et d'une reprise de contrôle de leur vie [45].

OBJECTIFS

▼ Objectif général

L'objectif général de l'étude est d'évaluer l'évolution de la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein au Maroc après une année de suivi.

▼ Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes atteintes de cancer du sein au Maroc ;
- Apprécier l'évolution de la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein avec les versions dialectales arabes marocaines des questionnaires EORTC QLQ-C30 et QLQ-BR23.

MATERIEL ET METHODES

▼ Population d'étude et collecte des données

Il s'agit d'une étude multicentrique, observationnelle prospective sur la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein qui a été menée dans les principaux centres d'oncologie du pays (institut national d'oncologie de Rabat, de l'hôpital Ibn Rochd à Casablanca, le centre d'oncologie de l'hôpital Mohamed VI à Marrakech, centre d'oncologie de l'hôpital Hassan II de Fès, centre d'oncologie de Oujda, centre d'oncologie à Agadir).

Les patientes ont été recrutées durant la période de 2009 à 2011. Elles ont été suivies pendant une année pour évaluer l'évolution de leur qualité de vie. Ce suivi s'est fait au 1^e mois et au 12^e mois ayant suivi leur inclusion à l'étude. Elles ont été incluses à l'étude avec tous les types de traitement, tel que déterminés par leur médecin.

L'enquête a été menée par des médecins formés à l'aide des questionnaires d'évaluation de la qualité de vie. EORTC QLQ-C30 et EORTC QLQ-BR23. L'approbation éthique a été obtenue avec le comité d'éthique du centre hospitalier Hassan II de Fès-Maroc.

Toutes les participantes ont été informées des conditions relatives à l'étude et ont donné leur consentement écrit et éclairé.

Mesure : La version arabe marocaine de l'EORTC QLQ-C30 et son questionnaire complémentaire du cancer du sein l'EORTC QLQ-BR23 ont été validés pour évaluer la qualité de vie chez les patientes atteints de cancer et plus particulièrement chez les patientes atteints du cancer du sein dans notre étude.

L'EORTC QLQ-C30 comprend 30 items repartis entre une dimension fonctionnelle et une dimension de symptômes. La dimension fonctionnelle se compose des échelles physique, affective, cognitive, sociale et activité professionnelle. La dimension de symptômes comprend les échelles de fatigue,

douleur et nausée/vomissement. En plus on a une échelle de santé globale, cinq échelles de symptômes simples (dyspnée, insomnie, perte d'appétit, constipation et diarrhée) et une échelle évaluant l'impact financier perçu de la maladie.

L'EORTC QLQ-BR23, questionnaire spécifique du cancer du sein comprend 23 items répartis entre une dimension fonctionnelle comprenant les échelles : image du corps, fonctionnement sexuel, jouissance sexuelle et des perspectives d'avenir et une dimension de symptômes composée des échelles : thérapie systémique, effets secondaires, symptômes mammaires, symptômes des mains et perte des cheveux.

Selon les lignes directives de l'EORTC, les scores sur les items ont été transformées à une échelle de 0 à 100. Un haut score pour une échelle fonctionnelle représente un niveau sain de fonctionnement, un score élevé pour l'état de santé global représente une qualité de vie élevée, mais un score élevé pour une échelle des symptômes post représente un haut niveau de la symptomatologie [46].

▼ Analyse statistique

L'analyse statistique a consisté d'abord à faire une description de notre population d'étude. Les variables qualitatives ont été exprimées en proportion tandis que les variables quantitatives ont été décrites par les moyennes et les écart-types.

Pour l'évaluation de la qualité de vie, le test de Student pour la comparaison des moyennes sur séries appariées a été utilisé pour rechercher l'existence de différences possibles de la qualité vie entre les différents paramètres au premier et au douzième mois pour chaque échelle de l'EORTC-C30 et l'EORTC-BR23. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 20.0.

RESULTATS

Au total 1463 femmes ont été incluses à l'étude. L'âge moyen était de $50,51 \pm 10,92$ ans avec des extrêmes de 21 et 98 ans. La tranche d'âge inférieure à 50 ans a été la plus atteinte avec 54,5%. Les femmes résidaient pour la plus part en milieu urbain (72,9%), étaient non scolarisées pour la majorité (61,7%) et des femmes au foyer dans 75,6%. Ces femmes étaient le plus d'un bas niveau socio-économique (66,8%) avec un statut de mariée dans 70,1%.

Seulement 26,9% des femmes avaient une couverture sociale. La maladie était au stade 2 pour 41,4% des femmes (Tableau I).

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Caractéristiques	Pourcentage (%)
Tranche d'âge (ans) (N= 1463)	
< 50	54,6
50-59	25,6
60-69	13,9
≥ 70	5,9
Milieu de vie (N= 1330)	
Urbain	72,9
Rural	27,1
Scolarité (N= 1463)	
Non scolarisées	61,7
Scolarisées	38,3
Statut Professionnel (N=1463)	
En activité professionnelle	13,4
Sans profession	11,0
Femme au foyer	75,6
Statut Marital (N= 1463)	
Célibataire	13,4
Mariée	70,1
Divorcée	5,9
veuve	10,6
Niveau social (N= 1463)	
Bas	66,8
Moyen	31,5
Haut	1,7
Couverture sociale (N=1463)	
Non	73,1
Oui	26,9
Stade de la maladie (N= 1411)	
Stade 1	14,88
Stade 2	42,95
Stade 3	28,85
Stade 4	13,32

L'évaluation de l'évolution de la qualité de vie des patientes a été faite au 1^{er} mois et au 12^e mois. Les différents paramètres des questionnaires EORTC QLQ-C30 et l'EORTC QLQ-BR23 ont été évalués.

En ce qui concerne l'EORTC QLQ-C30, l'état de santé global s'est amélioré au cours du suivi (66,67 vs 76,02, $p < 0,001$). La quasi-totalité des scores de la dimension fonctionnelle a montré des améliorations significatives entre les mesures au 1^{er} mois et au 12^e mois à l'exception de l'activité sociale où on a observé une tendance à l'amélioration (87,85 vs 88,53, $p = 0,473$).

Des améliorations significatives ont été constatées dans la dimension de symptômes, concernant les échelles de fatigue, douleurs, insomnie et anorexie. Cependant concernant la dyspnée, les nausées/vomissements et la constipation, il y avait une tendance à l'amélioration. On a constaté une dépréciation de la qualité de vie pour l'échelle de diarrhée (4,41 vs 5,33, $p = 0,002$). On a aussi constaté une dépréciation de l'échelle concernant les problèmes financiers (66,67 vs 33,33, $p < 0,001$) (tableau 2).

Tableau 2 : Scores des échelles du questionnaire ERTC QLQ-C30

	Effectifs	Moyenne \pm Ecart type		P value
		1 ^e mois de suivi	12 ^e mois de suivi	
Echelles fonctionnelles				
Statut global santé	691	66,67 \pm 17,76	76,02 \pm 17,74	<0,001
Activité physique	695	80,88 \pm 19,31	84,69 \pm 18,64	<0,001
Activité professionnelle	694	75,65 \pm 27,58	83,69 \pm 23,28	<0,001
Fonction émotionnelle	692	63,01 \pm 28,59	73,06 \pm 25,10	<0,001
Activité cognitive	690	84,83 \pm 22,77	88,36 \pm 20,47	<0,001
Activité sociale	690	87,85 \pm 21,76	88,53 \pm 19,40	0,473
Echelles des symptômes				
Fatigue	689	26,83 \pm 22,69	20,86 \pm 22,47	<0,001
Nausées/Vomissements	692	8,04 \pm 18,29	6,79 \pm 17,09	0,104
Douleurs	695	21,85 \pm 25,47	14,89 \pm 21,89	<0,001
Dyspnée	690	13,04 \pm 23,01	11,93 \pm 22,59	0,288
Insomnie	686	21,10 \pm 27,62	13,98 \pm 23,83	<0,001
Anorexie	687	21,70 \pm 27,63	10,90 \pm 21,50	<0,001
Constipation	690	9,08 \pm 20,97	7,25 \pm 19,56	0,058
Diarrhée	688	4,41 \pm 11,88	5,33 \pm 15,39	0,002
Problèmes financiers	681	66,67 \pm 37,62	33,33 \pm 37,29	<0,001

Pour ce qui est de l'EORTC QLQ-BR23, On a observé pour la dimension fonctionnelle une amélioration significative des échelles concernant l'image du corps et des perspectives d'avenir durant la période d'étude. Le fonctionnement sexuel qui avait un score élevé au cours du 1^e mois a légèrement empiré au 12^e mois (76,69 vs 69,84, $p < 0,001$). Il en est de même pour jouissance sexuelle (55,60 vs 53,14 $p < 0,001$).

Pour la dimension de symptômes de l'EORTC QLQ- BR23, des améliorations significatives ont été constatées pour les symptômes des bras et symptômes des seins, tandis qu'on a noté une dépréciation de la qualité de vie pour les échelles des effets secondaires et chute des cheveux durant le suivi (tableau 3).

Tableau 3 : Scores des échelles du questionnaire EORTC QLQ-BR23

	Effectifs	Moyenne ± Ecart type		P value
		1 ^e mois de suivi	12 ^e mois de suivi	
Echelles fonctionnelles				
Image du corps	669	81,88±23,32	85,52±20,50	<0,001
Fonction sexuelle	462	76,69±23,68	69,84±22,19	<0,001
Jouissance sexuelle	244	55,60±29,64	53,14±30,30	<0,001
Perspective future	662	39,78±37,23	46,68±38,13	<0,001
Echelles des symptômes				
Thérapie systémique	685	16,86±17,04	17,16±17,77	<0,001
Symptômes des seins	650	18,71±19,97	15,04±19,02	<0,001
Symptômes des bras	661	22,52±21,16	18,92±19,39	<0,001
Chute des cheveux	151	20,97±27,65	22,96±26,72	0,003

DISCUSSIONS

Cette étude nous a permis d'analyser l'évolution de la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein. Toutes les patientes ont été incluses à l'étude quel que soit leur type de traitement tels que déterminés par leur médecin traitant.

Le suivi s'est fait au cours d'une année à l'aide des versions dialectales arabes marocaines des questionnaires EORTC QLQ-C30 et QLO-BR23 validés et standardisés.

En ce qui concerne le questionnaire EORTC QLQ-C30, l'état de santé global s'est nettement amélioré après une année de suivi. Cette même observation a été faite par plusieurs autres études [47, 48, 49,50] qui ont révélé un bon état de santé global chez les patientes atteintes du cancer de sein similaire ou supérieure à celui d'une population en bonne santé. Cela résulterait probablement de la normalisation relativement rapide de l'état de santé après le traitement du cancer du sein.

En ce qui concerne la dimension fonctionnelle de l'EORTC QLQ-C30, toutes les échelles fonctionnelles (physique, rôle, émotionnelle, cognitive) ont montré des scores élevés qui se sont améliorés au fil du temps à l'exception de l'échelle du fonctionnement sociale ou on a constaté une tendance à l'amélioration. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la maladie exerce un effet de motivation important, de changement la vie sociale et familiale de nos patients. Nos résultats concordent avec ceux des auteurs [48, 49, 50] qui ont rapporté une amélioration significative de la qualité de vie de ces différentes échelles durant le suivi.

Cependant nos données concernant la qualité de vie dans le domaine du fonctionnement social semblent être en contradiction avec celles d'autres auteurs [51].

Les résultats des échelles de symptômes de l'EORTC QLQ-C30 ont révélé une diminution significative de la sévérité des symptômes en ce qui concerne la fatigue, douleur, nausées et vomissements, insomnie et perte d'appétit. L'atténuation de ces affections serait probablement associée à la conduite du processus thérapeutique.

On a noté une tendance à la diminution de la sévérité des symptômes pour les échelles de dyspnée et de constipation. Cependant on a constaté une aggravation des symptômes pour l'échelle de diarrhée.

Nos résultats diffèrent de ceux de David M-V et al. [48] qui ont rapporté une amélioration de toutes les échelles de symptômes et de Kristin H et al. [49] où on a constaté une aggravation des échelles concernant la dyspnée et la diarrhée.

On a en outre noté une dégradation de la situation financière des patientes au cours de cette première année de suivi. Ceci serait dû au fait que la plupart des femmes ont un niveau social bas et aussi n'ont pas de couverture sociale. Ces mêmes constats ont été rapportés par les auteurs [48, 50].

L'analyse de la dimension fonctionnelle de l'EORTC QLQ-BR23 a révélé une amélioration significative de la qualité de vie concernant les échelles de l'image du corps et des perspectives d'avenir. Ces résultats sont conformes à ceux des auteurs [48]. Cependant les auteurs [50, 52] ont rapporté une dégradation de la qualité de vie pour l'image du corps et des perspectives d'avenir après une année de suivi.

La fonction sexuelle et la jouissance sexuelle qui avaient des scores élevés se sont empirées au cours du suivi. Cela reflète probablement de l'influence de nombreux facteurs physiques, psychologiques et somatiques, en particulier chez les jeunes femmes [53,54]. Les auteurs [50] ont trouvé les mêmes résultats par contre d'autres [48] ont fait cas d'une dégradation de la qualité de vie pour la fonction sexuelle et aucun changement significatif pour la jouissance sexuelle.

Pour ce qui concerne la dimension des symptômes de l'EORTC QLQ-BR23, on a observé une amélioration significative des symptômes des bras et des seins au cours du suivi et une aggravation des symptômes concernant les effets secondaires des traitements et la perte des cheveux durant notre période d'étude. Les auteurs [48,50] ont trouvé une amélioration significative de tous les symptômes durant leur suivi.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de mettre en évidence une amélioration significative de la qualité de vie des patientes atteintes du cancer du sein tous traitements confondus après une année de suivi.

Il sera important d'évaluer la qualité de vie chez ces patientes après plusieurs années de suivi.

Cependant, cette étude n'a pas permis de comparer la qualité de vie pour les patientes entre les différents types de traitement.

REFERENCES

1. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. (2007) Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol* 18(3): 581-592.
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010; 127:2893-2917.
3. De Santis C, Siegel R, Bandi P, et al. Breast cancer statistics, 2011. *CA Cancer J Clin* 2011;61:409-18.
4. Institut de veille sanitaire : <http://www.invs.sante.fr>
5. Curado MP, Edwards B, Shin HR et al. cancer incidence in five continents vol, IX. IARC, Lyon, 2007.
6. Globocan 2008(IARC) International Agency for Research on Cancer; section of cancer information. <http://globocan.iarc.fr>.
7. Bosetti C, Bertuccio P, Levi F, Chatenoud L, Negri E, La Vecchia C: The decline in breast cancer mortality in Europe: an update (to 2009). *Breast* 2012; 1:77-82.
8. Quinten C, Coens C, Mauer M, Comte S, Sprangers MA, Cleeland C et al. EORTC Clinical Groups. Baseline quality of life as a prognostic indicator of survival: a meta-analysis of individual patient data from EORTC clinical trials. *Lancet Oncol*. 2009 Sep;10(9):865-71.
9. Montazeri A, Gillis CR, McEwen J: Measuring quality of life in oncology: is it worthwhile? Part I. Meaning, purposes, and controversies. *Eur J Cancer Care* 1996, 5:159-167.
10. Montazeri A: Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res*. 2008; 27(1): 32.

11. Holzner B, Bode RK, Hahn EA, Cella D, Kopp M, Sperner-Unterweger B, et al. Equating EORTC QLQ-C30 and FACT-G scores and its use in oncological research. *European Journal of Cancer*. 2006;42(18):3169-77.
12. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85:365-76.
13. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85:365-76.
14. El Fakir S, Abda N, Bendahhou K, Zidouh A, Bennani M, Errihani H and al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire-BR23 Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire: psychometric properties in a Moroccan sample of breast cancer patients. *BMC Res Notes*. 2014 Jan 21; 7:53.
15. Grosclaude P, Bossard N, Remontet L, Belot A, Arveux P, Bouvier AM, Launoy G, Maynadié M, Velten M, Faivre J, Estève J. survie des patients atteints de cancer en France. Etude des registres du réseau FRANCIM. Paris : springer-Vergal, 2007.
16. Mc Pherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of breast deseases. Breast cancer epidemiology, risk factors and genetics. *Bmj* 2000; 321(7261): 624-628.
17. Wisemman M. the second world cancer research fund/ American institute for cancer research expert report. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. *Proc Nutr Soc* 2008; 67(3): 253-256.

18. Allen NE, Beral V, Casabonne D, Kan SW, Reeves GK, Brown A, Green J. Million women study collaborators. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl cancer Inst* 2009; 101(5): 296-305.
19. Aristote. *Ethique et nicomatique*. Paris : librairie philosophique J.Vrin. Tricot J, 9^e éd, 1997.
20. Rodary C, Lèplège A, Hill C. Evaluation de la qualité de vie dans la recherche clinique en cancérologie. *Bull cancer* 1998 ; 85(2) : 140-148.
21. Study protocol for World Health Organization project to develop a quality of life assesement instrument (WHOQOL). *Qua life res* 1993 ; 2(2) : 153-159.
22. Gotay CC, Kom EL, McCabe MS, Moore TD, Cheson BD. Quality of life assesement in cancer traitement protocols: rechearch issues in protocol developpement. *J Natl Cancer Inst* 1992, 84(8): 575-579.
23. Calman KC. Quality of life in cancer patients an hypothesis. *J Med ethics* 1984;10(3): 124-127.
24. Dorlet M, Maunsell E, Brisson J, Brisson C, Masse B, Deschènes L. Not working 3 years after breast cancer: predictor in a population-based study. *J Clin Oncol* 2005;23(33): 8305-8312.
25. Chirikos TN. Economic for the growing population of breast cancer survivor. *Cancer control* 2005; 8(2): 177-183.
26. Thorton AA. Perceving benefits in the cancer experience. *J Clin Psychol Med setting* 2002;9(2): 153-165.
27. Bower JE, Meyerowitz BE, Desmond KA, Bernaards CA, Rowland JH, Ganz PA. Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Ann Behav Med* 2005;29(3):236-245.

28. Hunt SM, McKenna SP, Mc Ewen J, William J, Papp E. The Nottingham Health profile: subjective health status and medical consultations. *Soc sci Med A*. 1981;15(3): 221-229.
29. Williams A. EuroQol-a new facility for the measurement of health related quality of life. The EuroQol group. *Health policy* 1990, 16(3): 199-208.
30. Mols F, Vingerhoets AJ, Coebergh JW, Van de Poll-Franse LV. Quality of life among long-term breast cancer survivors: systematic review. *Eur J Cancer* 2005; 41(17): 2613-2619.
31. Jaeschke R, Singer J, Guyatt GH. Measurement of health status: ascertaining the minimal clinically important difference. *Control Clin trials* 1989; 10(4): 407-415.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.

36. Lydick F, Epstein RS. Interpretation of quality of life changes. *Qual life Res* 1993;2(3): 221-226.
37. Collan J. *statistical power analysis for the behavioural sciences*. Academic New York, 1988.
38. Croby RD, Kollotkin RL, Williams GR. Defining clinically mainingful change in health-related quality of life. *J Clin Epidemiol* 2003; 56(5):395-407.
39. Taenzer P, Bultz BD, Carlson LE, speca 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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.
43. Greenwald HP, Dirks SJ, Borgatta EF, McCorkle R, Nevitt MC, Yelin EH. Work disability among cancer patients. *Soc sci MMed* 1989; 29 (11): 1253-1259.
44. Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AL, Vanderlelie J, De Reijke TM and al. Cancer, fatigue and the return of patients to work a prospective cohort study. *Eur J cancer* 2003; 39(11): 1562- 1567.
45. Haffman B. cancer survivors employment and insurance right: a primer for oncologists. *Oncology (Williston Park)* 1999; 13(6): 841-846.

46. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A et al. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3rd ed. Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer; 2001.
47. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, and al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96:376-87.
48. David M-V, Salvador P, Elvira B-V, Antonio C-G, M. Dolores M-M, Ángel M-A and al. Evolution of Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Patients during the First Year of Follow-Up. *J Breast Cancer* 2013 March; 16(1): 104-111.
49. Kristin H, Jutta E, Peter H, Hans R, Harald S, Klaus F. Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psycho-Oncology* 2010 ; 19: 160-169.
50. Kulesza-Bronczyk B, Dobrzycka B, Piekut K, Terlikowski R, Mackowiak-Matejczyk B, Wojno A and al. Quality of life during the first year after breast cancer resection. *Prog Health Sci* 2014,Vol.4(1): 124-129
51. Kornblith AB, Herndon JE 2nd, Weiss RB, Zhang C, Zuckerman EL, Rosenberg S and al. Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*. 2003 Aug 15; 98(4):679-89.
52. Liu Y, Perez M, Schootman M, Aft RL, Gillanders WE, Jeffe DB. Correlates of fear of cancer recurrence in women with ductal carcinoma in situ and early invasive breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2011; 130(1):165-73.

53. Brédart A, Dolbeault S, Savignoni A, Besancenet C, This P, Giami A and al. Prevalence and associated factors of sexual problems after early-stage breast cancer treatment: results of a French exploratory survey. *Psychooncology*. 2011 Aug;20 (8):841-50.
54. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. *J Sex Med*. 2011 Jan; 8(1):294-302.