

Qualité de vie des femmes prises en charge pour cancer du sein et facteurs associés dans deux hôpitaux universitaires au Mali.

Quality of life and associated factors among women treated for breast cancer in two university hospitals in Mali.

Teguete I¹, Tounkara FK², Kane BM¹, Doumbia S¹, Sissoko A³, Niani M¹

¹Département de gynécologie au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE, Bamako, Mali.

²Research Chair in Emergency Medicine Université Laval-CHAU Hôtel-Dieu de Lévis, Lévis, QC, Canada.

³Hôpital Mère – Enfant, Clinique Mohamed V, Bamako, Mali.

Correspondances : Ibrahima TEGUETE, CHU Gabriel TOURE, Av. Van Vollenhoven, Bamako, Mali. Tel : (+223) 66 76 25 22 E-mail : tegueteibra@hotmail.com

Reçu le 31 octobre 2023 - Accepté le 30 novembre 2023 - Publié le 3 décembre 2023

RÉSUMÉ

Introduction : La qualité de vie est un des objectifs importants à prendre en compte dans la prise en charge des cancers du sein. La présente étude avait pour objectifs de : (1) décrire la qualité de vie au moment du recrutement des patientes prises en charge pour cancer du sein dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) Gabriel Touré et Mère-Enfant, Bamako, Mali; et (2) identifier les facteurs influençant la qualité de vie.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude transversale auprès des femmes prises en charge pour un cancer du sein dans deux CHU du 1^{er} janvier 2016 au 30 novembre 2022. Les questionnaires *EORTC QLQ-C30* et *QLQ BR23* ont été utilisés pour mesurer la qualité de vie. Une transformation linéaire a été effectuée pour tous les items sur une échelle de 0 à 100. Des statistiques descriptives ont été utilisées. Une analyse multivariée utilisant le modèle linéaire mixte a été réalisée pour l'identification des facteurs associés à la qualité de vie. Des scores moyens ajustés de qualité de vie avec leurs intervalles de confiance (IC à 95%) ont été estimés.

Résultats : Pendant la période d'étude, 209 femmes ont été recrutées. L'âge moyen était de 50,7 ans avec un écart-type de 8,9. Le score moyen de la qualité de vie globale était de 44,5±22,19. Presque tous les domaines de l'échelle fonctionnelle du QLQ-C30 (bien-être physique, exécutive, émotionnel et social) avaient un score inférieur à 66%. Pour le QLQ-BR23 spécifique au cancer du sein, le meilleur score a été obtenu avec l'item "perspectives d'avenir". Les symptômes les plus fréquemment rapportés étaient notamment, les symptômes au niveau des bras et la perte de cheveux. Le statut marié était associé à une faible image corporelle ($p < 0,05$). Les scores moyens ajustés du bien-être physique et de la qualité de vie globale étaient élevés chez les femmes ayant bénéficié de la radiothérapie ou de la chimiothérapie vs celles qui n'en ont pas bénéficié ($p < 0,05$).

Conclusion : Les scores de qualité de vie sur les échelles QLQ - C30 et QLQ-BR23 étaient faibles chez les femmes maliennes, mais s'amélioraient légèrement avec l'offre de traitement. Ceci suggère de mettre l'accent sur la complétude de la prise en charge des patientes avec cancer du sein.

Mots clés : Qualité de vie, Cancer du sein, Prise en charge.

SUMMARY

Background. Quality of life is an important gold considered in the management of breast cancer. This study aimed to: (1) describe quality of life at baseline among breast cancer patients at the Gabriel Touré and "Mère-Enfant" University Hospital, Bamako, Mali; and (2) identify the factors influencing quality of life.

Methods. We conducted a cross-sectional study among women breast cancer patients in two University Hospitals of Bamako from January 1st, 2016 to November 30th, 2022. The EORTC QLQ-C30 and QLQ BR23 questionnaires were used to measure quality of life. A linear transformation was performed for all items on a 0 to 100 scale. Descriptive statistics were used. A multivariate analysis using the linear mixed model was carried out to identify factors associated with quality of life. Adjusted mean quality of life scores with their confidence intervals (95% CI) were estimated.

Results. During the study period, 209 women were recruited. The mean age was 50.7 years old with a standard deviation of 8.9. The mean global quality of life score was 44.5+ 22.19. Almost all domains of functioning scales (physical, roles, emotional and social well-being) were below 66%. For QLQ-BR23, specific to breast cancer, the best score was obtained with the item "future perspectives". The most frequently reported symptoms were arm symptoms and hair loss. Married status was associated with poor body image ($p < 0.05$). Mean scores of physical well-being and global quality of life were higher in women who received radiotherapy or chemotherapy as compared with those who don't receive these treatments ($p < 0.05$).

Conclusion. Quality-of-life scores on QLQ - C30 and QLQ-BR23 scales were low in Malians women but improved slightly with the treatment. This suggests emphasizing on the holistic management of breast cancer patients in our settings.

Keywords. Quality of life, Breast cancer, Management

INTRODUCTION

À l'échelle mondiale, l'incidence du cancer du sein chez la femme a désormais dépassé celle du cancer du poumon, avec environ 2,3 millions de nouveaux cas enregistrés en 2020. Le plus lourd fardeau de cette affection est supporté par l'Afrique subsaharienne (ASS) où elle occupe la 1^{ère} position en termes de mortalité par cancer du sein. Dans cette région du monde, la survie à 5 ans après un cancer du sein est estimée à moins de 40%, contre 86 % aux États-Unis.

Au Mali, 2 448 nouveaux cas et 1 425 décès par cancer du sein ont été répertoriés en 2020. Dans ce pays comme ailleurs en ASS, la survenue du cancer du sein a des conséquences physiques, mentales et économiques significatives pour les patientes et leurs familles. Les patientes ont généralement une qualité de vie non optimale. Les symptômes de la maladie, les effets psychologiques négatifs (anxiété, stress, peur, dépression, diminution du niveau de perception de l'espérance de vie) et les effets secondaires indésirables du traitement sont les principaux facteurs influençant la qualité de la vie, quel que soit le stade.

La qualité de vie est un concept multidimensionnel qui englobe le bien-être physique, psychologique et social. Il s'agit d'un élément important à prendre en compte lors de la prise en charge des cancers du sein. Malgré l'importance de cette problématique, peu de travaux lui ont été consacrés dans notre contexte. Ainsi, la présente étude avait pour objectifs de : (1) décrire la qualité de vie au moment du recrutement des patientes prises en charge pour cancer du sein dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) Gabriel Touré et Mère-Enfant, Bamako, Mali; et (2) identifier les facteurs influençant la qualité de vie.

PATIENTES ET MÉTHODES

Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale dans les services de chirurgie générale/gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré et les services d'oncologie/gynécologie-obstétrique du CHU « Mère-Enfant » Luxembourg. Elle s'est déroulée du 1^{er} janvier 2016 au 30 novembre 2022.

Recrutement des participantes

Les participantes ont été recrutées dans les services sus-mentionnés. Les critères d'inclusion étaient : (a) avoir eu un diagnostic de cancer de sein histologiquement ou cytologiquement confirmé; (b) être apte à se soumettre au questionnaire après consentement éclairé. Toutes les patientes ayant des dossiers médicaux incomplets ou celles ayant refusé de participer à l'étude ont été exclus.

Collecte des données

Les informations sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau d'éducation, état civil, profession et revenu) et cliniques (stade du

cancer, traitements reçus et comorbidités) ont été extraites à partir des dossiers médicaux des patientes. Les questionnaires de « *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30)* » et « *Breast Cancer-Specific (QLQ BR23)* » ont été administrés par téléphone pour la collecte des données de la qualité de vie.

Le QLQ-C30 est un instrument général sur le cancer qui contient plusieurs items, mesurés sur des échelles de Likert à plusieurs points, qui reflètent la multidimensionnalité du concept de qualité de vie. Il comprend cinq échelles fonctionnelles (bien-être physique, limitations pour réaliser les activités quotidiennes, bien-être émotionnel, fonctionnement cognitif et bien-être social), neuf échelles de symptômes (fatigue, nausées et vomissements, douleur, dyspnée, insomnie, perte d'appétit, constipation, diarrhée et difficultés financières) ainsi que des échelles globales d'état de santé et de qualité de vie. Les 28 premiers items sont évalués sur une échelle de réponse allant de "pas du tout" (1) à "beaucoup" (4). Pour les items 29 (état de santé générale) et 30 (qualité de vie globale), les réponses possibles vont de "très mauvais" (1) à "excellent" (7), et le cadre temporel est "au cours de la semaine écoulée".

Le questionnaire EORTC QLQ-BR23 est exclusivement orienté sur le cancer du sein. Il comprend quatre échelles fonctionnelles (image corporelle, fonctionnement sexuel, plaisir sexuel et perspectives d'avenir) et quatre échelles de symptômes (effets secondaires du traitement systémique, symptômes mammaires, symptômes au niveau du bras et la perte de cheveux). Les réponses possibles vont de "pas du tout" (1) à "beaucoup" (4). Le cadre temporel est "au cours de la semaine écoulée", sauf pour les questions sur les fonctions sexuelles qui sont mesurées "au cours des quatre dernières semaines".

Analyse des données

Les données ont été saisies, nettoyées et codées dans le logiciel SPSS (version 25) et analysées à l'aide du logiciel SAS 9.4 (SAS Institute, Inc, Cary, North Carolina, USA). Des statistiques descriptives (fréquences, moyenne et écart-type, médiane et interquartile) ont été utilisées pour décrire les données sociodémographiques et cliniques.

Pour l'analyse de la qualité de vie, nous avons dans un premier temps, effectué une transformation linéaire de tous les items du QLQ-C30 sur une échelle de 0 à 100 selon le processus standardisé décrit dans le guide d'utilisation de l'EORTC. Des scores moyens ont ensuite été calculés et interprétés selon les recommandations du guide d'utilisation de l'EORTC. Ainsi, un score élevé pour une échelle fonctionnelle représente un niveau de

fonctionnement élevé. Pareillement, un score élevé pour l'état de santé globale représente une bonne qualité de vie globale. Cependant, un score élevé pour une échelle ou un item de symptôme représente un niveau élevé de symptômes ou de problèmes.

Par ailleurs, afin pour faciliter l'interprétation, des seuils rapportés dans d'autres travaux ont été utilisés. Pour les échelles fonctionnelles et la qualité de vie globale, les sujets avec un score $\leq 33\%$ ont été considérés comme ayant un moins bon niveau de fonctionnement ; tandis ceux ayant des scores $> 66\%$ étaient considérés en bonne condition. Pour les échelles de symptômes, les sujets ayant obtenu un score $\leq 33\%$ étaient considérés comme présentant des symptômes moins graves, tandis que ceux ayant obtenu un score $> 66\%$ présentaient des symptômes plus graves. Des procédures similaires ont été utilisées pour l'analyse des données du questionnaire QLQ-BR23.

Enfin, pour l'identification des facteurs influençant la qualité de vie, nous avons réalisé une analyse multivariée utilisant le modèle linéaire mixte pour calculer des scores moyens ajustés des domaines problématiques de qualité de vie. Le modèle linéaire mixte offre la flexibilité de modéliser non seulement les moyennes des données (comme dans le modèle linéaire standard), mais aussi leurs variances. L'estimateur du maximum de vraisemblance restreint a été utilisé, car il fournit généralement des estimations moins biaisées des composantes de la variance du modèle que le maximum de vraisemblance, en particulier lorsqu'il y a de nombreuses covariables.

Pour l'échelle fonctionnelle, nous avons déterminé les facteurs influençant la qualité de vie globale, le bien-être physique et le bien-être social; tandis que pour l'échelle symptomatique, ces domaines étaient l'insomnie et la perte d'appétit. Des analyses similaires ont été utilisées pour les domaines problématiques du questionnaire QLQ-BR23 notamment les fonctions sexuelles et l'image corporelle pour l'échelle fonctionnelle; les symptômes au niveau des bras et la perte de cheveux sur l'échelle des symptômes. Des scores moyens ajustés de qualité de vie avec leurs intervalles de confiance (IC à 95%) ont été estimés.

Considération éthique

Toutes les procédures de l'étude ont été expliquées aux participantes avant le début des entretiens. Les participantes avaient le droit de se retirer de l'étude à tout moment sans aucune conséquence sur leur prise en charge. Un consentement éclairé verbale de chaque participante a été obtenu. Des numéros d'identification anonymes ont été attribués à chaque

participante pour accroître le niveau de confidentialité.

RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Sur une période de 6 ans et 11 mois, 209 femmes ont été recrutées (Tableau I). L'âge moyen était de 50,7 ans avec un écart-type de 8,9. Les patientes de moins de 50 ans représentaient 48,3% de l'échantillon et celles ≥ 60 ans, 17,2%. La majorité des participantes étaient mariées (81,8%), ménagères (68,4%) et

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes avec un diagnostic de cancer du sein au CHU Gabriel Touré et au CHU Mère et enfant Luxembourg.

Caractéristiques	Moyenne \pm SD ou n (%)
	N = 209
Age en année, moyenne \pm SD	50,7 \pm 8,9
Age en année, médiane (IQR)	50 (45 – 56)
Tranche d'âge en année	
30 – 39	21 (10,0)
40 – 49	80 (38,3)
50 – 59	72 (34,5)
≥ 60	36 (17,2)
Situation matrimoniale	
Mariée	171 (81,8)
Célibataire ou veuve	38 (18,2)
Niveau de scolarité	
Non scolarisée	75 (35,9)
Primaire	35 (34,9)
Secondaire et plus	61 (29,2)
Profession	
Ménagère	143 (68,4)
Fonctionnaire	35 (16,75)
Autres (vendeuses ou commerçantes)	31 (14,8)
Revenu familiale	
Aucun	106 (50,7)
< 30 000 FCFA	39 (18,7)
$\geq 30 000$ FCFA	64 (30,6)
Parité	
Nullipare	17 (8,1)
Paucipare	42 (20,1)
Multipare	150 (71,8)
Ménopause	

Abréviation : SD, standard de déviation; IQR, Interquartile Range; VIH, Virus d'Immunodéficience Humaine.

^sPrésence au moins une des affections suivantes : Hypertension artérielle, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, asthme, diabète, drépanocytose, VIH, maladie cérébro-vasculaire

Sur le plan clinique, les patientes avaient bénéficié d'un traitement traditionnel dans 56,9% des cas avant l'admission. Soixante pourcent (60%) présentaient au moins deux comorbidités à l'examen d'inclusion. Les cancers de stade III et IV représentaient une proportion de 60,7%. La proportion des patientes ayant bénéficié d'une chirurgie était de 96,2%. La chimiothérapie a concerné 86,6%; seulement, 11% des patientes ont bénéficié d'une radiothérapie.

2. Profil de qualité de vie

A. Aspect du questionnaire global d'évaluation de la qualité de vie des cancers (QLQ-C30)

Ils sont présentés dans le Tableau II. Le score moyen de la qualité de vie globale était de 44,5. Sur les échelles fonctionnelles, la fourchette des scores moyens pour les cinq domaines variait entre 14,4 à 91,1. D'après le seuil de 66% (signifiant un bon niveau de fonctionnement), le meilleur domaine était celui du "cognitif" avec un score moyen de 91,14 (IC à 95% : 87,51 – 94,78). Les domaines problématiques, définis par un score $\leq 33\%$, étaient ceux relatifs au bien-être physique, émotionnel et social.

Sur l'échelle des symptômes, un tiers des items dépassait le seuil de 66,6%, défini comme un mauvais score sur cette échelle. Les trois domaines les plus problématiques étaient ceux relatifs à la douleur, aux troubles du sommeil et à l'anorexie avec des scores moyens $> 90\%$.

Tableau II : Scores moyens au moment du recrutement pour les échelles fonctionnelles et symptomatiques du questionnaire EORTC QLQ-C30.

Échelle de l'EORTC QLQ-C30	Moyenne	SD	IC à 95%
Santé globale/qualité de vie	44,52 ± 22,19	41,48 – 47,57	
Échelles fonctionnelles*			
Bien-être physique	30,58 ± 23,30	27,40 – 33,76	
Limitations dans les activités quotidiennes	50,55 ± 29,97	46,47 – 54,65	
Bien-être émotionnel ou psychologique	26,01 ± 11,63	24,49 – 27,66	
Fonctions cognitives	91,14 ± 26,65	87,51 – 94,78	
Bien-être social	14,43 ± 8,19	13,32 – 15,55	
Échelles des symptômes**			
Fatigue	59,77 ± 25,60	56,27 – 63,27	
Nausées et vomissements	44,17 ± 17,73	41,76 – 46,60	
Douleurs	97,44 ± 10,01	96,08 – 98,81	
Difficulté à dormir	99,04 ± 5,57	98,28 – 99,80	
Perte d'appétit	97,78 ± 10,09	96,39 – 99,14	
Constipation	7,65 ± 26,65	4,02 – 11,28	
Diarrhée	7,97 ± 26,75	4,32 – 11,62	
Difficultés financières	8,77 ± 27,00	5,07 – 12,45	

Abréviation : SD, déviation standard; IC à 95% : Intervalle de confiance.

*Des scores élevés sur les échelles fonctionnelles indiquent des niveaux élevés de fonctionnement

** Des scores élevés sur les échelles de symptômes et les items indiquent une sévérité élevée des symptômes.

B. Aspect du questionnaire du questionnaire spécifique au cancer du sein (QLQ BR23)

Ils sont présentés dans le Tableau III. On remarque que la moitié des domaines (fonctions sexuelles et perspectives d'avenir) avait un score supérieur au seuil de 66,6% sur les quatre domaines de l'échelle fonctionnelle; tandis le plaisir sexuel et l'image corporelle étaient les domaines les plus problématiques avec des scores inférieurs au seuil de 33,3%. Le meilleur score obtenu sur cette échelle concernait les "perspectives d'avenir" (99,48 ; IC à 95% : 98,46 – 100). Enfin, sur l'échelle des symptômes, trois domaines (symptômes au niveau des bras, troubles dus à la perte de cheveux et symptômes au niveau des seins) sur quatre avaient des scores supérieurs au seuil de mauvaise qualité de vie (66,6%). Seul le domaine des "effets secondaires du traitement systémique" était le moins problématique avec un score de 54,20 (IC à 95% : 53,10 – 55,30).

3. Identification des facteurs associés à la qualité de vie

Pour notre analyse multivariée des données des deux questionnaires (QLQ-C30 et QLQ-BR23), nous avons ajusté pour l'âge, la situation matrimoniale, la profession, le nombre de comorbidité, le stade de cancer, les traitements (tradithérapie, chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie).

Les résultats du QLQ-C30 sont présentés dans le Tableau III. Nous avons observé que la profession était la seule caractéristique sociodémographique significativement associée au symptôme "perte d'appétit". En effet, le score moyen ajusté de "perte d'appétit" pour les ménagères était de 97,84 (IC à 95% : 95,24 – 100) vs 95,47; (IC à 95% : 91,83 – 99,10) pour les commerçantes ($p = 0,029$).

Tableau III : Scores moyens au moment du recrutement pour les échelles fonctionnelles et symptomatiques du questionnaire QLQ-BR23.

Échelle de QLQ-BR23	Moyenne	SD	IC à 95%
Échelles fonctionnelles*			
Fonction sexuelle	94,81 ± 20,88	91,85	97,78
Plaisir sexuel	11,59 ± 18,42	9,06	-14,12
Perspectives d'avenir	99,48 ± 7,19	98,46	100
Image corporelle	1,38 ± 9,48	0,03	-2,73
Échelles des symptômes**			
Effets secondaires du traitement systémique	54,20 ± 7,73	3,10	-55,30
Symptômes au niveau des bras	86,93 ± 7,26	85,90	-87,96
Troubles dus à la perte de cheveux	97,93 ± 13,45	96,02	-99,83
Symptômes au niveau des seins	68,36 ± 10,92	66,88	-69,86

Abréviation : SD, déviation standard; IC à 95% : Intervalle de confiance.

*Des scores élevés sur les échelles fonctionnelles indiquent des niveaux élevés de fonctionnement

**Des scores élevés sur les échelles de symptômes et les items indiquent une sévérité élevée des symptômes.

En ce qui concerne les caractéristiques du traitement, les femmes ayant bénéficié d'une tradithérapie avaient un score d'insomnie plus élevé que celles qui n'en ont eu recours ($p = 0,008$). Le score moyen du bien-être physique était modérément plus élevé chez les femmes ayant bénéficié de radiothérapie (39,80; IC à 95% : 25,56 - 54,04) lorsque comparé à celles n'ayant pas eu ce traitement (26,46; IC à 95 : 16,31 - 36,60), $p = 0,019$. Quant à la chimiothérapie avaient une amélioration de la qualité de vie globale; tandis qu'elles avaient

plus de symptômes "perte de cheveux" lorsque comparées à celles n'ayant pas bénéficié de ce traitement.

Enfin, nos résultats sur les facteurs influençant la qualité de vie utilisant le questionnaire QLQ-BR23 sont présentés dans le Tableau IV. Il ressort de nos analyses que plus l'âge augmente ou plus le stade du cancer est élevé plus le score moyen de l'item "fonctionnement sexuel" est faible ($p < 0,05$). Le statut de femme mariée était le seul facteur associé au domaine "image corporelle" ($p < 0,05$). Concernant l'échelle des symptômes notamment l'item "troubles dus à la perte de cheveux", nous avons trouvé trois facteurs significativement associés à la dégradation de ce symptôme : le statut de femme mariée, l'utilisation de la tradithérapie et la chimiothérapie ($p < 0,05$).

Tableau III : Facteurs influençant la qualité de vie sur les échelles fonctionnelles et symptomatiques : scores moyens ajustés du questionnaire de base EORTC QLQ-C30.

	Globale [§]		Échelles fonctionnelles [§]		Échelles symptomatiques	
	Qualité de vie globale	Bien-être physique	Bien-être social	Insomnie	Perte d'appétit	
Tranche d'âge en année						
30 – 39	51,37 [36,54 - 66,20]	32,07 [13,38 - 50,77]	12,09 [5,35 - 18,82]	94,51 [86,29 - 100]	97,92 [93,24 - 100]	
40 – 49	44,66 [34,83 - 54,49]	35,79 [23,40 - 48,18]	12,92 [8,46 - 17,40]	93,74 [88,24 - 99,25]	97,46 [94,36 - 100]	
50 – 59	39,29 [28,59 - 50,45]	30,39 [16,62 - 44,17]	15,84 [10,87 - 20,80]	91,55 [85,43 - 97,68]	96,07 [92,62 - 99,51]	
≥ 60	47,50 [34,75 - 60,25]	34,26 [18,20 - 50,33]	16,54 [10,76 - 22,33]	94,51 [87,37 - 100]	95,87 [91,84 - 99,89]	
Valeur p	0,180	0,671	0,370	0,691	0,562	
Profession						
Ménagère	47,13 [38,89 - 55,36]	29,98 [19,59 - 40,36]	12,51 [9,94 - 16,25]	96,07 [91,46 - 100]	97,84 [95,24 - 100]	
Fonctionnaire	42,31 [31,78 - 52,84]	32,05 [18,78 - 45,32]	15,35 [10,57 - 20,13]	95,05 [89,16 - 100]	97,18 [93,86 - 100]	
Autres (vendeuses ou commerçantes)	47,85 [36,33 - 59,38]	37,36 [22,83 - 51,89]	15,18 [9,94 - 20,41]	89,68 [83,16 - 96,13]	95,47 [91,83 - 99,10]	
Valeur p	0,457	0,383	0,163	0,206	0,029	
Stade de cancer						
Stade II	34,10 [23,70 - 44,51]	35,07 [21,96 - 48,18]	15,17 [10,45 - 19,89]	91,70 [85,88 - 97,53]	96,13 [92,65 - 99,41]	
Stade III	39,83 [29,94 - 49,72]	26,69 [14,23 - 39,15]	14,97 [10,48 - 19,46]	93,96 [88,02 - 99,50]	96,36 [93,24 - 99,48]	
Stade IV	63,35 [54,39 - 72,31]	37,63 [26,33 - 48,93]	12,90 [8,83 - 16,97]	95,14 [90,12 - 100]	97,99 [95,16 - 100]	
Valeur - p	<0,001	0,044	0,409	0,301	0,229	
Traitement traditionnel						
Oui	48,07 [39,20 - 56,94]	31,11 [19,93 - 42,28]	14,62 [10,45 - 18,65]	95,15 [90,18 - 100]	98,03 [95,24 - 100]	
Non	43,45 [33,92 - 52,99]	35,15 [23,13 - 47,17]	14,07 [9,74 - 18,40]	92,05 [86,71 - 97,39]	95,62 [92,61 - 98,63]	
Valeur - p	0,110	0,265	0,669	0,008	0,055	
Traitement par radiothérapie						
Oui	47,38 [36,09 - 58,69]	39,80 [25,56 - 54,04]	12,06 [6,93 - 17,19]	91,50 [82,78 - 97,83]	96,25 [92,69 - 99,81]	
Non	44,14 [36,09 - 52,19]	26,46 [16,31 - 36,60]	16,63 [12,97 - 20,29]	95,70 [91,19 - 100]	97,41 [94,87 - 99,95]	
Valeur - p	0,469	0,019	0,026	0,413	0,095	
Traitement par chimiothérapie						
Oui	53,08 [43,30 - 62,87]	31,67 [19,34 - 44,00]	12,99 [8,55 - 17,44]	98,46 [92,98 - 100]	98,85 [95,76 - 100]	
Non	38,44 [27,79 - 49,08]	34,59 [21,17 - 48,01]	15,69 [6,86 - 20,53]	88,74 [82,78 - 94,71]	94,81 [91,45 - 98,17]	
Valeur - p	0,007	0,665	0,266	0,016	0,001	

[§]Des scores élevés sur les échelles fonctionnelles indiquent des niveaux élevés de fonctionnement.

*Des scores élevés sur les échelles de symptômes et les items indiquent une sévérité élevée des symptômes.

[#]Présence au moins une des affections suivantes : Hypertension artérielle, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, asthme, diabète, drépanocytose, VIH, maladie cérébro-vasculaire.

Le modèle est aussi ajusté pour le statut matrimonial, les comorbidités et la chirurgie.

Tableau IV : Facteurs influençant la qualité de vie sur les échelles fonctionnelles et symptomatiques :

	Échelles fonctionnelles [§]		Échelles symptomatiques*	
	Fonctionnement sexuel	Image corporelle	Symptômes au niveau des bras	Troubles dus à la perte de cheveux
Tranche d'âge en année				
30 – 39	27,36 [15,03 - 39,03]	2,20 [-5,78 - 10,20]	82,96 [77,74 - 88,18]	93,45 [82,46 - 100]
40 – 49	8,62 [0,44 - 16,81]	4,89 [-0,38 - 10,19]	86,99 [83,55 - 90,44]	92,77 [85,52 - 100]
50 – 59	7,23 [-1,86 - 16,33]	4,98 [-0,92 - 10,89]	87,12 [83,26 - 90,98]	92,05 [83,92 - 100]
≥ 60	3,27 [-7,34 - 13,88]	6,73 [-0,15 - 13,63]	85,33 [80,83 - 89,83]	93,17 [83,70 - 100]
Valeur p	0,024	0,827	0,359	0,983
Situation matrimoniale				
Mariée	13,61 [1,29 - 21,14]	0,79 [-4,14 - 5,73]	85,30 [82,08 - 88,52]	95,48 [88,70 - 100]
Célibataire ou veuve	9,64 [1,29 - 17,98]	8,62 [1,19 - 14,08]	85,90 [82,34 - 89,47]	90,24 [82,73 - 97,75]
Valeur p	0,219	0,000	0,664	0,073
Stade de cancer				
Stade II	17,31 [8,65 - 25,97]	5,38 [-0,32 - 1,20]	86,52 [82,80 - 90,25]	91,20 [83,36 - 99,03]
Stade III	14,17 [5,93 - 22,39]	10,19 [0,74 - 11,50]	84,90 [81,38 - 88,41]	92,79 [85,39 - 100]
Stade IV	3,39 [-4,07 - 10,85]	2,62 [-2,25 - 7,49]	85,38 [82,20 - 88,57]	94,59 [87,69 - 100]
Valeur - p	0,000	0,255	0,417	0,539
Traitement traditionnel				
Oui	12,47 [1,19 - 19,85]	4,36 [-0,43 - 10,28]	85,71 [82,58 - 88,64]	95,20 [88,61 - 100]
Non	10,77 [2,84 - 18,71]	10,19 [-0,18 - 10,28]	85,49 [82,07 - 88,91]	90,52 [86,10 - 97,72]
Valeur - p	0,482	0,665	0,832	0,034
Traitement par chimiothérapie				
Oui	6,38 [-1,81 - 14,57]	5,67 [0,33 - 10,99]	86,24 [82,76 - 89,72]	100 [95,06 - 109]
Non	16,86 [7,94 - 25,80]	3,74 [-2,04 - 9,53]	84,96 [81,18 - 88,74]	83,34 [75,38 - 91,29]
Valeur - p	0,023	0,510	0,500	<0,000

[§]Des scores élevés sur les échelles fonctionnelles indiquent des niveaux élevés de fonctionnement

*Des scores élevés sur les échelles de symptômes et les items indiquent une sévérité élevée des symptômes.

[#]Présence au moins une des affections suivantes : Hypertension artérielle, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, asthme, diabète, drépanocytose, VIH, maladie cérébro-vasculaire.

Le modèle est aussi ajusté pour la profession, les comorbidités, la radiothérapie et la chirurgie.

DISCUSSION

L'objectif fondamental des soins de santé est d'améliorer la qualité de vie des patientes. Cela est particulièrement important pour les maladies chroniques comme le cancer du sein dont les cas sont souvent admis à un stade avancé de la maladie dans notre contexte. Nous avons observé que les scores moyens de la qualité de vie globale de même que les scores des échelles fonctionnelles et symptomatiques étaient relativement faibles. Sur le plan sociodémographique, les ménagères étaient plus affectées par la perte de l'appétit avec un score élevé sur l'échelle de symptôme; tandis que les femmes mariées avaient des scores préoccupant tant sur l'échelle fonctionnelle ("image corporelle") que sur l'échelle des symptômes ("perte de cheveux"). Une légère amélioration de la qualité de

vie était observé avec les options de traitement.

Le score moyen de qualité de vie globale était de 44,52 dans notre étude. Ce score est plus faible que ceux rapportés en Afrique 58,69 (IC à 95% : 56,85 – 60,54) et dans le manuel de référence de l'EORTC ((61.8 ± 24.6). Ces différences peuvent s'expliquer en partie par la diversité de la population étudiée en termes de groupes d'âge. En effet, dans notre étude la proportion des jeunes femmes < 50 ans était très élevée; la littérature rapporte des faibles scores de qualité de vie chez les jeunes femmes lorsqu'elles sont comparées aux femmes dans la cinquantaine et la soixantaine.

Dans notre étude, le bien-être physique, émotionnel et social étaient les domaines les plus problématiques sur l'échelle fonctionnelle avec un score moyen < 33%; tandis que la douleur, l'insomnie et la perte

d'appétit étaient les domaines les plus problématiques sur l'échelle des symptômes avec des scores moyens > 66%. Ces trouvailles sont cohérentes avec celles rapportées dans les travaux antérieurs. Elles induisent un scepticisme chez les patientes sur les chances de guérison après traitement, engendrant ainsi des troubles psychologiques pouvant affecter leur bien-être physique et émotionnel. Aussi, le faible score de bien-être émotionnel pourrait être dû à l'impact du cancer du sein et de son traitement sur le rôle central des femmes dans la société malienne. En effet, elles sont au centre du maintien de la santé globale de la famille, de l'alimentation, de l'éducation des enfants; et toute maladie qui les rend incapables d'assumer ce rôle, les affectera durement sur le plan psychologique et émotionnel avec des conséquences sociales.

Un aspect paradoxal retrouvé dans ce travail est que malgré que le cancer du sein soit considéré comme une maladie mortelle, le meilleur score a été observé avec l'item "perspectives d'avenir" lors de l'utilisation du QLQ-BR23. On peut postuler que l'accompagnement par les pairs et la famille contrebalance significativement l'impact négatif sur les bien-être émotionnel et social qui sont des domaines problématiques dans notre étude comme évoqué ci-haut. Toutefois, un biais de désirabilité sociale ne peut pas être exclu dans notre contexte du fait que culturellement l'individu doit reconnaître tout type de soutien de façon tacite.

En outre, nous avons trouvé que le plaisir sexuel et l'image corporelle étaient les domaines les plus affectés lors de l'analyse des données du QLQ-BR23. Ces troubles de la fonction sexuelle peuvent être dus à une faible estime de soi, à la perte de cheveux, à la ménopause brutale, à la sécheresse vaginale, à la difficulté du partenaire à comprendre les sentiments de la femme. Ces résultats peuvent être aussi le reflet de l'absence d'éducation sexuelle globalement dans notre contexte, spécifiquement d'un déficit de prise en charge de la sexualité chez les patientes atteintes d'une maladie chronique grave comme le cancer du sein.

L'analyse du questionnaire QLQ-C30 a relevé que la profession ménagère était le seul facteur sociodémographique associé négativement à un des domaines problématiques notamment "la perte d'appétit". Le contexte socioéconomique général du pays est en effet un goulot d'étranglement dans l'accès à une alimentation diversifiée nécessaire pour ces patientes qui ont généralement un trouble de goût rendant difficile leur alimentation. Le counseling adapté à ce domaine n'est pas aussi un

élément fort du fait de l'absence de nutritionniste clinicien pouvant adresser cette problématique.

Quant à l'analyse des données du QLQ-BR23, elle a retrouvé que l'âge, le statut marié et la profession étaient les facteurs sociodémographiques associés à différents domaines (fonctionnement sexuel, image corporelle et troubles dus à la perte de cheveux). En effet, le score moyen de fonctionnement sexuel était plus faible chez les femmes plus âgées (> 60 ans) lorsque comparé aux femmes plus jeunes. Il est classiquement rapporté que le traitement du cancer du sein peut engendrer une sécheresse vaginale, aggravant un contexte de carence oestrogénique chez ces femmes souvent en postménopause. L'association négative entre le statut de femme mariée et l'image corporelle est la conséquence directe de l'ablation ou de la mutilation de la glande mammaire qui joue un rôle central dans la sexualité et dans l'estime de soi des femmes. Il s'agit souvent d'une souffrance qu'elles vivent en silence parce que le désir sexuel n'est culturellement pas évoqué par les femmes comme s'il s'agissait d'un tabou même vis-à-vis de leur mari.

Parmi les options du traitement, la chimiothérapie influençait positivement la qualité de vie globale; tandis qu'elle avait un effet négatif sur l'échelle des symptômes qu'elle aggravait (insomnie, perte d'appétit et perte de cheveux). Ces observations sont classiques et impliquent la nécessité de faciliter l'accès à des protocoles moins toxiques. L'amélioration de la qualité de vie globale est aussi le résultat de l'espoir suscité par l'initiation traitement par la radiothérapie et il est clairement démontré que la radiothérapie réduit la mortalité due au cancer du sein, en particulier au cours des dix premières années suivant sa réalisation.

Limites et force de l'étude

Notre étude n'est pas exempte de biais de sélection, les participantes étaient une population hospitalière sélectionnée dans deux hôpitaux de Bamako. L'échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des cas de cancer du sein, ce qui nous limite aussi dans la généralisation des données. En outre, le fait que les réponses aient été basées sur des données d'entretien auto-rapportées, ceci a pu introduire un biais d'information pour les patientes rencontrant des difficultés à se soumettre aux questionnaires. Pareillement, plusieurs questions notamment celles sur la sexualité étaient des questions très sensibles dans notre contexte. Les données de ces questions sont probablement sous rapportées. Les questionnaires utilisés bien que validés dans différents contextes ne tiennent pas compte des aspects socioculturels spécifiques et des aspects

spirituels, lesquels sont très important dans notre contexte. Le manque de ces informations pourrait engendrer des biais de confondance résiduelle. Malgré ces biais potentiels évoqués ici, cette étude fait partie des premières qui ont évalué la qualité de vie dans notre contexte. Pareillement, l'utilisation des questionnaires validés au niveau international pour décrire la qualité de vie d'un nombre relativement important de survivantes du cancer du sein réduirait l'impact des différents biais mentionnés sont probablement minimales.

CONCLUSION

En résumé, nos résultats montrent que les femmes maliennes avaient des faibles scores de qualité de vie tant sur les échelles de fonctionnement et sur celles des symptômes. Ainsi, l'évaluation de la qualité de vie doit systématiquement être intégrée dans le protocole de prise en charge du cancer du sein dans notre contexte. Ceci permettra des évaluations précises du bien-être physique, mental, fonctionnel et social des patientes. L'emphase doit aussi être mise sur le counseling avant et après le diagnostic, ceci pourrait permettre d'atténuer les effets psychologiques néfastes de la maladie. Les infirmières étant la première ligne dans la plupart de nos pays, elles devraient être formées pour offrir des services de counseling aux femmes suspectes d'un cancer du sein avant et après le diagnostic, comme c'est le cas pour d'autres maladie.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des personnes impliquées dans ce travail, en particulier les enquêteurs, les patientes de même que le personnel médical.

RÉFÉRENCES

1. **Lin S, Gao K, Gu S, et al.** Worldwide trends in cervical cancer incidence and mortality, with predictions for the next 15 years. *Cancer*. 2021;127(21):4030-9.
2. **Anyigba CA, Awandare GA, Paemka L.** Breast cancer in sub-Saharan Africa: The current state and uncertain future. *Exp Biol Med (Maywood)*. 2021;246(12):1377-87.
3. Globocan. The Global Cancer Observatory - Mali 2021 [Available from : <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/466-mali-fact-sheets.pdf>.
4. **Muliira RS, Salas AS, O'Brien B.** Quality of Life among Female Cancer Survivors in Africa: An Integrative Literature Review. *Asia Pac J Oncol*

Nurs. 2017;4(1):6-17.

5. **Javan Biparva A, Raofi S, Rafiei S, et al.** Global quality of life in breast cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 2022.

6. **Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, 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(5):365-76.

7. **Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JI, et al.** The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *J Clin Oncol*. 1996;14(10):2756-68.

8. **Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, et al.** On behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels 2001. Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels. 2001.

9. **Alawadi SA, Ohaeri JU.** Health - related quality of life of Kuwaiti women with breast cancer: a comparative study using the EORTC Quality of Life Questionnaire. *BMC Cancer*. 2009;9:222.

10. **Jedy-Agba E, McCormack V, Adebamowo C, et al.** Stage at diagnosis of breast cancer in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2016;4(12):e923-e35.

11. **Dalal S, Beunza JJ, Volmink J, et al.** Non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: what we know now. *Int J Epidemiol*. 2011;40(4):885-901.

12. Scott NW, Fayers P, Aaronson NK, et al. EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual (2nd ed.). EORTC Quality of Life Group. 2008.

13. **Bredicean AC, Crăiniceanu Z, Oprean C, et al.** The influence of cognitive schemas on the mixed anxiety-depressive symptoms of breast cancer patients. *BMC Womens Health*. 2020;20(1):32.

14. **Lam WW, Yoon SW, Sze WK, et al.** Comparing the meanings of living with advanced breast cancer between women resilient to distress and women with persistent distress: a qualitative study. *Psychooncology*. 2017;26(2):255-61.

15. **Hassen AM, Taye G, Gizaw M, et al.** Quality of life and associated factors among patients with breast cancer under chemotherapy at Tikur Anbessa specialized hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222629.

16. **Enien MA, Ibrahim N, Makar W, et al.** Health-related quality of life: Impact of surgery and treatment modality in breast cancer. *J Cancer Res*

Ther. 2018;14(5):957-63.

17. **Ramlachan P, Tammary E, Joachim O, et al.** Management of Psychosocial and Sexual Complains Among Cancer Patients in the African Context: A scoping review. *Sex Med.* 2022;10(2):100494.

18. **Costanzo ES, Lutgendorf SK, Mattes ML, et al.** Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *Br J Cancer.* 2007;97(12):1625-31.

19. **Adam R, Haileselassie W, Solomon N, et al.** Nutritional status and quality of life among breast Cancer patients undergoing treatment in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Womens Health.*

2023;23(1):428.

20. **Krychman ML, Katz A.** Breast cancer and sexuality: multi-modal treatment options. *J Sex Med.* 2012;9(1):5-13; quiz 4-5.

21. **Liu J, Peh CX, Mahendran R.** Body image and emotional distress in newly diagnosed cancer patients: The mediating role of dysfunctional attitudes and rumination. *Body Image.* 2017;20:58-64.

22. **Iddrisu M, Aziato L, Dedey F.** Psychological and physical effects of breast cancer diagnosis and treatment on young Ghanaian women: a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):353.

23. **Overgaard J, Bartelink H.** Breast cancer survival advantage with radiotherapy. *Lancet.* 2000;356(9237):1269-70; author reply 71.

8. **Thaba Moyambe JN, Macumu ER, Kitoko HT, Idi YI, Lubamba CC, Mwansa JC, et al.** Torsion d'un kyste ovarien en cours de grossesse: à propos d'un cas clinique observé en milieu à ressources limitées. *Pan Afr Med J* 2020;4(13).
9. **Ayachi A, Blél Z, Khelifa N, Mkaouer L, Bouchahda R, Mourali M.** Torsion d'annexe au second trimestre de la grossesse, à propos de deux cas. *Pan Afr Med J* 2016;25:113–8.
10. **Bras R, Braga J, Tome A, Ferreira H.** Adnexal Torsion in the First Trimester of Pregnancy: Diagnosis, Laparoscopic Management, and Review of the Literature. *Surg Technol Int* 2017;30:210–4.
11. **Ali MK, Abdelbadee AY, Shazly SA, Abbas AM.** Adnexal torsion in the first trimester of pregnancy: A case report. *Middle East Fertility Society Journal* 2013;18(4):284–6.