

## QUALITÉ DE VIE DES FEMMES ATTEINTES DU CANCER DU SEIN EN CÔTE D'IVOIRE

E. AKA, KAKOU Z., Y. SAMAKÉ, O. KOUANFACK, F. KEHI,  
A. ADAKANOU, J. KOBENAN, A HORO.

### RESUME

**Objectifs** : documenter l'impact du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes en Côte d'Ivoire.

**Méthodes** : étude transversale menée de Novembre 2021 à Juin 2022 menée au Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara. Ont été incluses les femmes de plus de 18 ans atteintes du cancer du sein depuis l'annonce jusqu'au traitement. Les patientes avec une altération des fonctions supérieures et un cancer associé ont été exclues. Le critère d'évaluation de mesure de la qualité de vie était le questionnaire EORTC QLQ-c30 associé au sein questionnaire QLQBR23, spécifique au sein. Un entretien a été réalisé en « face-to-face » après une séance préalable d'informations. Le score a été dichotomisé en « mauvaise qualité de vie » et « bonne qualité de vie ». Une régression logistique bivariée et multivariée a été utilisée pour évaluer l'association de la qualité de vie avec les variables épidémiologiques-cliniques et les échelles fonctionnelles et symptomatiques de l'EORTC QLQ C-30 et QLQ BR 23.

**Résultats** : la moyenne d'âge était de 49,31ans ( $\pm 12,1$ ans). Les patientes affirmaient dans 65,3% avoir une mauvaise qualité de vie. Les patientes consommant de l'alcool étaient 2,9 fois plus susceptibles d'avoir une mauvaise qualité de vie ( $p=0,01$ ) tout comme celles ne pratiquant pas une activité physique régulière OR= 2,45 ( $p$  value=0,04). Le stade 2 était un facteur protecteur à la bonne qualité de vie avec une  $p$  significative à 0,01.

**Conclusion** : la qualité de vie globale des patientes atteintes d'un cancer du sein est supérieure à la moyenne.

**Mots-clés** : Qualité de vie, Cancer du sein, Afrique de l'Ouest

### SUMMARY

#### Quality of life of women with breast cancer in Côte d'Ivoire

**Objective**: to document the impact of breast cancer on the quality of life of patients in Côte d'Ivoire.

**Methods**: cross-sectional study conducted from November 2021 to June 2022 in the national Centre of Radiotherapy Alassane Ouattara. Women over 18 years of age with breast cancer were included from the time of diagnosis until treatment. Patients with impaired higher function and associated cancer were excluded. The endpoint for measuring quality of life was the EORTC QLQ-c30 questionnaire associated with the breast-specific QLQBR23 questionnaire. A face-to-face interview was conducted after a preliminary information session. The score was dichotomized into «poor quality of life» and «good quality of life». Bivariate and multivariate logistic regression was used to assess the association of QoL with epidemiological-clinical variables and the EORTC QLQ C-30 and QLQ BR 23 functional and symptomatic scales.

**Results**: the average age was 49.31 years ( $\pm 12.1$  years). 65.3% of the patients claimed to have a poor quality of life. Patients who drank alcohol were 2.9 times more likely to have a poor quality of life ( $p=0.01$ ) as were those who did not engage in regular physical activity OR= 2.45 ( $p$  value=0.04). Stage 2 was a protective factor for good quality of life with a significant  $p$  value of 0.01.

**Conclusion**: the overall quality of life of breast cancer patients is above average.

**Keywords**: Quality of life ; Breast cancer ; West Africa .

### INTRODUCTION

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent avec plus de 2,2 millions de cas dans le monde et représente la première cause de mortalité par cancer chez la femme [1]. Ce cancer représente la première cause de décès par cancer en Afrique subsaharienne [2]. En Côte d'Ivoire, le cancer du sein est le cancer le plus prévalent (19.1%) avec une incidence 44.7 nouveaux cas pour 100 000 femmes en 2020 [3].

La guérison est envisageable pour les cancers de bon pronostic traités précocement [4]. En revanche le cancer est un des défis devant lequel l'humanité reste encore impuissante et qui met toujours en jeu le pronostic vital. La lourdeur des thérapeutiques et des séquelles ainsi que la perception de la maladie par le patient lui-même nous amène vers un autre volet de la prise en charge tel que la qualité de vie (Qdv) des malades cancéreux. L'Organisation mondiale de la santé a défini la qualité de vie (QdV) comme impliquant la santé physique d'une personne, son

**Tirés à part** : AKA Kacou Edele. Maître de conférences agrégé. Centre Hospitalier Universitaire Yopougon Abidjan Côte d'Ivoire / Service de Gynécologie-Obstétrique. Université Félix Houphouët Boigny. edelpap@gmail.com, edelaka@outlook.com +225 07 4872 9535

AKA E., Z. KAKOU., SAMAKÉ Y., O. KOUANFACK, F. KEHI, ADAKANOU A., KOBENAN J., HORO A. Qualité de vie des femmes atteintes du cancer du sein en Côte d'Ivoire. Journal de la SAGO, vol.26, n°4, P 40-46.

état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et son environnement [5].

La qualité de vie est devenue une thématique incontournable dans la pratique oncologique gynécologique actuelle. En effet, en Gynécologie, les traitements de radiothérapie, chirurgie, chimiothérapie et hormonothérapie peuvent avoir un impact majeur sur la qualité de vie des patientes. Ces traitements sont des moments psychologiquement et physiquement stressants pour les personnes atteintes de cancer [6]. En cancérologie l'objectif de la prise en charge médicale n'est plus seulement de guérir ou de prolonger la vie, mais aussi de préserver ou d'améliorer la qualité de vie. La qualité de vie est ainsi devenue aussi importante que les indicateurs de santé classiques (comme la morbidité) car certaines études ont démontré qu'elle est plus prédictive de la survie au cancer que les mesures du niveau de performance [7].

En Côte d'Ivoire, peu d'études ont évalué la qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein d'où l'intérêt de notre étude.

## I. MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude transversale analytique menée de novembre 2021 à juin 2022 menée au Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO). Cette étude a concerné toutes les patientes atteintes de cancer du sein faisant l'objet d'un suivi dans ledit centre et ayant donné un consentement oral. Ont été inclus dans notre étude les sujets de sexe féminin, âgées de plus de 18 ans chez qui le diagnostic de cancer du sein a été posé avec une preuve anatomopathologique et faisant l'objet d'un suivi depuis l'annonce du diagnostic avec mise en route d'une prise en charge thérapeutique. Les patientes ayant une altération des fonctions supérieures qui pourrait entraver l'interrogatoire et celles ayant une pathologie cancéreuse associée ont été exclues de notre étude. Les données sociodémographiques, les habitudes de vie et attitudes addictives, Les données médicales inhérentes au malade et à la maladie ont été les paramètres étudiés sur un échantillonnage qui était consécutif et exhaustif. Le critère d'évaluation de mesure de la qualité de vie était le questionnaire européen validé et utilisé dans plusieurs travaux dans le monde EORTC QLQ-C30. Ce questionnaire comporte trente items dont les réponses permettent d'établir différentes échelles, chacune d'elle explorant une dimension différente de la qualité de vie. Cinq échelles fonctionnelles, neuf échelles symptomatiques et une échelle mesurant la qualité de vie globale de chaque patiente. Un score élevé pour une échelle fonctionnelle traduit une fonction

optimale des variables mesurées. Un score élevé pour une échelle symptomatique traduit à l'inverse un haut niveau de symptômes.

Le module complémentaire au précédent questionnaire, spécifique cette fois-ci du cancer du sein, le QLQBR23 se compose de vingt-trois items permettant là encore d'établir différentes échelles, en complément de celles déjà existantes : quatre échelles fonctionnelles et quatre échelles symptomatiques. Un questionnaire standardisé et anonyme a servi d'outil de collecte des données. Chaque entretien a été réalisé après une séance préalable d'informations claires sur l'étude et ses objectifs en « face-to-face ». Les scores bruts ont été transformés en scores allant de 0 à 100 en utilisant la formule standardisée de l'EORTC.

$$\text{Raw score} = \text{RS} = ((I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n)$$

Appliquer la transformation linéaire 0 - 100 pour obtenir le score S,

$$\text{Fonctionnal scale} : S = \left(1 - \frac{\text{RS}-1}{\text{range}}\right) \times 100$$
$$\text{Synptom scale} : S = \left(1 - \frac{\text{RS}-1}{\text{range}}\right) \times 100$$
$$\text{Global health statut / QOL} : S = \left(1 - \frac{\text{RS}-1}{\text{range}}\right) \times 100$$

### Formule standardisée de l'EORTC

Après transformation du score brut, basé sur le score moyen calculé du score de qualité de vie des participants à l'étude, il a été dichotomisé en deux en utilisant le pourcentage de mauvaise qualité trouvé dans notre étude comme seuil. Par conséquent ; en utilisant celui-ci comme point limite, il a été dichotomisé en « mauvaise qualité de vie » et « bonne qualité de vie », dans laquelle un score inférieur à celui trouvé pour l'état de santé fonctionnel et global/la qualité de vie et un score supérieur à celui retrouvé pour l'échelle des symptômes indique une mauvaise qualité de vie. Après dichotomisation du score transformé, une régression logistique bivariée et multivariée a été utilisée pour évaluer l'association de la qualité de vie avec les variables sociodémographiques et cliniques et les échelles fonctionnelles et symptomatiques de l'EORTC QLQ C-30 et QLQ BR 23. L'odds ratio ajusté avec un intervalle de confiance à 95 % a été calculé. Une valeur de p inférieure ou égale à 0,05 était considérée comme significative.

Les réponses aux questionnaires ont été consignées et analysées à l'aide des logiciels Microsoft Word, Microsoft Excel, SPSS. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne avec écart type ou de médiane et les variables qualitatives sous forme de proportion et intervalle interquartile. Le test de khi carré a été utilisé pour comparer les pourcentages corrigés par le test de Fischer lorsque les conditions d'applications n'étaient pas valides. Les moyennes ont été comparées grâce au test de t-student.

## II. RÉSULTATS

La moyenne d'âge était de 49,31ans ( $\pm$  12,1ans). Les travailleuses actives avec des revenus fixes réguliers représentaient 69,4 % et 35,7% avaient une couverture sociale. Environ sept femmes sur dix pratiquaient régulièrement une activité physique régulière quant 33,6% consommaient de l'alcool au moins une fois par mois. Les stades tardifs de diagnostic III et IV étaient retrouvés chez 79,5% des patientes et la chimiothérapie représentait 98% des traitements reçus par celles-ci. Toutes les caractéristiques sociodémographiques, les données épidémiocliniques et les traitements reçus sont résumés dans le tableau I.

**Tableau I** : Répartition des patientes selon les données épidémiocliniques et les traitements reçus

| <b>Caractéristiques (n=98)</b>                  | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---|-----------------|--------------------|
| <b>Âge (années)</b>                             |                 |                    |
| ]25-35]   | 13              | 13,3               |
| ]35-45]   | 25              | 25,5               |
| ]45-55]   | 32              | 32,7               |
| >55   | 28              | 28,6               |
| <b>Statut Marital</b>                           |                 |                    |
| Célibataire                                     | 4               | 4,1                |
| Concubinage                                     | 66              | 67,3               |
| Mariée  | 27              | 27,6               |
| Veuve   | 1               | 1                  |
| <b>Situation de vie</b>                         |                 |                    |
| Vit seul  | 1               | 1                  |
| Vit en famille ou avec des amis                 | 97              | 99                 |
| <b>Résidence</b>                                |                 |                    |
| Milieu rural                                    | 20              | 20,4               |
| Milieu Urbain                                   | 78              | 79,6               |
| <b>Situation d'employabilité</b>                |                 |                    |
| Ménagère  | 23              | 23,5               |
| Travailleuse active                             | 68              | 69,4               |
| Retraitée                                       | 7               | 7,1                |
| <b>Niveau d'instruction</b>                     |                 |                    |
| Primaire  | 39              | 39,8               |
| Secondaire                                      | 30              | 30,6               |
| Supérieur                                       | 29              | 29,6               |
| <b>Assurance santé</b>                          |                 |                    |
| Non   | 35              | 35,7               |
| Oui   | 63              | 64,3               |
| <b>Parité</b>                                   |                 |                    |
| 0   | 20              | 20,4               |
| 1-2   | 28              | 28,5               |
| 3-5   | 41              | 41,8               |
| >5  | 9               | 9,3                |
| <b>Habitudes de vie et attitudes addictives</b> |                 |                    |
| <b>Consommation d'alcool</b>                    |                 |                    |
| Jamais  | 19              | 19,5               |
| Une fois par mois                               | 69              | 70,3               |
| 2 à 4 fois par mois                             | 10              | 10,2               |
| 2 à 3 fois par semaine                          | 0(0)            |                    |
| Consommation de tabac, n (%)                    | 0(0)            |                    |
| Consommation de drogues, n (%)                  | 0(0)            |                    |
| Activité physique régulière, n (%)              | 33(33,6)        | 33,6               |
| <b>Type histologique de cancer</b>              |                 |                    |
| Adénocarcinome                                  | 2               | 2,0                |
| Carcinome lobulaire infiltrant                  | 1               | 1,0                |
| CINS  | 94              | 96,0               |
| Liposarcome mammaire                            | 1               | 1,0                |
| <b>Stade clinique</b>                           |                 |                    |
| I   | 3               | 3,1                |
| II  | 17              | 17,3               |
| III   | 56              | 57,2               |
| IV  | 22              | 22,4               |
| <b>Traitements reçus</b>                        |                 |                    |
| Chirurgie                                       | 47              | 48,0               |
| Radiothérapie                                   | 35              | 36,0               |
| Chimiothérapie                                  | 96              | 98,0               |
| Hormonothérapie                                 | 0               | 0                  |
| Thérapie ciblée                                 | 0               | 0                  |

S'agissant du questionnaire sur la qualité de vie de nos patientes, les résultats révèlent que 78,5% des patientes ont obtenu un score de 4 ou plus sur l'échelle de santé générale. En effet, les difficultés à la marche (37,8%), la dépression (43,9%), la fatigue (55,1%), la douleur (53,1%), les difficultés financières (75,5%), le manque de plaisir lors de l'acte sexuel (73,5%), le trouble de l'identité sexuelle (42,9%), la perte des cheveux (60,2%) constituaient les symptômes cliniques ressentis et avaient un impact sur la qualité de vie des patientes. Cependant, la perte des cheveux n'a pas contrarié 48% des patientes. On a remarqué que 80,6% des patientes avaient assez répondu sur les effets du traitement qui ont limité leurs activités de loisirs. L'échelle de santé globale avait un score de 53,1. Le fonctionnement physique du score était de 92,5. L'activité sexuelle et le plaisir sexuel avaient des scores moyens respectifs de 9,9 et 9,1. En tout 65,3% des patientes avaient une mauvaise qualité de vie (Tableau II).

**Tableau II** : Synthèse de la qualité de vie du cancer du sein

| Domaines                              | Score Moyen ± écart-type | Score Médian [intervalle interquartile] | Score Max - Min |
|---------------------------------------|--------------------------|---|-----------------|
| <b>Dimensions fonctionnelles</b>      |                          |   |                 |
| Image corporelle                      | 82.3±20.0                | 87.5[66.7 - 100]                        | 0.0 - 100       |
| Activité sexuelle                     | 9.9±15.9                 | 0.0[0.0 - 33.3]                         | 0.0 - 66.7      |
| Plaisir sexuel                        | 9.1±15.7                 | 0.0[0.0 - 33.3]                         | 0.0 - 66.7      |
| Perspective future                    | 54.0±25.1                | 66.7[33.3 - 66.7]                       | 0.0 - 100       |
| <b>Dimensions symptômes</b>           |                          |   |                 |
| Effets secondaires des traitements    | 27.4±10.5                | 23.8[19.0 - 33.3]                       | 9.5 - 66.7      |
| Symptômes au niveau des seins         | 18.5±14.0                | 16.6[8.3 - 25.0]                        | 0.0 - 66.7      |
| Symptômes au niveau des bras          | 12.0±14.0                | 11.1[0.0 - 22.2]                        | 0.0 - 66.7      |
| Sentiments liés à la perte de cheveux | 21.0±24.1                | 33.3[0.0 - 33.3]                        | 0.0 - 100       |

L'étude analytique révèle que le niveau d'instruction supérieur était associé de façon significative à une meilleure qualité de vie OR= 0,2(p=0,01). Les patientes consommant de l'alcool étaient 2,9 plus susceptibles d'avoir une mauvaise qualité de vie (p=0,01) tout comme celles ne pratiquant pas une activité physique régulière OR= 2,45 (p value=0,04). Le stade 2 était un facteur protecteur à la bonne qualité de vie avec une p significative à 0,01 (Tableau III).

**Tableau III** : Analyse bivariée et multivariée des facteurs sociodémographiques et clinique associée à la mauvaise qualité de vie globale des patientes atteintes de cancer du sein

| Variable  | Mauvaise QDV global | Bonne QDV globale | OR (IC a 95%)         | Valeur p | ORa (IC a 95%)       | Valeur p ajusté |
|---|---------------------|-------------------|-----------------------|----------|----------------------|-----------------|
| <b>Niveau d'instruction</b>                     |                     |                   |                       |          |                      |                 |
| Primaire  | 31(48.4)            | 8(23.5)           | ( )                   | -        | -                    | -               |
| Secondaire                                      | 20(31.3)            | 10(29.4)          | 0.516(0.174 - 1.52)   | 0.23     | 1.37 (0.164 - 10.30) | 0.754           |
| Supérieur                                       | 13(20.3)            | 16(47.1)          | 0.209(0.072 - 0.609)  | 0.01     | 0.247(0.034 - 1.867) | 0.02            |
| <b>Consommation d'alcool</b>                    |                     |                   |                       |          |                      |                 |
| Jamais  | 9(14.1)             | 10(29.4)          |                       |          |                      |                 |
| Une fois par mois                               | 50(78.1)            | 19(55.9)          | 2.92(1.02 - 8.33)     | 0.04     | 12.34(1.54 - 100)    | 0.01            |
| Deux à quatre fois par mois                     | 5(7.8)              | 5(14.7)           | 1.11(0.240 - 5.154)   | 0.89     | 1.47(0.082 - 36.31)  | 0.79            |
| <b>Pratique régulièrement activité physique</b> |                     |                   |                       |          |                      |                 |
| Non   | 47(73.4)            | 18(52.9)          | 2.458(1.027 - 5.880)  | 0.04     | 0.152(0.025 - 0.952) | 0.04            |
| Oui   | 17(26.6)            | 16(47.1)          |                       |          |                      |                 |
| <b>Stade</b>                                    |                     |                   |                       |          |                      |                 |
| Stade I   | 0(0.0)              | 3(8.8)            | -                     | 0.01     |                      |                 |
| Stade II  | 2(3.1)              | 15(44.1)          | 0.041(0.009 - 0.195)  | 0.01     | 47.61(3.67 - 500)    | 0.01            |
| Stade III                                       | 40(62.5)            | 16(47.1)          | 1.875(0.808 - 4.354)  | 0.141    |                      |                 |
| Stade IV  | 22(34.4)            | 0(0.0)            | -                     | <0.01    |                      |                 |
| <b>Traitement reçu</b>                          |                     |                   |                       |          |                      |                 |
| Chirurgie                                       | 23(35.9)            | 24(70.6)          | 0.234(0.095 - 0.573)  | 0.01     | 2.74(0.504 - 14.93)  | 0.24            |
| Radiothérapie                                   | 20(31.3)            | 15(44.1)          | 0.576(0.244 - 1.359)  | 0.20     |                      |                 |
| Chimiothérapie                                  | 63(98.4)            | 33(97.1)          | 1.909(0.116 - 31.508) | 0.646    |                      |                 |

La fatigue était associée de façon significative à la mauvaise qualité de vie soit une p à 0,02. La perspective future était significativement associée à la mauvaise qualité de vie avec un OR=5,07 et une p=0,02 (Tableau IV).

**Tableau IV** : Analyse bi variée et multivariée des échelles fonctionnelles et symptômes EORTC QLQ C-30 associées à la mauvaise qualité de vie globale des patientes atteintes de cancer du sein

| Variables                 | Mauvais QDV global | Bonne QDV global | OR(IC a 95%)         | Valeur p | ORa OR (IC a 95%)    | Valeur p ajusté |
|---------------------------|--------------------|------------------|----------------------|----------|----------------------|-----------------|
| <b>Fatigue</b>            |                    |                  |                      |          |                      |                 |
| Mauvaise                  | 18(28.1)           | 27(79.4)         | 0.101(0.038 – 0.274) | 0.01     | 0.132(0.023 – 0.770) | 0.02            |
| Bonne                     | 46(71.9)           | 7(20.6)          |                      |          |                      |                 |
| <b>Insomnie</b>           |                    |                  |                      |          |                      |                 |
| Mauvaise                  | 48(75.0)           | 33(97.1)         | 0.091(0.011 – 0.719) | 0.01     | 0.129(0.010 – 1.654) | 0.11            |
| Bonne                     | 16(25.0)           | 1(2.9)           |                      |          |                      |                 |
| <b>Perspective future</b> |                    |                  |                      |          |                      |                 |
| Mauvaise                  | 39(60.9)           | 8(23.5)          | 5.07(1.94 – 12.93)   | 0.01     | 20.65(3.02 – 141.17) | 0.02            |
| Bonne                     | 25(39.1)           | 26(76.5)         |                      |          |                      |                 |

### III. DISCUSSION

L'état de santé global moyen (qualité de vie) des participants à l'étude était de 53,1. Donc 64 (65,3%) participants avaient obtenu un score inférieur à 53 et avaient un état de santé et une qualité de vie médiocre à l'échelle globale ; tandis que les autres avaient obtenu un score supérieur ou égal à 53,1 et avaient donc une bonne qualité de vie. Ce score QOL moyen des participantes obtenu dans cette étude était cohérent avec les études précédentes réalisées en Éthiopie, au Maroc, au Nigéria et chez les patientes népalaises atteintes d'un cancer du sein [8-10]. Cependant, il était inférieur au manuel de référence de l'EORTC QLQ pour les patientes atteintes d'un cancer du sein (61,8 ± 24,6), ce qui indique une mauvaise qualité de vie [11]. Le manuel de la valeur de référence est basé uniquement sur les données de la qualité de vie préalable au traitement. Par conséquent, la raison d'une mauvaise qualité de vie pourrait être due aux différents effets secondaires du traitement que la plupart des patients avaient pris, y compris la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Le score moyen de la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein était également inférieur à celui des études menées en Iran, en Suède, à Bahreïn, en Inde, en Australie, au Brésil et au Kenya [12-14]. L'écart pour ce résultat pourrait être dû à la différence dans les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude et aux différents plans d'étude utilisés. Contrairement à certaines études mentionnées ici, cette étude n'a pas comparé la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein à différents intervalles de temps, mais évaluée à un moment donné. En outre, les différences peuvent être attribuées au fait que les patientes inscrites dans cette étude suivaient différentes formes de traitement par rapport à certaines études

qui se sont concentrées sur les patients se rendant uniquement à la clinique de suivi ou sur les rendez-vous pour la chimiothérapie uniquement ou après une chirurgie mammaire, etc.

Le score moyen pour le fonctionnement physique, le rôle et le fonctionnement social était similaire au manuel de référence de l'EORTC QLQ pour le cancer du sein [11]. Le fonctionnement émotionnel était l'échelle fonctionnelle la plus touchée, alors que le fonctionnement physique et le fonctionnement des cognitif étaient les échelles fonctionnelles les moins affectées. Ceci est similaire avec d'autres études faites en Ethiopie et en Chine [12, 10]. Le fonctionnement émotionnel réduit pourrait être dû au rôle des femmes en Côte d'Ivoire qui est de prendre soin de la famille, donc quand elles tombent malades, elles perçoivent des perturbations dans leur rôle habituel et s'inquiètent davantage pour leur famille. En outre, elles sont très préoccupées par l'avenir de leurs enfants, ce qui entraîne un mauvais fonctionnement émotionnel. En ce qui concerne les scores EORTC QLQ BR23, les patientes ont obtenu de moins bons résultats dans le fonctionnement sexuel. Ceci est cohérent avec les études précédentes [13, 14]. La raison d'un fonctionnement sexuel inférieur pourrait être due à l'effet de la maladie (étant à un stade avancé) et de ses traitements sur les aspects psychologiques et physiques de la sexualité. La majorité des patientes étaient ménopausées ce qui peut expliquer la baisse au niveau du fonctionnement sexuel. Le sein est un organe de la sexualité et de la fertilité et la perte d'un sein peut être la perte de tous ceux-ci. En outre, les patients croient à tort que les rapports sexuels pendant le traitement de chimiothérapie pourraient aggraver la progression de la maladie. En conséquence, ils ne s'engagent pas dans les activités sexuelles conduisant à un mauvais fonctionnement sexuel. De plus, comme ce

sujet est sensible, les patientes peuvent percevoir qu'il est inapproprié d'exprimer leur désir sexuel. La sensibilité de la question peut aussi donner lieu à des réponses biaisées. Dans la même catégorie, les perspectives d'avenir étaient similaires aux études menées au Brésil et en Suède [14,15]. Nous avons retrouvé que les patientes avec une mauvaise qualité de vie avaient un lien significativement élevé avec une mauvaise perspective future (OR=5,07 et p=0,02). De même, il est bien établi que les patients qui éprouvent des difficultés économiques risquent de développer de la détresse. Cette étude a révélé que les patients qui ont des difficultés financières ont une mauvaise qualité de vie. Ce résultat est conforme aux études précédentes en Iran, au Pakistan, au Nigéria et en Éthiopie [8, 16, 17]. La découverte n'est pas surprenante, car la chimiothérapie est un traitement prolongé et coûteux qui crée un fardeau financier chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. En outre, dans des pays comme la Côte d'Ivoire, c'est encore pire car il n'y a qu'un nombre limité d'installations disponibles pour le traitement, obligeant toutes les patientes à parcourir de longues distances pour obtenir le traitement, ce qui ajoute au fardeau financier déjà élevé pour les patientes.

Ces résultats sont semblables à ceux obtenus des études menées en Iran, au Pakistan, au Nigéria et en Éthiopie [10, 16], les patientes présentant des symptômes de fatigue élevée ont une mauvaise qualité de vie avec un niveau de significativité correspondant à p=0,02. Il a été bien rapporté que la fatigue avait un impact significatif sur la qualité de vie du patient. Cela peut s'expliquer par les conséquences du processus thérapeutique.

La principale force de cette étude est l'utilisation de questionnaires standardisés ayant de bonnes propriétés psychométriques (le QLQ-C30 et le QLQ-BR23). Ce questionnaire a été validé par les comités d'experts et adaptés à notre contexte. Il s'agit de la première étude de qualité de vie monocentrique en Côte d'Ivoire. Notre étude comporte quelques biais. Son caractère rétrospectif en étant le principal peut entraîner un biais de mémorisation. Nous avons eu des données manquantes, notamment les données concernant les effets secondaires subis au moment du traitement, l'interrogatoire ayant été réalisé à distance des événements. Le biais de subjectivité qui peut être dû au fait que les questions n'auraient pas été bien comprises par les patientes et nous n'avons pas pu avoir leur qualité de vie avant le cancer du sein. Afin de limiter la perte de données, nous avons complété l'interrogatoire par une recherche de données manquantes, non évoquées par les patientes, dans le dossier médical.

## CONCLUSION

La qualité de vie globale des patientes atteintes d'un cancer du sein est supérieure à la moyenne, mais est inférieure aux données de référence et aux résultats internationaux. En outre, les patientes avaient été affectées par des difficultés émotionnelles, et financières. Le niveau d'éducation, la consommation d'alcool, l'exercice physique, les difficultés financières, le stade de la maladie, la fatigue et les perspectives futures étaient des facteurs significatifs qui affectent la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein. En outre, d'autres études sont recommandées pour identifier les facteurs déterminants importants à l'aide de plans d'étude plus solides.

## RÉFÉRENCES

1. **World Health Organization.** Cancer today provides data visualization tools that present current national estimates of the incidence, mortality, and prevalence of 36 cancer types in 185 countries, by sex and age group.
2. **McCormack V, McKenzie F, Foerster M, Zietsman A, Galukande M, Adisa C,** et al. « Breast cancer survival and survival gap apportionment in sub-Saharan Africa (ABC-DO): a prospective cohort study ». *The Lancet Global Health.* 2020 ; 8(9)
3. **The global cancer observatory.** Fact sheets Ivory Coast 2020
4. **Septans A-L.** Méthodologie pour l'évaluation de la qualité de vie adaptée à la fin de vie des patients atteints d'un cancer. :131.
5. **Harrington S, Gilchrist L, Sander A.** Breast Cancer EDGE Task Force Outcomes: Clinical Measures of Pain. *Rehabil Oncol Am Phys Ther Assoc Oncol Sect.* 2014;32(1):13-21.
6. **Darby SC, Ewertz M, McGale P, Bennet AM, Blom-Goldman U, Brønnum D,** et al. Risk of ischemic heart disease in women after radiotherapy for breast cancer. *N Engl J Med.* 14 mars 2013;368(11):987-98.
7. **Coates A, Porzsolt F, Osoba D.** Quality of life in oncology practice: prognostic value of EORTC QLQ-C30 scores in patients with advanced malignancy. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. juin 1997;33(7):1025-30.
8. **Bekele** et al. Assessing the quality of life among patients with breast cancer at tikur anbassa specialized hospital, addis ababa, ethiopia
9. **Rahou B, Rhazi K, Hanchi Z, Ouasmani F, Benazzouz B, Ahid S,** et al. Quality of Life among Moroccan Women Undergoing Treatment of Breast Cancer. *Br J Med Med Res.* 10 janv 2017;21(8):1-11.

10. **Hassen AM, Taye G, Gizaw M, Hussien FM.** Quality of life and associated factors among patients with breast cancer under chemotherapy at Tikur Anbessa specialized hospital, Addis Ababa, Ethiopia. PLOS ONE. Public Library of Science; 20 sept 2019;14(9):e0222629.
11. **Neil W Scott, Peter M Fayers, Neil K Aaronson, Andrew Bottomley, Alexander de Graeff, Mogens Groenvold, Chad Gundy, Michael Koller, Morten A Petersen, Mirjam AG** Sprangers on behalf of the EORTC Quality of Life Group. EORTC QLQ-C30 Reference Values
12. **Nakitare DSK.** Health Related Quality Of Life Of Breast Cancer Patients At Kenyatta National Hospital. :78.
13. **Grabsch B, Clarke DM, Love A, McKENZIE DP, Snyder RD, Bloch S,** et al. Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: A cross-sectional survey. Palliat Support Care. Cambridge University Press; mars 2006;4(1):47-56.
14. **Safae A, Moghimi-Dehkordi B, Zeighami B, Tabatabaee HR, Pourhoseingholi MA.** Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. Indian J Cancer. Medknow Publications; 7 janv 2008;45(3):107.
15. **Høyer M, Johansson B, Nordin K, Bergkvist L, Ahlgren J, Lidin-Lindqvist A,** et al. Health-related quality of life among women with breast cancer - a population-based study. Acta Oncol Stockh Swed. oct 2011;50(7):1015-26.
16. **Jassim GA, Whitford DL.** Quality of life of Bahraini women with breast cancer: a cross sectional study. BMC Cancer. 28 avr 2013;13:212