

Article Original

Causes de Non-Observance de la Chimiothérapie des Cancers du Sein au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville

Causes of Non-Adherence to Chemotherapy for Breast Cancer at the Brazzaville University Teaching Hospital

Kabore DD¹, Ndounga E², Zerbo NA²J³, Ilboudo M¹, Rissia F², Mabilia Y², Bolenga-Liboko AF², Nsondé Malanda J², Nkoua-Mbon JB²

RÉSUMÉ

Affiliations

1 : Service de Cancérologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso
2 : Service de Carcinologie, CHU de Brazzaville, République du Congo
3 : Service d'Oncologie et Hématologie Clinique, CHU de Bogodogo, Burkina Faso

Auteur correspondant : Docteur Kabore Dagnagnéwendé Dieudonné.

Courriel :

ddieudonnekabore@yahoo.fr.

Téléphone : +226 70155599. **Boite**

Postale: 3 BP 7022 Ouagadougou 03

Mots clés : non-observance, cancer du sein, chimiothérapie.

Keywords: non-adherence, breast cancer, chemotherapy

Objectif. Analyser les causes de non-observance de la chimiothérapie des cancers du sein au CHU de Brazzaville en 2022. **Patients et méthodes.** Il s'est agi d'une étude descriptive transversale menée dans le service de Carcinologie du CHU de Brazzaville du 1^{er} janvier au 30 Mars 2022. Ont été inclus dans notre étude les patients suivis pour cancers du sein et traités par chimiothérapie. **Résultats.** Nous avons recensé 97 patients atteints de cancer du sein traités par chimiothérapie. L'âge moyen de nos patients était de $48,14 \pm 10,07$ ans. Les sources de financement des soins de santé provenaient principalement des cotisations familiales ou des dons de tierces personnes dans 47,42% des cas. Le délai moyen de consultation était de $20,17 \pm 9,22$ mois. La découverte d'une masse/nodule mammaire était le motif de consultation retrouvé chez 79,38% des patients. Le carcinome infiltrant de type non spécifique a été retrouvé dans 84,53% avec 55,26% de cancers de type luminal. Cinquante-six virgule soixante-dix pourcent (56,70%) des patients présentaient d'emblée un cancer métastatique. Soixante-cinq (65) patients étaient en situation de non-observance, soit une proportion de 76,29%. Les principales causes de non-observance de la chimiothérapie identifiées étaient essentiellement le manque de moyens financiers (64,95%), la survenue d'effets secondaires (60,82%) et les croyances socio-culturelles (46,39%). **Conclusion.** Prises dans leur ensemble, les causes de non-observance de la chimiothérapie sont imputables au patient, au système de santé et au personnel soignant.

ABSTRACT

Objective. To report the causes of non-compliance with chemotherapy for breast cancer at Brazzaville University Teaching Hospital in 2022. **Patients and methods.** This was a cross-sectional descriptive study conducted in the Carcinology Department of Brazzaville University Teaching Hospital from January 1 to March 30, 2022. Patients followed for breast cancer and treated with chemotherapy were included in our study. **Results.** We identified 97 breast cancer patients treated with chemotherapy. The mean age of our patients was 48.14 ± 10.07 years. The sources of financing for health care came mainly from family contributions or donations from third parties in 47.42% of cases. The average consultation time was 20.17 ± 9.22 months. The discovery of a breast mass/nodule was the reason for consultation found in 79.38% of patients. Invasive carcinoma of nonspecific type was found in 84.53% with 55.26% of luminal-type cancer. Fifty-six-point seventy percent (56.70%) of patients had metastatic cancer from the outset. Sixty-five (65) patients were non-adherent, representing 76.29%. The main causes of non-adherence to chemotherapy identified were mainly lack of financial means (64.95%), the occurrence of side effects (60.82%) and socio-cultural beliefs (46.39%). **Conclusion.** Taken together, the causes of non-adherence to chemotherapy are attributable to the patient, the health system, and the health care staff.

INTRODUCTION

L'observance du traitement est définie comme la capacité du patient à adopter un plan d'action médical pour atteindre l'objectif thérapeutique souhaité [1]. Elle correspond à l'acceptation plus ou moins exprimée du patient de la stratégie de prise en charge qui lui est proposée [1].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que la moitié des patients ne prend pas son traitement comme convenu avec le prescripteur [2]. La littérature scientifique oncologique est pauvre dans ce domaine, contrairement à la médecine interne où le sujet a été étudié depuis de longues dates pour des pathologies chroniques telles que l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie et le VIH.

RÉSULTATS SAILLANTS

La question abordée dans étude

Causes de non-observance de la chimiothérapie des cancers du sein au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville.

Ce que cette étude apporte de nouveau

1. Le délai moyen de consultation était de $20,17 \pm 9,22$ mois.
2. La découverte d'une masse/nodule mammaire était le motif de consultation retrouvé chez 79,38% des patients.
3. Cinquante-six virgule soixante-dix pourcent (56,70%) des patients présentaient d'emblée un cancer métastatique.
4. Le pourcentage de patients en situation de non-observance, était de 76,29%.
5. Les principales causes de non-observance de la chimiothérapie étaient le manque de moyens financiers (64,95%), la survenue d'effets secondaires (60,82%) et les croyances socio-culturelles (46,39%).

On note ainsi l'existence d'une forte variabilité de résultats en fonction de la maladie considérée [3]. Dans le traitement des cancers du sein par chimiothérapie, nous avons défini la non-observance comme un non-respect des doses des molécules ou du rythme d'administration de la chimiothérapie. La non-observance de ce traitement peut conduire à une perte de chance de guérison mais aussi à une survie globale médiocre.

Une revue de la littérature sur le sujet démontre une insuffisance de données en Afrique et au Congo, ce qui justifie notre travail dont le but était d'étudier la non-observance de la chimiothérapie des cancers du sein au CHU de Brazzaville, notamment ses causes pour permettre une amélioration de la prise en charge de ces cancers.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale réalisée dans le service de Carcinologie du CHU de Brazzaville entre le 1^{er} janvier et le 30 mars 2022. Ont été inclus dans notre étude les patients suivis pour cancers du sein et ayant reçu au moins quatre cures de chimiothérapie. Les critères de non-inclusion étaient les cancers du sein chez l'homme du fait de leur rareté. Les patientes ayant refusé de participer à notre étude et les cas de cancers du sein dont les dossiers n'étaient pas exploitables, notamment le manque d'informations sur les variables cliniques et thérapeutiques, ont été exclus de notre étude. Les variables d'intérêt étaient :

- Socio-démographiques : âge, statut matrimonial, profession, niveau d'instruction, existence d'une couverture sociale/assurance santé, sources de financement des soins de santé,
- Cliniques : délai de consultation, motif de consultation, taille tumorale, type histologique, grade SBR, stade de la maladie et classification moléculaire,
- Thérapeutiques : causes de non-observance de la chimiothérapie. Ont été classées comme causes majeures toutes les causes de non-observance retrouvées chez plus de 50% des patientes et comme

causes mineures celles retrouvées chez moins de 50% des patientes.

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie et préalablement testée, et analysées grâce au logiciel EPI-info v7.2.5.0. Pour les variables quantitatives, nous avons calculé des paramètres de tendance centrale et de dispersion et pour les variables qualitatives des fréquences absolues et relatives.

RÉSULTATS

Nous avons colligé pour notre étude 97 patientes. L'âge moyen de nos patientes était de $48,14 \pm 10,07$ ans, avec des extrêmes de 22 ans et 78 ans.

Le tableau I rapporte le statut matrimonial, le niveau d'instruction et la profession et la figure 1 les sources de financement des soins de santé de notre population d'étude.

Tableau I. Statut matrimonial, profession et niveau d'instruction de notre population d'étude (N = 97)

Caractéristiques	N	%
Statut matrimonial		
<i>En couple</i>	56	57,73
<i>Célibataire</i>	25	25,77
<i>Divorcée/veuve</i>	16	16,50
Niveau d'instruction		
<i>Primaire/analphabète</i>	10	10,31
<i>Secondaire</i>	46	47,42
<i>Universitaire</i>	41	42,27
Profession		
<i>Sans emploi</i>	45	46,39
<i>Secteur informel</i>	19	19,59
<i>Salariée</i>	33	34,02

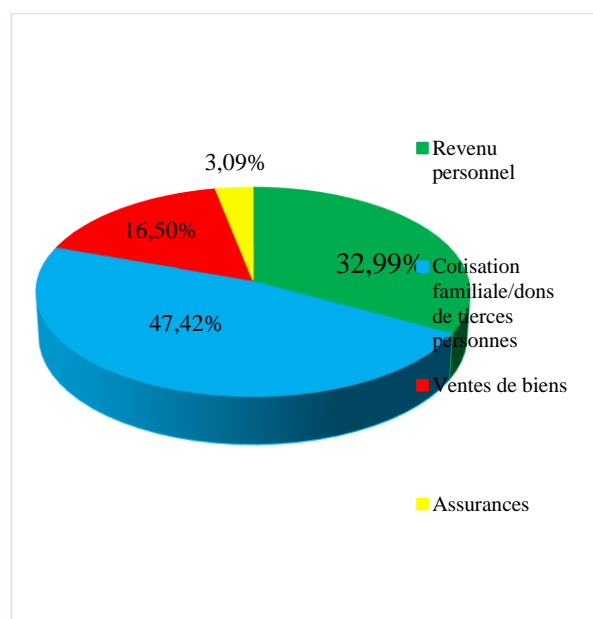


Figure 1. Sources de financement des soins de santé de notre population d'études

Le délai moyen de consultation était de $20,17 \pm 9,22$ mois avec des extrêmes d'un à 48 mois. Les caractéristiques

cliniques et anatomopathologiques ont été résumées dans le tableau II.

Tableau II. Caractéristiques cliniques et anatomopathologiques des cancers du sein (N = 97)

Caractéristiques	N	%
Motifs de consultation		
<i>Masse/nodule mammaire</i>	77	79,38
<i>Ulcération mammaire</i>	8	8,25
<i>Dyspnée</i>	5	5,15
<i>Mastodynies</i>	4	4,12
<i>Écoulement mamelonnaire</i>	3	3,09
Taille moyenne tumorale	9,64 ± 4,16 cm	
Types histologiques		
<i>Carcinome infiltrant de type non spécifique</i>	82	84,53
<i>Carcinome lobulaire infiltrant</i>	9	9,28
<i>Autres*</i>	6	6,19
Grade SBR		
<i>I</i>	11	11,34
<i>II</i>	71	73,20
<i>III</i>	15	15,46
Stades au diagnostic		
<i>I</i>	0	0,00
<i>II</i>	7	7,22
<i>III</i>	35	36,08
<i>IV</i>	55	56,70
Réalisation de l'IHC	76	78,35
Classification moléculaire (n=78)		
<i>Luminal</i>	42	55,26
<i>HER2 positif</i>	10	13,16
<i>Triple négatif</i>	24	31,58

IHC = immunohistochimie
*Autres= trois cas de carcinome mixte, un cas de carcinome adénoïde kystique, un cas de carcinome apocrine et un cas de carcinome médullaire.

Soixante-quatorze (74) patientes étaient en situation de non-observance de la chimiothérapie des cancers du sein, soit une proportion de non-observance de 76,29 %.

Le tableau III rapporte les causes de non-observance de la chimiothérapie des cancers du sein.

Tableau III. Causes de non-observance de la chimiothérapie des cancers du sein (N = 97)

Causes	N	%
Causes majeures		
<i>Manque de moyens financiers</i>	63	64,95
<i>Survenue d'effets secondaires</i>	59	60,82
Causes mineures		
<i>Croyances socio-culturelles et religieuses</i>	45	46,39
<i>Non-disponibilité des médicaments</i>	27	27,83
<i>Déni de la maladie</i>	23	23,71
<i>Conflits dans le couple</i>	12	12,37
<i>Non-compréhension des instructions du médecin</i>	10	10,31
<i>Contraintes socio-professionnelles</i>	9	9,28
<i>Peur de la chimiothérapie</i>	8	8,25
<i>Commodités de la salle de chimiothérapie</i>	7	7,22
<i>Durée du traitement</i>	4	4,12

DISCUSSION

L'âge moyen de nos patientes (48,14 ± 10,07 ans) est proche de celui rapporté par Atangana et al. au Cameroun et Mrabti et al. au Maroc [4,5]. Cependant en France, Bertaut et al. ont rapporté des résultats différents avec un âge de survenue du cancer du sein de 64,7 ans [6]. L'espérance de vie plus longue dans les pays développés pourrait expliquer l'âge de survenue plus élevé dans ces pays par augmentation du risque avec l'âge.

Cinquante-sept virgule soixante-treize pourcent (57,73 %) de nos patientes étaient en couple. Wako et al. à Addis-Abeba ont retrouvé une proportion plus importante de patientes mariées (73,7%) [7]. Le conjoint pourrait être d'un soutien financier et moral pour une meilleure observance de la chimiothérapie.

Près de 50 % des patients avaient le niveau d'instruction du secondaire ou universitaire. Nos résultats sont similaires à ceux de rapporter en Éthiopie par Wako et al. avec 49,3 % de patients ayant le niveau d'étude du secondaire [7]. Un bon niveau d'instruction pourrait être un levier pour l'implémentation de programme de sensibilisation en faveur de la lutte contre le cancer du sein.

Quarante-six virgule trente-neuf pourcent de nos patientes (46,39 %) étaient sans emploi. Ceci s'explique par le taux de chômage élevé dans le pays estimé en 2022 selon la Banque Mondiale à 21,8 % [8]. A Madagascar, Ranaivomanana et al. ont retrouvé 39 % de taux de chômage parmi les patients atteints de cancer du sein [9]. Nos patientes finançaient leurs dépenses de santé essentiellement par des cotisations familiales ou des dons de tierces personnes (47,42 %) ou par leur revenu propre (32,99 %) ; et seulement 3% d'entre elles avaient une assurance santé. Tous ces facteurs constituent un frein à un accès adéquat aux soins de santé. Ainsi, 16,50 % des patientes ont eu recours à la vente de biens meubles et surtout immobiliers pour financer leurs soins de santé liés à la maladie.

Le délai moyen de consultation était de 20,17 mois. Au Burkina Faso, Somé et al. ont rapporté 23,9 mois de délai moyen de consultation [10]. Des auteurs comme Ben Ahmed et al. en Tunisie ont quant à eux retrouvé un délai moyen de consultation plus court de six mois [11].

La découverte d'une masse/nodule mammaire était le motif de consultation le plus fréquent (79,38%). Ben Ahmed et al. en Tunisie ont rapporté des résultats similaires [11]. Au Sénégal, Gueye et al. ont retrouvé jusqu'à 95,5 % de patients consultant devant la survenue d'une masse mammaire [12]. La taille moyenne tumorale était de 9,64 ± 4,16 cm. Elidrissi et al. ont rapporté une taille moyenne tumorale de 3,5 cm au Maroc. Au Ghana, Muonir et al. ont retrouvé une taille moyenne tumorale de 5,6 cm [13]. Nos résultats montrent donc une taille tumorale plus importante confirmant les données de Ndounga et al. qui avaient retrouvé une taille moyenne de 6,7 cm [14]. Ceci s'expliquerait par le retard au diagnostic dû au manque de moyens financiers, l'ignorance et le déni de la maladie, les pesanteurs socio-culturelles, l'absence de programme de dépistage organisé du cancer du sein et l'absence d'une assurance santé.

Sur le plan anatomo-pathologique, le carcinome infiltrant de type non spécifique a été retrouvé chez 84,53 % des patientes. Il s'agit du type histologique le plus fréquent selon les données de la littérature [4,15,16]. Dans notre étude, le cancer du sein était diagnostiqué aux stades III (36,08%) et IV (56,70 %), témoignant d'un retard diagnostique. En Afrique du Sud, Kakudji et al. ont aussi noté une prédominance des stades III et IV avec des proportions de 33,3 % et 27,5% respectivement [17]. Au Maroc, Mechita et al. ont quant à eux rapporté une prédominance du stade II à 48,03 % [18]. Le cancer du sein est donc diagnostiqué à des stades avancés dans notre contexte, nécessitant la mise en place de programmes de sensibilisation et de dépistage pour permettre un diagnostic précoce.

Sur le plan moléculaire, l'immunohistochimie a été réalisée chez 78,35 % de nos patients. Elle représente un standard indispensable à la décision thérapeutique des cancers du sein [19]. Les tumeurs étaient classées « luminal » dans 55,26 % des cas, « triples négatifs » dans 31,58 % des cas et HER2 positif dans 13,16 % des cas. Cette prédominance du sous type luminal a également été rapportée par Caleffi au Brésil et Atangana au Cameroun respectivement de 76,6% et 43,27 % [4,20].

La proportion de non-observance de la chimiothérapie des cancers du sein au CHU de Brazzaville était de 76,29 %. Spencer et al. ont aussi rapporté une proportion importante de non-observance de 59 % [21]. En Éthiopie, Wako et al. ont étudié la non-observance dans une autre modalité de traitement du cancer du sein : l'hormonothérapie. Ils ont retrouvé une proportion de non-observance plus faible de 22,5 % [7].

Nous avons retrouvé deux causes majeures de non-observance de la chimiothérapie des cancers du sein : le manque de moyens financiers (64,95 %) et la survenue d'effets secondaires (60,82%). Ce résultat illustre de fort belle manière l'absence de couverture sanitaire de nos patientes, dont 3,0% avaient souscrit à un régime d'assurance. En effet, le coût onéreux des molécules anticancéreuses, surtout avec l'avènement des thérapies ciblées et de l'immunothérapie, justifie ainsi leur inaccessibilité financière. Les effets secondaires ont quant à eux nécessité des reports de la chimiothérapie d'une part ou un arrêt définitif de celle-ci car certaines patientes ne les supportaient pas d'autre part.

CONCLUSION

De meilleurs résultats aux traitements des cancers du sein sont intrinsèquement liés à la qualité de la prise en charge et donc à l'observance thérapeutique. Nous avons retrouvé que la proportion de non-observance de la chimiothérapie des cancers du sein au CHU de Brazzaville était importante (76,29 %). Les différentes causes de non-observance retrouvées étaient essentiellement le manque de moyens financiers, la survenue des effets secondaires de la chimiothérapie et les croyances socio-culturelles et religieuses. Prises dans leur ensemble, ces causes sont imputables au patient, au système de santé et au personnel soignant. L'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle, une meilleure implication du personnel soignant et du patient pourraient être des pistes de solution pour améliorer l'observance thérapeutique.

RÉFÉRENCES

- Rothermundt C, Bachmann I, Häfner M, Margulies A, Rieder E. Adhésion thérapeutique et sécurité du traitement anticancéreux oral. *Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum*. 2011;11(15). <https://pdfs.semanticscholar.org/6845/752465f84fb8ceb195fd420bdb744330613.pdf>
- Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2004.221>
- Arnoux LA. Conception d'ateliers pédagogiques transversaux d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) sur le thème du médicament [other]. Université de Lorraine; 2014. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732314>
- Atangana PJ, Nguefack CT, Fotsing CT, Bell ED, Tayou R, Tomfeu CN, et al. Aspects Immunohistochimiques des Cancers du Sein à Douala et à Yaoundé. *Health Sci Dis*. 2017;18(3):14-20. <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/859>
- Mrabti H, Sauvaget C, Benider A, Bendahhou K, Selmouni F, Muwonge R, et al. Patterns of care of breast cancer patients in Morocco – A study of variations in patient profile, tumour characteristics and standard of care over a decade. *The Breast*. 2021; 59:193-202. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2021.07.009>
- Bertaut A, Mounier M, Desmoulins I, Guiu S, Beltjens F, Darut-Jouve A, et al. Stage IV breast cancer: a population-based study about prognostic factors according to HER2 and HR status. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2015; 24(6):920-8. <https://doi.org/10.1111/ecc.12306>
- Wako Z, Mengistu D, Dinege NG, Asefa T, Wassie M. Adherence to Adjuvant Hormonal Therapy and Associated Factors Among Women with Breast Cancer Attending the Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa Ethiopia, 2019: A Cross-sectional Study. *Breast Cancer Targets Ther*. 2021; 13:383-92. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S311445>
- World Bank Open Data [Internet]. World Bank Open Data. [cité 2 août 2023]. Disponible sur: <https://data.worldbank.org>
- Ranaivomanana M, Emile Hasiniatsy NR, Rakotomahena H, Rafaramino F. Aspects épidémiologie-cliniques des cancers du sein au service d'oncologie de Fianarantsoa, Madagascar de 2011 à 2018. *Pan Afr Med J*. 2021;38(264):1-11. <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/38/264/full>
- Somé OR, Bague HA, Konkobo D, Hien D, Dembéle A, Bélemlilga GH, et al. Breast Cancer in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso: Management Outcomes. *Oncologie*. 2022;24(2):173-84. <https://doi.org/10.32604/oncologie.2022.021250>
- Ben Ahmed S, Aloulou S, Bibi M, Landolsi A, Nouria M, Ben Fatma L, et al. Pronostic du cancer du sein chez les femmes tunisiennes : analyse d'une série hospitalière de 729 patientes. *Santé Publique*. 2002;14(3):231-41. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2002-3-page-231.htm>
- Gueye M, Gueye SMK, Mbaye M, Niasse Dia F, Faye Diémé ME, Niang MM, et al. Aspects cliniques et pronostiques des cancers du sein triple négatifs à l'unité de sénologie du CHU Le-Dantec de Dakar. *J Afr Cancer Afr J Cancer*. 2013;5(1):42-7. <https://www.researchgate.net/publication/257788362>
- Muonir DE, Lamptey JC, Wiredu E. Patient age at diagnosis and the clinicopathological features of breast cancer in women: A comparative study at the Korle-Bu Teaching Hospital Accra. *Australas Med J*. 2017 ;10(8):656-64. <https://doi.org/10.21767/AMJ.2017.2938>
- Ndounga E, Bambara AT, Lebwaize M, Mabilia Y,

- Bolenga Liboko AF, Mounkassa D, et al. Etude des caractéristiques épidémiologiques cliniques et évolutifs des cancers du sein triple négatifs au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. *Rev Afr Malgache Rech Sci Santé*. 2019;1(2):219-25.
15. Ndounga E, Bambara AT, Bolenga Liboko AF, Itoua C, Moukassa D, Nkoua Mbon JB. Cancer du sein chez la femme de 35 ans et moins au CHU de Brazzaville. *PAMJ - Clin Med*. 2020;2(94). <https://www.researchgate.net/publication/339832200>
16. Gnanngnon F, Takin R, Gbessi D, Ahomadegbe C, Amidou S, Denakpo J, et al. Profil épidémiologique, moléculaire et pronostic du cancer du sein au sud de la République du Bénin. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 2020;68:132-44. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.03.077>
17. Kakudji BK, Mwila PK, Burger JR, Du Plessis JM. Epidemiological, clinical and diagnostic profile of breast cancer patients treated at Potchefstroom regional hospital, South Africa, 2012-2018: an open-cohort study. *Pan Afr Med J*. 2020;36(9):1-11. <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/36/9/full>
18. Mechita NB, Tazi MA, Er-Raki A, Mrabet M, Saadi A, Benjaafar N, et al. Survie au cancer du sein à Rabat (Maroc) 2005-2008. *Pan Afr Med J*. 2016;25(144):1-10. <https://www.researchgate.net/publication/309958821>
19. Gennari A, André F, Barrios CH, Cortés J, de Azambuja E, DeMichele A, et al. ESMO Clinical Practice Guideline for the diagnosis, staging and treatment of patients with metastatic breast cancer. *Ann Oncol*. 2021;32(12):1475-95. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.09.019>
20. Caleffi M, Crivelatti I, Burchardt NA, Ribeiro RA, Acevedo Y, Job LG, et al. Breast cancer survival in Brazil: How much health care access impact on cancer outcomes? *The Breast*. 2020; 54:155-9. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.10.001>
21. Spencer JC, Reeve BB, Troester MA, Wheeler SB. Factors Associated with Endocrine Therapy Non-Adherence in Breast Cancer Survivors. *Psychooncology*. 2020;29(4):647-54. <https://doi.org/10.1002/pon.5289>