

Année 2026

Thèse N° 97/2026

SURVIVORSHIP DES PATIENTES TRAITÉES POUR CANCER DU SEIN

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27/02/2026

PAR

Mlle. **OUMAYMA RAFIYI**

Née Le 11 Septembre 2000 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Cancer du Sein – SURVIVORSHIP – Retentissement psycho-social –
Femme Jeune

JURY

M. I. ESSADI

Professeur d'Oncologie Médicale

PRESIDENT

M. M. LAHKIM

Professeur de Chirurgie Viscérale

RAPPORTEUR

M. M. TOUATI

Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie

M. H. BABA

Professeur de Chirurgie Viscérale

M. M.J. FASSI FIHRI

Professeur de Chirurgie Viscérale

JUGES

وَقُلْ لِّمَن لَّدُنَّ الْفَتْحُ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَنَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Said ZOUHAIR

Vice doyen de la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen des Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen Chargé de la Pharmacie

: Pr. Oualid ZIRAOUI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs
permanant**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialités
01	ZOUHAIR Said (Doyen)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
04	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
05	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
06	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
07	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
08	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
09	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
18	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation

20	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
21	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
23	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
24	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
25	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
26	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
27	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
28	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
29	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
30	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
31	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
38	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
43	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
44	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie
45	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
46	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
47	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
48	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
49	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
50	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
51	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie

52	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
53	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
54	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
55	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
56	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
57	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
58	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
59	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
60	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
61	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
62	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
63	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
64	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
65	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
66	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
67	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
68	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
69	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
70	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
71	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
72	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
73	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
74	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
75	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
76	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
77	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
78	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
80	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
81	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique

82	BELKHOUE Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
83	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
84	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
85	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
86	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
87	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
88	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
89	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
90	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
91	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
92	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
93	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
94	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
95	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
96	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
97	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
98	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
99	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
100	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
101	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
102	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
103	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
104	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
105	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
106	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
107	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
108	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
109	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
110	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
111	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
112	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire

113	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
114	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
115	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
116	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
117	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
118	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
119	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
120	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
121	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
122	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
123	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
124	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
125	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
126	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
127	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
128	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
129	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
130	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
131	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
132	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
133	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
134	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
135	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
136	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
137	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
138	ARABI Hafid	P.E.S	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle

139	BELHADJ Ayoub	P.E.S	Anesthésie-réanimation
140	BOUZERDA Abdelmajid	P.E.S	Cardiologie
141	ABDELFETTAH Youness	P.E.S	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
142	REBAHI Houssam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
143	BENNAOUI Fatiha	P.E.S	Pédiatrie
144	ZOUIZRA Zahira	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
145	SEBBANI Majda	P.E.S	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
146	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
147	ABDOU Abdessamad	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
148	HAMMOUNE Nabil	P.E.S	Radiologie
149	ESSADI Ismail	P.E.S	Oncologie médicale
150	ALJALIL Abdelfattah	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
151	LAFFINTI Mahmoud Amine	P.E.S	Psychiatrie
152	RHARRASSI Issam	P.E.S	Anatomie-pathologique
153	ASSERRAJI Mohammed	P.E.S	Néphrologie
154	JANAH Hicham	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
155	NASSIM SABAH Taoufik	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
156	ELBAZ Meriem	P.E.S	Pédiatrie
157	SEDDIKI Rachid	P.E.S	Anesthésie-réanimation
158	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
159	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
160	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
161	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et Toxicologie
162	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
163	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
164	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
165	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
166	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
167	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe

168	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
169	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
170	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
171	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
172	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
173	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
174	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
175	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
176	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
177	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
178	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
179	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
180	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
181	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
182	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
183	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
187	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
188	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
189	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
190	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ag	Pédiatrie
191	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
192	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
193	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
194	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
195	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ag	Biochimie
196	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ag	Microbiologie-virologie
197	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
198	EL KHAASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique

199	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
200	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
201	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
202	ATMANI Nouredine	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
203	AABBASSI Bouchra	Pr Ag	Pédopsychiatrie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
205	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
206	RHEZALI Manal	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
207	ABALLA Najoua	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
208	MOUGUI Ahmed	Pr Ag	Rhumatologie
209	ZOUITA Btissam	Pr Ag	Radiologie
210	HAZIME Raja	Pr Ag	Immunologie
211	SALLAHI Hicham	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
212	BENCHAFAI Ilias	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
213	EL JADI Hamza	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ag	Anatomie pathologique
215	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ag	Chirurgie générale
216	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ag	Cardiologie
217	ROUKHSI Redouane	Pr Ag	Radiologie
218	ARROB Adil	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
219	MOULINE Souhail	Pr Ag	Microbiologie-virologie
220	AZIZI Mounia	Pr Ag	Néphrologie
221	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ag	Dermatologie
222	YANISSE Siham	Pr Ag	Pharmacie galénique
223	KHALLIKANE Said	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
224	ZIRAOUI Oualid	Pr Ag	Chimie thérapeutique
225	IDALENE Malika	Pr Ag	Maladies infectieuses
226	LACHHAB Zineb	Pr Ag	Pharmacognosie
227	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ag	Dermatologie
228	AHBALA Tariq	Pr Ag	Chirurgie générale
229	EL AOUME Amal	Pr Ag	Orthodontie et orthopédie dento-

			faciale
230	WARDA Karima	MCHab	Microbiologie
231	SBAI Asma	MCHab	Informatique
232	ABISSY Meriem	MC	Microbiologie
233	SLIOUI Badr	MC	Radiologie
234	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
235	BELARBI Marouane	MC	Néphrologie
236	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio- organique
237	LALAOUI Abdessamad	MC	Pédiatrie
238	ESSAFTI Meryem	MC	Anesthésie-réanimation
239	RACHIDI Hind	MC	Anatomie pathologique
240	FIKRI Oussama	MC	Pneumo-phtisiologie
241	EL HAMDAOUI Omar	MC	Toxicologie
242	EL HAJJAMI Ayoub	MC	Radiologie
243	BOUMEDIANE El Mehdi	MC	Traumato-orthopédie
244	RAFI Sana	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
245	JEBRANE Ilham	MC	Pharmacologie
246	LAKHDAR Youssef	MC	Oto-rhino-laryngologie
247	LGHABI Majida	MC	Médecine du Travail
248	AIT LHAJ El Houssaine	MC	Ophtalmologie
249	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	MC	Chirurgie générale
250	EL MOUHAFID Faisal	MC	Chirurgie générale
251	AHMANNNA Hussein-choukri	MC	Radiologie
252	AIT M'BAREK Yassine	MC	Neurochirurgie
253	ELMASRIOUI Joumana	MC	Physiologie
254	FOURA Salma	MC	Chirurgie pédiatrique
255	LASRI Najat	MC	Hématologie clinique
256	BOUKTIB Youssef	MC	Radiologie
257	MOUROUTH Hanane	MC	Anesthésie-réanimation
258	BOUZID Fatima zahrae	MC	Génétique
259	MRHAR Soumia	MC	Pédiatrie

260	QUIDDI Wafa	MC	Hématologie
261	BEN HOUMICH Taoufik	MC	Microbiologie-virologie
262	FETOUI Imane	MC	Pédiatrie
263	FATH EL KHIR Yassine	MC	Traumato-orthopédie
264	NASSIRI Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
265	AIT-DRISS Wiam	MC	Maladies infectieuses
266	AIT YAHYA Abdelkarim	MC	Cardiologie
267	DIANI Abdelwahed	MC	Radiologie
268	AIT BELAID Wafae	MC	Chirurgie générale
269	ZTATI Mohamed	MC	Cardiologie
270	HAMOUCHE Nabil	MC	Néphrologie
271	ELMARDOULI Mouhcine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
272	BENNIS Lamiae	MC	Anesthésie-réanimation
273	BENDAOUD Layla	MC	Dermatologie
274	HABBAB Adil	MC	Chirurgie générale
275	CHATAR Achraf	MC	Urologie
276	OUMGHAR Nezha	MC	Biophysique
277	HOUMAIID Hanane	MC	Gynécologie-obstétrique
278	YOUSFI Jaouad	MC	Gériatrie
279	NACIR Oussama	MC	Gastro-entérologie
280	BABACHEIKH Safia	MC	Gynécologie-obstétrique
281	ABDOURAFIQ Hasna	MC	Anatomie
282	TAMOUR Hicham	MC	Anatomie
283	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	MC	Gynécologie-obstétrique
284	EL FAHIRI Fatima Zahrae	MC	Psychiatrie
285	BOUKIND Samira	MC	Anatomie
286	LOUKHNATI Mehdi	MC	Hématologie clinique
287	ZAHROU Farid	MC	Neurochirurgie
288	MAAROUFI Fathillah Elkarim	MC	Chirurgie générale
289	EL MOUSSAOUI Soufiane	MC	Pédiatrie
290	BARKICHE Samir	MC	Radiothérapie
291	ABI EL AALA Khalid	MC	Pédiatrie
292	AFANI Leila	MC	Oncologie médicale

293	EL MOULOUA Ahmed	MC	Chirurgie pédiatrique
294	LAGRINE Mariam	MC	Pédiatrie
295	DAFIR Kenza	MC	Génétique
296	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	MC	Neurologie
297	ABAINOU Lahoussaine	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
298	BENCHANNA Rachid	MC	Pneumo-phtisiologie
299	EL GUAZZAR Ahmed	MC	Chirurgie générale
300	OULGHOUL Omar	MC	Oto-rhino-laryngologie
301	AMOCH Abdelaziz	MC	Urologie
302	ZAHLAN Safaa	MC	Neurologie
303	EL MAHFOUDI Aziz	MC	Gynécologie-obstétrique
304	CHEHBOUNI Mohamed	MC	Oto-rhino-laryngologie
305	LAIRANI Fatima ezzahra	MC	Gastro-entérologie
306	SAADI Khadija	MC	Pédiatrie
307	TITOU Hicham	MC	Dermatologie
308	EL GHOUL Naoufal	MC	Traumato-orthopédie
309	BAHI Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
310	RAITEB Mohammed	MC	Maladies infectieuses
311	DREF Maria	MC	Anatomie pathologique
312	ENNACIRI Zainab	MC	Psychiatrie
313	BOUSSAIDANE Mohammed	MC	Traumato-orthopédie
314	JENDOULI Omar	MC	Urologie
315	MANSOURI Maria	MC	Génétique
316	ERRIFAIY Hayate	MC	Anesthésie-réanimation
317	BOUKOUB Naila	MC	Anesthésie-réanimation
318	OUACHAOU Jamal	MC	Anesthésie-réanimation
319	EL FARGANI Rania	MC	Maladies infectieuses
320	IJIM Mohamed	MC	Pneumo-phtisiologie
321	AKANOUR Adil	MC	Psychiatrie
322	ELHANAFI Fatima Ezzohra	MC	Pédiatrie
323	MERBOUH Manal	MC	Anesthésie-réanimation
324	BOUROUMANE Mohamed Rida	MC	Anatomie

325	IJDDA Sara	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
326	GHARBI Khalid	MC	Gastro-entérologie
327	ATBIB Yassine	MC	Pharmacie clinique
328	MOURAFIQ Omar	MC	Traumato-orthopédie
329	ZAIZI Abderrahim	MC	Traumato-orthopédie
330	HENDY Iliass	MC	Cardiologie
331	HATTAB Mohamed Salah Koussay	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
332	DEBBAGH Fayrouz	MC	Microbiologie-virologie
333	OUASSIL Sara	MC	Radiologie
334	KOUYED Aicha	MC	Pédopsychiatrie
335	DRIOUICH Aicha	MC	Anesthésie-réanimation
336	TOURAIF Mariem	MC	Chirurgie pédiatrique
337	BENNAOUI Yassine	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
338	SABIR Es-said	MC	Chimie bio organique clinique
339	LAATITIOUI Sana	MC	Radiothérapie
340	IBBA Mouhsin	MC	Chirurgie thoracique
341	SAADOUNE Mohamed	MC	Radiothérapie
342	TLEMCANI Younes	MC	Ophtalmologie
343	SOLEH Abdelwahed	MC	Traumato-orthopédie
344	OUALHADJ Hamza	MC	Immunologie
345	BERGHALOUT Mohamed	MC	Psychiatrie
346	EL BARAKA Soumaya	MC	Chimie analytique-bromatologie
347	KARROUMI Saadia	MC	Psychiatrie
348	EL-OUAKHOUMI Amal	MC	Médecine interne
349	AJMANI Fatima	MC	Médecine légale
350	ZOUITEN Othmane	MC	Oncologie médicale
351	MENJEL Imane	MC	Pédiatrie
352	BOUCHKARA Wafae	MC	Gynécologie-obstétrique
353	ASSEM Oualid	MC	Pédiatrie
354	ELHANAFI Asma	MC	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle

355	ABDELKHALKI Mohamed Hicham	MC	Gynécologie-obstétrique
356	ELKASSEH Mostapha	MC	Traumato-orthopédie
357	EL OUAZZANI Meryem	MC	Anatomie pathologique
358	HABBAB Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
359	KHAMLIJ Aimad Ahmed	MC	Anesthésie-réanimation
360	EL KHADRAOUI Halima	MC	Histologie-embryologie-cyto-génétique
361	ELKHETTAB Fatimazahra	MC	Anesthésie-réanimation
362	SIDAYNE Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
363	ZAKARIA Yasmina	MC	Neurologie
364	BOUKAIDI Yassine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
365	NABIL Mehdi	MC	Anesthésie-réanimation
366	KAAKOUA Mohamed	MC	Oncologie médicale
367	FIQHI Mohammed Kamal	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
368	BEN ELHEND Salah	MC	Radiologie
369	KHERRAB Anass	MC	Rhumatologie
370	AWATI El Mehdi	MC	Hématologie
371	HAOUANE Mohamed Amine	MC	Anatomie pathologique
372	BOUABBADI Salah eddine	MC	Ophtalmologie
373	MOUNIR Reda	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
374	AHCHOUCH Siham	MC	Hématologie clinique
375	AZRIOUIL Ouhb	MC	Traumato-orthopédie
376	CHALOUAH Badr	MC	Traumato-orthopédie
377	EL BEJJAJ latimad	MC	Anatomie pathologique
378	BABA Zineb	MC	Rhumatologie
379	OUSSAYEH Imane	MC	Anesthésie-réanimation
380	KASSAL Ghizlane	MC	Pédiatrie Néonatalogie
381	RACHID Chayneze	MC	Pneumo-phtisiologie
382	BALILI Khaoula	MC	Neurologie
383	IGARRAMEN Tariq	MC	Biophysique
384	EL MAGHTOUM Hicham	MC	Anesthésie-réanimation
385	KAOUANI Douaa	MC	Pédiatrie

386	ESSOLI Samira	MC	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
387	HABCHANE Amal	MC	Pharmacologie
388	CHARIK Mohamed Amine	MC	Cardiologie
389	MEZDID Chaymae	MC	Anatomie
390	ROUHI Salma	MC	Hématologie
391	EL OUARRADI Assia	MC	Microbiologie–virologie
392	JOULAL Hajar	MC	Médecine interne

LISTE ARRETEE LE 25/11/2025



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust



Je dois avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec grand amour, respect et gratitude que je dédie ce modeste travail comme preuve de respect et de reconnaissance

C'est avec amour, respect et gratitude que je dédie cette thèse à ... ✨



À Allah

Le tout puissant, clément et miséricordieux qui a illuminé ma voie, qui m'a inspiré et guidé dans le bon chemin, qui a facilité mes épreuves, qui a apaisé mon âme aux moments les plus difficiles, qui m'a permis de voir ce jour tant attendu, je te dois ce que je suis devenue. Je te remercie et je te prie de m'aider à accomplir mon métier de médecin avec conscience et dignité.

"الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي بِرِغْمَتِهِ تَتِمُّ الصَّالِحَاتُ"

À la douce mémoire de mon grand-père, Abi

Aucun mot ne saurait traduire pleinement la place que tu occupes dans ma vie ni l'empreinte indélébile que tu y as laissée. Tu as été bien plus qu'un grand-père : tu as été un guide, un repère, celui qui m'a élevée avec amour, patience et sagesse, et qui m'a toujours encouragée à croire en mes rêves.

C'est auprès de toi que j'ai appris la persévérance, la dignité et la valeur du travail. Ton soutien indéfectible et ta confiance en moi ont constitué une force silencieuse qui m'a portée à chaque étape de mon parcours, y compris dans les moments les plus difficiles.

Aujourd'hui, au moment d'achever cette thèse, je ressens profondément ton absence, mais aussi ta présence à travers tout ce que tu m'as transmis. Ce travail est le fruit de ton héritage, de ton amour et des sacrifices que tu as consentis pour moi. Je te dédie ces pages avec une infinie gratitude, dans l'espoir que tu sois fier de moi. Que ton âme repose en paix, tu resteras à jamais dans mon cœur et dans chacune de mes réussites.

À la mémoire de ma grand-mère, Maa,

À toi, ma chère grand-mère,

symbole de persévérance, de courage et de dignité.

Tu as été une femme accomplie, forte dans l'épreuve, généreuse dans le cœur et inspirante dans chacun de tes gestes.

Ton parcours et tes valeurs resteront pour moi une source inépuisable de motivation et un repère dans les moments de doute.

Ce travail est modestement dédié à ta mémoire, avec toute ma reconnaissance, mon respect et mon amour éternel.

Tu vis à jamais dans mes pensées et dans ce que je deviens.

À ma chère mère,

Aucune parole ne saurait exprimer pleinement la profondeur de ma gratitude et de ma reconnaissance envers toi. Tout au long de mon parcours, tu as été mon pilier, ma source inépuisable de courage et d'amour, celle qui a su me porter et m'encourager même dans les moments de doute et de fatigue.

Tes sacrifices silencieux, ta patience et ta bienveillance ont été les fondations sur lesquelles j'ai pu construire mon chemin. Tu m'as transmis bien plus que du soutien : tu m'as inculqué des valeurs essentielles, la persévérance, l'humilité, la dignité et le sens de l'effort qui m'accompagnent aujourd'hui dans cette réalisation.

Si cette thèse voit le jour, c'est en grande partie grâce à toi, à ta confiance et à ton amour inconditionnel. Ce travail est le reflet de ton engagement et de tout ce que tu as donné pour me voir avancer et réussir.

Je te dédie ces pages avec une affection infinie et le plus profond respect.

*Puisse cette réussite être, à sa mesure, une réponse à tout ce que tu as fait pour moi. Puisse dieu le tout puissant, te procurer santé, bonheur et longue vie
Avec tout mon amour.*

À mon cher père,

Tu as été pour moi la source à laquelle j'ai toujours puisé patience et courage. Ta tendresse et ton dévouement sont tels qu'aucune dédicace ne saurait traduire la reconnaissance et profonde affection que je te porte. Tu m'as élevée dans l'honneur, la droiture et la dignité. Je te dédie ce travail en espérant que tu sois toujours fier de moi. Rien au monde ne pourrait compenser les sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et mon bien être.

À ma chère petite sœur,

Je souhaite te témoigner tout l'amour que je te porte et l'importance inestimable que tu as dans ma vie. Notre lien est bien plus qu'un simple lien de sang : il est fait de complicité, de confiance et d'une fraternité indéfectible qui nous unit et nous renforce au fil du temps.

Tu es pour moi une source de fierté et d'admiration. Malgré ton jeune âge, tu fais preuve d'une maturité, d'une sensibilité et d'une force de caractère qui inspirent le respect. Ta présence, ton soutien discret et ton affection ont accompagné mon parcours bien plus que tu ne l'imagines.

Je souhaite que tu voies dans cette réussite un message d'encouragement : poursuis tes rêves avec la même détermination et la même authenticité qui te caractérisent. Je serai toujours là pour toi, comme tu l'as été pour moi.

Je te dédie ce travail avec toute mon affection, convaincue que notre lien demeurera, aujourd'hui et toujours, indéfectible. Avec tout mon amour.

*À la famille RAFTYI , ELOUAZZANI, SAISSI , JAIDI ,
CHEKKOURI ET LAHKIM ,*

*En témoignage de mon attachement et de ma grande considération. J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux
Merci pour l'amour, l'unité et le soutien indéfectible qui m'ont accompagnée à chaque étape de ma vie. Vous avez été mon refuge, ma motivation et mon équilibre. Cette réussite est aussi la vôtre.*

À mes chers cousins, Taïa, Idriss, Taïb ,Ghali , Abdellah et Ziad,

*Avec qui j'ai partagé les souvenirs les plus doux de mon enfance,
faits de rires, de complicité et de moments inoubliables. Ces
instants ont contribué à façonner la personne que je suis
aujourd'hui, et je vous en suis profondément reconnaissante.*

*À mes collègues et compagnons de stage Sami et Oussama ,
Aux côtés de qui j'ai traversé les gardes les plus éprouvantes,
fait face à la fatigue, au stress et aux défis du quotidien,
mais avec qui j'ai surtout partagé des moments inoubliables.*

*Merci pour votre soutien, votre humour,
et pour ces éclats de rire qui ont transformé les nuits les plus
difficiles*

en souvenirs précieux.

*Cette dédicace est le reflet de ma gratitude pour cette complicité,
ces instants de solidarité et d'amitié
qui ont rendu cette expérience humaine et unique.*

À mes chers amis Nisrine, Ali et Hamza,

*Parmi les plus belles richesses de mon parcours médical figurent
les rencontres humaines qui l'ont jalonné et la vôtre en fait
incontestablement partie. Vous avez été bien plus que de simples
compagnons d'études : vous êtes devenus des amis précieux, avec
qui j'ai partagé des moments de travail intense, de soutien mutuel,
mais aussi de rires et de complicité.*

*Votre présence a contribué à rendre ce chemin exigeant plus
lumineux et profondément mémorable. Je considère votre amitié
comme l'une des plus belles rencontres de ma vie, et je vous en suis
sincèrement reconnaissante.*

*Je vous dédie ces lignes avec toute mon affection et mon estime, en
espérant que nos chemins continueront de se croiser et que notre
amitié restera aussi solide que sincère.*

À mon binôme et mon cher ami Amine,

À travers ces quelques lignes, je tiens à vous témoigner toute ma reconnaissance pour ce chemin parcouru ensemble. Nous avons partagé bien plus que des stages d'externat : des gardes parfois éprouvantes, des nuits de révisions, des moments de doute, mais aussi de nombreux fous rires et de belles réussites.

Votre présence, votre soutien et notre entraide ont rendu ce parcours exigeant plus supportable et profondément enrichissant. Cette complicité professionnelle et humaine restera pour moi l'un des souvenirs les plus précieux de ces années de formation.

Merci pour votre solidarité, votre patience et votre esprit d'équipe. Je vous souhaite de poursuivre chacun notre route avec la même détermination, tout en gardant ce lien construit au fil des expériences partagées.

Je vous dédie ces lignes avec toute mon amitié et mon estime.

À mes chers amis d'enfance, Marwa ,Yahia et Ryan,

À Marwa,

Il existe des rencontres que le temps ne peut altérer, des liens que la distance ne peut affaiblir. Tu es de celles-là.

Depuis plus de dix ans, nos chemins avancent en parallèle, parfois éloignés par les kilomètres, mais toujours unis par cette amitié profonde qui ressemble à un lien de sang. Tu es devenue bien plus qu'une amie d'enfance : tu es ma sœur de cœur, celle que la vie m'a offerte.

Marwa, ton nom évoque pour moi les souvenirs partagés, les éclats de rire insouciantes, les confidences murmurées, et cette force tranquille que tu m'as toujours transmise. Même loin, tu as su être présente par un mot, un message, une pensée comme une lumière discrète mais constante.

Dans les moments de doute, ton soutien m'a portée. Dans les instants de réussite, ta fierté m'a émue. Notre amitié a grandi avec nous, mûri avec le temps, et elle demeure aujourd'hui l'un des piliers silencieux de mon équilibre.

Ce travail est l'aboutissement d'années d'efforts, mais il est aussi le reflet de celles et ceux qui ont marché à mes côtés. Et toi, Marwa, tu y occupes une place particulière, précieuse et éternelle.

À Yahia,

*À mon plus ancien ami, à mon confident de toujours,
Notre amitié traverse le temps avec une force tranquille que rien
ne semble pouvoir altérer. Depuis l'enfance, nous partageons une
histoire tissée de souvenirs, de confidences et de moments
fondateurs qui ont façonné la personne que je suis devenue.
Yahia, tu as toujours occupé une place singulière dans ma vie.
Même lorsque tu n'es pas physiquement à mes côtés, ta présence se
fait sentir comme une évidence. C'est comme si tu étais déjà là
dans mes décisions, dans mes réflexions, dans cette force
intérieure que ton amitié m'a aidée à construire
Tu as été un repère constant, une écoute sincère, une loyauté sans
faillite. Notre lien n'a jamais eu besoin de proximité permanente
pour exister ; il repose sur une confiance profonde et une
compréhension silencieuse qui dépasse les distances.
Ce travail marque une étape importante de mon parcours, et je
sais que, d'une manière ou d'une autre, tu en as toujours fait
partie. Parce que certaines amitiés ne dépendent ni du lieu ni du
moment elles vivent en nous.*

À Ryan,

*Ta présence dans ma vie est un cadeau précieux, une source de
fraîcheur, de spontanéité et de joie sincère.
Tu as su, par ta gentillesse, ton respect et ta loyauté, occuper une
place toute particulière dans mon parcours. Ton affection, ta
confiance et nos moments partagés ont été pour moi un véritable
soutien, parfois discret mais toujours essentiel.
Je suis fière de te voir grandir, évoluer et poursuivre tes propres
rêves avec détermination. Garde cette belle lumière qui te
caractérise et cette authenticité qui fait de toi une personne si
chère à mon cœur.*

*À mes amis, mes aînés de cœur, Fatimaezahra , Sara et
Mohssine ,*

*Si j'ai pu parcourir ce chemin exigeant sans m'y perdre, c'est en
grande partie grâce à vous. Vous avez été ces grandes sœurs, ces
grands frères que la vie a placés sur ma route pour veiller sur mes
pas.*

*Merci pour votre écoute toujours bienveillante, pour vos conseils
empreints de sagesse qui ont su apaiser mes doutes, et pour votre
soutien qui ne m'a jamais fait défaut. Vous m'avez appris que la
persévérance et l'humilité sont les clés de toute réussite.
Ce travail est le reflet de votre générosité et de votre affection. Je
vous en suis infiniment reconnaissante.*

*À ce couple exceptionnel, Tata Hind et Tonton Aziz ,
Il m'est difficile de trouver les mots justes pour exprimer toute la
gratitude que je vous porte. Vous m'avez accompagnée avec une
générosité et une bienveillance rares, me soutenant à chaque
étape de mon parcours avec une constance et une affection qui
dépassent les mots.*

*Vous avez veillé sur moi comme sur votre propre fille, m'offrant
écoute, réconfort et encouragement dans les moments de doute
comme dans les instants de réussite. Votre présence a été un pilier
essentiel dans l'aboutissement de ce travail.*

*Par votre confiance, votre soutien moral indéfectible et votre
affection sincère, vous avez contribué bien au-delà du cadre
académique : vous avez participé à mon épanouissement
personnel et à la réalisation de cette étape importante de ma vie.
Recevez ici l'expression de ma reconnaissance la plus profonde et
de mon attachement respectueux et affectueux.*

*À tous mes amis,
Il y a des bonheurs trop grands pour être contenus dans
une simple liste de noms. À vous tous, mes amis, si
nombreux, si chers, si présents... Je ne pourrai jamais*

tous vous nommer ici, mais sachez que chacun de vous occupe une place unique dans mon cœur.

J'ai la chance immense d'être entouré de personnes qui, chaque jour, me comblent de bonheur, de soutien, de rires et d'amour. Vous êtes cette famille que l'on se choisit, ces âmes complices avec qui partager les joies, les doutes, les réussites et les moments de fête.

Si vous lisez ces mots aujourd'hui, c'est que vous en faites partie de près ou de loin, par un souvenir, un éclat de rire, une conversation tardive, un soutien discret ou une présence lumineuse. Chacun de vous a marqué mon chemin d'une manière ou d'une autre, et pour cela, je vous suis infiniment reconnaissant.

Merci d'être là. Merci d'exister. Merci de faire de ma vie un chemin plus beau, plus riche, plus joyeux.

Cette thèse, je la dédie aussi à vous, à cette belle constellation d'amitiés qui m'illuminent.

*Avec toute mon affection et ma gratitude,
Votre amie, toujours.*



REMERCIEMENTS



NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE MONSIEUR LE
PROFESSEUR ESSADI ISMAIL

Professeur de l'enseignement supérieur et chef de service d'Oncologie médicale à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqués. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

**NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE MONSIEUR LE
PROFESSEUR LAHKIM MOHAMED**

Professeur de l'enseignement supérieur de Chirurgie viscérale à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. C'est avec un grand plaisir que je me suis adressé à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement, travailler avec vous a été très agréable pendant cette période. J'ai trouvé auprès de vous le maître, le conseiller et le guide qui m'a reçu en toute circonstance avec sympathie et bienveillance. Vous êtes un homme de science rigoureux et pointilleux respecté de tous, et une fierté pour notre faculté. Je suis très fière d'avoir appris auprès de vous et j'espère avoir été à la hauteur de votre attente. Je vous témoigne à travers ces quelques lignes mon admiration pour votre modestie, votre sérieux et votre compétence, qui sont des exemples à suivre. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de ma profonde gratitude.

**NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MONSIEUR LE PROFESSEUR
TOUATI MOHAMED**

Professeur de l'enseignement supérieur d'Oto-Rhino-Laryngologie et chirurgie cervico-faciale à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. Nous vous remercions d'avoir répondu à notre souhait de vous voir siéger parmi nos membres du jury. Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable, vos qualités humaines et surtout votre modestie font de vous un grand professeur et nous inspirent une grande admiration et haute considération. En acceptant d'évaluer notre travail, vous nous accordez un très grand honneur. Veuillez accepter l'expression de nos considérations les plus distinguées.

**NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MONSIEUR LE PROFESSEUR
BABA HICHAM**

Professeur de l'enseignement supérieur de Chirurgie viscérale à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. Je vous remercie vivement pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. ainsi que ma gratitude. Veuillez croire, cher maître, l'assurance de notre estime.

NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MONSIEUR LE PROFESSEUR
MOHAMED JAWAD FASSI FIHRI

Professeur agrégé de Chirurgie viscérale à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury. Votre gentillesse et votre accueil très aimable m'ont particulièrement marquée. Que ce travail soit pour moi l'occasion de vous exprimer mon admiration. Veuillez croire, cher Maître, à l'assurance de notre respect et de notre grande reconnaissance.

NOTRE MAÎTRE MONSIEUR LE PROFESSEUR KAKOUA
MOHAMED Et DOCTEUR SOUKAYNA BOUJMADI

Merci pour toute l'aide que vous m'avez donné tout au long de notre travail. Vous avez largement contribué à la conception ainsi qu'à la réalisation de ce travail. Nous vous sommes reconnaissants de votre disponibilité et votre aide apportée tout au long de ce travail. Que ce travail soit le témoignage de notre haute considération.

Nous vous remercions chers maîtres de votre enseignement. Nous sommes fiers d'être votre élève et nous espérons que ce travail sera digne de l'intérêt que vous lui porterez



LISTE DES ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations

ADM	Matrice dermique acellulaire
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
BCS	Chirurgie conservatrice du sein
BRCA	Gène du cancer du sein
CAM	Complexe aréolo-mamelonnaire
CCIS / DCIS	Carcinome canalaire in situ
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIRC / IARC	Centre International de Recherche sur le Cancer
CLI / ILC	Carcinome lobulaire invasif
CLIS / LCIS	Carcinome lobulaire in situ
DIEP	Deep Inferior Epigastric Perforator (lambeau perforant)
ER+	Récepteurs aux œstrogènes positifs
EORTC	Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer
FCR	Peur de la récurrence
HER2	Récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain
HMA	Hôpital Militaire Avicenne
HTA	Hypertension artérielle
IDH	Indice de Développement Humain
IHC	Immunohistochimie
IOM	Institute of Medicine
Ki-67	Marqueur de prolifération cellulaire
LICAP	Lateral Intercostal Artery Perforator (lambeau perforant)
NSE	Niveau socio-économique
NST	Carcinome invasif de type non spécifique
pCR	Réponse complète pathologique
PEC	Prise en charge
PET scan	Tomographie par émission de positons
PNPCC	Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer

PoC	Patterns of Care (modes de prise en charge)
PR+	Récepteurs à la progestérone positifs
QdV / QoL	Qualité de vie
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RE / ER	Récepteurs aux œstrogènes
RP / PR	Récepteurs à la progestérone
SBR	Scarff–Bloom–Richardson (grade histopronostique)
SCP	Plan de soins de survivance
TDAP	Thoracodorsal Artery Perforator (lambeau perforant)
TDM TAP	Tomodensitométrie thoraco–abdomino–pelvienne
TNBC	Cancer du sein triple négatif
UICC	Union internationale contre le cancer



LISTE DES FIGURES



Liste des figures :

- Figure 1** Fréquence du cancer du sein selon l'âge
- Figure 2** Répartition des patientes selon le lieu de résidence
- Figure 3** Répartition des patientes selon la couverture sociale
- Figure 4** Variations du NSE de la totalité de nos patientes
- Figure 5** Graphique représentatif du niveau professionnel des patientes
- Figure 6** Différents niveaux scolaires des patientes répartis en pourcentage
- Figure 7** Statut marital des patientes exprimé en %
- Figure 8** Répartition des patientes selon les antécédents médicaux
- Figure 9** Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux
- Figure 10** Répartition des patientes selon le type de contraception utilisée
- Figure 11** Répartition des patientes selon l'âge de la première grossesse
- Figure 12** Répartition des patientes selon la parité
- Figure 13** Répartition des patientes selon l'allaitement au sein
- Figure 14** Répartition des patientes selon leur activité génitale
- Figure 15** Répartition des patientes selon leurs antécédents psychiatriques avant le cancer
- Figure 16** Différents motifs de consultation des patientes
- Figure 17** Répartition des patientes selon la topographie de la tumeur
- Figure 18** Différents stades (BIRADS) retrouvés au moment de l'écho-mammographie diagnostique
- Figure 19** Répartition des types histologiques selon les résultats anatomopathologiques
- Figure 20** Pourcentage des différents grades de la classification SBR
- Figure 21** Pourcentage des patientes ayant bénéficié du dosage des récepteurs hormonaux RE/RP
- Figure 22** Graphique représentatif des valeurs du marqueur HER2 chez nos patientes
- Figure 23** Pourcentage du marqueur Ki67 chez nos patientes
- Figure 24** Répartition des patientes selon le stade de la tumeur
- Figure 25** Répartition des patientes selon la notion de rechute
- Figure 26** Pourcentage des différentes indications chirurgicales
- Figure 27** Pourcentage des patientes selon le type de chimiothérapie administrée
- Figure 28** Pourcentage des patientes ayant bénéficié d'une radiothérapie en fonction des indications
- Figure 29** Pourcentage des patientes ayant bénéficié d'une hormonothérapie
- Figure 30** Pourcentage des patientes ménopausées et non ménopausées

Figure 31	Différents volets de l'atteinte psychologique chez les femmes atteintes d'un cancer du sein
Figure 32	Scores du retentissement fonctionnel des patientes
Figure 33	Scores des échelles des symptômes individuels de nos patientes
Figure 34	Scores du Global Health Status / QoL pour évaluer la qualité de vie
Figure 35	Vues frontale et latérale du sein droit
Figure 36	Vue interne de la glande mammaire
Figure 37	Vascularisation du sein
Figure 38	Systèmes veineux superficiel et profond du sein
Figure 39	Drainage lymphatique et ganglions
Figure 40	Ganglions lymphatiques et glande mammaire
Figure 41	Voies de drainage lymphatique du sein
Figure 42	Structure du sein et modifications au cours de la lactation
Figure 43	Drainage lymphatique du sein et mammographie MLO
Figure 44	Tissu glandulaire mammaire, tissu adipeux et sinus lactifères
Figure 45	Anatomie du sein et coupes mammographiques normales
Figure 46	Patiente ayant bénéficié d'une tumorectomie unilatérale droite avec curage ganglionnaire
Figure 47	Repères et mesures bi-dimensionnelles mammaires
Figure 48	Patiente ayant bénéficié d'une mastectomie avec reconstruction mammaire immédiate
Figure 49	Classification TNM et ses paramètres
Figure 50	Pourcentage des patientes ayant eu une alopecie comme complication du traitement
Figure 51	Survie sans maladie à 5 ans selon les différents stades
Figure 52	Pourcentage du cancer du sein chez la femme au Maroc
Figure 53	Charge du cancer du sein au Maroc (nouveaux cas/an, décès/an, prévalence à 5 ans)
Figure 54	Gradient pronostique de la survie sans maladie à 5 ans selon le stade
Figure 55	Impact des différentes dimensions du survivorship chez les patientes
Figure 56	Survie relative à 5 ans : comparaison Maroc vs pays à haut revenu
Figure 57	Parcours de survivorship – modèle opérationnel proposé (HMA Marrakech)
Figure 58	Exemple de calendrier de suivi clinique
Figure 59	Priorisation des axes de soins de survivorship



LISTE DES TABLEAUX



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Pourcentage des différents stades chez l'intégralité de nos patientes
Tableau 2	Différents items des échelles du questionnaire EORTC QLQ-C30
Tableau 3	Échelles multi-items du questionnaire EORTC QLQ-BR45
Tableau 4	Différentes échelles du questionnaire BREAST-Q
Tableau 5	Différents types anatomopathologiques avec leurs pronostics respectifs, statut des récepteurs hormonaux et atypies (voir annexes)
Tableau 6	Nature, type et facteurs de risque (FDR) de récurrence ainsi que traitement du CCIS / DCIS
Tableau 7	Nature, traitement et pronostic du CLIS / LCIS
Tableau 8	Nature, pronostic et récurrence du NST
Tableau 9	Nature et pronostic du CLI
Tableau 10	Types histologiques particuliers : particularités et pronostic
Tableau 11	Particularités thérapeutiques, pronostic et survie en fonction de chaque stade



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	5
I. Cadre de l'étude	6
II. Population étudiée	6
1. Critères d'inclusion	6
2. Critères d'exclusion	6
III. Recueil de données	7
1. Fiche d'exploitation	7
2. Questionnaires EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ BR45 et BREAST-Q :	7
IV. Analyse des données	8
V. Considération éthique	9
RESULTAS	10
I. Données sociodémographiques	11
1. Age	11
2. Origine	11
3. Couverture sociale	12
4. Niveau socioéconomique	12
5. Niveau scolaire et profession	13
6. Etat matrimonial	14
7. Antécédents médicaux	14
8. Antécédents chirurgicaux	15
9. Antécédents gynéco-obstétricaux	15
10. Antécédents psychiatriques	18
II. Données cliniques et paracliniques	18
1. Motif de consultation	18
2. Topographie de la tumeur	19
3. Echo-mammographie	20
4. Type histologique	20
5. Grade histopronostique	21
6. Statut des récepteurs hormonaux	21
7. Statut de l'oncogène HER 2	22
8. Statut du marqueur Ki-67	22
9. Bilan d'extension	23
10. Métastases	23
11. Rechute	24
III. Données thérapeutiques	25
1. Chirurgie	25
2. La chimiothérapie	26
3. La radiothérapie	27

4. L'hormonothérapie	27
IV. Données psychologiques	29
1. Définitions des différentes échelles des questionnaires	29
2. Interprétations des différents Scores	33
DISCUSSION	39
I. HISTORIQUE	40
II. Généralités sur le cancer du sein	44
1. Types anatomopathologiques et sous-types "biologiques" ainsi que leurs pronostics	45
III. Moyens thérapeutiques	51
1. Chirurgie	52
2. Radiothérapie	52
3. Traitements systémiques selon le sous-type et le risque	53
4. Effets secondaires majeurs (par modalité) et conséquences sur survie	53
IV. Cancer du sein et qualité de vie	55
1. Séquelles à long terme : un fardeau persistant	56
2. Évolution conceptuelle : la qualité de vie comme critère de jugement	56
3. Déterminants de la qualité de vie : apports des recherches occidentales	56
V. SURVIVORSHIP et ses différents faisceaux d'analyse:	58
1. Retentissement psycho-social et Survivorship :	61
2. SURVIVORSHIP et ses composantes sociale , familiale et sexuelle	64
VI. SURVIVORSHIP : synthèse et discussion critique de nos résultats	
1. Discussion comparative avec la littérature internationale	71
2. Discussion et parallélisme avec la littérature nationale et internationale	76
	77
VII. Impact global sur la survie	
1. Les déterminants majeurs de survie	78
2. Pronostic et survie	78
3. Réintégration sociale	79
4. Réintégration familiale	79
5. Réintégration sexuelle	80
6. Réintégration professionnelle	81
7. Discussion SURVIVORSHIP et inégalités de soins	81
8. Implications pour la pratique et perspectives	82
LIMITES DE L'ETUDE	82
PERSPECTIVES NATIONALES	84
RECOMMANDATIONS	87
CONCLUSION	89
RESUMÉS	102
ANNEXES	106



INTRODUCTION



Le cancer du sein représente un enjeu de santé publique majeur à l'échelle mondiale et plus particulièrement au Maroc, où il est le cancer le plus fréquent et la première cause de décès par cancer chez la femme. Grâce aux progrès considérables réalisés dans le dépistage précoce et les traitements multimodaux (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées), le taux de survie des patientes n'a cessé d'augmenter au cours des dernières décennies. Cette évolution positive a conduit à l'émergence d'une population croissante : les survivantes du cancer du sein (1) .

Le concept de "survivance" (ou *Survivorship* en anglais) va au-delà de la simple rémission. Un "survivant du cancer" est défini comme toute personne ayant reçu un diagnostic de cancer, et ce, depuis l'annonce de la maladie jusqu'à la fin de sa vie . La survivance englobe ainsi l'ensemble des problèmes de santé, des besoins et des expériences vécues par le patient après la fin des traitements curatifs primaires . La prise en charge ne s'arrête pas avec la fin des traitements actifs ; elle doit se poursuivre pour adresser les séquelles physiques et psychosociales à long terme.

Les principaux enjeux de la survivance du cancer du sein incluent :

- Les effets secondaires tardifs des traitements : lymphœdème, douleurs, cardiotoxicité, ostéoporose, troubles cognitifs ("chemo brain"), ménopause précoce.
- Le risque de récurrence locale ou à distance et la peur de la récurrence, une anxiété fréquente et souvent invalidante .
- Les séquelles psychosociales : anxiété, dépression, détresse, altération de l'image corporelle, difficultés de réinsertion professionnelle et sociale .
- Le suivi médical : il doit être structuré pour détecter précocement une récurrence, gérer les séquelles et promouvoir les comportements sains .

La recherche a démontré l'importance cruciale d'une approche structurée de la survivance

Au Maroc, la situation épidémiologique confère une urgence particulière au développement de programmes de survivance.

- **Incidence et Mortalité** : Selon les données du Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca (2016) et du Ministère de la Santé, le cancer du sein représente 36,4 % de tous les cancers chez la femme, avec plus de 10 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année au niveau national . Un diagnostic à un stade avancé (stade III ou IV) est encore trop fréquent, ce qui aggrave le pronostic et l'intensité des traitements, augmentant par là même le risque de séquelles.(2).
- **Taux de Survie** : Les données sur la survie au Maroc, bien que moins nombreuses, indiquent un pronostic moins favorable que dans les pays à revenu élevé. L'étude MAROC CANCER 2020 a montré une survie relative à 5 ans d'environ 68,7 % à Casablanca, un chiffre en amélioration mais qui reste inférieur aux taux dépassant 90 % dans certains pays occidentaux . Cette amélioration signifie néanmoins qu'une cohorte de plus en plus importante de femmes entre dans la phase de survivance.(3)

Plusieurs défis rentrent en jeu dans notre contexte marocain ; parmi ces derniers on cite :

- **Dépistage tardif** : Les séquelles sont souvent plus lourdes après des traitements agressifs rendus nécessaires par un diagnostic à un stade avancé(4) .
- **Accès aux soins de support** : La prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, la kinésithérapie (notamment pour le lymphœdème) et la nutrition ne sont pas encore systématiquement intégrés dans tous les centres .(5,6)
- **Charge socio-économique** : Le cancer peut entraîner une perte de revenus et des dépenses catastrophiques, impactant durablement la qualité de vie des survivantes et de leurs familles .
- **Méconnaissance et stigmatisation** : Les séquelles invisibles (fatigue, détresse psychologique) sont souvent méconnues ou minimisées, entravant la recherche d'aide.

Objectif de notre étude :

Evaluer la qualité de vie et ses facteurs d'influence chez les patientes suivies pour cancer du sein durant leur prise en charge thérapeutique et après en utilisant les échelles d'évaluation de la qualité de vie EORTC QLQ C30 et EORTC QLQ BR45.

La présente thèse se propose d'explorer cette problématique du Survivorship des patientes traitées pour cancer du sein au Maroc, en articulant une analyse multidimensionnelle couvrant la qualité de vie, la toxicité résiduelle des traitements, et la réintégration sociale, familiale, professionnelle et sexuelle. En nous appuyant sur les données épidémiologiques nationales et internationales, les données de notre étude et en les confrontant aux réalités du système de santé marocain et aux spécificités culturelles locales, nous chercherons à dresser un état des lieux exhaustif de l'après-cancer au Maroc. Cette démarche vise à identifier les lacunes dans la prise en charge actuelle et à proposer des pistes pour des soins de support intégrés, adaptés aux besoins réels des femmes marocaines, afin que l'allongement de la survie s'accompagne véritablement d'une amélioration de sa qualité.

La survivance / *Survivorship* du cancer du sein est une phase distincte et essentielle du parcours patient, marquée par des défis complexes à la fois médicaux et psycho-sociaux. Dans le contexte marocain, caractérisé par une incidence élevée et un diagnostic souvent tardif, le développement de programmes nationaux de survivance est impératif. Ces programmes doivent s'appuyer sur des données locales, intégrer des soins de support multidisciplinaires et promouvoir le "Plan de Soins de Survivance" pour améliorer non seulement la durée, mais surtout la qualité de vie des milliers de Marocaines ayant vaincu un cancer du sein. Investir dans la survivance, c'est investir dans la santé à long terme des survivantes et, par extension, dans le capital humain et social du pays.(7)



I. Cadre de l'étude :

Type de l'étude : rétrospective.

Lieu de l'étude : expérience des services respectifs d'oncologie médicale de chirurgie viscérale de l'HMA Marrakech.

Durée de l'étude : 4ans, du mois de janvier 2021 au mois de décembre 2024.

II. Population étudiée :

Notre étude se porte sur le concept de SURVIVORSHIP chez 50 patientes traitées pour cancer du sein avec preuve histologique : qualité de vie, toxicité thérapeutique, évaluation de la réintégration sociale, professionnelle, familiale et sexuelle.

1. Critères d'inclusion :

- ✓ Femmes adultes de 18 ans ou plus.
- ✓ Patientes ayant une confirmation anatomopathologique du cancer du sein (tout type) sans antécédent de tumeur primitive ou récurrente.
- ✓ En cours de traitement curatif ou palliatif ou en fin de traitement .
- ✓ Patiente ayant donné son consentement.

2. Critères d'exclusion :

- ✓ Sexe masculin.
- ✓ Patientes non autonomes, porteuses de maladies neurologiques ou cognitives graves pouvant fausser la réponse au questionnaire qualité de vie.
- ✓ Patientes n'ayant pas bénéficié d'une prise en charge et suivi au sein des deux services respectifs de chirurgie viscérale et d'oncologie médicale.
- ✓ Les patientes dont les dossiers n'ont pas été retrouvés.

III. Recueil de données :

Une fiche d'exploitation a permis le recueil des données épidémiologiques de nos patientes, leur qualité de vie a été évaluée grâce aux questionnaires suivants : BREAST-Q, EORTC QLQ-C30 et le EORTC QLQ BR45. (Voir Annexes)

1. Fiche d'exploitation :

Nous avons établi une fiche synoptique contenant un maximum d'items permettant d'exploiter les données pour ce travail. Sur ces fiches :

- Données épidémiologiques
- Données cliniques et délai personnel
- Données paracliniques et délai professionnel
- Données anatomopathologiques
- Facteurs pronostiques
- Stratégies thérapeutiques

2. Questionnaires EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ BR45 et BREAST-Q :

L'évaluation multicentrique de la qualité de vie et de la satisfaction des patientes recueillies grâce aux questionnaires contenant des questions portant sur :

- La qualité de vie :
 - Le bien-être physique.
 - Le bien-être psychologique.
 - Le bien-être sexuel.
- La Satisfaction :
 - La satisfaction vis-à-vis du sein.
 - La satisfaction quant aux résultats.
 - La satisfaction vis-à-vis de la qualité des soins et du personnel médical.

IV. Analyse des données :

Les données ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel EXCELL ainsi qu'OPEN AI, exprimées en pourcentage pour les variables qualitatives et en moyennes, médianes et extrêmes pour les variables quantitatives.

Dans un premier temps, une analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients a été effectuée à l'aide du logiciel Excel.

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

- **Analyse statistique :**

Les scores des différentes dimensions des questionnaires sont calculés séparément, ils sont obtenus en calculant la moyenne des items renseignés de chaque dimension.

- **Calcul des scores :**

- Les scores bruts vont de 1 à 4 pour toutes les dimensions, sauf la dimension « Etat de santé global » dont le score varie de 1 à 7.

Les scores sont calculés de la manière suivante :

- Score brut :
- $\text{Score brut} = SB = (I1 + I2 + \dots + In) / n$
- Avec : I1, I2,..., In : correspondent aux items qui forment la dimension
- n : Nombre d'items renseignés

Transformation linéaire :

- Appliquer la transformation linéaire à 0–100 pour obtenir le score S :
- Echelles fonctionnelles : $S = (1 - ((SB - 1) / \text{étendue})) * 100$
- Echelles symptomatiques : $S = ((SB - 1) / \text{étendue}) * 100$
- Echelle de santé globale : $S = ((SB - 1) / \text{étendue}) * 100$
- L'étendue est la différence entre la valeur maximale possible du score brut et la
- valeur minimale possible.

Le QLQ-C30 le QLQ BR45 ont été conçus de manière à ce que tous les items d'une même échelle prennent la même plage de valeurs. Par conséquent, l'éventail des scores bruts est égal à l'éventail des valeurs des items. La plupart des items sont notés de 1 à 4, ce qui donne une étendue = 3. Les exceptions sont les items contribuant à l'état de santé global / à la qualité de vie, qui sont des questions en 7 points avec une étendue = 6.

V. Considération éthique :

Nous avons veillé à l'information de nos patientes, à leur consentement libre, à l'anonymat ainsi qu'à la confidentialité des données fournies par les participantes.



I. Données sociodémographiques :

1. Age :

Dans notre série la tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 50 et 59 ans avec un taux de 26,5%. Avec des extrêmes allant de 20 ans à plus de 70 ans.

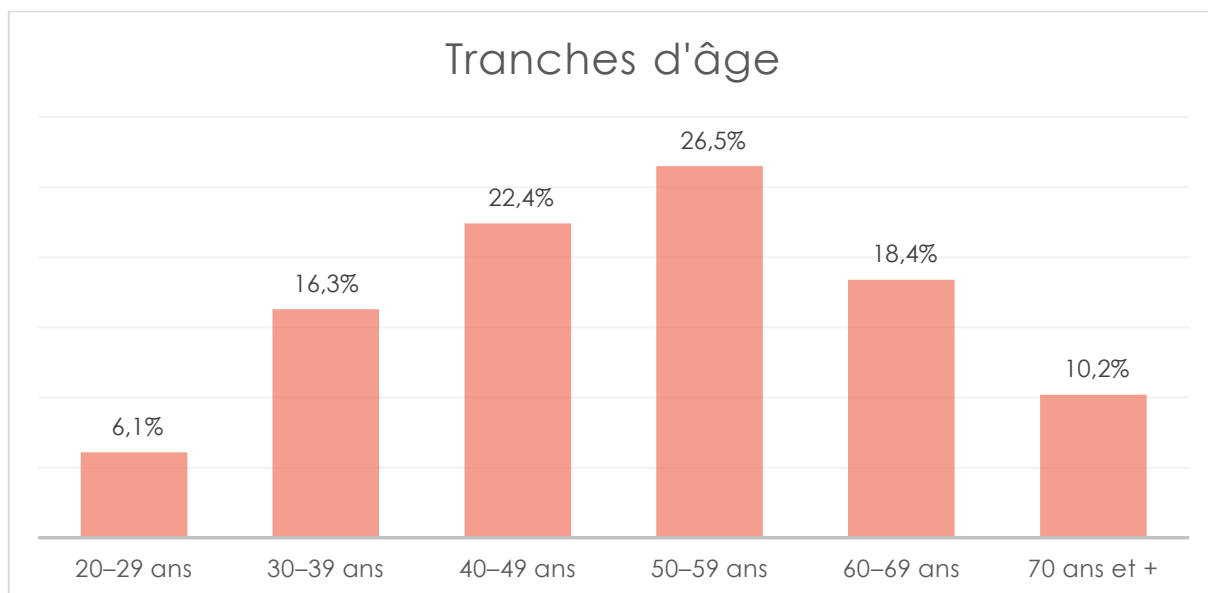


Figure 1 : fréquence du cancer du sein selon l'âge

2. Origine :

Dans notre série, plus de 90% de nos patientes étaient issues d'un milieu urbain.

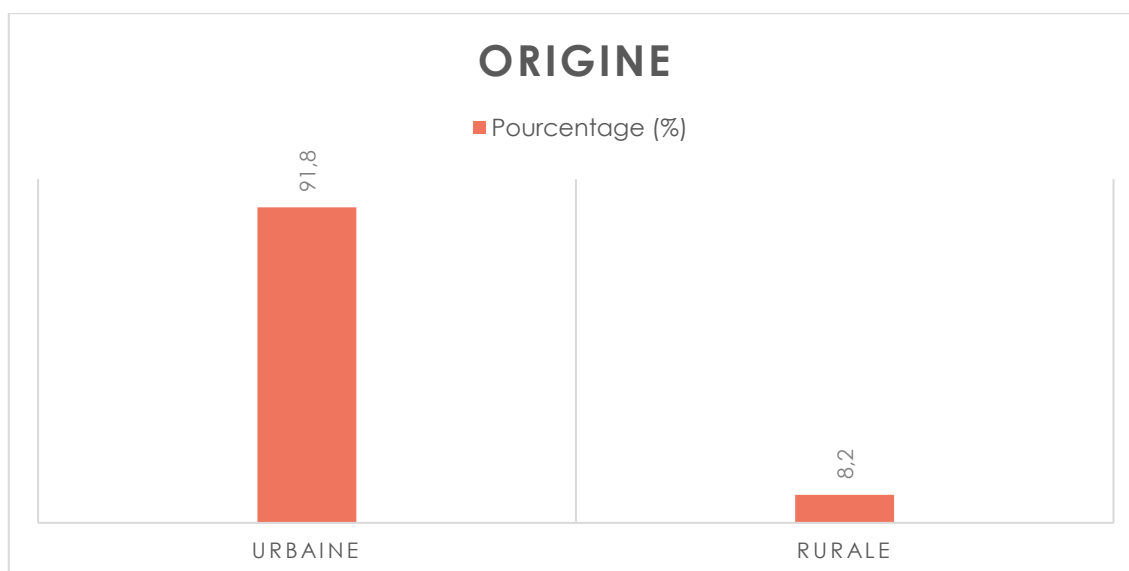


Figure 2 : répartition des patientes selon le lieu de résidence

3. Couverture sociale :

Dans notre série, la quasi-totalité des patientes bénéficiaient d'une couverture sociale avec un pourcentage de 97,3%.

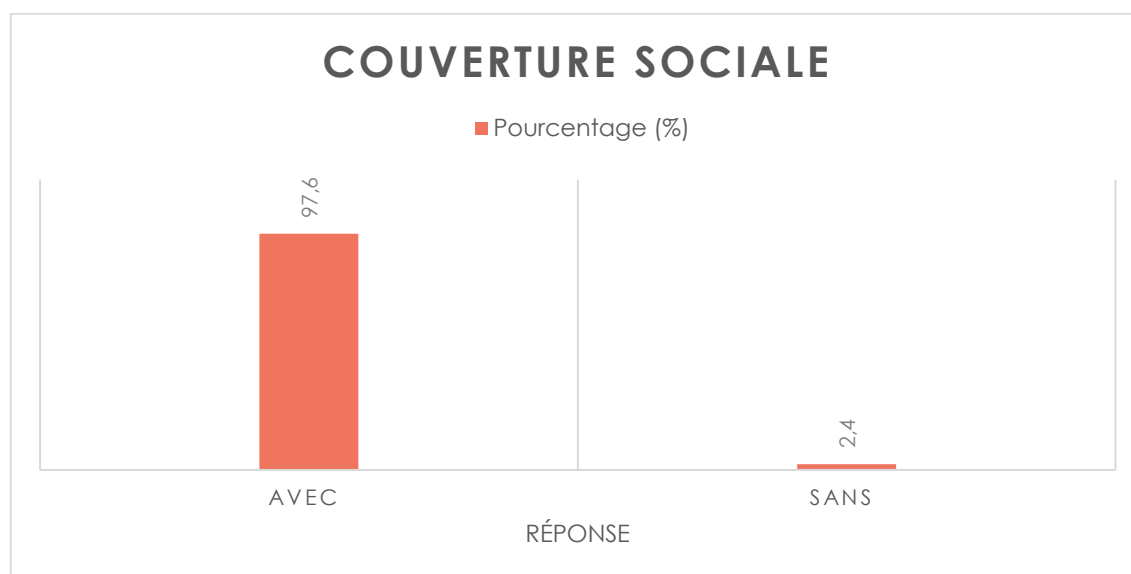


Figure 3 : Répartition des patientes selon la couverture sociale

4. Niveau socioéconomique :

Dans notre série, la majorité des patientes étaient issues d'un milieu avec un NSE moyen, avec un taux de 89,8%.

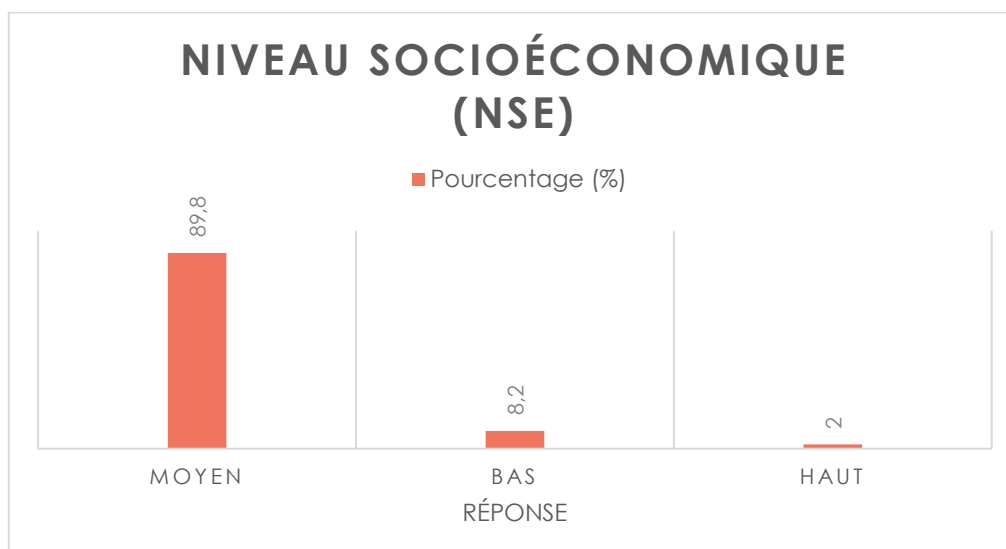


Figure 4 : variations du NSE de la totalité de nos patientes

5. Niveau scolaire et profession :

Dans notre cohorte, plus de 30 personnes de nos patientes soit (63,3%) étaient sans profession.

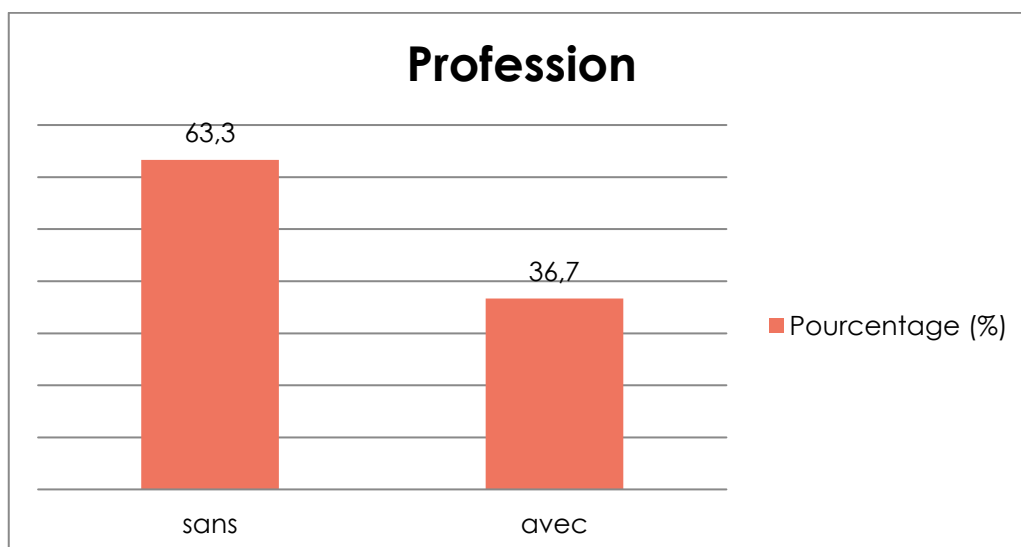


Figure 5 : graphique représentatif du niveau professionnel des patientes

Dans notre série, 63% des patientes étaient sans profession, avec un taux représentatif du niveau scolaire faible : plus de 46% des patientes n'avaient pas bénéficié d'une éducation, avec une faible minorité ayant fait des études supérieures.

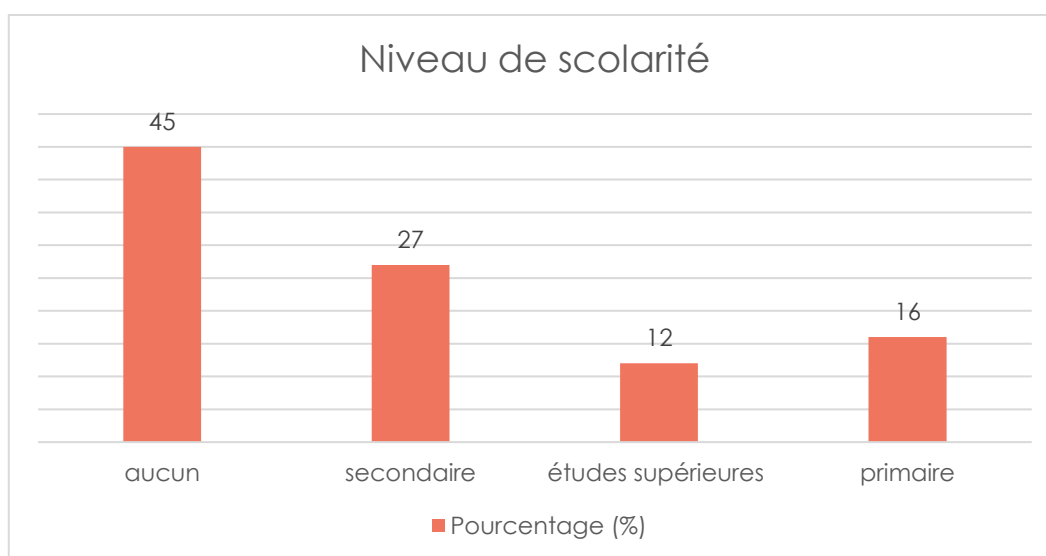


Figure 6 : différents niveaux scolaires des patientes répartis en pourcentage

6. Etat matrimonial :

Dans notre série, plus de 73% des patientes étaient mariées.

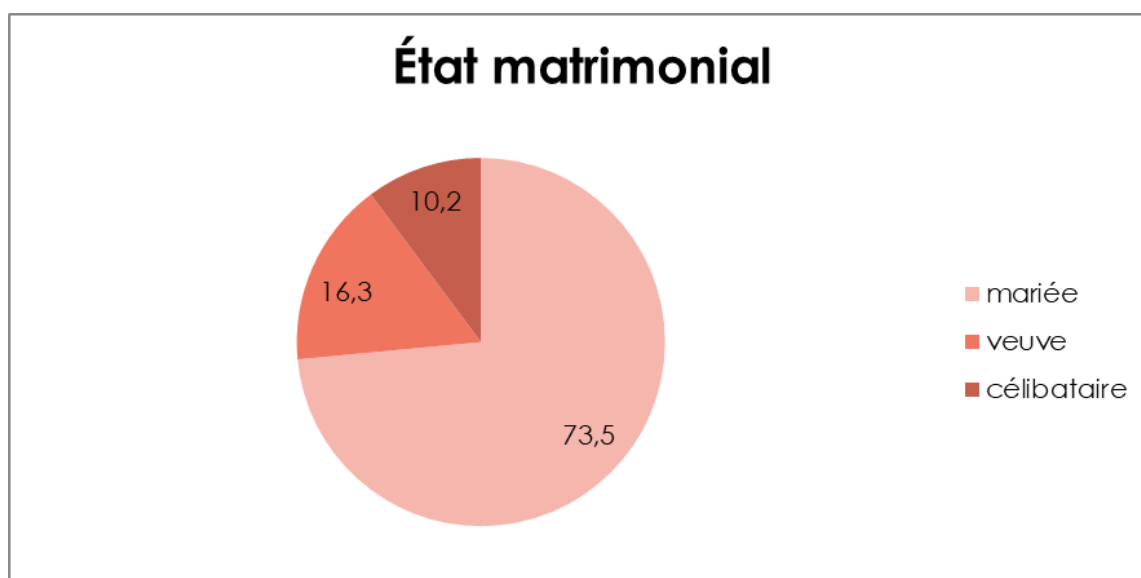


Figure 7 : statut marital des patientes exprimé en %

7. Antécédents médicaux :

Dans notre série, 28 de nos patientes soit (55%) étaient atteintes de diabète, 5 d'entre elles étaient porteuses d'une cardiopathie soit (10%), 12 étaient suivies pour HTA soit (23%) .

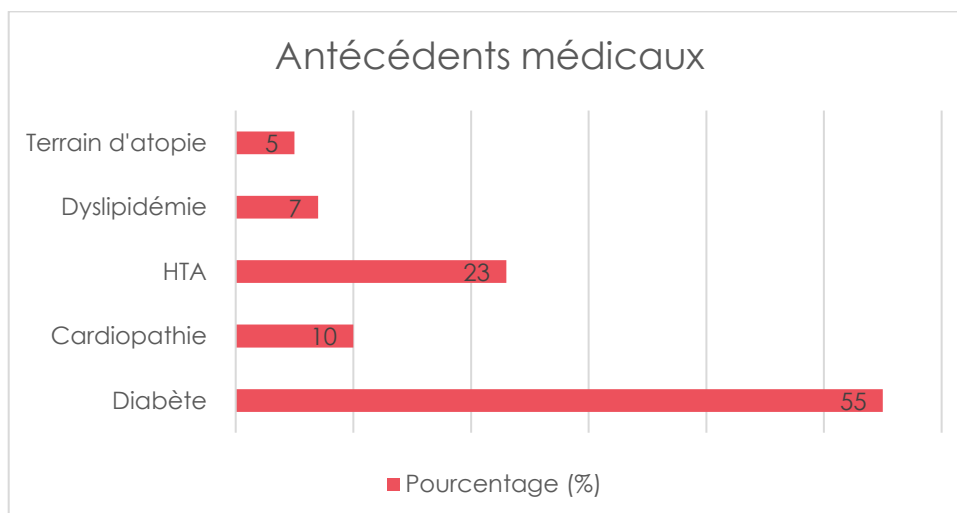


Figure 8: répartition selon les antécédents médicaux des patientes (en %)

8. Antécédents chirurgicaux :

Dans notre série, 30% de nos patientes avaient une appendicectomie comme antécédent commun, 23% d'entre elles ont été opérées pour fibrome utérin.

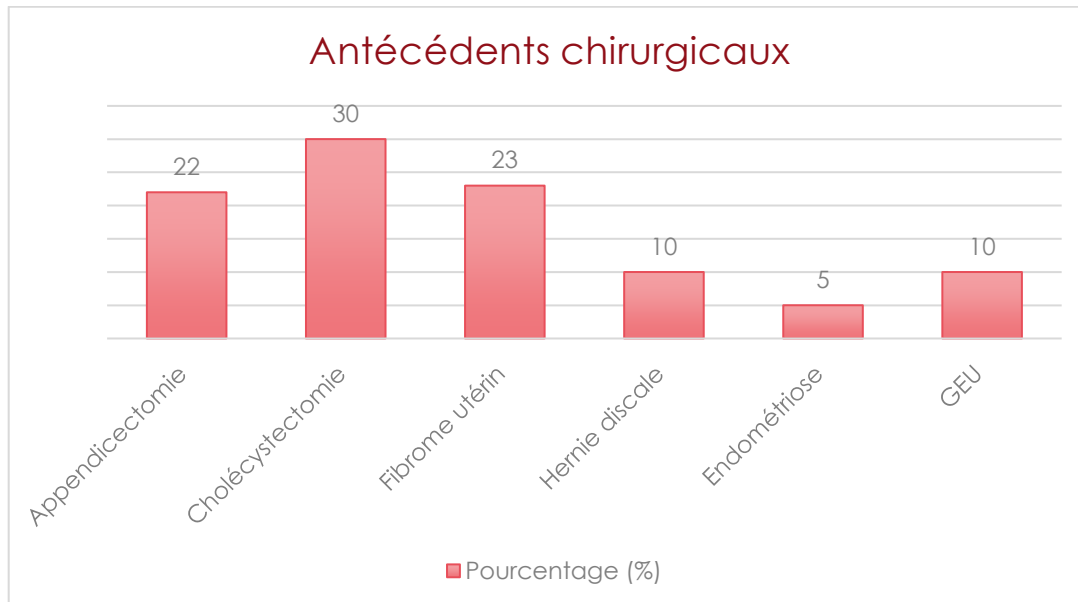


Figure 9 : répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux (en %)

9. Antécédents gynéco-obstétricaux :

9.1 Moyens de contraception :

Dans notre série, 30 de nos patientes soit (60%) étaient sous contraception orale.

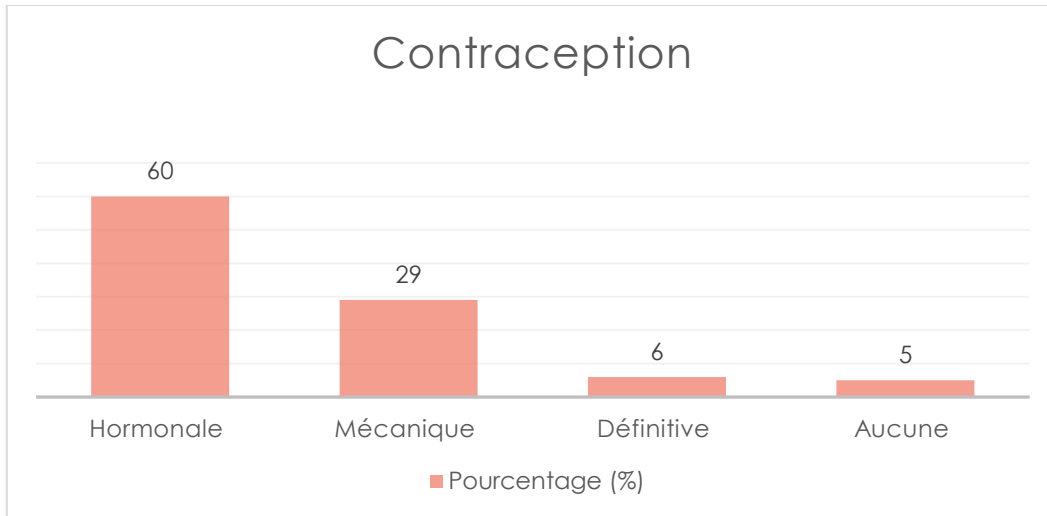


Figure 10 : répartition des patientes selon le type de contraception utilisée (en %)

9.2 L'âge de la première grossesse :

L'âge de la première grossesse variaient en fonction de la tranche d'âge : 70,3% des patientes ont eu leur 1^{ère} grossesse après 25 ans, tandis que 22,4% l'ont eu avant 25 ans avec une minorité de 7,3% qui étaient nulligestes.

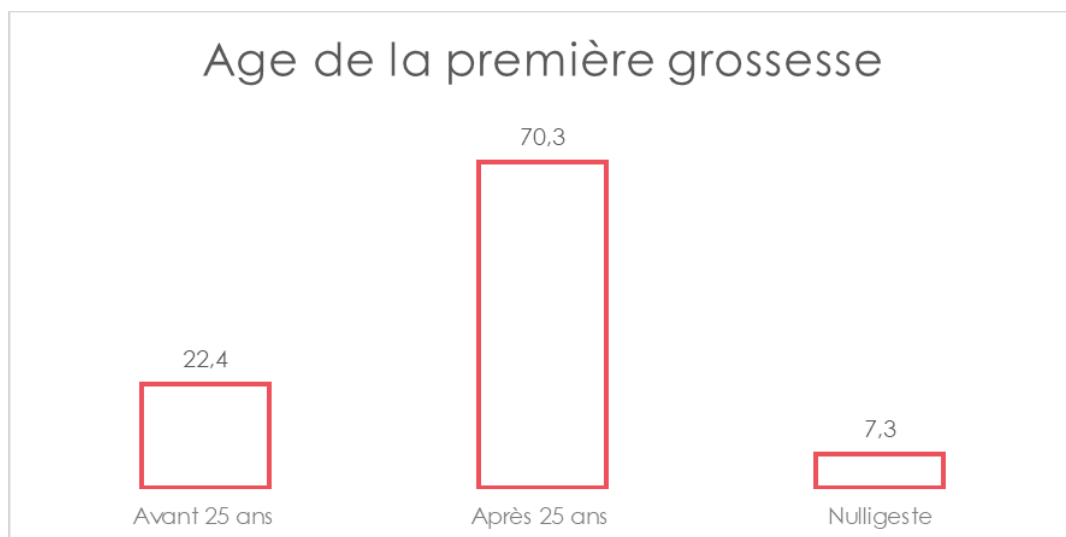


Figure 11 : Répartition des patientes selon l'âge de la première grossesse

9.3 Parité :

L'étude de la parité a révélé que 20 de nos patientes étaient paucipares soit (39,2%), 18 étaient multipares soit (36%) et 12 patientes étaient nullipares soit (24,8%).

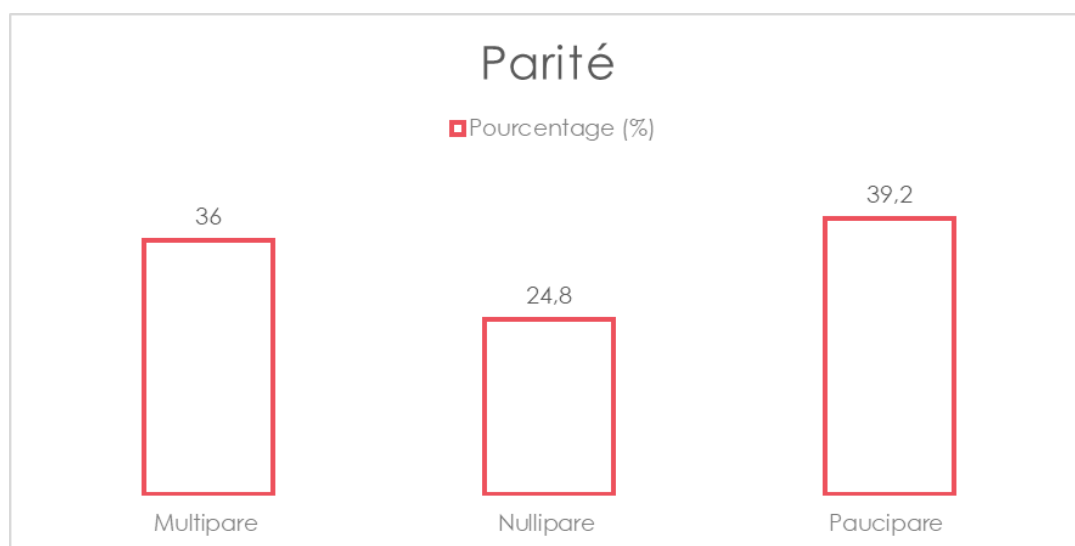


Figure 12 : répartition des patientes selon la parité

9.4 L'allaitement maternel :

60,6% des patientes rapportaient la notion d'allaitement maternel.

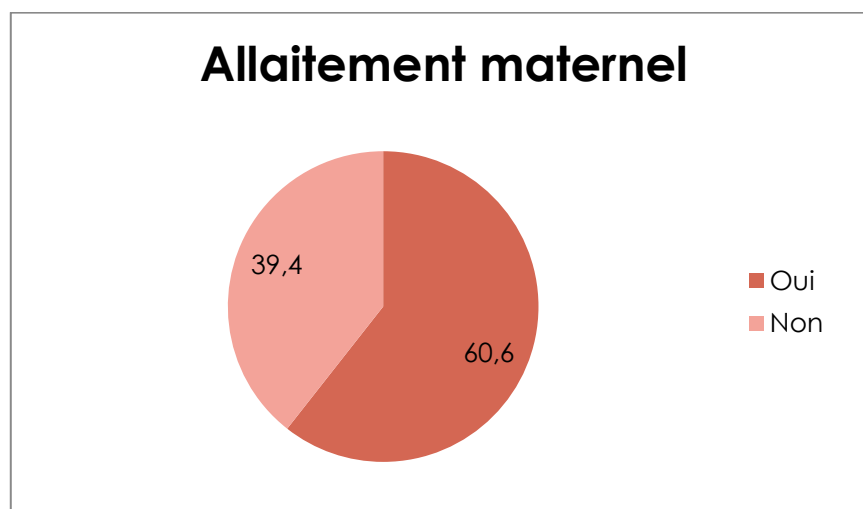


Figure 13 : répartition des patientes selon l'allaitement au sein (en %)

9.5 L'activité génitale :

Dans notre série, la majorité de nos patientes avaient un cycle régulier, en soulignant que plus de 29% de nos patientes soit 15 d'entre elles avaient un cycle irrégulier.

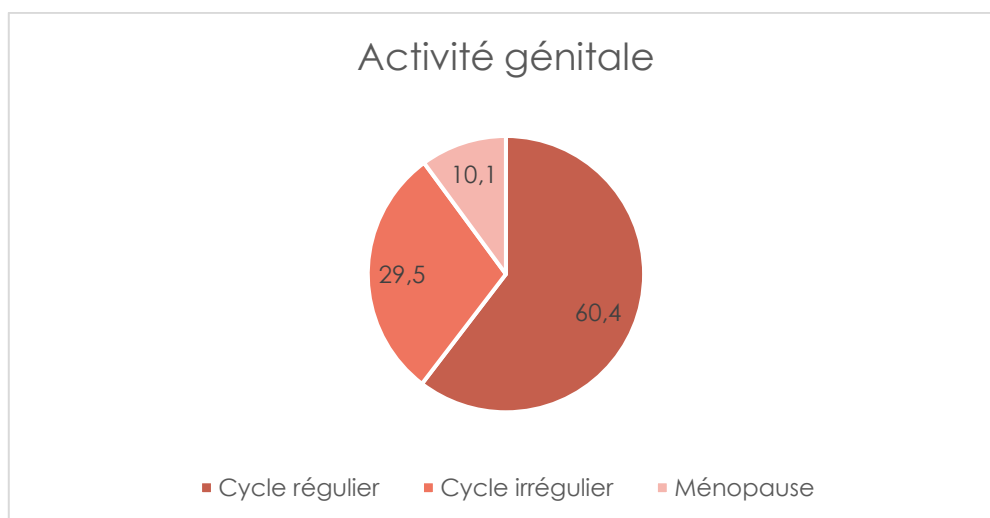


Figure 14 : répartition des patientes selon leur activité génitale(en %)

10. Antécédents psychiatriques :

12,2% des patientes souffraient de pathologies psychiatriques avant le cancer.

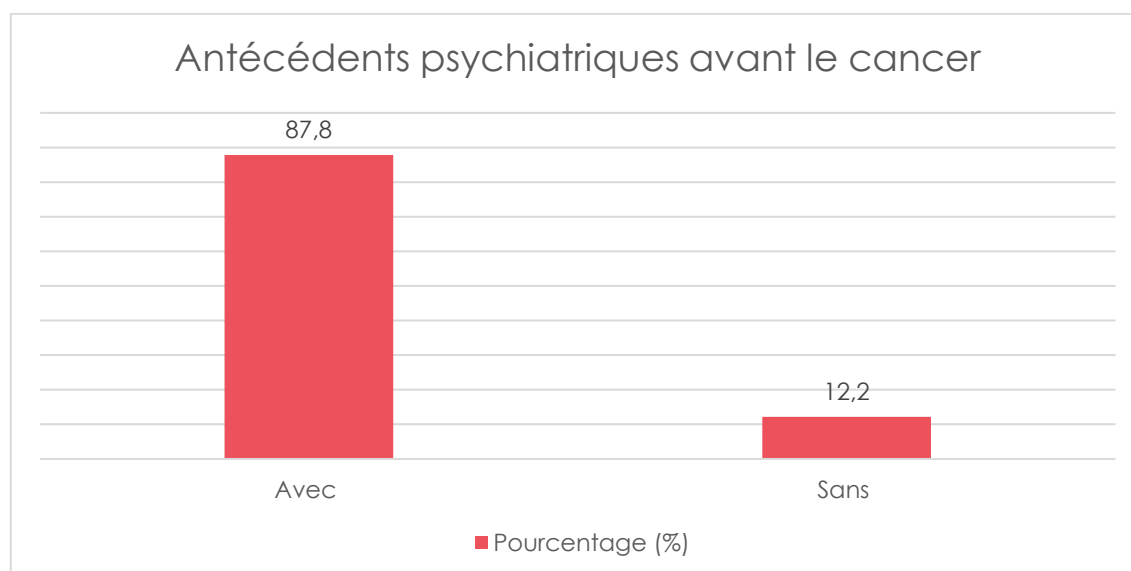


Figure 15 : répartition des patientes selon leurs antécédents psychiatriques avant le cancer

II. Données cliniques et paracliniques :

1. Motif de consultation :

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

Avec un taux de 79.2% ,la mastodynie avec un pourcentage de 10.8% et enfin l'écoulement avec un taux de 10%.

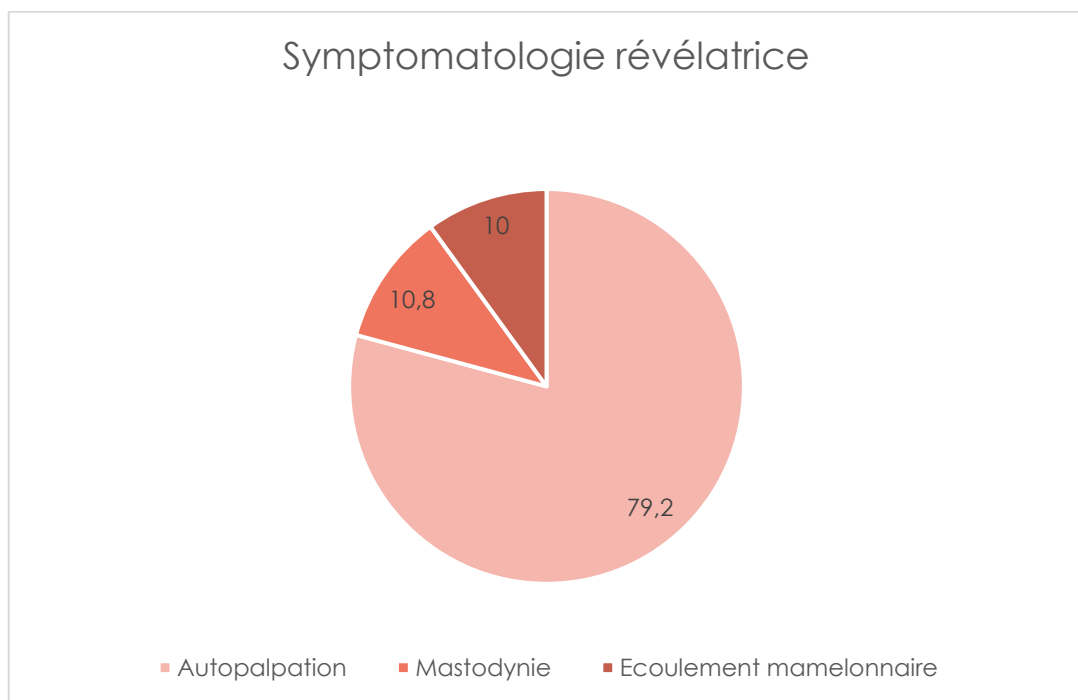


Figure 16: différents motifs de consultation des patientes (en %)

2. Topographie de la tumeur :

Dans notre cohorte, 65% des patientes ont eu une atteinte du sein droit, 33,7% au niveau du sein gauche et 1,3% d'entre elles ont eu une atteinte bilatérale.

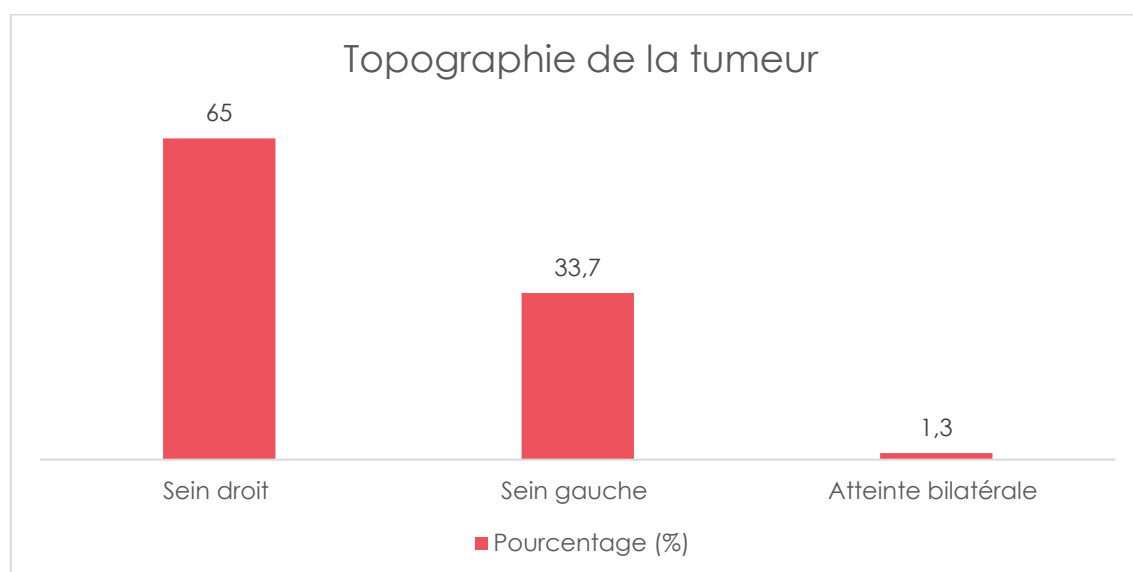


Figure 17 : répartition des patientes selon la topographie de la tumeur

3. Echo-mammographie :

Dans notre série, en terme de mammographie le stade le plus prédominant était le BIRADS 5 avec un taux de 35%.

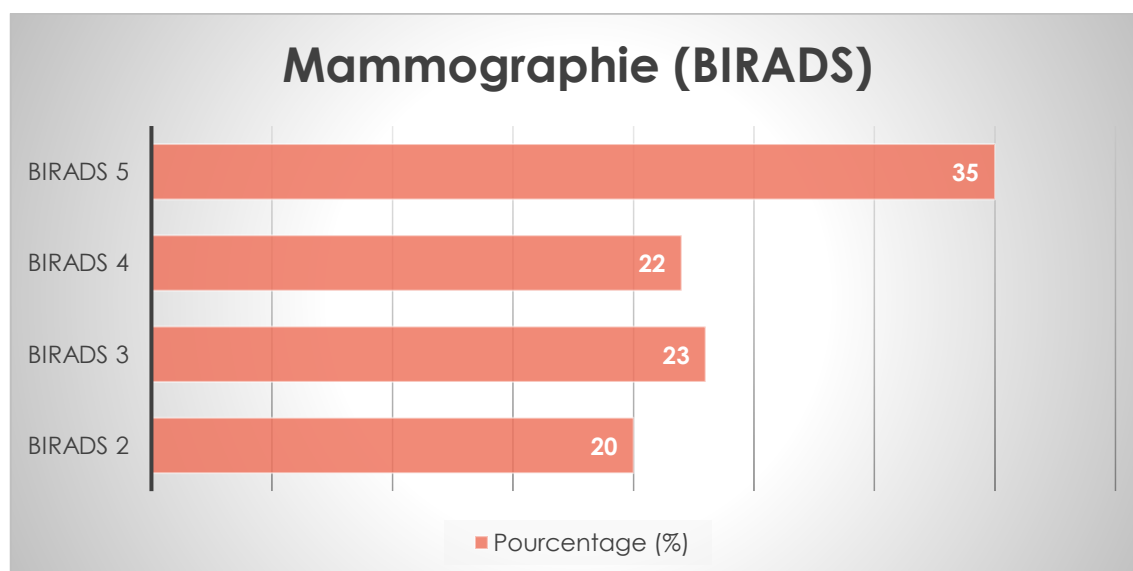


Figure 18 : différents stades (BIRADS) retrouvés au moment de l'écho-mammographie diagnostique

4. Type histologique :

Dans notre série, le type anatomopathologique le plus fréquent était le carcinome canalaire infiltrant avec un pourcentage de plus de 85%.

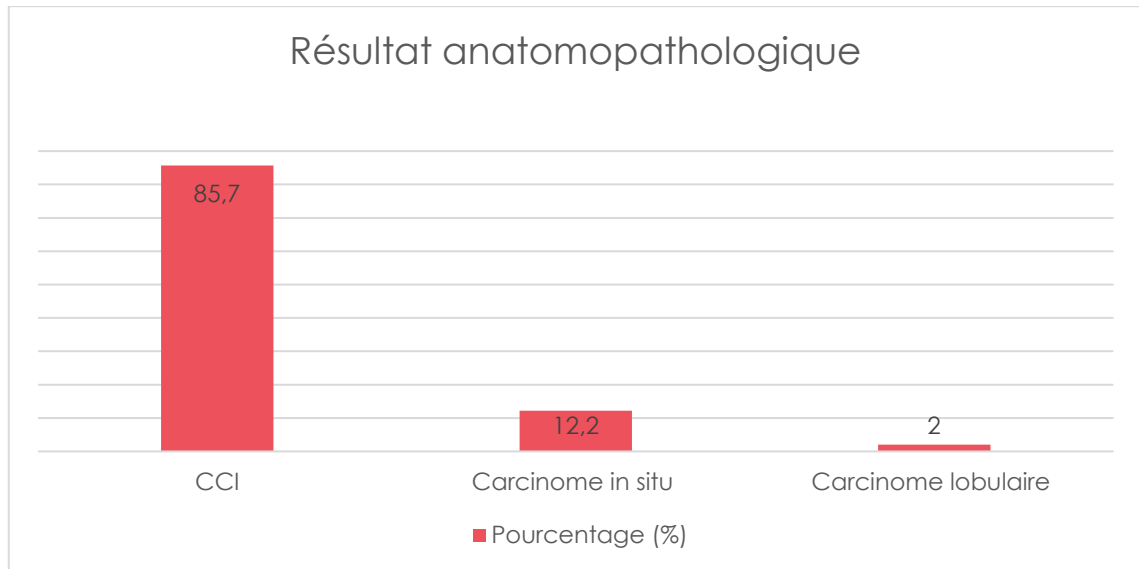


Figure 19 : répartition des types histologiques selon les résultats anatomopathologiques

5. Grade histopronostique :

Le grade histopronostique de Scarff-Bloom et Richardson (SBR) a été précisé chez 50 de nos patientes. Dans notre série, le grade SBR3 était le plus fréquemment retrouvé au moment diagnostique avec un taux de 53.2%.

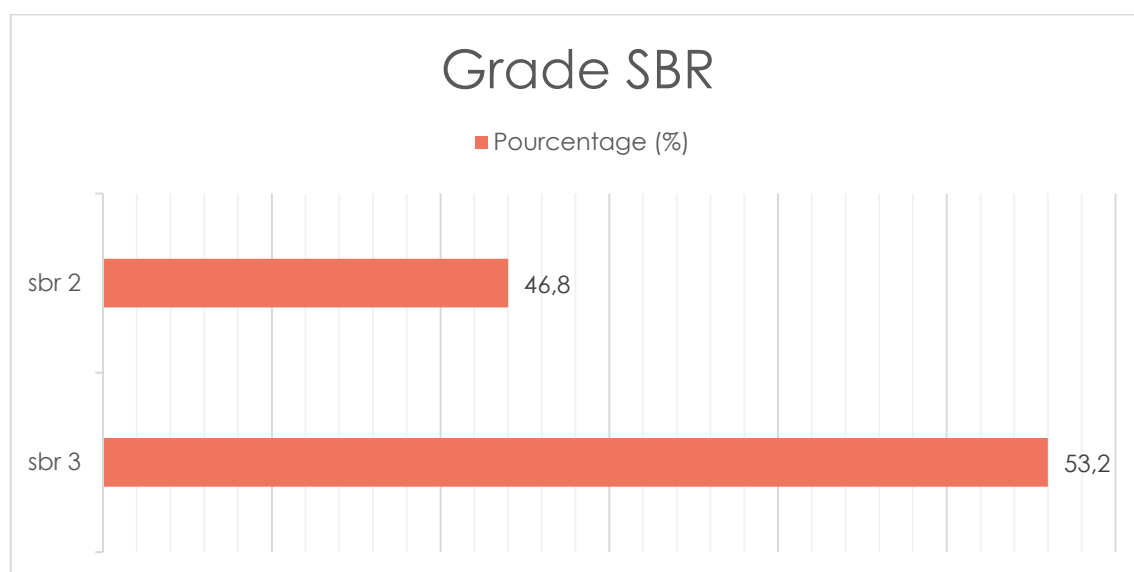


Figure 20 : Pourcentage des différents grades de la classification SBR

6. Statut des récepteurs hormonaux :

Plus de 80% des patientes n'avaient pas bénéficié du dosage des récepteurs hormonaux RE/RP.

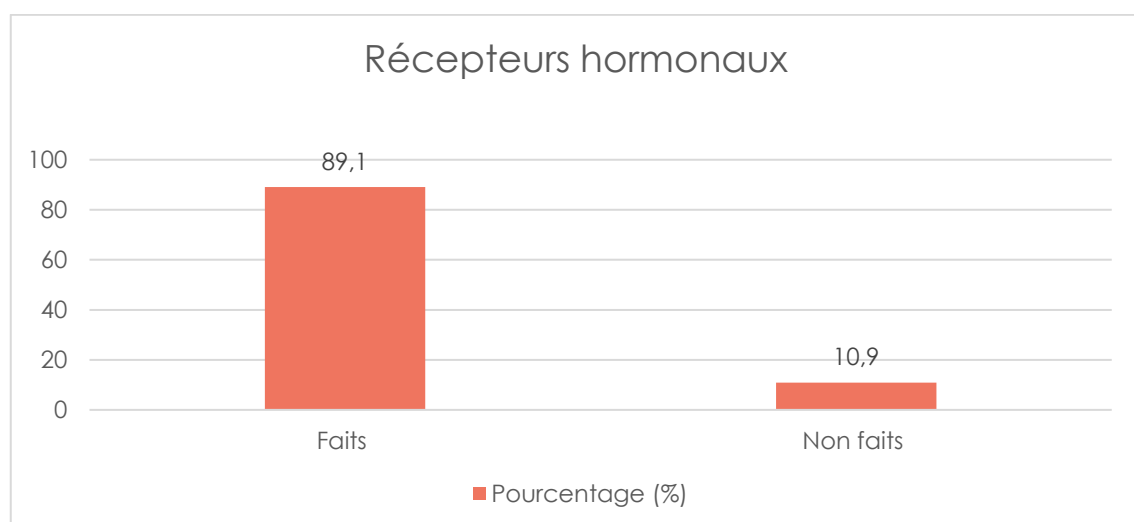


Figure 21 : pourcentage des patientes qui ont bénéficié du dosage des récepteurs hormonaux RE/RP

7. Statut de l'oncogène HER 2 :

Dans notre série, le récepteur HER 2 était positif chez plus de 60% de nos patientes.

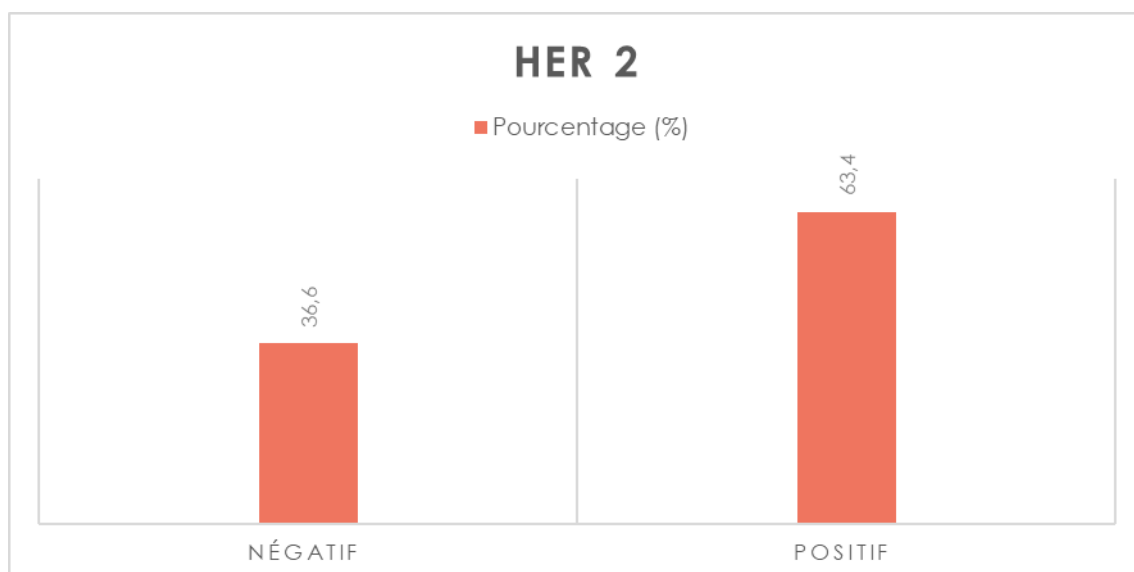


Figure 22 : graphique représentatif des valeurs du marqueur HER 2 chez nos patientes

8. Statut du marqueur Ki-67 :

Dans notre cohorte, le marqueur Ki67 variait entre 0-10% chez la majorité des patientes avec un taux de 35%.

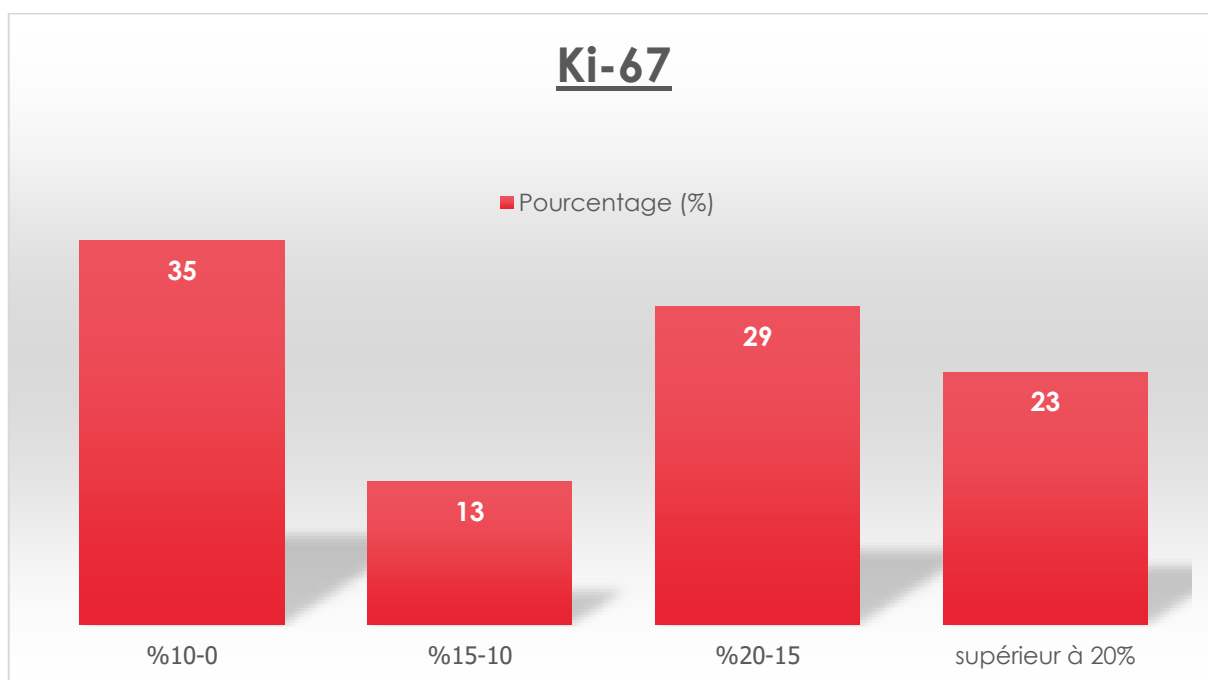


Figure 23 : pourcentage du marqueur Ki67 chez nos patientes

9. Bilan d'extension :

En fonction du stade, dans le cadre de notre cohorte les taux des différents stades étaient comme suit :

Stade I	79,2%
Stade II	74,6%
Stade III	60,8%
Stade IV	14,0%

Tableau 1 : pourcentage des différents stades chez l'intégralité de nos patientes.

La totalité de nos patientes ont bénéficié d'un bilan d'extension fait de :

- Une TDM TAP.
- Un PET scan (non systématique, uniquement en cas de doute concernant des métastases).
- Scintigraphie osseuse.
- Angioscanner et une TDM cérébrale en fonction du contexte clinique et des éventuelles complications (PEC d'extension individualisée selon le contexte et le pronostic de chaque patiente.

10. Métastases :

Parmi les 50 patientes, 48 ne présentaient pas de métastases soit 96%.

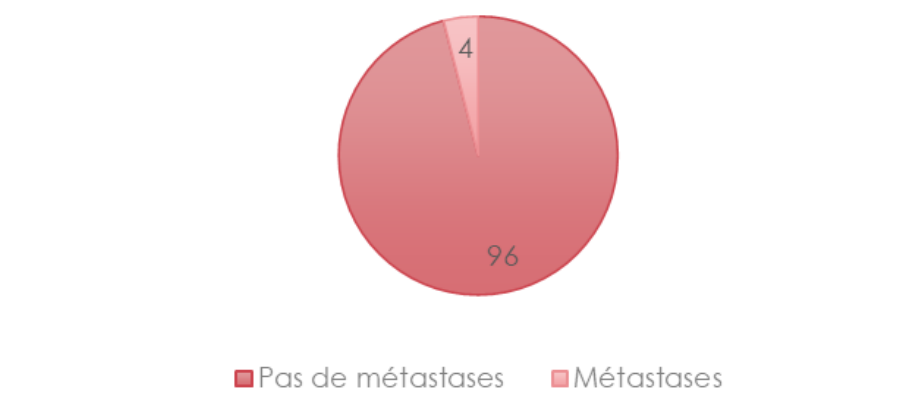


Figure 24 : répartition des patientes selon les métastases.

11. Rechute :

Dans notre série, 33 de nos patientes avaient eu une rechute après avoir reçu leur traitement soit 66% des cas.

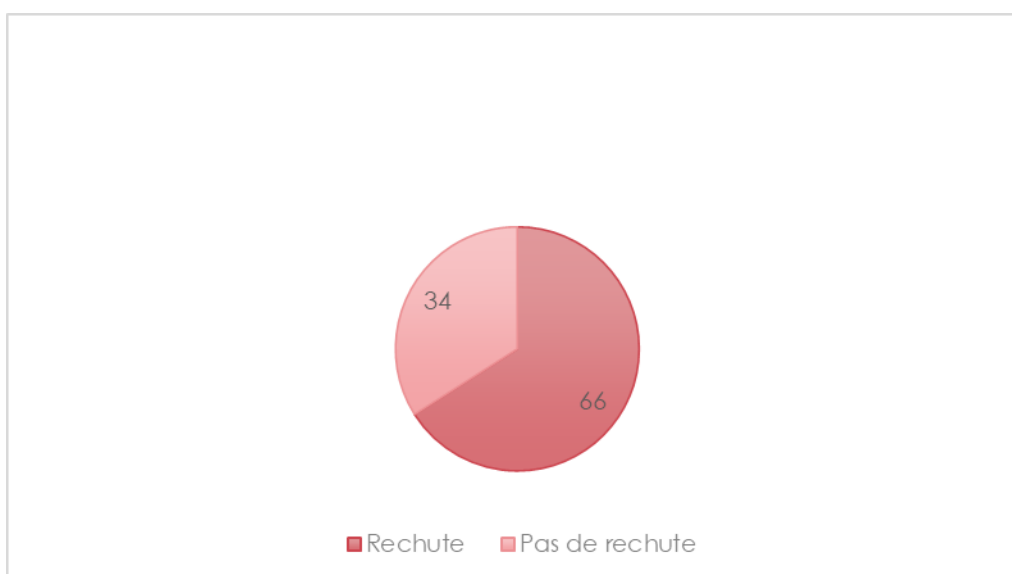


Figure 25 : Répartition des patientes selon la notion de rechute

III. Données thérapeutiques :

L'intégralité des dossiers de nos patientes ont été présentés et discutés en RCP pour la mise en place du projet thérapeutique.

1. Chirurgie :

Dans notre cohorte, 27,2% des patientes avaient bénéficié d'un Patey, 52,4% d'un traitement conservateur et 20,4% d'une reconstruction mammaire.

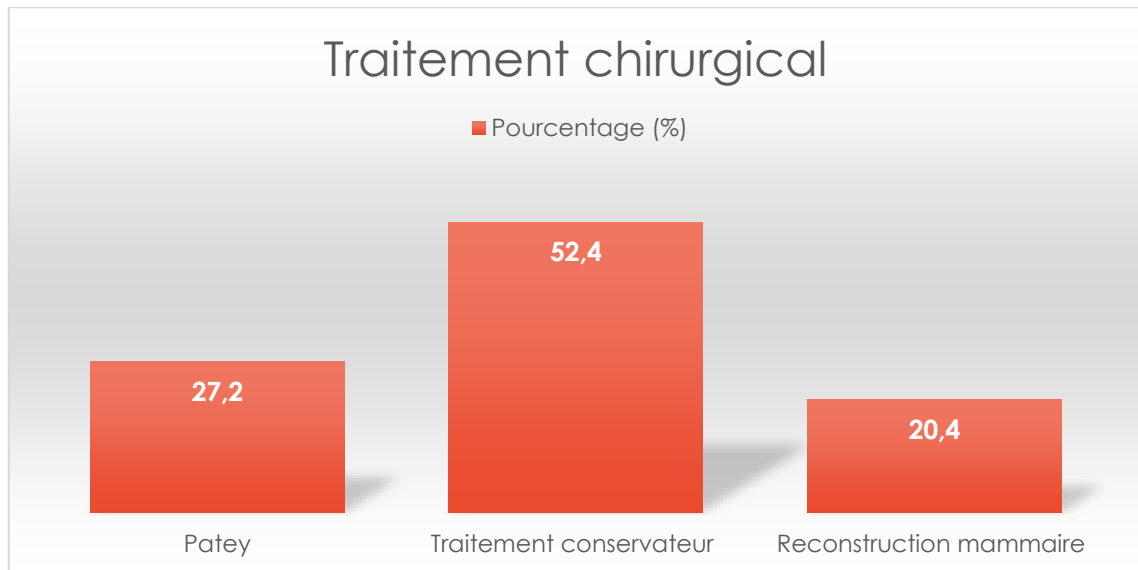


Figure 26 : pourcentage des différentes indications chirurgicales



Figure 27 : Patiente ayant bénéficié, d'une mastectomie avec conservation de l'étui cutané, et reconstruction mammaire immédiate par prothèse définitive. Photo prise au service de Chirurgie Viscérale de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

2. La chimiothérapie :

Dans notre série, 62,7% des patientes avaient reçu une chimiothérapie néoadjuvante et 37,3% d'une chimiothérapie adjuvante.

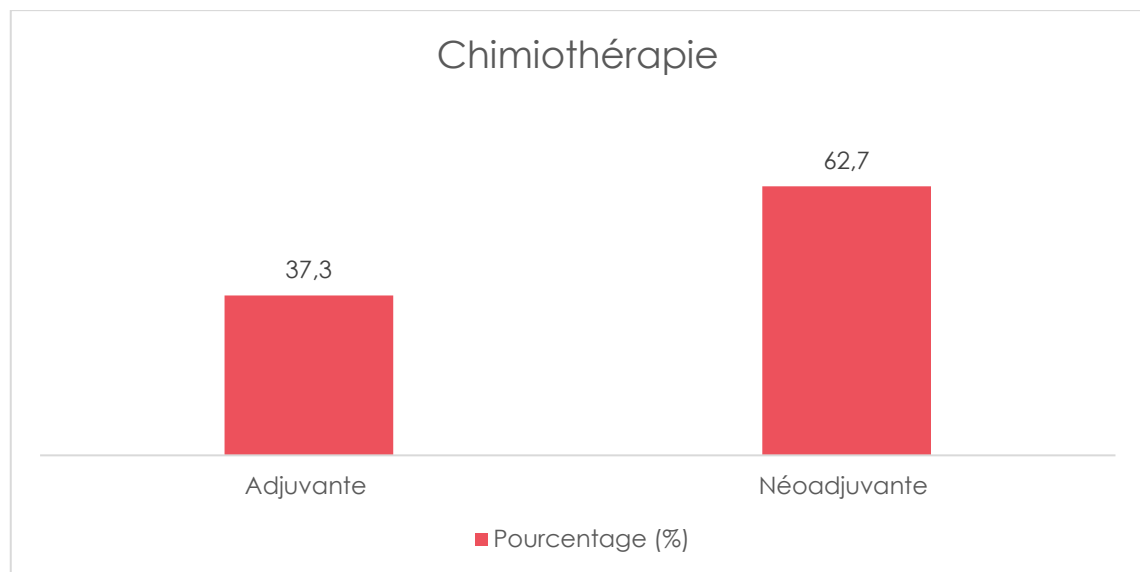


Figure 28: pourcentage des patientes selon le type de chimiothérapie administrée

3. La radiothérapie :

La radiothérapie adjuvante est un composant indispensable après chirurgie conservatrice ou en cas d'atteinte ganglionnaire pour réduire le risque de récurrence locorégionale : 76,1% des patientes ont bénéficié d'une mastectomie avec un curage ganglionnaire positif, tandis que 23,9% ont bénéficié d'un traitement conservateur avec radiothérapie uniquement (projet thérapeutique en fonction des variantes interindividuelles des patientes ainsi que leurs contextes cliniques).

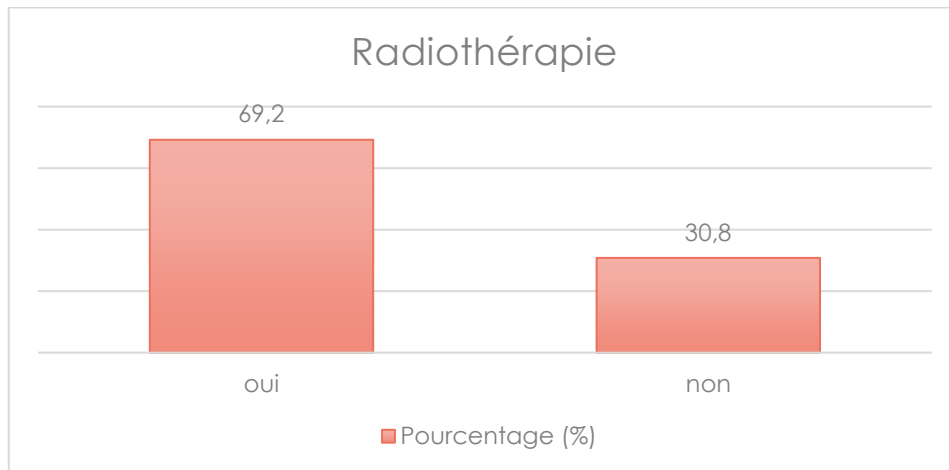


Figure 29 : pourcentage des patientes ayant bénéficié d'une radiothérapie en fonction des indications

4. L'hormonothérapie :

L'hormonothérapie, indiquée dans les tumeurs exprimant les récepteurs aux œstrogènes et/ou à la progestérone (environ 65–70 % des cas), repose sur des agents comme le tamoxifène ou les inhibiteurs de l'aromatase, prescrits sur plusieurs années en phase adjuvante . Bien que généralement bien tolérée, cette modalité requiert une observance prolongée et un suivi régulier, ce qui constitue un défi organisationnel dans un contexte où certaines patientes abandonnent précocement du fait d'effets secondaires ou de difficultés d'accès aux soins de suivi.(8)

Dans la prise en charge thérapeutique du cancer du sein, l'hormonothérapie vise à bloquer l'action des œstrogènes, dont dépend la croissance de certains types de tumeurs (dites hormono-dépendantes). Ce traitement induit ou aggrave un état de ménopause artificielle chez les patientes, même chez celles qui n'étaient pas ménopausées avant le diagnostic.(9,10,12)

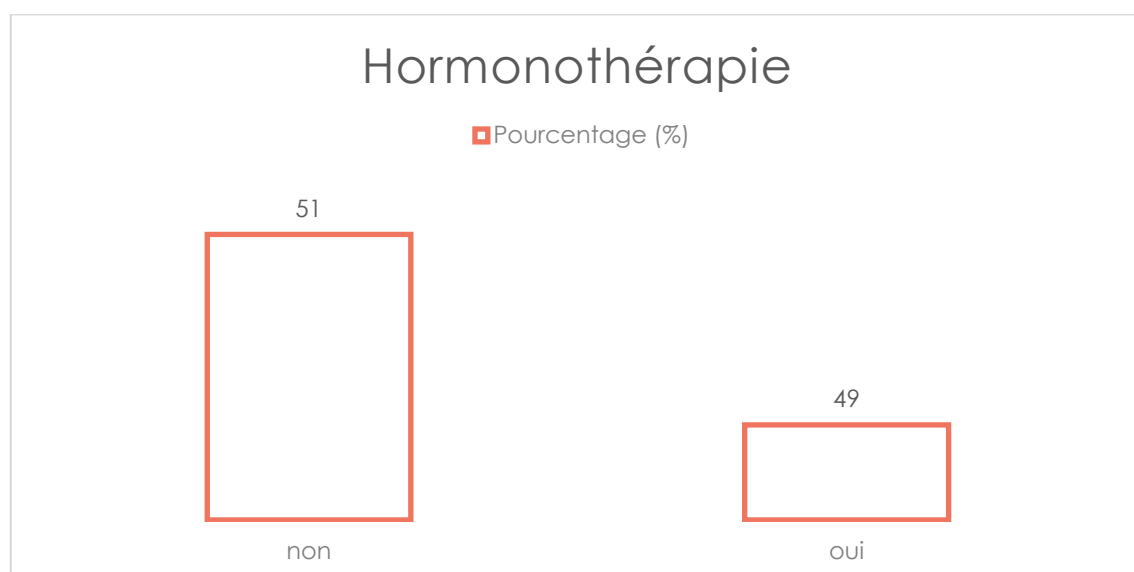


Figure 30: pourcentage des patientes ayant reçu une hormonothérapie
Plus de la moitié des patientes dans notre série étaient ménopausées.

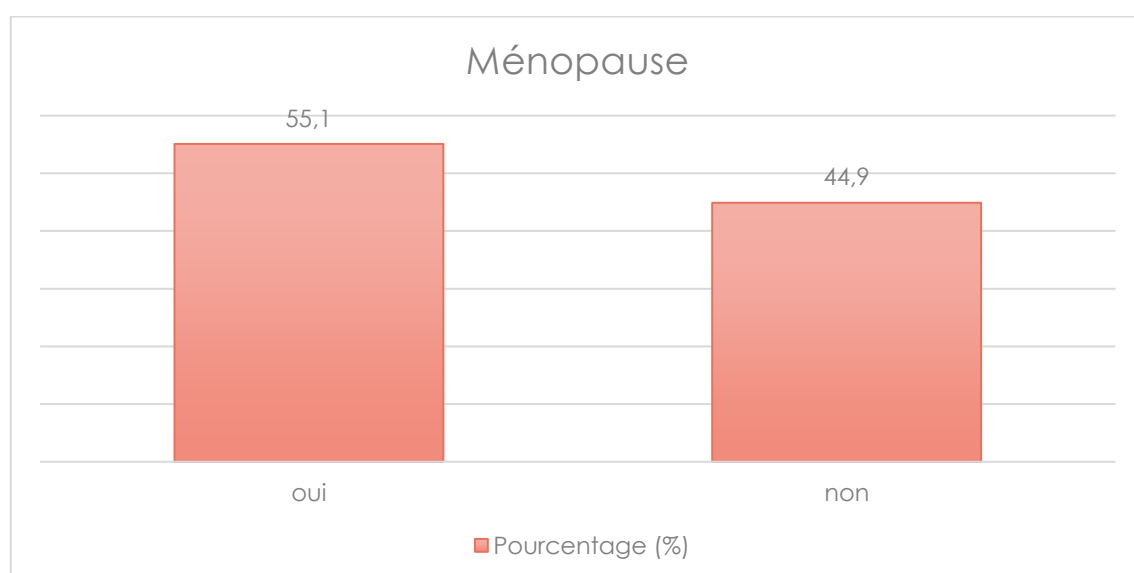


Figure 31 : Pourcentage des patientes ménopausées et non ménopausées

IV. Données psychologiques :

Dans notre cohorte, la totalité de nos patientes rapportaient des séquelles psychologiques que ce soit au cours des différents traitements (chimiothérapie, radiothérapie,

hormonothérapie et chirurgie), ou après. Plus de 70% des patientes rapportaient un syndrome anxio-dépressif concomitant.

Notre étude réalisée auprès de 50 femmes traitées pour un cancer du sein a révélé une prévalence très élevée de syndrome anxio-dépressif, de troubles du sommeil et d'insatisfaction de l'image corporelle, démontrant l'impact profond de la maladie et de ses traitements sur la santé mentale des patientes.

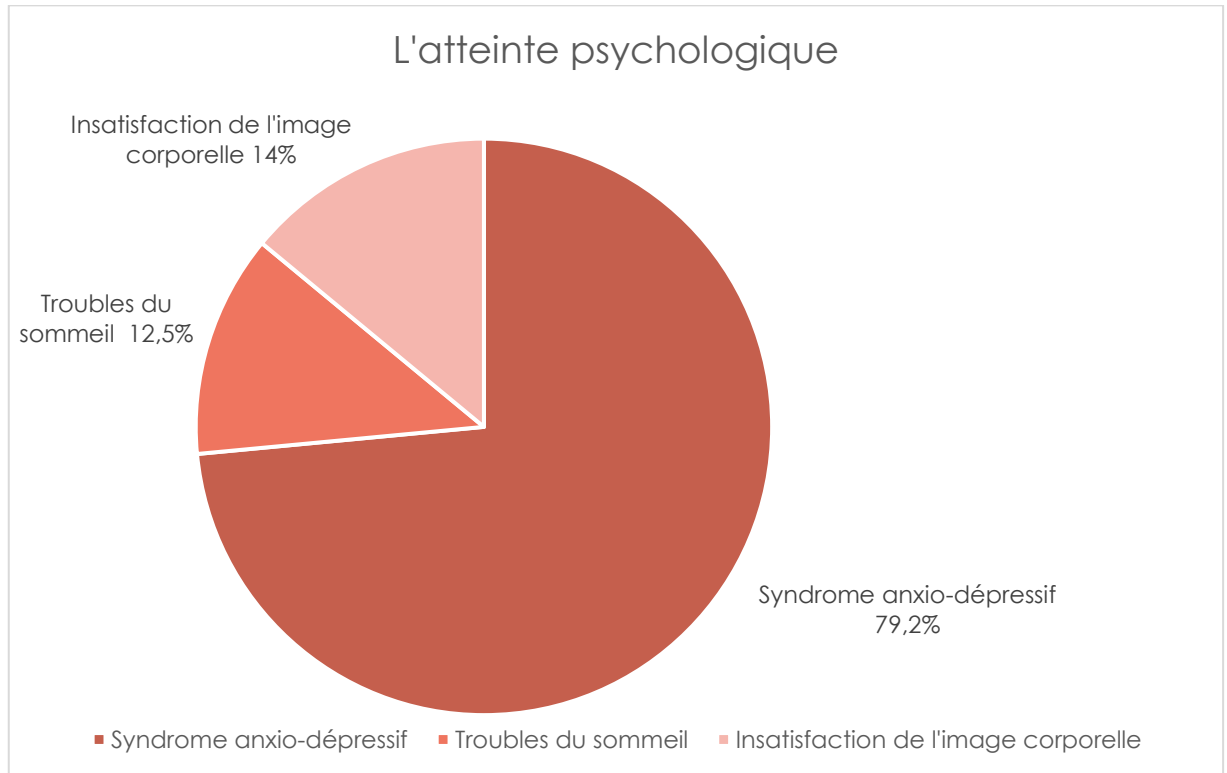


Figure 32 : différents volets de l'atteinte psychologique chez les femmes atteintes d'un cancer du sein (en %)

1. Définitions des différentes échelles des questionnaires :

1.1 EORTC QLQ-C30 (Questionnaire générique sur le cancer) :

Il s'agit du questionnaire de base, commun à tous les types de cancer. Il est composé de 30 items répartis en plusieurs échelles et items individuels . Tous les scores sont transformés linéairement pour aller de 0 à 100.(14)

Tableau 2 : différents items des échelles du questionnaire EORTC QLQ C-30 (15)

Domaine	Type d'échelle	Paramètres mesurés	Interprétation du score élevé
Fonctionnement	Échelles multi-items	Fonctionnement physique (activités physiques, soins personnels) Fonctionnement cognitif (concentration, mémoire) Fonctionnement émotionnel (anxiété, dépression, irritabilité) Fonctionnement social (impact sur la vie familiale et sociale) Fonctionnement intellectuel/activités (travail, loisirs)	Meilleur niveau de fonctionnement
Symptômes	Échelles multi-items	Fatigue (besoin de repos, faiblesse) Nausées et vomissements Douleur	Niveau de symptômes plus élevé (pire)
Symptômes	Items individuels	Dyspnée, Insomnie, Perte d'appétit, Constipation, Diarrhée, Impact financier	Niveau de symptômes/problème plus élevé (pire)
Global	Échelle multi-items	État de santé global / Qualité de vie	Meilleure qualité de vie globale

1.2 EORTC QLQ-BR45 (Module spécifique au cancer du sein) :

Ce questionnaire est le module spécifique conçu pour être utilisé **en complément du QLQ-C30** chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. Il s'agit de la version mise à jour de l'ancien module BR23, intégrant 22 nouveaux items pour mieux refléter les traitements modernes . Il contient 45 items.

Le QLQ-BR45 est structuré autour de nouvelles échelles multi-items, notamment une importante "échelle de symptômes cibles" qui peut être subdivisée .(16)

Tableau 3: échelles multi-items du questionnaire EORTC QLQ-BR45 (17)

Domaine	Type d'échelle	Paramètres mesurés	Interprétation du score élevé
Symptômes	Échelles multi-items	Symptômes liés au bras (douleur, gonflement, difficulté à lever le bras) Symptômes liés à la poitrine (douleur, sensibilité, gonflement dans la zone du sein opéré) Symptômes systémiques (effets secondaires comme bouffées de chaleur, prise de poids) Symptômes endocriniens (liés aux traitements hormonaux, ex: douleurs articulaires) Fonctionnement sexuel / Symptômes sexuels endocriniens (sécheresse vaginale, douleur lors des rapports, perte d'intérêt sexuel) Symptômes cutanéomuqueux (problèmes de peau et des muqueuses)	Niveau de symptômes plus élevé (pire)
Image corporelle	Échelle multi-items	Sentiment d'attirance physique, acceptation de son corps, féminité	Niveau de préoccupation plus élevé (pire)
Perspectives d'avenir	Échelle multi-items	Inquiétude concernant la santé future, peur d'une récurrence	Niveau d'inquiétude plus élevé (pire)

Domaine	Type d'échelle	Paramètres mesurés	Interprétation du score élevé
Satisfaction	Échelle multi-items	Satisfaction vis-à-vis des soins / de l'information reçue	Meilleure satisfaction

1.3 BREAST-Q (Questionnaire spécifique à la chirurgie mammaire) :

Le BREAST-Q est conçu pour mesurer l'impact des différentes chirurgies du sein du point de vue de la patiente . Il est modulaire : il existe des versions spécifiques pour la reconstruction mammaire, la mastectomie, la chirurgie conservatrice, l'augmentation mammaire et la réduction/mastopexie . Chaque module est composé d'échelles indépendantes, permettant aux cliniciens de choisir celles qui sont pertinentes .

Le cadre conceptuel du BREAST-Q repose sur deux domaines principaux : la **qualité de vie** et la **satisfaction de la patiente** .(18,20,21)

Tableau 4 : différentes échelles du questionnaire BREAST-Q(19)

Domaine	Sous-domaine / Échelle	Paramètres mesurés	Interprétation du score élevé
Qualité de vie (HR-QOL)	Bien-être psychosocial	Image corporelle (acceptation de son corps, sentiment d'attractivité), confiance en soi dans les situations sociales, estime de soi .	Meilleur bien-être psychosocial
	Bien-être sexuel	Sentiment d'attractivité sexuelle (vêtue ou nue), confiance sexuelle en lien avec ses seins, confort pendant l'activité sexuelle .	Meilleur bien-être sexuel
	Bien-être physique	Poitrine et haut du corps : Douleurs (cou, épaules, dos), gêne au niveau des seins (tension, tiraillement), limitations d'activité . Abdomen : (pour reconstructions par lambeau) Inconfort abdominal, gonflement, faiblesse .	Moins de symptômes physiques / Meilleur bien-être physique
Satisfaction	Satisfaction vis-à-vis des seins	Taille, forme, symétrie, aspect général (vêtue et nue), ajustement	Plus grande satisfaction

Domaine	Sous-domaine / Échelle	Paramètres mesurés	Interprétation du score élevé
		des soutiens-gorge, douceur au toucher. Pour les implants, appréciation des ondulations (rippling) .	
	Satisfaction vis-à-vis du résultat	Appréciation globale du résultat de la chirurgie, attentes comblées, impact de la chirurgie sur la vie .	Plus grande satisfaction
	Satisfaction vis-à-vis des soins (Expérience of Care)	Information : Qualité des informations reçues sur la chirurgie, les risques, la convalescence . Équipe soignante : Relation avec le chirurgien, l'équipe médicale et le personnel de bureau (professionnalisme, écoute, implication dans les décisions) .	Plus grande satisfaction vis-à-vis des soins
	Satisfaction vis-à-vis des mamelons (module reconstruction)	Aspect du mamelon et de l'aréole reconstruits (forme, couleur, projection) .	Plus grande satisfaction
Attentes (pré-opératoire)	Échelles multi-items	Attentes concernant : le soutien du personnel médical, la douleur post-opératoire, la capacité à faire face, l'apparence des seins et le bien-être psychosocial et sexuel à 1 an .	Attentes plus élevées

2. Interprétations des différents Scores :

L'évaluation de la qualité de vie en recherche clinique et en pratique courante repose sur des questionnaires validés, parmi lesquels le BREAST-Q, l'EORTC QLQ-C30 et son module spécifique BR45 sont essentiels en sénologie. Le **BREAST-Q** est un questionnaire spécifique à la chirurgie mammaire qui mesure l'impact des interventions (prothèses, reconstruction, réduction mammaire) sur la satisfaction des patientes et leur bien-être psychosocial et physique. Il se distingue par son aspect très chirurgical et esthétique, explorant des

dimensions comme la satisfaction vis-à-vis des seins, des informations reçues ou du résultat global (25). En parallèle, l'EORTC QLQ-C30 est un questionnaire générique sur le cancer, utilisé pour évaluer l'état de santé global, les symptômes physiques (fatigue, douleur) et le fonctionnement social ou émotionnel(28). Il est systématiquement combiné au module spécifique EORTC QLQ-BR45 (qui a remplacé l'ancien BR23), lequel approfondit les problématiques propres au cancer du sein : effets secondaires des traitements (sécheresse vaginale, douleurs au bras, neuropathies), image corporelle, et perspectives d'avenir.(32,33)

L'interprétation de ces scores s'effectue par standardisation : les réponses brutes sont transformées en scores de 0 à 100. Pour les échelles de fonctionnement et la satisfaction du BREAST-Q, un **score élevé représente un meilleur niveau de fonctionnement ou une plus grande satisfaction**. En revanche, pour les échelles de symptômes (C30 et BR45), un **score élevé indique une plus grande charge symptomatique** (ex : plus de douleur, plus de fatigue). En recherche, ces scores permettent de comparer l'efficacité de deux stratégies thérapeutiques du point de vue du patient ; en clinique, ils aident à détecter des séquelles invisibles (comme un lymphœdème débutant ou une détresse psychologique) pour proposer une prise en charge adaptée.(23,24,34)

Plus un score de fonctionnement ou global QoL est élevé, meilleure est la qualité de vie. En l'occurrence chez nos patientes, plus 50% ont eu un score entre 1 et 30 points, témoin d'une qualité de vie plus au moins altérée.(39)

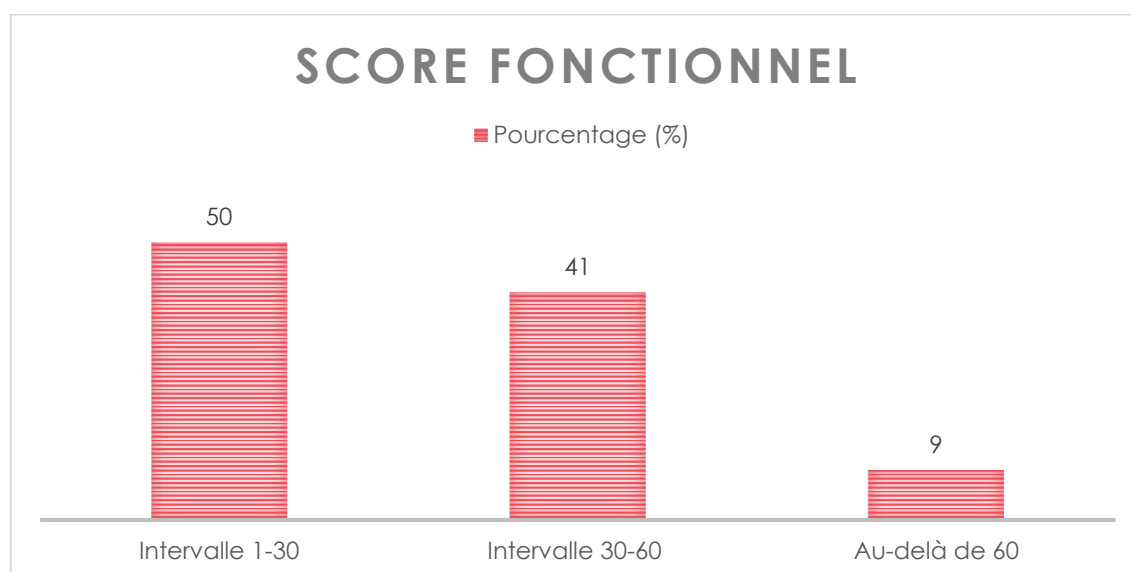


Figure 33 : Scores du retentissement fonctionnel des patientes (en %)

Plus un score de symptômes est élevé, plus les problèmes/symptômes sont importants. Dans notre cohorte, plus de la moitié de nos patientes ont eu un Score symptomatique supérieure à 60 , témoin de la fréquence des complications et de la violence de la toxicité thérapeutique.(40)

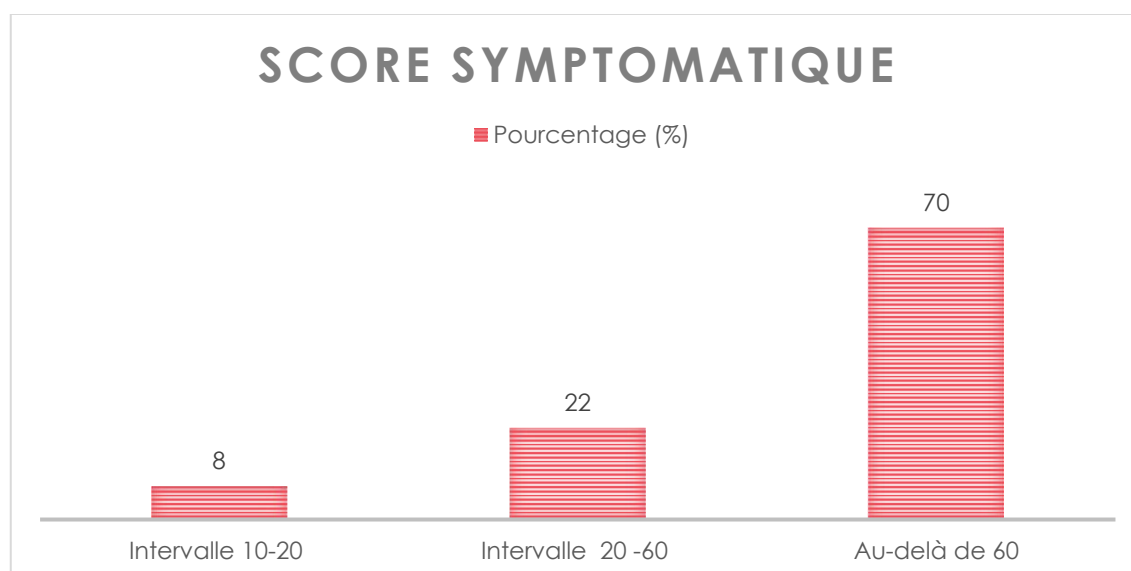


Figure 34 : Scores des échelles des symptômes individuels de nos patientes (en %)

Dans notre cohorte, plus de la moitié des patientes rapportaient un SCORE entre 10 et 20 : témoignant d'une qualité de vie considérablement altérée. En revanche, on remarque que 40% de nos patientes attestaient d'une qualité de vie relativement adéquate.

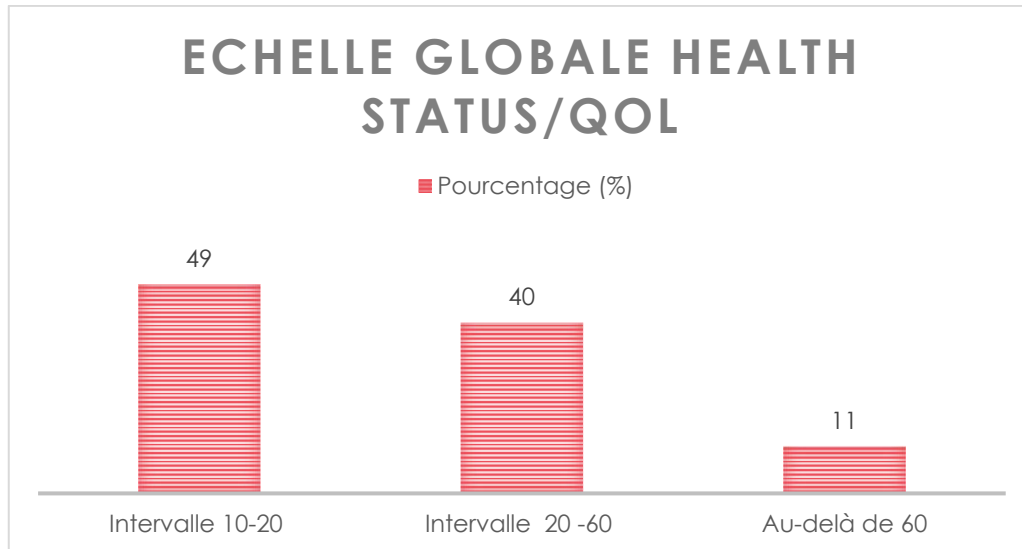


Figure 35 : Scores de la Global health status/qOL pour évaluer la qualité de vie de nos patientes (en %)

Dans notre étude, l'analyse statistique des résultats du score de la qualité de vie a été réalisée selon 3 types de données :

- Les données démographiques.
- Les données cliniques.
- Les données thérapeutiques.

➤ **Score EORTC QLQ C30 :**

Le score moyen de l'état de santé global des patientes était de 68,3.

Les meilleurs résultats fonctionnels ont été trouvés pour les sous-échelles de fonctionnement social, cognitif et physique tandis que l'évaluation de la fonction émotionnelle a obtenu le score le plus bas soit 52,7. Près de 65,33% de nos patientes ont déclaré qu'elles se sentaient déprimées, irritables, tendues ou inquiètes.

➤ **Score EORTC BR45**

Sur l'échelle EORTC-QLQ-BR45, 49% des patientes étaient très satisfaites du résultat esthétique du sein affecté après la chirurgie. Les scores sur les échelles de symptômes allaient de 10,01 à 27,12. L'échelle "Effets secondaires du traitement systémique" avait le score le plus élevé de 35,21. Plus de la moitié des patientes ont signalé une douleur dans la zone du sein, 26,40% avaient un gonflement de la zone du sein, 33,66% ont rapporté une hypersensibilité et 14% ont eu des problèmes de peau. Le score sur l'échelle d'hormonothérapie, de la muqueuse cutanée et sexuelle endocrinienne étaient respectivement de 30,21 , 23,70 et 27,12.

57,33% ont déclaré ne pas avoir d'intérêt pour le sexe et 59,33 % ont déclaré être sexuellement inactifs. Sur 29 patientes sexuellement actives, 8,19 % ont déclaré que les rapports sexuels n'étaient pas agréables, tandis que le plaisir était décrit comme "un peu", "assez" ou "beaucoup" respectivement par 67,12%, 57,87% et 10,25% des femmes.

11,23% ont déclaré ne pas avoir d'intérêt pour le sexe et 40,33 % ont déclaré être sexuellement inactifs.

2.1 Données cliniques et le score EORTC QLQ C30 :

Stade :

Dans notre série, les patientes en stade III et IV présentaient un état de santé global plus dégradé que les patientes en stade I et II avec des scores moyens respectifs 75,67 et 62,88 contre 83,63 et 86,54. Dans l'échelle fonctionnelle, les patientes en stade I et II présentaient un meilleur fonctionnement physique et quotidien que les patientes en stade III et IV.

Métastases:

Nous avons comparé les valeurs moyennes des caractéristiques entre les patientes qui présentaient un cancer du sein métastatique et celles qui présentaient un cancer du sein local. Dans l'échelle fonctionnelle, nous avons constaté que les femmes atteintes d'un cancer du sein local présentaient un meilleur état de santé général ainsi que de meilleures fonctions physiques. Dans l'échelle symptomatique, la fatigue ; la douleur ; la dyspnée et l'insomnie

étaient les symptômes les plus prononcés chez les patientes qui présentaient un cancer du sein métastatique plus que les patientes avec un cancer du sein local. Dans les autres échelles, nous n'avons constaté aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Rechute :

Dans l'échelle de santé globale, nous avons constaté que les patientes qui étaient en rechute présentaient un état de santé global moins bon que les autres patientes. Les scores moyens respectifs étaient de 68,02 contre 75,54. Dans l'échelle fonctionnelle, les patientes sans rechute présentaient un meilleur fonctionnement émotionnel que les patientes qui étaient en rechute. Les scores moyens respectifs étaient de 80,62 contre 48,03. Dans l'échelle symptomatique, les patientes qui étaient en rechute se plaignaient de douleur plus que les patientes qui n'étaient pas en rechute. Alors que dans les autres échelles, nous n'avons constaté aucune différence statistiquement significative.

2.2 Données thérapeutiques et le score EORTC QLQ C30 :

Chirurgie :

L'analyse des valeurs moyennes des caractéristiques selon les stratégies thérapeutiques indique que les patientes qui n'ont pas bénéficié d'un traitement chirurgical et celles qui ont bénéficié d'une chirurgie mammaire conservatrice présentaient un meilleur fonctionnement émotionnel que les patientes qui ont bénéficié d'une mastectomie. Les scores moyens respectifs étaient 84,73 et 70,01 contre 60,47. Alors que dans l'échelle symptomatique, la douleur et la perte d'appétit étaient les symptômes les plus prononcés chez les patientes qui n'ont pas bénéficié d'un traitement chirurgical plus que les patientes qui ont bénéficié d'une tumorectomie et les patientes qui ont bénéficié d'une mastectomie.

Hormonothérapie :

Chez les patientes qui étaient sous hormonothérapie, nous avons constaté un meilleur fonctionnement physique que les patientes qui n'étaient pas sous hormonothérapie. Les scores moyens respectifs étaient 76,07 contre 67,93. Dans les autres fonctions, nous n'avons constaté aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes. Dans l'échelle des symptômes, des symptômes plus prononcés dans toutes les catégories ont été constatés chez les femmes qui n'étaient pas sous hormonothérapie.

Radiothérapie :

Dans les échelles fonctionnelles, nous avons constaté que les patientes qui étaient sous radiothérapie présentaient un état de santé moins bon que les patientes qui n'étaient pas sous radiothérapie ainsi qu'une fonction physique moins bonne avec des scores moyens respectifs 63.34 contre 67.01, 67.21 contre 83.12. Dans l'échelle des symptômes, les patientes sous radiothérapie se plaignaient plus que les patientes qui n'étaient pas sous radiothérapie de douleur, de dyspnée et d'insomnie.



DISCUSSION



I. HISTORIQUE :

Le cancer du sein constitue un problème de santé publique majeur à l'échelle mondiale, et le Maroc n'échappe pas à cette réalité où il représente le cancer le plus fréquent chez la femme . Grâce aux progrès thérapeutiques et aux efforts de dépistage, le nombre de femmes vivant après un diagnostic de cancer du sein est en constante augmentation. Ce constat a progressivement déplacé le curseur de la recherche et des soins, de la seule quête de survie vers une préoccupation grandissante pour la "qualité de la survie". C'est dans ce contexte qu'émerge le concept de "**Survivorship**" (ou "après-cancer"), un champ de réflexion et d'action dédié aux défis spécifiques rencontrés par les patientes une fois les traitements actifs terminés.(37)

L'évolution de ce concept est relativement récente. Historiquement, la réussite thérapeutique se mesurait principalement par des critères oncologiques tels que la survie sans récurrence ou la survie globale. Cependant, dès les années 1980–1990, des travaux pionniers, notamment aux États-Unis, ont commencé à documenter les séquelles physiques et psychologiques à long terme des traitements. Le "Survivorship" est alors devenu un objet d'étude à part entière, définissant une phase distincte du parcours de soins, avec ses propres enjeux. Comme le souligne une revue de la littérature, cette phase de transition du statut de "patient" à celui de "survivant" est souvent source d'incertitudes, de bouleversements identitaires et d'une peur lancinante de la récurrence. Aujourd'hui, la recherche internationale s'accorde sur la nécessité d'une approche globale, multidimensionnelle, prenant en compte non seulement la toxicité résiduelle des traitements (fatigue, douleurs, troubles cognitifs), mais aussi la qualité de vie, la réinsertion socio-professionnelle et la santé sexuelle, autant de piliers d'une vie épanouie après la maladie. (38,42)

Si le concept de Survivorship est désormais bien établi dans les pays à haut revenu, sa projection et son analyse dans le contexte marocain sont plus récentes mais en plein essor. Des études épidémiologiques et cliniques menées au Maroc confirment l'impact négatif de la maladie et de ses traitements sur la qualité de vie des patientes. Une étude publiée dans *Annals of African Medicine* a ainsi montré, chez 265 patientes suivies à Meknès, des scores de qualité de vie réduits dans toutes les dimensions (physique, psychologique, sociale et environnementale), avec des facteurs prédictifs tels que le faible niveau d'éducation, les faibles revenus ou le stade avancé au diagnostic. (44) Ces résultats sont corroborés par des recherches qualitatives récentes mettant en lumière la détresse psychologique liée à l'annonce, les difficultés professionnelles (abandon d'emploi), et l'altération de la vie sexuelle chez les patientes mariées. (41)

Une étude longitudinale novatrice, s'appuyant sur une cohorte de 830 patientes, a même permis d'identifier trois trajectoires distinctes de qualité de vie au Maroc, démontrant que 7,5% des femmes suivent une trajectoire "constamment faible" et que les difficultés

financières persistent malgré la couverture sociale . Ces travaux soulignent l'émergence d'une recherche nationale sur le sujet.

Cependant, la projection du Survivorship au sein de la population marocaine doit impérativement être contextualisée. Le système de santé marocain, en pleine réforme avec la généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), présente des spécificités qui façonnent l'expérience des patientes. Des études récentes, comme celle menée au CHU de Tanger, ont mis en évidence l'impact de ces réformes structurelles sur la continuité des soins, un facteur clé pour la qualité de vie à long terme .(45,46)

Par ailleurs, les défis persistent : l'accès aux soins reste inégal, entravé par des barrières financières et géographiques, et le niveau de connaissance de la maladie dans la population générale demeure un enjeu majeur pour un diagnostic à un stade plus précoce . Ainsi, le "Survivorship à la marocaine" se construit dans un environnement où les avancées thérapeutiques et de couverture sociale côtoient des réalités socioculturelles complexes et des inégalités d'accès aux soins de support.

Dès lors, il apparaît essentiel de s'interroger sur la réalité vécue par les femmes marocaines après un cancer du sein. Comment se déclinent, dans ce contexte spécifique, la toxicité des traitements, la réintégration sociale, familiale, professionnelle et sexuelle ? Quels sont les déterminants d'une qualité de vie acceptable ?

Cette thèse se propose d'explorer ces questions fondamentales. En s'appuyant sur les données épidémiologiques et les réalités du système de santé marocain, cette discussion visera à dresser un état des lieux du Survivorship au Maroc, à en identifier les lacunes et à proposer des pistes pour des soins de support plus intégrés, centrés sur les besoins réels des patientes, afin de transformer le défi de la survie en une opportunité de vie de qualité.

Ces contrastes saisissants illustrent les inégalités persistantes dans l'accès au diagnostic précoce et aux traitements optimaux, et annoncent une aggravation préoccupante de la charge mondiale : les projections à l'horizon 2050 estiment une augmentation de 38 % de l'incidence et de 68 % de la mortalité, avec un triplement attendu des cas dans les pays à faible IDH .(47)

Paradoxalement, cette augmentation de l'incidence s'accompagne, dans les pays disposant de systèmes de santé robustes, d'une amélioration constante de la survie, atteignant désormais plus de 90 % à cinq ans dans des pays comme l'Australie(48) . Cette évolution démographique et épidémiologique a progressivement fait émerger une nouvelle population : celle des femmes vivant longtemps après un diagnostic de cancer du sein, communément désignées sous le terme de " survivantes ". Cette transition du paradigme curatif vers une préoccupation pour la " qualité de la survie " a donné naissance au concept de **survivorship**, qui englobe l'ensemble des dimensions physiques, psychologiques, sociales et existentielles de l'après-cancer. Loin de se limiter à l'absence de récurrence, le survivorship interroge la réalité vécue par les patientes confrontées aux séquelles durables des traitements, à la redéfinition de leur identité et à leur réinsertion dans la vie sociale, familiale, professionnelle et intime .(49)

La littérature scientifique internationale s'est largement emparée de cette problématique, documentant avec précision les trajectoires de qualité de vie post-thérapeutique. Une méta-analyse récente portant sur 45 études et 123 observations a mis en évidence des dynamiques distinctes selon le type de chirurgie pratiqué : si la chirurgie conservatrice permet les gains de qualité de vie les plus rapides, suivie de la mastectomie avec reconstruction immédiate, la mastectomie seule s'associe aux scores les plus bas et à la récupération la plus lente . Parallèlement, le fonctionnement émotionnel suit une trajectoire en U inversé, avec un nadir dans les six premiers mois post-opératoires (66,82 sur 100), un pic entre 7 et 15 mois, puis un nouveau déclin après 55 mois, suggérant une vulnérabilité psychologique à long terme . L'âge module également ces trajectoires : les patientes de plus de 60 ans présentent les scores de fonctionnement émotionnel les plus élevés et les plus stables, tandis que les femmes de moins de 45 ans connaissent des fluctuations plus marquées . À ces dimensions psychologiques s'ajoutent les séquelles physiques, en particulier la morbidité du membre supérieur (douleur, lymphœdème, limitation articulaire) qui altère significativement le bien-être physique (différence standardisée moyenne = -0,99), psychologique (-0,43) et social (-0,62) . La fonction sexuelle constitue également une

préoccupation majeure, avec 40 à 60 % des patientes mastectomisées sans reconstruction rapportant des dysfonctions persistantes .(47)

Si ces données internationales offrent un cadre conceptuel et épidémiologique solide, leur projection dans le contexte marocain nécessite une adaptation rigoureuse aux réalités locales. Le Maroc, pays à IDH moyen en transition épidémiologique, fait face à une double charge : l'augmentation de l'incidence du cancer du sein, parallèle à celle observée dans d'autres régions en développement, et la persistance de défis structurels dans l'accès aux soins et aux programmes de support. Les données disponibles, bien que fragmentaires, commencent à esquisser les contours du Survivorship "à la marocaine". Une étude menée à Meknès auprès de 265 patientes a révélé des scores de qualité de vie significativement réduits dans toutes les dimensions, avec comme facteurs prédictifs le faible niveau d'éducation, les revenus limités et le stade avancé au diagnostic.(45)

II. Généralités sur le cancer du sein :

Le cancer du sein représente un défi majeur de santé publique à l'échelle mondiale, se positionnant comme la néoplasie la plus fréquemment diagnostiquée et la première cause de décès par cancer chez la femme. Son incidence, en constante augmentation dans les pays industrialisés, contraste avec une mortalité en baisse grâce aux progrès du dépistage précoce et à l'optimisation des stratégies thérapeutiques. Cette pathologie se caractérise par une hétérogénéité biologique et clinique exceptionnelle, ce qui en fait non pas une maladie unique, mais un ensemble de maladies aux pronostics et aux sensibilités thérapeutiques variables. La carcinogenèse mammaire est un processus multifactoriel complexe, résultant de l'interaction

entre des facteurs de risque hormonaux, génétiques (comme les mutations des gènes BRCA1/2), environnementaux et liés au mode de vie. La compréhension de ces mécanismes fondamentaux et de la diversité tumorale est essentielle pour appréhender la prise en charge actuelle.

C'est précisément cette diversité qui impose une caractérisation histopathologique et moléculaire rigoureuse de chaque tumeur, étape indispensable pour guider la décision thérapeutique. Ainsi, avant d'aborder les différentes modalités de traitement, il convient de détailler la classification des cancers du sein, fondée sur leurs types anatomopathologiques, leurs grades histologiques et leurs profils d'expression phénotypique, qui conditionnent l'ensemble de la stratégie de soins.

1. Types anatomopathologiques et sous-types “biologiques” ainsi que leurs pronostics :

1.1 Les grands types histologiques :

Tableau 5 : les différents types anatomopathologiques avec leurs pronostics respectifs, statut des récepteurs hormonaux et leurs atypies (67,78,79,80,81,82) Voir Annexes

<u>Carcinome canalaire in situ (CCIS / DCIS)</u>
Non invasif, risque de progression/ récurrence locale variable (grade, nécrose comédon, marges).
Pronostic excellent si traitement adéquat (chirurgie ± radiothérapie).
<u>Carcinome lobulaire in situ (CLIS / LCIS)</u>
Plutôt marqueur de risque bilatéral qu'un vrai cancer local à “éradiquer

<u>Carcinome invasif de type non spécifique (NST) (ancien “canalaire invasif”)</u>
Le plus fréquent. Pronostic dépend surtout de : taille, ganglions, grade, ER/PR, HER2, Ki-67, emboles vasculaires.

<u>Carcinome lobulaire invasif (CLI/ILC)</u>
Souvent ER+, croissance infiltrante “en lignes”, parfois multifocal/bilatéral. Métastases parfois atypiques (péritoine, méninges...).
Types “spéciaux” (mucineux, tubuleux, médullaire-like, etc.) Certains ont meilleur pronostic (tubuleux, mucineux purs), mais ce sont des cas particuliers.(84)

1.2 Sous-types moléculaires :

En pratique clinique, on classe souvent selon ER/PR, HER2, et un marqueur de prolifération (Ki-67), ce qui guide fortement traitement et survie.(85)

- **Luminal A (ER/PR+, HER2-, faible prolifération) :** meilleur pronostic, hormonothérapie centrale.
- **Luminal B (ER+, prolifération élevée ± HER2+) :** plus agressif, nécessite plus souvent chimiothérapie ± anti-HER2.(87)
- **HER2-enriched (HER2+, ER/PR-) :** agressif sans ciblage ; pronostic nettement amélioré par anti-HER2.(88)
- **Triple négatif (TNBC : ER-/PR-/HER2-) :** plus agressif, risque précoce de rechute ; dépend surtout de chimio (et immunothérapie dans certains contextes)(89)

1.3 Stadification : TNM, stades anatomiques et “stades pronostiques”

TNM (stade anatomique) (90)

T : taille/extension locale

N : ganglions axillaires/sus-claviculaires/ mammaires internes

M : métastases

T Taille de la tumeur	N Ganglions lymphatiques (nodules)	M Métastases
T1 Affectation locale 	N0 Ganglions lymphatiques régionaux non affectés 	M0 Pas de métastases à distance 
T2 Affectation locale 	N1 La tumeur s'est propagée à un ou plusieurs ganglions lymphatiques régionaux. 	M1 La tumeur s'est propagée à d'autres organes, provoquant des métastases à distance. 
T3 Affectation locale 	N2 Augmentation de l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux 	
T4 Tumeur de toute taille envahissant d'autres organes 	N3 La tumeur s'est propagée à des ganglions lymphatiques plus éloignés ou régionaux. 	

Figure 48 : classification TNM et ses différents paramètres

1.4 Intégration du pronostic biologique

La stadification moderne inclut, en plus du TNM : le grade, les récepteurs hormonaux ER/RP et le dosage du marqueur HER 2.

Et parfois des signatures multigéniques (selon contextes)

→ Cela forme un “stade pronostique” plus proche de la réalité clinique.

Point important : l'accès uniforme à certains tests (ex. signatures multigéniques) peut être limité, donc on s'appuie souvent sur TNM + IHC standard (ER/PR/HER2, Ki-67) quand disponible.

1.5 Pronostic par stade :

Le pronostic varie d'abord avec le stade au diagnostic. Dans l'étude “patterns of care”, la survie chute fortement à partir du stade III, et s'effondre au stade métastatique. Donc le dépistage + diagnostic précoce + accès rapide ont un impact massif.(92)

a) Types anatomopathologiques (histologiques)

❖ Carcinome canalaire in situ (CCIS / DCIS)

Tableau 6 : nature ,type , et FDR de récurrence ainsi et traitement du CCIS/DCIS(77)

- **Nature :** prolifération maligne intra-canaire, sans franchissement de la membrane basale

– Risque : récurrence locale ± progression vers invasif
– Facteurs de risque de récurrence :
– Haut grade
– Nécrose comédon
– Marges positives
– Taille étendue
– Traitement :
• Chirurgie conservatrice + radiothérapie
• Mastectomie si lésion étendue/multifocale .Hormonothérapie si ER+
• Pronostic :Excellent
• Survie spécifique ≈ 98-99%

❖ **Carcinome lobulaire in situ (CLIS / LCIS)**

Tableau 7 : nature,traitement et pronostic du CLIS/LCIS (81)

Nature : marqueur de risque plutôt qu'un cancer localisé Souvent bilatéral
– Traitement
– Surveillance ± hormonoprévention
– Pas de chirurgie systématique
– Pronostic :Excellent
– Risque accru de cancer invasif bilatéral à long terme

❖ **Carcinome invasif de type non spécifique (NST)**

Tableau 8 : nature,pronostic et récurrence du NST(80)

– Le plus fréquent
– Très hétérogène biologiquement
– Pronostic :Variable, dépend surtout de La Taille
– Atteinte ganglionnaire
– Grade :
• ER/PR, HER2
• Ki-67

❖ **Carcinome lobulaire invasif (CLI)**

Tableau 9 : nature et pronostic du CLI (82)

ER+ dans la majorité des cas
- Croissance diffuse → diagnostic parfois tardif - Métastases atypiques possibles (péritoine, os, méninges)
- Pronostic : Comparable au NST à stade équivalent - Récidives parfois plus tardives

❖ **Types histologiques spéciaux (73)**

Tableau 10 : types histologiques particuliers : particularités et pronostic (84)

Type	Particularités	Pronostic
Tubuleux	Bas grade, petite taille	Très bon
Mucineux pur	Lent, peu ganglionnaire	Bon
Médullaire-like	Souvent TNBC mais immunogène	Intermédiaire

b) **Sous-types biologiques (IHC)**

Luminal A :

- ER/PR + - HER2 - - Ki-67 bas - Grade 1-2 - Traitement - Chirurgie - Radiothérapie - Hormonothérapie seule (souvent) - Pronostic : Meilleur. Faible risque de rechute (76) - Survie à 5 ans élevée (>85-90% stades précoces)

➤ **Luminal B**

- ER + - Ki-67 élevé ± HER2 + - Grade plus élevé - Traitement : Chirurgie Radiothérapie Hormonothérapie Chimiothérapie fréquente Anti-HER2 si HER2 + - Pronostic : Intermédiaire Plus de récurrences que luminal A

(87)

➤ **HER2-enriched**

- HER2+
- ER/PR -
- Traitement :

Chimiothérapie Anti-HER2 (trastuzumab ± autres) Chirurgie, Radiothérapie

Pronostic : Mauvais sans traitement ciblé

Très nettement amélioré avec anti-HER2

(88)

➤ **Triple négatif (TNBC)**

- ER -, PR -, HER2 -
- Haut grade, prolifération rapide
- Traitement : Chimiothérapie (souvent néoadjuvante) Immunothérapie selon indications : Chirurgie Radiothérapie

Pronostic : Le plus défavorable

Risque élevé de rechute précoce (2-3 premières années)

(89)

***Correspondance synthétique :**

Sous-type	Traitement clé	Facteur pronostique dominant
Luminal A	Hormonothérapie	Observance
Luminal B	Chimio + hormonothérapie	Prolifération
HER2+	Anti-HER2	Accès au ciblage
TNBC	Chimiothérapie	Réponse complète (pCR)

(86)

c) **Focus par stade (0-IV) : stratégie standard avec adaptations réalistes :**

Tableau 11 : particularités thérapeutiques, pronostic et survie en fonction de chaque stade (93,94,95)

STADE 0 (CCIS)
Chirurgie conservatrice Radiothérapie Hormonothérapie si ER+ Diagnostic souvent symptomatique, pas par mammographie Radiothérapie parfois retardée (files d'attente) Bon pronostic si prise en charge complète Impact survie :

Excellent si marges saines + radio
STADE I
Chirurgie conservatrice ou mastectomie Ganglion sentinelle Radiothérapie Traitement systémique selon sous-type Accès variable au ganglion sentinelle Chimiothérapie parfois sur-indiquée par prudence (faute de tests génomiques) Pronostic globalement bon Survie sans maladie à 5 ans (Maroc) : ≈ 79%
STADE II
Chirurgie ± néoadjuvant Curage/ganglion sentinelle Radiothérapie Chimiothérapie fréquente Traitement ciblé/hormonal selon sous-type Stade le plus fréquent au diagnostic Délais possibles entre chimio – chirurgie – radio
Accès variable aux anti-HER2 en adjuvant précoce Survie sans maladie à 5 ans : ≈ 74-75%
STADE III (localement avancé)
Chimiothérapie néoadjuvante Chirurgie Radiothérapie Traitement systémique prolongé Diagnostic tardif fréquent dans notre contexte Néoadjuvant largement utilisé Ruptures de parcours possibles Pronostic nettement dégradé Survie sans maladie à 5 ans : ≈ 60%
STADE IV (métastatique)
Traitement systémique prioritaire Chirurgie uniquement palliative Approche séquentielle, personnalisée

Diagnostic souvent symptomatique Accès aux nouvelles lignes variable Suivi parfois irrégulier Survie sans maladie à 5 ans : ≈ 14%

III. Moyens thérapeutiques : stratégie sur mesure :

Les traitements du cancer du sein, qu'il s'agisse de la chimiothérapie, de la radiothérapie ou de la chirurgie mammaire avec ou sans reconstruction, entraînent des modifications corporelles profondes et souvent durables, qui affectent de manière significative l'image corporelle des patientes. La chimiothérapie est fréquemment associée à des effets visibles tels que l'alopécie, les variations pondérales et les modifications cutanées, vécus par de nombreuses patientes comme une atteinte directe à leur féminité et à leur identité personnelle. (96)

Dans notre contexte, où l'apparence corporelle et la symbolique du corps féminin occupent une place centrale dans la représentation sociale de la femme, ces transformations sont souvent sources de malaise, de honte et de repli sur soi. La radiothérapie, bien que perçue comme moins agressive sur le plan systémique, peut entraîner des séquelles locales persistantes, notamment des modifications de la texture cutanée, une fibrose mammaire et une altération de la sensibilité, contribuant à une perception négative prolongée du corps.

La chirurgie mammaire constitue quant à elle une étape particulièrement marquante, la perte partielle ou totale du sein étant souvent vécue comme une mutilation symbolique, affectant profondément l'estime de soi et le sentiment de féminité. Si la chirurgie réparatrice mammaire peut améliorer l'acceptation corporelle, son accès reste inégal au Maroc et son bénéfice psychologique demeure variable, le sein reconstruit ne permettant pas toujours de restaurer pleinement l'image corporelle antérieure.(97)

Les traitements combinent 3 piliers : chirurgie, radiothérapie, traitements systémiques :

1. Chirurgie :

Chirurgie conservatrice (tumorectomie/BCS) si possible, avec marges saines.

Mastectomie si tumeur volumineuse, multifocale, contre-indication à la radiothérapie, ou choix éclairé.

Ganglion sentinelle vs curage axillaire selon l'atteinte ganglionnaire.

Impact survie :

En maladie localisée, la chirurgie est la base du contrôle tumoral.

La chirurgie conservatrice + radiothérapie est globalement équivalente à la mastectomie sur la survie, si bien indiquée (la différence se joue surtout sur la récurrence locale). (98)

2. Radiothérapie :

Indications fréquentes :

- Après chirurgie conservatrice (quasi systématique)
- Après mastectomie si risque élevé (tumeur >5 cm, ganglions+, marges, etc.)

Impact :

Réduit nettement les récurrences locales et contribue à améliorer les résultats à long terme (surtout en adjuvant).

3. Traitements systémiques selon le sous-type et le risque :

3.1 Hormonothérapie (tumeurs ER/PR+) :

- Tamoxifène (souvent chez femmes préménopauses)
- Inhibiteurs de l'aromatase (postménopause) ± suppression ovarienne selon le risque (112)

3.2 Chimiothérapie :

- Indications : haut risque (ganglions+, grade élevé, TNBC, HER2+, luminal B...)
- Régimes fréquents : anthracyclines, taxanes, etc.(114)

3.3 Thérapies ciblées anti-HER2 (HER2+):

Trastuzumab ± pertuzumab selon le stade/risque ; autres lignes en métastatique.

L'accès dépend du circuit de remboursement et du secteur, il est rapporté que plusieurs anti-HER2 sont remboursés en situation avancée au Maroc, avec des nuances selon le stade précoce vs avancé. (115)

3.4 Immunothérapie (TNBC dans certains cas) :

Surtout en néoadjuvant/adjuvant ou métastatique selon les biomarqueurs et leur disponibilité.(119)

3.5 PARP inhibiteurs (BRCA1/2) :

Pour certaines patientes avec mutation germinale BRCA, selon les indications.

Référence de pratiques/protocoles

Des guides marocains de protocoles existent (adaptations locales, molécules disponibles, schémas).(120)

4. Effets secondaires majeurs (par modalité) et conséquences sur survie :

4.1 Chirurgie :

- Douleur, infection, hématome
- Lymphœdème (surtout après le curage), limitation de mobilité, neuropathies
- Impact survie : plutôt indirect (qualité de vie, observance, complications retardant radio/chimio).(102)

4.2 Radiothérapie :

- Aigu : radiodermite, fatigue, œdème mammaire
- Tardif : fibrose, télangiectasies ; rare mais possible, atteinte pulmonaire ou cardiaque selon technique/latéralité (réduction du risque avec des techniques modernes)
- Impact survie : positif via contrôle loco-régional ; négatif surtout si retards/interruptions.(101)

4.3 Chimiothérapie :

- Neutropénie/infections, nausées, mucites, alopecie, fatigue
- Neuropathie (taxanes), toxicité cardiaque (anthracyclines), risque tardif, hématologique (rare)

- Les anthracyclines sont connues pour des toxicités tardives (cardiaques, et très rarement leucémies secondaires). (126)
- Impact survie : bénéfice clair en situation à risque ; mais si toxicités → réductions de dose, arrêts, retards → perte de bénéfice.)(124.125)

L'alopecie est intimement liée aux effets indésirables du traitement, elle représente également un exemple conséquent de la toxicité thérapeutique et son impact constant sur l'état psychologique et émotionnel .(99,100)

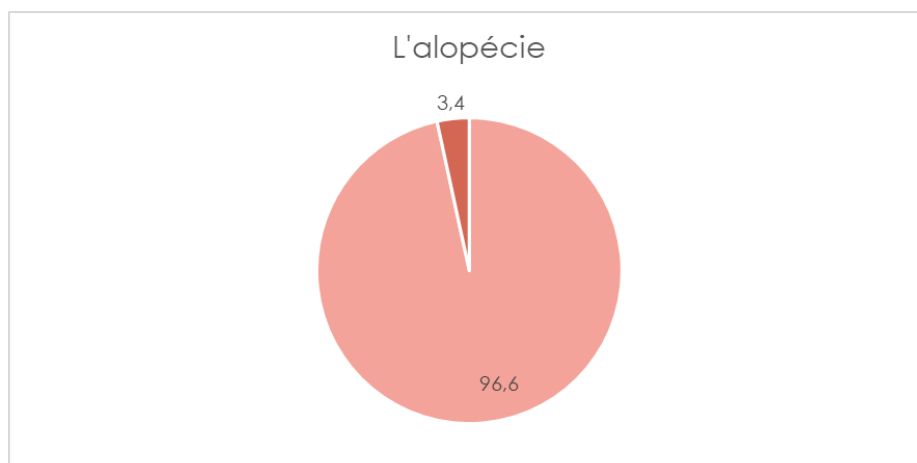


Figure 49 : pourcentage des patientes ayant eu une alopecie comme complications en cours de traitement

4.4 Hormonothérapie :

- Bouffées de chaleur, troubles de l'humeur/sommeil, baisse libido
- Tamoxifène : risque thromboembolique, risque endométrial (surveillance)
- IA : arthralgies, perte osseuse (prévention/calcium-vit D/DEXA ± bisphosphonates)
- Impact survie : très important en ER+ car diminue rechute et mortalité ; mais dépend de l'adhérence sur plusieurs années.)(113)

4.5 Anti-HER2 :

- Risque de dysfonction cardiaque (surveillance échographique)
- Impact survie : majeur en HER2+, mais exige la disponibilité, le monitoring et la continuité.(112)

IV. Cancer du sein et qualité de vie :

Le cancer du sein occupe la première place des pathologies malignes affectant la population féminine à l'échelle planétaire . L'avènement des programmes de dépistage, permettant une détection plus précoce des lésions, conjugué aux innovations thérapeutiques continues, a considérablement amélioré les taux de survie à 5 et 10 ans . Cette évolution favorable a conduit à l'émergence d'une population croissante de femmes vivant durablement après un diagnostic de cancer du sein, redéfinissant ainsi les enjeux de la prise en charge oncologique.(127,128)

1. Séquelles à long terme : un fardeau persistant :

Cependant, l'allongement de la survie ne signifie pas pour autant un retour sans difficulté à une vie normale. La littérature internationale documente abondamment la persistance de séquelles psychosomatiques chez un nombre considérable de survivantes . Ces altérations trouvent leur origine dans deux sources principales : d'une part, la pathologie elle-même et son retentissement sur l'organisme, d'autre part, les effets indésirables souvent durables des traitements reçus (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie). L'accumulation de ces conséquences pathologiques aboutit à une dégradation significative de la qualité de vie, même à distance de la phase thérapeutique active .(130)

2. Évolution conceptuelle : la qualité de vie comme critère de jugement :

Les dernières décennies ont été marquées par un intérêt croissant des communautés scientifique et médicale pour l'évaluation de la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein, ainsi que pour l'identification des facteurs qui la déterminent . Cette orientation reflète une maturation conceptuelle fondamentale : au-delà de la simple quantification de la survie,

c'est désormais la qualité de l'existence préservée qui devient un objectif thérapeutique à part entière et un critère d'évaluation des politiques de santé(131,132)

3. Déterminants de la qualité de vie : apports des recherches occidentales :

Les investigations menées dans les contextes socioculturels occidentaux ont permis d'identifier un ensemble hétérogène de facteurs influençant la qualité de vie des femmes traitées pour un cancer du sein. Ces déterminants peuvent être classifiés selon plusieurs dimensions : 134)

3.1 Dimensions sociodémographiques :

L'âge constitue un facteur modulateur important, influençant à la fois l'expérience subjective de la maladie et les capacités d'adaptation psychologique . Le statut marital détermine largement la disponibilité d'un soutien social immédiat, facteur protecteur bien établi . Les contraintes économiques représentent un obstacle potentiel à l'accès aux soins de support et génèrent un stress additionnel préjudiciable . Enfin, les difficultés rencontrées dans la sphère professionnelle, notamment lors des tentatives de reprise du travail, constituent un marqueur sensible de la qualité de la réinsertion sociale .(135)

3.2 Dimensions cliniques :

Le stade de la maladie au diagnostic conditionne non seulement le pronostic vital mais également l'intensité et la durée des traitements, et par conséquent l'ampleur des séquelles potentielles . La douleur, symptôme fréquent et souvent sous-estimé, qu'elle soit d'origine post-opératoire, neuropathique ou liée à des complications tardives, altère profondément toutes les composantes de la qualité de vie .(139)

3.3 Dimensions psychologiques et relationnelles :

Les états dépressifs et anxieux , particulièrement prévalents dans cette population, représentent des comorbidités psychiatriques majeures qui potentialisent l'impact des symptômes physiques et compromettent les capacités d'adaptation. Le stress chronique lié à la maladie, aux traitements et à la surveillance prolongée exerce un effet délétère continu . À l'inverse, la qualité des relations sociales et du soutien perçu constitue un puissant facteur de résilience . Les variations de l'estime de soi, les fluctuations du sentiment d'auto-efficacité et

l'émergence d'affects négatifs (culpabilité, colère, sentiment d'injustice) participent également à la complexité du tableau clinique post-thérapeutique .(140)

3.4 La sexualité : dimension intime et souvent occultée du Survivorship :

La fonction sexuelle représente l'une des dimensions les plus profondément altérées mais paradoxalement les moins explorées du Survivorship chez les patientes traitées pour cancer du sein. Cette relative occultation dans la littérature scientifique, et plus encore dans la pratique clinique quotidienne, contraste avec la fréquence et la sévérité des dysfonctions rapportées par les femmes lorsqu'elles sont spécifiquement interrogées sur cette thématique. Dans notre série, [insérer vos résultats, par exemple : X % des patientes ont rapporté une altération significative de leur vie sexuelle], ce qui rejoint les données de la littérature internationale estimant que 40 à 60 % des survivantes d'un cancer du sein présentent des difficultés sexuelles persistantes .

La physiopathologie de ces altérations est complexe et multifactorielle, résultant de l'intrication de mécanismes organiques, psychologiques et relationnels. Sur le plan somatique, les traitements instaurent souvent une ménopause iatrogène brutale, notamment chez les femmes jeunes, avec son cortège de sécheresse vaginale, de dyspareunie, de baisse de la libido et de difficultés de lubrification . La chimiothérapie, par son effet toxique direct sur la fonction ovarienne, et l'hormonothérapie, par le blocage prolongé de l'action œstrogénique, constituent les principaux pourvoyeurs de ces troubles . À ces mécanismes s'ajoutent les séquelles de la chirurgie mammaire : quelle que soit la technique employée, la modification de l'image corporelle, la perte de sensibilité des zones érogènes, les douleurs séquellaires et les phénomènes cicatriciels participent à la dégradation du vécu sexuel .(141,142)

V. SURVIVORSHIP et ses différents faisceaux d'analyse:

Premièrement, nous examinerons le rôle des **facteurs liés à la maladie et aux traitements**. La littérature internationale a largement documenté l'impact différentiel des modalités thérapeutiques sur la qualité de vie à long terme. Ainsi, une méta-analyse récente a mis en évidence que la chirurgie conservatrice du sein est associée à de meilleurs scores de

qualité de vie globale que la mastectomie, et ce quel que soit le délai post-opératoire . La reconstruction mammaire immédiate, bien qu'améliorant significativement l'image corporelle, ne semble pas totalement restaurer la qualité de vie au niveau des patientes ayant bénéficié d'un traitement conservateur(143) . Par ailleurs, la toxicité des traitements adjuvants (radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées)constitue un déterminant majeur du Survivorship(144). La chimiothérapie, en particulier à base d'anthracyclines et de taxanes, est associée à une morbidité à long terme incluant fatigue chronique, troubles cognitifs "chemobrain", neuropathies périphériques, et risque cardio-vasculaire accru (145). L'hormonothérapie, pilier du traitement du cancer du sein hormonosensible, expose quant à elle à des symptômes ménopausiques souvent sévères (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, douleurs articulaires) qui altèrent significativement la qualité de vie et peuvent compromettre l'observance thérapeutique . Au Maroc, une étude longitudinale récente a confirmé ces associations, montrant que la chimiothérapie et la radiothérapie étaient indépendamment associées à des scores de qualité de vie physique plus faibles à 12 et 24 mois post-diagnostic .(147)

Deuxièmement, nous analyserons l'influence des **facteurs sociodémographiques et socio-économiques**, qui revêtent une acuité particulière. L'âge au diagnostic module profondément l'expérience du Survivorship : les femmes jeunes (< 45 ans) sont confrontées à des défis spécifiques liés à la fertilité, à la vie professionnelle en construction, à la charge familiale (enfants en bas âge), et à une détresse psychologique souvent plus marquée . À l'inverse, les femmes âgées (> 70 ans) présentent des comorbidités plus fréquentes qui peuvent interagir avec les séquelles des traitements et compliquer leur prise en charge.

Le niveau d'éducation et les revenus constituent des déterminants sociaux majeurs de la santé, et leur impact sur le Survivorship est désolidement établi. Les données marocaines sont particulièrement éloquentes à cet égard : une étude menée à Fès a montré que les patientes ayant un faible niveau d'instruction et des revenus limités présentaient des scores de qualité de vie significativement inférieurs dans toutes les dimensions, avec un risque accru de dépression et d'anxiété.(146)

Ces inégalités sociales de santé se doublent d'inégalités d'accès aux soins de support, pourtant essentiels à une récupération optimale. La généralisation récente de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au Maroc constitue une avancée majeure, mais son impact réel sur la continuité des soins et la qualité de vie des survivantes reste à évaluer rigoureusement. Les premières études suggèrent des effets positifs sur l'accès aux soins, mais persistent des disparités liées au type de couverture et à la disponibilité effective des soins de support sur l'ensemble du territoire .(148)

Troisièmement, nous aborderons le rôle complexe des **facteurs psychosociaux, culturels et relationnels**. Le soutien social, qu'il provienne du conjoint, de la famille, des amis ou de groupes de pairs, est unanimement reconnu comme un facteur protecteur majeur pour la qualité de vie des patientes atteintes de cancer. Dans le contexte marocain, caractérisé par des structures familiales traditionnellement fortes et une solidarité intergénérationnelle encore prégnante, ce soutien pourrait théoriquement jouer un rôle particulièrement bénéfique.

Cependant, les dynamiques familiales peuvent aussi être source de tensions, de non-dits et de fardeau pour les proches aidants, dont la propre qualité de vie mériterait d'être étudiée. La dimension culturelle est ici cruciale : les représentations sociales du cancer, encore souvent associées à la fatalité, à la contagion ou à la honte dans certaines franges de la population marocaine, peuvent entraver l'expression des difficultés, le recours à l'aide psychologique, et la réinsertion sociale. La vie sexuelle et intime, dimension essentielle du Survivorship, est particulièrement sensible à ces facteurs culturels. Les tabous entourant la sexualité féminine, la pudeur, et la place de la femme dans le couple et la société marocaine rendent l'exploration de cette thématique délicate mais indispensable. Les données préliminaires disponibles suggèrent une altération profonde de la fonction sexuelle chez une majorité de patientes, avec des facteurs associés incluant la sécheresse vaginale liée à l'hormonothérapie, l'altération de l'image corporelle après mastectomie, et les difficultés de communication avec le conjoint.

Enfin, nous nous intéresserons aux **interactions complexes entre ces différentes catégories de facteurs** et à la manière dont elles se combinent pour générer des trajectoires

différenciées de Survivorship. L'approche par les trajectoires, qui a fait l'objet de travaux novateurs au Maroc, permet de dépasser une vision statique et moyennée de la qualité de vie pour identifier des sous-groupes de patientes partageant des évolutions similaires dans le temps. Ainsi, l'étude de Ouasmani et al. a mis en évidence trois trajectoires distinctes de qualité de vie dans une cohorte marocaine : une trajectoire "constamment élevée" (42,5 % des patientes), une trajectoire "constamment faible" (7,5 %), et une trajectoire intermédiaire avec amélioration progressive (50 %).

L'identification des facteurs prédictifs de l'appartenance à ces différentes trajectoires stade avancé au diagnostic, faibles revenus, absence de soutien social, comorbidités constitue un enjeu majeur pour le ciblage des interventions de support les plus intensives vers les patientes les plus vulnérables.

Au terme de cette exploration analytique, il conviendra de s'interroger sur les **limites méthodologiques** des études disponibles et sur les **perspectives de recherche** qu'elles ouvrent. La majorité des études, y compris au Maroc, sont observationnelles et transversales, ce qui limite les inférences causales. Les études longitudinales, plus robustes, restent rares et de durée souvent limitée. Les biais de sélection (échantillons recrutés en milieu hospitalier universitaire, non représentatifs de l'ensemble des patientes), les biais de mémorisation, et les pertes de vue constituent des défis méthodologiques récurrents. Par ailleurs, l'hétérogénéité des instruments de mesure utilisés pour évaluer la qualité de vie, la toxicité, la réinsertion, limite la comparabilité des études et la réalisation de synthèses quantitatives robustes (méta-analyses).

L'objectif ultime de notre étude est de contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes qui sous-tendent un Survivorship de qualité au Maroc, afin d'éclairer les décisions cliniques et les politiques de santé publique visant à améliorer le parcours de soins et la vie après le cancer pour toutes les femmes marocaines.(149)

1. Retentissement psycho-social et Survivorship :

Sur le plan thérapeutique, la majorité des patientes de notre étude a bénéficié d'une prise en charge multimodale associant chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie. Cette stratégie est conforme aux recommandations internationales actuelles et reflète une amélioration progressive de l'accès aux soins. Néanmoins, comparativement aux séries occidentales, la fréquence élevée des traitements systémiques et loco-régionaux combinés peut indirectement traduire un diagnostic à des stades plus avancés, comme cela est fréquemment rapporté dans les pays en développement. Cette intensification thérapeutique, bien que nécessaire sur le plan oncologique, est susceptible d'avoir un impact significatif sur la qualité de vie à long terme et sur les dimensions du Survivorship.

1.1 Retentissement psychologique post-traitement :

- Persistance de la tristesse, de l'anxiété et du découragement
- Mise en évidence d'une souffrance émotionnelle résiduelle, même après la fin des traitements
- Lien direct avec les difficultés de réintégration sociale et sexuelle
- (143,144,145)

1.2 Séquelles physiques :

Douleurs du membre supérieur, de l'épaule et de la région mammaire traitée, limitation fonctionnelle, impactant :

- Les activités quotidiennes
- La reprise professionnelle
- Fatigue chronique et inconfort corporel prolongé
- Image corporelle et féminité

1.3 Altération du sentiment d'attractivité et de féminité

Les effets secondaires ne sont ni transitoires ni mineurs .Ils constituent un déterminant majeur du survivorship. Leur sous-prise en charge explique en partie :

- La mauvaise réintégration sociale
- La baisse de l'activité sexuelle
- Les difficultés professionnelles persistantes

Impact transversal sur :

- L'estime de soi
- La vie conjugale
- La sexualité

Ces données font le lien logique avec les résultats de l'analyse de l'exploitation des questions issues des questionnaires.

1.4 Impact psychosocial :

Au-delà des modifications physiques, l'impact des traitements du cancer du sein s'étend largement au bien-être psycho-social des patientes, influençant durablement leur qualité de vie dans la phase de Survivorship. Les séquelles corporelles s'accompagnent fréquemment de troubles psychologiques tels que l'anxiété, la dépression, la peur persistante de la récurrence et une altération de l'estime de soi, qui peuvent persister longtemps après la fin des traitements actifs. Ces troubles ont des répercussions directes sur la vie sociale, conjugale et professionnelle, limitant la réintégration et favorisant parfois l'isolement.

Dans le contexte marocain, la sexualité demeure un sujet rarement abordé en consultation, ce qui contribue à la sous-prise en charge des difficultés sexuelles et relationnelles rencontrées par les survivantes. Par ailleurs, bien que le soutien familial soit généralement présent, il peut se révéler ambivalent, oscillant entre une surprotection excessive et une minimisation des plaintes persistantes, ce qui peut accentuer le sentiment d'incompréhension ressenti par les patientes.

L'absence de parcours structuré de suivi post-cancer et de dispositifs dédiés à la psycho-oncologie renforce ces difficultés, soulignant que le Survivorship ne peut être réduit à la seule survie biologique. Ces constats mettent en évidence la nécessité, dans le contexte marocain, d'une approche globale et multidisciplinaire intégrant la prise en charge psychologique, sociale et relationnelle, afin de permettre aux patientes traitées pour cancer du sein de reconstruire une qualité de vie satisfaisante et durable après la maladie.

Dans le cadre du cancer du sein, les traitements à visée curative chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie mammaire avec ou sans reconstruction s'accompagnent de

répercussions profondes et durables qui dépassent largement la sphère strictement somatique, influençant de manière significative l'image corporelle et le bien-être psycho-social des patientes. La chimiothérapie, par ses effets secondaires visibles et souvent brutaux tels que l'alopecie, la prise ou la perte de poids, la fatigue chronique, les troubles cognitifs et les symptômes anxio-dépressifs, constitue pour de nombreuses patientes une atteinte directe à leur identité féminine et sociale. La perte des cheveux, notamment, est fréquemment vécue comme un stigmate de la maladie, exposant les patientes au regard de l'entourage et favorisant l'isolement social, d'autant plus dans un contexte culturel où la féminité est étroitement associée à l'apparence corporelle.

Sur le plan psycho-social, ces atteintes corporelles s'associent fréquemment à une anxiété de récurrence, à des troubles de l'humeur et à une difficulté de réintégration sociale et professionnelle, souvent aggravées par l'absence de structures dédiées au suivi post-cancer.

Le soutien familial, bien que généralement présent, peut se révéler ambivalent, oscillant entre surprotection et incompréhension des séquelles invisibles.

Ainsi, l'impact des traitements du cancer du sein sur l'image corporelle et le bien-être psycho-social constitue un déterminant majeur du Survivorship, soulignant la nécessité d'une approche globale, multidisciplinaire et culturellement adaptée, intégrant la prise en charge psychologique, sociale et esthétique au même titre que le suivi oncologique, afin de permettre aux patientes non seulement de survivre à la maladie, mais de reconstruire une identité et une qualité de vie satisfaisantes après le cancer.(149)

2. SURVIVORSHIP ET SES COMPOSANTES SOCIALE , FAMILIALE ET SEXUELLE :

Sur le plan psychologique, la confrontation à la maladie grave et aux traitements éprouvants altère profondément le rapport au corps et à la féminité. La peur de la récurrence, l'anxiété, la dépression, la fatigue chronique et la redéfinition identitaire qui accompagnent le parcours oncologique interfèrent avec le désir et la capacité à s'investir dans une vie intime épanouie . La dimension relationnelle est tout aussi cruciale : la qualité de la communication avec le partenaire, sa propre capacité à faire face à la maladie, la peur de ne plus être désirée

ou de ne plus correspondre aux attentes perçues, la modification des dynamiques conjugales, tous ces facteurs modulent l'impact des altérations organiques sur la vie sexuelle effective .

Dans le contexte socioculturel marocain, cette problématique revêt une acuité particulière. La sexualité féminine reste largement investie de représentations culturelles, religieuses et sociales qui en font un sujet souvent tabou, difficilement abordable tant dans la sphère privée que dans la relation médicale. La pudeur, la culpabilité, la crainte du jugement, l'absence d'espace de parole légitime et sécurisé, constituent autant d'obstacles à l'expression des difficultés et à la recherche d'aide . Les femmes marocaines, particulièrement celles des générations plus âgées ou issues de milieux conservateurs, peuvent ainsi se trouver doublement vulnérables : confrontées aux altérations sexuelles liées aux traitements, mais dépourvues des ressources culturelles et communicationnelles pour les verbaliser et y remédier. À notre connaissance, très peu d'études marocaines se sont spécifiquement penchées sur cette dimension, et nos résultats [insérer vos observations] constituent une contribution originale à la compréhension de cette facette méconnue du Survivorship au Maroc.

Ces constats appellent plusieurs réflexions pour la pratique clinique et la recherche future. D'une part, ils soulignent l'urgence d'intégrer systématiquement l'évaluation de la santé sexuelle dans le suivi à long terme des patientes traitées pour cancer du sein, au même titre que la surveillance des autres toxicités. Cette évaluation nécessite une approche proactive et bienveillante de la part des soignants, formés à aborder ces questions avec délicatesse et sans jugement . D'autre part, ils mettent en évidence la nécessité de développer des interventions adaptées au contexte marocain : information et éducation thérapeutique sur les effets sexuels des traitements et les moyens d'y remédier (hydratants vaginaux, lubrifiants, rééducation périnéale, prise en charge de la douleur), soutien psychologique individuel ou de couple, groupes de parole spécifiques, et recours lorsque nécessaire à une la recherche sur cette thématique dans notre contexte, afin de mieux comprendre les spécificités culturelles du vécu sexuel après cancer et d'adapter les réponses thérapeutiques aux besoins réels des femmes marocaines.

1.6 Impact des traitements sur l'image corporelle :

Les traitements du cancer du sein, qu'il s'agisse de la chimiothérapie, de la radiothérapie ou de la chirurgie mammaire avec ou sans reconstruction, entraînent des modifications corporelles profondes et souvent durables, qui affectent de manière significative l'image corporelle des patientes. La chimiothérapie est fréquemment associée à des effets visibles mentionnés en amont tels que l'alopécie, les variations pondérales et les modifications cutanées, vécus par de nombreuses patientes comme une atteinte directe à leur féminité et à leur identité personnelle.

Dans notre contexte culturel, où l'apparence corporelle et la symbolique du corps féminin occupent une place centrale dans la représentation sociale de la femme, ces transformations sont souvent sources de malaise, de honte et de repli sur soi. La radiothérapie, bien que perçue comme moins agressive sur le plan systémique, peut entraîner des séquelles locales persistantes, notamment des modifications de la texture cutanée, une fibrose mammaire et une altération de la sensibilité, contribuant à une perception négative prolongée du corps.

La chirurgie mammaire constitue quant à elle une étape particulièrement marquante, la perte partielle ou totale du sein étant souvent vécue comme une mutilation symbolique, affectant profondément l'estime de soi et le sentiment de féminité. Si la chirurgie réparatrice mammaire peut améliorer l'acceptation corporelle, son accès reste inégal au Maroc et son bénéfice psychologique demeure variable, le sein reconstruit ne permettant pas toujours de restaurer pleinement l'image corporelle antérieure.

Au-delà des modifications physiques, l'impact des traitements du cancer du sein s'étend largement au bien-être psycho-social des patientes, influençant durablement leur qualité de vie dans la phase de Survivorship. Les séquelles corporelles s'accompagnent fréquemment de troubles psychologiques tels que l'anxiété, la dépression, la peur persistante de la récurrence et une altération de l'estime de soi, qui peuvent persister longtemps après la fin des traitements actifs.

Ces troubles ont des répercussions directes sur la vie sociale, conjugale et professionnelle, limitant la réintégration et favorisant parfois l'isolement. Dans le contexte marocain, la sexualité demeure un sujet rarement abordé en consultation, ce qui contribue à la sous-prise en charge des difficultés sexuelles et relationnelles rencontrées par les survivantes. Par ailleurs, bien que le soutien familial soit généralement présent, il peut se révéler ambivalent, oscillant entre une surprotection excessive et une minimisation des plaintes persistantes, ce qui peut accentuer le sentiment d'incompréhension ressenti par les patientes. L'absence de parcours structuré de suivi post-cancer et de dispositifs dédiés à la psycho-oncologie renforce ces difficultés, soulignant que le Survivorship ne peut être réduit à la seule survie biologique.

Ces constats mettent en évidence la nécessité, dans notre contexte, d'une approche globale et multidisciplinaire intégrant la prise en charge psychologique, sociale et relationnelle, afin de permettre aux patientes traitées pour cancer du sein de reconstruire une qualité de vie satisfaisante et durable après la maladie.

La prise en compte du concept de Survivorship dans la prise en charge des patientes traitées pour cancer du sein nécessite une approche globale, progressive et adaptée aux réalités socio-économiques et culturelles du pays, reposant sur plusieurs axes complémentaires.

Premièrement, il apparaît indispensable d'intégrer le Survivorship comme une phase à part entière du parcours de soins oncologiques, en structurant un suivi post-traitement standardisé incluant une consultation dédiée après la fin des traitements actifs. Cette consultation devrait permettre une évaluation systématique des séquelles physiques (douleurs chroniques, lymphœdème, fatigue), des troubles psychologiques (anxiété, dépression, peur de récurrence), des difficultés sexuelles et des problématiques socio-professionnelles, à l'aide d'outils simples et validés, adaptés au niveau de littératie des patientes.

Deuxièmement, le développement d'une approche multidisciplinaire est essentiel, associant oncologues, psychologues, infirmiers formés en oncologie, assistants sociaux,

kinésithérapeutes et, lorsque possible, sexologues, afin d'assurer une prise en charge coordonnée et continue des besoins complexes des survivantes.

Cette multidisciplinarité pourrait s'appuyer sur des consultations groupées ou des journées dédiées au Survivorship au sein des centres régionaux d'oncologie, optimisant ainsi les ressources humaines disponibles. Troisièmement, l'amélioration de la prise en charge psycho-sociale passe par le renforcement du soutien psychologique, encore insuffisant, à travers la formation des professionnels de santé à la détection précoce de la détresse psychologique et l'intégration de la psycho-oncologie dans le suivi de routine.(130,131,132)

1.7 SURVIVORSHIP et multidisciplinarité :

Il est crucial de lever les barrières culturelles autour de la sexualité en encourageant une communication ouverte et respectueuse entre soignants et patientes, permettant d'aborder les troubles sexuels et relationnels sans tabou, et d'orienter vers une prise en charge adaptée lorsque nécessaire.

La réinsertion socio-professionnelle doit constituer un objectif prioritaire du Survivorship, notamment par la collaboration avec les services de médecine du travail, la sensibilisation des employeurs aux limitations fonctionnelles post-cancer et la promotion d'aménagements du poste de travail, en particulier pour les femmes exerçant des activités physiquement exigeantes ou relevant du secteur informel. Ainsi que l'accès équitable aux soins de support, incluant la rééducation fonctionnelle, la prise en charge de l'image corporelle et l'accès à la chirurgie réparatrice mammaire, doit être renforcé afin de réduire les inégalités entre patientes selon leur niveau socio-économique ou leur lieu de résidence.

Enfin, au niveau institutionnel, l'intégration explicite du Survivorship dans les politiques nationales de lutte contre le cancer, notamment dans les plans stratégiques du ministère de la Santé, permettrait de structurer des programmes pilotes, de renforcer la formation des soignants et d'encourager la recherche nationale sur la qualité de vie après cancer. L'ensemble de ces recommandations, fondées sur une approche pragmatique et culturellement adaptée, vise à faire évoluer la prise en charge du cancer du sein au Maroc d'un modèle centré exclusivement sur la survie biologique vers une approche globale, humaine et

durable, permettant aux survivantes de retrouver une qualité de vie satisfaisante et une pleine réintégration dans la société.(134,135)

1.8 Evaluation de la qualité de vie en oncologie :

Évolution des objectifs thérapeutiques :

En cancérologie contemporaine, la finalité de la prise en charge médicale ne se limite plus à la seule ambition curative ou à la simple prolongation de l'existence. L'objectif thérapeutique s'est élargi pour intégrer explicitement la préservation, voire l'amélioration, de la qualité de vie des patients. Cette évolution paradigmatique se traduit concrètement dans l'évaluation des nouvelles stratégies thérapeutiques, lesquelles sont désormais jugées à l'aune d'un double critère : la quantité et la qualité de vie préservées .(150)

Limites de l'approche biomédicale traditionnelle :

Dans le cadre des essais cliniques conventionnels, l'attention des investigateurs se focalise prioritairement sur des critères biomédicaux objectivables : taux de réponse tumorale, durée de rémission, survie globale ou sans récurrence, et profil de toxicité des traitements. Cependant, cette approche, bien que nécessaire, s'avère insuffisante pour appréhender la globalité de l'expérience vécue par le patient. Il apparaît désormais indispensable, dans certaines situations cliniques, de mesurer également l'impact des thérapeutiques sur la qualité de vie, par exemple à travers des indicateurs composites comme le temps vécu sans symptômes liés à la maladie et sans toxicité liée au traitement .(151)

Complexité du rapport bénéfices/risques :

Si les progrès de l'oncologie moderne ont indiscutablement amélioré le pronostic vital des patients, ils s'accompagnent fréquemment d'effets indésirables dont la prise en compte est essentielle à une évaluation équilibrée du rapport bénéfices/risques. Plusieurs configurations cliniques illustrent cette complexité :

- Certains traitements améliorent significativement la qualité de vie sans pour autant démontrer de gain en termes de survie.
- D'autres thérapeutiques, bien qu'induisant des effets secondaires notables, permettent un soulagement substantiel des symptômes liés à la pathologie.

Dans ces situations nuancées, seule une évaluation subjective issue directement des patients — c'est-à-dire leur perception propre de leur qualité de vie — permet de mesurer avec justesse ce rapport bénéfices/risques subtil et souvent individualisé.

Apports spécifiques de l'évaluation de la qualité de vie :

L'intégration de la qualité de vie comme critère de jugement élargit considérablement le champ d'analyse de l'impact thérapeutique, au-delà des seuls paramètres biomédicaux. Elle complète utilement l'information médicale dite "objective" (survie globale, survie sans récurrence, taux de réponse) en y ajoutant une dimension humaniste et expérientielle .

Les études dédiées à la qualité de vie, en décrivant précisément l'impact des différentes pathologies cancéreuses et de leurs traitements effets secondaires, séquelles fonctionnelles, retentissement psychologique sur l'existence globale des patients, fournissent des données précieuses pour plusieurs usages :

Aide à la décision partagée : ces informations peuvent être mobilisées dans l'interaction clinicien-patient, particulièrement lorsqu'un choix s'impose entre des options thérapeutiques d'efficacité comparable. À titre d'illustration, dans le cancer du sein localisé, la prescription d'une hormonothérapie adjuvante pour une durée minimale de deux ans réduit objectivement le risque de récurrence et de décès, mais expose à des effets secondaires (troubles vasomoteurs, dysfonctions sexuelles) dont l'intensité varie selon la molécule utilisée . Certaines patientes, déjà traitées efficacement par chirurgie, peuvent estimer que le fardeau de ces effets secondaires excède les bénéfices escomptés et renoncer à cette thérapeutique. Dans ces situations délicates, des études de qualité de vie utilisant des instruments spécifiquement adaptés au contexte apportent un éclairage précieux .(152)

Intérêt clinique individuel des auto-questionnaires :

Les instruments d'auto-évaluation de la qualité de vie, initialement développés pour les essais cliniques, présentent également un intérêt majeur en pratique courante. Ils permettent aux soignants ayant intégré cette démarche qualitative dans leur approche clinique de revenir à une évaluation plus complète et plus fine de l'état de leurs patients.

Contrairement à une approche normative qui comparerait le patient à une moyenne populationnelle, l'évaluation répétée de la qualité de vie offre la possibilité d'établir pour chaque patient une "ligne de base" individuelle, puis d'en mesurer les fluctuations dans le temps, en fonction de l'évolution de la maladie et des interventions thérapeutiques délivrées .(153)

Pertinence particulière dans les situations à pronostic réservé :

Dans le cadre des essais thérapeutiques, la prise en compte de la qualité de vie revêt une pertinence accrue lorsqu'il s'agit de situations médicales au pronostic limité. Dans ces contextes où l'impact des traitements sur les paramètres cliniques conventionnels est souvent modeste, tandis que leur retentissement sur la qualité de vie est potentiellement majeur, l'évaluation de cette dernière devient non seulement utile mais véritablement indispensable pour éclairer les choix thérapeutiques et apprécier la valeur réelle des interventions proposées .(154)

VI. SURVIVORSHIP : synthèse et discussion critique de nos résultats :

Les résultats de ce travail confirment que l'amélioration de la survie oncologique ne s'accompagne pas systématiquement d'une amélioration parallèle de la qualité de vie. Au-delà de la rémission clinique, les survivantes présentent des difficultés persistantes de réintégration sociale, sexuelle et professionnelle, traduisant un décalage entre la réussite thérapeutique et le vécu post-traitement.

Sur le plan épidémiologique, la population étudiée apparaît relativement jeune au moment du diagnostic, avec une proportion importante de patientes âgées de moins de 50 ans. Cette précocité, rapportée dans plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire, implique une exposition prolongée aux séquelles physiques et psychosociales et majore l'impact sur la vie familiale et la trajectoire professionnelle

L'analyse pronostique rappelle que le stade au diagnostic demeure le déterminant majeur de la survie. Les données rapportées montrent une survie sans maladie à 5 ans d'environ 79,2% au stade I, 74,6% au stade II, 60,8% au stade III et 14,0% au stade IV, soulignant

l'effondrement du pronostic à partir des formes localement avancées et métastatiques. Toutefois, même en situation de survie prolongée, la persistance de douleurs, de fatigue chronique, de limitations fonctionnelles (notamment en cas de curage axillaire/lymphœdème) et de détresse émotionnelle contribue à une altération durable de la qualité de vie.

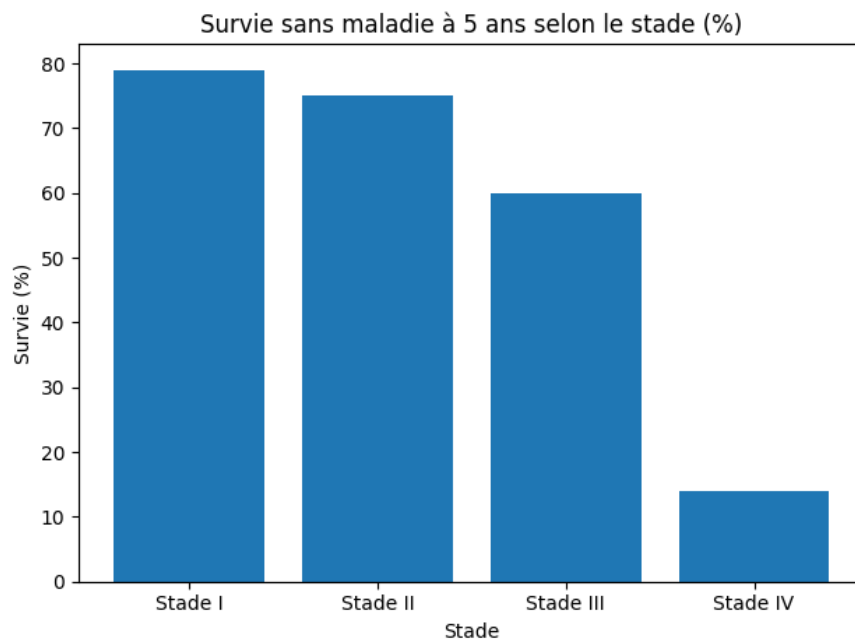


Figure 50 : survie sans maladie à 5ans selon les différents stades

Part du cancer du sein parmi les cancers chez la femme (Grand Casablanca)

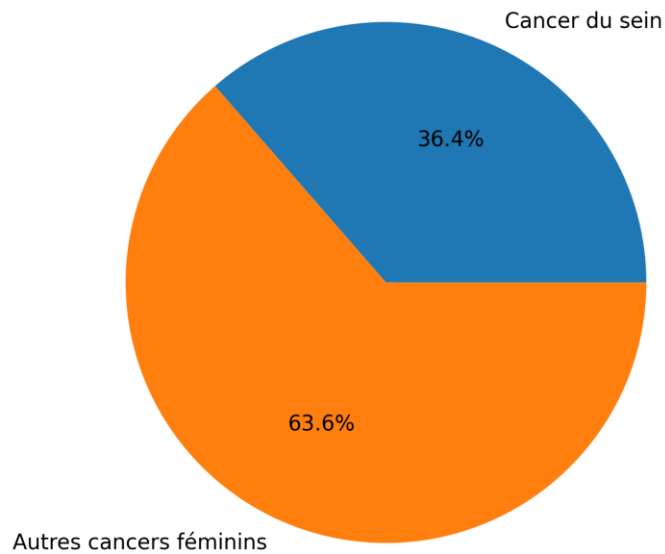


Figure 51 : pourcentage du cancer du sein chez la femme au Maroc

Les résultats de notre étude confirment que l'amélioration des taux de survie à cinq ans ne s'accompagne pas systématiquement d'une amélioration parallèle de la qualité de vie. Une proportion importante de patientes présente des difficultés persistantes de réintégration sociale, sexuelle et professionnelle, traduisant l'existence d'un décalage entre la réussite oncologique et le vécu post-thérapeutique réel.

Sur le plan épidémiologique, l'âge relativement jeune au diagnostic constitue un élément central du survivorship dans notre étude. Contrairement aux pays occidentaux, où le cancer du sein survient majoritairement après 60 ans, les patientes marocaines sont souvent diagnostiquées avant 50 ans, ce qui expose à des répercussions majeures sur la vie familiale, professionnelle et sociale. Cette précocité du diagnostic accentue l'impact des séquelles à long terme et prolonge la durée de vie avec les conséquences physiques et psychologiques des traitements.

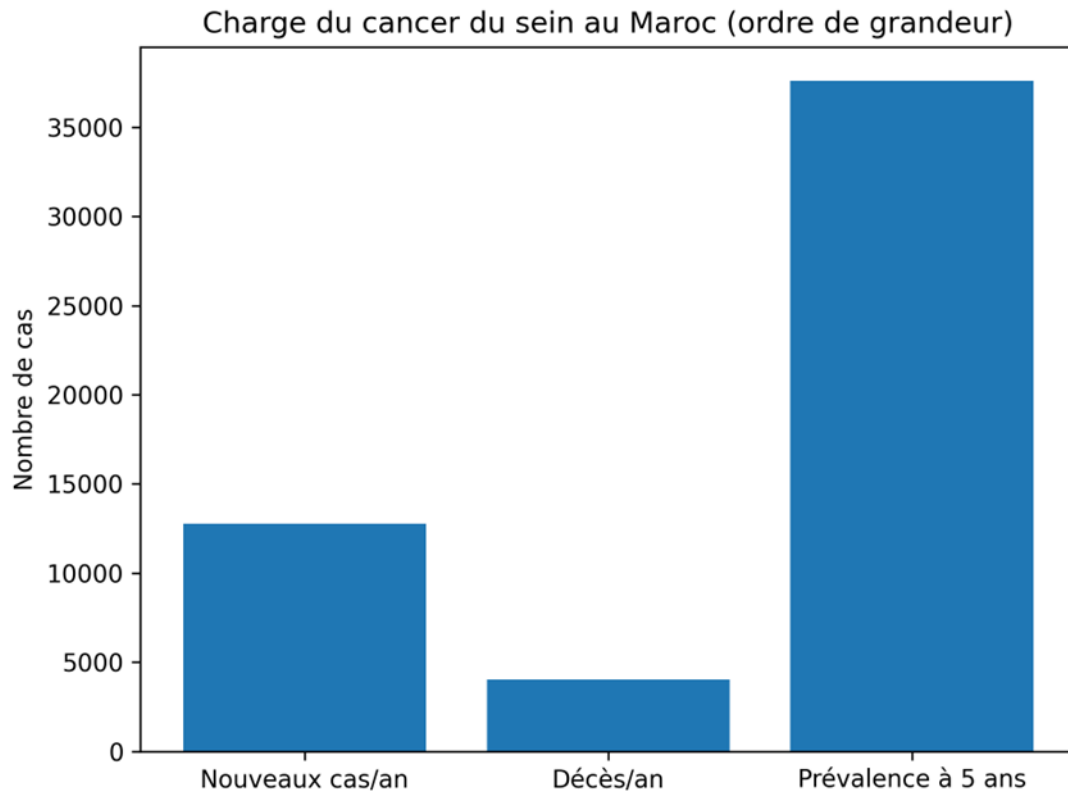


Figure 52: Charge du cancer du sein au Maroc (nouveaux cas/an, décès/an, prévalence à 5 ans)

L'analyse par stade montre une survie à cinq ans décroissante avec l'avancée du stade au diagnostic, confirmant que le stade reste le déterminant pronostique majeur. Toutefois, même chez les patientes en rémission prolongée, les séquelles fonctionnelles, la fatigue chronique et l'anxiété de récurrence persistent, soulignant que la survie sans maladie ne reflète pas à elle seule le succès thérapeutique.

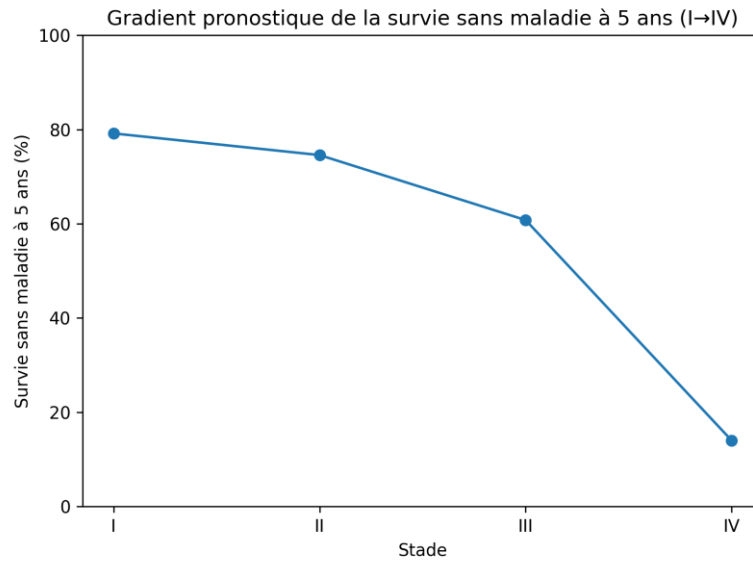


Figure 53 : gradient pronostique de la survie sans maladie à 5ans selon le stade

Les résultats qualitatifs rapportent une réintégration sociale souvent partielle avec un isolement persistant chez une proportion non négligeable de patientes. Cette vulnérabilité sociale semble liée à l'altération de l'image corporelle (chirurgie, alopecie, modifications pondérales), à la fatigue, à la peur de récurrence et à une stigmatisation parfois implicite. Dans le même sens, la dimension sexuelle apparaît fortement impactée (baisse du désir, raréfaction des rapports, perte de féminité), dans un contexte où les difficultés sexuelles restent peu abordées en consultation. Enfin, le retentissement professionnel est majeur : la fatigue, les douleurs et le lymphœdème interfèrent avec la reprise du travail, particulièrement chez les patientes ayant des activités physiquement exigeantes ou relevant du secteur informel.

Les résultats relatifs à la réintégration sociale mettent en évidence un isolement persistant chez de nombreuses survivantes. Les réponses traduisent une réintégration incomplète, influencée par l'altération de l'image corporelle, la stigmatisation sociale et la peur du regard de l'autre. Ces difficultés sont renforcées par l'absence de structures formalisées de soutien psychosocial dans le suivi post-cancer.

La dimension sexuelle apparaît comme l'un des domaines les plus profondément altérés. La diminution du désir, la raréfaction des rapports et le sentiment de perte de féminité sont fréquemment rapportés. Dans notre contexte socioculturel, ces troubles sont rarement

exprimés spontanément, conduisant à une sous-estimation de leur prévalence réelle et à une absence de prise en charge adaptée.

Sur le plan professionnel, les résultats montrent que les séquelles physiques et la fatigue chronique constituent des freins majeurs à la reprise du travail. Cette problématique est particulièrement marquée chez les patientes exerçant des activités physiquement exigeantes ou relevant du secteur informel.

L'absence d'aménagement du poste de travail et de reconnaissance institutionnelle du statut de survivante contribue à la précarisation socio-économique.

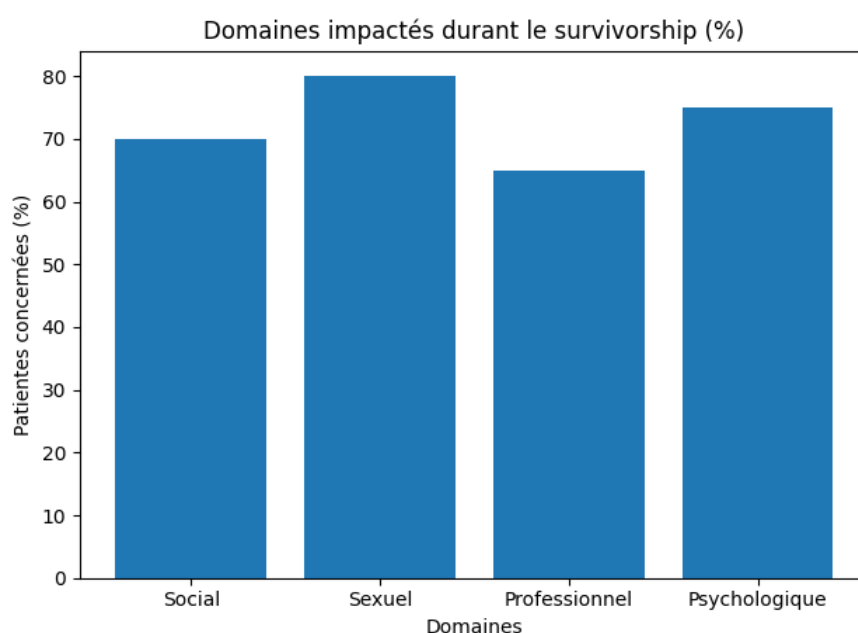


Figure 54: Impact des différentes dimensions du Survivorship chez les patientes

Pris dans leur ensemble, ces résultats confirment que le survivorship du cancer du sein demeure insuffisamment intégré dans le parcours de soins. Ils plaident pour une approche globale, multidisciplinaire et structurée, intégrant le suivi médical, le soutien psychologique, la prise en charge des séquelles physiques et l'accompagnement social et professionnel.

1. Discussion comparative avec la littérature internationale

La littérature internationale confirme que la phase de Survivorship est fréquemment marquée par des symptômes persistants et des besoins non couverts. La peur de la récurrence

(Fear of Cancer Recurrence, FCR) est décrite comme l'une des préoccupations les plus fréquentes chez les survivantes : des travaux récents rapportent des proportions élevées de FCR cliniquement significative, pouvant concerner environ la moitié des patientes dans certaines cohortes. Cette dimension psychologique est associée à une baisse de la qualité de vie, à des conduites d'évitement social et, potentiellement, à une observance moins optimale.(136)

Sur le plan sexuel, les études rapportent des taux élevés de dysfonction sexuelle chez les survivantes du cancer du sein, avec une atteinte des domaines du désir, de la lubrification et des dyspareunies. Une revue récente met en évidence une large variabilité des prévalences, mais souligne une majoration après hormonothérapie et dans les suites des traitements loco-régionaux.(141)

Concernant la réintégration professionnelle, les données internationales indiquent des taux variables de retour au travail selon les pays, les dispositifs sociaux et l'intensité des traitements reçus. Des synthèses de la littérature suggèrent notamment que l'âge et la chimiothérapie peuvent diminuer la probabilité de reprise, ce qui rejoint les difficultés rapportées dans notre contexte, où l'absence d'aménagement et la prédominance d'emplois physiquement contraignants aggravent l'impact des séquelles(156)

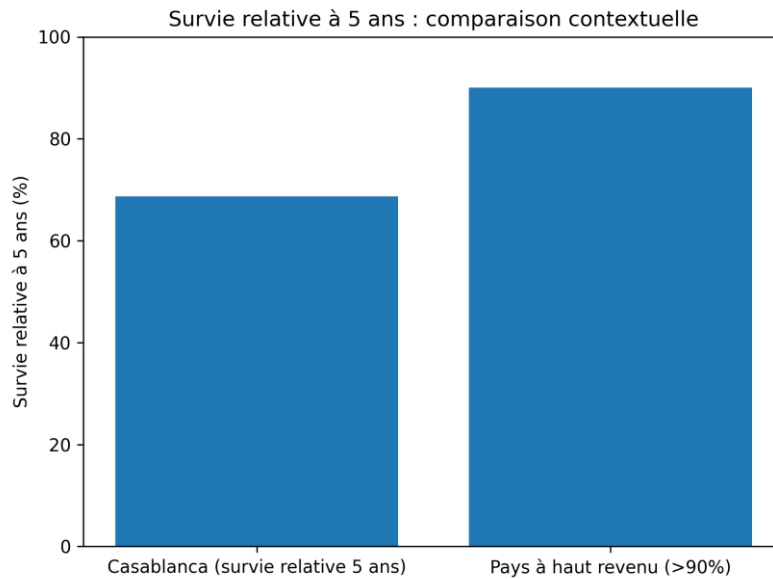


Figure 55 : survie relative à 5ans : comparaison contextuelle en Maroc et les pays à haut revenu

Enfin, les sociétés savantes insistent sur la structuration des soins post-cancer. Les recommandations de soins de Survivorship incluent classiquement : un plan de soins de fin de traitement, la surveillance de récurrence, la prévention et la prise en charge des effets tardifs, ainsi que le repérage systématique de la détresse psychologique et des troubles sexuels. Cette approche structurée constitue un standard dans de nombreux systèmes de santé et pourrait être adaptée de manière pragmatique au contexte marocain.

2. Discussion et parallélisme avec la littérature nationale et internationale :

L'épidémiologie descriptive a permis, comme nous l'avons vu précédemment, de dresser un état des lieux précis de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité du cancer du sein à l'échelle mondiale et nationale. Elle a mis en évidence l'augmentation constante du nombre de survivantes, conséquence des progrès thérapeutiques et du vieillissement de la population, et a souligné l'urgence d'une réflexion approfondie sur la qualité de vie après la maladie. Cependant, si ces données quantifient l'ampleur du phénomène, elles n'en expliquent pas les mécanismes sous-jacents. C'est précisément à ce niveau qu'intervient l'épidémiologie analytique, dont l'objectif est d'identifier et de quantifier les associations entre des facteurs de risque (ou facteurs protecteurs) et la survenue d'événements de santé, et d'en explorer les

relations causales potentielles. le cadre spécifique du Survivorship des patientes traitées pour cancer du sein, l'épidémiologie analytique se trouve confrontée à un défi épistémologique majeur : le passage d'une approche centrée sur la **survie quantitative** (délai jusqu'au décès ou à la récurrence) à une approche intégrant la **survie qualitative** (bien-être physique, psychologique et social).

Cette transition conceptuelle implique un élargissement considérable du champ d'investigation. Il ne s'agit plus seulement d'identifier les facteurs pronostiques classiques : taille tumorale, statut ganglionnaire, grade histologique, statut des récepteurs hormonaux qui prédisent la survie globale ou la survie sans maladie. Il s'agit désormais de comprendre comment une multitude de facteurs, biomédicaux certes, mais aussi sociodémographiques, psychosociaux, culturels et contextuels, interagissent pour façonner les trajectoires individuelles de qualité de vie, la survenue et la persistance des toxicités thérapeutiques, et les processus de réintégration sociale, familiale, professionnelle et sexuelle.

Ce chapitre d'épidémiologie analytique se propose donc d'explorer, à travers une revue critique de la littérature internationale et nationale, les principaux déterminants du Survivorship chez les patientes traitées pour cancer du sein. Notre réflexion s'articulera autour de plusieurs axes complémentaires.

VII. Impact global sur la survie :

1. Les déterminants majeurs de survie :

- Stade au diagnostic (facteur n°1)
- Sous-type biologique (ER/PR/HER2, grade, prolifération)
- Accès rapide à une prise en charge complète (chirurgie + radio + traitement systémique adapté)
- Qualité/continuité du parcours (délais, ruptures, toxicités non gérées, coût/transport)
- Observance (notamment hormonothérapie longue)

2. Pronostic et survie :

Selon notre étude, le pronostic de survie à 5 ans varie :

- Selon le stade (I-IV)
- Selon le sous-type (luminal mieux, triple négatif moins bien)

Pour améliorer la survie passe autant par la biologie et les traitements modernes que par :

- Détection plus précoce
- Réduction des délais
- Equité d'accès aux tests et aux médicaments clés
- Supportive care (gestion des toxicités) pour éviter les interruptions

Le concept de Survivorship est une transition encore incomplète dans notre contexte. Il ne se limite plus à l'absence de récurrence ou à la survie globale, mais englobe désormais l'ensemble des dimensions physiques, psychologiques, sociales, sexuelles et professionnelles vécues par les patientes après la fin des traitements actifs. Dans les pays à revenu élevé, cette approche est intégrée dans des parcours structurés de soins post-cancer.

Au Maroc, bien que les progrès thérapeutiques aient permis une amélioration nette de la survie des patientes atteintes de cancer du sein, la prise en charge du post-traitement reste largement non formalisée, fragmentée et souvent reléguée au second plan, l'objectif principal demeurant la guérison oncologique.

Les données de notre travail, en mettant en évidence les difficultés persistantes de réintégration à plusieurs niveaux, confirment que la fin des traitements ne marque pas nécessairement un retour à une vie antérieure "normale", mais plutôt l'entrée dans une phase de vulnérabilité prolongée, insuffisamment reconnue par le système de soins.

3. Réintégration sociale : entre stigmatisation et isolement silencieux

Dans notre contexte socioculturel, le cancer du sein reste associé à une charge symbolique lourde, mêlant peur, fatalisme et représentations négatives de la féminité et de la maladie. Les résultats de notre étude suggèrent que, malgré la rémission clinique, un nombre

non négligeable de patientes continue à souffrir d'une réduction de la vie sociale, marquée par l'isolement, l'évitement des interactions ou un sentiment d'exclusion implicite.

Cette difficulté de réintégration sociale semble multifactorielle :

- Altération de l'image corporelle (mastectomie, alopecie, prise de poids)
- Fatigue chronique post-thérapeutique
- Anxiété persistante de récurrence
- Regard social parfois intrusif ou stigmatisant

Contrairement à d'autres maladies chroniques, le cancer conserve au Maroc une dimension quasi taboue, ce qui peut pousser certaines patientes à se retirer volontairement de la sphère sociale afin d'éviter les questions, la pitié ou les jugements. Ces éléments soulignent l'absence de dispositifs structurés de soutien psychosocial communautaire, pourtant essentiels dans la phase de Survivorship.

4. Réintégration familiale : soutien présent mais ambivalent

La famille constitue traditionnellement au Maroc le pilier principal de soutien des patientes atteintes de cancer. Les données issues de notre cohorte montrent que, dans la majorité des cas, la cellule familiale joue un rôle positif dans l'accompagnement pendant la maladie. Toutefois, cette dynamique évolue après la fin des traitements.

La survivante peut se retrouver confrontée à :

- Une surprotection excessive, limitant son autonomie
- Une pression implicite pour "redevenir comme avant"
- Ou, à l'inverse, une banalisation de ses plaintes persistantes (fatigue, douleurs, troubles psychologiques).

Dans certains cas, les séquelles physiques ou psychiques modifient la répartition des rôles familiaux, notamment chez les femmes traditionnellement responsables des tâches domestiques. Cette réorganisation, rarement verbalisée, peut générer un sentiment de culpabilité, d'inutilité ou de perte de statut au sein du foyer.

Ainsi, la réintégration familiale apparaît globalement présente mais fragile, dépendante du niveau de compréhension de l'entourage quant à la chronicité des effets du cancer et de ses traitements.

5. Réintégration sexuelle : une dimension largement négligée

La sexualité constitue l'un des aspects les plus négligés et sous-évalués du Survivorship dans notre pratique quotidienne. Les résultats de notre étude mettent en évidence une altération fréquente de la vie sexuelle après traitement, se traduisant par une diminution du désir, des dyspareunies, une sécheresse vaginale ou un évitement des rapports.

Plusieurs facteurs interviennent :

- Modifications corporelles (perte du sein, cicatrices)
- Troubles hormonaux induits par les traitements
- Fatigue chronique
- Anxiété et baisse de l'estime de soi.

Dans notre contexte, ces difficultés sont rarement abordées spontanément par les patientes, en raison de barrières culturelles, religieuses et générationnelles, mais aussi par l'absence d'initiative de la part des soignants. La sexualité reste souvent perçue comme un sujet secondaire, voire inapproprié, dans la relation médecin-patiente, ce qui contribue à une souffrance silencieuse.

Cette réalité souligne un besoin urgent d'intégrer la santé sexuelle dans les consultations de suivi, à travers une approche respectueuse, adaptée culturellement et multidisciplinaire.

6. Réintégration professionnelle : un défi socio-économique majeur

La réintégration professionnelle apparaît dans notre travail comme l'un des domaines les plus impactés du Survivorship. De nombreuses patientes rapportent des difficultés à reprendre leur activité antérieure ou à maintenir leur emploi, en particulier dans les secteurs informels ou physiquement exigeants, très répandus au Maroc.

Les obstacles identifiés incluent :

- Fatigue persistante
- Douleurs chroniques et limitation fonctionnelle
- Séquelles du lymphœdème
- Absence d'aménagement du poste de travail
- Discrimination implicite ou crainte de licenciement.

L'absence d'un cadre légal clair et de dispositifs de médecine du travail adaptés au cancer accentue la précarité professionnelle des survivantes. Pour les femmes sans couverture sociale ou travaillant dans l'informel, la perte ou la réduction d'activité peut avoir des conséquences économiques majeures, affectant non seulement la patiente mais l'ensemble du foyer.

7. Discussion SURVIVORSHIP et inégalités de soins

L'analyse globale de nos résultats met en évidence que le Survivorship est fortement influencé par des déterminants sociaux, économiques et culturels, au-delà des seuls facteurs médicaux. Les patientes les plus vulnérables sont souvent celles :

- Diagnostiquées à un stade avancé
- Ayant reçu des traitements lourds
- Issues de milieux socio-économiques défavorisés
- Avec un faible niveau d'information et de soutien.

Ainsi, même en situation de rémission, les inégalités persistent et tendent parfois à se creuser, révélant une fracture entre la réussite oncologique et la qualité de vie réelle.

8. Implications pour la pratique et perspectives

Cette étude plaide pour :

- ❖ L'intégration d'un suivi post-cancer structuré
- ❖ La collaboration entre oncologues, psychologues, assistants sociaux, sexologues et médecins du travail
- ❖ Le développement de programmes d'éducation thérapeutique adaptés au contexte marocain

- ❖ La reconnaissance du Survivorship comme une phase à part entière du parcours de soins.

La Survivorship des patientes traitées pour cancer du sein au Maroc reste marquée par des difficultés significatives de réintégration sociale, familiale, sexuelle et professionnelle. Si la survie s'est améliorée, la qualité de cette survie demeure inégale et insuffisamment prise en compte.

Nos résultats soulignent la nécessité d'un changement de paradigme, passant d'une oncologie centrée sur la guérison à une approche globale, humanisée et durable du vécu post-cancer. Cette discussion s'appuie sur les données épidémiologiques, cliniques et psychosociales issues de ce travail, en mettant l'accent sur l'interprétation des résultats relatifs au Survivorship des patientes traitées pour cancer du sein dans le contexte marocain.



Limites de l'étude



I. Limites méthodologiques

La première limite de ce travail réside dans le caractère rétrospectif de l'étude, reposant sur l'analyse des dossiers médicaux et des réponses aux questionnaires. Ce type de méthodologie expose inévitablement à des biais d'information, notamment liés aux données manquantes, à l'hétérogénéité de la qualité de remplissage des dossiers et au caractère parfois subjectif des réponses des patientes.

Par ailleurs, l'absence de groupe contrôle et le caractère essentiellement descriptif de l'analyse limitent les possibilités d'inférences causales. Les résultats obtenus permettent d'identifier des tendances et des problématiques majeures du Survivorship, mais ne permettent pas d'établir des relations de cause à effet formelles entre les traitements reçus et les altérations observées de la qualité de vie.

II. Limites liées aux outils d'évaluation

L'évaluation du Survivorship repose principalement sur des questionnaires auto-administrés, ce qui expose à un biais de désirabilité sociale, particulièrement dans les domaines sensibles tels que la sexualité, la détresse psychologique ou les difficultés professionnelles. Dans notre contexte socioculturel marocain, certaines patientes peuvent minimiser ou taire leurs difficultés, conduisant à une sous-estimation de l'impact réel du cancer et de ses traitements sur leur qualité de vie.

De plus, l'absence d'utilisation systématique d'échelles validées internationalement (telles que les questionnaires EORTC QLQ-C30 et BR23) limite la comparabilité directe de nos résultats avec ceux rapportés dans la littérature internationale.

III. Limites liées au contexte de prise en charge

Les résultats de cette étude doivent être interprétés à la lumière du contexte organisationnel et socio-économique marocain. L'accès inégal aux soins de support, les délais de prise en charge et la variabilité des parcours thérapeutiques peuvent influencer de manière significative l'expérience de Survivorship des patientes.

Enfin, bien que cette étude apporte un éclairage précieux sur la réalité du Survivorship au Maroc, elle reste centrée sur une population suivie dans un contexte hospitalier spécifique, ce qui peut limiter la généralisation des résultats à l'ensemble du territoire national.

Perspectives de recherche :

- Audit de qualité des biomarqueurs (relecture externe, corrélation IHC/ISH) pour préciser la réelle prévalence HER2+.
- Études prospectives incluant délais (symptôme → imagerie → biopsie → traitement), stades TNM précis, statut ganglionnaire et événements cliniques (réponse, rechute, survie) afin d'identifier les points de rupture du parcours.
- Analyses multivariées (si effectif accru) pour démêler l'effet propre de la couverture sociale, du niveau d'éducation et du lieu de résidence sur le stade au diagnostic et l'accès aux thérapies innovantes.

Cette étude met en évidence un diagnostic majoritairement symptomatique, chez des patientes d'âge médian autour de la cinquantaine, issues majoritairement du milieu urbain, avec peu de comorbidités déclarées mais une couverture sociale souvent présente. Le CCI prédomine, avec une part importante de grades SBR élevés, et une surexpression HER2 rapportée comme fréquente, à interpréter avec prudence au vu des limites méthodologiques. Ces constats plaident pour un renforcement du dépistage, une amélioration de l'accessibilité financière, et une standardisation des examens anatomopathologiques, afin d'optimiser le pronostic et l'équité d'accès aux soins.



Perspectives nationales



I. Perspectives organisationnelles

Les résultats de ce travail soulignent la nécessité de structurer formellement le suivi post-cancer. La mise en place de parcours de survivorship intégrés, inspirés des recommandations internationales, constitue une priorité. L'élaboration et la diffusion d'un Plan de Soins de Survivorship standardisé à l'échelle nationale permettraient d'harmoniser les pratiques et d'améliorer la continuité des soins.(157)

Dans ce cadre, l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech pourrait jouer un rôle pilote en développant un modèle organisationnel reproductible, intégrant consultation de clôture, soins de support multidisciplinaires et suivi structuré à long terme.

II. Perspectives cliniques et de soins de support

Le développement des soins de support représente un axe majeur d'amélioration du Survivorship. L'intégration systématique de la psycho-oncologie, de la prise en charge du lymphœdème, de la rééducation fonctionnelle, de la santé sexuelle et de la prévention cardio-ossseuse doit devenir un standard de soins.(158)

La formation continue des professionnels de santé à l'identification des effets tardifs et à la communication autour de sujets sensibles, notamment la sexualité et la détresse psychologique, constitue un levier essentiel pour améliorer la qualité de vie des survivantes.

III. Perspectives de recherche

Sur le plan scientifique, des études prospectives multicentriques, utilisant des outils d'évaluation validés, sont nécessaires pour mieux caractériser le Survivorship du cancer du sein au Maroc. Ces travaux permettraient de comparer les résultats nationaux aux données internationales et d'identifier des déterminants spécifiques à notre contexte.

L'évaluation de l'impact des programmes de Survivorship structurés sur la qualité de vie, l'observance thérapeutique et la réinsertion socio-professionnelle constitue également une perspective de recherche prioritaire.



I. Mise en situation :

La notion de *Survivorship* ne se limite plus à l'absence de récurrence : elle recouvre l'ensemble des besoins médicaux, fonctionnels, psychologiques, sociaux et professionnels des patientes, depuis la fin des traitements initiaux jusqu'au long cours. Dans le cancer du sein, cette phase est particulièrement structurante car les séquelles (toxicités tardives, troubles de l'image corporelle, ménopause iatrogène, fatigue persistante, anxiété de récurrence, complications lymphatiques) coexistent avec un risque de rechute qui décroît dans le temps mais persiste, en particulier pour certains sous-types. Dans notre contexte, la discussion du Survivorship doit donc articuler deux dimensions complémentaires : (1) **la qualité et l'homogénéité du parcours de soins** (diagnostic → traitement → suivi), et (2) **l'organisation d'un suivi centré patiente**, capable d'anticiper les effets tardifs et de coordonner les intervenants.(159)

1. Principes des « patterns of care » : de quoi parle-t-on et pourquoi c'est clé pour le SURVIVORSHIP ?

Les *patterns of care* (PoC) décrivent **la manière dont les soins sont réellement délivrés** (qui fait quoi, quand, avec quels moyens), puis comparent ces pratiques à des standards (recommandations, référentiels, disponibilité des techniques) afin d'identifier les variations, les retards et les pertes de chance. Dans le cancer du sein, l'approche PoC est particulièrement utile car elle met en évidence les déterminants "systémiques" du Survivorship : continuité du suivi, accès à l'imagerie, délai radiothérapie, tenue des RCP, accès au profilage tumoral, disponibilité des traitements, etc.(160)

Au Maroc, l'un des travaux structurants est le rapport PoC conduit par le CIRC/IARC avec les autorités sanitaires et partenaires nationaux, portant sur deux grands centres publics (Casablanca et Rabat) et une période longue (2008–2017). Ce travail documente des **améliorations** (réduction des délais d'accès, augmentation de la couverture par assurance, amélioration du bilan anatomo-pathologique et du profilage) mais souligne également des **insuffisances** persistantes et la nécessité de mieux organiser les filières et les références, notamment entre soins primaires, centres de détection précoce et centres de traitement. (157)

En pratique, les principes PoC appliqués au SURVIVORSHIP peuvent être résumés ainsi :

Standardisation du parcours (protocoles, indications, séquences thérapeutiques) et mesure des écarts.

Traçabilité et données (stade, sous-type, dates clés, traitement reçu) pour évaluer la qualité.

Coordination pluridisciplinaire (RCP, relais ville-hôpital, navigation).

Réduction des délais (diagnostic, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) car ils conditionnent aussi la qualité du Survivorship (récupération fonctionnelle, reprise sociale, adhésion).

Équité d'accès (territoires, couverture sociale, proximité des plateaux techniques).

2. Ce que montrent les données marocaines : variations de prise en charge et enjeux pour le suivi

Les études marocaines centrées sur les pratiques (PoC) rapportent des **variations inter-périodes et inter-structures** concernant le profil des patientes, la présentation au diagnostic, et l'accès aux standards de soins. L'article de référence de Mrabti et al. (journal *The Breast*) met en évidence ces variations sur une décennie et discute l'évolution vers une prise en charge plus conforme aux standards, tout en pointant des marges d'amélioration.

Un point critique pour le Survivorship est la question des **délais**, car ils reflètent à la fois l'accessibilité du système et sa capacité de coordination. Des travaux menés au Maroc décrivent des délais parfois très prolongés, notamment pour l'accès à la radiothérapie postopératoire, ce qui est susceptible d'impacter à la fois le contrôle loco-régional et le vécu des patientes (fatigue, anxiété, désorganisation sociale, perte d'adhésion au suivi).

Enfin, la qualité du suivi dépend fortement de la **pluridisciplinarité**. L'évaluation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) dans le contexte marocain souligne l'intérêt de ce dispositif pour harmoniser les décisions et réduire la variabilité, mais renvoie aussi à des exigences d'organisation, de traçabilité et de disponibilité de l'information clinique.(158)

3. Traduction en SURVIVORSHIP: à quoi doit ressembler un suivi « pattern-of-care compatible » ?

Dans une perspective PoC, un bon Survivorship n'est pas seulement un calendrier de consultations : c'est un **modèle de suivi structuré**, avec objectifs et indicateurs.

3.1 Un suivi stratifié selon le risque (tumeur + traitements + patiente) :

Le rapport PoC de l'IARC insiste sur l'amélioration du staging et du profilage moléculaire, ce qui ouvre la voie à une stratification plus fine du risque.

Concrètement, cela implique d'adapter le suivi selon :

- Le stade initial et les facteurs pronostiques,
- Le sous-type (luminal, her2, triple négatif),
- Les traitements reçus (anthracyclines, anti-her2, hormonothérapie prolongée, irradiation ganglionnaire),
- Les vulnérabilités (âge, comorbidités, précarité, distance géographique).(159)

3.2 Un SURVIVORSHIP care plan” minimal et traçable :

Même lorsqu'il n'existe pas un document unique standardisé partout, le principe PoC est de rendre le suivi **reproductible**. Un plan minimal comprend :

- résumé du diagnostic (stade, histologie, récepteurs),
- résumé des traitements (dates, doses cumulées, champs d'irradiation),
- surveillance recommandée (clinique + imagerie),
- dépistage/prise en charge des effets tardifs (lymphœdème, cardiotoxicité, santé osseuse, sexualité, fertilité),
- signaux d'alerte (symptômes nécessitant une consultation rapide),
- modalités de coordination (oncologie, gynécologie, médecine générale, soins de support).(160)

3.3 Soins de support intégrés : du “bonus” à un standard de qualité :

Le PoC met en évidence que la performance d'un système ne se juge pas uniquement sur l'accès à la chirurgie/chimiothérapie, mais aussi sur l'aval : rééducation, psycho-oncologie, prise en charge de la douleur, accompagnement social. Les orientations nationales

(plan cancer) visent justement la consolidation de la qualité des soins et l'amélioration de l'offre sur l'ensemble du parcours, ce qui inclut implicitement le Survivorship.

4. Référentiels marocains et “standard of care” : articulation pratique

Au Maroc, plusieurs documents professionnels contribuent à encadrer les pratiques (protocoles thérapeutiques, référentiels). Le guide des protocoles en oncologie diffusé par une structure professionnelle nationale illustre cette dynamique de standardisation des schémas et de mise à jour des options thérapeutiques disponibles.

Même si ces documents sont principalement centrés sur la phase active de traitement, ils sont fondamentaux pour le Survivorship car **la nature des traitements conditionne les risques tardifs** (cardiotoxicité, neuropathies, troubles cognitifs, ménopause iatrogène, complications cutanées post-irradiation, etc.) et donc le contenu du suivi.(161)

5. Implications et pistes d'amélioration (lecture PoC appliquée au SURVIVORSHIP)

En synthèse, les données marocaines suggèrent que les progrès de la prise en charge (meilleure couverture, meilleur bilan diagnostique, réduction de certains délais) créent les conditions d'un survivorship plus solide, mais plusieurs leviers restent prioritaires :

- **Renforcer l'aval du parcours** : formalisation du plan de suivi, relais vers la médecine générale, accès aux soins de support.
- **Réduire les délais résiduels** (notamment radiothérapie) et améliorer la coordination inter-niveaux (primaire ↔ centres de détection ↔ oncologie), explicitement recommandés dans les conclusions opérationnelles du rapport PoC IARC.
- **Institutionnaliser des indicateurs de qualité** orientés Survivorship : proportion de patientes ayant une mammographie annuelle, dépistage/prise en charge du lymphœdème, évaluation cardio-oncologique si traitements cardiotoxiques, accès à la psycho-oncologie, délai de prise en charge d'un symptôme suspect.
- **Pérenniser la pluridisciplinarité** via la RCP et la traçabilité, car c'est un facteur de standardisation des décisions et de cohérence du suivi. (162)

II. RECOMMANDATIONS :

L'intégration du concept de Survivorship dans la prise en charge des patientes traitées pour cancer du sein au sein de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech s'inscrit pleinement dans les orientations du programme national de prévention et de contrôle du cancer, qui vise à améliorer non seulement la survie, mais également la qualité de vie des patients après traitement. Dans ce cadre institutionnel spécifique, caractérisé par une organisation structurée, une population prise en charge souvent active sur le plan professionnel et une forte exigence fonctionnelle, la mise en place d'un parcours de Survivorship adapté apparaît comme une priorité stratégique.

Ce parcours devrait débiter par une consultation post-thérapeutique dédiée, intégrée au suivi oncologique, permettant une évaluation systématique et standardisée des séquelles physiques (douleurs chroniques, lymphœdème, limitations fonctionnelles), psychologiques (anxiété, troubles de l'humeur, peur de récurrence), sexuelles et socio-professionnelles. L'approche multidisciplinaire, déjà facilitée par l'environnement hospitalo-militaire, pourrait être renforcée par une collaboration étroite entre oncologues, chirurgiens, médecins de rééducation fonctionnelle, psychologues, infirmiers spécialisés et services sociaux, afin d'assurer une continuité des soins et une orientation rapide vers des prises en charge ciblées.

Dans notre contexte, la dimension professionnelle revêt une importance particulière, justifiant l'intégration systématique de la médecine du travail militaire dans le suivi des survivantes, avec pour objectif d'évaluer l'aptitude, d'adapter les postes de travail et de favoriser une réintégration professionnelle progressive et sécurisée.

Par ailleurs, la prise en compte des troubles de l'image corporelle et de la sexualité, encore insuffisamment abordés en pratique, nécessite une sensibilisation spécifique des soignants et la mise en place d'un espace de parole adapté, respectueux des valeurs culturelles, afin d'améliorer le bien-être psycho-social des patientes. Enfin, l'inscription de ces actions dans une démarche institutionnelle alignée sur les politiques nationales permettrait à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech de constituer un centre pilote régional

en matière de Survivorship, contribuant ainsi à l'amélioration globale de la qualité de vie des patientes traitées pour cancer du sein au Maroc.

1. Implications pratiques – Adaptation HMA Marrakech

Dans le cadre de l'Hôpital Militaire Avicenne, la prise en charge du Survivorship pourrait s'appuyer sur l'environnement organisationnel hospitalo-militaire (coordination, traçabilité, circuit de consultation) pour formaliser un parcours post-cancer. Une consultation dédiée de fin de traitement, intégrée au suivi oncologique, permettrait de dépister de manière standardisée les séquelles, la détresse psychologique et les troubles sexuels. La collaboration avec la médecine du travail militaire représente un levier spécifique afin d'évaluer l'aptitude, d'adapter les postes et de favoriser une reprise progressive et sécurisée, en cohérence avec les exigences fonctionnelles propres à la population suivie.

L'objectif est de réduire la chronicisation des séquelles, d'améliorer la qualité de vie et d'optimiser l'observance (notamment de l'hormonothérapie), en intégrant des soins de support ciblés (rééducation, psycho-oncologie, éducation thérapeutique, orientation sociale).

2. Recommandations opérationnelles hiérarchisées adaptées à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech :

Court terme (0-1 an) :

- Instaurer une consultation de fin de traitement dédiée au survivorship en oncologie mammaire
- Utiliser des outils simples de dépistage des séquelles physiques et psychologiques
- Sensibiliser les oncologues et infirmiers à l'identification des troubles sexuels et psycho-sociaux
- Formaliser la collaboration avec la médecine du travail militaire pour la reprise professionnelle

Moyen terme (1-3 ans) :

- Créer une consultation multidisciplinaire de Survivorship (oncologie, psychologie, rééducation, social)

- Mettre en place des protocoles internes de suivi post-cancer standardisés
- Développer des programmes d'éducation thérapeutique pour les survivantes
- Renforcer l'accès à la rééducation fonctionnelle et à la prise en charge du lymphœdème

Long terme (>3 ans) :

- Structurer un programme institutionnel de Survivorship intégré au projet médical de l'hôpital
- Positionner l'Hôpital Militaire Avicenne comme centre de référence régional
- Encourager la recherche clinique nationale sur la qualité de vie post-cancer
- Participer à l'élaboration de recommandations nationales marocaines sur le Survivorship.

L'intégration du Survivorship au sein de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech représente une opportunité stratégique pour aligner les objectifs de survie oncologique avec les exigences de qualité de vie, de fonctionnalité et de réintégration socio-professionnelle, en cohérence avec les priorités nationales de santé.

3. Recommandations nationales et internationales du SURVIVORSHIP :

Définitions et périmètre du SURVIVORSHIP

Le Survivorship correspond à la phase du parcours de soins qui débute dès le diagnostic et se poursuit tout au long de la vie. Dans la pratique, les besoins deviennent particulièrement structurants après la fin des traitements primaires (chirurgie ± radiothérapie ± traitements systémiques), période durant laquelle les survivantes cumulent : (i) risque de rechute/second cancer, (ii) effets tardifs et séquelles, (iii) détresse psychosociale et troubles sexuels, (iv) enjeux de réinsertion sociale et professionnelle.

Le rapport de l'Institute of Medicine (IOM) « From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition » a contribué à formaliser ce champ en recommandant notamment : la coordination des soins, l'intégration des soins de support, et la remise d'un plan de soins de Survivorship (Survivorship Care Plan, SCP).(163)

Recommandations internationales – Synthèse opérationnelle

a. Suivi clinique et surveillance

Les recommandations internationales convergent vers une surveillance centrée sur l'examen clinique, la mammographie et la prise en charge des symptômes, en évitant les examens systématiques non indiqués chez les patientes asymptomatiques.

Un schéma fréquemment repris (ACS/ASCO) propose : examen clinique et interrogatoire tous les 3–6 mois pendant 3 ans, tous les 6–12 mois les 2 années suivantes, puis annuel. La mammographie est recommandée annuellement après traitement conservateur (et selon contexte pour le sein controlatéral). Les intervalles doivent être individualisés selon le risque, les traitements reçus et les besoins.(164)

b. Plans de soins de SURVIVORSHIP (SCP) et coordination

Les recommandations (IOM, ASCO) insistent sur la remise d'un SCP comprenant : un résumé de traitement, un plan de suivi (surveillance/consultations), les risques d'effets tardifs, les signaux d'alerte, les mesures de prévention et les ressources de soins de support.

Le SCP sert d'outil de transition et de coordination entre oncologie, médecine générale et autres spécialités (cardiologie, gynécologie, rééducation, psychologie, médecine du travail).(165)

c. Gestion des effets tardifs et soins de support

Les recommandations NCCN Survivorship structurent la prise en charge autour de modules : fatigue, douleur, santé sexuelle et fertilité, troubles cognitifs, anxiété/dépression/détresse, sommeil, activité physique et nutrition, prévention cardiovasculaire, santé osseuse, lymphœdème et limitations fonctionnelles.

L'objectif opérationnel est de dépister de manière systématique (outils standardisés) et d'orienter vers des interventions graduées : éducation, prise en charge non médicamenteuse, traitements ciblés, rééducation, psycho-oncologie.(166)

d. ESMO : suivi, qualité de vie et empowerment

ESMO met l'accent sur la qualité de vie, l'information du patient, et la planification du suivi. Les supports patients ESMO de Survivorship proposent des modèles de planification

(calendrier de visites, examens, signes d'alerte) et encouragent l'autonomisation (self-management) et le repérage précoce des effets tardifs.(167)

e. **Cadre national au Maroc – leviers existants**

Le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) 2020-2029 met en avant une approche intégrée centrée sur le patient, incluant l'amélioration de la qualité des soins, le renforcement du suivi et le déploiement d'outils de coordination. La Fondation Lalla Salma a porté des actions structurantes (plans nationaux, guides, centres d'oncologie, programmes de dépistage). Sur le plan thérapeutique, des guides nationaux (ex. AMFROM) contribuent à harmoniser les protocoles. La composante Survivorship peut s'appuyer sur ces acquis, avec une formalisation standardisée et mesurable.(168)

4. Protocole national de SURVIVORSHIP – Proposition (adaptation HMA Avicenne – Marrakech)

4.1 Objectifs

Objectif général : améliorer la qualité de vie et la continuité de soins des patientes traitées pour cancer du sein en réduisant la charge des effets tardifs, la détresse psychologique et les difficultés de réintégration.

Objectifs spécifiques :

- Remise d'un SCP à la consultation de clôture.
- Dépistage systématique : détresse, fatigue, douleur, lymphœdème, troubles sexuels, risque osseux et cardio-vasculaire.
- Filières rapides de soins de support.
- Pilotage par indicateurs qualité.

4.2 Organisation et gouvernance (HMA)

- Consultation de clôture (T0) : oncologue/chirurgien + infirmier(ère) de coordination.
- Cellule Survivorship HMA (réunion mensuelle) : oncologie, chirurgie, radiothérapie, psychologie/psychiatrie, rééducation/kinésithérapie, gynécologie, cardiologie, endocrinologie/rhumatologie, médecine du travail, service social.
- Registre survivorship : traçabilité des dépistages, orientations et indicateurs.

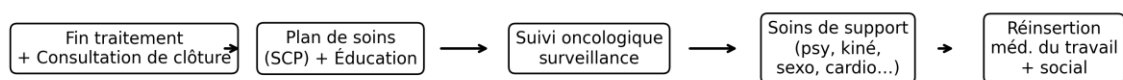


Figure 57 : Parcours de SURVIVORSHIP- modèle opérationnel proposé (HMA Marrakech)

4.3 Parcours clinique standardisé:

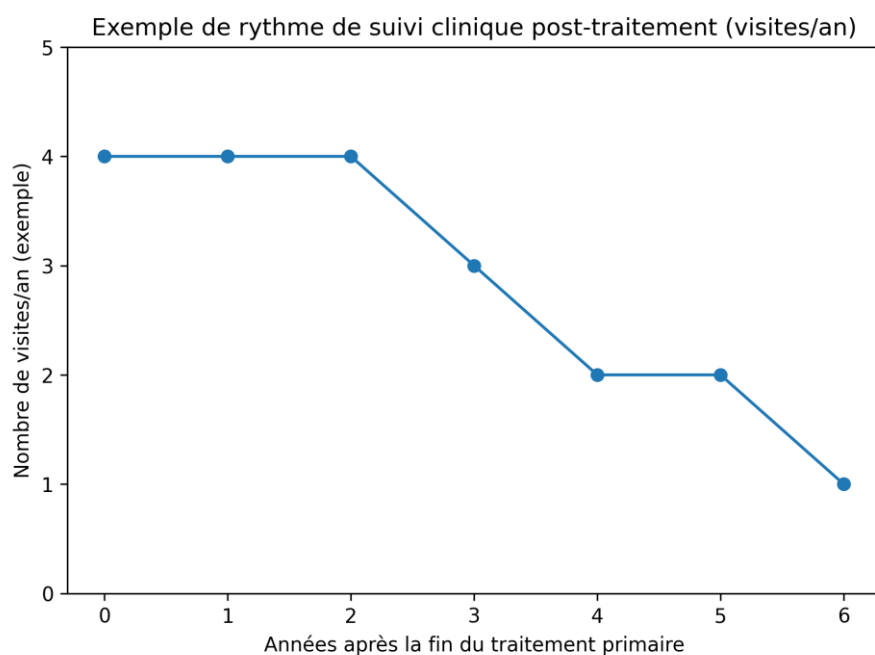


Figure 58 : Exemple de calendrier de suivi clinique (à individualiser).

Étape 1 – T0 (fin de traitement primaire) :

- 1) Résumé thérapeutique + toxicités.
- 2) Plan de surveillance (calendrier, mammographie annuelle).
- 3) Dépistage initial des effets tardifs.
- 4) Orientations soins de support.

Étape 2 – Suivi :

- Années 1-3 : tous les 3-6 mois.
- Années 4-5 : tous les 6-12 mois.
- Après 5 ans : annuel.

La surveillance est centrée sur interrogatoire/examen clinique et mammographie annuelle ; les examens complémentaires sont guidés par la clinique et les risques liés aux traitements. (Voir Annexes .)

4.4 Modules de soins (algorithmes)

- A. **Lymphœdème / limitation fonctionnelle** : dépistage systématique + prévention + kinésithérapie.
- B. **Fatigue** : correction causes + activité physique adaptée.
- C. **Douleur** : évaluation (nociceptive/neuropathique) + prise en charge multimodale.
- D. **Détresse / peur de récurrence** : dépistage standardisé + psycho-oncologie.
- E. **Sexualité** : question systématique + mesures locales + orientation gynécologie/sexologie.
- F. **Santé osseuse** : évaluation risque (IA/ménopause induite) + prévention + DEXA selon risque.
- G. **Cardio** : patientes à risque (anthracyclines/anti-HER2) : évaluation et suivi cardiologique.

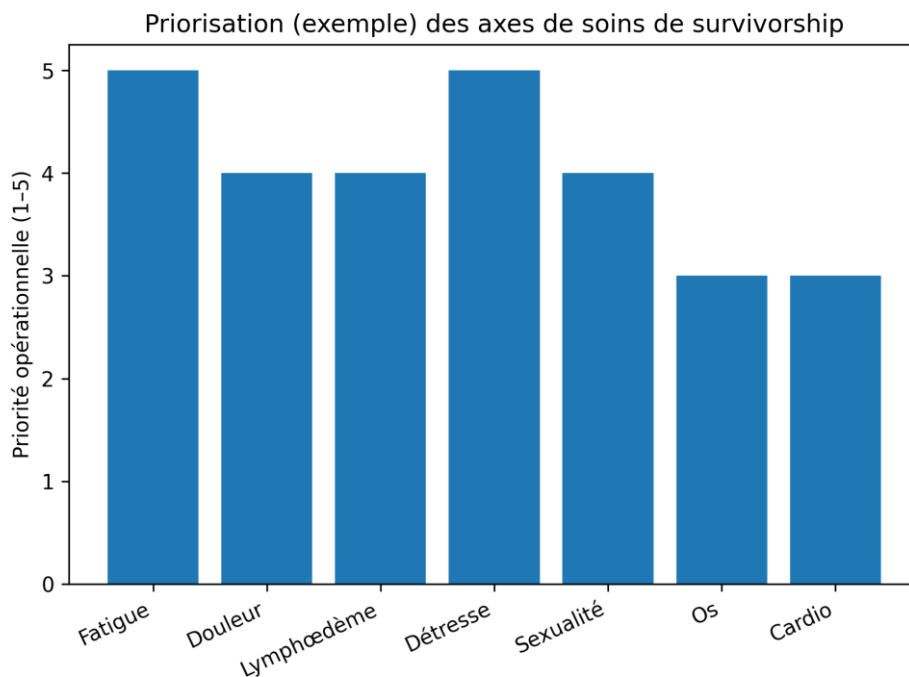


Figure 59 : Priorisation des axes de soins de SURVIVORSHIP exemple)

4.5 Réinsertion socio-professionnelle (spécificité HMA)

- Médecine du travail : évaluation d'aptitude, reprise progressive, aménagement du poste.
- Service social : aides, transport, droits.
- Objectif : réduire la précarisation et améliorer l'observance (hormonothérapie), en cohérence avec les contraintes professionnelles.

4.6 Indicateurs qualité

Indicateurs recommandés :

- % SCP remis
- %évaluation détresse documentée
- %dépistage lymphœdème
- %conseil sexualité
- %suivi cardio chez patientes à risque
- Scores QoL (EORTC QLQ-C30/BR23) à T0, 12 mois, 24 mois.

CONCLUSION

L'amélioration progressive des stratégies diagnostiques et thérapeutiques du cancer du sein au Maroc a conduit à une augmentation notable du nombre de patientes vivant au-delà de la phase aiguë de la maladie, faisant émerger le concept de Survivorship comme un enjeu central de santé publique. Cette phase post-traitement ne saurait être réduite à l'absence de récurrence, mais englobe un ensemble complexe de problématiques physiques, psychologiques, sociales et professionnelles qui conditionnent durablement la qualité de vie des survivantes.

La toxicité des traitements constitue l'un des déterminants majeurs de ce vécu post-cancer. Les séquelles liées à la chirurgie (douleurs chroniques, troubles de la sensibilité, lymphœdème, altération de l'image corporelle), à la chimiothérapie (fatigue persistante, neuropathies périphériques, troubles cognitifs dits « chemobrain », infertilité) ou à la radiothérapie (fibroses, troubles cutanés, limitation fonctionnelle) peuvent persister plusieurs années après la fin des soins actifs. L'hormonothérapie prolongée, bien qu'essentielle sur le plan pronostique, est fréquemment associée à des effets indésirables chroniques : bouffées de chaleur, arthralgies, troubles de la sexualité, ostéoporose, susceptibles d'altérer l'observance thérapeutique et le bien-être global. Dans notre contexte marocain, ces toxicités sont parfois sous-évaluées en raison d'un suivi post-thérapeutique encore largement centré sur la surveillance oncologique au détriment d'une approche fonctionnelle et symptomatique structurée.

La qualité de vie des survivantes apparaît étroitement liée à l'intensité de ces séquelles, mais également au retentissement psychologique durable de la maladie, incluant la peur de récurrence, l'anxiété chronique, les troubles dépressifs et la fragilisation de l'estime de soi. Les travaux nationaux soulignent l'importance du soutien familial et social dans les mécanismes d'adaptation, tout en mettant en évidence une insuffisance de recours formalisé aux soins psycho-oncologiques. Cette situation renforce la nécessité d'intégrer, dans les parcours de soins marocains, des programmes structurés de suivi psychologique et d'éducation thérapeutique dans la phase d'après-cancer.

La réintégration sociale et professionnelle constitue un autre pilier fondamental du Survivorship. De nombreuses patientes font face à des difficultés de reprise d'activité liées à

la fatigue persistante, aux limitations physiques, à la stigmatisation sociale ou à la précarité économique aggravée par la maladie. Dans un pays où une proportion importante de femmes exerce dans le secteur informel, l'absence de protection sociale complète peut majorer la vulnérabilité financière post-traitement. La réadaptation professionnelle, l'accompagnement social et la reconnaissance des limitations fonctionnelles restent encore insuffisamment structurés dans la pratique courante, soulignant l'intérêt de développer des consultations dédiées au retour au travail, impliquant assistantes sociales, médecins du travail et équipes soignantes.

Sur le plan conjugal et intime, le cancer du sein et ses traitements peuvent profondément modifier la dynamique du couple. Les altérations corporelles liées à la mastectomie, les troubles de la sexualité induits par les traitements hormonaux, ainsi que la charge émotionnelle de la maladie influencent la vie affective et sexuelle des patientes. Dans le contexte socioculturel marocain, ces thématiques demeurent parfois peu abordées en consultation, alors qu'elles représentent une source majeure de souffrance silencieuse. Une approche plus ouverte, intégrant le conjoint lorsque cela est souhaité et des espaces de parole dédiés, apparaît indispensable pour restaurer la communication et soutenir la reconstruction identitaire après la maladie.

Ainsi, la discussion de nos résultats s'inscrit dans une vision élargie de la prise en charge du cancer du sein au Maroc, qui doit dépasser la seule dimension curative pour intégrer pleinement les enjeux du long terme. Le développement de programmes nationaux de Survivorship, incluant une surveillance structurée des toxicités tardives, un accompagnement psychologique continu, des dispositifs d'aide à la réinsertion sociale et professionnelle et une prise en compte explicite de la santé sexuelle et conjugale, représente une perspective majeure d'amélioration des soins. Dans des structures hospitalières de référence telles que les centres universitaires et militaires, la mise en place de consultations multidisciplinaires dédiées à l'après-cancer pourrait constituer un levier essentiel pour répondre à ces besoins complexes et encore insuffisamment couverts.

En définitive, le Survivorship des patientes traitées pour cancer du sein au Maroc apparaît comme un champ en pleine émergence, nécessitant une approche coordonnée, centrée sur la patiente, et intégrée aux politiques nationales de lutte contre le cancer, afin de garantir non seulement une survie prolongée, mais surtout une vie après cancer de qualité, socialement et psychologiquement soutenable.



RESUMÉS

Résumé

Introduction :

Le cancer du sein représente un enjeu majeur de santé publique au Maroc, où il constitue le cancer le plus fréquent et la première cause de décès par cancer chez la femme. Grâce aux progrès thérapeutiques, le taux de survie ne cesse d'augmenter, faisant émerger une population croissante de survivantes. Le concept de "survivorship" englobe l'ensemble des séquelles physiques, psychologiques, sociales et professionnelles vécues après la fin des traitements actifs. Cette étude vise à analyser la qualité de vie et les défis de réintégration des patientes traitées pour cancer du sein à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée sur 4 ans (janvier 2021 à décembre 2024), incluant 50 patientes traitées pour cancer du sein avec confirmation histologique. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux via une fiche d'exploitation standardisée, et la qualité de vie a été évaluée à l'aide des questionnaires validés EORTC QLQ-C30 et BREAST-Q BR-45, explorant les dimensions physique, psychologique, sexuelle et sociale.

Résultats :

L'âge médian était de 50-59 ans (26,5%), avec une majorité de patientes mariées (73%), sans profession (63%) et de niveau socio-économique moyen (89,8%). Le carcinome canalaire infiltrant prédominait (85%), avec un grade SBR3 (53,2%) et un stade BI-RADS 5 (35%) au diagnostic. Sur le plan thérapeutique, 62% ont reçu une chimiothérapie néoadjuvante, 39% ont bénéficié d'un curage ganglionnaire, et 20% d'une reconstruction mammaire. L'évaluation psychologique a révélé une prévalence très élevée de syndrome anxio-dépressif (>70%), de troubles du sommeil et d'insatisfaction de l'image corporelle. Les scores de qualité de vie étaient significativement altérés : plus de 50% des patientes présentaient un score fonctionnel bas (1-30 points) et un score symptomatique élevé (>60 points), témoignant de la toxicité thérapeutique persistante. Les difficultés de réintégration concernaient tous les domaines :

social (isolement), familial (ambivalence du soutien), sexuel (tabou et souffrance silencieuse) et professionnel (précarité et inadaptation des postes).

Conclusion :

Cette étude met en évidence que la survie prolongée ne s'accompagne pas systématiquement d'une qualité de vie satisfaisante dans le contexte marocain. La fréquence élevée des séquelles psychologiques et des difficultés de réintégration souligne la nécessité d'un changement de paradigme vers une prise en charge globale et multidisciplinaire du survivorship. Le développement de programmes nationaux structurés, incluant un suivi post-cancer standardisé, un soutien psycho-social et une aide à la réinsertion professionnelle, apparaît indispensable pour améliorer la qualité de vie des milliers de Marocaines ayant vaincu un cancer du sein.

Abstract

Introduction:

Breast cancer represents a major public health issue in Morocco, where it is the most common cancer and the leading cause of cancer-related death among women. Thanks to therapeutic advances, the survival rate is continuously increasing, leading to a growing population of survivors. The concept of "survivorship" encompasses all the physical, psychological, social, and professional sequelae experienced after the end of active treatments. This study aims to analyze the quality of life and reintegration challenges of patients treated for breast cancer at the Avicenne Military Hospital in Marrakech.

Materials and Methods:

This is a retrospective descriptive study conducted over 4 years (January 2021 to December 2024), including 50 patients treated for breast cancer with histological confirmation. Data were collected from medical records using a standardized data collection form, and quality of life was assessed using the validated EORTC QLQ-C30 and BREAST-Q BR-45 questionnaires, exploring physical, psychological, sexual, and social dimensions.

Results:

The median age was 50–59 years (26.5%), with a majority of married patients (73%), unemployed (63%), and of medium socio-economic status (89.8%). Invasive ductal carcinoma predominated (85%), with SBR grade 3 (53.2%) and BI-RADS stage 5 (35%) at diagnosis. Therapeutically, 62% received neoadjuvant chemotherapy, 39% underwent lymph node dissection, and 20% had breast reconstruction. Psychological evaluation revealed a very high prevalence of anxiety-depressive syndrome (>70%), sleep disorders, and body image dissatisfaction. Quality of life scores were significantly impaired: over 50% of patients had a low functional score (1–30 points) and a high symptomatic score (>60 points), reflecting persistent therapeutic toxicity. Reintegration difficulties concerned all areas: social (isolation),

family (ambivalent support), sexual (taboo and silent suffering), and professional (job insecurity and inadequate working conditions).

Conclusion:

This study highlights that prolonged survival is not systematically accompanied by a satisfactory quality of life in the Moroccan context. The high frequency of psychological sequelae and reintegration difficulties underscores the need for a paradigm shift towards comprehensive and multidisciplinary survivorship care. The development of structured national programs, including standardized post-cancer follow-up, psycho-social support, and assistance with professional reintegration, appears essential to improve the quality of life for the thousands of Moroccan women who have overcome breast cancer

ملخص

مقدمة :

يمثل سرطان الثدي تحديًا كبيرًا للصحة العامة في المغرب، حيث يعتبر الأكثر شيوعًا والسبب الرئيسي للوفيات المرتبطة بالسرطان لدى النساء. بفضل التقدم العلاجي، يستمر معدل البقاء على قيد الحياة في الارتفاع، مما يؤدي إلى ظهور مجموعة متزايدة من الناجيات. يغطي مفهوم "البقاء على قيد الحياة بعد العلاج" جميع الآثار الجانبية الجسدية والنفسية والاجتماعية والمهنية التي تعاني منها المريضات بعد انتهاء العلاجات النشطة. تهدف هذه الدراسة إلى تحليل جودة الحياة وتحديات إعادة الاندماج للمريضات المعالجات من سرطان الثدي في المستشفى العسكري بايعكاد بمراكش.

المواد والطرق:

هذه دراسة وصفية استيعابية أجريت على مدى 4 سنوات (يناير 2021 إلى ديسمبر 2024)، شملت 50 مريضة عولجن من سرطان الثدي مع تأكيد نسيجي. تم جمع البيانات من الملفات الطبية باستخدام استمارة استبيان موحدة، وتم تقييم جودة الحياة باستخدام استبيانات EORTC QLQ-C30 و BREAST-Q BR-45 المعتمدة، لاستكشاف الأبعاد الجسدية والنفسية والجنسية والاجتماعية.

النتائج:

كان العمر الوسيط يتراوح بين 50-59 سنة (26.5%)، مع غالبية من المريضات المتزوجات (73%)، وغير العاملات (63%)، وذوات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتوسط (89.8%). ساد سرطان الأبنية الغازية (85%)، بدرجة (53.2%) SBR3 والمرحلة (35%) BI-RADS 5 عند التشخيص. من الناحية العلاجية، تلقت 62% علاجًا كيميائيًا مساعدًا جديدًا، وخضعت 39% لتشريح العقد اللمفاوية، وأجريت 20% عملية ترميم الثدي. كشف التقييم النفسي عن انتشار مرتفع جدًا لمتلازمة القلق والاكتئاب (>70%)، واضطرابات النوم، وعدم الرضا عن صورة الجسد. كانت نتائج جودة الحياة منخفضة بشكل ملحوظ: أكثر من 50% من المريضات حصلن على درجة وظيفية منخفضة (1-30 نقطة) ودرجة أعراض مرتفعة (>60 نقطة)، مما يعكس السمية العلاجية المستمرة. تعلقت صعوبات إعادة الاندماج بجميع المجالات: الاجتماعي (العزلة)، والأسري (الدعم المتناقض)، والجنسي (المعاناة الصامتة والتأب)، والمهني (هشاشة الوضعية المهنية وعدم ملائمة المناصب).

استنتاج:

تظهر هذه الدراسة أن البقاء على قيد الحياة لفترة طويلة لا يصاحبه بالضرورة جودة حياة مرضية في السياق المغربي. يؤكد الارتفاع الكبير في الآثار النفسية وصعوبات إعادة الاندماج على ضرورة التحول نحو رعاية شاملة ومتعددة التخصصات للناجيات. يبدو أن تطوير برامج وطنية منظمة، تتضمن متابعة موحدة بعد السرطان، ودعمًا نفسيًا واجتماعيًا، ومساعدة في إعادة الإدمج المهني، أمرًا ضروريًا لتحسين جودة الحياة لآلاف المغربيات اللواتي تغلبن على سرطان الثدي.



Annexe 1 : Rappel anatomique

I. Rappel anatomique :

1. Anatomie du sein :

L'anatomie du sein comprend la peau, la graisse, le tissu fibroglandulaire, le tissu mammaire (canaux, lobules et tissus fibreux de soutien), et les structures neurovasculaires, toutes situées au-dessus de la paroi thoracique .

Le sein repose sur la face antérieure de la paroi thoracique, de la deuxième à la sixième côte . Ses limites anatomiques sont la deuxième ou troisième côte en haut et le pli sous-mammaire en bas . Transversalement, le sein s'étend du bord latéral du sternum médialement à la ligne médio-axillaire latéralement .

Plus en profondeur, environ deux tiers du sein repose sur le muscle grand pectoral . En bas, il s'étend sur la partie supérieure de la gaine du muscle grand droit de l'abdomen et, sur le muscle serratus en haut .

Le mamelon est généralement situé en regard du quatrième espace intercostal chez la femme nullipare, mais lorsque les seins sont pendants, sa position devient inconstante.

Le sein est entièrement contenu dans le fascia superficialis, dont la couche sous-cutanée se situe immédiatement dans la profondeur du derme . C'est dans ce plan que les lambeaux cutanés sont soulevés lors de la mastectomie.(50)

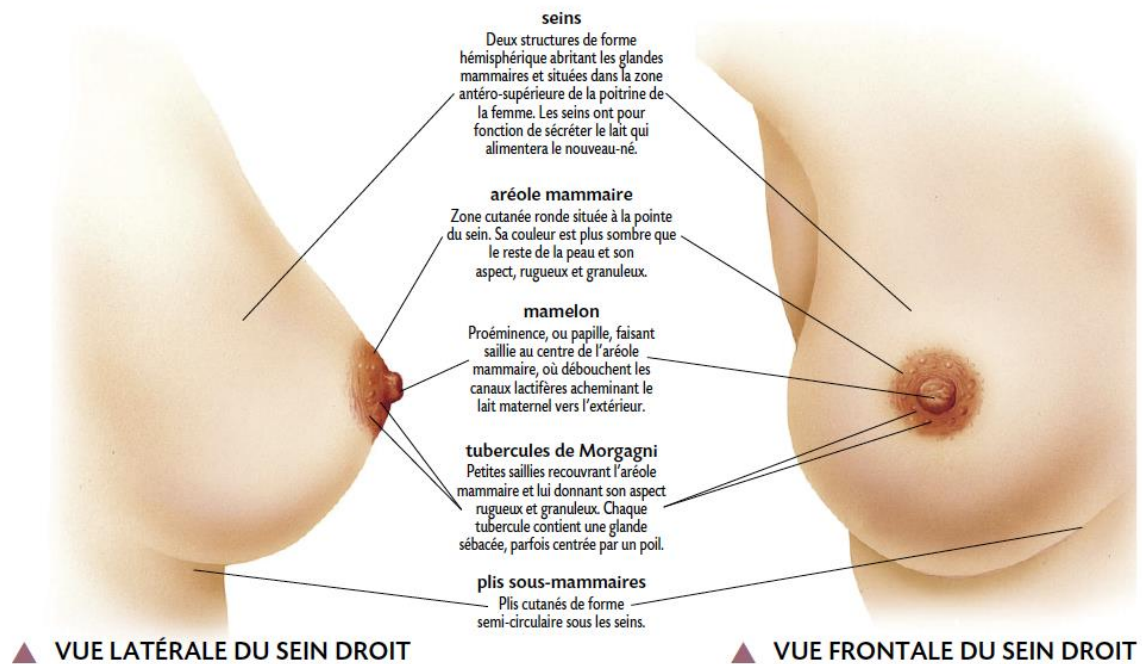


Figure 36 : vues frontale et latérale du sein droit(52)

Constitution :

La glande mammaire est une glande cutané-exocrine modifiée, composée de peau et de tissu sous-cutané, de parenchyme mammaire ou tissu glandulaire, d'un stroma de soutien, de tissu adipeux interposé dans un réseau complexe de ligaments, nerfs, artères, veines et vaisseaux lymphatiques.

La peau :

L'étui cutané du sein est d'épaisseur variable : la peau est plus épaisse à la périphérie de la glande et au niveau du sillon sous-mammaire, et très fine au pourtour de l'aréole où elle est étroitement liée à la glande par des tractus fibreux, sans interposition de tissu graisseux, et doublée de plus par un muscle peaucier, le « muscle mamillaire », fait de fibres circulaires prédominantes et de fibres radiées moins abondantes.

Ceci est à prendre en compte lors des interventions de désépidermisation, qui doivent être plus prudentes et superficielles à mesure que l'on s'approche de l'aréole.

Ceci retentit également sur la qualité et la stabilité du résultat d'un geste de chirurgie plastique, et plus particulièrement lors de la correction des hypertrophies et des ptoses . En

effet, plus la peau sera fine, meilleur sera le résultat morphologique, avec des cicatrices certes plus courtes en cas de réduction de l'étui cutané, mais volontiers hypertrophiques .Cependant, lorsque la peau est fine, avec un derme aminci, la stabilité morphologique du résultat est compromise, avec un plus grand risque de récurrence de la ptose. En revanche, dans ce cas, les cicatrices seront plus fines .

Le tissu glandulaire :

Le tissu glandulaire est fait d'acini regroupés de manière serrée, constituant des unités de base « lobules » autour de canaux alvéolaires dans lesquels ils se jettent . Les canaux alvéolaires se drainent dans un canal intra-lobulaire. Les lobules sont groupés autour d'un même canal intra-lobulaire, formant ainsi un lobe mammaire.

Chaque canal galactophore présente à sa terminaison un renflement « sinus lactifère » et convergent tous vers le mamelon où ils débouchent par les pores galactophores.

La constitution du sein fait que les éléments glandulaires prédominent à la périphérie, tandis que les éléments excréteurs et le tissu conjonctif prédominent à la partie centrale de la glande . Le tissu glandulaire lui-même n'est pas réparti de façon homogène : l'essentiel du tissu glandulaire est concentré dans le quadrant supéro-externe. Cette répartition hétérogène expliquerait la localisation fréquente des cancers du sein et de la majorité des pathologies bénignes du sein à ce niveau.

Le tissu adipeux :

Son origine ectodermique explique qu'il soit intriqué avec le tissu adipeux sous-cutané . La quantité de tissu adipeux est variable au sein même du tissu glandulaire, en fonction du degré de surcharge graisseuse générale, de l'âge, de la grossesse et de l'allaitement.

L'épaisseur du pannicule adipeux sous-cutané est également variable : elle diminue de la périphérie vers la région aréolaire, où la glande n'est plus séparée des téguments, de l'aréole et du mamelon que par un peu de tissu conjonctif et par le muscle aréolaire . Plus en arrière, l'épaisseur du tissu adipeux est moins importante ; il reste de toute manière intriqué avec le tissu glandulaire et est situé en avant du fascia superficialis.

🌈 Tissu conjonctif :

Contrairement à certaines affirmations, la glande mammaire ne possède pas de capsule fibreuse proprement dite . Elle est contenue dans l'épaisseur même du fascia superficialis, qui émet des bandes de tissu conjonctif qui attachent la peau aux éléments sous-jacents. Ces prolongements perpendiculaires à la peau se terminent dans le derme : ce sont les ligaments de Cooper .(51)

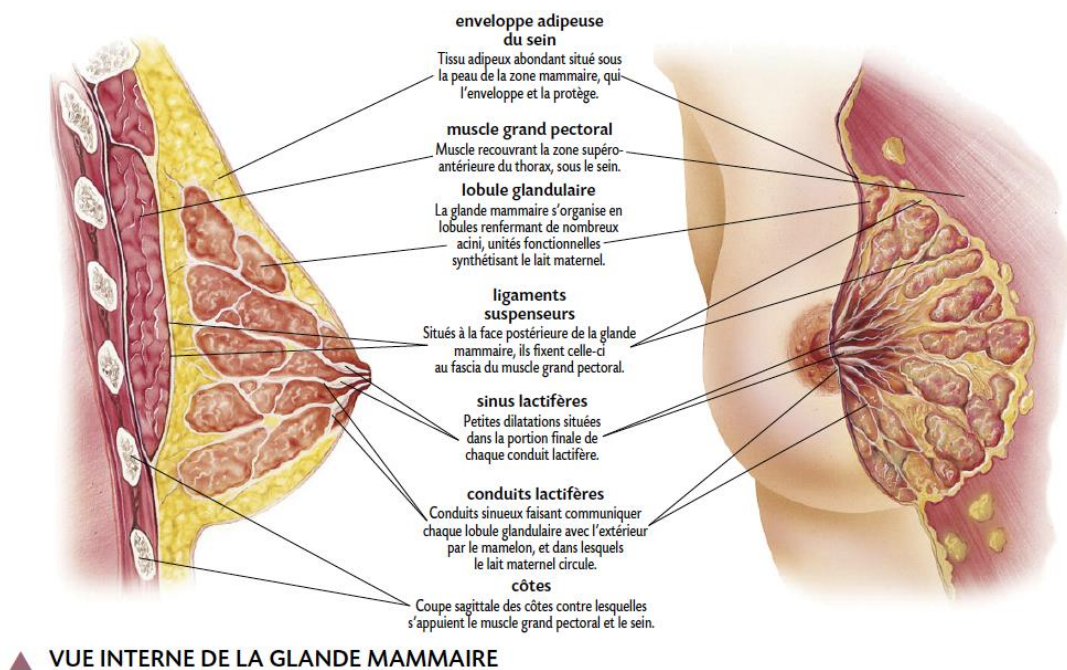


Figure 37 : vue interne de la glande mammaire (52)

L'attraction et l'envahissement des ligaments de Cooper par le développement d'un processus néoplasique sous-jacent rendent compte des phénomènes de peau d'orange, justifiant le préjudice cutané en regard de la lésion .

L'absence de cloison fibreuse antérieure est l'une des raisons pour lesquelles la mammectomie sous-cutanée est tant décriée. Lorsque la patiente est mince et que le tissu glandulaire est prédominant au sein de la glande, il est relativement aisé de trouver le plan de clivage entre pannicule adipeux sous-cutané proprement dit et tissu glandulaire . Ce plan artificiel est plus difficile à trouver chez une femme dont le sein présente une certaine

involution adipeuse .Bien sûr, les ligaments de Cooper seront conservés, et probablement l'extrémité des crêtes de Duret . C'est pourquoi la mammectomie sous-cutanée constitue un sujet de critique par certains sur le plan carcinologique . À la face postérieure de la glande, le tissu conjonctif de soutien forme une lame plus nette permettant une séparation aisée de l'aponévrose du grand pectoral. Il s'agit du fascia superficialis .

Le fascia superficialis :

La glande mammaire est entièrement contenue entre les deux feuillets du fascia superficialis : l'un pré-glandulaire passant en avant de la glande et l'autre rétro-glandulaire passant en arrière de la glande et la séparant du plan musculaire.

Cependant, la composante pré-glandulaire du fascia superficialis devient difficilement individualisable à mesure que l'on atteint la limite périphérique de la glande en raison de l'existence des crêtes de Duret prolongées par les ligaments de Cooper. Nous conserverons donc la notion que le fascia superficialis passe complètement en arrière de la glande mammaire, ce qui est logique par rapport à son développement embryonnaire et correspond à la réalité chirurgicale :

- Fixité du sillon sous-mammaire par rapport à la peau
- Facilité du clivage chirurgical en arrière de la glande et en avant du muscle grand pectoral

La plaque aréolo-mamelonnaire :

L'aréole, de forme approximativement circulaire et d'un diamètre moyen de 35 à 50 mm, est riche en cellules pigmentaires et est faite exclusivement de derme fibroélastique . Sa surface est irrégulière, hérissée par les tubercules de Morgagni. Par ailleurs, la plaque aréolaire est dédoublée sur sa face interne par le muscle de l'aréole.

L'incision d'une voie d'abord aréolaire arciforme est généralement placée à la limite périphérique, juste au niveau de la zone de changement de coloration entre la plaque aréolaire et le reste de la peau . Bien qu'elle soit peu nette, cette zone laisse une cicatrice généralement de très bonne qualité, qui sera moins visible qu'une cicatrice placée juste à la périphérie, qui risquerait de marquer une limite plus franche que le reste de la circonférence aréolaire . Les

nombreuses variations de coloration de l'aréole présentent également un intérêt lors des tatouages dans les reconstructions d'aréole, car elles offrent plus de variation et permettent d'estomper le pigment en périphérie .

Le mamelon, également appelé papille mammaire, est placé au centre de la plaque aréolaire. Il est de forme et de dimensions variables : étalé, cylindrique, conique ou parfois ombiliqué. À sa surface s'abouchent 15 à 25 canaux galactophores.

L'ombilication permanente et ancienne du mamelon, liée à la brièveté des canaux galactophores, n'a de valeur péjorative que lors de l'allaitement . Le traitement chirurgical de cette ombilication ne sera efficace que lorsque tous les canaux galactophores sont sectionnés . L'apparition d'une ombilication récente et irréductible sera le signe du développement d'un processus pathologique sous-jacent.(53)

Les moyens de fixité du sein :

En fait, le seul système de soutien du sein est représenté par la peau, en raison de ses étroites connexions avec la glande par les ligaments de Cooper . La plaque aréolo-mamelonnaire représente la « clef de voûte » du système : elle est le point de convergence de toutes les cloisons fibreuses intra-glandulaires, et l'endroit où les adhérences entre le tissu glandulaire et la peau sont les plus intimes en raison de l'absence de pannicule adipeux sous-cutané à ce niveau .

L'absence d'autres moyens de soutien efficaces explique que la ptose apparaît lorsque la peau ne supporte plus une distension dépassant les limites d'étirement des fibres élastiques, aggravée par une surcharge pondérale ou par le développement glandulaire d'une grossesse (62)

Vascularisation et drainage lymphatique :

Artères

Les seins sont alimentés par des branches des artères axillaires, thoraciques internes et de certaines artères intercostales. Cette vascularisation est disposée en trois réseaux :

 **Un réseau sous-dermique :** très étendu, il est constitué par un riche réseau anastomotique entre les branches cutanées de l'artère acromio-thoracique et des

branches des artères voisines (sus-claviculaire, scapulaire inférieure et des rameaux perforants de la mammaire interne)

✚ **Un réseau pré-glandulaire** : assuré par les branches antérieure et glandulaire de l'artère mammaire externe, la 3e perforante thoracique de l'artère mammaire interne, et les autres perforantes thoraciques antérieures. Les deux artères principales, externe et interne, s'anastomosent pour constituer le cercle péri-aréolaire . Le réseau pré-glandulaire est largement anastomosé avec le réseau sous-dermique. Il constitue un plexus à larges mailles qui recouvre toute la face antérieure de la glande et envoie des branches en profondeur, perpendiculairement à la surface. Celles-ci cheminent dans les cloisons inter-lobaires et lobulaires et entourent les acini et les galactophores .

✚ **Un réseau rétro-glandulaire** : il est constitué par les rameaux perforants de la branche musculaire profonde de l'artère acromio-thoracique, et les branches perforantes des intercostales internes et externes . Ce réseau rétro-glandulaire est relié aux deux précédents par un réseau anastomotique intra-glandulaire perpendiculaire à la surface qui suit les travées conjonctives inter-lobaires et péri-galactophoriques.(55)

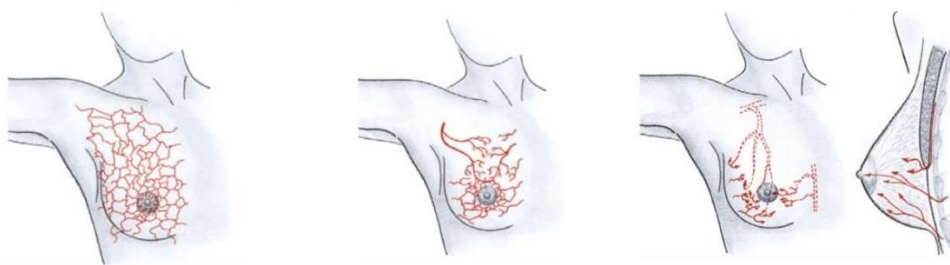


Figure 38 :vascularisation du sein

* Veines :

La glande mammaire est drainée par un double réseau veineux :

Un réseau veineux superficiel sous-cutané formant un cercle péri-mamelonnaire : le Cercle Veineux d'Haller . Ce système étant prépondérant, il est nécessaire de le respecter lors des interventions sans clivage cutanéoglandulaire, et beaucoup moins évident lors de celles avec clivage cutanéoglandulaire, où il faudra éviter toute plicature de la glande.

Un réseau profond qui se draine vers : les veines mammaires externes en dehors, la veine mammaire interne en dedans et les veines intercostales en arrière

Ces deux systèmes communiquent entre eux par les veines perforantes qui cheminent dans les ligaments de Cooper et par les anastomoses intra-glandulaires . La connaissance de l'anatomie du réseau veineux mammaire est importante puisqu'il constitue une voie rapide de métastase par embolie carcinomateuse lors des cancers du sein.

Lymphatiques

Le système de drainage lymphatique du sein est superposable au système artériel, et sa richesse en anastomoses est intéressante de par ses applications chirurgicales

1) Les réseaux d'origine

Le réseau superficiel, très développé, draine la majeure partie de la lymphe . Il peut être divisé en deux réseaux : l'un sous-épidermique, avalvulé, et l'autre sous-dermique, valvulé . Ces deux réseaux deviennent de plus en plus denses au pourtour de l'aréole, où ils constituent, en s'anastomosant, le réseau péri-aréolaire .

Le réseau profond, également très développé, est formé par les collecteurs péri-lobulaires qui se drainent le long des espaces inter-lobaires et par les collecteurs péri-galactophoriques . Ces deux types de collecteurs se drainent principalement vers le réseau péri-aréolaire .(63)

2) Les courants lymphatiques

De ces deux réseaux, superficiel et profond, richement anastomosés dans la région péri-aréolaire, le courant lymphatique va suivre deux directions principales vers les collecteurs régionaux :

- **Un courant externe**, qui constitue le courant le plus important, se draine dans les ganglions mammaires externes puis dans les ganglions axillaires ;
- **Un courant mammaire interne** qui se draine en arrière du sternum dans les ganglions mammaires internes ;
- **Et un courant postérieur**, accessoire, peu important, aboutit aux ganglions sous-claviculaires .

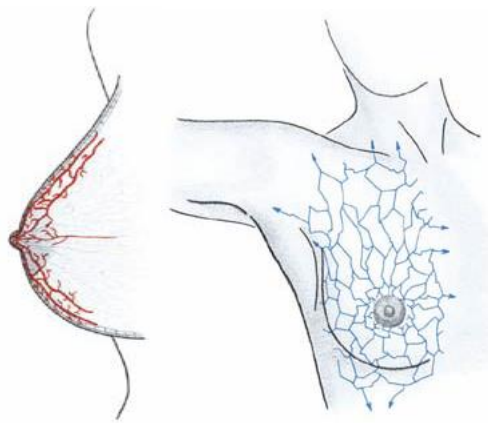


Figure 39 : systèmes veineux superficiel et profond du sein

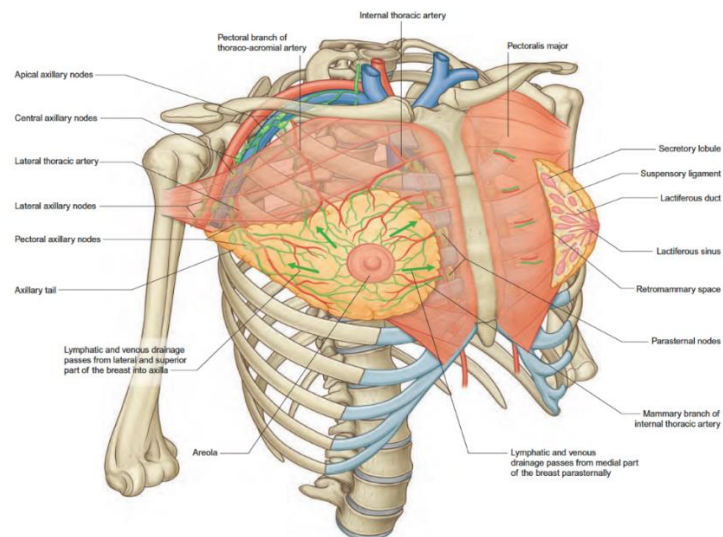


Figure 40 : drainage lymphatique et ganglions (60)

Les ganglions lymphatiques :

Les ganglions axillaires

Ils vont drainer 75 % de la lymphe, mais ne correspondent pas à un territoire particulier du sein, puisqu'ils drainent également le membre supérieur et la paroi thoraco-abdominale .

On en distingue 5 groupes :

1. **Le groupe mammaire externe** : divisé en deux groupes, sous-pectoral et pectoral .
2. **Le groupe brachial** : situé le long et en arrière des vaisseaux axillaires, entre l'origine de la veine axillaire et le bord inférieur du petit pectoral . Il draine le membre supérieur. Afin d'éviter l'apparition d'un lymphœdème, ce groupe devra être respecté lors du curage ganglionnaire en arrêtant la dissection au bord inférieur de la veine axillaire .
3. **Le groupe scapulaire inférieur** : satellite du pédicule scapulaire inférieur, il peut être clivé des vaisseaux et du nerf du grand dorsal, tout en les respectant . Bien que drainant la partie postérieure du thorax, ce groupe sera enlevé lors du curage pour une lésion du sein, en raison des anastomoses qu'il contracte avec le groupe mammaire externe .
4. **Le groupe central** : comme son nom l'indique, ce groupe est situé au centre du creux axillaire, en arrière du petit pectoral . Il draine les 3 groupes précédents et correspond à la partie haute du 2^e étage de Berg .
5. **Le groupe sous-claviculaire** : situé au bord supérieur du muscle petit pectoral, au sommet du creux axillaire . Il représente le 3^e étage de Berg et sert de relais entre tous les groupes précédents et la région sus-claviculaire, où le courant lymphatique se jette rapidement par le tronc sous-clavier.(57)²

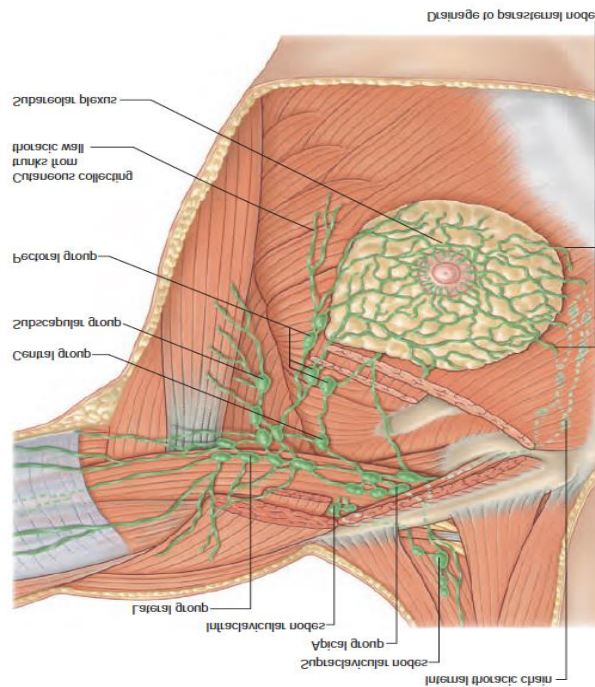


Figure 41 : ganglions lymphatiques et glande mammaire(57)

2. Anatomie artistique du sein :

L'étude du sein occupe une place centrale en anatomie descriptive, en chirurgie mammaire et en oncologie. Toutefois, au-delà de sa dimension strictement biomédicale, le sein constitue également une entité morphologique complexe dont la compréhension esthétique est essentielle en chirurgie plastique, reconstructrice et oncoplastique.

L'anatomie artistique, discipline issue des arts plastiques, vise à analyser les volumes, proportions et rapports dynamiques du corps humain. Appliquée au sein, elle permet une meilleure appréhension des formes naturelles, des variations morphologiques et des critères esthétiques influençant les stratégies reconstructrices.

Ce chapitre propose une analyse morphologique et plastique du sein fondée sur des bases anatomiques rigoureuses, avec une perspective utile à la pratique chirurgicale.(64)

2.1 Rappels anatomiques structuraux

➤ Situation topographique :

Le sein est situé sur la paroi thoracique antérieure, en regard du muscle grand pectoral. Il s'étend classiquement :

- Verticalement : de la 2^e à la 6^e côte
- Horizontalement : du bord latéral du sternum à la ligne axillaire antérieure
- Latéralement : avec un prolongement axillaire (queue de Spence)

Sa base d'implantation repose sur le fascia superficialis et le fascia pectoral.(62)

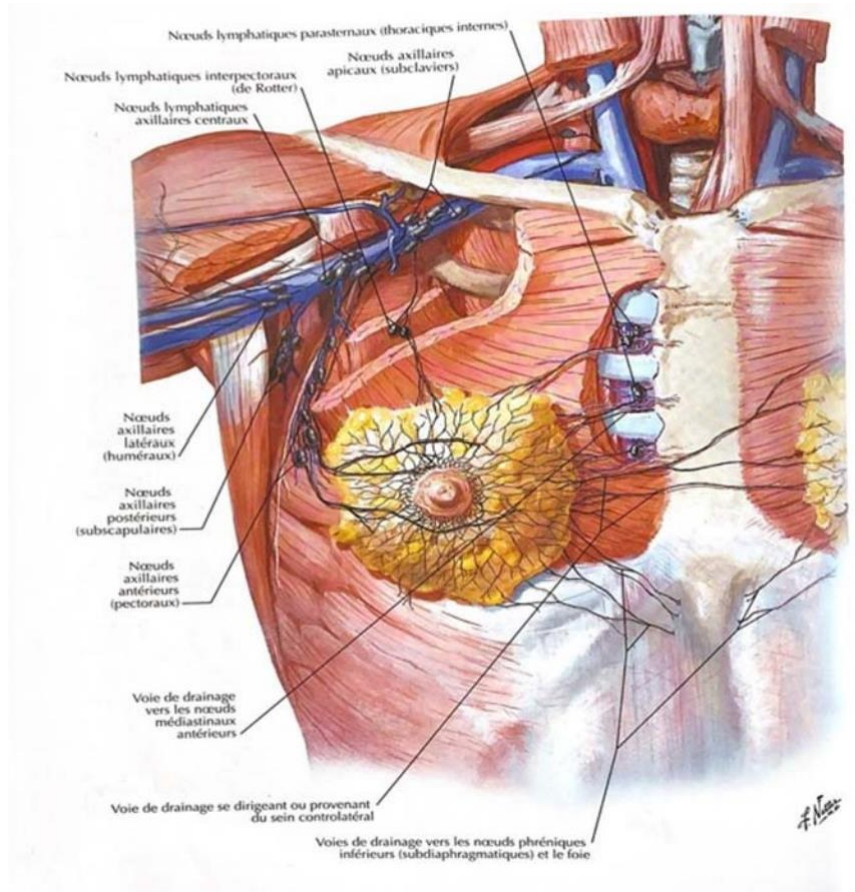


Figure 42 : Les voies de drainages lymphatiques du sein.(55)

➤ **Composition tissulaire :**

Le sein comprend :

- La glande mammaire organisée en 15 à 20 lobes
- Le tissu adipeux, principal déterminant du volume
- Les structures fibreuses de soutien (ligaments suspenseurs de Cooper)
- La plaque aréolo-mamelonnaire

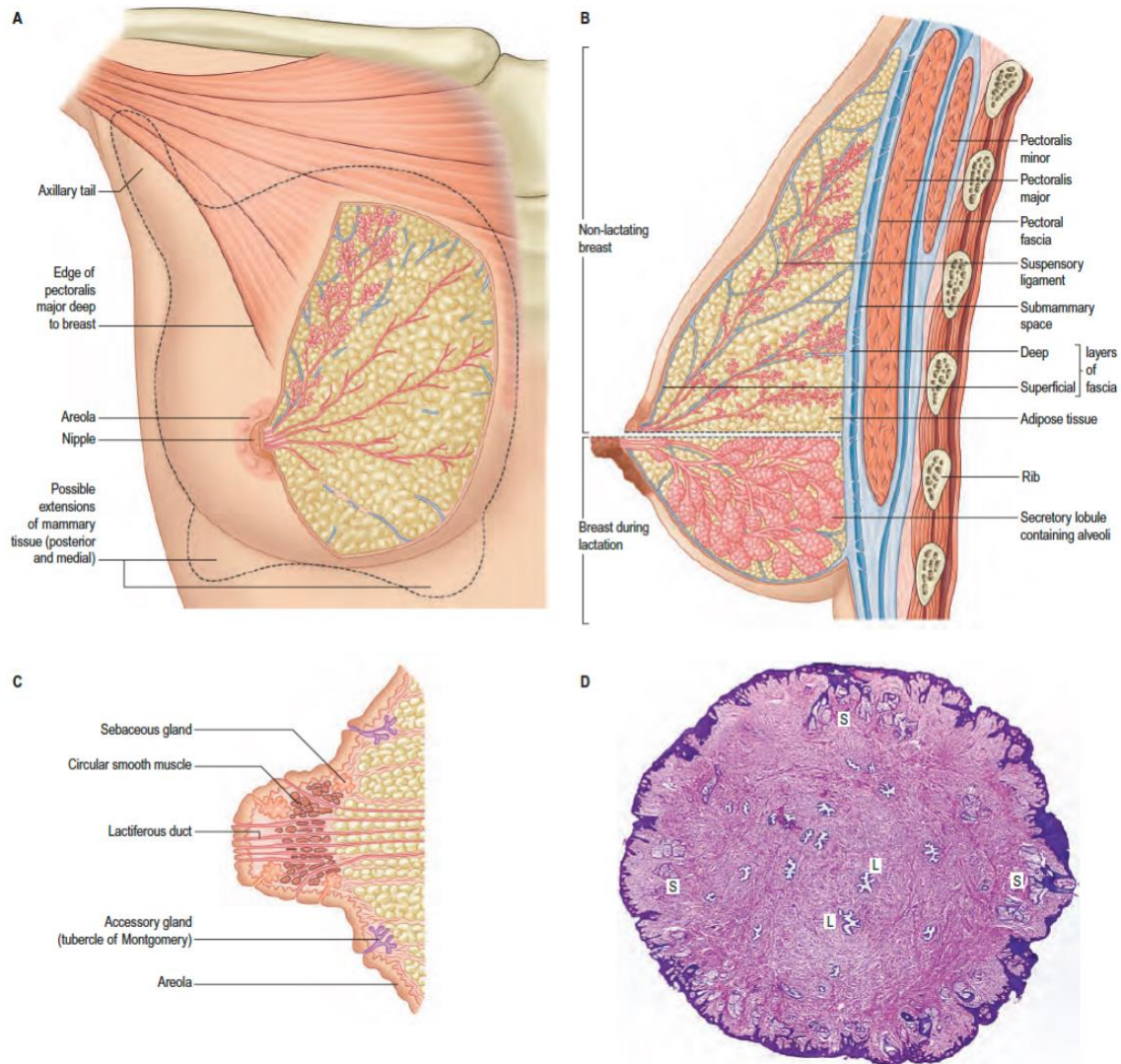


Figure 43 :A. structure du sein .B .changements au cours de la lactation .C. section du mamelon. D. coupe transversale du mamelon :épithélium stratifiée kératinisé squameux au niveau de la surface mamelonnaire : 20 ou plus canaux galactophores (56)

D'un point de vue morphologique externe, le volume mammaire dépend principalement de la proportion adipeuse, de l'élasticité cutanée et du soutien ligamentaire.(58)

2.2 Morphologie externe et analyse volumétrique :

➤ Formes élémentaires

En anatomie artistique, le sein peut être simplifié en volumes géométriques fondamentaux :

- Demi-sphère
- Cône arrondi

- Forme en goutte

Ces simplifications permettent une analyse tridimensionnelle cohérente, utile en planification reconstructrice.

➤ **Distribution volumétrique**

Le sein présente deux pôles :

- Pôle supérieur (habituellement moins projeté)
- Pôle inférieur (plus plein sous l'effet de la gravité)

L'équilibre entre ces deux pôles conditionne la perception esthétique.(64)

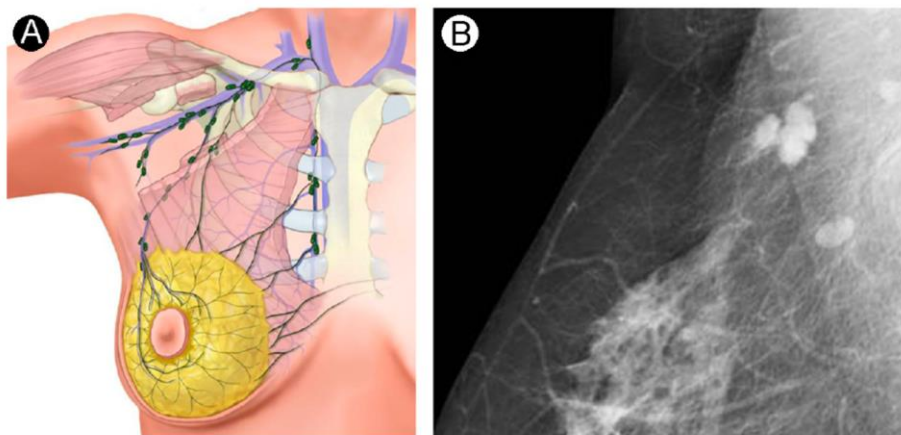


Figure 11 Normal lymphatic anatomy of the breast. (A) Illustration of the lymphatics in the female breast. Note lymphatic drainage into the lateral thoracic and subclavian chain as well as the internal thoracic chain. (B) Medial lateral oblique (MLO) mammogram of the female breast demonstrating reniform-shaped axillary lymph nodes, of variable size, in the left axilla. (Color version of figure is available online.)

Figure 44 :A. drainage lymphatique du sein : drainage thoracique latéral, B. mammographie en coupe MLO montrant les nœuds lymphatiques axillaires

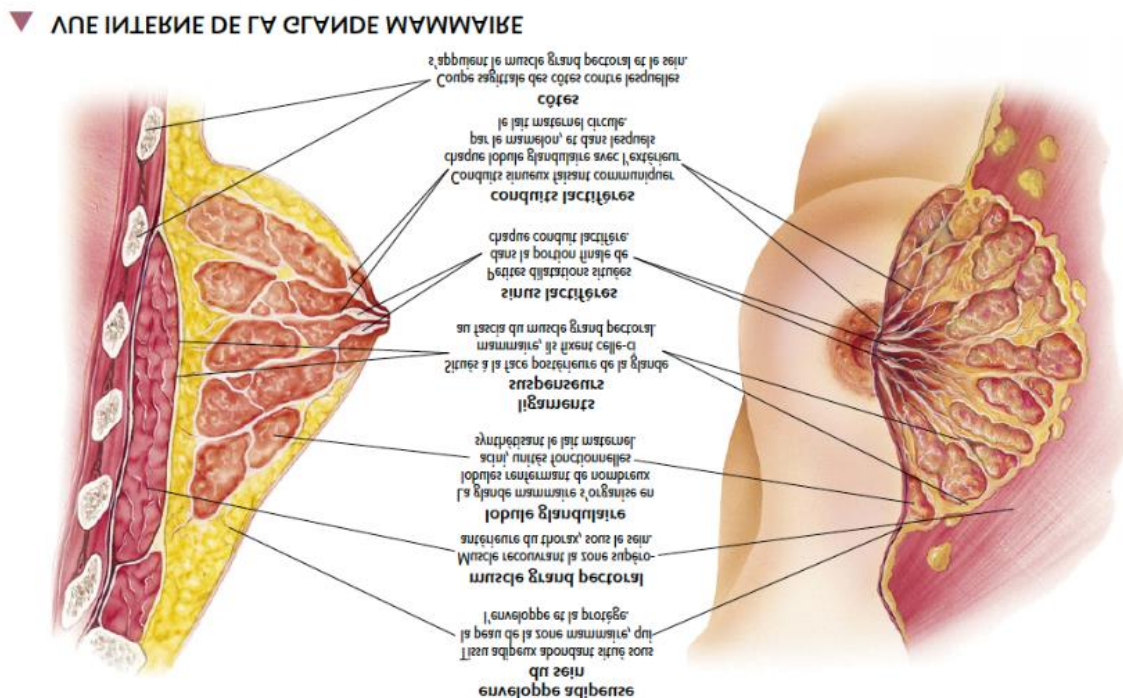
2.3 Proportions et repères morphométriques :

➤ **Position du mamelon**

Le mamelon est habituellement situé :

- Au niveau du 4^e espace intercostal
- À une distance variable de la ligne médiane (en moyenne 9-11 cm selon la morphologie)

En chirurgie reconstructrice, sa position constitue un repère esthétique majeur.



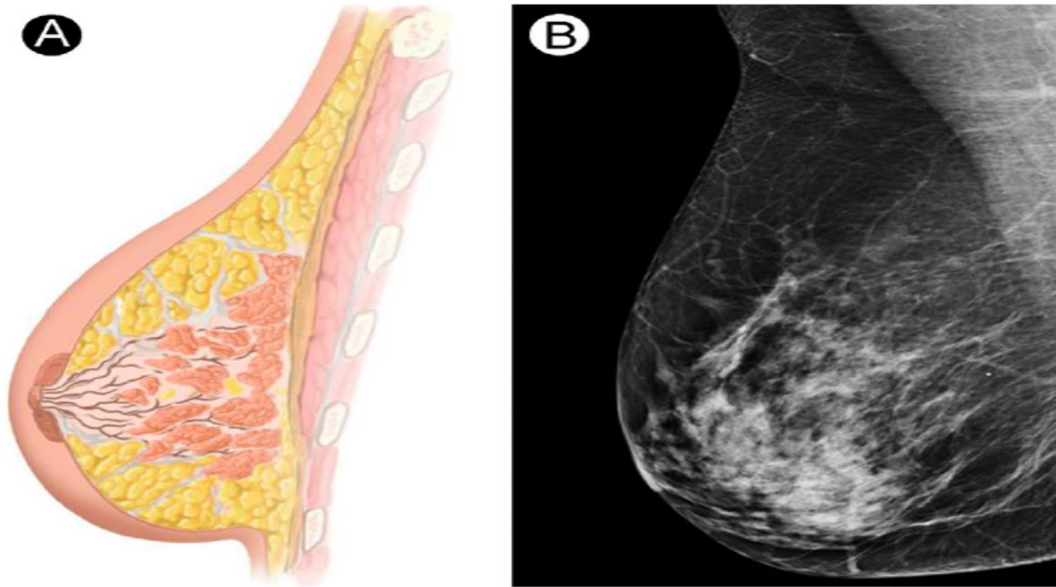


Figure 46 : anatomie du sein chez la femme avec illustration des coupes A axiale B vue MLO d'une mammographie ne révélant aucune anomalie

2.4 Dynamique et biomécanique mammaire

Le sein est un organe mobile soumis aux contraintes gravitationnelles et mécaniques.

➤ Influence de la gravité

Avec l'âge et la diminution de l'élasticité cutanée, la ptose mammaire apparaît, traduisant une descente progressive du pôle inférieur.

➤ Interaction musculaire

La contraction du muscle grand pectoral modifie transitoirement la projection mammaire, aspect à considérer lors des reconstructions rétro-pectorales.

➤ Comportement dynamique

Lors des mouvements corporels, le sein présente :

- Une oscillation tridimensionnelle
- Un retard inertiel proportionnel à son volume

Ces données sont particulièrement pertinentes en chirurgie esthétique et dans l'étude des supports mammaires.(68)

2.5 Surface cutanée et plaque aréolo-mamelonnaire

➤ Peau mammaire

La peau est fine, richement vascularisée et élastique. Sa qualité influence directement le résultat esthétique postopératoire.

➤ Aréole et mamelon

L'aréole présente :

- Une pigmentation variable
- Des glandes aréolaires (tubercules de Montgomery)
- Une surface finement plissée

La reconstruction aréolo-mamelonnaire constitue l'étape finale de nombreuses reconstructions mammaires, en raison de son importance esthétique majeure.(66)

2.6 Variabilité morphologique et considérations cliniques

Le sein présente une grande variabilité interindividuelle en termes de :

- Volume
- Projection
- Symétrie
- Densité glandulaire
- Degré de ptose

Cette diversité doit être intégrée dans toute approche thérapeutique. L'objectif chirurgical moderne n'est plus l'imitation d'un modèle unique, mais la restauration d'une harmonie adaptée à la morphologie de la patiente.(64)

Apports de l'anatomie artistique en chirurgie mammaire :

L'approche artistique permet :

- Une meilleure analyse des volumes préopératoires
- Une planification précise des reconstructions
- Une optimisation de la symétrisation controlatérale
- Une amélioration de la satisfaction esthétique

En chirurgie oncoplastique, la compréhension des lignes de tension cutanée et des reliefs naturels participe à l'obtention de cicatrices discrètes et de contours harmonieux.

L'anatomie artistique du sein constitue un complément indispensable à l'anatomie descriptive classique. Elle permet d'intégrer la notion de volume, de proportion et de dynamique dans l'analyse morphologique.

En contexte médical, et particulièrement en chirurgie reconstructrice mammaire, cette approche favorise une prise en charge globale visant non seulement la restauration fonctionnelle, mais également l'harmonie esthétique et la qualité de vie des patientes.(67)

3. Généralités sur la chirurgie oncoplastique :

3.1 Anatomie artistique du sein et implications en chirurgie oncoplastique et reconstructrice :

La compréhension morphologique du sein ne peut se limiter à sa description anatomique classique. En chirurgie mammaire moderne — qu'elle soit carcinologique, reconstructrice ou esthétique — la restauration de la forme est devenue un objectif aussi important que le contrôle oncologique.

L'anatomie artistique, en analysant volumes, proportions, lignes de tension et dynamiques tissulaires, constitue un outil conceptuel fondamental pour la planification chirurgicale. Elle permet d'intégrer la tridimensionnalité, la symétrie relative et l'harmonie thoracique dans la reconstruction mammaire.(68)

a. Fondements anatomiques et morphologiques

Le sein est une structure glandulo-adipeuse reposant sur le fascia du muscle grand pectoral.(75)

Il comprend :

- 15 à 20 lobes glandulaires convergeant vers le mamelon
- Un compartiment adipeux déterminant le volume
- Les ligaments de Cooper assurant le soutien
- La plaque aréolo-mamelonnaire

La forme externe résulte de l'interaction entre :

- Volume glandulaire

- Distribution graisseuse
- Élasticité cutanée
- Gravité

b. Analyse artistique des volumes mammaires :

➤ Architecture volumétrique

En analyse tridimensionnelle, le sein peut être conceptualisé comme un volume conique ou héli-sphérique modifié, dont :

- La base correspond à l'empreinte thoracique
- Le pôle inférieur concentre la majorité du volume
- Le sillon sous-mammaire constitue une limite anatomique et esthétique

La notion de « pôle supérieur vide » versus « pôle inférieur plein » est centrale en reconstruction(72)

c. Paramètres morphométriques utilisés en chirurgie

Les mesures standard incluent :

- Distance jugulo-mamelonnaire
- Distance mamelon-sillon sous-mammaire
- Largeur de base mammaire
- Projection antérieure
- Position du complexe aréolo-mamelonnaire (CAM)

Ces paramètres sont essentiels en mammoplastie de réduction, d'augmentation et en reconstruction post-mastectomie.(70)

3.2 Développement approfondi : Chirurgie oncoplastique :

Principes généraux :

La chirurgie oncoplastique associe exérèse carcinologique large et techniques plastiques de remodelage .

Objectifs :

- Exérèse complète avec marges saines
- Préservation ou restauration du volume

- Maintien de la symétrie
- Minimisation des déformations secondaires

Elle repose sur une parfaite compréhension des volumes résiduels et des lignes de tension cutanée.(69)

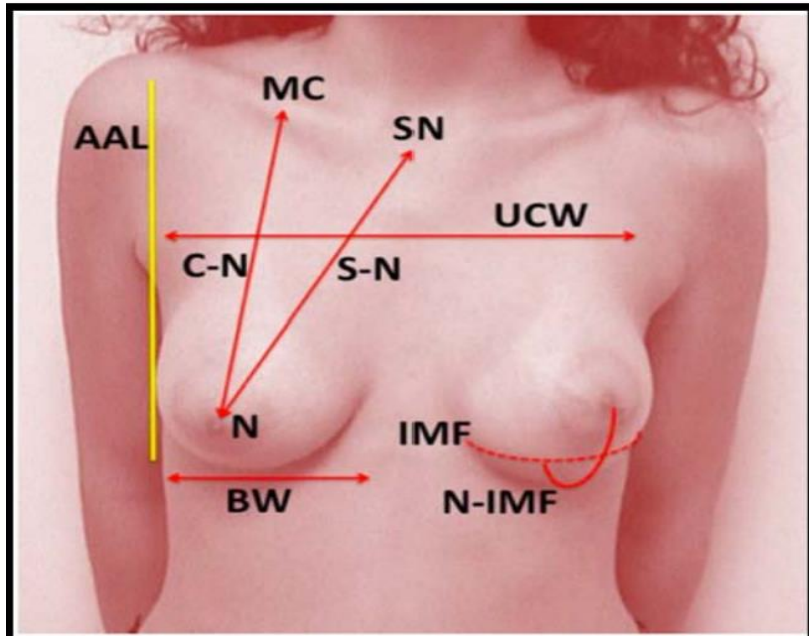


Figure 47: repères et mesures bi dimensionnelles : SN sternal-notch, MC midclavicle, N nipple, IMF infra-mammary fold, S-N sternal notch to nipple distance, C-N mid-clavicle to nipple distance, N-IMF nipple to infra mammary fold distance, BW bresat width, UCW upper chest width, AAL anterior axillary line

Classification des techniques oncoplastiques

a) Techniques de déplacement glandulaire (volume displacement)

Indiquées lorsque le volume mammaire est suffisant.

Exemples :

- Plasties en T inversé
- Techniques verticales
- Pédicules supérieurs, inférieurs ou superomédiaux

Ces techniques redéplient le tissu glandulaire restant pour combler la perte de substance.(72)

b) Techniques de remplacement volumique (volume replacement)

Indiquées lorsque le volume mammaire est insuffisant.

- Lambeau grand dorsal
- Lambeaux perforants (LICAP, TDAP)
- Mini-lambeaux locaux

Ces procédures exigent une connaissance fine des territoires vasculaires.(73)

Gestion du sillon sous-mammaire

Le sillon sous-mammaire est un repère esthétique majeur. Sa perte entraîne une altération visuelle importante.

Sa reconstruction repose sur :

- Fixation dermo-fasciale
- Sutures au périoste costal
- Redéfinition du pli par capitonnage

La littérature souligne son rôle central dans l'harmonie mammaire.

4. Reconstruction mammaire après mastectomie :

4.1 Reconstruction immédiate versus différée

La reconstruction immédiate améliore l'image corporelle et diminue l'impact psychologique ..(74)

Critères de choix :

- Indication oncologique
- Radiothérapie prévue
- Comorbidités
- Préférence de la patiente

4.2 Reconstruction par implants

a) Plan rétro-pectoral

Avantages :

- Bonne couverture prothétique

Inconvénients :

- Animation deformity
- Contraction musculaire visible (73)

b) Plan pré-pectoral

Plus récent, il respecte l'anatomie dynamique du muscle pectoral. nécessite : (75)

- Bonne qualité cutanée
- Matrices biologiques (ADM)

4.3 Reconstruction autologue

a) Lambeau grand dorsal

Technique fiable, bien vascularisée.

b) Lambeaux perforants (DIEP)

Permettent une reconstruction plus naturelle :

- Volume souple
- Ptose physiologique
- Meilleure intégration dynamique

Ils respectent les principes artistiques de volume et de mobilité.(76)

4.4 Reconstruction du complexe aréolo-mamelonnaire

Dernière étape reconstructrice.

Techniques :

- Lambeaux locaux
- Greffe
- Tatouage médical

La position idéale du CAM repose sur les repères morphométriques décrits précédemment.(74)

4.5 Dimension psychologique et esthétique :

La reconstruction mammaire influence directement :

- L'image corporelle
- La féminité perçue
- La qualité de vie

Les études montrent une amélioration significative après reconstruction.

La notion d'anatomie artistique prend ici toute sa dimension : la restauration ne vise pas une symétrie parfaite, mais une harmonie globale adaptée à la morphologie thoracique.

L'anatomie artistique appliquée au sein constitue un outil conceptuel fondamental en chirurgie mammaire moderne.

Elle permet :

- II. Une analyse tridimensionnelle rigoureuse
- III. Une planification chirurgicale individualisée
- IV. Une optimisation des résultats esthétiques
- V. Une amélioration de la satisfaction des patientes

En chirurgie oncoplastique et reconstructrice, la maîtrise des volumes, des proportions et de la dynamique tissulaire transforme l'acte chirurgical en véritable reconstruction morphologique intégrée.(77)

ANNEXES – SURVIVORSHIP CANCER DU SEIN
OUTILS OPÉRATIONNELS (HMA MARRAKECH)

ANNEXE 2 – Plan de Soins de Survivorship (SCP)

A.	Informations	générales
Nom – Prénom : Âge : N° dossier : Date du diagnostic : Stade : Sous-type :		
B.	Résumé des traitements reçus	
Chirurgie :		
Chimiothérapie :		
Radiothérapie :		
Hormonothérapie / Thérapies ciblées :		
C.	Effets secondaires et risques à long terme	
☐ Lymphœdème ☐ Douleur ☐ Fatigue ☐ Sexualité ☐ Os ☐ Cardio		
D.	Plan de surveillance	
Consultations : Mammographie annuelle : Oui / Non		

ANNEXE 3 – Fiche de dépistage systématique

Fatigue : ☐ Non ☐ Oui	Douleur : ☐ Non ☐ Oui
Lymphœdème : ☐ Non ☐ Oui	Détresse : ☐ Non ☐ Oui
Sexualité altérée : ☐ Non ☐ Oui Difficultés sociales : ☐ Non ☐ Oui	

ANNEXE 4– Check-list consultation de clôture (T0)

☐	Résumé	thérapeutique	expliqué
☐		SCP	remis
☐	Dépistage	effets	tardifs
☐	Orientation	soins	de support
☐	Planification du suivi		

ANNEXE 5 – Questionnaire BREAST-Q.

Les questions ci-dessous portent sur vos seins. Au cours des 14 derniers jours, avez vous été satisfaite ou non :

Pas du tout satisfaite Plutôt pas satisfaite Plutôt satisfaite Très satisfaite

- a) De votre reflet dans le miroir lorsque vous êtes habillée ? 1 2 3 4
- b) Du confort de votre soutien-gorge ? 1 2 3 4
- c) Du fait de pouvoir porter des vêtements moulants ? 1 2 3 4
- d) De votre reflet dans le miroir lorsque vous êtes nue ? 1 2 3 4

Les questions ci-dessous portent sur votre poitrine.

Au cours des 14 derniers jours, vous êtes-vous sentie : Jamais Rarement Parfois Souvent Tout le temps

- e) Sure de vous en société ? 1 2 3 4 5
- f) Suffisamment forte psychologiquement pour faire ce que vous voulez en société ? 1 2 3 4 5
- g) Psychologiquement équilibrée ? 1 2 3 4 5
- h) Égale aux autres femmes ? 1 2 3 4 5
- i) Sûre de vous ? 1 2 3 4 5
- j) Féminine dans vos vêtements ? 1 2 3 4 5
- k) Bien dans votre corps ? 1 2 3 4 5
- l) Normale ? 1 2 3 4 5
- m) Comme les autres femmes ? 1 2 3 4 5
- n) Séduisante ? 1 2 3 4 5

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous eu :

- a) Des douleurs dans le cou ? 1 2 3 4 5
- b) Des douleurs dans le haut du dos ? 1 2 3 4 5
- c) Des douleurs dans les épaules ? 1 2 3 4 5
- d) Des douleurs dans les bras ? 1 2 3 4 5
- e) Des douleurs dans les côtes ? 1 2 3 4
- f) Des douleurs dans les muscles de la poitrine ? 1 2 3 4 5
- g) Du mal à lever ou bouger les bras ? 1 2 3 4 5
- h) Du mal à dormir à cause d'une gêne au niveau de la poitrine ? 1 2 3 4 5
- i) Une sensation de rigidité au niveau de la poitrine ? 1 2 3 4 5
- j) Une sensation de tiraillement au niveau de la poitrine ? 1 2 3 4 5
- k) Une gêne persistante au niveau de la poitrine ? 1 2 3 4 5
- l) Une forte sensibilité au niveau de la poitrine ? 1 2 3 4 5
- m) Des douleurs vives au niveau de la poitrine ? 1 2 3 4 5
- n) Des douleurs lancinantes au niveau de la poitrine ? 1 2 3 4 5
- o) Une douleur permanente au niveau de la poitrine ? 1 2 3 4 5
- p) Des élancements au niveau de la poitrine ? 1 2 3 4 5

Les questions ci-dessous portent sur votre sexualité, vous sentez-vous généralement :

Jamais Rarement Parfois Souvent Tout le temps Non concerné

- a) Sexuellement désirable lorsque vous êtes déshabillée ? 1 2 3 4 5 6
- b) A l'aise pendant vos rapports sexuels ? 1 2 3 4 5 6
- c) Sûre de vous sur le plan sexuel ? 1 2 3 4 5 6
- d) Satisfaite de votre vie sexuelle ? 1 2 3 4 5 6
- e) Sûre de vous sur le plan sexuel par rapport à l'apparence de votre (vos)sein(s) lorsque vous êtes nue ? 1 2 3 4 5 6
- f) Sexuellement désirable lorsque vous êtes nue ? 1 2 3 4 5 6

ANNEXE 6– Questionnaire EORTC QLQ–C30

Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même toutes les questions en marquant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse. Ces informations sont strictement confidentielles

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provisions chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une <u>longue</u> promenade ?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un <u>petit</u> tour dehors ?	1	2	3	4
4. Êtes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil pendant la journée ?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux toilettes ?	1	2	3	4
Au cours de la semaine passée :				
	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
6. Avez-vous été gêné(e) pour faire votre travail ou vos activités de tous les jours ?	1	2	3	4
7. Avez-vous été gêné(e) dans vos activités de loisirs ?	1	2	3	4
8. Avez-vous eu le souffle court ?	1	2	3	4
9. Avez-vous ressenti de la douleur ?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos ?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu des difficultés à dormir ?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous senti(e) faible ?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit ?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomi ?	1	2	3	4
16. Avez-vous été constipé(e) ?	1	2	3	4

Au cours de la semaine passée :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
17. Avez-vous eu de la diarrhée ?	1	2	3	4
18. Avez-vous été fatigué(e) ?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision ?	1	2	3	4
21. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci ?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous senti(e) irritable ?	1	2	3	4
24. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?	1	2	3	4
25. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir de certaines choses ?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie <u>familiale</u> ?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités <u>sociales</u> (par exemple, sortir avec des amis, aller au cinéma...) ?	1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?	1	2	3	4

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en marquer le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation :

29. Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais

Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais

Excellent

ANNEXE 7–QUESTIONNAIRE QLQ BR 45:

Les patientes rapportent parfois les symptômes ou problèmes suivants. Pourriez-vous indiquer, s'il vous plaît, si, durant la semaine passée, vous avez été affectée par l'un de ces symptômes ou problèmes

Au cours de la semaine passée :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
31. Avez-vous eu la bouche sèche ?	1	2	3	4
32. La nourriture et la boisson avaient-elles un goût inhabituel ?	1	2	3	4
33. Est-ce que vos yeux étaient irrités, larmoyants ou douloureux ?	1	2	3	4
34. Avez-vous perdu des cheveux ?	1	2	3	4
35. Répondez à cette question uniquement si vous avez perdu des cheveux : la perte de vos cheveux vous a-t-elle contrariée ?	1	2	3	4
36. Vous êtes-vous sentie malade ou souffrante ?	1	2	3	4
37. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ?	1	2	3	4
38. Avez-vous eu mal à la tête ?	1	2	3	4
39. Vous êtes-vous sentie moins attirante du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4
40. Vous êtes-vous sentie moins féminine du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4
41. Avez-vous trouvé difficile de vous regarder nue ?	1	2	3	4
42. Votre corps vous a-t-il déplu ?	1	2	3	4
43. Vous êtes-vous inquiétée de votre santé pour l'avenir ?	1	2	3	4

Au cours des quatre dernières semaines :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
44. Dans quelle mesure vous êtes-vous intéressée à la sexualité ?	1	2	3	4
45. Avez-vous eu une activité sexuelle quelconque (avec ou sans rapport) ?	1	2	3	4
46. Répondez à cette question uniquement si vous avez eu une activité sexuelle : dans quelle mesure l'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ?	1	2	3	4

Passez à la page suivante S.V.P.

Au cours de la semaine passée :		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
47.	Avez-vous eu mal au bras ou à l'épaule ?	1	2	3	4
48.	Avez-vous eu la main ou le bras enflé ?	1	2	3	4
49.	Avez-vous eu du mal à lever le bras ou à le déplacer latéralement ?	1	2	3	4
50.	Avez-vous ressenti des douleurs dans la région du sein traité ?	1	2	3	4
51.	La région de votre sein traité était-elle enflée ?	1	2	3	4
52.	La région de votre sein traité était-elle particulièrement sensible ?	1	2	3	4
53.	Avez-vous eu des problèmes de peau dans la région de votre sein traité (démangeaisons, peau qui pèle, peau sèche) ?	1	2	3	4

Ressentir un souci au niveau du bras à la suite d'un traitement d'un cancer du sein peut avoir des effets sur le physique et le mental. Ce questionnaire comprend 29 questions établies sur des informations recueillies auprès de femmes qui ont suivi un tel traitement. À côté de chaque question, vous trouverez une échelle de notation de 0 à 10. La signification des valeurs extrêmes de cette échelle est explicitée par les mots "Pas du tout" et "Énormément" ou "Très bien" et "Pas du tout". Veuillez marquer le chiffre qui convient le mieux à votre situation. La marque indique votre degré d'inconfort du bras ressenti ou de réduction d'activité. Mettez une croix sur le cercle qui se trouve à droite de l'échelle quand l'activité proposée ne vous concerne pas. Choisissez la réponse qui correspond le mieux à votre situation au cours des deux dernières semaines. Veuillez ne laisser aucune question sans réponse. Ceci est un questionnaire personnel et ne peut être rempli que par vous personnellement. Lorsque vous remplissez le questionnaire, ne discutez pas de vos réponses avec votre entourage immédiat

Fonctions physiques

Dans votre bras, sentez-vous:

	Pas du tout	Énormément
1. Une sensation de lourdeur (fatigué)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. Une sensation de raideur?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3. Un gonflement ?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Au niveau de votre bras, avez-vous :

4. Une perte de force?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5. Des picotements?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6. Des douleurs?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7. Une tension au niveau de la peau?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Fonctions mentales

Suite à vos problèmes au niveau du bras:

	Pas du tout	Énormément
8. Êtes-vous triste?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9. Vous sentez-vous découragée?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
10. Manguez-vous de confiance en vous?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
11. Êtes-vous tendue?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Vie domestique

Êtes-vous capable d'effectuer les tâches suivantes:

	Très bien	Pas du tout	Pas d'application
12. Nettoyer (frotter, aspirer, balayer)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
13. Cuisiner?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
14. Repasser?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
15. Travailler dans le jardin?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐

Mobilité

Êtes-vous capable d'effectuer les tâches suivantes:

	Très bien	Pas du tout	Pas d'application
16. Actions au-dessus de la tête (ex. Pendre le linge)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
17. Porter des objets lourds?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
18. Dormir sur le côté affecté?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
19. Travailler à l'ordinateur (>30 min)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
20. Bronzer?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
21. Conduire?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
22. Marcher à pied (>2 km)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
23. Rouler à vélo?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐

Grands domaines de la vie et vie sociale

Êtes-vous capable d'effectuer les tâches suivantes:

	Très bien	Pas du tout	Pas d'application
24. Partir en vacances?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
25. Pratiquer vos hobbies?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
26. Faire du sport?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
27. Portez les vêtements de votre choix?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
28. Exercer votre métier?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐
29. Vie sociale avec vos proches (ex. sorties restaurant, concerts, soirées)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		☐

Votre vie quotidienne

(Antonovsky, A. 1987)

Voici une série de questions ayant trait à divers aspects de votre vie. Pour chaque question, il y a sept réponses possibles. Cochez s'il vous plaît le nombre qui correspond le mieux à votre réponse, 1 et 7 étant des réponses extrêmes. Répondez comme si vous vous parliez à vous-mêmes et évitez de revenir en arrière pour changer vos réponses.

1. Vous avez le sentiment que vous ne vous souciez pas réellement de ce qui se passe autour de vous :

1	2	3	4	5	6	7
Très rarement ou rarement						Très souvent

2. Vous est-il arrivé dans le passé d'être surpris(e) par le comportement de gens que vous pensiez connaître très bien ?

1	2	3	4	5	6	7
Jamais						Toujours

3. Est-il arrivé que des gens sur lesquels vous comptiez vous déçoivent ?

1	2	3	4	5	6	7
Jamais						Toujours

4. Jusqu'à maintenant, votre vie:

1	2	3	4	5	6	7
N'a eu aucun but ni objectif clair						A eu des buts et des objectifs très clairs

5. Avez-vous le sentiment que vous êtes traité(e) injustement ?

1	2	3	4	5	6	7
Très						Très rarement

6. Avez-vous le sentiment que vous êtes dans une situation inconnue et que vous ne savez pas quoi faire ?

1	2	3	4	5	6	7
Très souvent					Très rarement ou jamais	

7. Faire les choses que vous faites quotidiennement est:

1	2	3	4	5	6	7
Une source de plaisir et de satisfaction					Une source de souffrance profonde et d'ennui	

8. Avez-vous des idées ou des sentiments confus(es) ?

1	2	3	4	5	6	7
Très souvent					Très rarement ou jamais	

9. Vous arrive-t-il d'avoir des sentiments intimes que vous préféreriez ne pas avoir ?

1	2	3	4	5	6	7
Très souvent					Très rarement ou jamais	

10. Beaucoup de gens (même s'ils ont beaucoup de caractère) se sentent parfois de pauvres cloches. Avez-vous déjà eu ce sentiment dans le passé ?

1	2	3	4	5	6	7
Jamais					Très souvent	

11. Quand quelque chose arrive, vous trouvez généralement que :

1	2	3	4	5	6	7
Vous surestimez ou sous-estimez son importance					Vous voyez les choses dans de justes proportions	

12. Avez-vous le sentiment que les choses que vous faites dans la vie quotidienne ont peu de sens?

1	2	3	4	5	6	7
Très souvent						Très rarement où jamais

13. Vous avez le sentiment que vous n'êtes pas sûr(e) de vous maîtriser :

1	2	3	4	5	6	7
Très souvent						Très rarement où jamais

Ce questionnaire concerne votre activité physique et vos habitudes de fumer.

1. Si vous regardez le mois dernier, combien de jours par semaine avez-vous effectué au moins une activité physique (y compris la marche et le vélo) qui a duré 30 minutes ou plus?

- ☐ pas du tout
 - ☐ moins q'un jour par semaine
 - ☐ 1 jour par semaine
 - ☐ 2 jours par semaine
 - ☐ 3 jours par semaine
 - ☐ 4 jours par semaine
 - ☐ 5 jours par semaine
 - ☐ 6 jours par semaine
 - ☐ 7 jours par semaine
-

2. À quoi ressemble votre activité physique aujourd'hui par rapport à avant que vous receviez votre diagnostic de cancer du sein?

- ☐ Mon activité physique a augmentée
 - ☐ Mon activité physique a diminuée
 - ☐ Mon activité physique est pareille
-

3. Est-ce que vous fumez?

- ☐ Oui
- ☐ Non, jamais
- ☐ Non, mais plus tôt



1. Cette citation renvoie au concept général de "survivorship" dans le cancer du sein. La référence princeps est souvent attribuée à l'Institute of Medicine (IOM) : **Hewitt M, Greenfield S, Stovall E.** *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2006.
[Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca (2016) et Ministère de la Santé]
"Selon les données du Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca (2016) et du Ministère de la Santé, le cancer du sein représente 36,4 % de tous les cancers chez la femme..."
2. Fondation Lalla Salma – Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca. *Rapport 2013–2017.* Publication officielle.
[Étude MAROC CANCER 2020]
"L'étude MAROC CANCER 2020 a montré une survie relative à 5 ans d'environ 68,7 % à Casablanca..."
3. Cette étude correspond aux travaux conjoints menés par des chercheurs marocains et l'Agence Internationale de Recherche sur le Cancer (CIRC/IARC). Une étude récente mentionne un taux de survie sans maladie de 80 % à cinq ans pour les patientes bien suivies .
4. **Berraho M, et al.**
Sociodemographic factors and delay in the diagnosis of cervical cancer in Morocco. Pan Afr Med J 2012; 12: 14.
5. **Obtel M, et al.**
Using surveillance data to understand cancer trends: an overview in Morocco. Arch Public Health 2015; 73: 45.
[Données sur le dépistage tardif et l'accès aux soins]
"Le dépistage tardif : Les séquelles sont souvent plus lourdes après des traitements agressifs..."
6. **Fadoukhaïr Z, Chad A, Faouzi H.**
Centre d'oncologie ALAZHAR, Rabat; CHU Hassan II, Agadir.
[Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer]
7. **Référence :** Ministère de la Santé du Maroc. *Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) 2020–2029.*
8. **Yang Yuan, et al.**
Chinese expert consensus on endocrine therapy for breast cancer (2026 edition). Transl Breast Cancer Res. 2026.
DOI : 10.21037/tbcr-2025-1-71
9. **British Journal of General Practice.**
Management of menopausal symptoms following treatment for hormone receptor positive breast cancer. Br J Gen Pract. 2025;75(759):476–479.
DOI : 10.3399/bjgp25X740073

10. Jenny Wei, et al.

Beyond the 5-year mark: Adherence to and continuation of extended adjuvant endocrine therapy in non-metastatic breast cancer patients. J Clin Oncol. 2025;43(16_suppl):523.

DOI : 10.1200/JCO.2025.43.16_suppl.523

11. H. Zuo, et al.

Impact of adjuvant endocrine therapy on survival outcomes in female breast cancer patients over 50. ESMO Congress 2024, Abstract 286P.

Sur les effets secondaires et la ménopause iatrogène

12. Contemporary OB/GYN.

Navigating Vasomotor Symptoms From Endocrine Therapy in Breast Cancer Treatment. 2025.

13. Natasa Tausanovic, et al.

Menopause-related side effects in HR+ early breast cancer: insights from clinical practice. Ther Adv Med Oncol. 2025;17.

DOI : 10.1177/17588359251356105

14. 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. Journal of the National Cancer Institute. 1993;85(5):365-376.

DOI : 10.1093/jnci/85.5.365

PMID : 8433390

15. Nilsson RF, Ström E, Bergenheim AT, et al.

Validation of the EORTC QLQ-C30 and QLQ-BN20, including WHO performance status interrater reliability, for evaluation of patients with intracranial meningiomas. Neuro-Oncology Practice. 2025;12(3):467-477.

DOI : 10.1093/nop/npae125

PMID : 40487577

16. Bjelic-Radisic V, et al.

An international update of the EORTC questionnaire for assessing quality of life in breast cancer patients: EORTC QLQ-BR45. Annals of Oncology. 2020;31(2):283-288.

DOI : 10.1016/j.annonc.2019.10.027

PMID : 31959343.

Source : EORTC Quality of Life Group. *Breast Cancer (update of QLQ-BR23)*. <https://qol.eortc.org/questionnaire/update-qlq-br23/>

17. Wang AJ, Hircock C, Sferrazza D, et al.

Comparison of EORTC QLQ-BR42 and FACT-B for assessing quality of life in breast cancer patients: a systematic review. Current Opinion in Supportive and Palliative Care. 2024;18(4):249-259.

DOI : 10.1097/SPC.0000000000000728

18. Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Klok JA, Cordeiro PG, Cano SJ.
Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: the BREAST-Q. Plastic and Reconstructive Surgery. 2009;124(2):345–353.
DOI : 10.1097/PRS.0b013e3181aee807
PMID : 19644246
19. Klassen AF, et al.
Development and Psychometric Validation of BREAST-Q Scales Measuring Cancer Worry, Fatigue, and Impact on Work. Annals of Surgical Oncology. 2021;28(12):7410–7420.
DOI : 10.1245/s10434-021-10090-2
PMID : 34028633
20. Tsangaris E, Klassen AF, Kaur MN, et al.
Development and Psychometric Validation of the BREAST-Q Sensation Module for Women Undergoing Post-Mastectomy Breast Reconstruction. Annals of Surgical Oncology. 2021;28(12):7842–7853.
DOI : 10.1245/s10434-021-10094-y
PMID : 33988795
21. Jepsen C, et al.
Validation and reliability testing of the Swedish version of the BREAST-Q reconstruction. Scandinavian Journal of Surgery. 2025;14574969251387498.
DOI : 10.1177/14574969251387498
22. Homsy P, et al.
Finnish translation, validation, and reproducibility of BREAST-Q modules relevant to breast cancer treatment. Scandinavian Journal of Surgery. 2024;14574969241277636.
DOI : 10.1177/14574969241277636
23. Bottomley A, Reijneveld JC, Koller M, et al.
Current state of quality of life and patient-reported outcomes in cancer clinical trials: A systematic review. European Journal of Cancer. 2023;186:112–124.
DOI : 10.1016/j.ejca.2023.03.012
24. Mierzynska J, Piccinin C, Pe M, et al.
Prognostic value of patient-reported outcomes from international randomised clinical trials on cancer: a systematic review. The Lancet Oncology. 2019;20(12):e685–e698.
DOI : 10.1016/S1470-2045(19)30656-4
25. Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Klok JA, Cordeiro PG, Cano SJ.
Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: the BREAST-Q. Plastic and Reconstructive Surgery. 2009;124(2):345–353.
DOI : 10.1097/PRS.0b013e3181aee807
PMID : 19644246

26. Klassen AF, Pusic AL, Scott A, Klok J, Cano SJ.

Satisfaction and quality of life in women who undergo breast surgery: a qualitative study of the development of a new patient-reported outcome measure – the BREAST-Q. Quality of Life Research. 2006;15(4):621–634.

DOI : 10.1007/s11136-005-5368-z

PMID : 16688497

27. Cano SJ, Klassen AF, Scott AM, Cordeiro PG, Pusic AL.

The BREAST-Q: further validation in independent clinical samples. Plastic and Reconstructive Surgery. 2012;129(2):293–302.

DOI : 10.1097/PRS.0b013e31823aec6b

PMID : 22286412

28. 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. Journal of the National Cancer Institute. 1993;85(5):365–376.

DOI : 10.1093/jnci/85.5.365

PMID : 8433390

29. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A.

The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3rd ed. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2001.

30. Giesinger JM, Loth FL, Aaronson NK, et al.

Thresholds for clinical importance for four key domains of the EORTC QLQ-C30: physical functioning, emotional functioning, fatigue and pain. Health and Quality of Life Outcomes. 2016;14:87.

DOI : 10.1186/s12955-016-0489-4

PMID : 27287319

31. Scott NW, Fayers PM, Aaronson NK, et al.

EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual. 2nd ed. Brussels: EORTC Quality of Life Group; 2008.

32. Bjelic-Radisic V, Cardoso F, Cameron D, et al.

An international update of the EORTC questionnaire for assessing quality of life in breast cancer patients: EORTC QLQ-BR45. Annals of Oncology. 2020;31(2):283–288.

DOI : 10.1016/j.annonc.2019.10.027

PMID : 31959343

33. Bjelic-Radisic V, Bottomley A, Cardoso F, et al.

The EORTC QLQ-BR45: a new phase III module for breast cancer patients. Annals of Oncology. 2015;26(suppl_3):iii34.

DOI : 10.1093/annonc/mdv123.01

34. Gebru G, Ayele W, Belay M, et al.

Translation and validation of the EORTC QLQ-BR45 among breast cancer patients in Ethiopia. Scientific Reports. 2022;12(1):605.

DOI : 10.1038/s41598-021-02511-9

PMID : 35906234

35. Wang AJ, Hircock C, Sferrazza D, et al.

Comparison of EORTC QLQ-BR42 and FACT-B for assessing quality of life in breast cancer patients: a systematic review. Current Opinion in Supportive and Palliative Care. 2024;18(4):249-259.

DOI : 10.1097/SPC.0000000000000728

36. Snyder CF, Aaronson NK, Choucair AK, et al.

Implementing patient-reported outcomes assessment in clinical practice: a review of the options and considerations. Quality of Life Research. 2012;21(8):1305-1314.

DOI : 10.1007/s11136-011-0054-x

PMID : 22048932

37. Kotronoulas G, Kearney N, Maguire R, et al.

What is the value of the routine use of patient-reported outcome measures toward improvement of patient outcomes, processes of care, and health service outcomes in cancer care? Journal of Clinical Oncology. 2014;32(14):1480-1501.

DOI : 10.1200/JCO.2013.53.5948

PMID : 24711559

DOI : 10.1200/JCO.2015.63.0830

PMID : 26644527

38. Hayes SC, Johansson K, Stout NL, et al.

Upper-body morbidity after breast cancer: incidence and evidence for evaluation, prevention, and management within a prospective surveillance model of care. Cancer. 2012;118(8 Suppl):2237-2249.

DOI : 10.1002/cncr.27467

PMID : 22488698

39. Giesinger JM, Loth FL, Aaronson NK, et al.

Thresholds for clinical importance were established to improve interpretation of the EORTC QLQ-C30 in clinical practice and research. Journal of Clinical Epidemiology. 2020;118:1-8.

DOI : 10.1016/j.jclinepi.2019.10.003

40. Cocks K, King MT, Velikova G, et al.

Evidence-based guidelines for interpreting change scores for the European Organisation for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30. European Journal of Cancer. 2012;48(11):1713-1721.

DOI : 10.1016/j.ejca.2012.02.059

PMID : 22418017

41. Khalis M, et al.

Epidemiological and anatomopathological profile of breast cancer in Casablanca, Morocco. Pan African Medical Journal. 2020;37:41.

DOI : 10.11604/pamj.2020.37.41.21336

PMID : 33209186

42. Mollica MA, Doose M, Reed C, Tonorezos E.

Defining concepts in cancer survivorship. Cancer. 2025;131(16):e70039.

DOI : 10.1002/cncr.70039

PMID : 40144845

43. Mollica MA, et al.

Survivorship needs for individuals living with advanced and metastatic cancers: a report from the 2021 National Cancer Institute meeting. Journal of the National Cancer Institute. 2022;114(4):489–495. (Cité dans l'article de 2025 ci-dessus)

DOI : 10.1093/jnci/djab223

44. Lemmih H, Bakzaza B, Rachiq S, Raoui SM.

Evaluation of the Quality of Life of Women with Breast Cancer in Morocco. Annals of African Medicine. 2025; Publish Ahead of Print.

DOI : 10.4103/aam.aam_292_25

PMID : 40952809

45. Selmouni F, et al.

Quality of life trajectories in breast cancer survivors up to one year after treatment: a prospective study in a lower-middle-income country. Quality of Life Research. 2026;35(2):46.

DOI : 10.1007/s11136-025-04105-8

PMID : 41533246

46. Bouzini G, et al.

Impact of the Basic Mandatory Health Insurance "AMO-Tadamon" on Continuity of Care Among Breast Cancer Patients Treated at the Oncology Center of the CHU Mohammed VI in Tangier: A Mixed Longitudinal Cohort Study. Cancer Management and Research. 2025;17:851–861.

DOI : 10.2147/CMAR.S514238

PMID : 40292076

PMCID : PMC12024467

"les projections à l'horizon 2050 estiment une augmentation de 38 % de l'incidence et de 68 % de la mortalité, avec un triplement attendu des cas dans les pays à faible IDH"

47. Kim J, et al.

Global patterns and trends in breast cancer incidence and mortality across 185 countries. Nature Medicine. 2025;31(4):1154–1162. (Cité dans l'article de Selmouni et al., 2026)

DOI : 10.1038/s41591-024-03472-2

48. Données issues des rapports de l'Agence Internationale pour la Recherche sur le Cancer (CIRC/IARC) et de l'Australian Institute of Health and Welfare.
49. Jabri H, et al.
Assessment of quality of sexual life in women after breast cancer treatment. Pan African Medical Journal. 2021;40:38.
DOI : 10.11604/pamj.2021.40.38.29406
PMID : 34804342
50. Standring S, éditeur.
Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice. 42e éd. Elsevier; 2020.
51. Drake RL, Vogl AW, Mitchell AWM.
Gray's Anatomie pour les étudiants. 4e éd. Elsevier Masson; 2020.
52. Netter FH.
Atlas d'anatomie humaine. 7e éd. Kamina P, traducteur. Elsevier Masson; 2019.
53. Micheau A, Hoa D.
Anatomie de la paroi thoracique et du sein (Illustrations). e-Anatomy. IMAIOS. 2024. DOI: 10.37019/e-anatomy/110094.fr
54. Rivard AB, Galarza-Paez L, Peterson DC.
Anatomy, Thorax, Breast. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. PMID: 30137859
- Rapports
55. Standring S, éditeur.
Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice. 42e éd. Elsevier; 2020. Section: Chest wall and breast.
56. Rivard AB, et al.
Anatomy, Thorax, Breast. StatPearls. 2024.
57. Takaya K, Sakamoto Y, Imanishi N, Kishi K.
The fascial structure of the breast: New findings on the anatomy of the inframammary fold. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 2022;75(5):1632–1638. DOI: 10.1016/j.bjps.2021.11.109 [PMID: 34998682]
58. Standring S, éditeur.
Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice. 42e éd. Elsevier; 2020. [ISBN: 9780702077050]
59. Drake RL, Vogl AW, Mitchell AWM.
Gray's Anatomie pour les étudiants. 4e éd. Elsevier Masson; 2020.
60. Netter FH.
Atlas d'anatomie humaine. 7e éd. Kamina P, traducteur. Elsevier Masson; 2019.
61. Moore KL, Dalley AF, Agur AMR.
Anatomie médicale : Aspects fondamentaux et applications cliniques. 6e éd. De Boeck Supérieur; 2017.
62. Di Franco F, McLatchie GR.

The female breast. In: McLatchie GR, Leaper D, éditeurs. *Operative Surgery*. 2e éd. Oxford University Press; 2009. p. 45–90.

DOI : 10.1093/med/9780198510567.003.0003

63. Palhazi P.

Gross Anatomy of the Breast and Axilla. In: *Breast Cancer Management for Surgeons*. Springer; 2018. p. 3–10.

DOI : 10.1007/978-3-319-56673-3_1

64. Rivard AB, Galarza-Paez L, Peterson DC.

Anatomy, Thorax, Breast. In: *StatPearls* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. [PMID: 30137859]

65. Takaya K, Sakamoto Y, Imanishi N, Kishi K.

The fascial structure of the breast: New findings on the anatomy of the inframammary fold. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2022;75(5):1632–1638

DOI : 10.1016/j.bjps.2021.11.109

66. Wishart AC, et al.

Revisiting the anatomy of the breast: new insights from cadaveric dissections. *Society for Integrative and Comparative Biology Annual Meeting*. 2022. Abstract 1507.

Lien : <https://sicb.burkclients.com/meetings/2022/schedule/abstractdetails.php?id=1507>

67. Hidalgo DA.

Aesthetic surgery of the breast: indications and techniques. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2019;144(5):1151–1164.

DOI : 10.1097/PRS.00000000000006152

68. Swanson E.

A measurement system for evaluation of breast aesthetics. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*. 2015;3(4):e380.

DOI : 10.1097/GOX.0000000000000322

69. Audretsch W, et al.

Oncoplastic surgery: "the combination of plastic surgery techniques with oncological resection". In: Spear SL, éditeur. *Surgery of the Breast: Principles and Art*. 2e éd. Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 584–598. [Référence historique]

70. Clough KB, Kaufman GJ, Nos C, Buccimazza I, Sarfati IM.

Improving breast cancer surgery: a classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery. *Annals of Surgical Oncology*. 2010;17(5):1375–1391.

DOI : 10.1245/s10434-009-0792-y

71. Evaluating oncoplastic breast-conserving surgery: oncological safety, risks, and satisfaction—a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*. 2025;15:Article number (2025).

DOI : 10.1038/s41598-025-30062-w

72. Yang JD, et al.

Surgical techniques for personalized oncoplastic surgery in breast cancer patients with small- to moderate-sized breasts (part 2): Volume replacement. *Journal of Breast Cancer*. 2012;15(1):7-14.

DOI : 10.4048/jbc.2012.15.1.7

73. Abdelrahman EM, et al.

Oncoplastic volume replacement for breast cancer: Latissimus Dorsi flap versus thoracodorsal artery perforator flap. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*. 2019;7(10):e2476.

DOI : 10.1097/GOX.0000000000002476

74. Yoon AP, et al.

Patient-reported outcomes after immediate versus delayed breast reconstruction. *JAMA Surgery*. 2020;155(8):729-737.

DOI : 10.1001/jamasurg.2020.1678

75. Sbitany H, et al.

Prepectoral breast reconstruction: A review of current evidence. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2021;147(5):1051-1060.

DOI : 10.1097/PRS.00000000000007845

76. Healy C, Allen RJ Sr.

The evolution of perforator flap breast reconstruction: twenty years after the first DIEP flap. *Journal of Reconstructive Microsurgery*. 2014;30(2):121-126.

DOI : 10.1055/s-0033-1357272

77. Chand ND, et al.

Patient-reported outcomes are better after oncoplastic breast conservation than after mastectomy and autologous reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*. 2017;5(7):e1419.

DOI : 10.1097/GOX.0000000000001419

78. van Seijen M, Lips EH, Thompson AM, et al.

Ductal carcinoma in situ: to treat or not to treat, that is the question. British Journal of Cancer. 2019;121(4):285-292.

DOI : 10.1038/s41416-019-0478-6

PMID : 31285590

79. Gradishar WJ, Moran MS, Abraham J, et al.

NCCN Guidelines® Insights: Breast Cancer, Version 4.2023. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2023;21(6):594-608. [pour le traitement du CCIS]

DOI : 10.6004/jnccn.2023.0031

80. Lokuhetty D, White VA, Watanabe R, Cree IA, éditeurs.

WHO Classification of Tumours: Breast Tumours. 5e éd. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2019. [Classification OMS de référence]

Lien : <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/Breast-Tumours-2019>

81. Makris A, et al.

Invasive carcinoma of no special type. In: *WHO Classification of Tumours: Breast Tumours.* 5e éd. IARC; 2019

82. Christgen M, Cserni G, Floris G, et al.

Lobular breast cancer: Histomorphology and different concepts of a special spectrum of tumors. *Cancers.* 2021;13(15):3695.

DOI : 10.3390/cancers13153695

83. McCart Reed AE, Kalita-de Croft P, Kutasovic JR, et al.

Recent advances in invasive lobular carcinoma. *Breast Cancer Research.* 2022;24(1):28.

DOI : 10.1186/s13058-022-01516-w

84. Weigelt B, Geyer FC, Reis-Filho JS.

Histological types of breast cancer: how special are (they?) *Molecular Oncology.* 2010;4(3):192–208.

DOI : 10.1016/j.molonc.2010.04.004

PMID : 20452298

85. Perou CM, Sørli T, Eisen MB, et al.

Molecular portraits of human breast tumours. *Nature.* 2000;406(6797):747–752

DOI : 10.1038/35021093

PMID : 10963602

86. Goldhirsch A, Winer EP, Coates AS, et al.

Personalizing the treatment of women with early breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2013. *Annals of Oncology.* 2013;24(9):2206–2223

DOI : 10.1093/annonc/mdt303

PMID : 23917950

Luminal A et B :

87. Cheang MC, Chia SK, Voduc D, et al.

Ki67 index, HER2 status, and prognosis of patients with luminal B breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute.* 2009;101(10):736–750. [DOI : 10.1093/jnci/djp082

PMID : 19436038

HER2-enriched :

88. Slamon DJ, Leyland-Jones B, Shak S, et al.

Use of chemotherapy plus a monoclonal antibody against HER2 for metastatic breast cancer that overexpresses HER2. *New England Journal of Medicine.* 2001;344(11):783–792. [pour l'impact des anti-HER2]

DOI : 10.1056/NEJM200103153441101

PMID : 11248153

Triple négatif :

89. Foulkes WD, Smith IE, Reis-Filho JS.

Triple-negative breast cancer. New England Journal of Medicine. 2010;363(20):1938–1948

DOI : 10.1056/NEJMra1001389

PMID : 21067385

Classification TNM (8e édition) :

90. Amin MB, Greene FL, Edge SB, et al.

The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more "personalized" approach to cancer staging. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2017;67(2):93–99.

DOI : 10.3322/caac.21388

PMID : 28094848

91. Giuliano AE, Connolly JL, Edge SB, et al.

Breast Cancer—Major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2017;67(4):290–303.

DOI : 10.3322/caac.21393

PMID : 28294295

92. Weiss A, Chavez–MacGregor M, Lichtensztajn DY, et al.

Validation Study of the American Joint Committee on Cancer Eighth Edition Prognostic Stage Compared With the Anatomic Stage in Breast Cancer. JAMA Oncology. 2018;4(2):203–209.

DOI : 10.1001/jamaoncol.2017.4298

PMID : 29177594

93. Mrabti H, El Ghissassi I, El Ghorfi L, et al.

Breast cancer in Morocco: A systematic review. The Breast. 2020;53:149–156.

DOI : 10.1016/j.breast.2020.07.007

94. Bouchbika Z, Haddad H, Benchakroun N, et al.

Cancer incidence in Morocco: report from Casablanca registry 2008–2012. Pan African Medical Journal. 2020;37:214. [pour les données épidémiologiques]

DOI : 10.11604/pamj.2020.37.214.24722

95. Elidrissi Errahhali M, Elidrissi Errahhali M, Ouarzane M, et al.

Breast cancer in Eastern Morocco: clinical and pathological features. BMC Cancer. 2021;21(1):184. [

DOI : 10.1186/s12885-021-07895-1

96. Benbrahim F, et al.

Patterns of care and survival of breast cancer patients in Morocco: a systematic review. Journal of Cancer Policy. 2022;32:100333.

DOI : 10.1016/j.jcipo.2022.100333

97. Mrabti H, et al.

Breast cancer treatment and its impact on survival in Morocco: a study over a decade. BMC Cancer. 2024;24:786.

DOI : 10.1186/s12885-024-12570-6

Lien PMC : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11218305/>

98. Cortazar P, Zhang L, Untch M, et al.
Pathological complete response and long-term clinical benefit in breast cancer: the CTNeoBC pooled analysis. The Lancet. 2014;384(9938):164–172.
DOI : 10.1016/S0140-6736(13)62422-8
PMID : 24529560
- Freites–Martinez A, Shapiro J, Goldfarb S, et al.
Hair disorders in patients with cancer. Journal of the American Academy of Dermatology. 2019;80(5):1179–1196.
DOI : 10.1016/j.jaad.2018.03.055
99. Fang SY, Chang HT, Shu BC.
Objectified body consciousness, body image avoidance, and weight control behavior in women with breast cancer. European Journal of Oncology Nursing. 2020;47:101771.
DOI : 10.1016/j.ejon.2020.101771
100. Drost L, Li N, Vesprini D, et al.
Prospective study of breast radiation dermatitis: Correlation of patient-reported outcomes with clinical assessment. Breast Journal. 2019;25(6):1115–1121.
DOI : 10.1111/tbj.13432
Cancer.ca. *Effets secondaires de la radiothérapie.* Société canadienne du cancer.
101. Gopie JP, ter Kuile MM, Timman R, et al.
Impact of delayed implant and DIEP flap breast reconstruction on body image and sexual satisfaction: A prospective follow-up study. Psycho-Oncology. 2014;23(1):100–107.
DOI : 10.1002/pon.3377
102. Fang SY, Shu BC, Chang YJ.
The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis. Breast Cancer Research and Treatment. 2013;137(1):13–21.
DOI : 10.1007/s10549-012-2349-1
103. Institut National du Cancer (INCa).
Les traitements du cancer du sein. Cancer.fr.
104. van Maaren MC, de Munck L, de Bock GH, et al.
10 year survival after breast-conserving surgery plus radiotherapy compared with mastectomy in early breast cancer in the Netherlands: a population-based study. Lancet Oncology. 2016;17(8):1158–1170.
DOI : 10.1016/S1470-2045(16)30067-5
:
105. Lagendijk M, van Maaren MC, Saadatmand S, et al.
Breast conserving therapy and mastectomy revisited: Breast cancer-specific survival and the influence of prognostic factors in 129,692 patients. International Journal of Cancer. 2018;142(1):165–175.
DOI : 10.1002/ijc.31034
106. Hartmann-Johnsen OJ, Kåresen R, Schlichting E, Nygård JF.

Survival is Better After Breast Conserving Therapy than Mastectomy for Early Stage Breast Cancer: A Registry-Based Follow-up Study of Norwegian Women Primary Operated Between 1998 and 2008. *Annals of Surgical Oncology*. 2015;22(12):3836–3845.
DOI : 10.1245/s10434-015-4441-3

107. Giuliano AE, Ballman KV, McCall L, et al.

Effect of Axillary Dissection vs No Axillary Dissection on 10-Year Overall Survival Among Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis: The ACOSOG Z0011 (Alliance) Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2017;318(10):918–926.
DOI : 10.1001/jama.2017.11470

108. EBCTCG (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group).

Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. *The Lancet*. 2011;378(9804):1707–1716.

DOI : 10.1016/S0140-6736(11)61629-2

EBCTCG. *Effect of radiotherapy after mastectomy and axillary surgery on 10-year recurrence and 20-year breast cancer mortality: meta-analysis of individual patient data for 8135 women in 22 randomised trials.* *The Lancet*. 2014;383(9935):2127–2135.

DOI : 10.1016/S0140-6736(14)60488-8

109. Société canadienne du cancer.

Effets secondaires de la radiothérapie. Cancer.ca.

110. Darby SC, Ewertz M, McGale P, et al.

Risk of ischemic heart disease in women after radiotherapy for breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(11):987–998.

DOI : 10.1056/NEJMoa1209825

111. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG).

Aromatase inhibitors versus tamoxifen in early breast cancer: patient-level meta-analysis of the randomised trials. *The Lancet*. 2015;386(10001):1341–1352.

DOI : 10.1016/S0140-6736(15)61074-1

112. Burstein HJ, Lacchetti C, Anderson H, et al.

Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor-Positive Breast Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Focused Update. *Journal of Clinical Oncology*. 2019;37(5):423–438.

DOI : 10.1200/JCO.18.01160

113. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG).

Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100,000 women in 123 randomised trials. *The Lancet*. 2012;379(9814):432–444.

DOI : 10.1016/S0140-6736(11)61625-5

114. **Piccart–Gebhart MJ, Procter M, Leyland–Jones B, et al.**
 Trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2–positive breast cancer. New England Journal of Medicine. 2005;353(16):1659–1672.
 DOI : 10.1056/NEJMoa052306
115. **Romond EH, Perez EA, Bryant J, et al.**
 Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2–positive breast cancer. New England Journal of Medicine. 2005;353(16):1673–1684.
 DOI : 10.1056/NEJMoa052122
 Étude KEYNOTE–522 (pembrolizumab dans TNBC précoce) :
116. **Schmid P, Cortes J, Puztai L, et al.**
Pembrolizumab for Early Triple–Negative Breast Cancer. New England Journal of Medicine. 2020;382(9):810–821.
 DOI : 10.1056/NEJMoa1910549
117. **Schmid P, Cortes J, Dent R, et al.**
Overall Survival with Pembrolizumab in Early–Stage Triple–Negative Breast Cancer. New England Journal of Medicine. 2025;392(12):1189–1201. [mise à jour KEYNOTE–522 à 5 ans]
 DOI : 10.1056/NEJMoa2412659
118. **Le Du F, Moati E, Vaflard P, et al.**
La prise en charge des cancers du sein triple négatifs : état actuel et perspectives. Bulletin du Cancer. 2025;112(1):82–99.
 DOI : 10.1016/j.bulcan.2024.09.009
119. **Tutt ANJ, Garber JE, Kaufman B, et al.**
 Adjuvant Olaparib for Patients with BRCA1– or BRCA2–Mutated Breast Cancer. New England Journal of Medicine. 2021;384(25):2394–2405.
 DOI : 10.1056/NEJMoa2105215
120. **Geyer CE Jr, Garber JE, Gelber RD, et al.**
 Overall survival in the OlympiA phase III trial of adjuvant olaparib in patients with germline pathogenic variants in BRCA1/2 and high–risk, early breast cancer. Annals of Oncology. 2022;33(12):1250–1268.
 DOI : 10.1016/j.annonc.2022.09.159
121. **DiSipio T, Rye S, Newman B, Hayes S.**
Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta–analysis. Lancet Oncology. 2013;14(6):500–515.
 DOI : 10.1016/S1470–2045(13)70076–7
122. **Gillespie TC, Sayegh HE, Brunelle CL, et al.**
Breast cancer–related lymphedema: risk factors, diagnosis, and management. Current Breast Cancer Reports. 2018;10(3):206–214.
 DOI : 10.1007/s12609–018–0289–6
123. **Cardinale D, Colombo A, Bacchiani G, et al.**

Early detection of anthracycline cardiotoxicity and improvement with heart failure therapy. Circulation. 2015;131(22):1981–1988.

DOI : 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.013777

124. Seretny M, Currie GL, Sena ES, et al.

Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. Pain. 2014;155(12):2461–2470.

DOI : 10.1016/j.pain.2014.09.020

125. Wolff AC, Blackford AL, Visvanathan K, et al.

Risk of marrow neoplasms after adjuvant breast cancer therapy: the national comprehensive cancer network experience. Journal of Clinical Oncology. 2015;33(4):340–348.

DOI : 10.1200/JCO.2013.54.6116

126. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.

Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):209–249.

DOI : 10.3322/caac.21660

127. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.

Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024;74(3):229–263.

DOI : 10.3322/caac.21834

128. Girgis A.

Cancer survivorship: The start of a new chapter. In: *Cancer and Chronic Conditions.* Springer; 2020. Cité dans The Breast, 2024 .

129. Firkins J, Hansen L, Driessnack M, Dieckmann N.

Quality of life in "chronic" cancer survivors: a meta-analysis. Journal of Cancer Survivorship. 2020;14(4):504–517. Cité dans The Breast, 2024 .

DOI : 10.1007/s11764-020-00869-9

Séquelles physiques spécifiques :

130. Yin Y, et al.

Prevalence and risk factors for chronic pain in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Supportive Care in Cancer. 2022;30(10):7893–7905. Cité dans The Breast, 2024 .

131. Cathcart-Rake EJ, Ruddy KJ.

Breast cancer survivorship: The view from the patient's perspective. The Breast. 2023;68:145–152. Cité dans The Breast, 2024 .

132. Rosenberg SM, et al.

Long-term psychosocial outcomes in young breast cancer survivors: A prospective cohort study. Journal of Clinical Oncology. 2020;38(15_suppl):e24064. Cité dans The Breast, 2024 .

:

133. European Commission.

Europe's Beating Cancer Plan: Communication from the Commission to the European Parliament and the Council. Brussels; 2021. Cité dans The Breast, 2024 .

134. Bottomley A, et al.

Current state of quality of life and patient-reported outcomes in cancer clinical trials: A systematic review. European Journal of Cancer. 2023;186:112–124. .

135. Lavdaniti M, Tsitsis N.

Definitions of quality of life in cancer: A systematic review. International Journal of Caring Sciences. 2015;8(2):494–500. Cité dans The Breast, 2024 .

136. Makhnevych I, et al.

Emotional Functioning as a Dimension of Quality of Life in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cancers. 2025;17(22):3707.

DOI : 10.3390/cancers17223707

137. Devarakonda SK, et al.

Trends in Emotional Functioning and Psychosocial Wellbeing in Breast Cancer Survivors: A Prospective Cohort Study Using Patient-Reported Outcome Measures. BMC Women's Health. 2023;23:153.

DOI : 10.1186/s12905-023-02243-0

138. Lemmih H, Bakzaza B, Rachiq S, Raoui SM.

Evaluation of the Quality of Life of Women with Breast Cancer in Morocco. Annals of African Medicine. 2025; Online ahead of print.

DOI : 10.4103/aam.aam_292_25

139. 140.Masiero M, et al.

Chronic pain in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2024;196:104287. Cité dans The Breast, 2024 .

140. Rodrigues-Machado N, et al.

Sexual dysfunction in women with breast cancer: a systematic review. Supportive Care in Cancer. 2025;33(4):332.

DOI : 10.1007/s00520-025-09352-6

PMID : 40163251

141. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, et al.

Female sexual dysfunction (FSD): prevalence and impact on quality of life (QoL). Maturitas. 2016;94:87–91. Cité dans Supportive Care in Cancer, 2025 .

DOI : 10.1016/j.maturitas.2016.09.013

142. Dynamics in Quality of Life of Breast Cancer Patients Following Surgery: Systematic Review and Meta-Analysis.

Cancers. 2025;17(19):3108.

DOI : 10.3390/cancers17193108

143. Abrahams HJG, et al.

Prevalence and course of fatigue in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2020;155:103095. Cité dans The Breast, 2024.

144. Cathcart-Rake EJ, Ruddy KJ.

Breast cancer survivorship: The view from the patient's perspective. The Breast. 2023;68:145–152. .

Étude de Meknès (265 patientes) :

145. 146. Lemmih H, Bakzaza B, Rachiq S, Raoui SM.

Evaluation of the Quality of Life of Women with Breast Cancer in Morocco. Annals of African Medicine. 2025.

DOI : 10.4103/aam.aam_292_25

146. Quality of Life and Age-Related Predictor Symptoms in Breast Cancer Survivors Undergoing Hormone Therapy: A Study from the Northern Region of Morocco. European Journal of Breast Health. 2025;21(2):115–121.

DOI : 10.4274/ejbh.galenos.2025.2024-5-4

147. Bouzini G, et al.

Impact of the Basic Mandatory Health Insurance "AMO-Tadamon" on Continuity of Care Among Breast Cancer Patients Treated at the Oncology Center of the CHU Mohammed VI in Tangier: A Mixed Longitudinal Cohort Study. Cancer Management and Research. 2025;17:851–861. [citation déjà fournie]

DOI : 10.2147/CMAR.S514238

148. Étude de Ouasmani et al. (trajectoires au Maroc) :

Ouasmani F, et al.

Quality of life trajectories in breast cancer survivors up to one year after treatment: a prospective study in a lower-middle-income country. Quality of Life Research. 2026;35(2):46. [citation déjà fournie]

DOI : 10.1007/s11136-025-04105-8

149. Patient-Reported Outcomes (PROs) :

150. Di Maio M, et al.

The role of patient-reported outcome measures in the continuum of cancer clinical care: ESMO Clinical Practice Guideline. Annals of Oncology. 2022;33(9):878–892. Cité dans The Breast, 2024 .

DOI : 10.1016/j.annonc.2022.04.007

151. Su R, et al.

A systematic review of patient-reported outcome measures (PROMs) to assess health-related quality of life (HRQoL) for breast cancer patients who are undertaking adjuvant endocrine

therapy. Quality of Life Research. 2025;34(9):2471–2488.

DOI : 10.1007/s11136-025-04004-y

Publication officielle du CIRC/IARC :

152. International Agency for Research on Cancer (IARC).

Patterns of care for women with breast cancer in Morocco: an assessment of breast cancer diagnosis, management, and survival in two leading oncology centres. Lyon: IARC; 2021.

Lien : <https://www.iarc.who.int/news-events/patterns-of-care-for-women-with-breast-cancer-in-morocco/>

Article de référence de Mrabti et al. (The Breast, 2021)

153. Mrabti H, Sauvaget C, Benider A, 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.

DOI : 10.1016/j.breast.2021.07.009

PMID : 34325329

PMCID : PMC8365324

Étude sur l'impact des traitements sur la survie (BMC Cancer, 2024)

154. Mrabti H, Sauvaget C, Bendahhou K, et al.

Breast cancer treatment and its impact on survival in Morocco: a study over a decade. BMC Cancer. 2024;24(1):786.

DOI : 10.1186/s12885-024-12570-6

PMID : 38956536

PMCID : PMC11218305

Étude sur les délais de traitement (Bulletin du Cancer, 2018)

155. Mimouni M, Chaouki W, Errihani H, Benjaafar N.

Analyse des délais de traitement du cancer du sein : expérience d'un centre de référence tertiaire au Maroc [An analysis of breast cancer treatment waiting times: experience of a tertiary referral center in Morocco]. Bulletin du Cancer. 2018;105(9):755–762.

DOI : 10.1016/j.bulcan.2018.05.010

PMID : 30122243

156. Association Marocaine de Formation et de Recherche en Oncologie Médicale (AMFROM).

Guide des protocoles thérapeutiques en oncologie. Bulletin Marocain de l'Oncologie. 2021;(10):1–245

Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer

Orientations nationales :

157. Ministère de la Santé du Maroc, Fondation Lalla Salma.

Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) 2020–2029. Rabat: Ministère de la Santé; 2020.

2Stratification du risque et profilage moléculaire :

158. Selmouni F, et al.
Tackling cancer burden in low-income and middle-income countries: Morocco as an exemplar. The Lancet Oncology. 2018;19(2):e93–e101.
DOI : 10.1016/S1470-2045(17)30727-1
159. Biganzoli L, et al.
Quality indicators in breast cancer care: an update from the EUSOMA working group. European Journal of Cancer. 2017;86:59–81.
DOI : 10.1016/j.ejca.2017.08.017
160. Basu P, et al.
Breast cancer screening program in Morocco: status of implementation, organization and performance. International Journal of Cancer. 2018;143(12):3273–3280.
DOI : 10.1002/ijc.31749
161. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E, éditeurs.
From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition. Committee on Cancer Survivorship, Institute of Medicine and National Research Council. Washington (DC): National Academies Press (US); 2006.
ISBN : 0-309-09595-6
Lien : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20669466/>
162. American Society of Clinical Oncology (ASCO), American Cancer Society (ACS).
Breast Cancer Survivorship Care Guidelines. ASCO Practice Guidelines; 2023 (mise à jour).
163. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, et al.
American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2016;66(1):43–73.
DOI : 10.3322/caac.21319
PMID : 26641959
Outil pratique – ASCO Treatment Summary and Survivorship Care Plan :
164. ASCO.
Treatment Summary and Survivorship Care Plan for Breast Cancer. Formulaire téléchargeable de 3 pages permettant de partager les informations de traitement et de suivi avec tous les professionnels de santé impliqués.
NCCN Guidelines for Survivorship (version 3.2025) :
165. National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Survivorship. Version 3.2025.
Lien : <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1466>
Recommandations ESMO – Patient Guide on Survivorship
166. ESMO–ECPC Patient Guide on Survivorship (en collaboration avec IPOS) :
European Society for Medical Oncology (ESMO), European Cancer Patient Coalition (ECPC), International Psycho–Oncology Society (IPOS). *Patient Guide on Survivorship.* 2017.
Lien : <https://ecpc.org/esmo-cancer-guides/>

Cadre national marocain

167. Ministère de la Santé du Maroc, Fondation Lalla Salma.

Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) 2020–2029. Rabat: Ministère de la Santé; 2020.

168. Fondation Lalla Salma.

Early detection program for breast and cervix cancers.

Lien : https://www.contrelecancer.ma/en/detection_precoce_action

Guide AMFROM des protocoles d'oncologie médicale

169. Association Marocaine de Formation et de Recherche en Oncologie Médicale (AMFROM). *Guide des protocoles d'oncologie médicale*. 6e édition. 2024.



قسم الطبيب :

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم
سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح
والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنى، وأكون أخا لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين
على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



الأطروحة 97 / سنة 2026

النجاة بعد العلاج (Survivorship) لدى المريضات المعَالَجات من سرطان الثدي أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2026/02/27
من طرف

الآنسة أميمة الرفيعي
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

التأثير النفسي-الاجتماعي – – (Survivorship) سرطان الثدي – النجاة بعد العلاج
المرأة الشابة

اللجنة

الرئيس

إ. السعدي

السيد

أستاذ في الأنكولوجيا الطبية

المشرف

م. لحكيم

السيد

أستاذ في الجراحة الباطنية

م. تواتي

السيد

أستاذ في جراحة الأنف والأذن والحنجرة

ه. بابا

السيد

أستاذ في الجراحة الباطنية

م. ج. فاسي فاهري

السيد

أستاذ في الجراحة الباطنية

الحكام

