

SURVIE DES FEMMES SOUFFRANT DE CANCER DU SEIN AU MALI : ANALYSE D'UNE COHORTE DE 124 CAS PRIS EN CHARGE AU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DU POINT-G DE JANVIER 2007 A OCTOBRE 2010

YACOUBA SIDIBE¹, MADANI LY², KASSOUM KAYENTAO³,
BAKAROU KAMATE², MAMADOU SISSOKO³.

¹Département Appui aux Programmes, Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie, Bamako, Mali ;

²Service d'Héματο-Oncologie du Centre Hospitalo-Universitaire du Point G, Bamako, Mali ;

³Département d'Epidémiologie des Maladies Parasitaires, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme, Boîte Postale : 1805, Bamako, Mali

Auteur principal : Yacouba Sidibé, ysidibe010163@gmail.com

Résumé

Le cancer du sein est devenu la première pathologie cancéreuse de la femme. L'objectif principal de ce travail était d'étudier la survie des femmes souffrant de cancer du sein et traitées au service d'héματο-oncologie médicale du CHU du Point-G (SHOM) au Mali de janvier 2007 à octobre 2010. Une étude de cohorte rétrospective chez les femmes traitées pour cancer du sein SHOM du Point-G a permis d'analyser 124 cas de cancer du sein pris en charge et suivis entre janvier 2007 et octobre 2010 en utilisant la courbe de Kaplan Meier pour évaluer la survie globale sur 5 ans, puis la survie comparant les femmes selon certaines caractéristiques de base. Le test du log Rank a été utilisé pour comparer les courbes de survie. Au total 124 patientes ont été incluses dans cette étude. Le temps moyen de suivi des patientes était de $1,42 \pm 1,55$ an. L'âge moyen était de $47,44 \pm 14,4$ ans. La survie à 1, 3 et 5 ans pour cancer du sein a été respectivement de 38,86%, 12,69% et 6,34% avec une survie médiane de 1,23 an. L'évolution de la survie est statistiquement liée à certaines caractéristiques déjà annoncées.

Mots-clés : Sein, Survie cancer, Point-G, Mali, 2015

Abstract

Breast cancer has become the first cancer pathology of women. The main objective of this work was to study the survival of women suffering from breast cancer and treated in the medical hemato-oncology service of the Point-G from University Hospital Center in Mali from January 2007 to October 2010. We analyzed 124 cases of breast cancer through a retrospective cohort study in women treated in the Medical Hemato-oncology service of Point-G, in the University Hospital Center in Mali between January 2007 and October 2010 using the Kaplan Meier curve. The log rank test was used to compare the survival curves. A total of 124 patients were included in this study. The survival at 1, 3 and 5 years for breast cancer was 38.86%, 12.69% and 6.34%, respectively, with a median survival of 1.23 years. The evolution of survival is statistically related to certain characteristics announced in the results.

Key words: Breast, cancer, Survival, Point-G-UHC, Mali, 2015

1. Introduction

Considéré auparavant comme la deuxième maladie cancéreuse la plus fréquente chez la femme, le cancer du sein est actuellement au premier plan de l'ensemble des maladies cancéreuses chez cette catégorie (Wabinga et Al, 2015). Les dernières statistiques mondiales sur le cancer du sein révèlent que l'incidence de cette pathologie est en forte augmentation dans le monde (Sounlé et Sanogo, 2015). Cette situation serait due à divers facteurs dont le changement du mode de vie avec la perte des facteurs de protection traditionnelle (Wabinga, 2015). A l'inverse de la mortalité, l'incidence de cette pathologie reste plus élevée dans les pays industrialisés par rapport aux pays en développement (Sounlé et Sanogo, 2015).

Ainsi pour une incidence moyenne de 90 nouveaux cas pour 100 000 habitants en Europe occidentale avec un diagnostic précoce et une survie à 5 ans allant de 79 à 90 % selon les pays, l'Afrique se trouve à une incidence moyenne de 21,3 nouveaux cas pour 100 000 femmes (en Afrique de l'Ouest) en 2008 et 30 nouveaux cas pour 100 000 femmes (en Afrique de l'Est) avec un retard chronique de diagnostic et une survie de moins de 50% à 5 ans (Michel, 2015). Selon Docteur Christopher Wild, Directeur du CIRC, il est urgent d'utiliser les progrès du nord pour lutter contre la morbidité et la mortalité liées au cancer au sud en mettant en place des stratégies efficaces de dépistage, des services de détection précoce et un traitement adapté (Sanogo, 2015). Ces stratégies doivent être basées sur la détermination des indicateurs classiques de la maladie comme l'incidence, la mortalité et la survie ((Sounlé et Sanogo, 2015).

Dans notre pays, à l'instar de la plupart des pays en développement, ces indicateurs classiques liés au cancer sont difficiles à évaluer, eu égard aux limites réelles du seul registre du cancer à répertorier l'ensemble des cas, les insuffisances dans le dépistage et la confirmation diagnostique, mais aussi l'absence de certification médicale des décès dont les taux ne dépasseraient guère les 8% dans certaines zones d'Afrique de l'Ouest (Maxwell et Koniko, 2015). Par ailleurs l'itinéraire particulier des patients atteints de cancer du sein (Staub et Gekenidis, 2011) et probablement l'inaccessibilité financière au coût de sa prise en charge par les malades sont autant de facteurs limitant pour cette évaluation. La survie étant l'un des trois indicateurs classiques du cancer, cet indicateur a été évalué en 2008 et en 2009, respectivement par Sounlé et Togo au Mali. Pour contribuer à la mise à jour des données, nous nous sommes intéressés à analyser la survie d'une cohorte de 124 femmes traitées et suivies pour cancer du sein dans le service d'Hémo-oncologie médical du CHU du Point G après un recul de 5 ans.

2. Patient et méthode

2.1 Cadre de l'étude

L'étude a été réalisée au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) du Point-G dans le service d'hémo-oncologie médicale avec la collaboration du service d'anatomopathologie. C'est une structure de troisième référence qui reçoit les malades référés ou évacués du district de Bamako et des autres régions sanitaires du Mali. C'est à ce niveau que le seul registre du cancer du Mali est actuellement renseigné.

2.2 Type d'étude, population et collecte des données

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective, descriptive et analytique dont les données ont été collectées de façon transversale. La population d'étude était constituée par les femmes traitées et suivies (entre janvier 2007 et octobre 2010) dans le service d'hémo-oncologie médicale du CHU du point-G pour cancer du sein. L'étude a été réalisée du 20 juillet au 07 novembre 2015.

Ont été incluses dans l'étude, toutes les femmes traitées et suivies pour cancer du sein avec existence d'un dossier médical dans le service d'hémo-oncologie médicale du chu du point-G, entre janvier 2007 et octobre 2015. Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective chez les femmes traitées pour cette pathologie au service d'hémo-oncologie médicale du chu du point-g au mali de janvier 2007 à octobre 2010.

Parmi tous les dossiers sur le cancer qui étaient conservés pêle-mêle, nous avons pu retrouver 124 cas de cancer du sein pris en charge entre janvier 2007 et octobre 2010. Sur la base de ces dossiers, des contacts téléphoniques et des échanges avec le personnel soignant, nous avons pu faire une collecte des données de façon passive et active pour compléter certaines informations concernant le statut des patientes suivies.

L'analyse a porté sur la survie des patientes traitées. La courbe de Kaplan Meier a été utilisée pour évaluer la survie globale sur 5 ans, puis la survie comparant les femmes selon certaines caractéristiques de base (avant le traitement). Les tests du log- Rank et de wilcoxon (breslow) ont été utilisés pour comparer les courbes de survie.

La technique d'échantillonnage a consisté à dépouiller les dossiers des patientes suivies pour cancer du sein pour la période allant de janvier 2007 à octobre 2010 jusqu'à atteindre la taille de l'échantillon estimée. Tous les dossiers relatifs au cancer du sein pour la période de l'étude étaient systématiquement récupérés pour exploitation.

Les données ont été collectées selon un mode passif (sur place à l'Hôpital) et actif (Communication avec le personnel, interview des parents par téléphone).

2.2.1 Suivi des malades

Chaque patiente a été prise en charge et suivie dans le service d'oncologie médicale du Point-G. A l'admission, l'état de la patiente a été évalué par le médecin spécialiste avant d'être soumis à une cure de chimiothérapie adaptée à son cas. Ces cures s'effectuent en général toutes les trois semaines, mais il existe des cures hebdomadaires pour certaines molécules. La patiente est ensuite suivie de façon périodique sur rendez-vous pendant lequel son état est réévalué à chaque fois par le médecin spécialiste avant et après chaque cure de chimiothérapie. Entre deux rendez-vous, la patiente peut recevoir des bilans généraux ou d'extension du cancer qu'il est tenu de faire avant la prochaine visite afin d'assurer un suivi rigoureux.

Ces bilans peuvent varier selon les malades, mais comprennent en général le bilan biologique avec la formule leucocytaire et les plaquettes, la créatinémie, les transaminases, la bilirubine totale et conjuguée, la glycémie et la goutte épaisse. Ce bilan peut être légèrement modifié en fonction de l'état du malade et inclure un bilan radiologique et/ou échographique. Les

dossiers des malades font l'objet de présentation lors des séances de réunions pluridisciplinaires assorties de décisions sur la suite à observer pour chaque cas.

2.2.2 Traitement et analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été faites respectivement avec les logiciels Excel et SPSS. Les courbes de survie ont été réalisées avec le logiciel Stata selon la méthode de Kaplan Meier. La comparaison des courbes de survie a été faite avec le test du Log Rang. La survie globale à chaque anniversaire après le début du suivi a été évaluée pour chaque patiente jusqu'à 5 ans.

2.2.3 Aspects éthiques et règlementaires

L'exploitation des dossiers des malades a été faite dans le respect strict de l'éthique et de la déontologie médicale. La confidentialité des informations obtenues des dossiers des malades a été assurée car elles sont tenues dans le secret absolu au niveau du stagiaire et du Directeur de mémoire. La sécurisation des données informatisées est garantie par un système de code pour leur accès. Seuls le stagiaire et son Directeur de mémoire ont accès à ce code.

2.2.4 Difficultés rencontrées

Plusieurs difficultés ont été rencontrées dans la collecte des données, notamment la variabilité dans la structuration des informations contenues dans les dossiers provenant des services référant les malades, l'insuffisance dans la complétude des données, des informations utiles non obtenues auprès des malades ou leurs parents (date du décès, début de la symptomatologie, etc.), les perdus de vue, l'archivage des dossiers). Nous avons toujours tenté de minimiser les impacts liés à ces difficultés en approchant les différents médecins traitants, en lisant et relisant tout le dossier et les courriers d'échange avec d'autres spécialistes et en communiquant avec les parents.

3. Résultats.

3.1 Description de la population d'étude

Entre janvier 2007 et octobre 2015, nous avons pu colliger au total un échantillon de 124 femmes atteintes de cancers de sein dans le service d'hémo-oncologie médical du CHU du point-G de Bamako parmi lesquelles, 89 sont décédées avant le recul de 5 ans, 5 sont guéris ou stabilisés, et 30 sont perdus de vue.

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Parmi 124 femmes traitées pour cancers du sein, la majorité étaient constituées par la tranche d'âge de plus de 50 ans (33, 9 %), de profession de ménagère (87, 1 % dont 94, 4 % mariées), de nationalité malienne (97, 6 %). Par ailleurs, le district de Bamako renfermait à lui seul 49,2% de l'échantillon.

Tableau 1 : Distribution de l'échantillon selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes traitées pour cancers du sein au CHU du Point G de janvier 2007 à Octobre 2010

Variables	Effectifs (n=124)	(%)
Age		
< 30 ans	12	9,7
31-40 ans	36	29,0
41-50 ans	34	27,4
> 50 ans	42	33,9
Profession		
Ménagère	108	87,1
Autres	16	12,9
Nationalité		
Maliennne	121	97,6
Autre	3	2,4
Provenance Régionale		
Kayes	23	18,5
Koulikoro	9	7,3
Sikasso	10	8,1
Ségou	10	8,1
Mopti	5	4,0
Tombouctou	4	3,2
Gao	2	1,6
Bamako	61	49,2
Statut marital		
Marié	117	94,4
Célibataire	4	3,2
Veuve/Divorcée	3	2,4

3.1.2 Caractéristiques cliniques

La majorité (44, 9 %) des femmes traitées pour cancer du sein avaient un indice de masse corporelle normal. Cependant 21, 2 % d'entre elles étaient obèses. Le type histologique de carcinome canalaire infiltrant représentait 43, 5 %.

Tableau 2 : Distribution de l'échantillon selon les caractéristiques cliniques des femmes traitées pour cancers du sein au CHU du Point G de janvier 2007 à Octobre 2010

Variables	Effectifs (n=124)	(%)
Indice de Masse Corporelle (IMC)		
< 18,5 (maigreur)	10	8,5
18,5-25 (normal)	53	44,9
25,1-30 (surpoids)	30	25,4
> 30 (obésité)	25	21,2
Prise de Contraceptifs		
Oui	34	27,4
Non	90	72,6
Statut ménopausique de la femme		
Oui	50	40,3
Non	74	59,7
Antécédent personnel de cancer		
Oui	7	5,6
Non	117	94,4
Antécédent familial de cancer		
Oui	9	7,3
Non	115	92,7
Type Histologique de cancer		
Carcinome Canalaire Infiltrant	54	43,5
Autres types	11	8,9
Typologie non précisée	59	47,6
Classification SBR		
Grade I	8	6,5
Grade II	32	25,8
Grade III	10	8,1
Grade non précisé	74	59,6

3.1.3 Caractéristiques cliniques (suite)

Tableau 3 : Distribution de l'échantillon selon les caractéristiques cliniques des femmes traitées pour cancers du sein au CHU du Point G de janvier 2007 à Octobre 2010

Variables	Effectifs (n=124)	(%)
Statut OMS		
PSOMS=0	13	11,4
PSOMS=1	58	50,9
PSOMS=2	36	31,6
PSOMS=3	4	3,5
PSOMS=4	3	2,6
Evolution de la maladie		
Décès	89	71,8
Guéri	5	4,0
Perdu de vue	30	24,2
Délai de traitement (en jours)		
1-15	20	18,3
16-30	20	18,3
31-45	19	17,4
> 45	50	46,0
Protocole de chimiothérapie		
Aucun traitement	6	4,8
ChimioN-Chirurgie-ChimioA	64	51,6
Chirurgie seule	3	2,4
Chimiothérapie seule	51	41,1

ChimioN : Chimiothérapie néoadjuvante ChimioA : Chimiothérapie Adjuvante

Le statut OMS était essentiellement dominé par les stades 1 à 2 avec respectivement 50,9 % et 31,6%. Au total, 71,8% des malades sont décédés au cours du suivi, 4,0% sont guéris et 24,2% étaient perdus de vue.

3.1.4 Caractéristiques biologiques de l'échantillon

L'anémie était constatée chez 65,2 % de l'échantillon. Le déficit lymphocytaire et la lymphocytose étaient modérées (respectivement 18,9% et 28,8 % des cas), la neutropénie était constatée chez 17,7 % des femmes contre une thrombopénie de l'ordre de 5,2 %.

Tableau 4 : Distribution de l'échantillon selon les caractéristiques biologiques des femmes traitées pour cancers du sein au CHU du Point G de janvier 2007 à Octobre 2010

Variables	Effectif	%
Leucocytes		
< 4000	15	12,9
4000-10000	88	75,9
> 10000	13	11,2
Neutrophiles		
< 45%	11	17,7
45% - 75%	43	34,7
> 75%	8	12,9
Lymphocytes		
< 20%	21	18,9
20% - 40%	58	52,3
> 40%	32	28,8
Taux d'hémoglobine		
< 12 g/100ml	75	65,2
≥ 12 g/100 ml	40	34,8
Plaquettes		
< 150000	6	5,2
150000-450000	91	78,4
> 450000	19	16,4

3.2 Résultats analytiques

Nos résultats donnent une survie globale à 5 ans des femmes atteintes de cancer du sein de 6,34% et une survie médiane de 1,23 an. Le temps moyen de suivi est de $1,42 \pm 1,55$ ans.

3.2.1 Courbe de survie

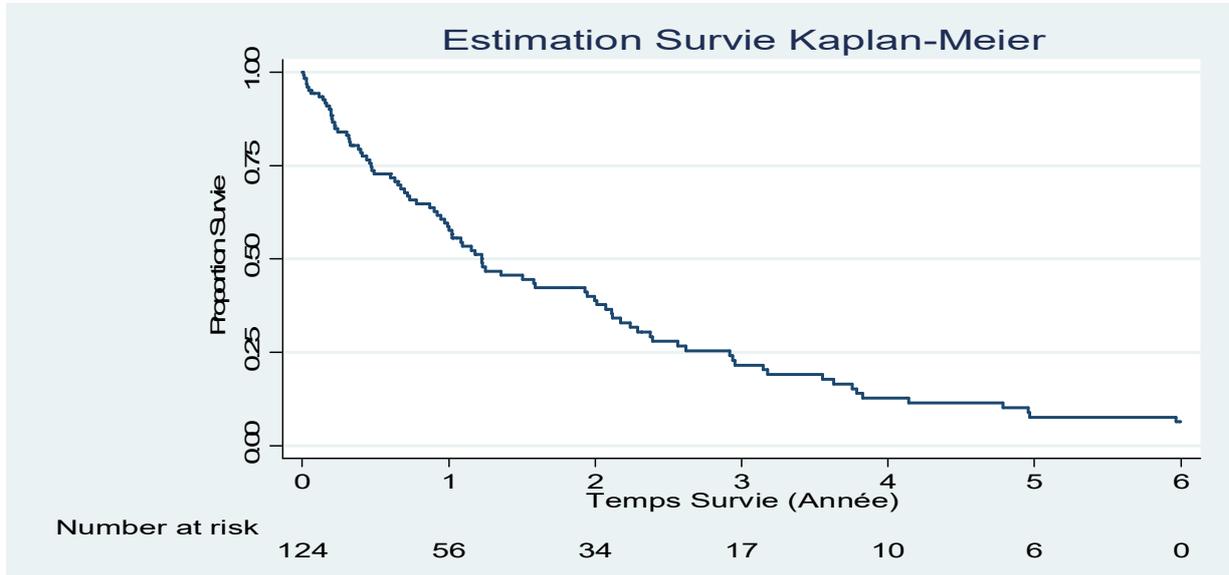
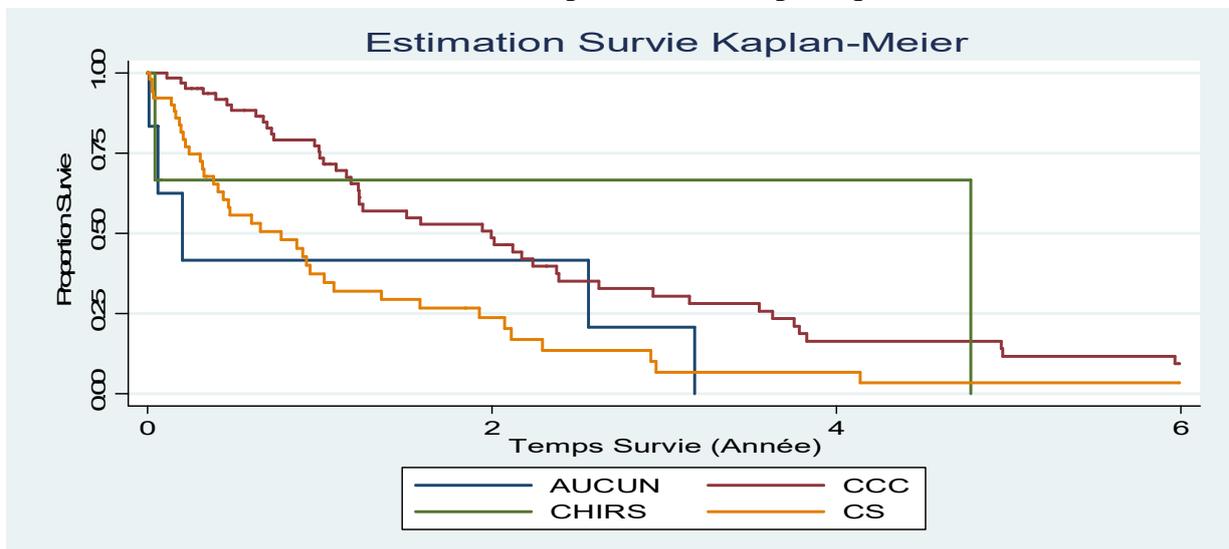


Figure 1. Courbe de survie des femmes traitées pour cancer du sein de janvier 2007 à octobre 2010 au CHU du Point G. Note : number at risque, nombre de personne à risque

3.2.2 Courbe de survie selon le protocole thérapeutique



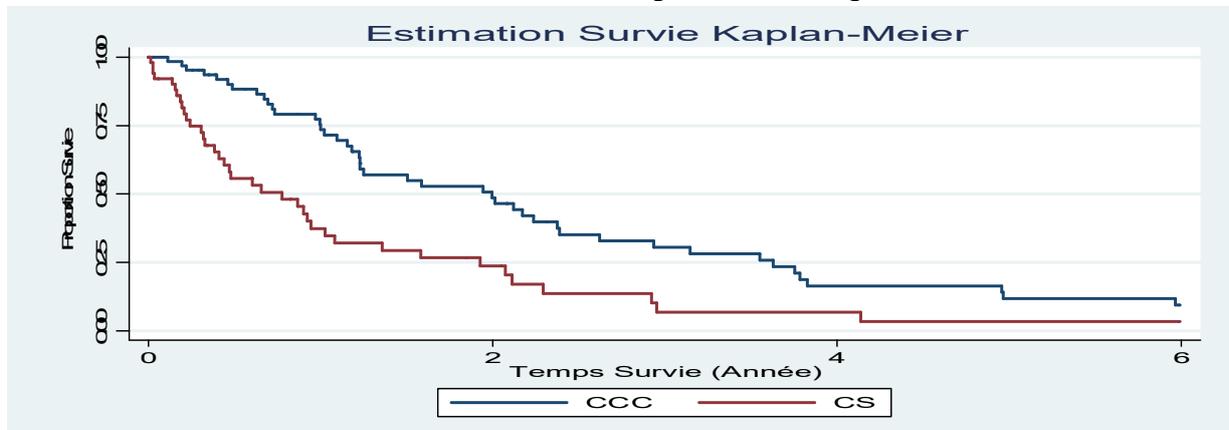
Test du **Log-rank**: $\chi^2 = 13.52$ $P = 0.0036$

Figure 2 : Courbe de survie des femmes traitées pour cancer du sein de janvier 2007 à octobre 2010 au CHU du Point G selon le protocole de prise en charge.

Note : Aucun patient n'ayant reçu aucun traitement ; CCC, Chimiothérapie néo adjuvante, suivie de la Chirurgie, puis de la Chimiothérapie adjuvante ; CHIRS, patientes ayant subi la chirurgie sans chimiothérapie ; CS, patientes ayant subi la chimiothérapie seule sans chirurgie.

La survie varie selon le type de protocole thérapeutique. Les patientes ayant subi le protocole « chimiothérapie néo adjuvante- chirurgie-chimiothérapie adjuvante survivent plus longtemps que celles n'ayant pas subi ce protocole.

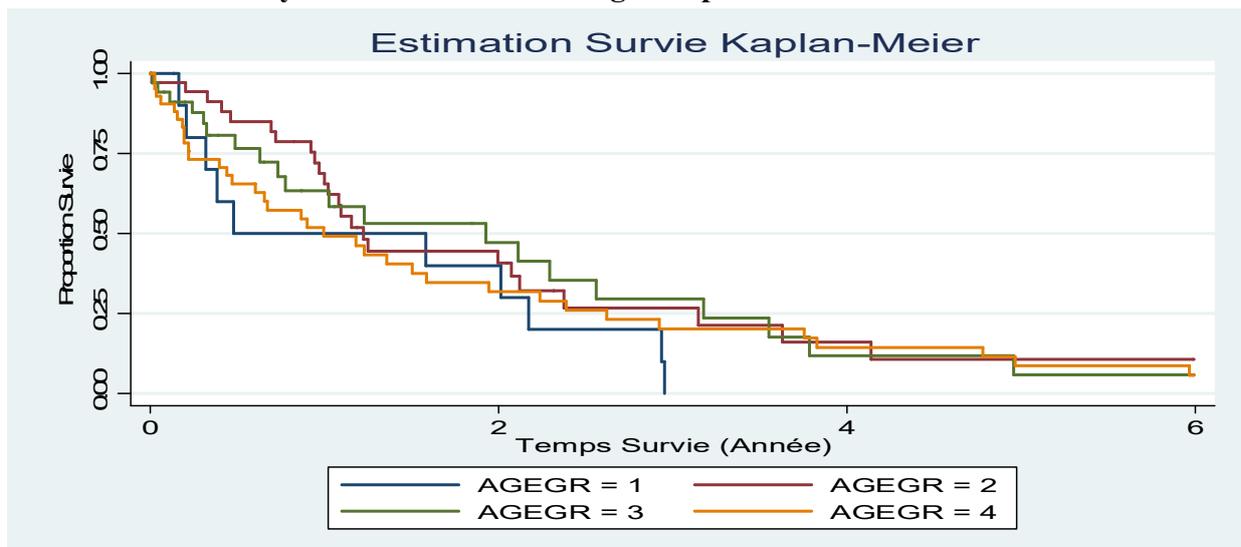
3.2.3 Courbe de survie selon les deux protocoles fréquemment administrés



Test du Log-rank: $\chi^2 = 13.09$ $P = 0.0003$

Figure 3. Courbe de survie des femmes traitées pour cancer du sein de janvier 2007 à octobre 2010 en fonction des 2 protocoles les plus utilisés

3.2.4 Analyse de la survie selon l'âge des patientes



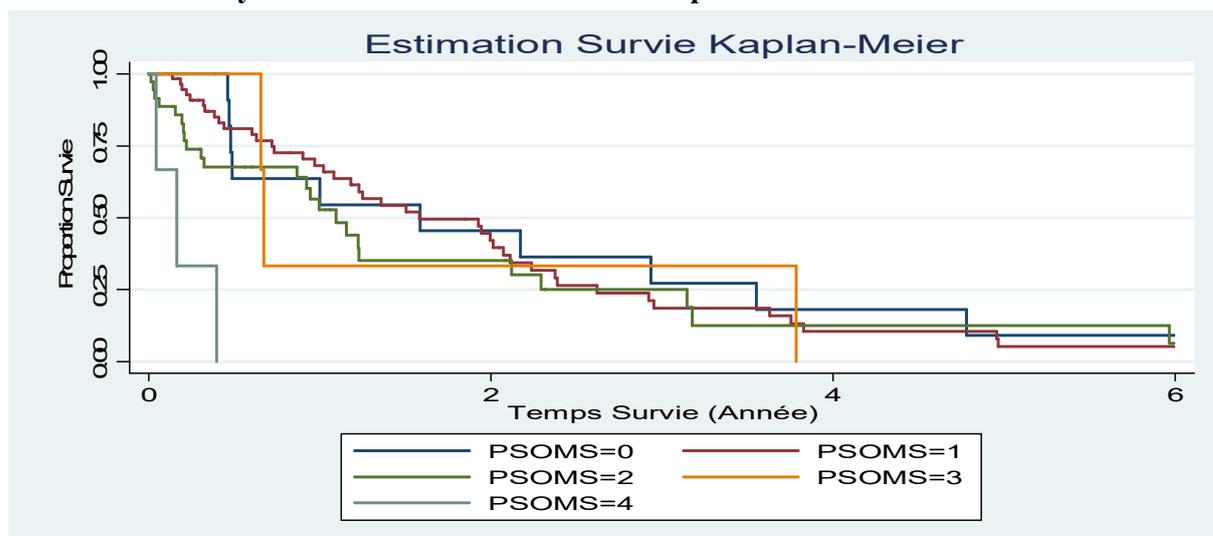
Test du Log-rank: $\chi^2 = 2.38$ $P = 0.4978$

Figure 4. Courbe de survie des femmes traitées pour cancer du sein de janvier 2007 à octobre 2010 au CHU du Point G selon l'âge.

Note : AGEGR, âge groupé (âge en classe) : 1= 17-30 ; 2=31-40 ; 3=41-50 ; 4= 51-82

Il n'y a pas de différence statistiquement significative de la survie selon l'âge des patientes.

3.2.5 Analyse de la survie selon le statut de performance de l’OMS.



Test du Log-rank : $\chi^2 = 22.15$ P = 0.0002

Figure 5. Courbe de survie des femmes traitées pour cancer du sein de janvier 2007 à octobre 2010 au CHU du Point G en fonction du statut de performance de l’OMS.

Note : PSOMS, performance de statut OMS

Les patientes ayant un statut de performance OMS à 4 survivent moins longtemps que les autres qui sont à un stade inférieur avec une différence statistiquement significative.

4. Discussion

Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective chez les femmes traitées pour cancer du sein au service d’hémo-oncologie médicale du CHU du Point-G de Bamako de janvier 2007 à octobre 2010. La courbe de Kaplan Meier a été utilisée pour évaluer la survie globale sur 5 ans, puis l’évolution de la survie selon certaines caractéristiques de base de l’échantillon (avant le traitement) a été étudiée. Les tests de Wilcoxon (Breslow) et du log-rank ont été utilisés pour comparer les courbes de survie selon les caractéristiques étudiées (Susan, 2011) L’âge moyen a été de $47,4 \pm 14,5$ ans avec des extrêmes de 17 et 82 ans. La distribution de l’âge est bimodale (39 et 45 ans) avec une médiane de 45 ans. La majorité des patientes avaient plus 50 ans, soit 33, 9 % versus 9,7 % des moins de 30 ans. Au total, 82 patientes, soit 66,1 % étaient en période d’activité génitale.

Madani Ly trouve en 2002, dans son étude sur les facteurs influençant l’itinéraire thérapeutique de 65 malades atteints de cancers du sein et suivis au service d’hémo-oncologie médicale du CHU du Point G, une moyenne d’âge de $46,0 \pm 19,6$ ans contre $45,8 \pm 10,8$ ans pour Soule Théophile TRAORE dans sa thèse sur le pronostic du cancer en 2008 à l’Institut National de Recherche en santé publique au Mali portant sur 65 sujets, $47,4 \pm 13,6$ ans, pour Togo au Mali (Togo, 2009), $47,5 \pm 12,36$ ans pour Ngowa (2015) et collaborateurs trouvent au Cameroun (Ngowa, 2015).

On peut conclure à la lumière de ces résultats que les populations cibles de notre étude sont comparables à celles des études sus-citées par rapport à l’âge.

Par ailleurs, Nayama et Van den broek en 2015, s’appuyant sur les résultats de plusieurs études trouvent que la fréquence importante du jeune âge des femmes africaines (âge inférieur à 35 ans) est un facteur de mauvais pronostic du cancer du sein. Nayama a ainsi soulevé la question des facteurs génétiques à explorer chez la femme africaine (mutation sur les gènes de

prédisposition au cancer du sein BRCA1 et BRCA2) et lancé l'appel pour des recherches sur ce sujet en Afrique.

Sur le plan de l'analyse de la survie, nous avons trouvé, dans cette étude de cohorte retrospective sur la survie de 124 femmes traitées pour cancer du sein au CHU du Point-G à Bamako au Mali, un taux global de survie à 5 ans de 6,34 %. Ce taux est très faible par rapport à deux études antérieures faites au Mali en 2008 et 2009 qui rapportent respectivement une survie à 5 ans de 36,36% et 37,1 % (Joël, 2015). En outre, il est inférieur aux résultats de l'étude publiée en mars 2015 par Ngowa et collaborateurs au Camérout qui rapportent une survie à 5 ans de 30 %, mais aussi largement en deçà des résultats d'études antérieures en Afrique de l'Est (van den Broek, 2015) en Europe dans les années 2008 (70-79% en général en Europe, 79,8 % en France) et aux USA (82-87 %, voire 90 % dans certains Etats comme Hawaï et Seattle). Ce taux faible de la survie à 5 ans dans notre étude pourrait s'expliquer par le stade avancé de la prise en charge eu égard au délai long de la consultation (délai supérieur à un an pour 44,9% des patientes) et le fait que l'information sur le stade clinique n'a pas été disponible pour 59,6 % de nos patientes. Ces stades cliniques non déterminés pourraient être des stades cliniques avancés.

Nous avons étudié l'évolution de la survie en fonction de différentes caractéristiques. Nous avons trouvé que la survie était statistiquement liée au statut de performance OMS (Log-rank : $\chi^2 = 22.15$ $P = 0.0002$). et au type de protocole de traitement ou de prise en charge (Log-rank : $\chi^2 = 13.09$ et $P = 0.0003$). Les variables comme l'âge, la parité, l'obésité, le statut ménopausique, la prise de contraceptifs oraux connus pour influencer la survie chez les femmes atteintes de cancer du sein dans la littérature n'ont pas eu un lien statistiquement significative dans notre étude. Cette situation pourrait s'expliquer par la taille faible de notre échantillon.

En résumé, nous avons trouvé une survie de 38,86% à 1an, 12,69% à 3 ans et 6,34% à 5 ans. Sounle et Togo trouvent respectivement une survie globale à 3 ans de 36,36% et à 5 ans de 37,1%.

Jean Dupont Kemfang Ngowa et collaborateurs(7), trouvent une survie globale à 5 ans de 30% et une survie à 10 ans de 13,2%. Pour Allemani C. et collaborateurs, la survie à 5 ans des femmes diagnostiquées pour cancer du sein entre 2005 et 2009, a augmenté de 85% dans 22 pays à travers le monde et plus dans 17 pays (Fitzmaurice, 2015)..

Le taux de survie dans notre étude est proportionnellement plus faible que dans les études sus-citées. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que le stade clinique de 59,6% de nos patientes n'était pas fourni dans les dossiers. Elle pourrait s'expliquer également par : i) L'utilisation d'itinéraires thérapeutiques occasionnant des retards énormes de diagnostic et de prise en charge médicale ; ii) utilisation de produits traditionnels nécosant pour la peau du sein avec des complications majeures comme l'abcédation rapide ; iii) Les facteurs socio-économiques.

En effet, le coût de la prise en charge du cancer reste très élevé par rapport au pouvoir d'achat de la population quand on sait que 6 cures de chimiothérapies sont évaluées à plus de 3992 \$ US par Akoua au Mali en 2006 (33,37) sans compter le bilan d'évaluation complet du traitement avant chaque cure et les autres coûts liés au transport. Des constats similaires ont été faits par Koniko et Akoua au Mali en 2014 et 2015, Obrist au Ghana en 2014. A la lumière de ce qui précède, nous pensons comme d'autres, que la surveillance continue de la survie des

personnes atteintes de cancers devrait être une source indispensable d'information pour les patients cancéreux et les chercheurs et un stimulus pour les politiciens d'améliorer les politiques et systèmes de soins dans ce domaine (Fitzmaurice, 2015).

5. Conclusion

Au total, du 20 juillet au 07 octobre 2015, nous avons collecté des données sur une cohorte de 124 femmes traitées pour cancers du sein entre janvier 2007 et octobre 2010 dans le service d'hémo-oncologie du CHU du Point-G.

Cette étude a montré que la survie des femmes souffrant de cancer de sein, comparé à des travaux précédents réalisées au Mali, est beaucoup plus faible (6, 34 %) et qu'elle est en lien étroit avec certaines caractéristiques comme le statut de performance de l'OMS et le protocole de traitement.

Elle a permis de soulever des questions de fond de la maladie dans notre pays, notamment:

- l'imperieuse nécessité d'harmoniser le protocole de prise en charge du cancer du sein entre les différents intervenants pour le bénéfice exclusif des malades,
- la nécessité d'un archivage électronique des données (dossiers des malades),
- la persistante de la gravité du cancer du sein au Mali,
- le retard de recours aux soins et les insuffisances ou difficultés dans la prise en charge du cancer du sein.

Références

Akoua T. Jean Jacques. 2014. Evaluation des effets secondaires de la chimiothérapie anticancéreuse au service d'hémo-oncologie médicale du CHU point G, Bamako, Mali. [Internet]. [Bamako] : Université des sciences des techniques et de technologie de Bamako ; 2014 [cité 11 nov. 2015]. Disponible sur :

<https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/585/14M172.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Allemani C. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2) Full Text [Internet]. [Cité 30 juill 2015]. Disponible sur :

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)62038-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)62038-9.pdf)

Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, Hamavid H, Moradi-Lakeh M, et al. The Global Burden of Cancer, 2013. *JAMA Oncol.* Juil. 2015 ; 1(4) : 505-27.

Koniko K. 2007. Problématique de l'accès aux médicaments anticancéreux au Mali (Thèse de médecine) [Internet]. [cité 24 nov 2015]. Disponible sur :

<http://www.keneya.net/fmpos/theses/2007/pharma/pdf/07P29.pdf>

Ly M, Diop S, Sacko M, Baby M, Diop CT, Diallo DA. Breast cancer: factors influencing the therapeutic itinerary of patients in a medical oncology unit in Bamako (Mali). *Bull Cancer.* mars 2002 ; 89 (3) : 323-6.

Maxwell Parkin, D. MD, MFCM, MRCP et Leticia M. G. Fernández, MD, PhD†. Use of

Statistics to Assess the Global Burden of Breast Cancer [Internet]. [cité 22 nov. 2015]. Disponible sur : <http://screening.iarc.fr/doc/Use%20of%20Statistics%20to%20Assess%20the%20Global%20Burden%20of%20Breast%20Cancer.pdf>

Michel PC, Manuela Q, Franco B. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD) Full Text [Internet]. [cité 30 juil. 2015]. Disponible sur : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045\(08\)70179-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045(08)70179-7.pdf)

Nayama M, Nouhou H, Souana-Madougou K, Idi N, Garba M, Tahirou A, et al. Epidemiological and histological aspects of gynecologic and breast cancer in the pathology department of Niamey's Health Faculty, Niger. *Mali Med.* 2006;21(3):43-9.

Ngowa JDK, Kasia JM, Yomi J, Nana AN, Ngassam A, Domkam I, et al. Breast Cancer Survival in Cameroon: Analysis of a Cohort of 404 Patients at the Yaoundeé General Hospital. *Advances in Breast Cancer Research.* 2015; 04(02):44-52.

Sounlé T T. 2008. Cancer du sein au Mali : Anatomie clinique et suivi [Internet]. [cité 11 nov 2015]. Disponible sur : <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2008/med/pdf/08M370.pdf>

Sanogo ZZ, Yena S, Doumbia D and al. 2004. Cancer du sein et grossesse : cas extreme [Internet]. [cité 12 nov 2015]. Disponible sur : <http://www.malimedical.org/2004/3-4-51.pdf>

Susan G. Komen. Breast Cancer Global Statistics | In The US and overall countries worldwide Susan G. Komen® [Internet]. [cité 22 juill 2015]. Disponible sur : <http://ww5.komen.org/BreastCancer/Statistics.html>

Susan G, Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, Lozano R, Lopez AD, Murray CJL, et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet.* 22 oct 2011; 378 (9801) : 1461-84.

Togo A, Traoré A, Traoré C, Dembélé BT, Kanté L, Diakité I, et al. 2010. Cancer du sein dans deux centres hospitaliers de Bamako (Mali): aspects diagnostiques et thérapeutiques. *J Afr Cancer.* 29 janv. 2010 ; 2 (2) : 88-91.

Van den Broek AJ, Schmidt MK, van 't Veer LJ, Tollenaar RAEM, van Leeuwen FE. Worse breast cancer prognosis of BRCA1/BRCA2 mutation carriers: what's the evidence? A systematic review with meta-analysis. *PLoS ONE.* 2015; 10 (3): e 0120189.

Wabinga HR, Parkin M, Sarah N. 2014. Kampala Cancer Registry Report For the period 2007-2009 [Internet]. [cité 29 nov 2015]. Disponible sur : http://afcrn.org/attachments/article/115/Kampala%20CR%202007-9%20Report_.pdf