

Médecine alternative et cancer du sein au Service d'Oncologie de Fianarantsoa, Madagascar

Alternative medicine and breast cancers at the Department of Oncology of Fianarantsoa, Madagascar

A.H.M. Ranaivomanana (1)*, N.E. Randriamanovontsoa (2), N.C.R. Randriamalala (3), N.R.E. Hasiniatsy (4,5), F. Rafaramino (5)

(1) Service d'Oncologie, Centre Hospitalier Universitaire, Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar

(2) Faculté de Médecine, Université de Toamasina, Madagascar

(3) Faculté de Médecine, Université de Tuléar, Madagascar

(4) Service d'Oncologie médicale et de Soins palliatifs, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar

(5) Faculté de Médecine, Université d'Antananarivo, Madagascar

* Auteur correspondant: A.H.M. Ranaivomanana (ranaivo88@gmail.com)

Résumé

Introduction : La médecine alternative parmi les pratiques utilisées pour traiter le cancer du sein en Afrique. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs socio-démographiques et cliniques associés à l'utilisation de la médecine alternative chez les patientes atteintes de cancer du sein.

Méthodes : Une étude transversale a été effectuée du 1^{er} mai 2017 jusqu'au 31 décembre 2022 au Service d'Oncologie du Centre Hospitalier Universitaire Tambohobe Fianarantsoa. L'étude a inclus toutes les patientes atteintes de cancer du sein. Les associations ont été testées par le Chi² de Pearson puis par les odds ratios (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%) avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Résultats : Sur 69 patientes incluses, 37 (53,62 %) avaient eu recours à la médecine alternative. Le niveau universitaire était associé à un moindre recours (OR=0,30 ; IC95%=0,09-0,98 ; $p=0,04$). Le stade III et IV augmentait significativement la probabilité d'utilisation de la médecine alternative (OR=6,41 ; IC95% = 1,83-22,4 ; $p=0,001$). Un délai de consultation de moins de 3 mois et un délai de diagnostic de moins de 11 mois diminuaient l'utilisation de la médecine alternative (OR=0,22 ; IC95% = 0,08-0,61 ; $p=0,002$; OR=0,19 ; IC95%=0,07-0,54 ; $p=0,001$). Les principales motivations étaient la guérison (37,84 %) et la peur des effets secondaires de la chirurgie (35,14 %). Les produits biologiques, notamment l'aloë vera (32,43 %) et le pissenlit (21,62 %), étaient les plus utilisés.

Conclusion : La médecine alternative contribue au retard diagnostique, entraînant une proportion élevée de stades avancés. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer l'éducation sanitaire, d'impliquer les familles et les communautés dans la sensibilisation, et d'encadrer l'usage des plantes médicinales locales.

Mots-clés : cancer du sein, médecine alternative, thérapies complémentaires, stadification des néoplasmes, Madagascar, thérapeutiques

Abstract

Introduction: Alternative medicine is among the practices used to treat breast cancer in Africa. The aim of this study was to identify socio-demographic and clinical factors associated with the use of alternative medicine among breast cancer patients.

Methods: A cross-sectional study was conducted from May 1, 2017 to December 31, 2022 in the Oncology Department of University Hospital of Tambohobe, Fianarantsoa. All breast cancer patients were included. Associations were tested using Pearson's Chi² and odds ratios with 95% confidence intervals, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: Among 69 patients, 37 (53.6%) reported using alternative medicine. University education was associated with lower use (OR=0.30; CI95%=0.09-0.98; $p=0.04$). Advanced stage (III–IV) significantly increased the likelihood of use (OR=6.41; CI95%=1.83-22.4; $p=0.001$). A patient delay of less than 3 months and a diagnostic delay of less than 11 months reduced the probability of use (OR=0.22; CI95% = 0.08-0.61; $p=0.002$; OR=0.19; CI95%=0.07–0.54; $p=0.001$). The main reasons were to cure of cancer (37.8%) and fear of surgical side effects (35.1%). Biological products, particularly aloe vera (32.4%) and dandelion (21.6%), were the most frequently used.

Conclusion: Alternative medicine contributes to diagnostic delays, leading to a high proportion of advanced stages. These findings highlight the need to strengthen health education, involve families and communities in awareness programs, and regulate the use of local medicinal plants within a complementary and safe framework.

Key words: breast neoplasms, alternative medicine, complementary therapies, neoplasm staging, Madagascar, therapeutics

Introduction

Le cancer du sein est une maladie caractérisée par la croissance incontrôlée de cellules mammaires anormales qui forment alors des tumeurs. Ces cellules ont leur origine dans les canaux galactophores et/ou les lobules qui produisent le lait [1]. Il s'agit du cancer le plus fréquent chez la femme touchant 2 296 840 de nouveaux cas et 666 103 décès dans le monde en 2020 [2]. Le cancer du sein figure parmi les premiers cancers rencontrés chez la femme malgache [3,4]. À Fianarantsoa, dans le Sud de Madagascar, ce cancer touche principalement les femmes en activité professionnelle, qui sont souvent des piliers de leur famille. Ses conséquences peuvent avoir des impacts économiques et sociaux importants sur la communauté [5]. Son diagnostic se fait souvent à un stade avancé alors que les traitements spécifiques y font souvent défaut [6].

La médecine alternative est l'utilisation d'une pratique non usuelle à la place d'un traitement conventionnel contrairement à la médecine complémentaire qui est utilisée en même temps que le traitement conventionnel [7]. Selon le National Center for Complementary and Integrative Health, la médecine alternative et complémentaire peuvent être catégorisées en plusieurs groupes ; ce sont : les plantes médicinales, les produits nutritionnels, les techniques psychologiques et physiques comme l'art, la musique [7].

La médecine alternative est utilisée à la place des traitements spécifiques dans la prise en charge des cancers. Selon une étude effectuée dans un service d'Oncologie à Madagascar en 2012, 60,83% des patients en cancérologie avaient déjà utilisé la médecine alternative avant leur venue en oncologie [8]. La prévalence de l'utilisation de la médecine alternative et complémentaire dans le cancer du sein se situe entre 16 à 84% [9,10]. Peu d'étude sur l'utilisation de ces traitements avant toute prise en charge oncologique n'a été effectuée. A notre connaissance, aucune étude portant sur l'utilisation de la médecine alternative dans le cancer du sein n'a été effectué. En l'absence de données locales, il est essentiel de documenter la prévalence de cette pratique et d'identifier les facteurs sociodémographiques associés afin d'orienter les stratégies de sensibilisation et d'améliorer l'accès aux soins oncologiques.

La présente étude qui vise à décrire la prévalence de l'utilisation de la médecine alternative chez les femmes atteintes de cancer du sein avant leur survenue dans le Service d'Oncologie du CHU Tambohobe Fianarantsoa et à décrire les facteurs socio-démographiques liés à l'utilisation de ces traitements.

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale effectuée dans le Service d'Oncologie du Centre Hospitalier Universitaire de Tambohobe de Fianarantsoa de Madagascar du 1^{er} mai 2017 jusqu'au 31 décembre 2021.

Toutes les patientes avec un diagnostic cytologique et/ou histologique de cancer du sein ont été incluses. Les femmes ayant utilisé de la médecine alternative après le traitement conventionnel ont été exclus ainsi que toute femme ayant utilisé de la médecine alternative pour d'autres symptomatologies que celui de sa pathologie mammaire.

Les variables socio-démographiques analysés étaient : l'âge, la profession, le niveau d'éducation, le lieu de résidence. Les variables cliniques étaient le stade de la maladie selon l'AJCC, la date de survenue des premiers symptômes mammaires, la date du compte rendu du diagnostic anatomopathologique. Le délai de consultation était défini par l'intervalle en mois entre la date des premiers symptômes mammaires et la date de la première consultation médicale ; le délai diagnostique était défini comme l'intervalle en mois entre la date des premiers symptômes mammaires et la date du diagnostic cytologique et/ou histologique.

Les données médicales comme le stade de la maladie et la date du compte rendu anatomopathologique étaient collectées dans les dossiers médicaux des patientes.

Les variables socio-démographiques et la date des premiers symptômes étaient posés sur des questions ouvertes.

Concernant les variables sur l'utilisation de la médecine alternative, quatre variables ont été posés : si les patientes avaient utilisé ce moyen thérapeutique devant ses signes mammaires avant le diagnostic histologique de cancer, les sources d'information, les raisons de l'utilisation de la médecine alternative et le type de médecine alternative utilisé. Ces questions étaient posées sur des questions ouvertes.

L'âge était subdivisé selon l'âge médian au diagnostic qui était de 51 ans. La profession était subdivisée en 2 secteurs formels ou informels. Le niveau d'éducation était subdivisé en : années supérieures (celles qui avaient eu leur Baccalauréats et étaient allées à l'Université) et les autres y compris les femmes illettrées. Le lieu de résidence était subdivisé en région urbaine et rurale. Le stade de la maladie était subdivisé en 2 stades : les stades III et IV puis les stades I et II et le délai de consultation et de diagnostic était subdivisé en fonction de la médiane. Un entretien individuel avait été effectué en face-à-face muni d'une grille d'entretien.

Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs absolus et de pourcentages. La comparaison des proportions entre les femmes ayant recours à la médecine alternative et celles n'y ayant pas recours a été réalisée à l'aide du test du Chi-carré de Pearson. Pour estimer la force d'association entre les caractéristiques étudiées et le recours à la médecine alternative, les odds ratios (OR) et leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%) ont été calculés à partir des tableaux de contingence 2x2. Les variables avec une valeur de $p < 0,05$ ont été considérées comme statistiquement significatives. Les données ont été analysées sur le logiciel Epi-info version 7.

La confidentialité des informations obtenues sur les sujets de l'étude et l'anonymat des patients sur leur identité ont été respectés.

Résultats

Parmi les 69 patientes atteintes de cancer du sein, 37 femmes avaient utilisé de la médecine alternative (53,62%) (Figure1).

Le tableau I représente les caractéristiques socio-démographiques et cliniques de patientes atteintes de cancer du sein selon leur utilisation de la médecine alternative. L'âge médian était de 51 ans (extrêmes : 23-76 ans).

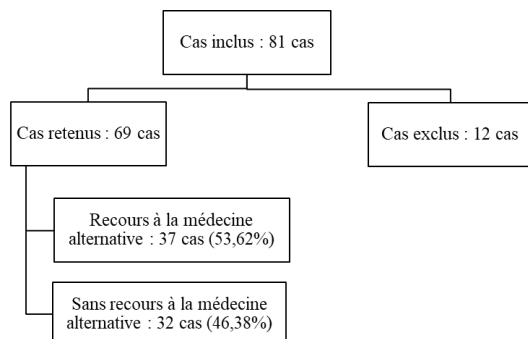


Figure 1. Diagramme de flux de la population d'étude

Chez les patientes qui avaient eu recours à la médecine alternative, l'âge moyen au diagnostic était de 53,89 +/- 11,27 ans, l'âge médian était de 54 ans (extrêmes : 30-76 ans), les cultivatrices représentaient 14,49% et les patientes résidaient en région urbaine dans 27,54%. Les femmes ayant eu recours à la médecine alternative avant toute prise en charge médicale été découvertes à un stade métastatique de leur maladie dans 30,43%.

Le délai médian de consultation était de 03 mois (extrêmes : 0-96 mois). Ce délai atteignait 06 mois (extrêmes : 00-96 mois) chez les femmes qui avaient eu recours à la médecine alternative et 01 mois

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes atteintes du cancer du sein du 1^{er} mai 2017 au 31 décembre 2021 au Service d'Oncologie du CHU Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar (n=69)

	Femme avec MA (n=37 ; 53,62%)		Femme sans MA (n=32 ; 46,38%)	
	Effectif	Pourcentage (%)	Effectif	Pourcentage (%)
Age (ans)				
< 45	7	10,14	10	14,49
[45 ; 55 [	12	17,39	13	18,84
[55 ; 65 [	9	13,04	5	7,25
≥ 65	9	13,04	4	5,80
Profession				
Cultivatrice	10	14,49	7	10,14
Libérale	9	13,04	9	13,04
Femme au	7	10,14	4	5,80
Fonctionnaire	6	8,70	8	11,59
Retraitée	3	4,35	2	2,90
Privé	2	2,90	2	2,90
Lieu de résidence				
Urbaine	19	27,54	20	28,99
Rurale	18	26,09	12	17,39
Niveau d'éducation				
Illettrée	3	4,35	3	4,35
Primaire	10	14,49	7	10,14
Secondaire	19	27,54	11	15,94
Universitaire	5	7,25	11	15,94
Situation matrimoniale				
Mariée	28	40,58	23	33,33
Célibataire	3	4,35	3	4,35
Divorcée	2	2,90	3	4,35
Veuve	4	5,80	3	4,35
Stade de la maladie				
Stade I	0	0,00	0	0,00
Stade II	4	5,80	14	20,29
Stade III	12	17,39	12	17,39
Stade IV	21	30,43	6	8,70
Délai de diagnostic (mois)				
< 1	0	0,00	1	1,45
[1 ; 3[	2	2,90	7	10,14
[3 ; 6[	4	5,80	4	5,80
≥ 6	31	44,93	20	28,99

(extrêmes : 0-49 mois) chez celles qui n'en avaient pas eu recours. Le délai médian de diagnostic était de 11 mois (extrêmes : 01-96 mois). Il atteignait 22 mois

Tableau II. Facteurs socio-démographiques et cliniques associés au recours à la médecine alternative chez les patientes atteintes du cancer du sein du 1^{er} mai 2017 au 31 décembre 2021 au Service d'Oncologie du CHU Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar (n=69)

	Femme avec MA		Femme sans MA		Test de Chi 2	p-value	OR	IC95%
	Effectif	Pourcentage (%)	Effectif	Pourcentage (%)				
Age								
< 51 ans	16	23,19	18	26,09	1,16	0,28	0,59	0,23 – 1,54
≥ 51 ans	21	30,43	14	20,29				
Profession								
Formelle	17	24,64	12	17,39	0,50	0,47	1,42	0,54 – 3,71
Informelle	20	28,99	20	28,99				
Lieu de résidence								
Urbaine	19	27,54	20	28,99	0,86	0,35	0,63	0,24 – 1,66
Rurale	18	26,09	12	17,39				
Niveau d'éducation								
Universitaire	5	7,25	11	15,94	4,19	0,04	0,30	0,09 – 0,98
Autres	32	46,38	21	30,43				
Situation matrimoniale								
Mariée	28	40,58	23	33,33	0,12	0,72	1,22	0,41 – 3,57
Autres	9	13,04	9	13,04				
Stade de la maladie								
Stade III et IV	33	47,83	18	26,09	9,65	0,001	6,41	1,83 – 22,4
Stade I et II	4	5,80	14	20,29				
Délai de consultation								
< 03 mois	11	15,94	21	30,43	8,89	0,002	0,22	0,08 – 0,61
≥ 03 mois	26	37,68	11	15,94				
Délai de diagnostic								
< 11 mois	11	15,94	22	31,88	10,47	0,001	0,19	0,07 – 0,54
≥ 11 mois	26	37,68	10	14,49				

(extrêmes : 01-97 mois) chez les femmes qui avaient eu recours à la médecine alternative et 08 mois (extrêmes : 00-92 mois) chez celles qui n'en avaient pas eu recours.

Le tableau II représente les facteurs socio-démographiques et cliniques associés au recours à la médecine alternative chez les patientes atteintes du cancer du sein. Les patientes ayant un niveau universitaire recouraient moins fréquemment à la médecine alternative que celles ayant un niveau d'éducation inférieur (OR=0,30 ; IC95%=0,09-0,98 ; p=0,04). Les patientes au stade avancé (III-IV) étaient environ six fois plus susceptibles d'utiliser la médecine alternative que celles au stade précoce (I-II) (OR=6,41 ; IC95%=1,83-22,4 ; p=0,001). Un délai de consultation de moins de 03 mois réduisait significativement la probabilité de recours à la médecine alternative (OR =0,22 ; IC95% =0,08-0,61 ; p=0,002). De même, un délai de diagnos-

tic de moins de 11 mois était associé à un moindre recours à la médecine alternative (OR=0,19 ; IC95% =0,07-0,54 ; p=0,001).

Le tableau III représente la source d'information, la raison de l'utilisation et le type de médecine alternative utilisé. Toutes les femmes avaient utilisé des produits biologiques dont l'aloë vera dans 32,43%. Les raisons évoquées pour l'utilisation de la médecine alternative était pour la guérison du cancer chez 14 patientes (37,84%) et la peur des effets secondaires de la chirurgie chez 13 patientes (35,14%).

Discussion

Cette étude met en évidence que l'utilisation de la médecine alternative avant tout traitement conventionnel est fréquente chez les femmes atteintes de cancer du sein. Cette pratique était significativement associée

Tableau III. Caractéristiques de la médecine alternative utilisée par les patientes atteintes du cancer du sein du 1^{er} mai 2017 au 31 décembre 2021 au Service d'Oncologie du CHU Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar (n=37).

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)
Source d'information		
Famille et amis	33	89,19
Média (journal et internet)	04	10,81
Personnels de santé	05	13,51
Raisons de l'utilisation de la médecine alternative*		
Guérison du cancer	14	37,84
Peur des effets secondaires de la chirurgie	13	35,14
Faible coût	07	18,92
Traitement d'une maladie bénigne	05	13,51
Maladie liée à un ensorcellement	04	10,81
Peur des effets secondaires de la chimiothérapie	02	5,41
Prescription médicale	01	2,70
Type de médecine alternative utilisée*		
Produits biologiques	37	100,00
Prière	29	78,38
Massage	09	24,32
Type de produits biologiques utilisés*		
Aloe vera	12	32,43
Plantes méconnues	09	24,32
Pissenlit	08	21,62
Corrosol	06	16,22
Miel	03	8,11
Curcuma	02	5,41
Pervenche	02	5,41
Ravintsara	02	5,41
Noni	01	2,70
Saro	01	2,70
Aphloiaceae	01	2,70
Vangueria madagascariensis	01	2,70
Melanophylla aucubifolia	01	2,70
Embelia madagascariensis	01	2,70
Feuille de papaye	01	2,70
Agent colloïdal	01	2,70

*plusieurs réponses possibles

au niveau d'éducation des patientes, à un délai prolongé de consultation médicale et à un diagnostic à un stade avancé de la maladie. Ces résultats suggèrent que le recours à la médecine alternative constitue un facteur contributif majeur de retard diagnostique, compromettant ainsi les chances de prise en charge optimale.

Une forte prévalence de l'utilisation de la médecine alternative avant toute consultation médicale a été observée (53,6%). Ce résultat rejoint les données rapportées en Hongrie (52,6%) et celles d'Antananarivo où, tous cancers confondus, la prévalence atteignait 60,8% [9,12]. En Afrique subsaharienne, la prévalence tout cancer confondu était plus élevée allant de 65% à 79% [12]. À l'inverse, des études menées en Asie, en Europe et en Amérique ont rapporté des prévalences plus faibles, allant de 46,5% à 9% [10,13,16]. La fréquence élevée observée dans notre étude pourrait être liée à la différence du design et de la méthodologie entre les études et au fait que la population étudiée était exclusivement féminine ; les femmes étant plus enclines à recourir à la médecine alternative ou complémentaire que les hommes [12,17,18]. La place importante de la médecine traditionnelle en Afrique subsaharienne, où son utilisation peut atteindre jusqu'à 94% dans la population générale, pourrait aussi contribuer à expliquer cette tendance [12]. Les motivations incluent le coût réduit, la facilité d'accès, des raisons socioculturelles et religieuses, ainsi qu'une insatisfaction vis-à-vis des traitements conventionnels dans les centres de santé [12]. Ces résultats soulignent la nécessité de campagnes d'information ciblées sur les signes précoces du cancer du sein et sur la place respective des médecines conventionnelles et non conventionnelles dans la prise en charge.

L'âge moyen des femmes qui utilisaient la médecine alternative était de 53,89 ans rejoignant les résultats de Savary et de Chang avec un âge moyen de 53,8 ans et 53,2 ans respectivement [11,19]. Un âge moyen plus bas (42 ans) était observé chez les femmes bangladaises [13]. Bien que l'âge ne soit pas identifié comme un facteur déterminant de l'utilisation de la médecine alternative, nos données montrent que les femmes utilisatrices étaient en moyenne plus âgées que celles n'ayant pas eu recours à ce type de traitement. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes plus âgées pourraient accorder plus de confiance aux pratiques traditionnelles, transmises par la culture et le milieu social. Le retard de consultation entraînerait aussi un diagnostic à un âge plus avancé, entraînant une forte proportion de femmes âgées parmi les utilisatrices de médecine alternative. Dans un

contexte socio-culturel différent comme aux États-Unis, les femmes plus jeunes utilisaient plus la médecine alternative par rapport à celles qui n'en avaient pas recours [20].

Contrairement à ce qui est retrouvé dans la littérature où les femmes avec un haut niveau d'éducation utilisaient plus la médecine alternative [11,20], les femmes ayant un niveau d'éducation plus faible étaient plus susceptibles d'utiliser la médecine alternative par rapport à celles qui avaient effectué des études supérieures (OR=0,30 ; IC95%=0,09-0,98 ; p=0,04). Il est plausible que le faible niveau d'éducation observé dans cette étude ait favorisé le recours à la médecine alternative, en raison d'un accès limité à l'information médicale, d'une influence culturelle plus marquée et d'inégalités structurelles dans l'accès aux soins conventionnels.

Concernant la profession, les cultivatrices étaient les plus représentées parmi les utilisatrices de médecine alternative, suivies des femmes du secteur libéral et des femmes au foyer. Dans d'autres études, le recours à la médecine alternative concernait surtout les femmes au foyer (37,9% à 83%) [13,21]. Bien que non significatif, les femmes du secteur formel recouraient davantage à ces pratiques, probablement en raison d'un pouvoir d'achat, de l'exposition aux campagnes publicitaires promouvant ces produits et d'une méfiance vis-à-vis de la médecine conventionnelle.

La majorité des patientes de cette étude résidaient en milieu urbain, qu'elles aient eu recours ou non à la médecine alternative (51% vs 61%). Cette différence n'était pas statistiquement significative (OR=0,63 ; IC95%=0,24-1,66 ; p=0,35), suggérant que le lieu de résidence n'a pas constitué un facteur déterminant. À l'inverse, l'étude hongroise rapporte une proportion plus élevée de patientes issues des grandes villes (36,3%) et montre que celles-ci recouraient significativement plus aux médecines alternatives que les femmes des petites villes ou villages (p=0,001) [11]. Cette disparité peut s'expliquer par la plus grande disponibilité en milieu urbain de produits alternatifs et complémentaires ainsi que par une exposition accrue aux canaux médiatiques et commerciaux. Dans notre contexte malgache, les patientes rurales avaient également eu recours à la médecine alternative et complémentaire, principalement en raison de l'accessibilité directe aux plantes médicinales locales.

Concernant le stade de la maladie, 89% des patientes ayant recours à la médecine alternative étaient diagnostiquées aux stades III-IV, contre 58% chez les non

-utilisatrices. Les stades précoces (I-II) étaient plus fréquents dans le groupe sans recours (42% vs 11%). Cette différence, statistiquement significative (OR=6,41 ; IC95%=1,83-22,4 ; p=0,001), confirme l'association entre recours à la médecine alternative et diagnostic à un stade avancé. La prédominance des stades évolués chez les utilisatrices de médecine alternative a également été rapportée dans la littérature [18, 19,21]. Le recours initial à la médecine alternative est associé à une évolution défavorable de la maladie. Au Canada, des patientes atteintes de cancer du sein qui avaient refusé la chirurgie ont vu leur cancer progresser : les 16 cas au stade I ont évolué vers II-III, et les 41 cas au stade II-III vers un stade métastatique [21]. De même, Chang *et al.*, aux États-Unis en 2002 avaient décrit une progression vers le stade IV chez cinq patientes sur six initialement diagnostiquées aux stades II-III après recours à la médecine alternative [19]. Ces données suggèrent un retard diagnostique et thérapeutique lié à ces pratiques. Bien que nous ne disposions pas des données de stade avant l'instauration de ces traitements, la majorité des patientes étaient diagnostiquées à un stade avancé lors de leur admission en oncologie.

Parmi les patientes ayant recours à la médecine alternative, le délai médian de consultation était prolongé (06 mois), 70% ont consulté après au moins 3 mois, contre 37% dans le groupe sans recours. À l'inverse, une consultation précoce de moins de 3 mois était plus fréquente chez les non-utilisatrices (63% vs 30%). Cette différence est statistiquement significative (OR=0,22 ; IC95% =0,08-0,61 ; p=0,002), confirmant l'association entre médecine alternative et retard de consultation. Des résultats similaires ont été rapportés au Bangladesh, où le recours initial à la médecine alternative était associé à un long délai de consultation (OR=4,35 ; IC95%=2,27-8,59 ; p<0,0001), avec un délai moyen de 4 mois [13]. Au Rwanda, 71,9% des patientes consultaient au-delà de 6 mois, et la visite préalable chez un guérisseur traditionnel figurait parmi les principaux facteurs de retard [15].

La principale source d'information sur la médecine alternative était la famille et les amis. L'influence familiale favorisait non seulement le recours à ces pratiques, mais renforçait également la croyance qu'elles pouvaient guérir le cancer ou améliorer la survie [17]. Aussi, dès la suspicion de cancer, un dialogue avec les patientes et aussi avec la famille devrait être engagé pour discuter des moyens diagnostiques, thérapeutiques actuels du cancer du sein et de son pronostic.

En intégrant la famille dans le processus de communication médicale et en menant des campagnes d'éducation au cancer du sein au niveau communautaire, le recours initial à la médecine alternative pourrait être réduit.

Le recours à la médecine alternative concernait exclusivement des produits biologiques (100%) dans cette étude, en particulier les plantes médicinales, parmi lesquelles l'aloë vera (32%) et le pissenlit (24%). Dans d'autres travaux, les produits biologiques étaient aussi le plus utilisés par les patientes dans 51% et 75,9% respectivement, dominée par les vitamines, minéraux et les plantes médicinales [11,14]. Selon Lee *et al.*, une préférence pour les méthodes psychologiques (30%), suivies par l'usage de produits naturels (26%) étaient observés [20].

L'utilisation des produits biologiques s'est révélé la plus fréquente dans notre contexte. Cette tendance peut s'expliquer par plusieurs facteurs : d'une part, l'accessibilité et le faible coût des plantes médicinales locales voire la gratuité de ces plantes, largement disponibles dans l'environnement immédiat des patientes ; d'autre part, l'influence culturelle et sociale, les conseils provenant majoritairement de la famille et des proches (89%), renforçant la confiance dans les remèdes traditionnels. Enfin, la perception d'une moindre toxicité et d'une meilleure compatibilité avec les pratiques de santé traditionnelles contribue à ce choix préférentiel.

La raison principale du recours à la médecine alternative était la peur des traitements du cancer notamment de la chirurgie (52,17%). La peur du diagnostic et/ou du traitement était aussi une cause citée de l'utilisation de la MA en Afrique Subsaharienne ainsi que la stigmatisation et le coût lié au diagnostic et au traitement du cancer [12]. D'autres attentes liées à l'utilisation de la médecine alternative ont été aussi décrites comme l'augmentation de l'efficacité du traitement conventionnel (56,7%), sans attentes précises mais dans l'idée d'utiliser toutes les options possibles (36,7%) ou la guérison complète (10%) [16].

Ce désir de guérir du cancer par la médecine alternative était aussi observé chez 37,84% (n=14) des patientes enquêtées dans l'étude, bien qu'aucune preuve scientifique ne vienne actuellement corroborer cette croyance. Le recours à la médecine alternative est associé à un effet pronostic défavorable : selon Joseph *et al.*, la survie globale à 5 ans n'était que de 43,2% chez les patientes ayant décliné les thérapies fondées sur les preuves, contre 81,9% chez celles qui les ont acceptées. De même, la survie spécifique à la maladie à 5 ans était de 46,2% dans le groupe des refus, comparée à 84,7% dans le groupe traité [21]. Ces écarts met-

tent en évidence l'impact majeur du refus thérapeutique sur le pronostic, traduisant une progression plus rapide de la maladie et une mortalité accrue [21]. Le recours exclusif à la médecine alternative pour le cancer du sein s'est traduit par une survie globale à 5 ans nettement inférieure (58,1% contre 86,6% chez les patientes traitées par thérapies conventionnelles) [18]. Le risque de décès était multiplié par plus de cinq (HR=5,68 ; IC95%:3,22-10,04), différence hautement significative ($p < 0,001$). Ces résultats soulignent l'impact majeur du refus des traitements standards sur le pronostic, confirmant que l'usage de la médecine alternative comme traitement exclusif compromet gravement les chances de survie [18].

Actuellement, les traitements non conventionnels sont surtout pour la stimulation de l'immunité et pour éviter ou pour réduire les complications des traitements conventionnels [22]. Des études sur leur association avec les traitements conventionnels ont aussi été rapportés. Avec l'aloë vera qui était le produit le plus utilisé par nos patientes (39,13%), une étude avait évalué son association avec la chimiothérapie pour le traitement des cancers métastatiques de colon, du poumon, de l'estomac et du pancréas ; une régression tumorale était observée par rapport aux patients sous chimiothérapie seule [23]. Concernant le curcuma, un essai clinique de phase I avait observé la faisabilité de son association avec le docetaxel dans le cancer du sein avancé et métastatique et avait rapporté une amélioration de la réponse clinique et biologique [24]. Et pour le pissenlit, une étude *in vitro* et *in vivo* avait montré ses potentiels anti-cancéreux dans le cancer du colorectal [25].

Des interactions avec les traitements conventionnels étaient aussi rapportées. L'aloë vera induit une hypokaliémie chez un homme atteint de cancer du sein métastatique traité par trastuzumab et capécitabine [26]. Cette plante induit également des toxicités hépatiques et des dysfonctions thyroïdiennes [27,28]. Pour le curcuma, son association avec le paclitaxel et le carboplatine chez un homme présentant un cancer du poumon avait induit une toxicité hépatique [29]. Il inhibe également l'action antitumorale du cyclophosphamide et du doxorubicine [30].

Pour améliorer la prise en charge du cancer du sein et limiter le recours exclusif à la médecine alternative, il est nécessaire de mener des campagnes de sensibilisation adaptées au contexte culturel et linguistique qui promeuvent le diagnostic précoce et l'adhésion aux traitements validés, de mener des études comparatives sur le coût et la place réelle des thérapies complémentaires, tout en renforçant l'information sur les structures de soins. L'influence familiale devrait être

mobilisée comme soutien positif, et des médiateurs communautaires, leaders locaux, religieux ou traditionnels formés pour relayer des messages de santé fiables. La mise en avant de témoignages de survivantes peut contribuer à corriger les croyances erronées. L'intégration des médecines traditionnelles dans une approche complémentaire, encadrée par la recherche clinique, permettrait de valoriser les plantes locales en toute sécurité. Enfin, une communication ouverte entre médecins et patientes, associée à une meilleure accessibilité aux soins par la réduction des barrières financières et géographiques, notamment en zones rurales, apparaît indispensable pour modifier durablement les comportements de recours aux soins. A notre connaissance, il s'agit des premières données sur l'utilisation de la médecine alternative dans le cancer du sein à Madagascar. Cette étude présente un biais de sélection lié à sa nature monocentrique et un risque de biais de mémoire lors du recueil des pratiques antérieures. Ces éléments réduisent la représentativité des résultats et limitent leur généralisation à l'ensemble de la population malgache.

Conclusion

La peur des effets indésirables du traitement et la croyance d'une guérison du cancer avaient incité les femmes atteintes de cancer du sein à utiliser la MA. Une forte influence de la famille et des amis implique la nécessité d'une sensibilisation de la population concernant la place actuelle de la médecine conventionnelle dans la prise en charge du cancer du sein. Au vu des données actuelles, les traitements non conventionnels ne devraient pas être utilisés comme traitement exclusif dans le cancer du sein. Le renforcement de l'information, éducation et communication sur les signes du cancer du sein, leur dépistage et la place des traitements non conventionnels doivent être effectuée ainsi que le renforcement du système de santé malgache en matière de cancérologie.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Cancer du sein. (2025) Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> (accès le 20 février 2025)
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, *et al.* Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; (2024). Disponible à : <https://gco.iarc.who.int/today> (accès le 15 octobre 2024)
3. Hasiniatsy NRE, Ramahandrisoa AVN, Refeno V, *et al.* Épidémiologie des cancers pris en charge en oncologie médicale à l'hôpital militaire d'Antananarivo, Madagascar. *Bull Cancer* 2017;104(10):902-4.
4. Ranaivomanana AHM, Hasiniatsy NRE, Randriamalala NCR, *et al.* Epidémiologie des cancers au Service d'Oncologie de l'Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona d'Antananarivo de 2009 à 2010. *Rev Malgache Cancérol* 2021;5(1):194-210.
5. Ranaivomanana M, Hasiniatsy NRE, Rakotomahenina H, *et al.* Aspects épidémiologiques des cancers du sein au Service d'Oncologie de Fianarantsoa, Madagascar de 2011 à 2018. *Pan Afr Med J* 2021;38:264.
6. Ranaivomanana M, Rafaralahivoavy T, Rakotomahenina H, *et al.* Management of breast cancer in the Oncology Department of University Hospital of Tambohobe Fianarantsoa. *World J Pharm Res* 2019;8(10):158-69.
7. National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? (2021) Disponible à : <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name> (accès le 8 septembre 2024)
8. Hasiniatsy NRE, Randriamalala NCR, Ernesto-Ghoud IM, *et al.* L'utilisation de la médecine alternative par des patients malgaches atteints de cancer. *Rev Méd Madag* 2014;4(1):414.
9. Chen Z, Gu K, Zheng Y, *et al.* The use of complementary and alternative medicine among Chinese women with breast cancer. *J Altern Complement Med* 2008;14(8):1049-55.
10. Bahall M. Prevalence, patterns, and perceived value of complementary and alternative medicine among cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC Complement Altern Med* 2017;17(1):345.
11. Sárvary A, Sárvary A. Use of complementary and alternative medicine among breast cancer patients in Hungary: A descriptive study. *Complement Ther Clin Pract* 2019;35:195-200.
12. James PB, Wardle J, Steel A, *et al.* Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ Glob Health* 2018;3(5):e000895.
13. Akhtar K, Rahman MM. Use of alternative medicine is delaying health-seeking behavior by Bangladeshi breast cancer patients. *Eur J Breast Health* 2018;14(3):166-172.
14. Mohd Mujar NM, Dahlui M, Emran NA, *et al.* Complementary and alternative medicine (CAM) use and delays in presentation and diagnosis of breast cancer patients in public hospitals in Malaysia. *PLoS One* 2017;12(4):e0176394.
15. Pace LE, Mpunga T, Hategekimana V, *et al.* Delays in Breast Cancer Presentation and Diagnosis at Two Rural Cancer Referral Centers in Rwanda. *Oncologist* 2015;20(7):780-8.
16. Kasprzycka K, Kurzawa M, Kucharz M, *et al.* Complementary and alternative medicine use in hospitalized cancer patients: study from Silesia, Poland. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(3):1600.
17. Latte-Naor S, Sidlow R, Sun L, *et al.* Influence of family on expected benefits of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients. *Support Care Cancer* 2018;26(6):2063-9.
18. Johnson SB, Park HS, Gross CP, *et al.* Use of Alternative Medicine for Cancer and Its Impact on Survival. *J Natl Cancer Inst* 2018;110(1):121-124.
19. Chang EY, Glissmeyer M, Tonnes S, *et al.* Outcomes of breast cancer in patients who use alternative therapies as primary treatment. *Am J Surg* 2006;192(4):471-3.
20. Lee MM, Lin SS, Wensch MR, *et al.* Alternative therapies used by women with breast cancer in four ethnic populations. *J Natl Cancer Inst* 2000;92(1):42-7.
21. Joseph K, Vrouwe S, Kamruzzaman A, *et al.* Outcome analysis of breast cancer patients who declined evidence-based treatment. *World J Surg Oncol* 2012;10:118.
22. Keene MR, Heslop IM, Sabesan SS, *et al.* Complementary and alternative medicine use in cancer: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract* 2019;35:33-47.
23. Lissoni P, Rovelli F, Brivio F, *et al.* A randomized study of chemotherapy versus biochemotherapy with chemotherapy plus *Aloe arborescens* in patients with metastatic cancer. *In Vivo* 2009;23(1):171-5.
24. Bayet-Robert M, Kwiatkowski F, Leheurteur M, *et al.* Phase I dose escalation trial of docetaxel plus curcumin in patients with advanced and metastatic breast cancer. *Cancer Biol Ther* 2010;9(1):8-14.
25. Ovadjie P, Ammar S, Guerrero JA, *et al.* Dandelion root extract affects colorectal cancer proliferation and survival through the activation of multiple death signaling pathways. *Oncotarget* 2016;7(45):73080-100.

26. Baretta Z, Ghiotto C, Marino D, *et al.* Aloe-induced hypokalemia in a patient with breast cancer during chemotherapy. *Annals of Oncology* 2009;20(8):1445-6.
27. Pigatto PD, Guzzi G. Aloe linked to thyroid dysfunction. *Arch Med Res* 2005;36(5):608
28. Yang HN, Kim DJ, Kim YM, *et al.* Aloe-induced Toxic Hepatitis. *J Korean Med Sci* 2010;25(3):492.
29. Costa ML, Rodrigues JA, Azevedo J, *et al.* Hepatotoxicity induced by paclitaxel interaction with turmeric in association with a microcystin from a contaminated dietary supplement. *Toxicon* 2018;150:207-11.
30. Somasundaram S, Edmund NA, Moore DT, *et al.* Dietary Curcumin Inhibits Chemotherapy-induced Apoptosis in Models of Human Breast Cancer 1. *Cancer Res* 2002;62(13):3868-75.