



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2019

Thèse N°: 199/19

ATTITUDES, CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS DES SUJETS JEUNES FACE AUX CANCERS ORL

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29/11/2019

PAR

M. DABACHI HAMZA

Né le 03 Décembre 1994 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Connaissances – Attitudes – Comportements – Sujets jeunes – Cancers ORL – Fès

JURY

- | | |
|--|------------|
| M. EL ALAMI EL AMINE MOHAMED NOUR-DINE | PRÉSIDENT |
| Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie | |
| M. OUDIDI ABDELLATIF..... | RAPPORTEUR |
| Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie | |
| M. BENMANSOUR NAJIB | JUGES |
| Professeur agrégé d'Oto-Rhino-Laryngologie | |
| M. BOUKHARI ALI..... | |
| Professeur agrégé d'Oto-Rhino-Laryngologie | |
| M. ATTIFI HICHAM..... | |
| Professeur agrégé d'Oto-Rhino-Laryngologie | |

PLAN

PLAN	1
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
INTRODUCTION	6
I. CADRE THEORIQUE.....	9
1. Définition opératoire des concepts	9
1.1 Connaissances	9
1.2 Attitude	10
1.3 Comportements	10
1.4 Apport de la sociologie dans la promotion de la santé	11
II. Rappel anatomique sur les VADS :.....	12
1. Anatomie descriptive :	12
1.1. Cavité buccale :	12
1.2. Pharynx et larynx :.....	15
III. Etiopathogénie des cancers des VADS :	20
1. Les causes toxiques :	20
2. Les causes infectieuses :.....	21
3. Les autres facteurs de risques :.....	23
IV. Anatomie pathologie :	24
1. Rappel des techniques d’anatomo–cytopathologie :.....	24
2. Aspect macroscopique :.....	25
3. Aspect microscopique :.....	25
4. Facteurs pronostiques histologiques :	26
5. Points clés d’un compte–rendu d’anatomopathologie :	27
V. Moyens diagnostiques :.....	28
1. Signes d’appel :.....	28
2. Examen clinique :.....	29
3. Bilan pré–thérapeutique :	30
4. Intérêt de l’endoscopie ORL :.....	32

5. Intérêt de l'imagerie :.....	34
5.1. Bilan d'extension local :	34
VI. Prise en charge thérapeutique :	38
1. Traitement spécifique :	38
2. Surveillance :.....	39
CONCEPTUALISATION DU PROBLEME.....	40
DE RECHERCHE	40
1. Justificatifs de l'étude :.....	41
2. L'objectif principal:	42
3. Les objectifs secondaires de l'étude :	42
MATERIELS ET METHODES	43
1. Type d'étude :.....	44
2. Critères d'inclusion :.....	45
3. Critères d'exclusion :	45
4. Recueil des données.....	45
A. Questionnaire:	45
B. Analyse statistique.....	46
RESULTATS ET ANALYSE	47
I. TAUX DE PARTICIPATION A L'ENQUETE :.....	48
II. IDENTITE :.....	49
III. Connaissance du cancer ORL :.....	52
1. les premiers mots qui viennent à l'esprit lorsqu'on dit « cancer » ou « personne atteinte de cancer » pour les sujets jeunes :	52
2. Les mots qui heurtent, qui choquent :	53
3. Guérir après avoir eu le cancer ORL :.....	53
4. Les symptômes qui posent plus de problèmes pour les jeunes en rapport avec le cancer ORL.....	54
5. Alcool et cancer ORL :	55

6. Tabac et cancer ORL :.....	55
7. Le rapport entre la consommation simultanée du tabac, d'alcool et le cancer ORL :..	56
8. Chicha et cancer ORL :	56
9. Le plus dangereux entre la cigarette et la chicha en matière du cancer ORL :.....	57
10. L'exposition aux poussières de bois et le cancer ORL :.....	58
11. Les rapports sexuels bucco-génitaux et le cancer ORL :.....	58
12. Peut-on diagnostiquer visuellement un cancer ORL :.....	59
13. Peut-on traiter un cancer ORL, uniquement par les médicaments (chimiothérapie) :.	59
14. Peut-on traiter un cancer ORL par :.....	60
15. La chirurgie est-elle toujours nécessaire en cas de cancers ORL :.....	61
IV. ATTITUDE FACE AU CANCER ORL :.....	62
1. Développer un cancer ORL signifie s'être préparé mentalement à la mort :.....	62
2. Le cancer ORL ruine généralement la carrière de la personne concernée :.....	63
3. La personne qui souffre d'un cancer ORL est causée par ses comportements :.....	64
4. La réaction des sujets jeunes en présence d'un sujet atteint du cancer ORL :.....	65
DISCUSSION.....	66
1. Description type de la population cible :	67
2. Taux de réponse :.....	67
3. Les principaux résultats :	67
4. Connaissance du cancer ORL :.....	68
5. Attitude face au cancer ORL :	77
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	80
RÉSUMÉS.....	83
QUESTIONNAIRE	92
BIBLIOGRAPHIE.....	104

LISTE DES ABRÉVIATIONS

OMS	: Organisation mondial de la sante
ACC	: Attitude comportement et connaissance
VADS	: Des Voies Aérodigestives Supérieures
TDM	: Tomodensitométrie
IRM	: Imagerie Par Résonance Magnétique
CDDP	: Cisplatine
5FU	: 5 Fluoro-Uracile
EBV	: Epstein Bar Virus
HPV	: Human Papilloma Virus
NPC	: Carcinomes Nasopharyngés
Tep-Scanner	: Tomographie Par Emission Des Positrons
FDG	: Fluoro-Désoxyglucose -18F
AJCC	: Américain Joint Commitee On Cancer
UICC	: Union Internationale Contre Le Cancer
RTE	: Radiothérapie Externe
ORL	: Oto-rhino-laryngologie
PS	: Promotion de santé

INTRODUCTION

Le cancer est un mot qui fait peur, surtout lorsqu'on n'a jamais eu à faire face directement ou indirectement à cette maladie. Il affecte aussi la famille, les amis, les collègues. Il est important de le cerner, de le comprendre pour tenter de savoir ce à quoi on est confronté et comment on peut le vivre ensemble.

Le terme de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), rend peu compte de la grande diversité diagnostique, pronostique et thérapeutique des différentes localisations de ces cancers. Ces cancers se situent au cinquième rang des cancers les plus fréquents en France et deuxième rang mondial.

L'enquête attitudes, comportements et connaissances (ACC) est un instrument de planification et d'évaluation stratégiques pour identifier le besoin éducationnel d'une cible spécifique. Il s'agit d'un instrument participatif de santé publique pour la promotion de la santé.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la promotion de santé comme étant le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci . La méthode participative d'évaluation des besoins de promotion de santé est une enquête spécifique des attitudes, comportement et connaissances (ACC) des bénéficiaires visés, par rapport à certains éléments spécifiques à leurs compétences de santé. Contrairement à d'autres enquêtes sociologiques dont l'objet est exploratoire, l'enquête ACC est centrée sur le problème à résoudre et les moyens qui peuvent faciliter la compréhension et l'action sur ce qui fait obstacle à la réduction des mauvaises pratiques

Elle intervient dans le but de faire ressortir au moins trois catégories conceptuelles : le niveau de la connaissance complète ; les attitudes renforçatrices du comportement ; et les compétences pratiques de la population cible. En effet, les pratiques adéquates ou non d'une population, sont la résultante des attitudes correctes ou erronées, issues du niveau de connaissance sur le phénomène étudié

Dans ce travail on va évaluer les connaissances des jeunes en matière de cancer ORL, afin de pointer leur besoin comportemental et éducationnel, et œuvrer à donner les grandes lignes pour le combler

I. CADRE THEORIQUE

1. Définition opératoire des concepts

Les définitions ci-après concernent l'usage des termes qui font l'objet de notre étude.

1.1 Connaissances

Les connaissances en promotion de santé sont définies comme un ensemble des informations acquises par des personnes sur une question de santé donnée [1]. Elles permettent à chaque personne de cerner son niveau de vulnérabilité face à cette question. Elles portent tant sur la capacité pour une personne à définir le concept étudié, mais aussi à énoncer les différents éléments qui le constituent tels la prévention, la transmission, le traitement. Les connaissances sont toujours mesurées avec précision, de manière à pouvoir comparer les données (avant/après, expert/profane, ici/ailleurs).

L'enquête ACC évalue la connaissance complète, ainsi que les sources de cette connaissance. La connaissance complète est définie comme la possession à la fois, des informations exactes sur les moyens de prévenir les risques, et des principales idées fausses concernant ces risques [2]. La juste évaluation de la connaissance complète permet d'identifier le besoin éducationnel exact, tandis que celles des sources d'information permet d'identifier les canaux de communication.

1.2 Attitude

Déterminer les attitudes d'une cible, c'est mettre en œuvre un dispositif d'observation anthropologique des perceptions, des croyances, des représentations et des motivations face à un phénomène : épidémie, service de santé, prestataire, etc. [3]. Ceci permet de prendre en compte les spécificités socioculturelles qui influencent l'adoption des bonnes pratiques. L'identification des attitudes permet de contextualiser les actions de prévention et de spécifier les activités de PS. Ce qu'une personne perçoit d'un risque est souvent diffus. C'est donc à travers un discours orienté que l'enquête CAP l'amène à verbaliser ses intentions, ses difficultés à appréhender le phénomène, ses obstacles à modifier les pratiques.

Les attitudes sont l'écart entre les connaissances et les pratiques, et résultent des contraintes diverses pesant sur la personne.

1.3 Comportements

Les comportements sont des actes réels accomplis par la personne en situation, dans son contexte [4]. Ce sont elles qui exposent ou préservent face au problème de santé étudié. Ils sont objectifs ou subjectifs, mais constituent le principal indicateur de promotion de la santé. Dans ce processus d'autonomisation des populations, la compétence de santé est donc du domaine de l'observation directe des faits. Cette démarche est plus souvent employée en anthropologie qu'en épidémiologie. Les indicateurs mesurables de résultats, en sont un reflet [2].

1.4 Apport de la sociologie dans la promotion de la santé

La sociologie de la santé est l'ensemble des savoirs fondamentaux appliqués à la compréhension de la santé et de la maladie. Cette discipline consiste en l'étude des (déterminants) et processus sociaux jouant un rôle dans l'apparition des maladies ou de la mauvaise santé et pouvant accélérer ou ralentir leur évolution. La sociologie de la santé tente d'étudier les croyances/connaissances attitudes pratiques (C.A.P) et les représentations de la santé : elle essaie aussi d'analyser les comportements en matière d'éducation pour la santé et de prévention tant au niveau élémentaire des relations interpersonnelles que dans les groupes sociaux : catégories, populations. En effet, le XXème siècle a été marqué par la prise de conscience croissante que la méthode scientifique permet de comprendre le comportement humain.

Le constat est que pour vivre en société, les personnes ont besoin du soutien d'autrui tant au niveau affectif que matériel ou informationnel et que la non réponse à ce besoin par l'entourage peut produire un déséquilibre du bien-être physique, mental et social (ex : importance du réseau familial et extra-familial et du support social qu'il transmet dans la capacité à faire face aux évènements de vie, rôle des évènements et des changements professionnels et sociaux etc. ...). Si les mécanismes de cette vulnérabilité ne sont pas encore établis, il paraît que les systèmes de support social pouvant amortir l'effet d'expériences traumatisantes et permettre une adaptation aux situations nouvelles en suscitant des comportements adéquats et favorables au maintien de la santé .

II. Rappel anatomique sur les VADS :

1. Anatomie descriptive :

On regroupe sous le terme des VADS l'ensemble des cavités tapissées de muqueuses qui constituent la partie haute de la voie respiratoire et de la voie digestive [5] (Fig. 1).

La voie respiratoire commence au niveau des narines et comprend successivement les fosses nasales, le nasopharynx ou cavum, l'oropharynx et le larynx. Elle s'arrête à l'origine de la trachée. La voie digestive commence aux lèvres et comprend successivement la bouche, l'oropharynx et l'hypopharynx. Elle s'arrête à l'origine de l'œsophage au niveau d'un sphincter musculaire, la bouche œsophagienne. L'oropharynx est le carrefour où se croisent les voies respiratoire et digestive [5].

1.1. Cavité buccale :

La bouche, cavité située entre le massif osseux facial supérieur et la mandibule, est limitée (Fig. 2) :

- En avant par les lèvres ;
- En haut par la voûte palatine, qui la sépare des fosses nasales ;
- En bas par le muscle mylohyoïdien , sous lequel siège la région cervicale ;
Latéralement par la face interne des joues ;
- En arrière par l'isthme de Gosier, qui est un orifice limité par le voile du palais en haut, les piliers antérieurs et postérieurs ainsi que l'amygdalelatéralement, et le V lingual en bas. Derrière cet isthme débute la région oropharyngée.

La cavité buccale peut se diviser en deux parties par les arcades alvéolodentaires.

En dehors de ces arcades, existe la face interne de la joue qui présente une fine saillie horizontale, la Línea alba, reflet de la ligne d'occlusion des dents où naît, en regard de la deuxième molaire supérieure, l'ostium du canal de Sténon, qui est le canal excréteur de la glande parotide.

Cette face interne de la joue se poursuit en haut et en bas par les vestibules supérieur et inférieur, qui sont des espaces virtuels à l'état de repos. Ceux-ci sont interrompus sur la ligne médiane par les freins labiaux. Sa limite postérieure est la commissure intermaxillaire, figurée par une ligne arciforme verticale, joignant les deux régions rétro molaires supérieure et inférieure.

En dedans de ces arcades dentaires, existe une cavité qui est largement occupée par la langue mobile. Cette cavité a pour limite supérieure le palais osseux auquel fait suite le voile en arrière, et pour limite inférieure le plancher buccal qui contourne la langue.

La langue mobile comporte en une pointe, deux bords latéraux, une face ventrale et une face dorsale. Le « V » lingual, bien identifié par les papilles caliciformes, délimite la langue mobile de la base de langue.

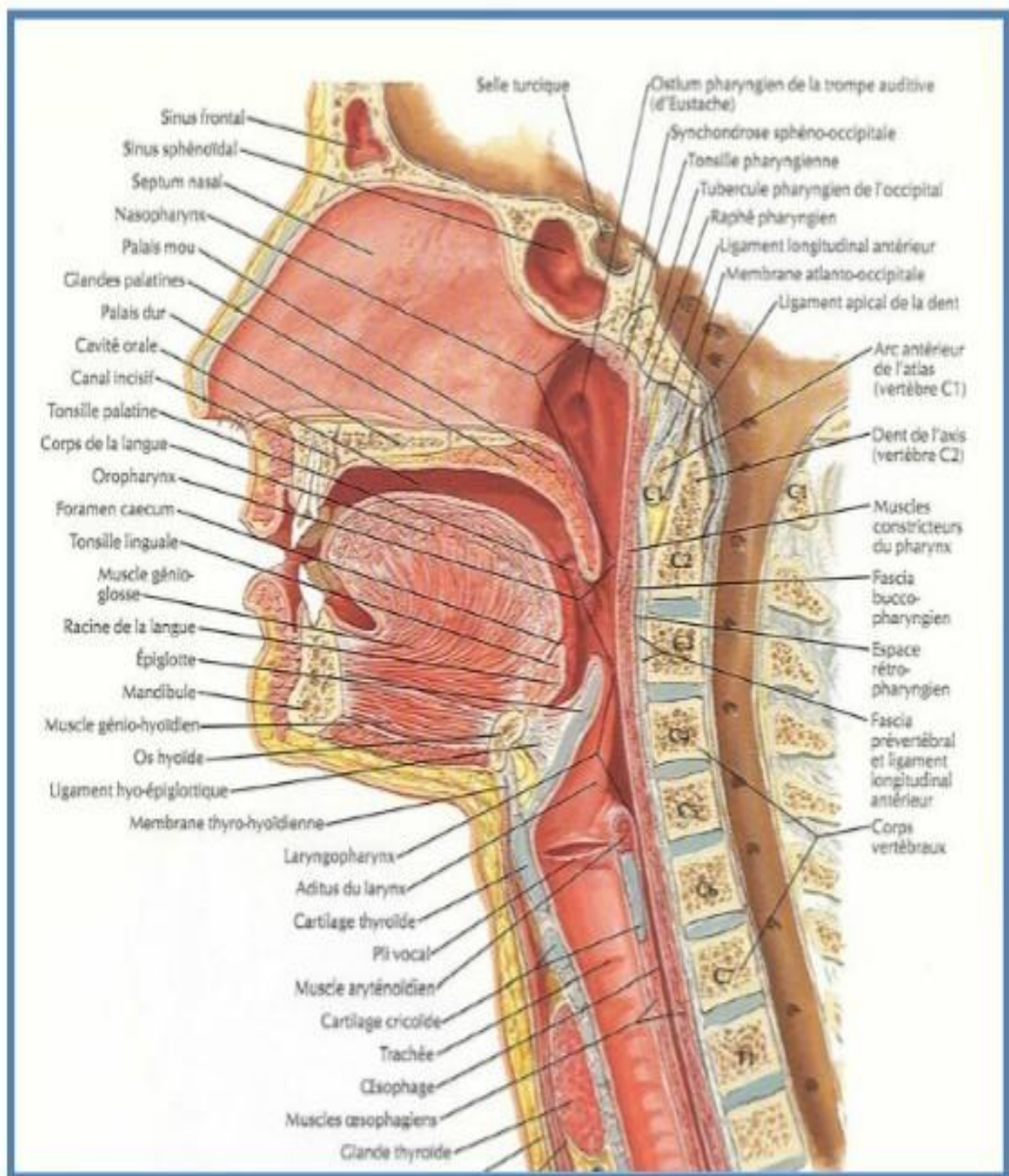
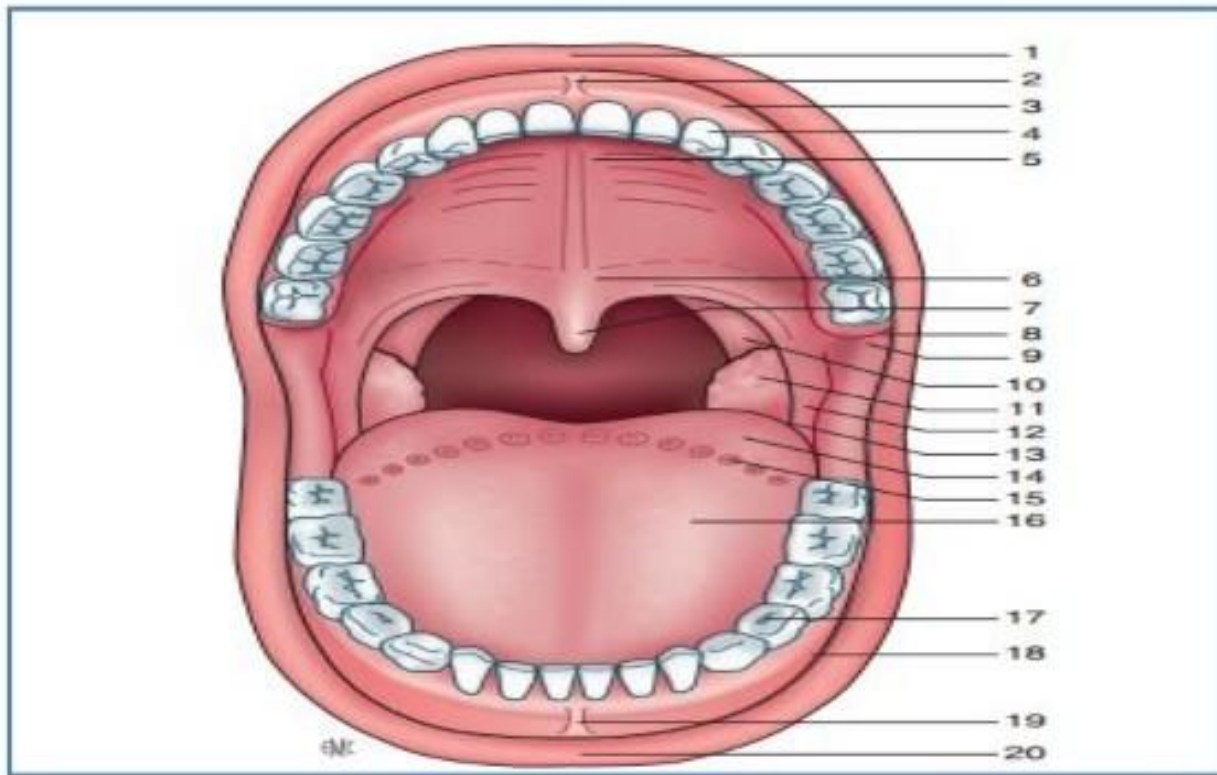


Figure 1 : Coupe sagittale des VADS [6].



- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Lèvre supérieure | 11. amygdale |
| 2. frein labial supérieur | 12. pilier antérieur de l'amygdale |
| 3. vestibule supérieur | 13. repli palatoglosse |
| 4. arcade dentaire maxillaire | 14. base de langue |
| 5. palais osseux | 15. « V » lingual |
| 6. voile | 16. langue mobile |
| 7. luette | 17. arcade dentaire mandibulaire |
| 8. face interne de joue | 18. vestibule inférieur |
| 9. commissure intermaxillaire | 19. frein labial inférieur |
| 10. pilier postérieur de l'amygdale | 20. lèvre inférieure |

Figure 2 : Vue antérieure de la cavité buccale [7].

1.2. Pharynx et larynx :

Est un conduit musculo-membraneux qui s'étend verticalement, en avant de la colonne cervicale, en arrière des fosses nasales, de la cavité buccale et du larynx, depuis la base du crâne jusqu'au bord inférieur de la sixième vertèbre cervicale. Il se continue en bas avec l'œsophage [8,9] (Fig.3).

C'est une sorte de vestibule qui fait communiquer d'une part la cavité buccale avec l'œsophage et d'autre part les fosses nasales avec le larynx. Le pharynx constitue un véritable carrefour des voies aériennes et digestives [10]. Il comporte trois étages appelés de haut en bas : le rhinopharynx (cavum), l'oropharynx, l'hypo pharynx.

❖ Oropharynx :

L'oropharynx est situé en arrière de la cavité buccale, avec laquelle il communique par l'isthme du gosier, au-dessus du larynx et de l'hypo pharynx et au-dessous du rhinopharynx dont il est séparé par le voile du palais [8].

❖ Hypo pharynx :

L'hypo pharynx est interposé entre l'oropharynx et l'œsophage cervical. Il s'étend de l'os hyoïde en haut, au sphincter supérieur de l'œsophage en regard de la 6ème vertèbre cervicale en bas. Il est situé en arrière du larynx qu'il circonscrit partiellement de chaque côté [11]. L'hypo pharynx est divisé en 3 régions : les sinus piriformes, la région rétrocricoïdienne et la paroi pharyngée postérieure.

❖ Larynx :

Le larynx est un organe impair et médian, situé à la partie moyenne de la gaine viscérale du cou et qui occupe la partie supérieure de la région infra hyoïdienne. Il est formé par un squelette cartilagineux suspendu à l'os hyoïde. Les différents cartilages sont unis par des articulations, des membranes, des ligaments et des muscles [10]

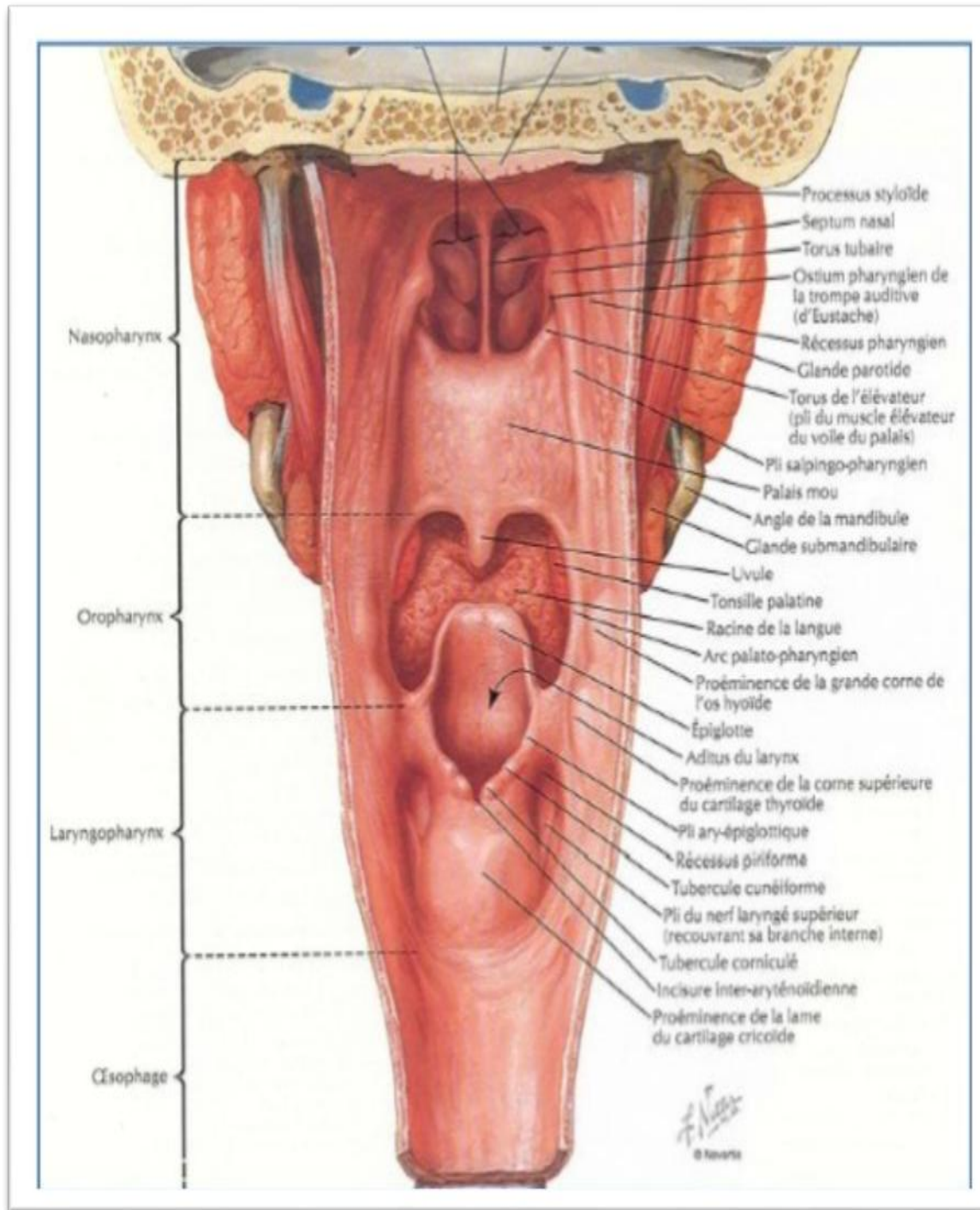


Figure 3 : Schéma de la paroi antérieure du pharynx montrant ses 3 étages

[6]

Le larynx a la forme d'une pyramide triangulaire à base postéro-supérieure répondant au pharynx et à l'os hyoïde, et à sommet inférieur répondant à l'orifice supérieur de la trachée. Les limites du larynx sont représentées en haut par le bord supérieur du cartilage thyroïde qui répond au corps vertébral de C4, et en bas au cartilage cricoïde en face du bord inférieur de C6.

Cet instrument vibrant est placé sur le trajet de l'aire respiratoire, entre la soufflerie qui commande l'expiration, à savoir les poumons, et les cavités de résonance qui moduleront le son laryngé primaire [12].

Le larynx est constitué par l'assemblage de 11 cartilages : trois cartilages impairs et médians : le cartilage thyroïde, le cartilage cricoïde et l'épiglotte ; quatre cartilages pairs : les cartilages corniculés de Santorini, les cartilages cunéiformes de Wrisberg, les cartilages aryténoïdes (Fig. 4).

Ces éléments sont réunis entre eux par des articulations et des structures fibro-élastiques [13]. L'ensemble est doublé d'un appareil musculaire et recouvert par une muqueuse de type respiratoire

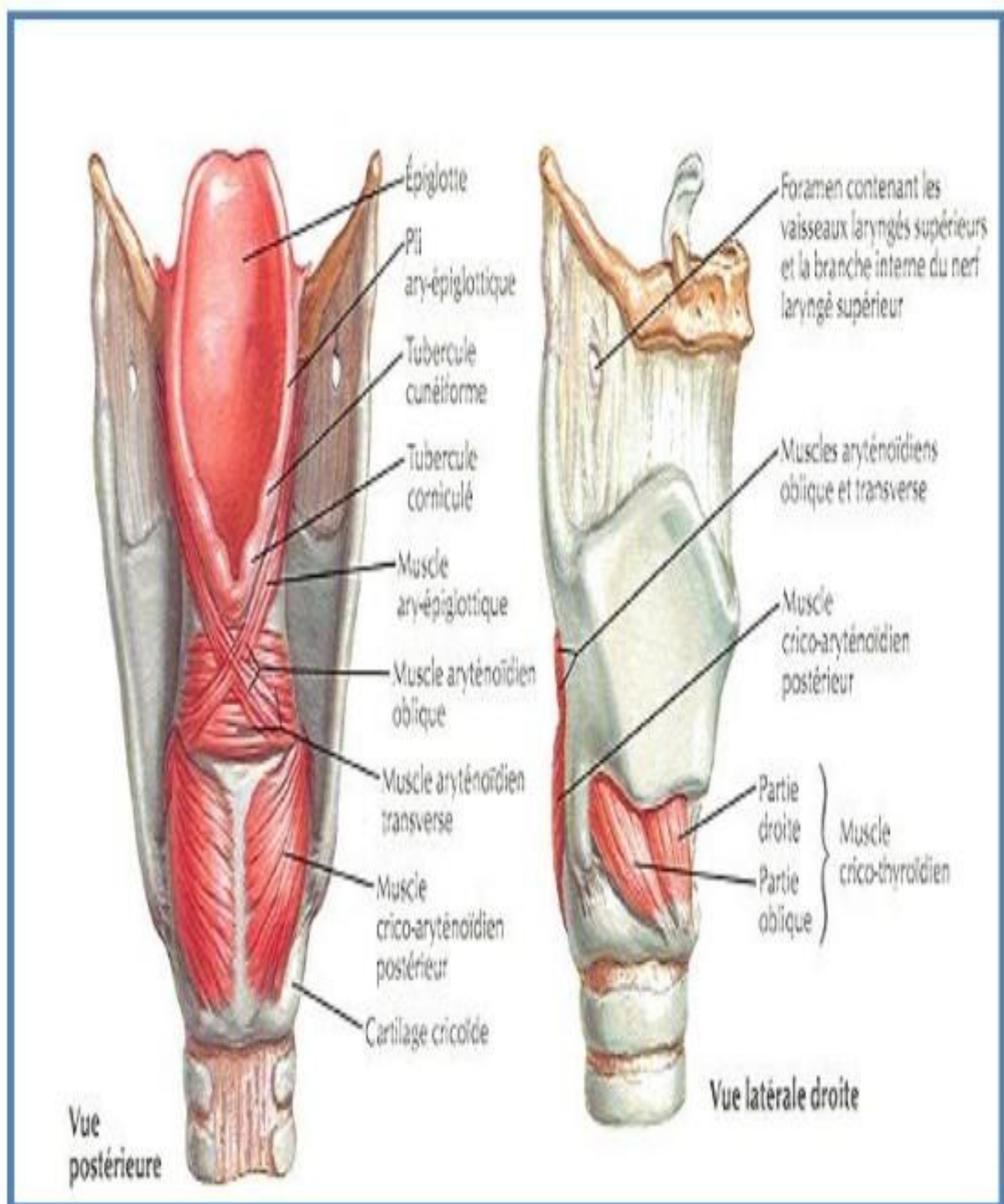


Figure 4 : Vue postérieure du larynx, Vue latérale du larynx [6].

III. Etiopathogénie des cancers des VADS :

L'intoxication alcoolo-tabagique est incriminée dans l'étiopathogénie des cancers des VADS dans les deux tiers des cas et aux infections par des papillomavirus humains (HPV) à haut risque oncogène dans le tiers restant [14,15].

1. Les causes toxiques :

❖ Le tabac :

La cigarette est une cause reconnue de cancer de la cavité buccale, du pharynx et du larynx . Elle cause une brûlure chronique et agit aussi par ses composants carcinogènes. En effet, plus de 30 agents ont été identifiés (hydrocarbures aromatiques polycycliques et nitrosamines en particulier), véhiculés par la fumée ou dissous dans la salive. Le risque de développer un cancer des VADS augmente avec le nombre de cigarettes fumées et avec la durée du tabagisme. Ce risque diminue à l'arrêt de l'intoxication tabagique [14,15,16].

❖ L'alcool :

Les études épidémiologiques montrent que la consommation d'alcool est un facteur causal de cancer de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypo pharynx et du larynx [16,17]. Le risque augmente avec la dose d'alcool pur contenu dans les boissons alcoolisées. Un verre d'alcool correspond à 10 g d'alcool pur, soit 25 cl de bière ou encore 12.5 cl de vin.

❖ L'association tabac et alcool :

La consommation associée d'alcool et de tabac augmente énormément le risque de cancer des voies aérodigestives supérieure [18,19,20,21].

Franceschi et Al. ont pu confirmer cet effet associé dans les cancers de la cavité buccale [22].

D'autres études trouvent également des risques multiplicatifs ou surmultiplicatifs pour le cancer du larynx et du pharynx [18,19,20,21,22].

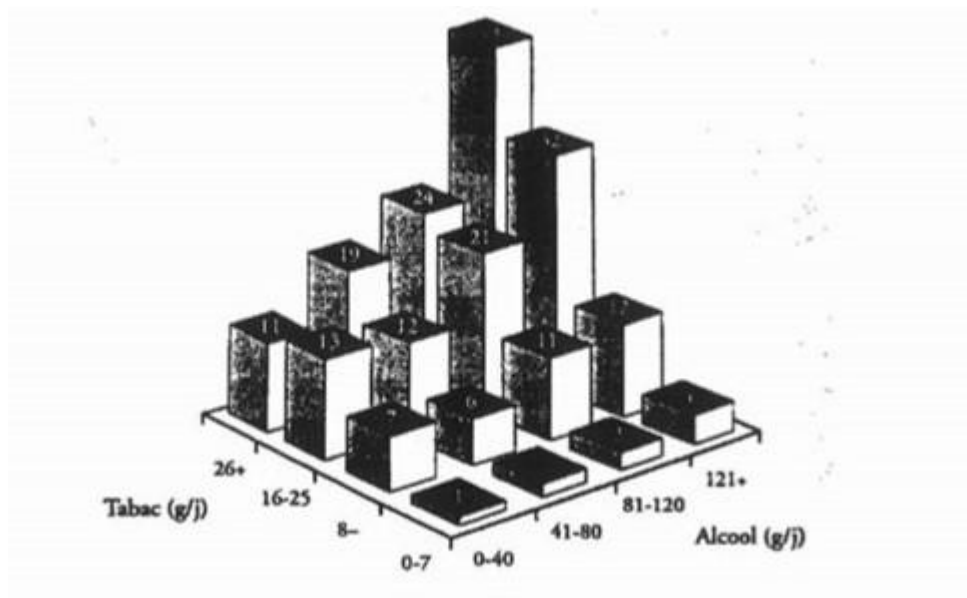


Figure 5 : Risque relatif de cancer de l'endolarynx en fonction de la consommation de tabac et d'alcool [22].

2. Les causes infectieuses :

❖ Le Human Papilloma Virus (HPV)

Le rôle du HPV dans la cancérogénèse des cancers des VADS est établi. Une étude récente montre une très nette augmentation de la présence de HPV dans les cancers des VADS de l'oropharynx (notamment de l'amygdale) et de la cavité buccale [23,24].

Classiquement, la prévalence de l'infection à HPV dans les cancers des VADS était estimée entre 20 et 30% [24,25] ; les études récentes utilisant des méthodes de détection par PCR tendent à montrer une prévalence plus élevée, de l'ordre de 50% [26,27]. Le HPV de type 16 a pu être détecté dans plus de 72% des cancers de l'oropharynx.

Actuellement, plus de 120 types de HPV différents ont été isolés. Il existe des types à faible risque comme HPV 6 et 11 qui induisent une prolifération bénigne de l'épithélium type papillome ou condylome. Il existe également des types de HPV à haut risque oncogénique : dans les cancers des VADS, les types 16 et 18 jouent un rôle pathogène[27].

❖ Le virus d'Epstein-Barr

Le virus d'Epstein-Barr est un virus à ADN du groupe de Herpes

C'est en 1966 que des Anticorps (Ac) anti EBV ont été détectés par Old dans le sérum de patients atteints de NPC. D'autres études ont montré des taux d'Ac anti- EBV significativement élevés dans les NPC quel que soit la race ou la zone d'endémie, comparés à la population contrôle.

Approximativement 90% des patients adultes atteints de carcinome indifférencié du cavum (UCNT) dans le monde ont une sérologie EBV positive. La majorité des patients atteints de NPC ont des taux élevés d'Ac anti EBV surtout les IgA. Ainsi, la mesure du taux d'Ig A anti EBV est un moyen de détection précoce du cancer du nasopharynx. [31]

3. Les autres facteurs de risques :

❖ Les facteurs alimentaires :

Les études épidémiologiques sur le rôle de l'alimentation sont nombreuses. L'observation retrouvée le plus constamment est une association entre une consommation élevée de fruits et légumes et un risque diminué de cancer de la cavité buccale et du pharynx [32]. Les micronutriments impliqués ne sont pas clairement identifiés, les associations entre les cancers des VADS et le bêta-carotène, la vitamine A, la vitamine C, étant moins fortes qu'avec les fruits et les légumes [28].

❖ Les facteurs génétiques :

La constatation d'un risque plus élevé de cancers des VADS dans l'ascendance et les fratries de cancéreux, la connaissance du rôle de certaines enzymes, sous contrôle génétique, dans le métabolisme des carcinogènes du tabac et la mise en évidence d'une susceptibilité individuelle au tabac amènent à la conclusion du vraisemblable profil génétique constitutionnel de sujets « à risque ». Cette sensibilité mutagénique serait aussi un signe de risque de cancers multiples [29,30,31].

IV. Anatomie pathologie :

Les voies aérodigestive supérieures (VADS) sont revêtues par différents épithéliums (malpighien et glandulaire) et les pathologies infectieuses et inflammatoires y sont prédominantes. Cependant, au niveau des VADS, on observe de nombreuses tumeurs bénignes ou malignes, épithéliales ou non (carcinomes, sarcomes, lymphomes, mélanome...). Le carcinome épidermoïde, le plus souvent précédé de lésions précancéreuses, est la plus fréquente des tumeurs malignes des VADS.

Malgré des aspects cliniques, radiologiques ou endoscopiques évocateurs, un diagnostic histologique précis est indispensable. L'évaluation du grade des dysplasies, l'appréciation du caractère infiltrant ou non de la lésion, et la recherche des différents facteurs pronostiques sont les questions majeures pour le pathologiste. [32]

1. Rappel des techniques d'anatomo-cytopathologie :

Le pathologiste travaille le plus souvent sur des prélèvements histologiques (biopsiques ou pièces opératoires), mais peut aussi réaliser une étude cytologique des liquides (cytoponction de masse kystique, de ganglion...). Le chirurgien peut souhaiter un examen extemporané sur la pièce opératoire, cet examen peut être demandé pour les marges d'exérèse ou pour orienter le geste chirurgical mais en aucun cas pour accélérer le diagnostic.

C'est un examen histologique rapide pratiqué au cours du temps opératoire, il est réservé à des indications précises et reste une réponse provisoire, confirmée secondairement après inclusion en paraffine. Il est fortement recommandé d'adresser les prélèvements à l'état frais afin

d'effectuer une cryopréservation qui sera intégrée dans une tumorothèque. Le plus souvent le prélèvement est orienté par le chirurgien au bloc opératoire

2. Aspect macroscopique :

Lors de l'examen macroscopique, la pièce d'exérèse et les lésions observées sont orientées, mesurées et décrites en précisant l'aspect morphologique, l'extension de la lésion, la qualité d'exérèse. Les blocs sélectionnés par le pathologiste, fixés le plus souvent dans le formol 10%, sont ensuite inclus en paraffine, coupés en fins rubans et colorés.

Ainsi on apprécie la forme macroscopique de la tumeur : exophytique, ulcérée, infiltrant, serpentineuse ou sous muqueuse normale.

3. Aspect microscopique :

Les tumeurs des voies aéro-digestives supérieures (VADS) sont majoritairement des carcinomes épidermoïdes. Ces derniers sont le plus souvent de type conventionnels mais il existe des variantes histologiques correspondant à des entités anatomo-cliniques particulières qu'il faut savoir identifier afin d'adapter leur prise en charge.

Ainsi le carcinome épidermoïde verruqueux, est une forme très bien différenciée, d'évolution le plus souvent lente, de diagnostic difficile surtout sur prélèvement superficiel, pour qui une exérèse large est nécessaire. Le carcinome à cellule fusiforme est une forme peu différenciée qui peut être confondue avec un sarcome et qui est de bon pronostic sous sa forme polyploïde, si l'exérèse est complète. Le carcinome basaloïde est une forme particulière peu différenciée, souvent associée à une infection par HPV. [29,30]

4. Facteurs pronostiques histologiques :

❖ Facteurs pronostiques classiques :

Les critères pronostiques classiques actuellement retenus pour l'évaluation de l'agressivité d'un cancer des VADS sont :

La taille de la tumeur, les marges de sécurité après résection, l'invasion vasculaire, l'invasion des structures adjacentes (nerf, os, cartilage), le statut ganglionnaire. En cas de traitement néoadjuvant, le pathologiste doit évaluer la réponse au traitement. Le curage ganglionnaire est adapté en fonction de la localisation de la lésion et son grade (curage radical ou non). Il doit être orienté par le chirurgien et adressé fixé sur planche.

Le pathologiste doit évaluer le statut ganglionnaire : le nombre des ganglions total, la taille de la métastase, le nombre des ganglions métastatiques, la présence d'effraction capsulaire, d'invasion du tissu adipeux péri ganglionnaire et en cas de traitement néo adjuvant la présence de stigmates des métastases ganglionnaires nettoyées par le traitement

❖ Human Papilloma Virus (HPV)

Les HPVs à haut risque oncogène, en particulier le sous type 16, jouent un rôle primordial dans le développement de certains cancers des VADS, principalement le CE basaloïde et les cancers de l'oropharynx (35.6% de ces cancers sont associés à HPV) La détection d'ADN correspondant à HPV 16 dans les cancers des VADS est un facteur de bon pronostic en termes de survie. L'atteinte ganglionnaire semble moins fréquente et ces carcinomes seraient plus sensibles au traitement par chimio et radiothérapie. La détection du virus HPV est le plus souvent réalisée en virologie par PCR sur prélèvements frais ou congelés. Sur tissus inclus en paraffine, des techniques moléculaires et notamment l'hybridation in situ (CISH) sont possibles. [33,34]

5. Points clés d'un compte-rendu d'anatomopathologie :

- Diagnostic de malignité
- Détermination du type histologique
- Confirmation de la malignité et du type histologique
- Si traitement néo adjuvant, évaluation de la maladie résiduelle
- Evaluation des facteurs pronostiques : taille de la tumeur, marges de sécurité, invasion vasculaire, invasion des structures adjacentes, statut ganglionnaire.

V. Moyens diagnostiques :

1. Signes d'appel :

L'interrogatoire doit préciser les antécédents personnels et familiaux, les facteurs de comorbidité du patient, la date d'installation des signes fonctionnels, les facteurs de risque et les expositions à des toxiques.

Les signes d'appel des cancers des VADS sont souvent peu spécifiques. Ils dépendent de la localisation tumorale et du stade évolutif [11].

- ❖ Certains symptômes ont été identifiés comme étant des signes d'alerte :
 - une angine longue à guérir en dépit d'un traitement antibiotique et anti-inflammatoire adapté.
 - un changement de la voix (dysphonie), elle devient rauque, éteinte, trop aiguë, trop grave ou encore une fatigabilité vocale permanente ou intermittente qui persiste. L'apparition de tels signes nécessite un examen endoscopique pour établir le diagnostic.
 - des troubles de la déglutition, avec une sensation de gêne persistante lors de la déglutition associée à une douleur localisée unilatérale et à une expectoration de salive parfois mêlée de sang, doivent amener à pratiquer un examen clinique minutieux .
 - plus rarement des troubles respiratoires, avec l'apparition d'une gêne respiratoire progressive (dyspnée), dont l'origine exacte sera à déterminer (dyspnée laryngée, trachéale, broncho-pulmonaire) .
 - une inflammation infectieuse des ganglions (adénopathie), nécessitant un examen précis .

2. Examen clinique :

L'examen clinique est réalisé par un médecin spécialiste ORL. L'examen clinique ORL doit être complet et comporter systématiquement une fibroscopie laryngée ou un examen avec une optique rigide à 90° ou 70°

L'examen clinique des cancers ORL doit être complet et soigneux avec inspection endobuccale et oropharyngée, laryngoscopie indirecte complétée par un examen fibroscopique pharyngolaryngé (souple), rhinoscopie, cavoscopie et palpation du plancher buccal, de la langue mobile et de la base de langue. Si la lésion est accessible, des biopsies peuvent déjà être réalisées à ce stade.

Un examen général doit être effectuée à la recherche d'une métastase à distance



Figure6 :Examen endobuccale et oropharyngée



Figure 7 : Position adéquate du patient pour l'examen du larynx en laryngoscopie indirecte appelée (sniffing position) : le buste droit, le menton projeté en avant et légèrement relevé

3. Bilan pré-thérapeutique :

- Bilan odontostomatologie.
- Mise en état bucco-dentaire (détartrage, extraction des dents mobiles et délabrées)
- Confection de gouttières plombées pour la curiethérapie et de gouttières fluorées pour la radiothérapie.
- Recherche et correction des tares
- Appréciation de l'état général et classer le malade selon la classification OMS de l'état général.

- L'évaluation nutritionnelle du patient permet d'élaborer avec celui-ci les méthodes correctives à mettre en œuvre.

L'état nutritionnel peut être évalué par plusieurs éléments complémentaires de L'interrogatoire.

- La mesure du poids et de la taille.
- L'évaluation de la perte de poids

Une perte de poids de 10 % est habituellement considérée comme ayant une valeur pronostique en cancérologie [35]. La vitesse d'amaigrissement doit être évaluée. Certains auteurs considèrent qu'une perte de poids est sévère, c'est-à-dire associée à un risque accru de morbidité et/ou mortalité si elle est supérieure à 10 % en 6 mois [36].

Plusieurs indices apprécient le degré de dénutrition sur l'intensité de la perte de poids, la gravité des signes digestifs et cliniques de dénutrition [37]

Cette évaluation rigoureuse permet d'appréhender trois situations différentes :

- ✓ le patient est en poids stable,
- ✓ le patient présente une surcharge pondérale,
- ✓ le patient est dénutri.

Le poids du patient doit être interprété en fonction de la présence ou non d'œdèmes, d'ascite, notamment dans le cas de la dénutrition en poids stable.

La conclusion de l'examen clinique est mentionnée sur le dossier du malade par un schéma daté rapportant les caractéristiques de la lésion, ainsi que la présence ou non d'adénopathies.

4. Intérêt de l'endoscopie ORL :

Il s'agit d'une intervention chirurgicale, et à ce titre le consentement éclairé du patient doit être obtenu au moyen d'une information claire, simple et compréhensible. Nous insistons en particulier sur le risque de traumatisme dentaire. Une bonne coopération avec l'équipe d'anesthésie est nécessaire. Un enregistrement vidéographique est éventuellement réalisé qui permet une relecture en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.

Il est important d'utiliser des optiques pour analyser certaines régions anatomiques et l'examen des cordes vocales nécessitent l'utilisation d'un microscope. On apprécie la forme macroscopique de la tumeur : exophytique, ulcérée, infiltrant, serpigineuse ou sous muqueuse normale. L'infiltration tumorale est évaluée à l'aide d'instruments permettant une palpation. Nous ne réalisons plus d'œsophagoscopie directe au tube rigide en raison des risques de perforation et de médiastinite. Cet examen est avantageusement remplacé par une fibroscopie œsophagienne avec un test aux colorants vitaux (Iugol) et des biopsies ciblées. L'utilisation de colorants vitaux permet de sensibiliser l'examen à la recherche de tumeurs superficielles (concept de la « field cancerization »). [38]

La réalisation de biopsies est systématique qui seules permettent d'affirmer la tumeur.

L'endoscopie se termine par l'examen attentif de la cavité orale et de l'oropharynx après mise en place d'un ouvre bouche et avec un éclairage de bonne qualité. Les différentes régions anatomiques de la cavité orale et de l'oropharynx sont ensuite palpées.

Lors de l'endoscopie, il faut systématiquement rechercher un cancer synchrone dont l'incidence est près de 10% [39].

Au terme de l'endoscopie, un schéma précis de la tumeur mentionne le siège des lésions, leur forme macroscopique (ulcérant, exophytique, infiltrant, superficielle, sous muqueuse normale) et le siège des différentes biopsies.

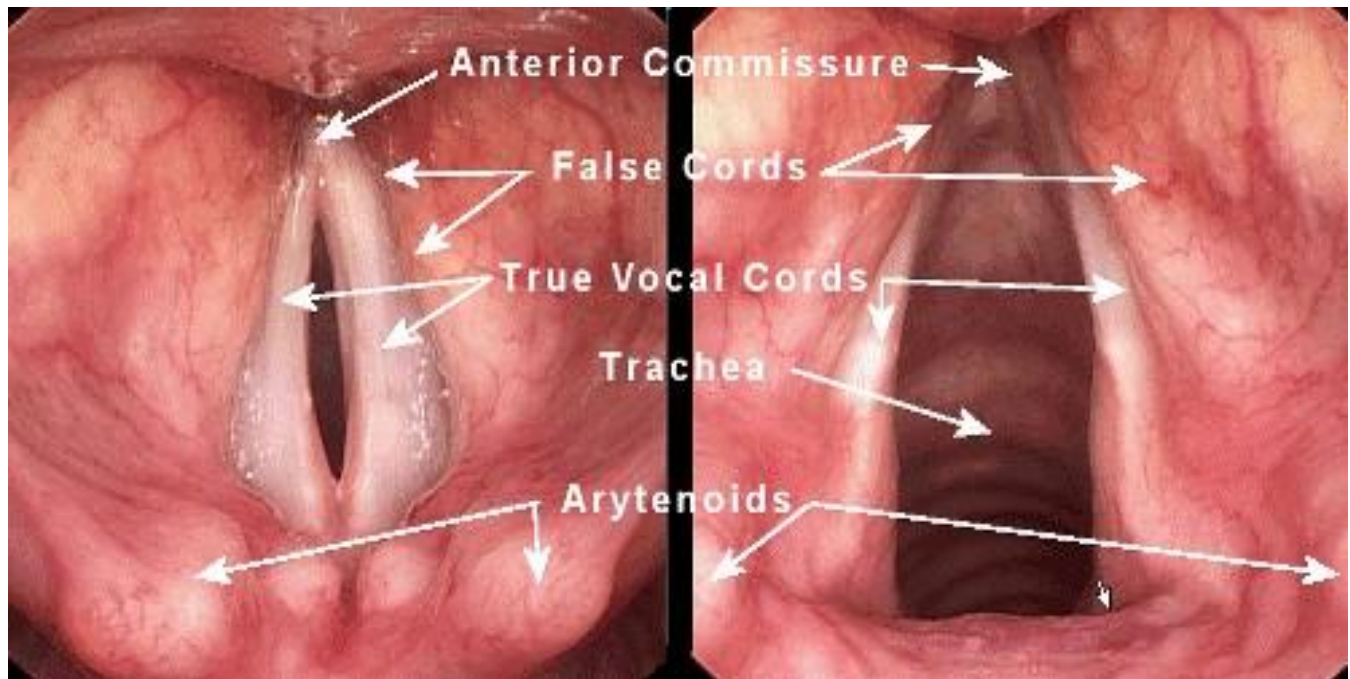


Figure 20 : Vue endoscopique du larynx en phonation et en inspiration profonde

5. Intérêt de l'imagerie :

Le bilan radiologique fait partie intégrante de la prise en charge des cancers des VADS. La classification TNM (Tumor, Node, Metastasis) de l'American Joint Committee on Cancer(AJCC) et de l'Union internationale contre le cancer (UICC) est réalisée à partir de l'examen clinique, endoscopique et radiologique.

5.1. Bilan d'extension local :

➤ Tomodensitométrie cervicale :

Depuis l'avènement des scanners multi détecteurs, le temps d'examen a considérablement diminué, permettant des études en coupes millimétriques de très bonne qualité avec reconstruction en trois dimensions pour une meilleure approche volumique des lésions. L'acquisition, réalisée en respiration lente, sans déglutition, étudie toute la hauteur cervicale de la base du crâne à la base du cou ; elle dure en moyenne moins d'une minute. L'examen se fait après injection d'un produit de contraste iodé, ce qui nécessite de connaître la fonction rénale du patient afin d'éviter toute néphrotoxicité. Cette injection peut être optimisée par une technique bi phasique, c'est-à-dire réalisée deux temps, séparés par une pause.

En pratique, une première injection permet l'imprégnation tissulaire, puis après une pause d'une minute environ, une seconde injection permet l'opacification des structures vasculaires jugulo-carotidiennes juste avant l'acquisition des images. [39,40,41].

Les coupes natives doivent être le plus fines possible (inférieures à 1,5 mm), chevauchées de 50 % pour permettre des reconstructions multi planaires de bonne qualité.

En pratique, la TDM n'est pas l'examen de première intention car, dans cette région, l'IRM lui est largement supérieure en termes de définition des volumes tumoraux et de précision anatomique. L'IRM joue un rôle central, en identifiant de façon distincte la muqueuse, les formations lymphoïdes qui tapissent toute la région, les plans musculaires et les espaces graisseux contenant les pédicules vasculonerveux.

La TDM est réservée à l'étude des lyses osseuses car l'atteinte des corticales est mieux définie notamment en haute résolution, au bilan avant reconstruction mandibulaire, et aux patients présentant une contre-indication à l'IRM. [40,41].

➤ **Imagerie par résonance magnétique cervicale :**

Les nouvelles séquences d'acquisition rapide en pondération T1 et T2 permettent actuellement l'acquisition de séquence durant en moyenne 3 minutes pendant lesquelles le patient doit rester parfaitement immobile.

En moyenne 4 à 6 séquences sont nécessaires pour effectuer le bilan d'extension tumoral et ganglionnaire, soit un temps d'examen n'excédant pas 20 minutes [40,41,42].

Il faut respecter les contre-indications habituelles de l'IRM et réserver cet examen aux patients pouvant maintenir le décubitus dorsal pendant au moins 20 minutes. La respiration doit être calme, la mandibule peut être maintenue par une sangle pour s'assurer de son immobilité, le patient peut déglutir normalement sans mobiliser la langue. L'examen est fait avec une antenne tête associée à une antenne cervicale afin de couvrir les aires ganglionnaires de la base du crâne à la base du cou. Le plan de référence est le plan axial parallèle au palais osseux, complété par des séquences dans le plan coronal ou sagittal en fonction de la localisation tumorale initiale. L'épaisseur de coupe varie en fonction du volume tumoral à explorer entre 3 et 4 mm. L'exploration tumorale nécessite des séquences en pondération T2 et T1 avant injection, puis des séquences en pondération T1 après injection et saturation du signal de la graisse dans au moins deux plans perpendiculaires. L'annulation du signal de la graisse permet d'améliorer la détection du signal tumoral dans les espaces graisseux nombreux dans cette région d'exploration. Par rapport au signal musculaire normal, la tumeur apparaît en iso signal T1 avant injection, discret hyper signal T2, et se rehausse toujours nettement après injection en raison de la diffusion du produit de contraste, alors qu'elle peut être peu rehaussée en TDM car les carcinomes épidermoïdes sont fréquemment mal vascularisés.

L'exploration ganglionnaire est facilitée par les séquences en pondération T2 [40,41,42].

➤ **TEP–scan corps entier**

La TEP–TDM est un examen réalisé de plus en plus fréquemment dans le suivi des tumeurs ORL traitées. Initialement effectué 4 mois après la fin des traitements pour juger de l'efficacité thérapeutique, il est maintenant démontré que ce délai peut être raccourci à un mois avec des implications thérapeutiques majeures.

Lors du suivi des patients, il permet d'améliorer un peu la sensibilité et la spécificité quant au diagnostic de récurrence de l'arsenal d'imagerie médicale. Enfin, c'est la seule technique qui assure en un seul temps le bilan de la récurrence. [43]

VI. Prise en charge thérapeutique :

1. Traitement spécifique :

La prise en charge relève de plusieurs spécialités médicales. Elle doit donc être discutée préalablement au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cette réunion rassemble des spécialités différentes : oto-rhino-laryngologiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, anatomopathologiste, radiologue.

Trois types de traitements sont essentiellement utilisés pour traiter les cancers des VADS : la chirurgie, la radiothérapie et le traitement systémique (chimiothérapie et thérapie ciblée). [42,43,44].

Ces traitements peuvent être utilisés seuls ou associés entre eux. Selon les cas, ils ont pour objectifs :

- De supprimer la tumeur, les ganglions envahis ou les métastases ;
- De réduire le risque de récurrence ;
- De ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- De traiter les symptômes engendrés par la maladie afin de maintenir une qualité de vie la meilleure possible.

La stratégie thérapeutique est discutée selon la topographie et le stade de la tumeur mais aussi l'état général du patient et son choix éclairé.

2. Surveillance :

✓ **Permet de rechercher :**

- Une récurrence tumorale ou ganglionnaire
- Une deuxième localisation au niveau des VADS ou une métastase
- Une Poursuite évolutive
- Les Complications du traitement

✓ **Moyens et rythme :**

Tous les trois mois pendant deux ans puis tous les six mois à partir de la troisième année

Examen ORL et dentaire/3mois

Radiographie du poumon et panendoscopie tous les ans.

CONCEPTUALISATION DU
PROBLEME
DE RECHERCHE

1. Justificatifs de l'étude :

Le cancer est un mot qui fait peur, surtout lorsqu'on n'a jamais eu à faire face directement ou indirectement à cette maladie. Il affecte aussi la famille, les amis, les collègues. Il est important de le cerner, de le comprendre pour tenter de savoir ce à quoi on est confronté et comment on peut le vivre ensemble.

La majorité des cancers prennent plusieurs années à se former et peuvent apparaître à tout âge. Ils sont cependant découverts généralement chez des personnes âgées de 60 ans et plus, surtout de sexe masculin. Cependant, ces dernières années, les études ont révélé un rajeunissement de la population touchée, et une tendance à l'égalisation du sex-ratio.

Tout âge confondu, on estime chez la population mondiale que pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer s'élevait à 14,1 millions (7 427 000 hommes et 6 663 000 femmes), avec une mortalité qui s'élevait à 8,2 millions (4 653 000 hommes et 3 548 000 femmes) [45].

Plus précisément, chaque année, plus de 7 500 jeunes adultes (entre 18 et 36 ans) reçoivent un diagnostic de cancer en France. Même si le cancer demeure assez rare chez les adolescents et les jeunes adultes, il ressort que son incidence est en hausse. Concrètement, les plus récentes statistiques sur le cancer démontrent que 4% des nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année en France, le sont chez les 18 à 36 ans [46].

Les cancers ORL sont la quatrième localisation de cancer et la cinquième cause de mortalité par cancer en France, et deuxième rang mondial [47].

La Fondation Nez pour vivre, [48] a mis en lumière des données inquiétantes relativement aux jeunes adultes traités en oncologie. En voici quelques-unes :

- La recherche pour développer de nouveaux traitements pour les cancers chez les jeunes adultes est pratiquement inexistante.
- Les jeunes adultes avec cancer représentent moins de 1 % des patients inscrits à des projets de recherche clinique sur de nouveaux traitements contre le cancer.
- Aucun médicament dans les derniers 30 ans n'a été développé dans le but de traiter un cancer affectant spécifiquement les 18-30 ans.
- La radiothérapie utilisée pour traiter le cancer est plus nocive à long terme chez les jeunes adultes en induisant de nouveaux cancers.

D'où l'intérêt de mener une étude qui s'intéresse à cette tranche d'âge.

2. L'objectif principal:

L'intérêt de notre étude est de réaliser une enquête à Fès, ayant pour objectif principal de décrire les attitudes, les comportements, et les connaissances des sujets jeunes face aux cancers ORL .

3. Les objectifs secondaires de l'étude :

Notre étude a pour objectifs :

- ✓ Evaluer le niveau de connaissances des sujets jeunes qui a une importance en matière de prévention de l'extension des cancers ORL.
- ✓ Apprécier les comportements adéquats ou non des sujets jeunes qui sont la résultante des attitudes corrects ou erronés.
- ✓ Proposer les actions d'éducation et de prévention nécessaires afin de réduire l'incidence des cancers ORL.

MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude de type transversal à visée descriptive et analytique qui a été réalisée auprès des sujets jeunes de la région de Fès. Elle s'est intéressée aux sujets jeunes d'âge compris entre 18 ans et 36 ans, des deux sexes et des niveaux socio-économiques différents.

L'enquête s'est déroulée de septembre 2018 à janvier 2019 et ayant intéressé les différents lieux publics, tel que :

- ❖ Les cafés
- ❖ Les salles de gym
- ❖ Les salles de musculation
- ❖ Les quartiers
- ❖ Faculté Des Lettres Et Des Sciences Humaines dhar El Mehraz
- ❖ Faculté de médecine et de pharmacie Fès
- ❖ CHU Hassan II Fès : service d'ORL, service d'oncologie, service de radiothérapie, centre diagnostic

Nous avons proposé les questionnaires à 270 sujets, 20 personnes ont exprimé leur refus de participation, et nous avons inclus 250 personnes, qui étaient tous consentants pour participer à cette étude.

Après l'analyse des fichiers, nous avons retenu finalement 228 questionnaires ont été remplis complètement

2. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude tous les sujets jeunes âge entre 18 ans et 36 ans et ayant accepté de participer à notre étude.

3. Critères d'exclusion :

- Les sujets jeunes âge moins de 18 ans ou plus de 36 ans
- Les médecins : généralistes, spécialistes, résident, interne, et externe (pour éviter le biais de sélection)
- Les sujets ayant refusé de répondre à nos questionnaires
- Les questionnaires incomplets

4. Recueil des données

A. Questionnaire:

C'est un questionnaire en bilingue (arabe et français) de type auto administré contenant 24 questions.

Les données recueillies dans le questionnaire préalablement établies comportant trois rubriques :

- A. Informations relatives à l'identité du sujet et ses antécédents.
(5 questions)
- B. Données relatives à la connaissance des sujets jeunes sur le cancer ORL. (15 questions)
- C. Données relatives à l'attitude des sujets jeunes face au cancer ORL.
(4 questions)

L'anonymat a été respecté tout au long de l'enquête, le questionnaire ne possédant pas un item sur l'identité des sujets

B. Analyse statistique

En général la fiche d'exploitation comportait des réponses préétablis, qui ont été codées en variables numériques puis saisies dans une base de données Excel 2010, les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages, alors que les variables quantitatives de distributions en moyennes.

Les tableaux et les graphiques ont été réalisés par le logiciel Excel 2010.

RESULTATS ET ANALYSE

I. TAUX DE PARTICIPATION A L'ENQUETE :

- La questionnaire a été proposé pour 270 personnes :
 - 250 questionnaires ont été remplis
 - 20 personnes ont exprimé leur refus de participation à l'étude

Taux de participation des sujets jeunes est de 92.5%).

Nous avons exclu 22 dossiers (qui manquaient d'informations importantes ou bien qui ne sont pas bien remplis ou bien qui sont sans réponses).

Tableau 1: Taux de participation à l'enquête.

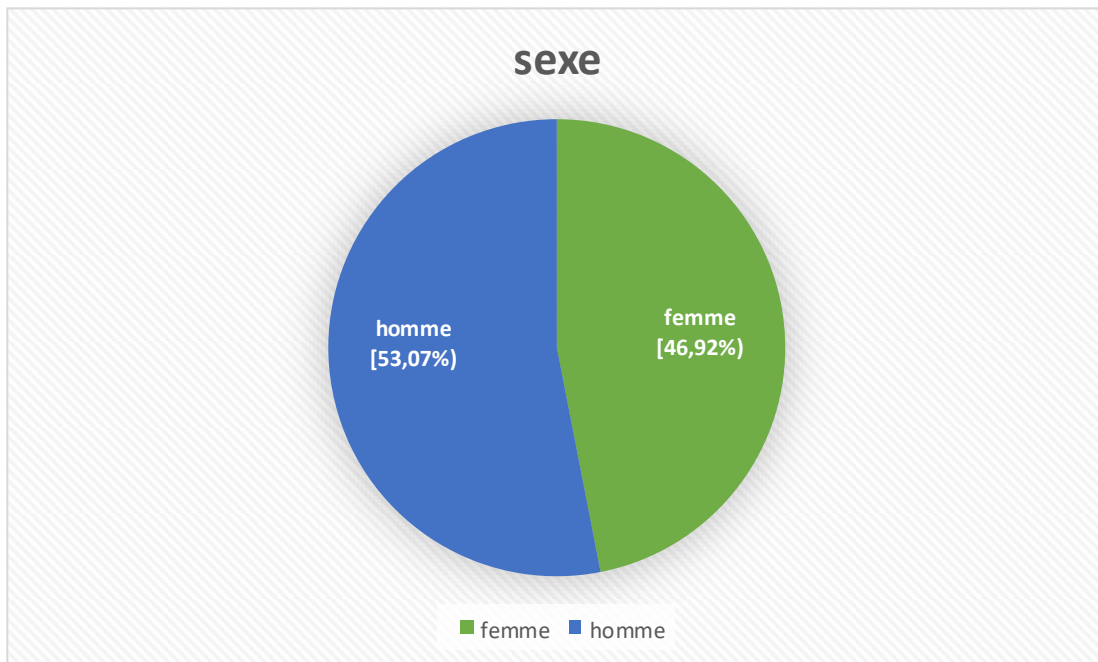
Nombre des sujets jeunes dans l'échantillon	270
Nombre des sujets jeunes ayant participé à l'enquête	250
Taux de participation des sujets jeunes	92.5%
Nombre de questionnaires validés	228
Taux de questionnaires validés	91.2%

II. IDENTITE :

1. Sexe :

Notre étude inclut 228 sujets, avec 107 femmes et 121 hommes

Le sexe masculin a été prédominant 53,07% contre 46,92% pour le sexe féminin, avec un sexe ratio de 1,13 en faveur du sexe masculin.



Graphique1 : répartition des sujets jeunes selon le sexe

2. Age :

- L'âge moyen de la population est de 25 ans .
- Les sujets jeunes âgés de 18 à 24 ans représentent 56,14% (128), ceux appartenant à la tranche d'âge 25 à 30 ans représentent 19,73% (45) et pour la tranche d'âge allant de 31 à 36 ans représentent 24,12% (55) de l'ensemble de l'échantillon.

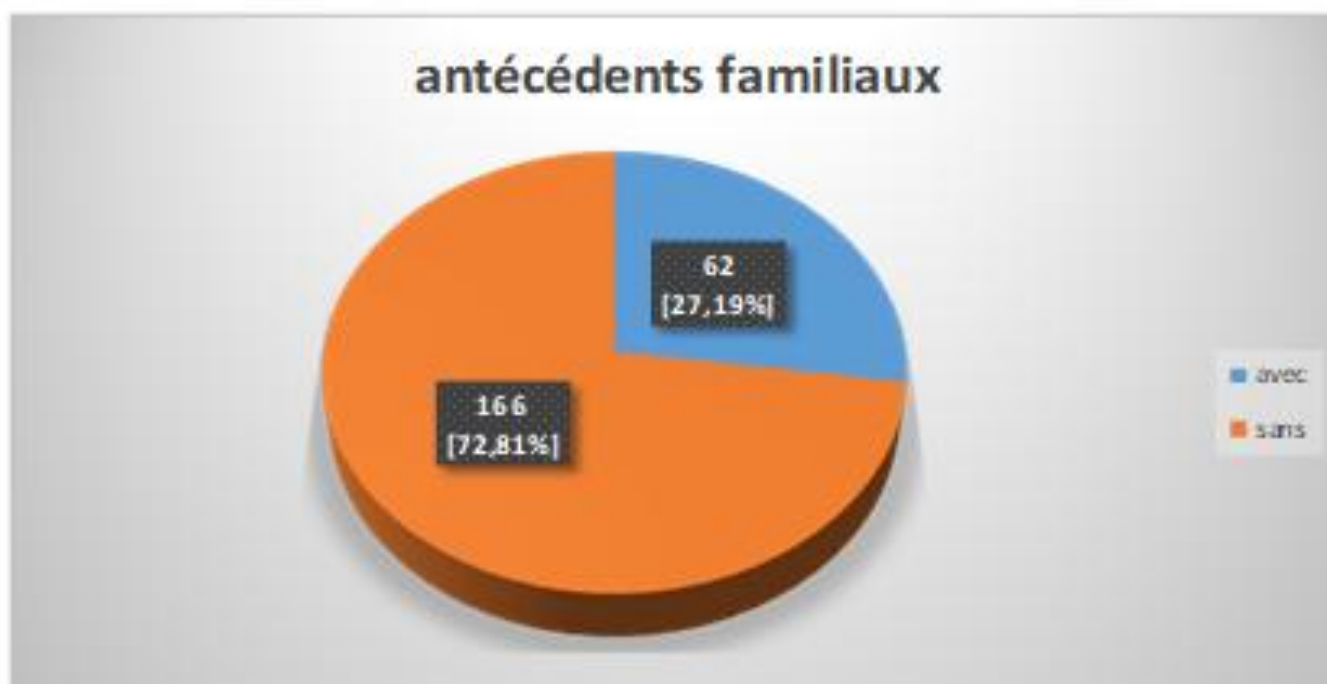
Tableau 2 : Répartition des sujets jeunes selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage %
18-24 ans	128	56,14
25-30 ans	45	19,73
31-36 ans	55	24,12
Totale	228	100

3. Les antécédents :

A / Antécédents familiaux de cancer ORL :

Dans notre série, les antécédents familiaux étaient présents dans seulement 27.19%des cas (62 personnes).

**Graphique2 : Antécédents familiaux de cancer ORL**

B / Antécédent personnel de cancer ORL:

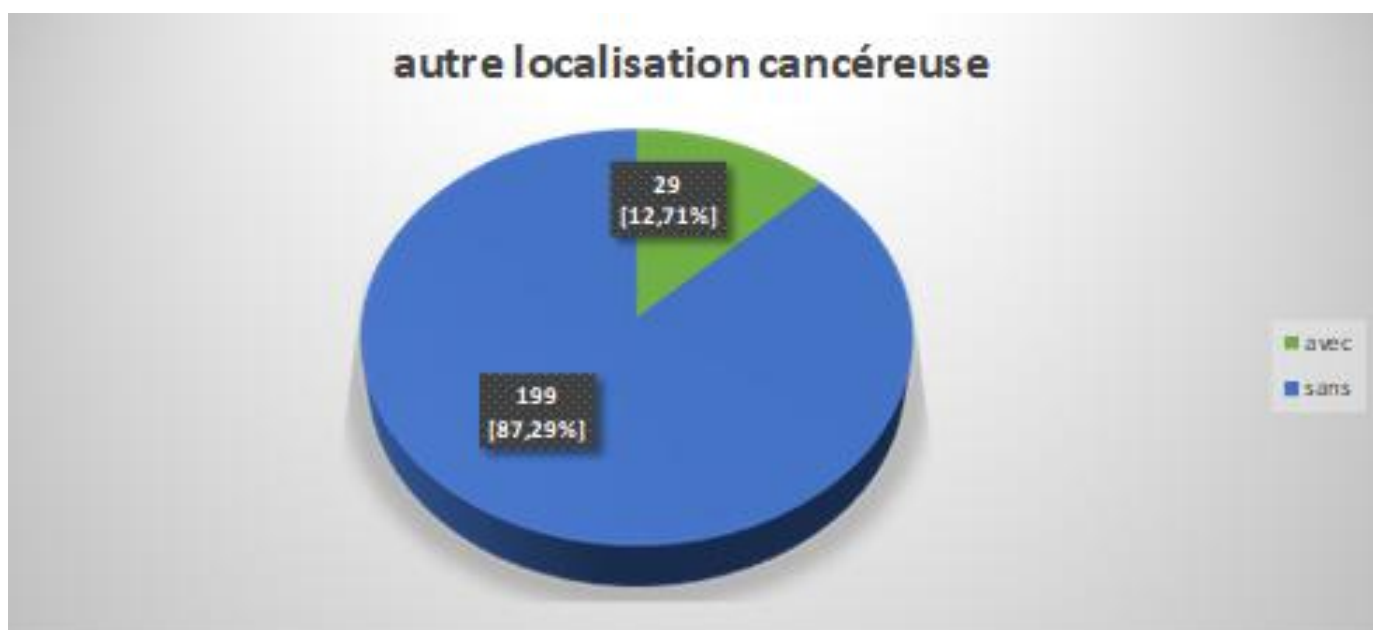
Dans notre étude, le cancer ORL, était actuellement présent chez 31 personnes (soit 13.59%), déjà traité chez 7 personnes (soit 3.07%), alors que 190 personnes(83.59%) l'ont jamais eu.

Tableau 3 : Répartition selon l'antécédent personnel de cancer ORL

	Effectif	Pourcentage (%)
Actuellement un cancer ORL	31	13,59
Déjà eu un cancer ORL	7	3,07
Jamais eu un cancer ORL	190	83,33
Total	228	100

C / Autre site cancéreux :

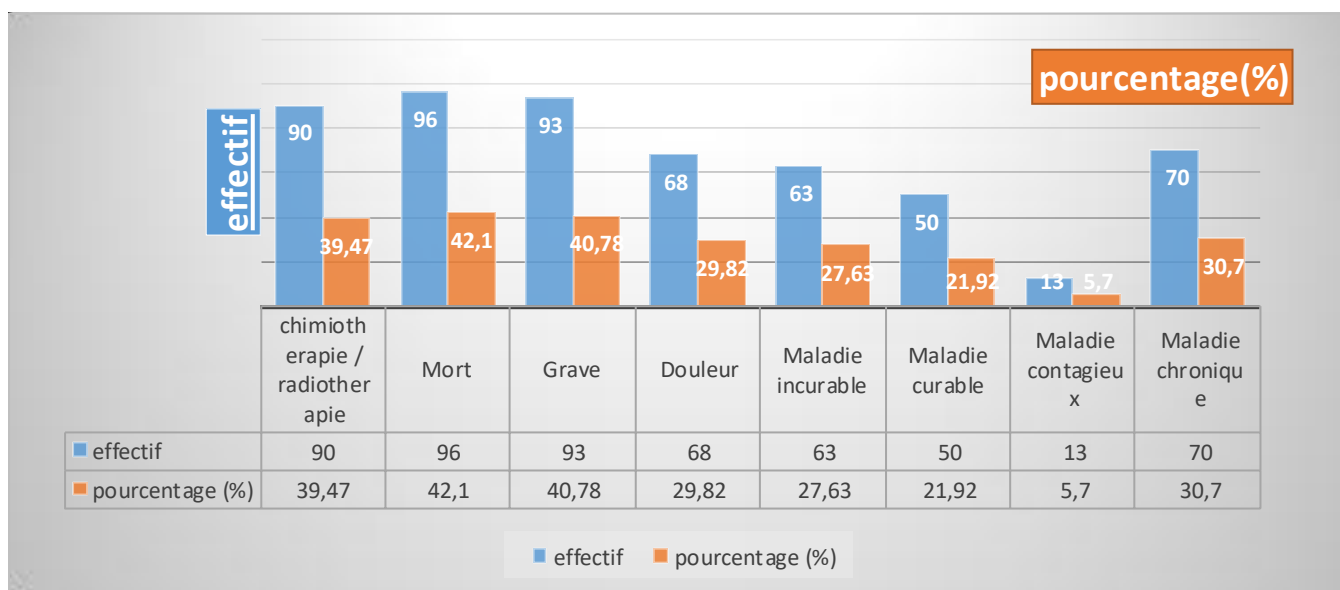
L'enquête menée a révélé que seulement 29 personnes (soit 12.71%) sont suivies pour un cancer autre qu'ORL.

**Graphique3 : Antécédent personnel d'une autre localisation cancéreuse**

III. Connaissance du cancer ORL :

1. les premiers mots qui viennent à l'esprit lorsqu'on dit « cancer » ou « personne atteinte de cancer » pour les sujets jeunes :

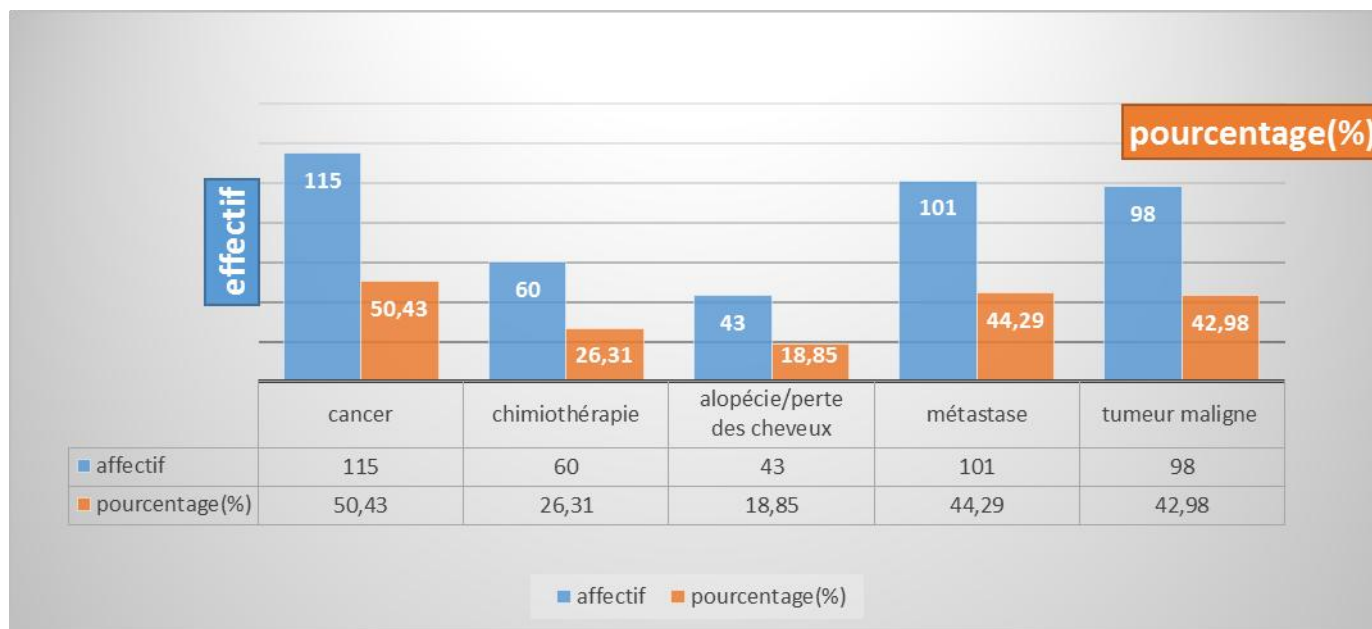
Concernant les premiers mots qui viennent à l'esprit, on trouve en premier : la mort 96(42,10%), alors que seulement 13(5,70%) sujets qui ont pensé qu'il s'agit d'une « maladie contagieuse »



Histogramme 1 : Répartition selon les premiers mots qui viennent à l'esprit lorsqu'on dit « cancer » ou « personne atteinte du cancer »

2. Les mots qui heurtent, qui choquent :

Le mot « cancer » en lui-même fait peur à presque 115 personnes (50.43%), suivi par « la métastase » dans 101 cas (44,29%).



Histogramme2 : Répartition selon les mots qui heurtent

3. Guérir après avoir eu le cancer ORL :

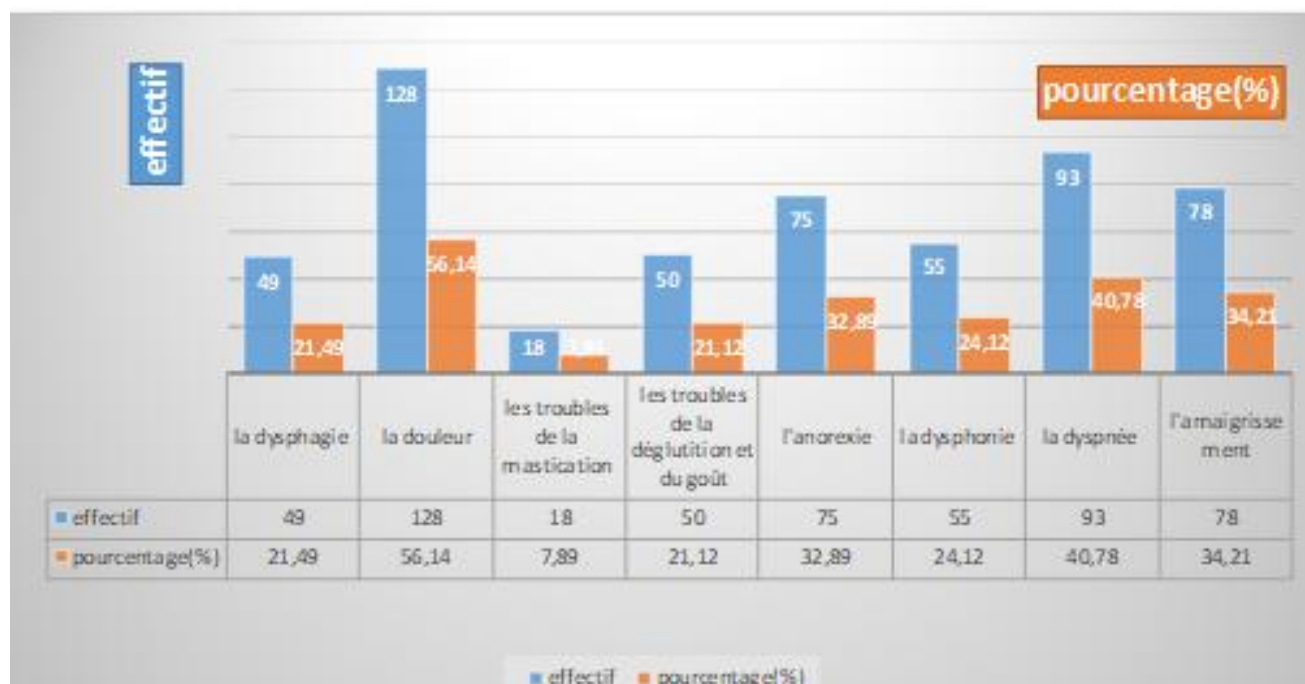
Après un cancer ORL, 46.92% des cas trouvent que la guérison est possible après un traitement adéquat, 25% ont la conviction que le cancéreux ne peut jamais redevenir normal, bien que le reste ne s'est pas prononcé.

Tableau4 : Vision de la population sur la possibilité de guérison d' un cancer ORL

	Effectif	Pourcentage(%)
Non	57	25
Oui	107	46,92
Aucune idée	64	28,07
Totale	228	100

4. Les symptômes qui posent plus de problèmes pour les jeunes en rapport avec le cancer ORL

Dans notre série, la douleur était le symptôme qui pose plus de problème dans (56% des cas), suivi de la dyspnée (40,78% des cas)



Histogramme3 : Répartition selon les symptômes qui posent plus de problème pour les sujets jeunes

5. Alcool et cancer ORL :

Dans notre étude, seulement 43.42% des sujets, trouvent que l'alcool constitue un facteur de risque dans l'apparition des cancers ORL.

Tableau5 : La consommation d'alcool favorise-elle les cancers ORL

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	99	43,42
Non	28	12,28
Aucune idée	101	44,29
Totale	228	100

6. Tabac et cancer ORL :

Dans notre étude, la relation cause effet entre tabac et cancer ORL était fortement établie pour 77.19% des cas, d'autres (6.14%) n'en trouvent aucun rapport, tandis que 16.66% n'avaient aucune idée.

Tableau6 : Fumer augment-t-il le risque des cancers ORL

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	176	77,19
Non	14	6,14
Aucune idée	38	16,66
Totale	228	100

7. Le rapport entre la consommation simultanée du tabac, d'alcool et le cancer ORL :

On remarque que 99 (43,42%) des sujets jeunes sont tout à fait d'accord que la consommation simultanée du tabac et d'alcool potentialisent énormément le risque des cancers orl, contre 12 (5,26%) des sujets qui sont pas du tout d'accord, alors que 39 (17,10%) personnes n'avaient aucune idée

Tableau7 : La consommation simultanée du tabac et d'alcool potentialisent énormément le risque des cancers ORL :

	Effectif	Pourcentage(%)
Pas du tout d'accord	12	5,26
Partiellement en désaccord	9	3,94
Partiellement d'accord	69	30,26
Tout à fait d'accord	99	43,42
Pas sur (aucune idée)	39	17,10
Totale	228	100

8. Chicha et cancer ORL :

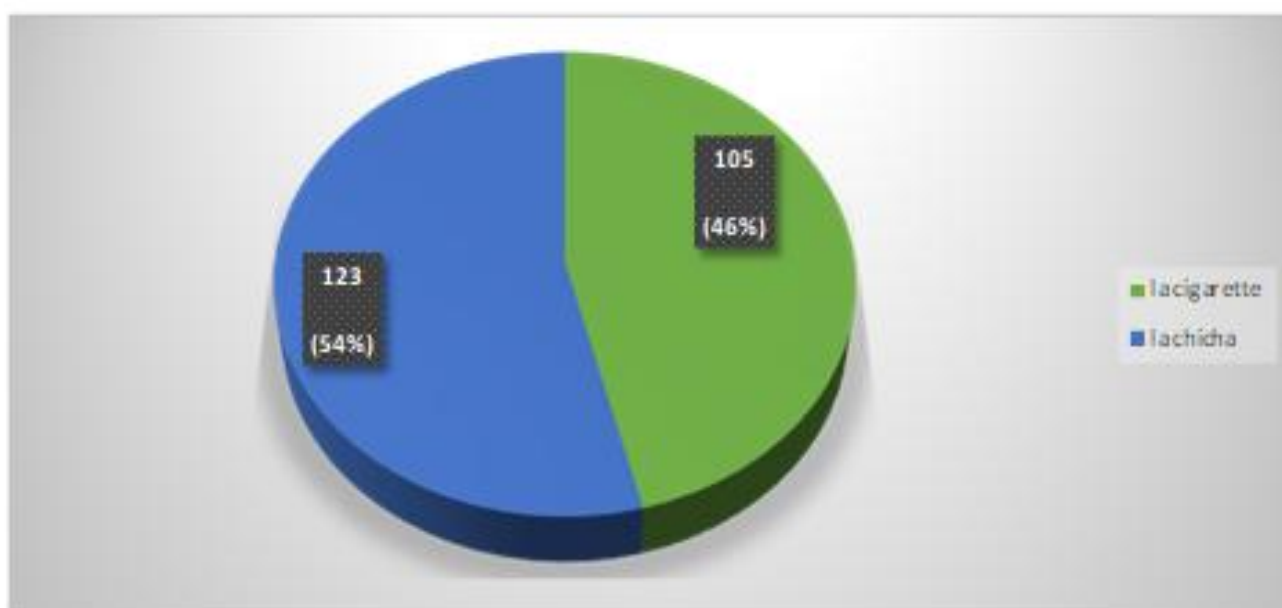
On remarque que seulement 22(9,64%) des sujets jeunes sont **tout à fait d'accord** que la chicha est quelque chose de naturel qui n'a aucun rapport avec le cancer orl , contre 108 (47,36%) des sujets qui sont **pas du tout d'accord**, alors que 61 (26,75 %) personnes n'avaient **aucune idée**.

Tableau8 : La chicha est quelque chose de naturel qui n'a aucun rapport avec le cancer ORL:

	Effectif	Pourcentage(%)
Pas du tout d'accord	108	47,36
Partiellement en désaccord	13	5,7
Partiellement d'accord	24	10,52
Tout à fait d'accord	22	9,64
Pas sur (aucune idée)	61	26,75
Totale	228	100

9. Le plus dangereux entre la cigarette et la chicha en matière du cancer ORL :

On trouve que seulement 123 (53,94%) des sujets jeunes pensent que la chicha est plus dangereuse que la cigarette, alors que 105 (46%) des sujets jeunes croient l'inverse.



Graphique4 : Le plus dangereux entre la cigarette et la chicha en matière du cancer ORL

10. L'exposition aux poussières de bois et le cancer ORL :

On remarque que 54 (23,68%) des sujets jeunes pensent que l'exposition aux poussières de bois favorise l'apparition des cancers ORL.

Tableau9 : L'exposition aux poussières de bois favorise les cancers ORL

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	54	23,68
Non	36	15,78
Aucune idée	138	60,52
Totale	228	100

11. Les rapports sexuels bucco-génitaux et le cancer ORL :

On trouve que seulement 40 (17,54%) des sujets jeunes pensent que les rapports sexuels bucco-génitaux augmentent le risque des cancers ORL, contre 48 (21,05%) des sujets jeunes qui croient l'inverse, alors que 140(61,40%) personnes n'avaient aucune idée.

Tableau10 : Les rapports sexuels bucco-génitaux augmentent le risque des cancers

ORL

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	40	17,54
Non	48	21,05
Aucune idée	140	61,40
Totale	228	100

12. Peut-on diagnostiquer visuellement un cancer ORL :

On remarque que 53 (23,24%) des sujets jeunes pensent qu'on peut, par une simple inspection, diagnostiquer un cancer ORL.

Tableau10 : Peut-on diagnostiquer visuellement un cancer ORL

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	53	23,24
Non	77	33,77
Aucune idée	98	42,98
Totale	228	100

13. Peut-on traiter un cancer ORL, uniquement par les médicaments (chimiothérapie) :

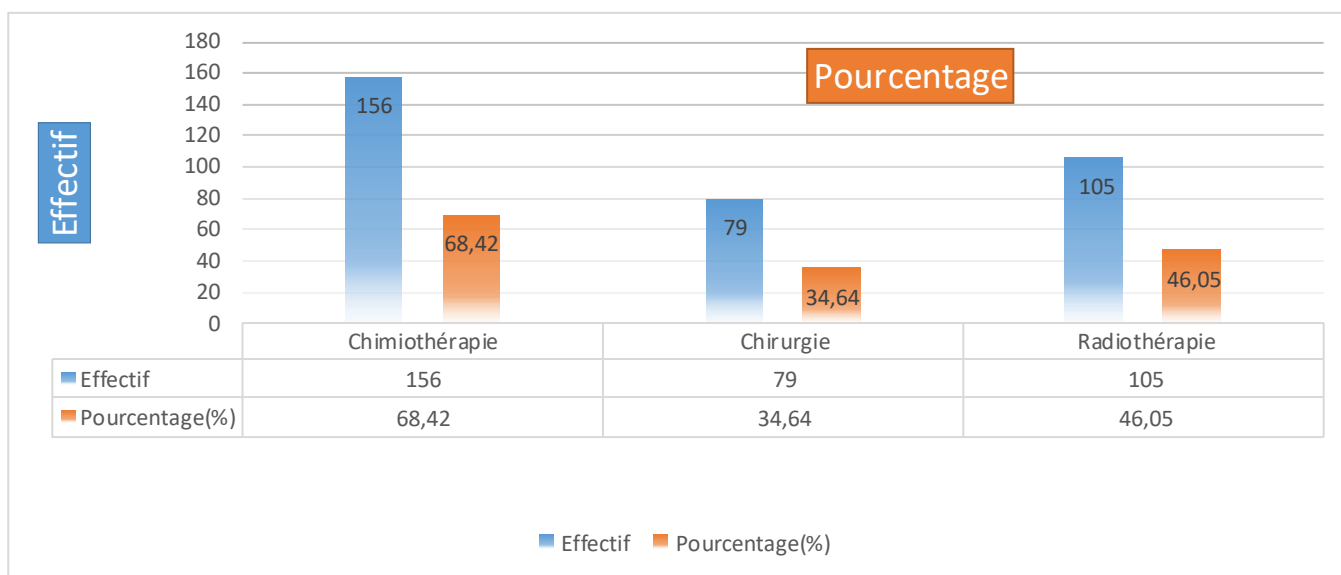
Notre recherche a montré que la majorité de nos sujets (54.38%) ignorait le rôle de la chimiothérapie dans le traitement du cancer ORL, versus seulement 25.87% qui pensent que la chimiothérapie seule peut traiter ce genre de cancer.

Tableau11 : Peut-on traiter un cancer ORL, uniquement par les médicaments (chimiothérapie)

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	59	25,87
Non	45	19,73
Aucune idée	124	54,38
Totale	228	100

14. Peut-on traiter un cancer ORL par :

On trouve que la chimiothérapie est le moyen thérapeutique des cancers ORL le plus reconnu par 156(68,42%) des sujets , suivi par la radiothérapie qu'est reconnu par 105(46,05%) des sujets, alors que seulement 79(34,64%) des sujets ont évoqué la chirurgie comme moyen thérapeutique .



Histogramme4 : Répartition selon les moyens thérapeutiques connus par les sujets jeunes

15. La chirurgie est-elle toujours nécessaire en cas de cancers ORL :

Dans notre étude, une minorité de sujet (19.73%) qui croit que la chirurgie est nécessaire dans le traitement de cancer ORL, contre 26.31% qui n'en trouvent aucune nécessité, tandis que le reste (53.94%) ne se sont pas prononcés.

Tableau 12 : La chirurgie est-elle toujours nécessaire en cas de cancers ORL

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	45	19,73
Non	60	26,31
Aucune idée	123	53,94
Totale	228	100

IV. ATTITUDE FACE AU CANCER ORL :

1. Développer un cancer ORL signifie s'être préparé mentalement à la mort :

On constate que seulement 36 personnes (15.78%) trouvent qu'un malade atteint d'un cancer ORL doit se réparer automatiquement à la mort.

Tableau13 : Développer un cancer ORL signifie s'être préparé mentalement à la mort

	Effectif	Pourcentage(%)
Pas du tout d'accord	68	29,82
Partiellement en désaccord	48	21,05
Partiellement d'accord	56	24,56
Tout à fait d'accord	36	15,78
Pas sur (aucune idée)	20	8,77
Totale	228	100

2. Le cancer ORL ruine généralement la carrière de la personne concernée :

Pour notre population étudiée, Le cancer retentit négativement sur la vie professionnelle de ses victimes pour 40 personnes (17.54%), 35.96% sont partiellement d'accord avec cette vision, en contrepartie 13.15% ne l'admettent pas.

Tableau14 :Le cancer ORL ruine généralement la carrière de la personne concernée

	Effectif	Pourcentage(%)
Pas du tout d'accord	30	13,15
Partiellement en désaccord	31	13,59
Partiellement d'accord	82	35,96
Tout à fait d'accord	40	17,54
Pas sur (aucune idée)	45	19,73
Totale	228	100

3. La personne qui souffre d'un cancer ORL est causée par ses comportements :

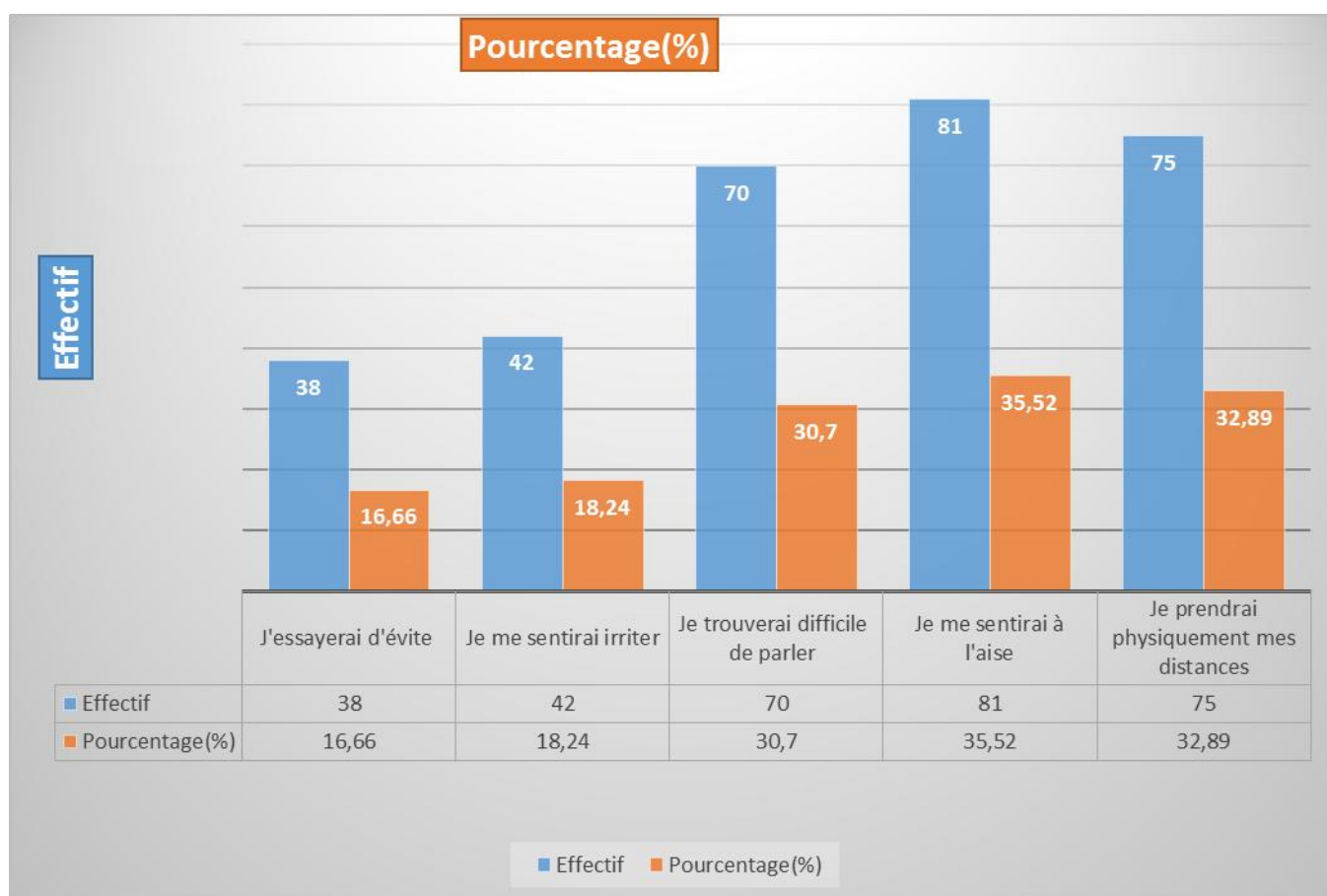
On remarque qu'uniquement 30 (13,15%) personnes sont d'accord que la personne qui souffre d'un cancer ORL est causée par ses comportements.

Tableau15 : La personne qui souffre d'un cancer ORL est causée par ses comportements

	Effectif	Pourcentage(%)
Pas du tout d'accord	79	34,64
Partiellement en désaccord	17	7,45
Partiellement d'accord	67	29,38
Tout à fait d'accord	30	13,15
Pas sur (aucune idée)	35	15,35
Totale	228	100

4. La réaction des sujets jeunes en présence d'un sujet atteint du cancer ORL :

Notre enquête a révélé, qu'en présence d'un patient cancéreux, 81 personnes interrogées se sentent à l'aise. Bien que 70 personnes (30.7%) se sentent contraignants.



Histogramme 5 : La réaction des sujets jeunes en présence d'un sujet atteint du cancer ORL

DISCUSSION

1. Description type de la population cible :

Afin d'apprécier les connaissances et les comportements des sujets jeunes face aux cancers ORL, la présente étude transversale consiste en l'exécution d'une enquête par questionnaire auto administré anonyme auprès des jeunes âgés de 18 à 36 ans.

Notre étude «connaissances, attitudes et comportements des sujets jeunes face aux cancers ORL », nous a fourni un ensemble d'informations et d'éléments de réflexion susceptible d'intéresser les acteurs du système de santé.

2. Taux de réponse :

Le taux de réponse global est de 92,59 %, la participation à cette étude épidémiologique peut être considérée comme très satisfaisante. En effet, une large sensibilisation des sujets jeunes avait permis d'atteindre cette forte participation.

3. Les principaux résultats :

Les principaux résultats de cette étude s'articulent autour des questions suivantes :

- ✓ Le niveau de connaissances des sujets jeunes.
- ✓ Les comportements adéquats ou non des sujets jeunes qui sont la résultante des attitudes corrects ou erronés.

4. Connaissance du cancer ORL :

4.1. Les premiers mots qui viennent à l'esprit lorsqu'on dit « cancer » ou « personne atteinte de cancer » pour les sujets jeunes :

Les images associées au cancer (mort, souffrance, douleur, altération physique) constituent une base fondamentale pour l'élaboration du stigmat. Comme le souligne le Dr Froucht-Hirsch [49].

A travers nos résultats les trois premiers mot qui viennent à l'esprit lorsqu'on dit « cancer », on a trouvé « mort » 42,1% suivi par « grave » 40,78%, puis « chimiothérapie » 39,47% , alors que seulement 5,70 sujets qui ont pensé qu'il s'agit d'une « maladie contagieuse »

Ce résultat est compatible à celui de l'étude de Daniel serin [50] en 2002 qui a trouvé « la mort » comme premier mot évoqué spontanément chez 35%, suivi par chimiothérapie. Cet état d'esprit est lié à leur niveau de connaissance qui doit être amélioré, notamment en ce qui concerne les progrès thérapeutiques.

4.2. Les mots qui heurtent, qui choquent

Dans notre étude, Le mot « cancer » en lui-même fait peur à presque 115 personnes (50.43%), suivi par « la métastase » dans 101 cas (44,29%). Ce résultat est différent à celui de Daniel serin [50] en 2002 où « la chimiothérapie » a été retrouvée en premier.

Tous les mots sont reconnus comme durs et choquants, mais pour les personnes interrogées il n'y a pas lieu d'en changer, ce vocabulaire est donc adapté mais il demande à être expliqué et décrypté. Aussi il faut changer l'image de la maladie en montrant que la mort n'est pas inexorable , utiliser des mots qui encouragent ,mais aussi améliorer la communication et ne pas exclure les malades

4.3. Guérir après avoir eu le cancer ORL :

Aujourd'hui, parmi les 320000 personnes qui, chaque année en France, se voient annoncer un diagnostic de cancer, on estime qu'au moins 165000 seront toujours vivantes dans les cinq ans (50 %) [51]. Et une guérison interviendra pour au moins 120 000 patients 37,5%. Pour certains cancers (prostate, sein, thyroïde, testicules...), ce taux de survie à cinq ans atteint ou dépasse 80 % [50,51].

Alors que dans notre étude, après un cancer ORL, 46.92% des cas trouvent que la guérison est possible après un traitement adéquat, 25% ont la conviction que le cancéreux ne peut jamais redevenir normal, bien que le reste ne s'est pas prononcé.

Cela peut être expliqué par le fait que ces progrès thérapeutiques n'ont pas permis de faire évoluer la perception collective du cancer, qui reste encore très associée à des images de peurs, de souffrance, de fatalité et de mort.

4.4. Les symptômes qui posent plus de problèmes pour les sujets jeunes en rapport avec le cancer ORL :

Dans notre série, la douleur était le symptôme qui pose plus de problème dans (56% des cas), suivi de la dyspnée (40,78% des cas), d'où l'intérêt de prendre en considération ces symptômes dans la prise en charge thérapeutique.

4.5. Alcool et cancer ORL :

Les études épidémiologiques montrent que la consommation d'alcool est un facteur causal de cancer de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du larynx [16,17,18]. Le risque augmente avec la dose d'alcool pur contenu dans les boissons alcoolisées. Un verre d'alcool correspond à 10 g d'alcool pur, soit 25 cl de bière ou encore 12.5 cl de vin. [17].

Dans notre étude, seulement 43.42% des sujets, trouvent que l'alcool constitue un facteur de risque dans l'apparition des cancers ORL.

Ces résultats inquiétants nous incitent à mener des actions de sensibilisation contre l'alcool dans les programmes scolaires et les campagnes régulières sur les méfaits d'alcool

4.6. Tabac et cancer ORL :

La cigarette est une cause reconnue de cancer de la cavité buccale, du pharynx et du larynx [15,16]. Elle cause une brûlure chronique et agit aussi par ses composants carcinogènes. En effet, plus de 30 agents ont été identifiés (hydrocarbures aromatiques polycycliques et nitrosamines en particulier), véhiculés par la fumée ou dissous dans la salive. Le risque de développer un cancer des VADS augmente avec le nombre de cigarettes fumées et avec la durée du tabagisme. Ce risque diminue à l'arrêt de l'intoxication tabagique [14,15,16].

Dans notre étude, la relation cause effet entre tabac et cancer ORL était fortement établie pour 77.19% des cas, d'autres (6.14%) n'en trouvent aucun rapport, tandis que 16.66% n'avaient aucune idée.

Ceci nous encourage à organiser des séances de sensibilisation et d'aide au sevrage tabagique au profit des sujets jeunes, et d'installer des consultations antitabac au niveau des structures sanitaires à leur profit

4.7. Le rapport entre la consommation simultanée du tabac d'alcool et le cancer ORL :

La consommation associée d'alcool et de tabac augmente énormément le risque de cancer des voies aérodigestives supérieures [18,19,20]. Franceschi et Al. ont pu confirmer cet effet associé dans les cancers de la cavité buccale [22].

D'autres études trouvent également des risques multiplicatifs ou surmultiplicatifs pour le cancer du larynx et du pharynx [20,21,22].

On remarque que 99 (43,42%) des sujets jeunes sont tout à fait d'accord que la consommation simultanée du tabac et d'alcool potentialisent énormément le risque des cancers ORL, contre 12 (5,26%) des sujets qui sont pas du tout d'accord, alors que 39 (17,10%) personnes n'avaient aucune idée

Ce résultat pourrait s'expliquer par la faible connaissance des sujets jeunes, et le manque de sensibilisation suffisant auprès de cette partie de la société

4.8. Chicha et cancer ORL :

Le tabac à chicha (régulé par la réglementation française comme un produit du tabac) utilisé le plus fréquemment en France est composé généralement de 28 % de tabac, de 70 % de mélasse (liquide sirupeux contenant environ 50 % de sucre et qui donne un aspect pâteux et poisseux au tabac à chicha), le reste étant constitué d'arômes, d'agents de textures et de conservateurs . Les arômes confèrent à ce produit des goûts et parfums variés (Pomme, fraise, rose, noix de coco, etc. [52,53,54].

On remarque que seulement 22 (9,64%) des sujets jeunes sont tout à fait d'accord que la chicha est quelque chose de naturel qui n'a aucun rapport avec le cancer orl , contre 108 (47,36%) des sujets qui sont pas du tout d'accord, alors que 61 (26,75 %) personnes n'avaient aucune idée

Ce résultat pourrait expliquer la sous-estimation du danger de la chicha par les sujets jeunes et le nombre croissant des consommateurs de ce produit

4.9. Le plus dangereux entre la cigarette et la chicha en matière du cancer ORL :

L'Office Français du Tabagisme (OFT) a déclaré que la fumée d'une chicha délivre autant de monoxyde de carbone que 15 à 52 cigarettes et autant de goudron que 27 à 102 cigarettes[55], selon des mesures effectuées par le Laboratoire National de Métrologie et d'Essais (LNE) [55]. Une étude récente a démontré qu'un gramme de tabac à chicha libère entre 24 et 80 mg de goudrons [56], tandis qu'en Europe une cigarette standard (1 g) ne peut libérer au

maximum que 10 mg de goudrons. Cependant, la composition du goudron d'une cigarette est différente de celle de la chicha compte tenu des différences de température de combustion (900 °C pour la cigarette et 450 °C pour la chicha). Fumer la chicha n'est donc pas sans risque et dans l'attente d'études plus détaillées, la chicha doit être considéré comme un produit de tabac nocif et donc assujetti aux mêmes règles que la cigarette . [57,58,59].

Dans notre étude, on trouve que seulement 123 (53,94%) des sujets jeunes pensent que la chicha est plus dangereuse que la cigarette, alors que 105 (46%) des sujets jeunes croient l'inverse.

La perception répandue, que la consommation de la chicha est plus saine que de fumer la cigarette et donc moins mortelle, explique le nombre croissant d'adeptes,

4.10. L'exposition aux poussières de bois et le cancer ORL :

Les poussières de bois sont émises lors d'opérations de transformation ou usinage du bois. Elles peuvent être inhalées et être à l'origine de maladies de l'appareil respiratoire, dont la plus grave est le cancer des fosses nasales et des sinus de la face. [57]

Les poussières de bois sont classées cancérogènes avérés par le centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour les cancers du nasopharynx, des fosses nasales et des sinus de la face. [58]

En France, entre 310 000 et 360 000 salariés seraient exposés aux poussières de bois. Elles sont la deuxième cause de cancers liés au travail ; 45% des cancers des fosses nasales et des sinus de la face seraient attribuables à une exposition professionnelle aux poussières de bois. [59]

La valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP) sur 8 heures en atmosphère de travail pour les poussières de bois inhalables est de 1 mg/m³. Les plans nationaux de santé publique (plan National Santé Environnement PNSE 2 et plan Santé Travail) prévoient des mesures de réduction et de suivi des expositions professionnelles aux agents CMR, notamment pour les expositions aux poussières de bois[57,58,59]

Selon notre résultat, on remarque que seulement 54 (23,68%) des sujets jeunes pensent que l'exposition aux poussières de bois favorise l'apparition des cancers ORL.

Ces résultats inquiétants nous incitent à informer les salariés sur les poussières de bois et leurs risques lors de la visite d'embauche avec le médecin du travail. Mais aussi de renforcer le contrôle de l'exposition par un organisme accrédité afin de vérifier le respect de cette valeur minimale de prévention (décret 2009-1570 relatif au contrôle du risque chimique sur les lieux de travail)

4.11. Les rapports sexuels bucco-génitaux et le cancer ORL :

Le sexe oral présente plus de risque d'infection par le papillomavirus humain (HPV) et donc de cancers de la bouche et de la gorge.

Le rôle du HPV dans la cancérogénèse des cancers des VADS est établi. Une étude récente montre une très nette augmentation de la présence de HPV dans les cancers des VADS de l'oropharynx (notamment de l'amygdale) et de la cavité buccale [23].

Classiquement, la prévalence de l'infection à HPV dans les cancers des VADS était estimée entre 20 et 30% [24,25] ; les études récentes utilisant des méthodes de détection par PCR tendent à montrer une prévalence plus élevée, de l'ordre de 50% [25,26]. Le HPV de type16 a pu être détecté dans plus de 72% des cancers de

l'oropharynx.

Notre étude montre que seulement 40 (17,54%) des sujets jeunes pensent que les rapports sexuels bucco-génitaux augmentent le risque des cancers ORL, contre 48 (21,05%) des sujets jeunes qui croient l'inverse, alors que 140(61,40%) personnes n'avaient aucune idée.

Ce résultat s'explique par le type de sujet « tabou » dans notre société, et le manque d'éducation sexuelle

4.12. Peut-on diagnostiquer visuellement un cancer ORL :

La réalisation d'endoscopie avec biopsies est systématique pour affirmer le diagnostic de cancer [38]

Dans notre étude, il ressort que 53 (23,24%) des sujets jeunes pensent qu'on peut, par une simple inspection, diagnostiquer un cancer ORL.

Ces résultats inquiétants nous incitent à mener des actions de sensibilisation des sujets jeunes, et d'information des patients au cours des consultations ORL.

4.13. Peut-on traiter un cancer ORL, uniquement par les médicaments (chimiothérapie) :

Trois types de traitements sont essentiellement utilisés pour traiter les cancers des VADS : la chirurgie, la radiothérapie et le traitement systémique (chimiothérapie et thérapie ciblée). Ces traitements peuvent être utilisés seuls ou associés entre eux. [44]

Une chimiothérapie peut compléter le traitement. Elle permet d'agir à distance de la tumeur d'origine, notamment sur les éventuelles métastases. Elle répond à des protocoles en fonction des localisations et types de cancer. Les molécules utilisées sont essentiellement le cisplatine, le taxotère et le 5-fluoro-uracile (5-FU).

En cas de rechute, le traitement est uniquement médicamenteux, il associe le

cisplatine, le 5-FU et le cétuximab (Erbix) en premier lieu.

Les traitements par immunothérapie, qui aident les défenses de l'organisme du patient à lutter contre la tumeur sont très prometteurs et en cours d'évaluation dans ces cancers.

Notre recherche a montré que la majorité de nos sujets (54.38%) ignoraient le rôle de la chimiothérapie dans le traitement du cancer ORL, versus seulement 25.87% qui pensent que la chimiothérapie seule peut traiter ce genre de cancer.

Ces résultats nous incitent à informer les patients et les sujets jeunes que le traitement par chimiothérapie seul est possible, mais le choix thérapeutique est discuté préalablement au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). En fonction des localisations, de la taille et du type de cancer. Cette réunion rassemble des spécialités différentes : oto-rhino-laryngologiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, anatomopathologiste, radiologue.

4.14. Peut-on traiter un cancer ORL par :

Trois types de traitements sont essentiellement utilisés pour traiter les cancers des VADS : la chirurgie, la radiothérapie et le traitement systémique (chimiothérapie et thérapie ciblée). Ces traitements peuvent être utilisés seuls ou associés entre eux. [44]

On trouve que la chimiothérapie est le moyen thérapeutique des cancers ORL le plus reconnu par 156(68,42%) des sujets , suivi par la radiothérapie qu'est reconnu par 105(46,05%) des sujets, alors que seulement 79(34,64%) des sujets ont évoqué la chirurgie comme moyen thérapeutique .

4.15. La chirurgie est-elle toujours nécessaire en cas de cancers ORL :

La prise en charge thérapeutique du cancer des VADS dépend, du type

cellulaire, de la taille, de la localisation de la tumeur. En première intention, le cancer des VADS comprend la chirurgie, mais aussi la radiothérapie ; cette spécificité est en partie explicable par le fait que certaines zones des voies aérodigestives supérieures sont difficiles à opérer (larynx, sinus, etc.) et qu'il y a une forte volonté de la part des médecins de proposer un traitement conservant les organes. . [40,41]

Dans notre étude, une minorité de sujet (19.73%) qui croient que la chirurgie est nécessaire dans le traitement de cancer ORL, contre 26.31% qui n'en trouvent aucune nécessité, tandis que le reste (53.94%) ne se sont pas prononcés.

5. Attitude face au cancer ORL :

Lorsque le diagnostic de cancer s'est prononcé, c'est comme si le monde s'arrêtait brusquement. La maladie affecte le corps, l'esprit et la vie quotidienne du patient, ainsi que celle du/de la partenaire, des enfants, amis et connaissances. On passe par des sentiments de stupéfaction, d'intense chagrin, de désespoir, d'incrédulité, de culpabilité, d'incertitude ou de colère mais aussi d'espoir. Toutes ces réactions sont normales et habituelles dans de telles circonstances. Mais elles vont considérablement chambouler la vie.

5.1. Développer un cancer ORL signifie s'être préparé mentalement à la mort :

Dans notre étude, on constate que seulement 36 personnes (15.78%) trouvent qu'un malade atteint d'un cancer ORL doit se préparer automatiquement à la mort.

Ces résultats nous incitent à mener des actions de sensibilisation pour changer de nombreuses préconceptions négatives à propos du cancer : un cancer signifie que l'on va mourir, un cancer requiert toujours des traitements agressifs, etc. Ces images ne correspondent pas toujours à la réalité. Les chances de guérison

et de survie ont fortement augmenté et certains cancers sont devenus de plus en plus des maladies chroniques avec lesquelles on peut parfois vivre de nombreuses d'années.

5.2. Le cancer ORL ruine généralement la carrière de la personne concernée

Pour notre population étudiée, Le cancer retentit négativement sur la vie professionnelle de ses victimes pour 40 personnes (17.54%), 35.96% sont partiellement d'accord avec cette vision, en contrepartie 13.15% ne l'admettent pas.

Ce résultat est compatible avec le résultat de l'étude réalisée par [Allison et al. 1998 ; Dapuetto et al, 2005] [60]. Qui vise à évaluer le taux d'emploi des personnes atteintes par un cancer deux ans après le diagnostic de la maladie.

Au moment du diagnostic de cancer, fin 2002. 83 % d'entre elles occupaient un emploi à cette date, Deux ans plus tard, le taux d'emploi de ceux qui sont toujours en vie, à l'exclusion de ceux qui étaient toujours en arrêt maladie depuis deux ans, est de 57 % [60].

5.3. La personne qui souffre d'un cancer ORL est causée par ses comportements :

L'intoxication alcool-tabagique est incriminée dans l'étiopathogénie des cancers des VADS dans les deux tiers des cas et aux infections par des papillomavirus humains(HPV) à haut risque oncogène dans le tiers restant [14, 15,16].

Notre étude montre qu'uniquement 30 (13,15%) personnes sont d'accord que la personne qui souffre d'un cancer ORL est causée par ses comportements.

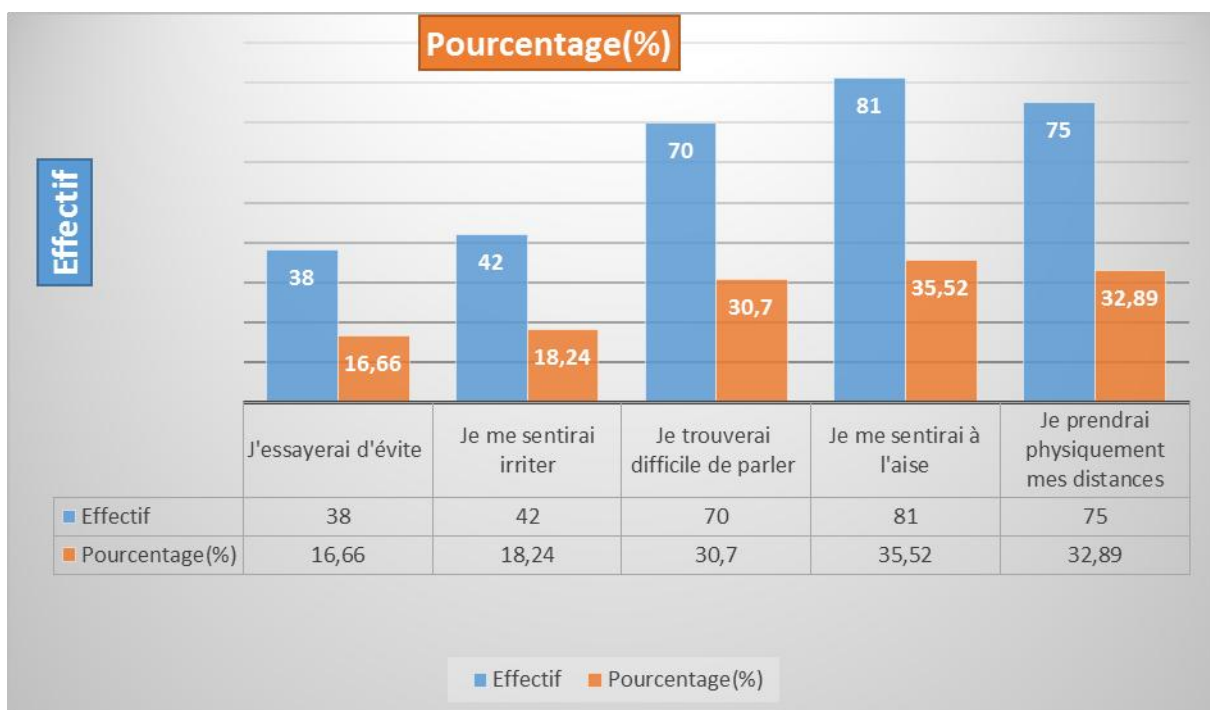
Ces résultats inquiétants nous poussent à mener des actions de sensibilisation pour limiter la hausse alarmante de nombre des sujets jeunes atteint par le cancer du VADS

5.4. La réaction des sujets jeunes en présence d'un sujet atteint du cancer

ORL:

Notre étude montre que seulement 30,52% qui vont se sentir à l'aise en présence d'un sujet atteint du cancer ORL, contre 30,7% qui vont trouver des difficultés de parler avec ces sujets, alors que 32,89% des sujets jeunes vont prendre physiquement ces distances

Ceci pourrait expliquer le résultat trouvé par [Marie Préau, Fabienne Marcellin, France Lert, Bruno Spire, Jean-Paul Moatti 2008], [61]. L'expérience subjective d'attitudes de rejet ou de discrimination dans l'environnement familial, amical ou social concerne 9,1 % des personnes atteintes de cancer [61].



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Aux termes de notre étude, nos résultats ont montré que les connaissances des sujets jeunes à propos des cancers ORL sont défectueuses, et que la majorité des sujets jeunes ne maîtrisent pas les comportements défavorables.

Ces contraintes pourraient entraîner d'une part une hausse du nombre de nouveau cas des cancers ORL, et d'autre part rendre difficile la vie quotidienne des sujets atteint par cette affection.

Ce qui nous incite à mettre l'accent sur l'importance de l'éducation des sujets jeunes en matière de prévention, l'amélioration des prestations dans les structures d'accueil, surtout en matière d'explication, d'information et de discussion de la maladie. Pour pouvoir corriger les fausses idées sur cette maladie. Sans oublier les campagnes qui visent à sensibiliser les gens et à les encourager à éviter les mauvaises habitudes.

Enfin, cette étude permettra d'étoffer et dynamiser davantage des axes de promotion en santé ORL à savoir œuvrer pour des comportements favorables à la santé ORL

RECOMMANDATIONS

Pour assurer une amélioration des attitudes, connaissances et comportements des sujets jeunes face à cette maladie, nous formulons les recommandations suivantes :

- Promouvoir des actions en matière de prévention et d'éducation en santé ORL
- La sensibilisation des patients et leur entourage quant à ces aspects de leur maladie
- La formation spécifique de toute l'équipe soignante, en vue de pouvoir discuter ces maladies
- Renforcer les relations soignant-soigné afin de promouvoir un climat de confiance réciproque et de confidentialité en donnant un minimum d'explications sur les affections aux patients ou à leurs accompagnateurs
- Utiliser les médias et les réseaux sociaux dans toute campagne de sensibilisation. Ils sont souvent le moyen le plus pratique pour diffuser rapidement des informations et faire passer des messages en touchant un large public.

RÉSUMÉS

Résumé

Introduction :

Les cancers ORL sont la quatrième localisation de cancer et la cinquième cause de mortalité par cancer en France, et deuxième rang mondial [47]. Chaque année, plus de 7 500 jeunes adultes (entre 18 et 36 ans) reçoivent un diagnostic de cancer en France. Même si le cancer demeure assez rare chez les adolescents et les jeunes adultes, il ressort que son incidence est en hausse. Concrètement, les plus récentes statistiques sur le cancer démontrent que 4 % des nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année en France, le sont chez les 18 à 36 ans [46].

Objectifs :

- ✓ Evaluer le niveau de connaissances des sujets jeunes qui a une importance en matière de prévention de l'extension des cancers ORL.
- ✓ Apprécier les comportements adéquats ou non des sujets jeunes qui sont le résultat des attitudes corrects ou erronés.
- ✓ Proposer les actions d'éducation et de prévention nécessaires afin de réduire l'incidence des cancers ORL.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, qui a été réalisée auprès des sujets jeunes de la région de Fès Meknès .portant sur 228 personnes, de septembre 2018 à janvier 2019, et elle s'est intéressée aux jeunes dont l'âge est compris entre 18 ans et 36 ans, le taux de réponse est 92%.

Résultat :

L'âge moyen de nos sujets était de 25 ans.

Les résultats montrent que les trois premiers mots qui viennent à l'esprit lorsqu'on dit « cancer », sont : « mort » 42,1% suivi par « grave » 40,78%, puis

« chimiothérapie » 39,47%. Et les mots qui heurtent en premier : « le cancer » 50,43%, puis « la métastase » 44,29%, puis « tumeur maligne » 42,98%. Alors que seulement 46,92% des sujets pensent qu'on peut redevenir normal après avoir eu un cancer ORL.

On note que « la douleur » est le premier symptôme qui pose un problème pour 56% des sujets jeunes

De plus, on note que les facteurs de risques des cancers ORL sont reconnus par 77,19% pour le tabac, 43,42 % pour l'alcool, 23,68% pour les poussières de bois, 17,54 % pour les rapports sexuels oraux-génitaux. Et seulement 43,42% des sujets jeunes sont tout à fait d'accord que la consommation simultanée du tabac et d'alcool potentialisent énormément le risque des cancers ORL. et que seulement 53,94% pensent que la chicha est plus dangereuse que la cigarette.

Il faut signaler également que uniquement 33,77% des sujets jeunes qui connaissant qu'on ne peut pas diagnostiquer visuellement un cancer ORL. Et seulement 26,31% savent que la chirurgie n'est pas toujours nécessaire en cas de cancers ORL

La chimiothérapie est le moyen thérapeutique des cancers ORL le plus reconnu par 68,42% des sujets jeunes, suivi par radiothérapie 46,05%, puis la chirurgie 34,64%. Et 25,87% pensent qu'on peut traiter un cancer ORL uniquement par les médicaments (chimiothérapie).

Un autre élément mérite d'être signalé c'est que 13,15% seulement sont tout à fait d'accord que la personne qui souffre d'un cancer ORL est causée par ses comportements. Outre, seulement 30,52% qui vont se sentir à l'aise en présence d'un sujet atteint du cancer ORL, et que seulement 29,82% de notre population ne trouvent pas que le développement d'un cancer ORL signifie s'être préparé mentalement à la mort

Les résultats montrent aussi que 17,54% sont tout à fait d'accord que le cancer orl ruine généralement la carrière de la personne concernée.

Conclusion :

Cette enquête nous a permis de constater que les connaissances des sujets jeunes à propos des cancers ORL sont défectueuses, et que la majorité des sujets jeunes ne maîtrisent pas les comportements défavorables. Ce qui nous incite à mettre l'accent sur l'importance de l'éducation et la sensibilisation des sujets jeunes en matière de prévention des comportements inadéquats.

Summary

Introduction :

ENT cancers are deemed to be the fourth most common cancer site and the fifth leading cause of cancer death in France, ranking second in the world [47]. Each year, more than 7,500 young adults (between 18 and 36 years old) receive a cancer diagnosis of cancer in France. Even though cancer remains fairly rare among adolescents and young adults, it is clear that its incidence is progressively increasing. Specifically, the most recent statistics on cancer show that 4% of new cases of cancer diagnosed each year in France are among young adults between 18 to 36 years [46].

Objectives:

- ✓ Evaluate the level of knowledge of these young subjects, as this factor is considered to be of paramount importance in preventing the spread of ENT cancers.
- ✓ Assess the appropriate or inappropriate behaviors of these young people.
- ✓ Suggest the necessary measures/action to take in the fields of education and prevention with the aim to minimize the incidence of ENT cancers.

Equipment and process:

This is an observational, cross-sectional study that was conducted among young people in Fez-Meknes region, covering 228 people, from September 2018 to January 2019.

This study focused on young people whose age is between 18 and 36 years old, and the response rate is 92%.

Results:

The average age of our subjects was 25 years old.

The results show that the first three words that come to mind when we say "cancer" are: "death" 42.1% followed by "severe" 40.78%, then "chemotherapy" 39.47%. And the words that hit first: "cancer" 50.43%, then "metastasis" 44.29%, then "malignant tumor" 42.98%. While only 46.92% of subjects think that one it is possible to become normal again after having had ENT cancer.

It is noted that "pain" is the first symptom that poses a problem for 56% of young people.

In addition, the risk factors for ENT cancers are recognized by 77.19% for tobacco, 43.42% for alcohol, 23.68% for wood dust, 17.54% for oral sex and sexual intercourse. Whereas only 43.42% of young people strongly agree that the simultaneous consumption of tobacco and alcohol greatly increases the risk of ENT cancers. and only 53.94% think that smoking shisha is more dangerous than cigarettes.

It should also be mentioned that only 33.77% of young people who know that ENT cancer cannot be diagnosed visually. And only 26.31% know that surgery is not always necessary in case of ENT cancer.

Chemotherapy is the most recognized therapeutic method of ENT cancers by 68.42% of young subjects, followed by radiotherapy 46.05% and surgery 34.64%. On the other hand, 25.87% think that cancer can be treated only by drugs (chemotherapy).

Another point worth noting is that only 13.15% strongly agree that the person who suffers from ENT cancer is caused by his or her behavior. Besides, only 30.52% who will feel comfortable in the presence of a subject with ENT cancer, and that only

29.82% of our population do not find that the development of an ENT cancer means to be mentally prepared for death.

The results also show that 17.54% strongly agree that cancer usually ruins the career of the concerned person.

Conclusion :

This survey revealed that the knowledge of young people about ENT cancers is defective, and that the majority of young people do not control the unfavorable behaviors. This urges us to put the stress on the importance of education and enhancing the awareness of young people about the prevention of inappropriate behaviors.

ملخص

مقدمة

تعتبر سرطانات الأنف والأذن والحنجرة هي رابع أكثر مواقع السرطان شيوعا والسبب الرئيسي الخامس لوفيات السرطان في فرنسا، وتحتل المرتبة الثانية في العالم [47]. يتم تشخيص أكثر من 7500 شاب (تتراوح أعمارهم بين 18 و36 سنة) كل عام بمرض السرطان في فرنسا. على الرغم من أن السرطان لا يزال نادرًا إلى حد ما بين المراهقين والشباب، إلا أنه من الواضح أن الإصابة به تتزايد. على وجه التحديد، تبين أحدث الإحصاءات المتعلقة بالسرطان أن 4 ٪ من حالات السرطان الجديدة التي يتم تشخيصها كل عام في فرنسا، تتواجد عند أشخاص عمرهم بين 18 و36 عامًا [46]

الأهداف

تقييم مستوى المعرفة عند الشباب، الذي يكتسي أهمية في منع انتشار سرطانات الأذن الأنف والحنجرة.
تحديد السلوكيات المناسبة أو غير المناسبة لدى الشباب، الذين هم نتيجة لمواقف صحيحة أو خاطئة
اقتراح الإجراءات التعليمية والوقائية اللازمة للحد من حالات الإصابة بسرطان الأذن الأنف والحنجرة

المواد والأساليب

يعتبر هذا البحث دراسة مقطعية رصدية أجريت بين شباب منطقة فاس مكناس، والذي شمل 228 شخصًا، في الفترة بين شتنبر 2018 إلى يناير 2019، وقد خصت الشباب الذي يتراوح عمرهم بين 18 و36 سنة، وقد كان معدل الاستجابة هو 92 ٪

النتائج

كان متوسط عمر المشاركين في البحث هو 25 عامًا

أظهرت النتائج أن الكلمات الثلاث الأولى التي تتبادر إلى الذهن عند قول "السرطان" هي: "الموت" 42.1 ٪ تليها "خطير" 40.78 ٪، ثم "العلاج الكيميائي" 39.47 ٪. والكلمات التي ترعب نجد أولاً: "سرطان" 50.43 ٪، ثم "انتشار الورم" 44.29 ٪، ثم "ورم خبيث" 42.98 ٪. في حين أن 46.92 ٪ فقط هم الذين يعتقدون أن الشخص الذي أصيب بالسرطان يمكن أن يصبح طبيعيًا مرة أخرى

تجدد الإشارة إلى أن "الألم" هو أول الأعراض التي تطرح مشكلة عند 56 ٪ من الشباب

بالإضافة إلى ذلك، تجدر الإشارة إلى أن العوامل التي تزيد من خطر الإصابة بسرطان الأنف والحنجرة يعرفها 77.19٪ بالنسبة للتبغ، 43.42٪ للكحول، 23.68٪ لغبار الخشب، 17.54٪ بالنسبة للجنس الفموي و43.42٪ فقط من الشباب الذين يتفقون بشدة على أن الاستهلاك المتزامن للتبغ والكحول يعزز بدرجة كبيرة من خطر الإصابة بسرطان الأنف والحنجرة. و53.94٪ فقط يعتقدون أن الشيشة أكثر خطورة من السجائر.

تجدر الإشارة أيضا إلى أن 33.77٪ فقط من الشباب الذين يعرفون أن سرطان الأنف والأذن والحنجرة لا يمكن تشخيصه بصريا. و26.31٪ فقط يعرفون أن الجراحة ليست ضرورية دائما في حالة الإصابة بسرطان الأنف والأذن والحنجرة.

كما وجدنا أن العلاج الكيميائي هو أكثر وسيلة علاجية لسرطانات الأنف والأذن والحنجرة معروفة بنسبة 68.42٪ بين الشباب، يليها العلاج الإشعاعي 46.05٪ والجراحة بـ 34.64٪. ويعتقد 25.87٪ أنه يمكن علاج السرطان عن طريق الأدوية فقط (العلاج الكيميائي).

عنصر آخر جدير بالملاحظة هو أن 13.15٪ فقط يوافقون بشدة على أن الشخص الذي يعاني من سرطان الأنف والأذن والحنجرة يكون بسبب سلوكه. إضافة إلى ذلك، فإن 30.52٪ فقط ممن يشعرون بالراحة في وجود شخص مصاب بسرطان الأنف والأذن والحنجرة، وأن 29.82٪ فقط من سكاننا لا يجدون أن تطور سرطان الأنف والحنجرة يعني وجوب استعدادهم عقليا للموت.

أظهرت النتائج أيضا أن 17.54٪ يوافقون بشدة على أن سرطان الأنف والأذن والحنجرة عادة ما يفسد مهنة الشخص المعني

الخاتمة

أظهر هذا الاستطلاع أن معرفة الشباب بسرطان الأذن والأنف والحنجرة غير كافية، وأن غالبية الشباب لا يضبطون السلوكيات الغير المواتية. هذا يدفعنا إلى التأكيد على أهمية توعية وتنقيف الشباب حول تجنب السلوك الغير اللائق

QUESTIONNAIRE

Questionnaire

Consentement :

J'accepte de participer à l'étude « attitude, comportements et connaissance des sujets jeunes face au cancer orl », et j'autorise les membres de l'équipe de recherche identifiée précédemment à exploiter l'ensemble des données me concernant recueillies à cette occasion (réponses aux questionnaires).*

Oui

Non

I / Identité :

1/ Etes-vous : *

Femme

Homme

2/ Quel âge avez-vous ?

18-24

25-30

31-36

3/ Un de vos proches (famille, amis proches) a-t-il déjà eu un cancer ORL : *

Oui

Non

4/ Avez-vous : *

Actuellement un cancer orl

Déjà eu un cancer orl

Jamais eu un cancer orl

5/ Etes-vous traité pour une autre localisation cancéreuse :

Oui

Non

II/-connaissance du cancer ORL :

1 / Quels sont les premiers mots qui vous viennent à l'esprit lorsqu'on vous dit ""cancer" ou "personne atteinte du cancer"

- Chimiothérapie /radiothérapie /rayons
- Mort
- Grave
- Douleur
- Maladie Incurable
- Maladie curable
- Maladie contagieux
- Maladie chronique

2 / Les mots qui heurtent, qui choquent :

- Cancer
- Chimiothérapie
- Alopécie, perte des cheveux
- Métastase
- Tumeur maligne

3 / Après avoir eu un cancer ORL, on ne peut jamais redevenir °normal

- Oui
- Non
- Aucune idée

4 / Parmi la liste suivante quels sont les symptômes qui posent plus de problèmes pour vous en rapport avec le cancer ORL :

- La dysphagie
- La douleur
- Les troubles de la mastication
- Les troubles de la déglutition et du goût
- L'anorexie
- La dysphonie
- La dyspnée
- L'amaigrissement

5 / La consommation d'alcool favorise-t-elle les cancers ORL :

- Oui
- Non
- Aucune idée

6 / Fumer augmente-t-il le risque des cancers ORL:

- Oui
- Non
- Aucune idée

7 / La consommation simultanée du tabac et d'alcool potentialisent énormément le risque des cancers ORL :

- Pas du tout d'accord
- Partiellement en désaccord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord
- Pas sûr (aucune idée)

8 / La chicha est quelque chose de naturel qui n'a aucun rapport avec le cancer ORL :

- Pas du tout d'accord
- Partiellement en désaccord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord
- Pas sûr (aucune idée)

9 / Quel est le plus dangereux entre la cigarette et la chicha en matière du cancer ORL :

- La cigarette
- La chicha

10 / L'exposition aux poussières de bois favorise-t-il les cancers ORL :

- Oui
- Non
- Aucune idée

11 / Les rapports sexuels bucco-génitaux augmente-t-il le risque des cancers ORL :

- Oui
- Non
- Aucune idée

12 / Peut-on diagnostiquer visuellement un cancer ORL

- Oui
- Non
- Aucune idée

13 / Peut-on traiter un cancer ORL uniquement par les médicaments**(chimiothérapie) :**

- Oui
- Non
- Aucune idée

14 / Peut-on traiter un cancer ORL par :

- Chimiothérapie
- Chirurgie
- Radiothérapie

15 / La chirurgie est-elle toujours nécessaire en cas de cancers ORL :

- Oui
- Non
- Aucune idée

III/-Attitude face au cancer ORL :

1 / Développer un cancer orl signifie s'être préparé mentalement à la mort :

- Pas du tout d'accord
- Partiellement en désaccord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord
- Pas sûr (aucune idée)

2/Le cancer orl ruine généralement la carrière de la personne concernée :

- Pas du tout d'accord
- Partiellement en désaccord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord
- Pas sûr (aucune idée)

3 /La personne qui souffre d'un cancer orl est causée par ses comportements :

- Pas du tout d'accord
- Partiellement en désaccord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord
- Pas sûr (aucune idée)

4 / En présence d'un sujet atteint du cancer ORL :

- J'essayerai d'éviter
- Je me sentirai irrité
- Je trouverai difficile de parler
- Je me sentirai à l'aise
- Je prendrai physiquement mes distances

إستطلاع الرأي

أقبل أن أشارك في دراسة " معارف، سلوكيات ومعارف الشباب حول سرطان الأذن الأنف والحنجرة " وأرخص لمكونات فريق البحث باستعمال المعلومات المدلى بها في هذا الاستفتاء

نعم

لا

I / الهوية :

1 / هل أنت :

أنثى

ذكر

2 / كم عمرك :

18-24 سنة 25-30 سنة 31-36 سنة

3 / هل سبق لأحد اقربائك (عائلة ، أصدقاء مقربين) أن كان لديه سرطان الأذن الأنف والحنجرة :

نعم

لا

4 / هل لديك :

الآن سرطان الأذن الانف والحنجرة

سبق أن كان لديك سرطان الأذن الانف والحنجرة

لم يسبق له أن كان لديك سرطان الأذن الانف والحنجرة

5 / هل سبق لك أن تلقيت علاج على سرطان من نوع اخر :

نعم

لا

II / المعارف حول سرطان الأذن الأنف والحنجرة

1 / من هم أول الكلمات التي تأتيك في تفكيرك عندما تسمع كلمة "سرطان" او "شخص مريض بالسرطان :

العلاج بالإشعاع / العلاج الكيميائي

موت

خطير

الألم/ وجع

مرض قابل للشفاء

مرض غير قابل للشفاء

مرض مُعَدِّ

مرض مُزْمِنٌ

2 / ما هي الكلمات التي تصدمك وترعبك:

سرطان

العلاج الكيميائي

تساقط الشعر/ فقدان الشعر

إنتشار الورم في الجسم

ورم خبيث

3 / بعد الإصابة بالسرطان ، لا يمكن أبدا أن نعود للحالة الطبيعية مرة أخرى :

نعم

لا

ليس لدي فكرة

4 / من بين القائمة التالية ما هي الأعراض التي تسبب بالنسبة لك مشاكل أكثر فيما يتعلق بمرض سرطان الأذن الأنف والحنجرة

عسر البلع

الألم

اضطرابات المضغ

اضطرابات البلع والذوق

فقدان الشهية

خلل النطق (مشكلة في الصوت)

ضيق التنفس

فقدان الوزن

5/ هل إستهلاك الكحول يساعد على ظهور سرطان الأذن الأنف والحنجرة

نعم

لا

ليس لدي فكرة

6/ التدخين يزيد من خطر ظهور سرطان الأذن الأنف والحنجرة

نعم

لا

ليس لدي فكرة

7/ استهلاك التبغ والكحول في نفس الوقت يزيد من خطر الإصابة بسرطانات الأنف الأذن والحنجرة بشكل كبير :

غير متفق تماما

غير متفق جزئيا

أتفق جزئيا

أتفق تماما

لست متأكدا (ليس لدي فكرة)

8/ الشيشة شيء طبيعي ولا علاقة له بسرطان الأنف الأذن والحنجرة:

غير متفق تماما

غير متفق جزئيا

أتفق جزئيا

أتفق تماما

لست متأكدا (ليس لدي فكرة)

9/ من هو الأخطر بين تدخين السجارة والشيشة على سرطان الأنف الأذن والحنجرة :

السجارة

الشيشة

10/ هل التعرض لغبار الخشب يزيد من احتمال الإصابة بسرطان الأنف الأذن والحنجرة:

نعم

لا

ليس لدي فكرة

11 / هل يزيد الجنس الفموي (بين الأعضاء التناسلية و الفم) من خطر الإصابة بسرطان الأنف الأذن والحنجرة:

نعم

لا

ليس لدي فكرة

12 / هل يمكن تشخيص سرطان الأنف الأذن والحنجرة بصريا:

نعم

لا

ليس لدي فكرة

13 / هل يمكن علاج سرطان الأنف والأذن والحنجرة بالأدوية فقط (العلاج الكيميائي) :

نعم

لا

ليس لدي فكرة

14 / يمكننا علاج سرطان الأنف والأذن والحنجرة عن طريق:

العلاج الكيميائي

الجراحة

العلاج بالأشعة

15 / هل الجراحة ضرورية دائما في حالات سرطان الأنف الأذن والحنجرة:

نعم

لا

ليس لدي فكرة

III / الموقف من سرطان الأنف الأذن والحنجرة

1 / الإصابة بسرطان الأنف الأذن والحنجرة يعني أن نكون مستعدين ذهنيا للموت:

غير متفق تماما

غير متفق جزئيا

أتفق جزئيا

أتفق تماما

لست متأكدا (ليس لدي فكرة)

2 / عادة ما يدمر سرطان الأنف الأذن والحنجرة المسار المهني للشخص المعني :

غير متفق تماما

غير متفق جزئيا

أتفق جزئيا

أتفق تماما

لست متأكدا (ليس لدي فكرة)

3 / الشخص الذي يعاني من سرطان الأنف الأذن والحنجرة سببه هي سلوكياته :

غير متفق تماما

غير متفق جزئيا

أتفق جزئيا

أتفق تماما

لست متأكدا (ليس لدي فكرة)

4 / في وجود شخص مريض بسرطان الأنف الأذن والحنجرة :

سأحاول تجنبه

سوف أشعر بالغضب

سوف أجد صعوبة في الكلام معه

سوف أشعر بالراحة

سأترك مسافة بيننا إحتياطاً

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ONUSIDA. Assurer L'avenir Aujourd'hui. Synthèse de l'information stratégique sur le VIH et les jeunes. Genève, ONUSIDA 2011.
- [2] Laurencelle.L , Théorie et techniques de la mesure instrumentale. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1998.3pages.
- [3] Sparks.P , Guthrie.C , Shepherd.R. The dimensional structure of the perceived behavioral control construct. Journal of Applied Social Psychology, 1997; 27 : 418 38pages.
- [4] Goutille.F. Connaissances, attitudes et pratiques dans l'éducation au risque : mettre en œuvre les études CAP. Lyon, Handicap International 2009.3pages.
- [5] A., LUFT. Signes d'appel des cancers des voies aerodigestives supérieures.Etude pratique de medecine générale. Thèse de DOCTORAT en medecine,Paris,2011,74 p.
- [6] Frank H. Netter, HD. Atlas Of Human Anatomy. 4ème édition.USA :Elsevier Saunders, 2007, 1-44
- [7] Maladière E., Vacher C. Examen clinique en stomatologie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris),stomatologie 22-010-A-10,2008.
- [8] Bonfils, F. and J. Chevalier,. in Anatomie ORL. 1998, Flammarion Médecine Sciences: Paris. p. 226-245.
- [9] Lefebvre, J. and D. Chevalier,. Cancer de l'hypopharynx. EMC- Otorhino- laryngologie 2004. 1(4): p. 274-289.

- [10] Legent, F., L. Perlemuter, and C. Vandenbrouck,. Cahiers d'anatomie ORL.1969
- [11] F. Legent, P. Narcy, C. Beauvillain de Montreuil, P. Bordure. ORL – Pathologie cervico–faciale,. 2003,Paris,Masson.
- [12] Auzou, P.,. Anatomie et physiologie de la déglutition normale. Kinésithérapie, la Revue 2007. 7(64): p. 14–18.
- [13] Verhulst, J., Evolution du larynx de la naissance à la puberté. Revue de laryngologie,1987. 108(4).
- [14] Cancer, International Agency For Reaserch On. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008. globocan 2008.
- [15] Quigley, L.F. , Jr. , C.M. Cobb, and E.E. Hunt, Jr. Measurement of Oral and Burning Zone Temperatures during Conventional and Reverse Cigarette Smoking. Arch Oral Biol, 1965. 10: p. 35–44.
- [16] humans. Alcohol drinking. IARC Monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to. 1988, International Agency for Research on Cancer: Lyon.
- [17] Cancer International Agency for Research on Alcohol drinking.IARC Monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to humans,. volume
- [18] Franceschi S, Levi F, La Vecchia C, Conti E, Dal Maso L, Barzan L, et al. Comparison of the effect of smoking and alcohol drinking between oral and pharyngeal cancer. Int J Cancer 1999;83:1–4

- [19] Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. . *Cancer Res* 1988;48:3282-7.
- [20] Tuyns AJ, Estève J, Raymond L, Berrino F, Benhamou E, Blanchet F, Cancer of the larynx/hypopharynx, tobacco and alcohol: IARC international case-control study in Turin and Varese (Italy), Zaragoza and Navarra (Spain), Geneva (Switzerland) and Calvados (France)
- [21] Hill, C. and F. Doyon,. La fréquence des cancers en France : quoi de neuf depuis l'année dernière. *Bull Cancer*, 2004. 91: p. 9-14.
- [22] A, Franceschi ,La Vecchia C, Tavani S, Levi F, Corrao G, Negri E. Epidemiology and prevention of oral cancer. *Oral Oncol* 1997;33: 302-1.
- [23] Miller, C.S. and D.K. White,. Human papillomavirus expression in oral mucosa, premalignant conditions, and squamous cell carcinoma: a retrospective review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 1996. 82(1): p. 57-68.
- [24] Sugerman, P.B. and E.J. Shillitoe,. The high risk human papillomaviruses and oral cancer: evidence for and against a causal relationship. *Oral Dis*, 1997. 3(3): p. 130-47.
- [25] Ostwald, C., et al.,. Human papillomavirus DNA in oral squamous cell carcinomas and normal mucosa. . *J Oral Pathol Med*, 1994. 23(5): p. 220-5.

- [26] Miller, C.S., M.S. Zeuss, and D.K. White, Detection of HPV DNA in oral carcinoma using polymerase chain reaction together with in situ hybridization. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1994. 77(5): p. 480–6.
- [27] La Vecchia C, Tavani A, Franceschi S, Levi F, Corrao G, Negri E. Epidemiology and prevention of oral cancer. *Oral Oncol* 1997;33: 302–1.
- [28] Cooper, M., A. Jovanovic, and J. Nauta,. Role of genetic factors in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995.121: p. 157–160.
- [29] Davidson, B.J., T.C. Hsu, and S.P. Schantz,. The genetics of tobacco-induced malignancy. . *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1993. 119(11): p. 1198–205.
- [30] Schantz, S.P., M.R. Spitz, and T.C. Hsu,. Mutagen sensitivity in patients with head and neck cancers: a biologic marker for risk of multiple primary malignancies. *J Natl Cancer Inst*, 1990. 82(22): p. 1773–5.
- [31] Bahar G, Feinmesser R, Popovtzer A, Ulanovsky D, Nageris B, Marshak G, et al. Basaloid squamous carcinoma of the larynx. *Am J Otorhyngol* 2003;24:204.
- [32] Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization international classification. Pathology and genetics of Head and Neck tumors. Lyon, IARC Press, 2005, 430 pages.

- [33] Crissman JD, SakrWA. Squamous neoplasia of the upper aerodigestive tract. Intraepithelial and invasive squamous cell carcinoma. In : Head and neck Surgical pathology, Pilch BZ. Philadelphia, LippincottWilliamn&Wilkins 2001:p34–52.
- [34] Mills SE, Gaffey MJ, Frierson HF. Tumors of the upper aerodigestive tract and ear. Atlas of Tumor Pathology, third series, Fascicle 26.Washington, Dc: Armed Forces Institute of Pathology 1997, pages455
- [35] Teknos TN, Rosenthal EL, Lee D, Taylor R, Marn CS. Positron emission tomography in evaluation of stage III and IV head and neck cancer. Head Neck 2001 ; 23 : 1056–60.
- [36] Vermorken, NEJM 2008 institut de cancerologie de l'ouest
- [37] Hicks WL Jr, North JH Jr, Loree TR, et al. Surgery as a single modality therapy for squamous cell carcinoma of the oral tongue. Am J Otolaryngol1998;19:24–8.
- [38] Sessions, D.G., et al. Analysis of treatment results for oral tongue cancer.Laryngoscope, 2002. 112(4): p. 616–25.
- [39] Buisset E, Leferbe JL, et al.Les cancers linguaux et pelvi–lingaux : valeur pronostique de l'envahissement ganglionnaire. A propos de 744 cas. Ann Oto–laryngol Chir Cervicofac 1989 ; 106, 8 : 551–555
- [40] Bouyakhef M. Cancers de la langue mobile. Thèse de médecine N° 214, 2002, Casablanca.

- [41] Schantz SP, Yu GP. Head and neck cancer incidence trends in young Americans, 1973–1997 with a special analysis for tongue cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128:268–274.
- [42] Laurent B. Cancer de la langue mobile : facteurs pronostiques des carcinomes épidermoïdes T1–T2 de la langue mobile. Thèse médicale Nantes, 2006.
- [43] www.lamutuellegenerale.fr/cancer-ork-detecter-tot-les-signes-evocateurs.
- [44] <https://www.e-cancer.fr/Cancers-de-la-sphere-ORL-voies-aerodigestives-superieure>
- [45] Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D Bray, F (2013), Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase ,Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
- [46] Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J (2013). Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*,
- [47] <https://curie.fr/dossier-pedagogique/les-cancers-ork>
- [48] Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada, 2015.
- [49] Froucht–Hirsch ,Le temps d’un cancer : chroniques d’un médecin malade. Vuibert, Paris 2005
- [50] Daniel serin, Les représentations sociales. Paris : Puf, coll. sociologie d’aujourd’hui, 1989 : 448 p.
- [51] Analyse des representations sociales du cancer et de la souffrance , Analysis of social representations of cancer and pain L. Dany _ E´ . Dudoit _ R. Favre

- [52] Becquemin, Bertholon, Roy, Dautzenberg: Mesures des tailles et concentrations particulières de la fume de chicha, Tout ce que vous ne savez pas sur la chicha, ed. margaux orange, 2007
- [53] Shihadeh A, Saleh R., Polycyclic aromatic hydrocarbons, carbon monoxide, "tar" and nicotine in the mainstream smoke aerosol of the narghile water pipe. Food chem. Toxicol n° 43, 2005
- [54] Shihadeh A. Investigation of mainstream smoke aerosol of the argileh water pipe. Food Chem Toxicol n° 41, 2003
- [55] White JL, Conner BT, Perfetti TA, Bombick BR, Avalos JT, Fowler KW, et al. Effect of pyrolysis temperature on the mutagenicity of tobacco smoke condensate. Food and Chemical Toxicology 2001; 39; 499–505
- [56] Sasco AJ. Tradition, phénomène de mode, épidémie: ce que l'on sait sur la chicha. Santé sans tabac, 2007, 164: 9–13
- [57] Imbernon E, Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionne INRS, 2009. Exposition professionnelle aux poussières de bois. Résultats de la campagne nationale 2007
- [58] Programme Spirale: surveillance post-professionnelle des expositions à l'amiante et aux poussières de bois
- [59] Vincent R, 2007. Exposition professionnelle aux poussières de bois : évaluation et gestion des risque professionnel
- [60] Allison et al. 1998 ; Dapuelto et al, 2005 ; Engel et al, 2003 ; Koyabashi et al, 2004. Les conséquences du cancer sur la vie sociale et professionnelle. La vie deux ans après le diagnostic de cancer, 2008.
- [61] Marie Préau, Fabienne Marcellin, France Lert, Bruno Spire, Jean-Paul Moatti et les groupes d'étude ALD-Cancer et ANRS-EN12-VESPA 2008