



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2019

Thèse N°180#

La qualité de vie des patients opérés pour Laryngectomie

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18/06/2019
PAR

Mlle. MOUKAOUM MAHASSINE

Née le 04/03/1992 à Goulmima

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Qualité de vie – Laryngectomie – Insertion sociale – EORTC QLQ H&N 35

JURY

Mme. N.MANSOURI

Professeur de Chirurgie maxillo-faciale

PRESIDENTE

Mr. H.AMMAR

Professeur d'Oto-rhino-laryngologie

RAPPORTEUR

Mr. Y.DAROUASSI

Professeur agrégé d'Oto-rhino-laryngologie

JUGES

Mme. F.MANOUDI

Professeur de Psychiatrie


Mme. H.RAIS

~~#####~~ Professeur agrégée d'Anatomie pathologique

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



Serment d'Hippocrate

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

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

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

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

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





Liste des Professeurs



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. BadieAzzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr.Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirmaxillo faciale	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
ADMOU Brahim	Immunologie	JALAL Hicham	Radiologie
AGHOUTANE EIMouhtadi	Chirurgie pédiatrique	KAMILI ElOuafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KOULALI IDRISI Khalid	Traumato- orthopédie

ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
ASRI Fatima	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirumaxillo faciale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAÏAT BENOMARRidouan	Chirurgie - générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation

CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAFIK Redda	Neurologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique

AISSAOUI Younes	Anesthésie réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo– phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MAOULAININE Fadlmrabihrabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto–Rhino – Laryngologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo– phtisiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
DAROUASSI Youssef	Oto–Rhino Laryngologie	ROCHDI Youssef	Oto–rhino– laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	SAJIAI Hafsa	Pneumo– phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique

EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
FADILI Wafaa	Néphrologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFTTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne

ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI FatimaEzzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELLASRI Salah	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DAMI Abdallah	Médecine Légale	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie–réanimation	RHARRASSI Isam	Anatomie–patologique
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé

			publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation

LISTE ARRÊTÉE LE 22/04/2019



Dédicaces



Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

*Tous les mots ne sauraient exprimer
La gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...*



Je dédie cette thèse à ...





À Allah Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

À la mémoire de mon très cher père :
Mr. Moukaouim Mohammed

*En ce jour mémorable, j'ai bien voulu que tu sois parmi nous...
Rien au monde ne pourrait compenser tes sacrifices,
Ton soutien, ta générosité et tes encouragements...
Ta présence à mes côtés, a toujours été ma source de force...
Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité,
De l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie...
Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite.
Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement
Étaient, sont et seront pour moi le soutien indispensable
Que tu as toujours su m'apporter...
Je te dois ce que je suis aujourd'hui
Et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux
Pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir...*

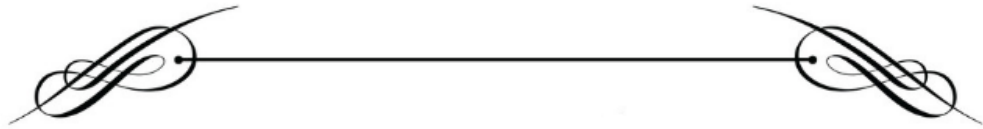
Je t'aime...

*Papa, je ne t'oublierai jamais...
La mort nous a séparés, mais nos cœurs sont liés pour l'éternité...
Que Dieu tout puissant t'accorde sa miséricorde ...
Je prie Dieu de nous réunir dans son paradis...*

وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْنِي
كَمَا رَحِمْتَ صَغِيرًا

سورة البقرة آية 21





À ma très chère maman :
Mme Sedraoui Nadia

*Autant de phrases aussi expressives soient-elles
Ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection
Que j'éprouve pour toi...*

*Tu m'as comblé avec ta tendresse et affection tout au long de mon parcours.
Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes
études,*

Tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait.

En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi,

Je dépose entre tes mains le fruit de ton dévouement et de tes sacrifices

Ainsi que l'expression de mon amour et mon respect envers toi

Puisse le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie

Afin que je puisse te combler à mon tour

Pour que tu demeures le flambeau illuminant le chemin de ma vie.

Je t'aime profondément

À mon cher petit frère Ali,

Tu es ma joie, ma force, mon énergie positive...

Pour l'affection qui nous lie, pour l'intérêt que tu portes à ma vie,

Pour toute l'ambiance dont tu m'as entouré, pour toute la spontanéité et ton élan,

Pour ton soutien, ta compréhension et tes encouragements.

Je t'exprime à travers ce travail mes sentiments de fraternité et d'amour.

Je te souhaite une bonne continuation dans tes études.

Que Dieu te protège et te réserve un bon avenir.





À mes chers grands parents maternels,

La tendresse, la bonté et la pureté d'âme sont les mots qui vous décrivent le mieux.

Dans vos prières, j'ai toujours trouvé une source de force et de réconfort.

Je tiens par ce travail à vous exprimer toute mon affection

Ainsi que mon profond respect.

Que Dieu vous préserve santé et longue vie.

Je vous aime énormément.

À mes chers oncles maternels et leurs épouses :

Youssef et Aicha ; Jalal et Saida ; Ibrahim et Nabiha;

Mohammed et Nadia ; Mouhssine et Marzouka

*Veillez percevoir à travers ce travail, l'expression de ma profonde
Reconnaissance pour toute l'attention dont vous faites preuve à mon égard.*

Avec tout l'amour que je vous porte, je vous souhaite santé,

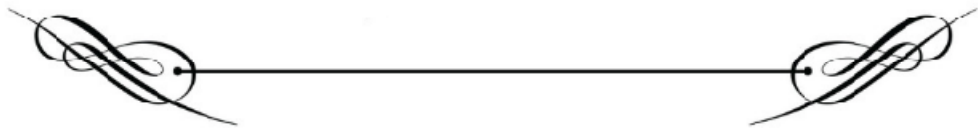
Bonheur et longue vie.

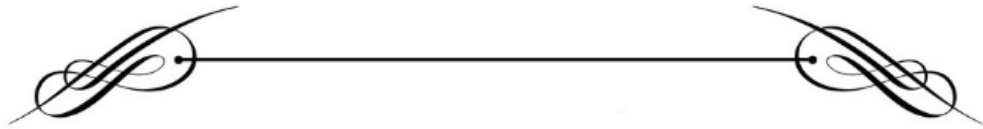
À mes chères tantes maternelles :

Je souhaite que vous trouviez dans ce travail,

Le témoignage de l'attachement, de l'amour et des sentiments

Les plus sincères et les plus affectueux que je porte pour vous.





À mes chers (es) cousins et cousines,

Merci pour les bons et inoubliables moments qu'on a vécu ensemble.

À vos côtés, j'ai connu la joie et l'amusement.

À tous, je dédie ce travail avec tout mon amour et mon estime.

À tous mes chers (es) amis (es),

Je ne peux vous citer tous et toutes, et je ne peux vous mettre en ordre,

Parce que tout simplement, vous m'êtes tous et toutes chers(es)...

Pour l'amitié inoubliable, les souvenirs innombrables,

À l'infinie fidélité, aux solides liens fraternels qui ont arrosé notre cohésion.

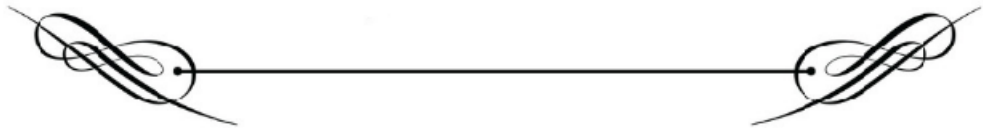
À toute personne m'ayant consacré un moment

Pour m'aider, me conseiller, m'encourager ou simplement me soutenir.

Que ce travail soit un témoignage et une sincère reconnaissance de vos nobles mœurs.

Vous trouverez ici l'expression de mes sentiments les plus sincères.

Avec tout mon respect, je vous souhaite un avenir souriant.



***À toute l'équipe du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital
Militaire Avicenne de Marrakech.***

À tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

À tous mes enseignants

Depuis ceux qui m'ont appris à écrire mon nom, en signe de vive gratitude et reconnaissance.

À tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.



Remerciements



*A Notre Maître et Présidente de Thèse :
Professeur Nadia MANSOURI HATTAB
Professeur de chirurgie maxillo-faciale et esthétique.
Chef de service de chirurgie maxillo-faciale
À l'hôpital Ibn Tofaïl Marrakech*



Mes sincères remerciements pour bien vouloir présider notre jury de thèse, vous nous offrez le grand honneur et le grand plaisir. Vos qualités humaines et professionnelles sont connues de tous et susciteront toujours notre admiration. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre gratitude et notre profond respect.

*A notre Maître et Rapporteur de thèse :
Colonel Haddou AMMAR
Professeur d'Oto-rhino-laryngologie
Chef de Pôle Extrémité Céphalique
A l'hôpital Militaire Avicenne Marrakech*



Je vous remercie de m'avoir confié ce travail auquel vous avez grandement contribué en me guidant, en me conseillant et en me consacrant une grande partie de votre précieux temps. Permettez-moi de vous exprimer ma profonde admiration envers vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre dévouement pour votre profession. J'ai eu la chance de compter parmi vos étudiants, de profiter de l'étendue de votre savoir et de votre encadrement pendant mon stage. Puisse ce travail être à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordée. Aucun remerciement ne saura exprimer ma gratitude envers vous Maître, Que Dieu tout puissant vous préserve.

Vous êtes mon IDOLE.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
Lt-colonel Youssef DAROUASSI
*Chef de service d'Oto-rhino-laryngologie
A l'hôpital Militaire Avicenne Marrakech*



*Vous nous faites un grand bonheur en acceptant de juger notre travail.
Vous nous avez reçus avec beaucoup d'amabilité,
nous en avons été très touché.
Nous vous remercions particulièrement pour l'aide précise
que vous nous avez apporté dans l'élaboration de ce travail.
Ce fut très honorable d'être votre élève.
Veuillez trouver ici, Maître, l'expression de notre reconnaissance
et de nos sincères remerciements.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
Professeur RAIS Hanane
*Chef de service d'Anatomie pathologique
Au CHU Mohamed VI de Marrakech*



*Nous sommes très honorés de votre présence parmi nous.
Vous avez accepté humblement de juger ce travail de thèse.
Nous avons beaucoup apprécié votre vigueur scientifique
et votre dynamisme professionnel.
Veuillez trouver ici, Maître, le témoignage de notre profonde gratitude
et nos vifs remerciements.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :

Professeur MANOUDI Fatiha
Professeur de Psychiatrie Addictologue
Au CHU Mohamed VI de Marrakech



*Veillez accepter Professeur, mes vifs remerciements
pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail
en acceptant aimablement de faire partie de mon jury de thèse.
Veillez trouver ici, Maître, l'assurance de mes sentiments
les plus respectueux.*

A NOTRE CHER MAÎTRE :

Professeur Abdelfattah ALJALIL
A l'hôpital Militaire Avicenne Marrakech



*Je vous remercie de la gentillesse avec laquelle
vous avez bien accepté de nous aider dans ce travail
et pour vos précieux conseils qui m'ont beaucoup
éclairé afin de mener à bien ce travail.
Je vous en serais toujours reconnaissante.
Merci pour votre accompagnement.*



Liste d'abréviation



Liste d'abréviation

ORL	.	Oto-rhino-laryngologie; otorhinolaryngology
	.	
QDV	.	Qualité de vie
	.	
QLQ	.	Questionnaire de qualité de vie
	.	
EORTC	.	Organisation européenne pour la recherche et traitement des cancers
	.	
EORTC QLQ H&N 35	.	Questionnaire de qualité de vie spécifique aux cancers de la tête et du cou 35 de l'organisation européenne pour la recherche et traitement des cancers.
	.	
PLT	.	Pharyngo-laryngectomie totale
	.	
LT	.	Laryngectomie totale
	.	
LP	.	Laryngectomie partielle
	.	
OMS	.	Organisation mondiale de la santé
	.	
EVA	.	Echelle visuelle analogique
	.	
VTO	.	Voix trans-oesophagienne
	.	
VOO	.	Voix oro-oesophagienne
	.	
QOL	.	Quality of life
	.	
ENT	.	Ear-nose-throat
	.	



Plan



INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	4
I. MATÉRIELS	5
1. Les critères d'inclusion	5
2. Les critères d'exclusion	5
II. METHODES	5
RESULTATS	9
I. EPIDEMIOLOGIE	10
1. Le sexe	10
2. L'âge	10
3. Le statut marital	11
4. Le niveau socio-économique	11
5. Le niveau d'étude	11
6. L'origine	11
7. La profession	12
II. ANTECEDENTS ET FACTEURS DE RISQUE	12
1. Habitudes toxiques	12
1.1 Tabagisme	12
1.2 Alcoolisme	13
1.3 Autres drogues	13
2. Antécédents médicaux	13
2.1 L'irradiation cervicale	13
2.2 Antécédents psychiatriques	13
2.3 Tumeurs métachrones	13
2.4 Co morbidité	13
3. Antécédents chirurgicaux	13
4. Antécédents familiaux	14
III. DONNEES CLINIQUES	14
1. Type d'intervention	14
2. Planning des consultations	14
3. Examen clinique	14
3.1 L'état général	14
3.2 L'hygiène bucco-dentaire	15
3.3 La trachéostomie	15
3.4 Les signes fonctionnels	15
IV. DONNEES PARACLIQUES	16
V. PRISE EN CHARGE ASSOCIEE A LA CHIRURGIE LARYNGEE	16
1. Radiothérapie et chimiothérapie	16
2. Thyroïdectomie	16
3. Consultation psychiatrique	16

4. Rééducation orthophonique	17
VI. SURVEILLANCE	18
VII. EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE	18
1. Réponses au module spécifique QLQ–H&N35	18
1.1 Analyse descriptive	18
1.2 Analyse statistique : Calcul des scores	27
2. Réponses à l’entretien semi-directif	28
2.1 La communication	28
2.2 La satisfaction et l’aspect physique	28
2.3 L’impact de l’intervention	28
2.4 Le regret de l’intervention	28
2.5 Les idées suicidaires	29
2.6 Les conseils	29
DISCUSSIONS	30
I. GENERALITES	31
1. Concept de la qualité de vie	31
1.1 Définitions	34
1.2 La qualité de vie et ses mesures	36
2. Les méthodes d’évaluation de la qualité de vie	36
2.1 L’entretien ouvert	36
2.2 Les méthodes psychométriques	36
II. QDV ET VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES	38
1. L’âge	38
2. Le sexe	39
3. Le statut marital	39
4. Le niveau d’étude	39
5. La profession	40
III. QDV ET VARIABLES TRANSACTIONNELLES	40
1. L’origine et la religion	40
2. Le soutien social	40
IV. QDV ET EORTC QLQ H&N 35	41
1. Impact sur la qualité de vie physique	41
2. Impact sur la qualité de vie psychique	46
3. Impact sur la qualité de vie sociale	51
V. PERSPECTIVES : Amélioration de la qualité de vie	53
1. Besoins des patients	53
2. Les stratégies d’adaptation	56
3. Les aidants naturels	57
4. De nouveaux rôles	58
CONCLUSION	59

RÉSUMÉ	61
ANNEXES	65
BIBLIOGRAPHIE	99



Introduction



La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

La prise en charge thérapeutique du cancer du larynx pose un véritable problème socio-économique et constitue, de ce fait, une situation très particulière. Selon le stade évolutif de la tumeur, deux tendances se côtoient : la réalisation de techniques conservatrices, et la nécessité de pratiquer des gestes particulièrement mutilants, comme la laryngectomie ou la pharyngo-laryngectomie totale avec leur fardeau de séquelles spécifiques et irréversibles.

Les conséquences physiques de ces interventions, jugées lourdes, et de leurs traitements complémentaires sont nombreuses : les contacts sociaux deviennent difficiles voir impossibles, les réactions émotionnelles sont décuplées et peuvent engendrer des modifications comportementales susceptibles d'entraîner ou d'accentuer la prise de distance de l'entourage.

Aussi, les conséquences d'un tel acte ont non seulement des répercussions sur le plan physique, mais aussi psychique et social. En effet, toute la zone se rapportant à la sphère ORL constitue « le site principal de l'expression, des émotions et tient par conséquent un rôle central dans la communication sociale. » [1]

L'annonce de cette intervention crée en elle-même un pluri-handicap, ce n'est pas seulement la vie du patient qui bascule, c'est aussi toute une dynamique familiale qui vacille. Les proches sont déboussolés, en proie au doute, à l'angoisse des conséquences, à la peur de l'inconnu et à la nécessité de l'accepter. [2] [3]

Ce qui nécessite une préparation du patient, une réhabilitation vocale et un suivi médicochirurgical régulier afin d'assurer une réinsertion psychosociale optimale. [4]

Le patient est face à un paradoxe lorsqu'il apprend que pour survivre, le chirurgien doit procéder au sacrifice de l'organe lui permettant de respirer, de s'alimenter et de communiquer. [3]

Il est donc primordial d'accompagner le malade dans l'après maladie, savoir écouter ses plaintes et ses demandes pour pouvoir lui proposer des solutions adaptées qui lui permettront de maintenir au mieux son niveau de vie sociale, affectif et professionnel.

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Pour cela, il est nécessaire d'évaluer la qualité de vie du patient laryngectomisé afin de l'aider à une vie confortable. Ce concept occupe une place de plus en plus importante dans la prise en charge des patients en cancérologie, ce qui va permettre aux soignants d'évaluer les besoins perçus par le patient, dans la perspective de favoriser sa réinsertion familiale, sociale et professionnelle. C'est une démarche qui doit montrer son utilité tant auprès des patients et de leur entourage, qu'auprès des équipes soignantes.

De ce fait, des outils ont été validés pour quantifier scientifiquement la qualité de vie. Il s'agit de questionnaires permettant d'évaluer la perception de la maladie par le malade et son impact sur sa vie.

Notre travail qui représente une étude à la fois rétrospective et prospective à propos de 28 cas de patients ayant subi une chirurgie laryngée : laryngectomie partielle, totale et pharyngo laryngectomie totale recueillis au sein du service d'ORL de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, a pour objectif d'évaluer et de mettre le point sur la qualité de vie de nos patients en se référant à la littérature, dans la perspective d'améliorer leur confort physique, psychique et social.



Matériels et méthodes



I. Matériels:

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective étalée sur 4 ans, de janvier 2014 à décembre 2018, portant sur 28 patients ayant subi une laryngectomie partielle, totale ou une pharyngo-laryngectomie totale colligés au service d'ORL de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.

1. Les critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients (hommes et femmes) suivis pour un cancer du larynx et ayant subi une chirurgie laryngée (partielle, totale ou pharyngo-laryngectomie totale) associée ou non à une radiothérapie et/ou à une chimiothérapie.

2. Les critères d'exclusion :

Nous avons exclu de notre étude :

- Les patients décédés,
- 06 patients vivants n'ayant pas voulu adhérer à notre étude par manque d'interlocuteur,
- 04 dossiers incomplets.

II. Méthodes :

Le recueil des données a nécessité la réalisation d'une fiche d'exploitation comportant plusieurs paramètres : épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et de suivi, visant à rassembler le maximum d'informations sur les patients (**Annexe 1**).

Nous avons souhaité que notre étude se déroule en deux étapes :

- **une étape qualitative** avec la réalisation d'entretien semi-directif nommé également « entretien qualitatif ou approfondi » (**Annexe 1**).

Il s'agit d'une technique qualitative fréquemment utilisée. Il permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et consignés dans un guide d'entretien.

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Ce type d'entretien permet ainsi de compléter les résultats obtenus par un sondage quantitatif en apportant une richesse et une précision plus grandes dans les informations recueillies, grâce notamment à la puissance évocatrice des citations et aux possibilités de relance et d'interaction dans la communication entre interviewé et interviewer. Sans pouvoir chiffrer précisément dans quelles proportions, tel jugement ou telle manière de vivre et de s'approprier quelque chose, l'entretien révèle souvent l'existence de discours et de représentations profondément inscrits dans l'esprit des personnes interrogées et qui ne peuvent que rarement s'exprimer à travers un questionnaire. [5]

- **une étape quantitative** avec l'administration du questionnaire : Quality of Life Questionnaire Head and Neck 35 : **EORTC QLQ H&N35**, élaboré en 1994 par l'Organisation Européenne pour la Recherche et le Traitement du Cancer (EORTC), qui a eu l'originalité de développer un instrument de base spécifique aux cancers de la tête et du cou (**Annexe 2**). [6]

Ce module spécifique, qui aborde les problèmes particulièrement rencontrés par les patients laryngectomisés, se composant de 35 questions permet d'explorer :

✚ Les symptômes et les effets secondaires des traitements par rapport à :

- ❖ La douleur : 4 items (Q 1 à 4)
- ❖ La déglutition : 4 items (Q 5 à 8)
- ❖ Le goût et l'odorat : 2 items (Q 13, 14)
- ❖ La voix et la parole : 3 items (Q 16, 23, 24)
- ❖ L'alimentation : 4 items (Q 19 à 22)
- ❖ La dentition : 1 item (Q 9)
- ❖ L'ouverture buccale : 1 item (Q 10)
- ❖ La sécheresse buccale : 1 item (Q 11)
- ❖ La salive collante : 1 item (Q 12)
- ❖ La toux : 1 item (Q 15)
- ❖ Le malaise : 1 item (Q 17)

✚ Le fonctionnement social :

- ❖ L'apparence et le contact social : 5 items (Q18, 25 à 28)
- ❖ La sexualité : 2 items (Q 29, 30)

✚ En fin de questionnaire, 5 questions ont été posées concernant :

- ❖ La prise d'anti-douleurs : 1 item (Q 31)
- ❖ La prise de suppléments nutritionnels : 1 item (Q 32)
- ❖ L'utilisation d'une sonde d'alimentation : 1 item (Q 33)
- ❖ La perte de poids : 1 item (Q 34)
- ❖ La prise de poids : 1 item (Q 35)

Les 30 premières questions sont mesurées à l'aide d'une échelle d'intensité allant de 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup). Les 5 dernières questions obtiennent une réponse par (oui) ou par (non). Il est rappelé au patient que les questions posées concernent «la semaine passée», «la semaine qui vient de s'écouler». Ces expressions sont reprises trois fois dans le questionnaire pour cibler le cadre temporel de l'enquête.

Les différences culturelles d'un pays à l'autre nécessitent le recours à des méthodes de traduction dans le but de maintenir la validité du contenu du questionnaire.

Plusieurs méthodes d'adaptation transculturelle ont été proposées dans la littérature par des experts dans le domaine de la santé lié à la qualité de vie.

Pour ceci, nous avons eu recours à la version arabe dialectale du questionnaire choisi (H&N35 Ad) afin d'améliorer la compréhension de l'entretien médecin-patient (**Annexe 3**). [7]

✚ Analyse statistique : Calcul des scores

Pour rappel, cette échelle se compose de 35 items regroupés en 18 sous-échelles citées sus-dessus, figurent dans le tableau des scores brutes N°1.

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Pour les items correspondants aux symptômes, aux effets secondaires des traitements et au fonctionnement social, nous avons choisi de donner « **les scores bruts** ».

Ces derniers vont de 1 à 4 pour toutes les dimensions sauf les cinq derniers items du questionnaire QLQ H&N-35 qui sont des interrogations totales dont le score est de 1 ou 2.

« **Un score plus faible indique une meilleure qualité de vie** ». [8]

Les scores sont calculés de la manière suivante :

- ✓ Score brut = SB = $(I1 + I2 + I3 + \dots + In) / n$
- ✓ I1, I2, ..., In : correspondent aux items qui forment la dimension
- ✓ n : Nombre d'items renseignés



Résultats



I. Épidémiologie :

1. Le sexe :

27 de nos patients étaient des hommes contre 1 femme soit respectivement 96% et 4% avec un sex-ratio de 27.

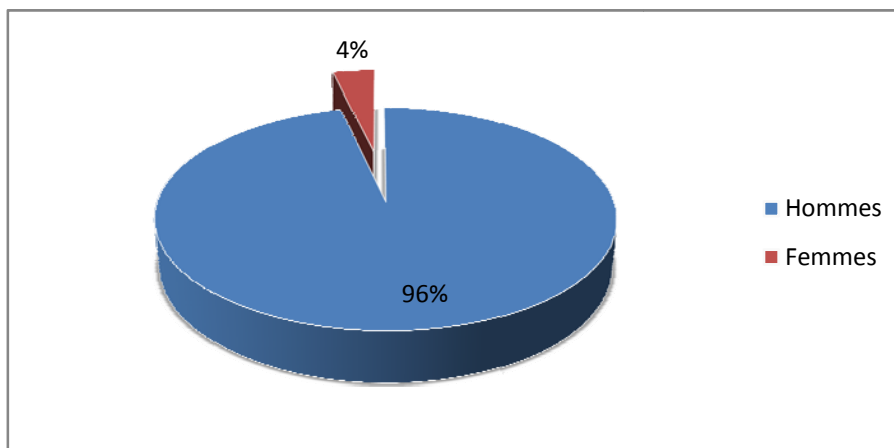


Figure 1 : Répartition des malades selon le sexe

2. L'âge :

L'âge moyen était de 60 ans avec des extrêmes allant de 40 ans à 79 ans. La tranche d'âge la plus représentative était celle de 60-69 ans.

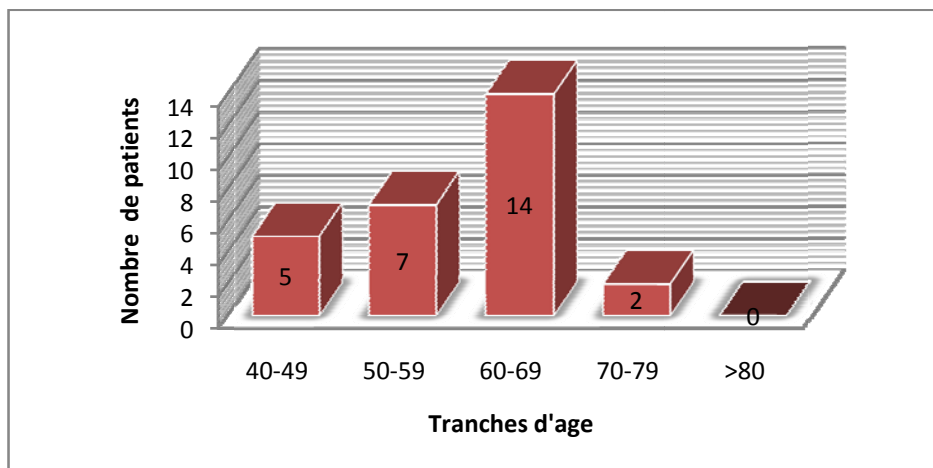


Figure 2 : Répartition des malades selon les tranches d'âge

3. Le statut marital :

Tous nos patients étaient mariés et vivaient en famille.

4. Le niveau socio-économique :

17 patients sur 28 avaient un niveau socio-économique bas et les 11 restants avaient un statut moyen, soit respectivement 61% et 39%.

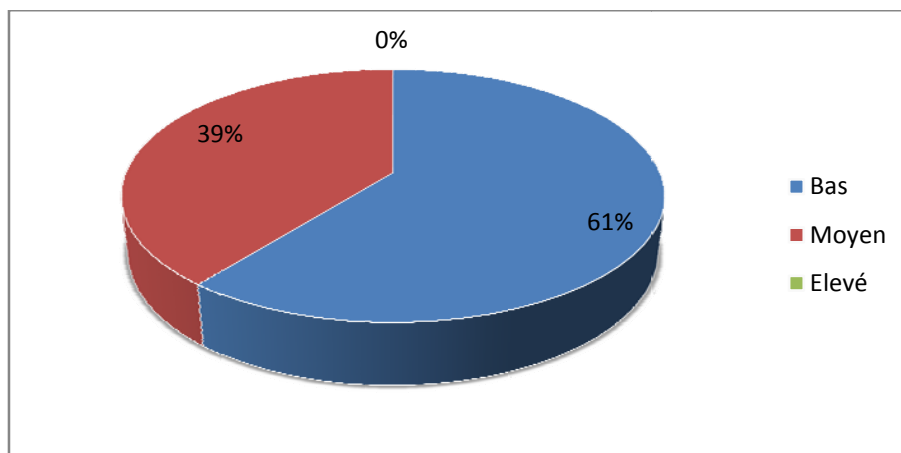


Figure 3: Répartition des malades selon le niveau socio-économique

5. Le niveau d'étude :

3 (11%) patients n'étaient pas scolarisés, 23 (82%) avaient fait des études secondaires avec ou sans obtention de Baccalauréat, et seuls 2 (7%) avaient suivi un cursus supérieur.

6. L'origine :

26 patients étaient d'origine urbaine soit 93%.

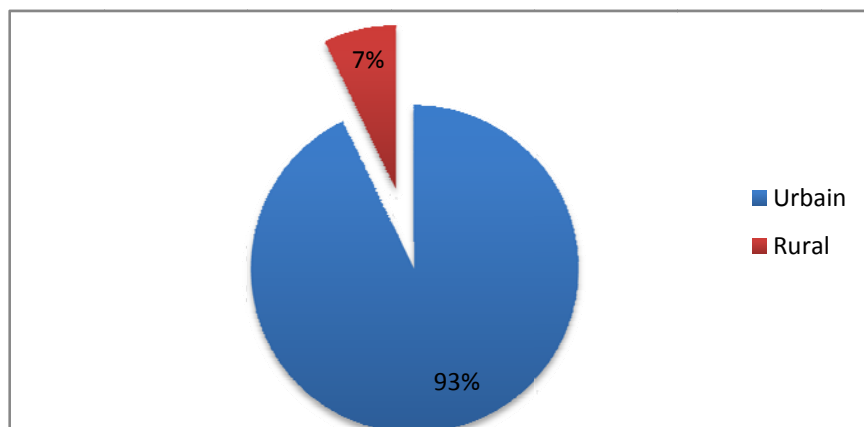


Figure 4 : Répartition des malades selon l'origine

7. La profession :

50% des patients étaient déjà des retraités ; 11 ont été mis à la retraite pour raison de leur maladie soit 39% ; 2 étaient en activité (7%) et 1 n'avait pas de profession (4%).

II. Antécédents et facteurs de risques :

1. Habitudes toxiques :

1.1. Tabagisme :

26 cas d'intoxication tabagique ont été retrouvés chez nos patients soit 93%. Nous avons noté une moyenne de consommation de 40 paquets-années.

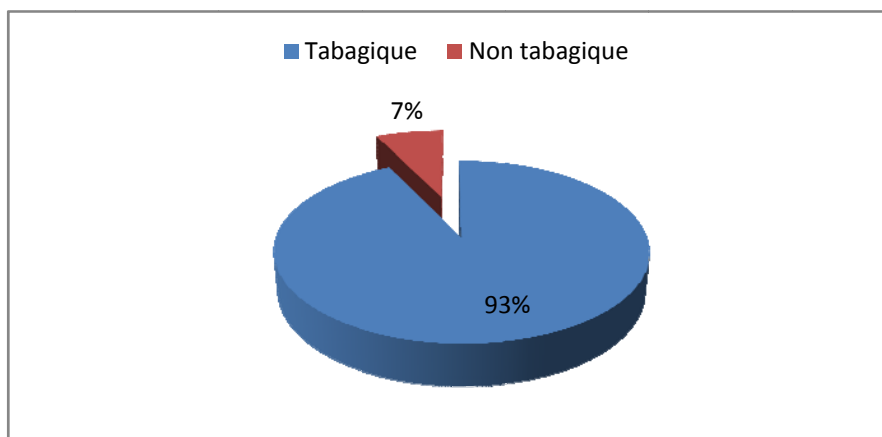


Figure 5 : Répartition des malades en fonction de l'intoxication tabagique

1.2. Alcoolisme :

Une intoxication alcoolique a été retrouvée seulement chez 10 patients soit 36%.

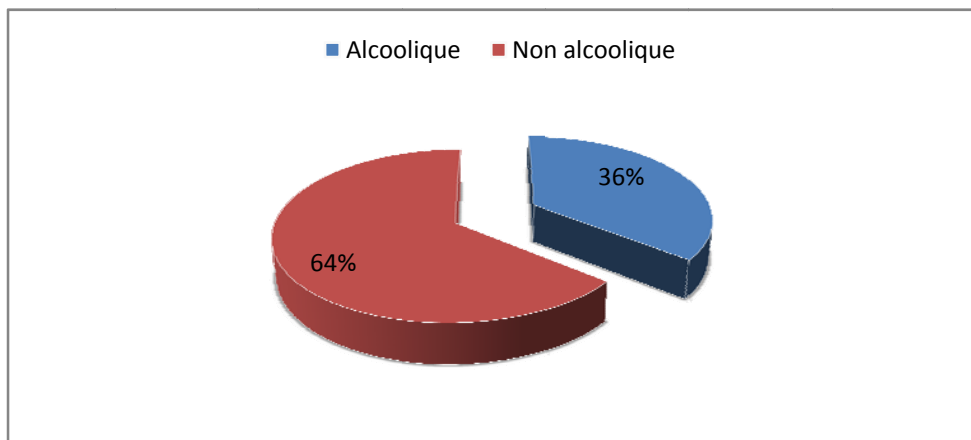


Figure 6 : Répartition des malades en fonction de l'intoxication alcoolique

1.3. Autres drogues :

Dans notre série, nous avons noté 2 cas de cannabisme.

2. Antécédents médicaux :

2.1. L'irradiation cervicale :

Nous n'avons noté aucune notion d'irradiation cervicale chez nos patients.

2.2. Antécédents psychiatriques :

Aucun de nos patients n'a été suivi pour des troubles psychiatriques.

2.3. Tumeurs métachrones :

Aucun cas de tumeur métachrone n'a été signalé dans notre série.

2.4. Co morbidité :

1 patient était suivi pour un adénocarcinome prostatique sous hormonothérapie, et avait bénéficié d'une angioplastie sur syndrome coronarien aigu ST+.

3. Antécédents chirurgicaux :

4 patients ont été opérés pour : Tympanoplastie, thyroïdectomie totale et sinusite.

4. Antécédents familiaux :

Aucun cas de cancer de larynx ou d'autre pathologie n'a été signalé chez les familles de nos patients.

III. Données cliniques :

1. Type d'intervention :

Sur les 28 patients, 13 ont subi une laryngectomie totale (46%) ; 10 ont subi une pharyngo-laryngectomie totale (36%) avec curage ganglionnaire cervical alors que 5 seulement ont bénéficié d'une laryngectomie partielle (18%).

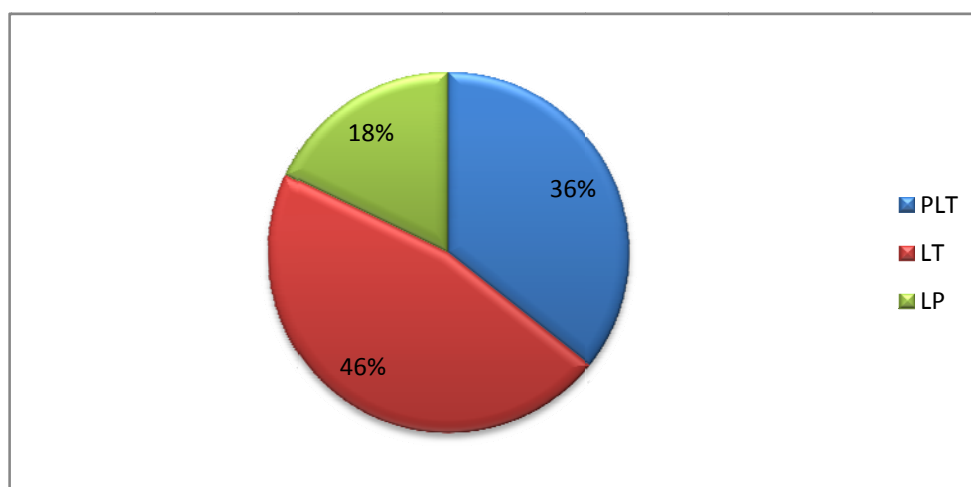


Figure 7 : Répartition des malades selon le type d'intervention

2. Planning des consultations :

Tous les mois pendant les 6 premiers mois, puis tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 5 ans, enfin une fois par an à vie.

3. Examen clinique :

3.1. L'état général :

L'altération de l'état général était constante chez tous nos patients, de manière variable selon le délai par rapport à l'intervention ; l'amaigrissement était plus rapide chez les malades récemment opérés.

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

3.2. L'hygiène bucco-dentaire :

L'hygiène bucco-dentaire était défectueuse chez 25 patients soit 89% ; ce qui avait nécessité une consultation dentaire : Soins des caries avec extractions dentaires multiples.

3.3. La trachéostomie :

15 sur 23 laryngectomisés totaux, soit 65%, ont appris à effectuer eux-mêmes les soins quotidiens du trachéostome ; alors que dans 35% des cas, ils ont été réalisés par une tierce personne notamment un membre de la famille.

3.4. Signes fonctionnels :

Les principaux signes rapportés par nos patients étaient :

- ❖ Salive collante : 23 cas soit 82,14%
- ❖ Sécheresse buccale : 13 cas soit 46,42%
- ❖ Dysgueusie : 23 cas soit 82,14%
- ❖ Dysosmie : 23 cas soit 82,14%
- ❖ Troubles de la déglutition : 10 cas soit 35,71%
- ❖ Dyspnée : 5 cas soit 17,85%
- ❖ Toux : 13 cas soit 46,42%
- ❖ Nausées/ vomissements : 5 cas soit 17,85%

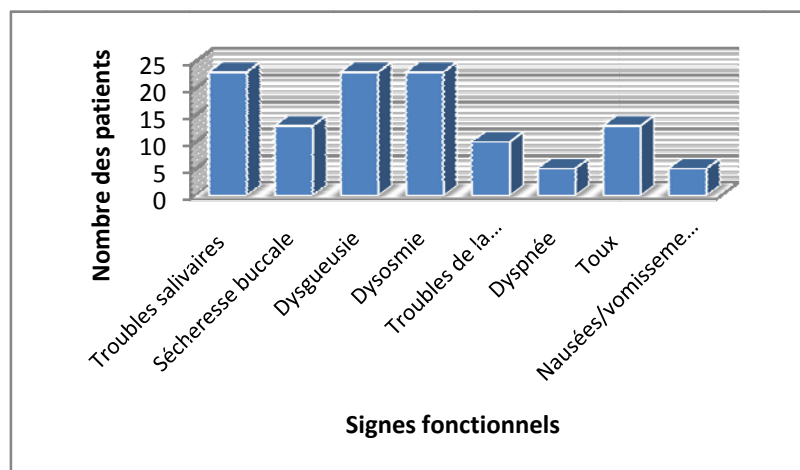


Figure 8 : Répartition des malades en fonction des signes cliniques

IV. Données paracliniques :

1. Type histologique :

L'examen anatomopathologique avait objectivé un carcinome épidermoïde chez la totalité de nos patients.

V. Prise en charge associée à la chirurgie laryngée

1. Radiothérapie et chimiothérapie:

21 patients sur 28 ont bénéficié d'une radio chimiothérapie dont 19 cas étaient en postopératoire (68%) et seulement 2 en néo adjuvant (7%).

2. Thyroïdectomie :

3 patients (11%) ont bénéficié d'une thyroïdectomie associée et qui ont été mis sous traitement hormonal.

3. Consultation psychiatrique :

5 patients (18%) ont présenté un état dépressif en post opératoire ce qui avait nécessité une intervention de psychiatrie.

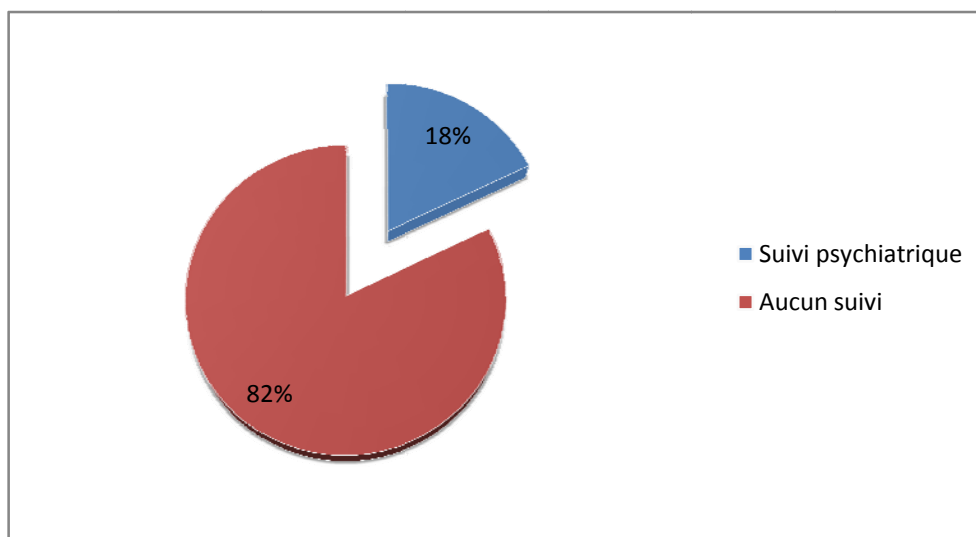


Figure 9 : Répartition des malades selon le soutien psychologique

4. Rééducation orthophonique :

✚ La voix œsophagienne :

Tous nos patients laryngectomisés ont bénéficié de séances d'orthophonie pour pouvoir apprendre la voix oro-œsophagienne.

✚ La voix trachéo-œsophagienne avec implant phonatoire :

3 patients seulement ont bénéficié d'implant phonatoire type Provox.

✚ Le laryngophone :

L'électro larynx ou laryngophone a été utilisé seulement chez 3 patients sur 28 soit 10%.



Figure 10 : Électro larynx (Laryngophone)

VI. Surveillance :

Une récurrence tumorale a été observée chez 3 patients soit 11% alors que 2 patients ont présenté des métastases soit 7%.

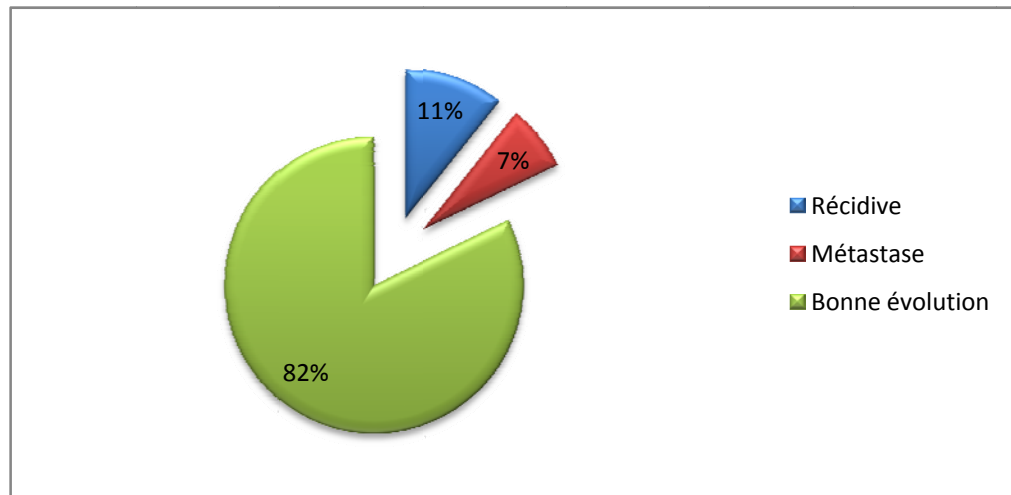


Figure 11 : Répartition des malades selon l'évolution clinique

VII. Evaluation de la qualité de vie :

1. Réponses du module spécifique QLQ-H&N35 :

1.1. Analyse descriptive :

- La douleur :
 - Pour les 3 items premiers, 71% à 75% des patients n'avaient pas de douleur, alors que 25 % d'entre eux ont ressenti des douleurs d'ordre faible.
 - Pour la 4^{ème} question, la répartition sur les deux premières valeurs, « *pas du tout* » et « *un peu* » était presque la même. Les patients sont concernés par les douleurs de gorge surtout « *au début* ».

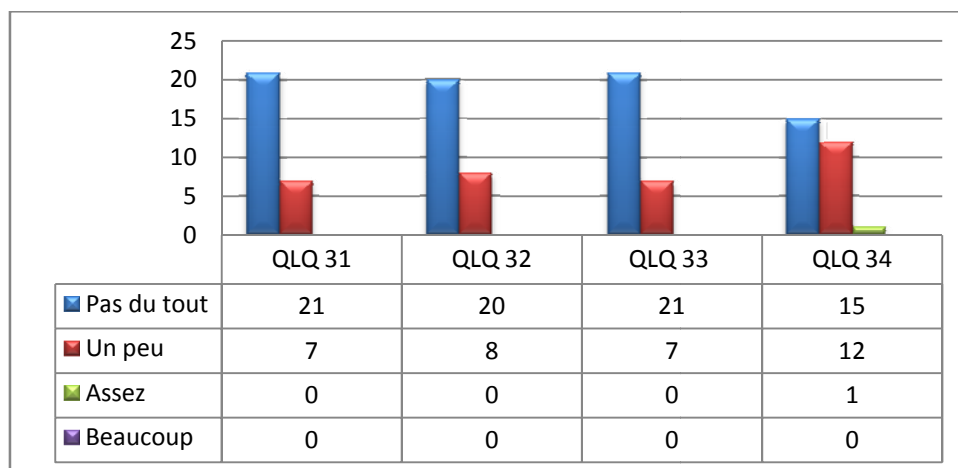


Figure 12 : Réponses des patients aux items de la douleur

▪ La déglutition :

60 à 75% des patients n'avaient pas de problème de déglutition, alors que 21 à 32% d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre faible, et seuls 3 à 10% d'ordre modéré.

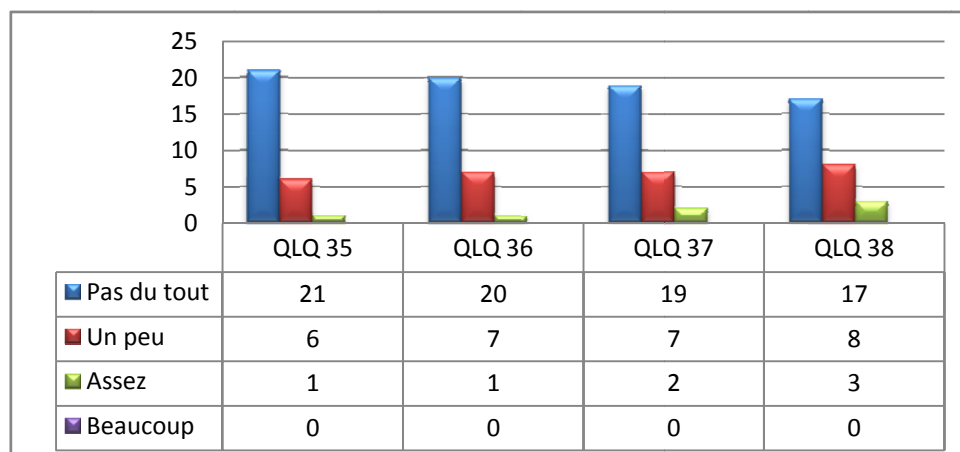


Figure 13 : Réponses des patients aux items de la déglutition

▪ Le goût et l'odorat :

67% des patients avaient des troubles de l'odorat et du goût d'ordre faible et seulement 17,85% d'ordre modéré alors que 17,85% ne rapportaient aucun problème concernant ces 2 items.

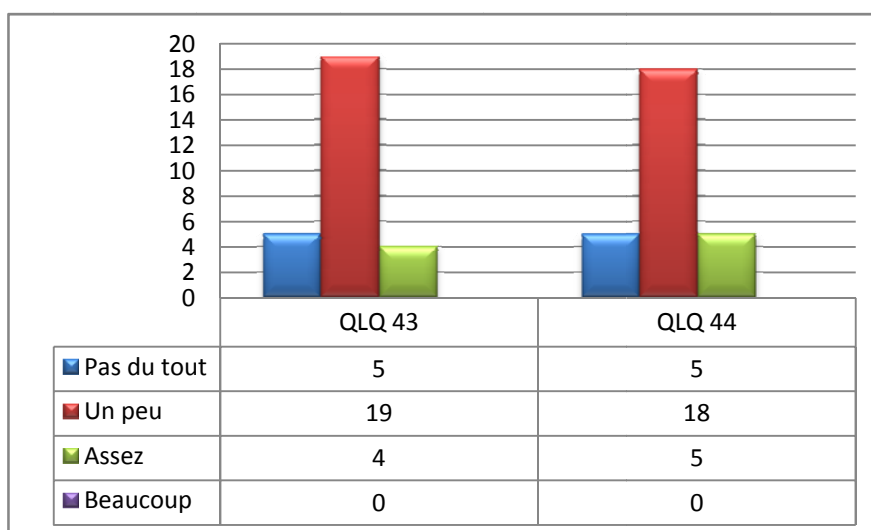


Figure 14 : Réponses des malades aux items de l'odorat et de gout

- La voix et la parole :
 - Concernant l'item N°46, 57% des patients n'avaient aucun problème concernant la voix et la parole alors que 14% ont répondu par « un peu » ; 7% par « assez » et 21% par « beaucoup ».
 - Pour les deux derniers items, 82% des patients ont rapporté des difficultés à parler à d'autres personnes et au téléphone.

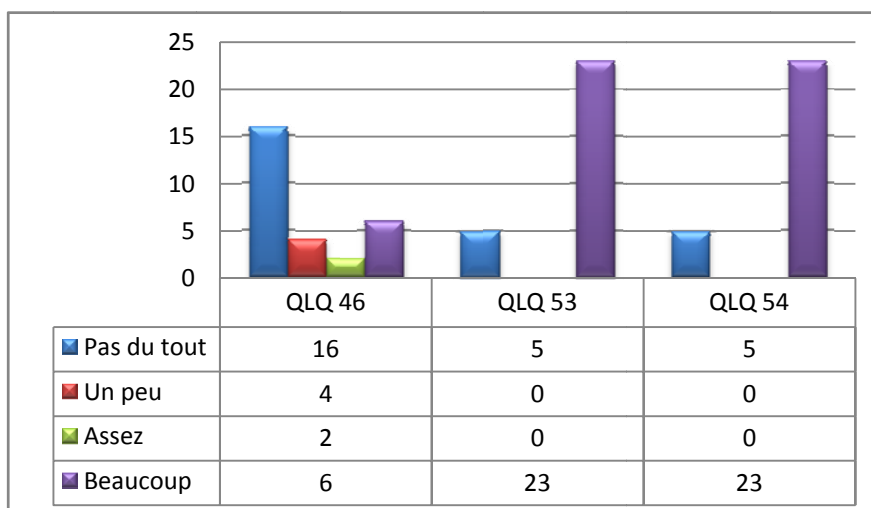


Figure 15 : Réponse des malades aux items de la voix et de la parole

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

- L'alimentation :
 - Item 51 : 64% des cas avaient des difficultés à manger devant d'autres personnes.
 - Item 50 : 50% des cas ne supportaient pas de prendre leur repas devant la famille.
 - Item 52 : 64% des cas avaient légèrement des difficultés à prendre plaisir aux repas alors que les 14% ont répondu par « assez ».

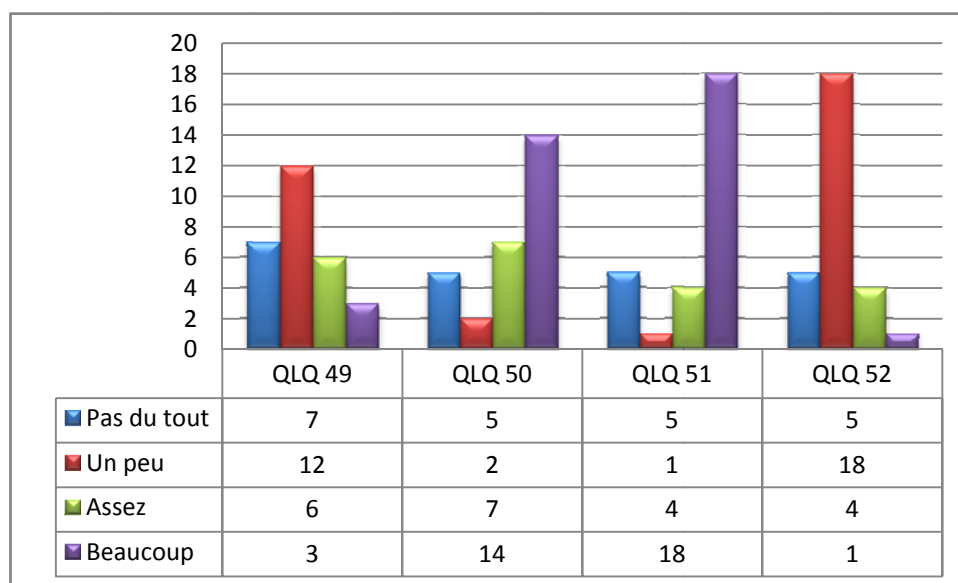


Figure 16 : Réponses des malades aux items de l'alimentation

- La dentition :
 - 64% des patients avaient des problèmes de dents dont 46% ont répondu par « assez ».
 - Seulement 11% n'avaient aucun problème concernant la dentition.
 - 36% de nos patients étaient porteurs d'appareil dentaire.

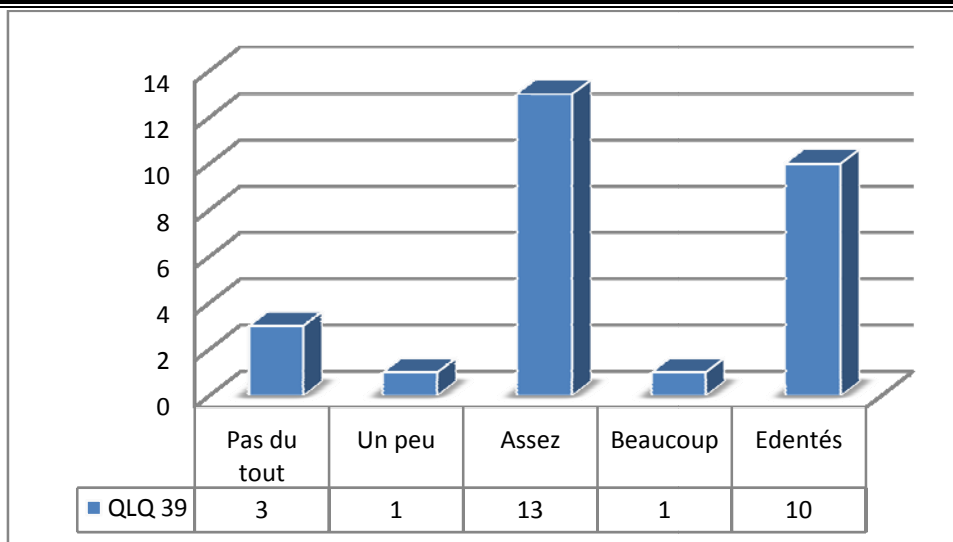


Figure 17 : Réponses des malades aux items de la dentition

▪ L'ouverture buccale :

71% des patients n'avaient pas des problèmes à ouvrir largement la bouche ; 17% ont répondu par « un peu » et 10% par « assez ».

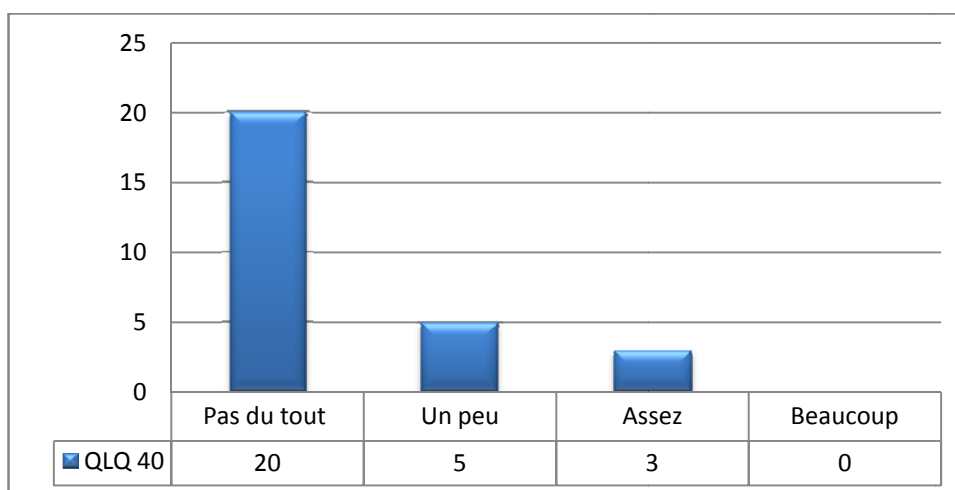


Figure 18 : Réponses des malades à l'item de l'ouverture buccale

▪ La sécheresse buccale :

- Item 41 : 39% des cas avaient la bouche sèche alors que 50% n'avaient aucun trouble.

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

La salive collante :

- Item 42 : 39% des cas avaient la salive collante contre 46% qui n'en avaient pas.

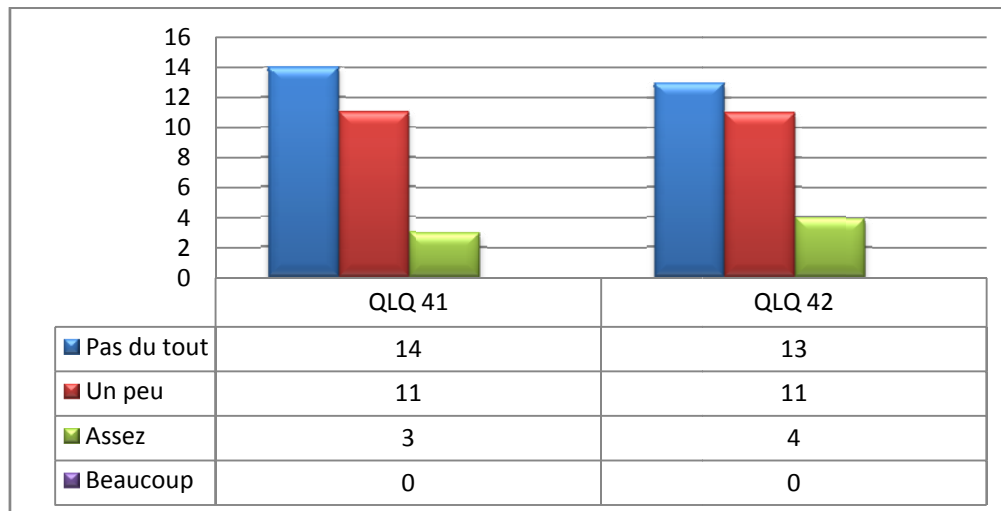


Figure 19 : Réponses des malades aux items des troubles salivaires

La toux :

- 28% des patients ont rapporté la notion de la toux ; 17% ont répondu par « assez » alors que la moitié ne rapportait aucun trouble.

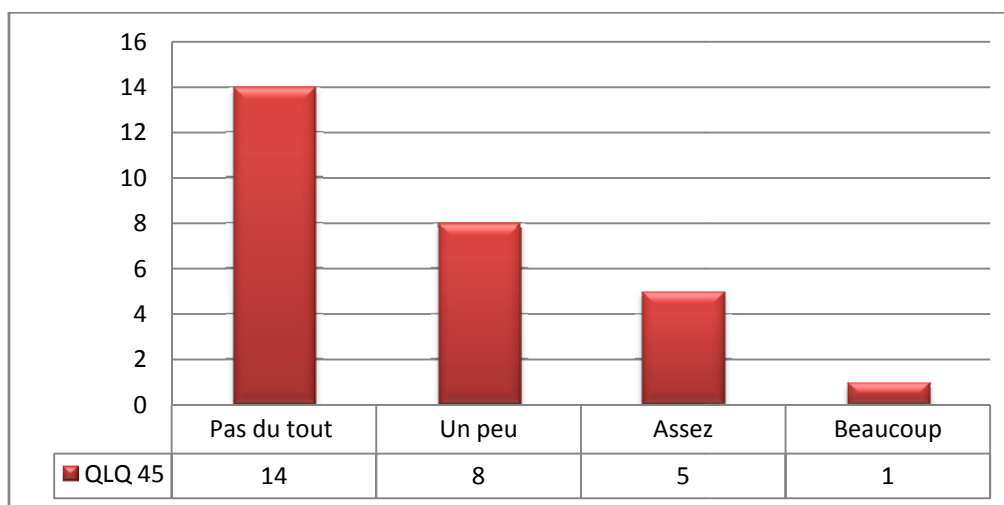


Figure 20 : Réponses des malades à l'item de la toux

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

- Le malaise :

La valeur « pas du tout » est surreprésentée à 67.8% alors que 32% des cas se sont sentis mal ; les deux valeurs fortes « assez » et « beaucoup » étaient inexistantes.

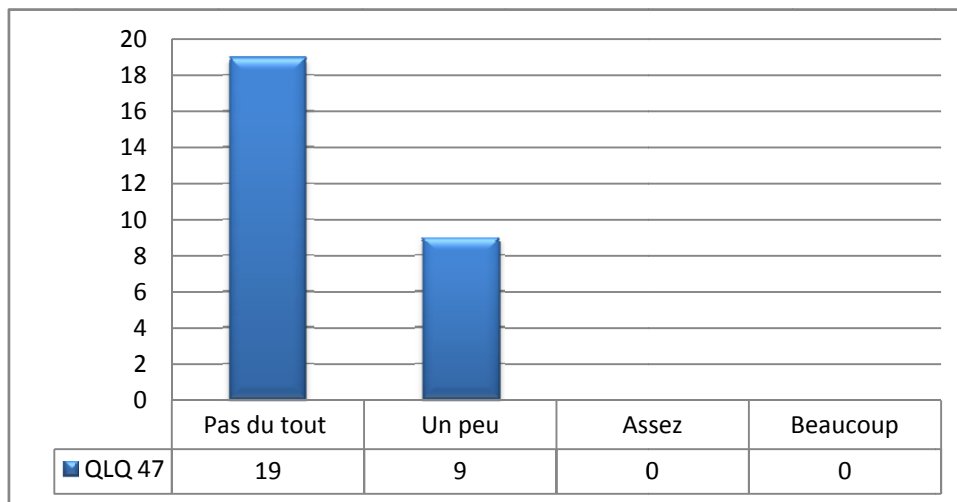


Figure 21 : Réponses des malades à l'item de malaise

- L'apparence et le contact social :

Les réponses se situaient pour l'immense majorité des cas sur la valeur « assez » ; 64 à 78% des cas avaient des difficultés à avoir un contact social avec leur famille ainsi qu'avec leurs amis et à sortir en public.

25 à 42% étaient préoccupés par leur apparence tandis que 28,5% étaient indifférents.

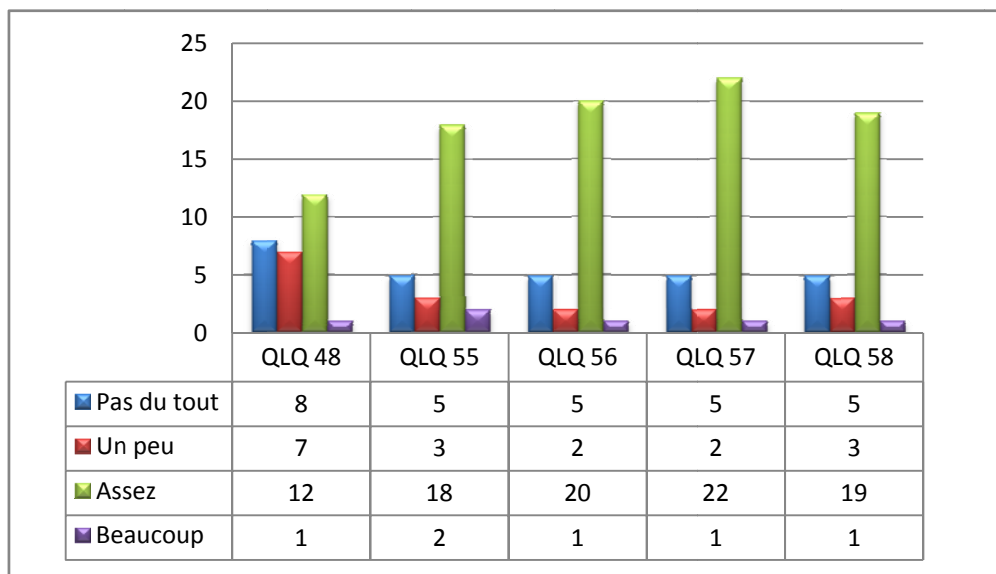


Figure 22 : Réponses des patients aux items de contact social

▪ La sexualité :

60,7% des patients ont rapporté la notion des troubles de la sexualité (moins d'intérêt aux relations et moins de plaisir sexuel) tandis que 25% n'en avaient pas.

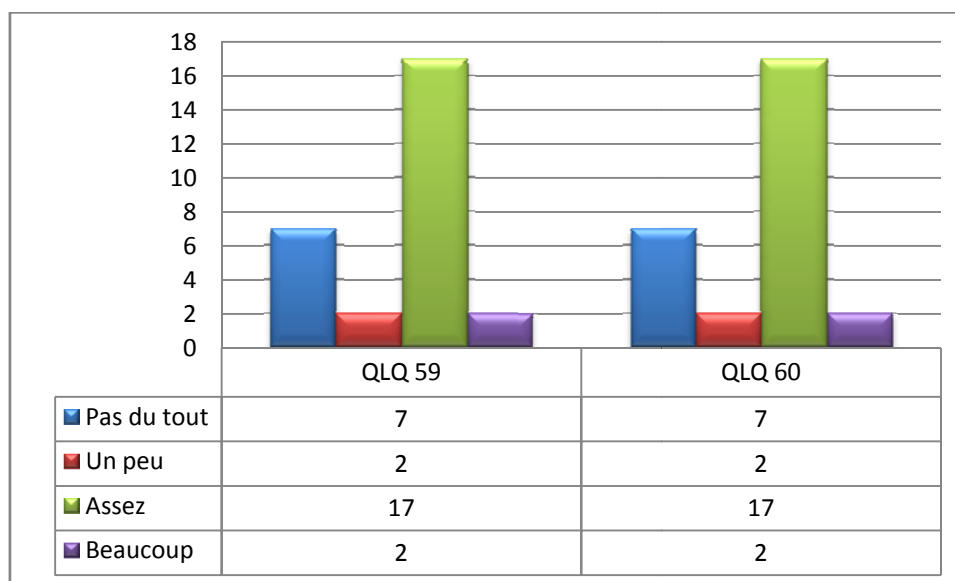


Figure 23 : Réponses des patients aux items de la sexualité

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

- **La prise d'anti-douleurs :**

71,5% des patients n'ont pas pris d'anti douleurs et seulement 28,5 % ont répondu affirmativement

- **La prise de suppléments nutritionnels :**

78,5% des cas n'ont pas pris de suppléments nutritionnels.

- **L'utilisation d'une sonde d'alimentation :**

Personne n'a utilisé une sonde d'alimentation au cours de la semaine dernière.

- **La perte de poids :**

35,7% des patients ont maigri alors que 64,3 % ont gardé le même poids.

- **La prise de poids :**

Sur les 28 patients, personne n'a pris du poids.

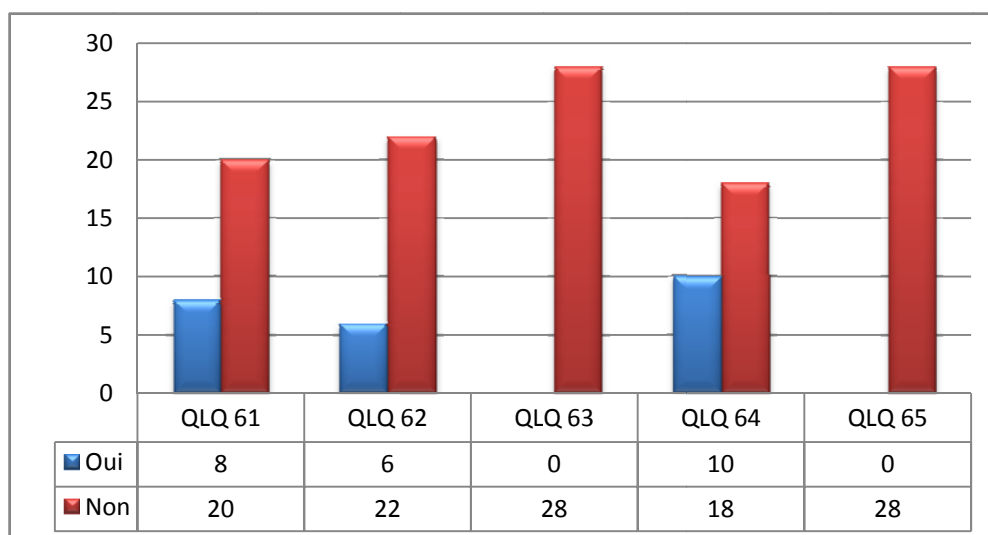


Figure 24 : Réponses des patients aux interrogations totales

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

1.2. Analyse statistique : Calcul des scores

Tableau I : Scores bruts des items de l'EORTC H&N QLQ35

Sujets	Douleur	Déglutition	Odeur/gout	Voix/parole	Alimentation	Dentition	Ouverture buccale	Sécheresse buccale	Salive collante	Toux	Malaise	Contact social	Sexualité	Anti douleurs	Suppléments nutritionnels	Sonde d'alimentation	Perte de poids	Prise de poids
1	1	1	1	1	4	1	3	1	1	2	2	3,4	4	1	1	2	1	2
2	1,75	1,25	3	3	3	3	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2
3	1	1	2	3	1	--	2	3	3	2	2	1	1	2	1	2	2	2
4	1,5	1,5	2	3	2	3	1	1	1	2	2	2,6	1	1	2	2	2	2
5	1	1	2	3	1	3	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2
6	1,25	1	2	3	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2
7	1	1	1	1	4,66	3	1	2	1	3	1	2	1	2	2	2	2	2
8	1,5	2	3	3,66	3	1	3	2	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2
9	1	1	2	1	1	3	1	3	1	3	1	1,6	4	2	2	2	1	2
10	1,25	1,25	2	3	1	--	2	2	1	2	2	2,4	1	1	2	2	2	2
11	1	1	1	3	2,5	--	1	1	2	1	1	2,8	3	2	2	2	1	2
12	1,5	1	3	3	4,66	3	1	1	3	1	1	2,8	3	2	2	2	2	2
13	1,5	1	2	1	3	--	3	3	2	1	1	2,8	3	2	1	2	1	2
14	1,5	1,25	2	3,33	3	3	1	1	2	1	1	3	3	1	2	2	2	2
15	1,25	1,25	1	3,33	2,75	4	2	2	1	1	1	1,8	3	2	2	2	2	2
16	1,25	1,25	3	3	1,75	3	1	1	2	1	1	2,2	3	2	2	2	2	2
17	1	1,25	1	1	3	--	1	2	3	4	2	2,8	3	2	1	2	1	2
18	1	1	2	3	3	3	1	1	2	1	1	3	3	1	2	2	2	2
19	1,25	1,5	2	3	3	3	2	2	1	3	2	3	3	2	2	2	2	2
20	1	1	2	3,33	3	--	1	1	2	1	1	3	3	2	2	2	2	2
21	1,5	2,25	2	3,33	3	3	1	2	1	2	1	3	3	1	1	2	1	2
22	1,75	2,25	1,5	3,66	3	3	1	1	2	1	1	3	3	2	2	2	2	2
23	1,5	1,25	2,5	4	3	--	2	2	1	3	1	3	2	2	2	2	2	2
24	1,25	1,25	2	4	3,25	--	1	2	2	1	1	3	1	2	2	2	1	2
25	1,5	1,75	2	4	2,5	--	1	1	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2
26	1,75	2,25	2	4	3	3	1	2	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2
27	1,5	1,75	2	4	3	--	1	1	2	1	1	3	3	2	2	2	1	2
28	1,25	2	2	4	3	3	1	1	2	3	1	3	3	2	2	2	1	2
Moyenne	1,30	1,36	1,96	2,91	2,75	1,78	1,39	1,64	1,67	1,71	1,32	2,4	2,5	1,71	1,78	2	1,64	2

2. Réponses de l'entretien semi-directif :

Lors de l'entretien semi-directif, nous avons abordé les items suivant :

2.1. La communication :

Tous nos patients ont communiqué avec la voix chuchotée et avec les gestes en dehors de la voix acquise par la réhabilitation vocale. Alors qu'aucun d'entre eux, n'a utilisé l'écriture comme moyen de communication.

2.2. La satisfaction et l'aspect physique :

Sur 28 patients, 10 étaient très satisfait de leur aspect physique ; alors que 5 en étaient satisfaits et seulement 3 étaient insatisfaits ; soit respectivement 55%, 28% et 17%.

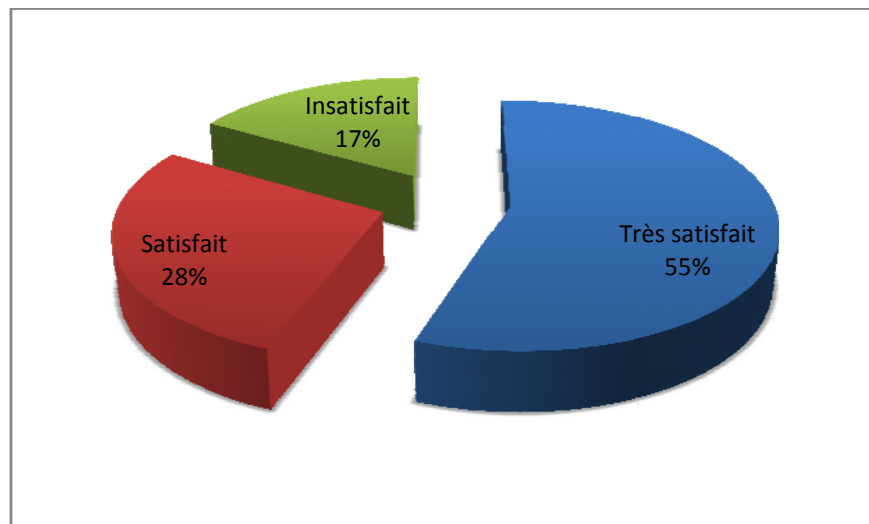


Figure 25 : Réponses à l'item de satisfaction et d'aspect physique

2.3. L'impact de l'intervention :

Tous nos patients ont jugé l'intervention comme étant lourde.

2.4. Le regret de l'intervention :

5 patients sur 28 ont regretté l'intervention ; alors que 10 ont répondu par « parfois » et seulement 3 ont répondu par « jamais ».

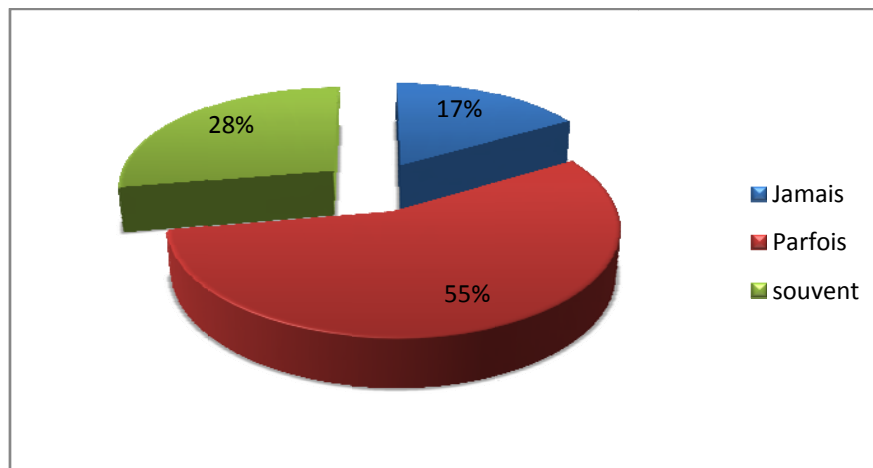


Figure 26 : Réponses à l'item de regret de l'intervention

2.5. Les idées suicidaires :

5 patients sur 28 ont eu des idées suicidaires soit 18%.

2.6. Conseils :

Tous nos patients ont partagé les memes conseils avec les malades atteints de cancer du larynx, programmés pour la meme intervention : La laryngectomie.

- ❖ « ça va etre difficile au début ! Mais vous allez vous adapter avec le temps »
- ❖ « Le temps guérit toutes les blessures ! »
- ❖ « Acceptez vous l'intervention pour vous sauver la vie ! »
- ❖ « Votre famille ainsi que vos proches et amis vous attendent, alors ayez le courage et faites face à la maladie pour la vaincre ! »
- ❖ « Ne lachez pas prise pour pouvoir combattre le cancer ! »
- ❖ « Lisez le Coran pour vous guider ! »



Discussion



I. Généralités :

1. Concept de la qualité de vie (QDV) :

La notion de la QDV est complexe et soumise à une évaluation permanente des mentalités quant à la notion de qualité, avec des dimensions sociales, économiques, médicales..., et c'est un concept multidirectionnel, subjectif et difficile à mesurer. [9]

Intuitivement, la qualité de vie est une notion individuelle dont chacun peut légitimement donner une définition. [10]

Qu'entend-on par qualité de vie ? Est-elle mesurable ? Et si oui, comment et pourquoi ?

1.1 Définition :

L'organisation mondiale de la santé OMS définit la qualité de vie comme étant :<< la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte culturel et le système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes>> [11]. Il s'agit d'une définition très large, affectée de façon complexe par la santé physique, l'état psychologique, les croyances personnelles, les relations sociales, et les relations avec l'environnement. [11] [12]

La création de l'OMS et l'établissement de la définition multidimensionnelle de la santé, associées aux changements d'orientation de la pratique médicale dans les dernières décennies ont participé à l'éclosion de la QDV relative à la santé en tant que critère de jugement. [11]

En effet La qualité de vie liée à la santé est un « concept concernant les caractéristiques et incapacités physiques qui influent sur la capacité d'un individu à fonctionner et à en retirer satisfaction »>>. [13]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Alain Leplège [14] a établi une liste d'auteurs proposant de considérer la qualité de vie selon d'autres aspects :

- Pour « *Nordenfelt* », la qualité de vie d'une personne dépend de : l'ensemble de ses perceptions, sensations, émotions et idées ; l'ensemble de ses actions et activités ; l'ensemble de ses réussites ; l'ensemble des événements et des actions qui l'affectent. [14]
- D'après « *Marilyn Bergner* », les principaux domaines de qualité de vie recouvrent : les symptômes, le statut fonctionnel, les activités liées au rôle social, le fonctionnement social, la cognition, le sommeil et le repos, l'énergie et la vitalité, l'état ou le statut émotionnel, la perception de la santé, la satisfaction générale à l'égard de la vie. [14]
- « *James Griffin* » considère que les valeurs qui donnent à la vie « son sens, sa structure et son prix », sont : les réalisations et les succès effectifs ; l'autonomie, la liberté et la jouissance d'un bien-être matériel minimal ; la compréhension de nous-mêmes et du monde qui nous entoure ; la possibilité d'apprécier la beauté et les joies de la vie quotidienne ; l'établissement de relations personnelles authentiques avec d'autres personnes. Mais cet ensemble de besoins et désirs serait trop vaste pour que l'obligation de tous les satisfaire soit ressentie comme absolue. [14]
- « *Alain Leplège* » a lui-même dressé une liste de besoins dont la satisfaction lui semble importante : l'alimentation, le sommeil, l'activité, la vie sexuelle, l'absence de douleur, le logement, la sécurité, la stabilité, l'affection, l'amour, la communication, le sentiment de communauté, de filiation, la curiosité, le jeu et la créativité, le sentiment que la vie a un sens, l'identité, la reconnaissance sociale, le respect, l'estime de soi, et la capacité à se réaliser. Mais d'après lui, « *les dissensions de ces auteurs prouvent suffisamment que l'établissement d'une liste consensuelle des dimensions de la qualité de vie est malaisé. La recherche d'une définition universelle de la qualité de vie semble être un projet trop ambitieux mais la détermination de critères objectifs est en bonne voie.* » [14] [15]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Ainsi, la QDV relative à la santé est un concept multidimensionnel incluant au minimum les domaines physiques, psychiques et sociaux aussi bien que les symptômes liés à la maladie et aux traitements.

Ceci explique la multitude d'instruments de mesure disponibles. Ces mesures doivent aussi tenir compte de la variabilité avec le temps de ces paramètres et d'être sensibles au changement.

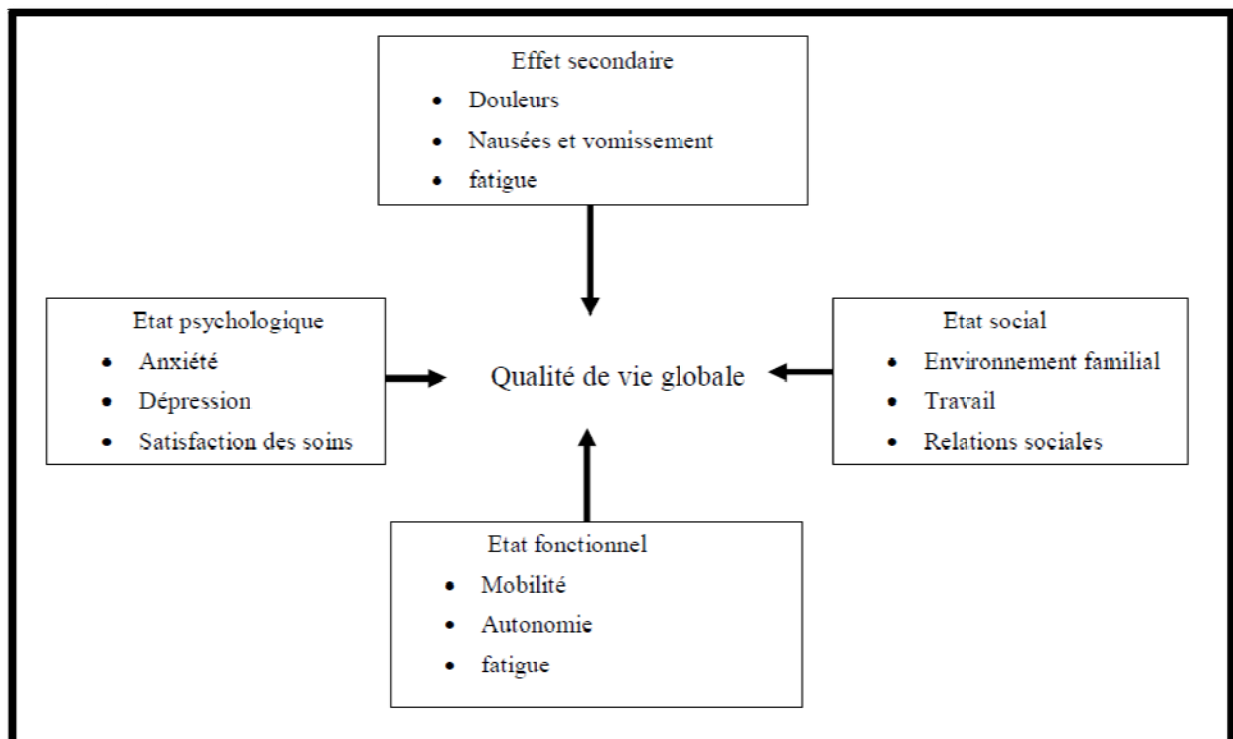


Figure 27 : Evaluation globale et pluridimensionnelle de la qualité de vie [16]

1.2 La QDV et ses mesures :

a. Généralités sur le développement des échelles :

Les mesures de la QDV, aussi appelées échelles, analysent les réponses à un questionnaire standardisé et validé. Ces échelles visent à évaluer le jugement que porte le patient sur sa QDV.

Le développement d'une échelle est un processus long et complexe. Grace aux plusieurs travaux menés depuis plus de 30 ans, la construction d'une échelle est maintenant bien codifiée.

Ce processus résulte d'une approche multidisciplinaire nécessitant la collaboration entre cliniciens, statisticiens, linguistes et psychométriciens afin d'obtenir un instrument fiable et validé. [15]

Les principales étapes du développement d'une échelle de QDV sont :

- Génération des items (experts, entretiens, littérature).
- Réduction des items (pré-étude clinique, statistiques).
- Validation psychométrique (étude clinique, statistique).
- Exploitation en clinique.

Les questionnaires doivent être pertinents et simples à comprendre. Les questions sont regroupées par thème pour explorer les différentes dimensions. Classiquement, on admet 4 dimensions pour couvrir le champ des valeurs de la QDV : [17]

- Physique : elle comporte l'activité physique quotidienne (possibilité de se déplacer, sommeil, alimentation)
- Somatique : c'est-à-dire les symptômes et la douleur, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques.

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

- Psychologique : elle comprend la vie spirituelle de l'individu (c'est-à-dire réflexion, pensée, méditation, satisfactions artistiques, prière ...), l'humeur (dépression, anxiété), les performances cognitives (mémoire, concentration) et le sentiment de bien être.
- Social : elle porte sur les relations avec autrui au niveau social, professionnel, amical, familial et les satisfactions professionnelles et maritales.

b. Déroulement d'une étude de QDV :

Après avoir validé le questionnaire, il peut être administré à des patients dans le cadre d'une étude de QDV.

Plusieurs modalités de réponses sont envisageables : dichotomiques telles que oui-non ; ordinales, telles que très souvent-souvent-parfois-rarement-jamais ; ou continues, par échelle visuelle analogique.

Ces échelles risquent de négliger des situations intermédiaires contrairement à ceux qui comportent une pondération des réponses en fonction de l'importance accordée aux différentes dimensions. [18]

Le questionnaire peut être auto-administré, lorsque le patient répond seul aux questions posées, sans intervention extérieure, ou administré par un enquêteur, qui pose les questions au patient et enregistre ces réponses.

Une fois les données recueillies, elles sont exploitées par des tests statistiques afin d'obtenir différents scores utiles pour être confrontés à des données cliniques objectives ou des données démographiques. [18]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Deux dimensions peuvent être individualisées dans toute étude de la qualité de vie :

- Une dimension objective : elle comprend le fonctionnement ainsi que les caractéristiques socioéconomiques.
- Une dimension subjective : elle comprend le bien être. Cette dernière constitue en fait un principal pilier dans l'étude de ce concept.

2. Les méthodes d'évaluation de la qualité de vie :

De nombreux instruments ont été établis pour attribuer à l'évaluation de la QDV. Ces outils ont fait l'objet d'un long développement et ayant prouvé leur validité et leur reproductibilité.

2.1 L'entretien ouvert :

C'est l'entretien libre ou semi-directif établi en consultation entre le médecin et le patient.

Il permet de cerner les désirs du patient et ses priorités. Il a comme inconvénient d'être difficilement quantifiable et en partie subjectif car dépendant du médecin, et donc ce dialogue n'a pas sa place en recherche clinique, mais en pratique quotidienne, il s'agira toujours de la meilleure approche du malade. [19]

2.2 Les méthodes psychométriques :

Elles utilisent une technique de cotation à l'aide d'un questionnaire ou des échelles visuelles analogiques.

✚ Les échelles visuelles analogiques (EVA) :

Ce sont des échelles sous forme d'une ligne de 10 cm (en général) sur laquelle le patient se situe à deux situations extrêmes du domaine exploré. Ces échelles ne comportent qu'un seul item : « comment vous sentez-vous aujourd'hui ? ».

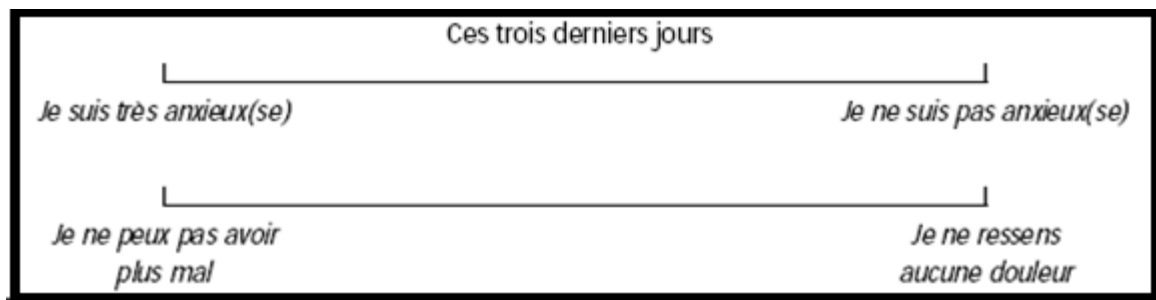


Figure 28 : Exemples d'échelles visuelles analogiques pour la mesure de la QDV [20]

Ces échelles permettent certes au patient de mettre une note à ce qu'il ressent globalement à un moment donné, mais ne permettent en aucun cas d'analyser qualitativement les problèmes posés par le malade. En quelque sorte, une échelle visuelle analogique peut jouer le rôle de « thermomètre » dont l'avantage principal est de pouvoir être fréquemment utilisé chez le même patient. [19]

✚ Les échelles catégoriques :

L'évaluation de la qualité de vie, dans ce cas, emprunte sa méthodologie à celle utilisée pour la recherche clinique en psychologie. Les oncologues et les psychométriques ont mis au point des auto-questionnaires plus adaptés à la maladie cancéreuse comprenant un nombre de questions suffisants pour explorer les divers aspects de la qualité de vie sans être trop long pour ne pas lasser le malade.

Ces échelles spécifiques à la cancérologie sont principalement utilisées dans l'évaluation thérapeutique (essais cliniques notamment), et constitués d'un questionnaire central explorant diverses dimensions de la qualité de vie et des modules spécifiques de différents organes ou symptômes. [21] [22]

✚ Les instruments génériques :

Les instruments génériques sont conçus pour l'exploration de pathologies variées, à des stades de gravité divers, et dans différents groupes socio-économiques et culturels.

Les mesures génériques donnent plus d'importance à l'aspect général de la santé, à la satisfaction du patient et explorent plus globalement certaines dimensions concernant le fonctionnement psychologique et social de l'individu. Elles couvrent des dimensions plus larges de l'état fonctionnel, du bien être et de la perception globale de la santé. [21] [22]

✚ Les instruments spécifiques :

Ils sont construits pour des groupes présentant le même type de pathologie, souvent dans le but de mesurer un changement au cours du temps (évaluation thérapeutique). Ils explorent de façon précise chaque caractéristique de la maladie exprimée sous forme de dimensions. [] Lors de leur construction, ils sont testés sur la population à laquelle ils sont destinés. [22]

II. Qualité de vie et variables sociodémographiques :

Certaines caractéristiques inhérentes aux malades sont reconnues pour avoir une influence sur la psychologie et la qualité de vie.

1. L'âge :

Les malades jeunes avec un cancer vivent une détresse psychologique plus marquée que les moins jeunes. Cette relation a été démontrée à travers plusieurs études (Vilaseca I. et al. 2006) ; (Fischer, 2013) ; donc on peut déduire que la qualité de vie globale des malades de moins de 50 ans était significativement plus faible que celle des malades de plus de 50 ans. [23] [24]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Revenant à notre étude, la qualité de vie reste satisfaisante sur certaines dimensions ; cela pourrait être expliqué par l'âge de nos patients (âge médian de notre population est de 60 ans) ; on retiendra donc l'âge comme variable protectrice de la qualité de vie et nous pouvons expliquer ce lien entre l'âge et l'altération de la qualité de vie des patients cancéreux par ce que le vieillissement physiologique a un impact sur les différentes fonctions et organes surtout la mobilité et les fonctions cognitives, ajoutant à ceci le cancer avec le risque de complications aussi bien aiguës ou chroniques.

2. Le sexe :

Par rapport au sexe masculin, et selon (Giovanni A., Robert D., 2010), la qualité de vie du sexe féminin est plus touchée par les conséquences physiques et fonctionnelles de l'intervention, par la nouvelle anatomie de leurs cous, par la perte de la voix qui les poussent à s'isoler. Elles n'arrivent plus à sortir, à communiquer avec l'entourage social et elles se limitent au cercle familial, en s'enfuyant du regard de l'entourage social. [25]

Rappelons que dans notre étude, 27 de nos patients étaient des hommes contre 1 femme.

3. Le statut marital :

Les personnes mariées présentent une meilleure adaptation que les personnes vivant seules, être entouré et avoir des relations sociales est un moteur de réussite concernant l'investissement du patient (Babin, 2011) ce qui rejoint nos résultats (Tous nos patients étaient mariés et vivaient en famille). [26]

4. Le niveau d'étude :

Le niveau d'étude aurait également un effet protecteur sur la qualité de vie (mentale et physique) : dans une étude portant sur 386 malades atteints de divers cancers, les personnes ayant un niveau de scolarité plus élevé présentaient moins d'anxiété et un niveau de QDV dans le domaine mental plus élevé. [27]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Cette constatation reste valable également dans notre contexte et pourrait alors s'expliquer par le biais d'une meilleure compréhension de la maladie chez les patients instruits.

5. La profession :

L'activité professionnelle de nos patients a été trouvée associée à la qualité de vie physique mais non mentale, ce qui concorde avec les données de la littérature. [28] [29]

III. Qualité de vie et variables transactionnelles :

1. L'origine et la religion :

Le concept de la qualité de vie dans la population marocaine n'est pas nécessairement le même que celui d'autres pays. Par exemple, dans une étude canadienne portant sur 202 malades issus de quatre communautés culturelles différentes, les scores globaux de la qualité de vie furent très différents d'une communauté culturelle à l'autre, malgré une administration des questionnaires dans la langue maternelle de chacun des malades. [30]

En plus de leur identité culturelle, il faut parfois également tenir compte de l'identité religieuse des malades. La définition d'une bonne QDV pour un pratiquant peut être très radicalement différente de celle d'un non pratiquant.

Dans notre population étudiée, la religion avait une influence potentielle sur le bien être émotionnel et à travers cette étude on a constaté que les malades réfèrent à l'utilisation de leurs croyances et leurs pratiques religieuses (prières, lecture du saint Coran...) pour faire face aux circonstances de la maladie cancéreuse et également en cherchant un réconfort.

2. Le soutien social :

Dans notre étude, Le soutien social, surtout familiale, est un prédicteur important de la qualité de vie des patients, tout en sachant que ce point présente une particularité de la société marocaine et généralement musulmane. Les patients dans la majorité des cas sont pris en

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

charge par leurs proches avec un soutien tout au long de la maladie ce qui explique le niveau satisfaisant de la qualité de vie de nos patients.

L'étude de Martin et al. en 1994 a confirmé ces résultats en montrant que le soutien social est considéré comme le plus utile et apprécié par des sujets atteints d'un cancer, par rapport à des sujets (groupe de contrôle) ayant un trouble chronique moins grave. [31]

IV. Qualité de vie et EORTC QLQ H&N35 :

Emmanuel Babin [26] [32] s'est particulièrement intéressé à la qualité de vie des personnes ayant subi une chirurgie laryngée : Laryngectomie totale et pharyngo-laryngectomie totale.

Après une telle intervention, rappelons que l'espérance de vie de ces personnes est réduite : un tiers, voire la moitié sont encore en vie 5 ans plus tard. Les laryngectomisés sont alors basculés dans le monde des handicapés.

Ainsi, ils vont subir des bouleversements physiques, psychiques et sociaux qui auront un impact sur leur qualité de vie. [32]

1. Impact sur la qualité de vie physique :

La laryngectomie entraîne des modifications anatomiques et fonctionnelles très importantes, tout en altérant certaines fonctions physiologiques de l'individu :

1.1 La respiration :

La création du trachéostome modifie totalement le schéma respiratoire : L'air passe désormais par ce nouvel orifice et non plus par le nez ni par la bouche. Par conséquent, il n'est plus filtré, ni humidifié et réchauffé. La sécheresse de l'air autour du trachéostome augmente la production de mucus, irrite, et peut provoquer la formation de croûtes et de bouchons muqueux. [32]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Rappelons que dans notre étude, 50% de nos patients ont rapporté la notion de la toux. Le port d'un filtre, est donc, vivement conseillé au patient pour éviter le passage de sécrétions et mucosités dans la trachée et dans les bronches, et ainsi se protéger des infections des voies aériennes supérieures.

1.2 La déglutition :

Les fausses routes sont impossibles du fait de la suppression du carrefour aéro-digestif. Cependant, certains troubles de la déglutition peuvent apparaître.

Ce qui rejoint d'ailleurs nos résultats, puisque 60 à 75% de nos patients n'avaient aucun trouble de déglutition. En effet, une mauvaise cicatrisation ou une sténose de l'œsophage peuvent être à l'origine de stases et de troubles dysphagiques. Une radiothérapie complémentaire à la chirurgie carcinologique peut en être également responsable ou aggraver ce trouble, notamment par l'hyposialie (voire asialie) qu'elle provoque. [26]

1.3 La phonation :

La perte de la voix originelle constitue un des éléments majeurs de l'altération de la qualité de vie. Elle est ressentie comme le plus grand trouble pour les patients laryngectomisés.

La privation de la fonction phonatoire est sans doute la conséquence la plus terrifiante de l'opération. Immédiatement après l'intervention, le patient ne pourra communiquer que par voix chuchotée, par écrit, et/ou par les gestes. Puis, dès que possible, il débutera l'apprentissage de la voix œsophagienne avec l'orthophoniste.

Deux alternatives sont alors proposées au patient pour pouvoir s'exprimer :

D'une part la voix trachéo-œsophagienne (VTO), d'autre part la voix oro-œsophagienne (VOO). [33]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Dans notre étude, tous nos patients ont bénéficiés de séance d'orthophonie pour pouvoir apprendre la VOO et 3 seulement ont bénéficié d'implant phonatoire de type provox. Nous avons remarqué que la plus grande majorité soit 82% des patients avaient des difficultés à parler à d'autres personne. Et selon les scores bruts calculés, l'item de la voix et de la parole était le plus touché avec une moyenne de 2,91 ; ce qui indique une mauvaise qualité de vie.

Il est important de noter que la voix de substitution obtenue est souvent très loin d'être de la qualité attendue par les patients. D'autre part, les laryngectomisés sont souvent assimilés à des sourds : l'entourage leur parle fort, et on observe une tendance à s'adresser davantage au conjoint.

Avec leur voix de substitution, ils craignent de ne pas être entendus dans les lieux bruyants et de ne pas être compris. L'impossibilité d'exprimer pleinement leurs émotions (rire, colère, etc.) entraîne un sentiment de frustration chez les laryngectomisés totaux. Les relations avec autrui s'en trouvent altérées. [32]

1.4 Le trachéostome :

La présence de cet orifice trachéal constitue une plainte majeure dans la vie chez 25% des laryngectomisés (Natvig, 1984). [34]

Les doléances sont liées notamment aux soins quotidiens de nettoyage qui peuvent provoquer du dégoût et entraîner une gêne. Outre cet aspect, ce trachéostome est aussi source d'angoisse avec une crainte d'inhalation d'eau lors de la douche, une impression de manquer d'air. [34]

Rappelons que dans notre étude, 65% de nos patients ont appris à effectuer eux-mêmes les soins quotidiens du trachéostome, malgré les difficultés qu'ils approuvent, et seulement dans 35% des cas, ces soins ont été réalisés par une tierce personne. Ce « trou » apparaît donc bien ici comme un facteur d'altération de la qualité de vie.



Figures 29 et 30 : Le trachéostome chez l'un de nos patients laryngectomisés

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

1.5 L'alimentation :

Environ 40% des laryngectomisés signalent des troubles de l'alimentation 6 mois après la chirurgie (List, 1996) avec un impact négatif sur la vie de tous les jours (Armstrong, 2001).

Cependant il est difficile d'évaluer les troubles d'alimentation liés directement à la laryngectomie car la radiothérapie postopératoire qui accompagne souvent le traitement chirurgical génère aussi des troubles alimentaires (mastication difficile, sécheresse buccale, déglutition difficile, trismus). [35] [36]

Revenons à nos résultats, nous avons remarqué que 50 à 64 % de nos patients avaient des difficultés à manger devant d'autres personnes y compris leurs familles, ils avaient même des difficultés à prendre plaisir aux repas. Ce qui explique la moyenne calculée qui est de 2,75.

1.6 La perte de l'odorat :

La modification du passage de l'air empêche l'odorat de fonctionner, bien que la fonction en elle-même demeure intacte. La muqueuse olfactive n'est plus sollicitée, le patient ne perçoit donc plus les odeurs. Cette anosmie reste un handicap social relativement important. [32]

C'est ce qui explique que 84,85% de nos patients avaient des troubles de l'odorat avec une moyenne de 1,96 alors que seulement 17,85% n'en avaient pas.

1.7 La modification du goût et les troubles salivaires :

En postopératoire, les dysgueusies sont fréquemment constatés. La déviation de la voie respiratoire, la cicatrisation mais aussi la radiothérapie complémentaire sont en cause. En effet, l'irradiation de la zone cervico-faciale provoque une hyposialie importante et altère les papilles gustatives et les glandes salivaires. Toutefois, ces anomalies sont réversibles et disparaissent généralement de façon progressive. [32]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Comme pour l'item de l'odorat, 84,85% de nos patients avaient des troubles du goût ; alors que 39% des cas avaient des troubles salivaires notamment la salive collante et la sécheresse buccale soit une moyenne de 1,64.

2. Impact sur la qualité de vie psychique :

La laryngectomie totale et pharyngo-laryngectomie totale ont de nombreuses conséquences anatomo-physiologiques, mais elles ont également une incidence psychologique lourde pour le patient et son entourage. Nous décrivons ici certains aspects prégnants dans le ressenti de l'intervention et ses suites. Mais précisons que chaque patient réagit de manière très personnelle et le contexte social dans lequel il évolue jouera également son rôle.

2.1 La mutilation :

Après l'annonce d'un cancer puis celle de l'unique possibilité d'un traitement qui le privera de sa voix, le patient doit affronter la perspective de grands bouleversements dans sa vie. C'est après l'intervention qu'il prend réellement conscience de la perte de sa voix et découvre sa nouvelle anatomie. Cette opération est souvent vécue comme une véritable mutilation et le laryngectomisé doit se réapproprier sa nouvelle image.

Notons également que l'ablation du larynx et l'existence de cette cicatrice cutanée sont vécues comme une dévalorisation, une amputation.

Ainsi, très souvent, la laryngectomie plonge le patient dans une profonde tristesse « quand je me suis vue dans la glace, j'ai pleuré ». Le patient ne se reconnaît plus, il ne voit que ce trou au milieu du cou, naît alors un sentiment de honte, une volonté de cacher son trachéostome. L'opéré perd sa confiance en lui, son estime, Il n'est alors pas rare que le patient entre dans une phase de repli sur soi voire de dépression aiguë.

Se rajoutent la frustration de ne pouvoir parler normalement, l'angoisse de ne pas retrouver une voix fonctionnelle, l'impression de perdre le contrôle de sa vie et d'être limité dans les tâches quotidiennes, l'appréhension du regard des autres, la peur de la récurrence [37] [38]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

2.2 Le processus de deuil :

Face à tous ces sentiments, le travail de deuil est nécessaire pour le retour à un bon équilibre. Ce travail s'accomplit normalement en passant par plusieurs étapes. Le patient traversera alors quatre phases importantes : la sidération, le déni, le vécu douloureux ou phase dépressive, puis la reconstruction avec réinvestissement affectif.

La phase dépressive peut se prolonger ou s'intensifier avec l'apparition de symptômes tels que des réactions de stress, des manifestations psychosomatiques et parfois des tendances suicidaires. [39]

Une aide psychologique adaptée est alors fortement conseillée. Celle-ci peut être proposée dès la sortie de l'hôpital, notamment lorsque le patient est envoyé en centre de réadaptation fonctionnelle dans lequel toute une équipe œuvrera pour son bien-être.

L'apparition d'une pathologie psychiatrique est estimée entre 7% et 40% (Babin, 2005 ; Armstrong, 2001). L'intoxication tabagique, les antécédents dépressifs et la douleur chronique sont des facteurs favorisant la dépression. [32] [36]

D'après nos résultats, aucun de nos patients n'a été suivi pour des troubles psychiatriques, et pourtant 5 cas soit 18% ont développé un état dépressif en post opératoire ce qui avait nécessité un suivi psychiatrique régulier.

2.3 La culpabilité :

Le cancer du larynx se retrouve très fréquemment dans un contexte de consommation excessive de tabac voire de tabac associé à l'alcool. La laryngectomie, peut alors être vécue par le patient, comme une punition pour cette « mauvaise conduite ». [32]

Dans notre étude, 93% des cas étaient des tabagiques chroniques avec une moyenne de consommation de 40 paquets-années alors que l'intoxication alcoolique n'a été retrouvée chez 10 patients seulement soit 36%. Ils ont tous eu la réflexion que fumer était une mauvaise habitude, dont il était facile de se débarrasser en ayant suffisamment de « volonté ». Et s'ils

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

avaient su tous les problèmes de vie et de souffrance, ils auraient arrêté bien avant. D'après leurs témoignages, « un plaisir de 5 min de fumer, c'est des heures de vie normale perdue ».

2.4 L'anxiété et la dépression :

Les notions d'anxiété et de dépression sont mises en lien avec la qualité de vie de façon récurrente. Il en ressort que ce qui peut être source d'anxiété et de dépression sont des stratégies d'adaptation inadaptées (Dropkin, 1999 ; He & Liu, 2005), un processus de deuil normal en lien avec les différentes pertes (Rispaal, 2001), les conséquences des différents traitements (Ferrer Ramirez et al., 2003), ainsi que les changements émotionnels et sociaux (Happ et al., 2004). [40] [41] [42] [43] [44]

Revenons à nos résultats, rappelons que 5 patients sur 28, soit 18%, ont développé un état dépressif, sans avoir des antécédents psychiatrique, ce qui avait nécessité une prise en charge psychiatrique adéquate afin d'améliorer l'état psychologique précaire de nos patients.

Il existe également des environnements permettant de réduire ce phénomène bien qu'ils ne le fassent disparaître, il s'agit de l'hôpital et des interventions psychosociales. En effet, la recherche effectuée par Dropkin (1999) relève que l'hôpital permet une réduction de l'anxiété car il est perçu comme un environnement sécuritaire de part la relation thérapeutique qui se crée avec le personnel soignant et les autres professionnels. La recherche de Semple et al. (2004) rejoint cette même idée en mettant en valeur que les interventions psychosociales (enseignements, aides émotionnelles, aides sociales, psychothérapies) ont un effet positif sur la qualité de vie. Cela se reflète par une diminution de la dépression et de l'anxiété, du fatalisme, mais également par une augmentation de l'esprit de lutte. [40] [45]

2.5 Le défigurement et la dysfonction :

Trois des études retenues utilisent la notion de défiguration et de dysfonctionnement en lien avec le cancer de la sphère ORL. Trois autres articles parlent de cette même atteinte mais

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

sous les termes de répercussions physiques, d'altération de l'image corporelle ou de satisfaction avec l'apparence.

Selon Dropkin (1999), il est plus facile d'accepter le dysfonctionnement que le défigurement. Cette difficulté se rapporte principalement à l'atteinte de l'intégrité physique. Celle-ci se rapporte en effet à la première atteinte au niveau de l'image corporelle. L'auteur relève ainsi que la réintégration de l'image corporelle est possible à partir du moment où le patient est capable de compenser les changements anatomiques en utilisant de façon optimale ce qui lui reste de structure (anatomie) et de fonction (techniques de communication), ainsi que sa capacité à s'exprimer et à se sociabiliser. [40]

Semple et al. (2004) précisent ces différentes notions : le défigurement se rapporte au changement structurel induit, alors que la dysfonction est en lien avec les capacités à parler, manger et respirer. Ces derniers auteurs s'accordent à dire que cela provoque des changements dans les interactions sociales et les émotions. Aussi, une baisse de l'estime de soi peut survenir en lien avec la stigmatisation que peut représenter le changement enduré, mais aussi une potentielle diminution du cercle d'amis, la possible difficulté à trouver un emploi, une baisse de l'attirance sexuelle et par conséquent une qualité de vie réduite. [45]

Happ et al. (2004) utilisent également la notion de défigurement et de dysfonction. Ces concepts sont mis en lien avec le retour dans la société. En effet, suite à une intervention défigurante, les personnes doivent exposer leur « défaut » aux autres, ainsi que leur capacité à communiquer, à interagir socialement. Ces auteurs ajoutent que le défigurement, ainsi que la perception que les patients en ont, est un facteur influençant les interactions sociales et la qualité de vie. Ils commentent également que les différences homme-femme, ainsi que la perception qu'ont les infirmières du défigurement peuvent avoir un impact sur l'acceptation des séquelles de l'intervention due à un cancer ORL. [44]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Au moment de l'annonce du diagnostic, le patient peut se sentir submergé par les émotions, devant faire face au choc, à la peur et à la menace que suppose le cancer. À ce moment-là, le patient n'exprime pas forcément ses ressentis par rapport à l'image et aux troubles que suscite l'intervention qu'il devra subir car ses pensées sont plus tournées vers le moyen de survivre que sur les conséquences. Le rôle de l'infirmière est ici primordial afin d'informer le patient. Ensuite, immédiatement après l'intervention, l'altération de l'image corporelle est visible et la perception de l'image de soi va dépendre de l'intervention subie (Cremonese et al., 2000). [46]

Ces mêmes auteurs mettent en avant le fait que le cancer de la sphère ORL est particulièrement dévastateur car il touche aux fonctions vitales de manger, boire et communiquer; ils ajoutent également que l'apparence personnelle d'un individu est étroitement liée avec l'idée de qui nous sommes en tant que personne. Pour ces raisons il est important de pouvoir anticiper les changements.

Liu (2008), qui s'intéresse également à la satisfaction de l'apparence, rapporte que les personnes interrogées estiment le changement enduré par l'intervention comme négatif ; il soulève néanmoins qu'il s'agit d'une expérience subjective. Cependant les patients mettaient leur satisfaction en lien avec la zone qui a été opérée, le type de traitement suivi, le sexe, l'âge et pour certains le type d'emploi qu'ils pratiquaient. Liu conclue par l'affirmation que la satisfaction de l'apparence personnelle et le statut de travailleur ayant un cancer de la sphère ORL changent suite à une intervention reconstructrice. Semple et al. (2004) avancent également que trouver un emploi peut s'avérer difficile suite à un tel cancer, cela est en lien avec une estime de soi diminuée. [47] [45]

Les différentes interventions ORL induisent de nombreux changements qui diffèrent selon l'atteinte ; concrètement les principales répercussions physiques aux suites d'une laryngectomie totale sont la dyspnée, la toux, la fatigue, la sécheresse buccale, la douleur, la

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

perte de la voix et un trachéostome, ainsi que l'altération de l'odorat et parfois une limitation dans les gestes (Rispal, 2001). [42]

Ce qui rejoint aux résultats de notre étude, nous remarquons d'emblée et d'une manière générale que certaines dimensions sont plus touchées par rapport à d'autres.

Au vu des moyennes calculées des scores bruts des items, nous citerons par ordre décroissant, la dimension la plus perturbée, ayant un score élevé, à la moins perturbée :

- Voix/parole : 2,91
- Alimentation : 2,75
- Sexualité : 2,5
- Contact social : 2,4
- Sonde d'alimentation : 2
- Prise de poids : 2
- Odorat/ gout : 1,98
- Dentition : 1,78
- Suppléments nutritionnels : 1,78
- Toux : 1,71
- Anti douleurs : 1,71
- Salive collante : 1,67
- Sécheresse buccale : 1,64
- Perte de poids : 1,64
- Ouverture buccale : 1,39
- Déglutition : 1,36
- Malaise : 1,32
- Douleur : 1,30

3. Impact sur la qualité de vie sociale :

2.1 La perte de la voix :

Les relations sociales du patient sont fortement entravées par cette perte totale et définitive de la voix en tant qu'outil de communication sociale.

La rééducation vocale est un travail de longue haleine, et retrouver une intensité et une intelligibilité adéquate à toutes les situations de la vie quotidienne reste parfois difficile. Le

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

patient se retrouvera souvent en difficulté dans des situations telles que les appels téléphoniques, la communication en milieu bruyant... [32]

Dans notre étude, 82% des patients ont rapporté des difficultés à parler à d'autres personnes et au téléphone, ce qui limite le contact social et par conséquent, l'isolement puisque 64 à 78% des cas avaient des difficultés à avoir un contact social avec leur famille ainsi qu'avec leurs amis et à sortir en public.

2.2 Le regard de l'autre :

Les parties découvertes du corps attirent l'attention. Elles sont le préambule à la mise en relation avec autrui. La laideur physique devient un fardeau social en plus d'être personnel.

Voici ce que nous entendons souvent lorsque nous croisons ces patients. L'entourage se pose de nombreuses questions : « Regardez ! », « C'est terrible ! », « Les pauvres... », « À quoi sert le trou ? », « Comment font-ils pour manger ? Pour respirer ? ».

Il est impossible de cacher son cancer car la mutilation est visible. Le laryngectomisé est soumis à un marquage social du fait de son trachéostome visible et de sa nouvelle voix. Il se retrouve exposé à la solitude par les réactions des autres devant ses transformations physiques. L'isolement est parfois sa seule solution face à cette peur de susciter le rejet. [32]

2.3 La perte de l'emploi :

Pour les patients qui, avant l'opération, exerçaient une activité professionnelle, la perte de l'emploi consécutive et malheureusement souvent définitive, peut engendrer un sentiment de dévalorisation, d'inutilité et d'ennui. Le nouvel opéré a l'impression de ne plus avoir de rôle à jouer dans la société.

Dans notre étude, 50% des patients étaient déjà des retraités alors 11 ont été mis à la retraite pour raison de leur maladie soit 39%.

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

De plus, des problèmes financiers peuvent alors survenir et devenir une source de dégradation de la qualité de vie.

La reprise du travail, lorsqu'elle est possible, sera un moment clé dans le rétablissement du patient. Dans le cas contraire, les activités de loisirs auront alors toute leur importance pour retrouver une qualité de vie acceptable. [32]

2.4 Les relations familiales :

Si le statut du patient change dans la société, il change également au sein du foyer. En effet, retrouver sa place au sein de la cellule familiale s'avère parfois difficile. Il passe du statut de « personne en bonne santé » à celui de « malade ». Ce changement d'identité doit être accepté aussi bien par le nouvel opéré que par le conjoint et les enfants.

La vie conjugale est aussi souvent modifiée et on peut observer de nombreux divorces ou des relations plus conflictuelles. On constate une transformation des rapports dans le couple : L'épouse a souvent tendance à s'imposer progressivement comme le véritable chef de famille. L'activité sexuelle est elle aussi transformée et peut être à l'origine d'insatisfaction. [48]
[49]

Ce qui rejoint aux résultats de notre étude, avec une moyenne de 2,5 ; la sexualité fait partie des dimensions les plus perturbées puisque 60,7% des patients ont rapporté la notion des troubles de la sexualité (moins d'intérêt aux relations et moins de plaisir sexuel).

V. Perspectives : Amélioration de la qualité de vie

1. Besoins des patients :

L'un des besoins récurrents apparaissant dans les articles est le besoin d'information.

Dans la recherche de Happ et al. (2004), il ressort que les problèmes liés à la communication sont vécus comme une expérience complexe et source de frustrations. Avant l'opération, les patients étaient majoritairement aptes à parler, ou du moins à vocaliser et,

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

selon le type d'intervention, cette capacité se voit interrompue de façon temporaire voire définitive. Les patients expriment ne pas se trouver suffisamment bien informés avant l'intervention en ce qui concerne la perte de la parole et les différentes méthodes de communication à la suite d'un cancer ORL. Ils trouvent également insuffisantes les informations relatives aux difficultés d'alimentation qui s'en suivent. [44]

Les personnes interrogées par Ferrer Ramírez et al. (2003) ajoutent qu'elles auraient désiré de plus amples informations sur les conséquences en général de la laryngectomie, quelle soit totale ou partielle. Il est également exposé que 21% des patients auraient souhaité avoir des informations plus détaillées sur leur tumeur avant l'intervention. Ceux-ci expriment en effet qu'une information adéquate les aurait aidés à mieux affronter leur nouvelle situation. [43]

Une deuxième source de besoins est en lien avec l'accompagnement offert en per-opératoire et pendant la durée du traitement.

Larsson, Hedeli & Athlin (2007) mettent en avant le bénéfice apporté par l'accompagnement offert par l'infirmière dans le cadre d'une clinique de soins spécifiques aux personnes ayant un cancer de la sphère ORL. Cette prise en charge favoriserait la gestion par les patients de leur situation dans la globalité grâce à des enseignements et des informations qui leurs sont fournis. Cela leur permet d'anticiper ce à quoi s'attendre (en lien avec l'intervention, mais aussi avec les traitements et les répercussions sur l'entourage) et de diminuer leur sentiment d'abandon. En effet, avoir une infirmière de référence leur procure la sensation d'être pris au sérieux et d'être guidés dans leur parcours de la maladie. [50]

Rispa (2001) quant à lui met en avant le rôle essentiel de l'entourage et le besoin d'une équipe pluridisciplinaire, pour les personnes ayant subi une laryngectomie, intégrant le médecin, l'infirmier, l'orthophoniste, le psychologue, et d'autres professionnels de la santé afin de favoriser la communication autour du patient. Il s'agit notamment de favoriser l'information, mais aussi le rôle de l'entourage immédiat afin d'aider à l'adaptation et à l'organisation du

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

retour à domicile ; ce dernier point est décrit comme étant spécialement anxiogène. Cet auteur conclue en mettant en valeur que la seule personne à pouvoir véritablement définir quels sont ses besoins est le patient lui-même. [42]

Donc, dans le but d'améliorer le confort physique, psychologique et social des patients, il faut :

✚ **Informer** : dès la connaissance du diagnostic. Cette information est nécessaire et sera poursuivie tout au long de l'évolution de la maladie. Elle impliquera un échange entre deux personnes, l'une qui attend un soin et l'autre qui le donne. En fait la personne qui donne le soin englobe à la fois le médecin généraliste, psychiatre, kinésithérapeute, psychologue, infirmier, et le médecin cancérologue. Ce dernier doit être impliqué assez tôt pour un meilleur suivi de la maladie. Informer est donc le maître mot mais en se souvenant que l'annonce du diagnostic d'une maladie cancéreuse est toujours responsable d'une angoisse. Il est cependant nécessaire d'informer le malade qu'il prend de gros risques s'il ne se fait pas correctement suivre, s'il n'adhère pas au traitement, mais il faut avant tout éviter de l'affoler pour ne pas majorer son inquiétude légitime. [42] [43] [44] [50]

✚ **Motiver** : il faut savoir que pour se motiver, on doit être en situation d'éprouver du plaisir ou encore, en position, d'éviter au mieux du déplaisir. Mais il faut bien reconnaître que la tendance naturelle est, dans cette situation, d'éprouver du déplaisir dû aux contraintes thérapeutiques, aux consultations médicales, et aux examens para cliniques. Cela veut dire que pour accepter ces changements de vie le malade doit comprendre l'intérêt de ce qui lui est proposé, le bénéfice qu'il peut en tirer et qu'il est souhaitable d'adoucir, autant que possible, les contraintes médicales. Si à court terme c'est probablement un déplaisir, à long terme il pourra retirer, sinon du plaisir, mais au moins la satisfaction de s'être donné tous les moyens, non pour vaincre la maladie, mais pour la combattre au mieux. [51] [52]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Au total, bien informés, et passé le choc de la première connaissance de leur maladie, les malades dans leur majorité accepteront de modifier leur comportement.

Entre le médecin et le malade doivent s'établir des liens solides car l'un et l'autre sont appelés à faire ensemble un long parcours parsemé de motifs d'angoisse, par exemple lors de la survenue de complications, lorsqu'on modifie le traitement, ou encore à l'occasion de changements dans leur vie affective, familiale, professionnelle, notamment.

Mais ces moments d'angoisse le médecin doit les utiliser pour rassurer son patient. Cela doit lui permettre de l'aider à faire son travail de deuil d'une vie qui va être différente de ce qu'elle était auparavant. Et de là découlera une meilleure acceptation d'un nouveau mode de vie, et par ailleurs une meilleure observance du traitement, permettant une meilleure qualité de vie.

2. Les stratégies d'adaptation :

He et Liu (2005), dans leur recherche, se sont centrés sur les différentes stratégies d'adaptation (ou coping) que les patients atteints d'un cancer de la sphère ORL ont adoptées. Ils ont comparé les stratégies centrées sur l'émotion et sur le problème ; le résultat est que les personnes ayant recours au coping centré sur le problème ont une meilleure qualité de vie.

Ces auteurs utilisent également les notions de coping positif et négatif : le coping positif se rapporte à être optimiste, confrontant, encourageant ou indépendant, alors que le coping négatif se rapporte à être évasif, émotif et dans l'imaginaire. Leur enquête a montré que le style le plus utilisé était d'être dans l'émotion, alors que la moins bonne stratégie utilisée était d'être émotif. Ils en ont conclu que le coping positif était la meilleure stratégie à adopter. [41]

Cremonese et al. (2000) se sont également intéressés aux stratégies d'adaptation. Il a été relevé que les éléments auxquels les patients doivent faire face sont principalement la perte subie par la maladie et l'intervention, un temps de récupération long et l'aversion sociale pour

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

la difformité. Pour ces raisons, des mesures permettant la mise en place de stratégies d'adaptation devraient être prises le plus tôt possible afin d'aider à une bonne réhabilitation. Ces auteurs ajoutent que ces personnes ont besoin d'interventions professionnelles et d'un suivi psychologique afin de les aider à affronter les moments difficiles et notamment en lien avec le défigurement et le dysfonctionnement causés par l'opération. [46]

3. Les aidants naturels :

Deux des études portent sur la famille et les aidants naturels. Ces articles traitent respectivement de l'impact du trachéostome de la personne laryngectomisée sur les épouses, et des besoins des aidants naturels.

Dans la recherche effectuée par Krouse et al. (2004) au sujet de l'impact du trachéostome sur le patient, la famille et les aidants naturels, il en ressort que les épouses ont une santé diminuée en lien avec le stress. Ce stress est corrélé au nouveau rôle dont les aidants naturels doivent faire preuve et à ses responsabilités. De surcroît, des réactions négatives à la vue du trachéostome sont fréquemment éprouvées. D'autres aspects apparaissent dans la recherche, il s'agit de l'adaptation à la perte de voix qui est mauvaise, et de la communication dans le couple qui diminue suite à l'intervention. La voix, la socialisation, la relation avec le partenaire, mais également les relations sexuelles sont des éléments qui sont prioritairement touchés dans la qualité de vie des aidants naturels. Ainsi, les auteurs mettent en avant l'importance du rôle infirmier en per-opératoire afin d'éviter ce phénomène. Globalement, il en ressort que les aidants naturels arrivent à s'adapter avec le temps et que le stress diminue. [53]

Ross, Mosher, Ronis-Tobin, Hermele et Ostroff (2009) se sont également intéressés à la situation des aidants naturels. Ils ont cherché à connaître leurs ajustements psychosociaux et leurs besoins lorsqu'ils sont aux côtés des personnes ayant un cancer de la sphère ORL. En termes de besoins, les principaux satisfaits étaient l'honnêteté des soignants et la persuasion que leurs proches recevaient des soins de bonne qualité. Cependant, ces personnes relèvent des lacunes dans la connaissance des symptômes auxquels ils doivent faire face ; ils mettent

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

également l'accent sur la méconnaissance des lieux où s'orienter en cas de questions ou de difficultés. Cette recherche démontre que les proches aidants sont des personnes ayant une très haute détresse psychologique et un bien-être diminué en comparaison de la population générale. Aussi, leur qualité de vie n'est directement en lien ni au temps passé depuis l'annonce du diagnostic ni à la quantité de besoins qui sont satisfaits, mais plutôt au grand nombre d'heures passées auprès de leur proche, ce qui avait une influence négative. Ces auteurs relèvent également un aspect financier où il en ressort que les aidants naturels qui sont le plus touchés sont les époux ou les partenaires des personnes soignées. [54]

4. De nouveaux rôles :

Le rôle de l'entourage est ici primordial pour aider le laryngectomisé à reprendre sa place dans la société et assumer son nouveau statut. Un soutien moral et psychologique approprié, tout en laissant au patient une certaine autonomie, seront nécessaires.

Le laryngectomisé quant à lui va pouvoir faire partager son expérience, informer, donner de l'espoir, dédramatiser les changements consécutifs à l'opération. Il pourra également avoir un rôle de prévention auprès du grand public quant aux comportements tabagiques et alcooliques. Il pourra choisir de prendre part à des actions au sein d'une association de mutilés de la voix, de visiter les futurs opérés afin de répondre à leurs questions et tenter de les apaiser.

Ce nouveau rôle pourra être capital dans le retour à une image positive de soi avec un sentiment d'utilité pour autrui.

Ainsi, dans la prise en charge des laryngectomisés totaux, il semble important de prendre en compte la qualité de vie qui suit les traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) puisqu'elle s'avère être altérée. Il s'agit alors de mesurer les besoins spécifiques à chaque patient, écouter ses souffrances, conseiller sa famille, l'orienter vers un soutien psychologique si besoin, et mettre en œuvre des moyens améliorant sa qualité de vie physique, psychique et sociale. [26] [32]



Conclusion



Le cancer du larynx et la laryngectomie constituent un véritable problème de santé au Maroc, tant au niveau diagnostique qu'au celui thérapeutique.

La qualité de vie des patients cancéreux devient maintenant un enjeu majeur dans le domaine de la santé, sa prise en compte procède du légitime souhait de la communauté médicale de connaître la manière dont le patient vit sa maladie, ceci explique en partie les différents études et la multiplicité des échelles élaborées dans ce domaine.

Notre travail a permis de mettre en évidence l'impact de données sociodémographiques sur la qualité de vie de nos patients, mais a également mis en exergue l'influence de certains paramètres liés directement à la maladie cancéreuse.

Il existe une association significative entre la qualité de vie d'une part et le sexe des patients, l'âge, le type du cancer, et le stade de la maladie cancéreuse. Les différentes dimensions symptomatiques de la qualité de vie liée à la santé sont diversement et significativement influencées par ces paramètres.

Au terme de ce travail, il faut noter l'importance primordiale que constitue le concept de qualité de vie en oncologie ; c'est un élément utile pour le choix des décisions thérapeutiques, l'évaluation des différents traitements anticancéreux et encore pour la réhabilitation des malades atteints de cancer.



. Résumé:

La qualité de vie (QDV) des patients laryngectomisés est désormais prépondérante dans la prise en charge pluridisciplinaire du cancer du larynx, puisque ce « concept » a rejoint le « taux de survie » comme indicateurs majeurs de l'efficacité du traitement.

Nous avons mené ce travail pour évaluer la QDV à travers une étude rétrospective et prospective étalée sur 4 ans, de janvier 2014 à décembre 2018, portant sur 28 patients ayant subi une laryngectomie au service d'ORL de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.

L'âge moyen de nos patients était de 60 ans, une nette prédominance masculine était marquée avec 27 hommes (96%) contre 1 femme (4%). 50% des patients étaient déjà retraités et 39% ont été mis à la retraite. Nous avons colligé 46% de laryngectomie totale, 36% de pharyngo-laryngectomie totale et 18% de laryngectomie partielle.

La qualité de vie a été évaluée en 2 étapes : qualitative par la réalisation d'entretien semi-directif et quantitative par l'utilisation du questionnaire spécifique aux cancers de la tête et du cou de l'EORTC : EORTC QLQ H&N35.

Les résultats de notre étude, ainsi que les données de la littérature nous ont permis de conclure que la laryngectomie a considérablement un impact à la fois physique, psychique et social sur la QDV de ces patients, d'où la nécessité d'une réhabilitation orthophonique adéquate, puisque le besoin vocal constitue le problème majeur de notre population. Ainsi qu'une prise en charge psychologique, vu la mal acceptation des modifications anatomiques, la fragilité psychologique et le risque d'isolement social et de restriction au milieu familial.

Notre étude nous a amené également à porter un regard différent sur le laryngectomisé et sur ses besoins, qu'il est le seul à pouvoir véritablement définir, et que l'acceptation de cet handicap demande un temps qui est variable et imprévisible d'un individu à l'autre, d'où l'importance de l'information, le soutien social et l'accompagnement dans le processus d'adaptation à la maladie.

Cependant, malgré toutes ces difficultés ressenties, la majorité de nos patients ont pu mener une vie « presque » normale, en estimant que leur QDV est bonne. Ceci est dû à la spiritualité, la religion et la foi en Dieu, puisque ils considèrent que cette « nouvelle vie » « après l'intervention » est un « destin » qu'ils doivent accepter et s'y adapter.

Abstract:

The quality of life (QOL) of laryngectomized patients is now an important element of the multidisciplinary management of laryngeal cancer, since this "concept" has joined the "survival rate" as major indicators of treatment efficiency.

We conducted this work to evaluate the QOL through a four-year retrospective and prospective study, from January 2014 to December 2018, involving 28 patients who underwent laryngectomy at the otorhinolaryngology department (ENT) of the Avicenne Military Hospital in Marrakech.

The average age of our patients was 60 years, with a clear predominance of men with 27 men (96%) versus 1 woman (4%). 50% of the patients were already retired and 39% got retired. We collected 46% total laryngectomy, 36% total pharyngo-laryngectomy and 18% partial laryngectomy.

The quality of life has been evaluated in two steps: qualitative through semi-directive interview and quantitative by using the EORTC quality of life questionnaire head and neck 35.

The results of our study, as well as data from the literature have allowed us to conclude that laryngectomy has a significant impact on the QOL of these patients at the same time physically, psychically and socially, which requires the need for an adequate orthophonic rehabilitation, because vocal need is the major problem of our population. As well as psychological care, because those patients can't easily accept the anatomical changes after the surgery, because of psychological fragility and the risk of social isolation and restriction to the family environment.

Our study has also led us to take a different look at the laryngectomized patient and its needs, that he is the only one to truly define, that the acceptance of this disability requires a time that is variable and unpredictable from an individual to the other, hence the importance of information, social and global support as well as coaching in the process of adaptation to the disease.

However, despite all these difficulties, the majority of our patients were able to lead an "almost" normal life, by judging their QOL as good enough. This is due to spirituality, religion and faith in God, because they consider that this "new life" "after the intervention" is a "destiny" that they must accept and adapt to.

ملخص:

تعتبر جودة حياة المرضى الذين خضعوا لعملية إستئصال الحنجرة الآن من أساسيات الرعاية الطبية الشاملة لسرطان الحنجرة ، وقد انضم هذا المفهوم "إلى" معدل البقاء على قيد الحياة "كمؤشر رئيسي لفعالية العلاج.

أجرينا هذه الدراسة من اجل تقييم تأثير جودة الحياة من خلال دراسة استرجاعية و مستقبلية التي شملت 28 مريضاً، الذين استفادوا من عملية استئصال الحنجرة بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش وذلك في الفترة الممتدة ما بين يناير 2014 إلى ديسمبر 2018 .

كان متوسط عمر مرضانا 60 سنة، مع غلبة واضحة للرجال مع 27 رجلا 96% مقابل امرأة واحدة 4 % . 50% من المرضى كانوا متقاعدین و 39 % تقاعدوا بعد العملية , 46 % كان مجموع المرضى الذين خضعوا ل استئصال الحنجرة ، 36 % كان مجموع استئصال البلعوم والحنجرة و 18 % استئصال الحنجرة الجزئي.

تم تقييم نوعية الحياة على مرحلتين :نوعية من خلال مقابلة شبه توجيهية وكمية باستخدام استبيان متخصص في سرطان الرأس و العنق : EORTC QLQ H & N35 .

إستنادا لنتائج دراستنا و الدراسات السابقة تمكنا من التوصل إلى أن عمليات استئصال الحنجرة بأنواعها قد أثرت بشكل كبير على جودة الحياة لهؤلاء المرضى ، مما يحث على ضرورة الترويض لعلاج النطق ، لأن الحاجة الصوتية كانت المشكلة الرئيسية لمرضانا. كما أن الرعاية و التدخل النفسي ضروري وأساسي لقبول التغييرات التشريحية بعد العملية ، نظرا لضعف وهشاشة النفسية بالإضافة إلى خطرا احتمالية الانطواء و العزلة الاجتماعية.

كما تمكنا كذلك من خلال دراستنا على التعرف على إحتياجات المرضى و التي تختلف من مريض إلى آخر، مما يدعو إلى أهمية إعطاء المعلومات للمريض والدعم الاجتماعي للتغلب على عواقب العملية و نتائجها.

على الرغم من كل هذه الصعوبات، فإن غالبية مرضانا تمكنوا من عيش حياة طبيعية" تقريباً"، ويشعرون أن جودة حياتهم جيدة، و ذلك راجع إلى الروحانيات والدين والإيمان بالله و القدر خيره و شره.



Annexes



Annexe 1 :

Fiche d'exploitation

1/ Identité :

- N° de dossier : _____ Date d'admission : _____
- Nom et prénom _____
- Age : Ans
- Sexe : Homme Femme
- Statut marital : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf (ve)
- Vivez-vous : En famille En communauté En solitaire
- Nombre d'enfants :
- Niveau socio-économique : Bas Moyen Élevé
- Origine : Urbaine Rurale
- Niveau d'étude : Non scolarisé Primaire Secondaire Universitaire
- Type de profession :

2/ Antécédents :

- Médicaux: - Irradiation cervicale : Oui Non
- ATCDs psychiatriques: Oui Non
.....
- Co morbidité : Oui Non
.....
- Chirurgicaux:
- Toxiques: -Tabac : Oui (..... Paquets/année) Non Sevrage (Durée :.....)
- Alcool : Oui Non
- Drogues : Oui Non
- Prise médicamenteuse (Antalgiques/Psychotropes/): Oui Non
.....
- Tumeur métachrone : Oui Non
- Cas familiaux de cancer : Oui Non

3/ Clinique :

- Type d'intervention : Laryngectomie totale Pharyngo-laryngectomie totale
Laryngectomie partielle
- Délai depuis l'intervention :
- Planning des consultations :
- Examen général :
- Examen bucco-dentaire :- Ouverture buccale : Normale Limitée
- Hygiène buccale: Normal Mauvais
- Chute/Mobilité dentaire: Oui Non
- Avez-vous un ou plusieurs des signes suivants :
 - Troubles salivaires
 - Sécheresse buccale
 - Dysgueusie
 - Dysosmie
 - Troubles de déglutition
 - Nausées/Vomissements
 - Toux

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

- Dyspnée
- Endoscopie :
 - Trachée :
 - Pharynx :
 - Reste du larynx si L.P :

4/ Para-clinique :

- Laryngoscopie directe si L.P :
- Résultat/Anatomie-pathologie :
 - Type histologique :
 - Degré de différenciation :
- Surveillance : Récidive Métastase
 - Pan endoscopie :
 - TDM cervicale :
 - Radio de thorax :
 - Echographie abdominale :
 - IRM cervicale :
 - Pet Scan :

5/ Prise en charge :

- Radiothérapie :
 - Reçue Non reçue Date :
 - Néoadjuvante Post-op Concomitante à la CTH
 - Complications post RTH : Oui Non
- Chimiothérapie :
 - Reçue Non reçue Date :
 - Néoadjuvante Post-op Concomitante à la RTH
 - Complications post CTH : Oui Non
- Consultation psychiatrique: Avant l'intervention Après Non
- Thyroidectomie associée : Oui Non
- Traitement Hormonal : Reçu Non reçu

6/ Evaluation de la qualité de vie :

- Rééducation orthophonique :
 - Reçue Suspendue Non reçue
 - Nombre de séances :
 - Observance : Bonne Mauvaise
 - Qualité : Bonne Moyenne Médiocre
 - Aide familiale/Accompagnement : Oui Non
- Réhabilitation vocale :
 - Voix oro-œsophagienne Voix trachéo-œsophagienne (Implant phonatoire) Laryngophone
- En dehors de votre voix, comment communiquez-vous le plus souvent ?
Ecriture Gestes Voix chuchotée Autres
- Utilisez-vous le téléphone ? Autant qu'avant Moins qu'avant Presque jamais
- Devant le miroir, concentrez-vous souvent sur votre cou ?
Jamais Parfois Souvent Très souvent
- Êtes-vous satisfait de votre aspect physique ? Très satisfait Satisfait Insatisfait
- Quand vous parlez en public, vous vous sentez ? Indifférent Gêné Très mal à l'aise

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

- Avez-vous eu des difficultés à reprendre votre travail ? Oui Non
- Pratiquez-vous une autre activité en parallèle (sportive, culturelle..) ? Oui Non
- Si oui, la(les)quelle(s) ?.....
- Votre humeur est elle affectée par votre maladie ? Oui Non
- Comment vous sentez vous ?
 - Susceptible Isolé(e) Violent(e)
 - Sous-estimant soi même Anxieux(e) Déprimé(e)
- Avez-vous eu des idées suicidaires ? Oui Non
- Acceptez-vous d'aller chez le psychiatre ? Oui Non
- Comment jugez-vous l'intervention ?
 - Légère Intermédiaire Lourde
- Regrettez-vous l'intervention ?
 - Jamais Parfois Souvent
- Avez-vous rencontré d'autres personnes laryngectomisées ? Oui Non
- Que cela vous a-t-il apporté ?.....
- Par rapport à ces items ci-dessous, comment évaluez-vous votre vie après l'intervention ?
 - Famille : Meilleure Bonne Acceptable Médiocre
 - Entourage : Meilleure Bonne Acceptable Médiocre
 - Travail : Meilleure Bonne Acceptable Médiocre
 - Vie sexuelle: Meilleure Bonne Acceptable Médiocre
- Vous sentez-vous mis à l'écart des conversations ? Oui Parfois Non
- Est-ce que les gens semblent être dérangés par votre voix ? Oui Parfois Non
- Quand on vous demande de répéter ce que vous venez de dire, vous vous sentez plutôt ?
 - Embarrassé(e) Agacé(e) Incompétent(e) Autre
- Votre voix est actuellement ?
 - Sonore Expressive Masculine Facile
 - Faible Engorgée Féminine Pénible
 - Quel(s) conseil(s) pourriez-vous donner aux malades cancéreux programmés pour la même intervention ?
.....
.....
.....

Annexe 2 :

EORTC QLQ-H&N35 [6]

Les patients rapportent parfois les symptômes ou problèmes suivants. Pourriez-vous indiquer, s'il vous plait, si, durant la semaine passée, vous avez été affecté (e) par l'un de ces symptômes ou problèmes.

Entourez, s'il vous plait, le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

Au cours de la semaine passée :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
31. Avez-vous eu mal dans la bouche?	1	2	3	4
32. Avez-vous eu mal à la mâchoire?	1	2	3	4
33. Avez-vous eu des douleurs dans la bouche?	1	2	3	4
34. Avez-vous eu mal à la gorge?	1	2	3	4
35. Avez-vous eu des problèmes en avalant des liquides?	1	2	3	4
36. Avez-vous eu des problèmes en avalant des aliments écrasés?	1	2	3	4
37. Avez-vous eu des problèmes en avalant des aliments solides?	1	2	3	4
38. Vous êtes étouffé (e) en avalant ?	1	2	3	4
39. Avez-vous eu des problèmes de dents?	1	2	3	4
40. Avez-vous des problèmes à ouvrir largement la bouche?	1	2	3	4
41. Avez-vous eu la bouche sèche?	1	2	3	4
42. Avez-vous eu une salive collante?	1	2	3	4
43. Avez-vous eu des problèmes d'odorat?	1	2	3	4
44. Avez-vous eu des problèmes de goût?	1	2	3	4
45. Avez-vous toussé?	1	2	3	4
46. Avez-vous été enroué(e)?	1	2	3	4

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

47. Vous êtes-vous senti (e) mal?	1	2	3	4
48. Votre apparence vous a-t-elle préoccupé(e)?	1	2	3	4
49. Avez-vous eu des difficultés à manger?	1	2	3	4
50. Avez-vous eu des difficultés à manger devant votre famille?	1	2	3	4
51. Avez-vous eu des difficultés à manger devant d'autres personnes ?	1	2	3	4
52. Avez-vous eu des difficultés à prendre plaisir aux repas?	1	2	3	4
53. Avez-vous eu des difficultés à parler à d'autres personnes?	1	2	3	4
54. Avez-vous eu des difficultés à parler au téléphone ?	1	2	3	4
55. Avez-vous eu des difficultés à avoir un contact social avec votre famille ?	1	2	3	4
56. Avez-vous eu des difficultés à avoir un contact social Avec vos amis ?	1	2	3	4
57. Avez-vous des difficultés à sortir en public ?	1	2	3	4
58. Avez-vous eu des difficultés à avoir un contact Physique avec votre famille ou vos amis ?	1	2	3	4
59. Avez-vous éprouvé moins d'intérêt aux relations sexuelles?	1	2	3	4
60. Avez-vous éprouvé moins de plaisir sexuel?	1	2	3	4
Au cours de la semaine passée :		Non	Oui	
61. Avez-vous pris des antidouleurs?			1	2
62. Avez-vous pris des suppléments nutritionnels (à l'exclusion de vitamines) ?			1	2
63. Avez-vous utilisé une sonde d'alimentation ?			1	2
64. Avez-vous perdu du poids?			1	2
65. Avez-vous pris du poids?			1	2

Annexe 3 :

La version arabe dialectale du questionnaire choisi (H&N35 Ad) [7]

الله يَخْلِيكَ ، دِيرْ عَلَامَة عَلَي الْجَوَابِ الِّي كَيَّبِينْ مَزْيَانِ الْمَشَاكِلِ الصَّحِيَّةِ الِّي
كَانُوا عِنْدَكَ فَالسِّيْمَانَة الِّي دَازَتْ

بَرَأْفْ	شَوِيَا	شَوِيَا	للا, أَبَدَا	
				1- كان عندك الحريق فالغم
				2- كان عندك الحريق فالفك
				3- كان عندك الطياب فالغم
				4- كان عندك الحريق فالقرجوطه
				5- ما كتقدرش تشرب السوائل
				6- ما كتقدرش تصرط مأكلة مطحونة
				7- ما كتقدرش تصرط مأكلة فاسحة
				8- كاتخفق مين كتحاول تصرط
				9- كان عندك مشكل فالسنان
				10- كان عندك مشكل فاش كتحل فمك مزيان
				11- كان فمك ناشف
				12- كان البراق كتيلصق
				13- كان عندك مشكل فالشمان
				14- كان عندك مشكل فالذوقان
				15- كنتي كاتكخب
				16- صوتك مبخوح

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

بَرَأْفًا	شيءٌ شَوِيحًا	شَوِيحًا	لَا، ابْنًا	
				17- حَسْبِي بَرَأْسُكَ مُرِيضٌ
				18- حَالَتُكَ مَقْلَقًا
				19- كَانُ عِنْدَكَ مُشْكَلُ دِيَالٍ لِمَاكَلَةٍ
				20- كَانُ عِنْدَكَ مُشْكَلُ دِيَالٍ لِمَاكَلَةٍ قُدَامَ لِعَائِلَةٍ
				21- كَانُ عِنْدَكَ مُشْكَلُ دِيَالٍ لِمَاكَلَةٍ قُدَامَ نَاسٍ خَرِينِ
				22- كَاتِحِيكَ لِمَاكَلَةٍ بِأَسَلَةٍ
				23- كَتَلَقِي مُشْكَلُ فُلْهَضْرَةٍ مَعَ النَّاسِ
				24- كَتَلَقِي مُشْكَلُ فُلْهَضْرَةٍ فَالْتَّلِيْفُونِ
				25- كَتَلَقِي مُشْكَلُ فَالْإِتْصَالِ بِالْعَائِلَةِ
				26- كَتَلَقِي مُشْكَلُ فَالْإِتْصَالِ بِالصَّحَابِ
				27- كَتَلَقِي مُشْكَلُ مَلِي كَتُخْرَجُ
				28- كَتَلَقِي مُشْكَلُ فَتَقِيْسِ النَّاسِ أَوْ يَقِيْمُوكَ
				29- كَانُ عِنْدَكَ مُشْكَلُ فَالْتَّنْعَاسِ مَعَ مَرَاتِكَ وَلَا مَعَ رَأْجَلِكَ

لَا	أَيِّبَةً	فَالْمِيْمَانَةَ أَلِي دَارَتِ
		31- سَتَعْمَلْتِي دَوَا دِيَالٍ لِحْرِيْقٍ
		32- سَتَعْمَلْتِي مَقْوِيَاتٍ أَوْ الْمُكْمَلَاتِ الْغِذَائِيَّةِ
		33- سَتَعْمَلْتِي نَبُو بَاشٍ دُوْرًا لِمَاكَلَةٍ
		34- ضَعَفِيْتِي فَصَحَّتْكَ
		35- غَلَاضِيْتِي فَصَحَّتْكَ

Annexe 4 :

Rappel anatomique

I. Anatomie topographique :

Le larynx est un organe impair et médian, qui occupe la partie supérieure de la région sous-hyoïdienne. Il est formé par un squelette cartilagineux suspendu à l'os hyoïde. Les différents cartilages sont unis par des articulations et des membranes. L'ensemble est doublé d'un appareil musculaire et recouvert par une muqueuse de type respiratoire.

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 C7. [55]

1. Les cartilages :

Le larynx est constitué par l'assemblage de 11 cartilages :

- Trois cartilages impairs et médians : le cartilage thyroïde, le cartilage cricoïde et l'épiglotte.
- Des cartilages pairs : les cartilages aryténoïdes, les cartilages corniculés de Santorini et les cartilages cunéiformes de Wrisberg.
- A ces différents cartilages on ajoute, de façon inconstante les cartilages sésamoïdes antérieurs et postérieurs et le cartilage inter aryténoïdien. [55]

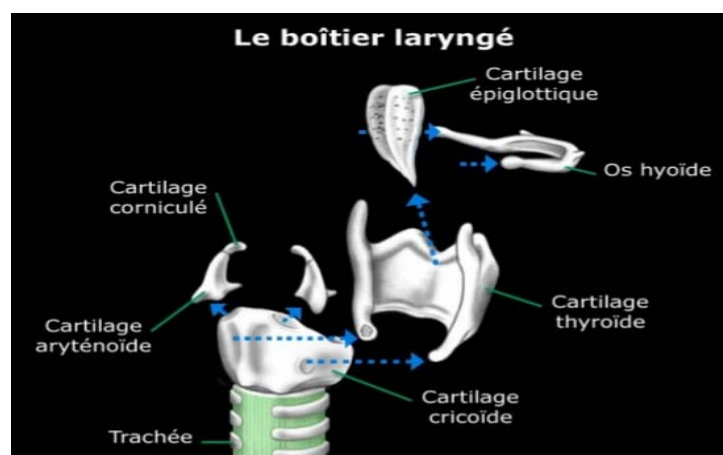


Figure 31 : Le boîtier laryngé [56]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

➤ Cartilage thyroïde :

Le plus volumineux, en forme de bouclier et dont l'angle antérieur constitue le relief de la proéminence laryngée ou pomme d'Adam.

➤ Cartilage cricoïde :

Le plus inférieure, en forme de bague chevalière à chaton postérieur. Il fait transition entre le larynx et le premier anneau trachéal.

➤ Cartilage épi glottique :

En forme de raquette à manche inférieur incurvé, qui s'insère dans l'angle rentrant du cartilage thyroïde.

➤ Cartilages aryténoïdes :

De forme pyramidale triangulaire dont la base s'articule avec le cricoïde.

➤ Cartilages corniculés :

De forme conique et incurvée en arrière et en dedans comme des crochets, ils surmontent le sommet des aryténoïdes.

➤ Cartilages cunéiformes :

De très petite taille et inconstants, situés dans les replis ary-épiglottiques en avant et en dehors des cartilages corniculés. [55]

2. Articulations, membranes et ligaments :

2.1. Articulations :

➤ Articulation crico-aryténoïdienne :

Elles permettent des mouvements de translation frontale, écartant ou rapprochant les cartilages aryténoïdes, de rotation latérale ou médiale autour d'un axe vertical, écartant ou rapprochant les processus vocaux et donc les cordes vocales. [55]

➤ Articulations crico-thyroïdiennes :

Elles permettent la bascule vers l'avant ou vers l'arrière du cartilage thyroïde, avec un effet sur la tension des cordes vocales. [55]

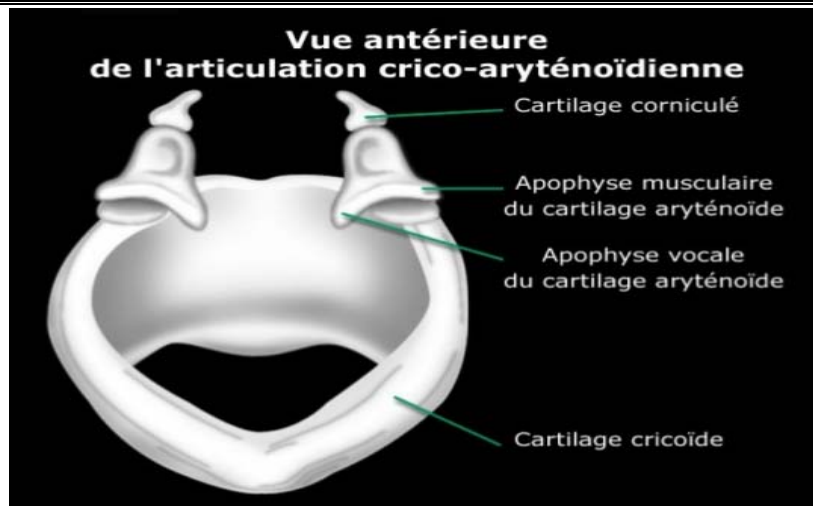


Figure 32 : Vue antérieure de l'articulation crico-aryténoïdienne [56]

2.2. Membranes et ligaments :

Les différentes pièces cartilagineuses du larynx sont unies par des membranes_renforcées éventuellement par des ligaments : [57]

- La membrane crico-trachéale.
- Membrane et ligaments thyro-hyoïdiens.
- La membrane thyro-hyoïdienne.
- Membrane et ligaments crico-thyroïdiens.
- Les ligaments de l'épiglotte : Les glosso-épiglottiques ; les pharyngo-épiglottiques ; le ligament thyro-épiglottique ; le ligament hyo-épiglottique ; les ligaments ary-épiglottiques.
- Ligaments du complexe aryténoïdien: Le ligament ary-corniculé ; la capsule crico-aryténoïdienne ; les ligaments vestibulaire et vocal.

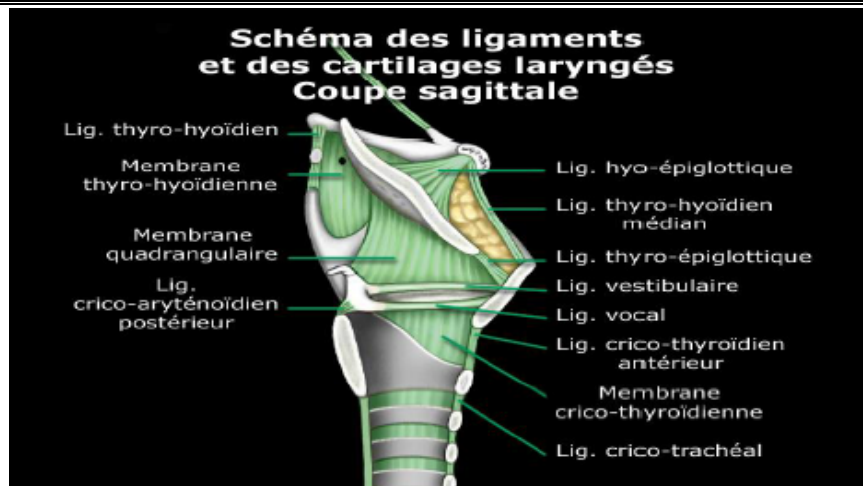


Figure 33 : Schéma des ligaments et cartilages laryngés coupe sagittale [56]

3. Les muscles du larynx :

3.1. Les muscles intrinsèques :

On distingue trois groupes musculaires :

- Les muscles tenseurs des plis vocaux : Les deux crico-thyroïdiens. (Les seuls innervés par le nerf laryngé supérieur).
- Les muscles dilatateurs de la glotte : Les deux crico-aryténoïdiens postérieurs.
- Les sept muscles constricteurs de la glotte qui sont :
 - Les deux crico-aryténoïdiens latéraux.
 - L'inter-aryténoïdien.
 - Les deux thyro-aryténoïdiens supérieurs.
 - Les deux thyro-aryténoïdiens inférieurs dont la couche interne entre dans la constitution des plis vocaux. [58]

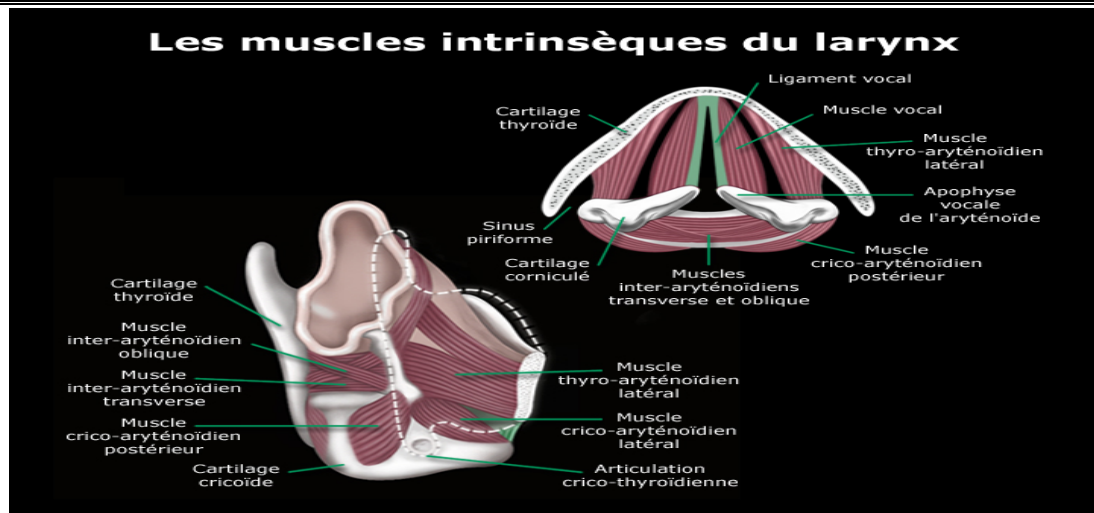


Figure 34 : Les muscles intrinsèques du larynx [56]

3.2. Les muscles extrinsèques :

Elles constituent l'appareil suspenseur du larynx, lui conférant par ailleurs une grande mobilité. Trois groupes musculaires assurent cette fonction et constituent les « bretelles de suspension du larynx » :

➤ Les muscles sus-hyoïdiens : Relient le larynx à la mandibule :

- Le muscle mylo-hyoïdien.
- Le muscle génio-hyoïdien.
- Le muscle stylo-hyoïdien.
- Les muscles digastriques antérieur et postérieur.

➤ Les muscles sous-hyoïdiens : Relient le larynx à l'orifice supérieur du thorax :

- Le muscle thyro-hyoïdien.
- Le muscle sterno-cleido-hyoïdien.
- Les muscles omo-hyoïdiens antérieur et postérieur. [55]

4. Configuration interne :

Le larynx est un tube de 5 cm de haut, 3,5 cm plus large à sa partie haute. Il est tapissé par une muqueuse en continuité avec la muqueuse pharyngée et trachéale.

La cavité laryngée est divisée en trois étages par deux replis superposés, les cordes vocales et les bandes ventriculaires :

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

- L'étage sus-glottique ou vestibulaire : correspond aux cavités et reliefs situés au dessus des cordes vocales. Il comprend la margelle laryngée, les ventricules de Morgagni, les bandes ventriculaires et l'épiglotte sous-hyoïdienne.
- L'étage glottique : est constitué des cordes vocales, formées par les muscles et ligaments vocaux.
- L'étage sous-glottique : se situe entre la face inférieure des cordes vocales et le début de la trachée cervicale. [59]

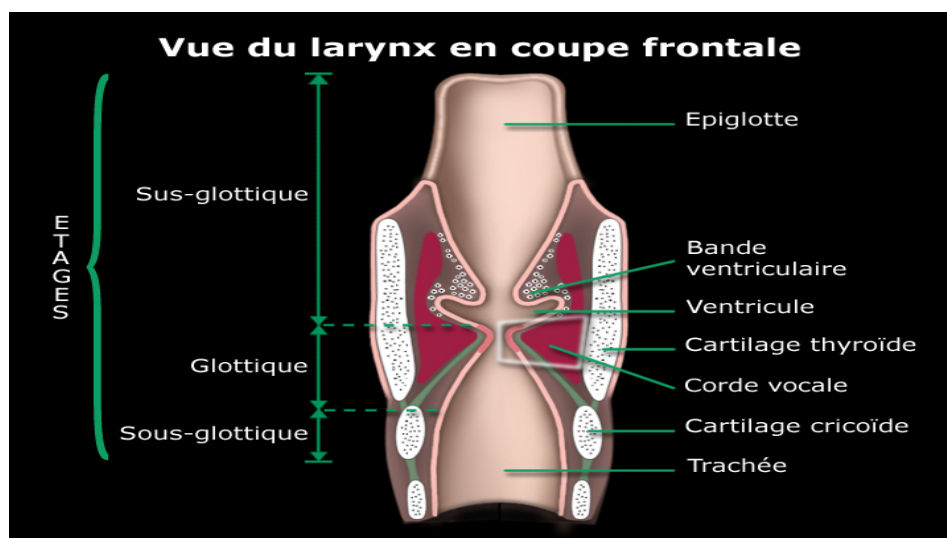


Figure 35 : Coupe frontale du larynx [56]

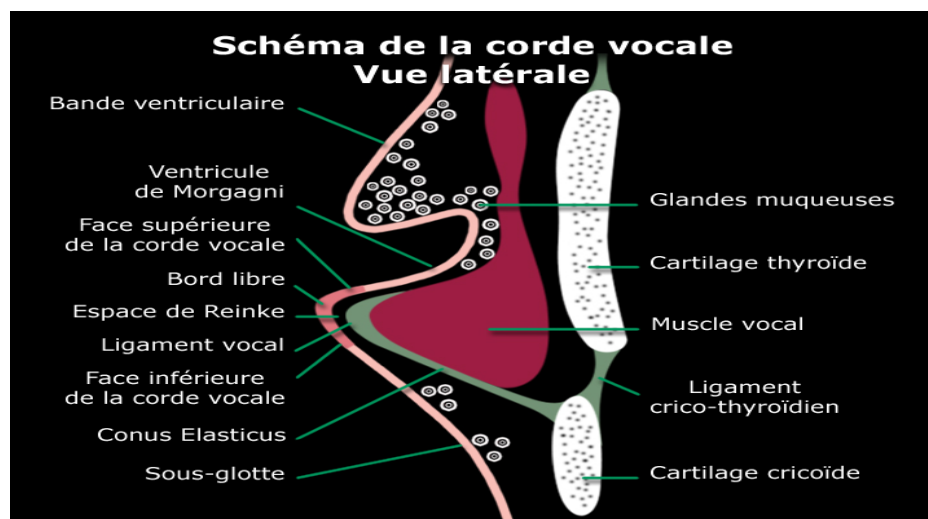


Figure 36 : Schéma de la corde vocale : vue latérale [56]

5. La vascularisation laryngée :

5.1. Vascularisation artérielle :

Elle est assurée par trois artères :

- Artère laryngée supérieure : L'artère principale du larynx. Elle naît de l'artère thyroïdienne supérieure, branche de l'artère carotide externe. Elle perfore la membrane thyro-hyoïdienne et vascularise la muqueuse et les muscles de l'étage supérieur du larynx.
- Artère laryngée antéro-inférieure : C'est une branche terminale de l'artère thyroïdienne supérieure. Elle perfore la membrane crico-thyroïdienne et vascularise la muqueuse de l'étage inférieur du larynx.
- Artère laryngée postéro-inférieure : Provient de l'artère thyroïdienne inférieure Elle est satellite du nerf laryngé inférieur. [60]

5.2. Vascularisation veineuse :

Elle est schématiquement satellite des artères.

Les veines laryngées supérieures se drainent dans la veine thyroïdienne supérieure elle-même formant le tronc veineux thyro-linguo-facial qui rejoint la veine jugulaire interne. Les veines laryngées inférieures se drainent dans la veine thyroïdienne inférieure qui rejoint le tronc veineux brachio-céphalique gauche. [60]

5.3. Vascularisation lymphatique :

Les lymphatiques du larynx se divisent en deux territoires :

Le premier, sus-glottique, très important et le second, sous-glottique, plus fin.

La vascularisation lymphatique du plan glottique est très pauvre sauf pour la commissure antérieure.

Les troncs efférents suivent la disposition artérielle. On distingue:

- Le pédicule supérieur: qui se rend aux ganglions jugulaires moyens sous le muscle digastrique.

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

- Le pédicule antéro-inférieur: qui se draine dans les ganglions pré cricoïdiens puis dans la chaîne jugulaire et les ganglions pré trachéaux.
- Le pédicule postéro-inférieur: naît de la partie postérieure de l'étage sous-glottique et se draine dans les ganglions de la chaîne récurrentielle et les ganglions jugulaires inférieurs et sus-claviculaires. [60]

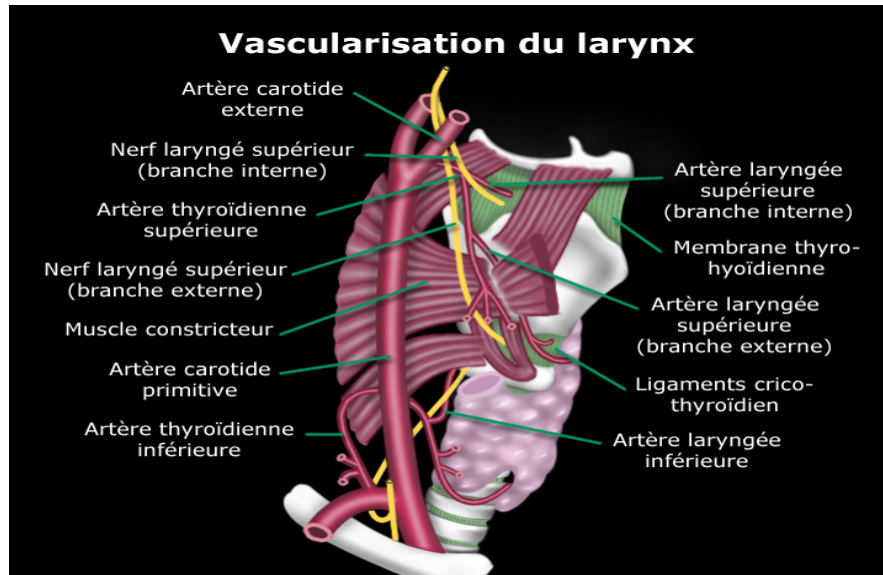


Figure 37 : Vascularisation du larynx [56]

6. L'innervation laryngée :

Elle est assurée par les nerfs laryngés supérieur et inférieur, branches du nerf vague ou pneumogastrique, dixième paire crânienne.

➤ Nerf laryngé supérieur :

C'est un nerf mixte, qui se divise en deux branches en arrière de la grande corne de l'os hyoïde :

- Le nerf laryngé externe, nerf mixte, innervant le muscle crico-thyroïdien ainsi que la muqueuse de l'étage sous-glottique.
- Le nerf laryngé interne, nerf sensitif, innervant la muqueuse épiglottique en avant et la muqueuse de l'étage sus-glottique et la face supérieure du pli vocal plus en arrière. [61] [62]

➤ **Nerf laryngé inférieur ou récurrent :**

Est en fait le plus important, c'est un nerf essentiellement moteur, innervant tous les muscles intrinsèques du larynx excepté le muscle crico-thyroïdien. Son trajet n'est pas symétrique :

- A droite : Son trajet est plus court car se détachant du nerf vague à la base du cou.
- A gauche : Il prend naissance dans le thorax, sous la crosse aortique.

❖ Les deux remontant vers le larynx. [61] [62]

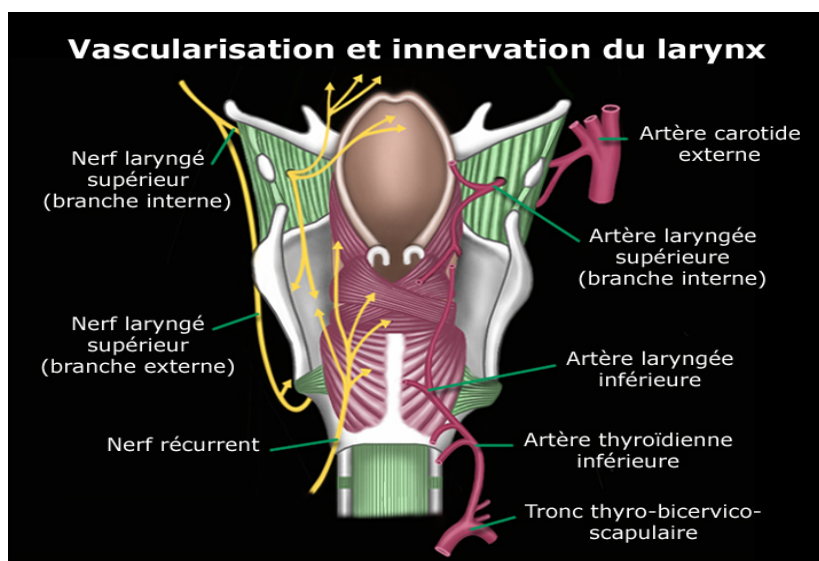


Figure 38 : vascularisation et innervation du larynx [56]

II. Rappel histologique :

Le larynx, carrefour aérodigestif, présente deux types d'épithélium, la muqueuse endo-laryngée qui repose sur la membrane élastique est constituée dans son ensemble d'un épithélium respiratoire cylindrique cilié, par contre, la corde vocale revêt une structure dite « feuilletée », en effet elle présente cinq couches qui sont de la surface en profondeur : [63]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

➤ La muqueuse :

- L'épithélium : De type pavimenteux stratifié non kératinisé avec l'absence de glandes muqueuses au niveau du bord libre l'humidification est assurée par le mucus sécrété par les régions adjacentes.
- Le chorion : Il est riche en fibres élastiques et constitué surtout de faisceaux ondulés parallèles. [63]

➤ Lamina propria (Sous muqueuse) : Disposée en trois couches :

- Superficielle : Dite espace de Reinke formée essentiellement d'éléments fibreux lâches avec peu de fibroblastes noyés dans la substance fondamentale.
- Intermédiaire : Dite Conus Elasticus, constituée essentiellement de fibres élastiques.
- Profonde : Caractérisée par une prédominance de fibres de collagène.

Les deux dernières couches forment le ligament vocal.

Aux deux extrémités des cordes vocales, la lamina propria s'épaissit : elle forme en avant la macula flava antérieure sur laquelle s'attache le tendon commissural antérieur, et en arrière la macula flava postérieure connectée à l'apophyse vocale. Ces deux structures constituent un système de coussin ayant une fonction d'amortissement vis-à-vis de la vibration cordale. [64]

➤ Le muscle vocal :

Représenté par la couche interne du muscle thyro-aryténoïdien médial, situé dans l'épaisseur de la corde vocale. C'est un muscle strié innervé par le nerf laryngé inférieur. Sa limite avec le ligament vocal est peu visible en raison de nombreux échanges de fibres entre les deux structures. Les propriétés biomécaniques de la corde vocale varient selon le degré de contraction du muscle.

Dans les circonstances normales, seule la partie antérieure des cordes vocales est responsable de la qualité de la voix ; aussi il n'y a pas de contact entre les bandes ventriculaires lors du chant ou de la parole, cependant leur rôle n'est vraisemblablement pas nul et elles interviennent dans les résistances du tractus vocal supra-glottique de même qu'en tant que facteurs de résonance.

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

En pathologie, dans le cadre de forçage vocal en particulier, on peut observer des hypertopies des bandes ventriculaires, voire un accolement en phonation, responsable d'une voix rauque (dite voix de bande). [58]

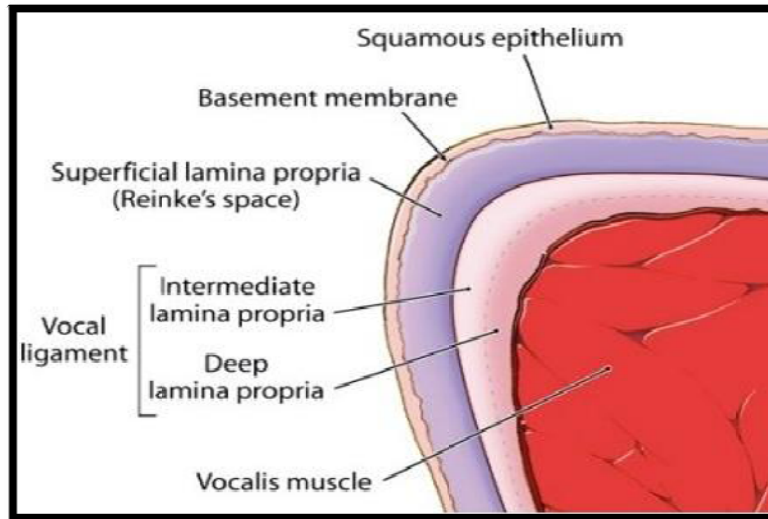


Figure 39 : Structure de la corde vocale [65]

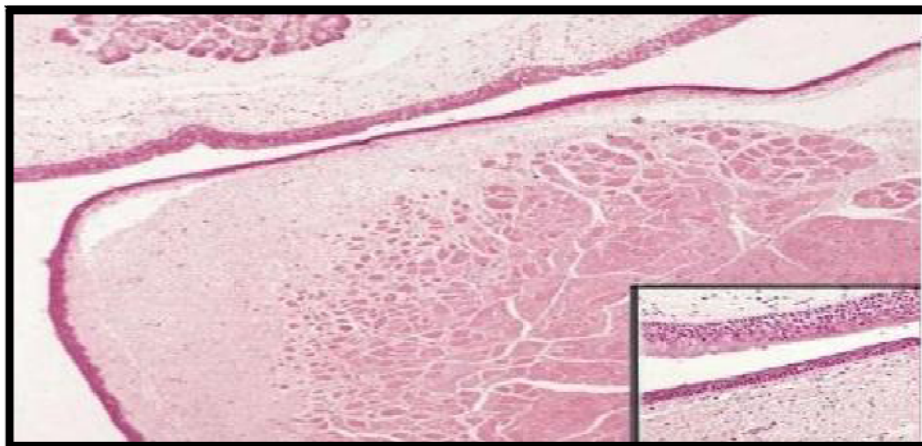


Figure 40 : Coupe histologique de la corde vocale [66]

- En haut : Bande ventriculaire tapissée d'une muqueuse respiratoire.
- En bas : Corde vocale tapissée d'une muqueuse malpighienne stratifiée.

III. Physiologie du larynx :

Le larynx assume quatre fonctions principales :

La respiration, la phonation, la déglutition et la fonction d'appui.

1. La respiration :

La fonction principale de l'appareil respiratoire est d'assurer la ventilation de l'organisme. C'est le processus d'hématose, nécessaire à l'oxygénation des cellules, qui permet l'oxygénation du sang et le rejet du gaz carbonique.

Pour permettre un libre aller et retour de l'air pulmonaire, le larynx doit rester ouvert, par l'écartement des cordes vocales. En situation de respiration, le larynx est mobilisé en globalité, puisqu'il descend lors de l'inspiration et remonte au cours de l'expiration.

- Au moment de l'*inspiration*, le muscle diaphragmatique s'abaisse, permettant un afflux d'air dans les poumons. La cage thoracique s'élargit, ainsi que la région sus-cricoïdienne.
- Lors de l'*expiration* calme, les muscles inspireurs se détendent, la cage thoracique et le diaphragme reprennent leur position de repos, et l'air s'échappe par le nez.

Le souffle pulmonaire ne sert pas uniquement à respirer. Il permet également de souffler, parler, chanter, siffler, tousser, sentir et renifler. Dans la plupart de ces actions (sauf sentir et renifler), l'air est chassé des poumons énergiquement, grâce aux muscles expirateurs. [67]

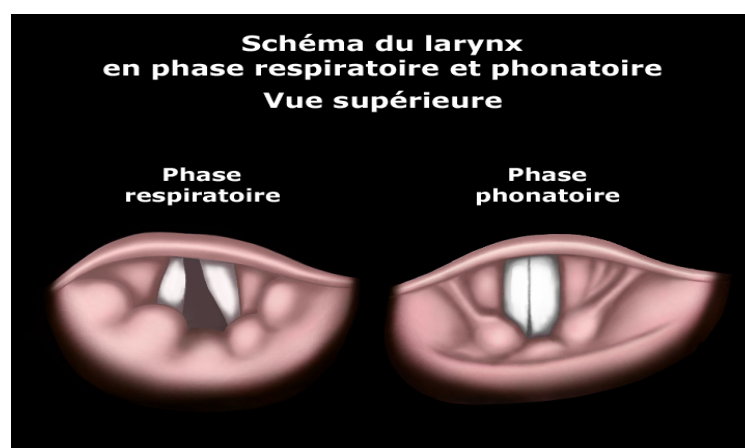


Figure 41 : Schéma du larynx en phase respiratoire et phonatoire (Vue supérieure) [56]

2. La phonation :

La réalisation de la phonation nécessite l'arrivée d'un souffle pulmonaire au niveau du larynx. Ce flux d'air peut devenir un souffle phonatoire, après modification du rythme respiratoire. En situation de parole, la phase inspiratoire se raccourcit, tandis que l'expiration est allongée, représentant ainsi le temps phonatoire.

D'après la théorie myo-élastique aérodynamique de Van Den Berg, le souffle phonatoire résulte de l'interruption périodique de l'air pulmonaire, par la fermeture glottique.

- Lorsque les cordes vocales se rejoignent, l'augmentation de la vitesse de l'air s'écoulant dans la fente glottique provoque une forte diminution de pression entre les plis vocaux.
- Une réaction rétro-aspiratoire se produit ("effet de Bernoulli"), se manifestant comme un mouvement de succion, provoquant l'accolement complet des deux plis vocaux.
- La pression sous-glottique augmente alors, et le flux d'air pulmonaire entraîne l'écartement des cordes vocales.
- Le passage de l'air provoque une chute de la pression sous-glottique.
- Les cordes vocales se rapprochent à nouveau, grâce au principe de Bernoulli.
- Le cycle se reproduit ensuite tout au long de la phonation. Le rythme d'accolement des cordes vocales détermine la fréquence fondamentale.

Le timbre vocal est sculpté lors du passage du son dans les cavités de résonance. Chaque résonateur vibrant avec sa fréquence propre, le son se charge d'impulsions harmoniques différentes. Les sons finissent par être articulés grâce aux structures mobiles des cavités supra glottiques, telles que le voile du palais, la langue, les lèvres, et la mandibule. [67] [68]

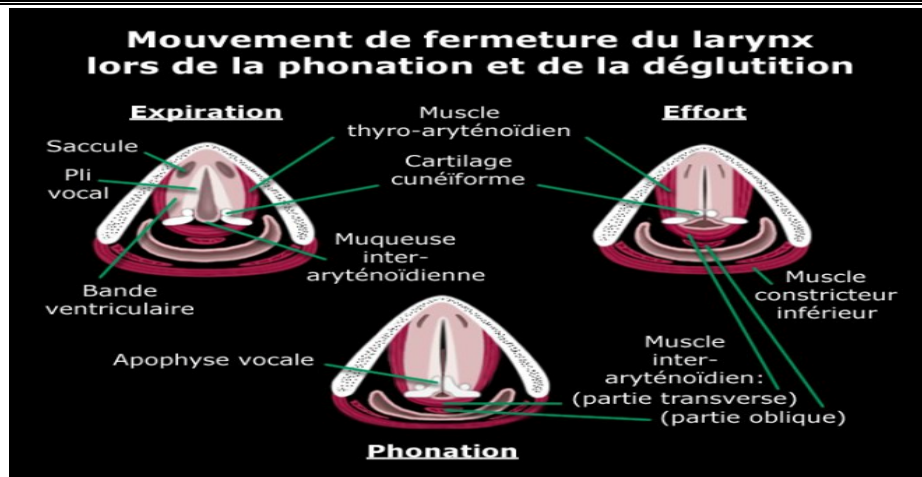


Figure 42: Mouvement de fermeture du larynx lors de : la phonation et la déglutition [56]

3. Déglutition et protection des voies aériennes :

Pour assurer une protection idéale des voies aériennes en déglutition, il est impératif de posséder une intégrité totale des structures intervenant dans le processus : unités labio-buccale, linguale, vélaire, pharyngée, et laryngée.

Une coordination intacte des trois étapes de la déglutition sera également nécessaire au bon déroulement de l'alimentation orale :

- La phase orale : est le seul temps volontaire de la déglutition. Elle consiste en une phase de préparation du bol alimentaire, par le biais de la mastication, de l'insalivation et de la gustation. Le bolus est rassemblé sur le dos de la langue, et propulsé dans le pharynx.
- La phase pharyngée : est un temps automatico-réflexe. À l'activation du réflexe de déglutition, le voile du palais s'élève pour éviter le reflux nasal. Au même moment, le larynx remonte et assure sa fonction de sphincter à forte pression, grâce au "verrouillage" :
 - Fermeture du plan glottique par bascule antérieure des aryténoïdes et tenue de l'apnée.
 - Fermeture de la margelle laryngée par bascule postérieure de l'épiglotte. Lorsque le bol alimentaire arrive dans le pharynx, l'onde péristaltique facilite sa descente jusqu'au sphincter supérieur de l'œsophage.

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

- La phase œsophagienne s'enclenche, le bolus progresse toujours vers l'estomac, et les structures reprennent leur position normale. La déglutition est terminée, le relais est pris par la digestion. [67]

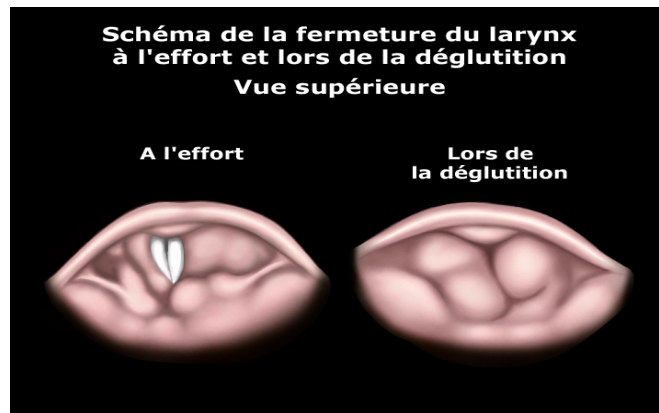


Figure 43 : Schéma de la fermeture du larynx à l'effort et lors de la déglutition (Vue supérieure)

[56]

4. Fonction d'appui :

La fonction d'appui nécessite une fermeture de tout le plan glottique (cordes vocales+ bandes ventriculaires), permettant la mise en place de l'apnée inspiratoire, afin de retenir l'air pulmonaire. La ceinture abdominale se contracte et prend alors appui sur la cage thoracique.

Au niveau laryngé, les aryténoïdes gagnent la ligne médiane, et le cartilage thyroïde se rapproche de l'os hyoïde par élévation.

Cette fonction du larynx permet de réaliser des efforts physiques à glotte fermée, comme pour soulever ou pousser un objet. Elle intervient également dans des phénomènes élémentaires tels que la toux, le vomissement, la miction, la défécation et l'accouchement. [67]

[69]

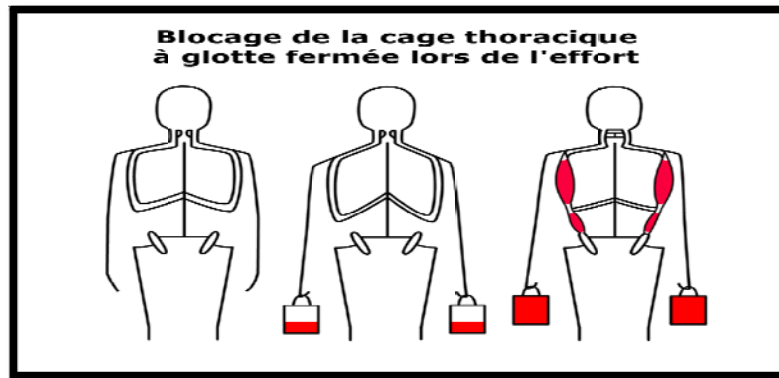


Figure 44 : Blocage de la cage thoracique à glotte fermée lors de l'effort [67]

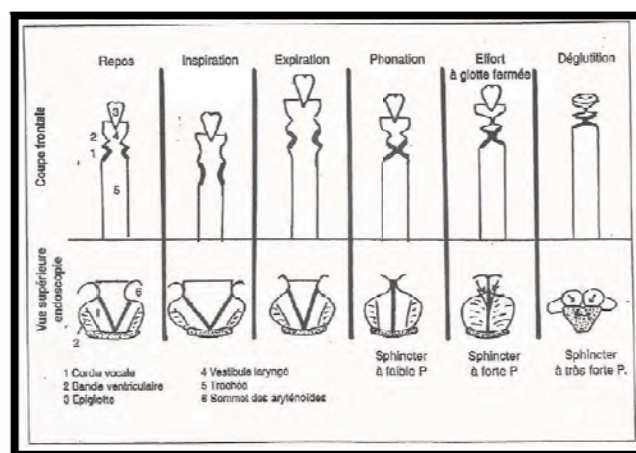


Figure 45 : Schéma montrant les différentes fonctions du larynx [70]

IV. La voix, outil de communication : Différences et stéréotypes :

Les différences entre les voix de femmes et d'hommes relèvent de problématiques complexes et éminemment pluridisciplinaires. Elles renvoient non seulement à des mesures acoustiques (fréquence fondamentale, fréquences de résonance, etc.) et perceptives, mais également à des questions d'ordre anatomique (différences au plan des organes de la phonation), sociologique et même philosophique (construction de l'identité de genre, part de l'inné et de l'acquis). [71]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Parler des hommes et des femmes dans un sujet comme celui-ci sans faire un point sur le sexe et le genre serait réducteur. Ainsi, nous avons bien à l'esprit la distinction suivante : le sexe recouvre l'idée de naître en tant qu'homme ou en tant que femme avec les attributs biologiques qui s'y rattachent, alors que le genre reflète le fait de vivre en tant qu'homme ou en tant que femme dans les actes, les choix, le mode de vie. Le genre fait donc appel à toutes les représentations sociales et les constructions psychiques qui se créent.

Pour résumer, dans le fait de vivre en tant qu'homme ou en tant que femme, nous entendons évidemment leur différence de sexe, mais également les stéréotypes et les constructions sociales qui induisent le genre. [71] [72]

1. L'évolution de la voix au cours de la vie :

Inévitablement, la voix subit cette évolution biologique naturelle qu'est le vieillissement. La maturation des tissus, l'influx nerveux, la tonicité musculaire et tendineuse, les modifications hormonales, les problèmes de dentition, le mode de vie, les événements... tout au long de la vie, de nombreux facteurs influent sur le fonctionnement de la voix. [73] [74]

1.1. À la naissance :

Les **cordes vocales** mesurent à peine 5 mm et le larynx se trouve en position très haute. Avant le premier anniversaire, il descend considérablement. Cet abaissement se poursuit progressivement durant l'enfance avec la croissance du cou. En grandissant, la voix des enfants devient plus grave mais la différence entre filles et garçons est discrète.

1.2. À l'adolescence :

Les hormones sexuelles (testostérone et œstrogène) provoquent de nombreuses transformations dont le changement de voix : **la mue**.

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Chez les filles, cette modification a lieu entre 11 et 12 ans et peut passer inaperçue. Chez les garçons, elle peut attendre 15 ans. Sous l'effet des hormones, le larynx, siège des cordes vocales se développe. Il augmente de 34 % chez les filles et de 60 % chez les garçons. Les cordes vocales aussi se modifient. Elles s'allongent pour atteindre 15 à 20 mm chez les filles et 18 à 24 mm chez les garçons chez qui elles s'épaississent également. D'autre part, les cartilages formant le larynx des jeunes hommes se ferment pour former la pomme d'Adam. Chez les filles, le processus de mue peut prendre jusqu'à 3 ans alors qu'il ne dure que 6 mois à un an chez les garçons.

1.3. À l'âge adulte :

Dans la fleur de l'âge, les modifications anatomiques n'entraînent que très peu de variations dans le fonctionnement des cordes vocales. Cependant, des facteurs comportementaux ou environnementaux (tabac, exposition régulière à la poussière...) peuvent modifier la voix.

1.4. Chez les seniors :

Après 60 ans, le vieillissement de la voix se fait à un rythme propre à chaque personne en fonction de son style de vie, son environnement, son état de santé et son patrimoine génétique.

On appelle le vieillissement de la voix, la presbyphonie. Elle résulte d'altérations morphologiques et fonctionnelles. Les cartilages du larynx s'ossifient. La tonicité musculaire baisse. L'articulation de la mâchoire est moins souple. Les muscles des cordes vocales s'atrophient. La capacité respiratoire se réduit, diminuant ainsi l'énergie du souffle vocal.

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, les castrats étaient des jeunes hommes qui chantaient avec une voix très aiguë. En effet, ces hommes avaient subi une amputation des testicules avant leur puberté (donc avant qu'ils ne muent), ce qui avait pour conséquence de bloquer la testostérone

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

et donc d'empêcher leur larynx de descendre. Leur larynx restait placé très haut près des résonateurs. Ainsi, les castrats gardaient des voix claires et pures pour chanter des pièces de soprano dans les opéras. [75] [76]

2. Les caractéristiques acoustiques de la voix :

Une multitude de phénomènes entrent en jeu et interagissent au niveau du larynx pour donner à la voix humaine une variabilité très remarquable lui permettant de s'adapter avec précision aux multiples circonstances où elle a à se manifester.

Toutes ces variations de la voix se ramènent cependant à des modifications des trois qualités acoustiques du « son vocal » à savoir l'intensité, la hauteur et le timbre. [77] [78]

2.1. L'intensité :

Le son résulte de la transmission d'une variation périodique de pression. L'intensité du son correspond à l'amplitude de cette variation de pression. Elle varie en fonction de la pression sous-glottique.

Chez le sujet normal, bien que dépendant de chaque individu, elle est d'environ 110 Hz pour la voix masculine et 220 Hz pour la voix féminine.

Avec une voix trachéo-œsophagienne, cette fréquence moyenne est de 115,8 Hz pour les hommes, et de 111,8 Hz pour les femmes. Avec une voix oro-œsophagienne, elle est de 66 Hz pour les hommes et de 86 Hz pour les femmes. Précisons que dans le cas de la laryngectomie totale, en raison de la perte des cordes vocales, la fréquence fondamentale est définie par la fréquence des vibrations au niveau de la bouche de l'œsophage. Nous remarquons donc que la différence de hauteur entre la voix d'une femme saine et la voix d'une femme laryngectomisée est bien plus importante que la différence entre l'homme sain et l'homme laryngectomisé. De plus, la voix d'une femme laryngectomisée est même plus basse que celle d'une voix laryngée masculine. [77] [78]

2.2. La hauteur tonale :

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

La hauteur de la voix ou fréquence du son fondamental dépend directement de la périodicité du mouvement des lèvres glottiques, c'est-à-dire, en pratique, du nombre d'ouvertures glottiques par seconde. Elle dépend par ailleurs de la taille du larynx (si les plis vocaux sont plus long, la voix est plus grave) et du type d'émission vocale. L'ensemble des fréquences utilisables par un sujet est appelé l'étendue de la voix.

La hauteur de la voix constitue le fondamental de la voix, elle n'est pas la même selon le sexe et les femmes parlent avec moins d'intensité que les hommes : jusqu'à 2dB plus bas.

Du fait de la nouvelle physiologie respiratoire, l'intensité de la voix œsophagienne est limitée en regard de la voix laryngée. Elle se situe entre 55 et 65 dB pour les deux sexes. Le patient aura donc des difficultés à se faire entendre dans une atmosphère bruyante, le niveau sonore avoisinant les 70 dB dans les lieux publics. [77] [78]

2.3. Le timbre :

C'est une caractéristique très importante du « son vocal ». Le timbre est spécifique à chaque individu : c'est ce qui donne la personnalité à une voix, ce qui permet de reconnaître une personne rien qu'en l'entendant. Il est évident qu'en perdant sa voix originelle, la personne laryngectomisée perd une partie de sa personnalité vocale. Que la voix œsophagienne soit masculine ou féminine, elle est perçue comme rauque. Il faut tout de même préciser que lorsqu'elle est totalement maîtrisée, le patient redécouvre des éléments de son ancienne voix laryngée (intonation, expression, accent).

Les voix des patients laryngectomisés et des patientes laryngectomisées présentent donc pratiquement les mêmes caractéristiques acoustiques, à l'inverse des voix laryngées masculine et féminine. [79]

3. La communication et le comportement vocal :

Le dictionnaire d'orthophonie définit la communication comme « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu » (Brin Henry et al., 2014). Cette définition ne va pas de soi pour de

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

nombreux patients qui, malheureusement, pensent que la communication est uniquement verbale et ne communiquent plus dès lors qu'ils ont perdu leur voix. [80]

On peut classer les manifestations vocales selon quatre points de vue centrés successivement sur l'instrument vocal, sur l'expressivité de la voix, sur les circonstances de son utilisation et enfin sur l'intentionnalité du sujet.

➤ **Selon l'instrument :**

- Voix parlée, chantée, criée ;
- Voix haute, voix basse (chuchotée) ;
- Voix de soprane, de basse, de ténor, de haute-contre ;
- Voix claire, voilée, sourde, bien timbrée, rauque, grailonnante...

➤ **Selon l'expressivité de la voix :**

- Voix décidée, ferme, cassante, sèche ;
- Voix suppliante, humble, timide, étranglée, tremblante ...

➤ **Selon les circonstances de l'utilisation de la voix :**

- Voix de la parole en public et par opposition, voix conversationnelle et voix confidentielle ;
- Voix du professeur, voix de l'orateur, voix du comédien, voix du chanteur...

➤ **Selon la pragmatique :**

L'intentionnalité du sujet et le type d'action qu'en s'exprimant vocalement ils permettent de distinguer trois comportements vocaux particuliers correspondant respectivement à la voix projetée (ou voix directive qui correspond à un comportement vocal par lequel le sujet entreprend d'agir sur autrui), la voix d'expression simple et la voix de détresse (ou voix d'insistance ou de mécontentement ou d'étonnement).

Ils constituent des entités psychophysiologiques nettement individualisées, caractérisées, par une remarquable correspondance entre une attitude psychologique particulière, d'une part, et certains faits spécifiques concernant l'attitude physique et la mécanique du souffle phonatoire, d'autre part.

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Le jugement esthétique des voix est fortement conditionné par le milieu culturel en fonction des valeurs véhiculées par la société à une période donnée et des représentations mentales que les locuteurs ont de ces voix.

Les critères d'appréciation vocale obéissent ainsi à des codes différents selon les sociétés et les cultures.

À titre d'exemple, citons le registre de la voix aiguë qui, associé à la féminité dans les pays occidentaux, est aujourd'hui socialement inacceptable pour les hommes européens alors que l'utilisation de ce même registre vocal est parfaitement normal en Afrique du Nord ou en Orient.

Dans le même ordre d'idée, les femmes japonaises en position d'autorité troquent leur voix naturelle pour une « voix sociale » calquée sur le modèle masculin. Outre les facteurs culturels et géographiques, les critères esthétiques de la voix évoluent également avec le temps.

Le jugement vocal répond donc à des critères subjectifs de goût personnel, culturel, de genre, d'époque et on ne peut définir la qualité d'une voix de façon absolue.

Outre la transmission de messages verbaux à contenu informationnel, la voix – outil privilégié de la communication humaine – véhicule également une quantité non négligeable d'informations extralinguistiques, certaines d'entre elles, relatives par exemple à l'état de santé mentale du locuteur, pouvant avoir des conséquences importantes sur la vie sociale des personnes concernées. [81]

Pour conclure, « La communication sociale est le propre de l'homme : elle définit sa nature et sa fonction sociale. Aucune relation sociale ne se fonde sans interaction verbale ». La voix constitue donc un outil d'interactions sociales qui influe fortement sur l'image qu'un individu peut avoir de son interlocuteur. Cet effet relatif au stéréotype de l'attractivité vocale laisse à penser que la pathologie vocale est perçue comme négative. [81] [82]

4. Vivre en tant qu'homme et vivre en tant que femme dans notre société :

4.1. Le domaine vocal :

La voix est l'outil de communication premier entre les êtres humains. Elle véhicule les informations que le locuteur souhaite donner mais elle recouvre également une dimension sociale. Ainsi, Marina Yaguello (in : Alis & Varraud, 1995) explique que la « parole n'est pas seulement un outil, c'est aussi un exutoire, une forme d'action, un moyen de s'affirmer comme un être social, un lieu de jouissance ou de souffrance » [83]. La linguiste donne ainsi une importance capitale à la parole, à ce que chacun peut dire grâce à sa voix. Cette dernière est un outil « d'interactions sociales qui influe fortement sur l'image qu'un individu peut avoir de son interlocuteur » (Barkat-Defredas & al., 2012) [84]. Plus précisément encore, la voix ne se limite pas à la transmission de l'information sémantique ; elle est « d'emblée associée à un genre » (Le Breton, 2011, in : Arnold, 2012) [85] et elle révèle le statut émotionnel (Sandmann & al., 2014) [86] ainsi que l'état de santé mentale d'un individu (Barkat-Defredas & al., 2012). [84]

L'empreinte vocale originelle et personnelle de la personne laryngectomisée mais aussi la « sonorité mentale » (Révis, 2013) qu'elle avait aux yeux de ses proches se trouvent effacées. [87]

En retrouvant une voix fonctionnelle, le laryngectomisé récupère bien évidemment l'aspect communicationnel verbal qu'il avait perdu, mais ne retrouve pas totalement les caractéristiques acoustiques qui lui étaient propres.

A travers la place primordiale que la voix a chez les individus, nous pouvons imaginer la souffrance concernant cette perte. Le laryngectomisé se retrouve sans moyen de communication premier et le regard des autres peut alors se modifier.

Babin (2011) [26] explique que la voix laryngée de la femme est plus aiguë, plus soigneusement articulée, plus mélodieuse que la voix masculine qui est plus grave. Ces caractéristiques sont typiquement féminines et traduisent de la douceur (Alder & al., 2006, in :

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Scotté, 2010) [88]. Il est établi que dans notre société, avoir une voix aiguë pour un homme n'est pas socialement acceptable (Barkat-Defredas & al., 2012) [84] ; celle-ci référerait trop à une voix féminine.

Arnold (2012) a montré que la voix signe l'autorité, la confiance en soi chez l'homme ; à l'inverse, elle marque la déférence, la soumission et le manque de confiance en soi chez la femme. En perdant sa voix laryngée, le statut de chef de famille du père par exemple est touché, et il peut le vivre douloureusement. [85]

4.2. Le domaine esthétique :

Le corps a pris une place capitale dans la société dans laquelle nous vivons et nous observons que des stéréotypes induits par cette société gouvernent les hommes et les femmes.

Pour comprendre la place du corps dans notre société, un simple constat s'impose : il suffit d'observer les kiosques à journaux. Le nombre impressionnant de magazines vantant les mérites de tel ou tel régime et autres chirurgies esthétiques est révélateur. Le « siècle du corps » (Babin, 2011) [26] dans lequel nous sommes, dicte le fait que la beauté du corps est un atout non négligeable pour réussir socialement et professionnellement (Galland, 2006) [89]. Ainsi, les individus sont conditionnés dans leur rapport au corps depuis leur naissance. Il est sujet à toutes les attentions, il se doit d'être présentable aux yeux de tous. En 1977, Bourdieu [90] expliquait déjà que le corps est un « produit social », un objet d'« investissements » en soins, en maquillage, en régimes, etc. Le sociologue rajoute qu'il est une « forme perceptible » qui produit une impression sur autrui. Ainsi, les hommes et les femmes sont constamment confrontés au regard que l'autre pose sur leur corps et ils agissent sur ce corps en fonction de ce qu'autrui perçoit. Ce même corps jouit d'un pouvoir sur les actes des individus. Si ce corps souffre, des répercussions notables peuvent apparaître : « les processus et les incidents dont [le corps] est le lieu, blessures, maladies, altérations hormonales, affectent nos jugements, nos perceptions, nos désirs, notre vision de la vie » (Chollet, 2012). [91]

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Le corps est ce que l'homme et la femme reflètent, il témoigne de ce que l'individu veut bien laisser paraître mais également et inévitablement des désordres internes et externes telles que des maladies, des blessures, etc.

Etre un homme ou être une femme d'un point de vue esthétique est déterminé par la société. Toutes les parties découvertes du corps attirent naturellement le regard (Schilder, 1968 in : Babin, 2011). Les conséquences visibles du cancer du larynx ont des répercussions sur l'état de santé mentale des laryngectomisés. Se voir pour la première fois après l'opération est une expérience qui peut être traumatisante. De plus, il semblerait que le regard des autres pousse le patient à se « cacher » et trois-quarts des laryngectomisés se sentent obligés de dissimuler le trachéostome (Babin, 2011). [26]

L'absence de la voix originelle d'une part, ainsi que la présence visible du trachéostome et la diminution physique due à la maladie d'autre part, créent chez le laryngectomisé un sentiment de honte, induit par le regard de l'autre, se traduisant souvent par un isolement social (Murphy, 1990, in : Babin 2011). [26]

4.3. Le domaine psychosocial :

Nous entendons par le terme « psychosocial », une mise en relation entre le vécu psychologique des individus d'une part, et les interactions sociales de ce même individu d'autre part.

L'être humain se construit socialement dès la petite enfance ; aller à l'école, faire partie de telle association sportive ou culturelle, avoir un cercle d'amis est une norme communément acceptée qui démontre que les individus ont besoin de créer des liens sociaux pour exister.

Les hommes et les femmes n'ont pas les mêmes places ni comportements dans la société. Les faits semblent attester que les femmes sont associées à la sphère privée depuis leur enfance, alors que les hommes investissent davantage la sphère publique.

La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

Le statut social de l'homme est directement lié à l'extérieur et par conséquent à son travail. Nous pouvons penser qu'un homme au chômage se sent diminué et atteint dans sa masculinité. Il n'est pas à la hauteur des attentes sociales car c'est principalement lui qui subvient aux besoins de la famille et assure la sécurité financière du couple.

En effet, au vu de nos observations quotidiennes, les femmes peuvent sembler être plus bavardes que les hommes, car dans une conversation entre les deux sexes, elles ont tendance beaucoup plus souvent à relancer l'interaction.

Comme nous venons de le voir, les individus sont conditionnés précocement aux stéréotypes de la société.

Concernant notre domaine de recherche plus spécifiquement, si le corps n'est pas socialement admis par la société en raison de sa non-conformité aux normes esthétiques, alors le laryngectomisé prend le risque d'être écarté de la sphère sociale. Qu'il soit homme ou femme, il ne va plus par exemple au restaurant, par peur du regard des autres qui pourrait être porteur de curiosité ou de malveillance à cet égard (Babin, 2011). De même, les relations quotidiennes avec les proches seront probablement différentes du fait qu'il leur est difficile de faire comme si rien n'avait changé. [26]

Enfin, la sphère familiale est touchée. L'homme laryngectomisé est destitué de son rôle de patriarche : « Il n'est pas rare que le laryngectomisé total reste muet, même s'il a acquis une voix de substitution. Son épouse parle pour lui, relate ses souffrances [...]. Elle s'impose progressivement comme le véritable chef de la famille. Lui, en revanche, apparaît un peu plus comme un assisté, spectateur de sa maladie » (Babin, 2011). [26]



Bibliographie



La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie

1. **Dictionnaire de psychologie**,
1991, p.714
2. **Babin E.**
La prise en charge du laryngectomisé total au fil du temps. Le Magazine de l'ORL Française, 2009, n°25, pp. 24-27.
3. **Bacqué M.-F.**
Reconstruire le corps... une complexité inouïe. Psycho-oncologie, 2008, n°2, pp. 69-70.
4. **Medix.free.fr – Encyclopédie médicale Medix ;**
Réinsertion et surveillance médicale du laryngectomisé, copyright 2018, p.1.
5. **<http://fr.wikipedia.org/w/index.php?oldid=69867831>**
Contributeurs: Babatmeuh, ElfeJediBiochimiste, Homo sovieticus, Libellule Bleue, Loveless, Orphée, PP Tom, Psantini, Recyclage, StephAll, Usabilis, Wikialine, Ziron.
6. **<https://qol.eortc.org/questionnaire/qlq-hn35/> EORTC**
Quality of Life Study Group, version 1.0 all rights reserved. Version française; 1995
7. **RKAINA.I ;**
Adaptation transculturelle et validation du Head and Neck 35 Questionnaire (H&N35) en arabe dialectal ; thèse soutenue en 2012 à Fès ; p.56-58.
8. **Bjordal K, Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, et al.**
For the EORTC Quality of Life Group. Quality of life in head and neck cancer patients: Validation of the European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire H&N35. J. Clin. Oncol. 17: 1008-1019, 1999.
9. **S.Schraub ; M.Mercier**
Mesure de la qualité de vie en cancérologie.
10. **P. Auquier et al.**
Journées neuro-musculaire
Mesurer la qualité de vie : effet de mode ou véritable critère de jugement ?
11. **OMS, editor.**
Organisation Mondiale de la Santé; <http://www.who.org>.
12. **C. Brousse, B. Boisaubert. La qualité de vie et ses mesures.**
La Revue de médecine interne 28 (2007) 458-462
13. **Walker et Ross.**
Quality of life assessment and application. MTP. Press Ltd.
14. **Alain Leplège.**
Les mesures de la qualité de vie; 1999 collection Que sais-je ? P.145
15. **Alain Leplège et Christophe Debout.**
Mesure de la qualité de vie et science des soins infirmiers.
Recherche en soins infirmiers 2007/1 (N° 88), pages 18 à 24.
16. **World Health organization, study protocol for the world health organization**
Project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL); 1993
17. **Auquier et al.**
Approche théorique et méthodologique de la qualité de vie 1997.

- 18. Abbadi-Simon S, Gourevitch R et Guelfi JD.**
Outils d'évaluation de la qualité de vie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS) Psychiatrie, 37-200-A-15, 2000, 8p
- 19. L. Batel.**
L'évaluation de la qualité de vie en oncologie: peut-on quantifier la qualité 1997.
- 20. CAROLINE.G, THIERRY FAIVRE, OLIVIER ROBIN.**
Evaluation comparative de l'anxiété induite par un acte chirurgical 2005
- 21. S.Schraub ; S Illeconte.**
Mesure de la qualité de vie en oncologie /radiothérapie 1995, p 82
- 22. E. Babin et al.**
Qualité de vie en cancérologie.
Application aux cancers des voies aéro-digestives supérieures 2005.
- 23. Isabel Vilaseca, MD, Paula Huerta, MD, José Luis Blanch, MD, Ana Maria FernandezPlanas, PhD, Conchita Jiménez, SLP, Manuel Bernal-Sprekelsen, MD.**
Voice quality after CO2 laser cordectomy- What can we really expect? Head Neck. Jan 2008 , Vol. 30, 1, pp. 43-9.
- 24. FISCHER G-N.**
Psychologie du cancer, un autre regard sur la maladie et la guérison. France : Odile Jacob, 2013, 256 p.
- 25. GIOVANNI A., ROBERT D.**
Prise en charge orthophonique en cancérologie ORL(2010). Marseille : Solal.
- 26. BABIN E.**
Cancer de la gorge et la laryngectomie, la découragement. Paris : L'Harmattan, 2011, P.274.
- 27. Cook DJ et al.**
Interviewer versus self-administered questionnaires in developing a disease-specific, health-related quality of life instrument. J Clin Epidemiol 1993; 46:529-34
- 28. Parker PA et al.**
Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. Psychooncology 2003;12:183-93
- 29. Carver et al.**
Assessment of quality of life in the treatment of patients with neuropathic fecal incontinence. 2005, 2006
- 30. T. Conory et al.**
Mesure de la qualité de vie des patients atteints de cancer métastatique ; Revue de la médecine interne 2002.
- 31. Martin et Al.**
Soutien social et cancer 1994.
- 32. Emmanuel Babin, Guillaume Grandazzi.**
« Qualité de vie des patients en cancérologie ORL- Quality of life in head and neck cancers », la lettre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, n°316, janvier-mars 2009.

- 33. BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V.**
Dictionnaire d'Orthophonie. Ortho-Edition (2004).
- 34. Elizabeth C. Ward, Corina J. van.**
Head and Neck Cancer: Treatment, Rehabilitation, and Outcomes 2014 Natvig 1984 P.403.
- 35. Ritter–Sterr CA, Baker TM, Colangelo LA, Matz G, Pauloski BR, Logemann JA.**
Longitudinal assessment of quality of life in laryngeal cancer patients. *Head Neck* 18(1): 1–10. (1996).
- 36. Armstrong E, Isman K, Dooley P, Brine D, Riley N, Dentice R, King S, Khanbhai F.**
An investigation into the quality of life of individuals after laryngectomy. *Head Neck* 23(1):16–24 (2001).
- 37. Doyle PC., San Diego, CA.**
Foundations of voice and speech rehabilitation following laryngeal cancer. Publisher: Singular. (1994).
- 38. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J.**
Are psycho–social and behavioural factors related to health related–quality of life in patients with head and neck cancer? A systematic review. *Oral Oncol* 41(5):440–454. (2005).
- 39. Lacroix A.**
Autour du vécu psychique des patients atteints d'une maladie chronique, in D. Simon et al, *Éducation thérapeutique : Prévention et maladies chronique*, 2009; pp. 33–39.
- 40. Dropkin, M.**
Body image and quality of life after head and neck cancer surgery. *American cancer society*, 7(6), 309–313 (1999).
- 41. He, G. & Liu, S.**
Quality of life and coping styles in Chinese nasopharyngeal cancer patients after hospitalization. *Cancer Nursing*, 28(3), 179–186 (2005).
- 42. Rispal, E.**
Cancers laryngés et pharyngo–laryngés : évaluation de la qualité de vie des laryngectomisés. *Recherche en soins infirmiers*, N°66, 67–92 (2001).
- 43. Ferrer Ramírez, M.J., Estellés Ferriol, E., Gualart Doménech, F., Carrasco Llatas, M., Morales Suárez–Varela, M. & López Martínez, R.**
Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 129(1), 92–97. (2003).
- 44. Happ, M.B., Roesch, T. & Kagan, S.H.**
Communication needs, methods, and perceived voice quality following head and neck surgery. *Cancer Nursing*, 27(1), 1–9 (2004).
- 45. Semple, C., Sullivan, K., Dunwoody, L. & Kernohan, W.**
Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer: past, present, future. *Cancer Nursing*, 27(6), 434–441 (2004).

- 46. Cremonese, G., Bryden, G. & Bottcher, C.**
A multidisciplinary team approach to preservation of quality of life for Patients following oral cancer surgery. *ORL-Head and Neck Nursing*, 18 (2), 6-11 (2000).
- 47. Liu, H-E.**
Changes of satisfaction with appearance and working status for head and neck tumour patients. *Journal of Clinical Nursing*, 1930-1938 (2008).
- 48. BRENOT E., GRENET C.**
La laryngectomie totale au quotidien, guide à l'usage des opérés du larynx et de leur famille.
- 49. BABIN E., GRANDAZZI G.,**
Vivre avec le cancer, La vie des conjoints de patients laryngectomisés
Psycho-Oncologie (2010) 4: p.303-308
- 50. Larsson, M., Hedelin, B. & Athlin, E.**
A supportive nursing care clinic : Conceptions of patients with head and neck cancer. *European Journal of Cancer Nursing*, 11, 49-59 (2007).
- 51. Moulin.P.**
Imaginaire social et Cancer. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*. N°4, 261-267 (2005).
- 52. D., DELVAUX N.,**
Psycho-oncologie : le Cancer, le Malade et sa Famille, 2è édition. Paris : Masson RAZAVI (2002).
- 53. Krouse, M., Rudy, S., Hazard Vallerand A., Hickey, M., Klein, M., Kagan, S. & Waliser, E**
Impact of tracheostomy or laryngectomy on spousal and caregiver relationships. *ORL - Head and Neck Nursing*, 22(1), 10-25. (2004).
- 54. Ross, S., Mosher, C., Ronis-Tobin, V., Hermele, S. & Ostroff, J.**
Psychosocial adjustment of family caregivers of head and neck cancer survivors. *Support Care Cancer*, uniquement disponible sur la banque de données électronique PubMed. (2009).
- 55. Le Huche, Allali.**
La voix : Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole (Tome1). MASSON, Paris, 1991, 2001
- 56. Remacle M., Lawson G., Giovanni A., Woisard V.**
Exploration du larynx. EMC (Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-635-A-10, 2005.
- 57. Frank H. Netter MD.**
Atlas of Human Anatomy: 6th Edition (Netter Basic Science), pp.210
- 58. Lacau St Guily J, Fardeau M.**
Muscles intrinsèques du larynx de l'homme : caractéristiques histoenzymologiques des fibres musculaires. *Ann Otolaryngol*. 1983; 100:1-2
- 59. <https://imedecin.com/Appareil-respiratoire/le-larynx/Situation-et-dimensions-du-larynx.html>**
- 60. V Epure, H Prundeanu, L Vasile, A Prundeanu, G Stancu.**
Département d'Anatomie, Université de Médecine et Pharmacie « Victor Babeş », Timișoara, Roumanie. Em-consulte.com

- 61. Lacau-St-Guily J, Roubeau B.**
Voies nerveuses et physiologie de la phonation. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie.1994, 20-632-A-10.
- 62. Meyer B.**
Voies nerveuses et physiologie de la phonation. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie.1984, 20-632-A-10.
- 63. Kahane JC.**
Histologic structure and properties of the human vocal folds. Ear Nose Throat 1988; 67:322-30
Ishii K, Zhai WG, Akita M, Hirose H. Ultrastructure of the lamina propria of the human vocal fold. Acta Otolaryngol.1996;116:778-82.
- 64. Liénard J.S.**
Les processus de la communication parlée. Editions Masson, Paris 1977.
- 65. http://www.eopathologies.com/acad/h_cd/resp.pdf**
Histologie de l'appareil respiratoire.
- 66. Le Huche F., Allali A.**
La voix, tome 1 : Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole. Paris : Masson, 2010, P.216
- 67. Giovanni A, Lagier N, henrich.**
Physiologie de la phonation. EMC (Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino laryngologie.2013
- 68. Heuillet-Martin G., Garson-Bavard H., Legré A.,**
Une voix pour tous, Tome 2, La voix pathologique. Marseille : Solal, 2007, pp.177-186, 212 p.
- 69. Heuillet-Martin G., Garson-Bavard H., Legré A.,**
Une voix pour tous, Tome 1, La voix normale et comment l'optimiser. Marseille : Solal, 2007, 215 p.
- 70. ABITBOL, J., ABITBOL, P. & ABITBOL, B. (1999).**
Sex hormones and the female voice. Journal of Voice, 13, p.424-446
- 71. ARONOVITCH, C. D.**
The voice of personality: stereotyped judgments and their relation to voice quality and sex of speaker. Journal of Social Psychology, 99, 207-220 (1976).
- 72. BEDARD, C. & BELIN, P.**
A "voice inversion effect?". Brain and Cognition, 55, 247-249. (2004).
- 73. BIEMANS, M.**
Gender variation in voice quality. Utrecht, Pays-Bas : LOT. (2000).
- 74. MARTIN, Ph.**
Phonétique acoustique, introduction à l'analyse acoustique de la parole. Paris: Armand Colin (2008).
- 75. MORRIS, R. J., MCCREA, C. R., HERRING, K. D.**
Voice onset time differences between adult males and females: isolated syllables. Journal of Phonetics, 36, 308-317 (2008).

76. NGUYEN, N.

La perception de la parole. In Nguyen, N., Wauquier-Gravelines, S. & Durand, J. (dir.), Phonologie et phonétique: Forme et substance. Paris : Hermès, 425–447. (2005).

77. PEPIOT, E.

Les temps de traitement des voix de femmes et d'hommes sont-ils équivalents ? In Actes des JEP-TALN-RECITAL 2012, Grenoble, 153–160. (2012).

78. IMPSON, A. P.

Dynamic consequences of differences in male and female vocal tract dimensions. Journal of the Acoustical Society of America, 109, 2153–2164. (2001).

79. CLEVELAND, T.

Acoustic properties of voice timbre types and their influence on voice classification. Journal of the Acoustical Society of America, 61, 1622–1629. (1977).

80. Brin-Henry, F., Courier, C., Lederlé, E., et al.

Dictionnaire d'Orthophonie Villeneuve d'Ascq : OrthoEdition (2014).

81. Henrich N.

Physiologie de la voix chantée: vibrations laryngées et adaptations phono résonantielles, dans la voix parlée et la voix chantée. 40es Entretiens de médecine physique et de réadaptation, Montpellier .2012.

82. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

Communication (2017) Dans Dictionnaire Larousse en ligne.

83. ALIS V. et VARRAUD M.

L'apprenti parleur. Paris : Jacques Grancher, 1995, 273 p

84. BARKAT-DEFRADAS M., BUSSEUIL C., CHAUVY O. et al.

Dimension esthétique des voix normales et dysphoniques : approches perceptives et acoustiques, TIPA. Travaux interdisciplinaires sur la parole et le langage, vol. 28, 2012.

85. ARNOLD A.

Le rôle de la fréquence fondamentale et des fréquences de résonance dans la perception du genre, TIPA. Travaux interdisciplinaires sur la parole et le langage, vol. 28, 2012.

86. SANDMANN K., ZEHNHOFF-DINNESEN A., SCHMIDT C.-M. et al.

Between self-assessment and external rating of voice with regard to sex characteristics, age, and attractiveness. Journal of voice, vol. 28, 2014.

87. REICH M.

Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. L'information psychiatrie 2009, vol. 85

88. SCOTTE A.

Effets d'une rééducation vocale adaptée à la personne transsexuelle « homme vers femme » (maleto-female), Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste, Université de Bordeaux II, 2010

89. GALLAND O.

Jeunes : les stigmatisations de l'apparence. Economie et statistiques n°393-394, 2006.

90. BOURDIEU P.

Remarques provisoires sur la perception sociale du corps. Actes de la recherche en sciences sociales, vol.14, 1977. Présentation et représentation du corps.

91. CHOLLET M.

Beauté fatale. Mesnil-sur-l'Estrée : Zones, 2012, p. 237.

قسم الطبيب

أقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرَأْبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَأْفَةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ
وَالْأَحْوَالِ بِأَذَلَّتَا وَسَعِي فِي انْقَاذِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ
وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِأَذَلَّتَا رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،
لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، وَأَسَخَّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أُوقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ
الطَّبِّيبَةِ مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ
اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدًا

جودة حياة مرضى مستئصلي الحنجرة

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 18/06/2019

من طرف

الآنسة : محاسن المقاوم

المزودة 1992/03/04 في كلميمة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

جودة الحياة – استئصال الحنجرة – الإدماج الإجتماعي – إستفتاء EORTC QLQ
الرأس و العنق 35

اللجنة

الرئيسة

ن. المنصوري

السيدة

أستاذة في جراحة الوجه والفكين وجراحة التجميل

المشرف

ح. عمار

السيد

أستاذ في جراحة الأنف و الأذن و الحنجرة

ي. الدرواسي

السيد

أستاذ مبرز في جراحة الأنف و الأذن و الحنجرة .

ف. مانودي

السيدة

أستاذة في الطب النفسي

ح. الرايس

السيدة

أستاذة مبرزة في علم التشريح المرضي

القضاة