

Évaluation de la qualité de vie après glossectomie partielle

Lise Crevier-Buchman^{1,2}, Martine Smadja¹, Christophe Tessier¹, Madeleine Ménard¹, Daniel Brasnu^{1,2}

¹ Unité d'exploration Voix, Parole, Déglutition, Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

² CNRS UMR7018, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

RÉSUMÉ

Les traitements des cancers de la langue sont responsables de séquelles fonctionnelles et esthétiques pouvant retentir sur la qualité de vie. **Objectifs** : Les objectifs de cette étude prospective étaient d'évaluer différentes dimensions de la qualité de vie après glossectomie partielle, et de rechercher d'éventuelles corrélations entre ces dimensions afin de proposer une rééducation adaptée. **Matériel et méthodes** : Un questionnaire de qualité de vie a été soumis à 16 patients (5 femmes et 11 hommes), opérés d'une glossectomie partielle. Nous avons utilisé le questionnaire générique de qualité de vie adapté à la pathologie cancéreuse EORTC QLQC30 et son module complémentaire spécifique H&N35 adapté aux cancers de la tête et du cou. **Résultats** : Le taux moyen de satisfaction était de i) 71% pour la qualité de vie globale ii) 83% pour l'échelle de fonctionnement. Les patients se plaignaient de 13% de symptômes génériques et de 76% de symptômes spécifiques « tête et cou ». On note une absence de corrélation entre l'échelle de « qualité de vie globale » et le taux de « symptômes spécifiques ». **Conclusion** : L'échelle de qualité de vie est un bon médiateur permettant au patient d'exprimer ses difficultés. C'est un outil permettant de proposer une approche personnalisée et une prise en charge adaptée aux attentes de chacun.

(Fr ORL - 2007 ; 92 : 288 - 301)

Présenté à Paris en 2004 au 111^{ème} congrès de la SFORL sous forme de communication orale

Mots clés : Qualité de vie, Glossectomie partielle, Échelle EORTC QLQC30, Échelle EORTC H&N35.

Date de soumission : août 2005

Date d'acceptation : juin 2007

Auteur correspondant : Lise Crevier-Buchman

Unité d'exploration Voix, Parole, Déglutition et CNRS UMR7018

Hôpital Européen Georges Pompidou

20, rue Leblanc - 75015 Paris

e-mail : lise.buchman@numericable.fr

ABSTRACT

Treatments for tongue cancer are responsible for functional and esthetic impacts, which can affect quality of life. **Objectives**: The objectives of this prospective study were to assess different quality of life dimensions after partial glossectomy and to investigate correlations among these dimensions to propose adapted rehabilitation.

Material and methods: The quality of life questionnaire was administered to 16 patients (5 female and 11 male), that underwent partial glossectomy. We used a general quality of life questionnaire adapted to cancer pathology EORTC QLQC30 and its specific complementary module, H&N35, that is adapted to cancers of the head and the neck.

Results: The mean level of satisfaction was i) 71% for global quality of life ii) 83% for the functional scale. Of the patients, 13% complained of general symptoms and 76% of specific "head and neck" symptoms. We noted no correlation between scales of "global quality of life" and "specific symptoms".

Conclusions: The quality of life scale is a good measure to allow patients to express their difficulties. It is a tool that permits the development of a personalised approach and care that is adapted to expectations of each patient.

Presented as an oral presentation in Paris at the 111th Congress of the SFORL, 2004.

Key words: Quality of life, Partial glossectomy, EORTC QLQC30 scale, EORTC H&N35 scale.

INTRODUCTION

Dans le cadre des cancers de la tête et du cou, les traitements (exérèses chirurgicales, radiothérapie, chimiothérapie) ont souvent des répercussions importantes sur le plan fonctionnel et esthétique, pouvant altérer la qualité de vie [1-6]. La qualité de vie est une notion multifactorielle et très personnelle qui ne dépend pas entièrement de l'altération ou de la perte de certaines fonctions et cela, tout particulièrement dans le cas d'une pathologie telle que le cancer de la langue [7-9].

Après une revue de la littérature concernant la qualité de vie et les évaluations fonctionnelles après glossectomie, nous avons constaté que la plupart des études portait sur la qualité de vie après glossectomie totale avec reconstruction [1,10-14]. Ces interventions sont considérées comme très mutilantes et présentant de fait, des conséquences fonctionnelles graves, pouvant avoir une répercussion majeure sur la qualité de vie. Les exérèses partielles de la langue mobile et/ou partielles de la base de langue n'ont pas fait l'objet de questionnaires de qualité de vie, sans doute parce que sur le plan fonctionnel elles sont apparues comme génératrices d'altérations jugées « mineures ».

Nous avons donc orienté notre étude sur le recueil de données, au travers d'un questionnaire de qualité de vie, proposé à une population de 16 patients ayant subi une glossectomie partielle par voie endo-buccale. Nous émettons l'hypothèse que la qualité de vie après glossectomie partielle, peut ne pas être en adéquation avec les capacités fonctionnelles restantes. Autrement dit : « être intelligible, n'avoir aucune gêne fonctionnelle, pouvoir s'alimenter correctement, suffit-il à avoir une bonne qualité de vie après glossectomie partielle ? »

Notre objectif était d'évaluer la qualité de vie déclarée par les patients, dans ses dimensions subjectives et fonctionnelles et nous avons recherché les corrélations existant entre les résultats des différentes évaluations, afin d'interpréter les profils de patients et le degré de handicap exprimé. Notre démarche visait, à terme, une meilleure compréhension des demandes spécifiques de chaque patient afin de proposer une prise en charge orthophonique adaptée et personnalisée.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Population

Il s'agit d'une étude prospective concernant 16 patients successifs, venus en consultation ORL pour le suivi post-opératoire sur une période 7 mois. Ils n'ont pas été convoqués spécifiquement pour l'étude mais évalués une fois lors de la consultation quel que soit le temps post opératoire. Tous les patients ont été informés des objectifs de l'étude et ont donné leur consentement éclairé.

Les critères d'inclusion pour le choix des patients étaient des critères chirurgicaux : ils devaient avoir été opérés d'un cancer de la langue mobile et/ou de la base de langue par voie endo-buccale (glossectomie partielle) suivie ou non d'une reconstruction et/ou de radiothérapie.

Les critères d'exclusion étaient les suivants : patients non francophones, patients atteints d'une pathologie neurologique (maladie dégénérative, accident vasculaire cérébral...), patients ayant subi une seconde exérèse en lien avec une seconde localisation cancéreuse dans la sphère O.R.L. (par ex : laryngectomie), patients présentant un handicap physique ou mental inné ou acquis, en lien avec une autre étiologie que le cancer.

Protocole

Les données ont été recueillies grâce à un auto-questionnaire de qualité de vie rempli par les patients, en présence de l'orthophoniste.

Questionnaires de qualité de vie

Le questionnaire de qualité de vie utilisé était celui de l'EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). Le questionnaire est disponible et validé en langue française et comprend un questionnaire générique QLQ-C30 adapté à toutes les pathologies cancéreuses, complété par un questionnaire spécifique adapté au cancer des VADS : le H&N35 (« Head and Neck »).

1. L'EORTC QLQ-C30 (Tableau I)

Le module QLQ C30 est une échelle d'auto évaluation de type qualitatif, ordonnée en intensité. Cette échelle a été développée en 1983, par Aaronson et al. [15] dans le cadre de l'EORTC. Notre choix s'est porté sur la dernière version du questionnaire générique central EORTC QLQ-C30 version 3 datant de 1993 et son module spécifique « tête et cou » QLQ-H&N35 parce

que nous pouvions avoir accès à une base de données chiffrées des résultats d'une population de 279 patients ayant eu un cancer de la cavité orale nous permettant de comparer les résultats de notre étude aux données obtenues auprès d'une population plus importante.

Le module QLQ C30 concerne tout patient atteint d'un cancer quelle que soit la localisation, et intègre les 3 notions suivantes qui constituent 3 sous échelles : i) santé et qualité de vie globale, ii) échelle de fonctionnement (physique, activité quotidienne, émotionnel, cognitif, social), iii) échelle de symptômes génériques (symptômes en lien avec la maladie cancéreuse, quelle que soit la localisation). Les deux premières sous échelles sont cotées de 1 à 4 (1= pas du tout, 2= un peu, 3= assez, 4= beaucoup), le grade 4 correspond à un indice de satisfaction maximum. La troisième sous échelle est cotée comme les 2 sous échelles précédentes, mais dans ce cas, le grade 4 correspond au taux de symptôme maximum (indice de mécontentement) et doit donc être considéré comme participant de façon majeure à l'altération de la qualité de vie.

2. EORTC H&N35 (Tableau II)

Le module H&N35 est un questionnaire spécifique aux cancers de la tête et du cou, quels que soient le stade et les modalités de traitement (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie). Il comprend 35 questions. Un score élevé indique la présence d'un grand nombre de symptômes spécifiques, agissant comme des facteurs de détérioration de certains aspects de la qualité de vie.

Statistique

Les données recueillies ont fait l'objet d'un traitement statistique en utilisant des tests non paramétriques. Le degré de la significativité de la relation entre les variables a été mesuré au moyen de la « corrélation de Spearman » pour un risque d'erreur $\alpha = 0,01$.

RÉSULTATS

I. Population

La population étudiée se composait de 5 femmes et 11 hommes âgés de 26 à 82 ans avec une moyenne d'âge respective de 52 ans pour les femmes et 58 ans pour les hommes (Tableau III).

La répartition des patients selon la classification TNM est précisée dans le Tableau III. Les délais post opératoire étaient de 2 à 13 mois après l'intervention chirurgicale, selon les patients.

II. Les résultats du questionnaire de qualité de vie EORTC QLQ-C30

A. Santé et qualité de vie globale (Tableau IV)

Les patients présentaient un score de santé et de qualité de vie globale de 71%, avec un écart-type de 27%, alors que le score de la population de référence de la base de donnée de l'EORTC était de 68%. Onze patients (soit 68% de la population étudiée) présentaient un score de satisfaction supérieur ou égal à 50% concernant la qualité de vie globale.

B. Échelle de fonctionnement (Tableau V)

La moyenne des 5 scores de fonctionnement (physique, émotionnel, cognitif, social et activité quotidienne) de notre population était de 83% et celle de la population de référence était de 82%. Nous avons remarqué une dispersion importante des scores de fonctionnement obtenus par la population de notre étude, les écarts-types allant de 18 à 27% selon les domaines de fonctionnement. Les écart-types de la population de référence étaient eux aussi élevés (17 à 24%). Malgré un écart-type élevé, il se dégageait cependant 13 patients (soit 81% de la population étudiée), présentant un score de satisfaction situé entre 80% et 100%, concernant leur fonctionnement global.

C. Échelle de symptômes génériques (Tableau VI)

Nous avons obtenu un taux moyen de symptômes génériques de 13% pour l'ensemble de l'échelle, alors que la population de référence de la base de données de l'EORTC était à 15%. Les écart-types étaient de 15 à 34%, selon la dimension. Les résultats de notre population étaient très dispersés.

III. Les résultats du questionnaire de qualité de vie EORTC H&N35 (Tableau VII)

Nous avons obtenu une moyenne de 23 % de doléances avec un écart-type de 19% pour l'échelle de symptômes spécifiques « tête et cou ». Notre population était très hétérogène avec des écart-type extrêmes allant de 13 à 47%.

IV. Étude des corrélations entre les différentes échelles du questionnaire (Tableau VIII)

A. Corrélation entre l'échelle de qualité de vie globale et l'échelle de fonctionnement

Il existe une corrélation ($r = 0,674$) statistiquement significative pour $\alpha = 0,01$ entre l'échelle de qualité de vie globale et l'échelle de fonctionnement (Figure 1).

Tableau I

EORTC QLQ-C30 (version 3)

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

Merci de préciser :

Vos initiales :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance (jour/mois/année) :

La date d'aujourd'hui (jour/mois/année) : 31

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

Qualité de Vie et Glossectomie

Au cours de la semaine passée :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup			
16. Avez-vous été constipé(e) ?	1	2	3	4			
17. Avez-vous eu de la diarrhée ?	1	2	3	4			
18. Etiez-vous fatigué(e) ?	1	2	3	4			
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes?	1	2	3	4			
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision ?	1	2	3	4			
21. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ?	1	2	3	4			
22. Vous êtes-vous fait du souci ?	1	2	3	4			
23. Vous êtes-vous senti(e) irritable ?	1	2	3	4			
24. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?	1	2	3	4			
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?	1	2	3	4			
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie familiale ?	1	2	3	4			
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités sociales (par exemple, sortir avec des amis, aller au cinéma...) ?	1	2	3	4			
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?	1	2	3	4			
Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation							
29. Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée?	1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais							Excellent
30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre <u>qualité de vie</u> au cours de la semaine passée?	1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais							Excellent
© Copyright 1995 EORTC Study Group on Quality of Life. Tous droits réservés Version 3.0.							

Tableau II

EORTC QLQ - H&N35

Les patients rapportent parfois les symptômes ou problèmes suivants. Pourriez-vous indiquer, s'il vous plaît, si, durant la semaine passée, vous avez été affecté(e) par l'un de ces symptômes ou problèmes. Entourez, s'il vous plaît, 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-vous étranglé(e) en avalant?	1	2	3	4
39. Avez-vous eu des problèmes de dents?	1	2	3	4
40. Avez-vous eu 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
47. Vous êtes-vous senti(e) mal ?	1	2	3	4
48. Votre apparence vous a-t-elle préoccupé(e) ?	1	2	3	4

Qualité de Vie et Glossectomie

Au cours de la semaine passée :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
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 eu 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 anti-douleurs ?		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
© Copyright 1995 EORTC Quality of Life Study Group, version 1.0 All rights reserved. Tous droits réservés. Version française				

Qualité de Vie et Glossectomie

Tableau III : Présentation de la population												
Patient N°	âge	sexe	Statut familial	Profession	Délai par rapport à l'exérèse	Statut T N M	Exérèse Langue Mobile	Exérèse base de Langue	Radiothérapie	Reconstruction	Orthophonie	EVIDEMENT GANGLIONNAIRE
1	52	M	marité	ouvrier chômage	14 mois	T4 N2 M0	hémi LM droite	2/3 BdL	+	Lambeau musculo-cutané de grand droit	-	Evidement radical modifié complet droit (Ib, IIa, IIb, III, IV et V partiel)
2	57	M	marité	technicien aéronautique chômage	2 mois	T3 N0 M0	bord postérieur LM droite	BdL + LA	+	Lambeau facio-cutané ante-brachial droit	-	Evidement cervical sélectif droit (Ib,IIa, IIb, III)
3	69	M	marité	ouvrier retraité	8 mois	T4 N0 M0	2/3 LM droite + plancher ZJ	0	+	Plastie en Z	-	Evidement complet radical modifié bilatéral
4	26	F	maritée	sans profession	12 mois	T2 N1 M0	_ postérieur LM gauche	2/3 BdL + LA	+	Transplant libre musculo-cutané de grand dorsal	+	Evidement radical modifié gauche (IIa, IIb, III, IV et V)
5	82	M	marité	retraité SNCF	5 mois	T2 N0 M0	bord libre LM droite	0	-		-	Evidement triangulaire droit
6	57	F	veuve	sans profession	11 mois	T2 N0 M0	bord libre LM droite	0	-		-	Evidement sélectif (Ib, IIa, III)
7	60	M	marité	cadre tech.	7 mois	T2 N1 M0	hémi LM droite	0	-		-	Evidement cervical sélectif droit (Ib,IIa, IIb, III)
8	38	M	marité	technicien chômage	5 mois	T2 N0 M0	hémi LM gauche	0	-		-	Evidement radical modifié complet gauche (Ib, IIa, IIb, III, IV et V)
9	53	M	divorcé	ouvrier chimie	5 mois 1/2	T2 N0 M0	2/3 LM gauche	0	-		-	Evidement triangulaire gauche
10	57	M	marité	ouvrier gde surface	11 mois	T2 N1 M0	hémi LM droite	0	-		-	Evidement sélectif droit (Ia, Ib, IIa, III)
11	53	F	maritée	ouvrière chômage	5 mois	T1 N0 M0	bord libre LM droite + idem plancher	0	-		-	Evidement cervical supérieur droit (IIa, III)
12	51	F	divorcée	sans profession	2 mois 1/2	T2 N0 M0	_ bord post. LM gauche + plancher	+loge +pilier antérieur	-		-	Evidement ganglionnaire radical modifié (IIa, IIb, III, IV)
13	61	M	marité	cadre retraité maire	5 mois	T2 N0 M0	bord postérieur gauche + pilier antérieur	+2ème localisat° (larynx) non opérée	+		-	Pas d'évidement
14	48	M	marité	tourneur mécanique	10 mois	T2 N0 M0	face ventrale LM		-		-	Exploration ganglionnaire bilatérale
15	73	F	maritée	commerçant retraité	5 mois	T1 N0 M0	bord antérieur LM gauche		-		-	Evidement sélectif gauche (III, IIa, et Ib)
16	65	M	marité	chauffeur routier -retraité	10 mois	T2 N0 M0	bord postérieur LM droite	+pilier antérieur	-		-	Evidement sélectif droit (Ib, IIa, III)

LM = Langue Mobile, BdL = Base de Langue, LA = Loge Amygdalienne, ZJ = Zone de Jonction

Qualité de Vie et Glossectomie

**Tableau IV : Moyenne de « l'échelle Santé et Qualité de vie globale » de l'EORTC QLQ-C30.
Comparaison population de l'étude/ population EORTC.**

	Estimation personnelle de l'état de santé et de qualité de vie globale
Moyenne de la population de l'étude	71,0 %
Ecart type de l'étude	27,3%
Moyenne de la base EORTC	68,6%
Ecart type de la base EORTC	20,1%

Les résultats de notre étude sont présentés en % de satisfaction dans le tableau ci-dessus et comparés à la moyenne de la base de données de l'EORTC

**Tableau V : Moyennes de « l'échelle fonctionnement » de l'EORTC QLQ-C30.
Comparaison population de l'étude/population EORTC.**

Domaine de Fonctionnement	Fonctionnement physique	Activité quotidienne	Fonctionnement émotionnel	Fonctionnement cognitif	Fonctionnement social	Moyenne / patient
Moyenne population de l'étude	83,0%	85,0%	70,0%	90,0%	86,0%	83,0%
Ecart type	25,0%	27,0%	25,0%	25,0%	18,0%	16,0%
Moyenne de la base EORTC	87,0%	84,3%	68,8%	87,0%	84,8%	82,4%
Ecart type	20,0%	24,3%	22,3%	17,4%	23,0%	21,4%

Les résultats de notre étude sont présentés en % de satisfaction dans le tableau ci-dessus et comparés à la moyenne de la base de données de l'EORTC

**Tableau VI : Moyennes de « l'échelle de symptômes génériques » de l'EORTC QLQ-C30.
Comparaison population de l'étude/population EORTC.**

Symptôme générique	Fatigue	Nausées vomissements	Douleur	Dyspnée	Insomnie	Perte appétit	Constipation	Diarrhée	Difficultés financières	Moyenne / Patient
Moyenne population de l'étude	16,0%	4,0%	16,0%	19,0%	27,0%	10,0%	10,0%	8,0%	4,0%	13,0%
Ecart type	23,0%	16,0%	16,0%	26,0%	34,0%	26,0%	23,0%	25,0%	16,0%	15,0%
Moyenne de la base EORTC	25,9%	3,9%	25,7%	14,0%	29,0%	17,7%	8,5%	4,7%	11,4%	15,6%

Les résultats de notre étude sont présentés en % de mécontentement dans le tableau ci-dessus et comparés à la moyenne de la base de données de l'EORTC

Qualité de Vie et Glossectomie

Tableau VII : Moyenne de « l'échelle de symptômes spécifiques » de l'EORTC H&N35.

Catégories de Symptômes	Moyenne/Symptôme Pour la population de l'étude	Ecart-type/Symptôme Pour la population de l'étude
Douleur	14%	19%
Déglutition	23%	29%
Odeur/goût	13%	20%
Parole	19%	21%
Manger en société	23%	35%
Contacts sociaux	10%	20%
Sexualité	28%	44%
Dents	37%	47%
Ouverture buccale	21%	32%
Bouche sèche	44%	37%
Salive collante	26%	40%
Toux	14%	24%
Se sentir malade	9%	19%
Prise d'anti douleur	26%	46%
Sup. nutritionnel	26%	46%
Sonde nutrition	0%	0%
Perte poids	37%	50%
Prise poids	48%	13%
MOYENNE SCORE de SYMPTOME/ patient	23%	19%

*Les résultats de notre étude sont présentés en % de mécontentement dans le tableau ci-dessus.
(pour cette échelle, il n'existe pas de base de données permettant une comparaison de la population de notre étude avec une population de référence)*

Tableau VIII : Corrélations entre les différentes échelles du questionnaire

Type d'évaluation	Fonctionnement	Symptômes génériques	Symptômes Spécifiques
Qualité de vie globale	r = 0,674 α = 0,010	r = 0,631 α = 0,050	r = 0,369 NS

NS : non significatif

B. Corrélation entre l'échelle de qualité de vie globale et l'échelle de symptômes génériques

Il existe une corrélation ($r = 0,631$) statistiquement significative pour $\alpha = 0,05$ entre l'échelle de qualité de vie globale et l'échelle de symptômes génériques (Figure 2)

C. Corrélation entre l'échelle de qualité de vie globale et l'échelle de symptômes spécifiques

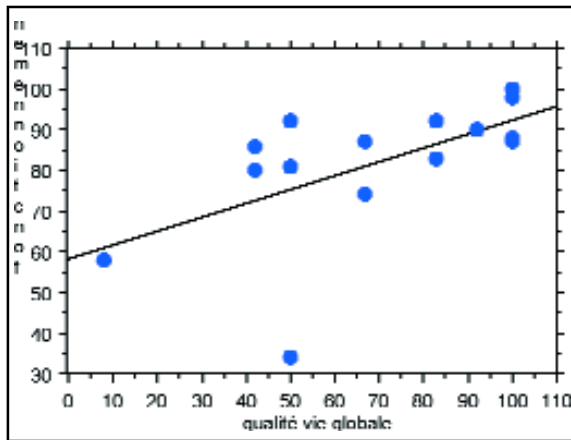
Il n'existe pas de corrélation ($r = 0,369$) entre la qualité de vie globale déclarée par les patients et le taux de symptômes spécifiques qu'ils annoncent (Figure 3).

DISCUSSION

Questionnaire de qualité de vie

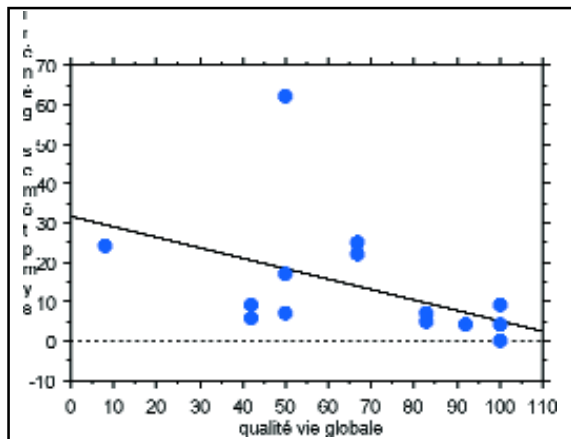
Au travers des résultats de l'évaluation que nous avons obtenu avec les échelles de l'EORTC, nous avons constaté que nos patients étaient relativement satisfaits de leur santé et de leur qualité de vie globale (71% de satisfaction), ainsi que de leur fonctionnement (physique, émotionnel, cognitif, social et activité quotidienne) avec 83% de satisfaction. Le taux moyen de symptômes génériques était de 13%. Le taux de doléances pour les symptômes spécifiques « tête et cou » était de 23 %.

Figure 1 : Corrélation de Spearman : qualité de vie globale/ fonctionnement



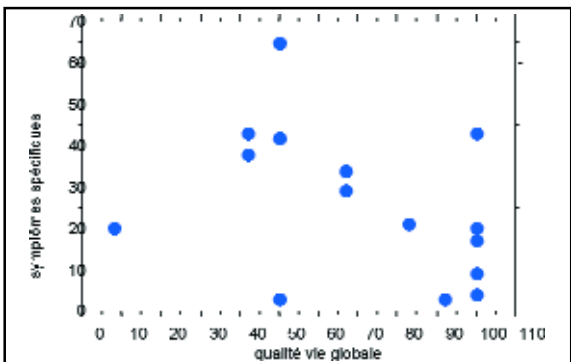
Pour $N=16$, $r(\rho) = 0,674$ ce qui correspond à une corrélation statistiquement significative pour $\alpha=0,01$

Figure 2 : Corrélation de Spearman : qualité de vie globale /symptômes génériques



Pour $N=16$, $r(\rho) = 0,631$ ce qui correspond à une corrélation statistiquement significative pour $\alpha=0,05$

Figure 3 : Corrélation de Spearman : qualité de vie globale / symptômes spécifiques



Pour $N=16$, $r(\rho) = 0,369$ ce qui correspond à une absence de corrélation

Les résultats obtenus sont proches de ceux de la population de référence pour les trois domaines non spécifiques à la pathologie « tête et cou » : qualité de vie globale (71 % contre 68,6 %), fonctionnement (83% contre 82%), symptômes génériques (13% contre 15%). Par contre il n'existe pas de population de référence pour les symptômes spécifiques.

Cependant, nous constatons une importante dispersion des résultats qui peut être liée d'une part à l'hétérogénéité du lieu et de l'étendue de l'exercice chirurgicale, d'autre part à l'absence d'homogénéité des délais post-opératoires.

Dans la littérature, peu d'études se sont penchées sur la qualité de vie après glossectomie partielle [2-3]. Notre hypothèse était que la qualité de vie après glossectomie partielle pouvait ne pas être en adéquation avec les capacités fonctionnelles restantes. Autrement dit : « être intelligible, n'avoir aucune gêne fonctionnelle, pouvoir s'alimenter correctement, suffisait-il à avoir une bonne qualité de vie après glossectomie partielle ? ». Il existait une corrélation statistiquement significative entre l'échelle de qualité de vie globale et d'une part l'échelle de fonctionnement, d'autre part l'échelle de symptômes génériques alors que nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre l'échelle de qualité de vie globale et l'échelle de symptômes spécifique « tête et cou ». En d'autres termes, malgré un nombre important de symptômes spécifiques, certains patients de notre étude semblent pouvoir s'adapter aux déficits ou handicap qu'ils engendrent et juger globalement leur qualité de vie satisfaisante, alors qu'au contraire, d'autres patients estiment que leur qualité de vie est très altérée par la pathologie cancéreuse en l'absence de symptômes spécifiques.

Cette absence de corrélation significative pourrait illustrer le caractère subjectif et individuel de la notion de qualité de vie dans le cadre d'une pathologie de la tête et du cou. Ce constat pourrait s'expliquer par une capacité d'adaptation au handicap, ou une modification des valeurs personnelles des patients. Cependant, nos résultats peuvent être biaisés par la faible population de notre étude, diminuant la puissance statistique de nos tests.

L'évaluation fonctionnelle après glossectomie partielle représente un élément concret qui peut être une première approche de la qualité de vie du patient. Les études dont nous disposons n'abordent pas directement la notion de qualité de vie, mais s'intéressent généralement à l'intelligibilité de la parole [2-3,10-13], l'efficacité de la déglutition [14], et/ou à l'état de santé psychologique [4-5,7-8] des patients. Ces études mettent

en relief les difficultés fonctionnelles concernant la parole et la déglutition, fréquemment présentes après une glossectomie partielle de la langue mobile et/ou de la base de langue. Cependant, notre étude nous a permis de constater que la notion de qualité de vie ne pouvait se limiter aux seules fonctions de parole et de déglutition et que pour comprendre les handicaps exprimés par les patients, il était nécessaire d'explorer d'autres dimensions physiques, fonctionnelles et émotionnelles pour leur offrir une meilleure prise en charge. Il convient de relever que ces études portent parfois sur des populations relativement réduites et assez souvent hétérogènes. Ceci reflète la complexité des structures anatomiques concernées par le cancer de la langue, l'hétérogénéité des sites et des extensions tumorales ainsi que les difficultés de recrutement des populations et de suivi à long terme de ces populations atteintes de pathologies à pronostic sévère.

La qualité de vie ne peut s'apprécier que par la perception qu'en a l'individu concerné, C'est un concept évolutif et dynamique, qui comprend plusieurs dimensions, en lien avec le contexte culturel, social, psycho affectif, et pathologique.

Intérêt des patients pour le Questionnaire de Qualité de vie

Les patients ont accueilli favorablement le questionnaire de qualité de vie. Aucun de nos patients n'avait encore eu l'occasion de remplir un questionnaire de ce type. Les patients dans leur très grande majorité, ont apprécié ce support qui leur a permis d'exprimer ce qu'ils n'ont « pas le temps de dire au cours d'une consultation chez le médecin... ou dont on n'ose pas parler parce que c'est « hors sujet ». Certains ont perçu l'intérêt des informations qu'ils nous délivrent ainsi « ça permet de mieux nous comprendre, il n'y a pas que l'opération... même si on est guéri " la vie est différente... les gens autour de nous ne comprennent pas ».

Le support écrit s'avère être un bon médiateur. Il permet au patient d'évoquer de façon assez exhaustive les dimensions qui participent à sa qualité de vie. Ceci évite ainsi au thérapeute de passer à côté de la problématique propre à chaque patient soit par des questions orales trop ciblées (et par nécessité très limitées en nombre), soit par des questions influencées par sa subjectivité personnelle. Ce support est écrit et formalisé, ce qui permet d'envisager la comparaison des profils obtenus par un patient, dans le temps, pour avoir une idée juste de l'évolution et de l'adaptation du patient à son han-

dicap. Enfin, un tel support aborde des thèmes tels que celui de la sexualité, que les patients n'osent pas évoquer spontanément et qui pèsent dans leur appréciation de la qualité de vie. Ainsi, un patient a commenté la question et a semblé être « rassuré » par la présence de cet item, sous-entendant que si la question est posée, cela signifie, comme il le dit, qu'il « n'est pas le seul à avoir ce type de problème ».

Intérêt de la prise en charge orthophonique

La démarche de la prise en charge orthophonique consiste à faire une évaluation détaillée d'une part des fonctions préservées ou compensées et d'autre part des déficits et incapacités du patient, et de recueillir des informations sur le vécu de la maladie, les séquelles, les effets secondaires, et d'élaborer avec le patient un plan de rééducation avec des objectifs, mais aussi de réajuster la rééducation à l'évolution des plaintes et des attentes formulées. Cette évaluation orthophonique peut être complétée par l'utilisation d'un questionnaire de qualité de vie tel que l'EORTC QLQ-C30 et son module spécifique « tête et cou » QLQ-H&N35.

Cette prise en charge orthophonique pourrait être proposée dans les suites immédiates en post opératoire et/ou après radiothérapie; elle permettrait d'une part d'éviter les réactions de retrait et de refus de communication du fait de l'altération de la parole et d'autre part de prévenir les conséquences dramatiques de la malnutrition du fait des difficultés de déglutition. Elle vise aussi la réhabilitation du patient par l'amélioration de sa qualité de vie dans les domaines de l'intelligibilité de la parole, de la communication, et de la déglutition et de l'acceptation de son handicap.

Il existe une proportion extrêmement faible de prescription de rééducation orthophonique, malgré des altérations pratiques (notamment des difficultés d'alimentation et de déglutition) et des distorsions de la parole (taux moyen 45%). On peut expliquer cet état de fait par la pauvreté de la littérature sur les résultats de la rééducation orthophonique chez des patients ayant subi une glossectomie partielle.

Dans le cadre de notre étude, et suite à ces évaluations, la proposition d'une prise en charge orthophonique serait souhaitable pour les patients présentant un abaissement des scores fonctionnels et/ou un taux élevé d'altération de la parole, ainsi que pour les patients ne présentant pas de déficit majeur, mais une gêne fonctionnelle ou exprimant une demande d'aide. Il existe notamment une

méconnaissance des patients concernant la possibilité de prise en charge des troubles de la déglutition.

Les limites de notre étude

Nous avons évalué la qualité de vie chez 16 patients consécutifs, au cours d'une consultation post-opératoire. Les patients étaient d'abord vus par leur chirurgien puis ils étaient pris en entretien par le médecin phoniatre qui présentait les objectifs de l'étude et demandait leur accord. Ensuite ils étaient évalués par l'orthophoniste. Le temps pour remplir le questionnaire était de 20 à 30 mn suivi d'un temps de discussion permettant d'orienter le patient vers une prise en charge adaptée. En raison de la longueur de cette évaluation et de l'implication de l'orthophoniste, la durée de l'étude s'est limitée à 7 mois soit de novembre à juin ce qui a aussi limité le nombre de patients inclus dans l'étude. Notre population était hétérogène aussi bien en âge, que par la taille de l'exérèse, ainsi que pour les délais post-opératoires. Cette première étude devrait être poursuivie sur un plus grand échantillon avec une évaluation à long terme de la qualité de vie et du bénéfice de la prise en charge orthophonique.

CONCLUSION

Les résultats obtenus au questionnaire de qualité de vie ont mis en évidence des profils très différents et soulignent l'hétérogénéité des patients face à la notion de handicap dans ce type de pathologie. Le questionnaire de qualité de vie s'est avéré être un bon médiateur pour permettre aux patients d'évoquer des difficultés liées à leur pathologie et/ou à son traitement, qui ne sont pas systématiquement abordées dans le cadre des consultations de suivi post opératoire.

L'expression des incapacités et du handicap au quotidien devrait permettre d'orienter les patients vers des prises en charge visant une réhabilitation ou une adaptation fonctionnelle ou relationnelle adaptée et personnalisée grâce aux réponses exprimées au travers des questionnaires de qualité de vie.

RÉFÉRENCES

1. Ruhl CM, Gleich LL, Gluckman JL. Survival, function, and quality of life after total glossectomy; *Laryngoscope* 1997; 107: 1316-1321.
2. Hamlet SL, Mathog RH, Patterson RL, Fleming SM. Tongue mobility in speech after partial glossectomy. *Head and Neck* 1990; 12: 210-217.
3. Heller KS, Levy J, Sciubba JJ. Speech patterns following partial glossectomy for small tumors of the tongue. *Head and Neck* 1991; 13: 340-343.
4. Gritz ER, Carmack CL, De Moor C et al. First year after head and neck cancer: quality of life. *J Clin Oncol.* 1999; 17: 352-360.
5. De Graeff A, De Leeuw R, Ros W.J.G, Hordijk GJ, Blijham GH, Winubst J. Long term quality of life of patients with head and neck cancer. *Laryngoscope* 2000; 110: 98-106.
6. Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Hammerlid E. et al., A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part one: longitudinal study. *Laryngoscope* 2001; 111: 1440-1452.
7. Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, Bjordal K, et al. A prospective multicentre study in Sweden and Norway of mental distress and psychiatric morbidity in head and neck cancer patients. *Br J Cancer* 1999; 80: 766-774.
8. Schraub S. Appréciation de la souffrance psychosociale, application en cancérologie. Dans *Evaluation de la qualité de vie*. Hérisson C. et Simon L. collection « Problèmes en médecine de rééducation » Edition MASSON, Paris, 1993; pp 60-64.
9. Mercier M. Mesure de qualité de vie concept intérêt et instrument. *Qualité de vie en cancérologie*. Schraub S et Conroy T. Edition John Libbey Eurotext Paris 2002; pp 1-8.
10. Konstantinovic VS, Dimic ND. Articulatory function and tongue mobility after surgery followed by radiotherapy for tongue and floor of the mouth cancer patients. *Br J Plastic Surg.* 1998; 51: 589-593.
11. Knuutila H, Pukander J, Maata T, Pakarinen L, Vilkmann E. Speech articulation after subtotal glossectomy and reconstruction with a myocutaneous flap. *Acta Otolaryngol.* 1999; 119: 621-626.
12. Satoko I, Ken IM. Articulatory function after resection of the tongue and floor of the mouth: palatometric and perceptual evaluation. *J Speech Hear Res.* 1992; 35: 68-78.
13. Furia CL, Kowalski LP, Latorre MR, et al. Speech intelligibility after glossectomy and speech rehabilitation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001; 127: 877-883.
14. Roa Pauloski B, Rademaker AW, Logemann J, Colangelo L. Speech and swallowing in irradiated and non irradiated postsurgical oral cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998, 118: 614-624.

15. Aaronson NK, Fayers PM, Curran D, Groenvold M. EORTC Quality of life study group. "EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (Second edition)"; Brussels: EORTC 1999. et <http://www.eortc.be/home/qol>.