

Année 2024

Thèse N° 472

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25/12/2024

PAR

Mr. Said OUASSI

Né le 28 janvier 1999 à AGAFAY Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Qualité de vie, cancer, sphère ORL, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-H&N35,

Chimiothérapie, Radiothérapie, prospective

JURY

Mr. A.FAKHRI

PRESIDENT

Professeur d'Anatomie pathologique

Mme. M.KHOUCHANI

RAPPORTEUR

Professeur d'Oncologie- Radiothérapie

Mme. M.DARFAOUI

Professeur d'Oncologie- Radiothérapie

Mme. L.ADARMOUCH

Professeur de Santé publique, Médecine communautaire

JUGES

et épidémiologie



{رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرْ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالَّذِيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحَ
لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ
وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ}



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

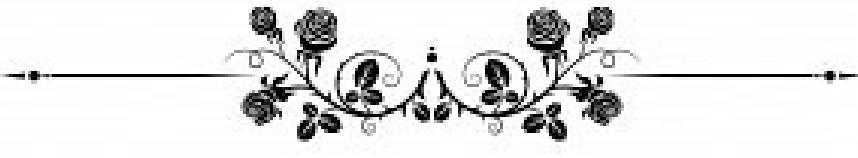
قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ أَعْلَمُ

الْحَكِيمُ

٣٢

صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ

سورة البقرة ٣٢



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 Honoriaires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Said ZOUHAIR
Vice doyen de la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen des Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Vice doyen Chargé de la Pharmacie : Pr. Oualid ZIRAOUI
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	ZOUHAIR Said (DOYEN)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUIMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie

09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie

16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAIAZ BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique

34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
40	CHERIF IDRISI EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
43	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie

47	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISI Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne

59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
73	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie

78	AMRO Lamya	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
81	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
82	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie

83	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
84	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
85	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
86	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
87	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
88	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
89	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
90	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
91	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
92	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
93	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
94	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
95	EL IDRISI SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
96	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
97	BOURRAHOUAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
98	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
99	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
101	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
102	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
103	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
104	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
105	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
106	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
107	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
108	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique

109	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
111	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
112	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
113	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
114	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
115	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
116	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
117	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
118	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
119	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
120	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
121	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
122	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
123	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
124	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
125	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
126	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
127	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
128	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
129	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
130	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
131	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
132	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique

133	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
134	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
135	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
136	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
137	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
138	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique

139	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
140	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
141	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
142	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
143	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
144	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
145	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie Générale
146	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
147	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
148	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
149	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
150	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
151	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
152	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
153	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
154	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
155	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie

156	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
157	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène
158	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
160	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
161	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
162	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
163	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
164	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
165	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
166	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
167	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
168	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie

169	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
170	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
171	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
172	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
173	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
174	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
175	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
176	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
177	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie Générale
178	MAOUJOUUD Omar	Pr Ag	Néphrologie
179	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe

180	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
181	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
182	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
183	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie Clinique
187	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
188	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
189	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
190	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
191	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie Clinique
192	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
193	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
194	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
195	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
196	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie méDicale
197	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
198	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
199	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie

200	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
201	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
202	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
203	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
204	EL-QADIRY Rabiy	Pr Ag	Pédiatrie

205	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
206	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
207	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
208	ELATIQI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
209	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
210	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
211	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ag	Microbiologie-virologie
212	HAJHOUJI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
213	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
214	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
215	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
216	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
217	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
218	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
219	WARDA Karima	MC	Microbiologie
220	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio-organique
221	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
222	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
223	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
224	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
225	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
226	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie Générale
227	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
228	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
229	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie

230	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
231	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
232	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
233	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
234	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
235	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
236	SBAI Asma	MC	Informatique
237	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
238	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
239	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
240	ZOUTA Btissam	Pr Ass	Radiologie
241	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
242	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
243	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
244	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
245	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
246	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
247	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
248	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
249	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
250	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
251	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
252	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
253	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie Générale
254	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie

255	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
256	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
257	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
258	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
259	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
260	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
261	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

262	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
263	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
264	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
265	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
266	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie Générale
267	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie Générale
268	AHMANNA Hussein-choukri	Pr Ass	Radiologie
269	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie
270	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie
271	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
272	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
273	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
274	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
275	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique
276	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
277	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
278	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie-virologie
279	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie

280	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato-orthopédie
281	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
282	AIT-DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
283	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie
284	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
285	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie Générale
286	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie
287	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
288	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
289	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
290	BENDAOUD Layla	Pr Ass	Dermatologie
291	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie Générale
292	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie

293	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique
294	HOUMAID Hanane	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
295	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie
296	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro-entérologie
297	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
298	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
299	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
300	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
301	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie
302	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
303	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie Clinique
304	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie

305	MAAROUI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie Générale
306	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
307	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
308	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie
309	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
310	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
311	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
312	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
313	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
314	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
315	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
316	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
317	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro-entérologie
318	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie
319	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique
320	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
321	ABAINU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
322	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
323	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie

324	EL GHOUL Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie
325	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
326	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
327	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique
328	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
329	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie

330	JENDOUZI Omar	Pr Ass	Urologie
331	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique
332	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
333	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
334	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
335	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses
336	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
337	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
338	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
339	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
340	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
341	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologieet maladies métaboliques
342	GHARBI Khalid	Pr Ass	Gastro-entérologie
343	ATBIB Yassine	Pr Ass	Pharmacie Clinique

LISTE ARRETEE LE
24/07/2024



DÉDICACES

« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me

hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse ...



Tout d'abord à Allah,

اللهم لك الحمد حمدًا كثيرًا طيبًا مباركا فيه عدد خلقك ورضي نفسك وزنة
عمرك ومداد كلماتك اللهم لك الحمد ولله الشكر حتى ترضي ولله الحمد ولله
الشكر عند الرضي ولله الحمد ولله الشكر دائماً وأبداً على نعمتك

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance envers toutes les personnes qui m'ont soutenu tout au long de mon parcours, m'encourageant et me guidant pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et une profonde gratitude que

Je dédie cette thèse...

إلى روح خالقي العزيزة نعيمة شهاد،

أهدى هذا العمل إلى ذكرها الطيبة. أحببتها حبًا كبيرًا، وأدعو الله أن يرحمها ويفغر لها، وأن يرزقها الفردوس الأعلى من الجنة. لو كانت بيننا اليوم، كانت فخورة جدًا بما أنجزته. اللهم اجعل قبرها روضة من رياض الجنة، واغفر لها وارفع درجتها مع الصالحين والشهداء والصديقين، واجعلها من السعداء يوم الدين.

وإلى روح عمي العزيز محمد واصي،

أهدى هذا العمل إلى ذكره الغالي. أدعو الله أن يرحمه ويفغر له، وأن يجزيه خير الجزاء. أنا ممتن جدًا للفرصة التي أتيحت لي لقضاء طفولتي بقربه والاستفادة من محبته ورعايته. اللهم اجعل مثواه الجنة، واغفر له ذنبه، واملأ قبره بالنور والسكينة، وارزقه الفردوس الأعلى بفضلك ورحمتك يا أرحم الراحمين.

إلى والدي العزيزين:

أمي السعدية شهاد

أمي الغالية، يا منبع الحنان وركن الأمان الذي أجد فيه السكينة في كل مراحل حياتي. كل ما أكتبه لا يمكن أن يفتك حفك أو يعبر عن مكانتك العظيمة في قلبي. منذ اللحظة الأولى لولادتي وأنت تقدمين لي كل ما لديك دون أن تنتظري مني مقابلًا، تعملين بجهد لا يعرف الملل ولا التعب لتوفري لنا، أنا وإخوتي، حياة ملؤها الراحة والطمأنينة والسعادة.

لقد كنت دائمًا السند الذي يقويني، واليد التي تمسك بي في خطواتي الأولى، وما زلت تمسكين بي بكل حب وثبات في كل منعطفٍ كبيرٍ أواجهه. تحملت علينا أعباءً لا تُحصى، وضحيت براحتك وأحلامك لتنحينا حيًّا ملؤها الأمان والحب، وغرستِ فينا قيم المسؤولية، والإصرار، والتفاؤل الذي يعيننا على مواجهة تحديات الحياة.

كانت كلماتِك الحكيمة ونصائحك الصادقة هي النور الذي يرشدني دائمًا نحو الطريق الصحيح. صبركِ اللامحدود، تفهمكِ، وتشجيعكِ المستمر شكلوا لي قوةً لا تضاهي ودافعاً أساسياً لتحقيق النجاح. أدين لك بكل ما وصلتُ إليه اليوم، وكل ما أسعى إلى تحقيقه في المستقبل. نجاحي هو انعكاس لتفانيكِ وجهودكِ، وإنجازي هو ثمرة تعبكِ الذي لا يتوقف.

أشكركِ من أعماق قلبي على كل لحظة سهر وتعب بذلتها من أجلنا، وأدعوكَ أن يطيل في عمركِ، وينحكِ الصحة والعافية، وأن يجعل كل ما فعلته من أجلنا في ميزان حسناتكِ. أسأل الله أن يرزقني القدرة على رد ولو جزءٍ صغيرٍ مما قدمتِ لي، وأن يرزقكِ السعادة التي تستحقينها بجدارة. أحبكِ حبًا يتجاوز حدود الكلمات، وأنتِ دائمًا تاج فخرٍ على رأسي ومصدر إلهامي الذي لا ينضب.

أبي المهدى واصي

أبي العزيز، يا رمز القوة والتضحية في حياتي، وبوصلة القيم والمبادئ التي توجه مسارِي وتطليعي. منذ نعومة أظافري وأنت السند الذي ألجأ إليه في كل لحظة، ذلك الحصن المنيع الذي يمنحكِ الأمان. لقد كنتَ النموذج الذي يعكسُ أسمى معانٍ العمل الجاد والتفاني، فلم تتوقف يومًا عن السعي الدؤوب لتأمين مستقبلنا، متحملاً كل الصعاب والتحديات بصبر وإصرار لا مثيل لهما، دون أن تشتكي أو تطلب مقابلًا.

شكراً لك على كل لحظة من الكد والتعب التي قضيتها لبناء حياة كريمة لنا، وعلى كل نصيحة صادقة وكل خطوة واثقة كنت فيها مرشدًا وتعلمًا. اليوم هو تتويج لرحلة طويلة، رحلة كانت تحت إشرافك ورعايتك التي لم تفتر يومًا، منذ خطواتي الأولى وحتى اللحظة. بغض النظر عن الكلمات التي أكتبه، لن أستطيع أبداً أن أوفيتك حفك أو أشكرك بما يكفي على تضحياتك وجهودك التي لا تُحصى.

رؤيتك وأنت تضع عائلتك دائمًا في المقام الأول، تعمل بلا كلل أو ملل رغم ما تواجهه من تحديات، كانت ولا تزال درسًا حيًّا في الصبر والإخلاص والعطاء. إن ما أحققه اليوم هو انعكاس مباشر لتضحياتك الطويلة وجهودك التي لم تنتهي. أنت تجسيد لكل ما هو جميل ونبيل في هذا العالم، وقدوت في المثابرة والتفاني.

أتمنى أن تكون هذه الأطروحة رمزاً يعبر عن ثمرة سنواتك الطويلة من العطاء والدعم لتعلمك ونجاحي. نجاحي اليوم ليس إلا امتداداً لتعبك وتفانيك، وكل خطوة أخطوها هي بفضلك أولاً وأخيراً. أدعوك من أعماق قلبي أن يبارك في عمرك، وينحك الصحة والعافية والقوه التي لا تضعف، وأن يجعلني مصدر فخر وسعادة لك كما أنت كنت وستظل مصدر فخر واعتزازي. حفظك الله، ورزقك السعادة وراحة البال، وجعل كل ما قدمته لنا في ميزان حسناتك. أحبك بكل ما أملك من مشاعر، وستظل دائمًا النور الذي يضيء طريقي.

"وَأَخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الدُّلَّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا"
(سورة الإسراء، الآية 24)

إلى أخواتي العزيزات:
سناء، أمينة، أسماء ويسرى

أنا ممتن بعمق وبلا حدود لوجودكن المشرق في حياتي. أنتن لستن مجرد أخوات لي، بل أمهات بحنانكن وعطائكن الذي لا ينضب، وصديقاتي الأقرب اللواتي أجدهن فيهن الأمان والدعم، ونور دربي الذي يرشدني دائمًا. لقد كانت محبتيكن، ورعايتكن، وتضحياتكن هي الأساس الذي شكلني وألهمني لأصبح ما أنا عليه اليوم.

إن جمالكن، الداخلي قبل الخارجي، ينعكس في كل عمل تقومن به، وفي كل كلمة تنتطعن بها، ليجسد أسمى معانٍ الطيبة، والقوة، ونكران الذات. لقد اعتنيتن بي بطرق يعجز عنها الوصف، وملأتن حياتي حبًا ودمعًا بلا شروط، ووهبتموني كل ما احتجته وأكثر دون أدنى تردد أو طلب مقابل.

كنتن بجانبي في أشد لحظات حياتي صعوبة، واحتفلتن بأبسط نجاحاتي وكأنها إنجازاتكن الخاصة. أدعوك من كل إخلاص أن يفيض عليكن ببركاته، وأن يغمر حياتكن بالسعادة والسلام، وأن يحفظوك من كل شر وسوء. كما أدعوه أن يجعلوك من أفضل الأمهات، وأن يمنحكن النجاح والتوفيق في حياتكن، وأن يملأ أيامكم بالفرح والرضا والطمأنينة.

أحبكن حبًا يتجاوز حدود الكلمات، وأؤمن أن كل إنجاز أحققه هو جزء منك كمًا هو جزء مني. لولا محبتيكن ورعايتكن التي أحاطتنني، لما استطعت الوصول إلى ما أنا عليه اليوم.

آمل من أعماق قلبي أن أكون قد جعلتكم فخورات بي، وأصلي أن أُمنحك الفرصة لرد ولو جزء يسير مما أُغدقتن عليّ به من حب ودعم هائلين. أنت مصدر فخري، وسندني، وإلهامي الذي لا ينضب، وسابقي ممتنًا لكن مدى الحياة.

To my brother : Yahya

Thank you for being the mischievous yet profoundly thoughtful big brother that you are. Your patience with me has always been invaluable, and even your refusal to assist me with every tech-related issue taught me resilience, resourcefulness, and self-reliance. I love you dearly and pray that God blesses you abundantly, grants you enduring success, and safeguards you at all times. You are a true blessing in my life, and I am profoundly grateful for you. Moreover, I want to express my heartfelt gratitude for all the ways you help me, even when I fail to express my thanks. Please know that your support never goes unnoticed and is deeply cherished.

À mes chers beaux-frères :

Mustapha, Marouane et Azzedine

Je rends grâce à Dieu de m'avoir offert le privilège d'avoir d'autres frères dans ma vie, des piliers sur lesquels je peux toujours compter. Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour le soutien inestimable que vous m'apportez dans tous les aspects de mon existence. Votre présence m'insuffle un sentiment de sécurité et de sérénité qui va bien au-delà des mots, et je suis immensément reconnaissant de pouvoir me tourner vers vous chaque fois que j'en ai besoin. Je prie Dieu avec ferveur pour qu'Il fasse de vous des modèles parmi les meilleurs maris et pères, et qu'Il vous comble de

bonheur, de sagesse et de succès tout au long de votre vie. Vous êtes un véritable trésor dans ma vie, et je ne cesserai de vous remercier pour cela.

À mes nièces et mes neveux :

Doaa, Suleimane, Rali, Ikhlass et Yasser

Je vous aime profondément et incommensurablement. Grandir à vos côtés a été l'un des plus grands priviléges de ma vie, et je suis infiniment heureux et reconnaissant pour les moments précieux que nous avons partagés. Vous avez apporté une lumière unique, une chaleur inégalable, et une joie sincère à mon existence. Chaque instant passé en votre compagnie est gravé dans mon cœur comme un trésor inestimable.

Je prie Dieu, avec tout l'amour et la sincérité qui m'habitent, de m'accorder le bonheur de vous voir grandir, vous épanouir et devenir les personnes formidables que je sais que vous serez. J'espère de tout mon cœur être cet oncle que vous chérissez et admirez, car pour moi, vous êtes une source infinie de bonheur, d'inspiration et de fierté.

Que Dieu vous bénisse, vous protège et vous comble de ses bienfaits les plus précieux. Vous êtes une bénédiction incomparable dans ma vie, un véritable cadeau du ciel. Merci du plus profond de mon âme pour tout l'amour, la joie et les instants magiques que vous apportez à notre famille. Vous êtes et serez toujours dans mes prières, et je vous aimerai éternellement.

إلى جدي العزيزتين:

الحاجة خدوj الجباص والحاجة عائشة الحوس

أهدي هذا العمل إلى اثنتين من أعظم النعم في حياتي. كنتما دائمًا مصدر الحنان والحكمة والدعاء الصادق الذي أحاطني في كل خطوة من حياتي. وجودكم في حياتي نعمة لا تقدر بثمن، وحبكم وعطاؤكم المستمر هما من أعظم أسباب قوتي ونجاحي.

أدعو الله أن يبارك في عمركم، وأن يمنّ عليكم بالصحة والعافية، وأن يظل وجودكم في حياتنا مصدر بركة وسعادة. لقد تعلمت منكم الصبر، العطاء بلا مقابل، وقيمة الحب الصادق. هذا الإنجاز هو ثمرة دعواتكم وتمنياتكم لي بالخير، وأسأل الله أن يجعلني دائمًا سببًا في فخركم وسعادتكم. أحبكم بلا حدود وأشكركم من أعماق قلبي على كل شيء.

إلى أفراد عائلتي الأعزاء : عائلة واصي وعائلة شهاد،

أهدي هذا العمل إلى كل فرد منكم، تقديراً لوجودكم الدائم في حياتي ودعمكم المستمر لي. كنتم دائمًا السند والعون، ومصدر الفرح والمحبة التي أحاطتني في كل مراحل حياتي. محبتكم ودعمكم بالكلمات الطيبة والدعوات الصادقة كانت مصدر قوة لي في أوقاتي الصعبة.

أدعو الله أن يبارك في حياتكم، ويمنّ عليكم بالصحة والسعادة والنجاح، وأن يظل وجودكم مصدر إلهام لي. نجاحي هذا هو انعكاس لمحبتكم ودعمكم، وأرجو أن أكون دائمًا مصدر فخر لكم كما أنتم مصدر فخر لي. أحبكم جميعاً من أعماق قلبي، وأشكركم على كونكم جزءاً لا يُنسى من رحلتي.

À mon amie Dr. Mrini Ouissal

Je rends grâce à Dieu de nous avoir réunies dans la même classe et le même groupe. Tu es une personne d'une rare authenticité et d'une grande importance dans ma vie, et je ne pourrais jamais assez exprimer à quel point je suis reconnaissant pour le lien unique qui nous unit. Ton amitié est une bénédiction que je chérirai toujours avec un profond respect et une immense affection. Merci d'être cette personne exceptionnelle qui apporte tant de lumière et de chaleur à mon existence. 사랑해요, 내 친구 !

À ma très chère amie Dr. Ouberka Majida

Aucun mot ne saurait exprimer pleinement l'immense amour et le profond respect que je ressens pour toi. Merci d'être toujours là pour me soutenir et m'encourager avec tant de bienveillance et d'enthousiasme. Chaque moment partagé avec toi, qu'il soit empreint de larmes ou de joie, est un trésor précieux que je garde jalousement dans mon cœur.

Je te suis également infiniment reconnaissant pour tes prières sincères, qui touchent mon âme et me réconforment plus que je ne saurais le dire. Je prie Dieu de te protéger, de te combler de Ses bénédictions et de réaliser chacun de tes souhaits.

Je tiens aussi à adresser ma profonde gratitude à ta maman pour son soutien inestimable et ses prières emplies d'amour, qui sont pour moi un véritable cadeau. Votre présence dans ma vie est une bénédiction que je chéris au plus haut point, et je vous en serai toujours éternellement reconnaissant.

À mon ami Sami Benhaddi,

Merci d'être le frère et l'ami que je n'aurais jamais osé rêver d'avoir. Je suis tellement fier de toi et j'espère te voir accomplir des réalisations encore plus grandes à l'avenir. Merci pour chaque moment joyeux que nous avons partagé et pour être la personne si gentille et généreuse que tu es. Ton amitié est un cadeau précieux dans ma vie, et je suis infiniment reconnaissant de t'avoir comme ami.

À mon amie Dr. Mohammad Oumaima

Merci d'être l'amie joyeuse et lumineuse que tu es. Je suis infiniment reconnaissant pour toutes ces gardes nocturnes où nous avons partagé des repas, des rires, et des moments de complicité. Merci pour ces interminables sessions de bavardage qui finissaient souvent par des éclats de rire jusqu'aux larmes.

Ton amitié apporte une joie immense dans ma vie, et je suis vraiment chanceux de t'avoir à mes côtés.

À mon ami Dr. Chalabi Abdelbasset

Je n'aurais jamais imaginé que nous passerions de FFI et son externe de garde à une amitié que je garderai précieusement dans mon cœur. Je suis tellement heureux que Dieu ait fait croiser nos chemins. Merci d'être la personne si gentille et drôle que tu es, ta présence apporte toujours de la joie et de la légèreté à ma vie. Ton amitié est un véritable cadeau, et je suis infiniment reconnaissant de t'avoir rencontré.

À mon amie Dr. Mezouar Maha

Je n'ai jamais eu l'occasion de partager une garde avec toi, mais d'une manière ou d'une autre, Dieu a fait en sorte que nous restions en contact à chaque instant et de toutes les façons possibles. Je suis infiniment reconnaissant d'avoir quelqu'un d'aussi aimant et attentionné que toi dans ma vie. Merci pour tes longs messages vocaux - ou TCC comme je les appelle - qui m'ont toujours encouragé, rassuré, et offert les meilleurs conseils que j'aurais pu espérer. Je t'aime énormément, et je prie Dieu qu'Il réalise tous tes rêves et qu'Il te comble de ses bénédictions.

À mon amie Dr. Nikssi Hafsa

Je suis infiniment reconnaissant que Dieu ait choisi de faire de nous des amies. Merci pour chaque moment que nous avons passé ensemble, pour ton aide précieuse, ton soutien indéfectible, ton audace inspirante, et tes encouragements constants. Merci de m'avoir toujours poussé à me défendre, à croire en moi, et à cultiver ma confiance. Tes conseils resteront gravés en moi pour toujours, et je chéris notre amitié comme un véritable trésor.

À mon amie Dr. Mendes Balencante Rodrigues Mirella

Tu ne peux pas imaginer l'amour que je te porte. Tu es une âme magnifique, à l'intérieur comme à l'extérieur. Tu as ajouté quelque chose de vraiment spécial à ma vie et à mon parcours en médecine. Merci pour ton soutien inestimable, pour les rires, et pour tous les moments de joie que nous avons partagés. Je prie Dieu que nos chemins se croisent encore et encore. Ton amitié est une bénédiction que je chérirai toujours.

À mes amis et collègues : Dr. Ouahdi Zakaria, Dr. Kechach Othman, Dr. Berramí Nabila, Dr. Moustahfid Hiba et Dr. Benjelloun Yassine, Dr. Joud Oumaïma, Dr. Moussaddaq Ghizlane, Dr. Ouajoud Assia, Dr. Ouzar Hasna, Dr. Oujaa Imane, Dr. Raqba Meryem, Chreki Fatima ezzahrae, Dr. Aït abdelmalek hajar, Dr. Gbouri Salma, Dr. Bahoui Oumaïma

Je tiens à vous remercier du fond du cœur d'être les personnes exceptionnelles, bienveillantes et authentiques que vous êtes.

Merci pour tous les moments de bonheur que nous avons partagés, pour vos éclats de rire sincères à mes blagues, et surtout pour le soutien indéfectible et l'amour que vous m'offrez si généreusement. Votre énergie vibrante m'entoure toujours d'un sentiment d'inclusion et de joie, illuminant chaque instant que nous passons ensemble.

Votre amitié est un trésor inestimable dans ma vie, une richesse dont je mesure chaque jour la valeur. Merci également pour toute l'aide précieuse que vous m'apportez, sous toutes ses formes, que ce soit par vos conseils, votre présence ou vos gestes attentionnés. Je suis infiniment reconnaissant de vous avoir à mes côtés et de pouvoir compter sur vous. Vous êtes et serez toujours des piliers dans mon existence.

À mon amie et collègue : Dr. Khabbara Zineb

Le destin a tracé un chemin unique qui nous a réunis à nouveau en école de médecine après nos merveilleuses années de lycée. Je ne pourrai jamais assez remercier la vie pour m'avoir permis de partager ce voyage avec vous. Votre présence a illuminé ces années, entre moments d'entraide, fous rires dans les couloirs et ces instants mémorables où l'on courait après le bus, le souffle coupé mais le cœur léger de bonheur.

Votre soutien, vos encouragements, et votre complicité ont rendu ce parcours encore plus beau et précieux. Ces souvenirs, empreints de joie et de camaraderie, resteront gravés en moi pour toujours. Votre amitié est un trésor que je garderai avec soin tout au long de ma vie. Merci d'avoir été un pilier dans cette aventure si spéciale.

À mon ange gardien de la FMPM : Dr. Aoiar Amal
Je suis profondément reconnaissant pour MGM, car grâce à cela, j'ai eu la chance et le privilège de te compter parmi mes amis les plus chers. Toi, avec ton immense cœur et ta bienveillance infinie, tu as apporté tant de joie et de sagesse dans ma vie. Je t'aime énormément, et je chéris chaque moment que nous avons partagé : ces instants de chansons, de rires, et surtout tes précieux conseils, qui resteront toujours gravés en moi.

Je suis impatient de te voir devenir l'une des gynécologues-obstétriciennes les plus remarquables et accomplies. Merci d'être l'être humain incroyable que tu es et pour tout ce que tu as apporté dans ma vie.

À mon amie Dr. Aergoub Chaïmaa
Je suis tellement heureux que cette année m'ait permis de te considérer comme une amie très chère. Merci de rire à mes blagues et de partager la même énergie contagieuse. J'espère

que nos streaks resteront toujours illuminées et que notre amitié continuera à grandir avec le temps.

À mes amis et collègues Pédiatrie Mamounia : Dr. Atíbi Khadíja, Dr Aít taarabt Oumaima, Dr. Benlaħsar Maha, Dr Touil Nada, Dr Mendes Itala et Dr El Gerari Manal

Merci infiniment d'être les meilleurs collègues que j'aurais pu espérer avoir durant cette rotation. Votre travail acharné, votre sens de l'humour, et l'amour que vous mettez dans ce que vous faites m'inspirent profondément. J'espère de tout cœur que nos chemins se croiseront à nouveau dans le futur. Votre présence a rendu cette expérience encore plus spéciale.

À mes amis et collègues du Groupe 10 et 11 :

Un merci tout particulier à chacun d'entre vous avec qui j'ai eu la chance de me lier d'amitié. Ces moments passés ensemble, entre les gardes partagées et les éclats de rire, resteront gravés dans ma mémoire. Vous avez rendu cette expérience non seulement enrichissante mais aussi remplie de chaleur humaine et de complicité. Votre camaraderie et votre bonne humeur ont fait de cette période une aventure unique que je chérirai toujours. Merci pour tout.

À ma 2ème famille : ROTARACT MARRAKECH MENARA
Je suis profondément reconnaissant et honoré d'avoir fait le choix de vous rejoindre, sans me douter un seul instant que vous occuperiez une place si spéciale dans mon cœur. Chacun d'entre vous a su laisser une empreinte unique et inoubliable, enrichissant ma vie d'une manière que les mots peinent à décrire.

Merci à vous tous pour la joie que vous apportez, pour votre travail acharné, votre dévouement sans faille, votre amour sincère et votre soutien constant. Vous incarnez une véritable

source d'inspiration par votre engagement et votre bienveillance. Ces liens précieux qui nous unissent sont pour moi d'une valeur inestimable, et je les chérirai pour toujours. Vous êtes bien plus qu'un simple club, vous êtes une véritable famille, et je suis privilégié de pouvoir faire partie de cette belle aventure à vos côtés.



REMERCIEMENTS



Remerciements

*Notre maître et président de thèse :
PROFESSEUR FAKHRI ANASS, PROFESSEUR
D'ANATOMIE PATHOLOGIE AU CHU MOHAMED VI
MARRAKECH*

Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de présider ce travail de thèse, je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude. Votre gentillesse, votre modestie exemplaire et votre bienveillance constante envers les étudiants font de vous un modèle admiré de tous à la faculté. Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont profondément marqués. Permettez-moi, Monsieur le Président, de vous adresser mes sincères remerciements, accompagnés de l'expression de ma respectueuse considération et de ma profonde admiration pour vos qualités scientifiques et humaines.

A notre maître et rapporteur de thèse : PROFESSEUR KHOUCHANT MOUNA, CHEF DE SERVICE D'ONCORADIOTHÉRAPIE AU CHU MOHAMED VI MARRAKECH
Un immense merci pour avoir accepté de présider ce travail. Votre bienveillance, votre modestie et votre compréhension, alliées à vos remarquables qualités professionnelles, suscitent en moi une profonde estime. Vos compétences scientifiques, pédagogiques et humaines m'ont profondément marqué, et resteront une source d'inspiration pour moi.

À notre maître et juge de thèse, PROFESSEUR DARFAOUI MOUNA, PROFESSEUR EN ONCO-RADIOOTHÉRAPIE AU CHU MOHAMED VI MARRAKECH

Je tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance pour votre disponibilité sans faille et votre soutien inestimable tout au long de l'élaboration de cette thèse. Votre gentillesse, votre patience et votre capacité à me rassurer à chaque étape ont été d'une grande aide et ont grandement facilité ce parcours. Toujours accessible et prête à répondre à mes sollicitations, vous avez été pour moi un véritable pilier. Votre professionnalisme et vos qualités humaines resteront pour moi une source d'admiration et d'inspiration. Je vous adresse mes sincères remerciements et ma profonde gratitude.

A notre maître et juge de thèse : PROFESSEUR ADARMOUCH Latifa, PROFESSEUR DE SANTÉ PUBLIQUE, MÉDECINE COMMUNAUTAIRE ET ÉPIDÉMIOLOGIE AU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH

C'est pour nous un très grand honneur que vous acceptiez de siéger parmi notre honorable jury. Vos compétences professionnelles et vos qualités humaines seront pour nous un exemple dans l'exercice de la profession. Recevez cher maître l'expression de notre grand respect et l'assurance de notre grande admiration.



Liste des figures :

- Figure n°1 : Répartition des malades en fonction de l'âge.
- Figure n°2 : Répartition des patients en fonction du sexe
- Figure n°3 : Répartition des patients en fonction du statut marital
- Figure n°4 : Répartition des patients en fonction du nombre d'enfants
- Figure n°5 : Répartition des patients en fonction du milieu de résidence
- Figure n°6 : Répartition des patients en fonction des moyens de transport utilisé
- Figure n°7 : Répartition des patients en fonction de la profession
- Figure n°8 : Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction
- Figure n°9 : Répartition des patients selon la couverture sanitaire
- Figure n°10 : Répartition des patients en fonction de leur statut tabagique
- Figure n°11 : Répartition des patients en fonction du comportement vis-à-vis de l'alcool
- Figure n°12 : Répartition des patients vis-à-vis de la consommation des drogues
- Figure n°13 : Répartition des patients selon la prise médicamenteuse
- Figure n°14 : Répartition des patients selon les catégories de poids
- Figure n°15 : Répartition des patients selon les catégories de taille
- Figure n°16 : Répartition des patients selon les catégories d'IMC avant et après le traitement
- Figure n°17 : Répartition des patients selon la localisation des tumeurs ORL
- Figure n°18 : Répartition des patients selon l'atteinte ganglionnaire
- Figure n°19 : Répartition des patients selon le délai avant la 1ère consultation
- Figure n°20 : Répartition des patients selon le délai entre la consultation et le diagnostic
- Figure n°21 : Répartition des patients selon le type histologique de cancer
- Figure n°22 : Répartition des patients selon la taille tumorale
- Figure n°23 : Répartition des patients selon le stade de la tumeur (T)
- Figure n°24 : Répartition des patients selon le stade ganglionnaire (N)
- Figure n°25 : Répartition des patients selon le stade AJCC

- Figure n°26 : Répartition des patients selon le type de traitement
- Figure n°27 : Répartition des patients selon le grade des complications de la RTH
- Figure n°28 : Répartition des Patients selon la présence ou l'absence de complications de la chimiothérapie
- Figure n°29 : Répartition des patients selon le grade des complications de la CHT
- Figure n°30 : Répartition des patients selon la présence ou l'absence de complications de la chirurgie
- Figure n°31 : Répartition des patients selon l'utilisation du sondage nasogastrique
- Figure n°32 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 1
- Figure n°33 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 2
- Figure n°34 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 3
- Figure n°35 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 4
- Figure n°36 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 5
- Figure n°37 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 6
- Figure n°38 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 7
- Figure n°39 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 21
- Figure n°40 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 22
- Figure n°41 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 23
- Figure n°42 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 24
- Figure n°43 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 20
- Figure n°44 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 25
- Figure n°45 : répartition des patients selon la réponse à l'Item 26
- Figure n°46 : répartition des patients selon la réponse à l'Item 27
- Figure n°47 : réponses des patients aux items de la douleur avant le traitement
- Figure n°48 : réponses des patients aux items de la douleur après le traitement
- Figure n°49 : réponses des patients aux items de la déglutition avant le traitement
- Figure n°50 : réponses des patients aux items de la déglutition après le traitement
- Figure n°51 : réponses des patients aux items du goût et l'odorat avant le traitement
- Figure n°52 : réponses des patients aux items du goût et l'odorat après le traitement

- Figure n°53 : réponses des patients aux items de la voix et de la parole avant le traitement
- Figure n°54 : réponses des patients aux items de la voix et de la parole après le traitement
- Figure n°55 : réponses des patients aux items de l'alimentation avant le traitement
- Figure n°56 : réponses des patients aux items de l'alimentation après le traitement
- Figure n°57 : réponses des patients à l'item de la dentition avant et après le traitement
- Figure n°58 : réponses des patients à l'item de l'ouverture buccale avant et après traitement
- Figure n°59 : réponses des patients aux items des troubles salivaires avant le traitement
- Figure n°60 : réponses des patients aux items des troubles salivaires après le traitement
- Figure n°61 : réponses des patients à l'item de la toux avant et après le traitement
- Figure n°62 : réponses des patients à l'item du malaise avant et après le traitement
- Figure n°63 : réponses des patients aux items de l'apparence et le contact social avant le traitement
- Figure n°64 : réponses des patients aux items de l'apparence et le contact social après le traitement
- Figure n°65 : réponses des patients aux items de la sexualité avant le traitement
- Figure n°66 : réponses des patients aux items de la sexualité après le traitement
- Figure n°67 : réponses des patients aux interrogations totales avant traitement
- Figure n°68 : réponses des patients aux interrogations totales après traitement
- Figure n°69 : Modification du modèle de Wilson et Cleary indiquant le potentiel d'une interaction à double sens entre plusieurs composants du modèle (Osoba2007)
- Figure n°70 : illustre le concept de qualité de vie incluant une évaluation globale et pluridimensionnelle



LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux :

- Tableau I : Pourcentage des malades enquêtés selon les antécédents personnels médicaux
- Tableau II : Pourcentage des malades enquêtés selon les antécédents personnels chirurgicaux
- Tableau III : Pourcentage des malades enquêtés selon les antécédents familiaux
- Tableau IV : Répartition des patients selon les modalités du bilan locorégional
- Tableau V : Répartition des patients selon les modalités du bilan à distance
- Tableau VI : Évolution du protocole thérapeutique avant et après traitement
- Tableau VII : Répartition des patients selon les gestes chirurgicaux réalisés
- Tableau VIII : Fréquence Globale des complications de la radiothérapie
- Tableau IX : les complications aiguës de la radiothérapie
- Tableau X : les complications aigues de la chimiothérapie
- Tableau XI : les complications aigues et chroniques de la chirurgie
- Tableau XII : Évolution du recours à la gastrostomie d'alimentation avant et après traitement
- Tableau XIII : Évolution de l'utilisation des traitements antalgiques avant et après Traitement
- Tableau XIV : Évolution de l'utilisation du traitement martial avant et après traitement
- Tableau XV : Évolution de la prescription des antidépresseurs/anxiolytiques avant et après traitement
- Tableau XVI : Score moyen et le score normalisé des échelles fonctionnelles.
- Tableau XVII : Score moyen et le score normalisé des échelles symptomatiques.
- Tableau XVIII : Scores moyens et normalisés de l'état de santé global
- Tableau XIX : Scores moyens et normalisés des items de l'EORTC QLQ – H&N35
- Tableau XX : Moyenne d'âge selon les séries
- Tableau XXI : Répartition des cancers ORL selon le sexe

- Tableau XXII : Comparaison entre nos scores normalisés et les données de la littérature (QLQ-C30)
- Tableau XXIII : Comparaison entre nos scores normalisés et les données de la littérature (QLQ-H&N35)



LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMO	: Assurance maladie obligatoire
CHT	: Chimiothérapie
CNOPS	: Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EORTC	: Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer
FACT-G	: Functional assessment of cancer therapy general
FACT-AN	: Functional assessment of cancer therapy anemia
GCO	: Global Cancer Observatory
HBP	: Hypertrophie bénigne de la prostate
HED	: Hématome extra-dural
HPV	: Human papilloma virus
HTA	: Hypertension artérielle
IMC	: Indice de masse corporelle
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
MINI	: Mini International Neuropsychiatric Interview
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PA	: Paquet année
QDV	: Qualité de vie
QLQ	: Quality of life questionnaire
RCC	: Radio-chimiothérapie concomitante
RTH	: Radiothérapie
TBK	: Tuberculose
TDM TAP	: Tomodensitométrie Thorax, Abdomen, Pelvis
UCNT	: Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
RÉSULTATS	12
I. Etude clinico- épidémiologique	13
1. Données sociodémographiques	13
2. Facteurs de risque	19
3. Données anthropométriques	22
4. Données cliniques	24
5. Données anatomopathologiques	29
6. Examens paracliniques	31
7. Protocole thérapeutique	34
8. Complications thérapeutiques	36
9. Traitement non spécifique	40
II. La qualité de vie des patients : réponses au QLQ-C30	43
1. Echelles fonctionnelles	43
2. Echelles symptomatique	54
3. Etat de santé globale	56
III. La qualité de vie des patients : réponses au QLQ-H&N35	56
1. Echelles symptomatiques	56
2. Fonctionnement social	68
3. Paramètres de prise en charge et de l'état Nutritionnel	71
DISCUSSION	74
I. Généralités sur la qualité de vie relative à la santé	75
1. Définition	75
2. Mesure de la QDV	81
3. Questionnaire EORTC QLQ-C30	84
4. Questionnaire EORTC QLQ-H&N35	85
5. Limites de mesure de la QdV	86
II. Etude clinico- épidémiologique	87
1. Données sociodémographiques	87
2. Facteurs de risque	91
3. Données cliniques et anatomopathologiques	92
III. Discussion des différentes dimensions du score QLQ-C30	96
1. Echelles fonctionnelles	96
2. Echelles symptomatiques	103
3. Etat de santé globale	109
4. Comparaison entre nos scores normalisés et les données de la littérature (QLQ-C30)	110
IV. Discussion des différentes dimensions du score QLQ-H&N35	111
1. Echelles symptomatiques	111
2. Fonctionnement social	117
3. Paramètres de prise en charge et de l'état Nutritionnel	118

4. Comparaison entre nos scores normalisés et les données de la littérature (QLQ-H&N35)	120
Recommendations	122
1. Recommandations de bonne pratique pour améliorer la qualité de vie du patient cancéreux	123
2. Réhabilitation des malades atteints du cancer (Mesures d'accompagnement psychologique, social et médical)	125
3. Propositions	126
Limites et perspectives	129
CONCLUSION	131
RÉSUMÉS	134
ANNEXES	144
BIBLIOGRAPHIE	156



INTRODUCTION

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

La maladie néoplasique est un problème de santé publique par sa gravité et sa complexité. Qui dit cancers dit un bouleversement de la vie aussi bien des patients atteints que celle de leurs familles. En dépit des progrès réalisés en matière de diagnostic, de prise en charge thérapeutique et de prévention, c'est toujours une maladie grave dont la survenue affecte tous les volets de la vie de l'individu et les dépasse pour atteindre son entourage proche et sa sphère sociale. Ce retentissement a plusieurs dimensions, outre la condition physique, il concerne aussi la santé psychologique et la vie socioéconomique. (1)

Les cancers de la sphère ORL sont principalement des carcinomes épidermoïdes, qui se développent dans l'épithélium des voies aérodigestives supérieures, en grande partie à cause de l'exposition au tabac et à l'alcool. Le virus du papillome humain (HPV) est également un facteur de risque important dans certains cas. Ces cancers sont complexes en raison de l'implication de structures anatomiques vitales. (2)

Selon le Global Cancer Observatory (GCO) et les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le cancer de la sphère ORL au Maroc figure parmi les cancers les plus fréquents chez les hommes. Les données de l'OMS pour 2020 montrent une incidence élevée de ces cancers, avec des tendances à la hausse en raison de l'amélioration des méthodes de diagnostic et de l'accès aux traitements. (3,4)

Le traitement du cancer ORL repose sur une combinaison de chirurgie, de radiothérapie et de traitements systémiques (Chimiothérapie, thérapies ciblées et immunothérapie). Ces traitements, bien qu'essentiels pour améliorer les chances de survie des patients, sont souvent associés à des effets secondaires sévères, comme des douleurs chroniques, des troubles de l'alimentation, des difficultés à parler, et des problèmes respiratoires. Ces symptômes affectent la qualité de vie (QDV) de manière significative, entraînant également des conséquences psychologiques et sociales. (5)

L'organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC) a développé des instruments de base utilisables pour l'évaluation de la QDV des patients de

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

toutes les localisations cancéreuses. Ainsi, Le questionnaire EORTC QLQ-C30 (général pour les patients atteints de cancer) permet de mesurer les aspects généraux de la qualité de vie, tels que les fonctions physiques, émotionnelles et sociales. Le questionnaire EORTC QLQ-H&N35 (spécifique aux cancers ORL) est plus ciblé sur les symptômes spécifiques des patients ORL, comme la douleur buccale, la déglutition, et les difficultés respiratoires. (6)

Dans le cadre de cette étude menée au service d'oncologie radiothérapie du CHU Mohammed VI de Marrakech, nous avons proposé d'évaluer l'impact des traitements multimodaux (chirurgie, radiothérapie, et chimiothérapie) sur la qualité de vie des patients atteints de cancer de la sphère ORL. En utilisant les questionnaires validés EORTC QLQ-C30 et EORTC H&N35, nous analyserons les effets des traitements sur les différentes dimensions de la qualité de vie. Cette étude fournira des données essentielles pour formuler des recommandations visant à améliorer la prise en charge holistique des patients et à renforcer les mesures d'accompagnement psychologique et social au sein du service d'oncologie radiothérapie.



I. Type de l'étude :

Nous avons mené une étude prospective, descriptive étalée sur une période de 6 mois entre le 1er juin 2024 et le 30 novembre 2024 incluant tous les patients suivis pour cancer confirmé histologiquement appartenant à la sphère ORL et traités au sein du service d'oncologie-radiothérapie du CHU Mohamed VI de Marrakech.

II. Échantillonnage :

L'échantillon de l'étude comprend 24 patients inclus lors de la première évaluation avant le début du traitement. Toutefois, lors de la seconde évaluation, le nombre de patients a été réduit à 21, 3 patients ayant arrêté leur traitement contre avis médical et ont été perdus de vu. Les pourcentages des items ont été calculés sur 24 pour la première évaluation et sur 21 pour la seconde, en excluant les pertes pour garantir la fiabilité des résultats.

1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus :

- Patients de plus de 18 ans
- Nouveaux patients diagnostiqués pour cancer de la sphère ORL depuis moins de 3 mois
- Patients ayant reçu au maximum une cure de chimiothérapie
- Patients prévus pour une radiothérapie curative
- Patients ayant donné un consentement oral éclairé pour participer à l'étude

2. Critères d'exclusion :

Ont été exclus de l'étude :

- Les patients ayant un antécédent de cancer
- Patients ayant reçu 2 cures de chimiothérapie ou plus

- Patients ayant commencé le traitement par radiothérapie
- Patients prévus pour radiothérapie palliative
- Patients suivis pour un cancer ORL métastatique

III. Déroulement de l'étude :

1. Recrutement des patients :

Les nouveaux cas de cancer ORL ont été identifiés et recrutés à quatre moments de leurs parcours de soins :

- ▶ Lors de la 1ère consultation au service d'Oncologie Radiothérapie du CHU Mohammed VI de Marrakech
- ▶ Au moment de la réalisation du scanner dosimétrique ou lors de la séance de mise en place à blanc qui précèdent le traitement par radiothérapie pour les patients qui n'ont pas eu de chimiothérapie néoadjuvante
- ▶ Lors de l'admission en hospitalisation pour la première ou la deuxième cure de chimiothérapie néoadjuvante.

Après avoir expliqué en détail le but de l'étude aux patients concernés et obtenu leur consentement éclairé, les informations sur la qualité de vie ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire en ligne conçu sur la plateforme Google Forms.

2. Recueil des données :

Les données ont été recueillies à travers le questionnaire, basé sur les outils EORTC QLQ-C30 et EORTC H&N35, administré par l'enquêteur directement auprès des patients. L'enquêteur pose les questions et enregistre les réponses fournies par les patients, assurant ainsi la précision des données collectées. La première évaluation a été réalisée avant le début du traitement par radiothérapie, tandis que la deuxième a eu lieu une semaine après la fin du traitement par radiothérapie.

3. Fiche d'exploitation :

La fiche d'exploitation comporte deux parties :

a) Variables sociodémographiques et paramètres cliniques :

Cette partie comporte des renseignements relatifs aux :

- Données sociodémographiques
- Données environnementales
- Et données cliniques, paracliniques et thérapeutiques

Qui ont été remplies essentiellement à partir des dossiers médicaux et complétées par l'entretien direct.

b) Données de la qualité de vie

Pour répondre mieux aux objectifs, la qualité de vie a été mesurée à l'aide de deux questionnaires validés, élaborés par l'organisation européenne pour la recherche et le traitement des cancers (EORTC) ; le questionnaire QLQ-C30 (Annexe 1) et le QLQ-H&N35 (Annexe 2).

Le questionnaire EORTC QLQ-C30 comprend 28 questions réparties en 5 échelles fonctionnelles et 3 échelles symptomatiques. Il se termine par deux échelles visuelles analogiques supplémentaires centrées sur le bien être général du patient.

Le questionnaire EORTC QLQ-H&N35, spécifique aux cancers de la tête et du cou, est un module complémentaire du questionnaire général EORTC QLQ-C30. Il comprend 35 questions qui évaluent différents aspects de la qualité de vie des patients atteints de cancers ORL. Les dimensions explorées incluent les symptômes fonctionnels (douleurs dans la bouche, problèmes de déglutition, troubles de l'odorat et du goût), l'impact des traitements sur l'apparence physique, ainsi que des aspects sociaux et émotionnels (difficultés à parler, interactions sociales et relations sexuelles).

IV. Considérations éthiques :

Le questionnaire utilisé dans cette étude n'était pas anonyme, car l'identité des patients est nécessaire pour une réévaluation ultérieure de leur qualité de vie après la fin du traitement. Cependant, toutes les informations collectées sont traitées de manière strictement confidentielle. Aucune donnée personnelle n'est partagée, et l'accès aux informations des patients est limité aux seuls membres de l'équipe de recherche autorisés.

Les objectifs et les implications de l'étude ont été clairement expliqués aux patients avant leur inclusion. Le questionnaire a été rempli après avoir obtenu le consentement verbal des patients, conformément aux directives éthiques en vigueur. Les patients ont également été informés de leur droit de se retirer de l'étude à tout moment sans conséquences sur leur prise en charge médicale.

V. Etude statistique :

1. Calcul des scores :

a) Le questionnaire QLQ-C30 :

Les scores des différentes dimensions des questionnaires sont calculés séparément, ils sont obtenus en calculant la moyenne des items renseignés de chaque dimension.

Les scores bruts vont de 1 à 4 pour toutes les dimensions, sauf la dimension « Etat de santé global » dont le score varie de 1 à 7.

Des scores normalisés sont calculés tels que 0 correspond à la pire qualité de vie et 100 à la meilleure pour les dimensions multi-items.

En ce qui concerne les symptômes, 0 correspond à leur absence et 100 à leur présence permanente.

Les scores sont calculés de la manière suivante :

$$\text{Score brut} = \text{SB} = (I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n$$

Avec :

- I_1, I_2, \dots, I_n : correspondent aux items qui forment la dimension

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

- n : Nombre d'items renseignés

Pour les dimensions fonctionnelles : Score normalisé = $(1 - (SB - 1) / \text{étendue}) \times 100$

Pour les dimensions symptômes : Score normalisé = $((SB - 1) / \text{étendue}) \times 100$

L'étendue est la différence entre les réponses minimales et maximales possibles.

Pour les échelles allant de 1 à 4 : l'étendue = $4 - 1 = 3$

Pour « État de santé global » (allant de 1 à 7) : l'étendue = $7 - 1 = 6$

b) Le questionnaire QLQ-H&N35 :

Le questionnaire EORTC QLQ-H&N35, utilisé pour évaluer la qualité de vie des patients atteints de cancers de la tête et du cou, comprend 35 questions qui abordent plusieurs dimensions spécifiques liées aux :

❖ 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)

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

- 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 type Likert, allant de 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup).

Les 5 dernières questions obtiennent une réponse par (oui) ou par (non). Il est précisé au patient que les questions portent sur « la semaine précédente », c'est-à-dire sur « la période qui vient de s'écouler ».

Pour les items liés aux symptômes, aux effets secondaires des traitements et au fonctionnement social, nous avons opté pour l'utilisation de « scores bruts ». Ces scores varient de 1 à 4 pour toutes les dimensions, à l'exception des cinq derniers items du questionnaire QLQ H&N-35, qui sont des questions dichotomiques avec un score de 1 ou 2. Ces scores sont ensuite transformés en une échelle de 0 à 100, où un score élevé sur les échelles symptomatiques indique une présence importante de symptômes, tandis qu'un score

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

élevé sur les échelles fonctionnelles reflète un meilleur fonctionnement et une meilleure qualité de vie.[1]

Les scores sont calculés de la manière suivante :

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

c) Adaptation transculturelle des questionnaires :

Les variations culturelles entre les pays rendent indispensable l'utilisation de techniques de traduction pour préserver la validité du contenu des questionnaires. Plusieurs approches d'adaptation transculturelle ont été suggérées dans la littérature par des spécialistes de la qualité de vie en santé. Dans ce cadre, nous avons opté pour la version en arabe classique des questionnaires QLQ-C30 et QLQ-H&N35, afin d'assurer une meilleure compréhension lors des échanges entre le médecin et le patient. (Annexe 3-4)



I. Etude clinico- épidémiologique :

1. Données socio-démographiques :

a) Âge :

L'âge moyen des patients était de 59,5 ans avec des extrêmes allant de 28 à 83 ans.

La tranche d'âge la plus touchée était située entre 48 et 67ans et représentait 67 % des cas.

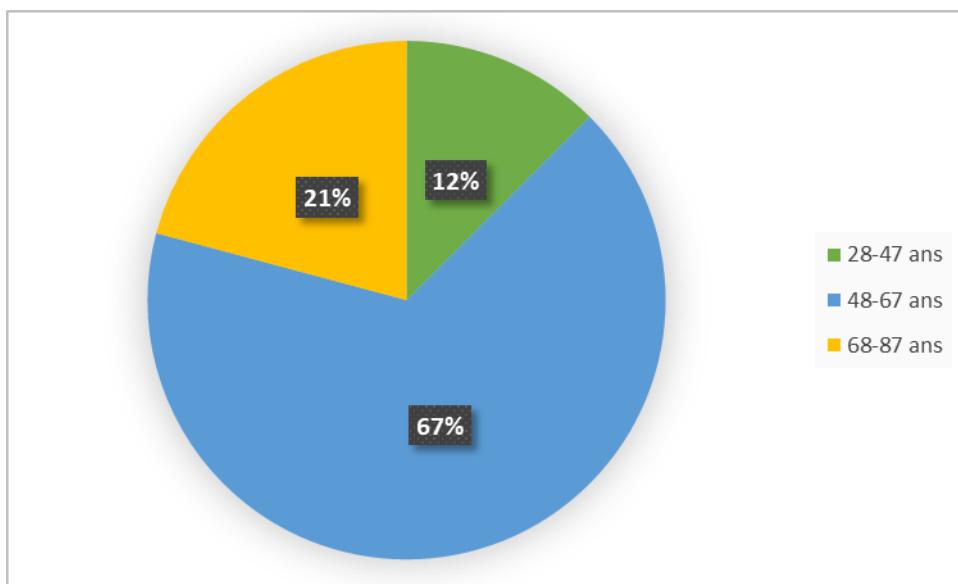
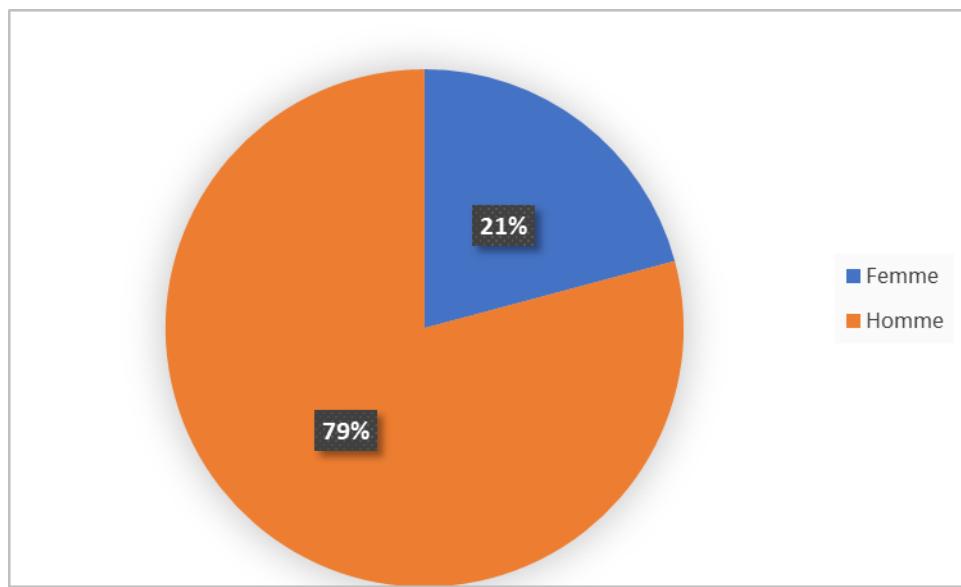


Figure n°1 : Répartition des malades en fonction de l'âge.

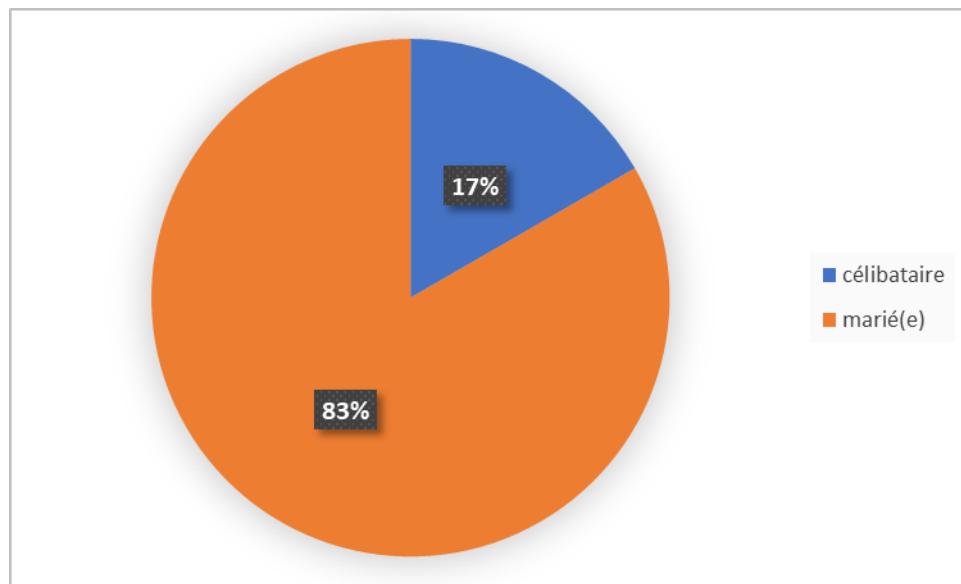
b) Sexe :

La majorité de nos patients (19) étaient de sexe masculin contre 5 patientes de sexe féminin, soient respectivement 79% et 21% avec un sex-ratio de 3,8



c) Statut marital :

La majorité de nos patients (20) étaient mariés avec un pourcentage de 83 %, contre 4 patients célibataires soit 17%.



d) Nombre d'enfants :

Le graphique montre que la majorité des patients avaient 4 enfants ou plus (13 patients) soit 54.16%, suivis de ceux sans enfant (5 patients) soit 21%.

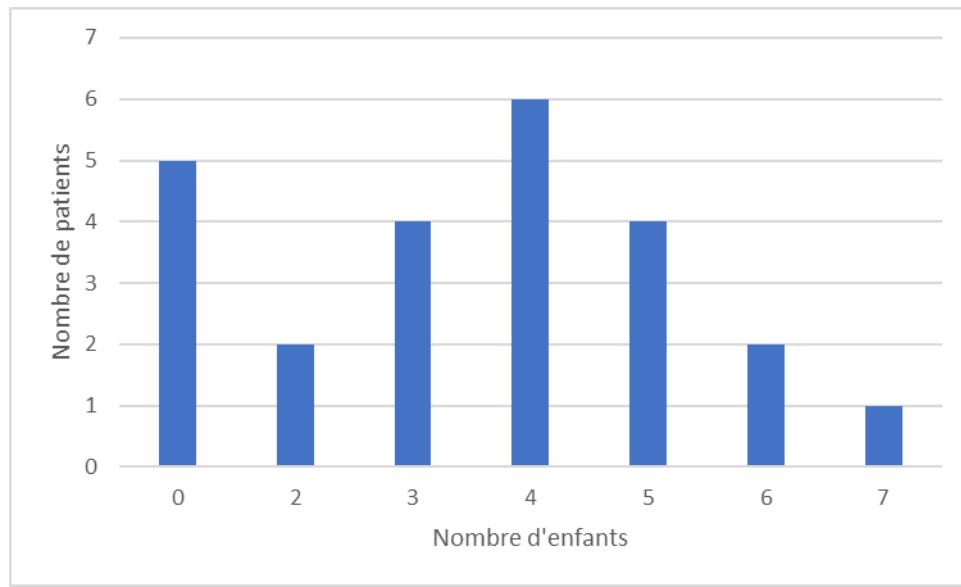
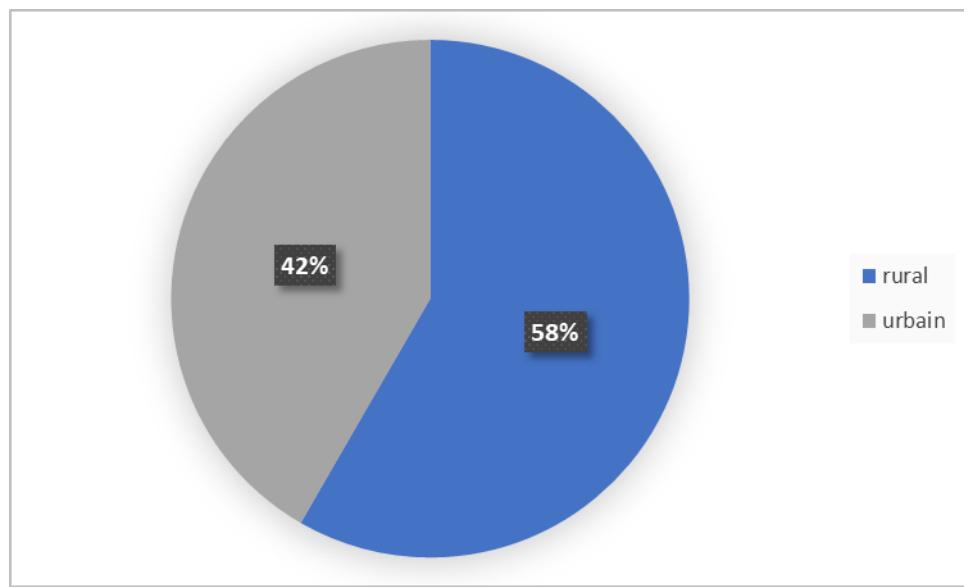


Figure n°4 : Répartition des patients en fonction du nombre d'enfants

e) Milieu de résidence :

On note une légère prédominance de la population rurale avec 58 % des participants, par rapport à la population urbaine avec 42 % dans cet échantillon.



f) Moyen de transport :

Les moyens de transport utilisés par les patients montrent une prédominance des taxis urbains, qui sont le choix principal pour 46 % des participants, suivis des taxis interurbains, représentant 37,5 %. Les bus et autocars sont également utilisés par une proportion égale de patients, soit 25 % chacun. Les voitures personnelles sont choisies par 17 % des patients, tandis que l'utilisation de l'ambulance médicalisée reste très marginale, à seulement 4,2 %.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

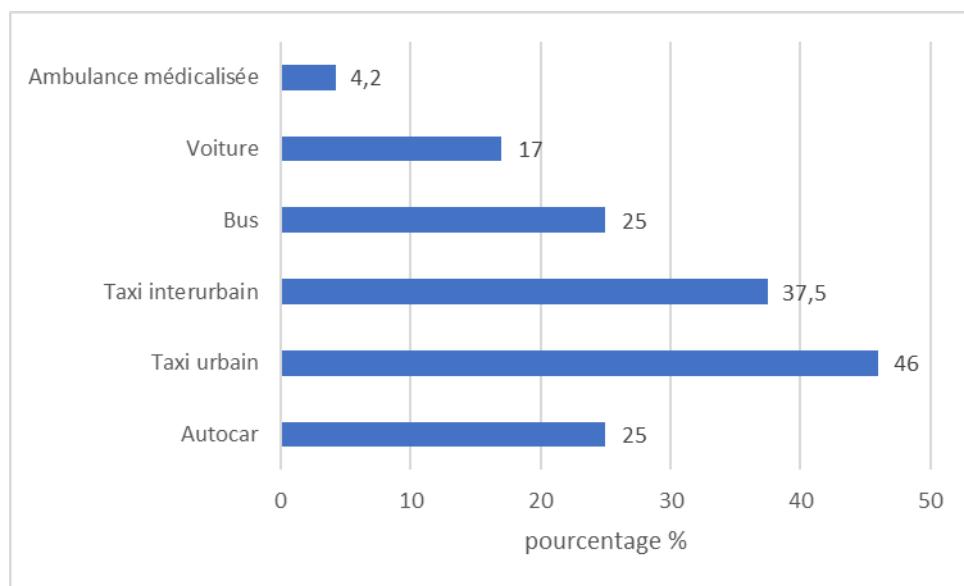


Figure n°6 : Répartition des patients en fonction du moyen de transport utilisé

g) Profession :

Une prédominance notable des personnes sans profession, regroupant les femmes au foyer, les retraités et les individus sans emploi fixe, représentant 62,5 % de l'échantillon. Parmi les autres professions, les agriculteurs occupent 16,7 %, suivis des maçons avec 12,5 %.

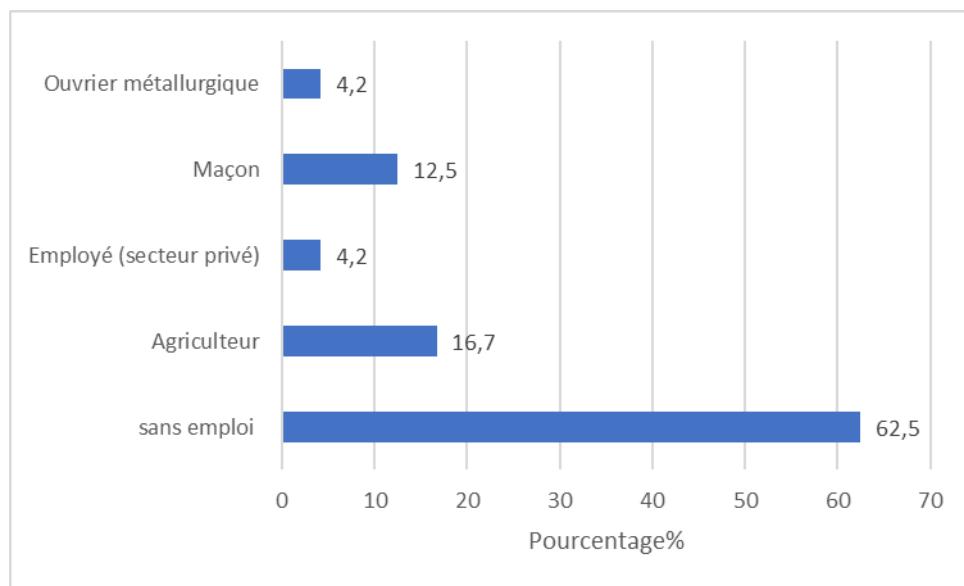


Figure n°7 : Répartition des patients selon la profession

h) Niveau d'instruction :

Dans notre échantillon, nous avons observé une prédominance d'analphabétisme, représentant 62 % de l'échantillon. Les niveaux primaire et secondaire étaient également présents, chacun avec 13 % des participants. Le niveau préscolaire est représenté à 8%, tandis qu'une faible proportion des participants avait accédé à un niveau d'enseignement supérieur, avec seulement 4 %.

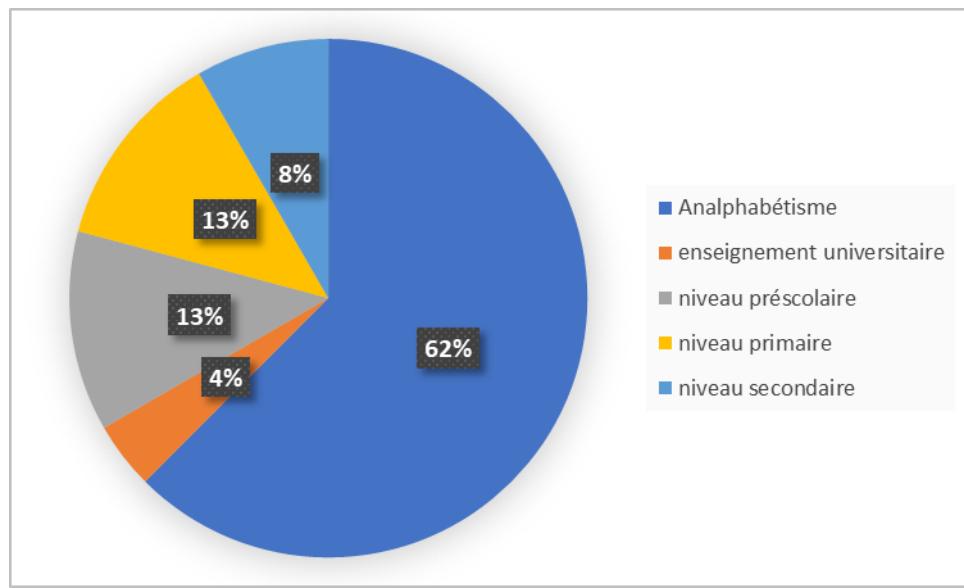


Figure n°8 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

i) Couverture sanitaire :

La majorité de nos patients soit 50 % étaient bénéficiaires de l'Assurance maladie obligatoire (AMO). Tandis que 38 % des participants n'avaient aucune couverture médicale. Les bénéficiaires de la CNSS représentaient 8 % de l'échantillon, et ceux affiliés à la CNOPS ne constituaient que 4 %.

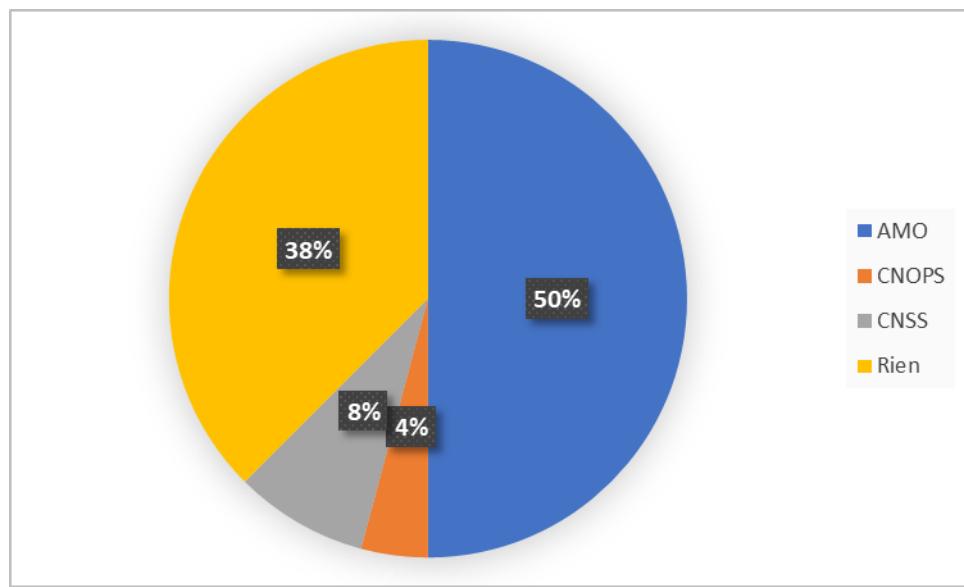


Figure n°9 : Répartition des patients selon la couverture sanitaire

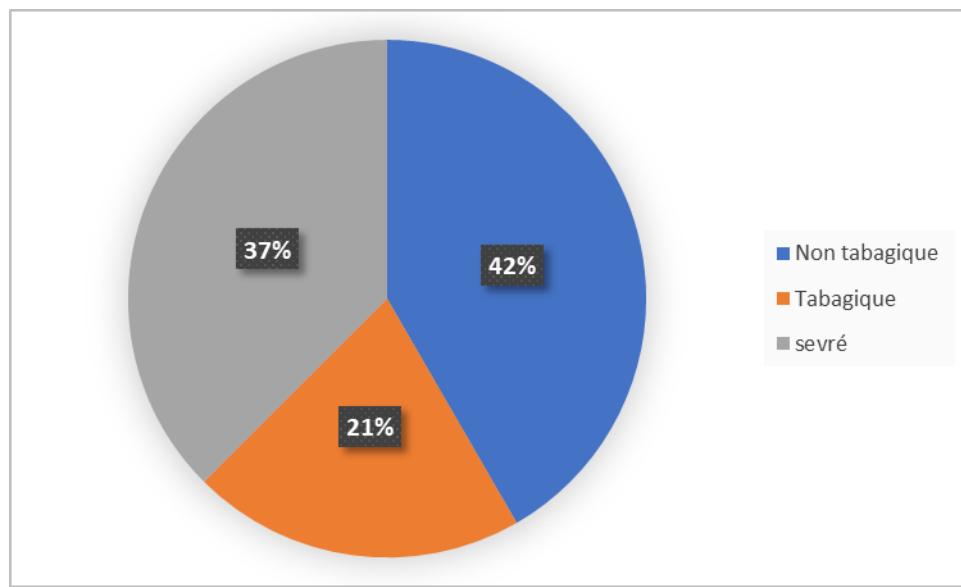
j) **Niveau socioéconomique :**

Tous nos patients avaient un niveau socio-économique bas avec un revenu mensuel net inférieur à 3000 dirhams.

2. Facteurs de risque :

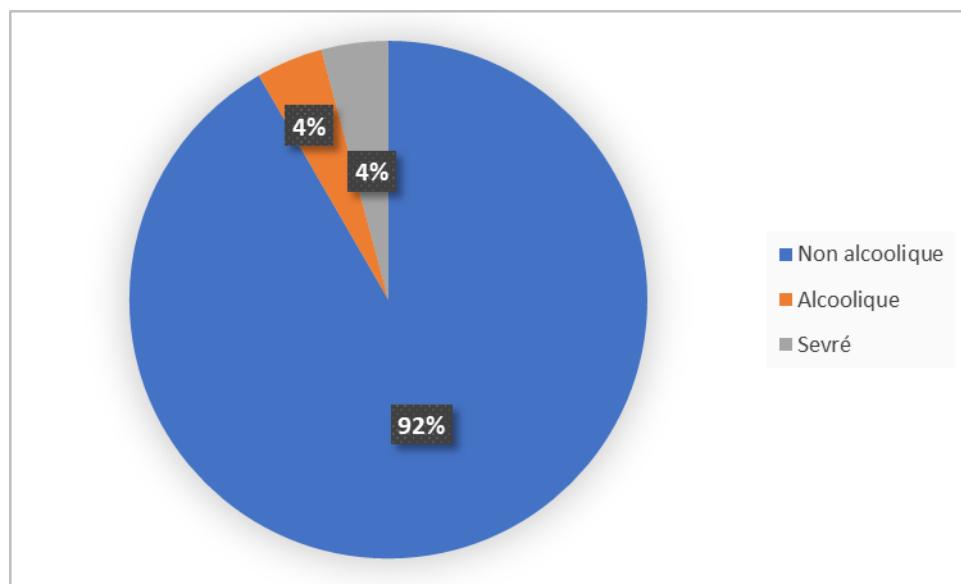
a) **Tabagisme :**

Parmi les patients de notre étude, 42 % ne consommaient pas de tabac, tandis que 21 % étaient encore fumeurs actifs avec une consommation moyenne de 33,6 paquets-années (PA). Par ailleurs, 37 % des patients sont sevrés, et un patient utilisait exclusivement la cigarette électronique.



b) Ethylisme :

La majorité de nos patients soit 92 % n'étaient pas alcooliques, tandis que 4 % étaient encore alcooliques actifs.



c) Consommation de drogues :

La majorité de notre échantillon soit 92 % des patients ne consommaient pas de drogues, tandis que 8 % ont rapporté une consommation occasionnelle du cannabis.

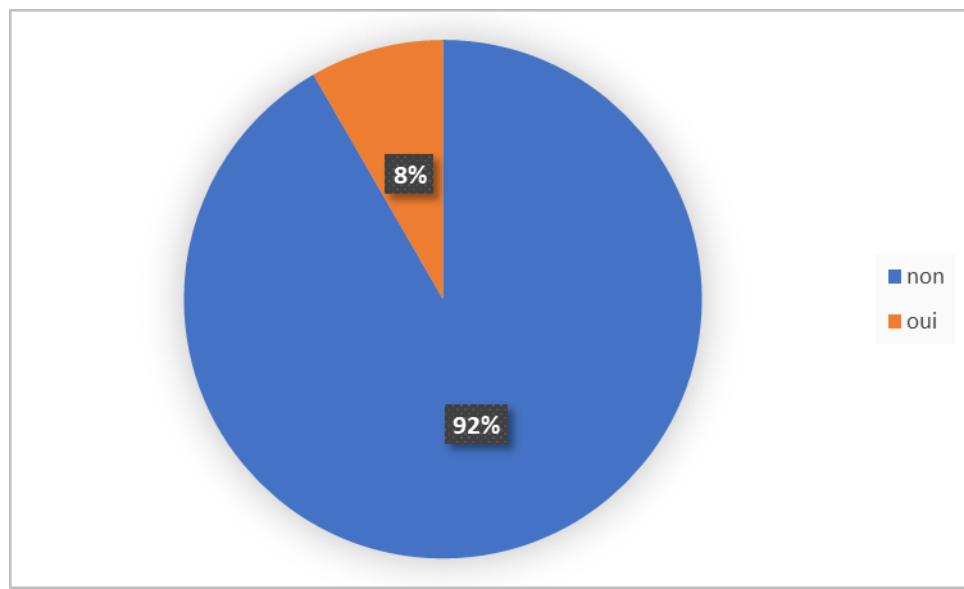
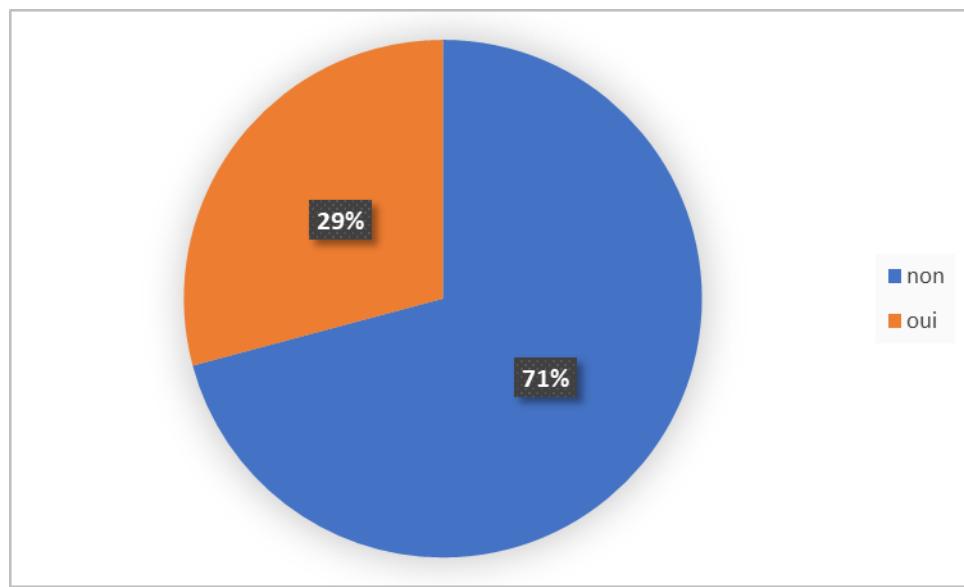


Figure n°12 : Répartition des patients vis-à-vis de la consommation des drogues

d) Prise médicamenteuse :

La majorité de nos patients soit 71 % ne prenaient pas de médicaments tels que les antalgiques et les psychotropes.



3. Données anthropométriques :

a) Poids :

Dans notre échantillon 40,91 % des patients se situaient dans la catégorie 51–60 kg, suivis par ceux pesant entre 61–70 kg avec 18,18 %. Les catégories 41–50 kg et 71–80 kg regroupent chacune 13,64% des patients. Enfin, les patients pesants entre 30–40 kg représentaient 9,09 %, tandis que ceux dans la tranche 81–90 kg représentaient 4,55 %.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

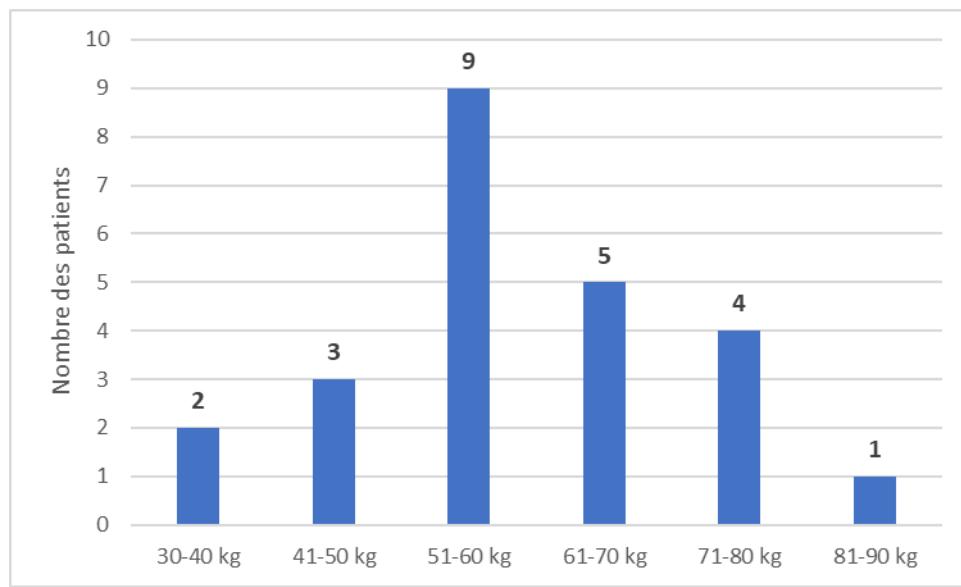


Figure n°14 : Répartition des patients selon les catégories de poids

b) Taille :

Dans notre échantillon 41,67 % des patients se situaient dans la tranche de 171-180 cm, suivis par ceux mesurant entre 161-170 cm avec 33,33 %. Enfin, 25 % des patients se trouvaient dans la tranche de 150-160 cm.

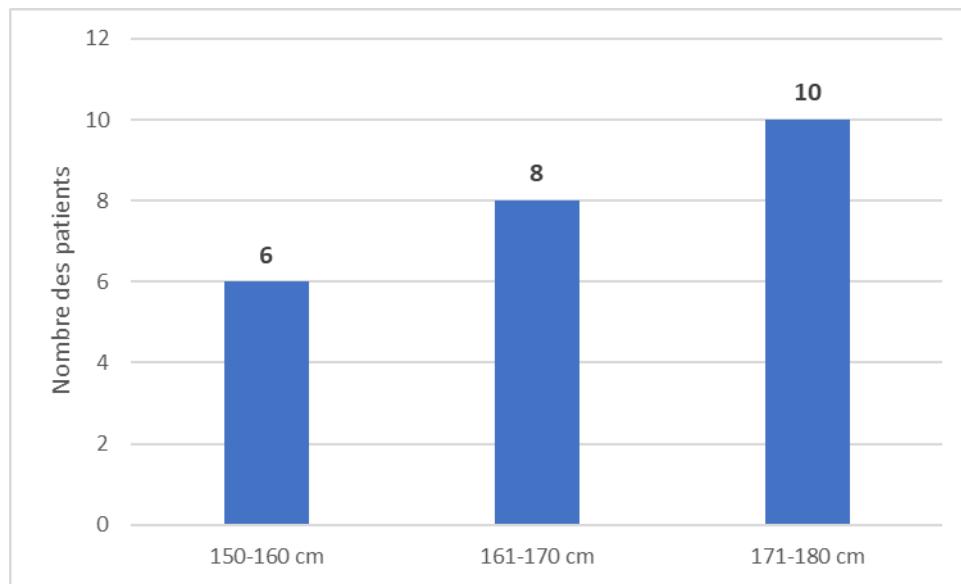


Figure n°15 : Répartition des patients selon les catégories de taille

c) IMC :

Avant le début du traitement, la majorité des patients (71 %) présentait un poids normal (IMC entre 18,5 et 25), tandis que 21 % étaient en situation de maigreur (IMC inférieur à 18,5). Les patients en surpoids (IMC entre 25 et 30) et obèses (IMC entre 30 et 40) représentaient chacun 4 %. Après le traitement, bien que la proportion de patients avec un poids normal reste prédominante à 52,4 %, une augmentation de la maigreur est observée, atteignant 28,6 %. Par ailleurs, les proportions de patients en surpoids et obèses augmentaient légèrement à 9,5 % chacun.

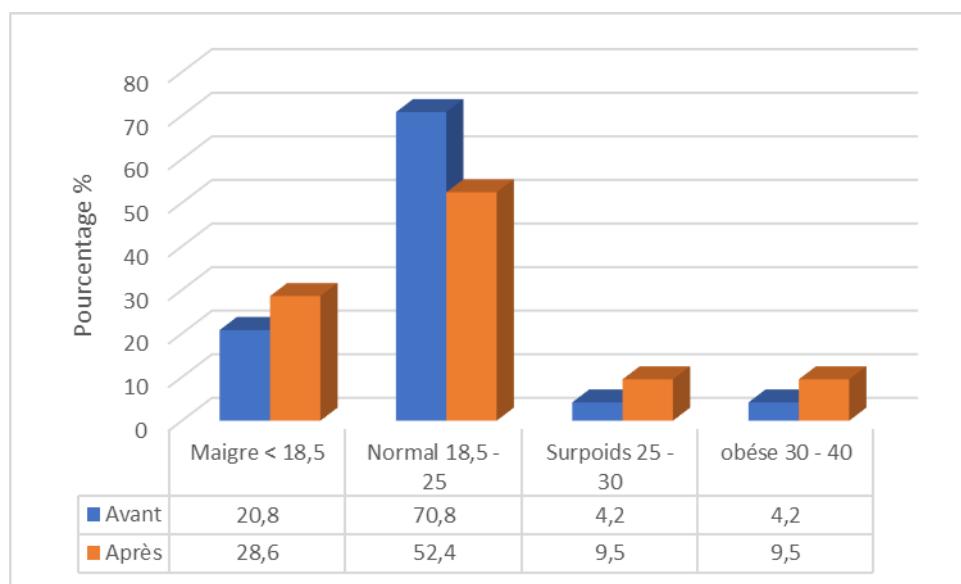


Figure n°16 : Répartition des patients selon les catégories d'IMC avant et après le traitement

4. Données cliniques :

a) Antécédents personnels médicaux :

La majorité des patients (75 %) n'avait pas d'antécédents médicaux notables. Les différents antécédents recensés dans notre série étaient comme suit : 3 cas de diabète type 2, un cas de cardiopathie, d'hypertrophie bénigne de la prostate, de lithiase rénale,

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

d'hypertension artérielle, de tuberculose pulmonaire, et un cas de traitement hormonal substitutif.

Tableau I : Pourcentage des malades enquêtés selon les antécédents personnels médicaux

ATCDs personnels médicaux	Nombre des cas	Pourcentage
Diabète	3	12,5%
HTA	1	4,2%
Cardiopathie	1	4,2%
HBP	1	4,2%
Hormonothérapie substitutive	1	4,2%
Lithiase rénale	1	4,2%
TBK pulmonaire	1	4,2%
Aucun	18	75%

b) Antécédents personnels chirurgicaux :

La majorité des patients soit 66,7 % n'avait pas d'antécédents chirurgicaux. Parmi ceux qui en ont, 8,3 % ont subi une appendicectomie et une thyroïdectomie, tandis que les autres interventions comme traitement chirurgical de la cataracte, du fibrome utérin, l'hémorroïdectomie, la chirurgie d'une hernie inguinale et le traitement chirurgical de l'hématome extradural concernaient respectivement 4,2 % des patients.

Tableau II : Pourcentage des malades enquêtés selon les antécédents personnels chirurgicaux

ATCDs personnels chirurgicaux	Nombre des cas	Pourcentage
Appendicectomie	2	8,3%
Cataracte	1	4,2%
Fibrome utérin	1	4,2%
Hémorroïdectomie	1	4,2%
Hernie inguinale	1	4,2%
Thyroïdectomie	2	8,3%
HED	1	4,2%
Aucun	16	66,7%

c) Antécédents personnels d'un autre cancer :

Le total de notre échantillon étudié soit 100% n'avait aucun antécédent personnel d'un autre cancer.

d) Antécédents familiaux de cancer :

Dans notre série, 21% des patients avaient un antécédent familial de cancer. Les localisations rapportées incluent le cancer de la thyroïde, du foie, du sein, du colon, ainsi que le lymphome et le cancer de la vessie.

Concernant les liens de parenté, 4,2% des patients avaient des antécédents au 1er degré, 8,3 % au 2ème degré, 4,2 % au 2ème et 3ème degrés combinés, et 4,2 % au 3ème degré.

Tableau III : Pourcentage des malades enquêtés selon les antécédents familiaux

ATCDs familiaux chirurgicaux	Nombre des cas	Pourcentage
Cancer de vessie	1	4,2%
Cancer du sein	2	8,3%
Cancer du colon	1	4,2%
Lymphome	1	4,2%
Cancer de la thyroïde	1	4,2%
Cancer hépatique	1	4,2%

e) Localisation de la tumeur :

La répartition des localisations tumorales montre une prédominance marquée des cancers du larynx, représentant 41,7 % des cas. Les tumeurs du nasopharynx arrivent en deuxième position avec 16,7 %.

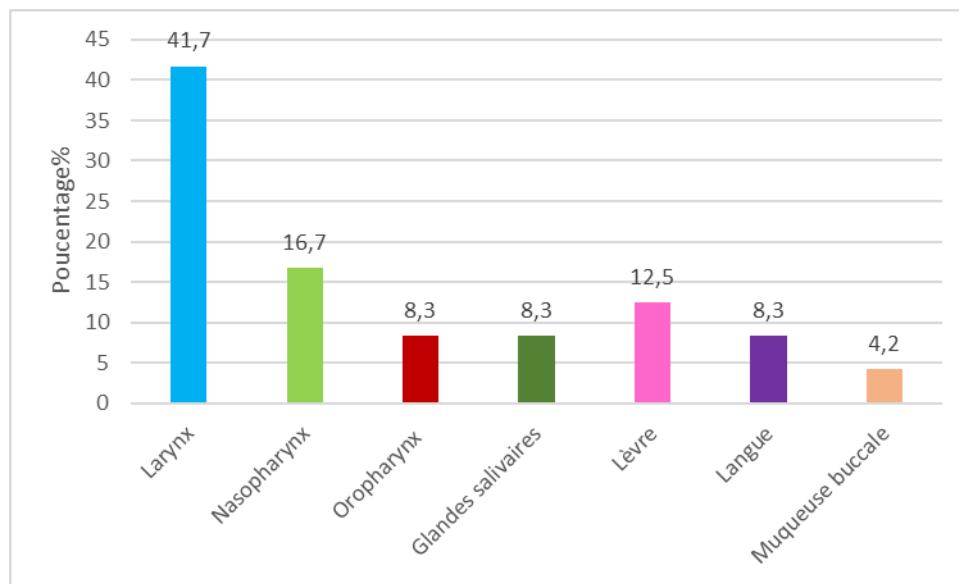


Figure n°17 : Répartition des patients selon la localisation des tumeurs ORL

f) Atteinte ganglionnaire :

La majorité des patients (63 %) présentaient des adénopathies.

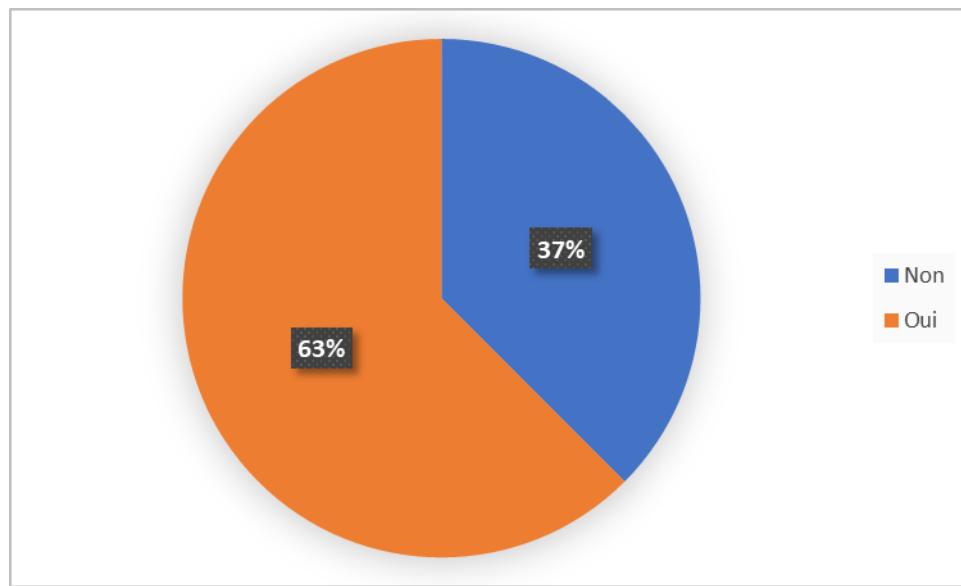


Figure n°18 : Répartition des patients selon l'atteinte ganglionnaire

g) Délai avant la 1ère consultation :

Dans notre cohorte, la majorité des patients soit 41,7 % (10 patients) ont consulté en moins de 6 mois depuis l'apparition des symptômes.

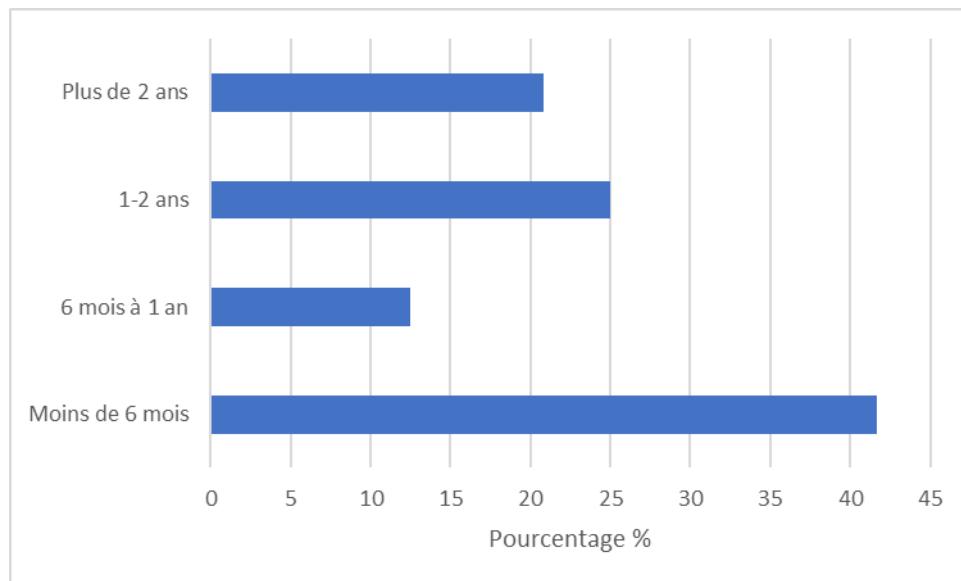
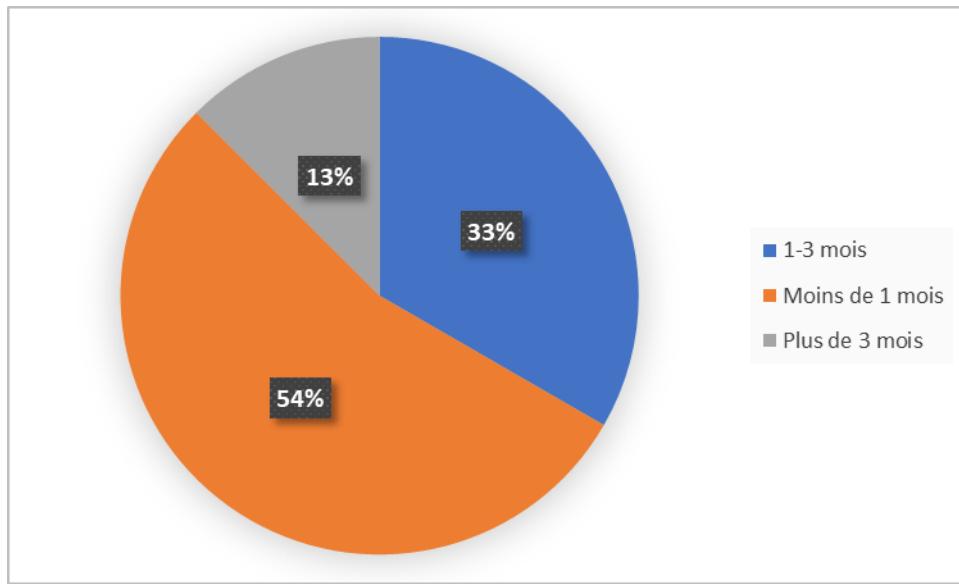


Figure n°19 : Répartition des patients selon le délai avant la 1ère consultation

h) Délai entre la 1ère consultation et le diagnostic :

La plupart des patients (54 %, soit 13 patients) ont reçu leur diagnostic histologique en moins de 1 mois. 33 % des patients (8 patients) ont eu un délai compris entre 1 et 3 mois, tandis que 13 % des patients (3 patients) ont attendu plus de 3 mois avant d'être diagnostiqués.



5. Données anatomo-pathologiques :

5.1 Type histologique :

Dans notre échantillon, le carcinome épidermoïde représentait la majorité des cas avec 75 % (18 patients). Ensuite, 12,5 % des patients (3 patients) présentaient un UCNT.

Les autres types histologiques sont plus rares, avec 4,2 % des patients pour chacun : carcinome verruqueux, carcinome mucoépidermoïde, et carcinome adénoïde kystique (1 patient pour chaque type).

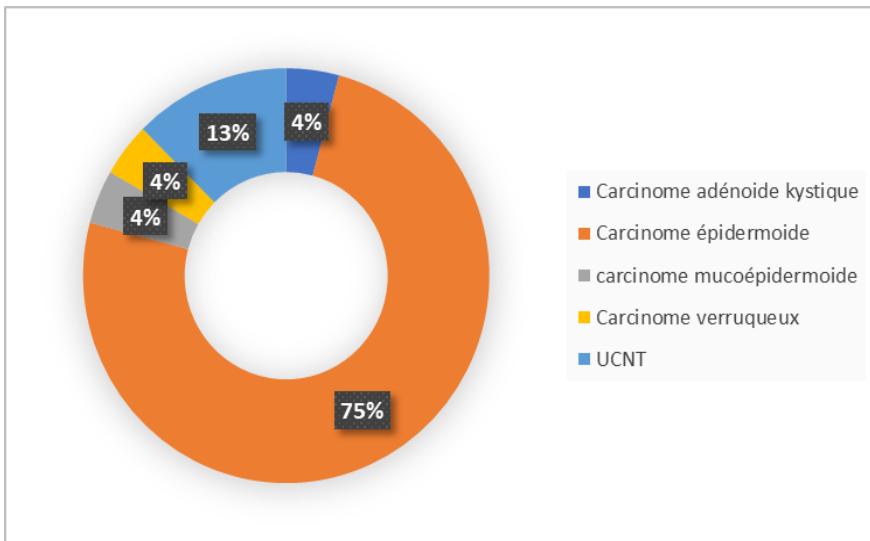


Figure n°21 : Répartition des patients selon le type histologique de cancer

5.2 Taille tumorale :

La majorité des tumeurs (79 %) avait une taille supérieure à 20 mm, soulignant une prédominance de lésions localement avancées. Les tumeurs mesurant entre 10 et 20 mm représentaient 9 % des cas, tandis que celles inférieures à 10 mm étaient moins fréquentes, avec une proportion de 8 %. Enfin, seulement 4 % des patients présentaient une absence de lésion mesurable.

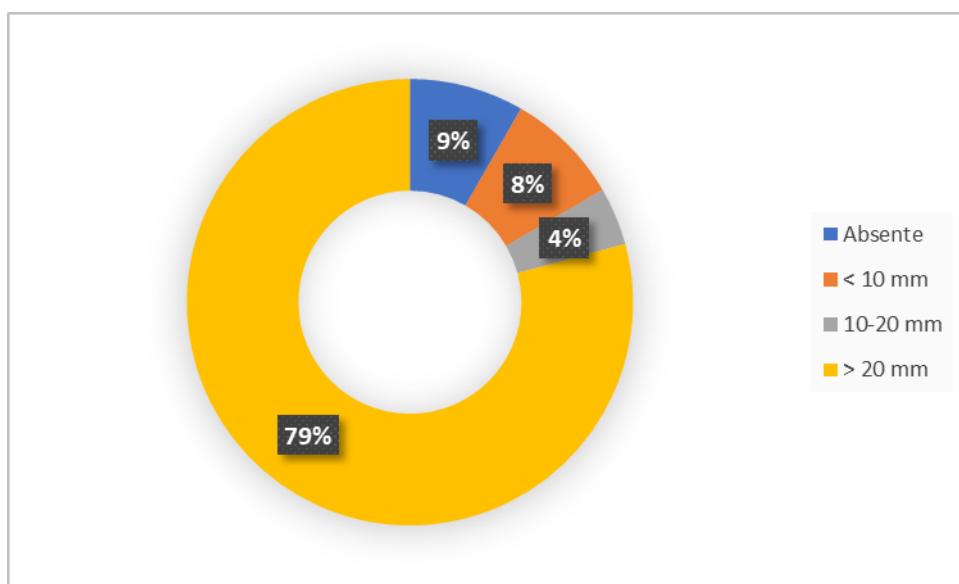


Figure n°22 : Répartition des patients selon la taille tumorale

6. Examens paracliniques :

6.1 Bilan locorégional :

Le scanner (TDM) est l'examen le plus fréquemment réalisé, avec une utilisation chez 96 % des patients. L'endoscopie suit, effectuée chez 79 % des cas, tandis que l'IRM était moins courante, pratiquée chez 46 % des patients.

Tableau IV : Répartition des patients selon les modalités du bilan locorégional

Bilan locorégional	Fréquence	Pourcentage
TDM	23	96%
IRM	11	46%
Endoscopie	19	79%

6.2 Bilan à distance :

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien (TDM TAP) est largement privilégié, étant réalisé chez 83,3 % des patients. Les autres modalités, telles que l'échographie abdominale (12,5 %), le scanner thoracique (4,2 %), le scanner cérébral (4,2 %) et la radiographie standard (4,2 %), sont utilisés de manière beaucoup plus limitée.

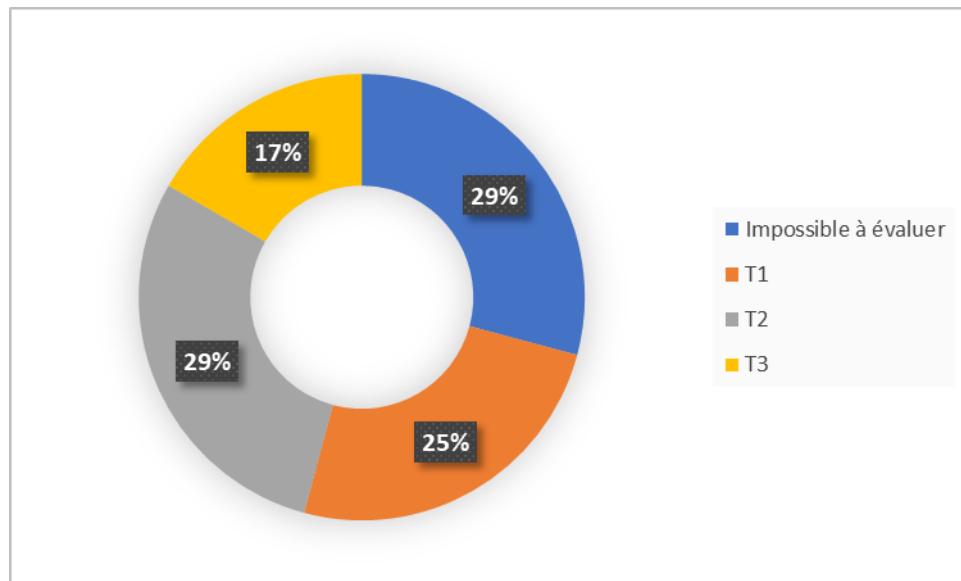
Tableau V : Répartition des patients selon les modalités du bilan à distance

Bilan à distance	Fréquence	Pourcentage
TDM TAP	20	83,3%
TDM thoracique	1	4,2%
TDM cérébrale	1	4,2%
Echographie abdominale	3	12,5%
Radiographie standard	1	4,2%
Scintigraphie osseuse	0	0%

6.3 Stadification TNM :

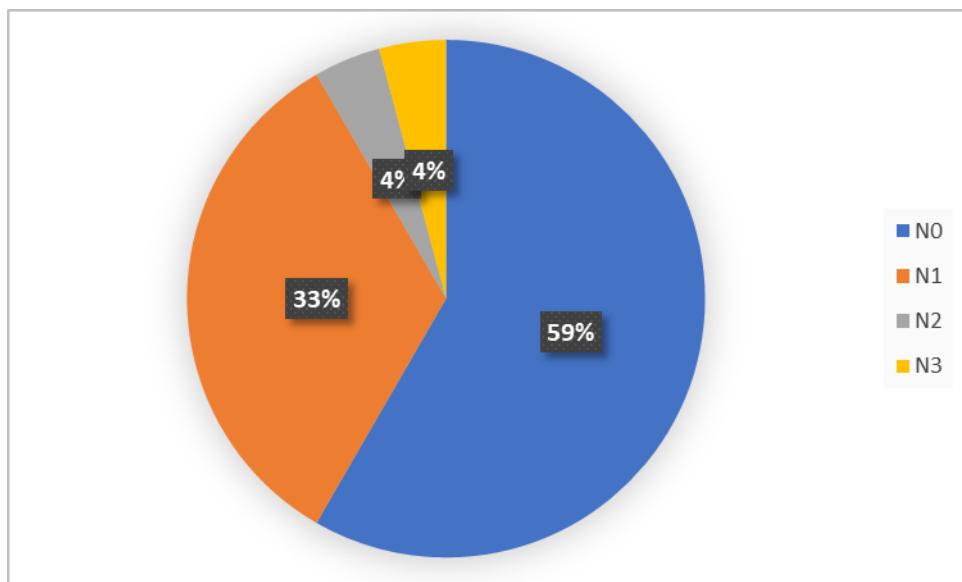
a) Stade de la tumeur (T) :

La majorité des patients 29 % était en stade T2, tandis que 25 % étaient en stade T1. Le stade T3 représentait 17 % des cas, et 29 % des patients n'ont pas pu être évalués.



b) Stade ganglionnaire (N) :

La majorité des patients (59 %, soit 14 patients) était classés N0, indiquant l'absence de métastases ganglionnaires. Le stade N1 concernait 33 % des patients (8 patients). Enfin, les stades N2 N3 concernaient chacun 4 % des patients (1 patient).



c) Stade de l'atteinte métastatique :

Tous nos patients 100% étaient classés M0.

d) Stade clinique AJCC :

Une répartition variable des patients dans les différents stades. Le stade III était le plus représenté, regroupant 34 % des patients, suivi par un stade indéterminé chez 29 % d'entre eux. Le stade II concernait 21 % des patients, tandis que les stades I et IV représentaient chacun 8 % de la population étudiée.

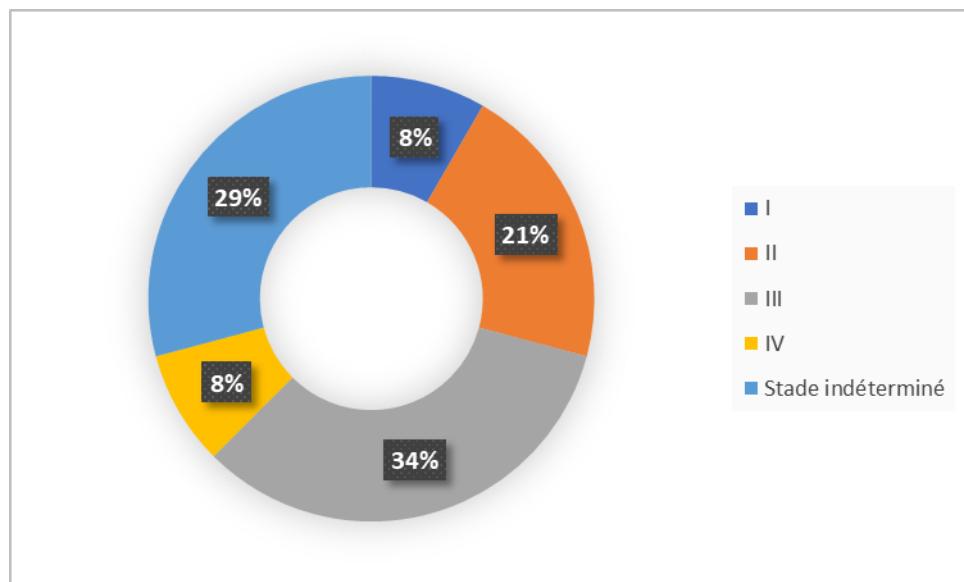


Figure n°25 : Répartition des patients selon le stade AJCC

7. Protocole thérapeutique :

a) Radiothérapie :

Tous nos patients avaient une indication de la radiothérapie. La majorité des patients (71 %) étaient programmés pour radio-chimiothérapie concomitante (RCC), alors que 29 % des patients étaient prévus pour recevoir un traitement par radiothérapie seule (RTH).

Cette radiothérapie a été indiquée en adjuvant chez 42 % des patients, tandis que 46 % des cas bénéficieront d'une radiothérapie exclusive et 4 % d'une radiothérapie néoadjuvante.

b) Chimiothérapie :

Dans notre série la chimiothérapie néoadjuvante était prévue chez 42 % des patients alors que la chimiothérapie concomitante à la radiothérapie était indiquée chez 71 % des cas.

Au moment de la 1^{ère} évaluation, aucun patient n'avait encore débuté la radiothérapie (100 %), tandis qu'après la 2^{ème} évaluation 100 % en ont bénéficié. Concernant la chimiothérapie, elle a été entamée chez 37,5 % des patients avant la 1^{ère} évaluation, et cette proportion a augmenté à 62 % après la 2^{ème} évaluation (Tableau VI).

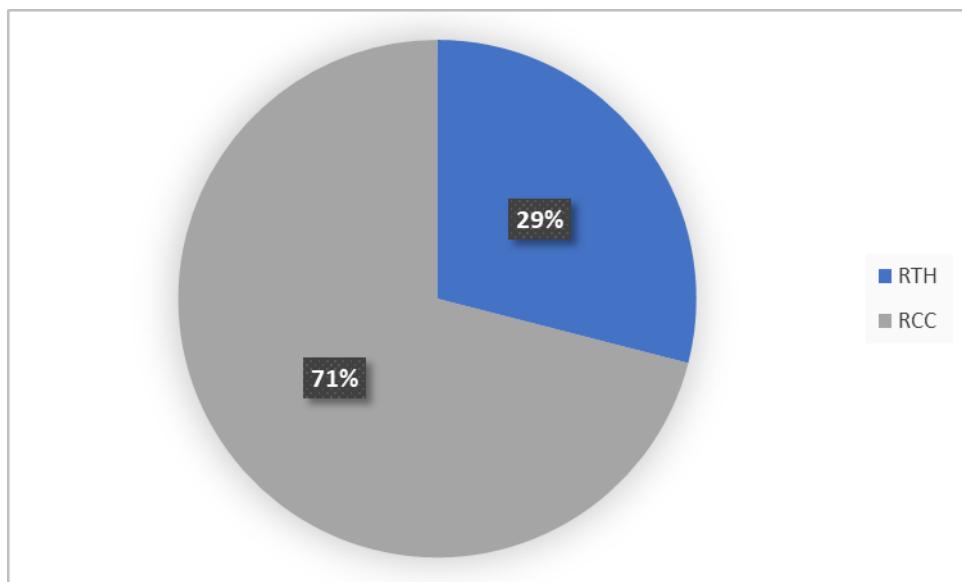


Figure n°26 : Répartition des patients selon le type de traitement
Tableau VI : Évolution du protocole thérapeutique avant et après traitement

Protocol thérapeutique	Fréquence en pré-traitement	Pourcentage en pré-traitement	Fréquence en post traitement	Pourcentage en post traitement
RTH non reçue	24	100 %	0	0 %
RTH reçue	0	0 %	21	100 %
CHT non reçue	15	62,5 %	8	38 %
CHT reçue	9	37,5 %	13	62 %

c) Chirurgie :

Dans notre série 41,66 % des patients ont reçu un geste chirurgical. Parmi les patients opérés, les interventions les plus fréquentes incluaient la laryngectomie totale avec curage ganglionnaire qui concernait 20,83 % des patients (5 patients), suivie de l'exérèse tumorale avec curage ganglionnaire, pratiquée chez 12,5 % (3 patients), tandis que la maxillectomie et l'hémiglossectomie étaient chacune réalisées chez 4,2 % des patients (1 patient).

Tableau VII : Répartition des patients selon les gestes chirurgicaux réalisés

Le geste chirurgical	Fréquence	Pourcentage
Laryngectomie totale	5	20,83 %
Exérèse tumorale	3	12,5 %
Maxillectomie	1	4,2 %
Hémiglossectomie	1	4,2 %

8. Complications thérapeutiques :

a) Complications de la radiothérapie :

Les complications de la radiothérapie se manifestaient chez l'ensemble des patients après le traitement (100 %), tandis qu'aucune n'était rapportée avant celui-ci. Parmi les complications aiguës, le mal de rayons (95,2 %), la fatigue (66,7 %) et les douleurs (57,1 %) étaient les plus fréquentes, suivies de la mucite (47,6 %), de la xérostomie (14,3 %) et de l'erythème cutané (14,3 %). Les complications telles que la laryngite et les infections secondaires restaient rares, touchant 4,8 % des patients. En ce qui concerne la sévérité des complications, 90,5 % étaient de grade 1 (léger sans intervention thérapeutique majeure requise), tandis que 9,5 % étaient de grade 2 (modéré). Aucun cas de complications graves de grade 3 ou 4 n'a été rapporté.

Tableau VIII : Fréquence globale des complications de la radiothérapie

Les complications de la radiothérapie	Fréquence	Pourcentage
Avant traitement	0	0 %
Après traitement	21	100 %

Tableau IX : Complications aiguës de la radiothérapie

Complications aigues de la RTH	Fréquence	Pourcentage
Mal de rayons (asthénie, céphalées, somnolence)	20	95,2 %
Mucite	10	47,6 %
Dysgueusie	0	0 %
Xérostomie	3	14,3 %
Œsophagite (dysphagie)	0	0 %
Laryngite (dyspnée, dysphonie)	1	4,8 %
Douleurs (maux de gorge, otalgie, douleurs buccales)	12	57,1 %
Erythème cutané	3	14,3 %
Infections secondaires	1	4,8 %
Fatigue	14	66,7 %

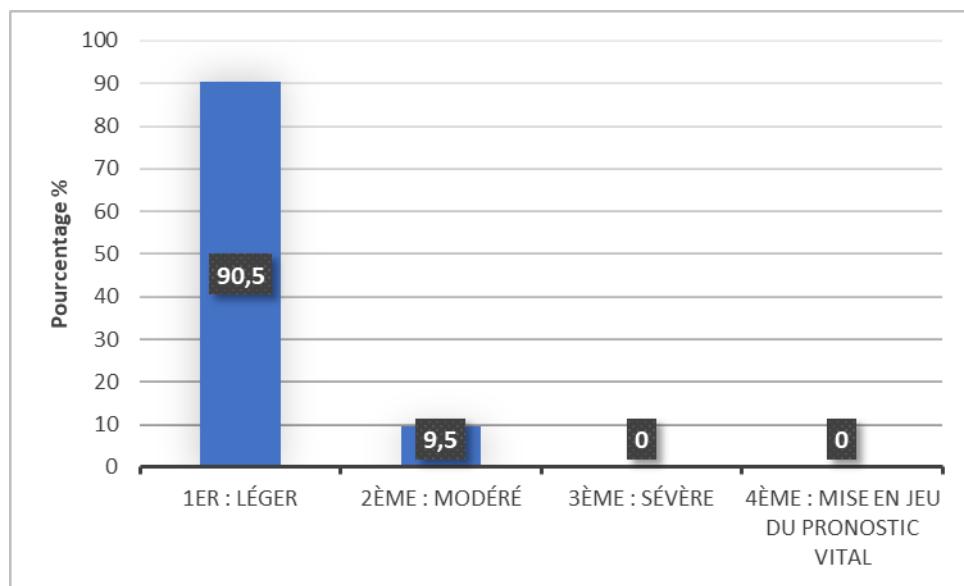


Figure n°27 : Répartition des patients selon le grade des complications de la RTH

b) Complications de la chimiothérapie :

Parmi les patients ayant reçu une chimiothérapie, 57 % ont présenté des complications, contre 43 % qui n'en ont pas souffert. Les complications aiguës les plus fréquentes après le

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

traitement incluaient la toxicité digestive (57,1 %) et la myélotoxicité (47,6 %), suivies de l'alopécie (9,5 %) et de la stomatite (9,5 %). Aucun cas de toxicité rénale n'a été observé après le traitement. Concernant le grade des complications, la majorité était de grade 1 (33,3 %) et de grade 2 (23,8 %), indiquant des effets secondaires légers à modérés. Aucun cas de complications graves (grade 3 ou 4) n'a été rapporté.

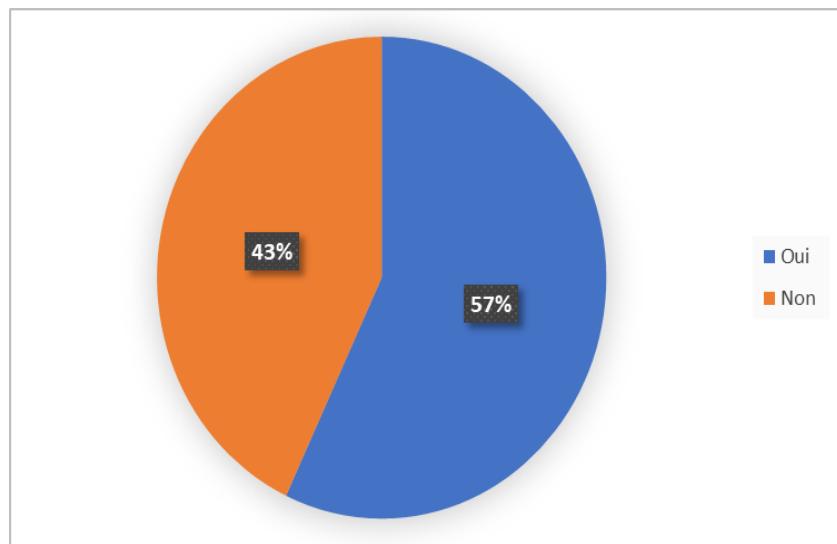


Figure n°28 : Répartition des Patients selon la présence ou l'absence de complications de la chimiothérapie

Tableau X : Complications aigues de la chimiothérapie

Complications de la CHT	Fréquence pré-traitement	Pourcentage pré-traitement	Fréquence post traitement	Pourcentage post traitement
Myélotoxicité	3	12,5 %	10	47,6 %
Toxicité digestive	7	29,2 %	12	57,1 %
Alopécie	5	21 %	2	9,5 %
Stomatite	4	16,7 %	2	9,5 %
Toxicité rénale	1	4,2 %	0	0%

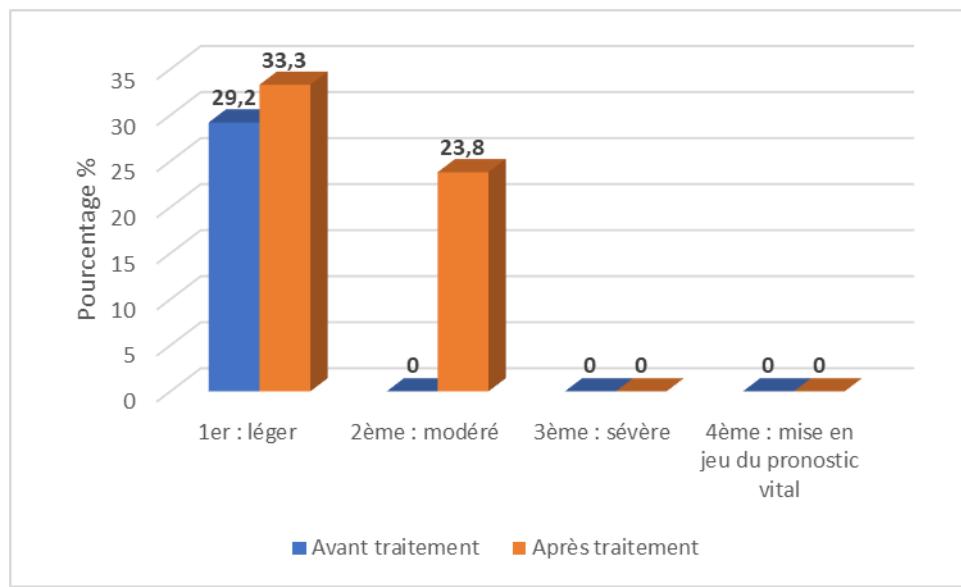


Figure n°29 : Répartition des patients selon le grade des complications de la CHT

c) Complications de la chirurgie :

Parmi les patients ayant subi une intervention chirurgicale, 13 % ont présenté des complications, tandis que 87 % n'en ont pas rapporté. Les complications aiguës étaient les plus fréquentes, touchant 12,5 % des patients, principalement sous forme d'infections post-opératoires (87,5 % des cas de complications aiguës). Les douleurs post-opératoires et la dysphagie étaient rares, chacune représentant 4,2 %.

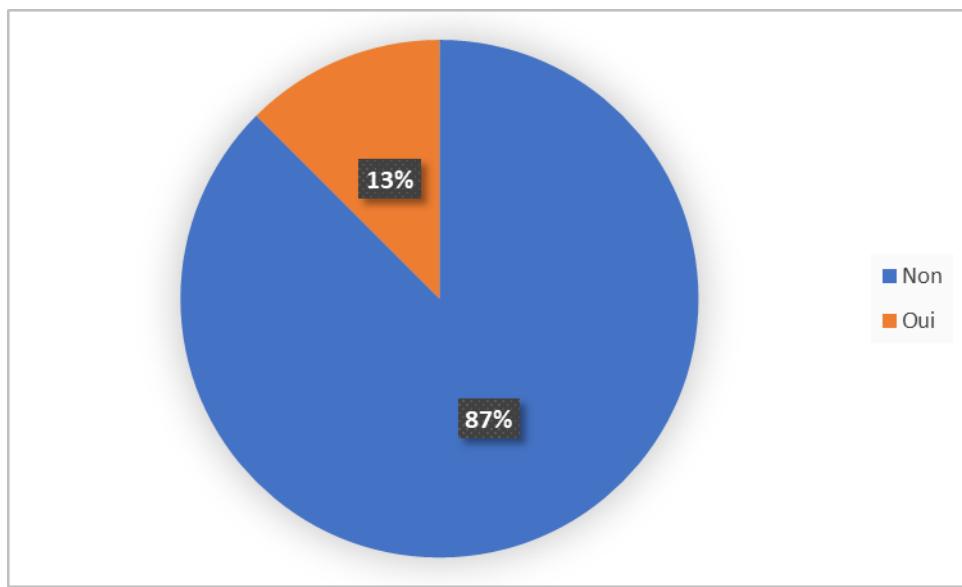


Figure n°30 : Répartition des patients selon la présence ou l'absence de complications de la chirurgie

Tableau XI : Complications aigues de la chirurgie

Complications aigues	Fréquence	Pourcentage
Infection	2	87,5 %
Douleurs post opératoire	1	4,2 %
Dysphagie	1	4,2 %

9. Traitements non spécifiques :

a) Sondage nasogastrique :

La majorité des patients, soit 86 %, n'avait pas eu recours à un sondage nasogastrique, tandis que 14 % des patients ont été sondés.

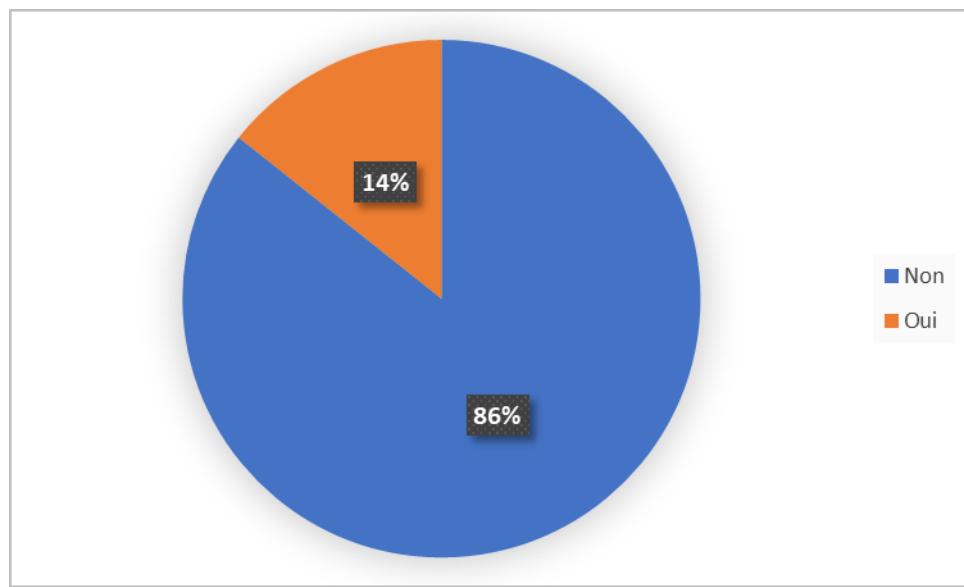


Figure n°31 : Répartition des patients selon l'utilisation du sondage nasogastrique

b) Gastrostomie d'alimentation :

La grande majorité de nos patients (20 patients) soit 95,2 %, n'ont pas eu recours à une gastrostomie d'alimentation, tandis qu'un seul patient (4,8 %) en a bénéficié.

Tableau XII : Évolution du recours à la gastrostomie d'alimentation avant et après traitement

Gastrostomie d'alimentation	Fréquence pré-traitement	Pourcentage pré- traitement	Fréquence post traitement	Pourcentage post traitement
Non reçue	24	100 %	20	95,2 %
Reçue	0	0 %	1	4,8 %

c) Consultation psychiatrique :

Tous les patients de notre échantillon (100 %) n'ont pas eu recours à une consultation psychiatrique, bien qu'une patiente soit sous traitement antidépresseur.

d) Traitemental antalgique :

Une augmentation notable de l'utilisation des antalgiques de palier 1, passant de 54,2 % des patients avant le traitement à 90,5 % après. En revanche, les antalgiques de palier 2 sont moins fréquemment utilisés après le traitement, représentant seulement 4,2 % des cas contre

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

8,3 % avant. Par ailleurs, la proportion de patients ne recevant aucun traitement antalgique diminuait de manière significative, passant de 37,5 % à seulement 4,8 %.

Tableau XIII : Évolution de l'utilisation des traitements antalgiques avant et après traitement

Traitements antalgiques	Fréquence pré-traitement	Pourcentage pré-traitement	Fréquence post traitement	Pourcentage post traitement
Palier 1	13	54,2 %	19	90,5 %
Palier 2	2	8,3 %	1	4,2 %
Aucun	9	37,5 %	1	4,8 %

e) Traitements martiaux :

Avant le traitement, 96 % des patients (23) n'avaient pas reçu de traitement martial, tandis qu'un seul patient (4 %) en bénéficiait. Après le traitement, la proportion de patients recevant ce type de prise en charge augmentait à 28,6 % (6 patients), tandis que ceux n'en recevant pas diminuaient à 71,4 %.

Tableau XIV : Évolution de l'utilisation du traitement martial avant et après traitement

Traitements martiaux	Fréquence pré-traitement	Pourcentage pré-traitement	Fréquence post traitement	Pourcentage post traitement
Non reçu	23	96 %	15	71,4 %
Reçu	1	4 %	6	28,6 %

f) Traitements antidépresseur/anxiolytique :

Avant le traitement, 96 % des patients (23) ne recevaient pas d'antidépresseurs ni d'anxiolytiques, tandis que 4 % (1 patient) en bénéficiaient. Après le traitement, cette proportion restait similaire avec 95,2 % des patients (20) qui n'en recevaient toujours pas, et 4,8 % (1 patient) qui continuait à en prendre.

Tableau XV : Évolution de la prescription des antidépresseurs/anxiolytiques avant et après traitement

Traitement antidépresseur/anxiolytique	Fréquence pré-traitement	Pourcentage pré-traitement	Fréquence post traitement	Pourcentage post traitement
Non reçu	23	96 %	20	95,2 %
Reçu	1	4 %	1	4,8 %

II. La qualité de vie des patients : réponse au QLQ -C30 :

1. Echelles fonctionnelles :

1.1. Evaluation de l'activité physique (Items 1 à 5) :

Item 1 : Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?

Les résultats montrent une augmentation des limitations légères à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise _après le traitement, passant de 25 % à 47,6 %, tandis que les limitations modérées augmentaient de 8 % à 19 %. Les patients sans difficulté passaient de 42 % avant traitement à 19 % après, et les limitations sévères diminuaient de 25 % à 14,3 %.

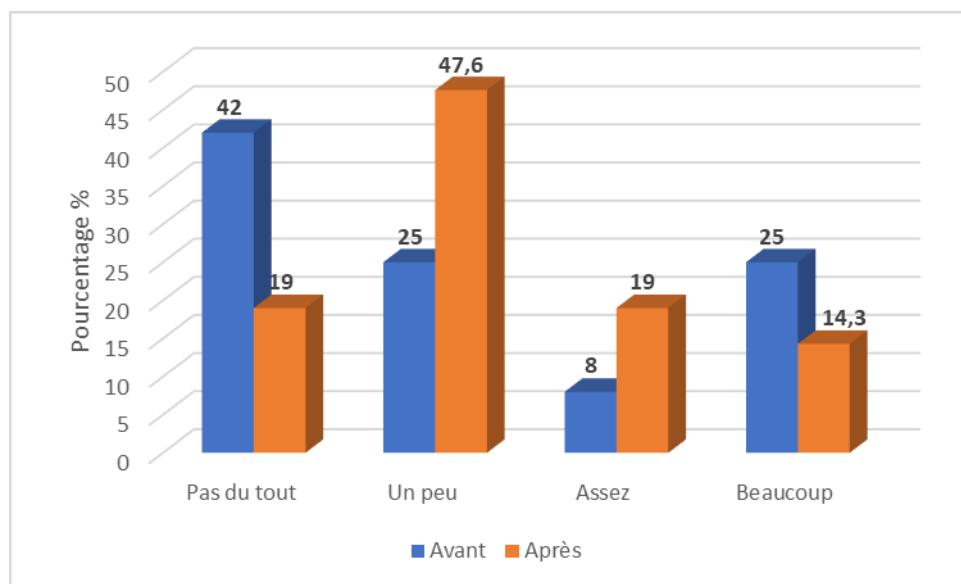


Figure n°32 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 1

Item 2 : Avez-vous des difficultés à faire une longue promenade ?

Une augmentation des limitations légères à faire une longue promenade après le traitement, allant de 41,7 % à 57,1 %, et une hausse des limitations modérées, de 12,5 % à 28,6 %. Les patients sans difficulté passaient de 25 % à 4,8 %, tandis que les limitations sévères diminuaient de 20,8 % à 9,5 %.

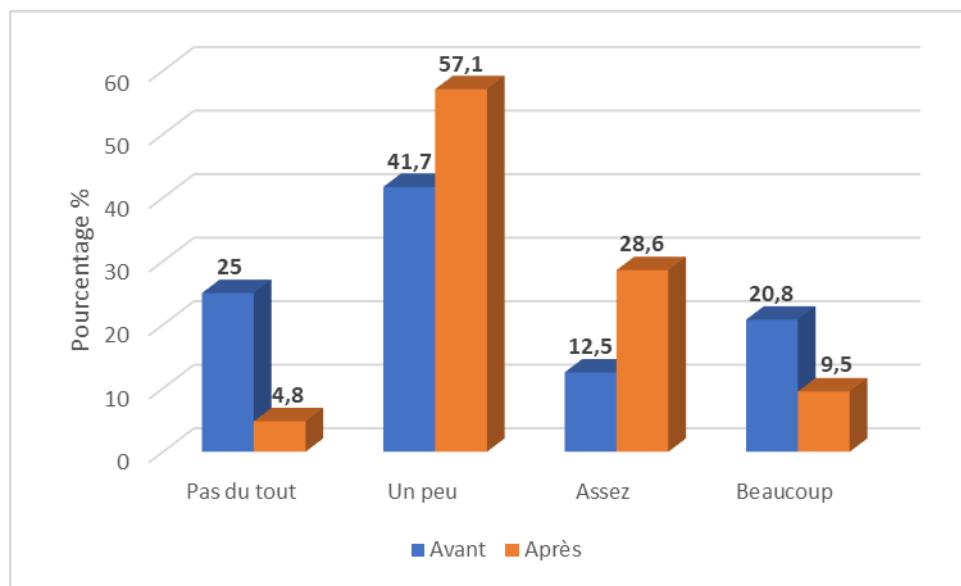


Figure n°33 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 2

Item 3 : Avez-vous des difficultés à faire un petit tour dehors ?

Le pourcentage de patients ne rapportant aucune difficulté passait de 25 % à 33,3 %. Une stabilité est observée dans la catégorie des difficultés légères, tandis que les limitations modérées augmentaient de 16,7 % à 28,6 %. En revanche, les limitations sévères diminuaient nettement, passant de 16,7 % à 4,8 %.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

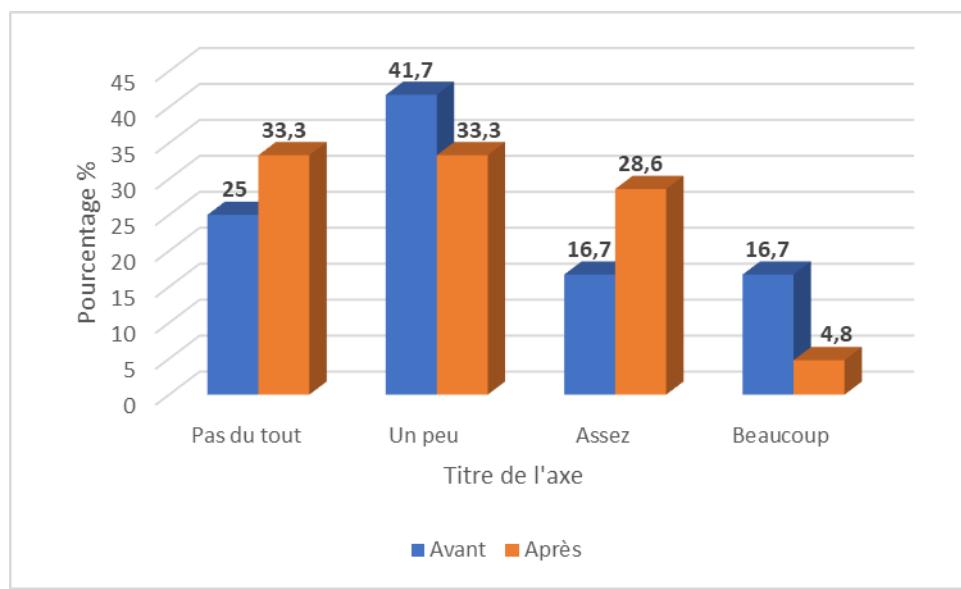


Figure n°34 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 3

Item 4 : Etes -vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?

Une réduction des limitations sévères après le traitement, passant de 25 % à 9,5 %. Les limitations modérées augmentaient légèrement, passant de 12,5 % à 23,8 %, tandis que les limitations légères passaient de 16,7 % à 28,6 %. Enfin, la proportion de patients sans limitation diminuait de 45,8 % avant traitement à 38,1 % après.

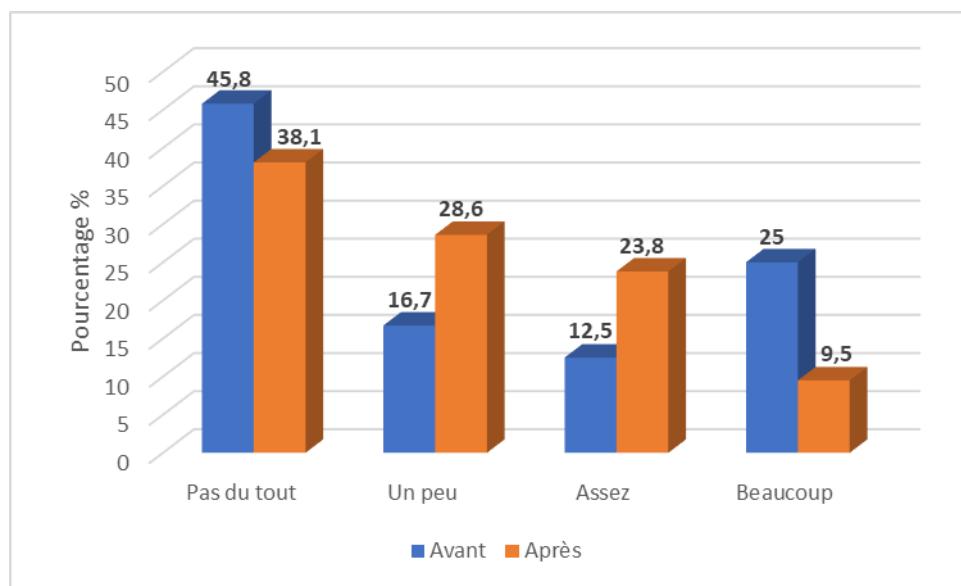


Figure n°35 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 4

Item 5 : Avez –vous besoin d'aide pour manger, vous habiller faire votre toilette ou allez aux W.C ?

Une légère diminution des patients sans limitation, passant de 87,5 % avant traitement à 81 % après. Les limitations modérées apparaissaient après le traitement, avec 9,5 % des patients déclarant avoir besoin d'aide dans une certaine mesure. Les limitations sévères restaient stables, représentant 12,5 % avant le traitement et 9,5 % après.

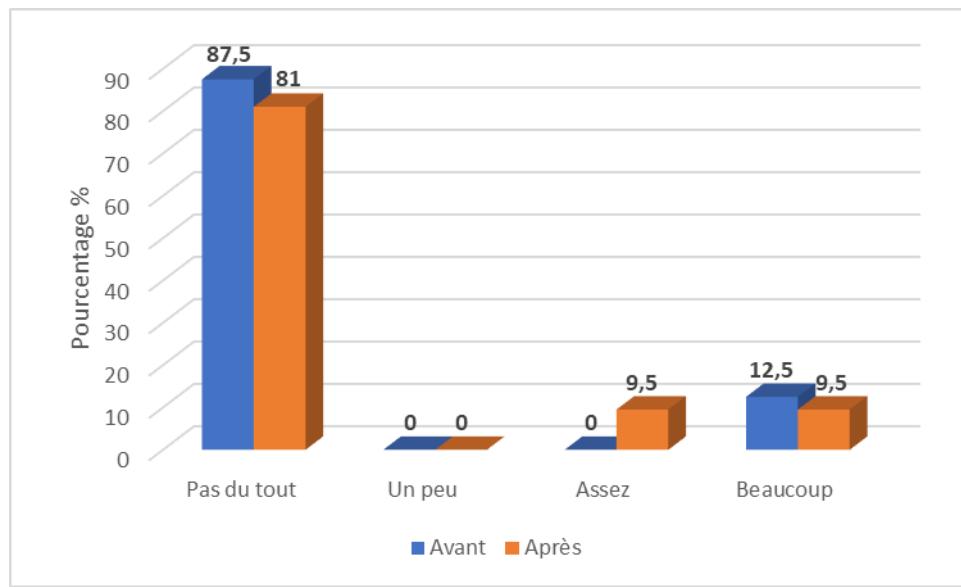


Figure n°36 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 5

1.2. Evaluation de l'activité professionnelle et loisir (Items 6-7) :

Item 6 : Etes –vous limitée d'une manière ou d'une autre pour accomplir soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?

Une légère diminution des patients sans limitation, passant de 46 % avant le traitement à 43 % après. La proportion de limitations légères restait stable à 33 % avant et après le traitement. Les limitations modérées augmentaient de 4 % à 24 %, tandis que les limitations sévères disparaissaient, passant de 17 % avant traitement à 0 % après.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

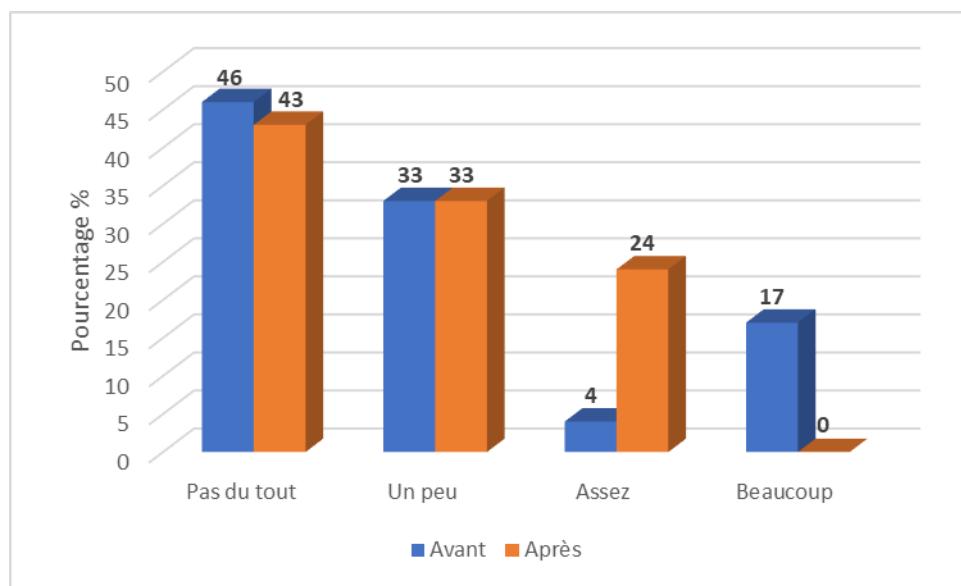


Figure n°37 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 6
Item 7 : Etes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?

Après le traitement 28,6 % des patients étaient pleinement fonctionnels, contre 50 % avant, montrant une diminution de la capacité fonctionnelle totale. Par ailleurs, 52,4 % des patients rapportaient une légère incapacité à travailler ou à accomplir leurs tâches habituelles, comparé à 25 % avant le traitement. De plus, 9,5 % des patients estimaient que leur incapacité était modérée, contre seulement 4 % avant. Enfin, 9,5 % des patients rapportaient une incapacité sévère après le traitement, marquant une amélioration par rapport aux 21 % signalés avant le traitement.

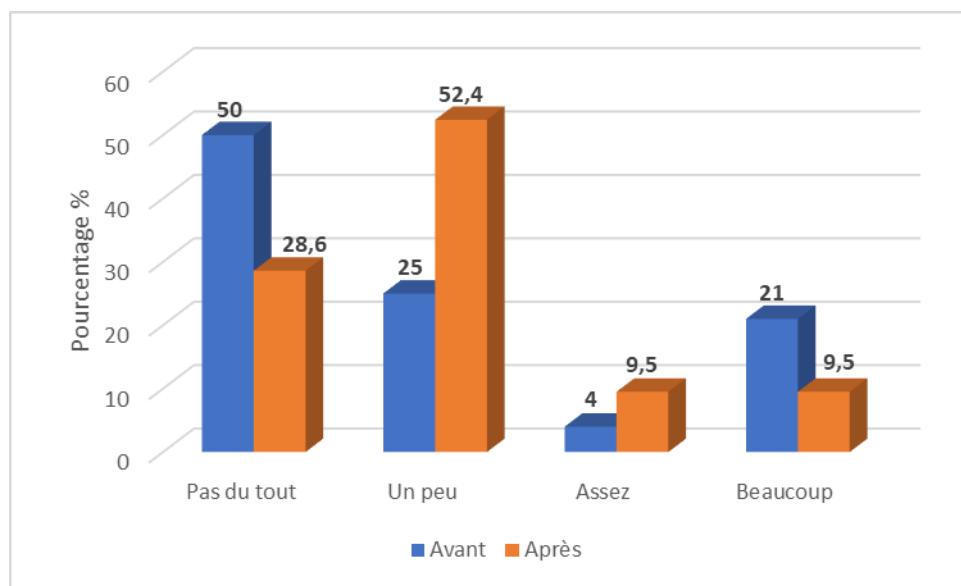


Figure n°38 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 7

1.3. Evaluation du fonctionnement émotionnel (Items 21 à 24) :

Item 21 : Vous êtes-vous sentie tendue ?

Après le traitement, une proportion importante de patients a signalé une diminution de l'absence de tension, passant de 46 % à 19 %. Les tensions légères ont augmenté, atteignant 47,6 % après le traitement contre 17 % auparavant. De même, les tensions modérées ont progressé, passant de 8 % avant le traitement à 28,6 % après. En revanche, les tensions sévères ont diminué significativement, passant de 29 % avant le traitement à seulement 4,8 % après.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

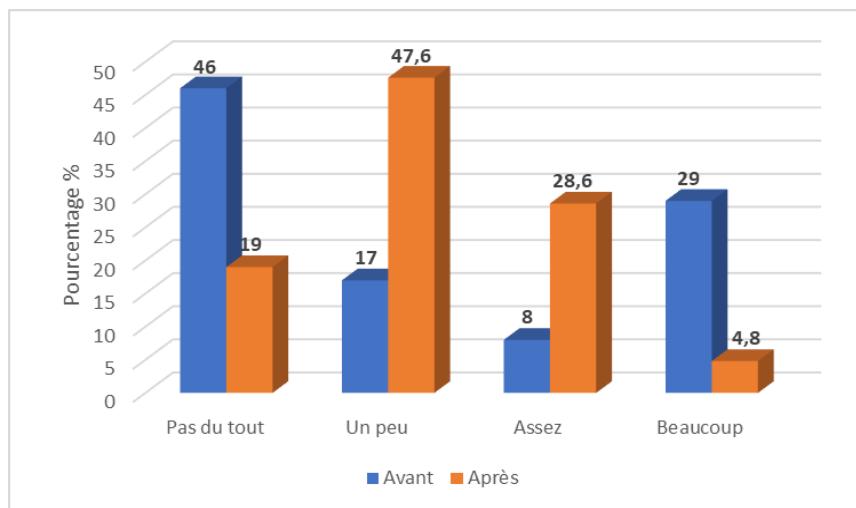


Figure n°39 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 21
Item 22 : Vous êtes-vous fait des soucis ?

Après le traitement, aucun patient ne rapportait une absence totale de soucis, contre 12,5 % avant. La proportion de patients se faisant légèrement des soucis est restée relativement stable, passant de 25 % avant le traitement à 23,8 % après. En revanche, les soucis modérés ont augmenté, passant de 16,7 % à 28,6 %. Enfin, les patients exprimant un niveau élevé de préoccupations ont légèrement augmenté, passant de 45,8 % avant à 47,6 % après le traitement.

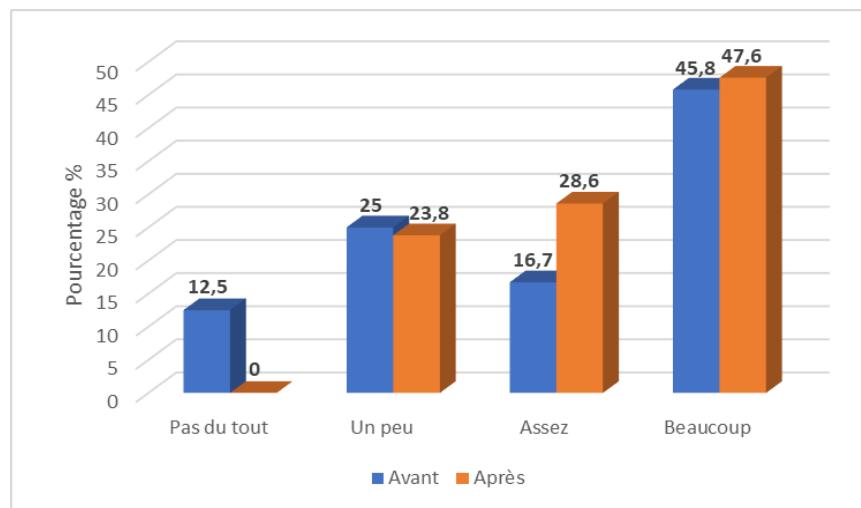


Figure n°40 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 22

Item 23 : Vous êtes-vous sentie irritable ?

Après le traitement, seulement 19 % des patients ne ressentaient aucune irritabilité, contre 50 % avant, traduisant une diminution notable du bien-être émotionnel. Par ailleurs, la proportion de patients ressentant une légère irritabilité a augmenté, passant de 12,5 % avant le traitement à 33,3 % après. De même, les irritabilités modérées ont progressé, passant de 12,5 % à 33,3 %. En revanche, les patients rapportant une irritabilité sévère ont diminué, passant de 25 % avant traitement à 14,3 % après.

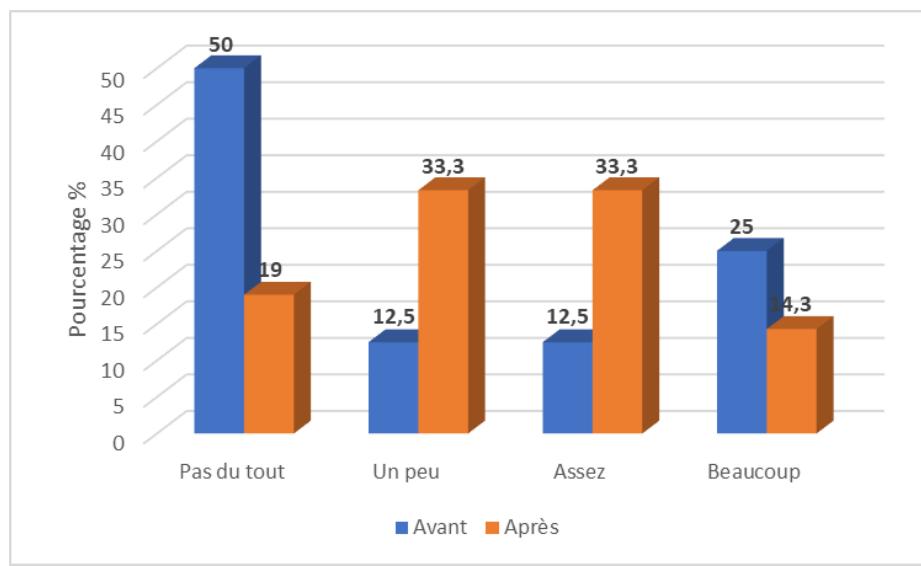


Figure n°41 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 23

Item 24 : Vous êtes-vous sentie déprimée ?

Après le traitement, seulement 14,3 % des patients ne ressentaient plus aucun signe de dépression, contre 25 % avant. La proportion de patients ressentant des signes légers de dépression a fortement augmenté, passant de 16,7 % avant le traitement à 47,6 % après. Les signes modérés de dépression sont restés relativement stables, passant de 29,2 % avant à 33,3 % après le traitement. Enfin, les signes sévères de dépression ont diminué de manière significative, passant de 29,2 % avant à 4,8 % après le traitement.

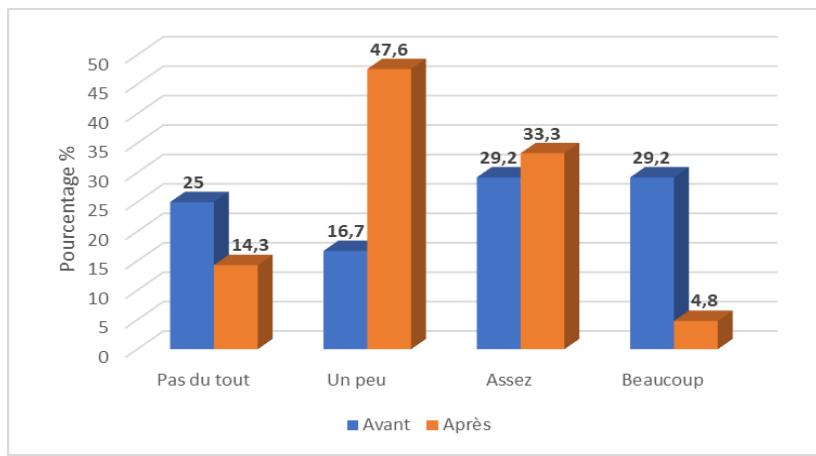


Figure n°42 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 24

1.4. Evaluation du fonctionnement cognitif (Items 20-25) :

Item 20 : Avez-vous des difficultés à vous concentrer sur certaines choses, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision ?

Après le traitement, 90,5 % des patients ne rapportaient aucune difficulté de concentration, contre 54,2 % avant le traitement, montrant une amélioration significative des capacités cognitives. Par ailleurs, les difficultés légères, qui concernaient 25 % des patients avant le traitement, disparaissent totalement après. Les difficultés modérées diminuaient légèrement, passant de 12,5 % avant traitement à 9,5 % après. Enfin, les difficultés sévères, présentes chez 8,3 % des patients avant le traitement, ne sont plus signalées après.

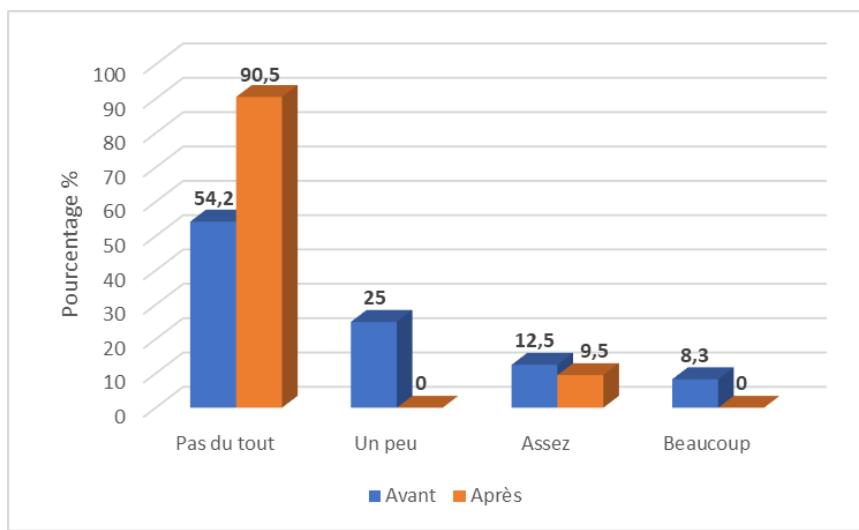


Figure n°43 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 20

Item 25 : Avez -vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?

Après le traitement, 100 % des patients ne rapportaient plus aucune difficulté à se souvenir de certaines choses, contre 79,2 % avant le traitement, indiquant une amélioration notable des capacités mnésiques. Par ailleurs, les difficultés légères, signalées par 16,7 % des patients avant le traitement, ont totalement disparu après. Les difficultés modérées, présentes chez 4,2 % des patients avant le traitement, ainsi que les difficultés sévères, ne sont plus observés après.

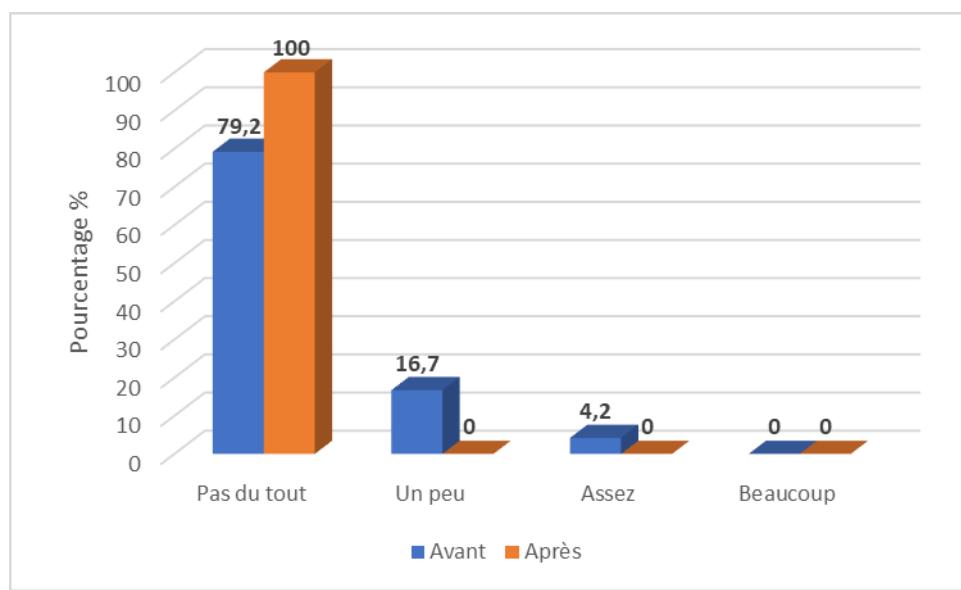


Figure n°44 : Répartition des patients selon la réponse à l'Item 25

1.5. Fonctionnement social (Items 26-27) :

Item 26 : Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans votre vie familiale ?

Après le traitement, 57,1 % des patients ne ressentaient aucune gêne dans leur vie familiale, contre 62,5 % avant. Par ailleurs, la proportion de patients rapportant une gêne légère a augmenté, passant de 12,5 % avant traitement à 33,3 % après. Les patients signalant une gêne modérée sont restés stables, passant de 4,2 % avant à 4,8 % après. Enfin, ceux

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

rapportant une gêne importante ont diminué, passant de 20,8 % avant le traitement à 4,8 % après.

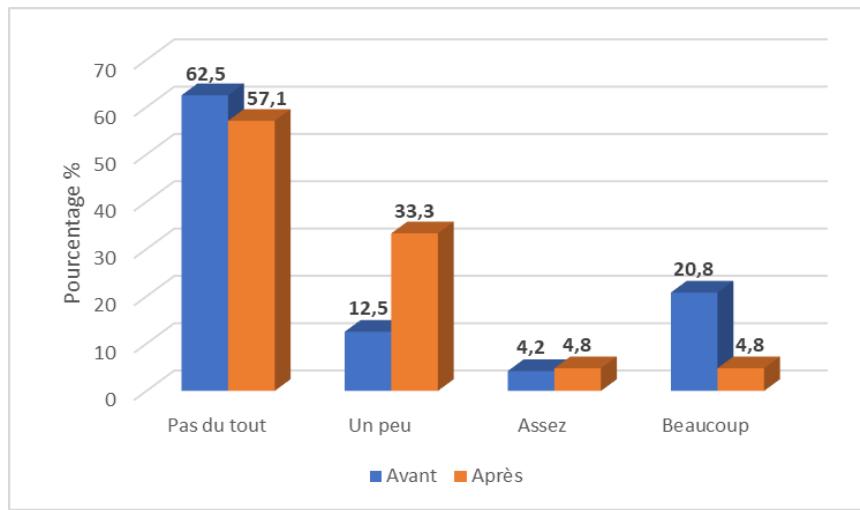


Figure n°45 : répartition des patients selon la réponse à l'Item 26

Item 27 : Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans vos activités sociales ?

Après le traitement, 57,1 % des patients ne ressentaient aucune gêne dans leurs activités sociales, contre 62,5 % avant, indiquant une légère diminution de la capacité sociale. La proportion de patients rapportant une gêne légère a plus que doublé, passant de 12,5 % avant traitement à 28,6 % après. De plus, les gênes modérées ont également augmenté, passant de 4,2 % à 14,3 %. En revanche, les gênes importantes ont disparu après le traitement, passant de 20,8 % avant à 0 %.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

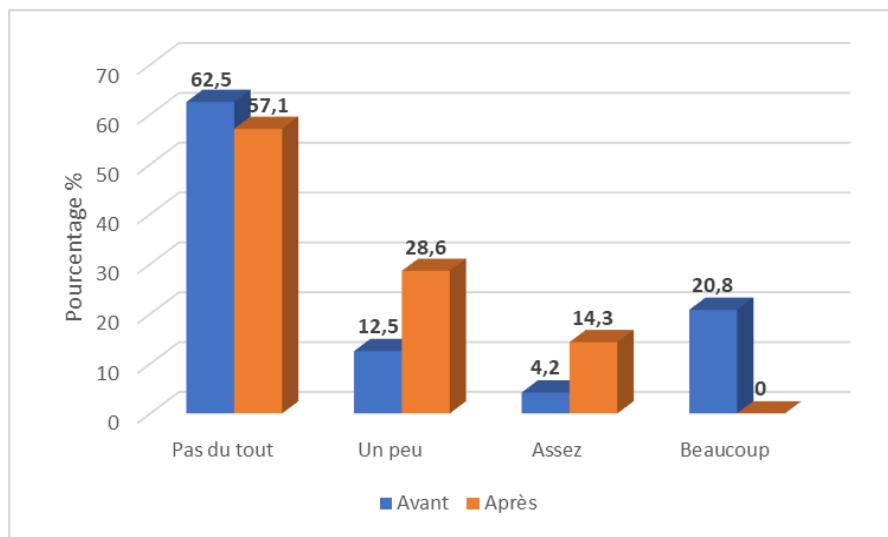


Figure n°46 : répartition des patients selon la réponse à l'Item 27

1.6. Score moyen et le score normalisé des échelles fonctionnelles :

Tableau XVI : Score moyen et le score normalisé des échelles fonctionnelles.

Echelles fonctionnelles	Le score moyen avant le traitement	Score normalisé avant le traitement	Score moyen après le traitement	Score normalisé après le traitement
L'activité physique	2,05 +/- 0,9	67,76 +/- 31,91	2,05 +/- 0,75	64,76 +/- 25,22
L'activité professionnelle et loisir	1,93 +/- 1,11	71,42 +/- 36,56	1,90 +/- 0,78	69,84 +/- 26,15
Fonctionnement émotionnel	2,47 +/- 1,06	51,98 +/- 34,85	2,53 +/- 0,68	48,8 +/- 22,86
Fonctionnement cognitif	1,5 +/- 0,69	85,71 +/- 19,21	1,09 +/- 0,3	96,82 +/- 10,02
Fonctionnement social	1,83 +/- 1,23	73,01 +/- 40,3	1,57 +/- 0,74	80,95 +/- 24,88

2. Echelle symptomatique :

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

Les échelles symptomatiques permettent une estimation subjective de l'état de santé de nos patients, en se basant sur l'évaluation de 9 dimensions, dont chacune a été analysée par plusieurs items ou questions :

- Fatigue
- Nausées et vomissements
- Douleur
- Dyspnée
- Perturbations du sommeil
- Perte d'appétit
- Constipation
- Diarrhée
- Problèmes financiers

Ce tableau résume les résultats de nos patients :

Tableau XVII : Score moyen et le score normalisé des échelles symptomatiques.

Symptômes	Score moyen avant le traitement	Score normalisé avant le traitement	Score moyen après le traitement	Score normalisé après le traitement
Fatigue	2,08 +/- 0,87	35,44 +/- 30,95	2,04 +/- 0,47	35,97 +/- 15,67
Nausées et vomissement	1,18 +/- 0,56	6,34 +/- 20,05	1,61 +/- 0,41	20,63 +/- 13,84
Douleur	1,72 +/- 0,92	26,98 +/- 31,83	1,85 +/- 0,57	28,57 +/- 19,10
Dyspnée	1,54 +/- 0,88	20,63 +/- 30,68	1,33 +/- 0,57	11,11 +/- 19,24
Trouble du sommeil	1,37 +/- 0,71	12,69 +/- 24,66	1,23 +/- 0,43	7,93 +/- 14,54
Perte d'appétit	1,95 +/- 1,19	30,15 +/- 42,03	2,28 +/- 0,84	42,85 +/- 28,17
Constipation	1,5 +/- 0,93	19,04 +/- 32,61	1,14 +/- 0,35	4,76 +/- 11,95
Diarrhées	1,25 +/- 0,67	9,52 +/- 23,9	1,23 +/- 0,43	7,93 +/- 14,54
Problèmes financiers	3,81 +/- 0,67	96,82 +/- 10,02	4,37 +/- 1,17	93,65 +/- 22,65

3. Etat de santé globale :

Item 29 : Comment évaluer vous l'ensemble de votre état physique ?

Item 30 : Comment évaluer –vous l'ensemble de votre qualité de vie ?

Tableau XVIII : Scores moyens et normalisés de l'état de santé global Item 29 et 30

	Avant le traitement	Après le traitement
Score moyen	4,37 +/- 1,17	4,85 +/- 1,02
Score normalisé	55,55 +/- 19,95	64,28 +/- 17,10

III. La qualité de vie des patients : réponse au module spécifique QLQ-H&N35 :

1. Echelles symptomatiques :

a) Douleur :

Avant le traitement, une majorité de patients n'éprouvaient aucune douleur pour certains items, atteignant 83,3 % pour les maux de gorge (QLQ 34). Après le traitement, cette proportion diminue légèrement, avec 71,4 % à 66,7 % des patients ne ressentant toujours pas de douleur selon les items. En revanche, les patients rapportant des douleurs légères augmentent, notamment pour la douleur buccale (QLQ31), passant de 16,7 % avant traitement à 52,4 % après. Les douleurs modérées et sévères montrent une diminution globale après le traitement, avec des proportions de patients ressentant des douleurs sévères réduites à moins de 5 % pour tous les items. (Annexe2)

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

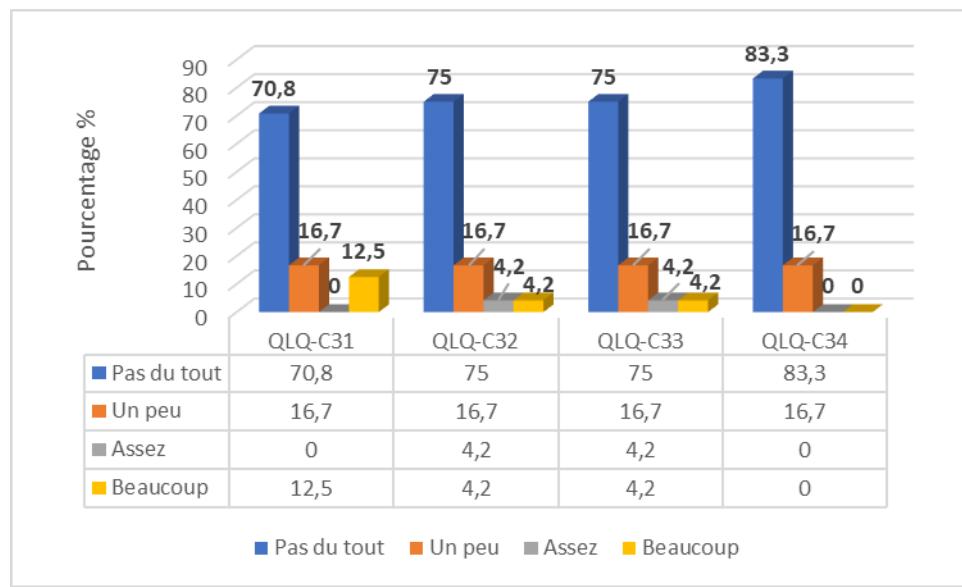


Figure n°47 : réponses des patients aux items de la douleur avant le traitement

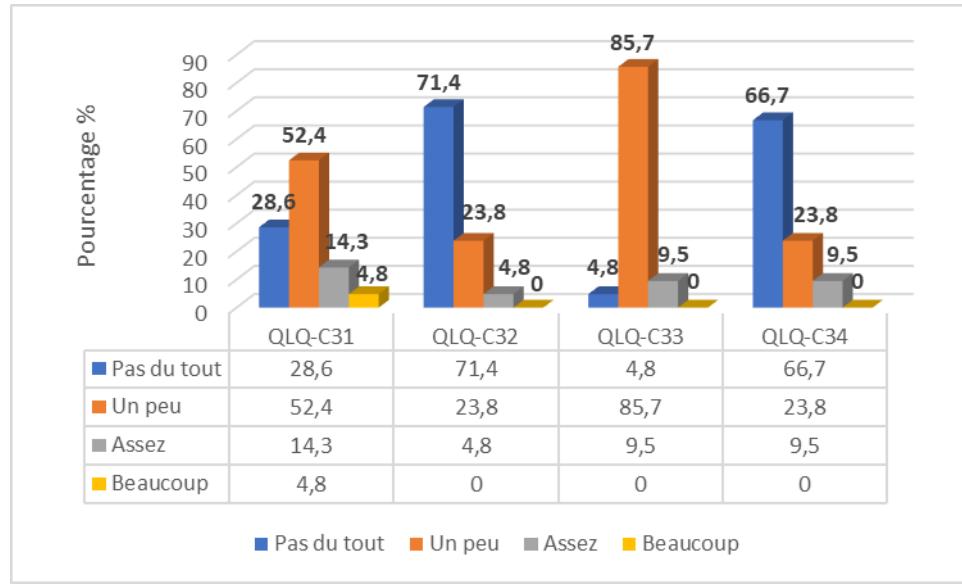


Figure n°48 : réponses des patients aux items de la douleur après le traitement

b) Déglutition :

Avant le traitement, la majorité des patients rapportaient aucune difficulté à avaler, avec des proportions atteignant 91,7 % pour l'item QLQ35 (Difficulté à avaler les liquides) et 83,3 % pour l'item QLQ38 (Etouffement lors de la déglutition). Après le traitement, cette proportion diminuait légèrement, passant à 85,7 % pour ces mêmes items. Par ailleurs, les patients

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

signalant des difficultés légères augmentaient, particulièrement pour QLQ36 (Aliments écrasés), passant de 4,2 % avant traitement à 23,8 % après. Les difficultés modérées restaient stables ou augmentaient légèrement pour certains items. Enfin, les difficultés sévères étaient rares, présentes uniquement avant le traitement pour QLQ36 et QLQ37 (Aliments solides) à 4,2 %, et disparaissaient après le traitement. (Annexe2)

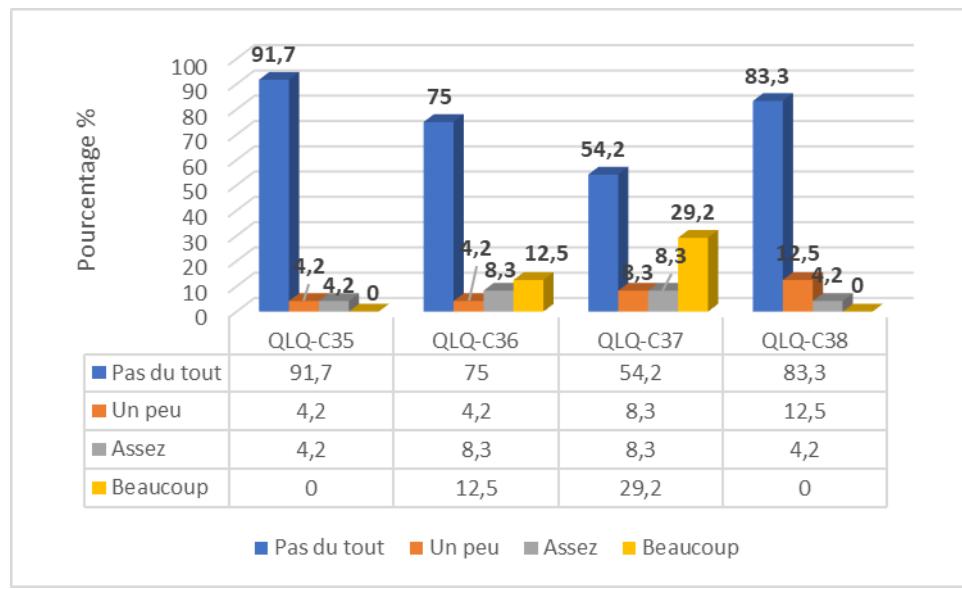


Figure n°49 : réponses des patients aux items de la déglutition avant le traitement

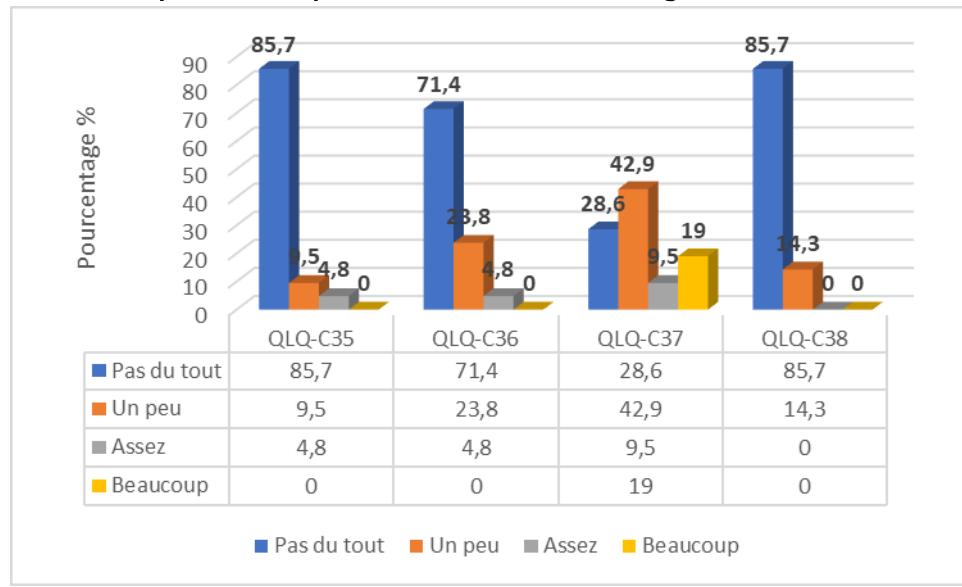


Figure n°50 : réponses des patients aux items de la déglutition après le traitement

c) Goût et odorat :

Avant le traitement, une proportion significative de patients rapportait des perturbations, avec des limitations atteignant 16,7 % pour certains items. Après le traitement, la majorité des patients ne rapportaient plus aucune gêne, atteignant 90,5 % pour les deux items. Par ailleurs, les limitations légères et modérées, encore présentes avant le traitement, disparaissaient presque totalement après. (Annexe2)

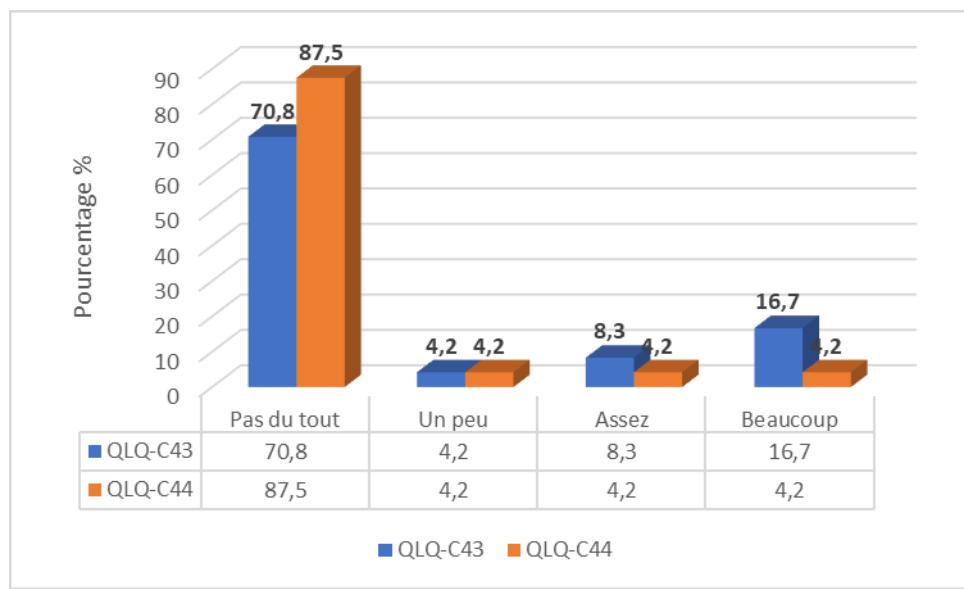


Figure n°51 : réponses des patients aux items du goût et l'odorat avant le traitement

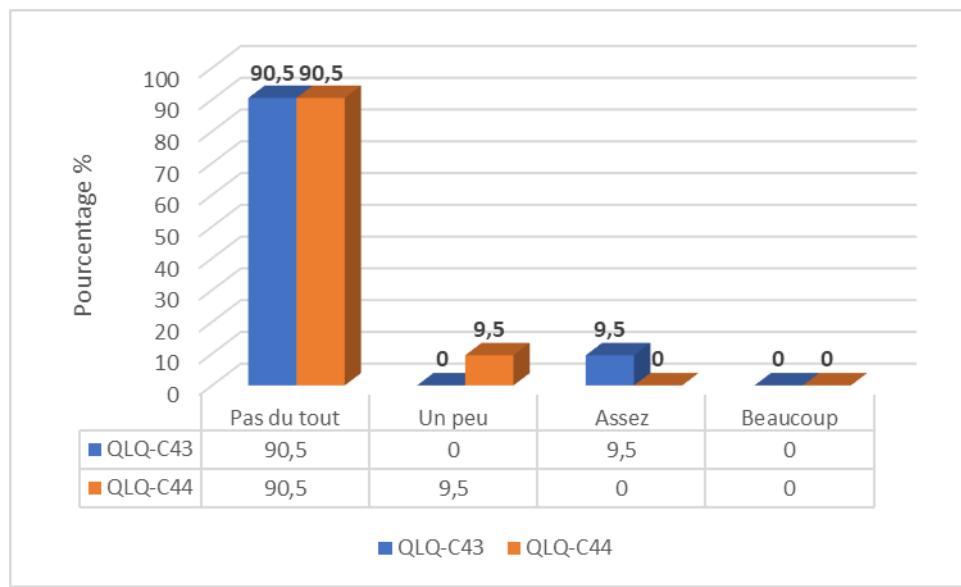


Figure n°52 : réponses des patients aux items du goût et l'odorat après le traitement

d) Voix et la parole :

Avant le traitement, une proportion significative des patients rapportait une absence de gêne, atteignant jusqu'à 50 % pour certains items. Après le traitement, cette proportion diminuait légèrement, oscillant entre 33,3 % et 47,6 %. Les limitations légères augmentaient pour plusieurs items, notamment QLQ54 (Problème d'élocution au téléphone), où elles passent de 4,2 % avant à 23,8 % après. Les limitations modérées montraient une légère progression, atteignant jusqu'à 14,3 % pour certains items après le traitement. Enfin, les limitations sévères, rapportées par 37,5 % à 41,7 % des patients avant le traitement, diminuaient, passant à 33,3 % et 19 % après. (Annexe2)

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

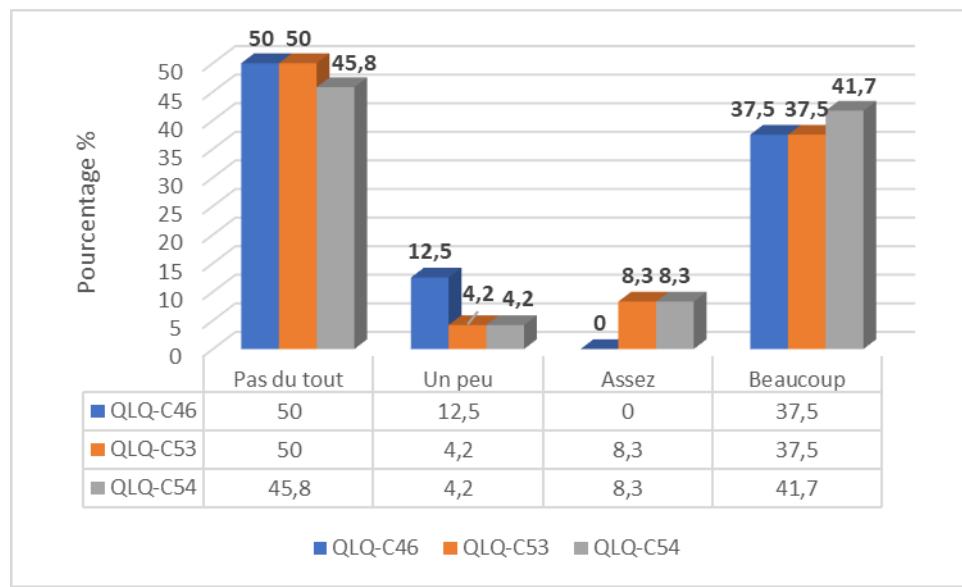


Figure n°53 : réponses des patients aux items de la voix et de la parole avant le traitement

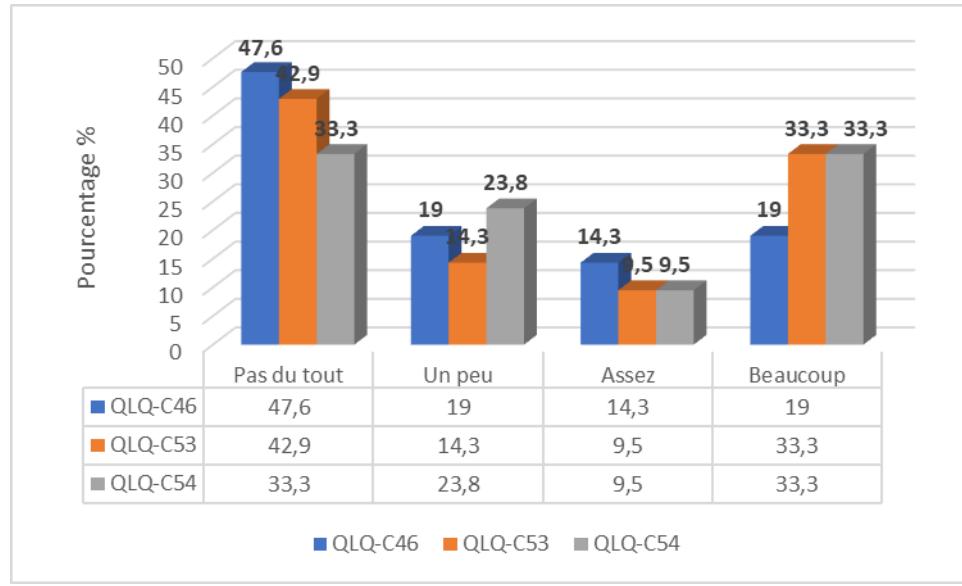


Figure n°54 : réponses des patients aux items de la voix et de la parole après le traitement

e) Alimentation :

Avant le traitement, une majorité significative de patients rapportait **aucune difficulté** (75 % à 79,2 % selon les items). Après le traitement, cette proportion diminuait pour tous les items, atteignant 61,9 % à 66,7 %. Parallèlement, les limitations légères augmentaient, avec des proportions atteignant 28,6 % pour certains items après traitement, contre des valeurs

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

nulles ou faibles avant. Les limitations modérées et sévères restaient rares mais montraient également une légère progression pour certains items. (Annexe2)

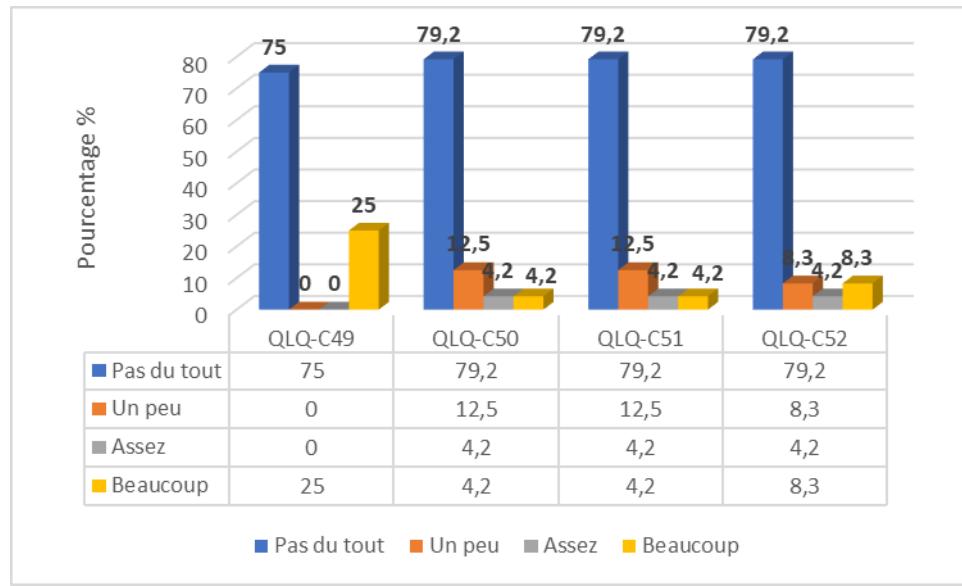


Figure n°55 : réponses des patients aux items de l'alimentation avant le traitement

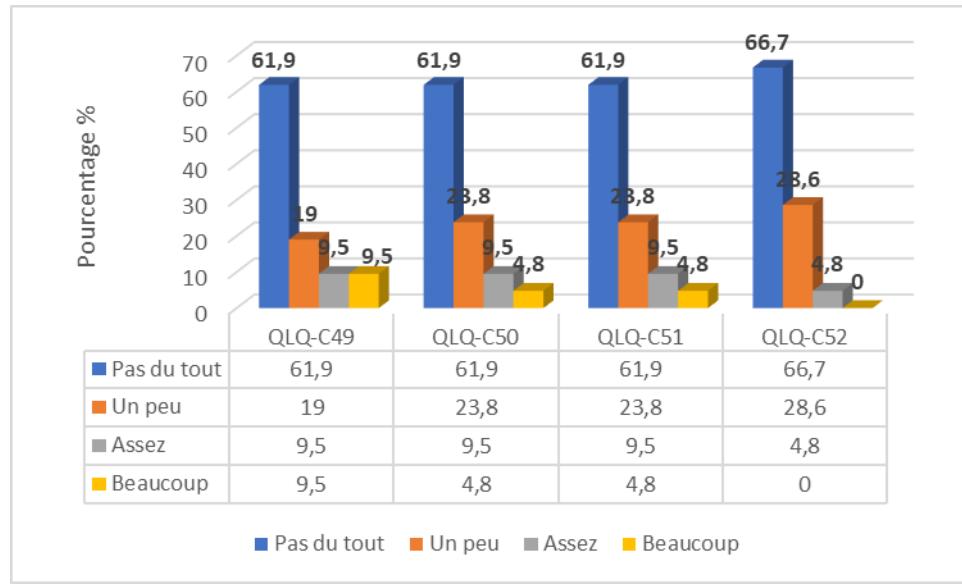


Figure n°56 : réponses des patients aux items de l'alimentation après le traitement

f) **Dentition :**

Avant le traitement, 87,5 % des patients ne rapportaient aucune gêne liée à leur dentition. Après le traitement, cette proportion diminuait à 66,7 %. Les limitations légères augmentaient significativement, passant de 8,3 % avant traitement à 28,6 % après. Les limitations modérées restaient absentes, mais les limitations sévères augmentaient légèrement, passant de 4,2 % avant à 4,8 % après le traitement.

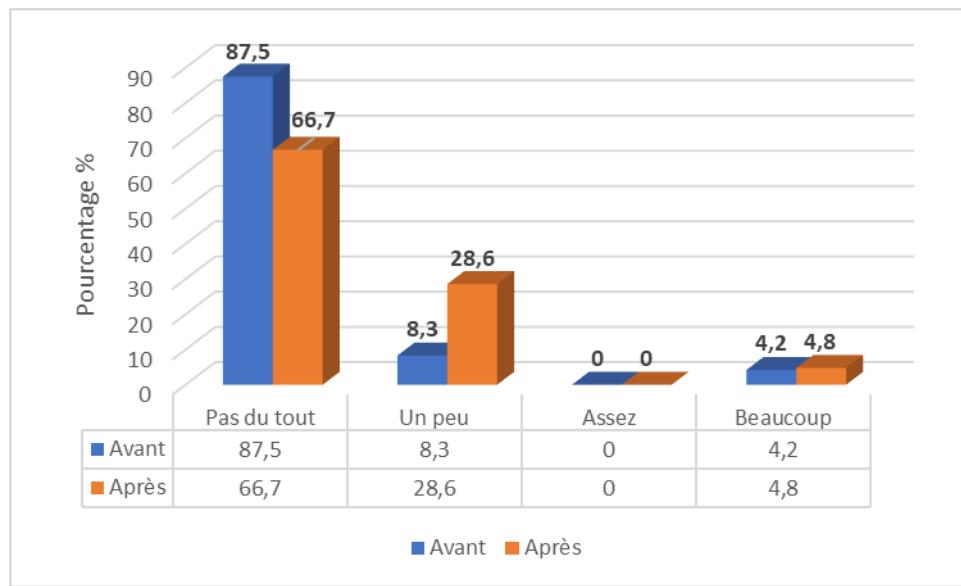


Figure n°57 : réponses des patients à l'item de la dentition avant et après le traitement

g) **Ouverture buccale :**

Avant le traitement, 79,2 % des patients ne rapportaient aucune difficulté liée à l'ouverture buccale. Après le traitement, cette proportion diminuait légèrement à 76,2 %. Les limitations légères augmentaient, passant de 8,3 % avant le traitement à 14,3 % après. De même, des limitations modérées apparaissaient après le traitement, représentant 9,5 % des patients, alors qu'elles étaient absentes avant. Enfin, les limitations sévères, présentes chez 12,5 % des patients avant le traitement, disparaissaient complètement après.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

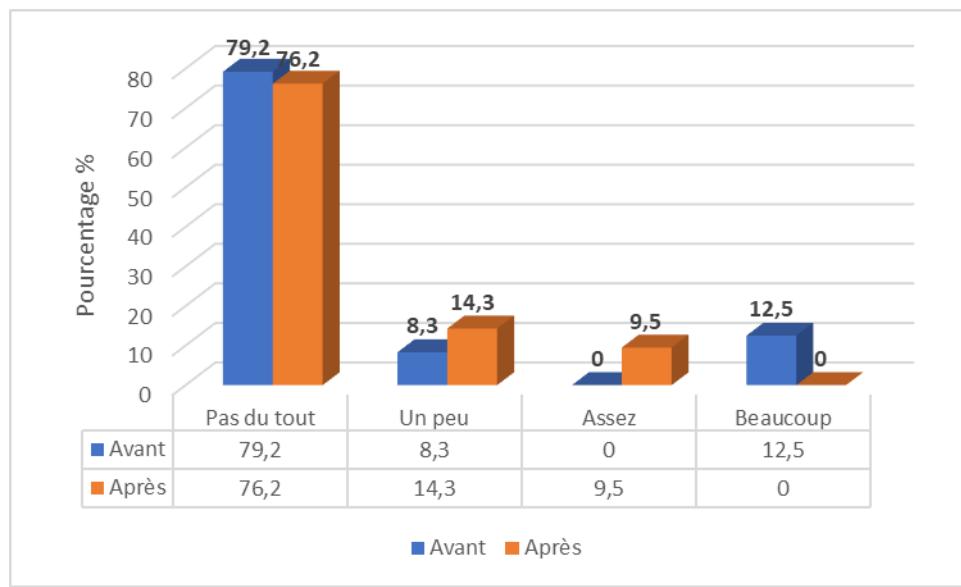


Figure n°58 : réponses des patients à l'item de l'ouverture buccale avant et après traitement

h) Sécheresse buccale :

Avant le traitement 79,2 % des patients déclaraient ne pas ressentir de sécheresse (QLQ-C41), mais cette proportion disparaissait après. Par ailleurs, 71,4 % des patients rapportaient une légère sensation de bouche sèche après le traitement, contre seulement 8,3 % avant. De plus, 28,6 % des patients indiquaient ressentir une sécheresse modérée après le traitement, comparé à 8,3 % auparavant.

i) Salive collante :

Avant le traitement 83,3 % des patients ne ressentaient aucune gêne (QLQ-C42), contre seulement 33,3 % après. Une proportion significative de patients (38,1 %) rapportait une sensation de salive légèrement collante après le traitement, contre 8,3 % avant. De plus, 28,6 % des patients rapportaient ressentir une sensation modérée après le traitement, contre 4,2 % avant celui-ci.

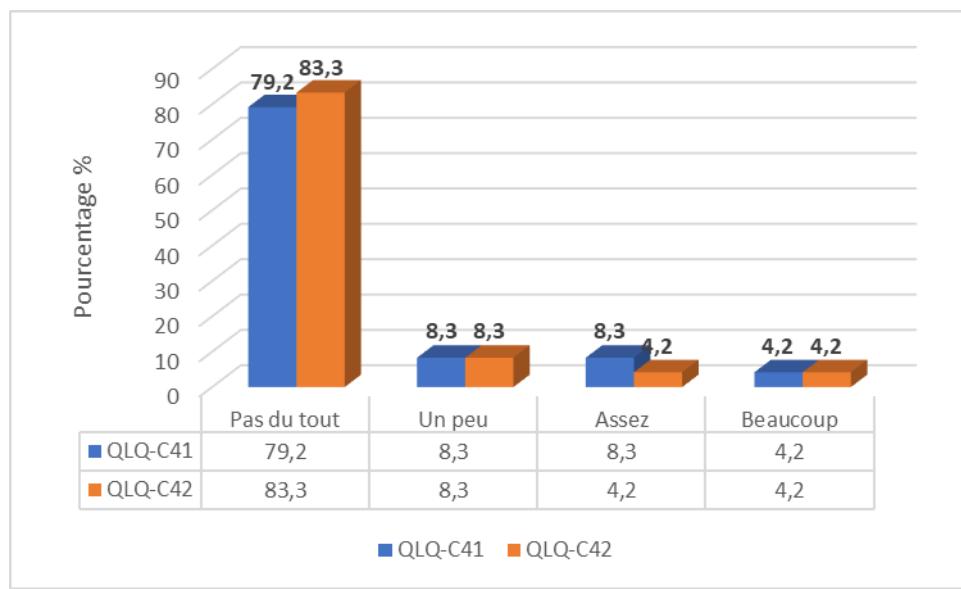


Figure n°59 : réponses des patients aux items des troubles salivaires avant le traitement

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

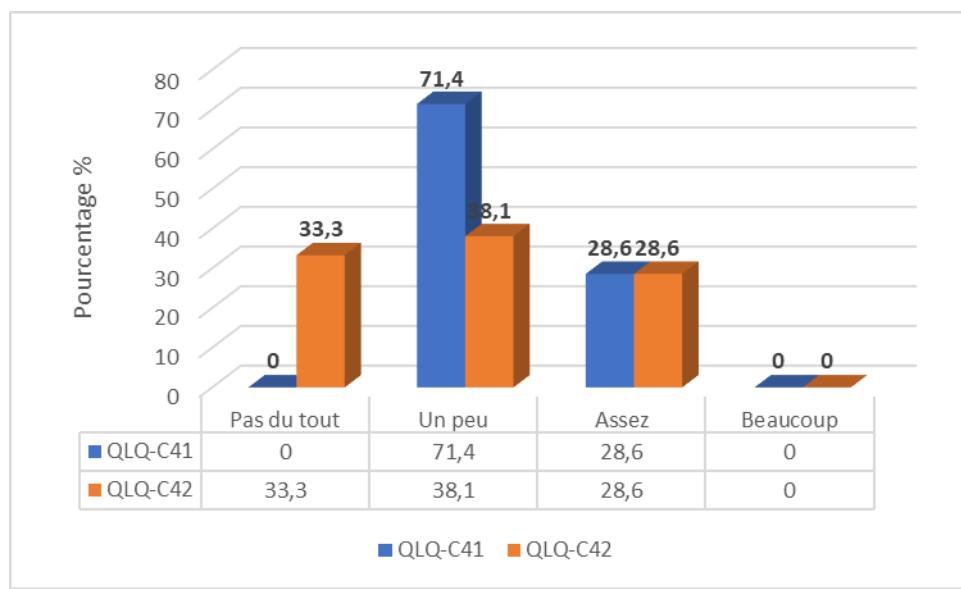


Figure n°60 : réponses des patients aux items des troubles salivaires après le traitement

j) Toux :

Avant le traitement, 50 % des patients ne rapportaient aucune toux, une proportion qui augmentait à 71,4 % après le traitement. Par ailleurs, les patients ressentaient une toux légère passent de 16,7 % avant le traitement à 23,8 % après. Les cas de toux modérée, qui concernaient 20,8 % des patients avant le traitement, disparaissaient complètement après. Enfin, les cas de toux sévère diminuaient de manière significative, passant de 12,5 % avant le traitement à 4,8 % après.

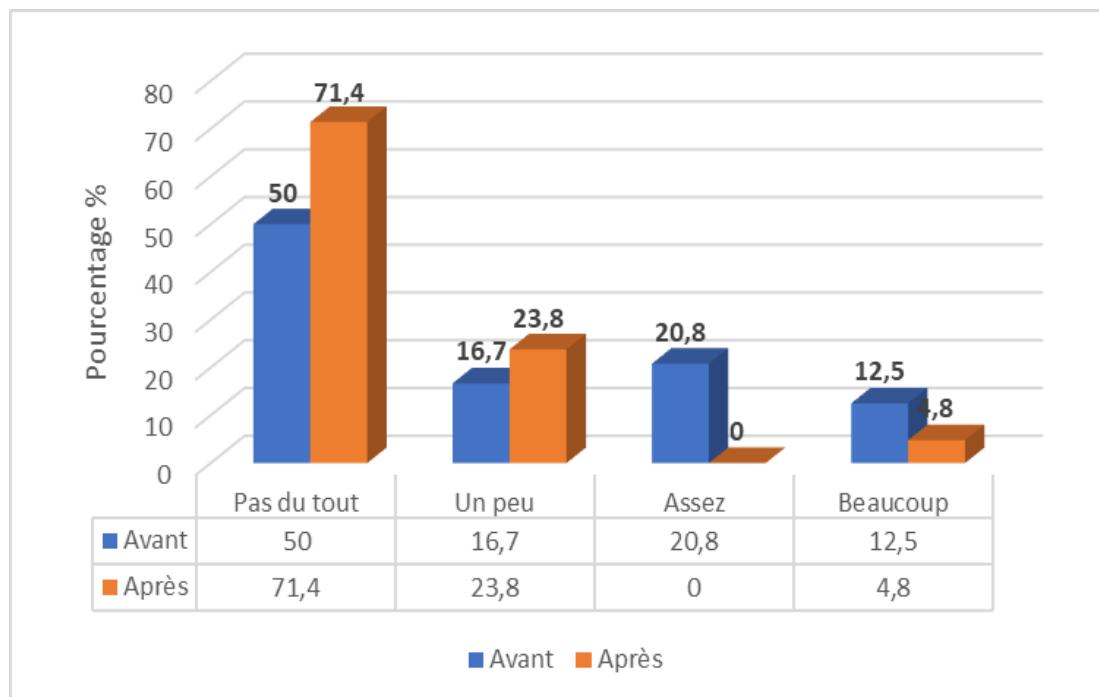


Figure n°61 : réponses des patients à l'item de la toux avant et après le traitement

k) **Malaise :**

Avant le traitement, 41,7 % des patients ne rapportaient aucun malaise, alors qu'après le traitement, aucun patient ne se trouvait dans cette catégorie. En revanche, la proportion de patients rapportant un malaise léger passait de 29,2 % avant traitement à 85,7 % après. Les malaises modérés restaient stables, passant de 12,5 % avant le traitement à 14,3 % après. Enfin, les malaises sévères, présents chez 16,7 % des patients avant le traitement, disparaissaient complètement après.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

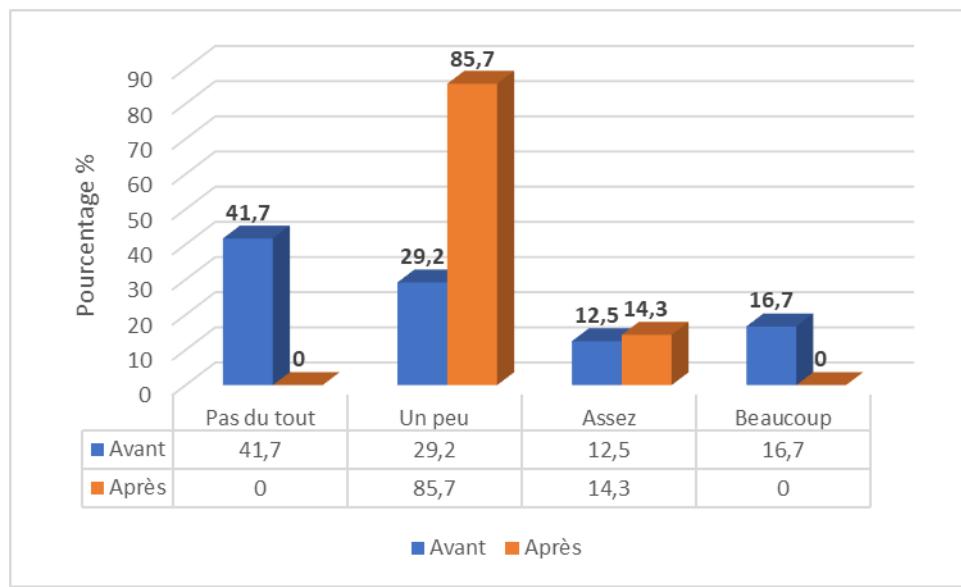


Figure n°62 : réponses des patients à l'item du malaise avant et après le traitement

2. Fonctionnement social :

a) Apparence et le contact social :

Avant le traitement, la majorité des patients ne ressentait aucune gêne, avec des proportions atteignant 79,2 % pour l'apparence (QLQ-C48) et 96 % pour les relations sociales (QLQ-C58). Après le traitement, ces proportions diminuaient, passant à 57,1 % pour l'apparence, mais augmentait pour les relations sociales atteignant 100 %.

Une augmentation des ressentis légers est observée après le traitement. Pour l'apparence (QLQ-C48), la proportion de patients déclarant une gêne légère passait de 8,3 % à 28,6 %. Un schéma similaire est observé pour l'isolement social (QLQ-C55), où cette proportion passait également de 8,3 % à 23,8 %. Les ressentis modérés augmentaient légèrement, atteignant 19 % pour certains items comme la sortie en public (QLQ-C57). Enfin, les gênes sévères, rapportées avant le traitement pour des items tels que l'isolement social (37,5 %), diminuaient ou disparaissaient complètement. (Annexe2)

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

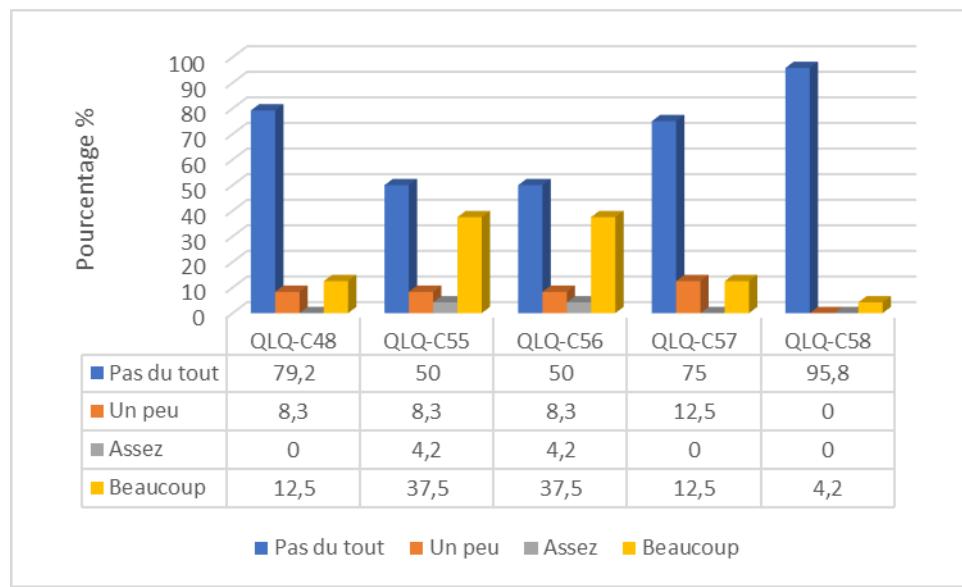


Figure n°63 : réponses des patients aux items de l'apparence et le contact social avant le traitement

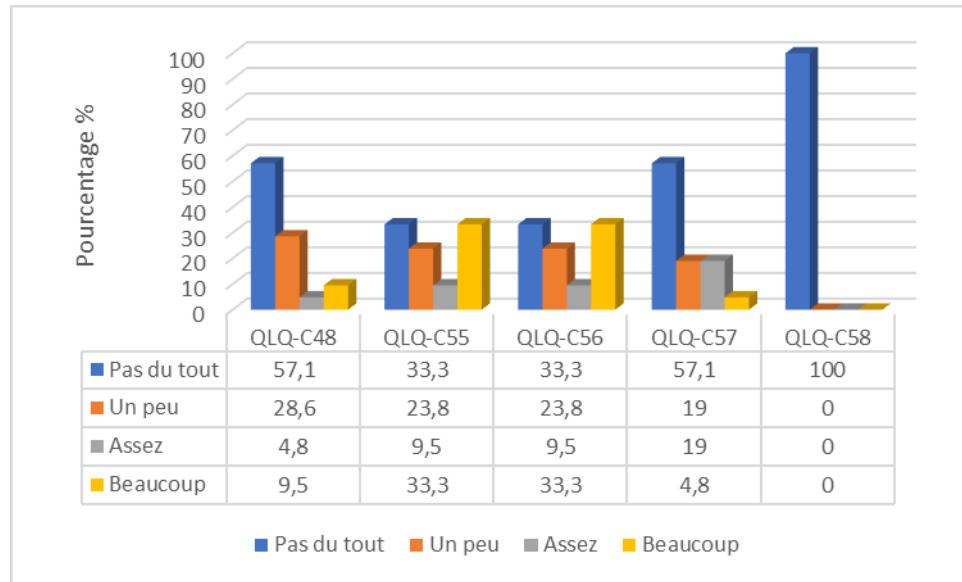


Figure n°64 : réponses des patients aux items de l'apparence et le contact social après le traitement

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

b) Sexualité :

Avant le traitement, une proportion importante de patients (54,2 % pour le désintérêt sexuel QLQ-C59 et 58,3 % pour le plaisir sexuel QLQ-C60) ne rapportait aucun problème. Après le traitement, cette proportion diminuait de manière significative à 14,3 % pour les deux items, indiquant une augmentation des préoccupations liées à la sexualité.

Par ailleurs, les patients rapportant des difficultés légères augmentaient considérablement, passant de 12,5 % avant traitement à 66,7 % pour QLQ-C59 et 71,4 % pour QLQ-C60 après traitement. Les difficultés modérées passaient de 20,8 % à 9,5 % après le traitement. En revanche, les difficultés sévères diminuaient légèrement, passant de 12,5 % pour QLQ-C59 et 8,3 % pour QLQ-C60 avant traitement à respectivement 9,5 % et 4,8 % après.

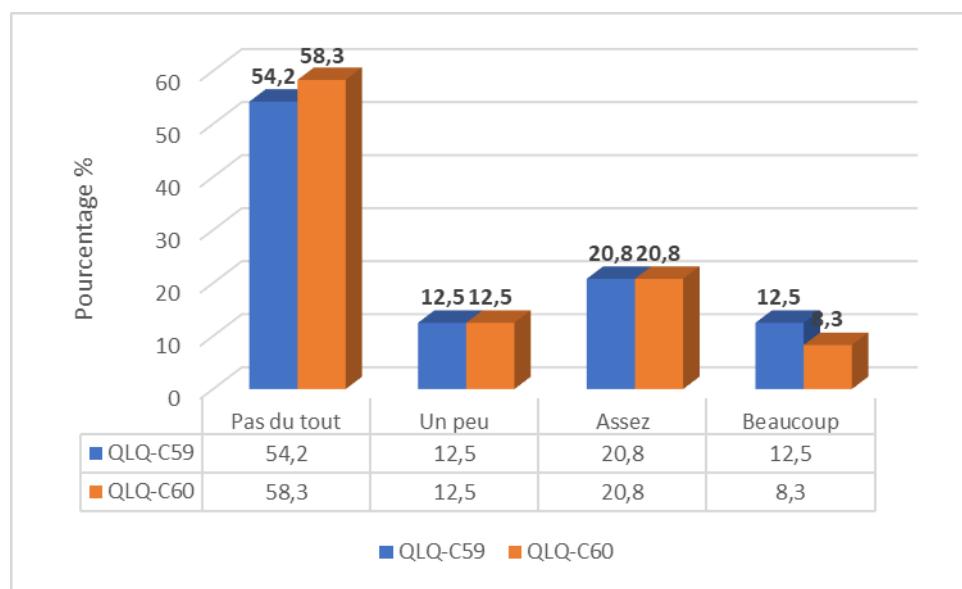


Figure n°65 : réponses des patients aux items de la sexualité avant le traitement

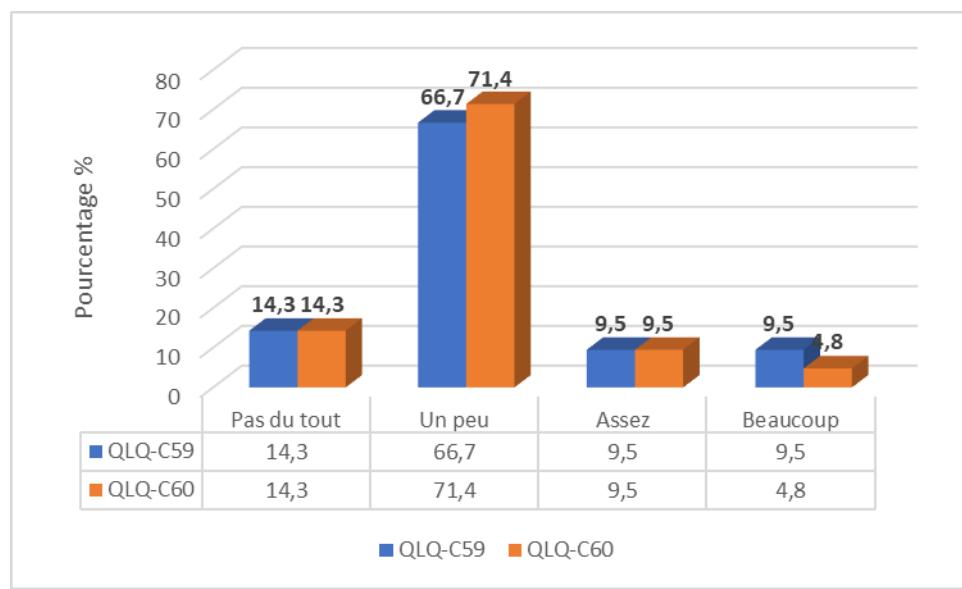


Figure n°66 : réponses des patients aux items de la sexualité après le traitement

3. Paramètres de prise en Charge et de l'état Nutritionnel :

a) Prise d'antidouleurs :

Avant le traitement, seulement 33,3 % des patients déclaraient en prendre, tandis que 66,7 % n'en utilisaient pas. Après le traitement, cette proportion augmentait significativement à 85,7 %, tandis que seulement 14,3 % des patients n'en prenaient plus après le traitement.

b) Prise de suppléments nutritionnels

Concernant les suppléments nutritionnels, 8,3 % des patients en prenaient avant le traitement. Cette proportion augmentait à 38,1 % après le traitement.

c) Utilisation d'une sonde d'alimentation

L'utilisation de sondes d'alimentation, limitée à 8,3 % des patients avant le traitement, augmentait légèrement à 9,5 % après. Une grande majorité des patients (90,5 %) n'utilisaient pas de sonde après le traitement.

d) Perte de poids

Avant le traitement, 58,3 % des patients rapportaient une perte de poids, une proportion qui diminuait fortement à 4,8 % après le traitement.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

e) Prise de poids

La prise de poids, qui concernait 13 % des patients avant le traitement, augmentait à 19 % après.

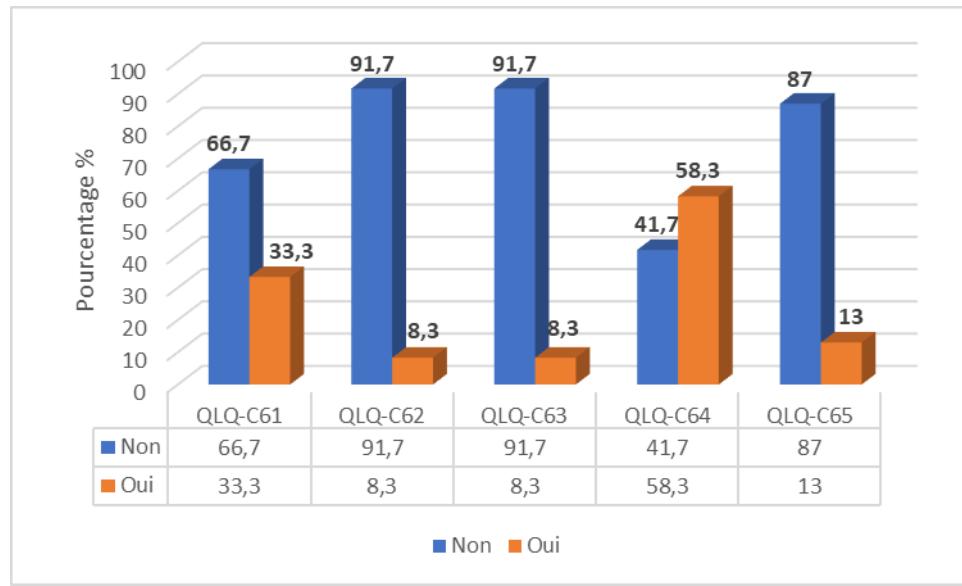


Figure n°67 : réponses des patients aux interrogations totales avant traitement

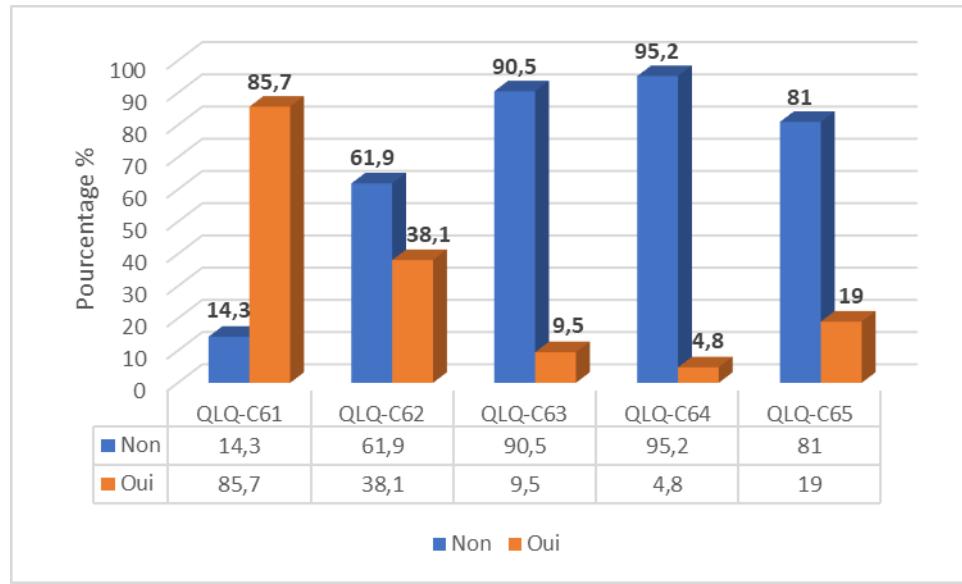


Figure n°68 : réponses des patients aux interrogations totales après traitement

Tableau XIX : Scores moyens et normalisés des items de l'EORTC QLQ – H&N35

Items	Score moyen avant	Score normalisé avant	Score moyen après	Score normalisé après
Douleurs	1,36	13,49	1,47	15,87
Déglutition	1,51	16,26	1,46	15,47
Odorat/ goût	1,47	15,87	1,14	4,76
Voix / parole	2,34	46,56	2,26	42,32
Alimentation	1,58	19,04	1,52	28,25
Dentition	1,21	7,93	1,43	14,28
Ouverture buccale	1,46	17,46	1,33	11,11
Sécheresse buccale	1,37	11,11	2,28	42,85
Salive collante	1,29	11,11	1,95	31,74
Toux	1,95	31,74	1,38	12,69
Malaise	2,04	31,74	2,14	38,09
Contact social	1,73	25,71	1,84	28,25
Sexualité	1,85	29,36	2,09	36,50
Anti douleurs	1,33	33,33	1,85	85,71
Suppléments nutritionnels	1,08	4,76	1,38	38,09
Sonde d'alimentation	1,08	9,52	1,095	9,52
Perte de poids	1,58	57,14	1,04	4,76
Prise de poids	1,13	15	1,19	20



I. Généralités sur la qualité de vie relative à la santé

Cette section aborde la définition de la qualité de vie et ses spécificités dans le contexte de la santé. Elle met en évidence les particularités de la qualité de vie lorsqu'elle est associée à l'état de santé des patients, ainsi que les différents domaines essentiels à considérer lors de son évaluation. Enfin, elle présente les questionnaires utilisés dans cette étude pour mesurer la qualité de vie, notamment leurs caractéristiques et leur pertinence pour les patients atteints de cancers ORL.

1. Définition :

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé est définie comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Cette définition, incluse dans le préambule de la Constitution de l'OMS adoptée en 1946, met en avant une approche globale du bien-être, englobant non seulement l'absence de pathologies, mais aussi l'équilibre dans divers aspects de la vie d'un individu.(8)

La qualité de vie (QdV) est devenue un concept important et un objectif de recherche et de pratique dans les domaines de la santé et de la médecine(9). Traditionnellement, les résultats biomédicaux, et non ceux liés à la QdV, ont été les principaux critères d'évaluation dans la recherche médicale et en santé. Cependant, au cours des dernières décennies, un nombre croissant de recherches s'est concentré sur la QdV des patients, et l'utilisation des évaluations correspondantes a augmenté.(10)

Comprendre la qualité de vie est important pour améliorer le soulagement des symptômes, les soins et la réhabilitation des patients. Les problèmes révélés par les auto-évaluations de la qualité de vie des patients peuvent conduire à des modifications et à des améliorations dans le traitement et les soins, ou peuvent montrer que certaines thérapies offrent peu de bénéfice. La qualité de vie est également utilisée pour identifier la gamme de problèmes pouvant affecter les patients.

Ce type d'information peut être communiqué aux futurs patients pour les aider à anticiper et à comprendre les conséquences de leur maladie et de son traitement. De plus, les patients guéris et les survivants à long terme peuvent rencontrer des problèmes persistants longtemps après la fin de leur traitement.

Ces problèmes tardifs peuvent être négligés sans évaluation de la qualité de vie. La qualité de vie est également importante pour la prise de décision médicale, car elle est un prédicteur du succès du traitement et revêt donc une importance pronostique. Par exemple, il a été démontré que la qualité de vie est un puissant prédicteur de survie. Cette capacité pronostique suggère la nécessité d'une évaluation systématique de la qualité de vie dans les essais cliniques.(9)

Il n'y a pas de définition uniforme du concept ; cependant, en 1993, l'OMS a élargi cette approche en définissant la qualité de vie (QdV) comme la perception subjective qu'a un individu de sa position dans la vie, influencée par le contexte culturel, le système de valeurs dans lesquels il évolue, ainsi que ses objectifs, attentes, normes et préoccupations. Cette approche holistique inclut les dimensions physique, psychologique et sociale du bien-être, et vise à évaluer non seulement l'absence de maladie, mais aussi l'ensemble des facteurs contribuant au bien-être et à la satisfaction de l'individu dans sa vie quotidienne.(11)

La même année, Wilson et Cleary ont introduit un modèle conceptuel visant à établir un lien entre les différents éléments influençant la qualité de vie des patients. Ce modèle, organisé en cinq niveaux, illustre l'enchaînement des facteurs cliniques, physiques, psychologiques et sociaux, permettant ainsi de mieux comprendre l'interaction entre ces dimensions et leur impact global sur la qualité de vie.(12)

Ce modèle en cinq niveaux décrit une relation progressive entre différents facteurs influençant la qualité de vie. Le premier niveau englobe les critères biologiques et physiologiques du patient. Ces paramètres ont un impact direct sur le deuxième niveau, qui

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

correspond à la perception des symptômes par le patient. Le troisième niveau évalue l'état fonctionnel du patient, englobant à la fois les dimensions physiques et émotionnelles de son quotidien. Ce niveau est étroitement lié à la perception que le patient a de son état de santé global (quatrième niveau). Enfin, cette perception de la santé globale influe directement sur l'évaluation subjective de sa qualité de vie (cinquième niveau), reflétant ainsi l'interaction entre les dimensions cliniques, psychologiques et sociales.

Dans ce modèle, les relations entre les niveaux sont initialement décrites comme unidirectionnelles, chaque niveau influençant le suivant de manière linéaire. Cependant, en 2007, Osoba et al. (13) ont proposé une version révisée de ce schéma, introduisant des interactions bidirectionnelles entre les différents niveaux. Dans cette nouvelle approche, l'état symptomatique, l'état fonctionnel, la perception de la santé globale et la qualité de vie interagissent entre eux de manière dynamique, permettant à chaque dimension d'influencer et d'être influencée par les autres. Cela reflète une vision plus complète et fluide de l'expérience du patient, où l'amélioration ou la détérioration d'une dimension peut affecter directement les autres.

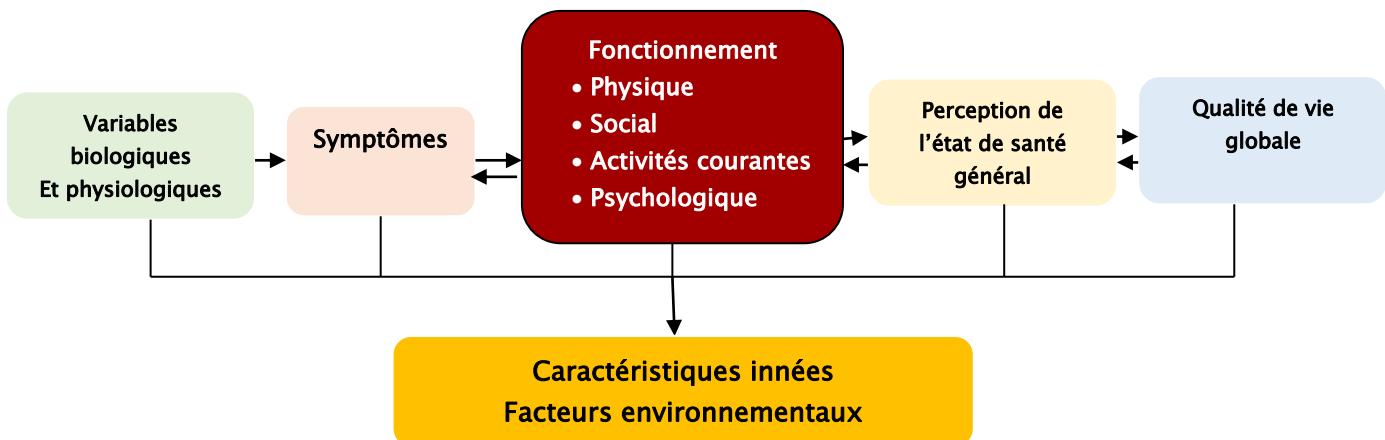


Figure n°69 : Modification du modèle de Wilson et Cleary indiquant le potentiel d'une interaction à double sens entre plusieurs composants du modèle (Osoba 2007)

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

La définition précise de la qualité de vie liée à la santé (QdV) varie selon les auteurs. Kaplan et Bush ont introduit ce terme afin de différencier les effets spécifiques de l'état de santé des autres facteurs susceptibles d'influencer la

Dans le cadre du traitement du cancer, ces critères se divisent en deux catégories principales : les critères cliniques axés sur le patient, comme la survie globale, qui mesure la durée de vie totale du patient après le diagnostic ou le traitement ; et les paramètres cliniques centrés sur la tumeur, tels que la survie sans progression (temps pendant lequel le cancer ne progresse pas), le taux de réponse (réduction de la taille de la tumeur) et la survie sans maladie (période durant laquelle le patient reste en rémission sans signes de cancer).

Ces critères permettent une évaluation complète de l'impact des traitements à la fois sur la tumeur et sur la qualité de vie du patient.(20)

À ce jour, la survie globale demeure le « gold standard » pour mesurer l'efficacité d'une prise en charge. Toutefois, en raison de l'augmentation du nombre de traitements efficaces pour une grande majorité des cancers, il devient nécessaire d'élargir le nombre de patients inclus dans les études et de prolonger la durée de leur suivi. Cela permet d'observer un nombre suffisant de décès, garantissant ainsi une puissance statistique adéquate (Fiteni et al., 2014)(20). Parallèlement, la qualité de vie est devenue un critère d'évaluation majeur dans les essais cliniques en oncologie, offrant deux avantages : une durée d'étude plus courte et une évaluation directe du bénéfice clinique ressenti par le patient.

En effet, les patients atteints de cancer présentent de nombreux symptômes et des pertes d'aptitudes fonctionnelles qui ne peuvent être évalués par des tests de laboratoire ou des examens d'imagerie. Il est essentiel de noter que les critères de jugement les plus couramment utilisés, tels que la survie, le temps jusqu'à progression de la maladie, la réponse tumorale, l'état général, et la mesure de la toxicité, reposent souvent sur une perception de l'individu.(14) En effet, la recherche sur la qualité de vie se divise généralement en deux grands domaines. Le premier se concentre sur la qualité de vie liée à la santé (HRQOL), tandis

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

que le second englobe divers déterminants du bien-être, tels que les aspects sociaux, économiques et culturels de la vie d'un individu.(15)

Avec cette nouvelle approche de la santé, l'évaluation de la qualité de vie prend tout son sens. La qualité de vie liée à la santé (QdV) en découle, en intégrant l'impact de la maladie et des traitements sur le bien-être global du patient. Elle prend également en considération certaines conséquences indirectes de la maladie, telles que la perte d'emploi ou les difficultés financières, qui peuvent influencer la qualité de vie de manière significative.

Bien que la définition de la qualité de vie (QdV) fasse l'objet de débats conceptuels et méthodologiques continus sur sa signification et sur ce qui devrait être mesuré. Elle est généralement reconnue comme un concept multidimensionnel. Elle inclut au minimum le bien-être physique, psychologique et social, ainsi que les symptômes associés à la maladie et aux traitements.

La QdV entre dans le champ des « Résultats rapportés par les patients » (RRP), des mesures de l'état de santé perçues par le patient (Doward & McKenna, 2004; Fayers & Machin, 2007)(9,16)

Ces mesures doivent être rapportées directement par le patient. Les résultats rapportés par le patient (RRP) couvrent une large gamme de paramètres, tels que les symptômes liés à la maladie ou aux traitements, comme la fatigue ou la douleur. La satisfaction du patient à l'égard des soins fait également partie des aspects évalués par les RRP.

De nombreuses définitions de la qualité de vie (QdV) existent, et bien qu'elles diffèrent selon les auteurs, il est généralement reconnu que l'une des caractéristiques essentielles de la QdV réside dans l'intégration des valeurs, des jugements et des préférences individuelles(17). Ainsi, la qualité de vie (QdV) est une mesure subjective, car chaque individu en a sa propre définition. Lorsqu'un patient évalue son niveau de QdV, son jugement repose sur ses références internes et sur l'importance qu'il attribue aux différentes dimensions de la QdV.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

Cette évaluation est également influencée par ses attentes et espérances en matière de santé (Bullinger, 2002; Wiklund, 2004).(18,19)

À titre d'exemple, une personne atteinte d'une maladie chronique n'aura pas les mêmes attentes et espérances de santé qu'une personne habituellement en bonne santé mais récemment diagnostiquée d'un cancer.

La qualité de vie (QdV) est également un concept dynamique. En effet, un individu n'évalue pas nécessairement sa QdV selon les mêmes critères au fil du temps, car ses attentes et espérances de santé peuvent évoluer à la suite du diagnostic d'une maladie, comme un cancer. Le patient peut ainsi s'adapter à la maladie et aux effets secondaires des traitements, ajustant ses attentes en conséquence. Par exemple, il peut revoir ses espérances de santé à la baisse ou accorder moins d'importance à son état physique, tout en valorisant davantage ses relations familiales et amicales qu'avant l'apparition de la maladie. Cet aspect dynamique est illustré par le modèle interactif de Wilson et Cleary (1995), dans lequel la perception de la santé et de la qualité de vie est influencée par divers facteurs extérieurs, tels que les valeurs que l'individu accorde aux différentes dimensions de la QdV. (12)

Les critères de jugement en oncologie désignent les indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité d'un traitement. Selon les directives de la Food and Drug Administration (FDA), ces critères sont des résultats cliniques et biologiques mesurables utilisés pour le développement et l'évaluation des options thérapeutiques.

évaluation subjective du clinicien ou sur des données d'imagerie et de biologie dont la fiabilité peut être limitée (21). À titre d'exemple, bien que les nouvelles techniques d'imagerie aient amélioré la précision avec laquelle le clinicien peut mesurer la taille tumorale, la mesure du temps jusqu'à progression de la maladie reste difficile à évaluer de manière précise et reproductible, car elle dépend également de la fréquence des examens. En revanche, la survie globale, calculée à partir du début du traitement jusqu'au décès, constitue un indicateur fiable, car elle est exempte de ce type d'erreur.

De plus, les informations sur la qualité de vie enrichissent notre compréhension des effets des maladies et de leurs traitements sur la capacité fonctionnelle des patients et sur leur bien-être global. La qualité de vie est devenue un prédicteur de survie plus précis que l'état des performances, mettant en évidence son importance croissante. En effet, l'intégration de la qualité de vie dans les essais cliniques s'est révélée à la fois informative et utile. La fréquence croissante de son évaluation témoigne de l'émergence d'une médecine clinique centrée sur le patient, marquant un changement de paradigme. Cette approche modifie progressivement la vision traditionnelle de la maladie, en transformant les pratiques médicales qui ont prévalu au cours du siècle dernier (22).

2. Mesure de la QDV :

Sous l'impulsion de la recherche clinique, des outils standardisés ont été développés pour évaluer la qualité de vie. Cependant, la mesure de la qualité de vie est par nature sujette à une grande variabilité subjective. Afin de réduire cette subjectivité, un outil de mesure idéal doit posséder les caractéristiques suivantes (23-25) :

- Reproductibilité : capacité à produire les mêmes résultats de manière cohérente dans des conditions identiques.
- Spécificité : précision avec laquelle l'outil évalue ce qu'il est censé mesurer.
- Sensibilité : aptitude à détecter des changements cliniquement significatifs au fil du temps.
- Interprétabilité : capacité à fournir des résultats ayant une signification clinique claire et exploitable.

Pour collecter les données nécessaires à l'évaluation de la qualité de vie des patients, il a été essentiel de développer des questionnaires adaptés. Il existe principalement deux types de questionnaires : les hétéro-questionnaires et les auto-questionnaires. Les hétéro-

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

questionnaires sont remplis par une tierce personne, généralement un clinicien ou un enquêteur, tandis que les auto-questionnaires sont complétés directement par le patient. Ces derniers sont considérés comme le gold standard, car ils permettent de recueillir les perceptions et ressentis du patient de manière directe et sans intermédiaire, ce qui réduit les biais d'interprétation.

Ces dernières années, de nombreux questionnaires adaptés à diverses situations cliniques ont été développés. On distingue deux types principaux de questionnaires :

- **Les questionnaires généraux :**

Ils permettent de couvrir plusieurs dimensions de la qualité de vie, telles que les aspects physiques, sociaux, cognitifs, psychologiques et symptomatiques. Parmi les plus utilisés, on retrouve :

- QLQ-C30 de l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC), qui évalue 15 dimensions.
- SF-36 (Short Form-36) de l'étude sur les résultats médicaux, composé de 8 dimensions.(26-30)

Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé une version du QLQ-C30, traduite en dialecte marocain, afin d'assurer une meilleure compréhension et une plus grande adhésion des patients.

- **Les questionnaires spécifiques :**

Ces questionnaires sont conçus pour évaluer des aspects spécifiques, comme une pathologie ou un symptôme particulier, offrant ainsi une évaluation ciblée et plus précise des impacts cliniques.

L'EORTC a développé des questionnaires spécifiques pour différentes localisations cancéreuses, permettant une évaluation plus ciblée des symptômes et de la qualité de vie des patients. Parmi ces questionnaires, on retrouve, par exemple, le QLQ-PR25 pour le cancer de

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

la prostate, le QLQ-OV28 pour le cancer de l'ovaire, et le QLQ-CR29 pour le cancer colorectal. Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé le QLQ-H&N35, spécifiquement conçu pour les cancers de la tête et du cou. Ce questionnaire permet d'évaluer les symptômes et impacts particuliers à cette pathologie, notamment les difficultés de déglutition, les problèmes sensoriels, ainsi que les interactions sociales et l'image corporelle.

D'autres équipes ont également développé des outils spécifiques pour évaluer des symptômes comme la fatigue ou l'anémie, tels que le Bilan fonctionnel de la cancérothérapie – Générale (FACT-G) pour la fatigue et le bilan fonctionnel de la Thérapie du Cancer – Anémie (FACT-An). Cependant, dans notre étude, le QLQ-H&N35 a été choisi pour sa pertinence dans l'évaluation des patients atteints de cancer de la sphère ORL, en complément du QLQ-C30.(31,32)

Avant d'être utilisés dans les unités de soins, ces questionnaires ont fait l'objet d'une validation psychométrique. Ce processus comprend plusieurs étapes indispensables pour garantir la pertinence des scores obtenus ainsi que leur interprétation, incluant la spécificité, la fiabilité, la reproductibilité, la sensibilité au changement et l'acceptabilité.

Grâce aux nombreux travaux menés au cours des 30 dernières années, la construction d'une échelle de mesure, un processus long et complexe, est désormais bien codifiée. Ces échelles résultent d'une collaboration entre cliniciens, linguistes, statisticiens et psychométriciens. Les questions doivent être pertinentes et faciles à comprendre, avec une syntaxe grammaticale accessible à un enfant de 10 à 12 ans. Étant donné qu'il s'agit souvent d'un auto-questionnaire, la concision garantit un remplissage complet et exhaustif. Les questions sont regroupées par thème afin d'explorer différentes dimensions.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

Traditionnellement, on distingue quatre dimensions principales pour couvrir l'ensemble des valeurs liées à la qualité de vie.(33-35) :

- La dimension physique : capacité physique, autonomie, gestes de la vie quotidienne...
- La dimension psychologique : émotivité, anxiété, dépression...
- La dimension somatique : douleur, asthénie, troubles du sommeil...
- La dimension sociale : environnement familial, professionnel et amical, participation à des activités de loisirs, vie sexuelle...

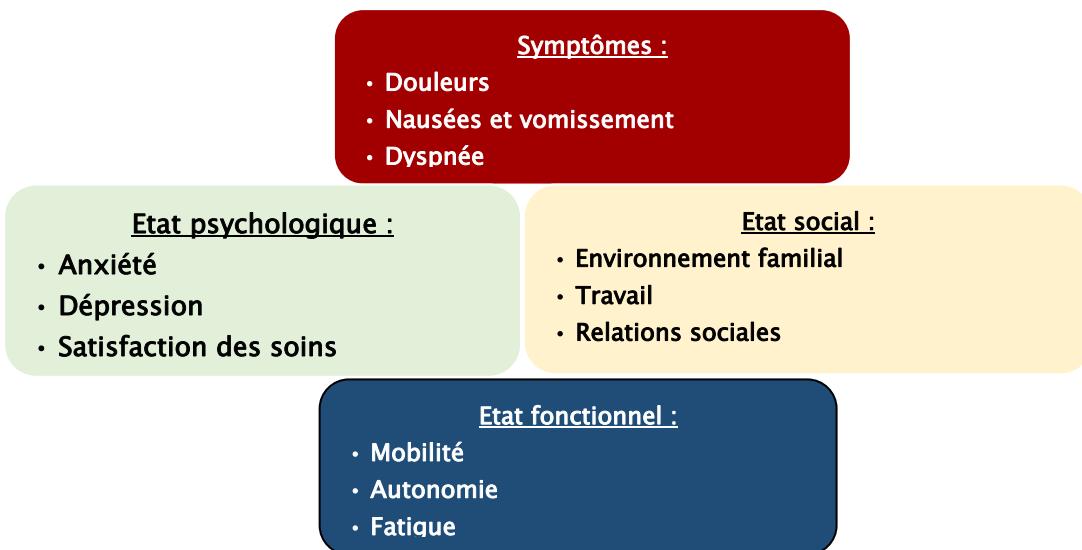


Figure n°70 : Le concept de qualité de vie incluant une évaluation globale et pluridimensionnelle(33)

3. Questionnaire EORTC QLQ-C30 :

L'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC) a innové en développant un questionnaire de base utilisable pour toutes les localisations cancéreuses. Cet instrument peut être complété par des modules spécifiques adaptés à certaines localisations, permettant une évaluation plus ciblée des symptômes et de la qualité de vie selon le type de cancer (36,37). Il se compose de 28 questions, réparties en 5 échelles fonctionnelles et 3 échelles symptomatiques. En complément, deux échelles visuelles

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

analogiques évaluent le bien-être général du patient, offrant ainsi une vision complète de sa qualité de vie.

Le questionnaire EORTC QLQ-C30 est largement reconnu comme un outil valide et fiable pour évaluer la qualité de vie des patients atteints de cancer. Il permet de mesurer plusieurs dimensions du bien-être, incluant les aspects physiques, émotionnels, sociaux et symptomatiques, offrant ainsi une évaluation globale adaptée aux essais cliniques et à la pratique médicale.(37)

Cet auto-questionnaire a été élaboré en plusieurs langues. Son adaptation transculturelle est une étape essentielle afin de garantir une équivalence conceptuelle et de préserver la validité du contenu. Cette adaptation permet également un gain de temps et facilite les comparaisons internationales. Elle a été réalisée en suivant un processus en cinq étapes, conformément aux recommandations de Beaton et al.(38)

4. Questionnaire EORTC QLQ-H&N35 :

Le questionnaire EORTC QLQ-H&N35 est un auto-questionnaire spécifique conçu pour évaluer la qualité de vie des patients atteints de cancers de la tête et du cou. Développé par l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC), il permet d'aborder les symptômes fonctionnels liés à cette pathologie (ex. : déglutition, douleur, problèmes sensoriels) ainsi que les répercussions sociales et psychologiques.

Le QLQ-H&N35 se compose de 35 items destinés à évaluer la qualité de vie liée à la santé. Il comprend sept échelles : douleur, déglutition, sens, parole, alimentation sociale, contacts sociaux et sexualité ; et 11 items individuels : problèmes dentaires, difficultés à ouvrir la bouche, bouche sèche, salive épaisse, toux, sensation de malaise, utilisation d'antalgiques, suppléments nutritionnels, sonde d'alimentation, perte de poids et prise de poids.

Les items 1 à 30 sont notés sur une échelle de Likert à quatre points : 1 (pas du tout), 2 (un peu), 3 (pas mal), 4 (beaucoup). Les items 31 à 35 utilisent un format de réponse binaire :

1 (non) et 2 (oui). Étant donné que toutes les échelles mesurent des symptômes, un score élevé correspond à une qualité de vie plus altérée.

Le questionnaire a été traduit et adapté en plusieurs langues, y compris dans des versions transculturelles, afin de garantir une validité conceptuelle et de permettre des comparaisons internationales. Ce processus suit un protocole rigoureux en cinq étapes, conformément aux recommandations de Beaton et al.(38)

5. Limites de mesure de la QdV :

Le choix des questionnaires de qualité de vie à inclure dans une étude est une étape délicate. Il est essentiel que les questions soient pertinentes et adaptées au contexte socioculturel et démographique des patients. Comme pour les indicateurs classiques, l'évaluation de la qualité de vie impose certaines contraintes, telles que le calcul du nombre de patients à inclure, le respect de la procédure en double insu, l'analyse en intention de traiter, ainsi que la programmation des mesures dans le temps. Les questionnaires spécifiques se distinguent par leur plus grande sensibilité aux modifications cliniques du patient, ce qui les rend plus aptes à détecter des variations significatives de la qualité de vie par rapport aux questionnaires génériques, qui offrent une évaluation plus globale mais moins précise.

Il peut être pertinent de combiner les deux types de questionnaires (génériques et spécifiques) pour obtenir une évaluation plus complète. Cependant, comme tout autre critère d'évaluation, les mesures de la qualité de vie ne sont pas exemptes de biais. Ces biais peuvent provenir de divers facteurs, tels que les attentes des patients, l'environnement dans lequel les données sont collectées, ou encore l'interprétation subjective des réponses (39) :

- Un événement extérieur à la maladie ou au traitement peut influencer les résultats des mesures de qualité de vie.
- La qualité de vie présente des variations et, dans le cadre des maladies chroniques, une adaptation du patient est fréquente. Les besoins et objectifs du patient peuvent

évoluer, et il peut arriver, de manière paradoxale, que la qualité de vie soit maintenue ou améliorée, même si l'état de santé se dégrade objectivement.

- Participer à une étude clinique peut, en soi, apporter des bénéfices au patient, améliorant directement sa qualité de vie.
- Enfin, les données manquantes ou les patients perdus de vue peuvent perturber les résultats et biaiser l'interprétation des données.

II. Etude épidémiologique :

1. Données sociodémographiques :

a) Age :

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 (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.(40,41)

En France, pour l'année 2015, 60,9 % des cancers sont survenus chez des patients de plus de 65 ans, et 10,9 % après 85 ans. De plus, la mortalité par cancer est plus élevée chez les patients âgés avec 75,3 % de la totalité de décès par cancer après 65 ans et 24 % après 85 ans. (42)

Pour les registres marocains, à Rabat la moyenne d'âge était 58 ans et pour Casablanca la moyenne d'âge était 55 ans.(43,44)

Tableau XX : Moyenne d'âge selon les séries

Série	Moyenne d'âge (ans)	Min (ans)	Max (ans)
France(42)	57	35	89
Yaoundé(45)	48,6	5	81
Rabat(43)	58	-	-
Casablanca(44)	55	-	-
Notre série	59,5	28	83

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

b) Sexe :

Beaucoup d'études ont montré que la fréquence des cancers des VADS dans toutes les tranches d'âge n'est pas la même pour les deux sexes.

Selon le registre de Casablanca le nombre de nouveau cas augmente avec l'âge pour les deux sexes avec 210 d'hommes et 156 de femmes avec sex-ratio de 1,34. (44)

En France la fréquence a été plus élevée chez le sexe masculin avec 54,90% contre 45,10% chez le sexe féminin avec un sex-ratio 1,2. (42)

En Tunisie comme en Amérique le sex-ratio était de 1,3. (46,47)

En Cameroun, on retrouvait 1,9 homme pour 1 femme (45)

Selon Giovanni A. et Robert D. (2010), la qualité de vie des femmes est particulièrement affectée par les conséquences physiques et fonctionnelles des interventions chirurgicales, notamment à cause de la transformation de l'anatomie du cou et de la perte de la voix, ce qui les conduit souvent à s'isoler. Cette situation limite leur participation aux activités sociales et réduit leur interaction à un cercle familial restreint, car elles tendent à éviter le regard des autres. (48)

Dans notre étude, 19 patients étaient des hommes contre 5 femmes, avec un sex-ratio de 3,8.

Tableau XXI : Répartition des cancers ORL selon le sexe

Série	Sexe masculin	Sexe féminin	Sex-ratio
France(42)	54,90%	45,10%	1,2
USA(46)	56,80%	43,20%	1,3
Tunisie(47)	56,40%	43,60%	1,3
Cameroun(45)	65,6%	34,4%	1,9
Notre série	79%	21%	3,8

c) Statut marital :

Les personnes mariées montrent une meilleure capacité d'adaptation que celles vivant seules, le soutien social jouant un rôle essentiel dans la réussite du parcours thérapeutique (Babin, 2011). Dans notre étude, 20 patients étaient mariés (83 %) et 4 étaient célibataires (17 %), soulignant ainsi l'importance des relations sociales et du soutien familial pour favoriser l'engagement et l'adaptation des patients face à la maladie.(49)

d) Origine géographique :

Il est difficile de trouver dans la littérature des éléments de comparaison pour plusieurs caractéristiques car la majorité des études publiées ont été réalisées dans des pays développés où les contraintes de l'origine géographique sont minimes, et où le taux d'instruction est significativement différent.

Dans notre étude, une légère prédominance de la population rurale (58 %) par rapport à la population urbaine (42 %) a été observée, ce qui reflète le contexte socio-démographique de notre échantillon. Ces résultats soulignent l'importance de considérer les spécificités géographiques et sociales des patients dans les études menées dans des pays en développement. ceci semblait aux résultat d'autres études : celle de Ouattassi et al (50) et Lewandowska et al (51)

e) Profession :

Les résultats de notre étude montrent une prépondérance des personnes sans emploi fixe (41,67 %), suivies par les professions agricoles et domestiques, qui représentent chacune 16,67 % des patients. Les maçons constituent également une part significative, avec 12,5 %. Les autres professions, telles que ouvrier métallurgique, employé dans le secteur privé et retraité(e), représentent chacune 4,17 % de l'échantillon.

Ces résultats diffèrent de ceux rapportés par Ouattassi et al., qui observe une distribution plus équilibrée entre les catégories professionnelles, avec 33,1 % de personnes employées, 5,9 % de chômeurs, 32,2 % de femmes au foyer et 28,8 % de retraités (50). Dans

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

l'étude de Lewandowska et al., la majorité des patients (73 %) étaient actifs professionnellement, 20 % bénéficiaient d'une pension et seulement 7 % étaient retraités (51). Ces écarts peuvent être attribués aux différences contextuelles et socio-économiques entre les populations étudiées. En effet, la prépondérance des personnes sans emploi ou occupant des emplois agricoles et domestiques dans notre échantillon pourrait refléter un accès plus limité aux ressources économiques et aux opportunités d'emploi stables dans la région étudiée, influençant potentiellement la qualité de vie et l'accès aux soins de cette population.

f) Niveau d'instruction :

Nos résultats révèlent une prédominance de l'analphabétisme, représentant 62 % de l'échantillon. Les niveaux d'instruction primaire et secondaire sont également présents, chacun regroupant 13 % des individus. Le niveau préscolaire est représenté par 8 % des participants, tandis qu'une très faible proportion a accédé à un niveau d'enseignement supérieur, avec seulement 4 %.

Ces données sont comparables aux résultats de Ouattassi et al. (50), qui rapportent un taux d'analphabétisme de 69 %, avec des proportions moindres pour les niveaux primaire (17,2 %), secondaire (8,6 %) et universitaire (5,6 %). En revanche, dans l'étude de Lewandowska et al. (51), la répartition est davantage orientée vers les niveaux d'instruction secondaire et professionnel, avec respectivement 33 % et 45 % des individus ayant un niveau secondaire ou une formation professionnelle, tandis que 14 % ont un niveau primaire et 8 % un niveau d'enseignement supérieur.

Les écarts observés entre ces études et nos résultats peuvent s'expliquer par des différences contextuelles et socio-économiques propres à chaque population. La forte proportion d'analphabètes dans notre échantillon souligne les défis liés à l'accès à l'éducation dans notre région d'étude, ce qui pourrait également influencer les connaissances en santé et l'adhésion aux soins chez les patients atteints de cancer de la sphère ORL.

g) Couverture sanitaire :

Nos résultats montrent que 50 % des personnes de notre échantillon bénéficient de l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire), tandis que 38 % n'ont aucune couverture médicale. La CNSS couvre 8 % des individus, et la CNOPS en couvre 4 %. Ces données révèlent une forte dépendance à l'AMO et une proportion significative de personnes sans couverture, ce qui peut influencer leur accès aux soins et leur capacité à supporter les coûts des traitements.

En comparaison, F. Manoudi et al (52) rapportent qu'aucune couverture sociale n'est présente dans 77 % des cas de leur étude, tandis que dans l'étude de L. Boulaaman et al. (53), seulement 13 % des patients disposent d'une couverture sociale, leur permettant d'assumer les coûts élevés des traitements.

Ces disparités mettent en évidence les défis d'accès aux soins pour les patients atteints de cancer dans notre contexte et montrent que, bien que la couverture par l'AMO soit relativement élevée dans notre échantillon, une part importante de patients reste non couverte, ce qui pourrait limiter leur accès aux traitements et affecter leur qualité de vie.

2. Facteurs de risque :

2.1 Tabagisme :

Dans notre étude, 42 % des patients ne sont pas tabagiques, tandis que 21 % sont encore fumeurs actifs avec une consommation moyenne de 36,1 paquets-années (PA). En outre, 37 % des patients ont réussi à se sevrer du tabac, et un patient utilise exclusivement la cigarette électronique.

Ces résultats montrent une proportion de fumeurs actifs inférieure à celle rapportée par Bejenaru et al. (54), qui trouve un taux de tabagisme de 80 % parmi les patients, mais proche des données de Lewandowska et al. (51), où 51 % des participants étaient fumeurs.

Le tabagisme étant un facteur de risque majeur pour le cancer de la sphère ORL, ces résultats soulignent l'importance des stratégies de prévention et de sevrage tabagique. La

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

proportion significative de patients sevrés (37 %) dans notre étude pourrait également indiquer une prise de conscience accrue des effets néfastes du tabac sur la santé.

Les effets positifs du sevrage observés dans d'autres séries montrent que l'arrêt du tabac peut contribuer à une meilleure réponse aux traitements et à une diminution des complications, améliorant ainsi potentiellement la qualité de vie des patients.(55)

2.2 Ethyisme :

Dans notre étude, 92 % des patients ne consomment pas d'alcool, tandis que 4 % sont encore alcooliques actifs. En outre, 4 % des patients ont réussi à se sevrer de l'alcool.

Ces résultats diffèrent notablement de ceux rapportés dans d'autres études. En effet, Bejenaru et al (54) observent une consommation d'alcool chez 50 % des patients, tandis que Lewandowska et al (51) rapportent un taux de 17 %. Dans l'étude de F. Bejjou et al (56), 22 % des patients sont identifiés comme alcooliques.

La prévalence plus faible de la consommation d'alcool dans notre échantillon pourrait être liée à des différences culturelles ou sociales, influençant les habitudes de consommation. Cependant, même dans notre population, une faible proportion de patients continue de consommer de l'alcool ou a récemment réussi à s'en sevrer, soulignant la nécessité de programmes de sensibilisation et de stratégies de sevrage adaptés pour réduire ce facteur de risque, connu pour son implication dans la progression des cancers de la sphère ORL.

3. Données cliniques et anatomo-pathologiques :

3.1 Délai de la consultation :

Dans notre étude, 41,67 % des patients (soit 10 patients) ont consulté un médecin dans un délai de moins de 6 mois après l'apparition des symptômes. 33,33 % des patients (8 patients) ont attendu entre 1 et 2 ans avant de consulter, tandis que 12,5 % (3 patients) ont consulté dans un délai de 6 mois à 1 an. Enfin, 12,5 % des patients (3 patients) ont attendu plus de 2 ans avant de chercher une prise en charge médicale.

Ces résultats contrastent avec les données de Djomou et al (45), où la majorité des patients (85,5 %) ont consulté plus de 6 mois après l'apparition des premiers symptômes, avec seulement 7,6 % consultant avant 3 mois et 6,9 % entre 3 et 6 mois. De même, Amir et al (57) rapportent des délais importants entre l'apparition des symptômes et la première consultation.

Pour les patients atteints de cancers ORL, le délai médian était de 8 semaines (moyenne de 18,2 semaines) avec une proportion de 13 % des patients ayant attendu plus de 6 mois avant de consulter.

Notre étude révèle donc un délai de consultation relativement court pour une majorité de patients, bien que près d'un tiers ait attendu plus d'un an. Ce retard peut être attribué à divers facteurs tels que le manque de sensibilisation, l'accessibilité des soins, ou la banalisation des symptômes. Les résultats soulignent l'importance de campagnes de sensibilisation pour encourager une consultation précoce, car un diagnostic rapide est crucial pour améliorer le pronostic des patients atteints de cancers de la sphère ORL.

3.2 Localisation de la tumeur :

Dans notre étude, les tumeurs du larynx (étage glotto-sus glottique) sont les plus fréquentes, représentant 25 % des cas (6 patients). Les tumeurs de l'oropharynx, localisées au niveau des amygdales, viennent ensuite avec 12,5 % des patients (3 patients), suivies des tumeurs du larynx (étage glottique) avec 8,33 % (2 patients). Les autres localisations, telles que les glandes salivaires, la langue, la muqueuse buccale, les lèvres, le nasopharynx et l'oropharynx (base de la langue), concernent chacune 4,17 % des patients (1 patient pour chaque localisation).

Ces résultats montrent une distribution tumorale différente de celle rapportée par Djomou et al (45), qui identifient le nasopharynx (21,37 %), les cavités naso-sinusiques (19,85 %) et le larynx (19,85 %) comme les localisations tumorales les plus courantes, suivis de la cavité buccale (15,26 %). De même, Bejenaru et al (54) observent une prépondérance des

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

tumeurs laryngées (46,1 %), suivies des tumeurs de l'hypopharynx (22,5 %), de l'oropharynx (16,9 %) et de la cavité buccale (14,6 %). Quant à Ouattassi et al (50), ils rapportent que les localisations les plus fréquentes sont le larynx et l'hypopharynx (45,2 %), le nasopharynx (14,4 %), les glandes salivaires et la cavité orale (14,4 %), et les cavités nasales (3,5 %).

Notre étude se distingue par une plus forte proportion de tumeurs localisées au larynx, bien qu'avec une distribution un peu plus hétérogène entre les sous-localisations (glottique et glotto-sus glottique).

Ces différences pourraient être attribuées aux caractéristiques épidémiologiques spécifiques de chaque région, aux facteurs de risque prédominants (comme le tabagisme et les infections virales), ainsi qu'aux variations dans l'accès aux soins et aux méthodes de diagnostic. Ces résultats mettent en évidence la nécessité d'adapter la prise en charge en fonction de la localisation tumorale, car celle-ci influence directement le pronostic des patients ainsi que les options thérapeutiques disponibles. Une compréhension approfondie des profils de localisation pourrait ainsi contribuer à optimiser les stratégies de dépistage et de traitement pour les cancers ORL dans notre population.

3.3 Type histologique :

Dans notre étude, le carcinome épidermoïde représente la majorité des cas avec 75 %. Cette prédominance est cohérente avec les données de la littérature. Par exemple, une étude menée par Djomou et al (45) au Cameroun rapporte que le carcinome épidermoïde constitue 52 % des cancers de la sphère ORL De même, Ouattassi et al (50) au Maroc ont observé une proportion de 61,4 % de carcinomes épidermoïdes dans leur série.

Concernant les carcinomes indifférenciés de type nasopharyngé (UCNT), ils représentent 12,5 % dans notre étude. Cette proportion est légèrement inférieure à celle rapportée par Djomou et al., qui trouvent 13 % d'UCNT.

Les autres types histologiques, tels que le carcinome verrueux, le carcinome mucoépidermoïde et le carcinome adénoïde kystique, sont plus rares dans notre série, chacun

représentant 4,2 %. Ces proportions sont comparables à celles observées dans d'autres études, où ces types histologiques sont également moins fréquents.

Ces comparaisons indiquent que la distribution histologique des cancers de la sphère ORL dans notre étude est en accord avec les tendances observées dans d'autres régions, soulignant la prédominance du carcinome épidermoïde et la relative rareté des autres types histologiques.

3.4 Stade :

La répartition des stades dans notre étude a révélé une prédominance du stade III, représentant 34 % des patients, suivi d'un stade indéterminé chez 29 % d'entre eux. Le stade II concernait 21 % des patients, tandis que les stades I et IV étaient moins fréquents, chacun représentant 8 % de la population étudiée. Ces résultats concordent avec ceux de Djomou et al. [45], qui ont signalé que les patients atteints de cancers ORL consultent souvent à un stade avancé de la maladie, en raison d'une négligence de leur santé et d'un faible recours aux mesures de prévention. De manière similaire, Bejenaru et al. [54] ont rapporté une prévalence élevée des stades avancés, avec une majorité de patients diagnostiqués au stade IVa, ce qui traduit une tendance générale vers un diagnostic tardif dans cette pathologie. En revanche, l'étude de Ouattassi et al. [50] présente une distribution plus équilibrée des stades, avec 39,2 % des patients au stade II et 32,5 % au stade III, tandis que seuls 10,8 % des cas étaient diagnostiqués au stade IV. Cette disparité peut s'expliquer par des différences dans les pratiques de dépistage, l'accès aux soins, ainsi que le niveau de sensibilisation des patients selon les contextes socio-économiques et géographiques.

III. Discussion des différentes dimensions du score QLQ-C30 :

1. Echelles fonctionnelles :

a) Evaluation de l'activité physique :

L'impact sur l'activité physique est l'une des conséquences les plus invalidantes du cancer et de ses traitements, et peut persister longtemps après la fin de la maladie (58,59). Elle concerne près de 3 patients sur 4 (60). Cet impact est étroitement lié à une mauvaise qualité de vie et à divers problèmes psychologiques et somatiques, tels que la dépression et l'anxiété.

À présent, il ne s'agit plus de se contenter du diagnostic de la fatigue et de l'identification de son retentissement fonctionnel sur l'activité physique, mais de proposer des mesures pour prendre en charge cette difficulté de l'après-cancer. Plusieurs études ont récemment tenté de mettre en place des stratégies interventionnelles afin de lutter contre le retentissement sur l'activité physique à long terme après traitement (61,62). Ces mesures incluent des thérapies psycho-éducatives ou cognitivo-comportementales, le soutien social et émotionnel, l'activité physique, l'éducation et le conseil, la thérapie du sommeil, la nutrition thérapeutique, les médecines complémentaires et alternatives, ainsi que des interventions pharmacologiques.(63,64)

Dans notre étude, le score normalisé de l'activité physique (EORTC QLQ-C30) a légèrement diminué après traitement, passant de 67,76 à 64,76, reflétant une altération modérée. Ces résultats sont comparables à ceux de Bjordal et al.(65) (83 à 74) et Bashir et al.(66) (86,8 à 62,8), qui montrent des baisses plus importantes. Aghajanzadeh et al.(67) rapportent également une diminution notable, de 89,7 à 78,4. Ces variations peuvent être attribuées aux différences de population, de traitements et de contextes socio-culturels, mais nos résultats indiquent une tolérance satisfaisante au traitement dans notre population.

b) Evaluation de l'activité professionnelle et loisir :

Plusieurs facteurs peuvent entraver la réussite de la réinsertion socioprofessionnelle et la reprise des loisirs habituels chez les patients traités pour un cancer, notamment la fatigue chronique, les douleurs persistantes, les troubles de la mémoire et de la concentration, les séquelles physiques de la chirurgie, et parfois même un handicap (68-70).

En France, 1 personne sur 3 perd ou quitte son emploi dans les 2 ans après un diagnostic de cancer (69). Selon un sondage de l'institut Curie, 43 % des Français considèrent que la réinsertion professionnelle est la principale difficulté rencontrée après un cancer (71).

Depuis 2012, le Plan Cancer en France recommande la mise en place de consultations dédiées à l'après-cancer. Ces consultations visent à accompagner les patients ayant terminé leurs traitements pour les aider à entrer dans la phase de "l'après-cancer" et à faciliter leur réinsertion. Une étude récente a conçu une intervention de "retour à l'emploi" qui pourrait être intégrée au suivi post-traitement, dans le but de réduire l'écart entre la fin des soins et la reprise du travail(72).

Dans notre étude, le score normalisé de l'activité professionnelle et des loisirs a légèrement diminué après traitement, passant de 71,42 à 69,84, indiquant une altération modérée. Ces résultats sont cohérents avec ceux de la littérature, bien que moins marqués. Par exemple, Bjordal et al.(65) rapportent une diminution plus importante, de 83 avant traitement à 61 après traitement. De même, Bashir et al.(66) notent une baisse significative de 84,6 à 67,4, et Aghajanzadeh et al.(67) signalent une réduction similaire, passant de 74,2 à 61,0.

Ces variations entre les études peuvent s'expliquer par des différences dans les types de cancers, les modalités de traitement, les caractéristiques des populations étudiées, ainsi que les contextes socio-culturels et professionnels. Dans notre population, la diminution relativement modérée pourrait refléter une adaptation satisfaisante des patients à leur traitement, ou encore un impact moins prononcé des traitements oncologiques sur leur capacité à travailler et à participer à des loisirs.

c) **Evaluation du fonctionnement émotionnel :**

Il est essentiel de comprendre les réactions psychologiques, car les cliniciens tendent souvent à sous-estimer ou surestimer certaines variables psychologiques. Le cancer entraîne une série de réactions cognitives, émotionnelles et comportementales qui évoluent au fil des différentes phases de la maladie. L'adaptation à cette pathologie varie également considérablement d'une personne à l'autre(73). Il est essentiel de reconnaître et de respecter ces mécanismes d'adaptation, tant qu'ils demeurent fonctionnels : le déni, la projection, l'ignorance sélective et la rationalisation(74).

Les travaux de Kubler-Ross (1969-1970) ont décrit cinq phases réactionnelles au cours de la maladie cancéreuse (75) :

- Déni et isolement par rapport aux autres dans un premier temps.
- Colère et ressentiment par rapport aux autres.
- Marchandage : tentatives de repousser la mort en cherchant une récompense par de bons comportements. *
- Dépression quand la mort paraît inévitable : tristesse, pleurs.
- Acceptation quand la lutte est finie et qu'il est temps de mourir.

Il est largement reconnu que le cancer entraîne fréquemment une détresse psychologique. De nombreuses études ont été menées pour évaluer la prévalence des symptômes de dépression et d'anxiété chez les patients atteints de cancer.

La dépression est la réaction psychologique la plus fréquente chez les patients atteints de cancer (76). Une humeur dépressive, une perte d'intérêt pour les activités agréables, un sentiment de culpabilité et des difficultés de concentration figurent parmi les symptômes observés chez les patients souffrant de troubles dépressifs.

La dépression chez les patients atteints de cancer est souvent difficile à diagnostiquer et risque de rester sous-traitée. Cela s'explique en partie par l'idée que la dépression serait une

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

réaction « normale et réactionnelle » face à une maladie grave. De plus, les symptômes neurovégétatifs, cognitifs et émotionnels associés à la dépression sont fréquemment attribués à la condition médicale elle-même, plutôt qu'à un trouble dépressif distinct (77).

Etant donné la difficulté pour les oncologues, à poser le diagnostic de dépression, surtout dans un contexte de consultation surchargée et de temps insuffisant, HOFFMAN et WEINER (78) ont proposé une stratégie visant à améliorer l'habileté des médecins à détecter et diagnostiquer la dépression :

- Elargir le diagnostic différentiel à la dépression face à des symptômes somatiques exagérés.
- Obtenir les observations d'un proche pour détecter un éventuel changement de comportement.
- Suivre le patient et réévaluer son humeur pour éliminer des symptômes dépressifs passagers.
- Comparer l'état émotionnel du patient avec la phase de la maladie qu'il traverse.
- Utiliser le MINI basé sur le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux 4èmes éditions (DSM IV), qui permet de poser le diagnostic de dépression de manière sûre et rapide.

Les troubles anxieux, quant à eux, réfèrent notamment à des inquiétudes, de l'agitation, de l'irritabilité, ainsi que de la tension musculaire (78,79).

L'anxiété liée au cancer peut également mener à des comportements d'évitement contraphobiques, surtout lorsque cette anxiété est intense, chronique ou difficile à gérer. Il est important de distinguer les manifestations anxieuses associées à des peurs spécifiques (comme la peur de la maladie, des traitements, des effets du cancer, de la douleur, de la mort, etc.) de l'anxiété anticipatoire, qui est plus diffuse et moins centrée sur un objet spécifique. Cette forme d'anxiété se manifeste par des appréhensions, des inquiétudes généralisées, voire des préoccupations pathologiques.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

Le premier type d'anxiété mentionné ci-dessus est davantage de nature réactionnelle, déclenché par une confrontation soudaine à un danger, qu'il soit réel ou perçu. Il est souvent observé lors de l'annonce du diagnostic de cancer, un moment particulièrement angoissant qui peut parfois provoquer un véritable état de stress post-traumatique (80). Les aspects contraignants et pénibles des traitements pour le cancer et leurs effets secondaires indésirables (douleur, fatigue, perte de cheveux, etc.) peuvent également être redoutés.

Dans notre étude, le fonctionnement émotionnel a montré une légère diminution après traitement, avec un score passant de 51,98 avant traitement à 48,8 après traitement. Ces résultats traduisent une stabilité relative avec une altération modérée du bien-être émotionnel des patients. En comparaison, les études de la littérature présentent des variations intéressantes. Bjordal et al.(65) rapportent une augmentation du score, passant de 72 avant traitement à 76 après traitement, suggérant une amélioration du fonctionnement émotionnel. Bashir et al.(66) notent, à l'inverse, une baisse marquée de 34,5 à 16,3, indiquant un impact émotionnel plus négatif des traitements. De leur côté, Aghajanzadeh et al.(67) observent une amélioration similaire à celle de Bjordal, avec un score passant de 70,1 à 76,9 après traitement.

Ces disparités peuvent s'expliquer par des différences méthodologiques, les types de cancer étudiés, la prise en charge psychologique et les contextes socio-culturels des patients. Dans notre population, la légère diminution du score après traitement pourrait refléter un impact émotionnel modéré lié aux effets secondaires des traitements ou au stress psychologique associé à la maladie. Ces résultats soulignent l'importance d'un soutien psychologique adapté pour accompagner les patients tout au long de leur parcours de soins.

d) Evaluation du fonctionnement cognitif :

Le cancer et ses traitements peuvent avoir des effets délétères sur les fonctions cognitives, ainsi qu'un impact négatif sur la qualité de vie des patients (81). Il est maintenant admis que certains de ces traitements, notamment la chimiothérapie, pourraient avoir des

répercussions sur les fonctions cognitives, que ce soit au niveau de la mémoire verbale ou des capacités d'attention et de concentration (82). Pour certains malades, les symptômes semblent perdurer dans le temps et avoir un impact délétère sur leur qualité de vie s'exprimant par une perturbation de leurs capacités à travailler, à réaliser leurs activités quotidiennes, ou même à faire des choses qu'ils apprécient (83). De plus, il est montré que la présence de troubles cognitifs est associée à une plus faible espérance de vie (84).

Bien que la durée des troubles cognitifs demeure incertaine, dès que l'impact des traitements spécifiques contre le cancer sur les fonctions cognitives est mis en évidence par des tests ou ressenti par le patient, la question de leur prise en charge devient essentielle. La gestion des complications cognitives éventuelles pendant et après le cancer s'inscrit pleinement dans les priorités du plan cancer en France (85). Une étude récente en termes de besoins en soins de support des patients atteints de cancer indique que la prise en compte des troubles cognitifs doit faire partie intégrante des soins proposés dans une approche globale de la maladie (86).

Dans notre étude, le fonctionnement cognitif s'est amélioré après traitement, avec un score normalisé passant de 85,71 avant traitement à 96,82 après traitement. Cette amélioration contraste avec les résultats de plusieurs études de la littérature. Par exemple, Bjordal et al.(65) rapportent une diminution du score cognitif, passant de 85 avant traitement à 80 après traitement. De même, Bashir et al.(66) observent une baisse significative, de 87,9 à 68,3, tandis que Aghajanzadeh et al.(67) notent une diminution plus modérée, avec un score passant de 85,0 à 81,8.

Ces divergences pourraient être attribuées à plusieurs facteurs, notamment les différences dans les modalités thérapeutiques, les populations étudiées et les types de cancers pris en charge. Dans notre population, l'amélioration du score cognitif pourrait refléter une meilleure tolérance aux traitements ou une perception plus positive des patients après leur prise en charge. Cette observation met en évidence l'importance d'une évaluation

continue des fonctions cognitives et du soutien apporté aux patients pendant leur parcours de soins.

e) Evaluation du fonctionnement social :

Le cancer peut être synonyme de mort sociale même avant la mort biologique. Il peut détruire l'ensemble des rôles familiaux et socioprofessionnels de l'individu. Sur le plan de l'imaginaire collectif, il entraîne une « mauvaise mort » : lente, inéluctable, dégradante, mutilante, invalidante, douloureuse et solitaire(87,88).

L'apparition d'un cancer bouleverse la structure et l'équilibre du système familial. Elle peut entraîner diverses perturbations, telles qu'un changement des rôles et des responsabilités, une redistribution du pouvoir entre les membres, ou encore des variations dans la cohésion familiale. Le cancer provoque une succession de crises qui met à l'épreuve, de manière continue, les capacités d'adaptation de la famille. La littérature reflète un intérêt croissant pour une meilleure compréhension de la complexité de la dynamique du soutien social face à cette maladie (89).

Le rôle du soutien social comme élément favorisant l'adaptation a inspiré plusieurs travaux. Parmi ces études, celle de Thoits (1986) (90), qui définit les modalités d'intervention des facteurs sociaux dans les stratégies adaptatives. Ainsi les ressources sociales dont disposent les patients interviennent directement sur le stress engendré par le cancer grâce aux possibilités d'informations et de discussions portant sur le problème. L'entourage social a également une importance considérable dans l'aide physique, matérielle et dans le soutien psychologique.

Dans notre étude, le fonctionnement social a montré une amélioration après traitement, avec un score normalisé passant de 73,01 avant traitement à 80,95 après traitement. Ce résultat traduit une perception sociale plus favorable après la prise en charge, en contraste avec les données de plusieurs études de la littérature. Par exemple, Bjordal et al.(65) rapportent une diminution du score, passant de 83 avant traitement à 70 après traitement. De

manière similaire, Bashir et al.(66) observent une baisse significative, de 77,2 à 59,5, et Aghajanzadeh et al.(67) signalent une réduction de 82,9 à 68,7.

Ces différences pourraient s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment les contextes culturels, les infrastructures de soutien social, les attentes des patients et les types de traitements administrés. Dans notre population, l'amélioration observée pourrait refléter une bonne intégration sociale et un soutien familial ou communautaire efficace, favorisant ainsi une perception plus positive de leur situation après traitement. Cela met en évidence l'importance de maintenir ou de renforcer les interactions sociales des patients pendant leur parcours thérapeutique.

2. Echelles symptomatiques :

Le questionnaire EORTC QLQ-C30 évalue l'impact des divers symptômes fréquemment observés chez les patients atteints de cancer, tels que la fatigue, les nausées et vomissements, la douleur, la dyspnée, les troubles du sommeil, la perte d'appétit, la constipation, la diarrhée et les difficultés financières.

a) Fatigue :

Selon le réseau national complet de lutte contre le cancer (NCCN), la fatigue liée au cancer est une impression subjective et persistante d'épuisement lié au cancer ou au traitement du cancer, et qui interfère avec le fonctionnement de l'individu (91). Par opposition à la fatigue parfois ressentie par un individu en bonne santé, la fatigue liée au cancer est perçue comme plus sévère, disproportionnée par rapport au niveau d'activité ou d'effort fournis, incomplètement soulagée par le repos et laissant le patient dans un état d'épuisement pénible et permanent (92). Cette fatigue affecte la personne en son entier, dans son corps et dans son esprit, et a des effets aussi bien physiques que mentaux et émotionnels.

Dans notre étude, la fatigue a montré une stabilité relative, avec un score normalisé passant de 35,44 avant traitement à 35,97 après traitement. Cette absence de variation

significative contraste avec les résultats de plusieurs études de la littérature, qui rapportent une augmentation marquée de la fatigue après traitement. Par exemple, Bjordal et al.(65) observent une hausse notable du score, passant de 29 avant traitement à 44 après traitement, reflétant une augmentation significative des symptômes de fatigue. De manière similaire, Bashir et al.(66) rapportent une augmentation importante, avec un score passant de 31,4 à 64,9, tandis que Aghajanzadeh et al.(67) notent une augmentation de 23,0 à 39,2.

Ces différences peuvent être attribuées à des facteurs variés, tels que les modalités thérapeutiques, l'état général des patients, et la disponibilité d'un soutien psychologique et physique pendant le traitement. Dans notre population, la stabilité du score peut refléter une gestion efficace de la fatigue, grâce à un suivi adapté ou à une prise en charge intégrative, incluant des interventions nutritionnelles ou physiques pour minimiser cet effet secondaire. Ces résultats soulignent l'importance d'évaluer systématiquement la fatigue afin d'identifier et de traiter précocement les patients les plus à risque.

b) Symptômes digestifs :

Les nausées et vomissements, la perte d'appétit, la constipation et la diarrhée forment le tableau digestif fréquemment observé chez un patient atteint de cancer. Ces symptômes peuvent résulter des traitements anti-cancéreux, tels que la radiothérapie et la chimiothérapie, ou être d'origine psychogène, notamment dans le cadre d'un syndrome dépressif (93). Le mauvais contrôle de ces symptômes a un impact majeur sur la qualité de vie, sur les activités quotidiennes et professionnelles, et sur la vie sociale et relationnelle (94). Par ailleurs, ces symptômes peuvent également entraîner des complications métaboliques graves, telles que l'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle, l'insuffisance rénale chronique séquellaire, les déséquilibres ioniques, la perte de poids et la dénutrition. Une prise en charge insuffisante des nausées et des vomissements peut conduire à une réduction de la dose-intensité des traitements spécifiques, ce qui pourrait avoir un impact potentiel sur la survie du patient (95).

Dans notre étude, les symptômes digestifs ont montré des évolutions variées après traitement. Les nausées et vomissements ont significativement augmenté, passant de 6,34 avant traitement à 20,63 après traitement, une tendance similaire à celle rapportée par Bjordal et al.(65) (5 à 15) et Bashir et al.(66) (6,6 à 39,7), mais plus modérée que celle observée par Aghajanzadeh et al.(67) (4,57 à 9,2). La perte d'appétit a également augmenté dans notre population, de 30,15 à 42,85, ce qui concorde avec les augmentations rapportées par Bjordal et al. (18 à 37) et Aghajanzadeh et al. (12,9 à 37,4), mais reste moins prononcée que celle de Bashir et al. (20,3 à 80,3). En revanche, la constipation a diminué dans notre étude, passant de 19,04 à 4,76, contrairement aux augmentations signalées par Bjordal et al. (11 à 23), Bashir et al. (6,9 à 16,6) et Aghajanzadeh et al. (8,5 à 17,4). Enfin, les scores de diarrhée dans notre étude ont légèrement diminué, de 9,52 à 7,93, en contraste avec les augmentations rapportées dans les autres études. Ces différences pourraient être attribuées à une gestion symptomatique efficace dans notre population ou à des variations contextuelles et méthodologiques entre les études

c) Douleur :

La majorité des personnes traitées pour un cancer éprouvent des douleurs à un moment de leur parcours. Ces douleurs peuvent être dues à la tumeur elle-même, aux traitements anticancéreux (douleurs postopératoires, après radiothérapie ou chimiothérapie), ou aux procédures médicales requises pour le diagnostic et le suivi de la maladie (injections, prélèvements, pansements, examens, etc.). Elles peuvent également avoir une origine psychogène. Quelle que soit leur cause ou leur intensité, ces douleurs ne doivent pas être sous-estimées, car elles affectent considérablement la qualité de vie, le moral, l'espoir, la vie professionnelle, ainsi que les relations avec les proches et les soignants. La prévention et le traitement de la douleur sont des priorités tout au long de la maladie. La douleur reste un symptôme majeur auquel les patients atteints de cancer sont confrontés, avec une prévalence estimée à 50,7 % tous types de cancers confondus (96). Sa prise en charge se doit d'être

globale et pluridisciplinaire et sa complexité peut requérir le recours à des structures douleur spécialisées (97).

Dans notre étude, la douleur a légèrement augmenté après traitement, passant de 26,98 avant traitement à 28,57 après traitement, traduisant une stabilité relative des symptômes douloureux. Ces résultats se situent entre ceux rapportés par Bjordal et al.(65), qui observent une augmentation plus marquée de 23 à 36, et ceux de Aghajanzadeh et al.(67), qui notent une augmentation modérée de 23,7 à 27,1. En revanche, Bashir et al.(66) rapportent une hausse significative de 22,9 à 71,8, reflétant un impact beaucoup plus prononcé des traitements sur la douleur. Ces différences peuvent être attribuées à des variations dans les modalités thérapeutiques, la prise en charge de la douleur et les caractéristiques des populations étudiées. Nos résultats, indiquant une augmentation limitée, pourraient refléter une gestion adéquate de la douleur dans notre population, soulignant l'importance d'un suivi systématique et d'interventions ciblées pour améliorer le confort des patients.

d) Dyspnée :

La dyspnée est un symptôme très fréquent, présent à tous les stades de l'évolution chez un patient atteint de cancer (21 à 79 % des cas), et impacte fortement sa qualité de vie, même lorsque la tumeur primaire n'est pas localisée au poumon. Elle peut refléter l'avancement de la maladie, l'apparition d'une complication liée au traitement ou la décompensation d'une comorbidité préexistante (cardiaque ou respiratoire). Potentiellement grave et toujours source d'angoisse, la dyspnée représente le quatrième motif de consultation aux urgences pour les patients cancéreux (98).

Dans notre étude, la dyspnée a diminué après traitement, passant de 20,63 avant traitement à 11,11 après traitement, suggérant une amélioration des symptômes respiratoires. Ces résultats contrastent avec ceux de la littérature, où une aggravation de la dyspnée est généralement rapportée après traitement. Bjordal et al.(65) observent une augmentation modérée du score, de 19 à 23, tandis que Bashir et al.(66) rapportent une

hausse significative, de 9,7 à 24,5. De même, Aghajanzadeh et al.(67) notent une augmentation de 15,5 à 29,2, reflétant un impact plus marqué des traitements sur la fonction respiratoire. Cette différence dans nos résultats pourrait s'expliquer par une prise en charge précoce et efficace des complications respiratoires ou par des caractéristiques spécifiques de notre population, notamment une meilleure tolérance aux traitements administrés. Ces résultats soulignent l'importance d'une évaluation continue de la fonction respiratoire pour prévenir ou atténuer les effets secondaires liés aux traitements oncologiques.

e) Troubles du sommeil :

Les troubles du sommeil chez les patients atteints de cancer sont variés et ne se limitent pas à un seul type. Ils incluent non seulement l'insomnie sous ses différentes formes : difficulté d'endormissement, troubles du maintien du sommeil, réveils précoces, sommeil non réparateur mais aussi des impatiences des jambes au repos, des mouvements périodiques des membres durant le sommeil, une somnolence diurne excessive, et un besoin de sommeil prolongé. Les causes de l'insomnie sont multiples et regroupent des facteurs étiologiques prédisposants, déclencheurs et d'entretien(99).

Parmi les facteurs prédisposants, on retrouve le sexe féminin, l'âge avancé et des antécédents de troubles du sommeil avant le diagnostic de cancer. Les facteurs déclencheurs incluent l'annonce du cancer, les douleurs et les symptômes digestifs, tandis que les comportements nuisant au sommeil, comme les tentatives forcées pour s'endormir, le temps excessif passé au lit, et l'usage abusif de médicaments hypnotiques, sont des facteurs d'entretien. En plus de ces facteurs étiologiques, l'anxiété et la dépression, fréquemment présentes chez ces patients, peuvent profondément altérer leur qualité de sommeil (100).

Dans notre étude, les troubles du sommeil ont diminué après traitement, avec un score passant de 12,69 avant traitement à 7,93 après traitement. Cette amélioration contraste avec les résultats de plusieurs études de la littérature. Bjordal et al.(65) rapportent une stabilité des troubles du sommeil, avec des scores de 29 avant traitement et 30 après traitement. En

revanche, Bashir et al.(66) observent une augmentation significative, de 44,4 à 74,2, reflétant une forte détérioration. De leur côté, Aghajanzadeh et al.(67) notent une légère augmentation, passant de 27,9 à 28,2, suggérant un impact mineur.

Ces différences pourraient être liées aux caractéristiques des patients, aux modalités thérapeutiques et aux interventions psycho-sociales mises en place. Dans notre population, la diminution des troubles du sommeil pourrait s'expliquer par un suivi attentif et un accompagnement adapté, réduisant le stress et les effets secondaires liés aux traitements. Ces résultats mettent en évidence l'importance d'une prise en charge globale intégrant le soutien au sommeil pour améliorer la qualité de vie des patients.

f) Problèmes financiers :

Le cancer entraîne des charges financières considérables, tant pour le patient que pour la société. En raison de son caractère chronique et évolutif, il nécessite des traitements intensifs et coûteux, ce qui peut rapidement conduire à une précarisation, avec une diminution des revenus, voire une perte d'emploi. Les coûts liés aux soins médicochirurgicaux constituent souvent un lourd fardeau pour le patient et sa famille, augmentant le risque de développer une dépression. En effet, l'étude de AKECHI a démontré que les préoccupations financières représentent un facteur significatif ayant un impact important sur la qualité de vie des patients atteints de cancer (101,102).

Dans notre étude, les problèmes financiers ont montré une légère diminution après traitement, avec un score passant de 96,82 avant traitement à 93,65 après traitement. Ces résultats contrastent nettement avec ceux rapportés par la littérature, où une augmentation des difficultés financières est généralement observée. Par exemple, Bjordal et al.(65) rapportent une hausse modérée des scores, de 14 avant traitement à 18 après traitement. De manière similaire, Bashir et al.(66) notent une augmentation marquée, de 29,9 à 69,0, reflétant un impact financier majeur des traitements. Aghajanzadeh et al.(67) observent également une aggravation, avec une progression de 13,5 à 23,9.

Ces différences pourraient s'expliquer par des facteurs contextuels tels que les politiques de couverture sociale et l'accès aux soins dans les différentes régions étudiées. Dans notre population, la légère diminution observée pourrait refléter une prise en charge sociale efficace ou une meilleure anticipation des coûts liés au traitement. Ces résultats soulignent l'importance de continuer à évaluer et à mitiger les impacts financiers des traitements pour préserver la qualité de vie des patients.

3. Etat de santé global :

L'état de santé global représente l'ensemble des aspects physiques et psychiques du patient ainsi que sa qualité de vie sur une période donnée. Celui-ci est évalué par le patient lui-même à l'aide d'une échelle de 1 à 7, où 1 indique un état très mauvais et 7 un état excellent. Les différentes dimensions et symptômes mentionnés précédemment influencent directement cet état de santé global.

Dans notre étude, l'état de santé global a montré une amélioration après traitement, avec un score passant de 55,55 avant traitement à 64,28 après traitement. Ce résultat contraste avec ceux rapportés dans la littérature, où une détérioration est généralement observée après traitement. Bjordal et al.(65) rapportent une diminution du score, passant de 64 à 56, tout comme Bashir et al.(66), qui observent une baisse significative de 52,0 à 41,4. De manière similaire, Aghajanzadeh et al.(67) notent une légère diminution, avec un score passant de 65,8 à 61,1.

Ces différences pourraient s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment les caractéristiques des populations étudiées, les modalités thérapeutiques et les systèmes de soins. Dans notre population, l'amélioration observée pourrait refléter une perception plus positive des patients quant à leur état général après traitement, possiblement liée à une gestion efficace des effets secondaires et à un soutien psychosocial adapté. Ces résultats mettent en lumière l'importance d'évaluer régulièrement l'état de santé global pour mieux comprendre l'impact des traitements et ajuster les interventions en conséquence.

4. Comparaison entre nos scores normalisés et les données de la

littérature (QLQ-C30) :

Tableau XXII : Comparaison entre nos scores normalisés et les données de la littérature (QLQ-C30)

Echelles fonctionnelles		<u>Bjordal et al avant</u>	<u>Bjordal et al après</u>	<u>Bashir et al avant</u>	<u>Bashir et al après</u>	<u>Aghajan zadeh et al avant</u>	<u>Aghajan zadeh et al après</u>	<u>Notre Série avant</u>	<u>Notre série après</u>
Echelles fonctionnelles	L'activité physique	83	74	86.8 ± 9.5	62.8 ± 10.1	89.7 ± 16.8	78.4 ± 8.9	67,76 +/- 31,91	64,76 +/- 25,22
	L'activité professionnelle et loisir	83	61	84.6 ± 12.7	67.4 ± 14.3	74.2 ± 33.9	61.0 ± 34.5	71,42 +/- 36,56	69,84 +/- 26,15
	Fonctionnement émotionnel	72	76	34.5 ± 15.0	16.3 ± 13.4	70.1 ± 24.0	76.9 ± 22.7	51,98 +/- 34,85	48,8 +/- 22,86
	Fonctionnement cognitif	85	80	87.9 ± 16.1	68.3 ± 14.8	85.0 ± 18.3	81.8 ± 21.5	85,71 +/- 19,21	96,82 +/- 10,02
	Fonctionnement social	83	70	77.2 ± 13.9	59.5 ± 17.7	82.9 ± 23.6	68.7 ± 30.6	73,01 +/- 40,3	80,95 +/- 24,88
Echelles symptomatiques	Fatigue	29	44	31.4 ± 14.1	64.9 ± 19.6	23.0 ± 22.2	39.2 ± 26.5	35,44 +/- 30,95	35,97 +/- 15,67
	Nausées et vomissement	5	15	6.6 ± 21.9	39.7 ± 19.7	4.57 ± 12.4	9.2 ± 16.3	6,34 +/- 20,05	20,63 +/- 13,84
	Douleur	23	36	22.9 ± 15.8	71.8 ± 18.9	23.7 ± 26.4	27.1 ± 25.8	26,98 +/- 31,83	28,57 +/- 19,10
	Dyspnée	19	23	9.7 ± 19.7	24.5 ± 26.9	15.5 ± 24.3	29.2 ± 29.6	20,63 +/- 30,68	11,11 +/- 19,24
	Trouble du sommeil	29	30	44.4 ± 18.8	74.2 ± 20.3	27.9 ± 29.3	28.2 ± 30.0	12,69 +/- 24,66	7,93 +/- 14,54
	Perte d'appétit	18	37	20.3 ± 22.8	80.3 ± 17.3	12.9 ± 23.6	37.4 ± 35.1	30,15 +/- 42,03	42,85 +/- 28,17
	Constipation	11	23	6.9 ± 14.7	16.6 ± 23.1	8.5 ± 19.6	17.4 ± 26.5	19,04 +/- 32,61	4,76 +/- 11,95
	Diarrhées	7	13	1.8 ± 7.6	11.4 ± 19.3	4.3 ± 12.6	7.6 ± 16.4	9,52 +/- 23,9	7,93 +/- 14,54
Etat de santé global		64	56	52.0 ± 15.7	41.4 ± 13.1	65.8 ± 20.9	61.1 ± 20.6	55,55 +/- 19,95	64,28 +/- 17,10

IV. Discussion des différentes dimensions du score EORTC QLQ – H&N35 :

1. Echelles symptomatiques :

1.1 Douleur :

La douleur est un symptôme fréquent chez les patients atteints de cancers de la tête et du cou, particulièrement après les traitements tels que la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie. Ces interventions peuvent entraîner des douleurs liées aux tissus mous, comme les mucites ou les inflammations locales.

Dans notre étude, le score normalisé de la douleur était de 13,49 avant traitement et a légèrement augmenté à 15,87 après traitement, indiquant une aggravation minime mais perceptible. Cette évolution peut refléter les effets secondaires des traitements comme la radiothérapie et la chimiothérapie, qui exacerbent parfois les symptômes douloureux.

Ces résultats contrastent avec ceux rapportés par Bjordal et al. (65), où le score de douleur passe de 22 avant traitement à 37 après traitement, mettant en évidence une détérioration plus marquée. De manière similaire, Bashir et al. (66) observent une augmentation significative de la douleur, avec des scores allant de 16,7 avant traitement à 76 après traitement, indiquant une aggravation majeure.

En revanche, les résultats d'Aghajanzadeh et al. (67) montrent une évolution plus modérée, avec un score de douleur passant de 21,9 avant traitement à 33,9 après traitement. Cette augmentation reste inférieure à celle observée par Bashir et al., mais elle est néanmoins plus prononcée que dans notre population.

Cette variabilité des résultats peut être attribuée à plusieurs facteurs, notamment les différences dans les types de traitements administrés, la prise en charge symptomatique, les caractéristiques des populations étudiées et les stades de la maladie. Dans notre contexte, les scores plus faibles pourraient indiquer une meilleure gestion de la douleur, grâce à

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

l'utilisation d'analgésiques ou d'autres interventions palliatives, mais aussi à un possible sous-déclaré de la douleur par les patients.

1.2 Déglutition :

La déglutition est souvent altérée chez les patients atteints de cancers de la tête et du cou, en raison de la maladie elle-même ou des traitements tels que la radiothérapie et la chimiothérapie. Ces traitements peuvent provoquer des effets secondaires comme la mucite, la xérostomie, ou des modifications tissulaires qui affectent la fonction de déglutition. Cependant, il est également rapporté que, même après des traitements réussis, la persistance de certains symptômes liés à la déglutition peut continuer à impacter la qualité de vie des patients, notamment à long terme (103). Des approches complémentaires, telles que la rééducation orthophonique, sont souvent recommandées pour améliorer cette fonction et réduire l'impact des séquelles fonctionnelles sur la vie quotidienne des patients (103,104).

Dans notre étude, le score de déglutition est resté relativement stable, passant de 16,26 avant traitement à 15,47 après traitement, indiquant une légère amélioration. En revanche, Bjordal et al. (65) et Bashir et al. (66) rapportent une détérioration significative, avec des augmentations respectives de 13 à 30 et de 22,5 à 80,9, reflétant un impact majeur des traitements sur la fonction de déglutition. Aghajanzadeh et al. (67) observent également une aggravation modérée (de 14,4 à 29,7).

1.3 Goût et odorat :

Les altérations du goût et de l'odorat sont des effets secondaires fréquents chez les patients atteints de cancers de la tête et du cou, souvent exacerbés par des traitements comme la radiothérapie et la chimiothérapie. Ces dysfonctionnements sensoriels peuvent significativement impacter la qualité de vie en affectant l'appétit, la nutrition et le plaisir associé à l'alimentation (104).

Dans notre étude, le score a significativement diminué, passant de 15,87 avant traitement à 4,76 après traitement, indiquant une nette amélioration.

En comparaison, Bjordal et al. (65) rapportent une aggravation notable avec une augmentation de 9 à 28, tandis que Bashir et al. (66) montrent une altération encore plus sévère, passant de 0,2 à 76,6. Aghajanzadeh et al. (67) notent également une détérioration marquée avec une progression de 9,1 à 37,4.

Les variations entre ces études peuvent être liées à des différences dans les protocoles de traitement, la prise en charge symptomatique, ou encore les perceptions subjectives des patients. Nos résultats pourraient refléter une meilleure gestion des effets secondaires

1.4 Voix et parole :

La voix et la parole sont souvent altérées chez les patients atteints de cancers de la tête et du cou, en raison de l'atteinte tumorale et des traitements comme la radiothérapie et la chirurgie, qui peuvent affecter les structures impliquées dans la phonation. Ces altérations peuvent avoir un impact significatif sur la qualité de vie, même après la régression tumorale. Des approches comme la rééducation orthophonique sont souvent recommandées pour atténuer ces effets et améliorer la communication des patients.

Dans notre étude, le score est passé de 46,56 avant traitement à 42,32 après traitement, indiquant une légère amélioration après traitement.

En comparaison, Bjordal et al. (65) rapportent une augmentation du score de 20 à 30, traduisant une aggravation modérée, tandis que Bashir et al. (66) observent une détérioration importante, avec une évolution de 43,9 à 83,3. Aghajanzadeh et al. (67) , quant à eux, notent une aggravation plus modérée, passant de 12,3 à 21,2.

Ces différences pourraient être liées à la gravité des atteintes tumorales initiales, aux types de traitements administrés, ou encore à la réhabilitation vocale post-traitement. Nos résultats reflètent une préservation relative de la fonction vocale

1.5 Alimentation :

L'alimentation est souvent altérée chez les patients atteints de cancers de la sphère ORL, en raison des atteintes tumorales et des effets secondaires des traitements tels que la mucite,

la xérostomie et les troubles de déglutition. Ces altérations affectent la capacité des patients à s'alimenter normalement et leur qualité de vie globale.

Dans notre étude, le score est passé de 19,04 avant traitement à 28,25 après traitement, indiquant une détérioration modérée, probablement liée aux effets secondaires tels que les troubles de la déglutition ou la douleur.

Comparativement, Bjordal et al. (65) rapportent une aggravation marquée, avec des scores évoluant de 16 à 38, tandis que Bashir et al. (66) notent une détérioration plus sévère, passant de 22,2 à 62,7. Aghajanzadeh et al. (67) observent une aggravation modérée, avec une évolution de 13,2 à 36,2.

Ces variations peuvent s'expliquer par des différences dans les protocoles de traitement, les stades des cancers, ou les prises en charge symptomatiques.

Ces comparaisons soulignent la nécessité d'un accompagnement nutritionnel pour limiter l'impact des troubles alimentaires après traitement et améliorer la qualité de vie des patients.

1.6 Dentition :

Les problèmes dentaires sont fréquemment rapportés chez les patients atteints de cancers de la sphère ORL, en raison des effets secondaires des traitements tels que la radiothérapie, qui peut entraîner une xérostomie, des caries radio-induites, et une fragilité accrue des dents. Ces altérations peuvent considérablement affecter la qualité de vie des patients, en rendant difficile la mastication, la prise alimentaire et la socialisation.

Dans notre étude, le score de dentition a augmenté de 7,93 avant traitement à 14,28 après traitement, reflétant une aggravation modérée.

Par comparaison, Bjordal et al. (65) rapportent une légère augmentation, passant de 17 à 20, tandis que Bashir et al. (66) observent une détérioration plus marquée, avec des scores allant de 10,2 à 43,4. Aghajanzadeh et al. (67) rapportent également une aggravation modérée, de 7,5 à 17,1.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

Ainsi, nos résultats s'inscrivent dans les observations de la littérature, montrant une aggravation des troubles dentaires après traitement. Ces comparaisons soulignent l'importance d'une prise en charge préventive et curative, notamment par une évaluation dentaire régulière et des interventions précoces pour minimiser les complications liées aux dents.

1.7 Ouverture buccale :

L'ouverture buccale est souvent compromise chez les patients atteints de cancers ORL, notamment en raison de la fibrose et des contractures musculaires induites par les traitements. Dans notre étude, le score a diminué de 17,46 avant traitement à 11,11 après traitement, indiquant une amélioration notable.

Par comparaison, Bjordal et al. (65) rapportent une aggravation modérée, avec un score passant de 12 à 23, tandis que Bashir et al. (66) observent une détérioration importante, de 3,7 à 64,3. Aghajanzadeh et al. (67) rapportent également une augmentation, avec des scores allant de 8,7 à 24.

Ces variations peuvent être attribuées aux différences dans la sévérité des atteintes tumorales, les protocoles de traitement et la prise en charge rééducative. L'amélioration observée dans notre population pourrait être liée à une gestion efficace des complications post-thérapeutiques.

1.8 Troubles salivaires :

Les troubles salivaires, comprenant la sécheresse buccale (xérostomie) et la salive collante, sont des effets secondaires fréquents des traitements des cancers de la sphère ORL, particulièrement après la radiothérapie. Ces dysfonctionnements résultent de l'atteinte des glandes salivaires et de modifications de la composition salivaire. Ils ont un impact majeur sur la qualité de vie des patients, affectant la déglutition, la parole, l'alimentation, et augmentant le risque de caries et d'infections buccales.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

Dans notre étude, le score de sécheresse buccale est passé de 11,11 avant traitement à 42,85 après traitement, et celui de salive collante de 11,11 à 31,74, indiquant une détérioration notable après traitement.

En comparaison, Bjordal et al. (65) rapportent une aggravation similaire pour la sécheresse buccale (24 à 42) et la salive collante (25 à 40). Bashir et al. (66) notent une augmentation beaucoup plus marquée, avec des scores passant de 0 à 65,9 pour la sécheresse buccale et de 0 à 63,6 pour la salive collante. De même, Aghajanzadeh et al. (67) rapportent une aggravation sévère avec des scores évoluant de 18,1 à 74,7 pour la sécheresse buccale et de 16,5 à 57,4 pour la salive collante.

Les différences observées entre les études peuvent être attribuées à la gravité des cancers, aux doses de radiothérapie administrées et à l'utilisation (ou non) de stratégies palliatives comme les substituts salivaires. Dans notre population, l'aggravation des troubles salivaires, bien qu'importante, reste moins prononcée que dans certaines études, ce qui pourrait refléter une prise en charge symptomatique partiellement efficace.

1.9 Toux :

La toux est un symptôme courant chez les patients atteints de cancers ORL, souvent exacerbé par les traitements initiaux mais susceptible de s'améliorer après la régression tumorale. Dans notre étude, le score normalisé de la toux est passé de 31,74 avant traitement à 12,69 après traitement, indiquant une amélioration notable après le traitement.

En comparaison, Bjordal et al. (65) rapportent une légère aggravation, avec un score passant de 21 à 26. Bashir et al.(66) notent une augmentation beaucoup plus marquée, allant de 0,5 à 49, traduisant une détérioration importante. Aghajanzadeh et al.(67) observent également une aggravation, avec des scores progressant de 16,9 à 25,4.

Ces variations pourraient être attribuées aux différences dans les caractéristiques des patients, les types de traitements administrés, et la prise en charge des symptômes

respiratoires. L'amélioration significative observée dans notre étude pourrait refléter une bonne réponse aux traitements ou une gestion efficace des symptômes associés.

1.10 Malaise :

Le sentiment de malaise est un symptôme fréquent chez les patients atteints de cancers ORL, souvent lié à la fatigue, à la douleur, aux effets secondaires des traitements et au fardeau psychologique de la maladie. Ce symptôme peut s'aggraver pendant et après les traitements, impactant significativement la qualité de vie globale des patients.

Dans notre étude, le score normalisé de malaise a augmenté de 31,74 avant traitement à 38,09 après traitement, indiquant une aggravation modérée après traitement.

En comparaison, Bjordal et al.(65) rapportent une augmentation similaire, avec un score passant de 21 à 31, tandis que Bashir et al.(66) notent une aggravation plus importante, de 18,5 à 43,4. Aghajanzadeh et al.(67) observent une évolution plus modérée, avec des scores passant de 18,3 à 23,7.

Nos résultats s'inscrivent dans cette tendance, reflétant l'impact persistant des traitements sur le bien-être global des patients. Ces observations soulignent l'importance d'un soutien psychologique et de mesures de réhabilitation pour atténuer ce malaise et améliorer la qualité de vie des patients après traitement.

2. Fonctionnement social :

Le fonctionnement social est souvent affecté chez les patients atteints de cancers ORL, en raison des changements physiques et psychologiques liés à la maladie et aux traitements. Les impacts incluent des difficultés dans les interactions sociales, un isolement accru et une altération de l'image corporelle, particulièrement visible dans les domaines liés à l'apparence et à la sexualité.

Pour la dimension "Apparence et Contact Social", notre étude montre une légère augmentation du score, passant de 25,71 avant traitement à 28,25 après traitement, indiquant une aggravation modérée. Par comparaison, Bjordal et al.(65) rapportent une

progression similaire de 10 à 21, tandis que Bashir et al.(66) notent une aggravation plus marquée, passant de 24,3 à 49,6. Aghajanzadeh et al.(67) observent une évolution plus modérée, avec des scores progressant de 7,1 à 11,9.

Pour la dimension "Sexualité", nos résultats montrent une aggravation du score, passant de 29,36 avant traitement à 36,50 après traitement. En comparaison, Bjordal et al.(65) rapportent une augmentation similaire, de 28 à 45, tandis que Bashir et al.(66) observent une détérioration majeure, avec des scores allant de 34,2 à 100. Aghajanzadeh et al.(67) notent également une aggravation, de 28,3 à 46,5.

Nos résultats s'inscrivent dans cette tendance, montrant une altération du fonctionnement social après traitement. Ces observations soulignent l'importance d'un soutien psychosocial et d'interventions spécifiques pour améliorer l'acceptation de l'apparence physique et la qualité de vie sexuelle des patients après traitement.

3. Paramètres de la prise en charge et l'état nutritionnel :

3.1 Prise des anti douleurs et suppléments nutritionnels :

L'utilisation d'antidouleurs et de suppléments nutritionnels est essentielle chez les patients atteints de cancers ORL pour gérer la douleur et les troubles alimentaires.

Pour la prise d'antidouleurs, nos résultats montrent une augmentation significative du score, passant de 33,33 avant traitement à 85,71 après traitement, traduisant une forte augmentation de l'utilisation des analgésiques après le traitement. En comparaison, Bjordal et al.(65) rapportent une progression plus modérée de 45 à 66, tandis que Bashir et al.(66) observent une hausse marquée de 8,3 à 94,4. Aghajanzadeh et al.(67) notent une évolution atypique avec une légère diminution, passant de 53,4 à 51, suggérant une gestion différente de la douleur.

Pour les suppléments nutritionnels, notre étude montre une augmentation significative du score, passant de 4,76 avant traitement à 38,09 après traitement, reflétant une hausse notable de leur utilisation. Bjordal et al.(65) rapportent une augmentation comparable avec un

score passant de 17 à 40, tandis que Bashir et al.(66) notent une augmentation beaucoup plus marquée, de 0 à 93,1. Aghajanzadeh et al.(67) observent également une progression modérée, de 12,5 à 44,3.

Nos observations soulignent l'importance d'une prise en charge symptomatique renforcée pour limiter l'impact des traitements sur la qualité de vie et améliorer la récupération post-thérapeutique.

3.2 Sonde d'alimentation :

L'utilisation d'une sonde d'alimentation est une stratégie fréquemment adoptée chez les patients atteints de cancers ORL pour gérer les troubles alimentaires graves et prévenir la dénutrition, notamment en cas de difficultés de déglutition sévères ou de perte de poids importante.

Dans notre étude, le score est resté stable à 9,52 avant et après traitement, indiquant qu'aucun changement significatif n'a été observé dans l'utilisation des sondes.

Par comparaison, Bjordal et al.(65) rapportent une augmentation modérée, avec un score passant de 6 à 15, tandis que Bashir et al.(66) notent une légère progression, de 0 à 2,8. En revanche, Aghajanzadeh et al.(67) observent une augmentation marquée, avec un score passant de 2,4 à 30,6.

La stabilité observée dans notre population pourrait refléter une gestion préventive des troubles alimentaires ou une meilleure tolérance des patients aux traitements. Cela souligne l'importance d'une évaluation régulière des besoins nutritionnels pour limiter la nécessité d'interventions invasives comme les sondes d'alimentation.

3.3 Perte et prise de poids :

La perte de poids est un symptôme fréquent chez les patients atteints de cancers ORL, souvent lié à la dénutrition, aux troubles alimentaires et aux effets secondaires des traitements. En revanche, la prise de poids post-traitement peut refléter une amélioration des fonctions alimentaires et un rétablissement nutritionnel progressif.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

Dans notre étude, le score de perte de poids a considérablement diminué, passant de 57,14 avant traitement à 4,76 après traitement, indiquant une nette amélioration après le traitement. En revanche, le score de prise de poids a légèrement augmenté, passant de 15 avant traitement à 20 après traitement.

Comparativement, Bjordal et al.(65) rapportent une aggravation de la perte de poids, avec des scores passant de 29 à 51, tandis que Bashir et al.(66) observent des scores stables à 100 avant et après traitement, traduisant une perte de poids sévère persistante. Concernant la prise de poids, Bashir et al.(66) notent des scores stables à 0 avant et après traitement, suggérant une absence de prise de poids notable.

Nos observations, avec une amélioration notable de la perte de poids et une légère augmentation de la prise de poids, mettent en évidence une gestion nutritionnelle efficace dans notre population. Ces données soulignent l'importance des interventions nutritionnelles précoces et d'un suivi rigoureux pour optimiser la récupération post-traitement et améliorer la qualité de vie des patients.

4. Comparaison entre nos scores normalisés et les données de la littérature (QLQ-H&N35)

Tableau XXIII : Comparaison entre nos scores normalisés et les données de la littérature (QLQ-H&N35)

Items	Bjordal et al avant	Bjordal et al après	Bashir et al avant	Bashir et al après	Aghajanzadeh et al avant	Aghajanzadeh et al après	Notre série avant	Notre série après
Douleurs	22	37	16,7	76	21,9	33,9	13,49	15,87
Déglutition	13	30	22,5	80,9	14,4	29,7	16,26	15,47
Odorat/ goût	9	28	0,2	76,6	9,1	37,4	15,87	4,76
Voix / parole	20	30	43,9	83,3	12,3	21,2	46,56	42,32
Alimentation	16	38	22,2	62,7	13,2	36,2	19,04	28,25
Dentition	17	20	10,2	43,4	7,5	17,1	7,93	14,28
Ouverture buccale	12	23	3,7	64,3	8,7	24	17,46	11,11
Sécheresse buccale	24	42	0	65,9	18,1	74,7	11,11	42,85
Salive collante	25	40	0	63,6	16,5	57,4	11,11	31,74
Toux	21	26	0,5	49	16,9	25,4	31,74	12,69
Malaise	21	31	18,5	43,4	18,3	23,7	31,74	38,09
Contact social	10	21	24,3	49,6	7,1	11,9	25,71	28,25
Sexualité	28	45	34,2	100	28,3	46,5	29,36	36,50
Anti douleurs	45	66	8,3	94,4	53,4	51	33,33	85,71
Suppléments nutritionnels	17	40	0	93,1	12,5	44,3	4,76	38,09
Sonde d'alimentation	6	15	0	2,8	2,4	30,6	9,52	9,52
Perte de poids	29	51	100	100	-	-	57,14	4,76
Prise de poids	-	-	0	0	-	-	15	20



1. Recommandations de bonne pratique pour améliorer la qualité de vie du patient cancéreux :

1.1. Améliorer le confort physique et psychologique des patients[99] :

- **Informier** : dès l'annonce du diagnostic, une communication claire et adaptée est essentielle. Cette démarche doit se poursuivre tout au long de l'évolution de la maladie, reposant sur un échange entre deux parties : le patient, en attente de soins, et le professionnel, qui les prodigue. Ce dernier regroupe divers acteurs : médecin généraliste, otorhinolaryngologue, psychiatre, psychologue, infirmiers, et cancérologue. L'implication précoce du cancérologue est particulièrement importante pour garantir un suivi optimal.

La communication est donc un élément central, mais elle doit être empreinte de délicatesse, car l'annonce d'un cancer est toujours source d'angoisse. Il est crucial d'informer le patient des risques liés à l'absence de suivi ou à un manque d'adhésion au traitement, tout en évitant de l'alarmer excessivement afin de ne pas aggraver son inquiétude légitime.

- **Motiver** : pour se sentir motivé, il est essentiel de se trouver dans une situation procurant du plaisir ou, à défaut, permettant d'éviter autant que possible le déplaisir. Or, face aux contraintes des traitements, aux consultations médicales répétées et aux examens paracliniques, il est naturel que le patient ressente du déplaisir.

Afin d'aider le patient à accepter ces changements dans sa vie, il est crucial de lui faire comprendre l'importance des interventions proposées et les bénéfices qu'il peut en retirer. Dans cette optique, il est également souhaitable d'atténuer les contraintes médicales autant que possible. Bien que ces efforts puissent générer un inconfort à court terme, ils offrent à long terme la satisfaction de savoir que tout a été mis en œuvre, non pas forcément pour vaincre la maladie, mais pour la combattre de manière optimale.

- **Communiquer** : Une relation de confiance et de compréhension mutuelle doit se construire entre le médecin et le patient, car ils partagent un long chemin semé de défis. Ces moments d'épreuve peuvent survenir face à des complications, lors de l'ajustement des traitements ou encore en raison de bouleversements dans la vie affective, familiale ou professionnelle du patient. Cette connexion, basée sur l'écoute et le soutien, est essentielle pour traverser ensemble ces étapes difficiles.

Le médecin doit transformer ces moments d'angoisse en opportunités pour rassurer son patient. En apportant un soutien empathique, il peut l'accompagner dans le processus d'acceptation des changements liés à sa maladie et l'aider à faire le deuil de sa vie antérieure. Cette approche favorise une meilleure adaptation à un nouveau mode de vie, améliore l'adhésion au traitement et contribue, en conséquence, à une meilleure qualité de vie.

1.2. Améliorer la qualité de vie et la perception corporelle des patients atteints de cancer de la sphère ORL[100,101] :

- Prise en charge des répercussions physiques et psychologiques dès le début du parcours de soins :

La prise en charge des impacts du cancer de la sphère ORL sur la perception corporelle et la qualité de vie doit débuter dès le diagnostic. Tous les patients, sans discrimination d'âge ou de statut social, doivent être accompagnés avec une attention particulière. Voici quelques axes d'intervention :

- **Identifier les facteurs de risque** : âge, statut marital, qualité des relations sociales, état dépressif ou anxiété.
- **Annoncer les changements physiques prévisibles** : informer sur les altérations physiques liées aux traitements, comme les cicatrices, les difficultés à s'exprimer ou à se nourrir, et expliquer leurs impacts sur la vie quotidienne et sociale.

- **Informier sur les moyens de minimiser les effets secondaires** : proposer des stratégies pour atténuer les symptômes tels que la douleur, les troubles de la déglutition ou de la phonation.

➤ Dialogue ouvert et continu avec le patient :

Les soignants, même s'ils ne sont pas spécialistes de l'image corporelle ou de la psychologie, doivent être en mesure d'initier des discussions sur ces sujets tout au long du parcours de soins. La demande d'aide des patients est souvent implicite, dissimulée derrière des symptômes physiques (douleur, fatigue) ou des plaintes sociales (isolement, tensions relationnelles). Pour amorcer le dialogue, des questions ouvertes peuvent être posées, telles que :

- « Est-ce que votre maladie affecte la façon dont vous percevez votre apparence ? »
- « Avez-vous des difficultés à communiquer ou à interagir socialement depuis le début du traitement ? »

Ce dialogue nécessite de créer un climat de confiance, de poser des questions avec bienveillance et de respecter le rythme du patient.

➤ Interventions spécifiques pour améliorer l'image corporelle et la qualité de vie :

Dans la majorité des cas, une écoute attentive et des conseils adaptés suffisent pour aider le patient à améliorer sa perception corporelle et sa qualité de vie. Les interventions pourraient inclure :

- **Encourager le patient à agir positivement sur son image corporelle** : proposer des ateliers de soins esthétiques, maquillage correctif, ou même des consultations de conseil vestimentaire pour renforcer l'estime de soi.
- **Faciliter les interactions sociales** : autoriser et encourager les activités sociales, même symboliques, pour diminuer l'isolement.
- **Développer des approches psycho-corporelles** : relaxation, sophrologie ou yoga, pour redécouvrir des sensations positives et apaiser les tensions physiques et mentales.

- **Évacuer les croyances limitantes** : informer les patients sur les possibilités d'amélioration et gérer les attentes irréalistes pour éviter les frustrations.
 - Approche multidisciplinaire et travail en réseau :

Une prise en charge coordonnée est essentielle pour répondre aux besoins complexes des patients atteints de cancer ORL. Cela inclut une collaboration entre :

- Médecins oncologues et ORL pour gérer les aspects médicaux.
- Psychologues ou psychothérapeutes pour travailler sur l'acceptation des changements corporels et émotionnels.
- Orthophonistes pour restaurer les capacités de communication.
- Diététiciens pour optimiser la nutrition, particulièrement en cas de troubles de la déglutition.

En cas de troubles persistants ou exacerbés, une prise en charge spécialisée est recommandée, intégrant des thérapies psycho-corporelles pour aider les patients à renouer avec leur corps et retrouver un équilibre psychologique.

2. Réhabilitation des malades atteints de cancer :

La réhabilitation et l'accompagnement du patient et de sa famille sont des éléments essentiels des soins[102].

Les données actuelles sur les problématiques physiques, psychologiques et sociales des patients atteints de cancer mettent en lumière l'importance et l'urgence de mettre en place des interventions médico-psychosociales pluridisciplinaires, centrées sur la réhabilitation des patients et le soutien à leurs familles[103].

2.1. Définition :

La réhabilitation peut être définie comme un processus visant à aider le patient à améliorer le fonctionnement physique, mental, sexuel, social, et économique du patient[104].

2.2. Considérations générales :

La réhabilitation doit être multidisciplinaire ; les interventions d'aide à la réinsertion sont réalisées par les différents acteurs : cancérologues, infirmiers, psychiatre, kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux sans oublier le tissu social et la famille. C'est en effet la nécessité de techniques et de compétences divers qui a mis en évidence l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire[102,104].

2.3. Buts et objets de la réhabilitation :

La réhabilitation inclut généralement 4 phases [5]:

- **La première phase est préventive** : destinée à réduire l'impact et la sévérité des problèmes et handicaps anticipés, et à aider l'individu à faire face à ceux-ci.
- **La seconde phase (phase de récupération)** : est destinée à aider le malade à retourner à son niveau de fonctionnement pré morbide sans séquelles liées à l'affection ou au traitement.
- **La troisième phase (phase de soutien)** : destinée quant à elle à limiter les changements fonctionnels secondaires à une perte de fonction ou à un handicap, et à aider le malade à s'y adapter.
- **La quatrième phase est une phase palliative** : destinée à réduire ou éliminer les implications liées à l'évolution de l'affection cancéreuse et à améliorer le confort du malade et de sa famille.

3. Propositions pour la réhabilitation des patients atteints du cancer de la sphère ORL :

- **Soutien nutritionnel personnalisé**
 - Collaborer avec des diététiciens pour établir des plans nutritionnels adaptés.
- **Renforcement physique**
 - Intégrer des séances de physiothérapie pour améliorer l'état physique des patients.
- **Accompagnement administratif et financier**

- Associer des structures de soutien, comme des ligues de lutte contre le cancer, pour aider les patients dans leurs démarches administratives et financières.

➤ **Soutien psycho-oncologique**

- Offrir un suivi psychologique pour gérer les émotions liées à la maladie et aux traitements.

➤ **Consultation en oncosexologie**

- Proposer des consultations spécifiques pour aborder les aspects d'intimité affectés par la maladie.

➤ **Soins podologiques**

- Intégrer des soins préventifs et curatifs pour les pieds, tout au long des traitements.

➤ **Soins de support multidimensionnels**

- Organiser des ateliers hebdomadaires et des activités d'expression artistique pour soutenir les patients sur les plans psychologique et social.

➤ **Accompagnement spirituel**

- Mettre en place un accompagnement spirituel personnalisé pour les patients qui le souhaitent.

➤ **Équipes mobiles de soins palliatifs**

- Mobiliser des équipes pluridisciplinaires pour un suivi continu en phase avancée de la maladie.

➤ **Suivi spécialisé des plaies**

- Garantir un suivi optimal des plaies pour améliorer le confort des patients.

➤ **Équipe multidisciplinaire et accompagnement familial**

- Renforcer la collaboration entre les professionnels de santé et impliquer les familles dans le processus de prise en charge pour un soutien global.

➤ **Prise en charge familiale et médicale**

- Développer des programmes spécifiques intégrant un soutien médical et psychosocial pour les familles des patients.
- **Disponibilité des médicaments**
 - Assurer un approvisionnement constant et fiable des médicaments essentiels pour les traitements oncologiques et les soins de support.
- **Amélioration du plateau technique**
 - Investir dans des équipements modernes et performants pour optimiser les diagnostics et traitements.
- **Télémédecine pour la gestion de la toxicité à distance**
 - Déployer des services de télémedecine pour le suivi et la gestion des effets secondaires des traitements, particulièrement pour les patients éloignés des centres de soins.



Limites et perspectives



1. Limites :

- **Taille réduite de l'échantillon :** La taille limitée de l'échantillon de l'étude peut influencer la représentativité des résultats, réduisant la généralisation des conclusions à une population plus large.
- **Absence d'évaluation ultérieure à distance du traitement :** L'étude n'a pas encore inclus une évaluation à distance post-traitement, ce qui limite l'analyse des effets à long terme sur la qualité de vie des patients. Cependant, cette évaluation est en cours et pourrait fournir des données complémentaires importantes.
- **Contexte méthodologique :** L'absence d'une composante analytique dans cette étude limite l'exploration approfondie des facteurs cliniques et économiques susceptibles d'influencer les résultats.

2. Perspectives :

- **Augmentation de l'effectif :** Étendre l'échantillon à un plus grand nombre de participants permettrait d'obtenir des résultats plus robustes et représentatifs, renforçant ainsi la validité statistique de l'étude.
- **Étude analytique :** La mise en place d'une étude analytique future permettrait d'explorer les relations entre les facteurs cliniques (type de cancer, stade de la maladie, traitement reçu) et économiques (assurance maladie, coût des traitements) avec la qualité de vie des patients.
- **Suivi à long terme :** Intégrer une évaluation régulière à distance du traitement pour analyser l'évolution de la qualité de vie sur une période prolongée et identifier les besoins spécifiques en soutien après la fin des traitements.



CONCLUSION

Le cancer de la sphère ORL représente un problème de santé publique majeur, avec des répercussions importantes sur la qualité de vie des patients. Bien que les avancées thérapeutiques, notamment en radiothérapie et en chimiothérapie, aient permis d'améliorer les taux de survie, elles ont également mis en lumière de nouveaux besoins, en particulier l'évaluation et la prise en charge des dimensions physiques, psychologiques et sociales de la qualité de vie des patients.

Les traitements, bien qu'efficaces sur le plan oncologique, peuvent engendrer des effets secondaires significatifs qui affectent les fonctions essentielles telles que la déglutition, la parole ou la salivation. Ces effets compromettent souvent le retour à une vie normale, non seulement pendant le traitement, mais aussi dans la période post-thérapeutique. Certaines séquelles peuvent persister à long terme, voire apparaître des années après la fin des traitements.

Il est donc essentiel de recueillir des données à long terme sur la qualité de vie et les défis de réinsertion pour mesurer l'impact global de cette pathologie et de ses traitements sur les patients, leur entourage et la société. Ces informations permettent de mieux comprendre les besoins des patients et d'orienter les pratiques vers une prise en charge plus holistique.

Plusieurs études, y compris la nôtre, mettent en évidence l'impact des cancers ORL sur la qualité de vie, soulignant l'importance d'intégrer des stratégies de soutien multidisciplinaire. Cette étude incite à repenser les pratiques oncologiques en incluant un accompagnement psychosocial et en renforçant la collaboration avec d'autres professionnels de santé, tels que les psychologues, les orthophonistes et les nutritionnistes. Ces efforts visent à optimiser l'alliance thérapeutique et à promouvoir une meilleure autonomie et un bien-être durable chez les patients.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

Faire face au cancer de la sphère ORL demeure un combat difficile pour le patient, sa famille et son entourage, ce qui souligne la nécessité d'une approche globale et multidisciplinaire. La qualité de vie des malades devient ainsi une priorité centrale nécessitant des contributions coordonnées de divers intervenants au-delà des seuls professionnels de santé.



RÉSUMÉ

Notre étude a concerné 24 cas de cancers de la sphère ORL à travers une étude prospective, descriptive étalée sur une durée de 6 mois, entre juin 2024 et novembre 2024. L'objectif était d'évaluer la qualité de vie des patients traités pour un cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie du CHU Mohammed VI de Marrakech, en utilisant deux questionnaires : un général (QLQ-C30) explorant la qualité de vie des malades cancéreux et un spécifique (QLQ-H&N35) adapté aux cancers de la sphère ORL.

L'âge moyen des patients était de 59,5 ans. Parmi eux, 83% étaient mariés, 62% étaient analphabètes, 62,5% étaient sans profession, et 100% appartenaient à un niveau socio-économique bas. De plus, 62% bénéficiaient d'une couverture sociale.

Description du score QLQ-C30 :

- Sur le plan fonctionnel : Les résultats montrent une certaine stabilité dans la majorité des dimensions fonctionnelles, avec une amélioration notable du fonctionnement social et cognitif après le traitement. Cependant, on observe une légère détérioration dans le fonctionnement émotionnel, ce qui reflète un impact psychologique persistant du cancer et de ses traitements.
- Sur le plan symptomatique : Le traitement a permis une amélioration de certains symptômes tels que la dyspnée, les troubles du sommeil et la constipation. Cependant, des symptômes comme les nausées, les vomissements et la perte d'appétit se sont aggravés après le traitement, traduisant des effets secondaires notables. La fatigue est restée relativement stable, indiquant une charge symptomatique persistante. Les problèmes financiers demeurent un fardeau important pour la plupart des patients.
- État de santé global : Le score global de santé et de qualité de vie s'est amélioré de manière significative passant de $55,55 \pm 19,95$ avant le traitement à $64,28 \pm 17,10$

après le traitement. Cette évolution suggère que les bénéfices du traitement compensent en partie les effets secondaires et les impacts négatifs sur certains aspects spécifiques.

Description du score QLQ-H&N35 :

1. Douleur : Le score était de 13,49 avant traitement et de 15,87 après traitement, montrant une légère aggravation.
2. Déglutition : Le score est passé de 16,26 avant traitement à 15,47 après traitement, indiquant une amélioration modérée.
3. Odorat et goût : Une amélioration notable a été observée, avec un score passant de 15,87 avant traitement à 4,76 après traitement.
4. Voix et parole : Le score a légèrement diminué, passant de 46,56 avant traitement à 42,32 après traitement, traduisant une amélioration modeste.
5. Alimentation : Le score a augmenté de 19,04 avant traitement à 28,25 après traitement, reflétant une détérioration modérée.
6. Dentition : Une aggravation a été notée avec un score passant de 7,93 avant traitement à 14,28 après traitement.
7. Ouverture buccale : Le score a diminué, passant de 17,46 avant traitement à 11,11 après traitement, indiquant une amélioration.
8. Sécheresse buccale : Une forte aggravation a été observée, avec un score passant de 11,11 avant traitement à 42,85 après traitement.
9. Salive collante : Le score est passé de 11,11 avant traitement à 31,74 après traitement, traduisant une détérioration modérée.
10. Toux : Une amélioration notable a été observée avec un score passant de 31,74 avant traitement à 12,69 après traitement.
11. Malaise : Le score a légèrement augmenté, passant de 31,74 avant traitement à 38,09 après traitement.

12. Fonctionnement social :

- Apparence et contact social : Le score est passé de 25,71 avant traitement à 28,25 après traitement, indiquant une détérioration modérée.
- Sexualité : Une aggravation a été notée avec un score passant de 29,36 avant traitement à 36,50 après traitement.

13. Prise en charge symptomatique :

- Antidouleurs : Une augmentation marquée a été observée avec un score passant de 33,33 avant traitement à 85,71 après traitement.
- Suppléments nutritionnels : Le score est passé de 4,76 avant traitement à 38,09 après traitement, traduisant une hausse notable de leur utilisation.

14. Sonde d'alimentation : Le score est resté stable à 9,52 avant et après traitement.

15. Perte de poids : Une nette amélioration a été notée, avec un score passant de 57,14 avant traitement à 4,76 après traitement.

16. Prise de poids : Le score a légèrement augmenté, passant de 15 avant traitement à 20 après traitement.

Cette étude met en lumière l'impact significatif des cancers ORL et de leurs traitements sur la qualité de vie des patients, soulignant l'importance d'une prise en charge globale intégrant un soutien psychosocial, nutritionnel et symptomatique.

Summary

Our study focused on 24 cases of head and neck cancers through a prospective, descriptive study conducted over six months, from June 2024 to November 2024. The objective was to assess the quality of life (QoL) of patients treated for head and neck cancer at the oncology radiotherapy department of Mohammed VI University Hospital in Marrakech, using two questionnaires: a general one (QLQ-C30) exploring the quality of life of cancer patients and a specific one (QLQ-H&N35) tailored to head and neck cancers.

The average age of the patients was 59.5 years. Among them, 83% were married, 62% were illiterate, 62.5% were unemployed, and 100% belonged to a low socioeconomic level. Additionally, 62% benefited from social coverage.

Description of QLQ-C30 Scores :

- Functional aspects: The results show relative stability across most functional dimensions, with a notable improvement in social and cognitive functioning after treatment. However, there is a slight decline in emotional functioning, reflecting the persistent psychological impact of cancer and its treatments.
- Symptomatic aspects: The treatment led to an improvement in some symptoms, such as dyspnea, sleep disturbances, and constipation. However, symptoms like nausea, vomiting, and loss of appetite worsened after treatment, indicating significant side effects. Fatigue remained relatively stable, suggesting a persistent symptomatic burden. Financial issues continue to be a major challenge for most patients.
- Global health status: The global health and quality of life score improved significantly, increasing from 55.55 ± 19.95 before treatment to 64.28 ± 17.10 after treatment. This improvement suggests that the overall benefits of treatment partially outweigh the side effects and negative impacts on specific aspects.

Description of QLQ-H&N35 Scores :

1. Pain : The score was 13.49 before treatment and 15.87 after treatment, showing a slight worsening.
2. Swallowing : The score improved moderately, from 16.26 before treatment to 15.47 after treatment.
3. Taste and smell : A notable improvement was observed, with the score dropping from 15.87 before treatment to 4.76 after treatment.
4. Speech : The score slightly decreased from 46.56 before treatment to 42.32 after treatment, reflecting modest improvement.
5. Eating : The score increased from 19.04 before treatment to 28.25 after treatment, indicating moderate deterioration.
6. Dentition : The score worsened, rising from 7.93 before treatment to 14.28 after treatment.
7. Mouth opening : The score decreased from 17.46 before treatment to 11.11 after treatment, indicating improvement.
8. Dry mouth : Severe worsening was observed, with the score rising from 11.11 before treatment to 42.85 after treatment.
9. Sticky saliva : The score increased from 11.11 before treatment to 31.74 after treatment, indicating moderate deterioration.
10. Cough : A notable improvement was observed, with the score dropping from 31.74 before treatment to 12.69 after treatment.
11. Discomfort : The score slightly increased, from 31.74 before treatment to 38.09 after treatment.
12. Social functioning :
 - o Appearance and social contact : The score rose from 25.71 before treatment to 28.25 after treatment, indicating moderate deterioration.

- Sexuality: The score worsened, increasing from 29.36 before treatment to 36.50 after treatment.

13. Symptomatic management :

- Painkillers: A marked increase was observed, with the score rising from 33.33 before treatment to 85.71 after treatment.
- Nutritional supplements: The score increased significantly from 4.76 before treatment to 38.09 after treatment.

14. Feeding tube : The score remained stable at 9.52 before and after treatment.

15. Weight loss : A significant improvement was noted, with the score dropping from 57.14 before treatment to 4.76 after treatment.

16. Weight gain : The score slightly increased, from 15 before treatment to 20 after treatment.

This study highlights the significant impact of head and neck cancers and their treatments on patients' quality of life, emphasizing the importance of comprehensive care that integrates psychosocial, nutritional, and symptomatic support.

ملخص

ركزت دراستنا على 24 حالة من مرضى سرطان الرأس والعنق، من خلال دراسة وصفية مستقبلية أجريت على مدى ستة أشهر، بين يونيو 2024 ونوفمبر 2024. هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الحياة لدى المرضى الذين تلقوا علاجاً لهذا النوع من السرطانات في قسم علاج الأورام بالإشعاع في المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش، باستخدام استبيانين معتمدين: الأول (QLQ-C30) لتقدير جودة الحياة العامة لدى مرضى السرطان، والثاني (QLQ-H&N35) لتقدير الجوانب الخاصة بسرطانات الرأس والعنق.

بلغ متوسط عمر المرضى 59.5 عاماً، حيث كان 83% منهم متزوجين، و62% أميين، و62.5% بلا عمل، و100% ينتمون إلى فئة اجتماعية واقتصادية متدنية. كما أن 62% منهم استفادوا من تغطية اجتماعية.

نتائج استبيان: QLQ-C30

- على المستوى الوظيفي: تُظهر النتائج استقراراً نسبياً في معظم الأبعاد الوظيفية، مع تحسن ملحوظ في الأداء الاجتماعي والإدراكي بعد العلاج. ومع ذلك، لوحظ تدهور طفيف في الأداء العاطفي، مما يعكس التأثير النفسي المستمر للسرطان وعلاجاته.
- على المستوى العرضي: أدى العلاج إلى تحسن في بعض الأعراض مثل ضيق التنفس واضطرابات النوم والإمساك. ومع ذلك، تفاقمت بعض الأعراض الأخرى مثل الغثيان والقيء وفقدان الشهية بعد العلاج، مما يشير إلى وجود آثار جانبية ملحوظة. ظلت مستويات الإرهاق مستقرة نسبياً، مما يعكس عبئاً عرضياً مستمراً. ولا تزال المشاكل المالية تمثل عبئاً كبيراً بالنسبة لمعظم المرضى.

- الحالة الصحية العامة: تحسن متوسط الحالة الصحية العامة وجودة الحياة بشكل ملحوظ، حيث ارتفع من 19.95 ± 55.55 قبل العلاج إلى 17.10 ± 64.28 بعد العلاج. يشير هذا التحسن إلى أن الفوائد العامة للعلاج تعيض جزئياً الآثار الجانبية والتأثيرات السلبية على بعض الجوانب المحددة

نتائج استبيان: QLQ-H&N35

1. الألم: ارتفع متوسط النقاط من 13.49 قبل العلاج إلى 15.87 بعد العلاج، مما يشير إلى تفاقم طفيف.

2. **البلع**: تحسن متوسط النقاط من 16.26 قبل العلاج إلى 15.47 بعد العلاج، مما يعكس تحسناً معتدلاً.
3. **حاستا التذوق والشم**: لوحظ تحسن ملحوظ بانخفاض النقاط من 15.87 قبل العلاج إلى 4.76 بعد العلاج.
4. **الصوت والكلام**: سجلت النقاط انخفاضاً من 46.56 قبل العلاج إلى 42.32 بعد العلاج، مما يعكس تحسناً طفيفاً.
5. **التغذية**: ارتفع متوسط النقاط من 19.04 قبل العلاج إلى 28.25 بعد العلاج، مما يشير إلى تدهور معتدل.
6. **الأسنان**: سجلت النتائج تفاصلاً بارتفاع النقاط من 7.93 قبل العلاج إلى 14.28 بعد العلاج.
7. **فتح الفم**: تحسن الوضع بانخفاض النقاط من 17.46 قبل العلاج إلى 11.11 بعد العلاج.
8. **جفاف الفم**: لوحظ تفاقم شديد بارتفاع النقاط من 11.11 قبل العلاج إلى 42.85 بعد العلاج.
9. **اللعاب اللزج**: سجلت النتائج ارتفاعاً في النقاط من 11.11 قبل العلاج إلى 31.74 بعد العلاج، مما يعكس تدهوراً معتدلاً.
10. **السعال**: تحسن الوضع بانخفاض النقاط من 31.74 قبل العلاج إلى 12.69 بعد العلاج.
11. **الشعور بالانزعاج**: لوحظ ارتفاع طفيف في النقاط من 31.74 قبل العلاج إلى 38.09 بعد العلاج.
12. **الأداء الاجتماعي**:
- **المظهر والتواصل الاجتماعي**: ارتفعت النقاط من 25.71 قبل العلاج إلى 28.25 بعد العلاج، مما يشير إلى تدهور معتدل.
 - **الجوانب الجنسية**: سجلت النقاط تدهوراً بارتفاعها من 29.36 قبل العلاج إلى 36.50 بعد العلاج.
13. **ادارة الاعراض**:
- **المسكنات**: سجلت النقاط زيادة كبيرة من 33.33 قبل العلاج إلى 85.71 بعد العلاج.
 - **المكممات الغذائية**: ارتفعت النقاط من 4.76 قبل العلاج إلى 38.09 بعد العلاج، مما يعكس زيادة في استخدامها.
14. **أنبوب التغذية**: لم يتغير متوسط النقاط وظل ثابتاً عند 9.52 قبل وبعد العلاج.

15. فقدان الوزن: لوحظ تحسن كبير بانخفاض النقاط من 57.14 قبل العلاج إلى 4.76 بعد العلاج.

16. زيادة الوزن: ارتفع متوسط النقاط قليلاً من 15 قبل العلاج إلى 20 بعد العلاج.
تسلط هذه الدراسة الضوء على التأثير الكبير لسرطانات الرأس والعنق وعلاجها على جودة حياة المرضى، مما يؤكد أهمية توفير رعاية شاملة تضم دعماً نفسياً، اجتماعياً، غذائياً وعَرَضياً لتحسين جودة الحياة في هذه الفئة من المرضى.



Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

Annexes :

FICHE D'EXPLOITATION

Données sociodémographiques :

Nom et Prénom du malade :

Age :

Sexe : homme femme

Statut marital : Célibataire marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfant :

Milieu de résidence : Urbain Rural

Mode de transport : Taxi urbain Taxi interurbain Bus Voiture
Train Autocar Ambulance médicalisé

Profession :

Fonctionnaire (secteur public) Employé (secteur privé) retraité(e)

Femme au foyer Agriculteur Mineur Tanneur Menuisier

Ouvrier de l'industrie chimique et plastique Ouvrier du textile Maçon

Ouvrier métallurgique Ouvrier du tabac Sans emploi fixe

Niveau d'instruction : Analphabétisme Enseignement préscolaire
Niveau primaire Niveau secondaire
Enseignement universitaire

Couverture sanitaire : AMO CNOPS CNSS FAR Autre Rien

Niveau socio-économique : Bas <3000DHS Moyen 3000–6000DHS Elevé > 6000DHS

Les données cliniques :

Localisation de la tumeur :

Cavités nasosinusienne Sinus maxillaires Sinus éthmoidaux

Glandes salivaires Lèvres Langue La muqueuse buccale

Le plancher buccal Le trigone rétromolaire Le palais dur

Nasopharynx (Cavum) Oropharynx : Amygdales Base de la langue

Palais mou Parois postérieures de la gorge Hypopharynx Larynx

Antécédents :

o Personnels

* Médicaux :

* Chirurgicaux :

* Toxicologiques : Tabagisme : Oui Non Sevré

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

Ethyisme : Oui Non Sevré

Drogues : Oui Non Sevré

Prise médicamenteuse (antalgiques/psychotropes..) : Oui Non

* Antécédents d'un autre cancer : Oui Non

* Si « oui » quelle localisation :

o Familiaux de cancer : Oui Non

* Si « oui » quelle localisation

* Lien de parenté : 1er degré (parents, fils, fille)

2ème degré (grands-parents, frères, soeurs, petits enfants)

3ème degré (arrière-grands-parents, oncles, tantes, neveux, nièces)

4ème degré (cousins germains)

5ème degré (cousins au-delà des germains)

*Poids :

*Taille :

*IMC : <18,5 = maigre

18,5 – 25 = normal

25 – 30 = surpoids

30 – 40 = obésité modérée

> 40 = obésité sévère

Taille tumorale en mm :

Adénopathies : Oui Non

Trachéotomie : Oui Non

Sonde nasogastrique : Oui Non

Gastrostomie d'alimentation : Oui Non

Délai avant la 1ère consultation :

Date de la 1ère consultation :

Date du diagnostic :

Type histologique :

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

Stade de la tumeur

Classification TNM

*T : T0 Tis T1 T2 T3 T4 Impossible à évaluer

*N : N0 N1 N2 N3

*M : M0 Mx M1

Les examens paracliniques

* Bilan locorégional : TDM IRM Endoscopie

* Bilan à distance :

TDM thoracique TDM abdominale TDM cérébrale TDM TAP

Radiographie thoracique standard Echographie abdominale PET scan

Scintigraphie Rien

Protocole thérapeutique :

Radiothérapie : Néo adjuvante Adjuvante Exclusive

*Radiothérapie : Reçue Non reçue

Chimiothérapie : Néo adjuvante Adjuvante Concomittante Non indiquée

*Chimiothérapie : Reçue Non reçue

Chirurgie : Oui Non

*Le geste chirurgical :

Complications de la RTH : Oui Non

*Si "Oui", complications aigües ? Oui Non

*Si "Oui", lesquelles ?

Mal des rayons (asthénie, céphalées, somnolence) Mucite Dysgueusie Xérostomie

Oesophagite (dysphagie) Laryngite (dysphonie/ dyspnée)

Douleurs (maux de gorge, otalgie, douleurs buccales) Erythème cutané

Infection secondaire Fatigue

Grade des complications de la RTH :

1er : léger (asymptomatiques ou provoquant des symptômes légers ; intervention médicale non requise.)

2ème : modéré (symptômes provoquant une gêne mais n'interférant pas de manière significative avec les activités quotidiennes ; une intervention médicale minimale ou locale peut être requise.)

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

- 3ème : sévère (symptômes provoquant une gêne importante et interférant avec les activités quotidiennes ; nécessite une intervention médicale ou une hospitalisation.)
- 4ème : Mise en jeu le pronostic vital ; nécessite une intervention médicale immédiate.

Complications de la CHT : Oui Non

Si « Oui » lesquelles ?:

Myélotoxicité (anémie, neutropénie, thrombopénie)

Toxicité digestive (nausées, vomissements, diarrhée, constipation)

Alopécie Stomatite Toxicité cardiaque (cardiomyopathie, insuffisance coronarienne)

Toxicité rénale Toxicité neurologique Toxicité cutanée Toxicité gonadique

Cancer secondaire

Grade des complications de la CHT :

- 1er : léger (asymptomatiques ou provoquant des symptômes légers ; intervention médicale non requise.)
- 2ème : modéré (symptômes provoquant une gêne mais n'interférant pas de manière significative avec les activités quotidiennes ; une intervention médicale minimale ou locale peut être requise.)
- 3ème : sévère (symptômes provoquant une gêne importante et interférant avec les activités quotidiennes ; nécessite une intervention médicale ou une hospitalisation.)
- 4ème : Mise en jeu le pronostic vital ; nécessite une intervention médicale immédiate.

Complications de la Chirurgie : Oui Non

Si « Oui » Aigües? Oui Non

Si « «Oui » lesquelles ?:

Hémorragie Infection Fistule salivaire Lymphoedème Douleurs post-op

Dysphagie Problème respiratoire Déhiscence de la plaie TVP et embolie pulmonaire

Consultation psychiatrique : Avant l'intervention Après Non

Traitemet antalgique : Palier 1 Palier 2 Palier 3 Rien

Traitemet antidépresseur/anxiolytique : Oui Non

Traitemet Martial de l'anémie : Oui Non

Annexe 1

**QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE DE VIE
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.

Vos initiales :

Date de naissance :

La date d'aujourd'hui :

Au cours de la semaine passée	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 obligée de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux W.C. ?	1	2	3	4
6. Etes-vous limitée d'une manière ou d'une autre pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4
7. Etes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4

Au cours de la semaine passée	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
8. Avez-vous eu le souffle court ?	1	2	3	4
9. Avez-vous eu mal ?	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 sentie faible ?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit ?	1	2	3	4

Annexe 2

FRENCH



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 étouffé(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 enrouré(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

Passez à la page suivante S.V.P.

Annexe 3

ARABIC



EORTC QLQ-C30 (Version 3)

نحن مهتمون بمعرفة بعض المعلومات عنك وعن صحتك. الرجاء الإيجابية بنسفك عن كل من الأسئلة التالية وذلك بوضع دائرة حول الإيجابية الأكثر ملاءمة لك. لا يوجد جواب "صحيح" أو "خطأ". جميع المعلومات ستتعامل بسرية تامة.

تاریخ اليوم (اليوم، الشهر، السنة): ٢٠١١١٢٢٠١٢

الكتابية					
	كثيراً جداً	بما فيه	قليلًا	إطلاقاً	
1.	هل لديك صعوبة في بذل مجهود جسدي شاق (متعب) مثل حمل كيس مشتربات ثقيل أو ثقيل؟	4	3	2	1
2.	هل لديك صعوبة بالمشي لمسافة طويلة؟	4	3	2	1
3.	هل لديك صعوبة بالمشي لمسافة قصيرة خارج البيت؟	4	3	2	1
4.	هل تحتاج للبقاء في السرير أو الكرسي خلال اليوم؟	4	3	2	1
5.	هل تحتاج للمساعدة في الأكل أو ارتداء الملابس أو الاتصال أو استخدام المرحاض؟	4	3	2	1
خلال الأسبوع الماضي:					
	كثيراً جداً	بما فيه	قليلًا	إطلاقاً	
6.	هل كنت محدوداً/ مقيتاً عند القيام بعملك أو تنشطة يومية أخرى؟	4	3	2	1
7.	هل كنت محدوداً/ مقيتاً في ممارسة هوايتك أو تنشطة في أوقات الفراغ؟	4	3	2	1
8.	هل شعرت بضيق بالنفس؟	4	3	2	1
9.	هل شعرت بألم؟	4	3	2	1
10.	هل كنت بحاجة للراحة؟	4	3	2	1
11.	هل عانيت من مشاكل في النوم (ارق/ صعوبة في النوم/ نوم متقطع)؟	4	3	2	1
12.	هل شعرت بالضعف؟	4	3	2	1
13.	هل فقدت شهيتك للطعام (القدرة على الأكل)؟	4	3	2	1
14.	هل شعرت بالغثيان (الغثيان)؟	4	3	2	1
15.	هل تقييت؟	4	3	2	1
16.	هل عانيت من إمساك؟	4	3	2	1

انتقل إلى الصفحة التالية من فضلك

ARABIC	كثيراً جداً	بما فيه	قليلًا	إطلاقاً	خلال الأسبوع الماضي:
					الكتابة
4	3	2	1		17. هل كان لديك إسهام؟
4	3	2	1		18. هل كنت متعباً؟
4	3	2	1		19. هل عانيت من ألم أثر سلبياً على نشاطك اليومية؟
4	3	2	1		20. هل كان لديك صعوبة بالتركيز في بعض الأمور مثل قراءة الجريدة أو مشاهدة التلفزيون؟
4	3	2	1		21. هل شعرت بالتوتر؟
4	3	2	1		22. هل شعرت بالقلق؟
4	3	2	1		23. هل شعرت بالازعاج؟
4	3	2	1		24. هل شعرت بالاكتئاب؟
4	3	2	1		25. هل كانت لديك صعوبة بتذكر الأشياء؟
4	3	2	1		26. هل حالت الجسدية أو علاجك الطبي أثر سلبياً على جيابك العقلية؟
4	3	2	1		27. هل حالت الجسدية أو علاجك الطبي أثر سلبياً على جيابك الاجتماعية؟
4	3	2	1		28. هل حالت الجسدية أو علاجك الطبي أدى إلى مشاكل مالية؟

في الأسئلة التالية الرجاء الإشارة بدائرة حول الأرقام بين 1 - 7 الأكثر ملاءمة لك

29. كيف تقيّم صحتك عموماً خلال الأسبوع الماضي؟

7 6 5 4 3 2 1
متقل 1
سيء جداً

30. كيف تقيّم بحوزة جيابك عموماً/مستوى جيابك عموماً خلال الأسبوع الماضي؟

7 6 5 4 3 2 1
متقل 1
سيء جداً

Annexe 4



EORTC QLQ - H&N35

يقول المرضى في بعض الأحيان إنهم يتعرضون للأعراض أو المشاكل التالية. الرجاء تحديد إلى أي مدى حدث لك هذه الأعراض أو المشاكل خلال الأسبوع الماضي. الرجاء الإجابة بوضع دائرة حول الرقم الذي ينطبق على حالتكم.

مشكل	كثيراً جداً	كثيراً	قليلًا	كثيرًا	لا مطلقًا	مشكل الأسبوع الماضي:
4	3	2	1			31. هل كان لديك ألم في فكك؟
4	3	2	1			32. هل كان لديك ألم في فكك؟
4	3	2	1			33. هل كان لديك حساسية زائدة في فكك (حتى لمجرد اللمس)؟
4	3	2	1			34. هل كان لديك ألم في الطاق؟
4	3	2	1			35. هل كانت لديك مشاكل في بلع السوائل؟
4	3	2	1			36. هل كانت لديك مشاكل في بلع الطعام المهيروس؟
4	3	2	1			37. هل كانت لديك مشاكل في بلع الطعام الصلب؟
4	3	2	1			38. هل أصبت بشرقة أثناء البلع؟
4	3	2	1			39. هل كانت لديك مشاكل في أسنانك؟
4	3	2	1			40. هل كانت لديك مشاكل في أن تفتح فمك واسعًا؟
4	3	2	1			41. هل كان لديك جفاف في الفم؟
4	3	2	1			42. هل كان لديك لعاب لزج؟
4	3	2	1			43. هل كانت لديك مشاكل في حاليه للثدي؟
4	3	2	1			44. هل كانت لديك مشاكل في حاليه للثدي؟
4	3	2	1			45. هل كان لديك سعال؟
4	3	2	1			46. هل كان صوتك بمحاجة؟
4	3	2	1			47. هل شعرت أنك مريض (ليس على ما يرام)؟
4	3	2	1			48. هل كنت تشعر بالضيق من مظهرك؟

خلال الأربيع الماضى:				
الجهاز	غيرها	غيرها	غيرها	لا مرض
				49
4	3	2	1	هل كانت لديك مشكلة في تناول الطعام؟
4	3	2	1	هل كانت لديك مشكلة في تناول الطعام ألم ألم شرقي؟
4	3	2	1	هل كانت لديك مشكلة في تناول الطعام ألم الآخرين؟
4	3	2	1	هل كانت لديك مشكلة في الاستهانة بالجهاز في تناول الطعام؟
4	3	2	1	هل كانت لديك صعوبة في التحدث مع الآخرين؟
4	3	2	1	هل كانت لديك صعوبة في التحدث في الهاتف؟
4	3	2	1	هل كانت لديك مشكلة في التواصل الاجتماعي مع أفراد؟
4	3	2	1	هل كانت لديك مشكلة في التواصل الاجتماعي مع الأصدقاء؟
4	3	2	1	هل كانت لديك أي صعوبات في الفروج إلى الأماكن العامة؟
4	3	2	1	هل كانت لديك أي مشكلة في التواصل بيني مع الأسرة أو الأصدقاء؟ (مثل: المخالفة، تملق الآخرين، التغافل، الخ)
4	3	2	1	هل شعرت بذلك أقل إهتماماً بالجهاز؟
4	3	2	1	هل شعرت بذلك أقل إهتماماً بسلامة الجنس؟
خلال الأربيع الماضى:				
جي	جي	جي	جي	
2	1			61
2	1			هل استخدمت سكك لقطيع؟
2	1			62
2	1			هل تناولت أية مكملات غذائية (باستثناء الفيتامينات)؟
2	1			63
2	1			هل استخدمت أدوية للتنفس؟
2	1			64
2	1			هل نفس ورثي؟
				65
				هل زاد وزنك؟



BIBLIOGRAPHIE



Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

1. MOURHRI et al A.

Qualité de vie des patientes traitées par radiochimiothérapie concomitante pour cancer du col utérin. (Thèse N°208).

2. H&N cancer Argiris, A., Karamouzis, M.V., Raben, D., & Ferris, R.L.

« Head and neck cancer. » The Lancet, 2008.

3. Cancer Today [Internet]. [cité 29 sept 2024]. Disponible sur: <https://gco.iarc.who.int/today/>

4. Cancer Morocco 2020 country profile [Internet]. [cité 29 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/m/item/cancer-mar-2020>

5. Mehanna H, Paleri V, West CML, Nutting C.

Head and neck cancer—Part 1: Epidemiology, presentation, and prevention. BMJ. 20 sept 2010;341:c4684.

6. EORTC – Quality of Life [Internet]. 2018 [cité 29 sept 2024]. Head & Neck Cancer (update of QLQ-H&N35). Disponible sur: <https://qol.eortc.org/questionnaire/qlq-hn43/>

7. Bjordal K, Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, de Graeff A, Boysen M, Evensen JF, et al.

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 Off J Am Soc Clin Oncol. mars 1999;17(3):1008-19.

8. Constitution of the World Health Organization [Internet]. [cité 10 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

9. Sloan J, Dueck A, Qin R, Wu W, Atherton P, Novotny P, et al.

Quality of Life: The Assessment, Analysis, and Interpretation of Patient-Reported Outcomes by FAYERS, P. M. and MACHIN, D. Biometrics. 1 oct 2008;64:996.

10. Staquet M, Berzon R, Osoba D, Machin D.

Guidelines for reporting results of quality of life assessments in clinical trials. Qual Life Res. 1 oct 1996;5(5):496-502.

11. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil [Internet]. avr 1993 [cité 10 oct 2024];2(2). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8518769/>

12. Wilson IB, Cleary PD.

Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA. 4 janv 1995;273(1):59-65.

13. Osoba D.

Translating the science of patient-reported outcomes assessment into clinical practice. J Natl Cancer Inst Monogr. 2007;(37):5-11.

14. Kaplan RM, Bush JW.

Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. Health Psychol. 1982;1(1):61-80.

15. Routledge & CRC Press [Internet]. [cité 17 oct 2024]. Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials. Disponible sur: <https://www.routledge.com/Design-and-Analysis-of-Quality-of-Life-Studies-in-Clinical-Trials/Fairclough/p/book/9781420061178>
16. **Doward LC, McKenna SP.**
Defining patient-reported outcomes. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2004;7 Suppl 1:S4-8.
17. **Gill TM, Feinstein AR.**
A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA.* 24 août 1994;272(8):619-26.
18. **Bullinger M.**
Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research. *Restor Neurol Neurosci.* 2002;20(3-4):93-101.
19. **Wiklund I.**
Assessment of patient-reported outcomes in clinical trials: the example of health-related quality of life. *Fundam Clin Pharmacol.* juin 2004;18(3):351-63.
20. **Fiteni F, Westeel V, Pivot X, Borg C, Vernerey D, Bonnemain F.**
Endpoints in cancer clinical trials. *J Visc Surg.* févr 2014;151(1):17-22.
21. **Warr D, McKinney S, Tannock I.**
Influence of measurement error on assessment of response to anticancer chemotherapy: proposal for new criteria of tumor response. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* sept 1984;2(9):1040-6.
22. **Osoba D.**
What has been learned from measuring health-related quality of life in clinical oncology. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. oct 1999;35(11):1565-70.
23. **Fayers PM, Jones DR.**
Measuring and analysing quality of life in cancer clinical trials: a review. *Stat Med.* 1983;2(4):429-46.
24. **Lacasse Y, Sériès F.**
Qualité de vie liée à la santé : un guide de lecture. *Rev Mal Respir.* 1 sept 2004;21(4, Part 2):63-70.
25. **Testa MA, Simonson DC.**
Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med.* 28 mars 1996;334(13):835-40.
26. **Ringdal GI, Ringdal K.**
Testing the EORTC Quality of Life Questionnaire on cancer patients with heterogeneous diagnoses. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* avr 1993;2(2):129-40.
27. **Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D.**
Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* déc 1993;2(6):369-95.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

28. **Fayers P, Bottomley A,**
EORTC Quality of Life Group, Quality of Life Unit. Quality of life research within the EORTC—the EORTC QLQ-C30. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. mars 2002;38 Suppl 4:S125–133.
29. **Osoba D, Rodrigues G, Myles J, Zee B, Pater J.**
Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. janv 1998;16(1):139-44.
30. **Ware JE, Sherbourne CD.**
The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. juin 1992;30(6):473-83.
31. **Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al.**
The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. mars 1993;11(3):570-9.
32. **Yellen SB, Cella DF, Webster K, Blendowski C, Kaplan E.**
Measuring fatigue and other anemia-related symptoms with the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) measurement system. J Pain Symptom Manage. févr 1997;13(2):63-74.
33. Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use | Oxford Academic [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/book/24920>
34. **Hays RD, Anderson R, Revicki D.**
Psychometric Considerations in Evaluating Health-Related Quality of Life Measures. Qual Life Res. 1993;2(6):441-9.
35. **Aaronson N, Alonso J, Burnam A, Lohr KN, Patrick DL, Perrin E, et al.**
Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. mai 2002;11(3):193-205.
36. U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Drug Evaluation and Research, U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Biologics Evaluation and Research, U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Devices and Radiological Health. Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. Health Qual Life Outcomes. 11 oct 2006;4:79.
37. **Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al.**
The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst. 3 mars 1993;85(5):365-76.
38. **Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB.**
Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. 15 déc 2000;25(24):3186-91.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

39. Brousse C, Boisaubert B.

La qualité de vie et ses mesures. Rev Médecine Interne. 1 juill 2007;28(7):458-62.

40. www.odilejacob.fr [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Psychologie du cancer – Éditions Odile Jacob.

Disponible sur:

https://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/psychotherapie/psychologie-du-cancer_9782738128898.php

41. https://www.apa.org [Internet]. [cité 20 oct 2024]. As patients develop cancer at younger ages, psycho-oncologists are studying the mental health impact. Disponible sur:

<https://www.apa.org/monitor/2024/10/psychological-toll-early-onset-cancer>

42. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique.

43. Registre des cancers de Rabat, incidence des cancers à rabat année 2005. Edition 2009 [Internet]. [cité 25 oct 2024]. Disponible sur:

http://biblio.medramo.ac.ma/bib/RECRAB_2005.pdf

44. Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca 2008–2012 [Internet]. [cité 25 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.contrelecancer.ma/fr/documents/registre-des-cancers-de-la-region-du-grand-casab-3/>

45. Djomou F, Siafa AB, Nkouo YCA, Eko DM, Bouba DA, Ntep DBN, et al.

Aspects Epidémiologiques, Cliniques et Histologiques des Cancers de la Sphère Orl. Etude Transversale Descriptive au Chu de Yaoundé de 2015 à 2020: Epidemiology, clinical features and histology of ENT cancers: A cross sectional study from Yaounde. Health Sci Dis [Internet]. 3 août 2021 [cité 28 oct 2024];22(8). Disponible sur: <http://hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2885>

46. Siegel RL, Miller KD, Jemal A.

Cancer statistics, 2017. CA Cancer J Clin. 2017;67(1):7-30.

47. Principal Registre Des Cancers NORD-TUNISIE données 2004– 2006 [Internet]. [cité 29 oct 2024]. Disponible sur: <http://www.insp.rns.tn/doc/cancer/cancer17.pdf>

48. GIOVANNI A., ROBERT D.

Prise en charge orthophonique en cancérologie ORL (Coordonné par Antoine GIOVANNI | Danièle ROBERT) – Société française de Phoniatrie [Internet]. 2018 [cité 31 oct 2024].

Disponible sur: <https://www.phoniatrie-laryngologie.fr/2018/12/08/prise-en-charge-orthophonique-en-cancerologie-orl-coordonne-par-antoine-giovanni-daniele-robert/>

49. Cancer de la gorge et la laryngectomie – Emmanuel Babin [Internet]. [cité 31 oct 2024].

Disponible sur: <https://www.editions-harmattan.fr/catalogue/livre/cancer-de-la-gorge-et-la-laryngectomie/39994>

50. Ouattassi N, Benmansour N, ElFakir S, Nejjari C, Alami MN.

Translation and validation of EORTC QLQ-H&N 35 into Moroccan Arabic for ENT head and neck cancer patients in Morocco. Eur Arch Otorhinolaryngol. sept 2016;273(9):2727-34.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

51. **Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Próchnicki M, Rudzki S, Laskowska B, et al.**
Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2020;17(19):6938.
52. **Manoudi F, Chagh R, Asri F, Tarwate M, Tazi I, Tahiri A, et al.**
Les troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer. Une étude marocaine. *Psycho-Oncol.* déc 2010;4(S1):13-20.
53. **Masson E.**
EM-Consulte. [cité 3 nov 2024]. Impact psychosocial du cancer sur les adolescents et les jeunes adultes marocains : expérience de l’Institut national d’oncologie de Rabat. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/965274/impact-psychosocial-du-cancer-sur-les-adolescents->
54. **Bejenaru PL, Popescu B, Oancea ALA, Simion-Antonie CB, Berteșteanu GS, Condeescu-Cojocarița M, et al.**
Quality-of-Life Assessment after Head and Neck Oncological Surgery for Advanced-Stage Tumours. *J Clin Med.* 19 août 2022;11(16):4875.
55. **Sales MPU, Oliveira MI, Mattos IM, Viana CMS, Pereira EDB.**
The impact of smoking cessation on patient quality of life. *J Bras Pneumol.* mai 2009;35:436-41.
56. **Bejjou FE zahra, Ziani M.**
Qualité de vie des patients suivis pour cancers; expérience des services oncologie-médecine interne HMA.
57. **Amir Z, Kwan SY, Landes D, Feber T, Williams SA.**
Diagnostic delays in head and neck cancers. *Eur J Cancer Care (Engl).* déc 1999;8(4):198-203.
58. **Sabiri R, azery A, Wajih O, Benhessou M, Ennachit M, Kerroumi M.**
QUALITE DE VIE DES PATIENTES ATTEINTES DU CANCER DU COL ET SON RAPPORT AVEC LE SUPPORT SOCIAL A PROPOS DE 78 PATIENTES. *Int J Adv Res.* 31 mars 2021;9:534-9.
59. **Perwitasari DA, Atthobari J, Dwiprahasto I, Hakimi M, Gelderblom H, Putter H, et al.**
Translation and validation of EORTC QLQ-C30 into Indonesian version for cancer patients in Indonesia. *Jpn J Clin Oncol.* avr 2011;41(4):519-29.
60. **Lawrence DP, Kupelnick B, Miller K, Devine D, Lau J.**
Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004;(32):40-50.
61. **Hagstrom AD, Marshall PWM, Lonsdale C, Cheema BS, Fiatarone Singh MA, Green S.**
Resistance training improves fatigue and quality of life in previously sedentary breast cancer survivors: a randomised controlled trial. *Eur J Cancer Care (Engl).* sept 2016;25(5):784-94.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

62. **Galiano-Castillo N, Cantarero-Villanueva I, Fernández-Lao C, Ariza-García A, Díaz-Rodríguez L, Del-Moral-Ávila R, et al.**
Telehealth system: A randomized controlled trial evaluating the impact of an internet-based exercise intervention on quality of life, pain, muscle strength, and fatigue in breast cancer survivors. *Cancer*. 15 oct 2016;122(20):3166-74.
63. **Pearson E, Morris M, Di Stefano M, McKinstry C.**
Interventions for cancer-related fatigue: A scoping review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2 juin 2016;27.
64. **Bifulco G, De Rosa N, Tornesello ML, Piccoli R, Bertrando A, Lavitola G, et al.**
Quality of life, lifestyle behavior and employment experience: a comparison between young and midlife survivors of gynecology early stage cancers. *Gynecol Oncol*. mars 2012;124(3):444-51.
65. **Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Hammerlid E, Boysen M, Evensen JF, Biörklund A, et al.**
A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part II: Longitudinal data. *The Laryngoscope*. août 2001;111(8):1440-52.
66. **Bashir A, Kumar D, Dewan D, Sharma R.**
Quality of life of head and neck cancer patients before and after cancer-directed treatment - A longitudinal study. *J Cancer Res Ther*. 2020;16(3):500-7.
67. **Aghajanzadeh S, Tuomi L, Karlsson T.**
A 5-year prospective study of health-related quality of life in irradiated head and neck cancer patients: three trends of HRQL over time. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol – Head Neck Surg*. mai 2023;280(5):2617-22.
68. **Lee Y, Lim MC, Kim SI, Joo J, Lee DO, Park SY.**
Comparison of Quality of Life and Sexuality between Cervical Cancer Survivors and Healthy Women. *Cancer Res Treat Off J Korean Cancer Assoc*. 12 févr 2016;48(4):1321.
69. **A vos agendas ! Webinaire sur le « Retour et maintien en emploi après cancer » le 24/06 | CRAMIF [Internet].** [cité 15 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.cramif.fr/actualites/vos-agendas-webinaire-sur-le-retour-et-maintien-en-emploi-apres-cancer-le-2406>
70. **Thapa N, Maharjan M, Xiong Y, Jiang D, Nguyen TP, Petrini MA, et al.**
Impact of cervical cancer on quality of life of women in Hubei, China. *Sci Rep*. 10 août 2018;8(1):11993.
71. **p.pdfhall.com [Internet].** [cité 15 nov 2024]. Sondage Viavoice pour l’Institut Curie – Unicancer. Disponible sur: https://p.pdfhall.com/sondage-viavoice-pour-linstitut-curie-unicancer_59fe14761723dd7f3c92ada0.html
72. **Qualité de vie des patients après un cancer | D. Ahmed-Lecheheb, F. Joly [Internet].** [cité 15 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/revues/la-lettre-du-cancerologue/n-4-avril-2017-copy/qualite-de-vie-des-patients-apres-un-cancer>

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

73. **Afiyanti Y, Besral B, Haryani H, Milanti A, Nasution LA, Wahidi KR, et al.**
Liens entre les besoins non satisfaits, la qualité de vie et les caractéristiques des survivantes de cancers gynécologiques en Indonésie. *Can Oncol Nurs J.* 1 juill 2021;31(3):306.
74. **Psychologie Et Cancer par Guex A: (1989) | Démons et Merveilles [Internet].** [cité 15 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.abebooks.fr/edition-originale/Psychologie-Cancer-Guex-Payot-Lausanne-Nadir/31813573829/bd>
75. **Kübler-Ross E.**
Les derniers instants de la vie. *Labor et Fides*; 1975. 284 p.
76. **Massie MJ, Gagnon P, Holland JC.**
Depression and suicide in patients with cancer. *J Pain Symptom Manage.* 1 juill 1994;9(5):325-40.
77. Dépression et anxiété chez les femmes souffrant de cancers gynécologiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mai 2008;166(4):292-6.
78. **Hoffman MA, Weiner JS.**
Is Mrs S depressed? Diagnosing depression in the cancer patient. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1 juill 2007;25(19):2853-6.
79. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 1994. xxvii, 886 p. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed).
80. **Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD.**
The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics.* 1991;32(2):153-64.
81. **Le Fel J, Rigal O, Roy V, Rovira K.**
Vers une prise en charge des troubles cognitifs des patients atteints de cancer. *Prat Psychol.* 1 mars 2014;20(1):55-68.
82. **Ahles TA, Saykin AJ, McDonald BC, Furstenberg CT, Cole BF, Hanscom BS, et al.**
Cognitive function in breast cancer patients prior to adjuvant treatment. *Breast Cancer Res Treat.* 3 août 2007;110(1):143.
83. **Broeckel JA, Jacobsen PB, Balducci L, Horton J, Lyman GH.**
Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 1 juill 2000;62(2):141-50.
84. **Gussekloo J, Westendorp RGJ, Remarque EJ, Lagaay AM, Heeren TJ, Knook DL.**
Impact of mild cognitive impairment on survival in very elderly people: cohort study. *BMJ.* 25 oct 1997;315(7115):1053-4.
85. soins M de la santé et de l'accès aux, soins M de la santé et de l'accès aux. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 15 nov 2024]. Recommandations pour le Plan Cancer 2009–2013 – Rapport au Président de la République. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications->

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

officielles/rapports/sante/article/recommandations-pour-le-plan-cancer-2009-2013-rapport-au-president-de-la

86. **Jatoi A, Kahanić SP, Frytak S, Schaefer P, Foote RL, Sloan J, et al.**

Donepezil and vitamin E for preventing cognitive dysfunction in small cell lung cancer patients: preliminary results and suggestions for future study designs. *Support Care Cancer*. 1 janv 2005;13(1):66-9.

87. **Nicole A.**

Pourquoi des psychologues dans le service de cancérologie ? *Psychol MEDICALE*. 1994;(7 vol 26):647-50.

88. **Moulin P.**

Imaginaire social et Cancer. *Rev Francoph Psycho-Oncol*. 1 déc 2005;4(4):261-7.

89. **Wortman CB.**

Social support and the cancer patient. Conceptual and methodologic issues. *Cancer*. 15 mai 1984;53(10 Suppl):2339-62.

90. **Bruchon-Schweitzer M, Rascle N, Cousson-Gélie F, Fortier C, Sifakis Y, Constant A.**

Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6): Une adaptation française. *Psychol Fr*. 1 janv 2003;48:41-53.

91. NCCN [Internet]. [cité 15 nov 2024]. Guidelines Detail. Disponible sur:

<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1424>

92. **Glaus A, Crow R, Hammond S.**

A qualitative study to explore the concept of fatigue/tiredness in cancer patients and in healthy individuals. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. mars 1996;4(2):82-96.

93. **Bloechl-Daum B.**

Delayed Nausea and Vomiting Continue to Reduce Patients' Quality of Life After Highly and Moderately Emetogenic Chemotherapy Despite Antiemetic Treatment. *J Clin Oncol* [Internet]. 20 sept 2006 [cité 15 nov 2024]; Disponible sur: https://www.academia.edu/111287799/Delayed_Nausea_and_Vomiting_Continue_to_Reduce_Patients_Quality_of_Life_After_Highly_and_Moderately_Emetogenic_Chemotherapy_Despite_Antiemetic_Treatment

94. **Lindley CM, Hirsch JD, O'Neill CV, Transau MC, Gilbert CS, Osterhaus JT.**

Quality of life consequences of chemotherapy-induced emesis. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. oct 1992;1(5):331-40.

95. **Kawakami K, Yokokawa T, Kobayashi K, Sugisaki T, Suzuki K, Suenaga M, et al.**

Self-Reported Adherence to Capecitabine on XELOX Treatment as Adjuvant Therapy for Colorectal Cancer. *Oncol Res*. 1 apr. J.-C.;25(9):1625-31.

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

96. **Everdingen MHJ van den B van, Hochstenbach LMJ, Joosten EAJ, Tjan-Heijnen VCG, Janssen DJA.**
Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage*. 1 juin 2016;51(6):1070–1090.e9.
97. Livre blanc de la douleur 2017– Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur – <https://www.sfetd-douleur.org/wpcontent/uploads/2019/09/livre blanc-2017-10-24.pdf>.
Accès au site le 6/10/2020. [Internet]. [cité 15 nov 2024]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanco.pdf
98. Management of dyspnea in advanced cancer patients – PubMed [Internet]. [cité 15 nov 2024].
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10423049/>
99. **Spielman AJ, Glowinsky P.**
“The varied nature of insomnia. In: Hauri PJ, editor.” *Case studies in insomnia*. New York: Plenum Press; 1991. p. 1–15. [Internet]. [cité 16 nov 2024]. Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4757-9586-8_1
100. **Nordin K, Glimelius B.**
Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *Br J Cancer*. févr 1999;79(3-4):525-9.
101. **Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y.**
Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 15 mai 2004;22(10):1957-65.
102. **Ayana BA, Negash S, Yusuf L, Tigeneh W, Haile D.**
Reliability and Validity of Amharic Version of EORTC QLQ-C 30 Questionnaire among Gynecological Cancer Patients in Ethiopia. *PLoS ONE*. 15 juin 2016;11(6):e0157359.
103. **Rogers SN, Gwanne S, Lowe D, Humphris G, Yueh B, Weymuller EA.**
The addition of mood and anxiety domains to the University of Washington quality of life scale. *Head Neck*. juin 2002;24(6):521-9.
104. **Bjordal K, Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, de Graeff A, Boysen M, Evensen JF, et al.** 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 Off J Am Soc Clin Oncol*. mars 1999;17(3):1008-19.
105. **Mercier M, Schraub S.**
Qualité de vie: quels outils de mesure? 2005;
106. Image corporelle – Qualité de vie [Internet]. [cité 21 nov 2024]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Image-corporelle?utm_source=chatgpt.com

Qualité de vie des patients traités pour cancer de la sphère ORL au service d'oncologie radiothérapie au CHU Mohammed VI de Marrakech

107. Apaiser les préoccupations liées à l'image corporelle et à l'estime de soi | Société canadienne du cancer [Internet]. [cité 21 nov 2024]. Disponible sur: https://cancer.ca/fr/living-with-cancer/coping-with-changes/your-emotions-and-cancer/coping-with-body-image-and-self-esteem?utm_source=chatgpt.com
108. **Conroy T, Guillemin F, Kaminsky MC.**
Mesure de la qualité de vie des patients atteints de cancer colorectal métastatique : techniques et principaux résultats. *Rev Médecine Interne*. 1 août 2002;23(8):703-16.
109. Guide de réinsertion des cancéreux traités – Brugère, Jacques; Schraub, Simon; Groupe De Rédaction Et D'édition En Cancérologie Clinique: 9782704003723 – AbeBooks [Internet]. [cité 21 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.abebooks.fr/9782704003723/Guide-r%C3%A9insertion-canc%C3%A9reux-trait%C3%A9s-Brug%C3%A8re-2704003726/plp>
110. **Razavi D.**
Revue des bases conceptuelles concernant l'évaluation de la qualité de vie en réhabilitation. 1997;85-94.

قسم الطبيب

أَقْسِمْ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرَاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حِيَاةَ إِنْسَانٍ فِي كُلِّ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظَّرُوفِ
وَالْأَحْوَالِ بِادْلًا وَسُعْيٍ فِي إِنْقَادِهَا مِنَ الْهَلاَكِ وَالْمَرَضِ
وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كَرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ
سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِادْلًا رَعَايَتِي الطَّبِيعَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ
وَالظَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابَرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، وَأَسْخَرَهُ لِنَفْعِ إِنْسَانٍ لَا لَذَّاهُ.

وَأَنْ أَوْقَرَ مَنْ عَلِمَنِي، وَأَعْلَمَ مَنْ يَصْغِرُنِي، وَأَكُونَ أَخَا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيعَةِ مُتَعَاوِنِينَ
عَلَى الْبَرِّ وَالْتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حِيَاتِي مِصْدَاقًا إِيمَانِي فِي سِرَّيْ وَعَلَانِيَّتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يَشِينُهَا تَجَاهُ
اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

الأطروحة رقم 472

سنة 2024

**جودة حياة المرضى الذين يتم علاجهم من سرطان الأنف
والاذن والحنجرة بقسم العلاج الإشعاعي للأورام بالمستشفى
الجامعي محمد السادس بمراكش
أطروحة**

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/12/25

من طرف

السيد : سعيد واصي

المزداد في 1999/01/28 بأكفاي مراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

جودة الحياة، سرطان الانف والاذن والحنجرة، دراسة مستقبلية،
، العلاج الكيميائي EORTCQLQ-C30 EORTC QLQ-H&N35 العلاج الإشعاعي

اللجنة

الرئيس

أ. فخري

أستاذ في التشريح المرضي

السيد

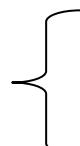
المشرف

م. خوشاني

أستاذة في علاج الأورام والعلاج الإشعاعي

السيدة

الحاكم



م. بصرفاوي

أستاذة في علاج الأورام والعلاج الإشعاعي

السيدة

ل. أدرموش

أستاذة في طب المجتمع، الصحة العامة وعلم الأوبئة

السيدة