

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Lucie BLAT

qui sera soutenu en juin 2021

**Reprise de la parole et de la déglutition suite à une
chirurgie carcinologique de la cavité buccale ou de
l'oropharynx avec reconstruction par lambeau**

MEMOIRE dirigé par

Marie ARNOLDI, Orthophoniste, Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, Hôpital Claude
Huriez, CHU de Lille

François MOUAWAD, Praticien hospitalier ORL, Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale,
Hôpital Claude Huriez, CHU de Lille

REMERCIEMENTS

Merci, à mes directeurs de mémoire, Madame Arnoldi et Monsieur Mouawad pour m’avoir guidée, accompagnée et soutenue tout au long de ces trois années. Merci à Madame Arnoldi pour m’avoir si bien accueillie comme stagiaire et pour avoir contribué au repérage, recrutement et suivi des participants de ce mémoire. Merci à Monsieur Mouawad pour sa disponibilité, son professionnalisme et sa reconnaissance.

*

Merci, aux neufs personnes – car ce sont bien des personnes avant d’être des patients – qui ont accepté de participer à ce mémoire, dans un moment de vie difficile, tout au moins préoccupant. J’ai rencontré chacun d’eux avec curiosité, plaisir et bienveillance. Leur parcours et leur manière de m’accueillir m’ont touchée, et j’ai rapidement compris la pertinence du sujet de ce mémoire.

*

Merci, à l’hôpital Claude Huriez, du CHU de Lille, pour m’avoir acceptée en tant que mémorante, mais aussi stagiaire tout au long de l’année universitaire 2020-2021.

*

Merci, à chacune de mes maîtres de stage, qui ont été à la fois intéressées et compréhensives. Outre ce travail de fin d’études, elles font partie des personnes qui m’ont donné envie d’exercer le métier d’orthophoniste. La théorie prend tout son sens dans la pratique.

*

Merci, à Agathe, Solène, Julie, Justine et Anne, mes compagnes de routes, qui sont là depuis le début de mon cursus. Une page se tourne, une autre s’ouvre.

*

Merci, à ma famille et à Océane, qui ont cru en moi bien plus que moi-même. Leur fierté m’a portée, pour venir à bout de ces études et pour rendre un travail dont je suis également fière.

*

Enfin, merci à Emile, mon binôme de vie, qui est toujours présent même quand il est absent, par la pensée.

*

« Les certitudes de la science se dissolvent dans les incertitudes de l’expérience. »

Lançon P. (2018). *Le lambeau*. Gallimard.

Résumé :

Les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx ont une incidence particulièrement élevée dans le nord de la France. Pour les tumeurs de stade trois et quatre, la chirurgie est indiquée en traitement principal et généralement complétée par des séances de radio-chimiothérapie. L'exérèse tumorale modifiant les structures de la cavité buccale et de l'oropharynx, elle est associée à une reconstruction par lambeau, afin de limiter les séquelles esthétiques et fonctionnelles. L'articulation des sons de la parole et la déglutition sont touchées. Ce mémoire cherche à comprendre dans quelle mesure la perte partielle de ces fonctions peut entraîner une altération de la qualité de vie. Ainsi, neuf participants ont complété deux questionnaires relatifs à la parole et la déglutition. Les résultats, bien que très hétérogènes, montrent que leur qualité de vie se dégrade dans les suites immédiates de la chirurgie et, même si elle s'améliore, reste altérée à distance. Il est important de distinguer séquelles fonctionnelles et séquelles psychosociales, qui sont corrélées mais qui n'ont pas la même sévérité. L'étude des variables contextuelles montre qu'une récurrence de cancer ORL influence peu les scores obtenus. Parmi les procédures chirurgicales, la PMI a plus de conséquences articulatoires, tandis que la BPTM touche plus la déglutition ; la PMNI entraîne moins de séquelles. Le lambeau libre montre de meilleurs résultats fonctionnels que les lambeaux pédiculés et locaux. Ces données viennent enrichir la littérature existante et souhaitent favoriser la prise en charge orthophonique précoce des patients ayant eu ce type de chirurgie.

Mots-clés : cancérologie ORL, cavité buccale, oropharynx, articulation, déglutition, lambeau, qualité de vie, orthophonie

Abstract :

Oral cavity and oropharynx cancers have a particularly high incidence in the north of France. For stage three and four tumours, surgery is indicated as the main treatment, usually completed by radio-chemotherapy. Removal of the tumour changes the structure of the oral cavity and oropharynx ; it is therefore associated with flap reconstruction to limit the aesthetic and functional consequences. Speech articulation and swallowing are impacted. This thesis aims to understand to what extent the partial loss of these functions can alter quality of life. Nine participants completed two questionnaires concerning speech and swallowing. Although the results are heterogenous, they show that their quality of life decreased following surgery and even if it improved with time, remained impaired. The functional and psychosocial consequences are correlated but their severity is different, which is why they need to be appreciated separately. The study of the contextual variables shows that a recurrence of an ENT cancer does not have a major impact on the initial results. Among the different surgeries, PMI impacts articulation the most, while BPTM impacts swallowing. PMNI generates fewer after-effects. The free flap reconstruction shows better functional results than the pedicled and local flap ones. These data supplement existing literature and aim to encourage early speech therapy intervention on patients that have experienced these types of surgery.

Keywords : ENT cancer, oral cavity, oropharynx, articulation, swallowing, flap, quality of life, speech therapy

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE THÉORIQUE.....	1
1. Les processus de déglutition et d'articulation.....	1
1.1. Anatomie de la cavité buccale et de l'oropharynx.....	1
1.2. La déglutition.....	2
1.2.1. Mécanismes physiologiques.....	2
1.2.2. Troubles de la déglutition.....	2
1.3. L'articulation des sons de la parole.....	3
1.3.1. Mécanismes physiologiques.....	3
1.3.2. Troubles de l'articulation.....	3
2. Cancres de la cavité buccale et de l'oropharynx.....	3
2.1. Facteurs de risque.....	4
2.2. Symptômes et diagnostic.....	4
2.3. Traitements.....	4
2.3.1. Types de chirurgies.....	4
2.3.2. Lambeaux de reconstruction.....	5
2.4. Conséquences fonctionnelles de la chirurgie.....	6
2.4.1. Sur l'articulation.....	6
2.4.2. Sur la déglutition.....	6
3. Rôle de l'orthophoniste.....	7
3.1. La prise en charge de l'articulation.....	7
3.2. La prise en charge de la déglutition.....	7
4. La qualité de vie en cancérologie ORL.....	7
4.1. Définition et application au domaine ORL.....	7
4.2. Présentation des questionnaires de qualité de vie.....	8
4.2.1. Le Speech Handicap Index (SHI).....	8
4.2.2. Le Swallowing Quality of Life (SWAL-QOL).....	8
PROBLÉMATIQUE : BUTS ET HYPOTHÈSES.....	9
MÉTHODE.....	9
1. Participants de l'étude.....	9
2. Matériel.....	9
3. Procédure de recueil et de traitement des données.....	9
3.1. Recueil des données.....	9
3.2. Traitement des données.....	10
RÉSULTATS.....	10
1. Caractéristiques des participants.....	10
2. Résultats au SHI.....	11
2.1. Présentation des résultats au T1, T2 et T3.....	11
2.1.1. T1 au SHI.....	12
2.1.2. T2 au SHI.....	12
2.1.3. T3 au SHI.....	13
2.2. Influence des variables.....	14
2.2.1. Récidive.....	14
2.2.2. Type de chirurgie.....	14
2.2.3. Type de lambeau.....	15
3. Résultats au SWAL-QOL.....	15
3.1. Présentation des résultats au T1, T2 et T3.....	15
3.2. Influence des variables.....	17
3.2.1. Récidive.....	17
3.2.2. Type de chirurgie.....	17
3.2.3. Type de lambeau.....	18

4. Comparaison des résultats avec les mémoires analogues.....	18
4.1. Résultats au SHI.....	18
4.2. Résultats au SWAL-QOL.....	19
DISCUSSION.....	20
1. Rappel des objectifs.....	20
2. Impact général des troubles de l’articulation et de la déglutition sur la qualité de vie.....	20
2.1. Lien entre séquelles fonctionnelles et séquelles psychosociales.....	20
2.2. Impact des troubles de l’articulation.....	21
2.3. Impact des troubles de la déglutition.....	22
3. Étude de l’influence des variables.....	23
3.1. Influence d’une récurrence de cancer ORL sur la qualité de vie.....	23
3.2. Influence du type de chirurgie sur la qualité de vie postopératoire.....	24
3.3. Influence du type de lambeau sur la qualité de vie postopératoire.....	25
4. Comparaison avec les mémoires analogues.....	25
5. Intérêts pour l’orthophonie.....	26
6. Limites de l’étude.....	27
7. Ouverture à la recherche.....	28
CONCLUSION.....	28
BIBLIOGRAPHIE.....	29
LISTE DES ANNEXES.....	33
Annexe n°A1 : Lieux d’articulation des consonnes de la langue française.....	33
Annexe n°A2 : Schémas reprenant les structures concernées lors d’une chirurgie de la cavité buccale ou de l’oropharynx (coupe frontale et coupe latérale).....	33
Annexe n°A3 : Lettre d’information.....	33
Annexe n°A4 : Formulaire de consentement.....	33
Annexe n°A5 : Speech Handicap Index (SHI).....	33
Annexe n°A6 : Swallowing-Quality of Life (SWAL-QOL).....	33
Annexe n°A7 : Caractéristiques des participants.....	33

INTRODUCTION

En 2018, on compte environ 380 000 nouveaux cas de cancers dont 10 000 tumeurs de la cavité buccale et de l'oropharynx en France (Santé Publique France, 2019). Les principaux facteurs de risques liés à ce type de cancers sont le tabagisme associé à la consommation excessive d'alcool (Barthélémy et al., 2005, p282). La région des Hauts-de-France a rassemblé le plus grand nombre de personnes atteintes (Santé Publique France, 2016).

Le traitement de ces tumeurs avancées stade trois ou quatre consiste à réaliser une exérèse chirurgicale sur la tumeur et les ganglions, puis un traitement par radiothérapie, chimiothérapie, ou radio-chimiothérapie. Une partie des structures de la cavité buccale et/ou de l'oropharynx sont donc retirées, ce qui a des conséquences sur les processus de déglutition et d'articulation des sons de la parole. Depuis quelques années, les techniques de réparation permettent de combler le vide par un lambeau qui peut être local, pédiculé ou libre, et de recouvrer une fonctionnalité partielle. L'orthophoniste intervient sur la reprise de la déglutition et de la parole suite à la chirurgie.

L'objectif de ce mémoire est d'analyser spécifiquement l'évolution de la déglutition et de l'articulation dans les premières semaines suivant la chirurgie, et d'en mesurer le retentissement au quotidien. La notion de qualité de vie du patient a désormais sa place dans la prise en charge globale, et dans l'évaluation de l'efficacité des traitements (Maingon et al., 2010, p527).

Ce travail s'inscrit dans la continuité de trois mémoires soutenus en 2020 (Carré, 2020 ; Fleury, 2020 ; Massoni, 2020). Les sujets inclus dans l'étude, issus du service d'ORL du CHU de Lille, ont répondu à deux tests validés pour étudier la parole et la déglutition, dans leurs dimensions fonctionnelle et psychosociale. Les participants ont été évalués à trois temps différents autour de la chirurgie, pour permettre une comparaison et mettre en évidence l'évolution des séquelles. Les réponses recueillies ont été mises en lien avec les caractéristiques propres aux participants : les antécédents médicaux-chirurgicaux, le type de chirurgie et le type de lambeau.

Les résultats apportés par cette étude permettront d'enrichir les données médicales et paramédicales autour de la prise en charge orthophonique de ces patients. La notion de qualité de vie post-cancer ORL était jusqu'ici peu abordée dans la littérature (Maingon et al., 2010, p527), ainsi ce travail tend à montrer l'intérêt de l'évaluation de la qualité de vie, tant pour les résultats fonctionnels, que pour l'impact psychosocial.

CONTEXTE THÉORIQUE

1. Les processus de déglutition et d'articulation

1.1. Anatomie de la cavité buccale et de l'oropharynx

La cavité orale est délimitée par les lèvres en avant, les joues latéralement, l'arc palatoglosse en arrière, le palais dur en haut et le plancher buccal en bas. Les dents et la langue mobile en sont les contenus principaux (Dulguerov et Remacle, 2009, p.49 ; Mc Farland, 2016).

L'oropharynx se situe en arrière de la cavité orale. Il est circonscrit en avant et en haut par l'arc palatoglosse (piliers antérieurs), en avant et en bas par la base de langue, latéralement par les loges amygdaliennes, en arrière par la paroi pharyngée postérieure, en haut par le voile du palais, et en bas par les vallécules et la face linguale de l'épiglotte. Les amygdales, les vallécules et la base de langue font partie de l'oropharynx (Dulguerov et Remacle, 2009, p.61-62 ; Mc Farland, 2016).

1.2. La déglutition

La déglutition permet de véhiculer des éléments liquides et solides (bol alimentaire) de la bouche à l'estomac. C'est à la fois un mécanisme volontaire et réflexe. Il se déroule en trois étapes : la phase orale, pharyngée et œsophagienne (Desport et al., 2011, p248). Des troubles de la déglutition peuvent subvenir à chacune de ces étapes.

1.2.1. Mécanismes physiologiques

La phase orale est à la fois volontaire et réflexe. Par mouvements masticatoires de la mandibule, mouvements rotatoires de la langue et insalivation, le bol alimentaire est préparé pour la phase suivante. Pour que la déglutition soit efficace, cette étape mobilise un certain nombre de muscles : jugaux, linguaux, masticateurs, labiaux, palatoglosses. Une fois le bolus formé, il est propulsé grâce à une dépression intra-buccale et une élévation de la base de langue. C'est le réflexe de déglutition. La phase pharyngée est réflexe. Par péristaltisme pharyngé, le bolus est conduit de l'oropharynx jusqu'au sphincter supérieur de l'œsophage (SSO), qui va s'ouvrir. Les voies aéro-digestives supérieures (VADS) sont sécurisées grâce à l'élévation laryngée, l'abaissement postérieur de l'épiglotte et la fermeture glottique. Enfin, lors de la phase œsophagienne, également réflexe, le péristaltisme œsophagien entraîne le bolus jusqu'au sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) (Dulguerov et Remacle, 2009 ; Mc Farland, 2016).

1.2.2. Troubles de la déglutition

Tableau 1. Principaux troubles de la déglutition lors de la phase orale et pharyngée.

Phase	Mécanisme	Troubles possibles	Conséquences fonctionnelles
Temps oral	Ouverture / fermeture labiale	Trismus Incontinence labiale	Défaut d'ouverture buccale Défaut de dépression intra-buccale, bavage
	Mastication	Absence de dents Faible tonicité musculaire Faible tonicité linguale	Bolus non ramolli, non rassemblé, non amené sous les dents
	Insalivation	Xérostomie	Bolus non ramolli
	Sensibilité	Hyposensibilité	Retard de déclenchement du réflexe, stases
	Propulsion	Retard de déclenchement Défaut d'occlusion labiale et vélaire Faible tonicité linguale	Rolling, difficultés d'initiation Défaut d'étanchéité et de dépression intra-buccale Défaut de propulsion du bolus
Temps pharyngé	Occlusion vélaire	Insuffisance vélaire	Reflux nasal
	Occlusion laryngée	Défaut d'abaissement de l'épiglotte, de fermeture glottique, d'élévation du larynx	Risque de fausse route primaire
	Propulsion du bolus	Faible péristaltisme pharyngé	Ralentissement, risque de fausse route
	Sensibilité	Hyposensibilité	Ralentissement, stases
	Ouverture du SSO	Défaut d'ouverture du SSO	Reflux, risque de fausse route primaire ou secondaire

Les troubles de la déglutition surviennent dans le cadre de pathologies neurodégénératives, d'accidents neurologiques (par exemple un accident vasculaire cérébral (AVC)), ou encore à la suite d'une chirurgie oto-rhino-laryngologique (ORL). Leurs sévérités sont variables mais ils peuvent gêner le patient au quotidien. Les fausses routes, directes ou indirectes, risquent d'entraîner des infections pulmonaires, allant parfois jusqu'au décès du patient (Pouderoux, 1999). Il est donc primordial de prendre en charge rapidement ces troubles, par exemple en adaptant les textures, ce qui relève de l'orthophonie, ou en proposant au patient une alternative à l'alimentation per os, sur décision médicale.

1.3. L'articulation des sons de la parole

1.3.1. Mécanismes physiologiques

Lors de la phonation, l'air émanant des poumons permet la vibration de la muqueuse des cordes vocales et l'émission d'un son, caractérisé par une fréquence fondamentale, et modifié par les structures supra-glottiques, dont la cavité buccale et l'oropharynx. La bouche et l'oropharynx jouent le rôle de cavités de résonance où la position des structures les unes par rapport aux autres va donner à la voix un timbre et un caractère unique. L'articulation des sons met en mouvement des structures de la cavité buccale et de l'oropharynx, modifiant le passage de l'air : le voile du palais, la luette, la langue mobile, les joues, les dents, les lèvres. Le mode articulaire détermine si le son est occlusif (un blocage de l'air puis une ouverture brusque) ou constrictif (un resserrement du passage de l'air). Enfin, un son peut être nasal ou oral selon l'abaissement du voile du palais (cf. Annexe A1). Par exemple, le phonème [p] est une consonne occlusive, orale, bilabiale et sourde. Produire un son de manière efficace demande de bouger ses articulateurs dans la bonne direction, à la bonne vitesse et avec une pression adéquate (Maillard, 2006).

1.3.2. Troubles de l'articulation

Un trouble articulaire est défini par une difficulté systématique à réaliser la séquence motrice permettant de produire un son en particulier. La production aboutit à un son non attendu ou omis, et va gêner l'intelligibilité du locuteur (Maillard, 2006). Par exemple, le phonème [ɾ] peut être transformé en un son très soufflé si la base de langue a été retirée lors d'une chirurgie ORL. À l'âge adulte, des difficultés articulaires peuvent survenir à la suite d'un accident neurologique, d'une chirurgie ORL ou dans le cadre d'une pathologie neurodégénérative. Ils vont avoir un retentissement sur le quotidien des patients, car la communication est altérée. Comme dans le cadre des troubles de la déglutition, l'orthophoniste joue un rôle primordial dans la prise en charge de ces patients (Balaguer et al., 2019).

2. Cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx

En 2018, les tumeurs de la cavité orale et de l'oropharynx touchent 6899 hommes et 2771 femmes (Santé Publique France, 2019). L'incidence et la mortalité sont en baisse mais les Hauts-de-France restent une région très touchée. Entre 2007 et 2016, elle compte le plus grand nombre de cas de cancers de l'entité lèvre-bouche-pharynx. Dans les départements du Nord et du Pas-De-Calais, qui sont les plus atteints, l'incidence est de 7 nouveaux cas pour 100 000 personnes par année chez les femmes (contre une moyenne de 5,2 en France), et chez les hommes de 36,7 nouveaux cas, contre 20,3 en moyenne nationale (Santé Publique France, 2016).

Parmi les cancers des VADS, entre 20 et 25% des tumeurs se situent dans l'oropharynx et entre 36 et 41% dans la cavité buccale (Barthélémy et al., 2008, p279) : ce sont les plus fréquents. Dans la majorité des cas, il s'agit de carcinomes épidermoïdes (Paré et Joly, 2017, p322).

2.1. Facteurs de risque

Le tabac est le principal facteur de risque des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx (Barthélémy et al., 2008, p282). L'alcool est considéré comme un co-facteur synergique : sa consommation associée à celle du tabac multiplie les risques de développer une tumeur (Rothman et Keller, 1972, p712 ; Paré et Joly, 2017, p323). Le risque de récurrence est augmenté si le patient poursuit sa consommation de toxiques (Halimi et al, 2015, p267). Le virus HPV (Human Papilloma Virus) est un facteur de risque dans le développement de cancers de l'oropharynx (INCa, 2020, p311). Des lésions précancéreuses, qui seraient d'après la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1978), un « tissu morphologiquement altéré sur lequel les chances d'apparition d'un cancer sont plus grandes que sur un tissu homologue apparemment sain », peuvent apparaître, notamment dans la cavité buccale, et nécessitent une surveillance rapprochée (Loeb et Evrard, 2008, p267). De plus, le risque de tumeur est augmenté si le patient a une mauvaise hygiène buccale.

2.2. Symptômes et diagnostic

Les symptômes associés à une tumeur de la cavité buccale ou de l'oropharynx sont généralement une odynophagie, une gêne buccale, un saignement, des douleurs endobuccales ou des difficultés alimentaires avec dysphagie. Le patient peut également présenter des signes physiques (lésion visible, tuméfaction cervicale). Des signes secondaires peuvent apparaître comme un amaigrissement, conséquence de troubles de la déglutition ou d'aggravation de l'état de santé global. D'après les recommandations de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie (SFORL, 2012), un examen complet de la sphère ORL doit être réalisé face à ces symptômes. Le bilan permet de repérer la tumeur, d'en faire la classification selon la TNM (UICC, 2017) et vérifier qu'il n'existe pas de cancer synchrone. Classiquement, une nasofibroscopie, une tomodensitométrie (TDM) cervicale et une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) sont réalisés dans le cadre du bilan d'extension. Un scanner thoracique est demandé pour évaluer l'atteinte à distance, car les facteurs de risque des cancers des VADS sont les mêmes que ceux du cancer du poumon (Dulguerov et Dulguerov, 2013, p1772).

2.3. Traitements

Face à un cancer de la cavité buccale et/ou de l'oropharynx, il existe trois types de traitements, qui sont souvent associés dans les stades avancés trois et quatre, sauf contre-indications. L'exérèse chirurgicale a pour but une résection totale avec marges de sécurité de la tumeur, tout en préservant au maximum la fonction de l'organe. Un évidement ganglionnaire homolatéral voire controlatéral est réalisé, selon la localisation de la tumeur et adapté à la présence de métastases ganglionnaires. Une reconstruction par lambeau chirurgical est largement pratiquée, pour limiter les séquelles fonctionnelles. La chirurgie se déroule sous anesthésie générale, par voie externe, ou mixte endobuccale et cervicale. La radiothérapie, plus ou moins chimiothérapie sont proposées en traitement adjuvant postopératoire (Ricard et al., 2007, p509).

2.3.1. Types de chirurgies

Une opération chirurgicale de la cavité buccale implique généralement l'exérèse d'une partie ou de la totalité de la langue mobile (glossectomie), et/ou d'une partie du plancher buccal

(pelvectomie), et/ou d'une partie de la mandibule (mandibulectomie). Une chirurgie de l'oropharynx implique généralement l'exérèse de la totalité de la loge amygdalienne, d'une partie de la base de langue, et/ou du voile du palais (cf. Annexe A2) (sforl.org).

Tableau 2. Structures concernées lors des chirurgies de la cavité buccale et/ou de l'oropharynx.

Type de chirurgie	Sous-types	Exérèse
Glossectomie	Partielle	Hémi-langue
	Subtotale	Langue mobile au 3/4
	Totale (rare)	Langue mobile Base de langue
Pelviglossectomie		Plancher buccal Partie de la langue mobile attenante
Pelvi-glosso- mandibulectomie	Non interruptrice (PMNI)	Plancher buccal Partie de la langue mobile attenante Muqueuse de la mandibule et os en non interrupteur
	Interruptrice (PMI)	Plancher buccal Partie de la langue mobile attenante Mandibule avec os en interrupteur
Bucco-pharyngectomie transmandibulaire (BPTM)		Partie de la mandibule (angle et branche montante ± branche horizontale) Loge amygdalienne attenante ± Voile du palais ± Base de langue

Note. ± : plus ou moins.

2.3.2. Lambeaux de reconstruction

La cavité buccale et l'oropharynx sont au carrefour de fonctions primordiales : la respiration, l'alimentation, l'articulation. Les conséquences esthétiques vont également modifier l'identité propre du patient. Ainsi, les techniques de reconstruction par lambeaux se sont développées. Le taux de réussite rapporté dans la littérature est d'environ 90% (David et al., 2011, p309).

Pour les lambeaux dits libres, le geste opératoire consiste à prélever un lambeau, le plus souvent composite (peau ± fascia ± muscle ± os), sur le corps du patient, et à le fixer sur la partie de la bouche ou de l'oropharynx qui vient d'être retirée. Le chirurgien procède à une revascularisation du lambeau par des anastomoses vasculaires au niveau des vaisseaux receveurs. Les lambeaux libres permettent de retrouver une relative mobilité et un comblement volumique (Kolb et Julieron, 2005, p28). Ils ne permettront pas de retrouver la fonctionnalité des tissus d'origine. Les lambeaux libres les plus utilisés sont le lambeau de péroné, le lambeau brachial externe et le lambeau antérolatéral de cuisse (Albert et Guedon, 2011, p117). Les lambeaux pédiculés respectent le trajet vasculaire initial. Le plus utilisé dans les chirurgies de la cavité buccale est celui de grand pectoral (Racadot et al., 2020, p651). Enfin, un lambeau est dit local lorsqu'il est prélevé directement sur les structures anatomiques proches de l'exérèse.

2.4. Conséquences fonctionnelles de la chirurgie

2.4.1. Sur l'articulation

Selon le type de chirurgie, les conséquences sur la parole varient. On peut toucher à un articulateur, par exemple, la langue : ainsi, les différents points d'articulation de la langue seront plus difficiles à réaliser voire impossibles (par exemple [t d n l s k g])(cf. Annexe A1). La chirurgie peut également modifier les cavités de résonance, par exemple en touchant le voile du palais : le patient aura alors une rhinolalie, car l'air va fuir systématiquement entre la cavité buccale et le nasopharynx. Le Tableau 3 reprend les conséquences sur l'articulation en fonction du type de chirurgie (Balaguer et al., 2019).

2.4.2. Sur la déglutition

L'opération chirurgicale peut entraîner tous types de troubles de la déglutition lors des temps oraux et pharyngés (voir Tableau 1). On retrouvera presque systématiquement une hyposensibilité de la zone traitée. En effet, des nerfs peuvent avoir été sectionnés et le lambeau, même correctement revascularisé, ne permettra pas de retrouver la même sensibilité qu'auparavant. La conséquence qui en découle est la présence de stases buccales et pharyngées, qui peut entraîner des fausses routes indirectes. Les fausses routes sont le risque majeur des troubles de la déglutition consécutifs à la chirurgie (Bidault et al., 2014). Le Tableau 3 reprend les séquelles de la chirurgie sur la déglutition.

Tableau 3. Conséquences fonctionnelles des chirurgies de la cavité orale et de l'oropharynx.

Type de chirurgie	Sous-types	Conséquences sur l'articulation	Conséquences sur la déglutition
Glossectomie	Partielle	<i>Peu de séquelles</i>	<i>Peu de séquelles</i> Trouble de sensibilité Trouble de contrôle du bolus
	Subtotale	Impossibilité de réaliser les phonèmes apico-alvéolaires	Pas de mobilité linguale Troubles de mastication, de contrôle, de propulsion du bolus
	Totale	Impossibilité de réaliser les phonèmes mobilisant la langue	<i>Troubles majeurs</i> de continence labiale, de mastication, de contrôle, de propulsion du bolus
Pelviglossectomie		Difficultés à réaliser les phonèmes bilabiaux, labio-dentaires et hypotonicité	Troubles de continence labiale, de mastication, de contrôle, de propulsion du bolus
Pelvi-glosso-mandibulectomie	PMNI	<i>Séquelles mineures, dépendantes de l'exercice linguale</i> Hypotonicité	Troubles de la mastication, de contrôle du bolus
	PMI	Difficultés à réaliser les phonèmes bilabiaux, labio-dentaires, les consonnes fricatives	Incontinence labiale Troubles de mobilité linguale, de mastication, de contrôle et de propulsion du bolus, stases
BPTM		Difficultés à réaliser les phonèmes mobilisant la langue (dorsaux) et bilabiaux Rhinolalie	Troubles de continence labiale, de mastication, de mobilité linguale, de contrôle et propulsion du bolus Risque de reflux nasal

3. Rôle de l'orthophoniste

Dans un premier temps, l'orthophoniste réalise un bilan avec le patient. Il s'agit de faire un état des lieux sur son articulation et sa déglutition. L'idéal est de réaliser un premier entretien en préopératoire, pour avoir une référence sur ses capacités (rechercher des troubles de l'articulation pré-existants), et pour lui expliquer les conséquences de la chirurgie ainsi que les enjeux de la prise en charge. Après la chirurgie, il sera important d'observer l'étendue de l'exérèse, le lambeau de reconstruction, l'état cicatriciel. La fonctionnalité des processus articulatoires et de déglutition se travaillera au travers de la sensibilité, la tonicité musculaire, et la motricité des structures conservées ou controlatérales restantes. La réhabilitation des processus d'articulation et de déglutition se complète (Desport et al., 2011 ; Desport et al., 2014).

3.1. La prise en charge de l'articulation

Comme le montre le Tableau 3, les conséquences sur l'articulation sont multiples et leurs sévérités varient. L'orthophoniste va non seulement faire travailler le patient sur les phonèmes qui lui sont difficilement réalisables, mais aussi les compenser en s'appuyant sur les capacités articulatoires résiduelles. Les difficultés peuvent concerner les voyelles et les consonnes. Généralement, il y aura un travail de renforcement de la tonicité musculaire pour limiter l'imprécision articulatoire et favoriser la mobilité des structures (par exemple, en cas de rhinolalie). Le souffle sera également abordé. L'orthophoniste va stimuler la sensibilité du lambeau. Il s'agira aussi de compenser les impossibilités articulatoires en créant de nouveaux contacts là où il n'y en a plus. Par exemple, un phonème apico-alvéolaire peut être compensé par contact labio-alvéolaire quand il n'y a plus de langue mobile, ou contact apico-palatal (légèrement postériorisé) quand le moignon de langue restant le permet.

Il sera important de replacer la production phonétique dans un contexte fonctionnel et écologique : le patient doit pouvoir communiquer efficacement avec ses interlocuteurs. C'est un facteur essentiel à la qualité de vie (Heutte, Plisson, Lange, Prevost et Babin, 2014, p34).

3.2. La prise en charge de la déglutition

Sur le même principe que l'articulation, le but de cette prise en charge n'est pas forcément de retrouver l'efficacité de la déglutition préopératoire, mais de permettre une déglutition fonctionnelle. Idéalement, elle doit permettre au patient de s'alimenter per os tout en protégeant ses VADS. La prise en charge suivra une progression précise, adaptée au patient. Pour cela, l'orthophoniste proposera un travail ciblé de la déglutition, et mettra en place des stratégies adaptatives pour compenser les difficultés et sécuriser davantage les voies respiratoires. Il se composera généralement de mobilisations musculaires (praxies) pour renforcer la tonicité des muscles, par exemple en cas d'incontinence labiale. Le thérapeute viendra stimuler la sensibilité pour permettre une propulsion du bolus plus efficace et éviter les stases. La protection des VADS passera par la posture, les manœuvres (ex. sus-glottique), l'adaptation des textures et des quantités. Le bol alimentaire peut être introduit en arrière de la cavité buccale (Bretancourt et al., 2011).

4. La qualité de vie en cancérologie ORL

4.1. Définition et application au domaine ORL

L'évolution des techniques médicales a permis d'allonger significativement la durée de vie

des patients. Au-delà de la quantité, il est de plus en plus question de la qualité de vie (Babin et al., 2005, p134). Celle-ci s'articule entre traitements, gestes médicaux gravitant autour d'un patient, et perception de soi, vécu de sa pathologie, propre à chacun (selon ses croyances, sa culture, son mode de vie...). Il s'agit d'un concept subjectif, ainsi, les données peuvent être très hétérogènes d'un patient à l'autre, pour une même pathologie. On observe cependant des altérations significatives de la qualité de vie à la suite de chirurgies de la face et du cou (Mlynarek et al., 2008, p6).

Le but de toute proposition thérapeutique en cancérologie ORL est d'obtenir des données objectives d'amélioration de la santé du patient, mais aussi de tenir compte de sa qualité de vie. Après la chirurgie, l'esthétique, l'image de soi, la perte de certaines fonctions, l'incidence psychologique, sont autant de raisons (non exhaustives) qui peuvent altérer la qualité de vie.

Dans la littérature, la qualité de vie postopératoire en cas de cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx est peu mesurée, ou de manière peu spécifique (Mlynarek et al., 2008, p7). Or, les conséquences fonctionnelles et esthétiques peuvent être très différentes entre un patient opéré de la cavité buccale ou de l'oropharynx, et un patient opéré du pharyngo-larynx. La parole et la déglutition sont des fonctions qui font partie de la qualité de vie postopératoire. Nous les retrouvons dans tous les questionnaires validés qui la quantifie, mais au travers d'un petit nombre d'items, peu représentatifs des conséquences au quotidien (Michaelsen et al., 2017, p97).

4.2. Présentation des questionnaires de qualité de vie

4.2.1. Le Speech Handicap Index (SHI)

Adapté et comparé au Voice Handicap Index (VHI) (Jacobson et al., 1997), le SHI dans sa version française (Degroote et al., 2012) est spécifique aux troubles de la parole. Il se distingue du VHI en explorant la qualité de vie relative à l'articulation des sons (cavité buccale et oropharynx) plutôt que la voix (larynx). Le questionnaire se compose de trente items. Les auteurs du SHI ont choisi de scinder la qualité de vie en deux sous-concepts, complémentaires. Ainsi, une sous-échelle évalue le versant fonctionnel de l'articulation, lié aux symptômes purs, tandis qu'une seconde sous-échelle analyse l'impact psychosocial des troubles. Le participant doit évaluer la fréquence de ses symptômes et ses ressentis, à l'aide d'une échelle de Likert (jamais, presque jamais, parfois, presque toujours ou toujours). Plus le score augmente, plus le handicap est important, plus la qualité de vie est altérée.

4.2.2. Le Swallowing Quality of Life (SWAL-QOL)

Le SWAL-QOL dans sa version française (Khaldoun et al., 2009) est construit en complémentarité du Dysphagia Handicap Index (DHI) (Silbergleit et al., 2012). En effet, le DHI évalue de manière globale la qualité de vie relative aux troubles de la déglutition, tandis que le SWAL-QOL catégorise différents aspects de la déglutition, permettant ainsi de spécifier l'origine de la dégradation de la qualité de vie, et son évolution postopératoire. Le questionnaire se compose de quarante-quatre items, répartis en dix sous-échelles : l'impact des troubles de la déglutition, le désir et la durée des repas, la sélection des aliments, la communication, les craintes, la dépression, l'impact social et la fatigue. De la même manière que le SHI, chaque participant évalue la fréquence de ses symptômes à l'aide d'adverbes (toujours, souvent, parfois, rarement, jamais...), associés à un score, de 1 à 5. Plus le score augmente, meilleure est la qualité de vie relative au domaine exploré. D'après les auteurs, les items les plus dégradés au SWAL-QOL, dans le cadre de chirurgies de la face et du cou, seraient le désir de manger et la crainte des complications.

PROBLÉMATIQUE : BUTS ET HYPOTHÈSES

Dans la perspective d'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancers de la cavité buccale ou de l'oropharynx, il apparaît pertinent de s'intéresser à leur qualité de vie postopératoire. Celle-ci comprend les aspects fonctionnels et l'impact psychosocial liés aux troubles de la déglutition et de l'articulation faisant suite à la chirurgie. Ainsi, le but de ce mémoire est de préciser les troubles consécutifs à la chirurgie et de répondre à la question : dans quelles mesures les séquelles fonctionnelles ont un impact sur la qualité de vie du patient ? Nous faisons l'hypothèse que la chirurgie a un impact durable sur les processus de déglutition et d'articulation, et que la qualité de vie est dépendante de ces fonctions. Ainsi, on peut s'attendre à voir la qualité de vie se dégrader juste après le geste opératoire, mais s'améliorer à distance. À plus long terme, ce mémoire a pour but d'enrichir les ressources à disposition des orthophonistes à propos de ce type de patient, et de montrer l'intérêt d'une prise en charge précoce.

MÉTHODE

1. Participants de l'étude

Les sujets inclus dans ce mémoire ont bénéficié d'une chirurgie de la cavité buccale ou de l'oropharynx dans le cadre du traitement d'une lésion carcinologique, avec reconstruction par lambeau. Les patients présentant un quelconque trouble de la compréhension, refusant de participer à l'étude, ou présentant des complications postopératoires importantes ont été exclus des données. Tous les participants ont été recrutés depuis le service d'ORL et du CCF du CHU de Lille.

2. Matériel

Au préalable, une lettre d'information (cf. Annexe A3) et un formulaire de consentement (cf. Annexe A4) ont été présentés au patient. Après accord, les données propres à chaque participant ont été relevées et rassemblées dans un tableur (LibreOffice Calc®) : données administratives générales (âge, sexe), antécédents médicaux, facteurs de risque, localisation et stade de la tumeur, type de chirurgie, type de lambeau, traitement complémentaire (radiothérapie ± chimiothérapie). L'évaluation de la qualité de vie relative à la déglutition et la parole s'est faite à l'aide de deux questionnaires validés. L'interprétation a été réalisée à l'aide des données de la littérature (Rinkel et al., 2008 ; McHorney et al., 2000, 2000, 2002, 2006).

- Le Speech Handicap Index (SHI), dans sa version française (Degroote et al., 2012) (cf. Annexe A5).
- Le Swallowing-Quality of Life (SWAL-QOL), dans sa version française (Khaldoun et al., 2009) (cf. Annexe A6).

3. Procédure de recueil et de traitement des données

3.1. Recueil des données

En pratique, les participants remplissaient les questionnaires. Le recueil des données a été réalisé à trois temps. En préopératoire (T1), pour récupérer les données propres au patient, faire état de ses capacités fonctionnelles avant la chirurgie, et pour mieux évaluer ensuite l'étendue des

séquelles sur son articulation et sa déglutition. Généralement, le patient était hospitalisé la veille de son intervention, la première passation se faisait donc à ce moment. En postopératoire immédiat (T2), entre J10 et J15 de l'intervention, afin d'effectuer un premier bilan fonctionnel. Ces données ont permis de rendre compte des séquelles immédiates de la chirurgie. En postopératoire à distance (T3), à un mois de la chirurgie, le patient était alors rentré à domicile. En pratique, il se présentait à l'hôpital dans le cadre d'une consultation ORL, pour vérifier son état de santé général, l'état cicatriciel et l'évolution de la reprise alimentaire. Cette troisième et dernière évaluation a permis de voir l'évolution des séquelles dans le temps.

3.2. Traitement des données

Les données récoltées (caractéristiques des participants et réponses aux questionnaires) ont été rassemblées dans un tableur (LibreOffice Calc®) et analysées statistiquement à l'aide du site en ligne BiostaTGV (www.biostatgv.sentiweb.fr). Nous avons choisi d'utiliser des tests non paramétriques en raison de la petite taille d'échantillon de cette étude ($n = 9$). D'après les recommandations de la littérature, toute mesure est considérée comme significative lorsque la valeur de p associée est inférieure à 0,05. Les graphiques ont été réalisés sur tableur.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

Au total, neuf participants ont répondu aux critères d'inclusion de l'étude. Tous sont des hommes. Leur âge est compris entre 52 et 70 ans, avec pour moyenne d'âge 61,78 ans (écart-type : 6,08 ans). Toutes les données liées aux participants sont détaillées dans le tableau A7 (cf. Annexe A7). Tous les participants ont pour facteur de risque une intoxication (tabac et/ou alcool), sevrée ou non. Pour cinq participants sur neuf (55,56%), il s'agit d'un premier cancer ORL. Pour quatre participants sur neuf (44,44%), il s'agit d'une récurrence de cancer ORL. Tous les patients ont une lésion tumorale de type carcinome épidermoïde. Le tableau ci-après reprend les différentes localisations des lésions tumorales.

Tableau 4. Localisation tumorale des participants.

Région	Localisation tumorale	Nombre de participants
Cavité buccale	Gencive	1
	Plancher buccal	2
	Plancher buccal + langue + mandibule	1
	Mandibule	1
	Commissure intermaxillaire	1
Oropharynx	Sillon amygdalogue + base de langue	2
	Commissure intermaxillaire + amygdale	1

Concernant le traitement chirurgical, la majorité des participants ont bénéficié d'une PMI ou d'une BPTM (88,89%). Le lambeau de reconstruction le plus utilisé est le lambeau libre (6), et plus spécifiquement celui de péroné (5). Le tableau ci-après reprend les différentes techniques d'exérèse pratiquées et le type de lambeau de reconstruction associé.

Tableau 5. Type de chirurgies et type de lambeau reçus par les participants.

Chirurgie	Lambeau			Nombre total de participants
	Libre	Pédiculé	Local	
PMI	3		1	4
BPTM	3	1		4
PMNI			1	1
Total	6	1	2	9

La qualité de vie liée a été analysée sous l'influence de trois variables : le contexte de récurrence, le type de chirurgie pratiquée, et le type de lambeau utilisé. L'incidence de la localisation tumorale n'a pas été explorée car presque tous les participants avaient une localisation lésionnelle qui leur était propre, et il apparaît plus pertinent d'analyser l'influence du type de chirurgie à partir du T2.

2. Résultats au SHI

2.1. Présentation des résultats au T1, T2 et T3

Tous les participants ont complété le questionnaire de qualité de vie SHI au moins une fois : sept participants ont rempli le T1, neuf participants ont rempli le T2 et quatre participants ont rempli le T3. Plus le score global augmente, plus le retentissement des troubles de l'articulation sur la qualité de vie est important. Les auteurs du SHI ont précisé que le seuil pathologique se trouvait à partir de 28/120 au score global, car 95% de la population saine (groupe contrôle) a obtenu un score moyen inférieur à cette valeur. Nous avons considéré comme « dégradé » un item qui obtenait au moins 50% de réponses supérieures ou égales à « presque jamais ».

Tableau 6. Synthèse générale des scores obtenus au SHI.

Protocole	Sous-échelle fonctionnelle /56		Sous-échelle psychosociale /56		Score global /120	
	min-max	moy (ET)	min-max	moy (ET)	min-max	moy (ET)
T1 (n = 7)	0-9	3,00 (3,37)	0-6	1,43 (2,23)	0-11	4,43 (4,65)
T2 (n = 9)	1-36	19,78 (13,22)	0-38	15,22 (12,26)	1-74	35,89 (24,92)
T3 (n = 4)	11-29	18,25 (7,72)	6-23	11,25 (7,89)	18-52	29,75 (15,2)

Note. Les valeurs en gras indiquent un score pathologique au SHI (supérieur ou égal à 28/120). min : minimum. max : maximum. moy : moyenne. ET : écart-type.

Quel que soit le moment de la passation, la grande étendue des réponses (maximum-minimum) et les écarts-types élevés révèlent la subjectivité interpersonnelle propre à chaque participant. Le seuil pathologique n'est pas atteint au T1, mais le devient au T2 et persiste au T3. Les six participants ayant rempli communément le SHI au T1 et au T2 obtiennent un score moyen significativement ($p = 0,05$) supérieur au T2. Leur qualité de vie liée à la parole s'est dégradée de manière significative juste après la chirurgie. À distance de la chirurgie, la qualité de vie s'est améliorée entre le T2 et le T3, même si elle reste pathologique. La différence moyenne des scores entre le T2 et T3 n'est pas significative ($p > 0,05$).

L'échelle fonctionnelle est, en moyenne, toujours plus atteinte que l'échelle psychosociale. L'augmentation des scores aux deux échelles suit une relative proportionnalité. D'un point de vue statistique, il n'existe pas de corrélation significative au T1 entre les scores obtenus à l'échelle fonctionnelle et ceux obtenus à l'échelle psychosociale ($r_s(7) = 0,62$ et $p > 0,05$). Au T2, on peut

établir une corrélation significative ($r_s(9) = 0,97$ et $p < 0,05$) entre l'échelle fonctionnelle et psychosociale, qui évoluent dans le même sens. Il existe un lien entre trouble fonctionnel et dégradation de la qualité de vie liée à la parole, à court terme du traitement chirurgical. Ce lien persiste à distance de la chirurgie, puisqu'au T3, on retrouve cette corrélation significative ($r_s(4) = 0,95$ et $p = 0,05$).

2.1.1. T1 au SHI

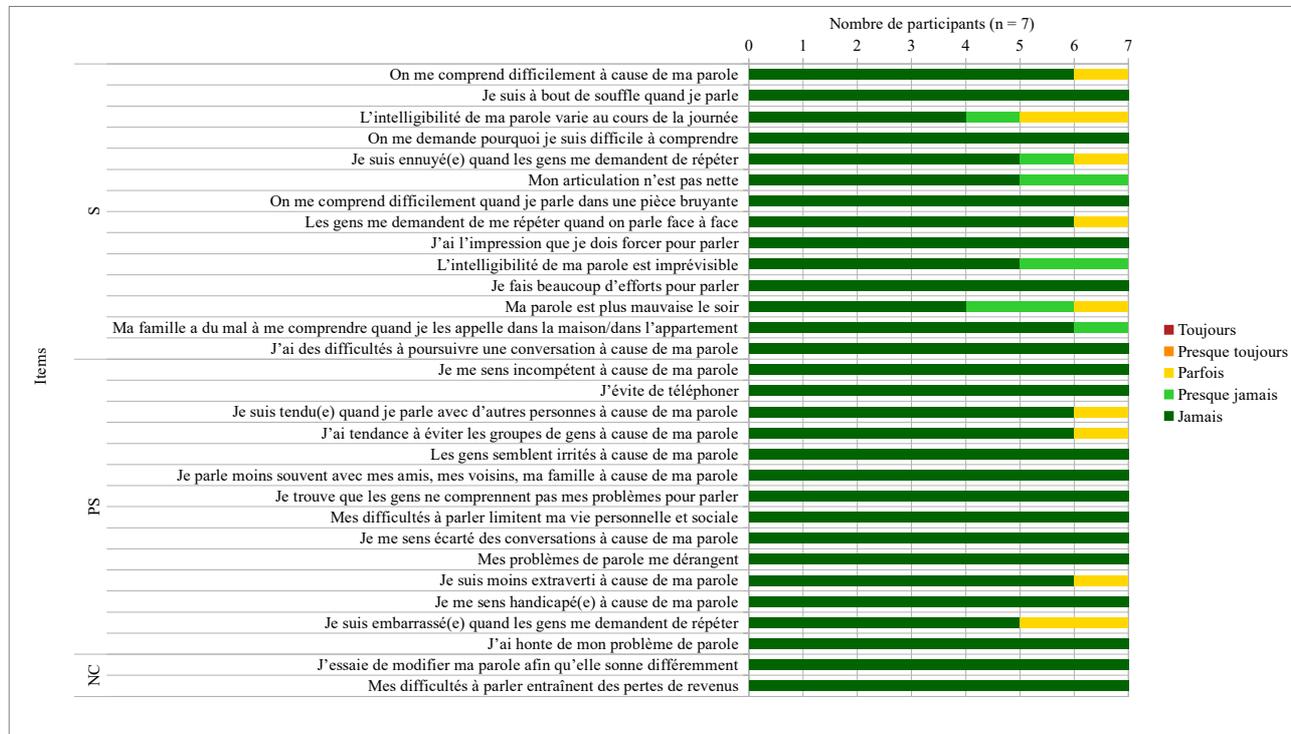


Figure 1. Synthèse des réponses au T1 (SHI).

Note. S : échelle fonctionnelle. PS : échelle psychosociale. NC : non-classés.

Au T1, 90,48% (190/210) des réponses des participants se situent sur l'adverbe « jamais » : plus de la moitié des problématiques soulevées (17/30) ne sont « jamais » rencontrées par les participants. Le reste des réponses est réparti comme suit : 4,29% (9/210) pour « presque jamais », 5,24% (11/210) pour « parfois », 0% (0/210) pour « presque toujours », et 0% (0/210) pour « toujours ». Aucun item n'est considéré comme dégradé, tel que nous l'avons décidé au préalable. Pour l'échelle fonctionnelle, l'item le plus dégradé est « L'intelligibilité de ma parole varie au cours de la journée », deux participants sur sept ont estimé rencontrer « parfois » cette problématique. Pour l'échelle psychosociale, l'item le plus dégradé est « Je suis embarrassé(e) quand les gens me demandent de répéter », avec deux participants sur sept qui y ont répondu par « parfois ».

2.1.2. T2 au SHI

Au T2, on chute à 52,96% (143/270) des réponses sur « jamais », 9,26 % (25/270) sur « presque jamais », 15,93% (43/270) sur « parfois », 8,89% (24/270) sur « presque toujours », et 12,96% (35/270) sur « toujours ». On observe une répartition plus diverse au T2 qu'au T1. La qualité de vie liée à la parole diminue significativement ($p = 0,05$).

Au total, treize items sur trente sont dégradés au T2. À l'échelle fonctionnelle, l'item le plus dégradé est « Mon articulation n'est pas nette », avec 100% des réponses qui sont égales ou supérieures à « presque jamais », dont cinq se situent sur « presque toujours » et « toujours ». Les items les mieux préservés sont « On me demande pourquoi je suis difficile à comprendre » et « Ma

famille a du mal à me comprendre quand je les appelle dans la maison/dans l'appartement » (huit « jamais », un « parfois »). Au score psychosocial, l'item le plus dégradé est « Mes problèmes de parole me dérangent », auquel sept participants (77,78%) répondent par au moins « parfois », dont trois répondent « toujours ». L'item le mieux préservé est « J'ai honte de mon problème de parole », 100% des participants ne rencontrent « jamais » cette difficulté.

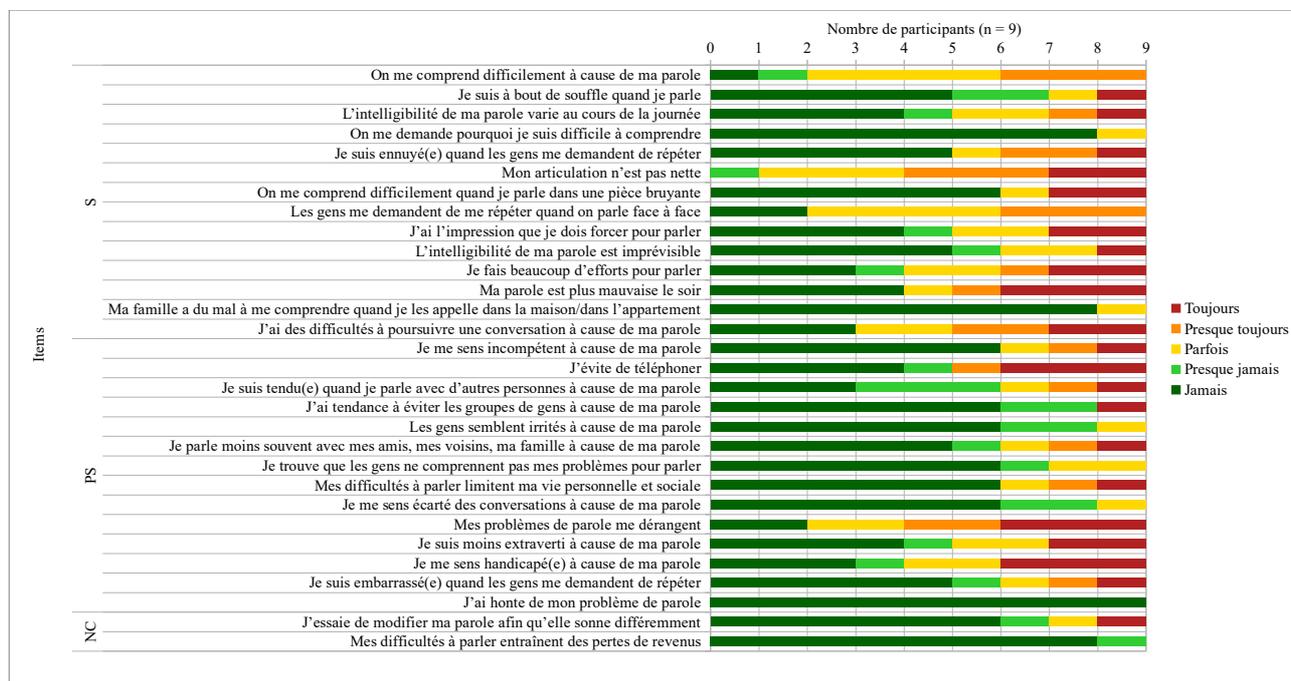


Figure 2. Synthèse des réponses au T2 (SHI).

Note. S : échelle fonctionnelle. PS : échelle psychosociale. NC : non-classés.

2.1.3. T3 au SHI

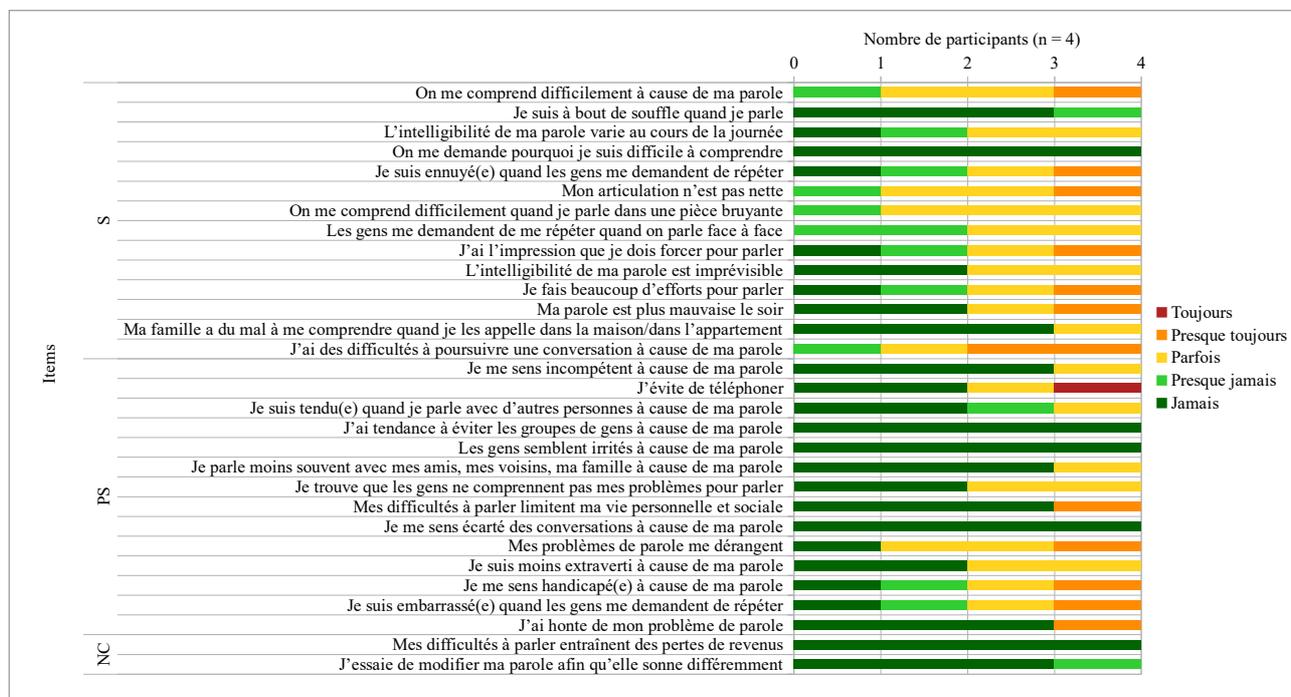


Figure 3. Synthèse des réponses au T3 (SHI).

Note. S : échelle fonctionnelle. PS : échelle psychosociale. NC : non-classés.

Au T3, 50% (60/120) des réponses se situent sur « jamais », 12,5% (15/120) sur « presque jamais », 25,83% (31/120) sur « parfois », 10,83% (13/120) sur « presque toujours » et 0,83% (1/120) sur « toujours ». La qualité de vie liée à la parole augmente par rapport au T2, mais de manière non significative ($p > 0,05$). Au total, dix-huit items sur trente sont dégradés au T3, mais de manière moins sévère qu'au T2, puisque le nombre d'occurrences sur « toujours » s'approche de zéro (1/120).

À l'échelle fonctionnelle, l'item le plus dégradé est « J'ai des difficultés à poursuivre une conversation à cause de ma parole », tous les participants estiment rencontrer cette problématique, dont un « presque jamais », un « parfois », et deux autres « presque toujours ». L'item le mieux préservé est « On me demande pourquoi je suis difficile à comprendre », aucun participant n'estime que ce soit le cas. À l'échelle psychosociale, l'item le plus dégradé est « Mes problèmes de parole me dérangent », trois participants sur quatre estiment rencontrer cette difficulté, dont deux « parfois » et un « presque toujours ». Plusieurs items sont totalement préservés, comme « J'ai tendance à éviter les groupes de gens à cause de ma parole » ou « Les gens semblent irrités à cause de ma parole ».

2.2. Influence des variables

2.2.1. Récidive

Tableau 7. Moyennes des échelles et scores globaux au SHI selon le contexte de récidive.

	Premier cancer (n = 5)			Récidive (n = 4)		
	T1	moy (ET)		T1	moy (ET)	
		T2	T3		T2	T3
Échelle fonctionnelle /56	4 (4,58)	16,6 (13,35)	14,5 (4,95)	2,25 (2,63)	23,75 (13,79)	22 (9,9)
Échelle psychosociale /56	2,67 (3,06)	9,2 (9,63)	7 (1,41)	0,5 (1)	22,75 (11,87)	15,5 (10,61)
Score global /120	6,67 (5,86)	27,4 (23,88)	22 (5,66)	2,75 (3,4)	46,5 (25,01)	37,5 (20,51)

Note. Les valeurs en gras indiquent un score pathologique au SHI (supérieur ou égal à 28/120). moy : moyenne. ET : écart-type.

Il nous a semblé intéressant de comparer les résultats au T1, dans l'hypothèse d'un score plus déficitaire chez les patients récidivants, en raison de séquelles fonctionnelles des tumeurs et/ou de leurs traitements antérieurs. La différence entre les moyennes obtenues n'est pas significative ($p > 0,05$), ne permettant pas de conclure à un lien. Au T2, de manière non significative ($p > 0,05$), le score devient pathologique pour les récidives, mais pas pour les premiers cancers. On retrouve ce résultat au T3. Quel que soit le contexte, les scores aux échelles et le score global augmentent au T2 puis baissent au T3, sans pour autant s'approcher de ceux du T1. On retrouve des scores plus élevés à l'échelle fonctionnelle en cas de récidive. C'est le cas également pour l'échelle psychosociale. Les patients qui récidivent un cancer ORL semblent avoir une qualité de vie plus dégradée.

2.2.2. Type de chirurgie

Tableau 8. Moyennes des échelles et scores globaux au SHI selon le type de chirurgie.

	BPTM (n = 4)		PMI (n = 4)		PMNI (n = 1)	
	moy (ET)		moy (ET)		moy (ET)	
	T2	T3	T2	T3	T2	T3
Échelle fonctionnelle /56	17,25 (13,23)	11 (NC)	26 (12,57)	20,67 (7,37)	5 (NC)	NC
Échelle psychosociale /56	11,75 (9,6)	6 (NC)	22,5 (12,01)	13 (8,66)	0 (NC)	NC
Score global /120	30,5 (22,58)	18 (NC)	49 (23,68)	33,67 (15,95)	5 (NC)	NC

Note. Les valeurs en gras indiquent un score pathologique au SHI (supérieur ou égal à 28/120). moy : moyenne. ET : écart-type. NC : non concerné.

Les patients ayant subi une PMI ont, en moyenne, une qualité de vie liée à l'articulation plus atteinte que les patients ayant subi une BPTM ou une PMNI. Cette mesure se voit au T2, et persiste au T3. Les scores à l'échelle fonctionnelle montrent que la PMI génère plus de séquelles fonctionnelles sur la capacité de parole, dans les suites immédiates de la chirurgie (T2) et à distance (T3). L'échelle fonctionnelle est toujours plus atteinte que l'échelle psychosociale, à tous les temps d'évaluation, et quelle que soit la chirurgie. Le retentissement psychosocial est plus sévère en cas de PMI, au T2 et au T3.

2.2.3. Type de lambeau

Tableau 9. Moyennes des échelles et scores globaux au SHI selon le type de lambeau.

	Lambeau libre (n = 6)		Lambeau local et pédiculé (n = 3)	
	moy (ET)		moy (ET)	
	T2	T3	T2	T3
Échelle fonctionnelle /56	17,5 (12,18)	14,67 (3,51)	24,33 (16,77)	29 (NC)
Échelle psychosociale /56	15,17 (12,97)	7,33 (1,15)	15,33 (13,43)	23 (NC)
Score global /120	33,67 (24,49)	22,33 (4,04)	40,33 (30,66)	52 (NC)

Note. Les valeurs en gras indiquent un score pathologique au SHI (supérieur ou égal à 28/120). moy : moyenne. ET : écart-type. NC : non concerné.

Au T2 et au T3, le score global est en moyenne plus élevé pour les patients ayant reçu un lambeau local ou pédiculé. La qualité de vie liée à la parole est meilleure avec un lambeau libre, dans les suites immédiates de la chirurgie et à distance. Le score global est dégradé pour les lambeaux locaux ou pédiculés au T2 et persiste au T3. Nous observons une certaine disparité des scores, avec des écart-types élevés. Statistiquement, les moyennes observées ne sont pas significativement différentes ($p > 0,05$), ne nous permettant pas de conclure à une corrélation significative entre type de lambeau reçu et qualité de vie post-chirurgicale liée à l'articulation.

3. Résultats au SWAL-QOL

3.1. Présentation des résultats au T1, T2 et T3

Tous les participants ont complété le questionnaire de qualité de vie SWAL-QOL au moins une fois : sept participants ont rempli le T1, huit participants ont rempli le T2 et quatre participants ont rempli le T3. Un score par échelle et un score global ont été calculés. Ceux-ci ont été rapportés sur 10, pour permettre une comparaison entre échelles. Plus le score augmente, meilleure est la qualité de vie liée à la déglutition. Nous avons considéré comme dégradée une échelle qui obtenait un score inférieur ou égal à 7/10. La Figure 4 illustre l'évolution des scores autour de la chirurgie.

Tableau 10. Synthèse générale des scores obtenus au SWAL-QOL.

Échelle	T1 (n = 7)		T2 (n = 8)		T3 (n = 4)	
	min-max	moy (ET)	min-max	moy (ET)	min-max	moy (ET)
Impact des troubles	10-10	10 (0)	2-9	5,63 (2,67)	4-10	7,5 (2,6)
Désir des repas	6-10	8,67 (1,49)	3,33-10	6,75 (2,6)	6,67-9,33	8 (1,05)
Durée des repas	6-10	8,71 (1,89)	2-7	4,38 (1,6)	2-8	4,75 (2,38)
Sélection des aliments	3-10	8 (2,77)	3-10	7,43 (3,1)	4-10	7,25 (2,77)
Craintes	9-10	9,86 (0,38)	5,5-10	9 (1,8)	5,5-10	8,88 (1,95)
Dépression	9,2-10	9,89 (0,3)	2,4-9,6	6,34 (2,33)	2-10	6,8 (3,15)
Impact social	8,4-10	9,71 (0,6)	4-10	7,83 (2,01)	6,8-10	8,4 (1,6)
Fatigue et sommeil	4,8-8,4	7,26 (1,29)	2,4-9,2	5,9 (2,3)	3,6-10	7,1 (2,29)
Symptômes	8,57-9,57	9,2 (0,38)	4,71-9,71	7,98 (1,48)	7,57-9,43	8,61 (0,67)
Score global	8,06-9,65	9,03 (0,53)	3,89-8,43	6,86 (1,53)	4,75-9,41	7,48 (1,82)

Note. Les valeurs en gras indiquent un score dégradé au SWAL-QOL (inférieur ou égal à 7/10). min : minimum. max : maximum. moy : moyenne. ET : écart-type.

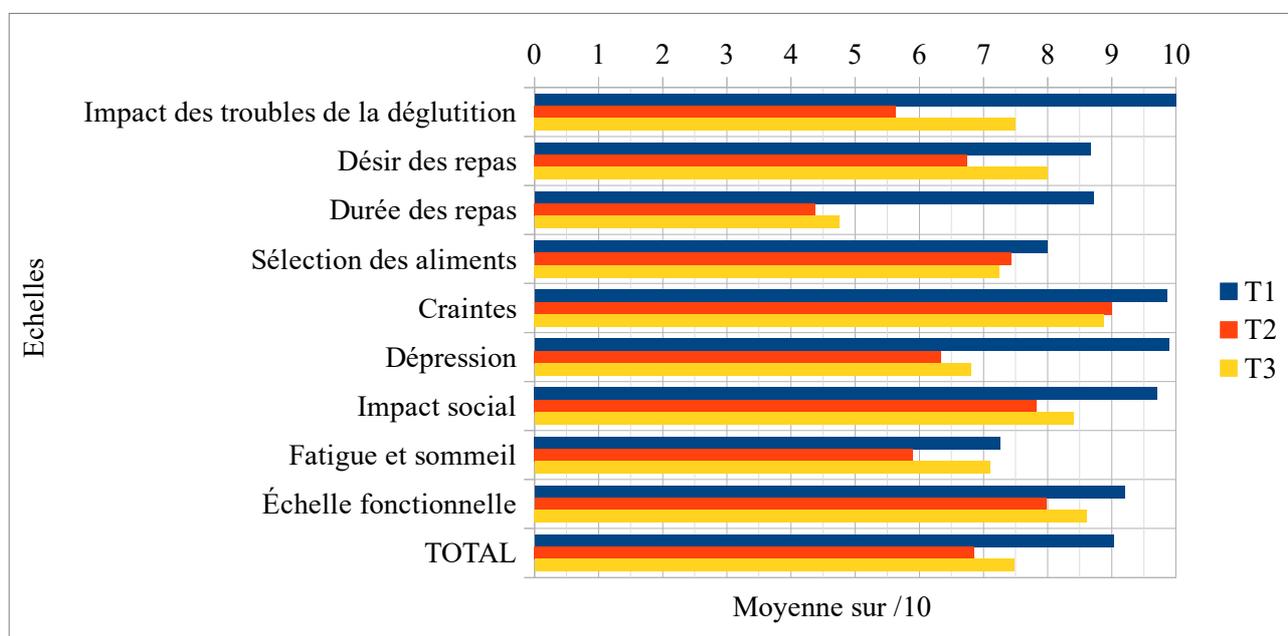


Figure 4. Evolution des échelles au T1, T2 et T3 (SWAL-QOL).

Le seuil pathologique n'est atteint pour aucune échelle au T1. La plus dégradée est « Fatigue et sommeil » (en moyenne 7,26/10). Cinq échelles sur neuf (55,56%) sont dégradées au T2 : « Impact des troubles de la déglutition », « Désir des repas », « Durée des repas », « Dépression » et « Fatigue et sommeil ». Deux échelles sur neuf (22,22%) sont dégradées au T3, « Durée des repas » et « Dépression ». Au T1, l'échelle la mieux préservée est « Impact des troubles de la déglutition », à laquelle tous les participants répondent avec la note maximale (10/10). Au T2, l'échelle « Craintes » est la mieux préservée (9/10), et le reste au T3 (8,88/10).

En moyenne, seul le score global au T2 apparaît comme dégradé (6,86/10). De manière générale, les scores diminuent au T2 (réduction de la qualité de vie), et augmentent de nouveau au T3 (amélioration de la qualité de vie), sans atteindre les scores du T1. Les cinq participants ayant rempli communément le SWAL-QOL au T1 et au T2 obtiennent un score moyen inférieur au T2, proche de la significativité ($p = 0,06$). Leur qualité de vie liée à la parole s'est dégradée juste après la chirurgie.

Les auteurs du SWAL-QOL ont choisi de distinguer l'échelle « Symptômes » des autres échelles, dans la mesure où elle n'analyse pas la qualité de vie, mais la fonctionnalité de la déglutition. Nous avons trouvé intéressant de chercher une corrélation entre troubles fonctionnels, évalués par l'échelle « Symptômes », et qualité de vie, évaluée par les huit autres échelles. Au T1, il n'existe pas de corrélation significative entre les scores obtenus à l'échelle « Symptômes » et ceux obtenus aux autres échelles ($r_s(7) = -0,59$ et $p = 0,16$). Il n'y a pas de liaison linéaire entre les troubles fonctionnels liés à la déglutition et le retentissement psychosocial. Au T2, on peut établir une corrélation significative ($r_s(8) = 0,79$ et $p < 0,05$) entre l'échelle « Symptômes » et les autres échelles de qualité de vie, qui évoluent dans le même sens. On peut donc établir un lien entre trouble fonctionnel et dégradation de la qualité de vie liée à la déglutition, à court terme du traitement chirurgical. Au T3, il n'existe pas de corrélation significative entre l'échelle fonctionnelle et les autres échelles ($r_s(4) = 0,8$ et $p = 0,33$).

3.2. Influence des variables

3.2.1. Récidive

Tableau 11. Moyennes (/10) des scores globaux au SWAL-QOL en fonction du contexte de récidence.

	Premier cancer (n = 5)	Récidive (n = 4)
	moy (ET)	moy (ET)
T1	9,41 (0,18)	8,75 (0,53)
T2	7,00 (1,81)	6,67 (0,48)
T3	7,87 (1,34)	7,08 (3,30)

Note. Les valeurs en gras indiquent un score dégradé au SWAL-QOL (inférieur ou égal à 7/10). moy : moyenne. ET : écart-type.

Les scores obtenus par les participants sont en moyenne plus élevés chez ceux pour qui il s'agit d'un premier cancer ORL, indiquant une meilleure qualité de vie liée à la déglutition que chez les patients récidivants. La différence entre ces moyennes n'est pas significative ($p > 0,05$). En analysant les échelles, la plus dégradée au T1 est « Fatigue et sommeil » pour les deux groupes (7,87/10 pour les primo-cancers, 6,8/10 pour les récidives). Au T2, l'échelle « Durée des repas » est la plus dégradée pour les deux groupes, plus sévèrement chez les patients récidivants (3,67/10 contre 5,25/10 chez les autres). Au T3, l'échelle « Durée des repas » reste la plus dégradée pour les deux groupes (4,5/10 pour les primo-cancers, 5/10 pour les récidives). Les analyses statistiques ne nous permettent pas de conclure à une corrélation entre récidence de cancer et dégradation de la qualité de vie liée à la déglutition.

3.2.2. Type de chirurgie

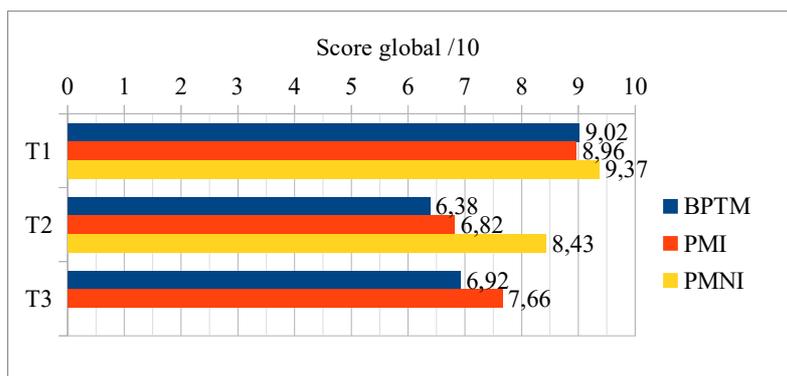


Figure 5. Evolution des échelles selon le type de chirurgie (SWAL-QOL).

Les patients ayant bénéficié d'une BPTM ont, en moyenne, une qualité de vie liée à la déglutition plus atteinte que les patients ayant eu une PMI ou une PMNI. Cette mesure se voit au T2, et persiste au T3. À l'analyse de l'échelle « Symptômes » au T2, la BPTM entraîne plus de séquelles fonctionnelles immédiates (7,33/10) que la PMI (8,47/10) ou la PMNI (8,71/10). À distance de la chirurgie (T3), les séquelles fonctionnelles se sont réduites et les scores se rapprochent (8,57/10 pour la BPTM, 8,62/10 pour la PMI).

Les items les plus dégradés selon le type de chirurgie sont « Fatigue et sommeil » au T2 (4,4/10) et « Sélection des aliments » au T3 (5/10) pour la BPTM. Pour la PMI, les items les plus dégradés au T2 sont « Impact des troubles de la déglutition » (4,67/10) et « Durée des repas » (4,67/10) ; au T3, l'item le plus dégradé reste « Durée des repas » (4,33/10). La « Durée des repas » est également la plus touchée pour la PMNI (4/10), dans les suites immédiates de la chirurgie. L'item le mieux préservé en cas de BPTM est « Craintes » au T2 (8,5/10) et au T3 (10/10). Pour la PMI, l'échelle « Craintes » est également la mieux préservée au T2 (9,17/10), tandis que « Impact social » le devient au T3 (8,93/10).

3.2.3. Type de lambeau

Tableau 12. Moyennes (/10) des scores globaux au SWAL-QOL en fonction du type de lambeau.

	Lambeau libre (n = 6)	Lambeau local ou pédiculé (n = 3)
	moy (ET)	moy (ET)
T1	8,90 (0,59)	9,36 (0,02)
T2	7,14 (0,77)	6,16 (3,21)
T3	8,38 (1,30)	4,75 (NC)

Note. Les valeurs en gras indiquent un score dégradé au SWAL-QOL (inférieur ou égal à 7/10). moy : moyenne. ET : écart-type. NC : non concerné.

Au T2, le score global est en moyenne plus élevé pour les patients ayant reçu un lambeau libre (7,14/10) que les autres types de lambeaux (6,16/10). La qualité de vie liée à la déglutition est meilleure avec un lambeau libre, dans les suites immédiates de la chirurgie et à distance. En effet, au T3, les patients ayant reçu un lambeau libre ont de meilleurs scores (8,38/10) que les autres (4,75/10). Le score global est dégradé pour les lambeaux locaux ou pédiculés au T2 (6,16/10) et persiste au T3 (4,75/10). On observe une certaine disparité des scores, avec des écart-types élevés. Statistiquement, les moyennes observées ne sont pas significativement différentes ($p > 0,05$), ne nous permettant pas de conclure à une corrélation significative entre type de lambeau reçu et qualité de vie post-chirurgicale liée à la déglutition.

Pour les lambeaux libres, l'échelle la plus dégradée au T2 est « Durée des repas » (4,80/10) et persiste au T3, même si le score augmente (5,67/10). L'échelle la mieux préservée est « Craintes » au T2 (9,50/10) et s'améliore encore au T3 (10/10). Pour les lambeaux locaux et pédiculés, l'échelle la plus atteinte au T2 est également « Durée des repas » (4/10), persiste au T3 (2/10) ; l'échelle « Dépression » se rajoute au T3 (2/10). L'échelle de qualité de vie la mieux préservée au T2 est « Désir des repas » (8,33/10), et le reste au T3 (7,33/10).

4. Comparaison des résultats avec les mémoires analogues

4.1. Résultats au SHI

Tableau 13. Comparaison des scores obtenus en 2020 et 2021 au SHI.

Protocole	Échelle fonctionnelle /56		Échelle psychosociale /56		Score global /120	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
	moy (ET)		moy (ET)		moy (ET)	
T1	11,67 (12,18)	3,00 (3,37)	11,50 (17,20)	1,43 (2,23)	23,33 (27,74)	4,43 (4,65)
T2	14,00 (9,15)	19,78 (13,22)	7,00 (5,78)	15,22 (12,26)	21,75 (14,28)	35,89 (24,92)
T3	16,20 (10,87)	18,25 (7,72)	8,20 (8,56)	11,25 (7,89)	24,80 (19,38)	29,75 (15,2)

Note. Les valeurs en gras indiquent un score pathologique au SHI (supérieur ou égal à 28/120). moy : moyenne. ET : écart-type.

De manière générale, les scores globaux obtenus aux différents temps sont difficilement comparables entre les deux échantillons. Ceux obtenus en 2020 (Carré, 2020) restent en moyenne très proches en préopératoire et postopératoire. Le seuil pathologique n'est atteint pour aucun score, alors qu'il l'est au T2 et au T3 en 2021. L'évolution de la qualité de vie liée à l'articulation ne suit donc pas la même courbe selon l'échantillon : elle est plus importante et plus nette avec les résultats de 2021. En revanche, les écart-types sont élevés et les étendues de score importantes dans les deux mémoires. Autre point commun, les scores à l'échelle fonctionnelle sont toujours plus élevés par rapport à l'échelle psychosociale.

Au T1, les résultats de l'année précédente ne sont pas concordants avec ceux de cette étude. En effet, le score global est en moyenne plus élevé dans l'échantillon de 2020, avec un écart relativement important à celui de 2021 (18,9 points de différence). On retrouve cet écart dans les sous-échelles fonctionnelles et psychosociales, plus atteintes au T1 de 2020. Au T2, le score global s'inverse selon les échantillons : il augmente et devient pathologique pour celui de 2021 (35,89/120), signifiant une dégradation de la qualité de vie par rapport au T1 (4,43/120), tandis qu'il baisse pour les participants de 2020, passant de 23,33 à 21,75/120 entre le T1 et le T2. L'échelle fonctionnelle est tout de même plus atteinte entre le T1 et le T2 en 2020, mais l'échelle psychosociale s'améliore. Au T3, le score global augmente pour l'échantillon de 2020, mais reste non pathologique, tandis qu'il baisse pour les participants de 2021, tout en restant pathologique. Ainsi, les scores globaux articulaires obtenus sur les deux années sont relativement proches à distance du geste opératoire (4,95 points de différence) : ce sont ceux qui sont les plus comparables. Comparativement au T1, le score global augmente dans les deux mémoires : ainsi, la qualité de vie liée à l'articulation est dégradée à distance de l'opération chirurgicale.

4.2. Résultats au SWAL-QOL

Tableau 14. Comparaison des scores globaux obtenus en 2020 et 2021 au SWAL-QOL

Protocole	2020 (1)	2020 (2)	2021
	moy (ET)		
T1	7,09 (1,21)	NC	9,03 (0,53)
T2	7,47 (0,56)	5,81 (0,78)	6,86 (1,53)
T3	7,78 (0,62)	5,67 (1,90)	7,48 (1,82)

Note. Les valeurs en gras indiquent un score dégradé au SWAL-QOL (inférieur ou égal à 7/10). min : minimum. max : maximum. moy : moyenne. ET : écart-type. NC : non concerné.

En 2020, deux échantillons de participants ont répondu au questionnaire SWAL-QOL. Le premier groupe (1) (Fleury, 2020) retrouve des scores globaux non pathologiques et qui évoluent

peu, à tous les temps autour de la chirurgie. L'écart-type élevé au T1 témoigne de la disparité des scores en préopératoire. Ce premier échantillon indique donc que les troubles de la déglutition consécutifs à l'exérèse chirurgicale ont un impact relatif sur la qualité de vie des patients. Les participants du deuxième groupe (2) (Massoni, 2020) obtiennent des scores pathologiques au T2 et au T3. Ainsi, il existe une nette dégradation de la qualité de vie dans les suites immédiates de la chirurgie, qui persiste à distance du geste opératoire. Les deux échantillons de 2020 se distinguent donc quant à l'impact des troubles de la déglutition sur la qualité de vie.

En 2021, le score global moyen au T1 est meilleur qu'en 2020 (1). Au T2, il baisse pour devenir pathologique, se distinguant du score global obtenu par le premier groupe (1), mais correspondant à celui obtenu par le deuxième groupe (2), bien que moins sévère. Enfin, au T3, le score global augmente, sans atteindre la qualité de vie préopératoire, et devient difficilement comparable aux scores obtenus par le deuxième échantillon de 2020 (2). Il se rapproche néanmoins du premier groupe (1) et indique que la qualité de vie est meilleure à distance de la chirurgie.

Dans tous les échantillons, on retrouve une grande hétérogénéité des réponses, révélée par les différences de scores d'un groupe à l'autre et les écart-types élevés au sein d'un même groupe. L'impact des troubles de la déglutition postopératoire est donc très variable d'un patient à l'autre.

DISCUSSION

1. Rappel des objectifs

Une chirurgie de la cavité buccale ou de l'oropharynx a pour conséquences des modifications structurelles, motrices, sensibles et esthétiques de la région traitée. Ainsi, les fonctions de déglutition et d'articulation sont atteintes, plus ou moins sévèrement. Ce mémoire avait pour but de spécifier les séquelles fonctionnelles et d'en mesurer le retentissement sur la qualité de vie de ces patients. Il était également important d'étudier l'influence de trois variables, propres à chaque participant : les antécédents de cancers ORL, le type de chirurgie et le type de lambeau posé. Pour étudier l'évolution de la qualité de vie, nous avons choisi de l'évaluer à trois temps différents autour de la chirurgie, permettant une comparaison interpersonnelle et entre groupes de patients.

2. Impact général des troubles de l'articulation et de la déglutition sur la qualité de vie

Après comparaison des résultats, la qualité de vie à la suite d'une chirurgie buccale ou oropharyngée suit une même courbe d'évolution, quelle que soit la fonction étudiée : la qualité de vie est bonne en préopératoire, se dégrade significativement dans les suites immédiates de l'opération, et enfin, à distance de la chirurgie, s'améliore sans retrouver la qualité de vie antérieure. Il est important de préciser que les réponses aux deux questionnaires ont été très hétérogènes, comme en témoignent les grandes étendues de scores et les écart-types : d'un patient à l'autre, pour une même chirurgie, le vécu pouvait être différent, en fonction de multiples variables. Les réponses aux questionnaires dépendaient également des capacités attentionnelles et de la compréhension des questions, qui a pu être partielle. Le caractère subjectif des tests est donc à prendre en compte dans nos analyses.

2.1. Lien entre séquelles fonctionnelles et séquelles psychosociales

Avant d'analyser spécifiquement l'impact des troubles de l'articulation et de la déglutition

sur la qualité de vie, il nous a semblé important d'établir un lien de cause à effet entre trouble fonctionnel et dégradation de la qualité de vie, en d'autres termes, entre séquelles fonctionnelles et vécu psychosocial. Ces deux notions sont différenciées dans les deux questionnaires. Pour le SHI, on trouve une échelle fonctionnelle et une échelle psychosociale. Pour le SWAL-QOL, la catégorisation est moins claire, mais les auteurs ont choisi de considérer l'échelle « Symptômes », faisant état des troubles fonctionnels, comme à part des échelles qui évaluent le retentissement psychosocial.

D'un point de vue articulatoire, au T1, la corrélation n'est pas significative, probablement en raison des scores peu élevés en préopératoire. À partir du T2 et persistant au T3, la corrélation devient significative et évolue dans le même sens. Plus les troubles fonctionnels sont importants, plus le retentissement sur la vie psychosociale est sévère. Cet effet est valable dans les suites immédiates de la chirurgie et est durable dans le temps. Concernant la déglutition, on retrouve une absence de lien en préopératoire, probablement pour les mêmes raisons que la parole. À la suite du geste opératoire, il existe un lien significatif entre trouble fonctionnel et retentissement psychosocial. Néanmoins, ce lien est non significatif statistiquement à distance de la chirurgie. Ceci peut s'expliquer par un manque de données, le nombre de patients ayant baissé entre le T2 et le T3.

Quelle que soit la fonction étudiée, l'échelle fonctionnelle est toujours plus atteinte que l'échelle psychosociale. C'est une constatation plutôt positive, puisqu'elle indique que les patients qui développent une atteinte sévère des capacités de parole et déglutition vivent leurs troubles de manière plus relative. Pour conclure, une corrélation existe entre ces deux notions, le trouble fonctionnel impactant la qualité de vie liée à la parole et la déglutition.

2.2. Impact des troubles de l'articulation

En préopératoire (T1), la qualité de vie liée à la parole est tout à fait correcte. Aucun item n'est dégradé, une majorité de participants estiment ne « jamais » rencontrer les problématiques soulevées par le questionnaire SHI. Les items auxquels les participants ont répondu autrement que par « jamais » pouvaient être sans lien direct avec un trouble articulatoire. En effet, plusieurs patients ont rencontré certaines problématiques, mais à la même fréquence que « tout le monde » d'après eux, sans parler de difficulté (ex. « Je suis embarrassé(e) quand les gens me demandent de répéter »). Nous nous sommes également demandé s'il pouvait y avoir une notion de douleur ou gêne, causée par la présence de la tumeur ou en lien avec un traitement antérieur. Le questionnaire SHI ne propose pas d'item évaluant spécifiquement ces notions. Néanmoins, certains peuvent y faire référence, comme ceux renvoyant à une fatigabilité (ex. « Ma parole est plus mauvaise le soir »). L'item « Mon articulation n'est pas nette » pourrait être dégradé en raison, par exemple, d'une tumeur conséquente, qui entraînerait des difficultés à mobiliser les structures articulaires.

En postopératoire immédiat (T2), la qualité de vie liée à l'articulation se dégrade, elle devient pathologique d'après les auteurs du SHI (Degroote et al., 2012). La chirurgie a donc un impact sévère et immédiat sur la parole. En effet, alors qu'aucun item n'était dégradé au T1, près de la moitié le devient au T2 (13/30). La fréquence d'apparition des problématiques augmente pour une majorité de participants, de manière quasi systématique (« presque toujours ») voire systématique (« toujours »). Il est ici important de préciser que les items qui ne sont pas dégradés peuvent s'expliquer par le contexte d'hospitalisation. Par exemple, l'item « On me demande pourquoi je suis difficile à comprendre » est le mieux préservé de l'échelle fonctionnelle. Plusieurs patients rapportent ne pas ressentir cette problématique car ils sont entourés par une équipe hospitalière informée et bienveillante. On peut supposer qu'au retour à domicile, en confrontation avec des personnes non soignantes, ce ressenti change. Un autre item apparaît peu adapté : « Mes

difficultés entraînent des pertes de revenus », puisque tous les participants sont à la retraite ou en arrêt depuis le traitement de leur cancer. Ces items, peu adaptés au contexte, peuvent biaiser le score global. Néanmoins, même si des biais existent, la qualité de vie s'est dégradée de manière significative entre le T1 et le T2.

À distance de la chirurgie (T3), la qualité de vie liée à la parole s'améliore par rapport au T2, mais reste dégradée et pathologique. On trouve plus d'items dégradés qu'au T2 (18/30), mais de manière moins sévère : les réponses sont plus réparties autour de « parfois » que de « toujours ». Ainsi, les troubles fonctionnels et psychosociaux rencontrés sont moins fréquents et plus fluctuants au T3. On peut supposer que le retour à domicile, donc l'accès à des contacts sociaux, a confronté les patients à de nouvelles problématiques liées aux difficultés de parole. Par exemple, l'item « Je trouve que les gens ne comprennent pas mes problèmes pour parler » est plus dégradé au T3 qu'au T2. Il est important de préciser que l'analyse des scores est rendue plus subjective en raison du petit nombre de participants au T3.

L'analyse des résultats conclut que la chirurgie a un impact durable sur la capacité de parole, et entraîne une dégradation de la qualité de vie. Néanmoins, cette dernière a tendance à s'améliorer à distance du geste opératoire et évoluera probablement positivement dans le temps. Ceci pourrait s'expliquer par une habitude du patient à ses troubles et/ou à une prise en charge orthophonique précoce, adaptée et efficace. Cet effet n'a pas été évalué dans notre étude, car aucun des participants n'avait débuté de rééducation orthophonique axée sur la parole. Par ailleurs, il serait intéressant de mettre en place un bilan systématique à six mois et/ou un an, par exemple lors d'une consultation ORL de contrôle, pour rendre compte de l'évolution de l'articulation à distance de la chirurgie.

2.3. Impact des troubles de la déglutition

En préopératoire (T1), la qualité de vie liée à la déglutition est bonne. Aucune échelle du SWAL-QOL n'est dégradée. Néanmoins, presque toutes les échelles (8/9) n'atteignent pas le score maximal. Comme nous l'avons constaté avec le SHI, ceci peut s'expliquer par une odynophagie, un contexte de récurrence, une fatigabilité voire une fatigue générale liée à l'état de santé (l'échelle « Fatigue et sommeil » est la plus dégradée). On peut aussi penser que la présence de la tumeur ou l'existence de traitements antérieurs nécessitent déjà d'adapter l'alimentation (par exemple, éviter les textures difficiles à mastiquer). En effet, à l'échelle « Sélection des aliments », le score minimal atteint a été de 3/10. De plus, plusieurs patients étaient édentés au moment de la passation, souvent en prévision du geste opératoire, mais parfois depuis plus longtemps. On y associe des difficultés de mastication pouvant se répercuter sur l'alimentation, donc sur les réponses au SWAL-QOL. La situation sanitaire actuelle peut également se répercuter sur certains items, puisqu'elle oblige à s'isoler (ex. « Je ne mange plus à l'extérieur »).

Le geste opératoire a un impact immédiat (T2) sur la qualité de vie liée à la déglutition, qui se dégrade. Tandis qu'aucune échelle n'était dégradée au T1, cinq échelles sur neuf le deviennent au T2. L'impact direct se mesure grâce à l'échelle « Impact des troubles de la déglutition », qui passe de 10/10 au T1 à 5,63/10 au T2. Les patients apparaissent plus déprimés vis-à-vis de leurs troubles. En revanche, ils n'ont pas de craintes sur leurs difficultés. Tout comme le SHI, les échelles qui ne sont pas dégradées peuvent s'expliquer par un manque d'adaptation des questions au contexte d'hospitalisation. C'est le cas pour l'échelle « Impact social » : au moment du T2, la vie sociale des patients est plus limitée par l'hospitalisation que par les troubles de la déglutition. On peut aussi citer l'échelle « Sélection des aliments », puisque les patients ne sont pas en mesure de choisir leurs repas à l'hôpital, ou parce qu'ils n'ont pas totalement repris l'alimentation orale.

À distance de la chirurgie (T3), la qualité de vie liée à la déglutition s'améliore, mais sans atteindre la qualité de vie préopératoire (T1). Deux échelles sur neuf sont dégradées. Les patients ressentent toujours des symptômes dépressifs vis-à-vis de leurs troubles, et la durée des repas reste allongée. On constate donc des conséquences fonctionnelles et psychosociales. Comme pour le T2, les échelles qui ne sont pas dégradées peuvent être biaisées, par exemple par la situation sanitaire actuelle, qui réduit les contacts sociaux et les repas partagés. Ainsi, si l'échelle « Impact social » obtient un bon score, cela peut être dû à l'isolement forcé des patients.

Globalement, on constate que la chirurgie a un impact durable sur la capacité de déglutition, et entraîne une dégradation de la qualité de vie. Les auteurs du SWAL-QOL ont précisé : « Dans notre étude, nous avons démontré [...] que les patients ayant subi une chirurgie de la tête et du cou ont une altération du désir de manger et craignent les complications de la déglutition » (Khaldoun et al., 2009, p171). Nous ne retrouvons pas ces résultats : les « Craintes » liées aux troubles de la déglutition font partie des échelles les moins atteintes, à tous les temps. Le désir des repas est effectivement dégradé dans les suites immédiates de la chirurgie, mais de manière non pathologique, et peut être expliqué par le fait que les patients sont sous sonde naso-gastrique, voire gastrostomie, et qu'il est difficile de ressentir la sensation de faim. À distance de la chirurgie, les patients sont généralement demandeurs d'une amélioration rapide de la déglutition, car ils ont, au contraire, envie de manger, bien souvent « comme avant », même s'il sera difficile de retrouver une alimentation tout à fait normale.

3. Étude de l'influence des variables

3.1. Influence d'une récurrence de cancer ORL sur la qualité de vie

La proportion de patients pour qui il s'agissait d'une récurrence de cancer ORL étant importante dans l'échantillon de notre étude (44,44%), nous avons trouvé pertinent d'étudier l'influence de cette variable, dans l'hypothèse où la récurrence impactait négativement la qualité de vie, et ce dès le T1. Plusieurs patients avaient déjà eu des chirurgies ORL, et donc potentiellement des difficultés d'articulation et/ou de déglutition.

L'analyse des résultats au SHI montre que les moyennes obtenues au T1 ne sont pas corrélées entre récurrence de cancer ORL et dégradation de la qualité de vie en préopératoire. En effet, les scores différents de zéro peuvent être expliqués par des symptômes liés au cancer, et ce, que le patient soit récidivant ou non. En revanche, à partir du T2, les scores obtenus aux échelles fonctionnelles, psychosociales, ainsi qu'au score global, sont plus élevés chez les patients qui récidivent. Cet écart persiste à distance de la chirurgie. Cependant, les différences moyennes ne sont pas significatives. Il semble donc que la qualité de vie postopératoire liée à la parole soit plus dégradée chez les patients qui récidivent, bien que nous ne puissions le prouver statistiquement.

Concernant la déglutition, il est encore plus difficile d'établir une corrélation. En effet, le score global est systématiquement plus élevé, et à tous les temps, chez les patients avec récurrence, mais il reste très proche du score global des autres patients. De plus, les échelles les plus atteintes sont les mêmes. Les scores à l'échelle fonctionnelle au T1 sont presque similaires. Ainsi, tous les patients, récidivants ou non, partent du même point de départ concernant la fonctionnalité de leur déglutition.

À l'analyse de nos résultats, nous concluons qu'il n'existe pas de lien significatif entre récurrence, trouble fonctionnel et atteinte de la qualité de vie liée à la parole et la déglutition. Nous pouvons faire plusieurs hypothèses explicatives. Tout d'abord, leur premier cancer n'a pas forcément été traité par chirurgie. L'irradiation, non sans impact (ex. xérostomie), n'entraîne pas les

mêmes conséquences fonctionnelles qu'une exérèse tumorale. De plus, nous pouvons faire la supposition que ces patients ont une certaine expérience de la pathologie cancéreuse, et ont pu prendre du recul vis-à-vis de leurs troubles, acceptant une perte des fonctions au bénéfice du traitement curatif. Enfin, il est possible que la prise en charge orthophonique postopératoire de leur premier cancer ait été précoce et efficace sur les troubles fonctionnels.

3.2. Influence du type de chirurgie sur la qualité de vie postopératoire

Dans notre étude, nous avons rencontré trois types de chirurgies : la BPTM (quatre participants), la PMI (quatre participants) et la PMNI (un participant). Il est intéressant de comparer les séquelles fonctionnelles de chaque chirurgie pour en analyser l'influence sur la qualité de vie postopératoire. Cette analyse est particulièrement pertinente pour la BPTM et la PMI, elle peut néanmoins être plus subjective pour la PMNI en raison de la présence d'un seul patient.

D'un point de vue articulatoire, la PMI semble entraîner plus de séquelles fonctionnelles et psychosociales que les autres chirurgies. Le score global reste déficitaire, au T2 comme au T3. Nous pouvons donc dire que les difficultés articulatoires sont sévères et durables en cas de PMI. L'analyse des scores à la BPTM est rendue plus difficile en raison du faible nombre de participants au T3 (un seul). Cependant, nous pouvons constater que la BPTM entraîne des conséquences immédiates (T2) sur la parole, qui semble s'améliorer à distance du geste opératoire. Pour la PMNI, le seul participant a une bonne qualité de vie en postopératoire immédiat (T2). Au plan de la parole, nous pouvons donc conclure que la chirurgie qui influence le plus négativement la qualité de vie est la PMI, suivie de la BPTM, et pour finir la PMNI. Ces résultats concordent avec la modification des structures, propre à chaque chirurgie : une partie de la langue mobile, articulateur primordial, est réséquée lors d'une PMI. En cas de BPTM, la base de langue est en partie retirée. Enfin, les séquelles articulatoires sont généralement mineures à la suite d'une PMNI. Dans les phonèmes de la langue française, on retrouve plus de phonèmes antérieurs (8), mobilisant la langue mobile, que de phonèmes postérieurs (5). Les résultats de notre analyse sont donc cohérents avec les données de la littérature.

Au SWAL-QOL, la chirurgie ayant le plus de conséquences fonctionnelles immédiates (T2) est la BPTM. À distance du geste opératoire, la fonctionnalité de la déglutition et le vécu des troubles sont sensiblement les mêmes, quelle que soit le type de chirurgie. En revanche, les échelles les plus atteintes sont différentes : au cours de l'hospitalisation, la BPTM est vécue comme plus fatigante que la PMI, qui elle, influencerait plus la durée des repas, au T2 comme au T3. La PMNI augmenterait également la durée des repas. La majorité des participants n'éprouve pas de craintes quant aux complications des troubles de la déglutition, quelle que soit la chirurgie. Ainsi, la qualité de vie liée à la déglutition est plus touchée en cas de BPTM, puis de PMI, et enfin de PMNI. En reprenant le tableau 3, nous constatons que nos résultats concordent avec les résultats attendus : dans la littérature, on retrouve des troubles plus mineurs en cas de PMNI. De plus, la base de langue, qui a une fonction importante dans le temps oral de la déglutition, est réséquée de façon plus importante lors d'une BPTM. Ceci explique les conséquences fonctionnelles plus sévères que lors d'une PMI.

Pour conclure, la BPTM semble impacter plus sévèrement la qualité de vie liée à la déglutition, tandis que la PMI semble impacter plus sévèrement l'articulation. En effet, les structures réséquées dans la BPTM ont un rôle plus important dans la déglutition, tandis que les structures réséquées dans une PMI jouent un rôle plus important dans l'articulation des sons de la parole. La PMNI entraîne des séquelles mineures dans les deux domaines.

3.3. Influence du type de lambeau sur la qualité de vie postopératoire

Six participants ont reçu un lambeau libre comme reconstruction suite à l'exérèse ; trois patients ont reçu un lambeau local ou pédiculé. Les données de la littérature rapportent de meilleurs résultats fonctionnels avec un lambeau libre (David et al., 2011, p309), c'est pourquoi nous avons cherché à le confirmer, ou l'infirmer, dans notre étude. Cependant, cette analyse est rendue difficile en raison de la petite taille de l'échantillon. En effet, il arrive qu'un groupe soit constitué d'un seul participant, rendant les analyses peu objectives (ex. un seul participant pour les lambeaux locaux et pédiculés au T3). Les différences entre les résultats ne sont donc pas significatives.

Les scores obtenus au SHI montrent que les lambeaux libres apportent de meilleurs résultats fonctionnels que les autres types de lambeaux. Le retentissement psychosocial est également moins sévère. Le score global est plus dégradé chez les patients ayant reçu un lambeau local ou pédiculé, dans les suites immédiates de la chirurgie et à distance. La qualité de vie liée à l'articulation est donc meilleure avec un lambeau libre.

Concernant la déglutition, les conclusions sont les mêmes que pour la parole : le score global obtenu est systématiquement (T2 et T3) supérieur lorsque le patient reçoit un lambeau libre. D'un point de vue fonctionnel, les lambeaux libres obtiennent de meilleurs résultats que les lambeaux locaux et pédiculés au T2, et on retrouve cette différence au T3. La qualité de vie liée à la déglutition est donc meilleure lorsque l'exérèse est reconstruite avec un lambeau libre.

Les fonctions d'articulation et de déglutition sont donc moins impactées par la chirurgie lorsque le patient reçoit un lambeau libre. Ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature. Il est important de noter qu'un lambeau, quel que soit son type, améliore les résultats fonctionnels et esthétiques, mais ne permet pas de retrouver les capacités antérieures. La plupart des patients de cette étude ont développé des troubles de la parole à la suite de leur chirurgie, de part l'exérèse, mais aussi en raison de la faible mobilité du lambeau. Par exemple, dans une PMI, le lambeau posé en remplacement de l'hémi-langue peut être fixé en avant de la cavité buccale, gênant l'élévation de la langue mobile. De la même manière, un lambeau fixé en arrière de la cavité buccale, en cas de BPTM, va gêner l'élévation de la base de langue, donc la propulsion du bolus, et entraîner un trouble de la déglutition. La sensibilité du lambeau impacte également les deux fonctions. Une prise en charge orthophonique est pertinente pour retrouver une sensibilité et une mobilité partielle, améliorant l'articulation et la déglutition.

4. Comparaison avec les mémoires analogues

Le sujet de ce mémoire a été réparti entre quatre étudiantes d'orthophonie, dont trois ont soutenu en 2020 (Carré, 2020 ; Fleury, 2020 ; Massoni, 2020). Il était donc intéressant de comparer nos résultats à ceux obtenus par les mémorantes précédentes.

Concernant la parole, les résultats obtenus en 2020 et 2021 sont relativement différents. La qualité de vie liée à l'articulation semble être très variable d'un patient à l'autre, et ceci est objectivé par les grandes étendues de scores et les écart-types élevés : on retrouve une pluralité des réponses et des profils des participants. La nette différence de scores observée au T1 pose question. Elle pourrait s'expliquer par un nombre plus élevé de patients atteints de cancers linguaux dans l'échantillon de 2020. Cette localisation tumorale générerait plus d'imperfections articulatoires en préopératoire. Au T2, le score global de 2020 baisse, signifiant une amélioration de la qualité de vie liée à l'articulation, à court terme du geste opératoire, ce qui n'était pas attendu. Nous observons d'ailleurs l'effet inverse dans l'étude de 2021. Ce résultat peut s'expliquer par une distinction très nette de l'atteinte fonctionnelle par rapport à l'atteinte psychosociale, plus relative. C'est une

remarque qui a été mise en évidence dans le mémoire de 2021, mais qui est plus prégnante encore dans celui de 2020, influençant de manière plus importante le score global. Ce résultat peut aussi s'expliquer par le caractère inadapté de certains items du SHI au contexte d'hospitalisation. Ainsi, plusieurs participants ont répondu par défaut « jamais » à quelques items (ex. « J'ai tendance à éviter les groupes de gens à cause de ma parole »), améliorant donc le score global. Nous avons également constaté ce phénomène dans l'étude de 2021, mais de manière moins sévère, puisque l'impact psychosocial ne s'améliore pas après le geste opératoire. À distance de la chirurgie, nous retrouvons un score global plus élevé, par rapport à la phase préopératoire, dans les deux études. Nous pouvons donc conclure que la qualité de vie liée à la parole se dégrade dans les suites opératoires, et ce sur deux échantillons de patients, ce qui rend les analyses plus objectives. Néanmoins, l'hétérogénéité des réponses montre que l'impact psychosocial des séquelles articulaires est très variable d'un patient à l'autre.

À propos de la déglutition, nous retrouvons une grande disparité des scores entre les trois groupes de patients et au sein même de ces groupes. Une fois de plus, cela témoigne de la pluralité des réponses, des profils et de l'impact des troubles de la déglutition sur la qualité de vie. Un des échantillons de 2020 montre que cet impact est léger ; l'autre, au contraire, objective une sévère altération de la qualité de vie liée à la déglutition en postopératoire, qui persiste dans le temps. Notre étude rapporte une bonne qualité de vie préopératoire, qui se dégrade significativement dans les suites immédiates de la chirurgie, puis s'améliore sans retrouver sa qualité initiale. Il est donc difficile de conclure à une continuité des résultats entre mémoires.

Ainsi, nous ne pouvons pas dire que les résultats quantitatifs obtenus en 2021 concordent parfaitement avec ceux de 2020, particulièrement pour la déglutition. Cependant, d'un point de vue plus qualitatif, nous retrouvons des hypothèses explicatives, des remarques, et quelques résultats communs aux quatre mémoires. Par exemple, nous avons remarqué que le score au T1 n'était pas toujours maximal et nous avons cherché à l'expliquer, par la localisation tumorale ou le contexte de récurrence. Nous avons également, toutes, constaté le caractère inadapté de certains items des questionnaires à la phase d'hospitalisation et leur influence sur le score global. De plus, l'atteinte fonctionnelle est plus sévère que l'atteinte psychosociale dans la majorité de nos résultats. Pour conclure, ce travail de comparaison entre échantillons questionne sur la grande variabilité des conséquences psychosociales et montre qu'il est difficile de reconduire les résultats d'un groupe de patients à l'autre.

5. Intérêts pour l'orthophonie

Nous dégageons trois intérêts principaux pour les professionnels orthophonistes, pouvant également informer tout soignant impliqué dans la prise en soin de ces patients.

Premièrement, ce mémoire apporte des informations précises sur les capacités d'articulation et de déglutition post-chirurgie carcinologique de la cavité buccale ou de l'oropharynx. Ces connaissances permettent de faire le lien entre modification des structures avec la reconstruction, et intelligibilité de la parole et reprise alimentaire. Bien que subjectives, les réponses aux questionnaires ont été plus homogènes sur l'aspect fonctionnel, concluant que la chirurgie a un impact clair et durable.

En revanche, et c'est le second intérêt de cette étude, il est important de distinguer séquelles fonctionnelles et retentissement sur la qualité de vie. En effet, tous les résultats s'accordent pour conclure que la fonction est toujours plus altérée que la qualité de vie associée, indiquant que les patients vivent leurs troubles de manière moins sévère qu'ils ne le sont objectivement. En pratique,

cette conclusion invite à prendre en charge le patient dans sa globalité. Un même trouble, de quelque nature qu'il soit, serait vécu singulièrement par chacun. Ceci s'observe dans ce mémoire, puisque les scores obtenus ont pu être très hétérogènes d'un patient à l'autre. Lors du bilan orthophonique, il est donc pertinent de proposer des questionnaires de qualité de vie au patient, tel que le SHI ou le SWAL-QOL, pour comprendre le retentissement des troubles fonctionnels sur la vie psychosociale. Par exemple, un patient qui ne se plaint pas d'un trouble sévère de la déglutition, qui se sent sécurisé avec sa gastrostomie et ne souhaite pas reprendre l'alimentation per os aura une bonne qualité de vie, et c'est le but à atteindre de toute prise en soin orthophonique.

Enfin, ce mémoire vient enrichir toutes les études et données de la littérature qui s'accordent à dire que la prise en charge orthophonique doit être précoce pour ces patients, afin d'améliorer significativement leur qualité de vie. En pratique, l'information au patient et l'apprentissage de postures sécurisantes pour la déglutition sont abordés dès l'hospitalisation. À un mois de la chirurgie, aucun des participants de cette étude n'avait débuté de rééducation orthophonique, mais tous étaient informés de son intérêt pour récupérer une certaine intelligibilité de parole et/ou une déglutition plus fonctionnelle. Leur motivation dépendant, bien sûr, de leur qualité de vie à distance du geste opératoire : un patient bien informé qui ne se plaint ni de sa parole ni de sa déglutition, n'a, encore une fois, pas besoin de rééducation orthophonique. Les résultats de notre étude montrent cependant que la majorité des participants en sont demandeurs.

6. Limites de l'étude

Malgré un ensemble de résultats plutôt concordants avec les données de la littérature, notre étude comporte plusieurs limites. D'un point de vue matériel, les questionnaires ont pu être inadaptés au contexte d'hospitalisation, et ce pour plusieurs items. Cependant, il était trop chronophage de construire nos propres questionnaires et nous avons estimé plus pertinent d'utiliser des tests validés. On peut également reprocher au SHI et au SWAL-QOL la tournure négative de leurs questions, qui pouvait générer une certaine tristesse ou angoisse chez quelques patients. D'ailleurs, en préopératoire, la passation des protocoles a pu être accueillie avec étonnement chez quelques participants. Ils décrivaient une impression de ne pas se sentir concernés par ces questions, car ils n'avaient pas anticipé les séquelles possibles de la chirurgie. Leur inquiétude était plus focalisée sur le geste opératoire en lui-même que sur ses conséquences futures.

On peut aussi citer des limites liées aux données. Par définition, un questionnaire de qualité de vie est subjectif, un ensemble de variables va prédéterminer les réponses aux items : la personnalité du patient, sa vision de sa pathologie, sa compréhension des questions (liste non exhaustive). En effet, il a parfois été nécessaire d'adapter les questions au niveau du patient, sans garantir une réelle compréhension. De plus, la passation se fait à un instant t , elle dépend donc de facteurs environnementaux tels que l'humeur du patient, son attention, le contexte de passation (ex. un soignant peut tout à fait intervenir au milieu d'une passation et la perturber plus ou moins sévèrement).

Enfin, la petite taille de l'échantillon rend plusieurs résultats non significatifs, donc peu généralisables à la population de patients opérés de la cavité buccale ou de l'oropharynx avec reconstruction par lambeau. Cependant, notre étude ne prétendait pas apporter des résultats qui s'appliquent à tous. A contrario, elle révèle plutôt une subjectivité interpersonnelle très intéressante, et montre la pertinence de l'analyse de la qualité de vie postopératoire.

7. Ouverture à la recherche

Les limites de ce mémoire invitent à se questionner de manière plus approfondie sur l'adaptation des questionnaires de qualité de vie. En effet, il serait peut-être pertinent de construire des tests orthophoniques spécifiques à la prise en charge chirurgicale cervico-faciale, sur les plans de la déglutition et de la parole. Ces questionnaires permettraient de récolter des données qualitatives plutôt que quantitatives, afin de suivre l'évolution de la qualité de vie de chaque patient, de manière indépendante, sans chercher à les comparer. Ceci pourrait faire l'objet d'un futur mémoire d'orthophonie. Nous avons également pensé à améliorer l'information orthophonique au patient en préopératoire.

CONCLUSION

Ce travail de fin d'études d'orthophonie, mené sur trois ans, avait pour but premier d'apporter des informations claires dans un domaine orthophonique qui a été peu exploré jusqu'ici : la qualité de vie à la suite d'une chirurgie de la cavité buccale ou de l'oropharynx avec reconstruction par lambeau. Les données récoltées, analysées et discutées ont permis d'enrichir les connaissances autour des séquelles fonctionnelles et leur influence sur le vécu psychosocial. L'impact global a été évalué, et trois variables ont été étudiées spécifiquement : la récurrence de cancer ORL, le type de chirurgie menée, et le type de lambeau réalisé. Pour obtenir des résultats comparables, les neuf participants de ce mémoire ont répondu à deux questionnaires validés en version française, le SHI et le SWAL-QOL, explorant respectivement la parole et la déglutition. Les patients ont rempli trois fois les grilles, d'abord en préopératoire, puis dans les suites immédiates de la chirurgie, et enfin environ un mois après, à distance du geste opératoire. Cette répartition dans le temps a permis de mettre en évidence une évolution de la qualité de vie.

Les résultats ont montré que la qualité de vie liée à l'articulation et à la déglutition se trouve dégradée significativement à court terme de l'exérèse, mais s'améliore à moyen terme, sans pour autant retrouver la qualité de vie antérieure à la chirurgie. Ainsi, l'impact du geste opératoire est net et durable dans le temps. Les séquelles fonctionnelles sont corrélées aux séquelles psychosociales, et nos analyses ont montré que le trouble fonctionnel était toujours plus important que son impact psychosocial. Les patients qui subissent ce type de chirurgie vivent donc leurs troubles de manière moins sévère qu'ils ne le sont objectivement. Une récurrence de cancer ORL n'influence pas significativement la qualité de vie, bien que certains résultats postopératoires montrent que les patients qui récidivent ont une qualité de vie plus dégradée. La PMI entraîne plus de séquelles fonctionnelles sur la parole, tandis que la BPTM atteint plus la capacité de déglutition. La PMNI entraîne peu de conséquences sur ces deux domaines. Le lambeau le plus fonctionnel reste le lambeau libre, par rapport aux lambeaux pédiculés et locaux. Malgré le petit nombre de participants, tous ces résultats concordent avec les données de la littérature existantes.

Avec ces données, nous espérons enrichir les connaissances orthophoniques liées à ce type de patient, pour favoriser la prise en charge précoce des troubles de l'articulation et de la déglutition consécutifs à une chirurgie de la cavité buccale ou de l'oropharynx avec reconstruction par lambeau. La qualité de vie doit être vue comme faisant partie de la prise en soin, elle invite à observer le patient dans sa globalité et sa singularité.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la Santé Publique France GÉODES. (2016). [Taux d'incidence standardisé lissé du cancer de la lèvre-bouche-pharynx chez les hommes et les femmes entre 2007 et 2016]. Repéré le 28 avril 2020 à https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&i=inc_1_k_f_2007_2016.lbp_est&t=a01&view=map2

Agence de la Santé Publique France. (2019). *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Volume 1 – Tumeurs solides*. Repéré à <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-volume-1-tumeurs-solides-etud>

Albert, S et Guedon, C. (2011). Chirurgie reconstructrice par lambeaux micro-anastomosés en carcinologie cervico-faciale. *La lettre du Cancérologue*, 20(2), 116-119.

Babin E., Joly F., Vadillo M. et Dehesdin D. (2005). Qualité de vie en cancérologie : Application aux cancers des voies aéro-digestives supérieures. *Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale*, 122(3), 134-141.

Balaguer, M., Boisguérin A., Galtier A., Gaillard N., Puech M. et Woisard V. (2019). Jugement d'altération de l'intelligibilité et de sévérité d'un trouble de la production de la parole séquellaire d'un cancer de la cavité buccale ou de l'oropharynx. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, 136(5), 347-352.

Barthélémy I., Mondié J-M., Revol P. et Sannajust J-P. (2005). Cancers de la cavité buccale. Préambule, épidémiologie, étude clinique. *EMC Stomatologie*, 1(4), 277-294.

Bidault F., Varoquaux A., Reyre A., Daly-Schweitzer N., Bonardel G., Fakhry N. et Ammari S. (2014). Chapitre 2 – Aspects post-thérapeutiques des carcinomes épidermoïdes de l'oropharynx de la cavité buccale. Dans SFR, *Imagerie Post-Thérapeutique en Oncologie* (p. 21-38). Elsevier Masson.

Brétancourt P., Kremer J-M. et Lerond D. (2011). Déglutition et cancers de la sphère ORL : curatif et palliatif. *Rééducation Orthophonique*, 245, 179-193.

Carré, A. (2020). *Reprise de l'élocution après chirurgie carcinologique de la cavité buccale et de l'oropharynx avec reconstruction par lambeau* [mémoire d'orthophonie]. Université de Lille.

David, S., Dassonville, O., Poissonnet, G., Chamorey, E., Vallicioni, J., Demard, F... Bozec, A. (2011). Les échecs de la chirurgie reconstructrice cervicofaciale par lambeaux libres : facteurs favorisants et prise en charge. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 56(4), 308-314.

Degroote G., Simon J., Borel S. et Crevier-Buchman L. (2012). The French version of Speech Handicap Index : validation and comparison with the Voice Handicap Index. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 64, 20-25.

Desport J-C., Fayemendy P., Jésus P. et Salle J-Y. (2014). Conduite à tenir devant des troubles de la déglutition. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 28(3), 221-224.

Desport, J-C., Jésus, P., Fayemendy, P., De Rouvray, C. et Salle, J-Y. (2011). Évaluation et prise en charge des troubles de la déglutition. *Nutrition clinique et métabolisme*, 25(4), 247-257.

Dulguerov, N. et Dulguerov, P. (2013). Rôle de la panendoscopie dans la recherche de cancers synchrones et métachrones de la sphère ORL. *Revue Médicale Suisse*, 9(400), 1770-1774.

Dulguerov, P., Remacle, M. (2009). *Précis d'audiophonologie et de déglutition. Tome 2 : les voies aéro-digestives supérieures*. Paris, France : Solal.

Fleury, M. (2020). *Étude prospective de la qualité de la déglutition lors de la reprise alimentaire après chirurgie avec lambeau de la cavité buccale ou de l'oropharynx* [mémoire d'orthophonie]. Université de Lille.

Heutte, N., Plisson, L., Lange, M., Prevost, V. et Babin, E. (2014). Quality of life tools in head and neck oncology. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases*, 131(1), 33-47.

Halimi, C., Barry, B., De Raucourt, D., Choussy, O., Dessard-Diana, B., Hans, S., et Lafarge, D. (2015). Recommandations de la SFORL (version courte). Diagnostic des récurrences locales et des localisations métachrones en cancérologie des voies aéro-digestives supérieures. *Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale*, 132(5), 265-268.

International Agency for Research on Cancer. (2020). *World Cancer Report : Cancer Research for Cancer Prevention*. Repéré à <https://shop.iarc.fr/products/world-cancer-report-cancer-research-for-cancer-prevention-pdf>

Jacobson B., Johnson A., Grywalski C., Silbergleit A. et Jacobson G. (1997). The Voice Handicap Index : Development and Validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6(3), 66-70.

Khaldoun E., Woisard V. et Verin E. (2009). Validation in French of the SWAL-QOL scale in patients with oropharyngeal dysphagia. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 33(3), 167-171.

Kolb, F. et Julieron, M. (2005). Chirurgie réparatrice en cancérologie ORL : principales méthodes et indications. *Cancer/Radiothérapie*, 9, 16-30.

Loeb, I. et Evrard, L. (2008). Les lésions précancéreuses et cancéreuses de la cavité buccale. *Revue Médicale de Bruxelles*, 29, 267-272.

Maingon P., Créhange G., Bonnetain F., Ligey-Bartolomeu A., Chamois J., Bruchon Y., Romanet P. et Truc G. (2010). Qualité de vie chez les patients traités pour un cancer de la sphère ORL.

Cancer/Radiothérapie, 14(6-7), 526-529.

Maillard, C. (2006). Le bilan articulatoire et phonologique. In B. Piérart & F. Estienne (Eds.), *L'évaluation du langage et de la voix* (pp. 26-51). Paris : Masson.

Massoni, T. (2020). *La reprise alimentaire après traitement des cancers de l'oropharynx ou de la cavité buccale par lambeau libre : étude prospective de l'évaluation de la déglutition et de la qualité de vie auprès de patients recrutés en région Provence-Alpes-Côte d'Azur* [mémoire d'orthophonie]. Université de Lille.

McFarland, D. H. (2016). *L'anatomie en orthophonie : parole, déglutition et audition* (3^{éd.}). Paris, France : Elsevier Masson.

McHorney C., Bricker D., Kramer A., Rosenbek J., Robbins J., Chignell K., Logemann J. et Clarke C. (2000). The SWAL-QOL outcomes tools for oropharyngeal dysphagia in adults : I. Conceptual foundation and item development. *Dysphagia*, 15(3), 115-121.

McHorney C., Bricker D., Robbins J., Kramer A., Rosenbek J. et Chignell K. (2000). The SWAL-QOL outcomes tools for oropharyngeal dysphagia in adults : II. Item reduction and preliminary scaling. *Dysphagia*, 15(3), 122-133.

McHorney C., Martin-Harris B., Robbins J. et Rosenbek J. (2006). Clinical validity of the SWAL-QOL and SWAL-CARE Outcomes Tools with Respect to Bolus Flow Measures. *Dysphagia*, 21(3), 141-148.

McHorney C., Robbins J., Lomax K., Rosenbek J., Chignell K., Kramer A. et Bricker E. (2002). The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults : III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*, 17(2), 97-114.

Michaelsen S., Gronhoj C., Michaelsen J., Friberg J. et Von Buchwald C. (2017). Quality of life in survivors of oropharyngeal cancer : A systematic review and meta-analysis of 1366 patients. *European Journal of Cancer*, 78, 91-102.

Mlynarek A., Rieger J., Harris J., O'Connell D., Al-Qahtani K., Ansari K., Chau J. et Seikaly H. (2008). Methods of Functional Outcomes Assessment following Treatment of Oral and Oropharyngeal Cancer : Review of the Literature. *Journal of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 37(1), 2-10.

Paré, A. et Joly, A. (2017). Cancers de la cavité buccale : facteurs de risque et prise en charge. *La Presse Médicale*, 46(3), 320-330.

Pouderoux, P. (1999). Troubles de la déglutition : étiologies et prise en charge. *Hépto-gastro & Oncologie digestive*, 6(4), 247-257.

Racadot S., Vérillaud B., Serre A-A., Le Guevelou J., Guzène L., Laude C., Grégoire V., Deneuve S., Larnaudie A., Lasne-Cardon A. et Thariat J. (2020). Impact de la chirurgie reconstructrice avec

lambeaux et de la chirurgie mini-invasive sur la définition du volume cible anatomoclinique des cancers de la sphère ORL. *Cancer/Radiothérapie*, 24(6-7), 649-657.

Ricard A-S., Majoufre-Lefebvre C., Demeaux H., Siberchicot F. et Zwetyenga N. (2007). Carcinomes épidermoïdes simultanés de la cavité buccale et de l'oropharynx. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*, 108(6), 509-512.

Rinkel R., Verdonck-de Leeuw I., van Reij E., Aaronson N. et Leemans R. (2008). Speech Handicap Index in patients with oral and pharyngeal cancer : better understanding of patients' complaints. *Head & Neck*, 30(7), 868-874.

Rothman, K. et Keller, A. (1972). The effect of joint exposure to alcohol and tobacco on risk of cancer of the mouth and pharynx. *Journal of Chronic Obstructiv Pulmonary Disease*, 25, 711-716.

Silbergleit A., Schultz L., Jacobson B., Beardsley T. et Johnson A. (2012). The Dysphagia Handicap Index : Development and Validation. *Dysphagia*, 27, 46-52.

LISTE DES ANNEXES

Annexe n°A1 : Lieux d'articulation des consonnes de la langue française

Annexe n°A2 : Schémas reprenant les structures concernées lors d'une chirurgie de la cavité buccale ou de l'oropharynx (coupe frontale et coupe latérale)

Annexe n°A3 : Lettre d'information

Annexe n°A4 : Formulaire de consentement

Annexe n°A5 : Speech Handicap Index (SHI)

Annexe n°A6 : Swallowing-Quality of Life (SWAL-QOL)

Annexe n°A7 : Caractéristiques des participants