

Qualité de vie des patients présentant un cancer de la sphère orale : revue bibliographique

Coralie Biney

▶ **To cite this version:**

Coralie Biney. Qualité de vie des patients présentant un cancer de la sphère orale : revue bibliographique. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01019694

HAL Id: dumas-01019694

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01019694

Submitted on 7 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE
24 Avenue des Diables Bleus, 06357 Nice Cedex 04

QUALITE DE VIE DES PATIENTS PRESENTANT UN CANCER DE LA SPHERE ORALE : REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Année 2014 Thèse n°42-57-14-15

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice
Le 08 Juillet 2014
Par

Mademoiselle BINEY Coralie

Né(e) le 16 décembre 1987 à St Denis île de la Réunion
Pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE (Diplôme d'État)

Examinateurs :

Madame le Professeur	C. LASSAUZAY	Président du jury
Madame le Docteur	E. EHRMANN	Assesseur
Monsieur le Docteur	J-C HARNET	Assesseur
Madame le Docteur	M-H. ORLANDUCCI	Directeur de thèse
Monsieur le Docteur	M. CHOWANSKI	Membre invité

Année universitaire 2013/2014

CORPS ENSEIGNANT

56ème section : DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeur des Universités : Mme MULLER-BOLLA Michèle
Maître de Conférences des Universités : Mme JOSEPH Clara*
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme CALLEJAS Gabrièle

Sous-section 02 : ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Professeur des Universités : Mme MANIERE-EZVAN Armelle*
Maître de Conférences des Universités : M. FAVOT Pierre Assistant Hospitalier Universitaire : Mlle TABET Caroline Assistant Hospitalier Universitaire : Mme AUBRON Ngoc-Maï

Sous-section 03 : PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités : Mme LUPI-PEGURIER Laurence*
Assistant Hospitalier Universitaire : Mlle CUCCHI Céline

57ème section : SCIENCES BIOLOGIQUES, MEDECINE ET CHIRURGIE BUCCALE

Sous-section 01 : PARODONTOLOGIE

Maître de Conférences des Universités : M. CHARBIT Yves*
Maître de Conférences des Universités : Mme VINCENT-BUGNAS Séverine
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SURMENIAN Jérôme Assistant Hospitalier Universitaire : Mme LAMURE Julie

Sous-section 02 : CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE, ANESTHESIE ET REANIMATION

Maître de Conférences des Universités : M. COCHAIS Patrice*
Maître de Conférences des Universités : M. HARNET Jean-Claude
Assistant Hospitalier Universitaire : M. BENHAMOU Yordan
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SAVOLDELLI Charles

Sous-section 03 : SCIENCES BIOLOGIQUES

Professeur des Universités : Mme PRECHEUR Isabelle
Maître de Conférences des Universités : Mme RAYBAUD Hélène*
Maître de Conférences des Universités : Mlle VOHA Christine

58ème section : SCIENCES PHYSIQUES ET PHYSIOLOGIQUES ENDODONTIQUES ET PROTHETIQUES

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE
Professeur des Universités : Mme BERTRAND Marie-France*
Professeur des Universités : M. ROCCA Jean-Paul
Maître de Conférences des Universités : M. MEDIONI Etienne
Maître de Conférences des Universités : Mme BRULAT-BOUCHARD Nathalie Assistant Hospitalier Universitaire : Mme DESCHODT-TOQUE Delphine Assistant Hospitalier Universitaire : M. SIONNEAU Rémi
Assistant Hospitalier Universitaire : M. CEINOS Romain

Sous-section 02 : PROTHESES
Professeur des Universités : Mme LASSAUZAY Claire*
Maître de Conférences des Universités : M. ALLARD Yves
Maître de Conférences des Universités : Mme POUYSSEGUR-ROUGIER Valérie Maître de Conférences des Universités : M. LAPLANCHE Olivier
Assistant Hospitalier Universitaire : M. CHOWANSKI Michael
Assistant Hospitalier Universitaire : M. CASAGRANDE Nicolas
Assistant Hospitalier Universitaire : M. OUDIN Antoine
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SABOT Jean-Guy

Sous-section 03 : SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES
Professeur des Universités : M. BOLLA Marc*
Professeur des Universités : M. MAHLER Patrick
Maître de Conférences des Universités : M. LEFORESTIER Eric
Maître de Conférences des Universités : Mlle EHRMANN Elodie Assistant Hospitalier Universitaire : Mlle CANCEL Bénédicte

* *Responsable de sous-section*

REMERCIEMENTS

`

A Madame le Professeur Claire Lassauzay
Docteur en Chirurgie Dentaire - Docteur de l'Université de Nice Sophia Antipolis
Professeur des Universités, Praticien hospitalier
Responsable de sous-section Prothèses

Vous m'avez fait l'honneur d'avoir accepté la présidence de ce jury de thèse et je vous en remercie. Je tiens également à vous remercier de m'avoir encouragée et conseillée tout au long de mon cursus hospitalier. Vous m'avez accordée votre confiance dans la prise en charge des patients à maintes reprises et j'espère avoir été à la hauteur. Pour tout ceci, vous trouverez ici l'expression de ma plus grande gratitude.

A Madame le Docteur Marie-Hélène Orlanducci
Docteur en Chirurgie Dentaire – Docteur de l'Université de Nice Sophia Antipolis
Praticien hospitalier

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de diriger cette thèse. C'est pour moi un grand plaisir d'avoir partager des vacations au CHU de Cimiez à vos côtés. Au travers de vos valeurs humaines vous m'avez permis de m'améliorer. Merci pour votre gentillesse, votre enthousiasme et votre dévouement a mon égard.

A Madame le Docteur Elodie Ehrmann
Docteur en Chirurgie Dentaire - Docteur de l'Université de Nice Sophia Antipolis
Maître de Conférences des Universités- Praticien hospitalier

Je vous remercie de l'honneur que vous me faîtes en acceptant de siéger dans ce jury de thèse. Vous m'avez épaulée durant les premiers instants de mon cursus hospitalier avec toute la pédagogie nécessaire. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect pour la qualité de votre encadrement.

A Monsieur le Docteur Jean-Claude Harnet
Docteur en Chirurgie Dentaire - Docteur de l'Université de Nice Sophia Antipolis
Maître de Conférences des Universités- Praticien hospitalier

Je vous remercie d'avoir accepté aussi spontanément de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse. J'ai pu bénéficier à vos côtés en clinique, de votre expérience, de votre jugement et de votre implication. Les vacations que j'ai pu avoir avec vous m'ont permis de vous connaître et d'apprécier les moments avec vous tant sur le plan professionnel que personnel.

A Monsieur le Docteur Michael Chowanski
Docteur en Chirurgie Dentaire – Docteur de l'Université de Nice Sophia Antipolis
Assistant hospitalier Universitaire

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse. Je vous remercie de m'avoir fait partager votre savoir depuis le début de mes études, avec une gentillesse et une patiente incroyable. J'ai trouvé en vous une oreille attentive, un exemple à suivre mais aussi un ami et j'espère sincèrement que cette amitié perdurera.
Veuillez trouver ici l'expression d'un profond respect.

DEDICACES

A Maman, sans qui je ne serais jamais arrivée là ou j'en suis aujourd'hui

A Marine, Océane, Calypso, Fidji pour votre soutien tout au long de mes études

Pour votre Amour et votre confiance

Merci

Sommaire

REMERCIEMENTS **4**

DEDICACES **6**

Sommaire **7**

Introduction **8**

La qualité de vie orale **8**

Les cancers de la sphère orale **10**

Les facteurs de risque 10

Les traitements des VADS 10

Matériels et Méthodes **11**

Stratégie de recherche **11**

Critères d'inclusion : 11

Critères d'exclusion : 11

Les différents questionnaires d'évaluation de la qualité de vie **12**

1. *GOHAI (annexe 1)* 12
2. *OHIP-14* 12
3. *EORTC QLQ-C 30 (annexe 2)* 12
4. *EORTC QLQ-H&N35 (annexe 3)* 13

Résultats et discussion **14**

Facteurs affectant la qualité de vie des patients atteints de cancers de la sphère orale **14**

Impact des aspects socio-démographiques sur la qualité de vie **15**

1. *Age* 15
2. *Genre* 16
3. *Statut marital et soutien social* 16
4. *Addictions tabagiques et consommation d'alcool* 17
5. *Humeur et détresse psychologique* 18

Impact des caractéristiques de la tumeur sur la qualité de vie **19**

1. *La localisation de la tumeur* 19
2. *La taille de la tumeur et le stade tumoral* 20

Impact du traitement sur la qualité de vie **20**

1. La chirurgie **20**

2. La radiothérapie **21**

La xérostomie 22

La dysgueusie 22

L'ostéoradionécrose (ORN) et le trismus 23

3. La chimiothérapie **23**

Mucites buccales 24

Hémorragies buccales 24

Conclusion **25**

Références bibliographiques **26**

Annexe 1 ..... **30**

Annexe 2 ..... **31**

Annexe 3 ..... **33**

Annexe 4 ..... **35**

Annexe 5 ..... **36**

Introduction

Au cours des trente dernières années, l'intérêt pour le développement de l'évaluation de la qualité de vie orale et générale des patients a considérablement augmenté et est devenu un domaine de recherche à part entière en médecine et odontologie. En conséquence, l'élaboration de tests et de questionnaires d'évaluation, ainsi que la fréquence de leur utilisation dans les enquêtes de santé, les essais cliniques et les études évaluant la qualité de vie des patients sont nombreux.

Les concepts tels que la maladie, la santé et la qualité de vie sont difficiles à définir par leurs aspects subjectifs, multidimensionnels et leurs constantes évolutions. Ils varient selon les contextes sociaux, culturels et politiques dans lesquels ils sont évalués.

La qualité de vie est un terme souvent utilisé dans la littérature des sciences médicales et sociales. Une recherche basée sur le mot clé « Quality of life» rend compte de l'importance du concept ; sur les 10 dernières années, en s'appuyant sur les résultats du site Pubmed, 143 599 articles traitent ce sujet.

La qualité de vie a été définie par l'OMS en 1994 comme *« la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très largement influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, de son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* ».

Evaluer la qualité de vie demeure un exercice délicat du fait de l'absence de consensus d'évaluation du à son caractère personnel et multifactoriel.

La qualité de vie orale

La santé bucco-dentaire est essentielle pour la qualité de la vie orale mais aussi générale du patient. Elle se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathies (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial. (OMS, 2007)

Le concept de «qualité de vie orale» renforce l'objectif des soins dentaires qui n'est pas essentiellement de guérir mais de maintenir une bonne santé bucco-dentaire. Selon le National Institute of Dental and Craniofacial Research, environ le tiers des patients bénéficiant d'une thérapeutique contre les cancers des vois aéro-digestives supérieures (VADS) souffriraient de complications buccodentaires. Ces dernières seraient responsables d'inconfort ou des douleurs au niveau de la cavité buccale (les dents, les gencives, les tissus buccaux et les glandes salivaires peuvent tous être affectés). Les traitements de ces cancers peuvent détériorer l'image et l'estime de soi, décourager les relations sociales, générer d'autres pathologies, conduire à un stress chronique et à la dépression ainsi que représenter un coût financier très élevé (2, 4, 7, 8, 17, 19, 20, 22, 23, 27, 31, 37, 38, 39, 40, 41, 48, 49, 52, 53, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 69, 70, 72, 73, 75, 76).

Ces traitements peuvent aussi interférer avec les fonctions essentielles comme la respiration, la mastication, la déglutition, la phonation et entrainer de ce fait une détérioration de la qualité de vie générale du patient (2, 5, 9, 11, 19, 20, 21, 28, 27, 30, 39, 40, 42, 52, 72).

La qualité de vie orale est donc intimement liée à la qualité de vie générale du patient. D'après Inglehart et al, 2002 (37) elle se décrire comme l'évaluation des différents facteurs pouvant affecter le bien-être d'une personne : facteurs fonctionnels, facteurs psychologiques (concernant l'apparence de la personne et l'estime de soi), facteurs sociaux (interactions sociales) et son expérience de la douleur/gêne.

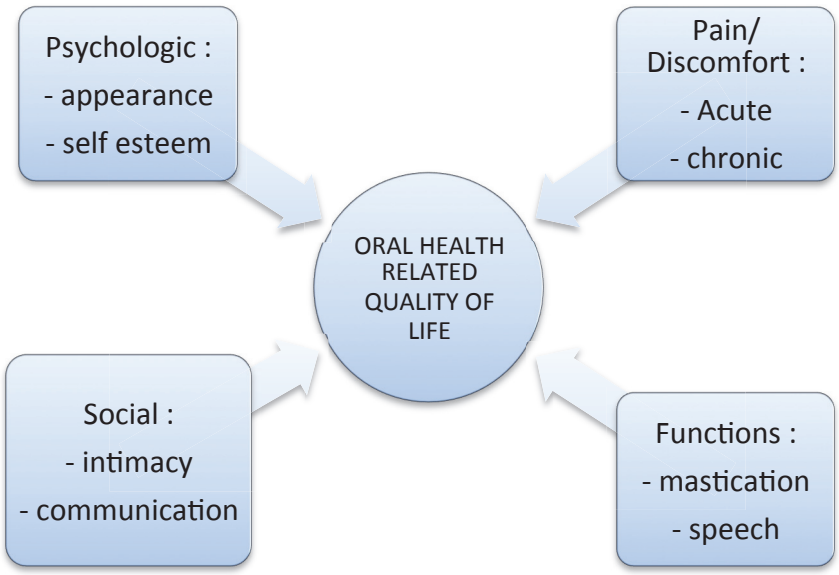


Figure: The main components of OHRQOL ("les principales composantes de la santé orale liées à la qualité de vie") (37)

Les cancers de la sphère orale

Les cancers de la cavité buccale sont classés parmi les cancers de la région Lèvre-Bouche-Pharynx. Avec les cancers du larynx, ils forment le groupe des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Les facteurs de risque

Les facteurs de risque des tumeurs des VADS sont multiples :

- Le tabac est le principal facteur de risque, il est impliqué dans 80 à 90% des cas de cancers oraux. (23, 72)

- L'alcool associé à l'intoxication tabagique a une action synergique et multiplie des risques par 6 par rapport à un fumeur non buveur. (3, 72)

- Autres facteurs : âge, hygiène bucco-dentaire, irritations traumatiques et chroniques, infection HPV 16 et HPV 18 (72)

Les traitements des VADS

Trois types de traitements sont préconisés pour soigner les cancers oraux : la chirurgie, la radiothérapie et les médicaments anticancéreux (chimiothérapie et thérapie ciblée). (1, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 30, 32, 35, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 66, 68, 71, 72, 73, 76, 77)

Ces thérapeutiques peuvent être utilisées seules ou associées entre elles. Selon les cas, elles ont pour objectifs d'éradiquer le cancer, de ralentir le développement de la tumeur ou de réduire le risque de récidive.

Elles peuvent traiter les conséquences engendrées par la maladie afin de maintenir une qualité de vie la meilleure possible.

L'objectif de ce travail, par l'intermédiaire d'une analyse de la bibliographie, était de faire le point sur l'évaluation de la qualité de vie des patients atteints de cancer de la sphère orale.

Matériels et Méthodes

Stratégie de recherche

La revue de la littérature a été effectuée en s'appuyant sur les données du site Pubmed (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed).
La sélection des articles a été réalisée selon les critères suivants

Critères d'inclusion :

- Articles écrits en français ou en anglais
- Articles parus sur la période s'étendant de janvier 2003 à décembre 2013.
- Articles utilisant le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie d'ordre général « EORTC QLQC30 »
- Articles utilisant le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie spécifique à la tête et au cou « H&N 35 »
- Articles utilisant les questionnaires d'évaluation de qualité de vie orale « OHIP » et « GOHAI »

Critères d'exclusion :

- Articles ne portant pas sur les cancers oraux.

Les mots clés suivants ont été employés pour la recherche : « Quality of life », « oral cancer ». 2868 articles ont été obtenus. A la lecture des titres, 178 ont été sélectionnés.

Cette même recherche a été effectuée en associant les mots clés « oral cancer » et « GOHAI ». 1 article a été obtenu et retenu à la lecture du titre.

La troisième sélection d'articles s'est faite à partir mots clés « OHIP » et « oral cancer ».
9 articles ont été obtenus. A la lecture des titres 4 ont été retenus.

Sur les 183 articles sélectionnés, après lecture des résumés, 75 articles ont été retenus.
Parmi eux, 10 articles n'ont pu être trouvés dans leur intégralité. Enfin parmi les 65 articles, 49 ont été retenus après lecture intégrale des articles. La liste des articles retenus pour ce travail est décrite dans l'annexe 5.

Les différents questionnaires d'évaluation de la qualité de vie

Les mesures de qualité de vie sont réalisées à partir de questionnaires tels que le GOHAI (General Oral Health Assessment Index), l'OHIP (Oral Health Impact Profil), l'EORTC QLQ C-30 et l'EORTC QLQ H&N 35. (European Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire)

1. GOHAI (annexe 1)

Le questionnaire GOHAI a été développé aux Etats-Unis en 1990 par Atchison et al, (4) et la validation en français a été réalisée en 2003 par Tubert-Jeannin et al (74)

Il comporte 12 items qui évaluent 3 fonctions :

- les fonctions physiques (mastication, phonation et déglutition)
- les fonctions psycho-sociales (soucis ou préoccupations liées à une dégradation de la santé buccodentaire)
- la douleur ou l'inconfort (utilisation de médicaments pour soulager la douleur ou l'inconfort oral).

A chaque question correspond 1 réponse cotée de 1 à 5. (5=jamais, 4=rarement, 3= parfois, 2= souvent, 1= toujours)

Le score total ou GOHAI est le total des scores obtenus à chaque question. Il varie de 12 (mauvais état dentaire) à 60 (excellent état).

2. OHIP-14

L'OHIP-14 est un questionnaire comportant 14 questions visant à mesurer la limitation fonctionnelle, l'inconfort et l'incapacité attribués à des conditions orales. Il est dérivé d'une version comportant 49 items et adapté à la santé bucco-dentaire par Slade et al, 1997 (63)

Ce questionnaire étudie 7 fonctions :

La limitation fonctionnelle, la douleur physique, l'inconfort psychologique, le handicap physique, l'incapacité psychologique, le handicap social et l'inconfort en société.

La version abrégée OHIP-14 a été développée sur la base d'un sous-ensemble de 2 questions par fonction.

3. EORTC QLQ-C 30 (annexe 2)

Une première génération du questionnaire sur l'évaluation de la qualité de la vie a été développée en 1987 par Aaronson et al. (1) et fut nommée EORTC Quality of Life Questionnaire-Core 36 (EORTC QLQ-C36).

Ce questionnaire a été conçu pour être : spécifique au cancer, auto-administré, et applicable dans un éventail de contextes culturels.
Les versions ultérieures du questionnaire ont été publiées, la version EORTC QLQ-C30 3.0 est la plus récente.
Les questionnaires EORTC QLQ sont des instruments de mesure de la qualité de vie spécifiquement destinés aux patients atteints de cancers. L'outil générique de base comprend 9 sous-échelles de mesure se composant de plusieurs items : 5 sous-échelles de mesure de l'état fonctionnel (physique, rôle, social, émotionnel, cognitif), 3 sous-échelles de symptômes (fatigue, douleur, nausées et vomissements), une sous-échelle globale de la qualité de vie et de l'état de santé. Enfin, 6 items/symptômes isolés, couvrant des symptômes du cancer et des effets secondaires fréquents des thérapies anticancéreuses.

Tous les items évaluent la qualité de vie au cours de la semaine précédente. Quatre modalités de réponses sont possibles : « Pas du tout », « Un peu », « Assez » et « Beaucoup » pour tous les items à l'exception des items de l'état de santé global dont les réponses varient de 0 à 7 (très mauvais à excellent).
Il existe d'autres questionnaires complémentaires en fonction du type de cancer (poumon, sein, tête et cou, œsophage, ovaire, gastrique, myélome multiple).

4. EORTC QLQ-H&N35 (annexe 3)

Une composante essentielle de la stratégie de développement de l'EORTC QLQ implique l'utilisation de modules de questions supplémentaires qui, lorsqu'il est utilisé en conjonction avec le QLQ-C30, peut fournir des informations plus pertinentes pour l'évaluation de la qualité de vie de patients spécifiques. Par exemple pour évaluer :
- des symptômes liés à un site spécifique de la tumeur
- les effets secondaires associés à un traitement donné
- d'autres domaines de qualité de vie touchés par la maladie ou le traitement (par exemple, la sexualité, l'image corporelle, la peur de la récidive de la maladie, etc.)

Le module spécifique de la tête et du cou de l'EORTC a été l'un des premiers mis au point pour être utilisé en conjonction avec le questionnaire de base EORTC QLQ-C30.
À ce jour, le H & N35 a été traduit en 49 langues et est utilisé dans le monde entier comme l'un des instruments de mesure standard dans la qualité de vie des patients atteints de cancers des VADS.
Le questionnaire comporte 35 questions qui intègrent sept échelles multidimensionnelles qui évaluent la douleur, la déglutition, les sens (goût et odeur), la parole, l'alimentation en société,

les contacts sociaux et la sexualité au cours de la semaine précédente. Il comprend aussi 11 items isolés.

L'approche de notation pour le questionnaire QLQ-H & N35 est identique dans son principe à celle des échelles de symptômes du questionnaire QLQ-C30. Pour chaque échelle/items, un score élevé signifie une moins bonne qualité de vie.

Résultats et discussion

Le cancer oral provoque une importante altération de la qualité de vie générale des patients. Les relations sociales du malade et de sa famille peuvent être affectées générant l'isolement et l'atteinte des fonctions cognitives générales, sociales, émotionnelles ou physiques. (2, 8, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 28, 34, 36, 37, 39, 41, 43, 45, 51, 60, 70, 73, 78). La qualité de vie orale, après le diagnostic et le traitement d'un patient, est altérée et la plupart des fonctions de la sphère oro-faciale sont touchées ; il s'agit de la déglutition, la mastication, la salivation et la phonation.

Il est cependant difficile de réaliser des études, à court (inférieur à 1 an) et long terme (supérieur à 3 ans), pour évaluer la qualité de vie des patients. Cette difficulté réside dans le maintien du suivi des patients (décédés, perdus de vue, refusant de continuer à participer à l'étude ou à remplir entièrement le questionnaire). Par exemple sur 181 patients inclus dans l'étude réalisée par Klug et al, 2002, (39) 72 sont décédés (40%), 9 sont perdus de vue et seulement 67 ont complété les questionnaires d'évaluation de la qualité de vie.

De plus la diversité des cas cliniques (type et localisation du cancer), les différents traitements existants (chirurgie, radio/chimiothérapie ou thérapie combinée) imposent des contraintes supplémentaires pour l'élaboration des études.

Facteurs affectant la qualité de vie des patients atteints de cancers de la sphère orale

Il a été montré que l'impact du traitement d'un cancer de la sphère orale par rapport à d'autres régions corporelles, est immédiat et plus important : (9, 22, 37, 72)

- Dans les études à court terme (22, 37, 72), certains auteurs ont constaté que la **qualité de vie générale** était modifiée de manière significative pendant les six premiers mois, et présentait un score similaire au niveau initial environ un an après. D'après Biazevic et al,

2010, (7) les patients traités présentaient un score significativement inférieur à 1 an de suivi, par rapport au score pré-opératoire. Les domaines les plus touchés étaient l'activité, les loisirs, la phonation, les fonctions physiques et sociales.

- D'après l'étude sur 3 mois de Shepherd et al, 2004, (61) certaines fonctions n'étaient jamais restaurées entièrement, d'autres retrouvaient leur niveau initial (parler, déglutir, s'alimenter en société). Les plaintes les plus courantes concernant la **qualité de vie orale** étaient liées à la mastication, la déglutition, la perte du goût, la production de salive et la phonation.

- Dans les études à long terme (4, 9, 24, 33, 48), certains auteurs ont constaté que la **qualité de vie générale** ne revenait pas au score initial avant 3 à 5 ans à cause des séquelles de la maladie et de son traitement. De Graeff et al, 2000, (22) ont montré que l'impact du cancer oral sur la qualité de vie, à long terme est souvent moins important qu'à court terme. Ils décrivaient une détérioration temporaire des fonctions physiques et psychologiques régressant sur 36 mois.

La qualité de vie orale est significativement modifiée. Abendstein et al, en 2005, (2) ont montré lors d'une étude prospective incluant 357 patients, que les améliorations cliniques sur la qualité de vie orale étaient quasiment inexistantes. Les dégradations bucco-dentaires, les limitations d'ouverture buccale, les problèmes de sécheresse buccale et de salive collante étaient persistants ou s'aggravaient.

La plupart des patients au moment du diagnostic présenteraient déjà une détérioration plus ou moins importante de leur qualité de vie. Cette détérioration pourrait être due au stade du cancer, au vieillissement physiologique ou aux pathologies associées au vieillissement.

Impact des aspects socio-démographiques sur la qualité de vie

1. Age

Il existe une corrélation entre l'âge et certaines variables de la **qualité de vie générale** qui peut être associée au vieillissement et à une comorbidité préexistante.

Malgré cela, les patients âgés présenteraient initialement une meilleure évaluation de leur qualité de vie. Langius et al, en 1994, (44) ont rapporté que les altérations de la qualité de vie générale à un an post opératoire étaient plus importantes chez les patients les plus jeunes. En effet, les jeunes patients atteints de cancer connaitraient une détresse psychologique et leurs

domaines social et émotionnel seraient les plus altérés (6). Leur système immunitaire et leur capacité de récupération leur confèreraient une moindre altération des fonctions physiques comparés aux patients âgés.

Chandu et al, 2006, (17) ont décris une amélioration des scores de qualité de vie générale des patients âgés malgré une atteinte des domaines sensitifs et sexuels. Cette amélioration pourrait être expliquée par des attentes différentes et moindres des effets du traitement par rapport aux jeunes patients qui présenteraient plus d'ambitions pour le futur.

La **qualité de vie orale** des patients âgés serait modifiée (sensation de bouche sèche, déglutition difficile, mastication inefficace). Ils présenteraient des problèmes dentaires plus nombreux et auraient besoin de compléments alimentaires pour limiter la dénutrition. Cependant, trois ans après le traitement, les scores de qualité de vie orale des patients plus jeunes s'amélioreraient pour devenir supérieurs à ceux des personnes âgées.

2. Genre

L'influence du genre sur la qualité de vie a été étudiée dans plusieurs articles. (8, 37, 72) Cependant les résultats diffèrent d'une étude à l'autre.

Selon De Andrade et al, 2006, (20) les patients masculins présenteraient, après traitement, des altérations mentales, de mauvaises habitudes alimentaires et une consommation abusive d'alcool qui entraveraient de manière significative leur **qualité de vie générale.**

Bjordal et al, en 2001, (8) ont rapporté que la qualité de vie générale des femmes avant le traitement était inférieure à celle des hommes. Après traitement, les patientes montreraient une détérioration moindre de leurs loisirs et de leur relation à la nourriture par rapport à leurs homologues masculins.

D'après De Andrade et al, en 2006, (20) les hommes au moment du diagnostic obtiendraient des scores **de qualité de vie orale** moins élevés que les femmes concernant la salivation, la mastication, et la gustation.

3. Statut marital et soutien social

Le fait d'être marié ou de vivre maritalement semblerait être un facteur positif pour le pronostic et la récidive des cancers oraux. D'après De Graeff et al, en 2001, (23) cet effet positif serait dû à un délai raccourci entre le diagnostic du cancer et la décision du traitement. Avoir à ses côtés quelqu'un d'attentionné et de prévenant permettrait de réduire le stress, de

mieux supporter le traitement et surtout, de partager sa peur de la récidive. Sur les 1658 patients participants à l'étude réalisée par Handschel et al, 2012, (33) 50% (829) présentaient une « peur de la récidive » si importante qu'elle avait une incidence sur leur qualité de vie générale et sur leurs attentes futures.

La présence d'un accompagnant apporterait en outre un soutien social et économique plus large ainsi que de meilleures habitudes liées à la santé.

Handschel et al, 2012 (33) ont montré que l'évaluation **de la qualité de vie générale** était meilleure pour les patients vivant maritalement. Le soutien moral prodigué par l'aidant contribuerait à une acceptation de la maladie (21) et à une meilleure compréhension du traitement. Le soutien moral semblerait aider les patients, par exemple, à s'adapter à la défiguration liée au traitement de la tumeur (33, 45, 50). Ces conditions contribueraient à diminuer l'anxiété du patient.

En ce qui concerne la **qualité de vie orale** le patient serait plus enclin à participer à une rééducation de la phonation, de la respiration, de la mastication et de la déglutition.

Le maintien du contact social, du fait des difficultés à communiquer, peut être compromis à la fois pour des raisons fonctionnelles (phonation perturbée, limitations des expressions faciales) et psychologiques. Une étude réalisée par Chaitchik et al, 1992 (16) sur 55 patients a révélé que leurs conjoints ne savaient pas comment le patient vivait sa maladie. Selon Deschler et al, 1999 (25), l'évaluation de la qualité de vie générale réalisée par le chirurgien serait supérieure à celle réalisée par le patient lui même ou son aidant. D'après Gil et al, 2004, (29) la perception de la qualité de vie des patients par le chirurgien n'est pas suffisamment précise. Ces études (25, 29) n'ont pas pu établir de corrélation entre les résultats des questionnaires remplis par les chirurgiens et les patients mais un accord significatif entre le patient et l'aidant sur l'évaluation de la qualité de vie a été démontré. Ils suggèrent donc que les chirurgiens fassent appel à la personne aidante pour évaluer l'état physique, émotionnel, social et économique des patients.

4. Addictions tabagiques et consommation d'alcool

Ces addictions ne sont pas considérées comme des facteurs significatifs dans l'évaluation de la qualité de vie globale du patient. (3, 17, 21, 53, 55, 56)

Il existe peu d'études sur la qualité de vie orale et générale qui se rapportent aux addictions tabagiques. Cela est peut être dû à l'arrêt de la consommation de tabac à la suite du diagnostic du cancer.
De Boer et al, 1998, (21) ont noté qu'il existe une récidive plus faible et un taux de survie plus important chez les patients non-fumeurs. Mais il semblerait que ces habitudes n'affectent pas la qualité de vie orale et générale de façon importante.

D'après Kristen et al, 2008, (31) la consommation d'alcool peut avoir un impact sur la qualité de vie générale des patients. Les sentiments de détresse ou et d'anxiété générés par la maladie pourraient conduire le patient à une consommation plus importante de boissons alcoolisées.
Allison et al, 2002, (3) ont montré que la consommation d'alcool était associée à une activité physique plus importante, une meilleure q**ualité de vie générale** (diminution des sensations douloureuses, de fatigue), une meilleure **qualité de vie orale** (diminution des sensations de bouche sèche et des problèmes de déglutition.)

5. Humeur et détresse psychologique

Plusieurs articles (5, 21, 24, 28, 31, 33, 37, 38, 45, 50, 78) portant sur l'humeur des patients atteints d'un cancer de la sphère orale, ont montré que 50% d'entre eux souffraient de symptômes dépressifs. Par conséquent, la qualité de vie générale et l'adaptation psychosociale pourraient être particulièrement altérées chez ses patients.
En raison de la localisation des tumeurs des VADS, les survivants souffriraient souvent de défigurations physiques visibles ou de perturbations de la capacité à communiquer, et une augmentation de la probabilité de détresse psychologique. Ainsi, ces patients risqueraient de consommer de l'alcool et de fumer pour faire face à ce stress. (3, 13)
D'après les études de Zabora et al, 2001, (78) et Frampton et al, 2001, (28) les patients atteints de cancer de la sphère orale présenteraient de nombreux symptômes de détresse générale.
Les résultats ont révélé une diminution de la **qualité de vie générale** induisant une détresse psychologique, qui compromettrait la satisfaction vis a vis de la prise en charge, l'observance du traitement et in fine la survie du patient. Des études (24, 38) ont également indiqué que la détresse pouvait persister ou s'aggraver même après le traitement. De plus, il a été montré que les patients dépressifs décédaient davantage un an après le diagnostic comparés aux patients optimistes.

Strauss et al, 1989 ont observé que l'état psychologique pré-opératoire avait un impact sur l'adaptation post-opératoire. Un état psychologique négatif avant le traitement était étroitement lié à des symptômes dépressifs post-opératoires, à une détérioration des fonctions plus importante et à de mauvais scores d'évaluation de l**a qualité de vie générale**.
Les troubles anxieux étaient importants au moment du diagnostic, atteignaient un niveau maximum à 3 mois après le traitement et avaient tendance à diminuer de moitié entre 1 à 3 ans après traitement.

Les réponses aux questionnaires pourraient aussi être influencées par l'humeur. D'après Talmi et al, 2002, (69) certains facteurs tels qu'une bonne relation médecin-patient et le soutien de la famille, inciteraient les patients à répondre positivement aux questions. Au contraire, l'humeur du patient dépendante de son état physique et psychologique pourrait le prédisposer à ne pas répondre au questionnaire ou altérer ses réponses. Les résultats peuvent donc varier significativement en fonction de ce que les patients appellent « bon ou mauvais jours ».

Impact des caractéristiques de la tumeur sur la qualité de vie

La classification TNM (Tumeur primitive, Nodule, Métastase) de l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC) est présentée dans l'annexe 4.

1. La localisation de la tumeur

D'après Pepijn et al, 2007, (48) les résultats de l'évaluation de la **qualité de vie générale** diffèreraient peu entre les patients atteints de cancers de la cavité buccale et ceux atteints de cancers de l'oropharynx.
Au contraire, Rogers et al, 2002 (56) et Infante-Cossio et al, 2008, (72) ont montré que les patients ayant une tumeur oropharyngée présenteraient plus de symptômes de fatigue, de nausées et vomissements, de douleur et de dyspnée. De plus, ces deux études ont montré au niveau de **la qualité de vie orale**, qu'une altération des fonctions de la cavité buccale entrainerait une perte d'appétit (problèmes de déglutition, ouverture buccale limitée).
La qualité de vie orale semblerait plus altérée chez les patients atteints d'un cancer de la cavité buccale. Les plus mauvais scores ont été obtenus dans les domaines de la phonation

(intelligibilité, articulation, mobilité de la langue et des lèvres), mais aussi de la mastication et de la gustation (48).

2. La taille de la tumeur et le stade tumoral

Pepijn et al, 2007, (48) ont montré que le stade tumoral était corrélé à la dégradation de la qualité de vie orale et générale chez les patients.

Selon plusieurs études (17, 48, 72) les patients présentant des tumeurs au stade précoce (I et II) ont montré une atteinte de la **qualité de vie générale** dans les domaines fonctionnels et sociaux. De même, les tumeurs de stades III et IV entraineraient une altération plus conséquente de **la qualité de vie générale** des patients. Celle- ci serait due à des répercussions plus importantes (fatigue, nausées et vomissements, douleurs et une perte d'appétit, refus des contacts sociaux et absence de sexualité). La dégradation de **la qualité de vie orale** serait plus importante et se traduirait par une atteinte des fonctions du patient comme la déglutition, la gustation, la phonation et une ouverture buccale limitée.

Impact du traitement sur la qualité de vie

Plusieurs modalités de traitement peuvent être mises en oeuvre en fonction des caractéristiques du cancer (taille tumorale, stade, localisation). Les effets de la chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie, peuvent être dévastateurs pour le patient. Bien que certains effets aient une durée limitée, d'autres persisteraient et influenceraient la qualité de vie générale et orale.

1. La chirurgie

Les complications chirurgicales dépendent de l'importance de l'exérèse du tissu cancéreux et de sa localisation dans la sphère orale. D'après plusieurs auteurs (2, 9, 39, 40, 42, 46), les complications à long terme associées au traitement chirurgical des cancers de la bouche seraient nombreuses. Elles entraveraient à la fois **la qualité de vie générale** des patients par l'apparition de séquelles esthétiques et neurologiques pouvant limiter les mouvements de la face, des yeux, du cou, de la mandibule, de la langue et du pharynx. Mais elles altèreraient aussi la **qualité de vie orale** des patients par l'apparition de limitations fonctionnelles lors de la phonation, la mastication et la déglutition. L'apparition de dysesthésie serait possible et

entrainerait une diminution des sensations au niveau de la face et des régions orales et, altèrerait le goût. Une paresthésie labiale pourrait survenir et entrainer une absence permanente de contrôle de la salivation.

D'après Kolokythas et al. en 2010, (40) l'ablation de la tumeur altérerait la **qualité de vie orale** des patients. La résection d'une partie de la langue entrainerait des difficultés dans la formation du bol alimentaire et son passage vers la partie postérieure de la cavité buccale.

Certains auteurs (40, 76) s'accordent à dire que l'ablation chirurgicale de la région la plus antérieure de la langue serait souvent associée à une altération significative de la phonation, tandis que l'ablation de la zone postérieure de la langue affecterait davantage la déglutition.

La situation serait plus complexe lorsque la chirurgie implique la résection de la mandibule, du plancher de la bouche ou du maxillaire ainsi que des tissus adjacents. Selon Curtis et al, 1997, la résection des maxillaires provoquerait une perte des contacts dento-dentaires, une perte d'un système stomatognathique stable et reproductible et une force de mastication largement diminuée. En outre, combinée avec l'atteinte des tissus mous et la perte de sensation, la capacité du patient à manipuler le bol alimentaire avant la déglutition serait altérée. La **qualité de vie générale** du patient serait atteinte par la diminution de l'efficacité masticatoire entrainant l'apparition de troubles digestifs comme des diarrhées.

Il a été rapporté par Kumar et al, 2012 (43) que la reconstruction d'un maxillaire ne contribuerait pas à une augmentation significative de la **qualité de vie orale** des patients. En effet la fonction masticatoire serait trop perturbée par l'absence de plusieurs éléments anatomiques qui la coordonnent.

Les patients présenteraient en outre une **qualité de vie générale** (51, 60) bouleversée par l'impossibilité de partager des repas en société, à parler ou avoir des contacts sociaux. De plus, les troubles liés à leur apparence physique limiteraient leur activité sexuelle.

2. La radiothérapie

Les patients bénéficiant de ce traitement présenteraient les scores les plus bas lors de l'évaluation de la **qualité de vie orale**. D'après Braam et al, 2007, (12) la totalité des domaines explorés par le questionnaire QLQ H&N35 serait concernée. Les patients éprouveraient une gêne orale, une inflammation des muqueuses, des difficultés à mastiquer et à déglutir, une diminution du goût, une augmentation des lésions carieuses dentaires, des

œsophagites chroniques, une incapacité à porter des prothèses du fait de l'hyposialie et d'une salive épaisse.

Herrstedt et al, en 2000, (34) ont montré que 90% à 100 % des patients dont le traitement par irradiation couvre la cavité buccale, présenteraient toujours des complications affectant leur qualité de vie orale. La xérostomie étant la complication la plus rapportée chez ces patients.

La xérostomie

D'après l'étude de Braam et al, 2007, (12) lors d'une radiothérapie, la salive devient "collante et visqueuse". Le patient pourrait alors ressentir une **gêne orale** et des douleurs provoquées par la sécheresse buccale. Le manque de salive pourrait également exposer le patient à un risque d'infections orales accru et augmenter la susceptibilité à la carie dentaire et aux maladies parodontales. De plus la sécheresse buccale conduirait à des difficultés pour parler, mastiquer et déglutir.

Les items obtenus au questionnaire H&N 35 liés à la xérostomie ont montré une détérioration importante sur 6 semaines après la radiothérapie. Cette détérioration perdurerait jusqu'à 6 mois. Sur 44 patients inclus dans l'étude, 49% se plaignaient de « bouche sèche » à un an de suivi contre 41% à 5 ans post radiothérapie.

Cependant les résultats de l'étude montrent que les scores liés à la xérostomie lors de l'évaluation de la qualité de vie orale s'améliorent dans le temps et ne semblent pas altérer pour autant la **qualité de vie générale** du patient.

La dysgueusie

D'après Escoda-Francoli et al, 2011, (26) les altérations de la gustation seraient associées aux fonctions salivaires et il serait fréquent (60 à 80%) que les patients présentant une xérostomie se plaignent d'une perte de gout. Davis et al, 2001, ont noté que 78% des patients inclus dans leur étude et soignés par radiothérapie en souffraient. D'après Nectarios et al, 2001, (47) l'apparition de dysgueusie pourrait se produire rapidement et être aggravée jusqu'à une dose cumulée de 30 Gy. Ainsi, la perception pour les quatre goûts (salé, sucré, acide, amer) pourrait obtenir alors des scores nuls. Cependant ils ont noté que le sens gustatif semblait être partiellement restauré en 20 à 60 jours et entièrement restauré entre 2 et 4 mois après la radiothérapie, ce qui n'entrainerait qu'une modification transitoire de **la qualité de vie orale**.

Néanmoins certains auteurs (19, 35, 76) rapportent une hypogueusie résiduelle subjective qui aurait pour conséquence la perte d'appétit et de poids, compromettant ainsi la **qualité de vie générale** du patient.

L'ostéoradionécrose (ORN) et le trismus

L'ostéoradionécrose est l'une des conséquences les plus graves de la radiothérapie. Elle générerait une perte substantielle des structures osseuses et d'importantes douleurs. D'après Sciubba et al, 2006, (59, 60) l'ostéoradionécrose ne serait pas une complication fréquente de la radiothérapie, et son incidence dans la littérature varierait de 1% à 37,5%. Une étude rétrospective sur 30 ans réalisée par Reuther et al, 2003, (51) incluant 830 patients a montré une incidence de seulement 8,2%.

D'après différentes études (51, 60, 76), dans 95% des cas l'ORN serait associée à une nécrose des tissus mous qui exposerait l'os. La mandibule serait plus touchée que le maxillaire. L'ostéoradionécrose pourrait également entraîner un oedème, une suppuration et des fractures pathologiques. Ces études montrent qu'environ 60% des patients se plaignent de douleurs, allant d'une légère douleur contrôlée par des médicaments, à des conditions extrêmement pénibles.

Selon Steelman et al, 1986, (68) environ 5% à 38 % des patients développeraient un trismus après avoir été irradié. Cliniquement, le trismus se manifesterait par l'incapacité progressive à ouvrir la bouche; D'après l'étude de Wang et al, 2005, (75) une réduction d'amplitude d'ouverture buccale serait observée à 9 semaines après le début du traitement. Une perte de 2,4% par mois a été notée dans les 9 mois suivants, et une réduction moyenne de 32 % de l'ouverture buccale été observée à 4 ans. Bien que cette conséquence du traitement soit indolore, elle rend l'ingestion orale de nourriture difficile ainsi que la mastication. Cette complication est d'autant plus importante pour les porteurs de prothèses dentaires puisque l'insertion des prothèses pourrait devenir impossible du fait de l'ouverture buccale réduite et ainsi compromettre leur nutrition. L'hygiène buccale serait également difficile. De ce fait la qualité de vie orale mais aussi générale se trouveraient grandement altérées.

3. La chimiothérapie

La chimiothérapie recourt à des médicaments provoquant la mort cellulaire et l'inhibition de la croissance tumorale. Les agents chimiothérapeutiques endommagent non seulement les cellules malignes mais aussi le tissu sain.

D’après Toscano et al, 2009, (73) le niveau de toxicité du traitement dépendrait surtout de l'état immunitaire global du patient avant et pendant la chimiothérapie, du type de traitement lui-même, de la fréquence et du dosage du traitement, de la voie d'administration, et du type de tumeur. Chez de nombreux patients, ces médicaments pourraient causer un certain nombre de complications orales et modifier significativement leur qualité de vie de façon réversible (mucites, douleur, infection, hémorragie, xérostomie, ainsi que des problèmes nutritionnels et neurologiques).

Mucites buccales

La mucite est une complication majeure (57, 66) induite par la chimiothérapie et/ou la radiothérapie. D’après les études réalisées par Rubenstein et al, 2004 (57) et Sonis et al, 2004, (66) 75 à 90% des patients en seraient atteints. Les symptômes de la mucite sont multiples : douleurs, brûlures, gêne gingivale, difficultés à s’alimenter, altération du goût. Caillot et al, 2012, (14) ont décrit ses conséquences cliniques : la mucite détruirait l’épithélium buccal et inhiberait son renouvellement aboutissant à l’invasion de Candida Albicans.

D’après plusieurs études (10, 59, 60, 77), les symptômes de la mucite radio-induite entraveraient la qualité de vie générale mais aussi orale du patient. La mucite induirait des douleurs intenses, une dysphagie, une odynophagie entrainant de l'anorexie mais aussi des difficultés pour parler. La douleur serait si intense qu'elle pourrait empêcher la prise alimentaire par voie orale, ce qui nécessiterait l'utilisation d'analgésiques par voie parentérale qui pourrait grandement affecter la qualité de vie générale du patient.

Hémorragies buccales

Les agents utilisés au cours de la chimiothérapie pourraient secondairement provoquer une thrombocytopénie, qui serait la cause la plus fréquente de saignements intraoraux.

L’hémorragie pourrait se produire de manière spontanée, provoquée, ou résulter d’un traitement pour une maladie générale préexistante.

Cependant, les articles portant sur ce sujet (39, 58, 67), n’ont pas montré de dégradation de la qualité de vie orale ou générale du patient.

Conclusion

Les cancers de la sphère orale par leur localisation peuvent interférer avec les fonctions essentielles comme la respiration, la mastication, la déglutition, la phonation et entraineraient de ce fait une dégradation de la qualité de vie orale et générale du patient. De plus, les traitements de ces cancers peuvent affecter l'image et l'estime de soi, décourager l'interaction sociale, conduire à la dépression ainsi que représenter un coût financier très élevé.

Cependant, il existe une réelle prise de conscience de la part du personnel médical soignant face aux effets du cancer des VADS et de son traitement sur la qualité de vie des patients.

Les résultats obtenus d'après les questionnaires d'évaluation participeraient aux prises de décision thérapeutique. Ils fourniraient des informations qui reflèteraient la perception du patient sur sa qualité de vie et permettraient d'améliorer de façon personnalisée la qualité des soins qui lui seraient prodigués.

Références bibliographiques

1. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bullinger M, et al. The EORTC core quality of life questionnaire: Interim results of an international field study. Osoba D. edition. *Effect of Cancer on Quality of Life*. Boca Raton, FL: CRC Press 1991:185-203.
2. Abendstein H, Nordgren M, Boysen M, Jannert M, Silander E, Ahlner-Elmqvist M, et al. Quality of life and head and neck cancer: a 5 year prospective study. *Laryngoscope* 2005;115: 2183-92.
3. Allison PJ: Alcohol consumption is associated with improved health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Oral Oncology* 38:81, 2002
4. Atchison K, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. *Journal Dental Education* 1990;54: 680±7.
5. Babin E, Sigston E, Hitier M, Dehesdin D, Marie JP, Choussy O. Quality of life in head and neck cancers patients: predictive factors, functional and psychosocial outcome. *European Archive Otorhinolaryngology* (2008) 265:265–270
6. Barrios R, Montero J, González-Moles MA, Baca P, Bravo M. Levels of scientific evidence of the quality of life in patients treated for oral cancer. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 2013 Jul 1;18 (4):e578-84.
7. Biazevic MGH et al. Survival and quality of life of patients with oral and oropharyngeal cancer at 1-year follow-up of tumor resection *Journal of applied oral science*. 2010;18(3):279-84
8. Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Hammerlid E, et al. A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part II. Longitudinal data. *Laryngoscope* 111:1440, 2001
9. Bolzoni Villaret A, Cappiello J, Piazza C, Pedruzzi B, Nicolai P. Quality of life in patients treated for cancer of the oral cavity requiring reconstruction: a prospective study. *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 2008;28:120-125.
10. Borbasi S, Cameron K, Quested B, Olver I. More than a sore mouth: patients' experience of oral mucositis. *Oncology Nursing Forum*, vol. 29, no. 7, pp. 1051–1057, 2002.
11. Borggreven PA, Verdonck-de Leeuw IM, Muller MJ, Heiligers ML, De Bree R, Aaronson NK, et al. Quality of life and functional status in patients with cancer of the oral cavity and oropharynx: pre-treatment values of a prospective study. *European Archive Otorhinolaryngol*y. 2007 Jun;264(6):651-7.
12. Braam P, Roesink JM, Cornelis PJ, Raaijmakers, Busschers WB and Terhaard C. Quality of life and salivary output in patients with head-and-neck cancer five years after radiotherapy. *Radiation Oncology* 2007, 2:3
13. Breitbart W, Holland J. Psychosocial aspects of head and neck cancer. *Seminary Oncology* 1988;15:61–69. [3344444]
14. Caillot E, Denis F. Mucites radio-induites buccopharyngées : actualités sur la prise en charge. *Cancer Radiotherapy* 2012 07;16(5-6);358-63.
15. Carvalho AL, Nishimoto IN, Califano JA, Kowalski LP. Trends in incidence and prognosis for head and neck cancer in the United States: a site specific analysis of the SEER database. *International Journal Cancer* 2005;114:806– 816. [15609302]
16. Chaitchik S, Kreitler S, Rapoport Y, Algor R. What do cancer patients's pouses know about the patients? *Cancer Nursing* 1992;15:353–362. [1423254]
17. Chandu A, Sun KCV, De Silva R, et al. The assessment of quality of life in patients who have undergone surgery for oral cancer. A preliminary report. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 63:1606, 2005
18. Cheng KKF. Oral mucositis, dysfunction, and distress in patients undergoing cancer therapy. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, no. 11, pp. 2114–2121, 2007.

19. Cowart BJ. Taste dysfunction: a practical guide for oral medicine. *Oral Diseases*, vol. 17, no. 1, pp. 2–6, 2011.
20. De Andrade FP, Antunes JLF, Durazzo MD. Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil. *Brazil Oral Research* 2006;20(4):290-6.
21. De Boer MF, Van Den Borne B, Pruyn JFA, et al: Psychosocial and physical correlates of survival and recurrence in patients with head and neck cancer. *Cancer* 83:2567, 1998
22. De Graeff A, De Leeuw JRJ, Ros WJG, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JAM. Long-term quality of life of patients with head and neck cancer. *Laryngoscope* 2000;110:98–106.
23. De Graeff A, De Leeuw R, Ros W, et al. Sociodemographic factors and quality of life as prognostic indicators in head and neck cancer. *European Journal Cancer* 37:332, 2001
24. Derks W, De Leeuw R, Winnubst J, Hordijk GJ. Elderly patients with head and neck cancer: physical, social and psychologic aspects after 1 year. *Acta Otolaryngology* 2004;124:509–514. [15224885]
25. Deschler DG, Walsh KA, Friedman S, Hayden RE. Quality of life assessment in patients undergoing head and neck surgery as evaluated by lay caregivers. *Laryngoscope* 1999;109:42–46. [9917038]
26. Escoda-Francolí J, Rodríguez A, Pérez-García S, Gargallo-Albiol J, Gay-Escoda. Dental implications in oral cancer patients. *Medicina Oral Patologia Oral Cirugia Bucal*. 2011 Jul 1;16 (4):e508-13.
27. Fang FM, Tsai WL, Chien CY, Chiu HC and Wang CJ. Health-related Quality of Life Outcome for Oral Cancer Survivors after Surgery and Postoperative Radiotherapy. *Japanese Journal Clinical Oncology* 2004;34(11)641–646.
28. Frampton M. Psychologic distress in patients with head and neck cancer: a review. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2001;39:67–70. [11178847]
29. Gil Z, MD, Abergel A, Spektor S, Khafif A, Fliss DM. Patient, Caregiver, and Surgeon Perceptions of Quality of Life Following Anterior Skull Base Surgery, *Archive of Otolaryngology Head and Neck Surg*ery 2004;130:1276-1281
30. Gritz ER, Carmack CL, De Moor C, Coscarelli A, Schacherer CW, Meyers EG, and Abemayor E. First Year After Head and Neck Cancer: Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 17, No 1 (January), 1999: pp 352-360
31. Haman KL, Psychologic distress and Head and Neck Cancer : part 1- Review of the literature. *Journal Support Oncology* 2008;6:155–163
32. Hancock PJ, Epstein JB, Sadler GR. Oral and Dental Management Related to Radiation Therapy for Head and Neck Cancer. *Journal Canadian Dental Association* 2003; 69(9):585–90
33. Handschel J, Naujoks C, Kübler NR, Krüskemper G. Fear of recurrence significantly influences quality of life in oral cancer patients. *Oral Oncology* 48 (2012) 1276–1280
34. Herrstedt J. Prevention and management of mucositis in patients with cancer. *International Journal of Antimicrobial Agents*, vol. 16, no. 2, pp. 161–163, 2000.
35. Hovan AJ, Williams PM, Stevenson-Moore P, et al. A systematic review of dysgeusia induced by cancer therapies. *Supportive Care in Cancer*, vol. 18, no. 8, pp. 1081–1087, 2010.
36. Ingeborg C. Van Der Meulen, Rob J, De Leeuwa J, Claudia J, and al. Educational intervention for patients with head and neck cancer in the discharge phase. *European Journal of Oncology Nursing* 2012 ;1e8
37. Inglehart MR, Habil P, Bagramian RA. Oral Health-related Quality of life. *Quintessence publishing book*. 2002
38. Karnell LH, Funk GF, Christensen AJ, Rosenthal EL, Magnuson JS. Persistent posttreatment depressive symptoms in patients with head and neck cancer. *Head Neck* 2006;28:453–461. [16320360]

39. Klug C, Neuburg J, Glaser C, Schwarz B, Kermer C, Millesi W. Quality of life 2–10 years after combined treatment for advanced oral and oropharyngeal cancer. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2002; 31: 00–00
40. Kolokythas A. Long-term surgical complications in the oral cancer patient: a comprehensive review. part II, *Journal of Oral & Maxillofacial Research*, vol. 1, article e2, 2010
41. Kraus K, Lablance GR, and Steckol KF. Rehabilitation of swallowing and communication following glossectomy. *Rehabilitation Nursing*, vol. 16, no. 5, pp. 266–270, 1991
42. Kruse AL, Bredell M, Luebbers HT, Grätz KW, Head and Neck Cancer in the Elderly: A Retrospective Study over 10 Years (1999 - 2008), *Head Neck Oncol*ogy 2010; 2: 25
43. Kumar P, Alvi HA, Rao J. Assessment of the quality of life in maxillectomy patients: A longitudinal study. *Journal of Advanced Prosthodontics* 2013;5:29-35
44. Langius A, Bjorvell H, Lind M: Functional status and coping in patients with oral and pharyngeal cancer before and after surgery. *Head Neck* 16:559, 1994
45. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. Are psycho-social and behavioural factors related to health related-quality of life in patients with head and neck cancer? A systematic review. *Oral Oncology* 2005;41:440–454. [15878748]
46. Marcy A. List and S. Pinar Bilir Functional Outcomes in Head and Neck Cancer *Seminars in Radiation Oncology*, Vol 14, No 2 (April), 2004: pp 178-189
47. Nectarios A, Griffiths C, Dental complications of head and neck radiotherapy: Part 1. *Australian Dental Journal* 2001;46:(2):88-94
48. Pepijn A. Borggreven, Irma M. Verdonck-de Leeuw. Quality of life and functional status in patients with cancer of the oral cavity and oropharynx: pretreatment values of a prospective study. *European Archive Otorhinolaryngol*ogy (2007) 264:651–657
49. Pruyn JFA, De Jong PC, Bosman LJ, et al. Psychosocial aspects of head and neck cancer: a review of the literature. *Clinical Otolaryngology* 1986;11:469– 474. [3545557]
50. Reisine S, Morse DE, Psoter WJ, et al. Sociodemographic risk indicators for depressive symptoms among persons with oral cancer or oral epithelial dysplasia. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2005;63:513–520. [15789324]
51. Reuther T, Schuster T, Mende U, and Kubler AC. Osteoradionecrosis of the jaws as a side effect of radiotherapy of head and neck tumour patient - a report of a thirty year retrospective review. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 32, no. 3, pp. 289–295, 2003.
52. Roa Pauloski B, Logemann JA, Rademaker AW et al. Speech and swallowing function after anterior tongue and floor of mouth resection with distal flap reconstruction. *Journal of Speech and Hearing Research*, vol. 36, no. 2, pp. 267–276, 1993.
53. Rogers SN, Hannah L, Lowe D, Magennis P. Quality of life 5-10 years after primary surgery for oral and oro- pharyngeal cancer. *Journal of Craniomaxillofacial Surgery* 1999: Jun;27(3):187-91
54. Rogers SN, Harvey-Woodworth CN, Hare J, Leong P, Lowe D. Patients' perception of the financial impact of head and neck cancer and the relationship to health related quality of life. *Britich Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2012 Jul;50(5):410-6.
55. Rogers SN, Lowe D, Brown JS, et al. The University of Washington head and neck cancer measure as a predictor of outcome following primary surgery for oral cancer. *Head Neck* 21:394, 1999
56. Rogers SN, Lowe D, Patel M, Brown JS, Vaughan ED. Clinical function after primary surgery for oral and oropharyngeal cancer: an 11-item examination. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2002 Feb;40(1):1-10.
57. Rubenstein EB, Peterson DE, Schubert M et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer*, vol. 100, pp. 2026–2046, 2004.

58. Schliephake H, Jamil MU: Prospective evaluation of quality of life after oncologic surgery for oral cancer. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 31:427, 2002
59. Sciubba JJ and Goldenberg D. Oral complications of radio- therapy. *The Lancet Oncology*, vol. 7, no. 2, pp. 175–183, 2006.
60. Sciubba JJ, Goldenberg D. Oral complications of radiotherapy. *Lancet Oncology* 2006;7:175-83.
61. Shepherd KL, Fisher SE. Prospective evaluation of quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer: from diagnosis to three months post-treatment. Oral Oncol. 2004 Aug;40(7):751-7.
62. Silverman. Oral cancer. Complications of therapy. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontology* 1999;88:122-6.
63. Slade GD, Spencer AJ: Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dental Health* 11: 3e11, 1994
64. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry Oral Epidemiology* 1997 :25: 284-290.
65. Slade GD. Measuring oral health and quality of life Chapel Hill: University of North Carolina. *Dental Ecology* 1997
66. Sonis ST, Elting LS, Keefe D et al. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. *Cancer* vol. 100, no. 9, pp. 1995–2025, 2004.
67. Spetch L. Oral complications in the head and neck irradiated patient. Introduction and scope of the problem. *Support Care Dental* 2002;10:36- 9.
68. Steelman R, and Sokol J. Quantification of trismus following irradiation of the temporomandibular joint. *Missouri Dental Journal*, vol. 66, no. 6, pp. 21–23, 1986.
69. Talmi YP. Quality of life issues in cancer of the oral cavity. *Journal of Laryngogy and Otol*ogy 2002 Oct;116(10):785-90.
70. Tarsitano A, Pizzigallo A, Ballone E. Health-related quality of life as a survival predictor for patients with oral cancer: is quality of life associated with long-term overall survival? *Oral and maxillo facial surgery* Vol. 114 No. 6 December 2012
71. Thorn JJ, Hansen HS, Spetch L, Bastholt L. Osteoradionecrosis of the jaws: clinical characteristics and relation to field of irradiation. *Jounal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2000;58:1088-93.
72. Torres Carranza E, Infante Cossío P, Guisado JMH, Aumente EH, Gutiérrez Pérez JL. Assessment of quality of life in oral cancer. *Medicina Oral Patologia Oral Cirugia Bucal*. 2008 Nov 1;13(11):E735-41.
73. Toscano N, Holtzclaw D, Hargitai IA et al. Oral implications of cancer chemotherapy. *The Journal of Implant & Advanced Clinical Dentistry*, vol. 1, pp. 51–69, 2009.
74. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dental and Oral Epidemiology* 2003;31(4):275-84.
75. Wang CJ, Huang EY, Hsu HC, Chen HC, Fang FM, and Hsiung CY. The degree and time-course assessment of radiation-induced trismus occurring after radiotherapy for nasopharyngeal cancer. *Laryngoscope*, vol. 115, no. 8, pp. 1458– 1460, 2005.
76. Wong HM. Oral Complications and Management Strategies for Patients Undergoing Cancer Therapy. *The Scientific World Journal* Volume 2014, Article ID 581795
77. Worthington HV, Clarkson JE, Khalid T, Meyer S, and McCabe M. Interventions for treating oral candidiasis for patients with cancer receiving treatment. *Cochrane Database of Systematic Review*s vol. 7, p. CD001972, 2010.
78. Zabora J, Brintzenhofeszoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychologic distress by cancer site. *Psychooncology* 2001;10:19–28. [11180574]

Annexe 1

EVALUATION-MASTICATION	N° PATIENT N° centre N° inclusion	Identification du patient Nom Prénom	

QUESTIONNAIRE GOHAI

Au cours des 3 derniers mois	jamais	rarement	parfois	souvent	toujours	Ne sait pas
1 - Avez-vous trié ou limité la quantité des aliments que vous mangiez en raison de problèmes dentaires ou de problèmes avec vos appareils dentaires						
2 - Avez-vous eu des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments durs comme la viande ou une pomme crue ?						
3 - Avez-vous pu avaler confortablement ?						
4 - Vos dents ou vos appareils dentaires vous ont-ils empêché(e) de parler comme vous le vouliez?						
5 - Avez-vous pu manger de façon confortable?						
6 - Avez-vous évité les contacts, les relations avec d'autres gens à cause de l'état de vos dents ou de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?						
7 - Avez-vous été satisfait(e) de l'aspect de vos dents, de vos gencives ou de vos appareils dentaires?						
8 - Avez vous pris un ou plusieurs médicament(s) pour soulager la douleur ou une sensation d'inconfort dans votre bouche						
9 - Vos problèmes de dent, de gencive ou d'appareil dentaire vous ont-ils inquiété(e) ou préoccupé(e)?						
10 - Vous êtes vous senti(e) gêné(e) ou mal à l'aise à cause de problèmes avec vos dents, vos gencives ou vos appareils dentaires?						
11 - Avez vous éprouvé de l'embarras pour manger devant les autres à cause de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ?						
12 - Vos dents ou vos gencives ont-elles été sensibles au froid, au chaud ou aux aliments sucrés ?						

Annexe 2

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE DE VIE EORTC QLQ-C30 version 3

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE DE VIE EORTC QLQ-C30 version 3

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

Vos initiales : ……

Date de naissance : ……..

La date d'aujourd'hui : ……

Au cours de la semaine passée	**Pas du tout**	**Un peu**	**Assez**	**Beaucoup**
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE promenade ?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un PETIT tour dehors ?	1	2	3	4
4. Etes-vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux W.C. ?	1	2	3	4
6. Etes-vous limitée d'une manière ou d'une autre pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4
7. Etes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4

Au cours de la semaine passée	**Pas du tout**	**Un peu**	**Assez**	**Beaucoup**
8. Avez-vous eu le souffle court ?	1	2	3	4
9. Avez-vous eu mal ?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos ?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous sentie faible ?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit ?	1	2	3	4

14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomi ?	1	2	3	4
16. Avez-vous été constipée ?	1	2	3	4
Au cours de la semaine passée	**Pas du tout**	**Un peu**	**Assez**	**Beaucoup**
17. Avez-vous eu de la diarrhée ?	1	2	3	4
18. Etiez-vous fatiguée ?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision ?	1	2	3	4
21. Vous êtes-vous sentie tendue ?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci ?	1	2	3	4
23. Vous êtes vous sentie irritable ?	1	2	3	4
24. Vous êtes vous sentie déprimée ?	1	2	3	4
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans votre vie FAMILIALE ?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans vos activités SOCIALES (par exemple sortir avec des amis, aller au cinéma…)	1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?	1	2	3	4

POUR LES QUESTIONS SUIVANTES, VEUILLEZ REPONDRE EN ENTOURANT LE CHIFFRE ENTRE 1 ET 7 QUI S'APPLIQUE LE MIEUX A VOTRE SITUATION.

29. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre ETAT PHYSIQUE au cours de la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais						Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre QUALITE DE VIE au cours de la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais						Excellent

Annexe 3

EORTC QLQ - H&N35

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

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

Au cours de la semaine passée :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
31. Avez-vous eu mal dans la bouche ?	1	2	3	4
32. Avez-vous eu mal à la mâchoire ?	1	2	3	4
33. Avez-vous eu des douleurs dans la bouche ?	1	2	3	4
34. Avez-vous eu mal à la gorge ?	1	2	3	4
35. Avez-vous eu des problèmes en avalant des liquides ?	1	2	3	4
36. Avez-vous eu des problèmes en avalant des aliments écrasés?	1	2	3	4
37. Avez-vous eu des problèmes en avalant des aliments solides?	1	2	3	4
38. Vous êtes-vous étranglé(e) en avalant?	1	2	3	4
39. Avez-vous eu des problèmes de dents?	1	2	3	4
40. Avez-vous eu des problèmes à ouvrir largement la bouche ?	1	2	3	4
41. Avez-vous eu la bouche sèche ?	1	2	3	4
42. Avez-vous eu une salive collante ?	1	2	3	4
43. Avez-vous eu des problèmes d'odorat?	1	2	3	4
44. Avez-vous eu des problèmes de goût ?	1	2	3	4
45. Avez-vous toussé ?	1	2	3	4
46. Avez-vous été enroué(e) ?	1	2	3	4
47. Vous êtes-vous senti(e) mal ?	1	2	3	4
48. Votre apparence vous a-t-elle préoccupé(e) ?	1	2	3	4

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
49. Avez-vous eu des difficultés à manger?	1	2	3	4
50. Avez-vous eu des difficultés à manger devant votre famille ?	1	2	3	4
51. Avez-vous eu des difficultés à manger devant d'autres personnes ?	1	2	3	4
52. Avez-vous eu des difficultés à prendre plaisir aux repas ?	1	2	3	4
53. Avez-vous eu des difficultés à parler à d'autres personnes ?	1	2	3	4
54. Avez-vous eu des difficultés à parler au téléphone ?	1	2	3	4
55. Avez-vous eu des difficultés à avoir un contact social avec votre famille ?	1	2	3	4
56. Avez-vous eu des difficultés à avoir un contact social avec vos amis ?	1	2	3	4
57. Avez-vous eu des difficultés à sortir en public ?	1	2	3	4
58. Avez-vous eu des difficultés à avoir un contact physique avec votre famille ou vos amis	1	2	3	4
59. Avez-vous éprouvé moins d'intérêt aux relations sexuelles ?	1	2	3	4
60. Avez-vous éprouvé moins de plaisir sexuel ?	1	2	3	4

Au cours de la semaine passée :	Non	Oui
61. Avez-vous pris des anti-douleurs ?	1	2
62. Avez-vous pris des suppléments nutritionnels (à l'exclusion de vitamines) ?	1	2
63. Avez-vous utilisé une sonde d'alimentation ?	1	2
64. Avez-vous perdu du poids ?	1	2
65. Avez-vous pris du poids ?	1	2

Annexe 4

CLASSIFICATION TNM (UICC, 1997)

Tx	*Tumeur non évaluable*
T0	*Pas de tumeur primitive*
T1 IS	*Cancer in situ*
T1	*Diamètre de la tumeur <ou = a 2 cm dans sa plus grande dimension*
T2	*Diamètre entre 2 et 4 cm*
T3	*Diamètre supérieur a 4 cm*
T4	*Tumeur s'étendant aux structures voisines*

N 0	*Pasd'atteinte de ganglions lymphatiques régionaux*
N1	*atteinte d'un ganglion homolatéral de taille <ou = 3 cm*
N2	*- Métastase unique dans 1 ganglion homolatérale dont la taille de la plus grande dimension doit être > à 3cm et < ou = à 6 cm* *N2a* = Métastase dans un seul ganglion lymphatique > 3 cm mais < ou = 6 cm *N2b = ganglions multiples homolatéraux < 6cm* *N2c = ganglions multiples bilatéraux/controlatéraux <ou = a 6cm* *- Ou plusieurs ganglions homolatéraux/ bilatéraux < 6 cm*
N3	*- Métastase dans un ganglion fixé de taille supérieur a 6cm* *N3a = ganglion unique homolatéral* *N3b = ganglions multiples homolatéraux* *N3c = ganglions multiples bilatéraux/controlatéraux*

M0 : présence de métastase

M1 : présence de métastase a distance

Annexe 5

1. Al Mamgani A, Van Rooij P, Tans L, Verduijn GM, Sewnaik A, Baatenburg de Jong RJ. A prospective evaluation of patient-reported quality-of-life after (chemo)radiation for oropharyngeal cancer: which patients are at risk of significant quality-of-life deterioration? *Radiotherapy Oncology* 2013 Mar;106(3):359-63.
2. Alexander J. Hassel A, Danner D, Freier K, Hofele C, Becker-Bikowski K, Michael Engel. Oral health-related quality of life and depression/anxiety in long-term recurrence-free patients after treatment for advanced oral squamous cell cancer *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* 40 (2012) e99ee102
3. Barrios R, Montero J, González-Moles MA, Baca P, Bravo M. Levels of scientific evidence of the quality of life in patients treated for oral cancer. *Medicina Oral Patologia y Oral Cirugia Bucal* 2013 Jul 1;18(4):e578-84.
4. Borggreven PA, Aaronson NK, Verdonck-de Leeuw IM, Muller MJ, Heiligers ML, Bree Rd, Langendijk JA, Leemans CR. Quality of life after surgical treatment for oral and oropharyngeal cancer: a prospective longitudinal assessment of patients reconstructed by a microvascular flap. *Oral Oncology* 2007 Nov;43(10):1034-42.
5. Bozec A, Poissonnet G, Chamorey E, Casanova C, Laout C, Vallicioni J, Demard F, Peyrade F, Follana P, Bensadoun RJ, Benezery K, Thariat J, Marcy PY, Sudaka A, Weber P, Dassonville O. Quality of life after oral and oropharyngeal reconstruction with a radial forearm free flap: prospective study. *Journal of Otolaryngoly Head Neck Surg*ery. 2009 Jun;38(3):401-8.
6. Bozec A, Poissonnet G, Chamorey E, Casanova C, Vallicioni J, Demard F, Mahdyoun P, Peyrade F, Follana P, Bensadoun RJ, Benezery K, Thariat J, Marcy PY, Sudaka A, Dassonville O. Free-flap head and neck reconstruction and quality of life: a 2-year prospective study. *Laryngoscope*. 2008 May;118(5):874-80.
7. Chandu A, Smith AC, Rogers SN. Health-related quality of life in oral cancer: a review. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2006 Mar;64(3):495-502.
8. Chaukar DA, Walvekar RR, Das AK, Deshpande MS, Pai PS, Chaturvedi P, Kakade A, D'Cruz AK. Quality of life in head and neck cancer survivors: a cross-sectional survey. *American Journal Otolaryngology* 2009 May-Jun;30(3):176-80.
9. Chen SC, Lai YH, Liao CT, Lin CC, Chang JT. Changes of symptoms and depression in oral cavity cancer patients receiving radiation therapy. *Oral Oncology* 2010 Jul;46(7):509-13.
10. Cheng YS, Li WL, Xu L, Xu ZF, Liu FY, Sun CF. Assessment of quality of life of oral cancer patients after reconstruction with radial forearm free flaps. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* 2013 Mar;48(3):161-4.
11. Connor NP, Cohen SB, Kammer RE, Sullivan PA, Brewer KA, Hong TS, Chappell RJ, Harari PM. Impact of conventional radiotherapy on health-related quality of life and critical functions of the head and neck. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* 2006 Jul 15;65(4):1051-62.
12. Crozier E, Sumer BD. Head and neck cancer. *Medical Clinic of North America* 2010 Sep;94(5):1031-46.
13. Dwivedi RC, Kazi RA, Agrawal N, Nutting CM, Clarke PM, Kerawala CJ, Rhys-Evans PH, Harrington KJ. Evaluation of speech outcomes following treatment of oral and oropharyngeal cancers. *Cancer Treatment Review*s 2009 Aug;35(5):417-24
14. Fang FM, Chien CY, Kuo SC, Chiu HC, Wang CJ. Changes in quality of life of head-and-neck cancer patients following postoperative radiotherapy. *Acta Oncol*ogy 2004;43(6):571-8.
15. Fingeret MC, Hutcheson KA, Jensen K, Yuan Y, Urbauer D, Lewin JS. Associations among speech, eating, and body image concerns for surgical patients with head and neck cancer. *Head Neck* 2013 Mar;35(3):354-60

16. Handschel J, Naujoks C, Kübler NR, Krüskemper G. Fear of recurrence significantly influences quality of life in oral cancer patients. *Oral Oncol*ogy 2012 Dec;48(12):1276-80.
17. Hikosaka M, Ochiai H, Fujii M, Habu N, Yajima Y, Sakurai T, Bito S. QOL after head and neck reconstruction: Evaluation of Japanese patients using SF-36 and GOHAI. *Auris Nasus Larynx* 38 (2011) 730–734
18. Infante-Cossio P, Torres-Carranza E, Cayuela A, Gutierrez-Perez JL, Gili-Miner M. Quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2009 Mar;38(3):250-5.
19. Infante-Cossio P, Torres-Carranza E, Cayuela A, Hens-Aumente E, Pastor-Gaitan P, Gutierrez-Perez JL. Impact of treatment on quality of life for oral and oropharyngeal carcinoma. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2009 Oct;38(10):1052-8.
20. Jager-Wittenaar H, Dijkstra PU, Vissink A, van der Laan BF, van Oort RP, Roodenburg JL. Malnutrition and quality of life in patients treated for oral or oropharyngeal cancer. *Head Neck* 2011 Apr;33(4):490-6.
21. Jham BC, da Silva Freire AR. Oral complications of radiotherapy in the head and neck. *Brazil Journal of Otorhinolaryngol*y 2006 Sep-Oct;72(5):704-8.
22. Kandasamy A, Chaturvedi SK, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian Journal Cancer* 2011 Jan-Mar;48(1):55-9
23. Lee HF, Liu HE. Prospective changes of the quality of life for patients newly diagnosed with oral cancer during the acute stage. *European Journal Oncology Nursing* 2010 Sep;14(4):310-5.
24. List MA, Bilir SP. Functional outcomes in head and neck cancer. *Seminars in Radiation Oncol*ogy 2004 Apr;14(2):178-89.
25. Marín Caro MM, Laviano A, Pichard C. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clinical Nutrtion* 2007 Jun;26(3):289-301.
26. Martino R, Ringash J. Evaluation of quality of life and organ function in head and neck squamous cell carcinoma. *Hematology/Oncology Clinics of North America* 2008 Dec;22(6):1239-56, x.
27. McMillan AS, Peter Tsang CS, Wong M, Kam A. Efficacy of a novel lubricating system in the management of radiotherapy-related xerostomia. *Oral Oncology* 2006 ; 42, 842– 848
28. Meurman JH, Grönroos L. Oral and dental health care of oral cancer patients: hyposalivation, caries and infections. *Oral Oncology* 2010 Jun;46(6):464-7.
29. Moore K, Ford P, Farah C. Support needs and quality of life in oral cancer: a systematic review. *International Journal of Dental Hyg*iene 2013 Aug 23. doi: 10.1111/idh.12051.
30. Mosel DD, Bauer RL, Lynch DP, Hwang ST. Oral complications in the treatment of cancer patients. *Oral Diseases* 2011 Sep;17(6):550-9.
31. Murphy BA. Advances in quality of life and symptom management for head and neck cancer patients. *Current Opin Oncology Journal* 2009 May;21(3):242-7.
32. Ogama N, Suzuki S, Umeshita K, Kobayashi T, Kaneko S, Kato S, Shimizu Y. Appetite and adverse effects associated with radiation therapy in patients with head and neck cancer. *European Journal of Oncology Nurs*ing 2010 Feb;14(1):3-10.
33. Oskam IM, Verdonck-de Leeuw IM, Aaronson NK, Kuik DJ, de Bree R, Doornaert P, Langendijk JA, Leemans RC. Quality of life as predictor of survival: a prospective study on patients treated with combined surgery and radiotherapy for advanced oral and oropharyngeal cancer. *Radiotherapy Oncology* 2010 Nov;97(2):258-62.
34. Oskam IM, Verdonck-de Leeuw IM, Aaronson NK, Witte BI, de Bree R, Doornaert P,Langendijk JA, Leemans CR. Prospective evaluation of health-related quality of life in long-term oral and oropharyngeal cancer survivors and the perceived need for supportive care. *Oral Oncol*ogy 2013 May;49(5):443-8.

35. Rana S, Gupta R, Chaudhary P, Khurana D, Mishra S, Bhatnagar S. Cancer pain management: basic information for the young pain physicians. *Indian Journal Palliative Care* 2011 May;17(2):127-30.
36. Rathod S, Gupta T, Ghosh-Laskar S, Murthy V, Budrukkar A, Agarwal J. Quality of life (QOL) outcomes in patients with head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) treated with intensity-modulated radiation therapy (IMRT) compared to three-dimensional conformal radiotherapy (3D-CRT): evidence from a prospective randomized study. *Oral Oncology* 2013 Jun;49(6):634-42.
37. Rogers SN. Quality of life perspectives in patients with oral cancer. *Oral Oncology* 2010 Jun;46(6):445-7.
38. Schuster M, Stelzle F. Outcome measurements after oral cancer treatment: speech and speech-related aspects - an overview. *Oral and Maxillofacial Surgery*. 2012 Sep;16(3):291-8.
39. Shepherd KL, Fisher SE. Prospective evaluation of quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer: from diagnosis to three months post-treatment. *Oral Oncology 2004* Aug;40(7):751-7.
40. Singer S, Langendijk J, Yarom N. Assessing and improving quality of life in patients with head and neck cancer. *American Society of Clinical Oncolog Education Book*. 2013:230-5.
41. Tarsitano A, Pizzigallo A, Ballone E, Marchetti C. Health-related quality of life as a survival predictor for patients with oralcancer: is quality of life associated with long-term overall survival? *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiol*ogy 2012 Dec;114(6):756-63.
42. Torres-Carranza E, Infante-Cossío P, Hernández-Guisado JM, Hens-Aumente E, Gutierrez-Pérez JL. Assessment of quality of life in oral cancer. *Medicine Oral Patologia y Oral Cirugia Bucal* 2008 Nov 1;13(11):E735-41.
43. Tschiesner U. Preservation of organ function in head and neck cancer. *GMS Current Topics in Otorhinolaryngology Head Neck Surgery.* 2012;11:Dec07.
44. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community of Dental and Oral Epidemiol*ogy 2003;31(4):275-84
45. Turner L, Mupparapu M, Akintoye SO Review of the complications associated with treatment of oropharyngeal cancer: a guide for the dental practitioner. *Quintessence Int.* 2013 Mar;44(3):267-79. doi: 10.3290/j.qi.a29050.
46. Van den Berg MG, Rasmussen-Conrad EL, Van Nispen L, Van Binsbergen JJ, Merkx MA. A prospective study on malnutrition and quality of life in patients with head and neck cancer. *Oral Oncol*ogy 2008 Sep;44(9):830-7.
47. Van der Molen L, Van Rossum MA, Burkhead LM, Smeele LE, Hilgers FJ.Functional outcomes and rehabilitation strategies in patients treated with chemoradiotherapy for advanced head and neck cancer: a systematic review. *European Archive Otorhinolaryngology.* 2009 Jun;266(6):889-900.
48. Van Wilgen CP, Dijkstra PU, Van der Laan BF, Plukker JT, Roodenburg JL. Shoulder and neck morbidity in quality of life after surgery for head and neck cancer. *Head Neck.* 2004 Oct;26(10):839-44.
49. Wan Leung S, Lee TF, Chien CY, Chao PJ, Tsai WL, Fang FM. Health-related quality of life in 640 head and neck cancer survivors after radiotherapy using EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 questionnaires. *BMC Cancer* 2011 April 12;11:128

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois
de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de La Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon Devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Approbation – Improbation

Les opinions émises par les dissertations présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ou improbation de la Faculté de Chirurgie dentaire (1).

Lu et approuvé,

Vu,
Nice, le

Le Président du jury,

Le Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'UNS

Professeur

Professeur Armelle MANIERE

(1) Les exemplaires destinés à la bibliothèque doivent être obligatoirement signés par le Doyen et par le Président du Jury.

BINEY Coralie

QUALITE DE VIE ORALE DES PATIENTS PRESENTANT UN CANCER DE LA SPHERE ORALE : REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thèse : Chirurgie Dentaire, Nice, 2014, n°42-57-14-15

Directeur de thèse : M-H. ORLANDUCCI

Mots-clés : qualité de vie, cancer de la sphère orale, H&N35, EORTC QLQC 3O, GOHAI, OHIP-14

Résumé:

Au cours des trente dernières années, l'intérêt pour l'évaluation de la qualité de vie orale et générale des patients atteints de cancer a considérablement augmenté. Il est devenu un domaine de recherche à part entière en médecine et en odontologie. L'objectif de ce travail, par l'intermédiaire d'une analyse de la bibliographie était de faire le point sur l'évaluation de la qualité de vie des patients atteints de cancers de la sphère orale.
Quelque soient les questionnaires d'évaluation utilisés (GOHAI, OHIP-14, EORTC QLQ C-30, EORTC H&N 35), les auteurs s'accordent sur le fait que le cancer oral pourrait provoquer une importante altération de la qualité de vie générale des patients. Les relations sociales du malade seraient affectées et pourraient provoquer leur isolement ainsi qu'une atteinte des fonctions cognitives générales, sociales, émotionnelles ou physiques. La qualité de vie orale serait également altérée et la plupart des fonctions de la sphère oro-faciale seraient touchées : la déglutition, la mastication, la salivation et la phonation. De ce fait, de plus en plus d'études sont réalisées afin de mieux anticiper les conséquences du cancer des VADS et de son traitement afin de proposer des options thérapeutiques spécifiques à chaque patient.

Adresse de l'auteur : 6, Villa les dauphins, Square Alphonse Daudet, Parc Impérial 06000 Nice