ALGERIAN JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES
ISSUE: (2) December 2020
P: 01 - 20

المجلة الجزائرية للعلوم النفسية
العدد: (2) ديسمبر 2020
ص: 1 -20

ISSN 2773- 2908

جودة الحياة وإعادة التأهيل الأرطوفوني في علم السرطان: سرطان الحنجرة

Qualité de vie et rééducation orthophonique en cancérologie: Cancer du larynx.

الباحث 1 رحالي باسم جامعة باتنة -1- الحاج لخضر (الجزائر)،

الباحث 2 زغيش وردة جامعة باتنة -1- الحاج لخضر (الجزائر)،

ملخص : هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الحياة لدى مرضى السرطان واستهدفت فئة سرطان الحنجرة، حيث تناولت أهم النقاط النظرية حول هذا السرطان بداية من تعريفه إلى طريقة علاجه وأبرز المضاعفات التي يتسبب فيها والتي تؤثر على جودة الحياة لدى المرضى، ثم تناولنا إعادة التأهيل الأرطوفوني باعتبارها مرحلة هامة في التكفل بذوي سرطان الحنجرة خاصة الذين خضعوا للعلاج الجراحي (استئصال جزئي أو كلي للحنجرة)، من منطلق أن لإعادة التأهيل هذه أثرا هاما على تحسين جودة الحياة بعد الجراحة وإعادة الإدماج الاجتماعي وربما المهني للمريض. قمنا بدراسة حالة لشخص مصاب بسرطان الحنجرة عمره 69 سنة، خاضع لاستئصال كلي للحنجرة واستخدمنا في هذه الدراسة استبيان جودة الحياة QLQ-C30 واستبيان جودة الحياة لسرطان الرأس والرقبة QLQ-H&N35. وقد أسفرت النتائج عن تقبل متوسط للمرض ومعدل جودة حياة لا بأس به مع تأثر شديد في الجانب الاجتماعي للمريض وظهور اضطرابات على مستوى حواس الشم والتذوق وكذا على مستوى الكلام والتواصل الاجتماعي .

الكلمات المفتاح : جودة الحياة، إعادة التأهيل الأرطوفوني، علم السرطان، سرطان الحنجرة.

تصنيف JEL : I18

Abstract: L'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité de vie chez les cancéreux. On a ciblé la catégorie de Cancer du larynx. On a abordé la rééducation orthophonique de cette catégorie, dans la partie théorique, comme étant une phase importante dans la prise en charge des patients atteints de cancer du larynx ayant subi un traitement chirurgical (laryngectomie partielle ou totale), vue que cette rééducation a un impact important sur l'amélioration de la qualité de vie en postopératoire et sur l'intégration sociale et même professionnelle du patient.

On a étudié le cas d'un patient âgé de 69 ans, atteint de cancer du larynx, avec une laryngectomie totale. On a utilisé le questionnaire de qualité de vie de l'EORTC QLQ-C30 et le module complémentaire QLQ-H&N35. Les principales résultats ont montré un niveau moyen de qualité de vie avec un fort impact sur le côté social du patient et la présence de troubles sensoriels (goût et odorat) et aussi bien au niveau de la parole et de la communication sociale

Keywords: Qualité de vie, rééducation orthophonique, cancérologie, Cancer du larynx.

Jel Classification Codes : I18

مقدمة:

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، لا مجرد انعدام المرض أو العجز. هذا التعريف هو أساس مفهوم أصبح ضروريا في التكفل الطبي وهو "جودة الحياة".

يعد السرطان من أكثر الأمراض تأثيرا على جودة الحياة وربما أكثرها تأثيرا على الإطلاق، لما له من نتائج سلبية على كل الجوانب البدنية، العقلية والاجتماعية. سرطان الحنجرة هو أحد الأنواع الأكثر ضررا، لأنه بالإضافة إلى التأثيرات العامة لمرض السرطان فإن لديه تأثيرا خاصا على وظائف حساسة في الجسم والتي تتمثل في وظائف البلع، الصوت، الكلام والتنفس. وهنا يظهر دور الأخصائي الأرطوفوني في إعادة تأهيل هذه الوظائف الهامة مما ينعكس إيجابيا على جودة الحياة لدى المريض.

الجانب النظري

I. سرطان الحنجرة Cancer du larynx:

1. مفهوم السرطان Définition du larynx:

السرطان مصطلح عام يشمل مجموعة كبيرة من الأمراض التي يمكنها أن تصيب كل أجزاء الجسم. ينتج السرطان عن اضطراب عميق ومعقد في عمل بعض الخلايا والتي تتكاثر بطريقة سريعة، عشوائية وغير منضبطة لتنتهي بغزو العضو الذي تتواجد فيه ومن ثم اقتحام أجزاء الجسم المحاذية ثم إرسال نقائل métastases عبر الأوعية الدموية واللمفاوية بعيدا إلى أعضاء أخرى. (Fondation contre le cancer, 2014, p.04)

2. معلومات عامة حول السرطان Généralités sur les cancers:

- السرطان ثاني سبب رئيسي للوفاة في العالم، حيث حصد في عام 2015 أرواح 8.8 مليون شخص وترجع إليه وفاة واحدة تقريبا من أصل 6 وفيات على مستوى العالم.
- تسميات أخرى: ورم خبيث، خراج. (Lakehal, 2017, p. 08)
- ثلث وفيات السرطان تقريبا تحدث بسبب عوامل الخطر السلوكية والغذائية التالية: السمنة (ارتفاع مؤشر كتلة الجسم IMC/BMC)، عدم تناول الفواكه والخضر بشكل كاف، قلة النشاط البدني Sédentarité وتعاطي استهلاك التبغ والكحول. (Agag, 2012, p. 07)

- يمثل تعاطي التبغ Tabagisme أهم عوامل الخطر المرتبطة بالسرطان وهو المسؤول عن حوالي 22% من وفيات السرطان. (Agag, 2012, p. 32)
- للسرطان أثر كبير على الاقتصاد ويتزايد يوما بعد يوم.
- ظهور أمراض السرطان في مرحلة متأخرة واستحالة الحصول على التشخيص والعلاج هي من المشاكل الشائعة، حيث في سنة 2017، 26% فقط من البلدان ضعيفة الدخل لديها مصالح علم الأمراض تابعة للقطاع العام وأقل من 30% لديها مصالح علاجية في حين أن النسبة لدى الدول مرتفعة الدخل تتعدى 90%. (OMS, 2018)
- فيما يلي أكثر أنواع السرطان انتشارا والمسببة للوفاة:
  - سرطان الرئة (1.69 مليون وفاة).
  - سرطان الكبد (788000 وفاة).
  - سرطان القولون والمستقيم (774000 وفاة).
  - سرطان المعدة (754000 وفاة).
  - سرطان الثدي (571000 وفاة).(OMS, 2018)

3. أنواع السرطان Type du cancer:

1.3. الأورام الحميدة Tumeurs bénignes: أورام غير سراطانية، عادة ما تكون محاطة بغشاء ولا تنتشر عن طريق النقائل. تأثيرها الأساسي يتعلق بالحجم، حيث تمارس ضغطا على العضو المصاب أو على الأعضاء المجاورة مما يعيق عملها الطبيعي. و يمكن إزالة هذه الأورام جراحيا أو بالعلاج الكيميائي أو بالأشعة وغالبا ما تشفى ولا تعود مرة ثانية. (كوبر، 2004، ص. 22)

2.3. الأورام الخبيثة Tumeurs malignes: وهي الأورام التي لها القدرة على تدبير الخلايا والأنسجة وعلى الانتقال إلى أعضاء أخرى من الجسم. من الأورام الخبيثة نذكر على سبيل المثال: الكارسينوم Carcinome. (كوبر، 2004، ص. 22)

4. تشريح وفيزيولوجيا الحنجرة: Anatomie et physiologie de larynx

1.4. تشريح الحنجرة Anatomie de larynx: عضو في الحلق (مقدمة الرقبة)، عبارة عن أنبوب ليفي، غضروفي وعضلي يقع على نقطة تقاطع المسالك التنفسية

والهضمية العليا. طوله تقريبا 5سم ويشكل امتدادا للرغامى (القصبة الهوائية) Trachée. (Lombard, 2009, p. 18)

يمكننا تمييز ثلاث مستويات:

- **المستوى فوق المزماري Supra glottique:** وهو ما يقع فوق مستوى الحبال الصوتية ويتضمن لسان المزمار Epiglotte.
- **المستوى المزماري Glottique:** يتضمن الحبال الصوتية (2). والمزمار Glotte الفراغ المحصور بين الحواف الحرة للحبلين الصوتيين.
- **المستوى تحت المزماري Intra glottique:** ستصل بالرغامى (القصبة الهوائية) Trachée.

كما يتكون من 5 غضاريف، 2 منها فردية و3 منها زوجية هي: الغضروف الدرقي، الغضروف الحلقي، الغضروف الطرجاهاري، الغضروف القرني، الغضروف الأسفيني، بالإضافة إلى العضلات والربطة. (الغزالي، 2011، ص ص. 100-102)

2.4. وظائف الحنجرة Physiologie de larynx:

- الحنجرة هي عضو الصوت، فهي تحتوي على الحبال الصوتية التي تهتز لإصدار الصوت.
- تساهم الحنجرة في التنفس عندما تكون الحبال الصوتية مفتوحة.
- تحمي الحنجرة الرئتين من خطر تسرب الأطعمة والأجسام الدخيلة وغيرها بفضل السعال (الكحة).
- تساهم الحنجرة بطريقة غير مباشرة في عملية البلع بالانغلاق في اللحظة المناسبة مما يمنع تسرب الطعام إلى المجاري التنفسية. (أبو غنيمة، 2011، ص. 27)

5. إحصائيات وأرقام Epidémiologie:

- يمثل سرطان الحنجرة 25% من سرطانات المسالك التنفسية-الهضمية العليا. و5% من مجمل السرطانات لدى الذكور.
- تمثل نسبة الرجال 94% مقابل 6% فقط من النساء.
- الفئة العمرية تختلف بين 50 إلى 70سنة. (Kacimi & Mahiddine, 2015, p. 12)
- في سنة 2015، تم تسجيل 593 حالة لدى الرجال في شرق وجنوب شرق الجزائر.

- 45000 حالة جديدة في السنة. (Premier atlas cancer, 2014-2016, pp. 48-49)

6. عوامل الخطر لسرطان الحنجرة Facture du risque:

- يعتبر التبغ أهم العوامل حيث يرفع من خطر جميع أنواع السرطان تقريبا ويتسبب في معظم حالات الإصابة بسرطان الحنجرة.
- استهلاك الكحول هو ثاني أهم عوامل الخطر بالنسبة لسرطان الحنجرة ومجتمعا مع التبغ يتضاعف خطر الإصابة عدة مرات.
- هناك عوامل أخرى قد تدخل في خطر الإصابة بسرطان الحنجرة مثل: العدوى بفيروس الورم الحليمي البشري (Humann pappilloma virus: HPV)، الارتداد المعدي-المريئي المزمن (RGO)، استنشاق بعض السموم في الإطار المهني، ... (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، 2013، ص. 10)

7. علم التشريح المرضي Anatomie pathologique:

- يعتمد التشخيص التأكيدي لسرطان الحنجرة على الفحص التشريحي- المرضي بعد إجراء خزعة Biopsie من الورم.
- 95% من حالات سرطان الحنجرة هي من نوع كارسينوم للخلايا الحرشفية Carcinome épidermoïde متمايز جيدا أو متوسط التمايز.
- تعتبر بعض التهابات الحنجرة المزمنة كآفة قبل سرطانية états précancéreux، إذا تم علاجها في الوقت المناسب يمكن أن تختفي، لكن استهلاك الكحول والتبغ يزيد من خطر تحولها إلى سرطان، في حين إذا توقف الشخص عن استهلاك التبغ والكحول، ينخفض خطر انتكاس الآفات قبل السرطانية Récidive.
- هناك أنواع أخرى من سرطان الحنجرة تتطور من مختلف أنواع الخلايا كالأورام الخبيثة التي تتطور من الغدد كالكرسينومة الغدية Adénocarcinome، أورام خلايا الميلانين الخبيثة، الأورام اللمفاوية الخبيثة،...
- هناك حالات نادرة من النقائل Métastases في الحنجرة وتأتي هذه النقائل من الجلد، الكلى، الثدي ولكن غالبا من الرئة. (Guerrout & Bouaount, 2016, p. 15)

8. التشخيص Diagnostique:

1.8. الأعراض Les symptômes: تتمثل الأعراض الشائعة والمؤدية إلى اكتشاف المرض فيما يلي:

- البحة الصوتية Dysphonie: وهو العرض الأبرز والذي يظهر مبكرا ثم بطريقة تدريجية ومخادعة Insidieuse.
- عسر التنفس Dyspnée: تظهر متأخرة وتدل على ورم كبير الحجم يكون غالبا في المستوى تحت المزماري.
- عسر البلع Dysphagie: يظهر في السرطانات فوق المزمارية أو الأورام الحنجرية الضخمة، يرافقه غالبا ألم لدى البلع وألم في الأذن التي تقع في جهة الورم.
- تضخم العقد اللمفاوية الرقبية Adénopathie cervicale: وجودها المنعزل يمكن أن يعكس وجود سرطان الحنجرة.
- هناك أعراض أكثر ندرة لا تظهر وحدها أبدا، هي: سعال جاف تهيجي ومستمر، إحساس بجسم غريب داخل الحنجرة. (Le huche & Allalt, 2010, p. 45)

2.8. الحصيلة الإكلينيكية Bilan clinique: وبها نتوصل إلى تصنيف الورم حسب تصنيف T.N.M:

- فحص التجويف الفمي بواسطة خافض اللسان Abaisse-langue.
- فحص الحنجرة يعتمد على تنظير الحنجرة غير المباشر بالمرآة Laryngoscopie indirecte au miroir تحت إضاءة جيدة وهو أساس كل فحص، يهدف إلى ملاحظة المنطقة الحنجرية البلعومية ويعطي مؤشرا أوليا حول الورم وحول امتداده.
- في حال ما إذا كان تنظير الحنجرة غير المباشر صعبا، من الضروري إجراء Nasosofibroscopie والذي يسمح بتحديد موقع الإصابة وتقدير نوعها بالإضافة إلى حركة الحبال الصوتية والغضاريف أثناء التنفس وأثناء التصويت.
- فحص الحنجرة بالأستروبوسكوب Examen stroboscopique: يمكن أن يرافق يستعمل لتحديد اختراق أو تغلغل محتمل للورم انطلاقا من ورم صغير سطحي على مستوى الحافة الحرة للحبل الصوتي.

- يتم تكميل فحص الأذن والأنف والحنجرة O.R.L بتحسس مناطق العقد اللمفاوية الرقبية وهو فحص ضروري، يسمح بكشف اعتلال نقيلي محتمل للعقد اللمفاوية، مما يدل على اجتياح موضعي.

3.8. الفحوصات التكميلية:

- التصوير المقطعي للحنجرة TDM du larynx: يحدد وجود بعض التوسعات التي يصعب فحصها بالمنظار. وهو حساس أكثر من الفحص الإكلينيكي لدى البحث عن تضخم العقد اللمفاوية النقيلي.
- التصوير المقطعي بإطلاق البوزيتونات PET Scan: أكثر حساسية من TDM.
- تنظير الحنجرة الحنجرة الدقيق المعلق Micro-laryngoscopie en suspension: في حال صعوبة التنظير الحنجري غير المباشر، فهذا الفحص وحده الذي يسمح بتحديد توسع الورم موضعيا، القيام بالخزعات Biopsies اللازمة للتشخيص والبحث عن موقع سرطاني آخر في المسالك الهضمية التنفسية العليا VADS. ويتم تحت التخدير عام.
- التنظير البانورامي الشامل Pan endoscopie: تحت التخدير العام. يؤكد التشخيص ويبحث عن مواقع متزامنة: المنطقة البلعومية- الحنجرية، البلعوم الأنفي Nasopharynx، المرئ Œsophage، الرغامى Trachée والقصابات الهوائية Bronches . يمكن القيام بخزاعات من الفحص المرضي.
- البحث عن نقائل حشوية Métastase viscérales: الأشعة الصدرية، التنظير القصبي Fibroscopie bronchique وتصوير الكبد بالموجات فوق الصوتية Echographie du foie.
- الفحص العام: يقيم حالة التغذية، الوظائف التنفسية، حالة القلب والأوعية الدموية، الكلى، الكبد ووضع الأسنان في النهاية. (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، 2013، ص ص. 19-21)

9. التصنيف Classification:

تصنف الأورام حسب تصنيف T.N.M الدولي الذي يعتمد على ثلاث اعتبارات: حالة الورم الأصلي (T: Tumeur)، مدى الانتشار من العقد اللمفاوية المجاورة (N: Node) ومدى انتشار السرطان لأعضاء أخرى من الجسم أو النقائل (M: Métastase). هذا التصنيف

يمنح المختصين عبر العالم لغة مشتركة لوصف الأورام وتسهيل تبادل المعلومات. ويهدف هذا التصنيف إلى تسهيل اختيار العلاج ومراقبة نتائج العلاج. (Lambiel & Dulguerov, 2017, p.1688)

10. العلاج Traitement:

هناك عدة خيارات للعلاج حسب حالة ودرجة الورم وكذا حسب الحالة الصحية العامة للمريض. ويتم وضع الخطة العلاجية من طرف طبيب مختص أو مجموعة من المختصين منهم: أخصائي الأذن والأنف والحنجرة ORL، أخصائي الجراحة العامة في الرأس والرقبة،أخصائي الأورام Oncologiste، أخصائي العلاج بالأشعة Radio thérapeute، كما يمكن لهؤلاء أن يعملوا كفريق مع متخصصين في الرعاية الصحية: أطباء الأسنان، أطباء الجراحة التجميلية، الأخصائي الأرطوفوني، أخصائي التغذية، مستشار الصحة العقلية. ويمكن للمريض أن يعمل مع هؤلاء الأخصائيين لاختيار الخطة العلاجية التي تناسب احتياجاته. (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، 2013، ص ص. 17-19)

1.10. الجراحة La chirurgie:

- **الجراحة بالمنظار:** استئصال تنظيري أو باستعمال الليزر.
- **الجراحة التقليدية:** تتضمن استئصال الحنجرة الجزئي المحافظ Laryngectomie partielle conservatrice، حيث يستأصل الجزء الذي يحتوي على الورم فقط. واستئصال الحنجرة الكلي الجذري Laryngectomie totale radicale. (Le huche & Allalt, 2010, p. 46)

عند استحالة القيام بالجراحة المحافظة يتم الاستئصال التام للحنجرة مما يؤدي إلى عجز ثلاثي (على مستوى التصويت، البلع والتنفس). وقد يتم الاستئصال الكلي على مستوى ضيق أو يكون متوسعا حيث قد يشمل قاعدة اللسان، الغدة الدرقية، الجلد،... كما ينتج عن هذا فقدان الصوت والحاجة إلى التنفس عبر ثقب يسمى: "الفغر (الثقب) الرغامي Trachéostome" وهي فتحة على مستوى الطرف العلوي للرغامى تتصل بقاعدة الرقبة. هذه العملية تفصل المسالك التنفسية عن المسالك الهضمية العليا. ويتم وضع أنبوب داخل هذه الفتحة لضمان بقائها مفتوحة وذلك لضمان مرور الهواء، السماح بالتئام الفغر الرغامي وشفط الإفرازات. ويحتاج الفغر الرغامي والقناة عناية خاصة سيتعلم

المريض تدريجيا القيام بها بنفسه، كما قد تكون هناك حاجة أيضا لاستئصال العقد القاعدية المصابة للحد من انتشار المرض. (Le huche & Allalt, 2010, pp. 46-62)

2.10. العلاج الكيميائي Chimiothérapie: العلاج الكيميائي أو الكيماوي عبارة عن أدوية تقتل الخلايا السرطانية. وتعمل هذه المواد في كامل الجسم حيث يتم إعطاؤها عادة عن طريق الأوردة فتدخل مجرى الدم وتنتقل خلال الجسم. (كوبر، 2004، ص. 163)

العلاج الكيميائي علاج طويل المدى يتم عبر جلسات من 5 أيام يفصلها مجال زمني يصل إلى حوالي 3 إلى 4 أسابيع. مدة وتواتر العلاج تختلف حسب كل مريض ويتم إدخال العلاج الكيميائي بعدة طرق:

- العلاج الكيميائي الحصري: نادرا ما يستخدم ويكون هدفه العلاج الشامل للورم.

- العلاج الكميائي التحريضي: قبل الجراحة أو قبل العلاج بالأشعة. ويسعى إلى تقليل النقائل وتقليص حجم الورم. والهدف هنا هو المحافظة على الحنجرة إذا كان المريض يستجيب جيدا لهذا النوع من العلاج، غير أنه لا يجنبنا دائما التدخل الجراحي. هذا الخيار يسمح أيضا بتصنيف المرضى من أجل المرحلة التالية م نالعلاج، فالمرضى الذين يستجيبون جيدا للعلاج الكيميائي التحريضي يمكن علاجهم بالأشعة والذين لا يستجيبون يجب أن يخضعوا لاستئصال كلي للحنجرة.

- على العكس، هناك العلاج الكيميائي المساعد، بعد الجراحي أو بعد العلاج بالأشعة. والذي يستعمل في حال وجود خطر الانتكاس أو انتشار المرض إلى أعضاء أخرى.

- وقد يكون أيضا العلاج الكيميائي متزامنا مع العلاج بالأشعة وذلك لتحسين نتائج هذا الخير. ويستعمل لدى الأورام T4 غير القابلة للجراحة أو بعد العلاج الكيميائي الحصري في إطار الحفاظ على الحنجرة. (كوبر، 2004، ص. 164)

3.10. العلاج بالأشعة Radiothérapie:

- يستخدم هذا العلاج أشعة عالية الطاقة لقتل الخلايا السراطانية.

- يحتل هذا العلاج مكانة أساسية في التكفل بسرطان المسالك التنفسية-الهضمية العليا.

- يتم العلاج بمعدل 5 حصص في الأسبوع لمدة 5 إلى 8 أسابيع ويكون بثلاث طرق:

- العلاج الشافي: كخطوة أولى أمام الأورام الصغيرة في الحبال الصوتية وهو علاج محافظ.

- العلاج المكمل: بعد الجراحة ويهدف إلى القضاء على الخلايا السرطانية المتبقية والحد من خطر عودتها.
- العلاج الملطف Traitement palliatif: يهدف إلى إبطال تطور المرض أو نتائجه. (كوبر، 2004، ص. 164)

11. المضاعفات Complications:

1.11. المضاعفات الجراحية: اضطرابات البلع، نواسير الغدد اللعابية أو فغر البلعوم Fistules salivaires ou pharyngostome، حمى خفيفة، رائحة نتنة، وذمة جلدية، وجود اللعاب على مستوى أنبوب الشفط وألم عند تحسس العنق: هذه الأعراض يجب أن تجذب انتباه الجارح، خمج الجرح Infection de la phaie ، مضاعفات التغذية، المشاكل الصحية المتعلقة بالفم والأسنان يمكن أن تؤدي إلى مضاعفات خمجية إذا لم تتم معالجتها قبل ذلك وإصابة الأعصاب القحفية أثناء جراحة العقد اللمفاوية:

- العصب البلعومي اللساني التاسع (9) والذي يؤثر على البلع.
- العصب الشوكي الحادي عشر(11) مما يسبب الارتداد النفي ويؤثر على النطق، كذلك يسبب صعوبات وظيفية لدي التعامل مع الأشياء الموضوعة في مكان عال.
- العصب تحت اللساني الثاني عشر(12) يؤثر على حركة اللسان وبالتالي على البلع والكلام.

2.11. مضاعفات العلاج الكيميائي: الحمى (نقص خلايا الدم البيضاء)، وخز في اليدين والقدمين، غثيان وتقيؤ، تعب، فقدان الشعر، إسهال أو إمساك، آثار جانبية فموية (جفاف، تغير في حاسة الذوق، ألم في البلع، ...)، تغير في الحالة العاطفية والنفسية.

II. إعادة التأهيل الأرطوفوني Rééducation orthophonique:

يتمثل في تدخل المختص الأرطوفوني في إعادة التربية للصوت المضطرب، حيث تكون عن طريق تمارين متمثلة في تطبيق المراحل الثلاثة التي وضعها F. Le huche وهي:

1. إعادة تأهيل عسر البلع La dysphagie:

- تهدف إلى إعادة التغذية للمريض دون خطر تسرب الطعام، حيث يتدخل الأخصائي الأرطوفوني على مستوى محيط المريض بإلغاء المشتتات التي تسبب التسرب.

- يتدخل الأخصائي أيضا على مستوى اختيار الأواني، الجلوس بطريقة صحيحة للبلع، حجم وكثافة اللقمة،...
- يسعى الأخصائي الأرطوفوني إلى تغيير سلوك المريض أثناء البلع، بالتأثير إما على طريقة البلع، إما على وضعية الرأس أثناء البلع أو الاثنين معا.
- هناك طرق عديدة يمكن أن يتبناها الأخصائي الأرطوفوني لتدريب المريض على بلع آمن منها: طريقة الإغلاق المبكر (الإغلاق الإرادي للحبال الصوتية قبل البلع)، طريقة البلع فوق المزماري (الإغلاق المبكر للحبال الصوتية قبل وأثناء البلع مع تنظيف الدهليز الحنجري بسعال إرادي ضروري)، تطبيق وضعيات أمان محددة كالانحناء الأمامي، الدوران، الدوران مع الانحناء الأمامي، الميل وأحيانا تمديد الرأس، بالإضافة إلى الاستلقاء على الظهر لتجنب تسرب الطعام بعد البلع. (Lombard, 2009, p. 49)

2. إعادة تأهيل الصوت La phonation:

- الصوت البديل هو الصوت المنتج في غياب أحد الحبلين الصوتيين على الأقل. ينشأ هذا الصوت عن طريق التعويضات التشريحية-الوظيفية.
- في استئصال الحنجرة الجزئي، يتم تعويض الجزء المستأصل بالجزء السليم، حيث يهدف الأرطوفوني إلى تدريب المريض على استخدام هذا الجزء بالإضافة إلى البنيات المحيطة به. ويسعى إلى الحصول على عضلة عاصرة جديدة Néo sphincter مما يتطلب بناء عضلات واسترخاء البنيات المعنية.
- يكون التقدم بطيئا لكن مستمرا. وخلال السنة الثانية نأمل بالحصول على تحسن في طابع الصوت الذي يصبح أقل خشونة ونغميا أكثر، لكن الصوت هنا يظل جهوريا ومنخفض الشدة.
- قد يتجاوز الأمر السنتين إذ يجب على الأخصائي الأرطوفوني أن يدعم مريضه ويشجعه لأن إعادة التأهيل هذه تتطلب صبرا كبيرا، كما يستحب أن يمنحه وقتا مستقطعا من حين لآخر لكي يتجنب الملل ومنح المريض فرصة لكي يدمج المكتسبات الجديدة ويستخدمها بطريقة آلية.
- في حين استئصال الحنجرة الكلي، يصبح بإمكان المريض استكشاف إمكانيات صوتية جديدة أبرزها الصوت الفموي-المريئي Voix oro-œsophagienne، والصوت الرغامي-

المريئي Voix trachéo-œsophagienne، كما يمكنه تركيب تجهيزات خارجية Prothèses externes تساعده على استرجاع الصوت والكلام (هوائية ذات طرف فموي أو كهربائية).(Le huche & Allalt, 2010, pp. 46-71)

3. إعادة تأهيل النطق:

- تهدف إلى الحصول على المردود العضلي الأمثل على مستوى أعضاء النطق بالمناوبة بين سلاسل النشاطات والاستراحة، قوة التحمل بممارسة أكبر عدد من التمارين، زيادة المقاومة والقوة العضلية تدريجيا، دون ألم أو تعب.
- تجرى التمارين بعينين مفتوحتين ومغمضتين مع البدء بأقل سعة، أي ألم غير مقبول.
- يتم العمل أولا على التحكم في تدفق الهواء اللازم للنطق ولإصدار الحروف الساكنة. ثانيا: يتم العمل على البراكسيات (الأداء الحركي) الفموية-الوجهية (فتح الفم عموديا، أفقيا،...). ثالثا: على المريض أن ينتج نقرات Clics وهي عبارة عن صوت ينتج بتطبيق انسداد وضغط على الشفتين أو اللسان بصورة مستقلة عن التنفس، تعتبر النقرات تمهيدا لنطق الصوامت Consonnes. رابعا وأخيرا: يظهر كلام المريض إخراسا (تخفيف الصوت) للحروف الساكنة الرنانة Consonnes sonores، لذا على الأخصائي الأرطوفوني توضيح الفرق بين الحروف الاحتكاكية والانفجارية Fricatives et occlusives وبين الحروف الجهورية والهامسة Voisé et non voisé، ثم تدريب المريض على هذه الأضداد بتكرار سلاسل صوائت-صوامت، صوائت-صوامت،...إلخ.
- تبدأ إعادة التأهيل مبكرا بعد الجراحة وبالموافقة الطبية ويتم تكييف مدة الحصة مع درجة تعب المريض، غالبا بين بضعة دقائق إلى 4 ساعات، ثم على المريض أن يتدرب يوميا بمفرده خارج الحصص بمعدل 3 مرات متتالية، 3 إلى 4 مرات في اليوم.
- استرجاع وظائف البلع، الصوت والنطق يسمح بإعادة إدماج المريض اجتماعيا وحتى مهنيا في بعض الحيان. يساهم هذا المر كثيرا في تحسين جودة حياة المريض. (Lombard, 2009, p. 51)

III. مفهوم جودة الحياة Concept de qualité de vie:

1. تعريف جودة الحياة Définition de qualité de vie : جودة الحياة مفهوم فردي حيث كل شخص لديه الحق في إعطائه تعريفا خاصا. (Najib, 2011, p. 18)

- حسب منظمة الصحة العالمية OMS: جودة الحياة هو تصور أن للفرد مكانة في الوجود، في سياق الثقافة ونظام القيم التي يعيش فيها وفيما يرتبط مع أهدافه، تطلعاته، معاييره ومخاوفه. هو مفهوم واسع يتأثر بطريقة معقدة بالصحة الجسدية للفرد، حالته النفسية، مستوى استقلاليته، علاقته الاجتماعية وكذلك علاقته مع العناصر الأساسية في محيطه. (Lesgen &leurs santé, 1996, p. 384)
- جودة الحياة، هذا المفهوم الذي ظهر في الو.م.أ في سنوات الستينيات، يدخل في الرغبة في النظر إلى الفرد نظرة كلية، في الاهتمام بالمريض كشخص وليس فقط بالمريض. (Pellegeay & Toporek, 2014, p. 11)
- جودة الحياة مفهوم واسع ومعقد يضم مجموعة من المجالات (المجال النفسي، الجسدي والاجتماعي) مما يعزو إليه أولى خصائصه الرئيسية وهي: "تعدد الأبعاد" Multidimensionnalité، حيث تتضمن هذه الخاصية عدة حقول تتمثل في: السلامة الجسدية، السلامة الوظيفية، العاطفية والروحية والسلامة الاجتماعية. هذه الحقول يعب فصلها وبالتالي لا يمكن تقييم كل منها بمفرده.
- من الخصائص الأخرى لمفهوم جودة الحياة نجد أيضا خاصية الذاتية Subjectivité حيث تعتمد نوعية الحياة لدى كل شخص معاييره الخاصة ومفهومه لما هو مثالي. (Kacimi & Mahiddine, 2015, p. 53)
- من وجهة نظر طبية، الهدف هو تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون الأمراض الجسمية أو النفسية أو العقلية المختلفة عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية. وتعتبر من المواضيع الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وتطوير الصحة. (Septans, 2014, p. 09)

2. وسائل قياس وتقييم جودة الحياة:

- **المقابلة النفسية:** حوار حر أو نصف موجه بين الطبيب والمريض يتمحور حول مختلف مجالات جودة الحياة، مع صعوبات في التحديد الكمي مما يجعل هذه الأداة غير ذات قيمة في البحث العلمي، لكنها تبقى أفضل وسيلة للاقتراب من المريض.
- **أدوات القياس النفسي:** تسمح باستكشاف مختلف المجالات مع التركيز على عناصر محددة وسهولة طرق الإجابة (زوجية مثل: نعم/لا، أو وصفية حسب الشدة أو تكرار

الأعراض). غير أن هذه الأدوات ي}ب أن تخضع لبعض الخصائص الصارمة (الصدق، الثبات والطول). من هذه الأدوات نذكر بعض المتخصصة في مجال السرطان والتي تنقسم إلى مقاييس عامة تستعمل لكل أنواع السرطان مثل: FLIC مؤشر الحياة الوظيفية للسرطان Functioal Living Index Cancer، QLQ-C30 استبيان جودة الحياة –أساسي30 Quality of life questionnaire، FACT-TG القياس الوظيفي لعلاج السرطان Functioal Assessment of Cancer Therapy. (Rotonda, 2011, pp. 16-21)

الجانب التطبيقي

جودة الحياة لدى المصاب بسرطان الحنجرة

Qualité de vie chez les patients atteints de Cancer de larynx

1. **الدراسات الاستطلاعية:** نظرا لأهمية الدراسات الاستطلاعية، فقد قام الباحثان بإجراء زيارات ميدانية للعديد من مراكز الأشخاص المصابين بسرطان الحنجرة، حيث شملت كل من مركز مكافحة السرطان CAC ومكتب الأخصائي الأرطوفوني المتواجد بمصلحة أمراض الأنف والأذن والحنجرة ORL بالمستشفى الجامعي ابن باديس قسنطينة، حيث تم إيجاد حالة مصابة بمرض السرطان الحنجرة .
2. **منهج الدراسة:** المنهج العلمي عبارة عن أسلوب من أساليب التنظيم الفعالة لمجموعة من الأفكار المتنوعة والهادفة للكشف عن حقيقة تشكل هذه الظاهرة أو تلك. (عبيدات وآخرون، 1999، ص. 50)

تختلف المناهج باختلاف المقاربات المتناولة في مواضيع البحث. وعليه فإن الباحثان يريان أن اختيار نوع المنهج في البحوث العلمية يتعلق بطبيعة المشكلة المراد دراستها، فبما أن موضوع الدراسة يتناول جودة الحياة لدى المصاب بسرطان الحنجرة، فقد استخدم الباحثان منهج دراسة الحالة الذي يريانه أكثر توافق وأنسب مع الموضوع.

3. **مجتمع الدراسة:** هناك من يطلق عليه مجتمع الدراسة الأصلي. ويقصد به كامل أفراد أو أحداث أو مشاهدات موضوع البحث أو الدراسة. يعني أنه يشمل جميع عناصر ومفردات المشكلة أو الظاهرة قيد الدراسة. (عبيدات وآخرون، 1999، ص. 84). ويتمثل في أشخاص مصابين بسرطان الحنجرة.
4. **عينة الدراسة:** تعد عينة البحث جزء من مجتمع الدراسة، فهي تمثيل سليم وشامل له، إذ تحمل خصائص وصفات هذا المجتمع. (عليان وآخرون، 2000، ص. 137)

تكونت عينة الدراسة من حالة مصابة بمرض سرطان الحنجرة، حيث تم الاستئصال الكلي للحنجرة. عمرها 67 سنة، تم اختيارهم بأسلوب قصدي (بطريقة قصدية) والتي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، كم يتم اللجوء لهذا النوع من العينات في حالة توافر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الأصلي. و قد تم اختيارها على أساس أنها الأفضل لتحقيق أهداف أو أغراض معينة من الدراسة الحالية، فالباحثان قاما باختيار أفراد العينة بما يخدم ويحقق هذه الأغراض أو الأهداف، حيث تم اقتناء هذه العينة ميدانيا من ولاية قسنطينة. وبالضبط من مكتب الأخصائي الأرطوفوني بمصلحة أمراض الأنف والأذن والحنجرة بالمستشفى الجامعي بقسنطينة.

5. أدوات الدراسة:

2.5. الملاحظة: تعد الملاحظة واحدة من أقدم وسائل جمع البيانات، حيث استخدمها الإنسان الأول في التعرف على الظواهر الطبيعية وغيرها من الظواهر، ثم انتقل استخدامها إلى العلوم شكل عام وإلى العلوم الاجتماعية و الإنسانية بشكل خاص. وعليه فقد ارتئ الباحثان الاعتماد على هذه الأداة في الدراسة الحالية سواء أثناء المقابلة أو أثناء تطبيق المقياسان بغية التعرف على ما يطرأ على المفحوص من تغيرات في المظاهر السلوكية، الانفعالية واللغوية.

3.5. المقابلة: هي واحدة من وسائل جمع البيانات في منهج دراسة الحالة، حيث تعد استبيان شفهي يقوم من خلالها الباحث بجمع معلومات بطريقة شفهية مباشرة مع المفحوص. والفرق بين المقابلة والاستبيان يكمن في أن المفحوص هو الذي يكتب الإجابة على الأسئلة، بينما يكتب الباحث بنفسه إجابات المفحوص في المقابلة. (عليان وآخرون، 2000، ص. 102)

وعليه فقد قام الباحثان بإجراء مقابلة مع المريض مستأصل الحنجرة من جراء الإصابة بالسرطان نفسه الذي تم اختياره وتحصلا على المعلومات اللازمة عنه. وهي ممثلة في الحصيلة الأرطوفونية.

4.5. المقاييس/الاستبيانات: استخدمنا في هذه الدراسة استبيانات المنظمة الأوروبية للبحث وعلاج السرطان EORTC. وهي مقاييس مخصصة لتقييم وقياس جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالسرطان.

- **الاستبيان الأول: QLQ-C30**، استبيان جودة الحياة-أساسي 30، عبارة عن مقياس عام لجودة الحياة لدى كل أنواع السرطان.
- **الاستبيان الثاني: QLQ-H&N35**، استبيان جودة الحياة-رأس وعنق 35، هو مقياس فرعي مكمل لاستبيان QLQ-C30. وهو خاص بالمرضى المصابين بسرطانات الرأس والعنق، يستعمل لسرطانات الأذن والأنف والحنجرة مما يتناسب مع دراستنا الحالية.

كل العناصر تقيم جودة الحياة أثناء الأسبوع الأخير والإجابة تكون حسب 4 فئات: "لا مطلقا"، "قليلا"، "كثيرا"، "كثيرا جدا" لكل العناصر ما عدا عنصر الحالة الصحية العامة في الاستبيان الأول والذي يقيم من 0 إلى 7 (سيئ جدا إلى ممتاز) والأسئلة الخمس الأخيرة من الاستبيان الثاني حيث تكون الإجابة بسيطة بـ"نعم" أو "لا". (EORTC Quality of life)

6. عرض وتحليل النتائج:

- **الاستبيان الأول: QLQ-C30:**

السلالم	عدد البنود	المدى	رقم البند	وسط حسابي	النتيجة%
الحالة الصحية العامة/ جودة الحياة:	2	6	29.30	4.5	58.33
– الحالة الصحية العامة/ جودة الحياة					
السلالم الوظيفية:					
– الوظائف البدنية	5	3	5-1	1	100
– الوظائف المهنية	2	3	7.6	1	100
– الوظائف العاطفية	4	3	24-21	1.75	75
– الوظائف المعرفية	2	3	25.20	1	100
– الوظائف الاجتماعية	2	3	27.26	4	0

سلالم الأعراض:					
– التعب	3	3	18.12.10	1	0
– الغثيان والقيء	2	3	15.14	1	0
– الألم	2	3	19.9	1	0
– ضيق التنفس	1	3	8	1	0
– الأرق	1	3	11	1	0
– فقدان الشهية	1	3	13	2	33.33
– الإمساك	1	3	16	1	0
– الإسهال	1	3	17	1	0
– المشاكل المالية	1	3	28	2	33.33

- **التحليل الكيفي:** يكشف لنا سلم الحالة الصحية العامة/جودة الحياة، على مستوى البند الخاص به عن نتيجة متوسطة نوعا ما، أما عن السلالم الوظيفية فكانت النتائج عالية في سلم الوظائف البدنية، المهنية، العاطفية والمعرفية، لكن ضعيفة جدا في سلم الوظائف الاجتماعية. وفيما يخص سلالم الأعراض فتظهر جد منخفضة في كل من سلم التعب، الغثيان، القيء، الألم، ضيق التنفس، الأرق، الإمساك والإسهال. لكن في بند فقدان الشهية والمشاكل المالية فقد أظهر المريض نتائج تحت المتوسط.

– **الاستبيان الثاني: QLQ-H&N35:**

السلالم	عدد البنود	المدى	رقم البند	وسط حسابي	النتيجة%

سلالم الأعراض:					
– الألم	4	3	34-31	1.25	8.33
– البلع	4	3	38-35	1.75	25
– مشاكل في الحواس	2	3	44.43	4	100
– مشاكل في الكلام	3	3	54.53.46	3	66.66
– مشاكل في الأكل	4	3	52-49	2.25	41.66
– مشاكل في التواصل الاجتماعي	5	3	58-55.48	2.80	60
– اضطرابات في الجنس	2	3	60.59	1	0
– الأسنان	1	3	39	1	0
– فتح الفم	1	3	40	1	0
– جفاف الفم	1	3	41	3	66.66
– لزوجة اللعاب	1	3	42	2	33.33
– السعال	1	1	45	1	0
– الإحساس بالمرض	1	1	47	1	0
– مسكنات الألم	1	1	61	1	0
– المكملات الغذائية	1	1	62	1	0
– أنبوب التغذية		1	63	1	0
– نقص الوزن		1	64	1	0
– زيادة الوزن		1	65	1	0

- **التحليل الكيفي:** أظهرت نتائج سلالم الأعراض ارتفاعا في كل من سلم الحواس، الكلام، التواصل الاجتماعي وبند جفاف الفم. بينما كانت النتائج متوسطة في سلم الكل وبند لزوجة اللعاب ومنخفضة نوعا ما في سلم الألم والبلع. باقي السلالم والبنود منخفضة جدا.

7. مناقشة وتفسير النتائج:

اعتمد الباحثان على نتائج التحليل الكمي والكيفي لمناقشة وتفسير نتائج الدراسة الحالية في ضوء الجانب النظري لهذه الدراسة. ولقد بينت النتائج المتحصل عليها في الاستبيان الأول أن الحالة تظهر مستوى متوسط فيما يخص جودة الحياة، حيث تشير مؤشرات الحالة الصحية العامة والسلالم الوظيفية إلى ذلك من خلال ارتفاعها وكذا مؤشرات سلالم الأعراض منخفضة.

أما فيما يخص النتائج المتحصل عليها في الاستبيان الثاني تظهر أن مستوى الحالة متدهور في سلالم الأعراض المختلفة، حيث يوجد هناك تباين بين البنود التي تمثل لنا حقيقة جودة الحياة لدى الحالة، فهي مرتفعة في بنود ومنخفضة في أخرى مما يعني بنسبة متوسطة.

8. استنتاج:

مما سبق من النتائج المتحصل عليها من الدراسة الحالية واستنادا على المعطيات النظرية يظهر لنا مدى تقبل المصابين بسرطان الحنجرة لمرضهم مما ينعكس على جودة الحياة أو نوعية الحياة لديهم. وهذا راجع لعوامل التكفل الأمثل التي تساعد الحالة في التكيف مع الواقع التي هي فيه، عن طريق إعادة التأهيل لما هو ضروري في الحياة الاجتماعية والمهنية.

المراجع:

1. أبو غنيمة، عادل يوسف. (2011). *صعوبات الكلام عند الأطفال واختلافاتهم عن أقرانهم*. مصر: الدار الأكاديمية للعلوم.
2. الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان. (2013). *كل ما تريد أن تعرفه عن سرطان الحنجرة*. المشروع الخيري لترجمة ونشر كتب السرطان.
3. عبيدات، محمد، أبو نصار، محمد، مبيضين، عقلة. (1999). *منهجية البحث العلمي، القواعد والمراحل والتطبيقات*. (ط. 2). عمان: دار وائل للطباعة والنشر.
4. عليان، ربحي مصطفى، غنيم، عثمان محمد. (2000). *مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق*. (ط. 1). عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
5. الغزالي، سعيد كمال عبد الحميد. (2011). *اضطرابات النطق والكلام، التشخيص والعلاج*. (ط.1). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
6. كوبر، جيفري. (2004). *السرطان: دليل لفهم الأسباب والوقاية والعلاج*. رفعت، شلبي، مترجم. المكتبة الأكاديمية، شركة مساهمة مصرية.
7. AGAG. F. (Décembre, 2012). *Epidémiologie des cancers*. Service d'épidémiologie et de médecine préventive. EHU-Oran, Algérie.
8. Cancer Institute NSW. (2015). *Cancer treatment side effects*. Agnide for aboriginal health workers. Australia.
9. GUERROUT, Souhila, BOUAOUNT, Lotfi. (2016). *Cancer du larynx*. Mémoire pour l'obtention du diplôme Docteur en Médecine. Université A. Mira de Béjaia, Algérie.

10. KACIMI, Asma, MAHIDDINE, Toufik.(Juin, 2015). *La qualité de vie des patients laryngectomisés au CHU de Tlemcen*. Mémoire pour l'obtention du diplôme Docteur en Médecine. Université de Tlemcen, Algérie.

11. LAKEHAL, Abdelhak. (2017). *Rapport: Registre du cancer de population de la wilaya de constantine année 2014*. Service d'épidémiologie et de médecine préventive. CHU Benbadis Constantine, Algérie.

12. LAMBIEL, Silvia, DULGUEROV, Pavel. (2017). Changements dans la nouvelle classification TNM en oncologie cervico-faciale. *Rev*. Med Smisse 2017,13: 1684-1689.

13. LE HUCHE, François, ALLALT, André. (2010). *La Voix: Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole*. ($4^{ème}$ éd.). Collection phoniatrie, Tome 01. Paris: Elsevier-Masson SAS.

14. LE HUCHE, François, ALLALT, André. (2010). *La Voix: Pathologies vocales d'origine organique*. ($2^{ème}$ éd.). Collection phoniatrie, Tome 03. Paris: Elsevier-Masson SAS.

15. Les gens et leur santé. (1996). *Quelle qualité de vie*. Group OMS Qdv. Forum mondial de la santé, Volume 17.

16. LOMBARD, Céline. (Juin, 2009). *Orthophonie et cancérologie ORL: Rôle de l'orthophoniste auprès des patients d'une chirurgie buco-pharyngo-laryngée*. Mémoire pour certificat de capacité d'orthophoniste. France: Université Henri Poincar Nancy I.

17. NAJIB, Rajae. (2011). *Evaluation prospective de la qualité de vie des patients cancéreux suivis*. Thèse pour l'obtention de Doctoral en Médecine. Université Sidi Mohammed Ben Abdellah. Fes.

18. OMS: Organisation Mondiale de Santé. (Septembre, 2018). *Le Cancer*.

19. PELLEGEAY, Anne-Charlotte, TOPOREK, Anne-Sophie. 2014.

20. Premier Atlas Cancer. (2014-2016). *Registres du cancer réseau régional Est et Sud-Est*, Algérie.

21. ROTONDA, Christine. (2011). *Qualité se vie et fatigue en cancérologie: Cancer colorectal et cancer du vie*. Mémoire pour le titre de Docteur en sciences de la vie et de la santé. Université Henri Poincare. Nancy.

22. SEPTANS, Anne-Lise. (2014). *Méthodologie pour l'évaluation de la qualité de vie adaptée à la fin de vie des patients atteints d'un cancer*. Thèse pour titre Docteur en recherche clinique, innovation technologique. Univercité de Franche-Conté, France.

EORTC Quality of life questionnaires. https://qol.eortc.org/questionnaires/