

RECOMMANDATION POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Organisation du parcours initial de soins en cancérologie des VADS



Participants

Promoteur:
Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie
et de Chirurgie de la Face et du Cou

COMITE D'ORGANISATION

Pr BABIN Emmanuel, ORL, Caen
Pr LACAU ST GUILY Jean, ORL, Paris
Pr Vincent COULOIGNER, Dr Sophie TRONCHE, Société Française d'ORL & CFC

GROUPE DE TRAVAIL

Présidents :

Pr BABIN Emmanuel, ORL, Caen
Pr LACAU ST GUILY Jean, ORL, Paris

Pr BAUJAT Bertrand, ORL, Paris
Pr BENSADOUN René Jean, Oncologue radiothérapeute, Nice
Dr BOZEC Alexandre, Praticien ORL, Nice
Pr CHEVALIER Dominique, ORL, Lille
Dr CHOussy Olivier, ORL, Rouen
Dr CUNY Florence, ORL, Caen
Dr DENEUVE Sophie, ORL, Praticien Spécialiste des CLCC, Lyon
Dr FAKHRY Nicolas, ORL, Marseille
Pr GUIGAY Joël, oncologue médical, Nice
Pr MAKEIEFF Marc, ORL, Reims
Dr MEROL Jean-Claude, ORL, Reims
Dr MOUAWAD Francois, ORL, Lille
Dr PAVILLET Julien, oncologue médical, Grenoble
Mme REBIERE Christine, assistante de service sociale, Caen
Pr RIGHINI Christian, ORL, Grenoble
Mme SOSTRAS Marie-Christine, assistante de service sociale, Paris
Mme TOURNAILLE Marianne, assistante de service sociale, Caen
Pr VERGEZ Sébastien ORL, Toulouse

GROUPE DE RELECTURE

Pr AUBRY Karine, ORL, Limoges
Dr BLANCHARD David, ORL, Caen
Dr COURTAY de GAULLE Annick, Chargée de mission à la Ligue contre le cancer
Dr DAUCHY Sarah, Psychiatre, Villejuif
Dr HEITZMAN Patrick, ORL, Tours
Dr JULIERON Morbize, ORL, Lille
Dr LEFEVRE Gautier, oncologue médical, Lille
Pr MALARD Olivier, ORL, Nantes
Dr MOISY Nancy, ORL, Forcilles
Pr REYT Émile, ORL, Grenoble
Dr URWALD Olivier, Spécialiste en médecine Générale, Reims

Organisation : Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie
et de Chirurgie de la Face et du Cou

Sommaire

1	PROBLÉMATIQUE DU DÉLAI.....	6
1.1	Introduction.....	6
1.2	Délai « patient » et temps « d'adressage ».....	7
1.3	Délais de prise en charge et bilan et mise en route du traitement	7
2	CONTENU DE LA PREMIÈRE CONSULTATION	9
2.1	Examen clinique locorégional	9
2.2	Anticipation des prises en charges	9
3	PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE INITIALE	10
3.1	Introduction.....	10
3.2	Aspects organisationnels	10
4	PROCESSUS DE DÉCISION THÉRAPEUTIQUE	10
4.1	Introduction.....	10
4.2	Modalités pratiques de fonctionnement d'une RCP	11
4.3	Éléments nécessaires à la prise de décision	11
4.4	Avis de la RCP	12
4.5	RCP de recours.....	12
4.6	Deuxième avis	12
5	DISPOSITIF D'ANNONCE	13
5.1	Introduction.....	13
5.2	Cadre réglementaire.....	13
5.3	Constituants du dispositif d'annonce	13
6	ORGANISATION DES SOINS : CHIRURGIE, RADIOTHÉRAPIE, CHIMIOTHÉRAPIE.....	15
6.1	Chirurgie des VADS.....	15
6.1.1	Introduction	15
6.1.2	Spécificité de l'équipe soignante.....	15
6.1.3	Mise en condition du patient.....	19
6.1.4	Prévention des complications	20

6.1.5	Conclusion.....	21
6.2	Radiothérapie.....	21
6.2.1	Bilan dentaire.....	21
6.2.2	Bilan nutritionnel.....	23
6.2.3	Organisation pratique de la radiothérapie (pour favoriser compliance et observance).....	23
6.2.4	Optimisation des soins de support pour éviter toute interruption en cours de traitement (prise en charge de la mucite et de l'épithélite).....	24
6.2.5	Suivi post-traitement.....	25
6.3	Chimiothérapie.....	25
6.3.1	Introduction.....	25
6.3.2	Bilan pré-chimiothérapie.....	26
6.3.3	La consultation de mise en œuvre de la chimiothérapie.....	26
6.3.4	Réalisation de la chimiothérapie.....	27
6.3.5	Conclusion.....	28
6.4	Soins de support ville et hôpital.....	30
6.4.1	Souffrance psychologique.....	30
6.4.2	Douleur.....	30
6.4.3	Dénutrition.....	31
6.4.4	Addictologie.....	31
6.4.5	Éducation thérapeutique.....	31
6.4.6	Prise en charge sociale - Contribution du service social tout au long du parcours de soins du patient et dans l'après-cancer.....	32

METHODOLOGIE

Les recommandations proposées ont été classées en Grade A, B ou C selon un niveau de preuve scientifique décroissant, en accord avec le guide d'analyse de la littérature et de gradation des recommandations, publié par l'ANAES (Janvier 2000) :

Correspondance entre l'évaluation de la littérature et le grade des recommandations (grille adaptée score de Sackett)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Force des recommandations
TEXTE : Argumentaire	Recommandation
Niveau 1	
Essais comparatifs randomisés de forte puissance	Grade A
Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés	
Analyse de décision basée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie
Niveau 2	
Essais comparatifs randomisés de faible puissance	Grade B
Études comparatives non randomisées bien menées	
Études de cohortes	Présomption scientifique
Niveau 3	
Études cas-témoins	
Essais comparatifs avec série historique	Grade C
Niveau 4	
Études comparatives comportant des biais importants	Faible niveau de preuve scientifique
Études rétrospectives	
Séries de cas	
Études épidémiologiques descriptives (transversale, toute autre publication (cas report, avis d'expert, etc.)	
Aucune publication	Accord professionnel*

*En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondront à un accord professionnel.

Cette classification a pour but d'explicitier les bases des recommandations. L'absence de niveau de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

Cependant, l'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles (exemple de l'efficacité de la mastectomie dans le cancer du sein, des antibiotiques dans l'angine, etc.).

D'après le Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations ANAES, janvier 2000.

LISTE DES ABREVIATIONS :

ADAPA : Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie
ALD : affection longue durée
AVS : auxiliaire de vie sociale
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CT-RT : chimio-radiothérapie
EN : échelle numérique
EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres
EVA : échelle visuelle analogique
FNASS : Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale de Soins Palliatifs
GERCOR : Groupe Coopérateur Multidisciplinaire en Oncologie
GETTEC : Groupe d'Étude des Tumeurs de la Tête et du Cou
GORTEC : Groupe d'Oncologie Radiothérapie Tête et Cou
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : hypertension artérielle
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
IMC : indice de masse corporelle
INCa : Institut National du Cancer
MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization: WHO)
ORN : ostéoradionécrose
PENTOCLO : association pentoxifylline-tocophé-rol-clodronate
PPS : plan personnalisé de soin
PS : performance status
RCMI : radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité
RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
REFCOR : réseau d'expertise français sur les cancers ORL rares
REGF : récepteur à l'Epidermal Growth Factor
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
TISF : technicien de l'intervention sociale et familiale
TNM : Tumor, Node, metastasis classification
VADS : voies aéro-digestives supérieures (dans ce travail : cavité buccale, oro-pharynx, larynx et hypopharynx)

1 Problématique du délai

1.1 Introduction

Le délai de prise en charge des patients atteints de cancers est actuellement une préoccupation des autorités sanitaires et la réduction des inégalités dans cette prise en charge est une priorité du Plan Cancer [1] (accord professionnel). Dans la littérature, il est décrit deux délais, le délai dit « patient » et le délai dit « professionnel » [2] (niveau de preuve 4). Le délai patient est le temps entre l'apparition d'un symptôme et la première consultation médicale. Le délai professionnel débute au moment où le patient voit un médecin pour la première fois (qu'il soit spécialiste ou généraliste), mais cette définition varie en fonction des publications et certaines ne considèrent le délai professionnel qu'à partir du

moment où le patient est pris en charge dans un centre spécialisé jusqu'à la mise en route du traitement [2] (niveau de preuve 4). Ces éléments de retard de la prise en charge peuvent intervenir à toutes les étapes, particulièrement avant la première consultation, et constituent un problème en cancérologie des VADS.

1.2 Délai « patient » et temps « d'adressage »

Une analyse de 18 études de patients atteints de cancers de la cavité buccale, a montré que le temps patient constituait le facteur principal de perte de temps, avec un délai moyen allant de 3,5 à 5,4 mois. À cela s'ajoutait le délai « professionnel » [2–4] (niveau de preuve 4). Le temps « d'adressage », c'est-à-dire l'intervalle entre le moment où le patient est vu par un professionnel de santé suspectant un cancer et celui où il est adressé à un référent spécialisé en cancérologie, peut être amélioré à plusieurs niveaux avec :

- la sensibilisation des médecins généralistes et chirurgiens-dentistes (ou tout autre professionnel de santé) au dépistage des lésions cancéreuses des VADS ;
- l'information sur les centres prenant en charge ce type de pathologies ;
- la facilitation dans les centres (téléphone, secrétariat) de la prise de rendez-vous avec les spécialistes adéquats.

Le Royaume-Uni avait édité, en 1997, la règle dite « des 2 semaines » visant à ce que tout patient présentant un symptôme ou une lésion suspecte des VADS soit vu dans les 2 semaines suivantes (délai maximum) par un centre de référence en cancérologie. La publication d'une liste de symptômes et signes cliniques devant faire adresser le patient à un centre spécialisé était envoyée aux médecins généralistes. En pratique, les résultats sont décevants. Les études ont retrouvé un faible taux de cancers (entre 5 et 10 %) parmi les patients adressés via le circuit rapide avec pour conséquence un nombre important de consultations inutiles. Il a de plus été montré que ce système ne permettait pas de dépister plus de cancers à un stade précoce [5, 7] (niveau de preuve 4), [6] (niveau de preuve 2).

De la même façon, la méthode de consultation accélérée réalisée au Danemark dite « fast-track » permet de cibler, auprès des médecins généralistes, les symptômes ORL principaux nécessitant une orientation rapide vers un centre prenant en charge les tumeurs malignes de la tête et du cou (douleurs, dysphagie, dysphonie, dyspnée ou tuméfaction cervicale, otalgie reflexe, odynophagie).

La particularité du système de santé au Danemark rend obligatoire une consultation rapide, d'un patient présentant des symptômes ORL, auprès d'un spécialiste en ville ou auprès d'un département hospitalier (sous 48 heures) [8] (niveau de preuve 4).

L'amélioration des délais patients et d'adressage nécessiterait une meilleure information des patients et une amélioration de la formation au dépistage des professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, médecins généralistes, addic addictologues), ainsi qu'une facilitation de l'accès aux centres spécialisés [1] (accord professionnel).

1.3 Délais de prise en charge et bilan et mise en route du traitement

Il s'agit en fait du délai nécessaire à la mise en route du traitement, à partir du moment où le patient est pris en charge en centre spécialisé. Ce délai, qui doit être le plus court possible pour ne pas retarder la mise en oeuvre du traitement, est divisé en 2 périodes le délai nécessaire à la réalisation du bilan et à la discussion du dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), ainsi que le temps de mise en route du traitement (chirurgie, radiothérapie et/ou chimiothérapie). Tout retard au bilan et au traitement mène à des tumeurs avancées et à une aggravation du pronostic [9] (niveau de preuve 2), [10] (niveau de preuve 3). Chaque semaine de délai supplémentaire avant la mise en route d'une radiothérapie diminue de 1 % le contrôle tumoral [11] (niveau de preuve 4). Le temps de doublement du volume tumoral varie de 87 [14] (niveau de preuve 2) à 96 jours [13] (niveau de preuve 4), avec une diminution du contrôle tumoral de 10 % par mois de délai supplémentaire avant traitement [12] (niveau de preuve 4). Waaijer et al. ont comparé les tomodensitométries lors du bilan à ceux du repérage lors de la préparation à la radiothérapie de 13 patients, avec un délai moyen entre ces 2 imageries de 56 jours. Il en résultait une augmentation moyenne du volume tumoral de 70 %. Chen et al. ont montré dans une méta-analyse avec 8 études concernant des cancers de la tête et du cou une augmentation du risque relatif de récurrence locale après radiothérapie de 1,15 par mois de délai entre le diagnostic et la mise en route du traitement [15] (niveau de preuve 3). Pour Huang et al., ce risque relatif de récurrence locale égale 1,17 en cas de délai supérieur à un mois pour le début du traitement par radiothérapie [17] (niveau de preuve 3).

Si Schlienger nuance ces données comme d'autres [18–20] (niveau de preuve 4), il recommande toutefois de ne pas dépasser 2 semaines pour la réalisation du bilan [16] (niveau de preuve 4). Les études de la littérature montrent un impact négatif de l'allongement du délai de traitement sur le contrôle local et la survie [9] (niveau de preuve 2) [10] (niveau de preuve 3).

Des organisations nationales de différents pays dans le monde et en Europe et des sociétés savantes ont émis des objectifs de délai pour le début du traitement des cancers des VADS. Au Canada, le délai entre bilan et début de la radiothérapie devrait être inférieur à 2 semaines, au Danemark le délai entre suspicion du cancer et début du traitement devrait se situer entre 24 et 28 jours, en Hollande ce même délai devrait être de 30 jours, au Royaume-Uni de 28 jours [8, 21–23]. En France, l'INCa considère que le délai professionnel avant mise en route du traitement devrait être idéalement de 4 semaines maximum [24] (accord professionnel). Ces délais restent difficiles à respecter en raison de la multiplication des examens d'imagerie lors du bilan, de la présence de comorbidités chez les patients et de la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire avant le traitement [25] (niveau de preuve 4).

Recommandation 1

L'objectif est de faciliter la première consultation dans le centre qui prendra en charge le patient (Accord professionnel).

Recommandation 2

Le bilan doit être organisé le plus rapidement possible de façon à pouvoir initier le traitement au plus tôt.

Il est recommandé de limiter le délai entre la première consultation par l'équipe qui va prendre en charge le patient et le recueil des éléments nécessaires à la prise de décision incluant la RCP et à l'organisation thérapeutique. Ce délai doit être idéalement de 2 semaines et ne devrait pas dépasser 4 semaines (Grade B).

2 Contenu de la première consultation

2.1 Examen clinique locorégional

L'examen clinique des VADS est la première étape du bilan tumoral [26] (niveau de preuve 4).

Bilan et programmation

Ce premier contact est informatif avec explication des différents examens endoscopiques, d'imagerie et de biologie d'évaluation nécessaires. Il sera expliqué au patient la nécessité de réaliser des biopsies afin d'obtenir un diagnostic de certitude. Le bilan initial doit suivre les recommandations de la SFORL sur le bilan pré-thérapeutique des cancers des VADS. Afin d'éviter les répétitions d'examens et des délais supplémentaires, les modalités de réalisation des examens complémentaires respecteront les critères de bonne pratique de la Société Francophone d'Imagerie Tête et Cou [27–29] (accord professionnel).

La programmation de ce bilan doit être organisée en tenant compte des contraintes de chaque centre pour optimiser la réalisation de ces examens [30] (accord professionnel).

2.2 Anticipation des prises en charges

Cette première consultation doit permettre d'introduire précocement les soins de support [26] (accord professionnel) et solliciter l'avis d'un oncogériatre si l'âge et l'état général du patient l'exigent. L'état général du patient est mesuré par l'indice de Karnofsky et le Performance Status de l'OMS, le poids actuel et le poids de forme, l'amaigrissement et le pourcentage de perte par rapport au poids de forme et enfin la mesure de l'IMC. Les ingestas sont notés [31] (niveau de preuve 4). L'évaluation de la douleur est réalisée par une EVA ou une EN. Une consultation auprès d'un chirurgien-dentiste sera proposée pour réaliser un bilan dentaire avec réalisation d'un panoramique dentaire, si un traitement par radio- ou chimiothérapie est envisagé [26] (niveau de preuve 4). Ce premier échange permet de préciser les facteurs de risque des cancers des VADS (tabac, alcool, cannabis) et envisager le sevrage des addictions par des consultations spécialisées en tabacologie et/ ou en alcoologie. Le statut professionnel avec la recherche de facteurs d'exposition professionnelle permet d'orienter le patient vers la médecine du travail pour l'adaptation du poste de travail. L'environnement social du patient doit être évalué au cours de cette première rencontre (afin d'améliorer la compliance aux traitements et la qualité de vie post thérapeutique). Il existe des

scores qui aident à la détection des patients en difficulté sociale (EPICES). Cette consultation permet d'apprécier l'état psychologique du patient et de le quantifier (possibilité de recourir à des échelles spécifiques HAD (Hospital Anxiety and Depression scale échelle d'évaluation psychologique) ou MINI (échelle psychiatrique) [32 , 33] (niveau de preuve 1), [34] (niveau de preuve 2) voire de proposer une consultation dédiée. L'orientation précoce vers un assistant de service social est à envisager.

Recommandation 3

Il est recommandé que la première consultation du spécialiste permette de programmer le bilan diagnostique (biopsie et bilan d'extension) et d'anticiper l'ensemble des éléments nécessaire à la prise en charge du patient (état dentaire dénutrition, comorbidités, état psychologique, situation sociale...) (Grade B).

3 Prise en charge diagnostique initiale

3.1 Introduction

L'objectif numéro 2 du plan cancer 2014-2019 vise à garantir, en France, la qualité et la sécurité des prises en charge [35] (accord professionnel). Les points importants sont :

- l'articulation entre les différentes étapes du parcours de soins ;
- une coordination et des échanges d'information accrus entre professionnels de santé ;
- le renforcement du rôle du généraliste ;
- la réduction des délais de prise en charge, pour éviter toute perte de chance.

3.2 Aspects organisationnels

L'action 2.22 du plan cancer vise à « Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire » [35] (accord professionnel).

La chirurgie ambulatoire doit se développer. La raison est essentiellement économique. La priorité reste cependant de tout mettre en oeuvre pour effectuer un diagnostic et une prise en charge rapide du patient, incluant le bilan d'extension (imagerie notamment), l'endoscopie avec biopsies et le bilan général (cardiaque, nutritionnel, comorbidités) dans le cadre du bilan pré-thérapeutique (avant chirurgie ou avant radiothérapie/chimiothérapie). Ce bilan pourra être effectué en hospitalisation ambulatoire ou conventionnelle en fonction de critères liés au patient, à son lieu de domicile (distance par rapport au centre de référence) et à la rapidité du bilan.

4 Processus de décision thérapeutique

4.1 Introduction

Un processus de décision thérapeutique comprend l'ensemble des étapes qui à partir de la découverte d'une tumeur aboutit à un projet cohérent, proposé par une équipe médicale et paramédicale, à un patient et son entourage qui doivent être adhérents au projet. La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), institutionnalisée par le décret ministériel du 22 février 2005 [36] (Circulaire

ministérielle) permet de synthétiser le dossier du patient et de proposer une attitude thérapeutique. Un minimum de 3 praticiens de spécialités différentes est requis par la circulaire mais d'autres spécialistes sont en réalité souvent souhaitables. La RCP est un outil d'aide à la décision thérapeutique.

La RCP en télémedecine est une alternative qui permet de limiter les coûts et les pertes de temps [37] (niveau de preuve 4).

Recommandation 4

Le bilan initial peut être fait en hospitalisation ambulatoire ou conventionnelle en fonction des possibilités techniques, du type de patient et du respect des délais recommandés de prise en charge (Accord professionnel).

Recommandation 5

Il est recommandé de disposer d'un temps suffisant de préparation, de discussion et de synthèse des dossiers présentés en RCP (Accord professionnel).

4.2 Modalités pratiques de fonctionnement d'une RCP

Les éléments requis pour une RCP sont [38] (recommandation HAS) :

- élaboration d'une charte en précisant l'organisation et le fonctionnement ;
- rédaction d'un compte rendu de chaque réunion avec liste de présence des participants ;
- une périodicité fixée au préalable, au minimum deux fois par mois [39] (Recommandation INCa).

Tous les participants de cette réunion doivent avoir une connaissance particulière des cancers des VADS (pour les oncologues radiothérapeutes et médicaux en particulier) et de la cancérologie générale (pour les spécialistes d'organe) [40] (Recommandation européenne). La présence d'un spécialiste d'organe est souhaitable [41, 42] (niveau de preuve 3).

Chaque dossier examiné est proposé par un praticien. Il faut privilégier la présence du praticien amené à traiter ou à coordonner la démarche thérapeutique.

Tous les dossiers de patients présentant un nouveau cancer primitif ou une récurrence doivent être présentés, soit pour discussion soit pour validation du traitement [40] (Recommandation européenne). À chaque étape clé du traitement du patient, un passage en RCP est souhaitable. La possibilité d'inclusion dans un essai thérapeutique est également précisée (intérêt de la présence d'un attaché/technicien de recherche clinique).

4.3 Éléments nécessaires à la prise de décision

Avant la réunion, une fiche standardisée de données médicales est remplie par le médecin qui inscrit le dossier en RCP [39] (Recommandation HAS-INCa). Un temps nécessaire et suffisant doit être dédié à la RCP temps de préparation des dossiers avant la réunion, temps de discussion de chaque dossier pendant la réunion. Ce temps doit être intégré au temps de travail médical [43] (niveau de preuve 4).

Le projet médical proposé doit prendre en considération de manière obligatoire les éléments suivants :

- l'extension locale et régionale ;
- l'analyse anatomopathologique non considérés par le TNM ;
- le dossier d'imagerie du patient une visualisation des examens permet la discussion: extension locale cervicale, métastase, suspicion de second cancer... ;
- l'état général du patient, âge et comorbidités... ;
- le médecin traitant connaît particulièrement le patient, son avis peut être rapporté par un membre de la RCP ;
- les données épidémiologiques et sociales du patient vie personnelle, familiales, soutiens, proches ;
- l'intérêt de la présence ou non du patient lors de la RCP reste sujet à discussion [44, 45] (niveau de preuve 4).

4.4 Avis de la RCP

Après examens des différents éléments :

- soit les éléments du dossier sont suffisants pour envisager une décision thérapeutique. Une discussion peut aboutir à un avis de la RCP ;
- soit il est nécessaire d'effectuer des examens ou consultations complémentaires. Le dossier est donc renvoyé à une séance ultérieure pour nouvelle considération. Après discussion libre où tout participant intervient pour donner un avis sur le dossier, un accord entre les participants doit émerger [46] (niveau de preuve 4). L'avis de la RCP comporte la date, la proposition thérapeutique ainsi que les noms et qualifications des participants [38] (Recommandation HAS) et doit être placé dans le dossier [47] (Recommandation – cahier des charges du dossier communicant de cancérologie HAS-INCa). La proposition thérapeutique se base sur le référentiel utilisé par la RCP.

Il faut dès la proposition de RCP envisager sa mise en pratique : renvoi à des consultations spécialisées de cancérologie, radiologie, chirurgie, cellules de soutien et soins de support (kinésithérapie, nutrition, douleur, psychologie, assistance sociale). Cette attitude permet de considérer la maladie globalement et de ne pas majorer l'angoisse ressentie par le patient et ses proches qui souvent se heurtent à des problèmes pratiques.

Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de la RCP, les raisons doivent être argumentées par écrits dans le dossier du patient, par son praticien référent [38] (recommandation HAS).

4.5 RCP de recours

La discussion pluridisciplinaire a pour objectif de proposer au patient le traitement le plus adapté possible [40] (niveau de preuve 4). Cette organisation est particulièrement intéressante pour la prise en charge des tumeurs rares. Répondant aux exigences de l'INCa concernant l'organisation en centre experts [48] (rapport de l'INCa), une RCP de recours nationale bimensuelle a été organisée pour les décisions thérapeutiques complexes portant sur les tumeurs rares des VADS (REFCOR) [49, 50] (niveau de preuve 4).

4.6 Deuxième avis

Le patient peut également souhaiter d'autres avis sur son traitement ; cette démarche doit être facilitée en confiant au patient l'ensemble des éléments utiles de son dossier.

Recommandation 6

Il est recommandé qu'un spécialiste d'organe (ORL chirurgien cervico-facial ou chirurgien maxillo-facial) soit présent à toutes les RCP concernant les cancers des

VADS (Accord professionnel).

Il est recommandé que tous les participants à une RCP aient une expertise en cancérologie des VADS (Accord professionnel).

Il est recommandé lorsque l'avis de la RCP n'est pas suivi par le médecin référent qu'il justifie sa décision (Accord professionnel).

Il est recommandé de disposer d'un temps suffisant de préparation, de discussion et de synthèse des dossiers présentés en RCP (Accord professionnel).

5 Dispositif d'annonce

5.1 Introduction

Après que le diagnostic de cancer a été annoncé au patient (consultation d'annonce), le dispositif d'annonce est un ensemble de consultations permettant d'expliquer au patient et de mettre en place les modalités de la prise en charge.

5.2 Cadre réglementaire

Le cadre réglementaire du dispositif d'annonce est la mesure 40 du Plan cancer [51].

La mise en oeuvre de cette mesure impose des conditions spécifiques de consultations au sein des établissements agréés [52] en cancérologie.

Cela impose des consultations différentes, souvent plus longues, où les reformulations sont importantes. C'est une source d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

5.3 Constituants du dispositif d'annonce

Les éléments du dispositif d'annonce comprennent 4 points interdépendants un temps médical, un temps paramédical, un accès aux soins de support et un renforcement de la communication avec la médecine de ville.

Le temps médical débute par un résultat histopathologique.

Le patient est soit revu directement en RCP, soit suite à la RCP par son médecin spécialiste référent.

Avec l'avis de la RCP, la discussion entre le praticien et le patient permettra le choix final du traitement après la présentation des différentes options thérapeutiques possibles, quand elles existent, et qu'elles se différencient par leur réalisation pratique et leurs effets secondaires.

Le programme personnalisé de soins (PPS) [53] est un document qui énonce la proposition thérapeutique acceptée par le patient, les noms et coordonnées de différents intervenants, le planning des actes thérapeutiques prévus.

C'est lors de ce temps médical que doivent être proposées les différentes interventions paramédicales, en premier lieu celle de l'IDE d'annonce.

C'est une consultation spécifique réalisée par un membre formé (IDE de consultation ou d'hospitalisation d'ORL, IDE d'annonce de la structure).

Il est souhaitable de laisser un délai entre les consultations médicales et paramédicales.

C'est dans le cadre de ce dispositif d'annonce que se mettent en place les soins de support :

- consultations de la douleur ;
- support nutritionnel (diététicienne, IDE de nutrition) ;
- système de soutien social (détection de la fragilité sociale [54], assistante sociale) ;
- équipes d'orthophonie ;
- systèmes d'hospitalisation à domicile et d'aide à domicile ;
- consultations d'addictologie (alcool, tabac) et d'aide psychologique ;
- structures de soins palliatifs, de gériatrie, avec équipes mobiles quand elles existent.

La coordination de toutes ces actions permet la construction d'un calendrier. Seront ainsi programmées les hospitalisations nécessaires.

La sortie du patient après son hospitalisation sera au mieux anticipée à ce moment (contact avec les praticiens de ville, anticipation de la résolution d'un problème social, nécessité d'un séjour en SSR, aménagement de la sortie au domicile avec mise en place d'une organisation via une HAD, un prestataire ou un réseau).

Le pivot des liens avec la médecine de ville est représenté par le secrétariat. C'est lui qui sert d'interface avec le patient et la médecine de ville. Il n'existe pas de texte spécifique quant à son organisation. Certains services d'oncologie bénéficient en tant que site pilote d'un poste d'infirmière coordinatrice en cancérologie. Elle est la personne ressource bien connue du patient. Elle a des compétences en cancérologie ce qui lui permet en cas de problème de diriger le patient dans les meilleurs délais vers le professionnel de santé le plus à même de le résoudre et de communiquer avec le médecin référent au moment le plus opportun, sans qu'il soit sollicité lui-même par le patient.

Recommandation 7

Le dispositif d'annonce doit être organisé au sein des établissements autorisés en cancérologie et proposé à tous les patients.

L'IDE d'annonce doit avoir une expérience dans le domaine de la cancérologie des VADS.

L'accès aux soins de support doit être envisagé dans le même temps (Accord professionnel).

6 Organisation des soins : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie

6.1 Chirurgie des VADS

6.1.1 Introduction

La chirurgie carcinologique des VADS répond à des règles organisationnelles strictes. Le plan cancer a défini par le décret du 29 mars 2007 un seuil de 20 cancers des VADS par an par centre pour conserver l'autorisation de traiter ces cancers. En effet, l'impact favorable du niveau d'activité sur l'efficacité de la prise en charge des cancers des VADS a été démontré dans de nombreuses études [55] (niveau de preuve 2, étude de cohorte). En effet, à partir de l'analyse de la prise en charge chirurgicale de 1 482 patients atteints de cancers oropharyngés dans 36 établissements de l'état du Maryland (États-Unis), une corrélation négative significative a été constatée en termes de durée d'hospitalisation et de coûts liés à la chirurgie. Le volume d'activité était associé à des hospitalisations plus courtes et des coûts moindres. On peut penser que ces bons résultats ne se limitent pas aux compétences de chirurgiens entraînés mais bien de l'expérience de toute une équipe médicale et paramédicale hyperspécialisée.

Les spécificités de la prise en charge postopératoire des patients opérés des VADS justifient pleinement leur hospitalisation dans un service chirurgical spécialisé, ORL ou maxillo-facial, à forte orientation cancérologique. En dehors des endoscopies diagnostiques et de certains gestes endoscopiques qui peuvent relever d'un parcours de chirurgie ambulatoire, le patient sera pris en charge en hospitalisation classique.

6.1.2 Spécificité de l'équipe soignante

La chirurgie du carrefour aéro-digestif doit pouvoir s'appuyer sur une équipe paramédicale, intégrant plusieurs métiers, permettant d'assurer une surveillance optimale dans les domaines spécifiques des pansements, des trachéotomies et de l'état respiratoire, des alimentations entérales et des reprises d'alimentation orale, de l'état général, cutané et dans la prise en charge globale de ces patients chez lesquels les comorbidités sont fréquentes.

6.1.2.1 L'équipe infirmière

L'équipe infirmière d'un service de chirurgie est formée à la préparation et la surveillance des opérés, de leurs drains, sondes et pansements. Cependant, la chirurgie cervico-faciale oncologique implique en plus des compétences infirmières spécifiques, la gestion d'une trachéotomie nécessite que l'équipe soignante soit formée à l'aspiration trachéale, à la surveillance de la ventilation, à la détection

des décanulations accidentelles et à la reconnexion [56] (niveau 4). Ces compétences sont rarement présentes dans un contexte médical moins spécialisé [57] (niveau de preuve 4). Certains articles recommandent la présence d'infirmières référentes pour la gestion des trachéotomies [58] (niveau de preuve 4). À la phase de décanulation programmée, les infirmières jouent un rôle majeur dans la surveillance de l'état respiratoire et de la tolérance de la décanulation. Elles doivent être entraînées à remettre en place une canule de trachéotomie si nécessaire.

La chirurgie oncologique des VADS comporte régulièrement une alimentation entérale avec sonde nasogastrique voire gastrostomie. La mise en place des sondes nasogastriques, le contrôle de leur positionnement au quotidien, leur amarrage ainsi que les soins de pansement de gastrostomie doivent être pleinement maîtrisés. La surveillance générale de l'état nutritionnel et du poids ainsi que de la tolérance digestive de l'alimentation entérale (diarrhées) est un rôle important de l'équipe soignante ; après la reprise d'une alimentation orale, la qualité de la prise alimentaire, le suivi des ingestats, du poids, de la courbe de température, de l'existence de fausses routes reposent largement sur l'équipe paramédicale. Les problématiques liées à l'alimentation et à la dénutrition impliquent l'ensemble de l'équipe soignante en lien avec les professionnels de la diététique et l'équipe médicale [59] (niveau de preuve 2).

La chirurgie reconstructrice implique une formation très spécifique du personnel soignant sur la surveillance des lambeaux, tant sur le plan local (coloration, mini-doppler sur le pédicule marqué par un repère) que général (surveillance de la tension, de l'hémoglobine). Les infirmiers doivent avoir parfaitement intégré le principe d'une reconstruction microchirurgicale afin d'éviter des manœuvres délétères (pansement compressif...).

Des spécificités existent dans les pansements en chirurgie oncologique cervico-faciale soins de prothèses phonatoires de patients laryngectomisés, détection précoce de complications locales ou autres (fistules, infections, complications médicales en lien avec le sevrage ou les comorbidités... cf. infra).

L'équipe infirmière, en plus de son rôle technique, doit jouer un rôle à la fois pour les problématiques de support (addiction, nutrition, aspects sociaux, psychologiques etc), pour l'éducation thérapeutique et pour compléter le travail d'annonce et d'information initié par l'infirmière d'annonce en consultation. Certains patients atteints de carcinome des VADS portent les séquelles d'une importante intoxication éthylo-tabagique, ainsi qu'un isolement social, ce qui complique souvent cette éducation.

6.1.2.2 L'équipe aide-soignante

En première ligne au lit du malade, l'aide-soignant(e) doit bien avoir acquis la notion des difficultés de déglutition et de prise alimentaire liées à la chirurgie du carrefour aérodigestif, donc de l'importance de la texture de l'alimentation dans les suites de la chirurgie des VADS. La réalimentation progressive du patient répond à des exigences dont l'aide-soignant(e), qui distribue les repas doit être bien conscient afin d'éviter les erreurs de plateaux susceptibles d'avoir des conséquences sérieuses. Il doit pouvoir également être une aide à la surveillance des ingestats effectifs et contribuer à l'évaluation de l'efficacité de la reprise alimentaire. L'aide à la toilette est régulière en postopératoire immédiat. La mobilisation du patient doit s'effectuer en connaissance de la fragilité de certains lambeaux et de la dangerosité d'une décanulation accidentelle.

En termes de soins, la communication avec les opérés étant souvent difficile du fait d'une trachéotomie ou de difficultés d'élocution, il est important pour le patient d'être aidé par une personne patiente et ayant une réelle expérience des suites des chirurgies effectuées.

Au sein de notre patientèle, on peut retrouver des patients très âgés, des patients aux facultés limitées voire des patients opposants, et une adaptation de l'équipe aide-soignante est nécessaire.

6.1.2.3 L'équipe orthophonique

Personnage clé de la réadaptation postopératoire, l'orthophoniste spécialisé(e) dans la réalimentation et le réapprentissage de la phonation doit être disponible dans le service pour accompagner le patient dans sa réalimentation et la remise en place de la déglutition, particulièrement après une chirurgie partielle du larynx ou une chirurgie lourde de l'oropharynx. Dans la continuité de l'information formulée en pré-thérapeutique, la rééducation démarre pendant l'hospitalisation.

La communication entre l'orthophoniste et le chirurgien est indispensable pour orienter la prise en charge. Éventuellement guidé par l'évaluation radiologique et/ou fibroscopique des essais alimentaires, le patient progresse quotidiennement dans sa rééducation postopératoire. Chez les patients laryngectomisés (chirurgie partielle ou totale), une part importante de la rééducation concerne la reprise de la phonation.

Secondairement, après la sortie, un suivi orthophonique plus prolongé sera bien souvent nécessaire pour l'utilisation d'une prothèse phonatoire, l'apprentissage de la voix oesophagienne ou trachéo-oesophagienne, la rééducation de la voix ou de la déglutition. Il est fondamental que la prise de contact se fasse dans le service, en postopératoire immédiat, afin que l'orthophoniste puisse accompagner le patient précocement.

6.1.2.4 L'équipe de kinésithérapie

Le rôle de la kinésithérapie est majeur dans les suites opératoires en carcinologie des VADS le patient trachéotomisé a une toux moins efficace du fait de l'absence d'hyperpression habituellement déclenchée à la toux par la fermeture initiale du plan glottique. Les patients sont fréquemment porteurs d'une bronchite chronique post tabagique, majorée par le sevrage forcé en postopératoire. La kinésithérapie respiratoire est donc nécessaire pour tenter de prévenir les pneumopathies, qui restent une complication fréquente et coûteuse de cette chirurgie [60] (niveau de preuve 2). Le kinésithérapeute a également un rôle dans la décision de décanulation, en favorisant le drainage bronchique. Le débit inspiratoire de pointe permet d'évaluer l'évolution de l'oedème laryngé postopératoire et semble constituer un outil prometteur ; ainsi l'amélioration de ce débit au-dessus de 50 L/min permet de décanuler le patient en sécurité [61] (niveau de preuve 4).

De plus, des sacrifices nerveux, musculaires sont parfois imposés lors de la résection oncologique et une rééducation faciale, une mobilisation précoce de la ceinture cervico-scapulaire peuvent être démarrées lors de l'hospitalisation [62, 63] (niveau de preuve 4). Enfin, et de façon moins spécifique, le kinésithérapeute a un rôle fondamental dans la mobilisation précoce des patients opérés, particulièrement dans un contexte de chirurgie reconstructrice avec prélèvement de fibula, afin d'éviter les complications thromboemboliques [64] (niveau de preuve 2), même si celles-ci sont peu fréquentes [65] (niveau de preuve 2). Des soins spécifiques à la personne âgée à nos prises en charge car de nombreux

patients du troisième voire du quatrième âge peuvent faire l'objet de chirurgies lourdes des VADS.

6.1.2.5 L'équipe diététicienne

La renutrition est un facteur majeur de lutte contre les complications postopératoires [59] (niveau de preuve 2). Les patients atteints de cancers des VADS sont fréquemment dénutris. La gestion de l'alimentation entérale, parfois émaillée de troubles du transit, puis le choix des menus lors de la reprise de l'alimentation orale font appel aux compétences des diététiciens, afin de limiter la perte pondérale souvent déjà bien entamée des patients. La stricte surveillance des apports caloriques au moment de la réalimentation orale permet de définir précisément le moment de l'ablation de la sonde, un anabolisme est requis pour optimiser les processus cicatriciels.

6.1.2.6 L'équipe psychologue

L'annonce du diagnostic du cancer et de son traitement suivie de la chirurgie pouvant porter atteinte à l'image corporelle du patient justifie le possible accès à un psychologue au sein de l'hospitalisation. En effet, en postopératoire d'une chirurgie mutilante, le moral des patients est logiquement affecté. Les patients, souvent alcoolo-tabagiques, sont souvent en situation précaire et souffrent fréquemment de dépression [66] (niveau de preuve 4). Le rôle d'un soutien psychologique lors de l'hospitalisation, puis après elle, est donc fondamental.

6.1.2.7 L'assistant de service social

Les patients, souvent en situation précaire, ont besoin d'être vus par l'assistant(e) social(e) en amont, afin d'anticiper sur la suite de l'hospitalisation. En effet, il est souvent difficile de renvoyer à domicile un patient qui vit seul, ou une personne âgée avec fragilité dans les suites d'une chirurgie lourde. Les services de chirurgie ne peuvent garder plusieurs semaines voire plusieurs mois des patients pour des raisons sociales. L'assistant(e) social(e) aura souvent la charge de mettre en conformité la couverture sociale des patients, aider à leur réinsertion à la suite du traitement. Ce travail, réalisé au plus tôt, permettra d'éviter les situations de blocage, où le service est contraint de garder hospitalisé un patient dont l'état de santé ne justifie plus de soins médicaux, faute de conditions de sortie acceptables.

En plus de l'isolement social et la précarité, la sénescence et les fragilités qu'elle implique imposent l'organisation de convalescence au décours du geste chirurgical. Une étude monocentrique américaine au sein de 457 patients opérés de résection oncologique avec lambeau libre retrouvait que l'âge moyen des patients retournant au domicile était de 57,5 ans, celui de patients au domicile avec soins infirmiers réguliers était 67,1 ans et enfin de 71,5 ans pour les patients nécessitant une convalescence en institution autre [67] (niveau de preuve 4). En France, on constate une pénurie d'unités de soins de suite, particulièrement lorsque le patient est porteur d'une canule de trachéotomie ou d'une gastrostomie.

6.1.2.8 L'interaction ville-hôpital

Il est fréquent d'avoir à organiser des soins de support à la sortie des patients en hospitalisation à domicile ou du moins avec prestataires de service et infirmières libérales. Le rôle du cadre à ce niveau est fondamental, afin que la sortie du

patient se fasse de façon sereine. Il peut s'appuyer sur les réseaux de cancérologie pour assurer la jonction entre l'hôpital et les professionnels libéraux.

6.1.3 Mise en condition du patient

6.1.3.1 Préopératoire

L'accueil du patient s'effectue la veille de la procédure et les visites du chirurgien et de l'anesthésiste s'assurent de l'absence de contre-indication de dernière minute (surinfection, ...). Une information claire est à nouveau formulée sur l'intervention et ses suites immédiates.

Une préparation nutritionnelle préalable peut être indiquée dans les situations de dénutrition sévère. Un bilan radiologique et biologique pré-anesthésique est souvent nécessaire.

Le patient peut nécessiter une préparation locale avec tonte des régions pileuses sur le site cervico-facial et zones donneuses en situation de reconstruction par greffe ou lambeau (thorax, avant-bras, cuisse...) [68].

Dans le cadre de procédures avec recherche de ganglions sentinelles, l'injection d'isotopes et le repérage de la (des) cible(s) est généralement effectué la veille du geste.

6.1.3.2 Postopératoire

En postopératoire, l'installation du patient impose une aspiration trachéale et salivaire branchée et fonctionnelle. La surveillance postopératoire comprend au minimum les constantes tensionnelles, pulsations, température, drains, cou. Il peut s'ajouter la surveillance d'un lambeau et d'une trachéotomie.

En fonction de la complexité de la chirurgie réalisée, des comorbidités du patient et des habitudes des équipes, un séjour en réanimation, soins intensifs voire surveillance continue peuvent être envisagés. Le maintien d'une ventilation mécanique, l'usage d'une surveillance cardio-respiratoire scopée et/ou invasive (avec cathéter artériel), justifient un séjour en unité spécialisée.

Dans le cadre d'une étude nationale en Grande-Bretagne menée au sein de 57 équipes pratiquant des reconstructions libres en chirurgie oncologique cervicofaciale, 87 % d'entre elles assumaient le postopératoire en unité spécialisée (54 % aux soins intensifs, 33 % en surveillance continue) [69] (niveau de preuve 4). Une étude monocentrique rétrospective nord américaine conduite sur 4 ans a comparé les résultats de patients avec reconstructions libres hospitalisés systématiquement en unité de soins intensifs (119 patients, 2006–2009) avec les suivants pris en charge dans un service classique mais au personnel très entraîné (138 patients, 2009–2010). Dans le premier groupe la durée d'hospitalisation était significativement allongée (de même que les coûts de la prise en charge) tandis que le taux d'échec n'était pas différent au sein des deux groupes [70] (niveau de preuve 4).

Si les suites opératoires sont en général bien gérées par les équipes spécialisées des services de chirurgie cervicofaciale, la conjonction de suites opératoires lourdes et de la gestion comorbidités cardiovasculaires, respiratoires ou diabétiques peut fréquemment justifier le recours à des unités de soins intensifs.

6.1.4 Prévention des complications

6.1.4.1 Complications du site opéré

Une étude anglo-canadienne a démontré la forte prévalence de 64 % de complications postopératoires sévères ou non (chirurgicales locales et pulmonaires notamment) après des résections oncologiques cervico-faciales avec reconstruction [71] (niveau de preuve 4).

Dans l'étude multicentrique de Gourin et al, le risque de fistule était significativement corrélé aux glossectomies totales (Odds Ratio = 5,6 p = 0,02), mandibulectomies (OR = 3,4, p < 0,001) et lambeaux libres (OR = 6,9, p = 0,001) [55] (niveau de preuve 2).

Aux États-Unis où les durées d'hospitalisation sont très inférieures aux nôtres, le taux de complications postopératoires tardives justifiant une réhospitalisation étaient les plus élevées pour les laryngectomies, résections de la cavité buccale (langue, plancher) et des lèvres (respectivement 8 %, 4,1 et 7,4 %) [72] (niveau de preuve 4). Le principal motif de réhospitalisation était l'infection sur site opératoire (53,6 %), suivies d'infections autres (37,4 %). En analyse multivariée, l'âge, le score ASA, la durée opératoire étaient indépendamment et significativement corrélés à ces complications tardives.

6.1.4.2 Delirium tremens et agitation

L'intoxication éthylo-tabagique constituant un facteur de risque majeur des cancers des VADS, la survenue de complications en lien avec le sevrage alcoolique brutal imposé par la chirurgie et l'hospitalisation est donc régulière. Dans une étude de cohorte à partir d'une base de données de près de 100 000 dossiers de patients opérés aux États-Unis de cancers des VADS, l'alcoolisme chronique était significativement corrélé à un taux supérieur de complications postopératoires, à une augmentation de la durée d'hospitalisation ainsi que des coûts de prise en charge [73] (niveau de preuve 2). La prévention de ces décompensations est habituelle lors de l'hospitalisation avec recours aux neuroleptiques et suppléments vitaminiques.

6.1.4.3 Complications thromboemboliques

Dans une étude de cohorte au design similaire, les complications thromboemboliques représentaient 2 % de la population complète des patients opérés de cancers des VADS et étaient significativement corrélées avec une mortalité élevée, des complications postopératoires, des hospitalisations longues et coûteuses [64] (niveau de preuve 2).

La prévention des complications thromboemboliques est essentielle et l'anticoagulation préventive périopératoire est indispensable

6.1.4.4 Complications infectieuses

Dans la cohorte anglo-canadienne précédemment citée [71] (niveau de preuve 4), les taux d'infections étaient respectivement de :

- 34/192 patients (17,7 %) infections du site opératoire ;
- 49/192 patients (25,5 %) infections broncho-pulmonaires ;
- 2/192 patients (1 %) infections urinaires.

L'impact des infections pulmonaires postopératoires est significativement corrélé au taux de mortalité, taux de complications, durées et coûts d'hospitalisation [60] (niveau de preuve 2).

6.1.5 Conclusion

La prise en charge chirurgicale des cancers des VADS fait appel à des équipes spécialisées formées à cette thématique. La prévention des complications et l'optimisation des durées de séjour passent par la coordination des compétences de chacun, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciens, psychologues, assistants sociaux, anesthésistes et chirurgiens. La réalisation régulière de réunions d'équipes permet d'anticiper les problèmes liés à la sortie des patients et d'améliorer l'efficacité des services. L'analyse a posteriori des événements indésirables dans une démarche formalisée d'anticipation des risques est, comme dans toute unité de soins, le moyen de progresser en efficacité et en sécurité.

Recommandation 8

La chirurgie carcinologique cervico-faciale doit être réalisée dans une unité dédiée (Grade B), avec un personnel soignant spécifiquement formé à ces soins et à l'éducation thérapeutique (Grade C).

La présence dans l'équipe de kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues, orthophoniste, assistants sociaux est recommandée (Grade C).

6.2 Radiothérapie

6.2.1 Bilan dentaire

Un bilan dentaire clinique et radiologique est souhaitable chez tout patient atteint d'un cancer des VADS. Il est indispensable si la séquence thérapeutique envisagée comporte de la radiothérapie cervico-faciale.

La présence de foyers infectieux dentaires est en effet source de complications [74] (niveau de preuve de preuve 4) :

- précoces, à type d'infection locale source de retard de cicatrisation osseuse, de bactériémie voire de septicémie en cours de traitement, ce d'autant plus qu'une chimiothérapie est réalisée, et/ou qu'il existe une mucite radio- ou chimio-induite (accord d'experts) ;
- tardives à type d'ostéoradionécrose (ORN), essentiellement mandibulaire, aujourd'hui beaucoup plus rare du fait des progrès techniques de la radiothérapie ORL (RCMI, cf. plus loin).

Le bilan comporte (accord professionnel) :

- un examen clinique spécialisé, qui précise les lésions dentaires ainsi que l'hygiène buccale du patient ;
- une radiographie panoramique dentaire, complétée éventuellement par des clichés rétro-alvéolaires voire un cone-beam ou un denta-scanner.

L'éventuel projet de réhabilitation prothétique post-thérapeutique devra être envisagé dès ce stade.

L'édentation complète n'est plus de mise [75] (niveau de preuve 2), au vu de l'évolution technique en Radiothérapie ORL.

Actuellement (accord professionnel) :

- un détartrage est souhaitable ;
- les dents cariées :
- avec atteinte superficielle (pas d'atteinte pulpaire) peuvent être soignées à tout moment,
- avec atteinte de la chambre pulpaire, mais sans image apicale ni parodontale, doivent être traitées parfaitement au moins 1 mois avant le début de la radiothérapie. Si la réalisation de ce traitement est impossible, ces dents doivent être avulsées, d'autant plus si elles sont situées dans le champ d'irradiation,
- les dents porteuses d'une infection apicale ou parodontale sont avulsées si elles sont situées dans le champ d'irradiation ; leur traitement est discuté hors champ,
- les dents précédemment traitées, et dont le traitement endodontique est insuffisant, peuvent être préservées en l'absence de symptomatologie clinique et d'image radiologique apicale. La présence de l'un au moins de ces deux signes doit conduire à l'avulsion si la dent est située dans le champ d'irradiation. On peut être plus conservateur hors champ,
- les dents incluses asymptomatiques sont préservées,
- lorsque des avulsions sont décidées, elles sont traditionnellement réalisées au moins 3 semaines avant le début de la radiothérapie [76] (niveau de preuve 3). Plusieurs études plus récentes tendent néanmoins à montrer que ce délai n'est pas protecteur vis-à-vis de l'ORN [75] (niveau de preuve 2), [77] (niveau de preuve 3), [78] (niveau de preuve 4),
- les avulsions doivent être suivies de régulation des crêtes et de suture muqueuse, destinées à favoriser la cicatrisation,
- une réhabilitation dentaire fonctionnelle, soit par prothèse amovible (complète ou partielle), soit par implant (fixe ou stabilisée), peut être envisagée en fonction de la motivation des patients, du niveau d'hygiène dentaire, de la trophicité muqueuse, des courbes isodoses fournies en fin de traitement par radiothérapie et de la faisabilité technique (en tenant compte des modifications anatomiques consécutives aux traitements) [79] (niveau de preuve 4),
- la protection fluorée des dents restantes est indiquée en cas de radiothérapie externe [80] (niveau de preuve 3). Elle vise à prévenir l'apparition de caries, liée à la xérostomie, en transformant l'hydroxyapatite de l'émail en fluoroapatite, beaucoup plus résistante à l'attaque carieuse. Ce phénomène est réversible et impose la poursuite quotidienne du traitement, à vie. La gouttière est réalisée dans un plastique souple et dépasse de 1 mm sur les gencives. Elle sert de support à un gel fluoré (Flucaryl Bi Fluoré 2000 gel®, Sensigel®, Emoform gel®) et doit être portée 5 à 10 min par jour ad vitam [81–85] (accord professionnel) (sauf en RCMI, cf. plus loin).

Recommandation 9

Il est recommandé d'effectuer précocement un bilan dentaire (clinique et radiographie panoramique) pour tous les patients atteints de carcinome des VADS avant tout traitement (Grade C).

Il est recommandé d'effectuer des avulsions dentaires le plus tôt possible avant un traitement par radiothérapie externe ou curiethérapie, si elles sont nécessaires, et de ne débiter le traitement qu'après cicatrisation, et au minimum avec un délai de 1 à 2 semaines (Accord professionnel).

Il est recommandé de mettre en place une protection fluorée en cas de traitement par radiothérapie externe (Grade C) (protection fluorée qui démarrera après la fin de l'irradiation, une fois la mucite précoce résolue).

Cette protection est prescrite à vie en cas d'irradiation en radiothérapie conformationnelle 3D (RC3D).

Il est recommandé de demander une consultation de réhabilitation prothétique en préopératoire en cas de chirurgie intéressant le maxillaire (Accord professionnel)

6.2.2 Bilan nutritionnel

Il est systématique en cas de radiothérapie des VADS et encore plus de radiochimiothérapie [86–90]. Le taux de dénutrition en France des patients atteints d'un cancer des VADS était égal à 42 % en 2012 [91–93].

La mise en place prophylactique d'une sonde de gastrostomie est préconisée, avant de débiter le traitement, en cas de radio-chimiothérapie sur tumeur en place (accord d'experts, et recommandation de la Société Française Nutrition Clinique et Métabolisme, SFNEP) (gastrostomie per-cutanée, ou gastrostomie per-endoscopique). La mise en place d'une sonde naso-gastrique est plutôt réservée aux patients n'ayant pas bénéficié de la mise en place d'une gastrostomie, elle a le désavantage de passer par la zone traitée, inflammatoire, et d'être fréquemment expulsée lors d'un effort de toux et une régurgitation (accord professionnel).

Tant la gastrostomie que la sonde naso-gastrique ne devront pas si possible être laissées en place plus de 3 mois, afin de reprendre le plus rapidement possible une alimentation per os, gage de la réduction des séquelles tardives de type dysphagie (accord professionnel).

La nutrition entérale en cours de radiothérapie ou radiochimiothérapie sera isocalorique ou hypercalorique et hyperprotéinée selon les cas. La nutrition parentérale sera exceptionnelle et de courte durée. La prise en charge nutritionnelle à domicile ou en soins de suite sera préférée à une hospitalisation (accord professionnel).

6.2.3 Organisation pratique de la radiothérapie (pour favoriser compliance et observance)

- Il existe en 2015 un consensus en France (accord d'experts GORTEC-GETTEC-SFCCF) des techniques de radiothérapie des cancers des VADS pour statuer qu'en cas de radiothérapie à visée curative pour cancer des VADS (au minimum pour les localisations oropharyngées et nasopharyngées), la technique de traitement doit être une RCMI (Radiothérapie Conformationnelle avec Modulation d'Intensité), quelle qu'en

soit la modalité (statique, dynamique, VMAT, tomothérapie,...). Les doses totales aux volumes cibles, les modalités de fractionnement- étalement, ainsi que les contraintes aux organes à risque doivent obtenir aux standards de qualité GORTEC-SFRO-UNICANCER (accord professionnel, intergroupe GERCOR-GORTEC-GETTEC).

- Toute l'organisation des soins en radiothérapie des VADS visera à permettre de respecter les délais entre chirurgie et radiothérapie (ou radio-chimiothérapie), ou d'optimiser la prise en charge globale du patient en cas de radiothérapie (ou radio-chimiothérapie) exclusive, afin de lui donner le maximum de chance de contrôle loco-régional et de survie à distance [89, 94].

Délais à respecter (chirurgie-radiothérapie 8 semaines maximum si possible, et au mieux 6 semaines) (accord professionnel).

Critères de qualité en radiothérapie :

- scanner dosimétrique, contourage, dosimétrie (RCMI quasi généralisée aujourd'hui, ou au minimum RC3D), contrôles sous l'appareil (imagerie portale, imagerie de contrôle en cours de traitement par Cone-beamCT, appelé aussi CBCT), radiothérapie adaptative au besoin (si amaigrissement ou oedème), c'est-à-dire replanification de la radiothérapie, avec nouvelles dosimétries successives en cours de traitement, pour s'adapter aux modifications anatomiques du patient et à la fonte tumorale... (en évaluation, accord professionnel) ;
- consultation d'annonce avant radiothérapie des VADS (médicale et paramédicale), avec focus sur les effets secondaires précoces et tardifs, leur prévention et leur gestion (accord professionnel) ;
- consultations médicales hebdomadaires en cours de traitement (accord professionnel) + + + ;
- transport (prise en charge à 100 % dans le cadre de l'ALD (par VSL, taxi) ;
- HDJ pour patient habitant loin (ou soins de suite, rarement hospitalisation) ;
- optimisation des plannings pour éviter tout problème de gestion de l'association concomitante radiothérapie – chimiothérapie + +.

6.2.4 Optimisation des soins de support pour éviter toute interruption en cours de traitement (prise en charge de la mucite et de l'épithélite)

En particulier, afin d'éviter toute interruption en cours de traitement, très préjudiciable au résultat thérapeutique final, la gestion des effets secondaires précoces devra être optimale, d'abord préventive (soins locaux, soft-laser ou laser de basse énergie (LLLT), nutrition entérale), puis curative (AINS, antalgiques de niveau III, soft-laser...), notamment pour ce qui est de la mucite précoce [95–100] (accord professionnel).

6.2.5 Suivi post-traitement

Le suivi à distance alterné (cf. chapitre « suivi post-thérapeutique ») inclura systématiquement l'Oncologue- Radiothérapeute, au moins pour le suivi et la prévention des effets secondaires post-radiques tardifs (accord professionnel).

En particulier, la prévention de l'ostéoradionécrose [76, 77] reste un point important (la prévention de la xérostomie tardive étant de mieux en mieux assurée par l'utilisation quasi généralisée de la RCMI pour l'irradiation de ces patients [101–105]) le risque d'ostéoradionécrose est lui aussi largement réduit par la RCMI, sauf en regard des zones mandibulaires au contact de la tumeur initiale [106–108].

À ce niveau, et au moindre doute d'un début d'ostéoradionécrose radiologique ou clinique, un traitement préventif médical par pentoxyphilline, (vit. E) et bisphosphonates (clodronate per os Clastoban®) doit être instauré (protocole PENTOCLO) [106] (niveau de preuve 2) (essai de phase III en cours, phase II positif).

D'autres complications à distance, comme les candidoses buccales à répétition [109, 110], le trismus [111] et la dysgueusie (troubles du goût) [112–114] seront également à dépister et à prendre en charge de façon précoce et soutenue (accord professionnel).

6.3 Chimiothérapie

6.3.1 Introduction

La chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie constituent les trois traitements de référence des cancers des VADS. La chimiothérapie peut être faite en induction (néo-adjuvante) [115] (niveau de preuve 4) [116] (niveau de preuve 1), notamment dans le cadre de la préservation d'organe (larynx, hypopharynx), en association avec la radiothérapie (CT-RT) [117] (niveau de preuve 1), soit de façon séquentielle, soit de façon concomitante et enfin, en situation palliative, en cas d'échec de la chirurgie et/ou de la radiothérapie avec évolution locale, loco-régionale et/ou à distance (métastases) [118] (niveau de preuve 1). Actuellement, les familles d'agents anticancéreux les plus utilisées sont :

- les analogues du platine (cisplatine, carboplatine) ;
- les antimétabolites (5 fluoro-uracile, méthotrexate) ;
- les taxanes (docetaxel, paclitaxel).

Ces agents cytotoxiques sont généralement associés dans le but d'accroître l'efficacité du traitement [119] (niveau de preuve 1). Parallèlement à la chimiothérapie conventionnelle est apparue au début des années 2000, la thérapie ciblée avec les inhibiteurs du REGF dont le cetuximab (Ac. monoclonal). La prescription et le suivi d'une chimiothérapie chez un patient atteint d'un cancer des VADS requièrent une attention particulière en raison des pathologies associées (comorbidités) en rapport avec l'intoxication éthyloabagique, et une dénutrition présente dans près d'un cas sur deux [120] (niveau de preuve 2). Il s'agit de patients fragiles dont la prise en charge nécessite une étroite collaboration entre le spécialiste d'organe, l'oncologue médical et l'onco-radiothérapeute.

6.3.2 Bilan pré-chimiothérapie

La chimiothérapie est instituée après que le bilan précis d'extension tumorale clinique et d'imagerie ait été achevé.

Examen général

Dès la première consultation, le médecin doit évaluer l'état général et le statut nutritionnel du patient. L'état général est évalué grâce aux critères OMS (www-antalvite.fr). Outre l'aspect pronostique, il est admis, sauf cas particuliers, qu'une chimiothérapie n'est raisonnablement envisageable que lorsque le grade OMS est ≤ 2 [115] (niveau de preuve 4). L'état nutritionnel peut être rapidement estimé grâce à des paramètres anthropométriques simples, dont le poids, et son évolution lors des 6 derniers mois [120] (niveau de preuve 2). Ces éléments seront complétés par des dosages biologiques, notamment l'albuminémie, permettant de calculer des indices de dénutrition qui devront être ré évalués en cours et en fin de traitement. Les dosages biologiques peuvent être prescrits dès la consultation diagnostique avec le médecin spécialiste référent. L'âge en soi n'est pas un facteur limitant, mais la dégradation physiologique des principales fonctions vitales (fonction cardiaque, rénale et hépatique), incite à la prudence chez les sujets au-delà de 70 ans, la toxicité augmentant avec une efficacité qui reste controversée [121] (niveau de preuve 2). L'avis d'un gériatre est souhaitable. Les comorbidités sont recherchées :

- 1) pathologies cardio-vasculaires (HTA, coronaropathie, insuffisance cardiaque);
- 2) insuffisance respiratoire (BPCO et ses complications infectieuses) ;
- 3) insuffisance rénale ;
- 4) insuffisance hépatocellulaire et pancréatique (pancréatite, cirrhose) ;
- 5) diabète.

Des dosages biologiques (NFS avec plaquettes, TP, TCA, ionogramme sanguin, créatinémie et clairance de la créatinine /24 h, calcémie, transaminases, bilirubine totale, phosphatases alcalines, gamma-GT) doivent être prescrits dès la consultation diagnostique et l'avis de tout spécialiste en rapport avec une comorbidité, demandé en concertation avec le médecin anesthésiste qui examine le patient pour l'endoscopie diagnostique.

6.3.3 La consultation de mise en œuvre de la chimiothérapie

Cette consultation est programmée dès que le traitement a été validé en RCP. La décision de mise en œuvre d'un traitement par chimiothérapie est prise au cours d'un entretien singulier par le médecin prescripteur, qui ne peut être qu'un médecin qualifié spécialiste en oncologie médicale ou en oncologie radiothérapique, ou d'un spécialiste d'organe qualifié (ORL ou maxillofacial), compétent en cancérologie, ou titulaire du diplôme d'études spécialisées complémentaire en oncologie ou son équivalent [122] (niveau de preuve 4). Le type de chimiothérapie, le nombre de cures et la durée du traitement sont précisés. Les toxicités non spécifiques (asthénie, perte de cheveux, leuco-neutropénies, mucites, diarrhées) et spécifiques aux produits utilisés sont détaillées.

6.3.4 Réalisation de la chimiothérapie

La plupart des protocoles nécessitent la mise en place d'une chambre implantable sous anesthésie locale par un chirurgien, par un radiologue ou un médecin anesthésiste [123] (niveau de preuve 2). La pose est programmée au moment de la consultation d'annonce. La chimiothérapie peut être débutée le même jour que la pose ou différée dans le temps. Elle est délivrée sous la responsabilité d'un médecin compétent en cancérologie selon les critères d'agrément pour la pratique de la chimiothérapie [122] (niveau de preuve 4), [124] (niveau de preuve 4), de préférence dans une unité fonctionnelle dédiée [125] (niveau de preuve 4), qui peut être en ORL, en oncologie médicale ou en radiothérapie en cas d'association CT-RT. Un document où figurent les coordonnées téléphoniques du service où a lieu le traitement, du médecin référent pour la chimiothérapie, des personnes à contacter en cas d'apparition d'une toxicité au domicile (IDE coordinatrice) et du médecin traitant, est remis dès le début du traitement.

6.3.4.1 La préservation d'organe

Elle concerne les tumeurs laryngées et hypopharyngées localement évoluées dans le but d'éviter une laryngectomie. Le protocole de référence est l'association TPF (docetaxel, cisplatine, 5fluoro-uracile) [116] (niveau de preuve 1), [126] (niveau de preuve 1). Ce protocole d'induction nécessite une sélection stricte des patients [127] (niveau de preuve 4). La majorité des auteurs proposent 3 cures avec une réévaluation de la réponse tumorale après 2 cures. Seul le médecin spécialiste des VADS peut évaluer correctement cette réponse 1) diminution du volume tumoral ; 2) remobilisation d'une ou des cordes vocales et d'une ou des aryténoïdes. On considère qu'il existe une réponse objective si la réponse est > 50 %. La remobilisation de ou des cordes vocales et des aryténoïdes est essentielle à évaluer par nasofibrolaryngoscopie pour juger de cette réponse. À la fin de la 3e cure, un nouvel examen clinique et une imagerie morphologique sont réalisés. Si la bonne réponse est confirmée, une radiothérapie est réalisée, dans le cas contraire le patient est opéré (laryngectomie totale). L'onco-radiothérapeute doit être informé de la qualité de la réponse dès la 2e cure, de façon à anticiper le rendez-vous de radiothérapie. Une fois le traitement complet réalisé (CT-RT), un nouvel examen des VADS couplé à une réévaluation par imagerie est programmé 2 mois après la fin du traitement pour vérifier l'absence d'évolution tumorale mais également les fonctions laryngées (voix, respiration, déglutition). Ensuite, la surveillance locale et générale est faite en alternance entre les médecins ORL (hôpital et ville), l'oncologue médical et/ou le médecin onco-radiothérapeute.

6.3.4.2 La radio-chimiothérapie

Le traitement de référence est l'association RT-cisplatine [117] (niveau de preuve 1). En cas d'insuffisance rénale le cisplatine peut être remplacé par le cetuximab [128] (niveau de preuve 1). Tous les patients doivent être réexaminés par le médecin spécialiste des VADS 2 mois après la fin du traitement pour vérifier la qualité de la réponse au traitement.

6.3.4.3 La chimiothérapie en situation de rechute locale et/ou métastatique

L'évaluation de l'état général (grade OMS) (PS) est indispensable pour décider du schéma de traitement de première ligne. Quand le grade OMS est ≤ 2 , le traitement standard est l'association cisplatine-5FU-cetuximab, suivie de

maintenance par cetuximab en monothérapie [118] (niveau de preuve 1). Le protocole comporte 6 cures avec une réévaluation clinique par un médecin spécialiste des VADS et par imagerie après 3 cures. En cas de stabilisation ou réponse ≥ 50 %, 3 cures supplémentaires sont réalisées. Une nouvelle réévaluation au terme des 6 cures, clinique et par imagerie est faite. Si le contrôle tumoral est confirmé, seul le cetuximab est poursuivi en monothérapie d'entretien jusqu'à l'apparition d'une toxicité et/ou ré-évolution tumorale [129] (niveau de preuve 2). Pour les patients plus fragiles, le schéma est adapté, le carboplatine pouvant remplacer le cisplatine, ou limité à une monothérapie par méthotrexate. En cas de grade OMS ≥ 3 , le traitement est basé sur les seuls soins de supports [129] (niveau de preuve 2).

6.3.5 Conclusion

La chimiothérapie pour le traitement des cancers des VADS nécessite une collaboration étroite entre médecin traitant, médecin spécialiste des VADS, oncologue médical et onco-radiothérapeute. Pour les patients de plus de 70 ans l'avis d'un gériatre est souhaitable. L'évaluation de la réponse au traitement nécessite un examen spécialisé que seul le médecin spécialiste, ORL ou maxillo-facial (instrumentation et expertise) est à même de faire. Le tableau 8.1 résume les différents temps de la prise en charge.

Recommandation 10

Il est recommandé que la mise en oeuvre d'un traitement par chimiothérapie décidée en RCP soit effectuée par le médecin prescripteur, qui ne peut être qu'un médecin qualifié spécialiste en oncologie médicale ou en oncologie radiothérapique, ou un médecin spécialiste d'organe qualifié (ORL ou maxillo-facial), compétent en cancérologie, ou titulaire du diplôme d'études spécialisées en oncologie (Accord professionnel).

Il est recommandé en cours ou en fin de chimiothérapie que la réponse tumorale soit évaluée par un médecin spécialiste, ORL ou maxillo-facial (Accord professionnel).

Tableau 1 : Les différents temps de la prise en charge médicale.

Étape de prise en charge	Intervenant(s)	Action(s)
Consultation diagnostique et bilan pré-chimiothérapie	ORL et chirurgien cervico-facial Chirurgien maxillo-facial Médecin anesthésiste Gérialre Médecins spécialistes en fonction comorbidités	Diagnostic de la localisation tumorale Évaluation de la mobilité des cordes vocales et des aryénoïdes en cas de localisation laryngée et/ou hypopharyngée Évaluation de l'état général (grade OMS) et état nutritionnel Recherche des comorbidités Demande d'un avis médical spécialisé en fonction âge (gériatre) et comorbidités Demande des examens biologiques et radiologiques
RCP	ORL et chirurgien cervico-facial Chirurgien maxillo-facial Médecin oncologue médical Médecin onco-radiothérapeute Médecin gérialre Médecin radiologue Médecin Anatomopathologiste	Choix du protocole de traitement Programmation de la consultation d'annonce
Consultation de mise en œuvre de la chimiothérapie	Médecin ORL compétent ou titulaire du DESC de cancérologie Chirurgien maxillo-facial compétent ou titulaire du DESC de cancérologie Médecin oncologue médical Médecin Oncoradiothérapeute Soignant ± psychologue clinicien	Annonce du type de chimiothérapie Préciser durée, nombre de cures Préciser les toxicités non spécifiques et spécifiques Prise de rendez-vous pour la pose de chambre implantable Programmation des consultations avec le médecin ORL
Traitement	Médecin ORL compétent ou titulaire du DESC de cancérologie Médecin oncologue médical Médecin oncoradiothérapeute	Remise d'un document où sont spécifiées les coordonnées téléphoniques du service où a lieu le traitement, le nom des médecins et de l'IDE coordinatrice avec leurs coordonnées téléphoniques pour les joindre en cas de toxicité au domicile Soins de support
Suivi	Médecin ORL, ville, hôpital Médecin oncologue médical Médecin Oncoradiothérapeute Médecin traitant	Examen clinique Examens radiologiques Soins de support

6.4 Soins de support ville et hôpital

Les soins de support parties intégrantes du Plan Cancer II (2009–2013), sont définis comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements spécifiques » [130] (accord professionnel). Leurs objectifs sont de mobiliser les compétences des professionnels de santé pour organiser et assurer la meilleure qualité de vie des patients et des proches après la phase aigüe de prise en charge des cancers. Les principales actions concernent la prise en charge psychologique, la douleur, la nutrition, la lutte contre les addictions, le développement d'un programme d'éducation thérapeutique et l'aide sociale.

6.4.1 Souffrance psychologique

Chez les patients atteints d'un cancer de la tête et du cou, la prévalence des syndromes dépressifs est estimée entre 6 à 15 % [131] (accord professionnel) et le risque suicidaire est accru (3,7 fois plus important chez les femmes) [132] (niveau de preuve 2). L'humeur dépressive est souvent présente en phase pré-thérapeutique [133] (niveau de preuve 4), augmente tout au long du traitement [134] (niveau de preuve 4) [135] (niveau de preuve 2) et peut persister après la fin des traitements [136] (niveau de preuve 4).

Un traitement médical (anxiolytiques, antidépresseurs) est à proposer dès l'annonce du diagnostic devant une souffrance psychique. Les recommandations de bonnes pratiques sont en faveur d'un traitement par benzodiazépines de courte durée.

Une rencontre avec un psychologue clinicien ou un psychiatre peut être proposée dès la consultation d'annonce [137, 138] (accord professionnel). En fonction du profil du patient, différentes thérapies pourront être conseillées psychothérapies sous leurs diverses formes, thérapies cognitives et comportementales, relaxation, sophrologie...

Ce soutien est accessible hors hôpital dans les Centres Médico-Psychologiques, via les réseaux et plateformes territoriales de soins, les associations telles que les comités départementaux de la Ligue contre le Cancer, l'association Psychisme et Cancer, ou autres, les professionnels libéraux ; les espaces de Rencontre et d'Information, les Espaces Ligue Information peuvent fournir des informations....

6.4.2 Douleur

Liées au cancer ou au(x) traitement(s), les douleurs altèrent fortement la qualité de vie. Elles existent chez 50 % des patients avant le traitement, 80 % pendant le traitement et 70 % après le traitement [139] (niveau de preuve 4). L'anticipation du traitement de la douleur est primordiale.

Les traitements médicaux comprennent les antalgiques de palier I, II, III, les psychotropes, les benzodiazépines, la radiothérapie antalgique, les chirurgies de décompression d'organe...

Les médecines complémentaires correspondent à la kinésithérapie en cas de douleurs nerveuses ou mécaniques, à l'auriculothérapie, l'homéopathie, l'ostéopathie, l'acupuncture, etc. Ces techniques doivent toujours comporter un suivi médical (oncologue, médecin traitant, médecin de la douleur...) [137, 138, 140] (accord professionnel).

6.4.3 *Dénutrition*

La dénutrition augmente la morbidité et la mortalité postopératoires, le risque d'infection et diminue l'efficacité des traitements.

La prise en charge des troubles nutritionnels doit être précoce et faire appel aux spécialistes (nutritionnistes, diététiciennes). La voie orale est préférée avec modification du régime alimentaire (texture...) et/ou compléments oraux. En cas de difficultés, la nutrition entérale doit être mise en place (sonde naso-gastrique, gastrostomie).

En dernier recours, il est possible d'utiliser une nutrition parentérale lorsque la nutrition entérale n'est pas tolérée (diarrhées, vomissements) par le malade ou contre-indiquée (maladie digestive avec malabsorption...) [140] (accord professionnel), [141] (niveau de preuve 1).

6.4.4 *Addictologie*

Dans l'enquête menée 2 ans après un diagnostic de cancer, 18 % de la population atteinte d'un cancer des VADS continuait de fumer et 25 % consommaient de l'alcool 4 fois par semaine [142] (accord professionnel). La poursuite de la double intoxication expose à de nombreuses complications, au risque de récurrence ou de développement de second cancer [143] (niveau de preuve 2). La prévention des addictions est une étape clef. Elle fait partie des critères de qualité reconnus en cancérologie des VADS [144] (niveau de preuve 4). Elle peut consister à proposer une consultation systématique de tabacologie. La prescription de substituts nicotiques est à envisager selon le degré de dépendance du patient [145] (niveau de preuve 1). Le bilan en alcoologie pourrait être proposé aux patients qui consomment de l'alcool quatre fois ou plus par semaine. Il faut également prendre en compte les autres addictions impliquées en cancérologie des VADS. Le recours au psychologue clinicien et/ou au psychiatre est à envisager selon les cas de figure [146] (accord professionnel).

6.4.5 *Éducation thérapeutique*

L'éducation thérapeutique des patients est « un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événements intercurrents) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui » [147] (accord professionnel). Il n'existe pas actuellement de résultats de programme d'éducation thérapeutique en cancérologie VADS respectant les critères de la Haute Autorité de Santé. L'objectif est d'inciter les centres de cancérologie à développer cette approche en trois phases (évaluation, établissement du programme, test) et d'y associer des acteurs multidisciplinaires tout en favorisant les liens ville-hôpital.

6.4.6 Prise en charge sociale - Contribution du service social tout au long du parcours de soins du patient et dans l'après-cancer

La prise en charge sociale au sein de l'hôpital, conjointement à celles des autres membres de l'équipe joue un rôle primordial dans le soin, l'accompagnement et sur la qualité de vie du patient et de son entourage. Elle permet un travail important d'orientation et de liaison vers les associations et les structures extérieures, ceci afin de contribuer au meilleur déroulement du parcours de soins. « La prise en charge globale des soignants, en faveur du patient et de son entourage proche doit nécessairement prendre en compte les nombreux aspects sociaux inhérents à la situation particulière de chaque patient » [148] (accord professionnel).

Le soutien apporté aux patients atteints d'un cancer des VADS est essentiel dans la mesure où beaucoup présentent une fragilité sociale [149] (accord professionnel).

Le repérage précoce des difficultés personnelles, familiales, professionnelles (aidé par le recours à des échelles spécifiques comme le score EPICES) est nécessaire pour orienter le patient et son entourage vers le service social [150, 151] (accord professionnel).

L'assistant(e) de service social a un rôle d'écoute, de soutien, d'information et aussi un rôle d'accompagnement. Selon le Référentiel Inter Régional en Soins Oncologiques de Support de l'AFSOS, il s'agit d'évaluer la situation administrative et sociale du patient, d'élaborer un plan d'actions de manière à veiller à ses conditions de vie et à favoriser une bonne organisation et coordination au domicile [152] (accord professionnel). Il met en place tout un travail de lien avec les différents soignants au sein des équipes de soins dans le but de mettre en oeuvre une approche globale et personnalisée de la situation de chaque patient. L'assistant(e) de service social participe au travail interdisciplinaire [153] (accord professionnel).

En externe, le travail en réseau avec de nombreux partenaires s'avère indispensable notamment avec les HAD (Hospitalisation À Domicile), les SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile), les IDE libérales, les services d'aide à la personne, les assistantes sociales des différentes caisses de sécurité sociale (CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail), MSA (Mutualité Sociale Agricole), MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale), les circonscriptions d'action sociale du Conseil Général et enfin les Centres Locaux d'Information et de Coordination pour les personnes âgées (CLIC). Le but est de pouvoir appréhender toutes les difficultés inhérentes à la maladie. L'assistant(e) de service social sert également de relais pour la mise en place d'aide humaine : TISF (Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale), AVS (Auxiliaire de Vie Sociale), portage de repas. Il instruit, en collaboration avec le patient et sa famille, des dossiers pour permettre la prise en charge financière de ces différentes aides (ADPA (Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie), fonds FNASS (Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale de Soins Palliatifs), aides sociales, etc.). Enfin, il pourra donner les coordonnées des associations de malades (Ligue Contre le Cancer...). Une fois le patient rentré à son domicile, ces différents services pourront réajuster le plan d'aide avec celui-ci et sa famille.

L'action de l'assistant(e) de service social vise à favoriser le maintien à domicile. Ces dispositifs et personnes-ressource pourront permettre d'éviter l'isolement

ainsi que l'épuisement physique et psychique du patient et de ses proches, souvent à l'origine d'hospitalisations répétées.

Recommandation 11

Il est recommandé de prendre en compte systématiquement et précocement le contexte médico-social des patients et de recourir à l'assistant(e) de service social dès que nécessaire (Accord professionnel). La détection et la prise en charge des douleurs et de la dénutrition doivent être précoces (Grade A).

Il est recommandé de proposer des mesures réalistes d'éducation thérapeutique (Accord professionnel).

Il est recommandé de favoriser la collaboration entre la ville et l'hôpital pour les soins de support (Accord professionnel).

REFERENCES

- [1] <http://www.plan-cancer.gouv.fr/>.
- [2] Stefanuto P, Doucet JC, Robertson C. Delays in treatment of oral cancer : a review of the current literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2014 ; 117 : 424–9.
- [3] Adrien J, Bertolus C, Gambotti L, Mallet A, Baujat B. Why are head and neck squamous cell carcinoma diagnosed so late ? Influence of health care disparities and socio-economic factors. *Oral Oncol* 2014 ; 50(2) : 90–7.
- [4] Peacock ZS, Pogrel MA, Schmidt BL. Exploring the reasons for delay in treatment of oral cancer. *J Am Dent Assoc* 2008 ; 139 : 1346–52.
- [5] McKie C, Ahmad UA, Fellows S, et al. The 2-week rule for suspected head and neck cancer in the United Kingdom : referral patterns, diagnostic efficacy of the guidelines and compliance. *Oral Oncol* 2008 ; 44 : 851–6.
- [6] Shah HV, Williams RW, Irvine GH. Fast-track referrals for oral lesions: a prospective study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2006 ; 44 : 207–8.
- [7] East SC, Stocker JL, Avery BS. Is the two week rule of any benefit to patients with oral cancer ? *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005 ; 43 : 511–2.
- [8] Lyhne NM, Christensen A, Alanin MC, Bruun MT, Jung TH, Bruhn MA, et al. Waiting times for diagnosis and treatment of head and neck cancer in Denmark in 2010 compared to 1992 and 2002. *Eur J Cancer* 2013 ; 49(7) : 1627–33.
- [9] Teppo H, Alho O-P. Comorbidity and diagnostic delay in cancer of the larynx, tongue and pharynx. *Oral Oncol* 2009 ; 45 : 692–5.
- [10] Kowalski LP, Carvalho AL. Influence of time delay and clinical upstaging in the prognosis of head and neck cancer. *Oral Oncol* 2001 ; 37 : 94–8.
- [11] Wyatt R, Beddoe A, Dale R. The effects of delay in radiotherapy treatment on tumor control. *Phys Med Biol* 2003 ; 48 : 139–55.

- [12] Mackillop WJ, Bates JH, O'Sullivan B, Withers HR. The effect of delay in treatment on local control by radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1996 ; 34(1) : 243–50.
- [13] Waaijer A, Terhaard CH, Dehnad H, Hordijk GJ, van Leeuwen MS, Raaymakers CP. Waiting times for radiotherapy: consequences of volume increase for TCP in oropharyngeal carcinoma. *Radiother Oncol* 2003 ; 66 : 271–6.
- [14] Jensen AR, Nellesmann HM, Overgaard J. Tumor progression in waiting time for radiotherapy in head and neck cancer. *Radiother Oncol* 2007 ; 84(1) : 5–10.
- [15] Chen Z, King W, Pearcey R, Kerba M, Mackillop W. The relationship between waiting time for radiotherapy and clinical outcomes: a systematic review of the literature. *Radiother Oncol* 2008 ; 87 : 3–16.
- [16] Schlienger M. Delay to radiotherapy : a study of three tumour sites. *Cancer Radiother* 2005 ; 9 : 590–601.
- [17] Huang J, Barbera L, Brouwers M, Browman G, Mackillop W. Does delay in starting treatment affect the outcomes of radiotherapy ? A systematic review. *J Clin Oncol* 2003 ; 21 : 555–63.
- [18] Brouha X, Op de Coul B, Terhaard C, Hordijk G. Does waiting time for radiotherapy effect local control of T1N0M0 glottic laryngeal carcinoma ? *Clin Otolaryngol* 2000 ; 25 : 215–8.
- [19] Caudell J, Locher J, Bonner J. Diagnosis to treatment interval and control of locoregionally advanced head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2011 ; 137 : 282–5.
- [20] Leon X, de Vega M, Orus C, Moran J, Verges J, Quer M. The effect of waiting time on local control and survival in head and neck carcinoma patients treated with radiotherapy. *Radiother Oncol* 2003 ; 66 : 277–81.
- [21] Mackillop W, Fu H, Quirt C, et al. Waiting for radiotherapy in Ontario. *Int J radiat Oncol Biol Phys* 1994 ; 30 : 221–8.
- [22] Brouha X, Tromp D, Koole R, Hordijk G, Winnubst J, de Leeuw J. Professional delay in head and neck cancer patients analysis of the diagnostic pathway. *Oral Oncol* 2007 ; 43 : 551–6.
- [23] Jones T, Hargrove O, Lancaster J, Fenton J, Shenoy A, Roland N. Waiting times during the management of head and neck Tumours. *J Laryngol Otol* 2002 ; 116 : 275–9.
- [24] <http://www.e-cancer.fr>.
- [25] Patel UA, Brennan TE. Disparities in Head and Neck Cancer : Assessing Delay in Treatment Initiation. *Laryngoscope* 2012 ; 122 : 1756–60.
- [26] Recommandations pour la Pratique Clinique sur le «Bilan pré thérapeutique des carcinomes épidermoïdes des VADS» rédigée en 2012 sous l'égide de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou, Teppo H, Alho O-P. Comorbidity and diagnostic delay in cancer of the larynx, tongue and pharynx. *Oral Oncology* 2009 ; 45 : 692–5.
- [27] Allison P, Franco E, Feine J. Predictors of professional delays for upper aerodigestive tract carcinoma. *Oral Oncol* 1998 ; 34 : 127–32.
- [28] <http://www.sfrnet.org/>.
- [29] <http://www.e-cancer.fr>.

- [30] Prevost V, Joubert C, Heutte N, Babin E. Assessment of nutritional status and quality of life in patients treated for head and neck cancer. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2014 ; 131(2) : 113–20.
- [31] Sass C, Moulin J, Guégen R, et al. Le score EPICES Un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197389 personnes. *Bull Epidemiol Heb* 2006 ; (14)93–6.
- [32] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatry Scand* 1983 ; 67(6) : 361–70.
- [33] Kathryn EL, William ML, David D, William JB. Association between depression and survival or disease recurrence in patients with head and neck cancer enrolled in a depression prevention trial. *Head Neck* 2009 ; 31(7) : 888–92.
- [34] Penner JL. Psychosocial care of patients with head and neck cancer. *Semin Oncol Nurs* 2009 ; 25(3) : 231–41.
- [35] Plan cancer 2003–2007. www.plancancer.fr (AP).
- [36] Circulaire DHOS/SDO/2005/10102/2008/99 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. 22 Février 2005 c.
- [37] East SC, Stocker JL, Avery BS. Is the two week rule of any benefit to patients with oral cancer ? *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005 ; 43(6) : 511–2.
- [38] Santé HAS. Fiche méthode Réunion de concertation pluridisciplinaire ; Mai 2014.
- [39] INCa, H.A.d.S.-. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en Cancérologie. Une démarche d'amélioration de la qualité, Juin 2006.
- [40] Borrás, J.M., et al., Policy statement on multidisciplinary cancer care. *Eur J Cancer*. 50(3) : p. 475-80.
- [41] Davies AR, et al. The multidisciplinary team meeting improves staging accuracy and treatment selection for gastro-esophageal cancer. *Dis Esophagus* 2006 ; 19(6) : 496–503.
- [42] Houssami N, Sainsbury R. Breast cancer: multidisciplinary care and clinical outcomes. *Eur J Cancer* 2006 ; 42(15) : 2480–91.
- [43] Schlienger M. Delay to radiotherapy: a study of three tumour sites. *Cancer Radiother* 2005 ; 9(8) : 590–601.
- [44] Butow P, et al. Health professional and consumer views on involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *Cancer* 2007 ; 110(9) : 1937–44.
- [45] Choy ET, et al. A pilot study to evaluate the impact of involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *Breast* 2007 ; 16(2) : 178–89.
- [46] Ruhstaller T, et al. The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialities. *Eur J Cancer* 2006 ; 42(15) : 2459–62.
- [47] Haute Autorité de Santé - INCa. Une démarche d'amélioration de la qualité. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en Cancérologie ; Juin 2006.

- [48] INCa, Cancers rares de l'adulte l'organisation en centres experts. Rapports et synthèse. Plan Cancer 2009 2013. Mesure 20 et mesure 23, Janvier 2012.
- [49] Badoual, C., et al., Pathologists and the French network of expertise on rare cancers ENT: The REFCORpath. *Ann Pathol.* 34(1) : p. 64-9.
- [50] Baujat, B., et al., Rare tumors of the head and neck ; on behalf of the REFCOR, the French Network of rare head and neck tumors. *Bull Cancer.* 101(5) : p. 411-23.
- [51] Référentiel de prise en charge du cancer défini par l'Institut National du cancer Recommandations nationales pour la mise en place du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé (mesure 40 du Plan cancer). Novembre 2005 ; <http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/dispositif-dannonce>
- [52] Décret n°2007-338 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation Applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le Code de santé publique.
- [53] Le Plan Personnalisé de Soins www.e-cancer.fr/component/.../9519-programme-personnalise-de-soins.
- [54] Diagnostic de fragilité sociale www.e-cancer.fr/.../doc.../6648-fiche-de-detection-de-la-fragilite-sociale.
- [55] Gourin CG, Forastiere AA, Sanguineti G, Marur S, et al. Impact of surgeon and hospital volume on short-term outcomes and cost of oro- pharyngeal cancer surgical care. *Laryngoscope* 2011 ; 121(4) : 746–52.
- [56] Mitchell RB, Hussey HM, Setzen G, Jacobs IN, et al. Clinical consensus statement: tracheostomy care. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2013 ; 148(1) : 6–20.
- [57] Casserly P, Lang E, Fenton JE, Walsh M. Assessment of healthcare professionals knowledge of managing emergency complications in patients with a tracheostomy. *Br J Anaesth* 2007 ; 99(3) : 380–3.
- [58] Crosbie R, Cairney J, Calder N. The tracheostomy clinical nurse specialist: an essential member of the multidisciplinary team. *J Laryngol Otol* 2014 ; 128(2) : 171–3.
- [59] Gourin CG, Couch ME, Johnson JT. Effect of weight loss on short term outcomes and costs of care after head and neck cancer surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2014 ; 123(2) : 101–10.
- [60] Semenov YR, Starmer HM, Gourin CG. The effect of pneumonia on short-term outcomes and cost of care after head and neck cancer surgery. *Laryngoscope* 2012 ; 122(9) : 1994–2004.
- [61] Guerlain J, Sanchez Guerrero JA, Baujat B, Lacau St Guily J, Périé S. Peak inspiratory flow is a simple means of predicting decannulation success following head and neck cancer surgery: A prospective study of fifty-six patients. *Laryngoscope* 2015 Feb ; 125(2) : 365–70.
- [62] Sheikh A, Shallwani H, Ghaffar S. Postoperative shoulder function after different types of neck dissection in head and neck cancer. *Ear Nose Throat J* 2014 ; 93(4-5) : E21–6.
- [63] Carvalho AP, Vital FM, Soares BG. Exercise interventions for shoulder dysfunction in patients treated for head and neck cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Apr 18 ; 4 CD008693.
- [64] Hennessey P, Semenov YR, Gourin CG. The effect of deep venous thrombosis on short-term outcomes and cost of care after head and neck cancer surgery. *Laryngoscope* 2012 ; 122(10) : 2199–204.

- [65] Lin HW, Bhattacharyya N. Contemporary assessment of medical morbidity and mortality in head and neck surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012 ; 146(3) : 385–9.
- [66] Adachi Y, Kimura H, Sato N, Nagashima W, et al. Preoperative level of depression is a predictor of postoperative levels of depression in patients with head and neck cancer. *J Clin Oncol* 2014 ; 44(4) : 311–7.
- [67] Hatcher JL, Bell EB, Browne JD, Waltonen JD. Disposition of elderly patients after head and neck reconstruction. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2013 ; 139(11) : 1236–41.
- [68] Recommandations sur la gestion préopératoire du risque infectieux 2013, <http://www.sf2h.net/publications>.
- [69] Marsh M, Elliott S, Anand R, Brennan PA. Early postoperative care for free flap head & neck reconstructive surgery—a national survey of practice. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2009 ; 47(3) : 182–5.
- [70] Arshad H, Ozer HG, Thatcher A, Old M, et al. Intensive care unit versus non-intensive care unit postoperative management of head and neck free flaps: comparative effectiveness and cost comparisons. *Head Neck* 2014 ; 36(4) : 536–9.
- [71] McMahon JD, MacIver C, Smith M, Stathopoulos P, et al. Postoperative complications after major head and neck surgery with free flap repair—prevalence, patterns, and determinants: a prospective cohort study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2013 ; 51(8) : 689–95.
- [72] Chen MM, Roman SA, Sosa JA, Judson BL. Postdischarge complications predict reoperation and mortality after otolaryngologic surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2013 Dec ; 149(6) : 865–72.
- [73] Genter DJ, Gourin CG. The effect of alcohol abuse and alcohol withdrawal on short-term outcomes and cost of care after head and neck cancer surgery. *Laryngoscope* 2012 Aug ; 122(8) : 1739–47.
- [74] Brennan MT, Woo SB, Lockhart PB. Dental treatment planning and management in the patient who has cancer. *Dent Clin North Am* 2008 ; 52 : 19–37.
- [75] Chang DT, Sandow PR, Morris CG, Hollander R, Scarborough L, Amdur RJ, et al. Do pre-irradiation dental extractions reduce the risk of osteoradionecrosis of the mandible ? *Head Neck* 2007 Jun ; 29(6) : 528–36.
- [76] Marx RE, Johnson RP. Studies in the radiobiology of osteoradionecrosis and their clinical significance. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987 Oct ; 64(4) : 379–90.
- [77] Wahl MJ. Osteoradionecrosis prevention myths. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006 Mar 1 ; 64(3) : 661–9.
- [78] Chaux-Bodard AG, Gourmet R, Montbarbon X, Bodard S, Breton P. Postradiation dental extractions. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2004 Nov ; 105(5) : 269–73.
- [79] Raoul G, Ruhin B, Briki S, Lauwers L, Haurou PG, Capet JP, et al. Microsurgical reconstruction of the jaw with fibular grafts and implants. *J Craniofac Surg* 2009 Nov ; 20(6) : 2105–17.
- [80] Horiot JC, Schraub S, Bone MC, Bain Y, Ramadier J, Chaplain G, et al. Dental preservation in patients irradiated for head and neck tumours : A 10-year experience with topical fluoride and a randomized trial between two fluoridation methods. *Radiother Oncol* 1983 Aug ; 1(1) : 77–82.

- [81] Papas A, Russell D, Singh M, Kent R, Triol C, Winston A. Caries clinical trial of a remineralising toothpaste in radiation patients. *Gerodontology* 2008 ; 25 : 76–88.
- [82] Epstein JB, Chin EA, Jacobson JJ, Rishiraj B, Le N. The relationships among fluoride, cariogenic oral flora, and salivary flow rate during radiation therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998 ; 86 : 286–92.
- [83] Hong CH, Napenas JJ, Hodgson BD, et al. Dental Disease Section, Oral Care Study Group, et al. A systematic review of dental disease in patients undergoing cancer therapy. *Support Care Cancer* 2010 ; 18 : 1007–21.
- [84] Epstein JB, van der Meij EH, Emerton SM, Le ND, Stevenson- Moore P. Compliance with fluoride gel use in irradiated patients. *Spec Care Dentist* 1995 ; 15:218–22.
- [85] Epstein JB, Lunn R, Le N, Stevenson-Moore P. Periodontal attachment loss in patients after head and neck radiation therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998 ; 86 : 673–7.
- [86] Trotti A, Colevas AD, Setser A, et al. CTCAE v3.0 : development of a comprehensive grading system for the adverse effects of cancer treatment. *Semin Radiat Oncol* 2003 ; 13 : 176–81.
- [87] Sherman AC, Simonton S, Adams DC, Vural E, Owens B, Hanna E. Assessing quality of life in patients with head and neck cancer : cross-validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Head and Neck module (QLQ-H&N35). *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000 ; 126 : 459–67.
- [88] Rose-Ped AM, Bellm LA, Epstein JB, Trotti A, Gwede C, Fuchs HJ. Complications of radiation therapy for head and neck cancers. The patient's perspective. *Cancer Nurs* 2002 ; 25 : 461–7 quiz 468–469.
- [89] Epstein JB, Emerton S, Kolbinson DA, et al. Quality of life and oral function following radiotherapy for head and neck cancer. *Head Neck* 1999 ; 21 : 1–11.
- [90] Oates JE, Clark JR, Read J, et al. Prospective evaluation of quality of life and nutrition before and after treatment for nasopharyngeal carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007 ; 133 : 533–40.
- [91] *Nutrition clinique et métabolisme* 2013 ; 27 : S23–55. [92] *Cahiers de nutrition et de diététique* 2013 ; 48 : S23–55.
- [93] Hebuterne X, Lemari E, Michallet M, et al. Prévalence de la dénutrition au cours du cancer une enquête nationale un jour donné. *Nutr Clin Metab* 2006 ; 20 : S86.
- [94] Murphy BA. Clinical and economic consequences of mucositis induced by chemotherapy and/or radiation therapy. *J Support Oncol* 2007 ; 5(9 suppl 4) : 13–21.
- [95] Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC). Mucositis Guidelines. mascc.org. Accessed July 22, 2012.
- [96] Keefe DM, Schubert MM, Elting LS, et al ; Mucositis Study Section of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and the International Society for Oral Oncology. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. *Cancer* 2007 ; 109 : 820–31.

- [97] Stokman MA, Spijkervet FK, Boezen HM, Schouten JP, Roodenburg JL, de Vries EG. Preventive intervention possibilities in radiotherapy- and chemotherapy-induced oral mucositis : results of meta-analyses. *J Dent Res* 2006 ; 85 : 690–700.
- [98] Barasch A, Peterson DE. Risk factors for ulcerative oral mucositis in cancer patients : unanswered questions. *Oral Oncol* 2003 ; 39 : 91–100.
- [99] Dodd MJ, Miaskowski C, Shiba GH, et al. Risk factors for chemotherapy-induced oral mucositis : dental appliances, oral hygiene, previous oral lesions, and history of smoking. *Cancer Invest* 1999 ; 17 : 278–84.
- [100] Elting LS, Cooksley CD, Chambers MS, Garden AS. Risk, outcomes, and costs of radiation-induced oral mucositis among patients with head-and-neck malignancies. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007 ; 68 : 1110–20.
- [101] Voordeckers M, Everaert H, Tournel K, et al. Longitudinal assessment of parotid function in patients receiving tomotherapy for head-and-neck cancer. *Strahlenther Onkol* 2008 ; 184 : 400–5. Bonner JA, Harari PM, Giralt J, et al. Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med* 2006 ; 354 : 567–78.
- [102] Brosky ME. The role of saliva in oral health : strategies for prevention and management of xerostomia. *J Support Oncol* 2007 ; 5 : 215–25.
- [103] Baum BJ, Bodner L, Fox PC, Izutsu KT, Pizzo PA, Wright WE. Therapy-induced dysfunction of salivary glands : implications for oral health. *Spec Care Dentist* 1985 ; 5 : 274–7.
- [104] Grundmann O, Mitchell GC, Limesand KH. Sensitivity of salivary glands to radiation : from animal models to therapies. *J Dent Res* 2009 ; 88 : 894–903.
- [105] Chambers MS, Rosenthal DI, Weber RS. Radiation-induced xerostomia. *Head Neck* 2007 ; 29 : 58–63.
- [106] Delanian S, Chatel C, Porcher R, Depondt J, Lefaix JL. Complete restoration of refractory mandibular osteoradionecrosis by prolonged treatment with a pentoxifylline-tocopherol-clodronate combination (PENTOCLO) : a phase II trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011 Jul 1 ; 80(3) : 832–9.
- [107] Peterson DE, Doerr W, Hovan A, et al. Osteoradionecrosis in cancer patients : the evidence base for treatment-dependent frequency, current management strategies, and future studies. *Support Care Cancer* 2010 ; 18 : 1089–98.
- [108] Epstein JB, Rea G, Wong FL, Spinelli J, Stevenson-Moore P. Osteonecrosis : study of the relationship of dental extractions in patients receiving radiotherapy. *Head Neck Surg* 1987 ; 10 : 48–54.
- [109] Bensadoun RJ, Patton LL, Lalla RV, Epstein JB. Oropharyngeal candidiasis in head and neck cancer patients treated with radiation : update 2011. *Support Care Cancer* 2011 ; 19 : 737–44.
- [110] Epstein JB, McBride BC, Stevenson-Moore P, Merilees H, Spinelli J. The efficacy of chlorhexidine gel in reduction of *Streptococcus mutans* and *Lactobacillus* species in patients treated with radiation therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991 ; 71 : 172–8.
- [111] Bensadoun RJ, Riesenbeck D, Lockhart PB, Elting LS, Spijkervet FK, Brennan MT ; Trismus Section, Oral Care Study Group, Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC)/International Society of Oral Oncology (ISOO). A systematic review of trismus induced

- by cancer therapies in head and neck cancer patients. Support Care. Cancer 2010 ; 18 : 1033–8.
- [112] Mossman K, Shatzman A, Chencharick J. Long-term effects of radiotherapy on taste and salivary function in man. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1982 ; 8 : 991–7.
- [113] Yamashita H, Nakagawa K, Tago M, et al. Taste dysfunction in patients receiving radiotherapy. Head Neck 2006 ; 28 : 508–16.
- [114] Ripamonti C, Zecca E, Brunelli C, et al. A randomized, control- led clinical trial to evaluate the effects of zinc sulfate on cancer patients with taste alterations caused by head and neck irradiation. Cancer 1998 ; 82 : 1938–45.
- [115] Marandas P. Cancers des voies aéro-digestives supérieures. Données actuelles. Collection ORL, Masson ed, Paris 2004. Chap. 6 «la chimiothérapie dans les cancers des voies aéro-digestives supérieures». S. Faivre, S. Temam. pp 57-66.
- [116] Vermorken JB, Remenar E, van Herpen C, et al. Cisplatin, fluorouracil, and docetaxel in unresectable head and neck cancer. N Engl J Med 2007 ; 357 : 1695–704.
- [117] Blanchard P, Baujat B, Holostenco V, et al. Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC) : a comprehensive analysis by tumour site. Radiother Oncol 2011 ; 100 : 33–40.
- [118] Vermorken JB, Mesia R, Rivera F, et al. Platinum-based chemotherapy plus cetuximab in head and neck cancer. N Engl J Med 2008 ; 359 : 1116–27.
- [119] Hasbini A, Durdux C, Faivre S, et al. Les carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou place de la chimiothérapie dans les récives et les stades localement avancés à travers une étude de la littérature. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 2000 ; 117 : 390–402.
- [120] Righini CA, Timi N, Junet P, Bertolo A, Reyt E, Atallah I. Assessment of nutritional status at the time of diagnosis in patients treated for head and neck cancer. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 2013 ; 130 : 8–14.
- [121] Vanderwalde NA, Fleming M, Weiss J, Chera BS. Treatment of older patients with head and neck cancer : a review. Oncologits 2013 ; 18 : 568–78.
- [122] Décret no 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer J.O. du 22 mars 2007, Art. D. 6124-134.
- [123] Hoareau-Gruchet F, Rtail R, Sulaj H, Khirnetkina A, Reyt E, Righini CA. Complications after insertion of a totally implantable venous access port in patients treated with chemotherapy for head and neck squamous cell carcinoma. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 2009 ; 126 : 43–52.
- [124] Critères d'agrément pour la pratique de la chimiothérapie. INCa. http://www.e-cancer.fr/soins/établissement_authorized/2621-les_critères_d'agrément.
- [125] Heron JF, Fervers B, Latour JF, Sommelet D, Chauvergne J, Philip T. Standards, options and recommendations for a successful practice in chemotherapy. National Federation of Centers for the Fight against Cancer. Bull Cancer 1995 Oct ; 82(10) : 823–34.
- [126] The Department of Veteran Affairs Laryngeal Cancer Study Group. Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. N Engl J Med 1991 ; 324 : 1685–90.

- [127] Bardet E, Bourhis J, Cals L, Fayette J, Guigay J, Hans S, et al. Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) localement avancés recommandations d'un panel d'experts et de perspectives pour l'utilisation du schéma TPF (docetaxel, cisplatine, 5-fluoro-uracile) en induction. *Bull Cancer* 2009 ; 1013–28.
- [128] Bonner JA, HARAI PM, Giralt J, et al. Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med* 2006 ; 354 : 567–78.
- [129] Peyrade F, Cupissol D, Lionel Geoffrois L, Rolland F, Borel C, Ciais C, et al. Systemic treatment and medical management of metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck : Review of the literature and proposal for management changes. *Oral Oncol* 2013 Jun ; 49(6) : 482–91.
- [130] Krakowski I, Boureau F, Bugat R, Chassignol L, colombat P, Copel L, et al. Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladie graves proposition d'organisation dans les établissements de soins publics et privés. *Oncologie* 2004 ; 6(1) : 7–15.
- [131] Dauchy S, Reich M. Complications et séquelles des traitements en cancérologie ORL, Rapport de la société française d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. Paris : Elsevier ; 2013. p. 151–2.
- [132] Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg Ø. Suicide Risk in Cancer Patients From 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 15 oct 2004 ; 22(20) : 4209–16.
- [133] Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Nakano T, Mikami I, Okamura H, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* 15 juin 2000 ; 88(12) : 2817–23.
- [134] Sehlen S, Lenk M, Herschbach P, Aydemir U, Dellian M, Schymura B, et al. Depressive symptoms during and after radiotherapy for head and neck cancer. *Head Neck* déc 2003 ; 25(12) : 1004–18.
- [135] Humphris GM, Rogers S, McNally D, Lee-Jones C, Brown J, Vaughan D. Fear of recurrence and possible cases of anxiety and depression in orofacial cancer patients. *Int J Oral Maxillofac Surg* oct 2003 ; 32(5) : 486–91.
- [136] Neilson K, Pollard A, Boonzaier A, Corry J, Castle D, Smith D, et al. A longitudinal study of distress (depression and anxiety) up to 18 months after radiotherapy for head and neck cancer. *Psychooncology* août 2013 ; 22(8) : 1843–8.
- [137] <http://www.ligue-cancer.net/shared/brochures/soins-de-support-2009-08.pdf> (Page consultée le 21/09/2014).
- [138] <http://www.e-cancer.fr/publications>, la vie deux ans après un diagnostic de cancer. De l'annonce à l'après cancer, 2014, p. 218.
- [139] Prades J-M, Navez M, Gavid M, Timochenko A-P. Complications et séquelles des traitements en cancérologie ORL, Rapport de la société française d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. Paris : Elsevier ; 2013. p. 153–5.
- [140] Navez M, David A, Timochenko A, Prades J-M. Les douleurs à point de départ ORL : quelles douleurs, quelle prise en charge ? *Douleur Analgésie* 1 sept 2012 ; 25(3) : 144–50.
- [141] Lis C-G, Gupta D, Lammersfeld C-A, Markman M, Vashi P-G. Role of nutritional status in predicting quality of life outcomes in cancer – a systematic review of the epidemiological literature. *Nutr J* 2013 ; 11 : 27.

- [142] <http://www.e-cancer.fr/publications>, la vie deux ans après un diagnostic de cancer. De l'annonce à l'après cancer, 2014, pages 400-17.
- [143] León X, del Prado Venegas M, Orús C, López M, García J, Quer M. Influence of the persistence of tobacco and alcohol use in the appearance of second neoplasm in patients with a head and neck cancer. A case-control study. *Cancer Causes Control* 2009 ; 20(5) : 645–52.
- [144] Ouwens MM, Marres HA, Hermens RR. Quality of integrated care for patients with head and neck cancer : Development and measurement of clinical indicators. *Head Neck* 2007 ; 29(4) : 378–86.
- [145] Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Thorlund K, Puhan M, Ebbert JO. Comparisons of high-dose and combination nicotine replacement therapy, varenicline, and bupropion for smoking cessation : a systematic review and multiple treatment meta-analysis. *Ann Med* 2012 ; 44(6) : 588–97.
- [146] Complications et séquelles des traitements en cancérologie ORL, Rapport de la société française d'ORL et de chirurgie cervico- faciale. In : Paris : Elsevier ; 2013. p. 158.
- [147] http://www.sante.gouv.fr/img/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf (Page consultée le 21/09/2014).
- [148] Réseau de Cancérologie de l'Arc Alpin. Recueil de Pratique Professionnelle en Soins Palliatifs ; In : 2006. p. 202.
- [149] Babin E. Le cancer de la gorge et la laryngectomie, La découration. Paris : L'Harmattan ; 2011. p. 21–2.
- [150] www.e-cancer.fr. INCa, fiche de détection de la fragilité sociale, mai 2011 (Page consultée le 21/09/2014).
- [151] Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, et al. Le score EPICES un score individuel de précarité. Construction et évaluation du score dans une population de 197389 personnes. *Bull Epidemiol Heb* 2006 ; 14 : 93–6.
- [152] <http://www.afsos.org/-Referentiels-Nationaux-.html>. Prise en charge sociale. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support, Référentiel inter régional en Soins Oncologiques de Support; 2010.
- [153] Barruel F. Du soin à la personne, Clinique de l'incertitude». Paris: Dunod ; 2013. p. 135.