Cancer du larynx : traitements et prises en charge infirmières

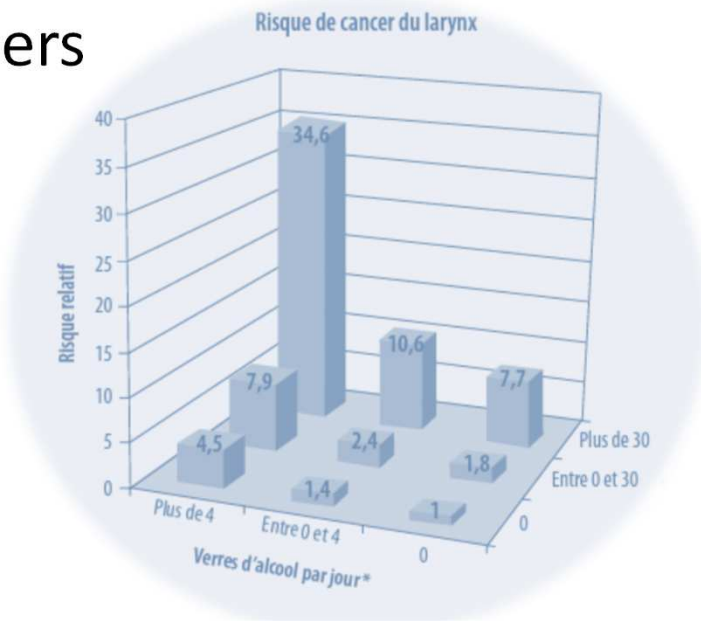
SFORL 2022
Chloé GRAZZI
Infirmière d'annonce et de coordination ORL
GCS Centre Antoine Lacassagne / Institut Universitaire de la face et du cou
Nice

Plan

- Le Larynx et ses fonctions
- Arbre décisionnel du traitement du cancer
- Consultation d’annonce infirmière
- La radiothérapie
- La chimiothérapie
- La chirurgie partielle : voie endoscopique
- La chirurgie partielle : voie externe
- La laryngectomie totale
- Appareillage et éducation

Cancer du larynx

- En France, pour l'année 2018, 2 753 chez les hommes et de 407 chez les femmes.
- Survie nette standardisée à 5 ans de 59 % pour les personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015
- Facteurs favorisant : alcool, tabac
- 25% des cancers des VADS
- 5% de la totalité des cancers
- Homme à 90%

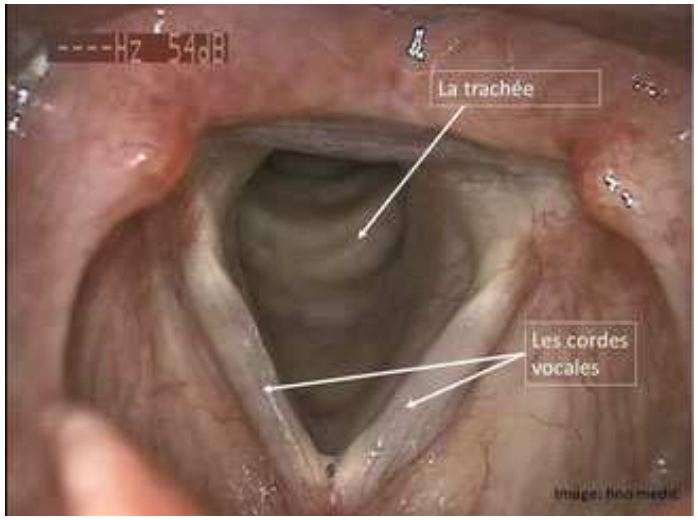


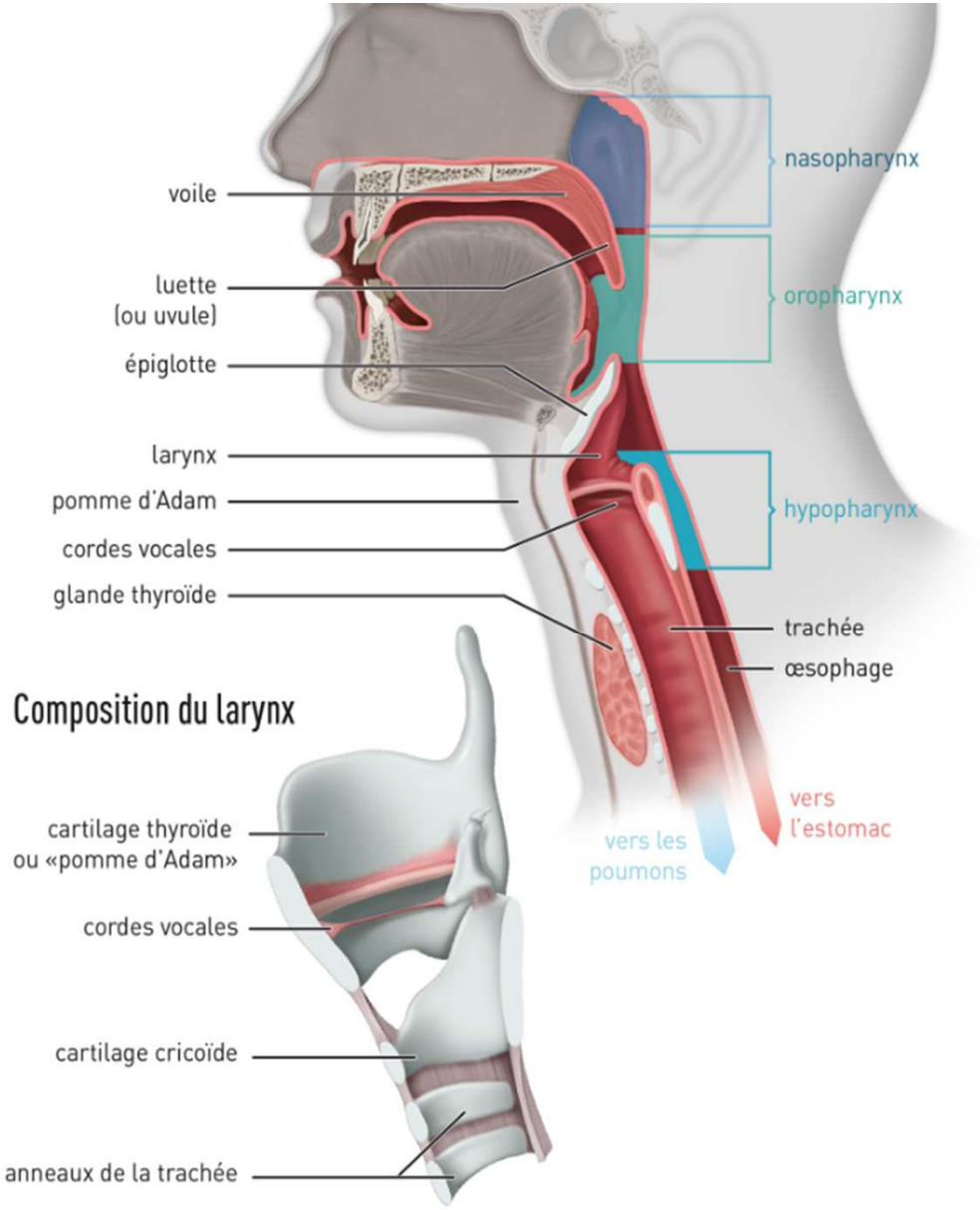
Le larynx

Le larynx fait partie des voies respiratoires.

Il se trouve sous le pharynx et marque l'entrée de la trachée.

C'est dans le larynx que se trouvent les cordes vocales





https://www.dysphagie.ch/fran%C3%A7ais/diagnostic-et-th%C3%A9rapie/nasofibroscopie-eefo/

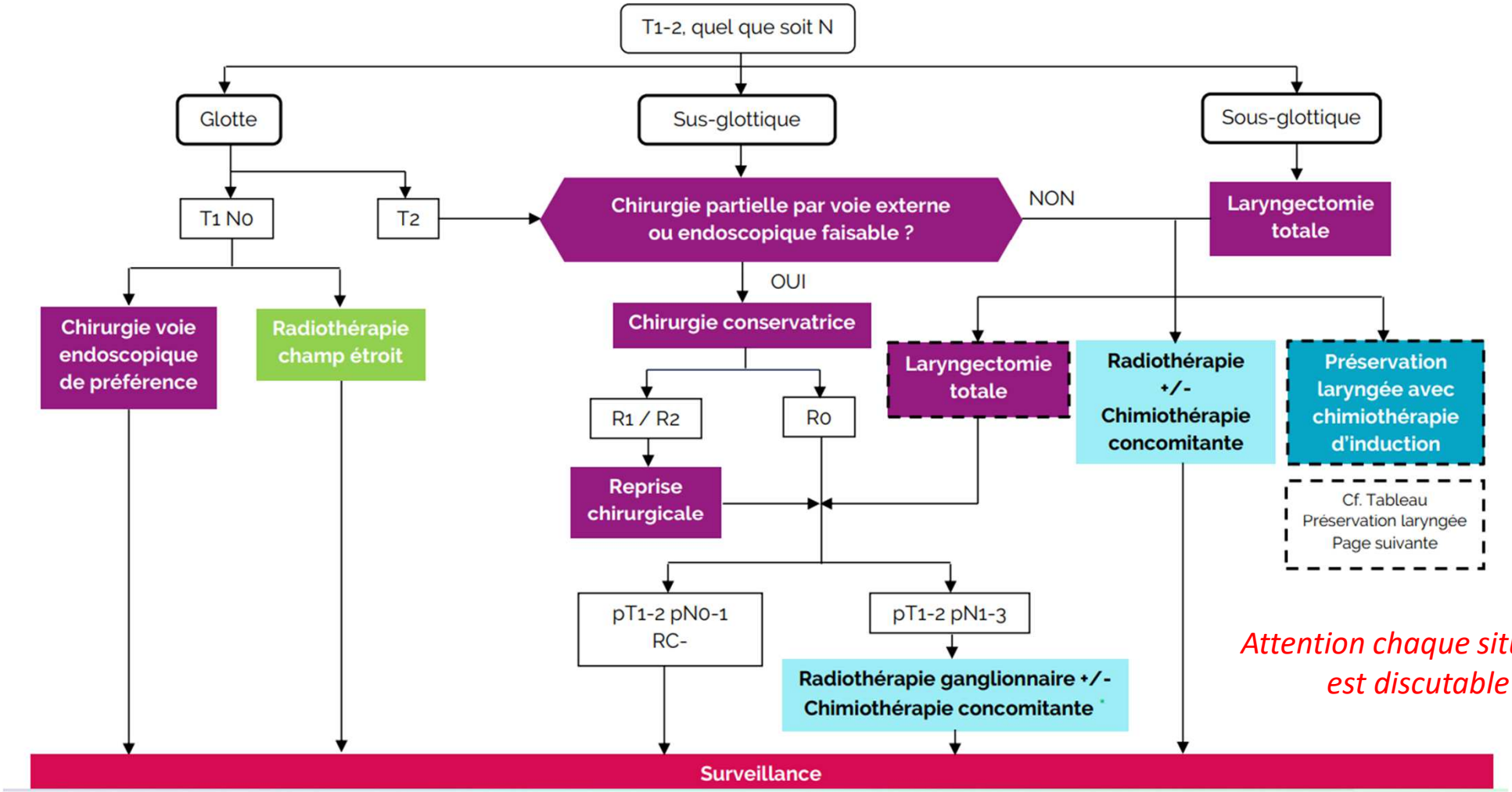
Fonctions du larynx

Respiration

Déglutition

Phonation

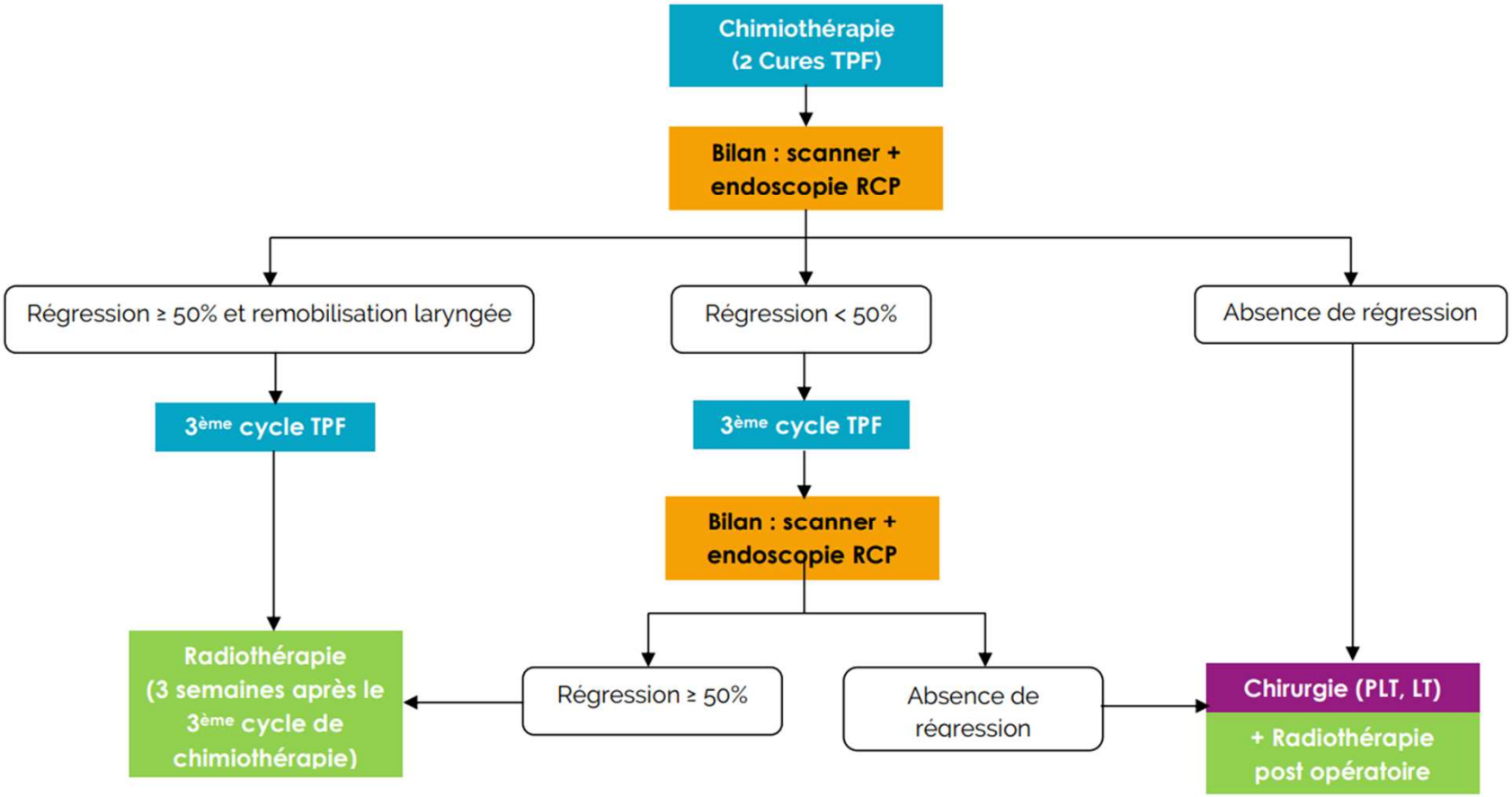
Cancer du larynx : ARBRE DE DECISON



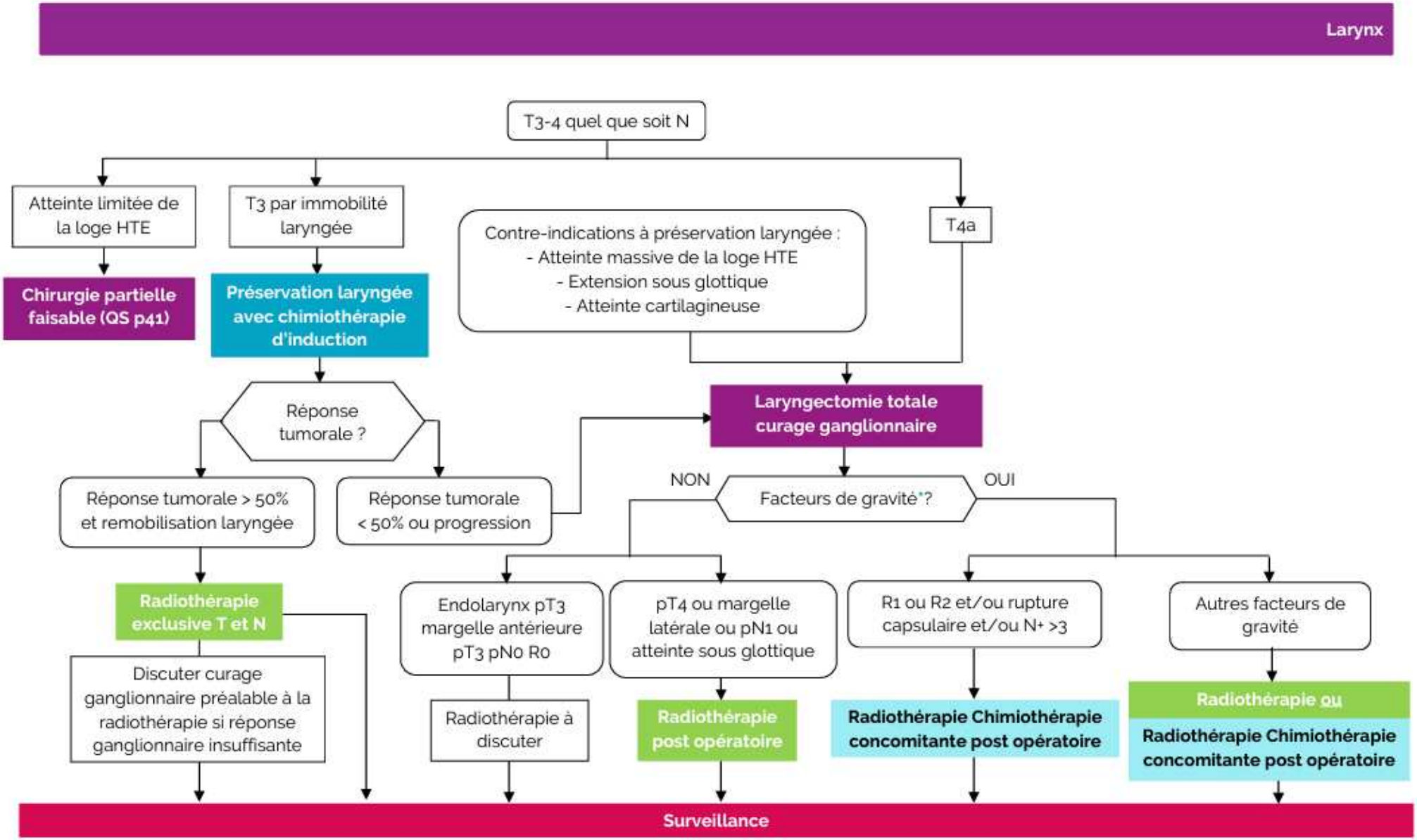
Attention chaque situation est discutable

Référentiel Régional de Prise En Charge des Cancers des Voies Aéro-digestives Supérieures (Vads) Novembre 2019 ARS Hauts-de-France

Protocole de préservation laryngée (Protocole intergroupe GETTEC, GORTEC, GERCOR)



Référentiel Régional de Prise En Charge des Cancers des Voies Aéro-digestives Supérieures (Vads) Novembre 2019 ARS Hauts-de-France

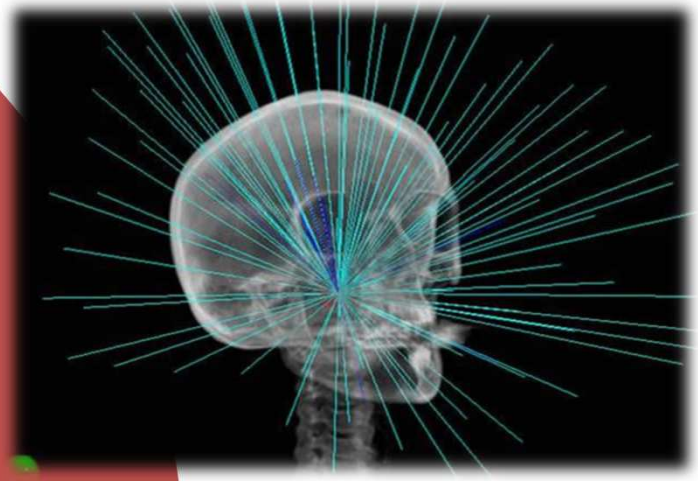

Larynx
T3-4 quel que soit N
Atteinte limitée de la loge HTE
T3 par immobilité laryngée
Contre-indications à préservation laryngée :
- Atteinte massive de la loge HTE
- Extension sous glottique
- Atteinte cartilagineuse
T4a
Chirurgie partielle faisable (QS p41)
Préservation laryngée avec chimiothérapie d'induction
Réponse tumorale ?
Laryngectomie totale curage ganglionnaire
Réponse tumorale > 50% et remobilisation laryngée
Réponse tumorale < 50% ou progression
NON
Facteurs de gravité*?
OUI
Radiothérapie exclusive T et N
Discuter curage ganglionnaire préalable à la radiothérapie si réponse ganglionnaire insuffisante
Endolarynx pT3 margelle antérieure pT3 pN0 R0
pT4 ou margelle latérale ou pN1 ou atteinte sous glottique
R1 ou R2 et/ou rupture capsulaire et/ou N+ >3
Autres facteurs de gravité
Radiothérapie à discuter
Radiothérapie post opératoire
Radiothérapie Chimiothérapie concomitante post opératoire
Radiothérapie ou
Radiothérapie Chimiothérapie concomitante post opératoire
Surveillance

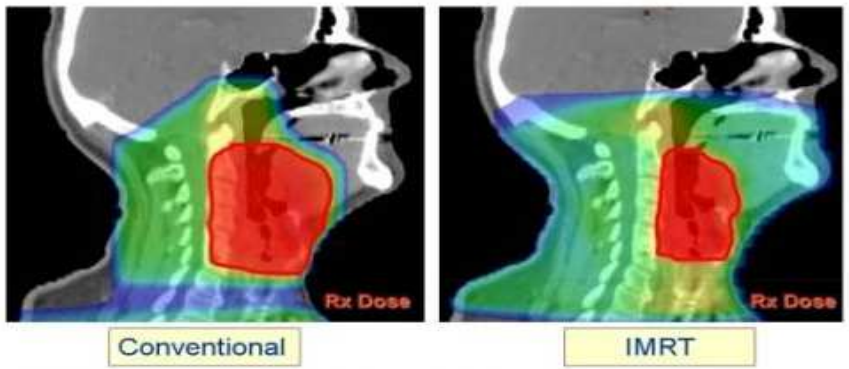
Consultation d'annonce infirmière

- Avant la chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie
- Pédagogie sur les fonctions du larynx
- Informer, expliquer, reformuler avec patient et famille
- Accompagner dans l'acceptation de traitement
- Rôle de prévention des risques, arrêt tabac
- Modalités, risques et conséquences du traitement
- Schémas support, annuaire et email
- Lien privilégier avec le patient

La radiothérapie

Radiothérapie





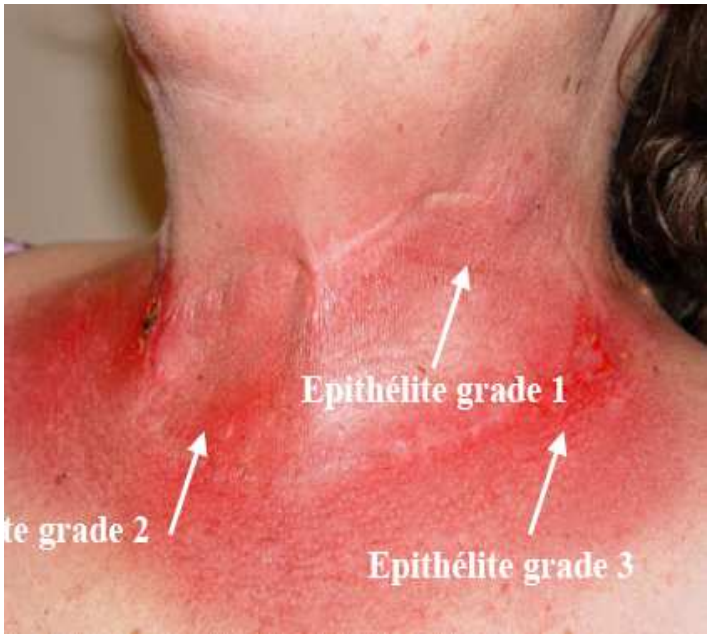
- But d'assurer la guérison locale ou locorégionale des processus tumoraux en utilisant des rayonnements ionisants qui endommagent l'ADN des cellules cancéreuses empêchant ainsi leur multiplication.
- En première intention : quand la tumeur est de petite taille, elle peut être une alternative à la chirurgie
- Radiothérapie seule ou radio-chimiothérapie concomitante (plusieurs cures de chimio pendant que se déroule la radiothérapie)

Radiothérapie

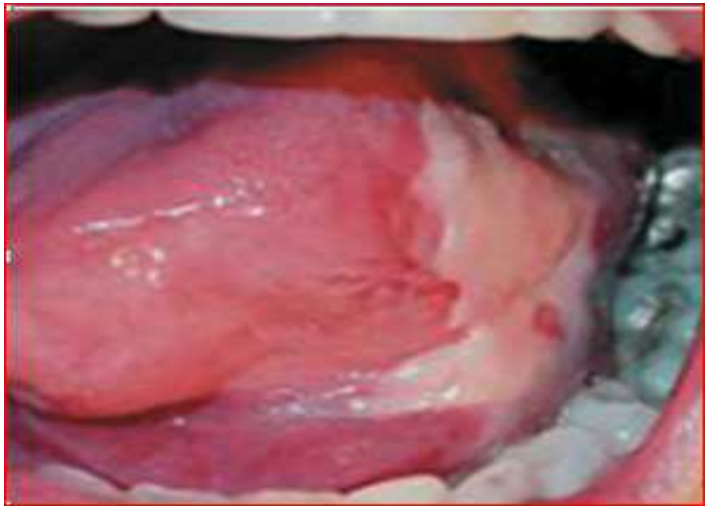
- 6 à 7 semaines avec une séance par jour qui dure 5 min entre 60gy et 70gy (adjuvent ou pas)
- Masque pour cibler au mieux la zone à traiter et limiter les effets secondaires sur les organes périphériques
- Bilan dentaire avec panoramique + gouttières de fluoration
- Consultation radiothérapeute hebdo
- Effets secondaires : à partir de 2 à 3 semaines

Radiothérapie : effets secondaires

- Mucite
- Dysphagie
- Dysgueusie
- Dysphonie
- Oedèmes
- Radiodermite
- Xérostomie +/- long terme
- Alopécie localisée
- Trismus
- Dentaire



Mucite



Soins infirmiers

- **Éducation et information** +++ lors de l'annonce
- **Dépistage ++** des effets secondaires
- Pas d'exposition au **soleil** de la zone irradiée, éviter les frottements de vêtements
- Soins d'hygiènes : savon surgras, bonne hydratation de la peau après les séances (Hyaluset, Lipikar…), **pas de gras avant la séance**
- **Bain de bouche** : bicarbonate/xylo gel/Aspégic 3 à 6x/j, brossage des dents
- Gouttière de **fluoration** 7 min par jours pendant plusieurs mois
- Surveillance **alimentaire** : poids 1/semaine, aliments mous, onctueux
- Nutrition entérale par SNG ou GPR si besoin
- Si **radiodermite** : crème FLAMMAZINE en couche épaisse et compresses humide pendant 5 jours

La chimiothérapie

Chimiothérapie

Elle s’attaque aux cellules à division rapide comme les cellules cancéreuses mais aussi celles de la moelle osseuse, des muqueuses et des phanères.

1ere intention ou après la chirurgie concomitante à la radiothérapie pour limiter le risque de récidive : la chimio rend les cellules cancéreuses plus sensibles à la radiothérapie et leur action respective est renforcée :CISPLATINE

En première ligne pour diminuer la taille de la tumeurs avant la chirurgie ou la radiothérapie : néoadjuvente DOCETAXEL CISPLATINE 5FU

Chimiothérapie : Radio-chimio concomitante

- Troubles digestifs NVD
- Acouphène
- Paresthésies
- Risques infectieux
- Mucites
- Insuffisance rénale
- Asthénie

Chimiothérapie : Néoadjuvante

- Cytopénie Risque infectieux
- Insuffisance rénale
- Troubles digestives NVD perte d'appétit
- Mucite
- Alopécie
- Asthénie (GR)
- Syndrome main pied
- Téguments abimés , ongles marrons fragilisés
- Photosensibilité
- Sécheresses cutanées
- Acouphènes
- Paresthésies
- Saignement

Soins infirmiers

- **Soins de cathéter** veineux central ou Piccline :
  - Pansement occlusif, réfection 1/semaine
  - Surveillance point de ponction
- **Bilan sanguin** (NFS iono au minimum) 24h avant chaque cure
- Surveillance **signes d'infection** : T°…
- Surveillance **alimentaire**, consultation diététique à chaque cycle, poids
- Surveillance **mucite** : bdb bicarbonate, Soft laser
- Conseil **cutané** : hydratation de la peau et surveillance des extrémités
- **Soins relationnel**, réassurance, écoute active
- Accompagnement famille, **personne ressource**

Thérapies ciblées : CETUXIMAB

- La thérapie ciblée (Anticorps monoclonaux) bloquent la croissance ou la propagation des cellules cancéreuses, en interférant avec des mécanismes qui sont à l'origine de leur développement et de leur dissémination.
- 2 indications :

➢ Avec la RT en alternative au cisplatine (si CI) pour les tumeurs localement avancées (toxicitée cutanée de la RT majorée +++)

➢ En association avec une CT contenant un sel de platine chez les patients en récidive/métastatique (protocoles Extreme ou TPEx)

- Effets 2nd moins marqués que la chimio :
  - principalement des troubles cutanés acnés : hygiène de la peau, hydratation +++ , antibiothérapie
  - Céphalées
  - Asthénie
  - diarrhée

Journal of the american academy of dermatologie VOLUME 61, ISSUE 4, P614-620, OCTOBER 01, 2009

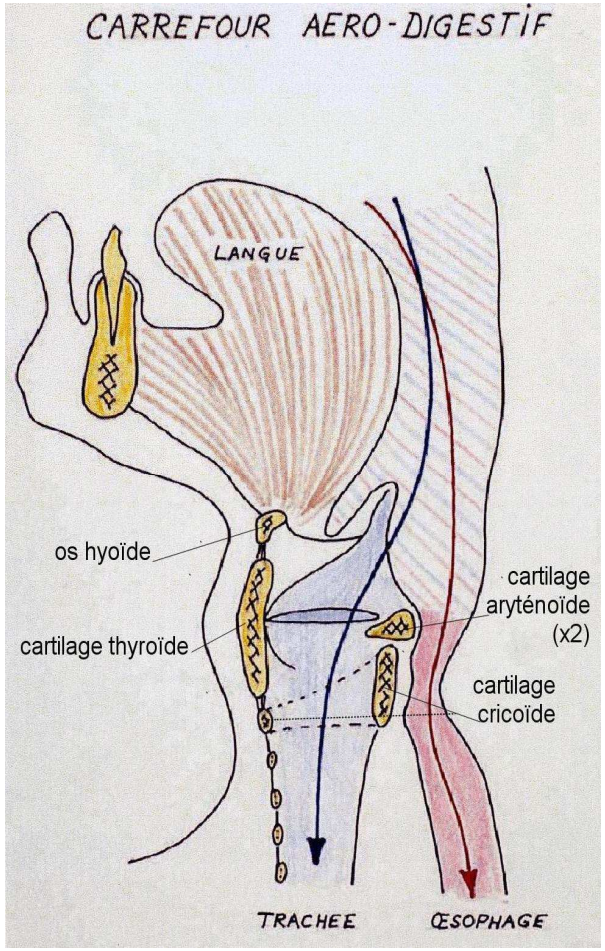
- **Les thérapie ciblées** ont pour objectif de bloquer la croissance ou la propagation de la tumeur en interférant avec des anomalies moléculaires ou avec des mécanismes qui sont à l'origine du développement ou de la dissémination des cellules cancéreuses.

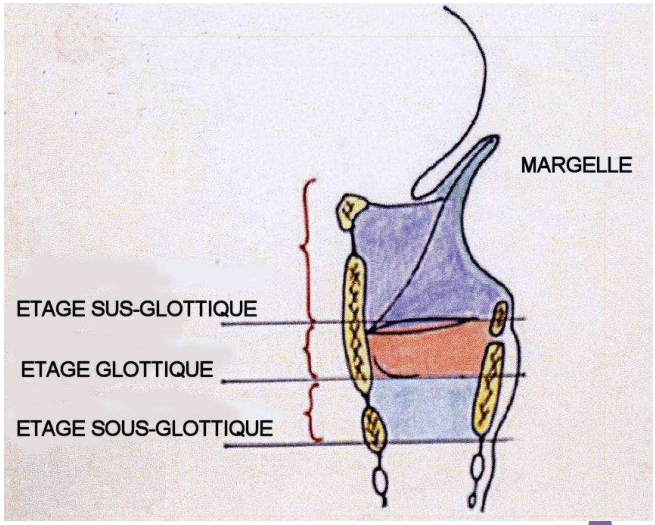
- **L'immunothérapie** va restaurer l'efficacité du système immunitaire en agissant sur des cibles particulières de la tumeur ou de son environnement, pour lui permettre de détruire les cellules cancéreuses.

Chirurgie du cancer du larynx

Laryngectomie partielle

- Il faut garder au minimum un aryténoïde mobile et le cricoïde
- Le but est de retirer la tumeur en conservant les fonctions du larynx

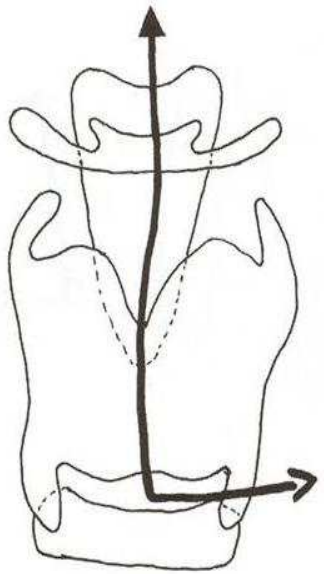




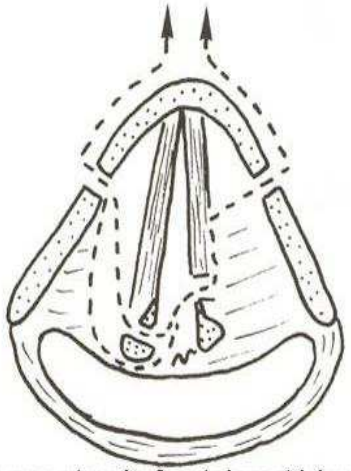
Chirurgie partielle du larynx

- Laryngectomies partielles verticales
  - Cordectomie (+/- au laser)
  - Laryngectomie fronto-latérale
  - Laryngectomie frontale antérieure (tucker)
  - Hémi-pharyngo-laryngectomie supra-cricoïdienne
- Laryngectomies partielles horizontales
  - Laryngectomies supra glottiques (+ étendues)
  - laryngectomies supra cricoïdiennes(CHEP/CHP)

Fronto latérale



hémi-pharyngo-laryngectomie supra cricoïdienne

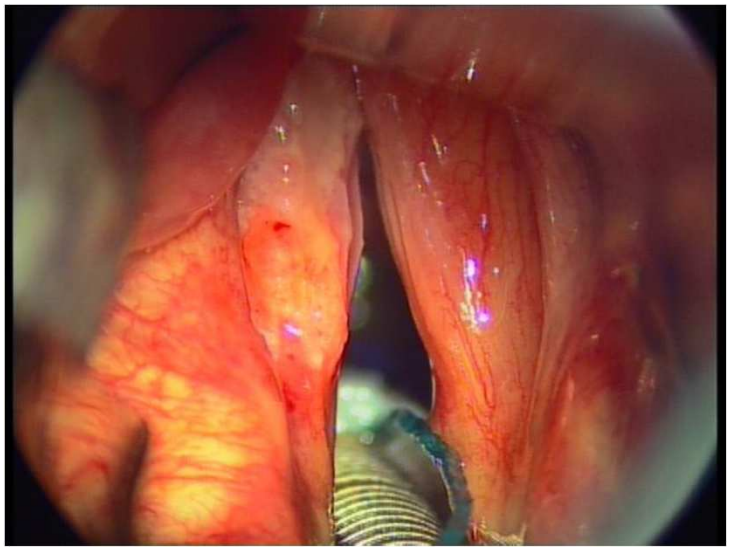
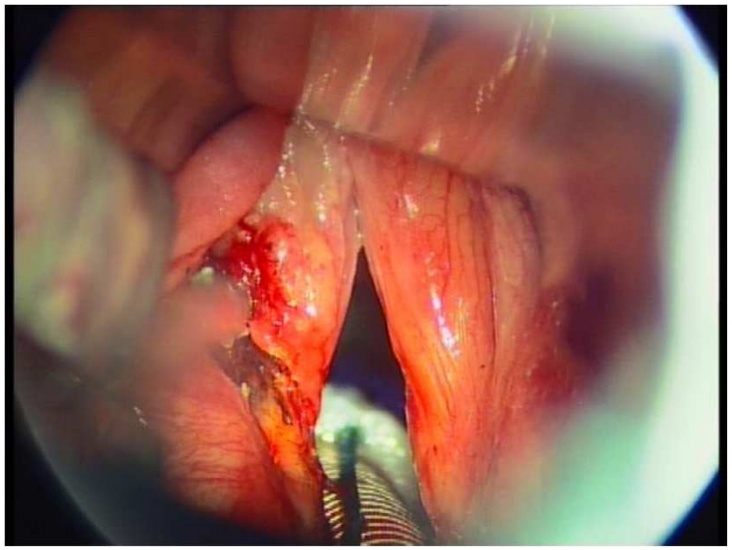
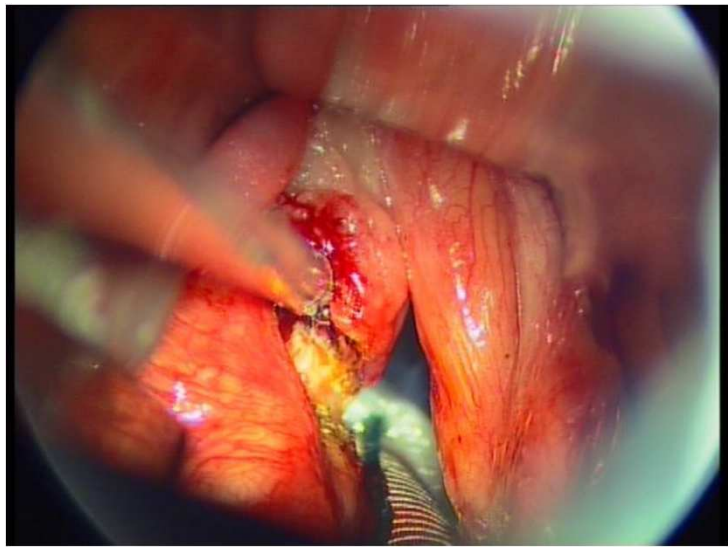


Laryngectomie frontale antérieure

Cordectomie laser

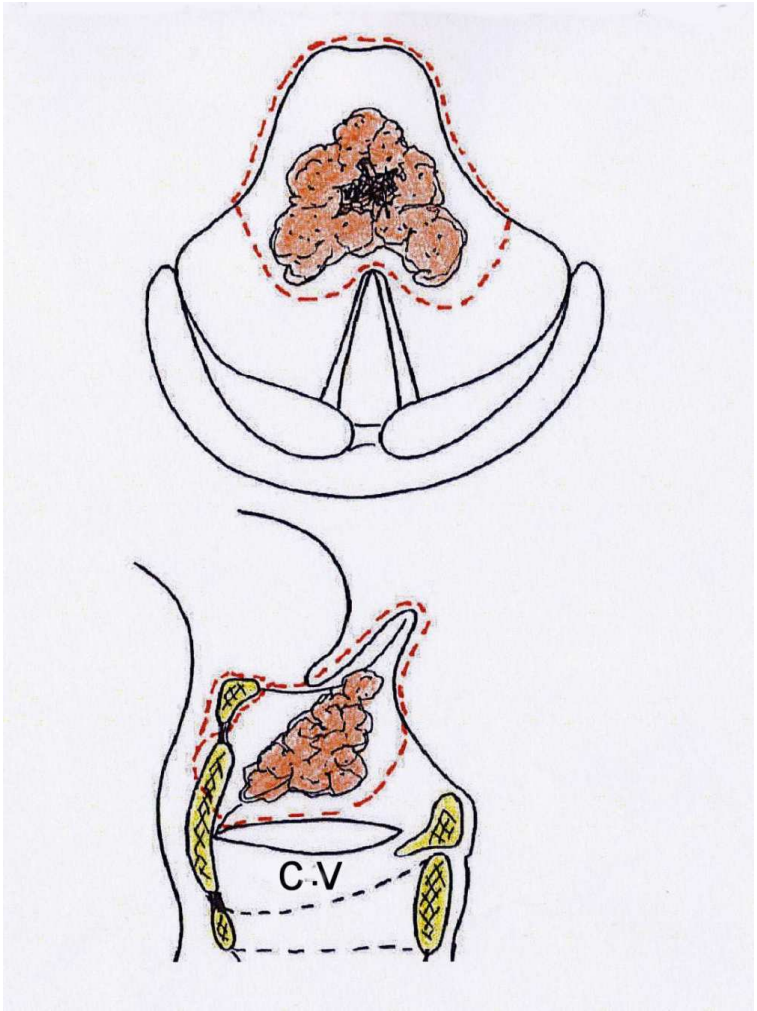
- Cordectomie par voie endoscopique au laser CO2 : En ambulatoire ou 1 nuit post-op
- Par les voies naturelles à l'aide d'un endoscope, et sous microscope opératoire, à l'aide d'un laser qui permet d'inciser et de coaguler
- Reprise alimentation rapide
- Peu couteux
- Risque post-op réduit +++
- Conseil de ne pas parler jusqu'au J1 et ne pas forcer sur les CV pendant quelques jours
- Risque de fausse route (surtout pour les gestes étendus) par défaut de fermeture laryngée dans les 1ers temps post-opératoires : test avant reprise alimentaire de l'épaissi vers le liquide
- Exceptionnellement risque d'hémorragie et/ou œdème avec reprise chirurgicale avec nécessité de trachéotomie en urgence
- Dysphonie séquellaire selon l'étendue de l'exérèse

Chirurgie endoscopique au laser CO2

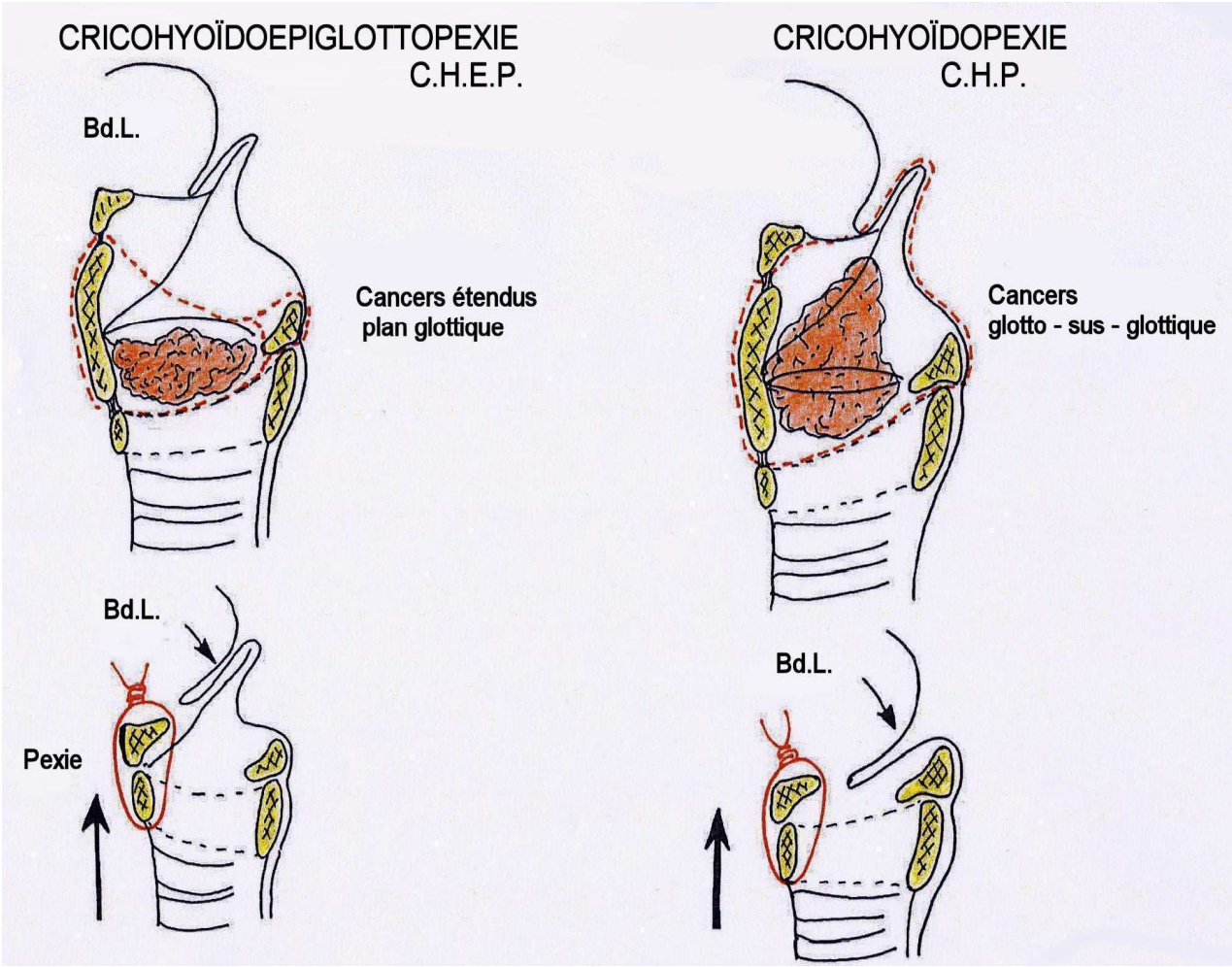




Certaines chirurgies notamment supraglottique (exérèse épiglotte) se font aussi très bien au robot

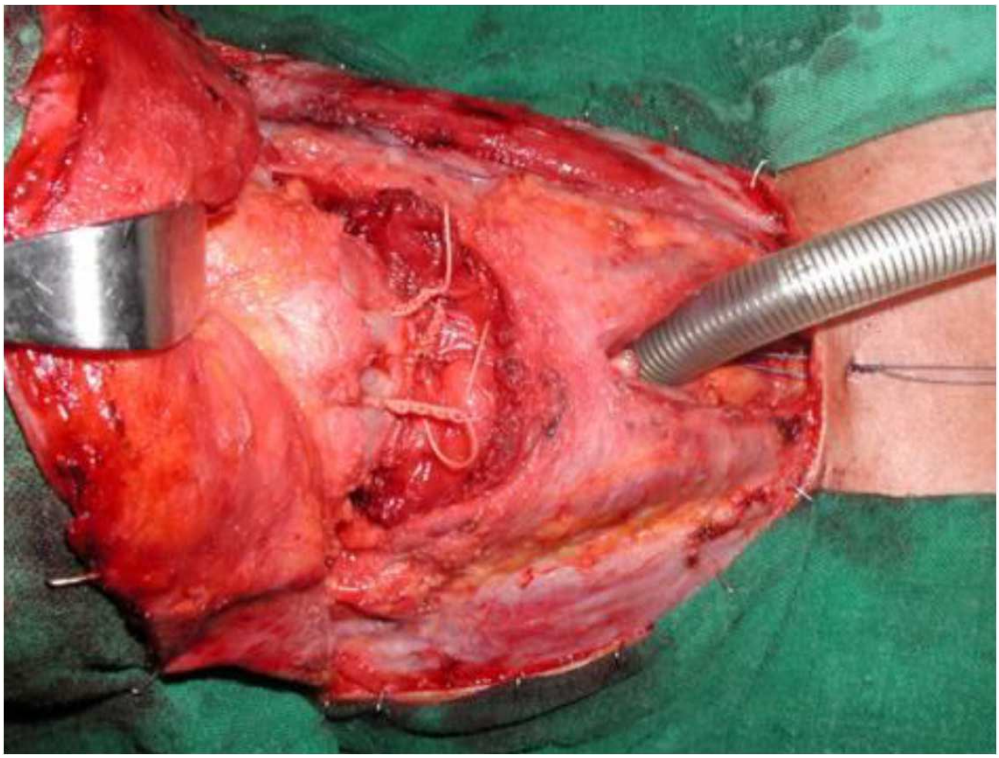
Laryngectomie supraglottique

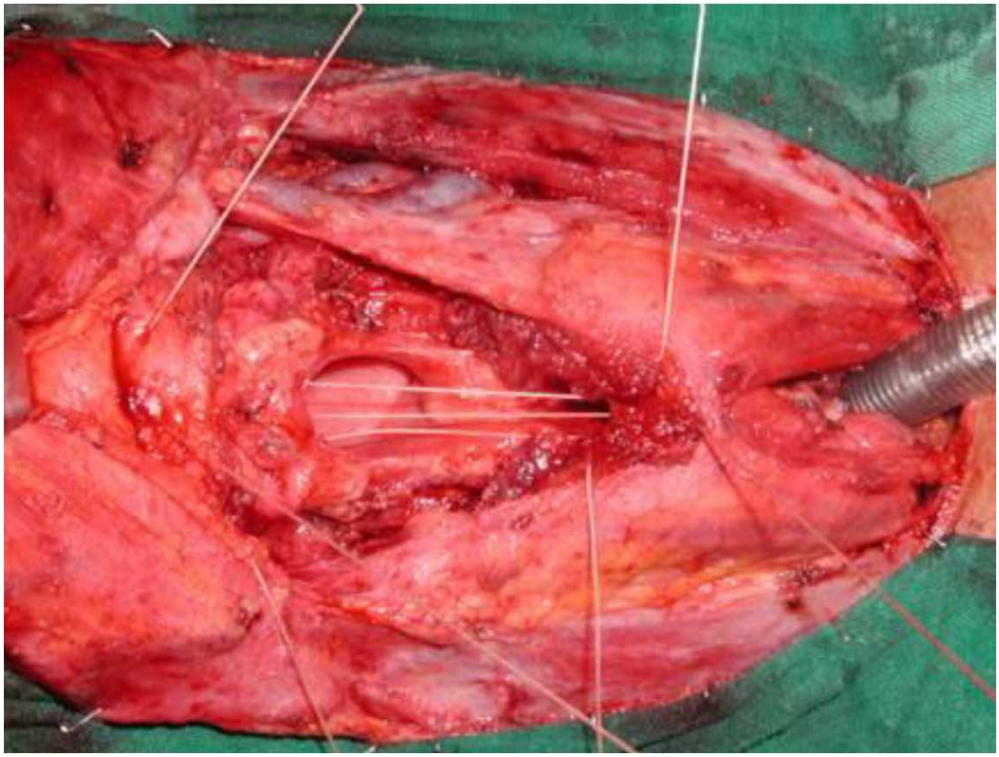


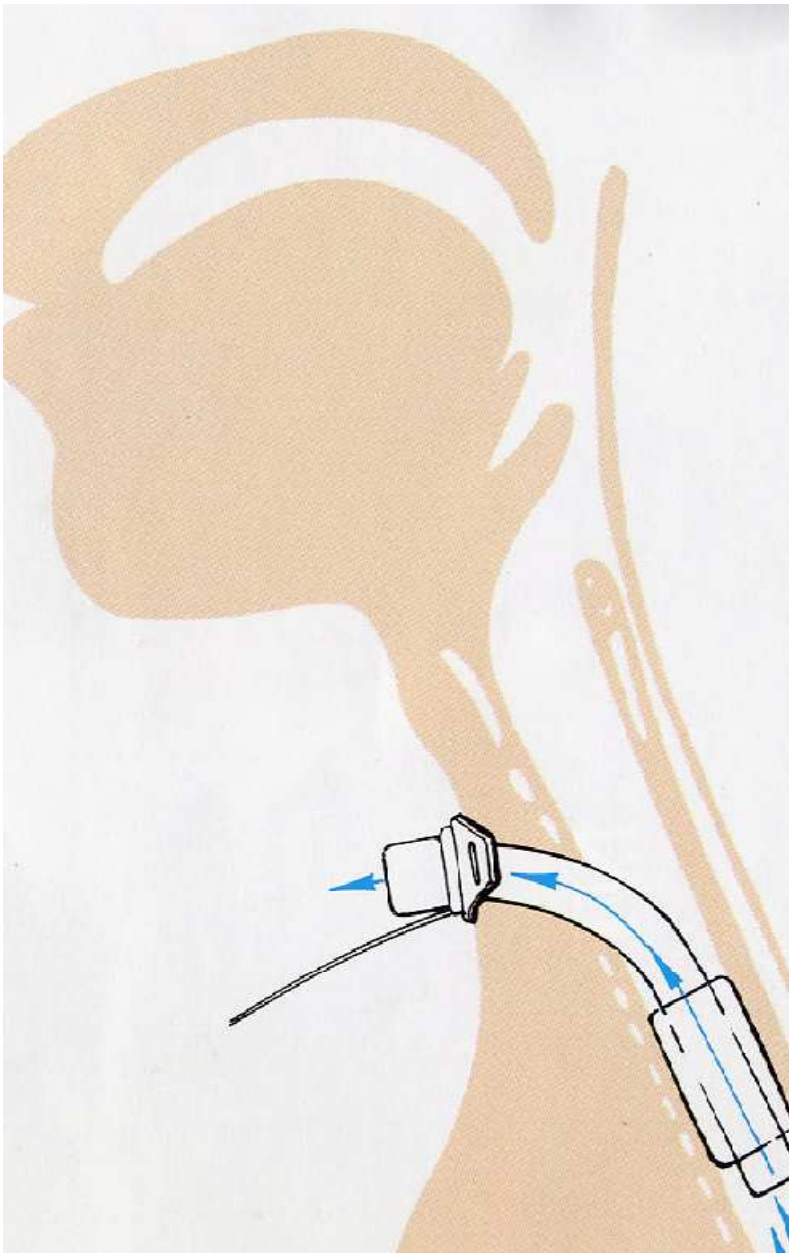
Laryngectomies supra cricoïdiennes



Conséquences fonctionnelles différentes







La trachéotomie provisoire : 1er temps

Protéger les poumons et garantir la ventilation sans obstacle

Ballonnet gonflé: surveillance de la pression du ballonnet 2/jours

Chemise interne non fenêtrée : passage de l'air exclusivement par le trachéotome

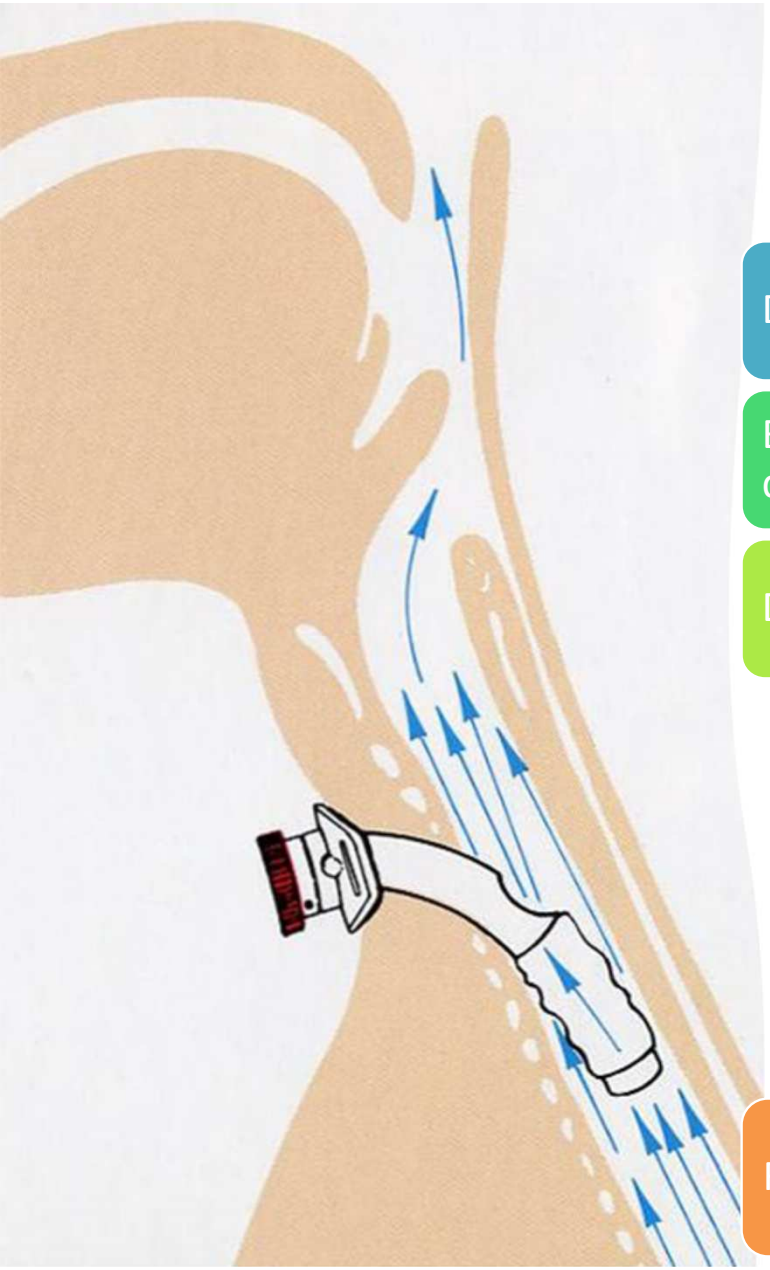
Nez artificiel ou Optiflow (réchauffe et humifie avec réglage de la FIO2)

Soins de canule avec nettoyage 4x/j, eau et béta rouge

Bonne position de la canule

Surveillance de la ventilation : FR, Sat O2, capnographie, agitation, sueur, bruit

Aspirations trachéales : Aspect, consistance, odeur des sécrétions



La trachéotomie provisoire : 2nd temps

Diminution de l'œdème chirurgical, début de la déglutition ≈J7/J10

Ballonnet dégonflé , chemise interne fenêtrée, clapet de phonation : stimulation du larynx

Décanulation : Étape importante dans le parcours du patient

- Test de sevrage de la canule+/-
- Rassurer le patient
- Décubitus dorsal puis assis
- Aspiration
- Pince écarteur (Killian ou Laborde)
- Pansement stop canule : steril strip, boule d'une compresse, mefix puis élasto : à refaire 2 à 3 x/j au début
- Surveillance paramètres respiratoires pendant les heures qui suivent
- Eduquer le patient à appuyer pour parler et tousser

Risque d'emphysème sous cutané post décanulation si décanulation très précoce

Pansement cervical

- Pansement propre et compressif avec Elastoplast
- Canule cousue par 4 points et maintenue par le collier : ablation de points à 3j si inflammatoire
- Tête fléchie en avant (si CHEP ou supra glottique avec chirurgie horizontale) car suture en tension
- Ablation points cervicaux à J10
- Risque de fistule

Alimentation 1er temps

Entérale par sonde nasogastrique

- Pose par chirurgien les 1er jours +/- nasofibroscope
- Vit 150cc/h max au début
- En journée , ½ assis
- Surveillance tolérance (NVD, RGO, traces de calories dans la canule trachéale)
- Veiller à la quantité de calorie par 24h
- Surveillance bilan nutritionnel
- Surveillance transit

Alimentation 2nd temps

- Essais de déglutition par l'orthophoniste dès J8 en même temps +/- que la décanulation
- Reprise per os avec technique d'apprentissage par l'orthophoniste+++
- Surveillance des fausses routes +++
- Débuter par mixé puis liquide selon tolérance

Complications

En post-opératoire

- Risque infectieux pulmonaire multifactoriel (aspirations, étanchéité…)
- Risque infectieux lié à la chirurgie (abcès…)
- Risque respiratoire par obstruction de la canule, bouchon muqueux, malposition ou décanulation accidentelle
- Risque hémorragique

À moyen terme

- Fausse route avec maintien de la nutrition entérale
- Sténose trachéale

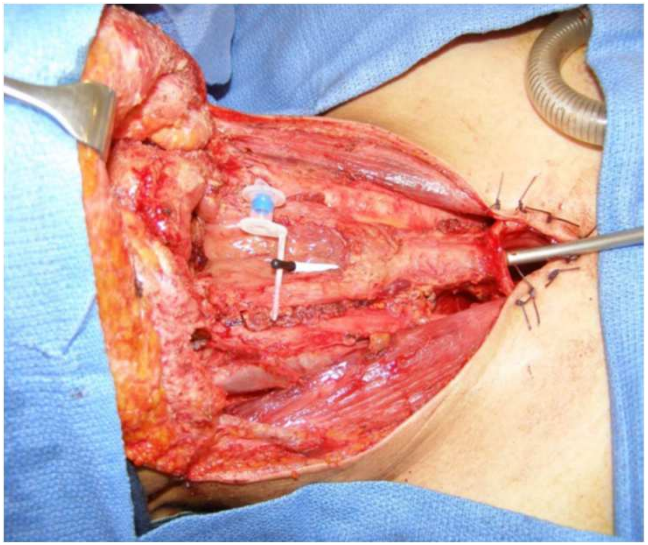
Conséquence

Phonation enrouée ou dysphonie proportionnelle à l'étendue de l'exérèse (sauf pour les chirurgies supraglottiques où on ne touche pas les CV donc pas de dysphonie)

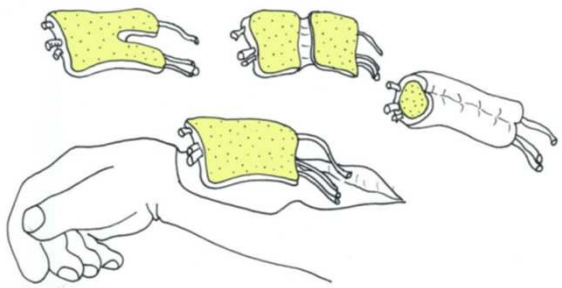
Laryngectomie totale

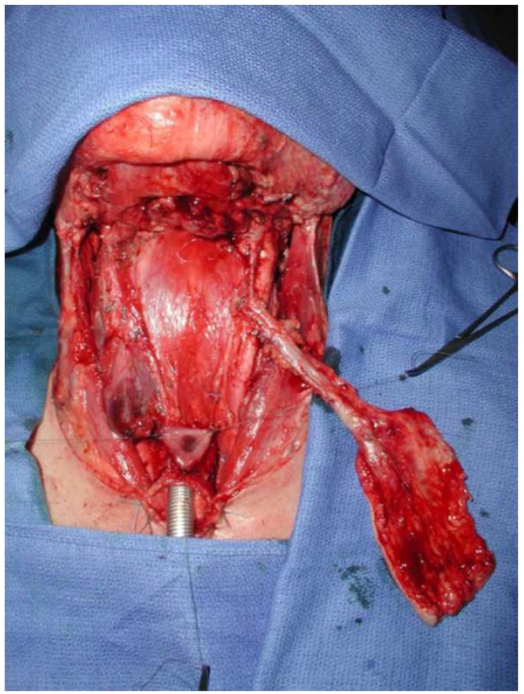
- Si T4 ou échec de préservation
- +/- lambeau de grand pectoral (recouvrement des sutures pharyngées si post-radique)
- Lambeau libre pour PLC
- Trachéostome définitif
- Alimentation par sonde nasogastrique ou gastrostomie en post op
- Reprise alimentaire per os à J10 -12 (J14 post-radique)
- Complication de pharyngostome

Pharyngolaryngectomie totale



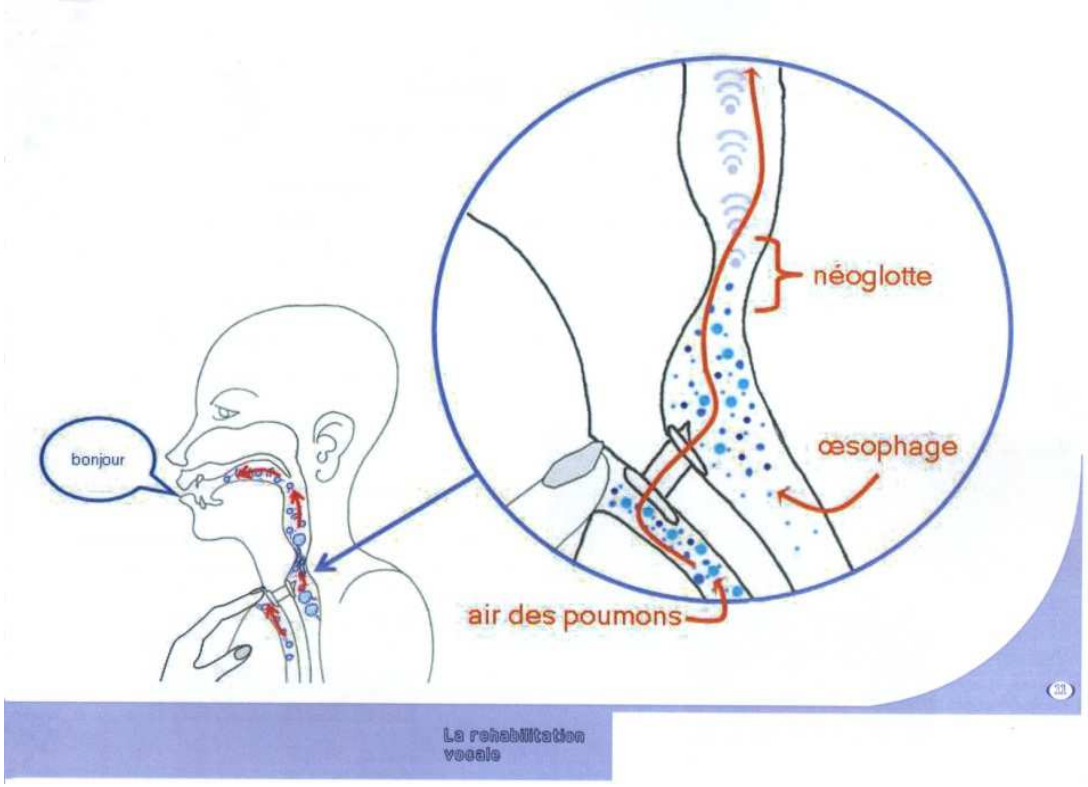
Pharyngolaryngectomie circulaire





La prothèse phonatoire

- Shunt trachéo-oesophagien permanent
- Continence œsophage / trachée
- Phonation par occlusion du trachéostome



Soins infirmiers post opératoire

J1 Mise en place du calibreur Décanulation complète et nettoyage du calibreur 2/j

J5 Début de l'éducation aux soins orl

Surveillance du trachéostome

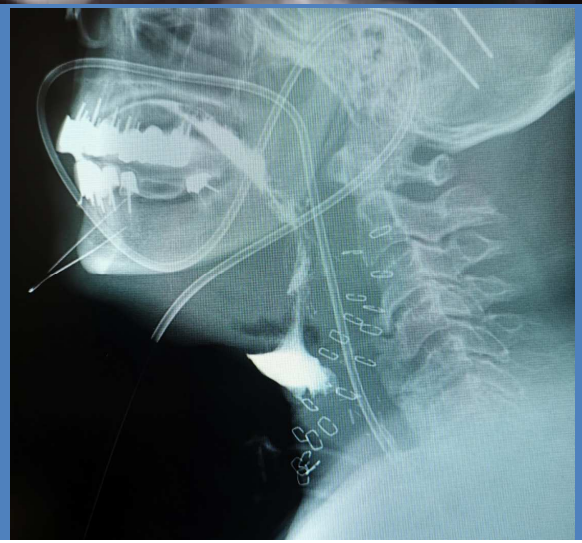
Risque de fistule oeso-trachéale

Jusqu'à J12 Pansement stérile et compressif sustrachéal

TPO et Test au bleu de méthylène si doute d'une fistule

J15 Ablation des points du trachéostome

J15/J21 RAD avec prestataire de santé à domicile



Alimentation

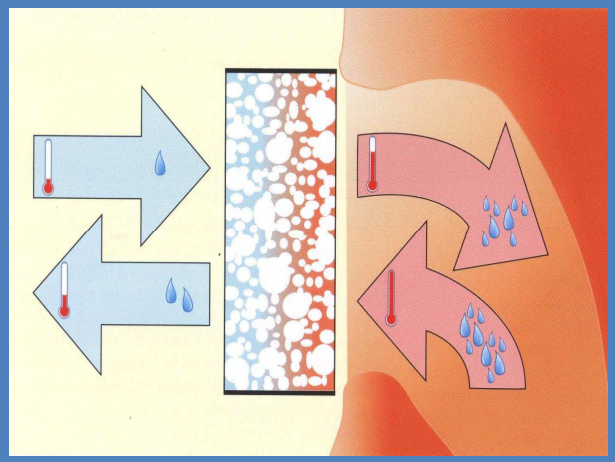
- Nutrition entérale jusqu'à J10/J12 (J14 si post-radique)
- Reprise per os après TPO avec essai liquide suivi de mixé
- Alterner bouchée liquide et mixée pour faciliter la descente des aliments dans le néopharynx
- Evaluation des ingesta avant le retrait de la SNG
- CNO et surveillance diététique à J30

Retour à domicile

- Anticipation de la sortie
- Patient autonome pour les aspirations et soins de canule
- Condition de vie au domicile
- Installation du matériel d'aspiration et consommable par un prestataire de santé ou HAD
- Transmission à l'IDEL
- Consultation IDEC et soins externes J7 du RAD

Echangeur chaleur humidité

- Facilite l’occlusion manuelle
- Améliore la phonation, les conditions d ’hygiène et la respiration *(toux, bronchorrhée)*
- Réchauffe, filtre et humidifié l’air inhalé
- Jetable chez COLLIN et ATOS — Remboursement 1/j
- Recyclable chez CEREDAS avec grille en titane



Equipement du trachéostome : Le calibreur

ATOS

CEREDAS

COLLIN

Remboursement 2/ans
Choix de Longueur /diamètre

Les prothèses phonatoires

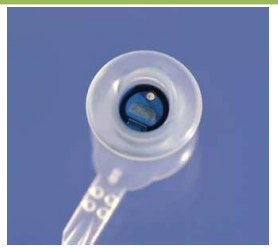
Remboursement 1/mois

Longueur de 4 mm à 12mm

Diamètre de 16FR à 22,5FR

Collerette

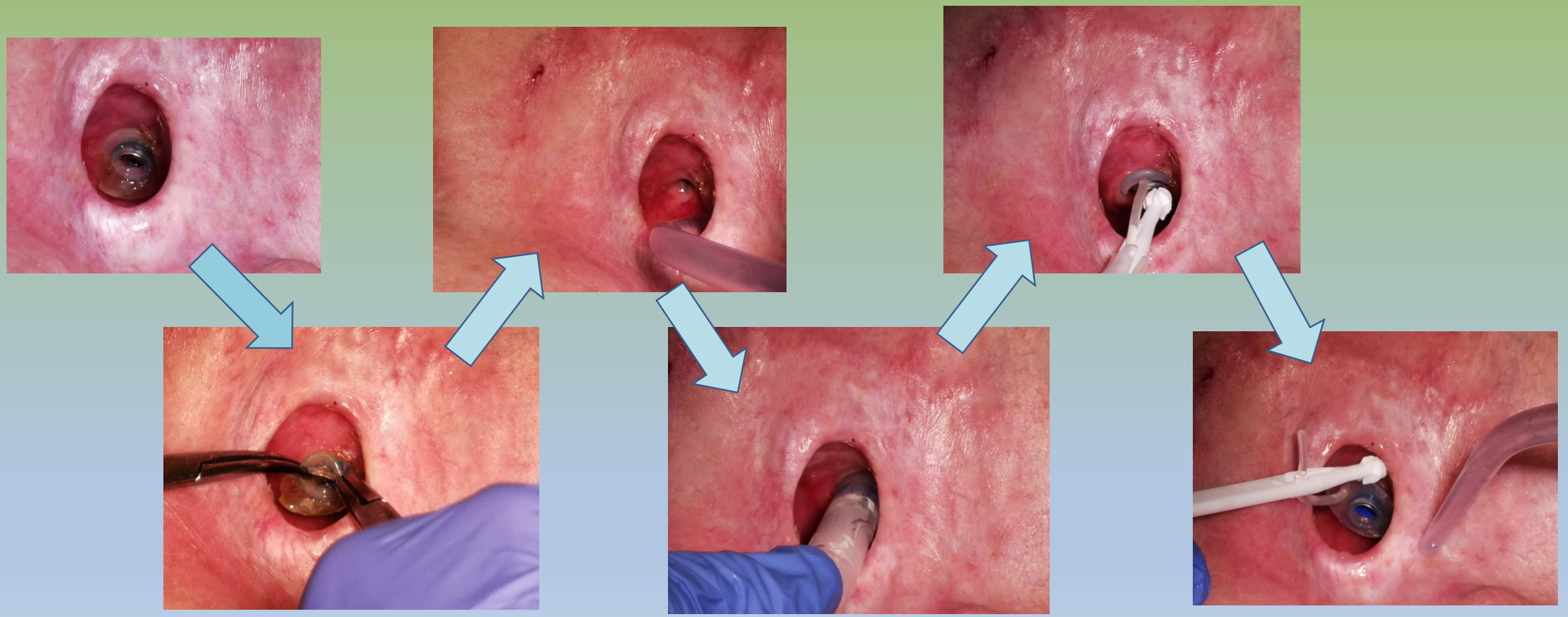
Aimant



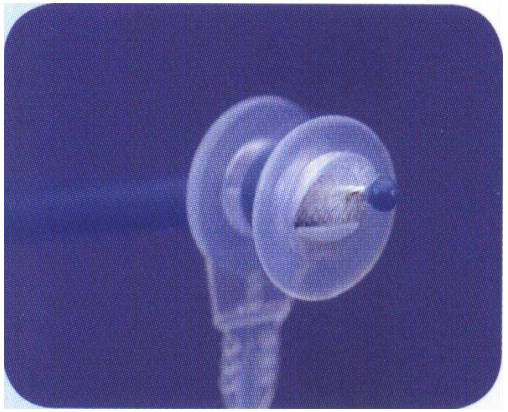
Changement de prothèse phonatoire

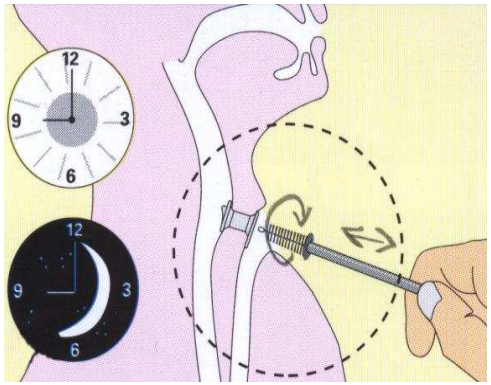
- Quand fuite endoprothétique
- Si non fonctionnelle
- Si fuite périprothétique : diminution longueur, augmentation diamètre, **injection** collagène
- Acte médical

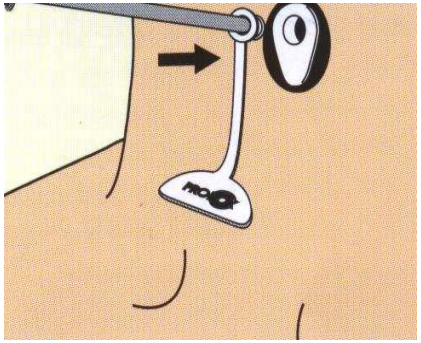
Changement de prothèse phonatoire

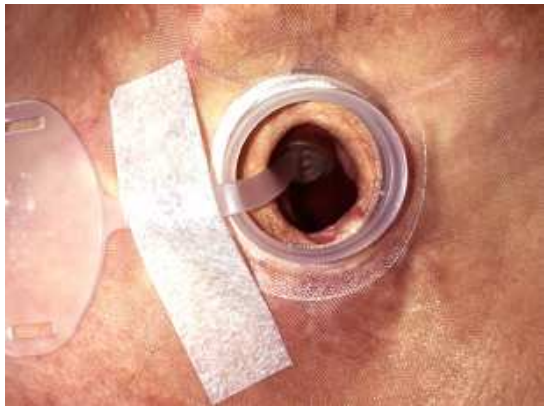


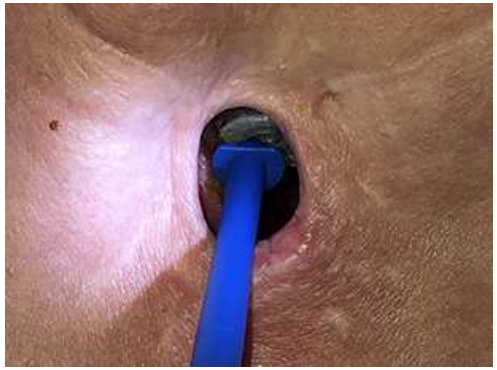
Soins de prothèse phonatoire : écouvillonnage et décroutage











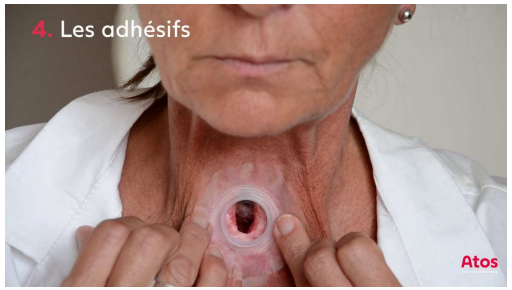
Bouchon antifuite : non remboursé
Écouvillon : non remboursé

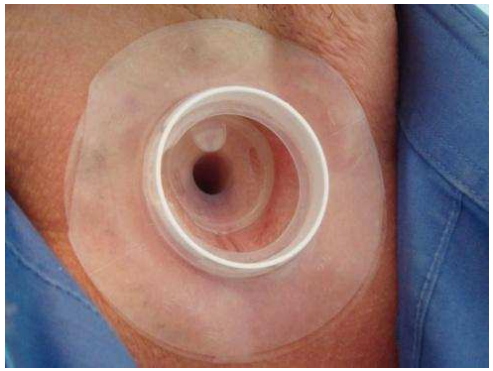
Durée moyenne 3 à 4 mois

Equipements : Les adhésifs

Remboursement 1/j
Lingettes non remboursées

- Préparation cutanée
- Choix de l'adhésif
- Optimisation de l'étanchéité
- Prévention du risque d'inflammation cutanée
- Plusieurs qualités de colle
- Plusieurs tailles



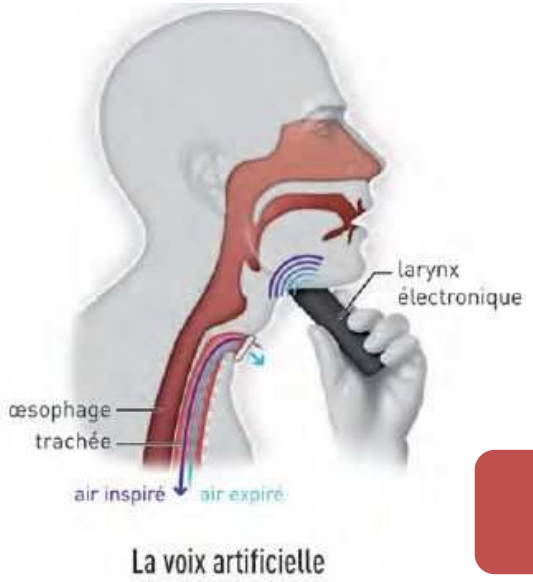


Equipement : valve de phonation

- Condition : adhésif efficace et voix forte
- Rarement confortable
- Chaque fournisseur en propose

Rôle central de l'orthophoniste

- Voix trachéo-oesophagienne et utilisation de la prothèse phonatoire
- Laryngophone : l'articulation de mot est amplifiée par la vibration au niveau buccal
- Voix oesophagienne
- Surveillance déglutition



La voix artificielle

Education → 1ers essais vocaux → Automatisation → Perfectionnement

Éducation thérapeutique

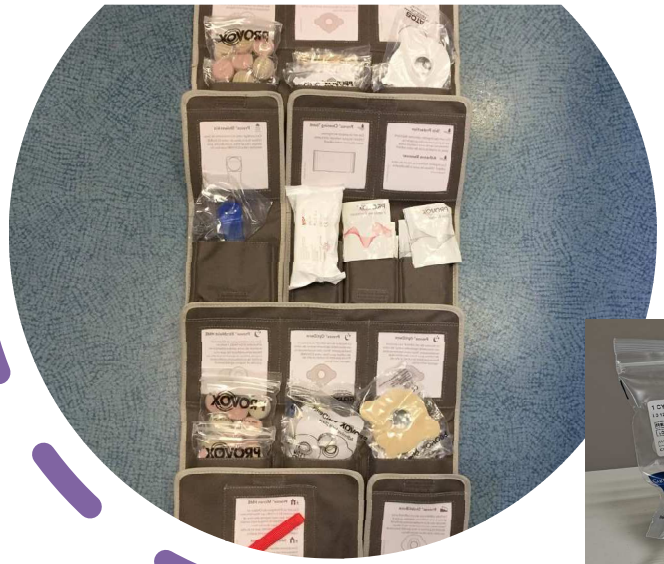
Par l'infirmier et l'orthophoniste

Dés le post-opératoire et les mois qui suivent

Accompagnement vers l'autonomie

Au rythme du patient

Outils numériques



Éducation thérapeutique

Soins de trachéostome	Aspiration trachéale	Manipulation du calibreur et du collier	Aérosol d'humidification	Soins de prothèse phonatoire
Mise en place des adhésifs	Mise en place valve main libre	Commande de matériel	Technique d'olfaction	Apprentissage voix

Prise en charge psychologique

- Dés l'annonce
- Deuil de l'organe
- Perturbation de l'image corporelle
- Deuil de la voix, alternative de communication
- Accompagnement dans l'après cancer, réinsertion familiale et sociale
- Rôle associatif

BIBLIOGRAPHIE

- https://www.e-cancer.fr/
- Fondation contre le cancer , www.cancer.be
- https://www.petal.fr/pharmacien-laryngectomie/
- Hill C (2000) Épidémiologie des cancers des voies aérodigestives supérieures. Bull Cancer 5(supplément FMC):5–8
- Référentiel Régional de Prise En Charge des Cancers des Voies Aéro-digestives Supérieures (Vads) Novembre 2019 ARS Hauts-de-France
- Santepubliquefrance.fr
- La Lettre du Cancérologue • Vol. XX - n° 2 - février 2011 | 105
- Zeka A, Gore R, Kriebel D. Effects of alcohol and tobacco on aerodigestive cancer risks: a meta-regression analysis. Cancer Causes Control 2003;14(9):897-906.
- Photos de radiodermite prise par ZIADNI MESSALI Myriam pour formation au Centre Antoine Lacassagne

MERCI