

FÉVRIER 2018



OUTILS POUR LA PRATIQUE

CANCERS DES VOIES AÉRODIGES- TIVES SUPÉ- RIEURES

/Du diagnostic au suivi

e-cancer.fr



】 L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'Institut national du cancer est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Groupement d'intérêt public, il rassemble en son sein l'État, les grandes associations de lutte contre le cancer, les caisses d'assurance maladie, les fédérations hospitalières et les organismes de recherche.

】 Ses missions

- Assurer une approche globale des pathologies cancéreuses
- Stimuler l'innovation
- Produire des expertises et les recommandations pour les décideurs et des professionnels de santé
- Animer les organisations territoriales en cancérologie
- Analyser les données pour mieux orienter l'action
- Informer et diffuser les connaissances liées aux cancers

L'Institut national du cancer pilote la mise en œuvre du Plan cancer 2014-2019 pour le compte des ministères chargés de la santé et de la recherche.

Le **Plan cancer 2014-2019** a pour ambition de donner à chacun, partout en France, les mêmes chances de guérir et de mettre plus rapidement les innovations au service des malades.

Il comprend dix-sept objectifs regroupés autour de quatre grandes priorités de santé :

- Guérir plus de personnes malades
- Préserver la continuité et la qualité de vie
- Investir dans la prévention et la recherche
- Optimiser le pilotage et les organisations

Ce guide répond à la **mission d'information et de diffusion des connaissances** et à l'**action 2.22**

du Plan cancer : Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.

Ce document fait partie de la collection « Outils pour la pratique » à destination des médecins généralistes.

Il vise à aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne auprès des patients atteints de cancer en présentant de façon synthétique le parcours de soins d'un patient adulte atteint de cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS). Le contenu de cet outil a été élaboré à partir de recommandations de bonnes pratiques selon une méthode décrite sur le site Internet de l'INCa et a été relu par un groupe de travail pluridisciplinaire (liste des membres en page 24). En fin de document, des ressources pratiques (documents, sites Internet, plateformes téléphoniques) pour les médecins généralistes et leurs patients sont répertoriées. Les renvois chiffrés **0** tout au long du document concernent ces ressources pratiques complémentaires qui sont situées en page 22.

Les éléments clés de l'organisation des soins en cancérologie sont rassemblés dans un document « Organisation des soins en cancérologie » **(1)**.

Ce document est téléchargeable sur **e-cancer.fr**

CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) regroupent une grande diversité de tumeurs (voir tableau page suivante). Les circonstances diagnostiques, le bilan initial, le traitement et le suivi de ces cancers vont donc être orientés selon la topographie et l'histologie de la tumeur.

Principalement masculins, ces cancers voient leur incidence augmenter chez les femmes, en corrélation avec la hausse de leur consommation de tabac et d'alcool, mais également avec l'augmentation de cas viro-induits par HPV ces dernières années. Depuis une vingtaine d'années, l'infection persistante par les virus HPV oncogènes favorise l'apparition de certains cancers des VADS, et principalement de l'oropharynx (incluant les amygdales et la base de la langue) chez des patients plus jeunes et, le plus souvent, sans intoxication alcoolo-tabagique. Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) reconnaît le lien de causalité entre l'infection par HPV16 et le cancer de l'oropharynx : en France, en 2015, 34 % des nouveaux cas de cancers de l'oropharynx sont attribuables à l'HPV. Ces cancers HPV induits sont traités de la même façon que les autres cancers de l'oropharynx mais ont un pronostic meilleur. Trois vaccins existent pour la prévention des infections par les HPV (pour plus d'informations : e-cancer.fr). En l'absence de données cliniques, ils n'ont pas, à ce jour, d'indication pour la prévention des lésions et des cancers de l'oropharynx. Une extension aux garçons de la vaccination anti-HPV est à l'étude.

Les localisations cancéreuses des VADS peuvent être multiples (tumeurs synchrones des VADS) et le risque de second cancer primitif pulmonaire ou œsophagien est significativement élevé, ce qui va donc impacter le bilan initial (recherche systématique) ainsi que le suivi de ces patients.

Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans la vigilance devant tout symptôme unilatéral et persistant des VADS ou de la région cervicale et dans l'orientation rapide en milieu spécialisé. Son rôle est fondamental dans le suivi de ces patients avec de lourdes séquelles, à risque élevé de récurrence de la tumeur primitive et de second cancer primitif, ainsi que dans l'accompagnement du sevrage alcoolo-tabagique.

SOMMAIRE

| LES CHIFFRES DES CANCERS DES VADS EN FRANCE | | | | |
|---|---|-----------------|----------------------------------|-----------------|
| | Nombre de nouveaux cas projetés en 2017 | Rang | Nombre de décès projetés en 2017 | Rang |
| Hommes | 10 932 (en ↓) | 4 ^e | 2 756 | 8 ^e |
| Femmes | 4 332 (en ↑) | 10 ^e | 867 | 12 ^e |

| SURVIE NETTE À 5 ANS | | |
|----------------------|------------------------------|-------------------|
| | Cancers de la tête et du cou | Cancers du larynx |
| Hommes | 34 % | 56 % |
| Femmes | 49 % | 59 % |

| TOPOGRAPHIE | RÉPARTITION | TYPE HISTOLOGIQUE | PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE |
|---|-------------|--|--|
| Cavité buccale | 20-25 % | Carcinome épidermoïde | Alcool et tabac (effet synergique) |
| Oropharynx | 10-15 % | | Alcool et tabac (effet synergique) HPV oncogènes ¹ |
| Hypopharynx | 25-30 % | | Alcool et tabac (effet synergique) |
| Larynx | 30-35 % | | Tabac (prédominant), alcool |
| Sinus Ethmoïde Fosses nasales | < 1 % | Adénocarcinome | Exposition professionnelle : poussières de bois, nickel, aldéhyde formique, acide chromique (2) (3) (4) (5) |
| Nasopharynx (ou rhinopharynx ou cavum) | < 1 % | Carcinome nasopharyngé (ex Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type, UCNT) | Virus d'Epstein Barr (EBV) Origine géographique ² (Bassin méditerranéen, Asie du Sud-Est) |

Il est indispensable d'encourager et d'accompagner l'arrêt du tabac et la réduction de la consommation d'alcool en prévention primaire, mais également en phase de traitement et après, car leur poursuite majeure notamment le risque de complications des traitements, de second cancer, et a un impact sur la survie. (6) (7) (8)

Le médecin généraliste, dans le cadre d'un accompagnement global et faisant suite à une décision partagée, intervient pour aider à l'arrêt du tabac et de l'alcool de ses patients atteints de cancer des VADS,

quel qu'en soit le stade. Un fumeur aura 80 % plus de chance d'arrêter le tabagisme s'il reçoit de l'aide d'un professionnel de santé. (6) (7)



► Bien que l'intoxication alcoolique et/ou tabagique soit le principal facteur de risque (90 % des cas de ces cancers), son absence ne devrait pas faire éliminer le diagnostic, en particulier dans l'oropharynx.

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Démarche diagnostique et bilan initial | 6 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Principales circonstances de découverte d'un cancer des VADS selon la topographie de la tumeur 6 ○ Interrogatoire et examen clinique 7 | |
| 2 | Bilan et soins spécialisés en oncologie | 8 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Bilan initial 8 ○ Bilan préthérapeutique 9 ○ Vue d'ensemble des modalités thérapeutiques de première intention 10 ○ Soins complémentaires 11 | |
| 3 | Soins et démarches partagés avec le médecin généraliste | 12 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Principaux effets indésirables précoces des traitements 12 ○ Soins de support 15 ○ Directives anticipées et personne de confiance 15 ○ Soins palliatifs 16 ○ Déclaration de « maladie professionnelle » 16 | |
| 4 | Suivi partagé | 17 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Rythme des examens de suivi 18 ○ Principales complications tardives des traitements 19 ○ Risque de second cancer et localisations 21 ○ Approche médicale globale 21 | |
| | Ressources (documents, sites internet, plateformes téléphoniques) | 22 |
| | Liste des participants et références | 24 |

1. WHO Classification of Head and Neck Tumours, 4^e éd. 2017.

2. Haute Autorité de santé (HAS), Institut national du cancer (INCa). Guide ALD, Cancer des voies aérodigestives supérieures, novembre 2009.

1 DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET BILAN INITIAL

| PRINCIPALES CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE D'UN CANCER DES VADS SELON LA TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR | |
|--|--|
| Cavité buccale | <ul style="list-style-type: none"> ■ Lésion érythroleucoplasique persistante |
| Oropharynx | <ul style="list-style-type: none"> ■ Ulcération infiltrée souvent indolore et persistante ■ Tuméfaction ■ Trouble de la mobilité linguale ■ Gêne ou douleur à la déglutition ■ Ootalgie réflexe (examen otoscopique normal) ■ Tache pigmentée (mélanome muqueux) |
| Hypopharynx Larynx | <ul style="list-style-type: none"> ■ Gêne ou douleur à la déglutition ■ Dyspnée ■ Dysphonie ■ Ootalgie réflexe (examen otoscopique normal) |
| Toutes topographies | <ul style="list-style-type: none"> ■ Adénopathie cervicale isolée (tumeurs très lymphophiles) ■ Altération de l'état général (asthénie, perte d'appétit et perte de poids) chez un patient à risque |

Le caractère unilatéral et/ou persistant plus de trois semaines des symptômes décrits dans le tableau ci-dessus, ou de tout autre symptôme ORL ou lésion buccale, doit systématiquement faire rechercher un cancer des VADS, souvent initialement pauci-symptomatique. L'expression première par une métastase à distance est rare. L'amélioration transitoire par un traitement antibiotique ne doit pas être un élément rassurant.



- ▶ Il est important d'examiner la cavité buccale et l'oropharynx des patients en cas de facteurs de risque, notamment une intoxication alcoolique et/ou tabagique. Mais attention également aux cancers de l'oropharynx HPV induits, qui apparaissent chez des patients plus jeunes, en bon état général et sans intoxication alcoolique-tabagique.
- ▶ Toute adénopathie cervicale isolée devrait faire l'objet en priorité d'un examen clinique de la sphère ORL et de la cavité buccale et, au moindre doute, d'un bilan auprès d'un ORL.

| INTERROGATOIRE ET EXAMEN CLINIQUE DEVANT UNE SUSPICION DE CANCER DES VADS |
|--|
| Recherche des facteurs de risque incluant les expositions professionnelles |
| Inspection complète de la cavité buccale et de l' oropharynx à l'aide d'un éclairage adapté (une animation est disponible sur le site Internet de l'Institut e-cancer.fr) |
| Palpation endobuccale (une animation est disponible sur le site Internet de l'Institut e-cancer.fr) |
| Recherche d'une ou plusieurs adénopathie(s) cervicale(s) , habituellement unilatérale(s), dure(s), fixée(s) et initialement indolore(s) (taille, topographie et caractéristiques à relever) |
| Recherche d'une otite séreuse unilatérale |
| Recherche et quantification d'une perte de poids |
| Évaluation du statut social et familial |

Lorsque la prescription de compléments nutritionnels oraux est jugée nécessaire au vu de la perte de poids, une supplémentation hyperprotidique et hyperénergétique instaurée en médecine générale, sans attendre la consultation en milieu spécialisé, est fortement bénéfique pour le patient.

À ce stade, toute suspicion diagnostique devrait conduire à une consultation ORL ou maxillo-faciale où sera réalisé un examen complet des VADS (notamment examen au miroir et au nasofibroscope si besoin, biopsie). Cette consultation devrait être organisée rapidement (dans les quinze jours), si possible directement par le médecin généraliste, afin de ne pas retarder la mise en oeuvre du traitement. Elle ne doit pas être différée par un examen d'imagerie. Les éléments psychosociaux contenus dans le dossier du patient sont transmis aux spécialistes d'organe.

2 BILAN ET SOINS SPÉCIALISÉS EN ONCOLOGIE

Les différents bilans et les traitements sont organisés en lien avec le médecin généraliste.

| BILAN INITIAL DEVANT UNE SUSPICION DE CANCER DES VADS | |
|--|--|
| Endoscopie des VADS (sous AG) (biopsies, évaluation de l'extension locorégionale, recherche d'une tumeur synchrone des VADS) | Systématique |
| Analyse histologique des biopsies (confirmation du diagnostic) | Systématique |
| Endoscopie de l'œsophage (recherche d'une tumeur synchrone) | Systématique chez les patients atteints d'un cancer de l'hypopharynx ou de l'oropharynx et/ou présentant une intoxication alcoolique chronique |
| TDM et/ou IRM selon la topographie tumorale (appréciation de l'extension tumorale locale et des aires ganglionnaires cervicales) | Systématique |
| TDM thoracique (recherche d'une localisation synchrone ou secondaire) | Systématique et souvent réalisée dans le même temps que la TDM cervicale |
| Endoscopie bronchique (recherche d'une localisation synchrone ou secondaire) | En cas d'image thoracique suspecte |
| TEP (recherche d'une localisation synchrone ou secondaire) | Indications : <ul style="list-style-type: none"> ■ risque élevé de métastases (tumeurs localement avancées) ■ adénopathies cervicales sans localisation primitive clairement identifiée ■ images douteuses sur la TDM thoracique |



Le dosage de marqueur tumoral sérique, que ce soit à visée diagnostique, préthérapeutique, pronostique ou pour le suivi ultérieur du patient, n'est pas indiqué en routine, y compris la recherche de l'EBV (Virus d'Epstein Barr).

| BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE D'UN CANCER DES VADS (qui ne doit pas retarder le début du traitement) | |
|---|--|
| Évaluation cardiovasculaire | <ul style="list-style-type: none"> ■ Fonction du contexte ■ Incluant une échographie cardiaque si une chimiothérapie est envisagée |
| Évaluation nutritionnelle initiale suivie de la restauration d'un bon équilibre nutritionnel par supplémentation orale (parfois par sonde nasogastrique, voire gastrostomie d'emblée) | <ul style="list-style-type: none"> ■ IMC ■ Pourcentage récent de perte de poids |
| Bilan dentaire | <ul style="list-style-type: none"> ■ Panoramique dentaire, suivi de soins dentaires (détartrage, élimination des foyers dentaires et extraction des dents délabrées et mobiles) ■ Selon le champ d'irradiation, le port de gouttières de fluoruration est prévu avec la radiothérapie et poursuivi à vie |
| Évaluation gériatrique | Dépistage de la fragilité gériatrique (G8, VES 13, FOG, etc.) si ≥ 75 ans et évaluation gériatrique si besoin (9) |
| Recherche et évaluation des comorbidités | |
| Bilan préthérapeutique de chirurgie reconstructive (lambeau libre de fibula par exemple) | Imagerie préopératoire |
| Évaluation auditive (si traitement par cisplatine envisagé) | Audiogramme |

La stratégie thérapeutique est définie en lien avec le médecin généraliste, et en accord avec le patient, sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cet avis est ensuite présenté au patient au cours d'une consultation d'annonce. L'ensemble de ces éléments est consigné dans le programme personnalisé de soins (PPS) remis au patient et adressé aux médecins qu'il aura désignés.

La stratégie thérapeutique d'un cancer des VADS repose sur la chirurgie et/ou la radiothérapie et/ou la chimiothérapie. Il s'agit de proposer un traitement carcinologiquement optimal en veillant à minimiser le risque de séquelles fonctionnelles locales (troubles de la déglutition, de la phonation et respiratoires).

La préservation de la qualité de vie du patient et de sa famille constitue un objectif permanent dès le début du parcours de soins et durant toute la durée de la maladie et du suivi. Elle doit être prise en compte pour déterminer les stratégies thérapeutiques.

Soins de support

Le recours aux différentes ressources, aux équipes spécialisées en soins oncologiques de support et au médecin généraliste doit être suffisamment précoce et anticipé. Ce souci d'anticipation doit être permanent pour le soulagement des symptômes physiques (douleurs (1) (10) (11) (12), asthénie, déficits fonctionnels, nutrition, etc.) et la prise en compte des souffrances psychologiques, sociofamiliales et existentielles. Pour les patients toujours en activité, la prise en compte des éventuelles répercussions sur la vie professionnelle est importante.

Les indications et les effets indésirables des traitements médicamenteux sont mentionnés dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) des AMM des molécules correspondantes, disponible dans la Base de données publique des médicaments. (13) (14)

Tout patient atteint d'un cancer des VADS bénéficie en milieu hospitalier d'une évaluation de ses fonctions de déglutition et de phonation et d'une rééducation éventuelle.

| VUE D'ENSEMBLE DES MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DE PREMIÈRE INTENTION (à préciser selon la localisation de la tumeur, son stade et l'état général du patient) La stratégie thérapeutique est décrite dans le PPS transmis au médecin généraliste | | |
|--|---|--|
| Chirurgie | Radiothérapie | Chimiothérapie conventionnelle et thérapies ciblées (13) |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Par voie externe ou interne (endoscopique ou robot chirurgical) ■ Exérèse complète avec marges de sécurité en préservant au maximum la fonction de l'organe ■ Curage ganglionnaire jugulo-carotidien qui, selon le siège de la tumeur et le stade, est : <ul style="list-style-type: none"> ● +/- étendu ● uni ou bilatéral ● fonctionnel ou radical (emportant une structure noble latéro-cervicale : nerf accessoire, veine jugulaire interne, etc.) ■ Reconstruction souvent nécessaire, par lambeaux, prothèses, implants, etc. ■ Souvent suivie de radiothérapie +/- chimiothérapie | <ul style="list-style-type: none"> ■ Radiothérapie par modulation d'intensité ou curiethérapie pour certaines tumeurs accessibles, de petit volume et bien limitées ■ En traitement principal ou en postopératoire ■ Sur la tumeur ou le lit tumoral, +/- les aires ganglionnaires ■ Nécessite une prophylaxie fluorée des dents en bon état qui sera démarrée avec la radiothérapie et poursuivie à vie (port de gouttières de fluoration) | <p>Principales molécules utilisées (voie IV) :</p> <p>Chimiothérapie conventionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sels de platine (cisplatine ou carboplatine) ■ 5-FU ■ Docetaxel <p>Thérapie ciblée</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cetuximab³ <p>Utilisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pour potentialiser la radiothérapie en postopératoire ou lorsque la chirurgie n'a pas été retenue ■ En traitement d'induction avant chirurgie et/ou radiothérapie (stratégie de préservation d'organe) |

À noter

- Les médicaments anticancéreux sont susceptibles de provoquer une baisse de la fertilité, voire une infertilité définitive ou non. L'intensité de cette atteinte est fonction du médicament prescrit. Une consultation dans une structure spécialisée dans la conservation des gamètes et des tissus germinaux (CECOS) peut être proposée.
- L'immunothérapie arrivera prochainement dans le traitement de deuxième ligne des cancers des VADS.
- En phase palliative, une chimiothérapie ou une radiothérapie (à visée antalgique, hémostatique, décompressive) peut être proposée au patient.

| SOINS COMPLÉMENTAIRES : RÉÉDUCATION ORTHOPHONIQUE ET KINÉSITHÉRAPIE | |
|--|---|
| <p>Rééducation d'une dysphagie qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ peut être responsable d'une altération de l'état nutritionnel du patient ■ majore le risque de pneumopathie d'inhalation (parfois insidieuse) | <p>Possibilités d'évaluation de la dysphagie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ examen de la déglutition sous contrôle par naso-fibroscopie ■ radioscopie de déglutition |
| <p>Rééducation de la voix ou de la phonation</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Objectif : optimiser la mobilité des structures de phonation restantes ■ À envisager précocement et à réaliser par des orthophonistes formés en cas de chirurgie à risque : glossectomie, laryngectomie partielle ou résection large de la cavité buccale et de l'oropharynx |
| <p>Rééducation par apprentissage de la voix œsophagienne</p> | <p>Après laryngectomie totale, avec ou sans prothèse trachéo-œsophagienne</p> |

3. Plus de 90 % des patients atteints de cancers épidermoïdes de la tête et du cou présentent une expression d'EGFR (récepteur du facteur de croissance épidermique) contrairement aux patients atteints d'un cancer colorectal (51 %). C'est la raison pour laquelle le traitement par cetuximab n'est pas conditionné au statut mutationnel pour un cancer des VADS.

3 SOINS ET DÉMARCHES PARTAGÉS AVEC LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Le médecin généraliste intervient à toutes les phases du parcours de soins des patients, dans le cadre d'un suivi conjoint avec l'équipe spécialisée, d'une part, et les autres professionnels du premier recours, d'autre part. En particulier, il participe au traitement symptomatique, notamment de la douleur, de l'asthénie, de la souffrance psychologique et des effets indésirables des traitements, mais également aux soins palliatifs, au soutien des proches, à l'accompagnement des démarches administratives en lien avec le cancer.

Le tableau ci-dessous décrit les principaux effets indésirables des traitements et la conduite à tenir. Les effets

indésirables des traitements médicamenteux sont mentionnés dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de l'AMM des molécules correspondantes, disponible dans la Base de données publique des médicaments. (13) (14)

En cas d'événement indésirable sévère (grave) qui pourrait être imputé au traitement anticancéreux, le traitement peut être suspendu et l'arrêt transitoire doit être confirmé par le cancérologue dans les vingt-quatre heures. D'une façon générale, l'interruption provisoire ou définitive d'un traitement anticancéreux, ainsi que les modifications de dose relèvent du médecin cancérologue.

| PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DES CANCERS DES VADS (conseils pratiques pour les patients dans le guide Cancer Info : Les traitements des cancers des VADS, voir page 23) | |
|--|---|
| Principaux effets indésirables | Conduite à tenir |
| CHIRURGIE | |
| Infection (généralement bactérienne) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Avis chirurgical demandé en cas de doute ■ Surveillance, soins infirmiers, antibiothérapie |
| Hémorragie | <ul style="list-style-type: none"> ■ Avis chirurgical |
| Fistule salivaire (pharyngostome ⁴ , orostome ⁵) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Arrêt de l'alimentation orale et gestion en milieu spécialisé |
| TRACHÉOTOMIE ET TRACHÉOSTOMIE (15) | |
| Déplacement de la canule | <ul style="list-style-type: none"> ■ Repositionnement de la canule |
| Formation de bouchons de mucus, voire obstruction de la canule | <ul style="list-style-type: none"> ■ Prévention : aspiration des sécrétions, changement de matériel, aérosols, humidification de l'air ■ En cas d'obstruction complète de la canule, elle doit être immédiatement retirée |
| Sténose trachéale | <ul style="list-style-type: none"> ■ Chirurgie sous AL ou AG |

| PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DES CANCERS DES VADS (conseils pratiques pour les patients dans le guide Cancer Info : Les traitements des cancers des VADS, voir page 23) | |
|--|--|
| Principaux effets indésirables | Conduite à tenir |
| RADIOTHÉRAPIE (16) | |
| Dermite des zones exposées | <ul style="list-style-type: none"> ■ Application de crème hydratante après la séance de radiothérapie (selon les produits conseillés par l'équipe de radiothérapie) |
| Radiomucite des VADS (15) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Prévention par une bonne hygiène bucco-dentaire (brosse à dents chirurgicale souple) ■ Bains de bouche au bicarbonate 1,4 %, cinq à six fois/jour ; les bains de bouche à base d'alcool sont contre-indiqués, car ils dessèchent la muqueuse ■ Antalgiques locaux ou systémiques ■ Hospitalisation parfois nécessaire si la toxicité est importante |
| Candidose oropharyngée | <ul style="list-style-type: none"> ■ Antifongiques |
| Dénutrition | <ul style="list-style-type: none"> ■ Suppléments nutritionnels +/- avis nutritionniste ■ Si nécessaire, nutrition entérale (souvent posée en prophylactique avant le début de la radiothérapie), rarement parentérale ■ Gastrostomie prophylactique systématique en cas de radio-chimiothérapie incluant l'oropharynx |
| CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE ET THÉRAPIE CIBLÉE (13) (14) | |
| Fatigue Multifactorielle : maladie elle-même, chimiothérapie, perte d'appétit, anémie. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Siestes courtes, relaxation ■ Activité physique régulière adaptée à encourager ■ Éliminer d'autres causes de fatigue : TSH, bilan d'anémie (carence martiale, vitaminique, ionogramme sanguin, etc.) ■ Rechercher un syndrome dépressif, des troubles du sommeil, des douleurs |
| Nausées, vomissements (15) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Antiémétiques prescrits lors des cures de chimiothérapie et des périodes d'inter-cures à domicile ■ Le choix de l'antiémétique est fonction du caractère +/- émettant de la chimiothérapie (sels de platine : très fortement émetteurs – 5-FU et docetaxel : faiblement émetteurs – cetuximab : très faiblement émetteur) ■ Préconiser les règles hygiéno-diététiques : aliments tièdes ou froids, fractionner les repas, manger lentement |
| Perte d'appétit | <ul style="list-style-type: none"> ■ Une consultation avec un diététicien peut s'avérer nécessaire ■ Prescription de compléments alimentaires possible |
| Diarrhées | <ul style="list-style-type: none"> ■ Traitement anti-diarrhéique ■ Privilégier les aliments pauvres en fibres |
| Risque d'entérococolite sous docetaxel | <ul style="list-style-type: none"> ■ Toute diarrhée avec un des signes d'alarme suivants : fièvre, déshydratation, douleurs abdominales, sang dans les selles, survenue dans la semaine suivant la dernière administration, neutropénie, hypokaliémie, insuffisance rénale ou hépatique, impose un avis spécialisé en urgence |

4. Fistule entre le pharynx et la peau.

5. Fistule entre la cavité buccale et/ou l'oropharynx et la peau.

| PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DES CANCERS DES VADS (conseils pratiques pour les patients dans le guide Cancer Info : Les traitements des cancers des VADS, voir page 23) | |
|--|--|
| Principaux effets indésirables | Conduite à tenir |
| CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE ET THÉRAPIE CIBLÉE (13) (14) | |
| Mucite (15) (notamment 5-FU) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Prévention par une bonne hygiène bucco-dentaire (brosse à dents chirurgicale souple) ■ Bains de bouche au bicarbonate 1,4 %, cinq à six fois/jour ; les bains de bouche à base d'alcool sont contre-indiqués, car ils dessèchent la muqueuse. ■ Antalgiques locaux ou systémiques ■ Hospitalisation parfois nécessaire si la toxicité est importante |
| Anémie, neutropénie, thrombopénie | <ul style="list-style-type: none"> ■ Prescription initiale hospitalière de facteurs de croissance granulocytaires selon les protocoles et les facteurs de risques ■ Si T° > 38,5°C : NFS et antibiothérapie au moins jusqu'à la sortie de la neutropénie ■ Hospitalisation si mauvaise tolérance ou patient fragile ■ Avis spécialisé au moindre doute |
| Neuropathies (sels de platine) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Détection clinique + questionnaire DN4⁶ ■ Traitement symptomatique par antalgiques |
| Alopécie temporaire (et perte des cils et poils) (docetaxel) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Prothèse capillaire ■ Le casque réfrigérant peut parfois limiter la chute des cheveux |
| Toxicité cutanée et syndrome main-pied (5-FU et cetuximab) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Prévention : hydratation, port de vêtements amples et éviter : <ul style="list-style-type: none"> • frottements • marche prolongée, course à pied • exposition des mains et des pieds à la chaleur • pansements et bandages adhésifs serrés ■ Soins locaux : appliquer quotidiennement une crème émoullissante et utiliser un savon surgras ■ Antalgiques ■ Réactions cutanées fréquentes (rash acnéiforme) sous cetuximab : <ul style="list-style-type: none"> • la prescription en prophylactique de tétracyclines pendant six à huit semaines et de crème à base d'hydrocortisone 1 % doit être envisagée • la prescription en curatif de tétracyclines et de dermocorticoïdes peut être envisagée |
| Toxicité unguéale (docetaxel) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Ne pas couper les ongles à ras ■ Prévention par application de vernis hydratant à base de silicium trois fois / semaine (NR) ■ Ne pas utiliser de dissolvant avec acétone |
| Périonyxis (cetuximab) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Ne pas couper les ongles à ras ■ Traitement corticoïde local en l'absence de signe de surinfection |
| Toxicité rénale (cisplatine) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Maintien d'une bonne hydratation orale la veille et les jours suivant l'administration du sel de platine. ■ Surveillance de la fonction rénale (créatininémie et clairance de la créatinine) ■ L'administration concomitante de médicaments néphrotoxiques (tels que les aminosides) potentialise l'effet toxique du cisplatine au niveau rénal |
| Acouphènes, perte d'audition (sels de platine) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Surveillance clinique ■ Audiogramme si besoin (en cas de symptômes dont le patient est informé) |

| PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DES CANCERS DES VADS (conseils pratiques pour les patients dans le guide Cancer Info : Les traitements des cancers des VADS, voir page 23) | |
|--|---|
| Principaux effets indésirables | Conduite à tenir |
| CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE ET THÉRAPIE CIBLÉE (13) (14) | |
| Photosensibilisation (5-FU) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Photoprotection |
| Pour information, il existe des toxicités rares, précoces (survenant à la première administration de 5-FU) et sévères (stomatite, diarrhée, neutropénie, encéphalopathie) qui seraient attribuées à un déficit en dihydropyrimidine deshydrogénase (DPD), enzyme participant au catabolisme du 5-FU. | |



► Les professionnels de santé ont l'obligation de déclarer tout effet indésirable suspecté. (14)

› Soins de support

L'accompagnement au sevrage tabagique (6) (7)

L'arrêt du tabac est indispensable. Le médecin généraliste, dans le cadre d'un accompagnement global et faisant suite à une décision partagée, intervient pour aider au sevrage tabagique de ses patients atteints de cancer des VADS, quel qu'en soit le stade. Les traitements par substituts nicotiques (patchs, gommes, etc.) sont remboursés à hauteur de 150 € par an (condition: ordonnance consacrée exclusivement à ces produits, aucun autre traitement ne doit y figurer). (6) (7)

L'accompagnement au sevrage alcoolique (1) (8)

Les médecins généralistes peuvent repérer, aider et accompagner les consommateurs à risque ceci dans l'écoute et l'orientation des patients souhaitant se faire aider. Si le patient est dépendant, le médecin généraliste peut l'orienter vers d'autres intervenants.

État nutritionnel (1) (15)

Tous les patients atteints d'un cancer des VADS (dénutris, en poids stable ou en surcharge pondérale) sont à surveiller sur le plan nutritionnel, en cas de difficultés socioprofessionnelles, d'intoxication alcool-tabagique et de la présence de douleurs et de dysphagie. La prescription de traitements antalgiques, d'anesthésiques locaux peut être nécessaire à une bonne prise alimentaire orale.

Évaluation de la douleur (1) (10) (11) (12)

La recherche d'une symptomatologie douloureuse devrait être systématique chez tout patient atteint d'un cancer des VADS. Liées au cancer ou aux traitements, ces douleurs altèrent fortement la qualité de vie. Si les symptômes douloureux ne sont pas rapidement contrôlés par les traitements classiques, le patient sera orienté vers un médecin algologue ou un centre de la douleur.

› Directives anticipées et personne de confiance⁷ (1)

Le patient doit être informé de la possibilité de :

- rédiger des directives anticipées (17) pour le cas où il serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révoquables à tout moment (disposition de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite Loi Léonetti) ;
- choisir une personne de confiance (18), qui peut l'accompagner lors des entretiens médicaux, l'aider dans ses décisions et être consultée s'il se trouve dans l'incapacité de recevoir des informations sur son état de santé et d'exprimer sa volonté. La personne de confiance est choisie par le patient et désignée par écrit à son entrée à l'hôpital. Elle appartient ou non à sa famille. Le patient peut revenir sur son choix à tout moment.

6. Outil de dépistage des douleurs neuropathiques, disponible sur <http://www.sfetd-douleur.org/outils-specifiques>

7. Des modèles de directives anticipées et de désignation d'une personne de confiance sont indiqués dans les ressources situées page 23

› Soins palliatifs (19) (20) (21) (22)

Les soins palliatifs sont considérés en cas de maladie trop avancée (non accessible à un traitement locorégional curatif ou en cas de maladie métastatique). L'accompagnement par une équipe de soins palliatifs peut être proposé tôt dans l'évolution de la maladie, y compris lorsque les traitements spécifiques (chimiothérapie palliative) sont poursuivis.

Dans cette phase avancée de cancer, l'implication de la médecine générale est d'assurer le suivi du patient et l'accompagnement de fin de vie. Le patient peut se référer au médecin généraliste en dehors de l'hôpital. Celui-ci assure les soins en ambulatoire, en lien avec l'équipe spécialisée. Il coordonne l'action des soignants et des équipes mobiles auxquelles il peut faire appel : au réseau de soins palliatifs à domicile ou à l'hospitalisation à domicile (HAD).

La place des aidants est déterminante. Des bénévoles formés à l'écoute et à l'accompagnement sont présents dans certaines structures de soins palliatifs ou peuvent se déplacer à domicile.

Un annuaire national des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement est disponible sur le site Internet de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (19).

› Déclaration de « maladie professionnelle » (2) (3) (4) (5)

La découverte d'un cancer des VADS fait rechercher une exposition professionnelle. Tout doute sur une exposition professionnelle doit faire l'objet d'un certificat médical initial, rédigé par les médecins spécialistes ou le médecin généraliste, établissant le lien possible entre la maladie et son origine professionnelle.

La liste actualisée des tableaux du régime général ou agricole des cancers professionnels des VADS est consultable sur le site de l'INRS (5).

La déclaration de « maladie professionnelle » (délivrée par la caisse d'assurance maladie du patient ou disponible sur ameli.fr) est ensuite réalisée par le patient lui-même et adressée avec le certificat médical initial à sa caisse d'assurance maladie pour faire la demande de reconnaissance de la pathologie en maladie professionnelle.

4 SUIVI PARTAGÉ

Les objectifs du suivi d'un cancer des VADS sont :

- Déceler les récurrences locales (**survenant à 90 % les trois premières années**) ou à distance.
- Rechercher et traiter les complications tardives liées aux traitements et les séquelles, veiller à la qualité de vie et organiser les soins de support nécessaires.
- Encourager le sevrage alcool-tabagique s'il y a lieu.
- Déceler un second cancer primitif lié à l'alcool et/ou au tabac, dont le risque de survenue persiste avec le temps.

- S'assurer du suivi buccodentaire, de la réhabilitation dentoprothétique et du port des gouttières de fluoruration (chirurgien-dentiste).
- Avoir une approche médicale globale sur les différents risques à prévenir pour la santé du patient.
- Permettre un accompagnement médico-social et une aide à la réinsertion professionnelle si cela est pertinent.

En pratique, le suivi est organisé par le(s) médecin(s) spécialiste(s) référent(s) (ORL, chirurgien maxillo-facial, oncologue médical et/ou oncologue radiothérapeute) de manière conjointe avec le médecin généraliste.

Un échange régulier d'informations dans les deux sens est indispensable. Le chirurgien-dentiste, le médecin nutritionniste ou gastro-entérologue, le pharmacien, l'orthophoniste, l'infirmier(e), etc., sont également impliqués dans le suivi de ces patients.

Une éducation du patient sur les signes évocateurs d'une récurrence ou d'une deuxième localisation est systématique, en particulier réapparition de douleurs, gêne à la déglutition, modification de la voix, gêne à la respiration, ainsi que sur la nécessité de consulter rapidement dans ces cas.



- ▶ La récurrence est asymptomatique dans près de 40 % des cas.
- ▶ Une récurrence doit être évoquée devant toute perte de poids ou nouvelle douleur exprimée par le patient. Le caractère permanent et/ou progressif de tout symptôme doit être considéré comme suspect.

| RYTHME DES EXAMENS DE SUIVI D'UN CANCER DES VADS (calendrier s'appuyant sur les recommandations émises par la SFORL et devant être adapté aux besoins du patient) | | |
|---|--|--|
| Suivi | Examens | Rythme/indications |
| Clinique | <ul style="list-style-type: none"> ■ Interrogatoire : signes fonctionnels, consommation alcoolo-tabagique ■ Examen clinique : VADS (incluant palpation des aires ganglionnaires cervicales et nasofibroscopie), poids, état nutritionnel, appréciation de la phonation, déglutition et respiration, état dentaire, surveillance de la gastrostomie, du trachéostome avec ou sans prothèse phonatoire | <ul style="list-style-type: none"> ■ 4 à 8 semaines après la fin du traitement ■ puis tous les 2 mois la première année ■ puis tous les 3 mois la deuxième année ■ puis tous les 4 mois la troisième année ■ puis tous 6 mois à partir de la quatrième année, à vie (sauf cas particuliers pour lesquels la surveillance sera limitée aux cinq premières années) |
| Endoscopique | <ul style="list-style-type: none"> ■ Endoscopie des VADS sous AG, avec biopsie sur zone douteuse | <ul style="list-style-type: none"> ■ Chez les patients symptomatiques et si l'examen clinique est douteux ou incomplet |
| Radiologique | <ul style="list-style-type: none"> ■ TDM et/ou IRM | <ul style="list-style-type: none"> ■ Une imagerie post-thérapeutique, réalisée entre 3 et 6 mois, permet la recherche d'un reliquat lésionnel et offre une référence pour le suivi ■ En cas de suspicion clinique de récurrence, une TDM ou une IRM est réalisée |
| | <ul style="list-style-type: none"> ■ TEP | <ul style="list-style-type: none"> ■ En cas de suspicion clinique de récurrence, notamment non visible sur la TDM ou l'IRM ■ En cas d'adénopathie clinique ou radiologique persistante |
| Bucco-dentaire | <ul style="list-style-type: none"> ■ Suivi de la cavité buccale ■ Les actes buccodentaires invasifs (extraction dentaire, biopulpectomie) localisés dans le champ d'irradiation sont réalisés sous couvert d'antibioprophylaxie ■ Les implants en zone irradiée sont réalisés en secteur hospitalier par des équipes spécialisées | <ul style="list-style-type: none"> ■ Deux fois par an au minimum, en fonction du terrain du patient |
| Biologique | <ul style="list-style-type: none"> ■ TSH | En cas d'irradiation thyroïdienne : <ul style="list-style-type: none"> ■ tous les 6 mois pendant deux ans ■ puis tous les ans |



▶ **Aucun dosage de marqueur tumoral sérique n'est indiqué dans le suivi des patients.**

D'autres examens peuvent être nécessaires en présence de signes d'appel, comme un suivi par échodoppler carotidien au moindre signe clinique chez les patients ayant reçu une irradiation cervicale.

Le médecin généraliste, dans le cadre d'un accompagnement global et conjoint avec l'équipe spécialisée, participe au suivi après la fin du traitement actif, avec notamment la gestion des effets indésirables tardifs, la recherche de signes évocateurs d'une réci-

diver ou d'une seconde localisation et la gestion des comorbidités.

Le tableau ci-contre décrit les principaux effets indésirables tardifs des traitements et la conduite à tenir. Les effets indésirables des traitements médicamenteux sont mentionnés dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de l'AMM des molécules correspondantes, disponible dans la Base de données publique des médicaments. (13) (14)

| PRINCIPALES COMPLICATIONS TARDIVES DES TRAITEMENTS DES CANCERS DES VADS | |
|---|--|
| Effets indésirables | Conduite à tenir |
| CHIRURGIE | |
| Lymphœdème facial | <ul style="list-style-type: none"> ■ Kinésithérapie : massages, drainage lymphatique |
| Fistule salivaire (plus souvent précoce) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Arrêt de l'alimentation orale et gestion en milieu spécialisé |
| Dysphonie, aphonie | <ul style="list-style-type: none"> ■ Rééducation orthophonique et accompagnement phoniatrice |
| Dysphagie | <ul style="list-style-type: none"> ■ Adaptation des textures alimentaires ■ Diététicien et/ou médecin nutritionniste ■ Rééducation orthophonique et accompagnement phoniatrice ■ +/- Alimentation entérale |
| Survenue de fausses routes, en particulier après une laryngectomie partielle, pouvant entraîner des pneumopathies d'inhalation | <ul style="list-style-type: none"> ■ Rééducation orthophonique (en centre spécialisé si nécessaire) |
| Sclérose et/ou douleurs cervicales à type de striction, aggravées par les curages et la radiothérapie | <ul style="list-style-type: none"> ■ Kinésithérapie |
| Sténose pharyngo-œsophagienne | <ul style="list-style-type: none"> ■ Dilatation sous anesthésie générale |
| CURAGE GANGLIONNAIRE | |
| Scapulalgies par atteinte du nerf accessoire (déficit à l'élévation de l'épaule au-dessus de la tête) ou de racines nerveuses cervicales, pouvant aboutir à terme à une capsulite rétractile | <ul style="list-style-type: none"> ■ Kinésithérapie précoce et traitement antalgique |
| Lymphocèle sus-claviculaire gauche | <ul style="list-style-type: none"> ■ Avis chirurgical si douleurs, inflammation locale, compression |
| TRACHÉOTOMIE ET TRACHÉOSTOMIE (15) | |
| Déplacement de la canule | <ul style="list-style-type: none"> ■ Repositionnement de la canule |
| Formation de bouchons de mucus, voire obstruction de la canule | <ul style="list-style-type: none"> ■ Prévention : aspiration des sécrétions, changement de matériel, aérosols, humidification de l'air ■ En cas d'obstruction complète de la canule, elle doit être retirée immédiatement |
| Sténose trachéale | Chirurgie sous AL ou AG |
| RADIOTHÉRAPIE (SUIVI ANNUEL PAR L'ONCOLOGUE RADIOTHÉRAPEUTE) (16) | |
| Complications fréquentes | |
| Hyposalie, voire asialie, entraînant une xérostomie | <ul style="list-style-type: none"> ■ Conseiller de boire de l'eau régulièrement ■ Les substituts salivaires et sialogogues peuvent être proposés au cas par cas (si patient demandeur) ■ Surveiller les complications locales de la xérostomie, notamment les surinfections candidosiques et l'augmentation du risque de caries |
| Pathologies dentaires (caries) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Prévention : bonne hygiène bucco-dentaire (brossage des dents après chaque repas avec un dentifrice enrichi au fluor) et port de gouttières de fluoruration poursuivies à vie ■ Bilan dentaire au minimum deux fois par an |

| PRINCIPALES COMPLICATIONS TARDIVES DES TRAITEMENTS DES CANCERS DES VADS | |
|--|--|
| Effets indésirables | Conduite à tenir |
| RADIOTHÉRAPIE (SUIVI ANNUEL PAR L'ONCOLOGUE RADIOTHÉRAPEUTE) (16) | |
| Complications fréquentes | |
| Fibrose cervicale | ■ Kinésithérapie : massages, rééducation |
| Lymphœdème cervical (jabot sous mental) | ■ Kinésithérapie : massages, drainage lymphatique |
| Hypothyroïdie (si irradiation thyroïdienne) | ■ Dosage de la TSH tous les six mois pendant deux ans puis tous les ans |
| Sténose carotidienne | ■ Avis spécialisé |
| Complications plus rares | |
| Limitation de l'ouverture buccale | ■ Rééducation spécifique (mécanothérapie) précoce |
| Nécrose des muqueuses jusqu'à ostéoradionécrose des mâchoires, en particulier pour les cancers oropharyngés ou de la cavité buccale | ■ Avis chirurgical rapide ■ Vigilance chez les patients traités notamment par des médicaments anti-résorptifs pour l'ostéoporose |
| Dysphonie, aphonie | ■ Rééducation orthophonique et accompagnement phoniatrique |
| Dysphagie | ■ Adaptation des textures alimentaires ■ Diététicien et/ou médecin nutritionniste ■ Rééducation orthophonique et accompagnement phoniatrique ■ +/- Alimentation entérale |
| Sténose pharyngo-œsophagienne | ■ Dilatation sous anesthésie générale |
| CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE ET THÉRAPIES CIBLÉES (13) (14) | |
| Toxicité rénale (cisplatine) | ■ Surveillance de la fonction rénale (créatininémie et clairance de la créatinine) ■ L'administration concomitante de médicaments néphrotoxiques (tels que les aminosides) potentialise l'effet toxique du cisplatine au niveau rénal |
| Acouphènes, perte d'audition (sels de platine) | ■ Surveillance clinique ■ Audiogramme si besoin +/- appareillage auditif |
| Neuropathies (sels de platine) | ■ Détection clinique + questionnaire DN4 ⁸ ■ Traitement symptomatique par antalgiques |



► Passé le délai des trois premières années pendant lesquelles l'attention doit être portée sur le risque de récurrence locale, la surveillance doit se focaliser sur le dépistage d'une deuxième localisation dont le risque persiste avec le temps.

► Il est important d'informer le patient du risque de seconde localisation et des symptômes d'alerte.

| RISQUE DE SECOND CANCER APRÈS UN CANCER DES VADS ET LOCALISATIONS | | |
|---|----------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Fréquent : environ 1 patient sur 5 (surrisque le plus élevé) ■ Apparition rapide : incidence cumulée proche de 10 % à cinq ans ■ Pronostic vital des patients fortement entaché | Poumon | TDM thoracique si possible faible dose sans injection de produit de contraste tous les ans chez les patients n'ayant pas arrêté le tabac depuis au moins quinze ans |
| | VADS | Examen clinique, complété par l'imagerie et l'endoscopie au moindre doute |
| | Œsophage | Option : endoscopie tous les deux ans |

| APPROCHE MÉDICALE GLOBALE | |
|---------------------------------------|---|
| Lutte contre les facteurs de risque | <ul style="list-style-type: none"> ■ Aide à l'arrêt du tabagisme (6) (7) ■ Aide à l'arrêt de la consommation d'alcool (8) ■ Encouragement à la pratique ou à la poursuite d'une activité physique adaptée à la personne et à ses capacités (23) (24) |
| Vaccinations | <ul style="list-style-type: none"> ■ Tous les vaccins vivants atténués sont contre-indiqués pendant la chimiothérapie et au moins six mois après la fin de celle-ci ■ Les vaccinations doivent être conformes aux recommandations vaccinales spécifiques chez les patients sous chimiothérapie préconisées par le Haut Conseil de la santé publique (25) |
| Dépistages organisés d'autres cancers | <ul style="list-style-type: none"> ■ Cancer colorectal chez les patients de 50 à 74 ans ■ Cancer du sein chez les patientes de 50 à 74 ans ■ Cancer du col de l'utérus chez les patientes de 25 à 65 ans (en cours de généralisation) |

8. Outil de dépistage des douleurs neuropathiques, disponible sur <http://www.sfetd-douleur.org/outils-specifiques>

RESSOURCES (DOCUMENTS, SITES INTERNET, PLATEFORMES TÉLÉPHONIQUES)

Documents et sites Internet

Pour les médecins généralistes

- (1) Document « Organisation des soins en cancérologie », INCa, juillet 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : www.e-cancer.fr
- (2) « Cancers professionnels : pourquoi et comment déclarer en maladie professionnelle ? », INCa, avril 2015, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (3) Fiche repère « Cancers professionnels », INCa, janvier 2012, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (4) « Surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'effet cancérigène des poussières de bois », Société française de médecine du travail, janvier 2011, disponible : e-cancer.fr
- (5) Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), avec les tableaux sur les cancers des VADS d'origine professionnelle : inrs.fr
- (6) Fiche pour la pratique « L'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer », INCa, septembre 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (7) Dossier Web sur l'aide au sevrage tabagique sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (8) Liste des structures d'aides pour la dépendance à l'alcool : alcool-info-service.fr
- (9) Dossier Web sur l'oncogériatrie sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (10) Fiche repère « La douleur en cancérologie », disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (11) Centre national de ressources de lutte contre la douleur : cnrd.fr
- (12) Ministère des Solidarités et de la Santé : dossier sur les structures spécialisées douleur chroniques, avec annuaire national : solidarites-sante.gouv.fr
- (13) Base de données publique exhaustive et gratuite sur les médicaments disponibles en France qui donne toute information sur les AMM des molécules, leurs effets indésirables, les avis de la HAS, leurs prix et leurs conditions de prescription : base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr
- (14) Pour déclarer un effet indésirable médicamenteux sur le site Internet de l'ANSM : ansm.sante.fr
- (15) Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS) : afsos.org
- (16) Document « Médecin traitant et patient en radiothérapie : conseils pratiques », INCa 2008, disponible sur e-cancer.fr
- (17) Modèle de directives anticipées : service-public.fr
- (18) Modèle pour la désignation d'une personne de confiance : service-public.fr
- (19) Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), qui permet notamment de rechercher une structure de soins palliatifs et une association par localisation géographique sur tout le territoire : sfap.org
- (20) Fédération des réseaux de santé en soins palliatifs en Île-de-France, qui permet de trouver les coordonnées des réseaux membres de la fédération : respalif.com
- (21) Union des associations pour le développement des soins palliatifs (UNASP), qui propose des définitions simples et claires pour expliquer les soins palliatifs, ainsi que les coordonnées des associations pour le développement des soins palliatifs (ASP) qui mettent à la disposition des malades leurs accompagnants bénévoles pour les aider, ainsi que leurs familles, à l'occasion d'une phase critique ou au moment de la phase terminale : soins-palliatifs.org
- (22) Conférence de consensus : « L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches », HAS/SFAP : www.has-sante.fr

- (23) « Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques » /Synthèse, coll. États des lieux et des connaissances, INCa, mars 2017 : e-cancer.fr
- (24) Fiche repère « Activité physique et cancer », INCa 2012, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- (25) Tableau récapitulatif des recommandations vaccinales pour les patients adultes ayant reçu une chimiothérapie : <http://professionnels.vaccination-info-service.fr>

Pour les patients et leurs proches

- Guides Cancer info, disponibles gratuitement sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr, dont en particulier :
 - Les traitements des cancers des VADS
 - Démarches sociales et cancer
 - Participer à un essai clinique en cancérologie
 - Douleur et cancer
 - Fatigue et cancer
 - Vivre pendant et après un cancer
- Dossier Web sur les **maladies professionnelles** sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
- **Tabac Info Service** : tabac-info-service.fr
- **Alcool Info Service** : alcool-info-service.fr : pour poser des questions auxquelles des professionnels répondront sous quarante-huit heures

Plateformes téléphoniques

- **Centre national de ressources Soins Palliatif** : « Accompagner la fin de la vie ; s'informer, en parler » : au **0811 020300** (prix d'un appel local) : informations sur les structures d'accueil et l'offre de soins, les droits des malades et de leurs familles, orientation vers les dispositifs d'aide et d'accompagnement (associations locales), écoute et espace de parole.
- **Ligne Cancer info** (service proposé par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue contre le cancer) au **0805 123 124** (service et appel gratuits) : une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond aux questions d'ordre pratique, médical et social du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Un service d'écoute animé par des psychologues et une permanence juridique proposés par la Ligue contre le cancer sont également disponibles du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures.
- **Tabac Info Service** : **3989** (appel non surtaxé) : un spécialiste répond aux questions. Possibilité de bénéficier d'un suivi personnalisé et gratuit par un tabacologue.
- **Alcool Info Service** : **0980 980930** (de 8 heures à 2 heures, 7 jours/7, coût d'un appel local) : des professionnels formés aux problèmes d'usage et de dépendance à l'alcool proposent une écoute sans jugement et confidentielle, des informations précises, une aide personnalisée et des orientations adaptées à la situation.

LISTE DES PARTICIPANTS ET RÉFÉRENCES

Organismes professionnels sollicités ayant proposé des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail /relecture

- Collège de la médecine générale (CMG)
- Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou (SFORL)
- Société française de carcinologie cervico-faciale (SFCCF)
- Société française de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale (SFSCMF)
- Société française d'oncologie médicale (SoFOM)
- Société française de pathologie (SFP)
- Société française de radiologie (SFR)
- Société francophone d'imagerie tête et cou (CIREOL)
- Société française de médecine nucléaire (SFMN)
- Société française de chirurgie orale (SFCO)
- Association française des infirmier(e)s de cancérologie (AFIC)

Groupe de travail

- **Pr Emmanuel BABIN**, ORL, chirurgien cervico-facial, CHU de Caen
- **Pr Cécile BADOUAL**, anatomopathologiste, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris
- **Pr Olivier BONIN**, médecin généraliste, Oullins et faculté de médecine Lyon-Sud Charles Mérieux
- **Dr Amandine BRUYAS**, oncologue médicale, Hospices civils de Lyon
- **Dr Fabrice CAMPANA**, chirurgien oral, hôpital de La Timone, AP-HM, Marseille
- **Dr Clément CHARRA**, médecin généraliste, Ladoix-Serrigny
- **Dr Franck DARLOY**, oncologue radiothérapeute, clinique du Pont Saint-Vaast, Douai
- **Dr Hugo DELUBAC**, médecin généraliste, Arles
- **Dr Frédérique DUBRULLE**, radiologue, hôpital Huriez Centre Sud, Lille
- **Pr Bernard FRECHE**, médecin généraliste, Royan et université de Poitiers
- **Dr Hélène GAUTHIER**, oncologue médicale, hôpital Saint-Louis, Paris
- **M. Pascal GRALL**, pharmacien d'officine, Saint-Cloud
- **Dr Jean-Claude MEROL**, ORL, CHU de Reims

- **Pr Sylvain MORINIÈRE**, ORL, chirurgien cervico-facial, CHU Bretonneau, Tours
- **Dr Bérengère PAOLI**, pharmacien, CH Mont-de-Marsan
- **Dr Marcel RUETSCH**, médecin généraliste, Dessenheim
- **Pr Pierre Yves SALAÛN**, médecin nucléaire, CHRU de Brest
- **Dr Thomas WOJCIK**, chirurgien maxillo-facial, centre Oscar-Lambret, Lille

Chaque expert du groupe de travail a renseigné une déclaration d'intérêts, publiée sur le site de l'Institut national du cancer. L'analyse des liens d'intérêts réalisée par l'Institut n'a pas mis en évidence de risque de conflits d'intérêts.

Relecture nationale

- **Dr Michaël ACHACHE**, ORL, Hôpital européen, Marseille
- **Dr Catherine ARTVIGA**, gériatre, CH Hôtel-Dieu, Pont-l'Abbé
- **Dr Laure AUMONT**, médecin généraliste, Toulouse
- **Dr Anne-Catherine BAGLIN**, pathologiste, hôpital Lariboisière, Paris
- **Dr Cécile BEDFERT**, ORL, Vannes
- **Dr Julie BEMER**, chirurgien-dentiste, hôpital Flaubert, Le Havre
- **Dr Farida BENOUDIBA**, neuroradiologue, CHU du Kremlin-Bicêtre
- **Dr Louis BERTHET**, médecin nucléaire, Dijon
- **Pr Chloé BERTOLUS**, chirurgien maxillo-facial, hôpital de la Pitié-Salpêtrière et université Paris VI
- **Dr David BLANCHARD**, ORL, centre François-Baclesse, Caen
- **Dr Dominique BLOT**, médecin généraliste, Nîmes
- **Dr Christophe BOICHOT**, médecin nucléaire, Saint-Rémy
- **Pr Sylvie BOISRAMÉ**, chirurgien oral, CHRU de Brest
- **Dr Gérard BONARDEL**, médecin nucléaire, Saint-Denis

- **Dr Maria Mercè BONET**, médecin généraliste, Le Perthus
- **Dr François BOUILLOUD**, ORL, clinique mutualiste La Sagesse, Rennes
- **Pr Dominique BREILH**, pharmacien hospitalier, CHU de Bordeaux
- **Dr Guillaume BUIRET**, ORL, CH de Valence
- **Pr Pierre CLAVERE**, oncologue radiothérapeute, CHU de Limoges
- **Dr Coralie CLODIC**, ORL, CH de Cornouaille, Quimper
- **Pr Frédéric COURBON**, médecin nucléaire, Institut universitaire du cancer de Toulouse-Oncopole
- **Dr Nicolas DANEL BUHL**, médecin nutritionniste, groupement hospitalier de territoire de l'Artois
- **Dr Amaury DASTE**, oncologue médical, CHU de Bordeaux, hôpital Saint-André
- **Dr Olivier DE MONREDON**, ORL, chirurgien cervico-facial, Capio clinique de l'Atlantique, Puilboreau
- **Dr Dominique de RAUCOURT**, ORL, centre François-Baclesse, Caen
- **Mme Monique DEBARD**, infirmière, CH de Pau
- **Dr Christophe DEBELLEIX**, oncologue radiothérapeute, clinique Tivoli, Bordeaux
- **Dr Laurence DIGUE**, oncologue médicale, CHU de Bordeaux, hôpital Saint-André
- **Mme Eliane DUBOIS**, infirmière, centre Georges-François Leclerc, Dijon
- **Dr Anne-Laure EJEIL**, chirurgien oral, hôpital Bretonneau, Paris
- **Dr Cyril FAURE**, hématologue, groupe hospitalier de la Haute-Saône, Vesoul
- **Pr Philippe FERNANDEZ**, médecin nucléaire, CHU de Bordeaux
- **Mme Hélène FORTIN**, chargée de mission Santé publique, URPS chirurgiens-dentistes, Nouvelle-Aquitaine
- **Pr Jean-Christophe FRICAIN**, chirurgien oral, CHU de Bordeaux
- **Dr Muriel GARCIA-RAMIREZ**, oncologue radiothérapeute, CH de Libourne
- **Mme Ombeline GAUTIER**, infirmière, centre François-Baclesse, Caen
- **Dr Philippe GICQUEL**, ORL, CH Georges Renon, Niort
- **Pr Laurent GUYOT**, chirurgien maxillo-facial, CHU de Marseille, hôpital Nord
- **Dr Alison JOHNSON**, oncologue médicale, centre François-Baclesse, Caen
- **Dr Iphigénie KORAKIS**, médecin généraliste, Institut universitaire du cancer de Toulouse-Oncopole
- **Dr Cornelia KUGLER**, ORL, CH de Tourcoing
- **Dr Philippe LAMBERT**, médecin généraliste, Sète
- **Dr Robert LAURENT**, médecin généraliste, Alixan
- **Dr Guy LE GALL**, ORL, Vannes
- **Dr Alain LEMARCHAND**, médecin généraliste, Floirac
- **Dr Béatrice LOGNOS**, médecin généraliste, Saint-Georges-d'Orques
- **Pr Raphaël LOPEZ**, chirurgien maxillo-facial, hôpital Purpan, CHU de Toulouse
- **Pr Olivier MALARD**, ORL, CHU de Nantes
- **Dr François MASSIP**, ORL, chirurgien cervico-facial, Dijon
- **Dr Alexandre METREAU**, ORL, chirurgien cervico-facial, clinique mutualiste La Sagesse, Rennes
- **Mme Marie Claude MILHAU**, infirmière libérale, Ajaccio
- **Dr Ugo ORDIONI**, chirurgien oral, Marseille
- **Dr Jean-Marc PAULY**, médecin généraliste, gériatre, Rodemack
- **M. Sébastien PICARD**, cadre de santé, clinique des Dentellières, Valenciennes
- **Pr Guillaume PIESSEN**, chirurgien digestif et général, CHRU de Lille
- **Dr Franck PROFFIT**, médecin nucléaire, CHU de Poitiers
- **Dr Jacques RAMBAUD**, médecin généraliste, Cabestany
- **Dr Bertrand RAVAR**, ORL, Brest
- **Dr Christophe RUAUX**, ORL, clinique mutualiste La Sagesse, Rennes
- **Dr Denis RUEG**, ORL, Gardanne
- **Dr Esmâ SAADA-BOUZID**, oncologue médicale, centre Antoine-Lacassagne, Nice
- **Dr Ulrike SCHICK**, oncologue radiothérapeute, CHRU Brest
- **Dr Yves SIERZCHULA**, ORL, chirurgien cervico-facial, Saint Quentin
- **Dr Thierry SOLANS**, ORL, chirurgien maxillo-facial, Pau
- **Dr Jean-Marc STÉPHAN**, médecin acupuncteur, Haveluy
- **Dr Bénédicte TEISSERENC**, médecin généraliste, Roujan
- **Pr Sébastien VERGEZ**, ORL, chirurgien cervico-facial, Institut universitaire du cancer de Toulouse-Oncopole
- **Dr Emmanuelle VIGARIOS**, médecin bucco-dentaire, Institut universitaire du cancer de Toulouse-Oncopole

- **Dr Noémie VULQUIN**, oncologue radiothérapeute, centre Georges-François Leclerc, Dijon
- **Pr Virginie WOISARD**, ORL, phoniatre, Institut universitaire du cancer de Toulouse-Oncopole
- **Dr Nikolaos ZIRGANOS**, anatomocytopathologiste, CH de Mont-de-Marsan
- **Pr Narcisse ZWETYENGA**, chirurgien maxillo-facial, CHU Dijon

Institut national du cancer

- **Dr Marie de MONTBEL**, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du Médicament
- **Marianne DUPERRAY**, responsable du département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du Médicament
- **Dr Muriel DAHAN**, directrice des Recommandations et du Médicament
- **Dr Elisabeth BERMUDEZ**, pharmacien, département Médicament, direction des Recommandations et du Médicament

)] Références

- Cowppli-Bony A., Uhry Z., Remontet L., Guizard A.-V., Voirin N., Monnereau A., et al., « Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 – Tumeurs solides – Synthèse. » Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2016, 8 p. Disponible: URL: invs.sante.fr et [e-cancer.fr](https://www.e-cancer.fr)
- Gregoire V., Lefebvre J.L., Licitra L., Felip E., « Squamous cell carcinoma of the head and neck: EHNS-ESMO-ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up » [mdq185 [pii]; 10.1093/annonc/mdq185 [doi]], Ann Oncol 2010; 21 Suppl 5: v 184-v 186.
- Haute Autorité de santé (HAS), Institut national du cancer (INCa). Guide ALD – Cancer des voies aérodigestives supérieures [online], Coll. Outils pour la pratique, novembre 2009. Disponible: URL: [e-cancer.fr](https://www.e-cancer.fr) et [has-sante.fr](https://www.has-sante.fr)
- Institut national du cancer (INCa), Identifier et prévenir les risques de second cancer primitif chez l'adulte, Coll. État des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, 2013. Disponible: URL: [e-cancer.fr](https://www.e-cancer.fr)
- Jéhannin-Ligier K., Dantony E., Bossard N., Molinié F., Defossez G., Daubisse-Marliac L., Remontet L., Uhry Z.. « Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017 », rapport technique, Saint-Maurice: Santé publique France, 2017, 80 p. Disponible à partir des URL: [santepubliquefrance.fr](https://www.santepubliquefrance.fr) et www.e-cancer.fr
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN), « Head and Neck Cancers V.1.2017 » [online]. 2017. Disponible: URL: www.nccn.org
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), « Cancer of the Upper Aerodigestive Tract: Assessment and Management in People Aged 16 and over » [online], 2016. Disponible: URL: [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Shield K. D., Marant M. C., de MC, Heard I., Megraud F., Plummer M. et al., « New Cancer Cases in France in 2015 Attributable to Infectious Agents: a Systematic Review and Meta-Analysis » European Journal of Epidemiology, 2017.
- Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, « Bilan préthérapeutique des carcinomes épidermoïdes des VADS » [online], 2012. Disponible: URL: [orlfrance.org](https://www.orlfrance.org)
- Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, « Prise en charge des douleurs somatiques induites par les traitements des cancers des VADS » [online], 2014. Disponible: URL: [orlfrance.org](https://www.orlfrance.org).
- Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, « Actualisation de la recommandation de 2005 sur le suivi post-thérapeutique des carcinomes épidermoïdes des VADS de l'adulte » [online], 2015. Disponible: URL: [orlfrance.org](https://www.orlfrance.org)
- Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, « Organisation du parcours initial de soins en cancérologie des VADS » [online], 2015. Disponible: URL: [orlfrance.org](https://www.orlfrance.org)
- Société française de radiologie, Société française de médecine nucléaire, Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale [online]. 2013. Disponible: URL: [gbu.radiologie.fr](https://www.gbu.radiologie.fr)
- Yoo J., Walker-Dilks C., Henderson S., « PET Imaging in Head and Neck Cancer » [online], 2012. Disponible: URL: [cancercares.on.ca](https://www.cancercares.on.ca)



Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : INCa
Illustrations : INCa

ISBN : 978-2-37219-370-2
ISBN net : 978-2-37219-371-9

DEPÔT LÉGAL FÉVRIER 2018



Cette brochure décrit le parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer des VADS. Le médecin généraliste a un rôle essentiel à tous les stades de ce parcours, depuis la vigilance devant tout symptôme unilatéral et persistant des VADS ou de la région cervicale jusqu'au suivi de ces patients présentant de lourdes séquelles et à risque élevé de récurrence de la tumeur primitive et de second cancer primitif.

Démarche diagnostique, bilan initial, vue d'ensemble des modalités thérapeutiques de première intention et examens de suivi vous sont présentés de façon synthétique.

Vous trouverez également des informations sur la gestion des principaux effets indésirables des traitements et sur l'approche médicale globale, ainsi que des ressources pratiques pour vous et vos patients.

Ce document est consultable et téléchargeable en ligne (e-cancer.fr) en version interactive permettant un accès aux informations plus rapide.

RÉF. OUTMGVADS18

e-cancer.fr

Votre avis nous intéresse

Donnez-nous votre avis sur l'outil pour la pratique

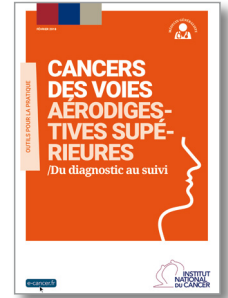
Prise en charge des cancers des VADS (février 2018)

Date: / /20....

L'objectif de cet outil est de vous présenter de façon synthétique la prise en charge des cancers des VADS. Vos remarques nous permettront de l'améliorer lors d'une prochaine mise à jour.

Cet outil fait partie de la collection d'outils pour la pratique à destination des médecins généralistes développée par l'Institut national du cancer. Vous pouvez découvrir la collection (en cours de production) sur e-cancer.fr, rubrique « Professionnels de santé ».

(Cochez la ou les cases correspondant à vos réponses)



1. Comment avez-vous été informé de l'existence de cet outil pour la pratique ?

- par mail
- par la presse médicale
- dans un congrès
- sur le site Internet de l'INCa
- par un confrère
- autre (précisez): _____

2. Le type d'information proposé vous convient-il ?

- tout à fait
- assez
- pas vraiment
- pas du tout

3. Le niveau de détail vous convient-il ?

- tout à fait
- assez
- pas vraiment
- pas du tout

4. Quelles informations vous sont utiles pour votre pratique ?

5. Quelles informations manque-t-il ?

6. Quelles informations vous paraissent inutiles ?

7. Avez-vous trouvé facilement les informations que vous recherchez ?

- tout à fait assez
 pas vraiment pas du tout

8. Concernant le chapitre sur les effets indésirables des médicaments, l'entrée par symptômes est-elle adaptée à votre pratique ?

- oui non
Si non, une entrée par molécules serait-elle plus pertinente ?
 oui non

9. La longueur du document vous convient-elle ?

- oui trop courte trop longue

10. La présentation synthétique sous forme de tableaux vous convient-elle ?

- oui non

11. De manière générale, cet outil sur la prise en charge des cancers des VADS vous paraît-il utile et adapté à votre pratique ?

- tout à fait assez
 pas vraiment pas du tout

12. Avez-vous des commentaires particuliers ou des suggestions sur cet outil sur les cancers des VADS ou sur la nouvelle collection d'outils à destination des médecins généralistes développée par l'Institut national du cancer ?

13. Souhaitez-vous recevoir les prochaines publications de cette collection ?

- oui non

Si oui, merci de nous communiquer vos coordonnées

e-mail : _____

adresse postale : _____

L'Institut national du cancer vous remercie pour votre participation

Questionnaire à retourner à :

Institut national du cancer
« Cancers des VADS »
Libre réponse 93934
92513 BOULOGNE-BILLANCOURT Cedex

Il n'est pas nécessaire d'affranchir votre enveloppe



e-cancer.fr

