



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Élaboration d'un guide pratique d'aide à la prise en charge ambulatoire  
des soins de support en cancérologie des voies aérodigestives  
supérieures.**

Présentée et soutenue publiquement le 21 janvier 2016 à 18 heures  
au Pôle Formation

**Par Lolita BARTKOWIAK**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Dominique CHEVALIER**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Monsieur le Maître de Conférences des Universités**

**Geoffrey MORTUAIRE**

**Monsieur le Docteur Gautier LEFEBVRE**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Gautier LEFEBVRE**

## Liste des abréviations

VADS	Voies aérodigestives supérieures
ORL	Oto-rhino-laryngologie
HAD	Hospitalisation à domicile
MASCC	Multinational Association of Supportive Care in Cancer.
AFSOS	Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support
CISSPO	Coordination Interdisciplinaire des Soins de Support en Oncologie
DISSPO	Département Interdisciplinaire des Soins de Support en Oncologie
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners
EVA	Echelle Visuelle Analogique
EN	Echelle Numérique
DN4	Douleur Neuropathique 4
CSPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en addictologie

## TABLE DES MATIERES

Résumé .....	2
Introduction.....	3
PARTIE I : CONTEXTE .....	5
I - Pourquoi le cancer des VADS ? .....	6
I - 1 Le cancer des VADS : généralités. ....	6
I - 2 Particularité du Nord Pas de Calais : épidémiologie. ....	8
I – 3 L'importance des soins de support.....	10
II - Les soins de support.....	11
II - 1 Généralités.....	11
II - 2 Aspects historiques.....	13
III - La place du médecin généraliste .....	16
III - 1 La WONCA .....	16
III - 2 Les textes officiels.....	18
III - 2 a) Le plan cancer 2003-2007.....	18
III - 2 b) Arrêté du 3 février 2005 .....	19
III - 2 c) Plan cancer 2009-2013 .....	19
III - 2 d) Plan cancer 2014-2019 .....	20
III - 3 Dans les études .....	22
III - 4 Enquête auprès des médecins généralistes de patients suivis par le département VADS du Centre Oscar Lambret de Lille.....	25
PARTIE 2 : Guide de soins de support en cancérologie ORL destiné aux médecins généralistes pour la prise en charge ambulatoire.....	28
I Matériels et méthodes : revue de la littérature .....	30
II Résultats.....	34
II - 1 La douleur.....	34
II - 2 L'asthénie.....	39
II - 3 Dénutrition.....	40
II - 4 Les nausées, vomissements.....	42
II - 5 Complication de soins spécifiques.....	46
II - 7 La nécrose tumorale .....	55
II – 8 La mycose.....	57
II - 9 Hémorragie terminale .....	58

II - 10 Psycho-oncologie.....	59
Discussion .....	63
Conclusion.....	65
Références bibliographiques .....	67
Annexes .....	73

## RESUME

**Introduction** : Le cancer des voies aérodigestives supérieures implique de nombreux soins de support. Comme le précise le troisième plan cancer 2014 /2019 le médecin généraliste a un rôle central dans la prise en charge du patient atteint de cancer, et souhaite renforcer l'accès à ces soins.

L'objectif principal est de proposer une synthèse des recommandations de bonnes pratiques concernant les différents soins de support et d'élaborer un guide pratique destiné aux médecins généralistes pour la prise en charge ambulatoire.

**Méthode** : Revue non systématique de la littérature internationale à l'aide de Pubmed, et de termes MeSH, consultation de sites internet spécialisés tel que ceux de l'AFSOS, de la MASCC et de l'HAS.

Extractions des données et élaboration de fiches de synthèse pratiques.

**Résultats** : Des fiches de synthèse pratiques ont été élaborées comportant des échelles d'évaluation, des algorithmes de prise en charge, des photographies. Les thèmes développés sont la douleur, l'asthénie, la dénutrition, les nausées et vomissements chimio-induits, les problèmes de bouche (mucite, mycose essentiellement), les complications cutanées liées aux anti-EGFR comme le Cetuximab, la nécrose tumorale, la psycho-oncologie, le sevrage alcoolique tabagique, l'hémorragie terminale.

**Conclusion** : Les soins de support apportés au patient lui offrent une meilleure qualité de vie. Ils sont présents du diagnostic à la fin de vie. La mise à disposition pour les médecins généralistes de cet outil d'aide à l'évaluation et à la prise en charge ambulatoire des soins de support en cancérologie ORL a pour objectif de faciliter leur exercice ainsi que d'optimiser la qualité de ces soins

## INTRODUCTION

En 2012, la France comptait 350 000 nouveaux cas de cancer.(1)

Cette même année, le cancer des VADS, se plaçait au 8ème rang des cancers les plus fréquents avec environ 14 638 nouveaux cas estimés. (2)

Le Nord Pas de Calais fait partie des régions où l'incidence et la mortalité de ce cancer sont les plus importantes (1).

Elle détient le triste record mondial de la plus forte mortalité liée au cancer des VADS. (3)

Le médecin généraliste a un rôle central dans la prise en charge de la pathologie cancéreuse en générale.

En effet, il est impliqué dans la prévention quand des facteurs de risques sont authentifiés, comme l'alcool-tabagisme pour le cancer des VADS.

Dans le dépistage de populations cibles comme pour le cancer du sein, du col de l'utérus, ou colorectal où des campagnes nationales existent, mais aussi dans le dépistage au cas par cas, en fonction du contexte comme précisé dans le 2ème plan cancer 2009/2013. (4)

Il est un acteur important au cours de la prise en charge de la maladie du début jusqu'aux éventuels soins palliatifs.

Le 3ème plan cancer 2014/2019 rappelle son rôle central dans ces actions de prévention, de dépistage et prise en charge globale du patient, mais souhaite renforcer

l'accès aux soins de support et assurer une orientation et coordination des soins optimales. (5)

Les soins de support ne sont pas une nouvelle spécialité, mais se définissent comme une organisation coordonnée des différentes compétences impliquées conjointement aux soins spécifiques oncologiques dans la prise en charge des malades.

(6)

Par cette définition la place du médecin généraliste prend tout son sens.

Le cancer des VADS peut impliquer différents types de soins de support tels que, la gestion de la douleur, les effets secondaires induits par les traitements, la dénutrition, les complications inhérentes à l'évolution de la maladie comme la nécrose tumorale, l'hémorragie cataclysmique terminale...

L'actuel plan cancer précise dans l'action 2:22 : «Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.» (5)

L'objectif principal de notre étude est d'offrir une synthèse des recommandations de bonnes pratiques des différents soins de support impliqués dans la prise en charge du cancer des VADS destinée aux médecins généralistes.

## **PARTIE I : CONTEXTE**

## **I - Pourquoi le cancer des VADS ?**

### **I - 1 Le cancer des VADS : généralités.**

Les cancers des VADS regroupent les cancers de la bouche, du pharynx, des lèvres et du larynx et des sinus.

Ils sont à 90 % représentés par des carcinomes épidermoïdes de l'oropharynx, hypopharynx, cavité buccale, larynx, moins de 1% sont des adénocarcinomes des sinus, ethmoïde, et fosses nasales, et moins de 1% des UCNT (carcinomes indifférenciés du nasopharynx). (7)

Les facteurs de risques principaux l'alcool et le tabac, sont clairement identifiés depuis de nombreuses années avec les travaux de Rothman et Keller en 1972. (8)

Par la suite, il a été prouvé que l'alcool agit comme un catalyseur de l'action cancérigène du tabac en agressant les muqueuses et ainsi facilite la pénétration des différentes substances toxiques contenues dans le tabac. (9)

Les autres facteurs de risques sont le mauvais état bucco-dentaire par l'irritation chronique des muqueuses d'une part et la modification de la flore bactérienne locale d'autre part. (10),

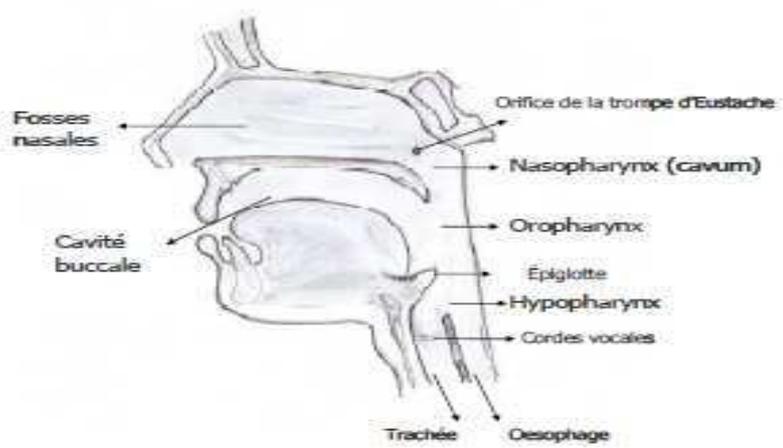
Les virus oncogènes HPV (human papilloma virus) sont fortement suspectés dans la cancérogenèse des sujets non exposés aux facteurs de risques classiques. (11)

Des études tentent de mettre en évidence l'implication d'autres virus dans les cancers des VADS, comme le cytomégalovirus, les adénovirus et plus spécifiquement l'EBV (Epstein Barr) dans l'UCNT (carcinome indifférencié de type naso-pharyngé).

Une étude de cohorte prospective, publiée en juillet 2015 retrouve une sérologie positive à EBV dans plus de 80% des cas. (12)

**Rappel des structures anatomiques**

Voies aérodigestives supérieures  
coupe sagittale



Larynx  
coupe frontale

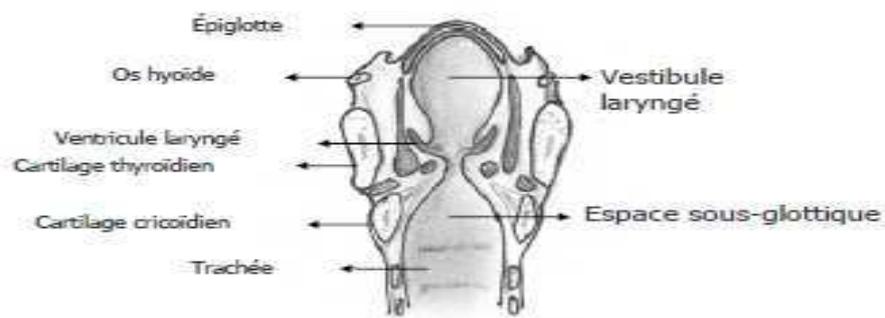


Figure 1 : Rappels anatomiques des voies aérodigestives supérieures (sources guide ALD 30 «cancer des VADS»)

## **I - 2 Particularité du Nord Pas de Calais : épidémiologie.**

Il s'agit d'un réel problème de santé publique dans le Nord-Pas-de-Calais car elle fait partie des régions les plus touchées avec la Picardie, la Lorraine et la Bourgogne.

La mortalité liée à ce type de cancer est la plus forte de France, avec chez l'homme, les taux de mortalité pour les cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx sur la période 2004 - 2008 varient entre 4,4 pour 100 000 en Midi-Pyrénées et 13,4 pour 100 000 dans le Nord-Pas-de-Calais, chez la femme les taux régionaux varient entre 0,9 pour 100 000 en Franche-Comté, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes et 1,8 pour 100 000 dans le Nord-Pas-de-Calais. (1)

Il est difficile d'établir avec certitude des liens de cause à effet, cependant certaines données régionales expliquent en partie ces statistiques.

Alors que la consommation d'alcool quotidienne sur l'ensemble des territoires de France a tendance à diminuer pour les 15 - 75 ans avec 15 % des français consommateurs quotidiens en 2005, contre 11 % en 2010, le Nord Pas de Calais se distingue avec 17 % des habitants consommateurs journaliers.

L'une des boissons la plus consommée chaque semaine dans le Nord est la bière, sa consommation s'avère néanmoins stable. (13)

Pour rappel, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a émis des seuils limites sur la consommation d'alcool (14):

- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne)

- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne)
- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel
- au moins un jour par semaine sans alcool

En ce qui concerne le tabagisme, il n'y a pas de particularité régionale, mais une augmentation de la prévalence tabagique homogène sur l'ensemble de la France. En effet, en 2005 ils étaient 27 %, contre 29 % en 2010. (13)

Par ailleurs, le Nord-Pas-de-Calais est l'une des régions où la part de la population sous le seuil de pauvreté (17%) est la plus forte de France. Il connaît également des disparités entre les plus riches et les plus pauvres particulièrement élevées. L'évolution du nombre de «RMIstes» semble indiquer que l'écart vis-à-vis de la France métropolitaine s'accroît depuis le début des années 2000. (15)

### **I – 3 L'importance des soins de support**

La localisation des VADS implique plusieurs fonctions vitales et sociales comme manger, boire, respirer, parler, le physique...

Par ailleurs, malheureusement la maladie ou les traitements chirurgicaux peuvent conduire à des mutilations physiques, ce qui peut bien sûr affecter la dignité de la personne.

Les soins de support ont pour objectif d'aider le malade à faire face à tous ces aspects du cancer.

## **II - Les soins de support**

### **II - 1 Généralités**

La définition des soins de support est donnée par la circulaire du 22 février 2005 relative au premier plan cancer 2003 - 2007:

«Ces soins sont définis en oncologie comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a.» (16)

Le projet de soins vise donc à assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients tout au long de la maladie, sur le plan physique, psychologique et social en prenant en compte la diversité de leurs besoins, ceux de leur entourage et quel que soit leur lieux de soins.(15)

Tous les professionnels de santé prenant en charge le malade sont concernés par les soins de support, à domicile : les médecins traitants, équipes mobiles diverses, HAD, infirmière libérale... à l'hôpital : les différents professionnels médicaux (oncologue, radiothérapeute, psychiatre...) et paramédicaux (infirmier, kinésithérapeute, nutritionniste, orthophoniste...)

Mais également sont impliqués des professionnels non acteurs de santé comme les socio-esthéticiennes, art-thérapeutes...(16)

Ils répondent à plusieurs problématiques liées à la maladie, son évolution, ses traitements comme :

- la douleur
- la fatigue
- les problèmes nutritionnels
- les troubles digestifs
- les complications liées aux traitements spécifiques
- les complications inhérentes à l'évolution de la maladie
- les troubles psychiques et les perturbations de l'image corporelle
- les difficultés sociales
- les soins palliatifs
- l'accompagnement de la fin de vie

Les soins de support s'intègrent tout au long de la maladie depuis l'annonce diagnostique et évoluent avec elle et ses différentes phases curatives et palliatives. Ils sont encore présents en dehors de tous traitements spécifiques, soit en période dite de «rémission».

Ils répondent à certains grands principes comme :

- la prise en charge globale du patient et de son entourage
- la meilleure coordination des soins
- l'optimisation des pratiques des professionnels de santé qui prennent en charge le patient, et la transversalité des pratiques collaboratrices (17)

Une étude menée en 2010, randomisée, monocentrique, de phase 3 incluant 151 patients nouvellement diagnostiqués d'un cancer du poumon non à petites cellules métastatiques, a mis en évidence une amélioration de la qualité de vie et de l'humeur dans le groupe qui recevait des soins de support depuis l'annonce diagnostique et mensuellement contre le groupe qui en recevait en cas de besoin. (18)

## **II - 2 Aspects historiques**

La conceptualisation des soins de support a démarré dans les années 1990 avec la création de la MASCC (Multinational Association of Supportive Care in Cancer).

L'idée des soins de support est définie comme : «Supportive care : the total medical, nursing and psychosocial help which the patients need besides the specific treatment».

Le concept est arrivé plus tard en France avec en pratique le premier plan cancer 2003-2007 et sa mesure 42 intitulée : «Accroître les possibilités pour les patients de bénéficier de soins de support, en particulier la prise en compte de la douleur et le soutien psychologique et social.»(19)

Puis la circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie qui définit les soins oncologiques de support comme «l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a.» (20)

En 2008 est créé l'AFSOS (Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support), dont le président est le Docteur Krakowski, avec le soutien de la MASCC.

Ses objectifs sont de mutualiser les compétences des différentes sociétés savantes et de servir ainsi d'interface aux professionnels de santé.

Le deuxième plan cancer 2009-2013, dans sa mesure 18 de son axe «soin» rappelle la nécessité de : «Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.» (4)

Progressivement les centres de lutte contre le cancer ont créé les CISSPO ou DISSPO (Centre ou Département Interdisciplinaire de Soins de Support pour le Patient en Oncologie) (21)

Ces soins permettent de fournir une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle à la personne ou à sa famille élargie dans le processus d'évolution de sa maladie.

Ces centres regroupent différents intervenants, sur le plan médical des médecins généralistes, des algologues, des addictologues, des médecins spécialisés dans les soins palliatifs, des psycho-oncologues et psychiatres, des kinésithérapeutes, des diététiciennes,...mais aussi des assistantes sociales, des représentants spirituels, des bénévoles...

Nous pourrions nous poser la question de la prise en considération si tardive de ces soins de support par rapport à la triade classique des traitements contre le cancer, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie.

L'explication peut en partie être trouvée dans les progrès considérables de la médecine avec ainsi une espérance de vie plus longue avec la maladie, et donc plus

de temps pour vivre, mais aussi avoir des complications comme une dépression réactionnelle, des douleurs séquellaires, des difficultés sociales.

Par ailleurs, les traitements sont de plus en plus efficaces mais parfois plus toxiques avec gestion de leur effets indésirables.

Et enfin une demande légitime des patients pour une meilleure qualité de vie. (6)

Pour finir, les soins de support ne sont pas l'exclusivité des hôpitaux mais relèvent d'une meilleure organisation et coordination des différents acteurs entourant le malade, ainsi en ville la prise en charge optimale des patients peut s'appuyer sur les réseaux déjà existants.

### **III - La place du médecin généraliste**

#### **III - 1 La WONCA**

La place du médecin généraliste au cours de la prise en charge du patient cancéreux prend tout son sens lorsque l'on se réfère à la WONCA (World Family doctors Caring for people) société européenne de médecine générale. (22)

En effet, elle définit cette discipline comme une spécialité de soins primaires qui répond à 11 grands principes fondamentaux :

- le premier contact
- la coordination des soins
- l'approche centrée sur la personne et ses dimensions individuelle, familiale, communautaire...

- la continuité des soins
- une démarche décisionnelle spécifique basée sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires
- un mode de consultation spécifique qui construit une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée
- la gestion simultanée de problèmes de santé aigus et chroniques
- l'intervention à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies qui pourraient requérir une intervention rapide
- la promotion et l'éducation pour la santé
- la responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté
- la réponse aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles.

Par ailleurs la WONCA définit au médecin généraliste 5 compétences fondamentales:

- 1 - la gestion des soins primaires
- 2 - des soins centrés sur la personne
- 3 - une aptitude spécifique à la résolution de problème
- 4 - une orientation communautaire
- 5 - l'adoption d'un modèle holistique

### **III - 2 Les textes officiels**

#### **III - 2 a) Le plan cancer 2003-2007**

Dans ce premier plan cancer le rôle du médecin généraliste n'est pas clairement identifié.

Cependant, il est implicitement impliqué dans l'importance de la prévention, du dépistage, de la lutte contre certains facteurs de risques (tabac, alcool...).

Il est également supposé dans l'amélioration de la coordination ville-hôpital autour du patient, et de l'accompagnement du malade et de sa famille.

#### **III - 2 b) Arrêté du 3 février 2005 (23)**

L'arrêté du 3 février 2005 portant sur l'approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, portait plus précisément sur le médecin traitant en définissant sa place dans le système de santé et en précisant ses fonctions.

Il précise les missions du médecin généraliste qui s'intègrent parfaitement dans le suivi du malade cancéreux :

- premier recours
- orientation du patient dans le parcours coordonné des soins et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé des patients

- soins de prévention
- protocolisation des soins de longue durée en concertation avec les autres intervenants.

### **III - 2 c) Plan cancer 2009-2013 (4)**

Ce deuxième plan cancer replace le médecin généraliste au centre de la prise en charge du patient atteint de cancer, et le décrit comme le référent de proximité.

Il comporte 5 axes, 30 mesures et 118 actions.

Le rôle du médecin généraliste est évoqué dans deux axes :

- l'axe prévention-dépistage intitulé : «prévenir pour éviter des cancers ou réduire leur gravité»

mesure 16 : «impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.»

- l'axe soins : «garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace.»

mesure 18 : «personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.»

### **III - 2 d) Plan cancer 2014-2019 (5)**

Le rôle du médecin généraliste est clairement cité dans ces objectifs :

- *Action 1.5* : Proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adapté à son niveau de risque de cancer du sein ou de cancer colorectal, en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages, avec l'appui des structures de gestion et de l'Assurance maladie.

- *Action 2.1* : garantir aux patients, avec l'appui du médecin généraliste ou l'équipe de premier recours un premier rendez-vous avec l'équipe de cancérologie la plus adaptée à leur situation et dans un délai rapide

- *Action 2.22* : Mettre à disposition des professionnels ou l'équipe de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire

- *Action 7.6* : Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades

- *Action 8.4* : Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer

- *Action 8.5* : Mieux prendre en considération la consommation d'alcool des patients atteints de cancer et informer sur ces dangers.

- *Action 8.6* : Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés

### **III - 3 Dans les études**

De nombreux travaux ont été menés concernant la place du médecin généraliste au cours d'un cancer.

Une étude de 2002 menait sur son rôle dans la dernière année de vie dans le cadre de soins palliatifs prouvait que ce dernier fournissait l'essentiel des soins, et que les patients appréciaient son intervention en particulier lorsque celui-ci était disponible et à l'écoute. (24)

Ces résultats sont confirmés par une étude qualitative et quantitative menée en 2009 sur le partage des rôles entre médecin spécialiste et généraliste au cours de la prise en charge du cancer où l'on retrouve que 40 % des soins palliatifs ont été menés à domicile encadrés par le médecin traitant. (25)

Par ailleurs dans cette même étude, certaines données sont intéressantes pour notre travail.

A savoir que 55 % des patients consultent en ville pour des effets secondaires liés aux traitements, les médecins généralistes interrogés se sentent exclus de la prise en charge pour 15 % de leurs patients cancéreux la première année, et 7 % la deuxième année.

Pour 78 % d'entre eux, le suivi c'est aussi leur présence dans les aspects sociaux, familiaux, administratifs qu'impacte la maladie, pour 72 % d'entre eux cette proximité revendiquée leur permet d'assurer un suivi psychologique et empathique.

Enfin, certains déclarent que le diagnostic d'un cancer chez un de leurs patients c'est : «passer la main et la reprendre», au moins en partie dans un contexte médicale qu'ils décrivent hiérarchisé entre l'hôpital et la ville, la médecine technique spécialisée et la médecine générale qui peut contribuer à un système d'échange difficile.

Une étude cas-témoins de registre publiée en 2012, a permis de mettre en évidence que les patients atteints de cancer avaient consulté deux fois plus leur médecin traitant par rapport à la population de référence 3 mois avant le diagnostic, et que ces consultations sont restées en moyenne 10 % supérieures jusqu'à la fin de l'étude. (26)

Cependant plusieurs travaux récents soulignent leurs difficultés ressenties, et leurs attentes dans ce contexte.

Tout d'abord ils expriment un malaise quant à leur compétence en matière de soins palliatifs. (24)

Ils souhaiteraient une plus grande implication au cours des prises de décisions et du suivi de leurs patients atteints de cancer. (27)

Une enquête menée par la ligue contre le cancer publiée en 2010 souligne certaines difficultés et fournit quelques explications. (28)

Tout d'abord, les médecins interrogés considèrent que la communication ville/hôpital est perfectible car seulement 48 % d'entre eux sont satisfaits de l'information reçue (retard de courrier, manque d'information sur les plans cancer...).

Par ailleurs, ils expriment des difficultés d'accompagnement en lien avec un manque de temps et de rémunération adaptée et ainsi considèrent que leur place n'est pas reconnue à leur juste valeur.

Récemment un travail de thèse basé sur la gestion de l'information ville/hôpital autour des patients bénéficiant d'une chimiothérapie anti néoplasique au GHICL proposait quelques pistes d'amélioration. (29)

Par exemple :

- optimiser l'existant en instaurant des outils de communication
- renforcer les échanges précoces
- renforcer la transmission des comptes rendus des réunions de concertation pluridisciplinaire
- raccourcir les délais de transmission en mettant en place une messagerie cryptée, un dossier médical partagé, créer des outils intégrables...
- améliorer la qualité des informations transmises aux médecins généralistes, comportant des données pratiques comme : des fiches conseils par protocole, des fiches de suivi thérapeutique partagées (date des cures, des reports et leurs causes, les soins de support en cours...)

Pour finir, une étude proposait un travail en réseau pour une meilleure organisation et collaboration ville/hôpital. (3)

### **III - 4 Enquête auprès des médecins généralistes de patients suivis par le département VADS du Centre Oscar Lambret de Lille.**

Une thèse menée de 2013 à 2014 par Madame Axelle Grimbert sur l'évaluation des difficultés et attentes des médecins généralistes de patients suivis par le département VADS du Centre Oscar Lambret de Lille apporte des résultats pertinents pour notre étude.

En effet à la question : «avez-vous déjà entendu parler du concept des soins de support» 40 % répondent «oui» contre 47 % «non» 13 % ne répondent pas (sur 30 médecins répondants).

Les plaintes les plus fréquentes des patients ainsi que les difficultés rencontrées par le médecin concernent les problèmes de nutrition, d'effets secondaires des traitements spécifiques, les problèmes psycho-oncologiques, les troubles oncotologiques, puis arrivent la douleur, les troubles digestifs, les soins palliatifs, les complications inhérentes à la maladie, les difficultés sociales, et addictions.

Ces mêmes médecins considèrent que ces difficultés sont liées à la «lourdeur» de la prise en charge pour 57 % d'entre eux, et pour 43 % liées à un manque de communication «hôpital/ville».

Par ailleurs une majorité estime qu'elles ne sont pas liées au manque de temps, ni aux difficultés personnelles, ni au manque de connaissances/expériences.

...Enfin les champs d'application qu'ils souhaiteraient voir développer dans un «guide pratique» sont par ordre d'intérêt :

- Les complications inhérentes à la maladie
- Handicap et rééducation
- Nutrition
- Soins palliatifs et fin de vie
- Psychosocial
- Douleur
- Aide au sevrage

Pour une majorité le meilleur support d'information serait un lien internet à partir du site du Centre Oscar Lambret, en second, arrive un format PDF consultable en ligne.

**PARTIE 2 : Guide de soins de support en  
cancérologie ORL destiné aux médecins  
généralistes pour la prise en charge ambulatoire.**

## **I Matériels et méthodes : revue de la littérature**

L'objectif principal de cette thèse est de proposer un guide pratique concernant les soins de support en oncologie ORL destiné aux médecins généraliste pour leur exercice quotidien. Cet outil n'a pas la prétention de fournir de nouvelles données, mais de proposer un référentiel de bonnes pratiques sous forme de fiches de synthèse et d'outils d'évaluation.

Pour y parvenir une revue de la littérature non systématique a été menée afin de retenir les informations les plus récentes.

La recherche documentaire s'est effectuée entre Août 2014 et Mai 2015, à l'aide principalement de Pubmed et Google Scholar en utilisant les termes MeSH concernant les différents soins de support.

Les critères de sélection des articles sont :

- publication anglaise ou française dans une revue officielle
- articles abordant la thérapeutique
- études menées dans la discipline de la oncologie adulte

Les critères d'exclusion sont :

- publications autre qu'anglaise ou française
- autre discipline que la oncologie adulte
- étude n'abordant pas la prise en charge
- publications trop anciennes

Par ailleurs, d'autres sources d'informations ont été consultées comme le site de l'AFSOS et de la MASCC ou il existe des recommandations de bonnes pratiques sur les soins de support en cancérologie.

Et enfin le site de l'HAS.

A l'issue de ce travail de recherche, une extraction des données et leurs synthèse ont été menées.

L'élaboration des fiches pratiques n'a été permise qu'en dernière étape.

## **II Résultats**

## II - 1 La douleur

### Généralités

Selon la définition officielle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), "**la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes**". Elle est donc **subjective** et repose avant tout sur le ressenti du patient, ce qui la rend difficile à quantifier et à qualifier. D'autant plus que la douleur n'est pas liée systématiquement à une lésion, une caractéristique qui rend son étude complexe. (31)

Des recherches récentes ont prouvé que l'analgésie insuffisante, altère bien sûr la qualité de vie mais surtout réduit l'espérance de vie.

Par conséquent, le traitement de la douleur n'est pas seulement une possibilité mais un engagement professionnel, éthique et moral. (32)

Malheureusement, d'autres études soulignent que un tiers des patients atteints de cancer continu à recevoir des doses inadéquates de traitement antalgique. (33)  
(34)

Plus de 30 % des patients souffrant de cancer rapportent des douleurs chroniques, ce qui rappelle l'importance de la gestion de la douleur et sa réévaluation très régulière. (35)

Plus qu'un simple traitement médicamenteux, la prise en charge de la douleur repose sur l'alliance de méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques avec la coordination des différentes ressources professionnelles médicales (kinésithérapeute, psychologue...) et familiales. (36)

A l'heure actuelle, les opioïdes sont les seules molécules à contrôler les douleurs d'origine cancéreuse, l'utilisation de l'endorphine dans ce contexte est encore à l'étude et employée dans le cadre d'essais thérapeutiques. (37)

Dans un article publié dans le bulletin du cancer de 1995, le Docteur Krakowski (auteur principal) évoquait déjà la nécessité d'offrir des référentiels de bonnes pratiques concernant le traitement de la douleur aux différents intervenants auprès du patient cancéreux, basés sur la synthèse de la littérature, objet de notre travail actuel.

Il précisait l'importance de l'évaluation, du diagnostic, de la réévaluation fréquente et du traitement rapide des douleurs cancéreuses, car il considérait que la négliger pouvait avoir des conséquences destructrices sur le plan physique, psychologique, spirituel et social.

Et enfin, il rappelait la nécessité de faire disparaître les craintes de certains médecins face au risque de dépendance dans l'usage des opioïdes. (38)

La douleur dans le cancer est souvent mixte, à la fois liée à l'excès de nociception en lien avec la lésion tissulaire et à des douleurs neuropathiques. A noter que certaines chimiothérapies peuvent elles-mêmes être responsables de douleurs neuropathiques caractéristiques à type de neuropathie périphérique. (31)

L'évaluation de la douleur repose sur l'utilisation d'échelle adaptée au patient, au contexte, et au type de douleur comme l'EVA (échelle visuelle analogique), l'EN (échelle numérique) pour la nociception, et l'EDTA, DN4, pour les douleurs neuropathiques.

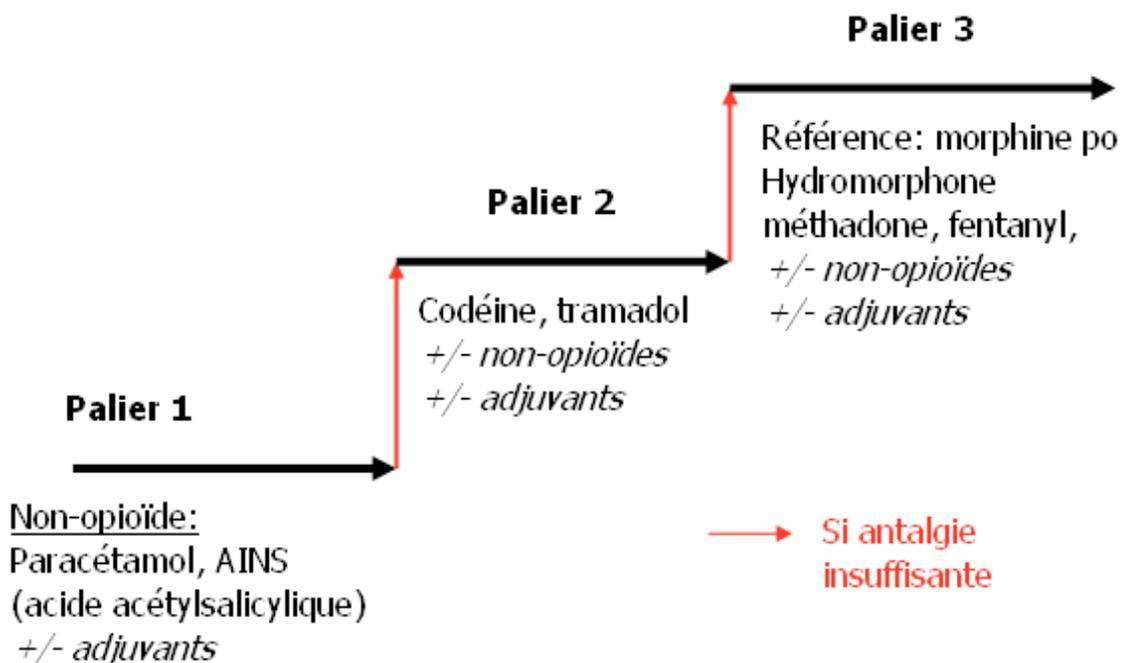
## Particularités du cancer ORL

Par sa localisation, ce type de cancer peut occasionner tout type de douleur.

Le mode d'administration le plus courant des traitements antalgiques est la voie orale, qui peut être altérée dans ce contexte.

En effet, le patient peut présenter des troubles de déglutition, des douleurs très intenses en cours de traitement en lien avec une mucite, des problèmes de xérostomie...

Pour pallier à ces difficultés le recours au Fentanyl transdermique semble être une solution citée par plusieurs auteurs. (34)



OMS, collaboration avec IASP 1999

## **Usage des antalgiques dans les douleurs nociceptives**

L'OMS a émis des recommandations en 1986 quant au traitement de ce type de douleur, tel que favoriser la voie orale, prescrire à intervalles réguliers, en fonction de l'intensité de la douleur évaluée par une échelle, adapter le dosage à la personne et respecter les trois paliers en se préoccupant constamment du détail.(39)

Cependant dans le cadre de douleurs cancéreuses intenses, il est préférable de prescrire d'emblée un pallier 2 voire 3.

Par ailleurs il existe différents traitements co-antalgiques, qui doivent être employés afin d'optimiser le contrôle de la douleur tels que, les corticoïdes pour leur action anti-inflammatoire, anti-œdémateuse, les bisphosphonates pour leur effet anti-ostéoclastique, les anxiolytiques, les antidépresseurs mais aussi les méthodes non médicamenteuses comme la kinésithérapie, la contention et différentes orthèses de soutien, la psychothérapie...(40)

Une récente étude estime que 10 à 20 % des patients atteints de cancer présentent des douleurs «rebelles» à tout traitement et nécessitent leur intégration dans des protocoles expérimentaux au sein de centre antidouleur. (41)

## II - 2 L'asthénie

L'asthénie est définie par l'AFSOS comme une sensation subjective de fatigue anormale généralement chronique sans cause immédiate (absence d'effort) non améliorée par le repos et cliniquement significative. (42)

Elle peut être physique et prédominer le soir ou en fin de journée ou psychique et être plus présente le matin et accompagnée de symptômes psychopathologiques.

La désadaptation à l'effort se caractérise elle par la diminution des capacités physiques et/ou psychologiques à assurer les actes de la vie quotidienne résultent d'une inactivité prolongée.

Il s'agit d'un symptôme très fréquent au cours de l'évolution d'un cancer car présent chez 80% des patients. Elle est le plus souvent évaluée de modérée à sévère. (43)

En 2007, un article publié dans le journal support care cancer, évoquait la nécessité d'un dépistage et d'une évaluation rapide de la fatigue au cours d'un cancer même en l'absence de plainte. (44)

L'évaluation de cette dernière peut se faire à l'aide de différentes échelles, comme l'EVA de 0 à 10 comme pour la douleur, mais aussi par la BFI (Brief Fatigue Inventory) qui utilise un questionnaire plus détaillé, ou encore l'échelle d'Edmonton.

Il n'existe pas de traitement médicamenteux au long court contre la fatigue liée au cancer, seul le maintien de l'exercice physique adapté a fait ses preuves dans l'amélioration de la fatigue modérée à sévère. (45)

Face à l'apparition ou l'aggravation d'une fatigue il convient de lancer un bilan clinique et paraclinique de base que nous développerons dans les recommandations de bonnes pratiques.

## **II - 3 Dénutrition**

La dénutrition est définie comme un déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétiques de l'organisme responsable de pertes tissulaires avec des conséquences fonctionnelles.

En cancérologie, on utilise comme référence le poids antérieur, et la perte de poids par rapport à ce poids de départ permet l'évaluation de la dénutrition. Ainsi on parle de dénutrition lorsque la perte de poids est au moins de 5 % à 1 mois et au moins de 10 % à 6 mois. (46)

D'après les études, les patients amaigris plus ou moins dénutris avant le début des traitements sont estimés entre 30 et 50 % tous cancers confondus.

Les cancers des VADS sont d'autant plus à risque par leur localisation qui peut occasionner dysphagie, dysgueusie, hyper catabolisme. (47)

De plus, les traitements anti-néoplasiques employés dans la lutte contre ce cancer, qui sont la radiothérapie et les chimiothérapies occasionnent des difficultés supplémentaires comme l'apparition de mucite, de xérostomie, sans parler des chirurgies radicales (par exemple : la glossectomie) (48)

Plusieurs études ont démontré le lien entre dénutrition et apparition de complications, (48) et donc une altération du pronostic. (46)

Les résultats de nombreux travaux témoignent de l'importance d'une prise en charge nutritionnelle personnalisée et précoce afin de prévenir la perte de poids et ainsi conserver la qualité de vie. (49) (46)

Afin d'évaluer le statut nutritionnel du patient, nous disposons de facteurs prédictifs tels que : la perte de poids supérieure ou égale à 10 %, le performans statut à 2-3, le tabagisme de plus de 20 cigarettes par jour, le taux d'albumine inférieur à 40 g/L, le stade avancé du cancer, l'âge élevé...(50)

Lorsque les apports sont jugés insuffisants, ou qu'il existe une dénutrition ou encore que les traitements envisagés risquent de la provoquer, un support nutritionnel est proposé.

Lorsque la voie orale est possible et que l'état nutritionnel du patient reste satisfaisant une simple supplémentation orale est alors prescrite.

Cependant, il est très fréquent de recourir à une nutrition entérale au cours d'un cancer des VADS. (51)

Plusieurs avis d'experts recommandent la mise en place d'une nutrition entérale préventive d'un traitement «lourd» par radio-chimiothérapie plus ou moins chirurgie des cancers des VADS avec en première intention la pose d'une gastrostomie par voie percutanée. (45) (51) (53)

Cette dernière est la plupart du temps bien tolérée, néanmoins, elle peut faire l'objet de complications telles que l'obstruction du tube, l'infection de l'orifice cutané, la chute du tube dont leur prise en charge sera développée dans les recommandations de bonnes pratiques.

## **II – 4 Les nausées, vomissements**

C'est un effet indésirable largement redouté par les patients.

On distingue différents type de nausées, vomissements chimio-induit : les aigus (dans les 24 premières heures), les tardifs (à partir de J2 sans limite de fin), les anticipatoires et les réfractaires.

Un mauvais contrôle de ces nausées, vomissements chimio-induits (NVCI) peut avoir des retentissements négatifs.

Sur la qualité de vie bien sûr, avec un impact sur la vie sociale, professionnelle, les activités quotidiennes, mais aussi sur le plan médical avec une aggravation du risque de dénutrition, et des potentielles complications métaboliques. (54)

L'intensité des NVCI dépend de plusieurs facteurs :

- les facteurs intrinsèques : l'âge inférieur ou égal à 50 ans, le sexe féminin, les antécédents de nausées vomissements, mal des transports, anxiété, mauvais contrôle des NVCI lors de précédentes cures, sujet qui redoute les NVCI.

A noter que l'intoxication alcoolique est un facteur protecteur des NVCI. (55)

- les facteurs extrinsèques qui reposent essentiellement sur le potentiel émétisant des chimiothérapies. (56) (57)

Les chimiothérapies employées dans le traitement des cancers des VADS varient en fonction du patient (chimiothérapie curative, palliative...), le potentiel émétisant varie de «hautement intense» pour le Cisplatine par exemple à «faiblement intense» comme pour le Methotrexate, ou le Cetuximab. (57)

Un article publié dans le bulletin du cancer de 2009, émet des recommandations sur la prise en charge médicamenteuse de ces NVCI. (58)

Nous apprenons qu'en 30 ans, d'importants progrès ont été réalisés dans ce domaine, avec l'apparition des antagonistes des récepteurs de type 3 de la sérotonine (anti-5HT3) dans les années 1990, et les antagonistes des récepteurs de type 1 des neurokinines dans les années 2000 (anti-NK1) plus ou moins en association avec les corticoïdes.

A noter que les benzodiazépines sont efficaces dans les nausées anticipatoires, et que les canabinoïdes ont également des actions antiémétisantes mais ne sont pas autorisés en France par rapport à leurs effets psychodysléptiques.

Plus couramment utilisés les antagonistes dopaminergiques comme la Métoclopramide peuvent être employés pour réduire des NVCI modérés.

Par ailleurs, les corticoïdes ont une place de choix dans la prévention des NVCI de CME, et des CHE, leur action antiémétique n'est pas complètement connue mais de nombreuses études ont montré une action antiémétique intrinsèque (59), et une potentialisation de l'effet des autres molécules antiémétiques (métoclopramide, anti-5HT3...) (60), (61)

La dexaméthasone est la molécule la plus étudiée.

Ainsi les prescriptions dépendent du potentiel émétisant de la chimiothérapie reçue, et des résultats des traitements précédents.

Les recommandations de protocoles antiémétiques sont résumées dans le tableau ci-dessous (62):

Proposition thérapeutique	CHE		CME		CFE		CTFE	
	<i>Aigus</i>	<i>Retardés</i>	<i>Aigus</i>	<i>Retardés</i>	<i>Aigus</i>	<i>Retardés</i>	<i>Aigus</i>	<i>Retardés</i>
Aprépitant + anti-5-HT3 + DXM ± lorazépam	Aprépitant + DXM ± lorazépam	1. <i>Protocole AC (adriblastine + cyclophosphamide) ou patients sélectionnés</i> Aprépitant + anti-5-HT3 + DXM ± lorazépam 2. <i>Autres protocoles</i> anti-5-HT3 + DXM ± lorazépam Anti-5-HT = alternative	Aprépitant ± DXM ± lorazépam	DXM ou MCP ou prochlorpérazine ± lorazépam	∅	∅	∅	

(CHE : chimiothérapie hautement émétisante, CME : chimiothérapie moyennement émétisant, CFE : chimiothérapie faiblement émétisante, CTFE : chimiothérapie très faiblement émétisante)

Ces méthodes médicamenteuses, doivent être accompagnées de mesures hygiéno-diététiques comme adopter une alimentation fractionnée, froide que nous développerons en détail dans le guide pratique.

Par ailleurs en 1997, une étude a prouvé l'efficacité de l'acupuncture dans la réduction des NVCI aigus.

Ces résultats sont confirmés par études plus récentes. (63) (64)

A savoir il est rapporté dans ces mêmes travaux des effets bénéfiques sur l'amélioration de la fatigue, de la douleur...

## **II - 5 Complication de soins spécifiques**

Une étude d'avril 2014 a permis de mettre en évidence les difficultés des patients qui reçoivent ou qui ont reçu un traitement pour un cancer des VADS, à faire face aux effets secondaires lorsqu'ils sont en dehors de l'hôpital et ainsi à accéder à des soins de support. (65)

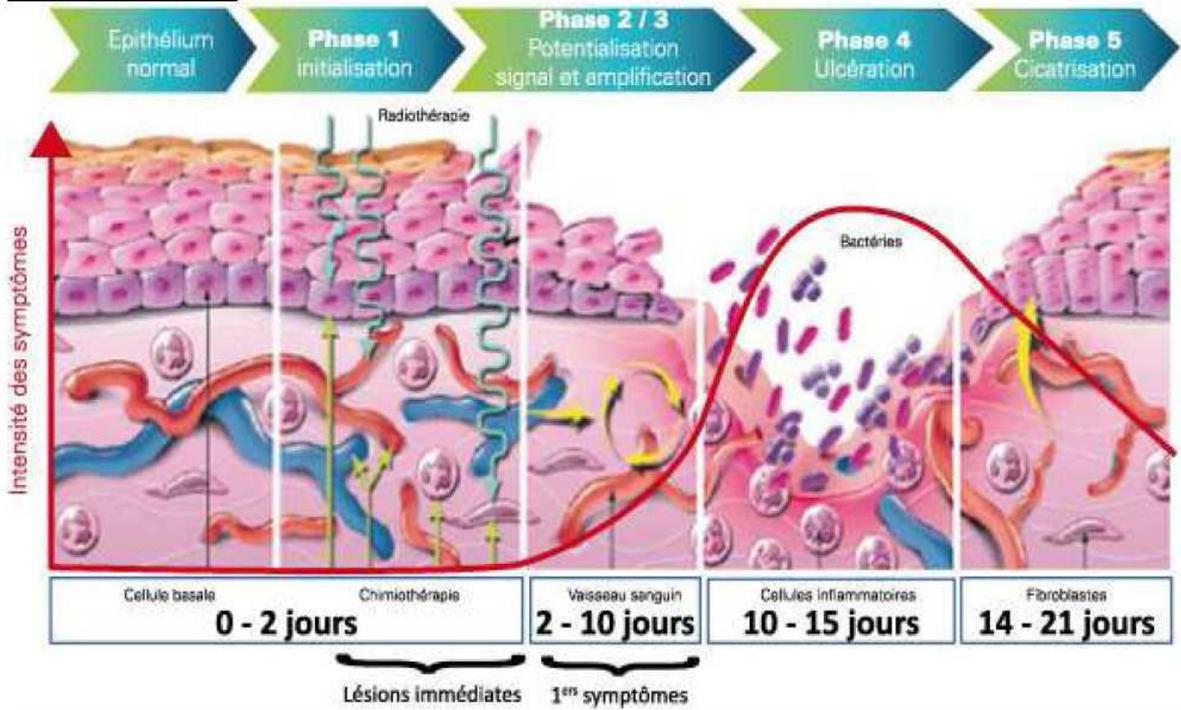
Ces résultats confortent l'intérêt de notre travail à proposer un guide pratique destiné aux médecins généralistes.

### **La mucite**

C'est une inflammation de la muqueuse qui recouvre l'intérieur des cavités et des viscères. C'est une des toxicités chimio et/ou radio induites. Ces lésions peuvent aller jusqu'à la nécrose.

La mucite buccale est également appelée stomatite.

**Physiopathologie**



**PHYSIOPATHOLOGIE DE LA MUCITE**

**PHASE 1 : INITIALISATION**

Cette phase correspond aux lésions directes de l'irradiation ou de la chimiothérapie qui provoquent une altération des cellules et des brins d'ADN dans l'épithélium basal et la sous-muqueuse. Des radicaux libres (Reactive Oxygen Species ou ROS) sont également générés et jouent un rôle de médiateur pour les événements biologiques des phases ultérieures (dommages directs sur la muqueuse et indirects par l'activation des facteurs de transcription).

**PHASE 2 : RÉPONSE PRIMAIRE À L'ALTÉRATION DES CELLULES ET DE L'ADN**

L'altération des cellules et de l'ADN, ainsi que les ROS, activent une cascade de réponses qui entraîne la production de cytokines pro-inflammatoires. Ces composés stimulent plusieurs voies menant à des lésions ou à la mort des cellules basales par apoptose.

**PHASE 3 : AMPLIFICATION DU SIGNAL**

La libération de cytokines pro-inflammatoires non seulement endommage les cellules, mais fournit également un feed-back positif qui amplifie les lésions causées directement par les rayonnements ou la chimiothérapie.

**PHASE 4 : ULCÉRATION**

Cette phase est caractérisée par des lésions douloureuses, sujettes à la colonisation bactérienne. Cette prolifération bactérienne va causer de nouveaux dommages tissulaires et activer la production et la libération de cytokines pro-inflammatoires supplémentaires par les cellules mononucléaires infiltrantes.

**PHASE 5 : CICATRISATION**

La mucite est généralement un événement aigu disparaissant progressivement après l'arrêt du traitement anticancéreux.

Réf : A Biological approach to mucositis, Sonis ST, J Support Oncol, 2004 ; 2 : 21-36

Les cancers des VADS sont principalement exposés à ce type de complication pour plusieurs raisons, le cancer en lui-même, source d'inflammation chronique, les traitements anticancéreux radio-chimiothérapie, et la fréquente dénutrition associée.

Sa gravité dépend toutefois du patient, du protocole de radiothérapie avec la dose reçue et l'étendue de la zone irradiée, son association concomitante avec une chimiothérapie. Il est évident que la consommation d'alcool et/ou de tabac aggrave la mucite. (66)

La mucite peut être le lit d'une surinfection fongique, la mycose, bactérienne, ou la réactivation virale d'un herpes. (67)

C'est une complication redoutée par le patient et le médecin car elle altère nettement la qualité de vie, est source de douleur, de difficultés alimentaires et psychologiques. (68)

Il est nécessaire de prévenir son apparition en assurant une hygiène bucco-dentaire quotidienne accompagnée de bain de bouche, en garantissant des apports nutritionnels satisfaisants et de la prendre en charge rapidement. (69)

Une étude d'activité in vitro et de stabilité des suspensions antifongiques pour bain de bouche a prouvé que les mélanges sont à proscrire car instables dès 48 heures, et que la MYCOSTATINE® pure présente une très bonne activité antifongique à raison de trois prises par jour en avalant le produit en préventif et curatif.

En cas de mauvaise tolérance elle peut être diluée avec de l'eau stérile. Des bains de bouche au bicarbonate de sodium peuvent être complémentaires après chaque repas. (70)

Une récente étude, affirme que le Fentanyl transdermique est un moyen efficace et pratique pour lutter contre les douleurs liées aux mucites. (68)

Le guide pratique permettra d'identifier la mucite et la mycose, de déterminer leur grade, et de proposer le traitement adapté ainsi que les conseils d'hygiène et alimentaires à prodiguer.

## **Complications cutanées liées aux thérapies ciblées**

Les anticorps dirigés contre le récepteur de facteur de croissance épidermique EGFR comme le cétuximab sont efficaces dans les carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou en mono thérapie ou en association avec la radiothérapie. (71)

Ils sont malheureusement responsables de nombreux effets indésirables cutanés qui sont désormais bien connus dont la physiopathologie est encore mal comprise.

Les troubles rapportés par ordre d'apparition sont (72):

- la folliculite ou éruption acnéiforme qui se produit chez 85% des patients dont 10 à 20% de formes graves (grade 3 à 4).

Elle se produit sur le visage, le cuir chevelu, et la partie supérieure du thorax.

La lésion élémentaire est une papule ou une pustule, jamais de lésion ouverte type comédon ou point noir.

Il existe une corrélation entre la gravité de l'éruption et l'efficacité du traitement et la survie des patients dans différentes tumeurs. (73)

Par ailleurs, son traitement ne réduirait pas cet avantage. (72)

- la xérodémie avec prurit généralisé se compliquant souvent de pulpites des mains et des pieds très douloureuses.

A 3 mois 50% des patients sont touchés et à 6 mois ils sont 100 %.

- le panaris ou le gonflement des replis qui peuvent se produire au niveau des doigts mais aussi des orteils.

C'est une complication tardive après au moins 6 mois de traitement.

- les modifications des cheveux et des poils comme la trichomégalie représentée par des longs cils bouclés, l'augmentation des poils du visage, les cheveux qui deviennent secs, cassants, fins et frisés avec le développement d'une alopecie frontale.

Ces effets indésirables sont complètement imprévisibles et apparaissent après 2 à 3 mois de traitement.

Le guide pratique permettra de reconnaître ces complications, leur niveau de gravité et le traitement le plus adapté.

## **Complications chroniques de la radiothérapie**

Essentiellement représentées par la fibrose musculaire et cutanée, l'atrophie, la radio-ostéonécrose, l'agueusie ou dysgueusie sont malheureusement des complications définitives. Parfois certaines peuvent bénéficier de traitements symptomatiques de substitution comme la salive artificielle dans les xérostomies. (66)

(74)

## II- 6 Aide au sevrage

### L'alcool

Il n'existe aucune contre-indication au sevrage.

Cependant certaines conditions imposent un sevrage hospitalier comme (75):

- contre-indication alcoologique : dépendance physique sévère, antécédent de delirium tremens ou crise convulsive, échec de sevrage antérieur...
- contre-indication somatique lorsque le patient présente des tares associées «lourdes»
- contre-indication psychiatrique
- contre-indications socio-environnementales : isolement, entourage peu favorable...

Il faut également respecter les non-indications au sevrage alcoolique :

- absence totale d'investissement du patient
- absence totale de projet social ou thérapeutique
- situation de crise affective, sociale, professionnelle...

Ceci n'empêche pas l'accompagnement et le soutien du patient.

Lorsqu'un sevrage ambulatoire est permis cela implique de connaître les signes de sevrage «simple» et les complications.

- les troubles subjectifs : anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars...

- les troubles neurovégétatifs : sueurs, tremblements, tachycardie,  
hypertension artérielle...

- les troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements...

Les complications peuvent apparaître dans les heures qui suivent et se manifester par:

- un syndrome confusionnel
- des hallucinations
- un delirium tremens
- des convulsions
- une hyperthermie

Les mesures thérapeutiques à mettre en place afin de prévenir ce syndrome de sevrage reposent sur trois éléments (76):

- Une information claire et comprise du patient

- Une hydratation suffisante de 1,5 à 2 litres d'eau par jour sans hyperhydratation potentiellement dangereuse

- Une anxiolyse par benzodiazépine à demi-vie intermédiaire comme le diazepam 10 mg, par voie orale soit 2 à 4 comprimés par 24h pendant 2 à 3 jours puis réduction

progressive sur 4 à 7 jours puis arrêt, ou 6 comprimés le premier jour en diminuant de un tous les jours jusqu'à l'arrêt complet.

A noter qu'il n'y a pas d'indication à maintenir un traitement par benzodiazépine au-delà de 10 jours.

Ce schéma thérapeutique est à personnaliser en fonction de la tolérance du patient, de son traitement antérieur...

Par ailleurs, il est nécessaire de prescrire une vitaminothérapie associée avec essentiellement 500 mg de vitamine B1, éventuellement 500 mg de vitamine B6, et de la vitamine PP pendant 7 jours maximum.

En fonction du contexte, un arrêt de travail peut se justifier.

Un sevrage ambulatoire impose un suivi rapproché au moins à J3, et en fin de traitement.

Cette prise en charge peut se faire par un CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

## **Le tabac**

La prise en charge doit être personnalisée à chaque fumeur en fonction de sa motivation, et de sa dépendance.

Si le patient est motivé, il faut dans un premier temps lui expliquer ce qu'est la dépendance à la fois physique (besoin de nicotine) et comportementale (gestuelle, vie en société...).

Secondairement l'informer sur les symptômes de sevrage, irritabilité, troubles du sommeil, agitation...

Et enfin insister sur l'importance d'un suivi prolongé au moins de 6 mois.

Il est nécessaire d'évaluer le niveau de dépendance par le test de Fagerström.

Le traitement repose sur l'association d'une substitution nicotinique et d'un soutien psychologique.

Le traitement substitutif doit être adapté au niveau de dépendance comme indiqué sur les tableaux en annexes.

Le soutien psychologique repose lui sur un accompagnement régulier en évaluant les points positifs, les difficultés, rechercher des solutions si possible, encourager en procédant en du renforcement positif.

Ces consultations peuvent être complétées par la participation à un groupe de soutien, une thérapie cognitivo-comportementale, de l'acupuncture, le recours à tabac info service.

Par ailleurs les traitements comme le Bupropion et la Varénicline ne doivent être proposés qu'en seconde intention.

En ce qui concerne la cigarette électronique, l'HAS en 2014 ne la recommande pas dans le sevrage tabagique mais précise que la démarche ne doit pas être découragée si le fumeur souhaite commencer par vapoter avant d'arrêter. (77)

## II - 7 La nécrose tumorale

Les plaies tumorales signent souvent une évolution avancée du cancer, elles ont pour caractéristique principale d'être très mal odorante.

Elles sont responsables bien évidemment d'une dégradation de la qualité de vie du malade, et d'un retentissement psychologique important car touche à la dignité.

En outre, le caractère odorant, fibrino-nécrotique et exsudatif, les plaies tumorales présentent un risque hémorragique important au niveau ORL, et aussi être responsable de douleur.

Les cancers ORL ont la particularité de se trouver à un carrefour de plusieurs flores bactériennes.

En effet sont en jeu les flores cutanée, digestive, et respiratoire.

La nécrose tumorale est causée par des bactéries anaérobies appartenant aux différentes flores commensales qui deviennent opportunistes et créent l'infection. (78)

Les bactéries anaérobies sont sensibles au Métronidazole, Pénicilline avec inhibiteur de bêta lactamase, au chloramphénicol, aux Carbapénèmes et la Tigécycline. (79)

En pratique dès l'apparition d'odeur nauséabonde il convient d'administrer du Métronidazole en systémique à raison de trois comprimés de 500 mg par jour pendant 8 à 10 jours. (80) (81)

Cette même molécule peut être proposée par voie locale en bain de bouche pluriquotidien, ou en gel. (82)

A savoir quelques précautions d'emploi :

- pas de prise d'alcool car risque d'effet antabuse
- en cas de traitement prolongé, risque de neuropathie centrale ou périphérique, céphalées, convulsions, ataxie, vertiges.
- interactions médicamenteuses à connaître avec les anticoagulants oraux (risque hémorragique), et le 5 Fluoro-Uracile (augmente sa toxicité) préférer alors la DALACINE® Clindamycine 300 mg x 3 par jour. (83)

En fonction de la localisation et de son accès des soins locaux de propreté avec désinfection, et application de pansements absorbant type hydrocellulaire sont conseillés.

A noter qu'une expérience menée en 2006 portée sur l'observation de 30 patients souffrant de cancer des VADS et l'utilisation d'huile essentielle d'eucalyptus plusieurs fois par jour sur la plaie a permis de réduire l'odeur et l'inflammation locale. (84)

## **II – 8 La mycose**

L'infection fongique reste un problème fréquent au cours d'un cancer ORL, favorisée par les traitements radio chimiothérapie, le déficit immunitaire lié au cancer, la fréquente dénutrition.

Afin de réduire le risque, il est conseillé de maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire et de faire des bains de bouche préventifs au bicarbonate de sodium ainsi qu'à la MYCOSTATINE®. (70)

Si le patient présente une forme minime de mycose buccale, un traitement local peut suffire, par contre dans les formes plus importantes il faut recourir à un traitement par voie générale. (85)

En effet les candidoses systémiques peuvent se rencontrer dans les situations de neutropénie et/ou d'antibiothérapie au long cours.

## **II - 9 Hémorragie terminale**

Il s'agit d'une situation extrêmement difficile à vivre par le patient, ses proches et les soignants.

Elle se présente lorsque la tumeur envahit le réseau artériel jusqu'à la rupture de paroi responsable de l'hémorragie cataclysmique.

En situation palliative lorsque cette complication survient il est préconisé de réaliser une sédation profonde et rapide.

Un article publié dans le BMJ Supportive and Palliative Care de 2012 propose un guide de prise en charge de cette situation à domicile. (86)

Parmi les grands principes nous pouvons énoncer :

- Savoir repérer les situations à risque (localisation, taille de la tumeur à proximité d'une artère, troubles de la coagulation...) et anticiper les besoins.

- Être présent et rassurer le patient, lui tenir la main.

- Utiliser des serviettes de couleur noire pour limiter la vue du sang.
- Assurer le confort et le calme du patient pour lui permettre de décéder dans la dignité.
- Procéder à une sédation profonde par le Midazolam HYPNOVEL®  
(en intraveineux, sous-cutanée, intramusculaire, oral) à la dose initiale de 10 mg qui pourra être augmentée en fonction de la réponse clinique.
- Apporter après le décès un soutien et proposer un débriefing à l'entourage.

## **II - 10 Psycho-oncologie**

Il s'agit d'un axe de prise en charge majeur.

La dépression est fréquente au cours d'un cancer, mais elle est encore plus pour un cancer des VADS ou l'incidence est 15 à 50 % plus élevée que pour les autres tumeurs. (87)

Il en est de même pour le taux de suicide qui est 4 fois plus élevé que pour la population générale. (88) (89)

En dehors du risque suicidaire, une étude démontre que la dépression au cours d'un cancer de la tête et du cou réduit l'espérance de vie. (90)

Le cancer des VADS est particulièrement exposé au risque de développer un syndrome dépressif, car il touche directement à l'image corporelle avec parfois des mutilations physiques importantes, de plus la parole est souvent modifiée ce qui altère le lien social.

La dégradation des fonctions vitales (manger, boire, respirer) y contribue également.

Les patients atteints d'un cancer des VADS en lien avec une infection à HPV peuvent présenter une détresse psychologique car ils peuvent chercher une causalité dans leur sexualité, leur partenaire...(91)

Dans une étude de 2013, les patients souffrant de cancer ORL rapportent une insatisfaction face à leurs besoins psychologiques. (92)

La communication et la qualité des informations données au patient sont fondamentales.

Des études ont prouvé la corrélation entre l'apparition et l'intensité d'une anxiété et/ou d'une dépression et les informations transmises avant le traitement. (93)

Il est nécessaire d'adopter une attitude empathique, et de s'adapter aux variations émotionnelles du patient au cours de la maladie.

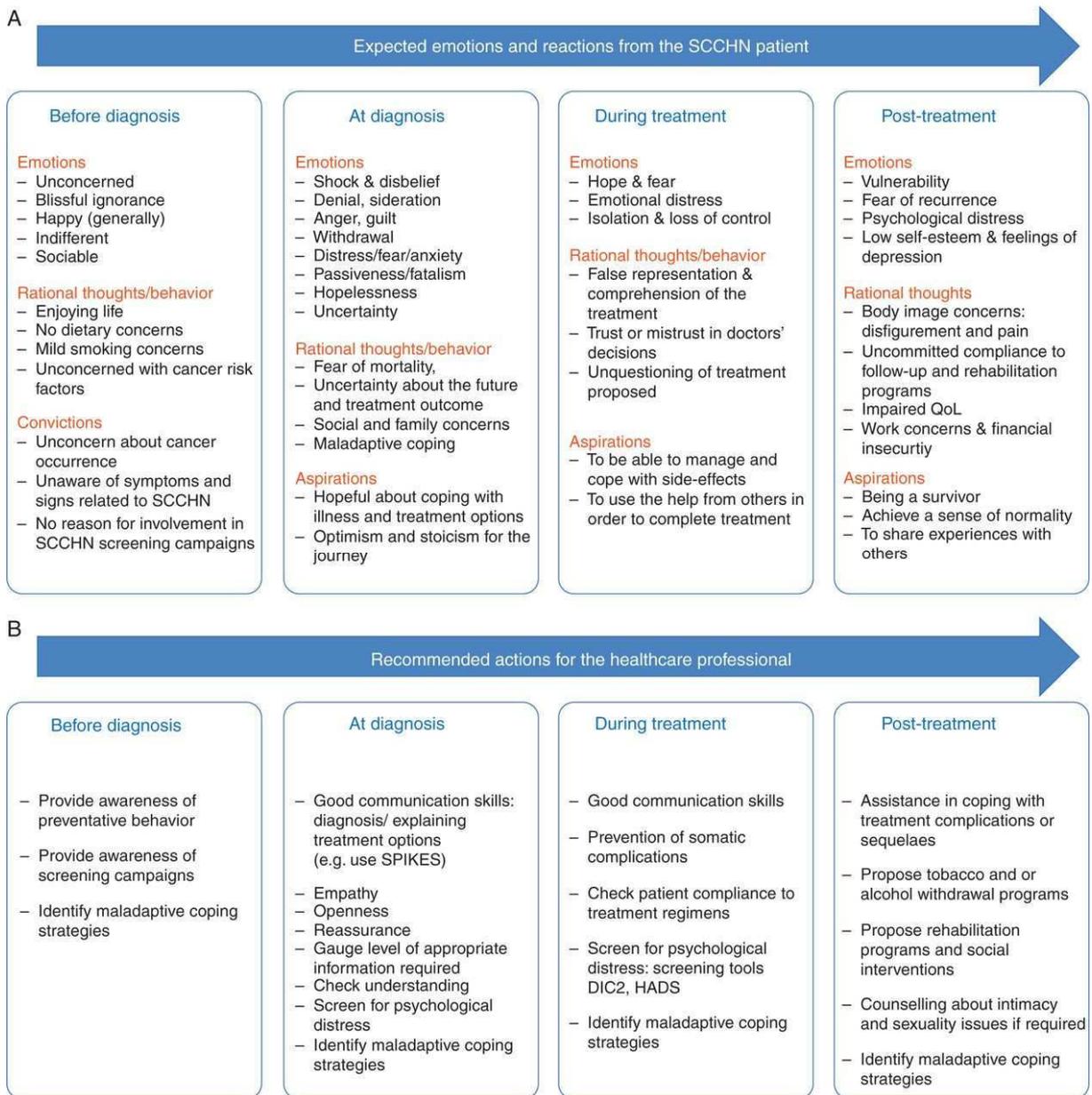


Figure : Résumé des émotions du patient (A), recommandations pour les soignants (B)

*DIC2, Distress Inventory for Cancer version 2, HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; SCCHN, squamous cell carcinoma of the head and neck; QoL, quality of life.*

Il est nécessaire de dépister une éventuelle détresse psychologique de ces patients, il existe des échelles validées qui me semblent difficiles d'utiliser en ville, voire au domicile du patient.

L'évaluation repose alors sur l'interrogatoire du médecin.

Dans cette même idée, une étude suggère d'apporter une attention aux difficultés liées à l'image corporelle. (94)

Sur le plan thérapeutique, deux études mettent en évidence la réduction du risque d'apparition d'un syndrome dépressif par un traitement antidépresseur prophylactique d'Escitalopram ou de Citalopram. (95) (96)

## **DISCUSSION**

Les principaux soins de support concernés par les cancers ORL ont été abordés dans ce travail de thèse, l'objectif principal était de développer un guide pratique faisant la synthèse des recommandations, des dernières données scientifiques publiées à ce sujet, destiné au médecin généraliste.

Ce guide a pour but de devenir un outil de communication entre le Centre Oscar Lambret et les médecins traitants.

Le mode de diffusion reste à définir, soit un lien internet inscrit sur le courrier de sortie de tout patient suivi par le département des cancers VADS du Centre Oscar Lambret, soit un format PDF consultable en ligne, soit à la demande du médecin...

## **CONCLUSION**

Les cancers des VADS sont un problème de santé publique dans le monde, la région Nord Pas de Calais est particulièrement concernée.

La prise en charge doit être pluridisciplinaire et globale.

Le troisième plan cancer 2014/2019 définit le médecin généraliste comme un acteur central dans la prise en charge du patient atteint de cancer, il précise également que ce dernier doit disposer d'outils de bonnes pratiques pour l'organisation du parcours de soins ambulatoires. (5)

Ce dernier précise également l'importance de renforcer l'accès aux soins de support.

C'est tout l'objet de cette thèse et du guide pratique qui en découle.

Le médecin généraliste, coordinateur des soins doit pouvoir assurer les soins de son patient en ambulatoire et «passer la main» aux médecins hospitaliers lorsque la situation l'impose.

Cela repose sur une bonne communication «ville/Hôpital». (29)

La qualité des soins de support dans la pathologie cancéreuse permet d'assurer la meilleure qualité de vie possible au patient et vivre dans la dignité.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Les cancers en France - Edition 2013 - Publications - Institut National Du Cancer  
<http://www.e-cancer.fr>
2. Les données - Institut National Du cancer  
<http://lesdonnees.e-cancer.fr>
3. Les cancers VADS en région  
<http://cancers.santenpdc.org>
4. Plan cancer 2009 - 2013  
<http://www-prod.plan-cancer.gouv.fr>
5. Plan cancer : premier rapport remis au président de la République - Plan cancer 2014-2019 - Institut National Du Cancer  
<http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer>
6. Poulain philippe. Le concept des soins de support A l'interface des plans gouvernementaux "cancer", "douleur", "soins palliatifs." ICR Toulouse USP Polyclinique de l'Ormeau-Tarbes;
7. Guide ALD VADS\_septembre  
<http://www.has-sante.fr>
8. Rothman K, Keller A. The effect of joint exposure to alcohol and tobacco on risk of cancer of the mouth and pharynx. *J Chronic Dis.* 1972 Dec;25(12):711–6.
9. Zeka A, Gore R, Kriebel D. Effects of alcohol and tobacco on aerodigestive cancer risks: a meta-regression analysis. *Cancer Causes Control CCC.* 2003 Nov;14(9):897–906.
10. Maier H, Zöller J, Herrmann A, Kreiss M, Heller WD. Dental status and oral hygiene in patients with head and neck cancer. *Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg.* 1993 Jun;108(6):655–61.
11. Smith EM, Ritchie JM, Summersgill KF, Hoffman HT, Wang DH, Haugen TH, et al. Human papillomavirus in oral exfoliated cells and risk of head and neck cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2004 Mar 17;96(6):449–55.

12. Chen Y, Zhao W, Lin L, Xiao X, Zhou X, Ming H, et al. Nasopharyngeal Epstein-Barr Virus Load: An Efficient Supplementary Method for Population-Based Nasopharyngeal Carcinoma Screening. *PloS One*. 2015;10(7):e0132669.
13. Alcool, tabac et drogues illicites : Géographie des pratiques addictives en France - dp131107.pdf  
<http://www.inpes.sante.fr>
14. OMS | Consommation d'alcool  
[http://www.who.int/topics/alcohol\\_drinking/fr/](http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/fr/)
15. Insee Nord-Pas-de-Calais - La pauvreté  
<http://www.insee.fr>
16. SANT4 - Bulletin Officiel N°2005-3: Annonce N°34  
<http://www.sante.gouv.fr>
17. P. Colombat, S. Antoun, 2, R. Aubry, 3, I. Banterla-Dadon, et al.  $\pi$  propos de la mise en place des soins de support en oncologie : pistes de réflexions et propositions  
<http://www.afsos.org>
18. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010 Aug 19;363(8):733–42.
19. Plan cancer 2003-2007.  
<http://www.e-cancer.fr>
20. VI-A4c- Annexe circulaire DHOS soins de support 2005 - VI-A4c-pdf  
<http://www.sfap.org>
21. Scotté F, Hervé C, Oudard S, Bugat ME, Bugat R, Farsi F, et al. Supportive care organisation in France: an in depth study by the French speaking association for supportive care in cancer (AFSOS). *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. 2013 Mar;49(5):1090–6.
22. Microsoft Word - European definition\_F.doc - WONCA definition French  
<http://www.woncaeurope.org>
23. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
24. Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. *Palliat Med*. 2002 Nov;16(6):457–64.

25. Bungener M, Demagny L, Holtedahl KA, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage entre la médecine générale et de spécialité ? <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr>
26. Christensen KG, Fenger-Grøn M, Flarup KR, Vedsted P. Use of general practice, diagnostic investigations and hospital services before and after cancer diagnosis - a population-based nationwide registry study of 127,000 incident adult cancer patients. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:224.
27. Nguyen TD, Vincent P, Lamberth F, Robles V, Curé H. Perspectives en cancérologie pour les médecins généralistes : enquête interrégionale 2010. *Bull Cancer* 2011 ; 98 : 1143-1152.
28. Le généraliste face au cancer | la maison du cancer  
<http://www.la-maison-du-cancer.com>
29. Abbioui S. Gestion de l'information médicale entre la ville et l'hôpital autour des patients bénéficiant d'une chimiothérapie antinéoplasique au GHICL. Lille : Université de Lille 2, 2012.
30. Dagada C, Mathoulin-Pélissier S, Monnereau A, Hoerni B. [Management of cancer patients by general practitioners. Results of a survey among 422 physicians in Aquitaine]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 2003 Jun 28;32(23):1060–5.
31. Douleur  
<http://www.inserm.fr>
32. Heigl P. [Cancer pain management]. *Orv Hetil.* 2014 Jan 19;155(3):93–9.
33. Janjan N. Improving cancer pain control with NCCN guideline-based analgesic administration: a patient-centered outcome. *J Natl Compr Cancer Netw JNCCN.* 2014 Sep;12(9):1243–9.
34. Clement PMJ, Beuselinck B, Mertens PG, Cornelissen P, Menten J. Pain management in palliative cancer patients: a prospective observational study on the use of high dosages of transdermal buprenorphine. *Acta Clin Belg.* 2013 Apr;68(2):87–91.
35. Swarm RA. The management of pain in patients with cancer. *J Natl Compr Cancer Netw JNCCN.* 2013 May;11(5 Suppl):702–4.
36. Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. *JAMA.* 2014 Aug 27;312(8):825–36.
37. Plante GE, VanItallie TB. Opioids for cancer pain: the challenge of optimizing treatment. *Metabolism.* 2010 Oct;59 Suppl 1:S47–52.

38. Krakowski I, Falcoff H, Gestin Y, Goldberg J, Guillain H, Jaulmes F, et al. Recommandations pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant. Bull Cancer (Paris) . 1995  
<http://cat.inist.fr>
39. Guide des antalgiques  
<http://www.analgesic.ch>
40. sorantalgiquesadultescomplet.pdf.
41. Mercadante S. Managing difficult pain conditions in the cancer patient. Curr Pain Headache Rep. 2014 Feb;18(2):395.
42. fatigue et cancer - fatigue\_et\_cancer.pdf  
<http://www.afsos.org>
43. Cleeland CS, Zhao F, Chang VT, Sloan JA, O'Mara AM, Gilman PB, et al. The symptom burden of cancer: Evidence for a core set of cancer-related and treatment-related symptoms from the Eastern Cooperative Oncology Group Symptom Outcomes and Practice Patterns study. Cancer. 2013 Dec 15;119(24):4333–40.
44. Chang YJ, Lee JS, Lee CG, Lee WS, Lee KS, Bang S-M, et al. Assessment of clinical relevant fatigue level in cancer. Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer. 2007 Jul;15(7):891–6.
45. Larkin D, Lopez V, Aromataris E. Managing cancer-related fatigue in men with prostate cancer: a systematic review of non-pharmacological interventions. Int J Nurs Pract. 2014 Oct;20(5):549–60.
46. Référentiel AFSOS Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer  
<http://www.afsos.org>
47. Bozzetti F, Mariani L, Lo Vullo S, SCRINIO Working Group, Amerio ML, Biffi R, et al. The nutritional risk in oncology: a study of 1,453 cancer outpatients. Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer. 2012 Aug;20(8):1919–28.
48. Van den Berg MGA, Rasmussen-Conrad EL, Gwasara GM, Krabbe PFM, Naber AHJ, Merks MA. A prospective study on weight loss and energy intake in patients with head and neck cancer, during diagnosis, treatment and revalidation. Clin Nutr Edinb Scotl. 2006 Oct;25(5):765–72.
49. Capuano G, Gentile PC, Bianciardi F, Tosti M, Palladino A, Di Palma M. Prevalence and influence of malnutrition on quality of life and performance status in patients with locally advanced head and neck cancer before treatment. Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer. 2010 Apr;18(4):433–7.

50. Lescut N, Personeni E, Desmarets M, Puyraveau M, Hamlaoui R, Servagi-Vernat S, et al. [Evaluation of a predictive score for malnutrition in patients treated by irradiation for head and neck cancer: a retrospective study in 127 patients]. *Cancer Radiothérapie J Société Fr Radiothérapie Oncol.* 2013 Nov;17(7):649–55.
51. Garabige V, Giraud P, De Rycke Y, Girod A, Jouffroy T, Jaulerry C, et al. [Impact of nutrition management in patients with head and neck cancers treated with irradiation: is the nutritional intervention useful?]. *Cancer Radiothérapie J Société Fr Radiothérapie Oncol.* 2007 May;11(3):111–6.
52. Silander E, Nyman J, Bove M, Johansson L, Larsson S, Hammerlid E. Impact of prophylactic percutaneous endoscopic gastrostomy on malnutrition and quality of life in patients with head and neck cancer: a randomized study. *Head Neck.* 2012 Jan;34(1):1–9.
53. Martín Villares C, Fernández Pello ME, San Román Carbajo J, Tapia Risueño M, Domínguez Calvo J. [Postoperative nutrition in patients with head and neck cancer]. *Nutr Hosp.* 2003 Oct;18(5):243–7.
54. Farrell C, Brearley SG, Pilling M, Molassiotis A. The impact of chemotherapy-related nausea on patients' nutritional status, psychological distress and quality of life. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* 2013 Jan;21(1):59–66.
55. Molassiotis A, Aapro M, Dicato M, Gascon P, Novoa SA, Isambert N, et al. Evaluation of risk factors predicting chemotherapy-related nausea and vomiting: results from a European prospective observational study. *J Pain Symptom Manage.* 2014 May;47(5):839–48.e4.
56. Olver IN, Grimison P, Chatfield M, Stockler MR, Toner GC, Gebiski V, et al. Results of a 7-day aprepitant schedule for the prevention of nausea and vomiting in 5-day cisplatin-based germ cell tumor chemotherapy. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* 2013 Jun;21(6):1561–8.
57. 140407 NVCI MAJ 2013 - J2R-2013-NVCI.pdf  
<http://www.rrc-ra.fr>
58. Durand J-P, Madelaine I, Scotté F. [Guidelines for prophylaxis and treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting]. *Bull Cancer (Paris).* 2009 Oct;96(10):951–60.
59. Baker JJ, Lokey JL, Price NA, Winokur SH, Bowen J, Taylor A. Nabilone as an antiemetic. *N Engl J Med.* 1979 Sep 27;301(13):728.
60. Allan SG, Cornbleet MA, Warrington PS, Golland IM, Leonard RC, Smyth JN. Dexamethasone and high dose metoclopramide: efficacy in controlling cisplatin induced nausea and vomiting. *Br Med J Clin Res Ed.* 1984 Oct 6;289(6449):878–9.

61. Warr DG, Hesketh PJ, Gralla RJ, Muss HB, Herrstedt J, Eisenberg PD, et al. Efficacy and tolerability of aprepitant for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with breast cancer after moderately emetogenic chemotherapy. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2005 Apr 20;23(12):2822–30.
62. Mailliez A, Bonnetterre J. [Chemotherapy induced emesis: pathophysiology and prevention]. *Bull Cancer (Paris)*. 2010 Feb;97(2):233–43.
63. Cohen AJ, Menter A, Hale L. Acupuncture: role in comprehensive cancer care--a primer for the oncologist and review of the literature. *Integr Cancer Ther*. 2005 Jun;4(2):131–43.
64. Ezzo J, Richardson MA, Vickers A, Allen C, Dibble S, Issell BF, et al. Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea or vomiting. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* : <http://www.jle.com.doc-distant.univ-lille2.fr>
65. Moore KA, Ford PJ, Farah CS. "I have quality of life...but...": Exploring support needs important to quality of life in head and neck cancer. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. 2014 Apr;18(2):192–200.
66. Agarwal P, Upadhyay R, Agarwal A. Radiotherapy complications and their possible management in the head and neck region. *Indian J Dent Res Off Publ Indian Soc Dent Res*. 2012 Dec;23(6):843.
67. Mucites et candidoses modèle J2R 15122010 [Mode de compatibilité] – [Mucites\\_et\\_candidoses-2.pdf](#)  
<http://www.afsos.org>
68. Shao-Zhi Xing, & Ying Zhang. Efficacy and safety of transdermal fentanyl for the treatment of oral mucositis pain caused by chemoradiotherapy in patients with esophageal squamous cell carcinoma  
<http://www.mascc.org>
69. Procédure mucite gpic-afsos V3 – [procedure\\_mucite\\_gpic-afsos\\_V3.pdf](#)  
<http://www.afsos.org>
70. Jolivot PA, Dunyach-Remy C, Roussey A, Jalabert A, Mallié M, Hansel-Esteller S. [Assessment of in vitro activity and stability of antifungal suspensions for mouthrinses: to a reappraisal of empiric practices?]. *Pathol Biol (Paris)*. 2012 Dec;60(6):362–8.
71. Ricci F, Paradisi A, Silveri SL, Sampogna F, Micciché F, Bonomo PL, et al. Adverse skin reactions during treatment with cetuximab plus radiotherapy: Multidisciplinary approach to minimize radio-chemotherapy interruption. *J Dermatol Treat*. 2014 Jun 17;1–5.

72. Sinclair R. Anticipating and managing the cutaneous side effects of epidermal growth factor receptor inhibitors. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2014 Mar;10 Suppl 1:11–7.
73. Brockstein BE, Vokes EE. Head and neck cancer in 2010: Maximizing survival and minimizing toxicity. *Nat Rev Clin Oncol*. 2011 Feb;8(2):72–4.
74. Oxberry SG. Systematic literature review: xerostomia in advanced cancer patients  
<http://www.mascc.org>
75. 8a\_sevrage\_sfa2009.pdf - 8a\_sevrage\_sfa2009.pdf  
<http://www.sfalcoologie.asso.fr>
76. Svg\_simple.indd - Svg\_simple.pdf  
<http://www.sfalcoologie.asso.fr>
77. question\_reponse\_sevrage\_tabagique.pdf  
<http://www.has-sante.fr>
78. Dubreuil Luc. LES INFECTIONS A ANAEROBIES ET LEUR TRAITEMENT : ARGUMENTS MICROBIOLOGIQUES - Les-infections-a-anerobies-Dubreuil.pdf  
<http://www.seminfect.be/Dubreuil-19-01-04/Les-infections-a-anerobies-Dubreuil.pdf>
79. Brook I. Antimicrobial treatment of anaerobic infections. *Expert Opin Pharmacother*. 2011 Aug;12(11):1691–707.
80. Sparrow G, Minton M, Rubens RD, Simmons NA, Aubrey C. Metronidazole in smelly tumours. *Lancet Lond Engl*. 1980 May 31;1(8179):1185.
81. H. Lala, I. Fromantin. Les plaies tumorales  
[http://www.sffpc.org/index.php?pg=connaiss\\_plaies-cancereuses-1](http://www.sffpc.org/index.php?pg=connaiss_plaies-cancereuses-1)
82. Cynthia A. Fleck. Palliative Dilemmas: Wound Odour  
<http://cawc.net/images/uploads/wcc/4-3-fleck.pdf>
83. Brusis T, Luckhaupt H. Fetor from ulcerated head and neck tumors: causation and therapy. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1989 Aug;98(8 Pt 1):615–7.
84. Warnke PH, Sherry E, Russo P a. J, Açil Y, Wiltfang J, Sivananthan S, et al. Antibacterial essential oils in malodorous cancer patients: clinical observations in 30 patients. *Phytomedicine Int J Phytother Phytopharm*. 2006 Jul;13(7):463–7.
85. Lalla RV, Latortue MC, Hong CH, Ariyawardana A, D'Amato-Palumbo S, Fischer DJ, et al. A systematic review of oral fungal infections in patients receiving cancer therapy. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2010 Aug;18(8):985–92.

86. Ubogagu E, Harris DG. Guideline for the management of terminal haemorrhage in palliative care patients with advanced cancer discharged home for end-of-life care. *BMJ Support Palliat Care*. 2012 Dec;2(4):294–300.
87. Lydiatt WM, Moran J, Burke WJ. A review of depression in the head and neck cancer patient. *Clin Adv Hematol Oncol HO*. 2009 Jun;7(6):397–403.
88. Zeller JL. High suicide risk found for patients with head and neck cancer. *JAMA*. 2006 Oct 11;296(14):1716–7.
89. Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2008 Oct 10;26(29):4731–8.
90. Lazure KE, Lydiatt WM, Denman D, Burke WJ. Association between depression and survival or disease recurrence in patients with head and neck cancer enrolled in a depression prevention trial. *Head Neck*. 2009 Jul;31(7):888–92.
91. Reich M, Leemans CR, Vermorken JB, Bernier J, Licitra L, Parmar S, et al. Best practices in the management of the psycho-oncologic aspects of head and neck cancer patients: recommendations from the European Head and Neck Cancer Society Make Sense Campaign. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO*. 2014 Nov;25(11):2115–24.
92. Henry M, Habib L-A, Morrison M, Yang JW, Li XJ, Lin S, et al. Head and neck cancer patients want us to support them psychologically in the posttreatment period: Survey results. *Palliat Support Care*. 2013 Oct 24;1–13.
93. Moore RJ, Chamberlain RM, Khuri FR. Communicating suffering in primary stage head and neck cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2004 Mar;13(1):53–64.
94. Fingeret MC, Teo I, Goettsch K. Body image: a critical psychosocial issue for patients with head and neck cancer. *Curr Oncol Rep*. 2015 Jan;17(1):422.
95. Lydiatt WM, Denman D, McNeilly DP, Puumula SE, Burke WJ. A randomized, placebo-controlled trial of citalopram for the prevention of major depression during treatment for head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008 May;134(5):528–35.
96. Lydiatt WM, Bessette D, Schmid KK, Sayles H, Burke WJ. Prevention of depression with escitalopram in patients undergoing treatment for head and neck cancer: randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *JAMA Otolaryngol-- Head Neck Surg*. 2013 Jul;139(7):678–86.
97. La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne - 2.reperes\_pour\_votre\_pratique.pdf

<https://www.tabac-info-service.fr>

## **ANNEXES**

## Test de Fagerström (97)

Test de Fagerström	
1. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
Dans les 5 premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Après 60 minutes	0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	
Oui	1
Non	0
3. À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	
La première le matin	1
N'importe quelle autre	0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	
10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	
Oui	1
Non	0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	
Oui	1
Non	0
<b>Total</b>	

Résultats	
<b>Score de 0 à 2</b>	<b>pas de dépendance</b>
Votre patient peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques. Si toutefois le patient redoute cet arrêt, vous pouvez lui apporter des conseils utiles de type comportemental (jeter les cendriers, boire un verre d'eau...).	
<b>Score de 3 à 4</b>	<b>dépendance faible</b>
Votre patient peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques, mais ils peuvent être nécessaires en cas d'apparition de difficultés.	
<b>Score de 5 à 6</b>	<b>dépendance moyenne</b>
L'utilisation des substituts nicotiques va augmenter les chances de réussite. Vos conseils seront utiles pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas (cf tableau).	
<b>Score de 7 à 10</b>	<b>dépendance forte ou très forte</b>
L'utilisation des traitements pharmacologiques est recommandée (traitement de substitution nicotinique ou bupropion LP). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée (cf tableau). En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée. ( <a href="http://www.oft.spim.jussieu.fr">www.oft.spim.jussieu.fr</a> )	

Substitution nicotinique – exemples de dose initiale à proposer (donnés à titre indicatif : dose adaptée à l'intensité de la dépendance et à chaque patient). Augmenter si sous-dosage. Diminuer si surdosage.

Fume	< 10 cigarettes/jour	10-19 cigarettes/jour	20-30 cigarettes/jour	> 30 cigarettes/jour
pas tous les jours	rien ou forme orale	rien ou forme orale	-	-
pas le matin	rien ou forme orale	rien ou forme orale	forme orale	-
< 60 min. après le lever	rien ou forme orale	forme orale	timbre forte dose	timbre forte dose +/- forme orale
< 30 min. après le lever	-	timbre forte dose	timbre forte dose +/- forme orale	timbre forte dose + forme orale
< 5 min. après le lever	-	timbre forte dose +/- forme orale	timbre forte dose + forme orale	timbres forte + moyenne dose +/- forme orale

**AUTEUR : Nom : BARTKOWIAK**

**Prénom : Lolita**

**Date de Soutenance : le 21 janvier 2016**

**Titre de la Thèse : Élaboration d'un guide pratique d'aide à la prise en charge ambulatoire des soins de support en cancérologie des voies aérodigestives supérieures.**

**Thèse - Médecine - Lille 2016**

**Cadre de classement : Thèse d'exercice**

**DES + spécialité : Médecine Générale**

**Mots-clés : soins de support, cancer, médecin généraliste**

**Introduction** : Le cancer des voies aérodigestives supérieures implique de nombreux soins de support. Comme le précise le troisième plan cancer 2014 /2019 le médecin généraliste a un rôle central dans la prise en charge du patient atteint de cancer, et souhaite renforcer l'accès aux soins de support.

L'objectif principal est de proposer une synthèse des recommandations de bonnes pratiques concernant les différents soins de support et d'élaborer un guide pratique destiné aux médecins généralistes pour la prise en charge ambulatoire.

**Méthode** : Revue non systématique de la littérature internationale à l'aide de Pubmed, et de termes MeSH, consultation de sites internet spécialisés tel que celui de l'AFSOS, de la MASCC et de l'HAS.

Extractions des données et élaboration de fiches de synthèse pratiques.

**Résultats** : Des fiches de synthèse pratiques ont été élaboré comportant des échelles d'évaluation, des algorithmes de prise en charge, des photographies. Les thèmes développés sont la douleur, l'asthénie, la dénutrition, les nausées et vomissements chimio-induits, les problèmes de bouche (mucite, mycose essentiellement), les complications cutanées liées aux anti-EGFR comme Cetuximab, la nécrose tumorale, la psycho-oncologie, le sevrage alcool tabagique, l'hémorragie terminale.

**Conclusion** : Les soins de support apportés au patient lui offrent une meilleure qualité de vie. Ils sont présents du diagnostic à la fin de vie. La mise à disposition pour les médecins généralistes de cet outil d'aide à l'évaluation et à la prise en charge ambulatoire des soins de support en cancérologie ORL a pour objectif de faciliter leur exercice ainsi que d'optimiser la qualité de ces soins.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Dominique CHEVALIER.**

**Assesseurs : Professeur Jean-Marc LEFEBVRE, Docteur Geoffrey MORTUAIRE, Docteur Gautier LEFEBVRE.**