

Année 2017

N° 030

**SOINS DE SUPPORT EN CANCEROLOGIE DES VOIES  
AERO-DIGESTIVES SUPERIEURES**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR  
EN CHIRURGIE DENTAIRE

*Présentée et soutenue publiquement par*

**Chloé ANDRE** née le 30/04/1991

**Hélène BURASCHI** née le 02/05/1991

Le 3 juillet 2017 devant le jury ci-dessous :

Président : Monsieur le Professeur Bernard GIUMELLI

Assesseur : Monsieur le Docteur Pierre LE BARS

Invitée : Madame le Docteur Julie LONGIS

Invité : Monsieur Vincent DALZON

Directrice de thèse : Madame le Docteur Pauline BLERY

Co-directrice de thèse : Madame le Docteur Cécile DUPAS

<b>UNIVERSITÉ DE NANTES</b>	
<b>Président</b>	Pr LABOUX Olivier
<b>FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE</b>	
<b>Doyen</b>	Pr GIUMELLI Bernard
<b>Assesseurs</b>	Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre
<b>Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.</b>	
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
<b>Professeurs des Universités</b>	
Monsieur BOULER Jean-Michel	
<b>Professeurs Émérites</b>	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain
<b>Praticiens hospitaliers</b>	
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame HYON Isabelle Madame GOEMAERE GALIERE Hélène
<b>Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.</b>	<b>Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D</b>
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Madame BLERY Pauline Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Madame RENARD Emmanuelle Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Élisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Monsieur ABBAS Amine Monsieur AUBEUX Davy Madame BERNARD Cécile Monsieur BOUCHET Xavier Madame BRAY Estelle Madame CLOITRE Alexandra Monsieur DRUGEAU Kévin Madame GOUGEON Béatrice Monsieur LE BOURHIS Antoine Monsieur LE GUENNEC Benoît Monsieur LOCHON Damien Madame MAÇON Claire Madame MAIRE-FROMENT Claire-Hélène Madame MERCUSOT Marie-Caroline Monsieur OUVREARD Pierre Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur SARKISSIAN Louis-Emmanuel
<b>Maître de Conférences</b>	
Madame VINATIER Claire	
<b>Enseignants Associés</b>	<b>A.T.E.R.</b>
Monsieur KOUADIO Ayepa (Assistant Associé) Madame LOLAH Aoula (MC Associé) Madame RAKIC Mia (PU Associé)	Madame BON Lina

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

# REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Bernard GIUMELLI,**

Professeur des Universités du CHU de Nantes,  
Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires,  
Chef du Département de Prothèses.  
Doyen de l'UFR Odontologie de Nantes.

*Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, veuillez recevoir le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.  
Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité.*

**A Madame le Docteur Pauline BLERY,**

Maître de Conférence des Universités du CHU de Nantes,  
Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires,  
Docteur de l'Université de Nantes,  
Département de Prothèses.

*Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse.*

*Pour votre implication et vos conseils avisés dans la rédaction de ce travail.*

*Pour nous avoir transmis votre dévouement pour cette spécialité.*

*Pour votre enseignement et les bons moments passés en clinique.*

*Un grand merci.*

**A Madame le Docteur Cécile DUPAS,**

Docteur en Chirurgie-dentaire,  
Ancien Assistant Hospitalier Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de  
Recherche Dentaires,  
Odontologiste des Hôpitaux,  
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires –  
Service Odontologie Conservatrice et Pédiatrique,  
Praticien Hospitalier de l'Unité Sanitaire du Centre Pénitentiaire et de l'Établissement  
Pénitentiaire pour Mineurs - Service des Urgences.

*Pour nous avoir fait l'honneur de diriger cette thèse.*

*Pour nous avoir fait découvrir cette partie méconnue de notre profession.*

*Pour votre soutien et vos encouragements lors de la rédaction de cette thèse.*

*Veillez recevoir notre plus profond respect et notre gratitude.*

**A Monsieur le Docteur Pierre LE BARS**

Maître de Conférences des Universités de Nantes,  
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires,  
Ancien Assistant Hospitalier Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de  
Docteur de l'Université de Nantes  
Département de Prothèses.

*Pour nous avoir fait l'honneur de participer à ce jury.*

*Pour l'enseignement clinique et théorique que vous avez pu nous transmettre.*

*Pour votre bonne humeur durant les travaux pratiques.*

*Veillez recevoir notre plus profond respect et notre gratitude.*

**A Madame le Docteur Julie LONGIS**

Chef de clinique du service de Chirurgie Maxillo-faciale et de Stomatologie du CHU de Nantes

*Pour nous avoir fait l'honneur de participer à ce jury.*

*Pour votre disponibilité et votre gentillesse.*

*Veillez recevoir notre plus profond respect et notre gratitude.*

**A Monsieur Vincent DALZON**

Kinésithérapeute

*Pour nous avoir fait l'honneur de participer à ce jury.*

*Pour votre grande disponibilité et votre implication.*

*Pour vos encouragements et votre dynamisme pendant la rédaction de ce travail.*

*Veillez recevoir notre plus profond respect et notre gratitude.*

# SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATION

INDEX DES FIGURES

INDEX DES TABLEAUX

INTRODUCTION

<b>1. RAPPEL SUR LE CANCER DES VADS.....</b>	<b>19</b>
1.1 Thérapeutiques .....	19
1.1.1 Chirurgie .....	19
1.1.2 Radiothérapie .....	20
1.1.3 Chimiothérapie.....	21
1.2 Conséquences des thérapeutiques .....	22
1.2.1 Rappels physiologiques.....	22
1.2.1.1 La mastication .....	22
1.2.1.2 Déglutition.....	22
1.2.1.3 Salivation.....	22
1.2.1.4 Gustation .....	23
1.2.1.5 Phonation.....	23
1.2.1.6 La respiration .....	24
1.2.2 Conséquences de la chirurgie .....	24
1.2.2.1 Les séquelles phonatoires .....	24
1.2.2.2 Les séquelles de la déglutition.....	25
1.2.2.3 Les séquelles dentaires .....	26
1.2.2.4 Les séquelles neuromusculaires .....	26
1.2.2.5 Les séquelles esthétiques.....	27
1.2.2.6 Les séquelles respiratoires.....	29
1.2.3 Les conséquences de la radiothérapie .....	29
1.2.3.1 Les effets secondaires de la radiothérapie sur la sphère oro-faciale .....	29
1.2.3.1.1 Immédiat : au cours de la radiothérapie .....	29
1.2.3.1.2 Tardif.....	30
1.2.3.2 L'ostéoradionécrose .....	32
1.2.4 Conséquences de la chimiothérapie sur la sphère oro-faciale .....	32
<b>2. APPROCHE PSYCHOSOCIALE ET ACCOMPAGNEMENT .....</b>	<b>34</b>
2.1 Douleur chronique et cancer .....	34
2.1.1 Définition .....	34
2.1.2 Évaluation de la douleur.....	34
2.1.2.1 Le schéma topographique des régions douloureuses.....	35
2.1.2.2 Mesure de l'intensité de la douleur .....	35
2.1.2.3 Liste d'adjectifs sensoriels et affectifs descriptifs de la douleur .....	36
2.1.2.4 Évaluation de l'anxiété et de la dépression (Hospital Anxiety and Depression scale : HAD).....	38
2.1.2.5 Évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement .....	40
2.1.3 Prise en charge de la douleur.....	40
2.1.3.1 Les différents types de structures .....	40
2.1.3.2 Traitement pharmacologique .....	40
2.1.3.3 Traitement non pharmacologique.....	41
2.2 Approche psychologique et socioprofessionnelle du patient cancéreux.....	42
2.2.1 Représentations sociales du cancer .....	42
2.2.2 Image corporelle et cancer .....	42
2.2.3 Accompagnement psychologique de la personne malade .....	43
2.2.4 Accompagnement social et professionnel .....	44
<b>3. RÔLE DE L'ADDICTOLOGUE .....</b>	<b>45</b>
3.1 Ethylisme chronique.....	45
3.1.1 Évaluation et diagnostic de la dépendance.....	45
3.1.1.1 Dépendance physique.....	45

3.1.1.2	Dépendance psychique .....	46
3.1.1.3	Diagnostic et questionnaire .....	46
3.1.2	Thérapeutiques .....	48
3.1.2.1	Les cures de sevrage .....	48
3.1.2.1.1	Préparation au sevrage .....	48
3.1.2.1.2	Réalisation du sevrage .....	48
3.1.2.2	Les traitements à long terme .....	48
3.1.2.2.1	Thérapeutiques médicamenteuses d'accompagnement .....	49
3.1.2.2.2	Soutien et psychothérapie .....	49
3.2	Tabac .....	50
3.2.1	Évaluation et diagnostic de la dépendance .....	50
3.2.1.1	Définition du tabagisme .....	50
3.2.1.2	Évaluation de la dépendance au tabac .....	50
3.2.1.2.1	Interrogatoire .....	50
3.2.1.2.2	Fagerström test for nicotine dependance .....	51
3.2.1.2.3	Le diagnostic de dépendance à la nicotine DSM IV .....	51
3.2.1.2.4	Les marqueurs biologiques .....	52
3.2.2	Thérapeutiques .....	52
3.2.2.1	Les thérapeutiques médicamenteuses .....	52
3.2.2.1.1	Les substituts nicotiques .....	52
3.2.2.1.2	Les psychotropes .....	53
3.2.2.2	Les thérapeutiques non médicamenteuses .....	53
3.2.2.2.1	Thérapies comportementales et cognitives .....	53
3.2.2.2.2	Hypnose .....	54
3.2.2.2.3	Acupuncture .....	54
3.2.2.2.4	Homéopathie .....	54
3.2.2.2.5	Mésothérapie .....	55
<b>4.</b>	<b>RÔLE DU CHIRURGIEN DENTISTE .....</b>	<b>56</b>
4.1	Avant la radiothérapie .....	56
4.1.1	Information du patient .....	56
4.1.2	Élimination des foyers infectieux et remise en état de la cavité buccale .....	56
4.2	Pendant la radiothérapie .....	58
4.3	Après la radiothérapie .....	58
4.3.1	Conseils d'hygiène .....	58
4.3.2	Gouttières porte gel fluoré .....	58
4.3.3	Soins conservateurs .....	59
4.3.4	Endodontie .....	59
4.3.5	Chirurgie .....	59
4.3.6	La prothèse amovible/obturateur .....	59
4.3.6.1	Objectifs .....	59
4.3.6.2	Chronologie .....	60
4.3.6.3	Particularités en terrain irradié .....	60
4.3.6.4	Résumé .....	61
4.3.7	Implantologie en terrain irradié .....	61
4.3.8	Apport de la conception et fabrication assistées par ordinateur (CFAO) en PMF .....	62
<b>5.</b>	<b>ROLE DU KINESITHERAPEUTE .....</b>	<b>63</b>
5.1	Adresser son patient chez le kinésithérapeute .....	63
5.2	Diagnostic .....	63
5.3	Techniques masso-kinésithérapiques .....	64
5.3.1	La mécano thérapie .....	65
5.3.1.1	Objectifs et indication .....	65
5.3.1.2	Les mobilisations .....	65
5.3.1.2.1	Les mobilisations passives .....	65
5.3.1.2.2	Les mobilisations actives .....	66
5.3.1.2.3	Les mobilisateurs .....	66
5.3.2	Drainage lymphatique manuel .....	68
5.3.2.1	Définitions .....	68
5.3.2.2	Objectifs .....	69

5.3.2.3 Drainage lymphatique manuel : mise en pratique .....	69
5.3.3 Prise en charge des lésions cicatricielles .....	70
5.3.3.1 Les cicatrices pathologiques .....	70
5.3.3.2 Objectifs .....	70
5.3.3.3 Mise en pratique .....	71
5.3.3.3.1 Le drainage lymphatique manuel .....	71
5.3.3.3.2 La vacuothérapie .....	71
5.3.3.3.3 Les douches filiformes .....	71
5.3.3.3.4 La pressothérapie.....	71
5.3.4 La kinésithérapie respiratoire .....	72
5.3.4.1 Indications .....	72
5.3.4.2 Applications kinésithérapeutiques .....	72
<b>6. RÔLE DE L'ORTHOPHONISTE.....</b>	<b>73</b>
6.1 Le bilan orthophonique .....	73
6.1.1 Le bilan de la déglutition.....	73
6.1.1.1 Premier temps oral .....	73
6.1.1.2 Deuxième temps pharyngé .....	73
6.1.1.3 Troisième temps œsophagien .....	74
6.1.1.4 Essai de déglutition .....	74
6.1.2 Le bilan de la mastication.....	74
6.1.3 Le bilan de la phonation .....	75
6.1.3.1 L'articulation .....	75
6.1.3.2 La voix .....	75
6.1.3.3 La parole.....	76
6.2 La rééducation orthophonique.....	76
6.2.1 Prise en charge de la déglutition.....	76
6.2.2 Prise en charge de la phonation.....	78
6.2.2.1 Articulation et parole.....	78
6.2.2.2 Réhabilitation vocale.....	78
6.2.3 Prise en charge de la mastication.....	79
<b>7. ROLE DU NUTRITIONNISTE.....</b>	<b>81</b>
7.1 Les enjeux de la nutrition .....	81
7.2 Cancer et traitements : dénutrition et conséquences sur l'alimentation.....	81
7.3 Prise en charge par le nutritionniste .....	82
<b>8. APPORTS ESTHETIQUES .....</b>	<b>85</b>
8.1 Epithèse.....	85
8.1.1 Généralités .....	85
8.1.1.1 Définition .....	85
8.1.1.2 Composition de la prothèse .....	85
8.1.2. Moyens de fixation.....	85
8.1.3 Mise en œuvre .....	86
8.1.3.1 Condition de prise en charge .....	86
8.1.3.2 Consultation initiale et d'évaluation.....	86
8.1.3.3 Prise d'empreinte.....	86
8.1.3.4 Sculpture de la maquette .....	87
8.1.3.5 Mélange des teintes .....	87
8.1.3.6 Adaptations et finitions.....	88
8.2 Socio-esthéticienne .....	89
8.2.1 Son rôle .....	89
8.2.2 Ses moyens.....	89
8.2.2.1 Concernant la peau .....	90
8.2.2.1.1 Après une chimiothérapie.....	90
8.2.2.1.2 Traitement par radiothérapie .....	91
8.2.2.2 Concernant la pilosité .....	92
8.2.2.3 Le maquillage.....	94

<b>9. ETUDE DE FAISABILITE D'UNE ENQUETE D'EVALUATION DES BESOINS DES PATIENTS...</b>	<b>95</b>
9.1 Introduction.....	95
9.2 Matériels et méthodes .....	95
9.3 Résultats .....	95
9.3.1 Résultat du questionnaire pour le kinésithérapeute .....	96
9.3.2 Résultat du questionnaire pour l'orthophoniste.....	97
9.3.3 Résultat du questionnaire pour le nutritionniste .....	98
9.3.4 Résultat du questionnaire pour le psychologue .....	99
9.3.5 Résultat du questionnaire pour l'addictologue .....	100
9.3.6 Résultat du questionnaire pour l'algologue .....	100
9.4 Discussion .....	101
9.5 Conclusion .....	101
<b>10. CONCLUSION.....</b>	<b>103</b>

ANNEXE  
 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

AFSOS	Association Française des Soins Oncologiques de Support
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
ANSM	Agence Nationale de la Sécurité du Médicament
ASCO	American Society of Clinical Oncology
ATM	Articulation Temporo-Mandibulaire
AUDIT	Alcohol Use Disorders Test (Test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool)
BHL	Benoist-Hergott-Leydier
CFAO	Conception et Fabrication Assistées Par Ordinateur
CNO	Compléments Nutritionnels Oraux
CVI	Ciment Verre Ionomère
DETA	Diminuer Entourage Trop Alcool
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental
EN	Échelle Numérique
EVA	Échelle Visuelle Analogique
EVS	Échelle Verbale Simple
FTND	Fagerström Test For Nicotine Dépendance (Test de dépendance à la nicotine de Fagerström)
HAD	Hospital Anxiety and Depression (Echelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression)
HAS	Haute Autorité De Santé
IASP	International Association for the Study of Pain (Association internationale de l'étude de la douleur)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORN	OstéoRadioNécrose
PMF	Prothèse Maxillo-Faciale
QDSA	Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RT	RadioThérapie
RTU	Recommandation Temporaire d'Utilisation
RTV	Room Temperature Vulcanisation
CAF	Colle A Froid
SCM	Sterno-Cléido-Mastoïdien
VADS	Voies Aéro-Digestives Supérieures

## **INDEX DES FIGURES**

Figure 1 : Schéma des VADS .....	19
Figure 2 : Transmission du goût .....	23
Figure 3 : Cicatrice en « échelle de perroquet » .....	27
Figure 4 : Cicatrice adhérente .....	27
Figure 5 : Cicatrice dyschromique .....	28
Figure 6 : Cicatrice rétractile .....	28
Figure 7 : Cicatrice chéloïde .....	29
Figure 8 : Echelle de la douleur : l'échelle visuelle analogique .....	36
Figure 9 : Diagramme diagnostique pour le bilan kinésithérapeutique .....	64
Figure 10 : Mobilisation passive .....	66
Figure 11 : Dispositif TheraBite® .....	67
Figure 12 : Utilisation du ThéraBite® .....	68
Figure 13 : Sphincters de la déglutition .....	77
Figure 14 : Etapes de la réalisation d'une épithèse de pyramide nasale .....	88
Figure 15 : Epithèse de pyramide nasale : avant et après confection .....	88

## **INDEX DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Echelle de la douleur : l'échelle verbale simple.....	36
Tableau 2 : Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine.....	37
Tableau 3 : Evaluation de l'anxiété et la dépression .....	39
Tableau 4 : Questionnaire AUDIT .....	47
Tableau 5 : Test de Fagerström.....	51
Tableau 6 : DSM-IV (Manuel de Diagnostic et Statistique des troubles mentaux - IV) .....	52
Tableau 7 : Prise en charge bucco-dentaire avant radiothérapie .....	57
Tableau 8 : Détection des foyers infectieux .....	57
Tableau 9 : Soins buccodentaires après radiothérapie .....	61
Tableau 10 : Prise en charge nutritionnelle après un cancer des VADS .....	83
Tableau 11 : Soins socio-esthétiques après chimiothérapie pour le visage le cou le décolleté	90
Tableau 12 : Soins socio-esthétiques après chimiothérapie pour le corps .....	91
Tableau 13 : Soins socio-esthétiques après radiothérapie .....	92
Tableau 14 : Soins socio-esthétiques des poils, cils et sourcils.....	93
Tableau 15 : Soins socio-esthétiques des cheveux et du cuir chevelu.....	94
Tableau 16 : Informations sur les patients.....	96
Tableau 17 : Consultation chez le kinésithérapeute .....	96
Tableau 18 : Patients ayant consulté un kinésithérapeute .....	97
Tableau 19 : Consultation chez l'orthophoniste.....	97
Tableau 20 : Consultation chez le nutritionniste .....	98
Tableau 21 : Patients ayant consulté un nutritionniste .....	98
Tableau 22 : Consultation chez le psychologue .....	99
Tableau 23 : Patients ayant consulté un psychologue .....	99
Tableau 24 : Consultation chez l'addictologue .....	100
Tableau 25 : Consultation chez l'algologue.....	100
Tableau 26 : Consultation chez la socio-esthéticienne.....	101

## **INTRODUCTION**

Les cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures sont des tumeurs malignes qui peuvent se développer entre la cavité buccale et l'hypo-pharynx, partie inférieure du pharynx. En 2015, l'Institut National du Cancer recense plus de 14 700 nouveaux cas de cancers des VADS diagnostiqués en France, entraînant près de 4000 décès. Ils arrivent au 5ème rang des cancers les plus fréquents, ce qui fait de leur prise en charge un enjeu majeur de santé publique.

Le 24 mars 2003 le Président de la République Jacques Chirac met en place le Plan Cancer 2003/2009. Il est succédé respectivement par le Plan Cancer 2009/2013 de Nicolas Sarkozy puis celui de François Hollande de 2014 à 2019. Ce premier plan vise entre autre à développer les soins de support qui permettent une prise en charge globale du patient comprenant les soins palliatifs et l'accompagnement.

En créant l'Institut National du Cancer (INC) en 2005, l'État s'est, par ailleurs, doté d'une agence sanitaire et scientifique chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer.

La prise en charge d'un cancer ne s'arrête pas au traitement de la seule maladie. Les « soins de support » sont définis par l'INC comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie. Ils se font en parallèle des traitements spécifiques du cancer en lui-même.

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), les objectifs des soins de support consistent à conduire un traitement adapté au patient et au stade de sa maladie. Cela lui permet de diminuer les complications dues au traitement et d'atténuer les éventuelles séquelles thérapeutiques.

Le but principal d'une prise en charge pluridisciplinaire est de garantir la qualité de vie du patient mais aussi de son entourage pour l'accompagner et gérer au mieux sa maladie.

Du Plan Cancer découle également la mise en place de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Après la détection du cancer une réunion régulière entre professionnels de santé est organisée. Les différents praticiens y discutent de la situation du patient, des traitements possibles en fonction des dernières études scientifiques, de l'analyse des bénéfices et des risques encourus, ainsi que de l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter.

Dans le cadre de notre formation initiale, et plus précisément au cours des consultations spécialisées de Soins et Réhabilitation en Prothèse Maxillo-Faciale (SR-PMF), nous nous sommes interrogées sur la prise en charge des séquelles consécutives aux traitements du cancer des VADS.

Comment améliorer la qualité de vie des patients après leurs traitements oncologiques ? Quels sont les intervenants du parcours de soin et qu'apportent-ils aux malades ? Les enjeux ne sont pas de retrouver le même équilibre de santé qu'avant l'arrivée du cancer, mais de l'améliorer au mieux. Dans ce cas, comment faire pour adapter le quotidien du patient à tous les changements provoqués par la maladie tout au long de la vie ? Quels sont les atouts pour l'aider à gérer et cohabiter avec son cancer ?

Nous débuterons par un rappel sur les traitements utilisés et leurs conséquences. Puis, nous parlerons des différents intervenants et de leurs spécificités :

- l'algologue dans la prise en charge de la douleur
- le psychologue pour l'acceptation de la maladie et l'accompagnement social du patient
- le chirurgien-dentiste pour la prévention des infections et la réhabilitation bucco-dentaire
- le kinésithérapeute et l'orthophoniste dans la récupération des fonctions orales et péribuccales
- le nutritionniste pour le maintien d'un équilibre alimentaire
- l'épithésiste et la socio-esthéticienne pour le rétablissement de leur image corporelle.

En dernier lieu, le patient étant l'acteur principal de son parcours de soin, nous avons souhaité réaliser un questionnaire afin d'objectiver son ressenti sur sa prise en charge depuis l'annonce du cancer.

Chaque discipline joue un rôle à part entière et ne peut agir sans le soutien de l'autre. Une collaboration entre les différents praticiens est essentielle à la guérison et au traitement de la maladie pour l'amélioration de la qualité de vie du patient. C'est en agissant ensemble que l'équipe soignante traite la maladie, tant sous ses aspects physiques, qu'émotionnel ou social.

## 1. RAPPEL SUR LE CANCER DES VADS

Les voies aérodigestives supérieures comportent d'une part **la voie respiratoire** (qui débute aux narines et comprend successivement les fosses nasales, le nasopharynx, l'oropharynx et le larynx pour s'arrêter au début de la trachée) et d'autre part **la voie digestive** (qui débute par les lèvres dans la cavité buccale et se poursuit par l'oropharynx et l'hypopharynx qui s'arrête au niveau du sphincter de l'œsophage) (1) (Fig.1).

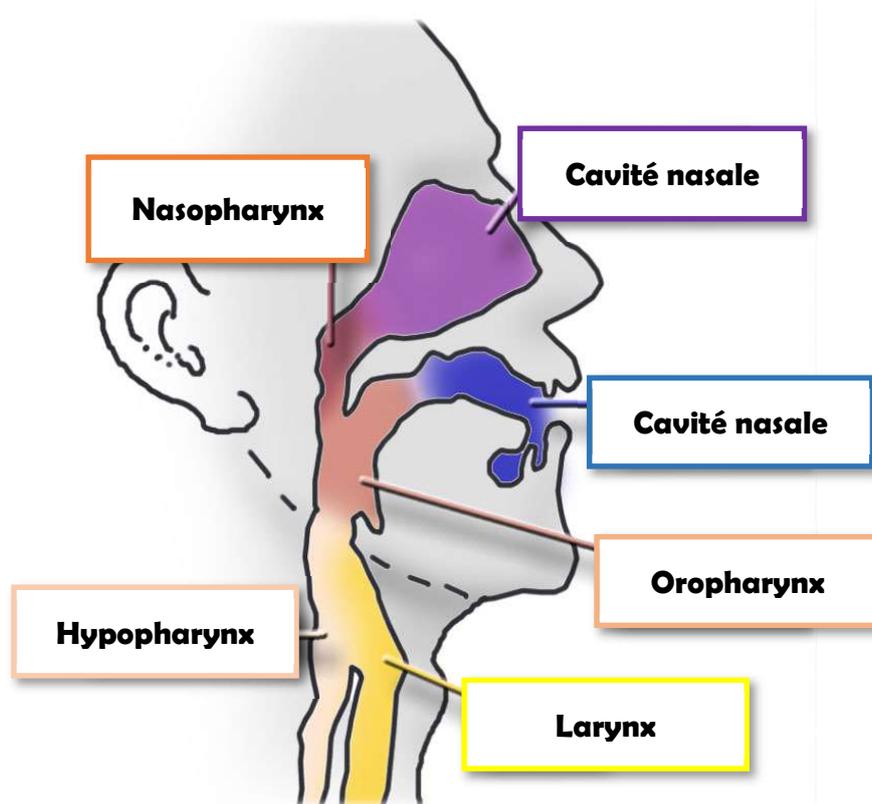


Figure 1 : Schéma des VADS (2)

Ces régions anatomiques peuvent être le siège de différents types de cancers oro-faciaux.

### 1.1 Thérapeutiques

Nous distinguons 3 thérapeutiques pouvant être ou non associées suivant le stade et l'évolution de la tumeur : la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie (3).

#### 1.1.1 Chirurgie

Elle concerne la tumeur et/ou les aires ganglionnaires cervicales.

En fonction de la localisation tumorale, le chirurgien pratique différentes interventions chirurgicales, citons comme exemple :

- la chélotomie : ablation de la lèvre

- la glossectomie : ablation partielle ou totale de la langue
- la pelvectomie : ablation partielle ou totale du plancher buccal
- la mandibulectomie : exérèse de l'os mandibulaire
  - non interromptrice : conservation de la continuité de la mandibule
  - interromptrice : exérèse d'un segment de mandibule interrompant la continuité
- l'oropharyngectomie : amygdalectomie, oropharyngectomie latérale/postérieure, ablation du voile (vélectomie, velotomie)
- la laryngectomie : ablation totale ou partielle du larynx (4)

Nous pouvons identifier les objectifs de la chirurgie selon 3 grands principes (5) :

- **l'exérèse de la tumeur primitive** est la suppression complète de la tumeur avec des marges de sécurité (résection en tissu sain) tout en préservant au maximum la fonction de l'organe atteint
- **les évidements ganglionnaires cervicaux** correspondent au curage ganglionnaire qui peut être plus ou moins étendu, uni ou bilatéral, fonctionnel ou radical selon le siège de la tumeur primitive et le stade de la maladie
- **la réparation de la perte de substance** chirurgicale.

Les techniques de chirurgies reconstructrices (3) font appel à des procédés classiques comme :

- les sutures simples
- les greffes cutanées (absence de vascularisation par un pédicule, avec une revascularisation spontanée par la zone receveuse)
- les lambeaux cutanés ou myocutanés locorégionaux pédiculés conservent leur vascularisation par un pédicule. Ce pédicule est gardé définitivement ou temporairement en continuité avec la zone donneuse, ou est immédiatement anastomosé sur des vaisseaux proches de la zone receveuse (muscles grand pectoral, grand dorsal, etc.). Ces lambeaux autorisent le sacrifice et la réparation de structures complexes comme la réparation d'une interruption mandibulaire (transplant osseux de fibula...), la reconstruction d'un voile du palais (lambeau antébrachial libre) ou d'une voûte palatine, des sillons vestibulaires ou pelvilinguaux.

### 1.1.2 Radiothérapie

La radiothérapie consiste à utiliser des rayonnements pour abolir les cellules cancéreuses en paralysant leur capacité à se multiplier, mais en tentant de conserver le maximum de tissus sains et leurs organes environnants. Elle touche la tumeur et/ou les aires ganglionnaires cervicales. Citons les différentes techniques de radiothérapie.

**La curiethérapie interstitielle** met en place de façon temporaire ou permanente une source radioactive au contact direct de la zone à traiter. La dose de rayonnement décroît très vite au fur et à mesure que nous nous éloignons de la source, cela permet de limiter les effets secondaires.

**La radiothérapie conformationnelle 3D** utilise des images 3D de la tumeur et des organes avoisinants obtenues par scanner. Elle permet une meilleure adaptation du faisceau par rapport au volume tumoral et une limitation de l'exposition des organes sains. Elle fait correspondre le plus précisément possible le volume irradié, au volume de la tumeur.

**La radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité** consiste à faire varier la forme du faisceau au cours d'une même séance pour s'adapter précisément au volume à traiter et aux organes environnants.

Avant l'opération, la radiothérapie permet de réduire la taille de la tumeur. Après l'opération, pour s'assurer de détruire les cellules cancéreuses restantes (6).

La radiothérapie entraîne une irradiation des cellules environnantes saines qui aura pour conséquence l'apparition de nombreux effets indésirables à court terme et des potentielles lésions cancéreuses sur le long terme, appelées radio-cancérogénèse. La radiation provoque la mutation des cellules saines et peut provoquer notamment un ostéosarcome.

### **1.1.3 Chimiothérapie**

Selon le cancer à traiter, le traitement systémique par chimiothérapie est indiqué : seul, en association à la radiothérapie (radiochimiothérapie en concomitance) ou en polychimiothérapie (7).

Le choix du protocole tient compte de son profil de toxicité, des éventuelles comorbidités et de l'état général du patient. Il doit être conforme à l'encadrement réglementaire des produits prescrits. Les sels de platine, le 5-FU (fluoro-uracile), le docetaxel, le cetuximab et le methotrexate sont les principales molécules utilisées, ainsi que toute autre molécule proposée dans le cadre d'un essai thérapeutique.

La chimiothérapie est un traitement comportant l'administration de médicaments qui agissent sur les cellules cancéreuses, soit en les détruisant, soit en les empêchant de se multiplier.

La chimiothérapie opère sur les cellules cancéreuses mais aussi sur les autres cellules de l'organisme (notamment les cellules à mitose rapide) entraînant des effets secondaires.

## 1.2 Conséquences des thérapeutiques

### 1.2.1 Rappels physiologiques

#### 1.2.1.1 La mastication

La mastication est effectuée grâce à des mouvements mandibulaires rythmiques dans les trois dimensions de l'espace favorisant la fragmentation et l'écrasement de l'aliment entre les arcades dentaires, associés à des mouvements coordonnés de la langue, des joues et des lèvres qui assurent le transport, la formation et le contrôle du bol alimentaire. Le but final de la mastication est de façonner la nourriture la rendant compatible avec la déglutition (8).

#### 1.2.1.2 Déglutition

La déglutition se déroule en quatre temps :

- **le temps de préparation orale** permettant la manipulation, voire la mastication, de l'aliment le conduisant à une consistance propice à la déglutition
- **la phase orale** proprement dite qui va de la propulsion postérieure du bol alimentaire jusqu'au déclenchement du temps pharyngé
- **la phase pharyngée** permettant la progression du bol alimentaire dans le pharynx, tout en protégeant les voies respiratoires
- **la phase œsophagienne** s'étendant du passage du bol alimentaire au niveau du sphincter supérieur œsophagien, jusqu'à son arrivée dans l'estomac (9).

#### 1.2.1.3 Salivation

La salive est sécrétée par les glandes salivaires que nous divisons en glandes salivaires principales et glandes salivaires accessoires (10).

Nous comptons 3 paires de glandes salivaires principales : les glandes parotides, sous-maxillaires et sublinguales qui produisent la plus grande partie de la salive.

La **fonction digestive** de la salive est la première étape amorçant la digestion, la salive transforme des aliments complexes en éléments simples.

**La fonction de protection** de la salive permet de lubrifier le tractus bucco-pharyngé contenant des éléments de défenses immunitaires et participe au turn-over des tissus de la cavité buccale. Elle maintient l'équilibre écologique de la cavité buccale ainsi que le pH salivaire et l'intégrité dentaire.

**La fonction gustative** favorise la solubilisation des substances sapides et permet leur analyse par les bourgeons gustatifs.

#### 1.2.1.4 Gustation

Le goût se définit par une activation sensorielle multimodale capable de déceler et de différencier de multiples stimuli : les saveurs. Nous comptons aujourd'hui cinq saveurs primaires (sucré, salé, acide, amer, umami) capables de s'associer créant des sensations gustatives plus raffinées. Les substances contenues dans le bol alimentaire activent les récepteurs gustatifs situés dans les bourgeons du goût. Les cellules gustatives ainsi stimulées transmettent le signal au cortex gustatif primaire puis aux aires corticales secondaires (communes aux sensations olfactives et gustatives) qui permettent l'intégration des informations sensorielles. Les autres sens (la somesthésie, l'olfaction, la vision et l'audition) interagissent avec la gustation (11) (Fig.2).

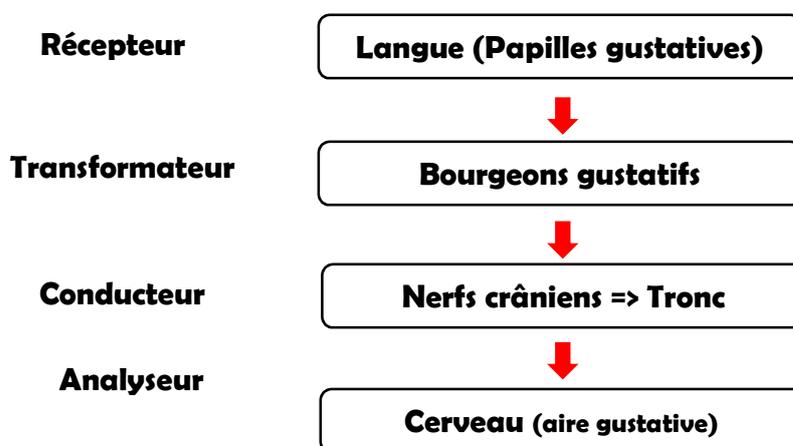


Figure 2 : Transmission du goût (12)

Les molécules présentes dans le bol alimentaire, se fixent sur les récepteurs de la langue appelés papilles gustative, plus précisément sur les bourgeons du goût. Ces bourgeons vont permettre de transformer cette information en un signal, qui est transmis par l'intermédiaire des nerfs crâniens, jusqu'au tronc cérébrale et au cerveau. C'est à ce niveau, dans l'aire gustative que l'information peut être traitée et analysée (12).

#### 1.2.1.5 Phonation

La phonation est un mécanisme moteur qui permet la production de la voix. La voix, quant à elle est l'ensemble des sons dont l'organisation temporelle élabore la parole, fondant la base du langage. D'un aspect physique, la phonation est l'ensemble des mécanismes qui permettent l'apparition et l'ajustement d'une vibration au niveau du bord libre des cordes vocales.

Le système phonatoire est constitué chez l'homme de trois parties :

- un producteur d'énergie (l'appareil respiratoire)
- un vibreur (les cordes vocales)
- un résonateur-articulateur (les cavités aériennes supra-laryngées).

Ces trois parties fonctionnent en étroite relation avec une coordination assurée par le système nerveux central et ses voies périphériques afférentes et efférentes (13).

### ***1.2.1.6 La respiration***

La respiration, ou ventilation pulmonaire, se définit par le processus de renouvellement de l'air dans les poumons grâce aux muscles respiratoires dont le principal est le diaphragme. Elle se déroule en deux phases. L'inspiration est la première et correspond à une entrée d'air. La seconde concerne la sortie d'air réalisée pendant l'expiration. L'air inspiré est débarrassé de son dioxygène qui va se fixer sur les globules rouges tandis que le dioxyde de carbone va enrichir l'air contenu dans les poumons avant d'être expulsé (14).

Les muscles des voies aériennes supérieures (les muscles du larynx) interviennent également dans la respiration et font partie intégrante de la mécanique ventilatoire. Ils ont un fonctionnement extrêmement différent des muscles intra-thoraciques. Globalement, lors de l'inspiration, la pression à l'intérieur des voies aériennes est négative, c'est une pression qui a tendance à collaber la paroi du larynx. Ainsi, pour la maintenir suffisamment ouverte, nous avons besoin de muscles dilatateurs. Leur contraction au moment de l'inspiration permet de laisser ouvertes ces voies extra-thoraciques avec un diamètre important (15).

## **1.2.2 Conséquences de la chirurgie (16)**

### ***1.2.2.1 Les séquelles phonatoires***

En fonction du volume de la tumeur et de sa localisation, nous aurons des séquelles différentes, avec pour conséquences principales des distorsions phonétiques et parfois même une perte de production de la parole.

Concernant le **larynx**, lorsque la préservation du larynx est préconisée, nous obtenons dans la majorité des cas une dégradation de la structure d'une ou des deux cordes vocales (provoquant des irrégularités vibratoires) ainsi qu'un défaut d'occlusion glottique (provoquant des fuites phonatoires). La guérison après l'intervention se fait sous forme de tissu cicatriciel généralement plus fin, sous décalé par rapport à la corde vocale controlatérale et toujours fibreux. Dans les cas les plus favorables, nous retrouvons une récupération totale du timbre vocal. Les séquelles post-chirurgicales sont souvent une fatigabilité plus prononcée, une perte de puissance, une diminution des performances sur la durée des temps de parole, la diminution de l'audibilité de la voix. Dans les cas les moins favorables, nous pouvons retrouver une fuite glottique importante (essoufflement du timbre de la voix).

Après chirurgie avec ablation du plan des cordes vocales, la reconstruction du larynx se fait par rapprochement des structures restantes. La muqueuse cicatrisée n'ayant pas la souplesse des cordes vocales d'origine elle n'a pas la même rapidité à se mettre en vibration. La forme du tractus vocal est modifiée lors de la production des voyelles et les consonnes sonores ont tendance à être assourdis.

Lors de laryngectomies totales, le chirurgien effectue un trachéostome définitif (orifice de la trachéotomie) et une séparation de la voie digestive et respiratoire. La distinction entre le tractus

respiratoire et la cavité bucco-pharyngée, responsable d'une absence d'air dans les cavités de résonance, rend impossible la production de la parole.

Une exérèse totale du **voile du palais** provoque des séquelles majeures ; tout comme une exérèse importante de la **langue mobile** qui déclenche des troubles de l'élocution (non reconnaissance des consonnes occlusives /k/g/, fausse reconnaissance sur les consonnes constrictives comme /v/ et difficulté à produire les voyelles fermées comme le /iy/ induisant d'importantes confusions avec une altération majeure de l'intelligibilité).

Une chirurgie du **maxillaire supérieur** entraîne la création d'une communication buconasale et d'un trouble de la phonation (fuite d'air).

Dans tous les cas, dès lors que la phonation est atteinte, la qualité de vie du patient s'en trouve lésée. Ainsi une prise en charge coordonnée par l'orthophoniste, le kinésithérapeute et le psychologue doit être mise en place pour aider le patient à recouvrer au maximum son état antérieur.

### *1.2.2.2 Les séquelles de la déglutition*

Chez les patients opérés d'une **laryngectomie totale**, les voies digestives et respiratoires sont séparées, ils ne présentent donc pas de risque de fausses routes mais une fistule pharyngée se créant lors de la période post-opératoire immédiate peut en provoquer. Le rétrécissement du tractus pharyngo-œsophagien occasionne parfois une rétention alimentaire tout comme la non coordination des muscles constricteurs du pharynx. L'importance des séquelles est proportionnelle à la taille de la résection chirurgicale.

Pour le patient avec **laryngectomie partielle**, la cicatrisation déclenche une fermeture incomplète des VADS avec ou non une élévation laryngée ou une diminution de la propulsion du bolus qui entraîne majoritairement des fausses routes. Là encore, la déglutition est d'autant plus touchée (et d'autant plus difficile à rééduquer) que la section laryngée retirée est importante.

Pour les chirurgies touchant la **base de la langue**, la propulsion du bolus alimentaire est plus difficile et entraîne des stagnations alimentaires et des fausses routes.

Concernant les résections importantes du **voile du palais**, cela entraîne une insuffisance vélaire avec régurgitations nasales et fausses routes.

De nouveau, la prise en charge doit être pluridisciplinaire, coordonnant chirurgien, orthophoniste, nutritionniste, kinésithérapeute et psychologue pour assurer la fonction de déglutition et ne pas perturber la prise alimentaire.

### *1.2.2.3 Les séquelles dentaires*

En fonction de leur topographie et de leur taille, les chirurgies vont affecter la sphère dentaire au niveau de l'occlusion et de la mastication.

Les troubles d'occlusion concernent les patients ayant bénéficié :

- d'une chirurgie de la mandibule (partielle ou totale, avec ou sans reconstruction)
- d'une chirurgie du maxillaire
- d'une chirurgie de l'oropharynx (l'une des voies d'abord permettant un accès optimal des régions de l'oropharynx (amygdale, base de la langue) est la bucco-pharyngectomie transmandibulaire qui nécessite une section de la mandibule (en général, au niveau des canines inférieures)).

Les troubles de la mastication concernent les patients ayant :

- bénéficié de toutes chirurgies comportant une amputation linguale
- subi une atteinte du nerf hypoglosse innervant la langue qui constitue un contre appui lors de la mastication
- une déviation mandibulaire
- un trismus (fixation plus ou moins complète de la mandibule).

Lors de toutes chirurgies de l'oropharynx (voile, amygdale, etc.) et du maxillaire, les muscles masticateurs sont exposés. La fibrose de la zone opératoire englobant les muscles ptérygoïdiens induit systématiquement un certain degré de limitation de l'ouverture buccale.

### *1.2.2.4 Les séquelles neuromusculaires*

Les séquelles neuromusculaires se présentent majoritairement après chirurgie d'exérèse ganglionnaire.

Une lésion du **nerf vague**, exposé lors des chirurgies cervicales touchant l'espace rétro-stylien, le trigone carotidien, la région latéro-trachéale et œsophagienne, se manifeste par :

- des signes moteurs tels qu'une paralysie vélo-pharyngée (provoquant régurgitation nasale, rhinolalie, abolition du réflexe nauséux, déplacement du voile et de la luette côté sain) ou une paralysie du larynx homolatéral (voix bitonale, fausses routes)
- des signes sensitifs type hypo- ou anesthésie de l'hémi-pharyngo-larynx
- des signes végétatifs : diminution des sécrétions des muqueuses pharyngo-laryngées.

Une lésion du **nerf spinal accessoire** provoque (17) :

- une faiblesse et une morphologie anormale de l'épaule
- un trouble moteur de type paralysie du sterno-cléido-mastoïdien (perte du relief du muscle et faiblesse de la rotation de la tête du côté sain)
- une paralysie du trapèze (abaissement de l'épaule avec impossibilité de la relever).

Une lésion du rameau mandibulaire du **nerf facial** entraîne une impossibilité de mobiliser la lèvre en bas et latéralement et d'éverser le vermillon du côté paralysé, particulièrement visible lors du sourire.

Une lésion du **nerf grand hypoglosse** entraîne :

- une déviation de la langue vers le côté paralysé lors de la protraction de la langue.
- une atrophie de l'hémi-langue.

#### *1.2.2.5 Les séquelles esthétiques*

Elles sont principalement dues aux cicatrices. Nous pouvons en distinguer différents types.

Les cicatrices en « échelle de perroquet » sont engendrées par la marque des points de sutures (lors de points trop larges et trop serrés avec fil de diamètre trop important ou ablation trop tardive) (Fig.3).



**Figure 3 : Cicatrice en « échelle de perroquet » (18)**

Les cicatrices décalées sont dues à :

- un décalage longitudinal : les deux berges sont dans le même plan mais ont glissé longitudinalement l'une par rapport à l'autre
- un décalage en hauteur des berges, lorsqu'elles n'ont pas été suturées de façon symétrique sur tout ou une partie de la cicatrice ou lorsqu'il existe une différence d'épaisseur entre les berges suturées, il se produit alors une déformation en marche d'escalier.

Les cicatrices adhérentes sont fixées au plan sous-jacent musculo-aponévrotique ou osseux de façon permanente ou seulement visible lors des mouvements (Fig.4).



**Figure 4 : Cicatrice adhérente**

Les cicatrices dyschromiques sont des cicatrices brunes qui se rencontrent surtout chez les sujets non caucasiens ou chez les sujets à peau claire à la suite d'une exposition solaire (Fig.5).



**Figure 5 : Cicatrice dyschromique (19)**

Les cicatrices rétractiles entraînent une réaction linéaire le long de son axe attirant les téguments à ses extrémités. Elle est due à une suture en tension et est responsable de déformation péri-orificielle (Fig.6).



**Figure 6 : Cicatrice rétractile (20)**

Les cicatrices chéloïdes, quant à elles, sont provoquées par une phase hyperplasique trop intense qui perdure dans le temps (Fig.7).



**Figure 7 : Cicatrice chéloïde (21)**

### ***1.2.2.6 Les séquelles respiratoires***

Bien que peu étudiées, les conséquences ventilatoires après laryngectomie totale favorisent des échanges gazeux de moins bonnes qualités et un accroissement des sécrétions. Les débits d'air peuvent être plus difficiles à gérer pendant un effort (diminution du débit inspiratoire) ; la toux moins efficace ; le réchauffement et l'humidification de l'air peuvent être déréglés. Ces perturbations vont se répercuter sur l'activité physique du patient d'une manière générale.

## **1.2.3 Les conséquences de la radiothérapie (3) (16) (22)**

### ***1.2.3.1 Les effets secondaires de la radiothérapie sur la sphère oro-faciale***

#### ***1.2.3.1.1 Immédiat : au cours de la radiothérapie***

Selon le tissu, le degré de radiation et le temps d'exposition, la radiothérapie aura différents impacts sur le corps humain.

Sur les **muqueuses**, la mucosite de la muqueuse buccale, ou radiomucite, est observé pendant la radiothérapie de la région cervico-faciale exigeant dans les cas les plus importants une interruption du traitement. La radiomucite est issue de la destruction et de la mort des cellules dans la couche basale (stratum basale) sous l'effet des rayons ionisants et ainsi d'une altération du turn-over cellulaire.

Sur la **peau**, de la même manière, les cellules basales seront également touchées. Appelée radiodermite, elle induit un amincissement cutané et une diminution de la production de lipides et de kératines, nécessaires au maintien de la barrière cutanée et à celui de l'état d'hydratation. D'un point de vue clinique, elle se manifeste par un érythème localisé, une dépilation, une ulcération et exceptionnellement une nécrose.

Sur les **glandes salivaires**, la xérostomie est une sécheresse buccale qui intervient très vite au cours de la radiothérapie, même à très faible dose. Les rayonnements ionisants altèrent les acini séreux entraînant une diminution du volume de salive et une augmentation de la viscosité salivaire. La récupération de la production salivaire après traitement est inconstante, lente et progressive. Cette hyposialie a pour conséquences une atrophie de la muqueuse buccale, des sensations de brûlure, des difficultés lors du port de prothèses amovibles, une diminution du sens gustatif, des caries (par absence d'auto-nettoyage salivaire et abaissement du pH) ainsi que des infections buccales.

Des **infections opportunistes** peuvent se développer. Toute radiothérapie de la sphère cervico-faciale est susceptible d'entraîner une prolifération des bactéries cariogènes, en premier lieu de Streptococcus Mutans et des Lactobacilles. Toutefois, parmi ces effets secondaires délétères, l'infection par Candida Albicans représente la complication la plus sévère.

Sur la **gustation**, la majorité des patients traités par radiothérapie de la région cervico-faciale rapportent à des degrés divers une altération du sens gustatif. Nous recensons des troubles de la perception gustative partielle (hypogueusie ou dysgueusie) ou complets (agueusie). La destruction directe des bourgeons du goût et/ou des fibres nerveuses par les rayons, provoquant ces troubles est dans la plupart des cas réversible car ces cellules se régénèrent dans un délai de quatre mois après la fin de la radiothérapie.

#### *1.2.3.1.2 Tardif*

Lors d'une radiothérapie externe, la **peau** est la première surface atteinte. La toxicité secondaire ou tardive de la radiothérapie est responsable d'une sclérose progressive des tissus notamment la peau, les muscles et les nerfs c'est ce que l'on appelle le syndrome de fibrose radio-induite ou radio fibrose. Au niveau cutanée, elle se manifeste par une induration du derme et des tissus sous-cutanés. Nous observerons tardivement une mucite chronique et parfois des cancers radioinduits.

Sur les **muscles**, la toxicité des rayonnements engendre des myopathies focales. Des spasmes douloureux se ressentiront au niveau des muscles atteints et pourront être perçu par le patient comme une raideur ou une sensation de serrement. La fibrose des muscles manducateurs (par diminution de la vascularisation et formation de tissu cicatriciel) est responsable d'un trismus. Il peut s'installer 3 à 6 mois après la radiothérapie. Dans presque tous les cas de radiothérapie des VADS, l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) et les muscles ptérygoïdiens se trouvent dans le champ d'irradiation, ainsi le trismus est une complication très fréquente. La prise en charge doit être systématique par le kinésithérapeute pour éviter la fixation dans le temps de cette limitation d'ouverture buccale.

Sur le **système nerveux**, au niveau de la sphère oro-faciale, la toxicité de la radiothérapie se traduit par une sclérose progressive des structures neuronales (cerveau, moelle épinière, racines nerveuses, plexus, etc.). Les tissus mous qui entourent le nerf se fibrosent et compressent la

gaine externe du système nerveux périphérique allant parfois jusqu'à l'ischémie du nerf. Les gaines de myéline, les axones ainsi que les artérioles nourrissant les nerfs sont remplacés progressivement par du tissu fibreux. D'un point de vue clinique, le patient exprimera des douleurs de type neuropathiques, une perte sensorielle et une faiblesse nerveuse.

La radiothérapie induit le ralentissement ou le blocage de la circulation de la lymphe dans cette zone ce qui provoque un **lymphœdème** cervical, aussi appelé jabot sous-mental.

La fibrose musculaire, la radiomucite, l'hyposialie et l'œdème entraînent une **dysphagie**.

Sur les **glandes salivaires**, lors de la radiothérapie, nous observons une destruction des glandes salivaires principales et accessoires partielle voir totale. La délivrance d'une dose supérieure à 35/40 grays (situation presque constante en cancérologie de la face et du cou et des VADS) expose à des séquelles salivaires définitives. Cette xérostomie a des conséquences sur la qualité de vie du patient (état dentaire, alimentation, élocution, vie de relation).

Sur le **parodonte**, après la radiothérapie, nous constatons une réduction de la vascularisation et des activités de remodelage et une augmentation de l'accumulation de plaque due à la xérostomie. C'est pourquoi le parodonte est plus sensible aux infections. Dans des cas isolés, une parodontite active peut entraîner une ostéoradionécrose, car le parodonte affecté constitue une porte d'entrée aux infections pénétrant en direction de l'os irradié sous-jacent.

Sur les **arcades dentaires**, durant leur période de développement, les germes dentaires peuvent subir des lésions irréversibles s'ils sont soumis aux rayonnements ionisants (dose et temps d'exposition dépendants). Destructures des germes dentaires, malformations coronaires, dysplasies de l'émail, micro-dontie, arrêt de la formation radiculaire (apex largement ouverts) sont recensés en cas d'exposition aux rayons. Au cours de radiothérapie de la région cervico-faciale, le patient adulte (même avec un risque carieux faible) est très souvent atteint de caries sévères qui progressent très rapidement si aucune précaution particulière n'est prise. Ce sont des lésions appelées caries radioinduites, caries actiniques ou caries radiogènes. Elles se développent de manière directe sous l'effet des rayons mais aussi (et surtout) de manière indirecte avec notamment pour cause l'altération salivaire. L'hyposialie freine tangiblement l'autonettoyage physiologique et entrave aussi les soins d'hygiène bucco-dentaire qui s'en trouvent plus douloureux. Qui plus est, la fatigue générale des thérapeutiques et le manque de coopération qu'elle entraîne accentuent la pathogenèse de ces caries radioinduites.

### **1.2.3.2 L'ostéoradionécrose (22)**

Les rayonnements ionisants lèsent le tissu vasculaire qui se fibrose par thrombose, endartérite et hyalinisation. Le tissu osseux n'est plus suffisamment nourri remettant en cause les mécanismes de réparation et de défense osseuse (23).

Ainsi, l'ostéoradionécrose est provoquée par un risque accru d'infections de l'os irradié. C'est pourquoi en cas de lésions osseuses, les plaies ne guérissent pas ou mal. Les interventions chirurgicales, les avulsions, les parodontites marginales ou apicales ou les zones de compression sous-prothétiques sont autant de porte d'entrée aux infections locales touchant un tissu osseux déjà fragile et aux défenses amoindries.

Cliniquement, les patients souffrent d'ulcérations des muqueuses avec formation de cratères, d'expositions intra-orales (plus rarement extra-orales) de l'os dévitalisé, ainsi que de fractures pathologiques ou de formations d'abcès.

L'ostéoradionécrose mandibulaire est 24 fois plus importante qu'au maxillaire. Ceci s'explique par l'absence de vaisseaux collatéraux à la mandibule et à la structure plus dense de l'os (24).

### **1.2.4 Conséquences de la chimiothérapie sur la sphère oro-faciale (16) (25)**

Les effets secondaires induits par la chimiothérapie sont variables selon les molécules choisies et sont potentialisés par un traitement concomitant par radiothérapie.

**Sur les muqueuses**, la cytotoxicité de la chimiothérapie génère une destruction des cellules à mitose rapide, ou mucite chimioinduite qui se caractérise par une irritation plus ou moins importante des muqueuses oro-pharyngées. De même que pour la radiomucite, elle contribue à la contamination bactérienne et à la prolifération de candidose par lésion de la barrière mécanique et immunitaire de la muqueuse.

**Sur le système nerveux périphérique**, la chimiothérapie est neurotoxique et crée le développement de neuropathies suscitant des douleurs osseuses ou dentaires.

**Sur la production salivaire**, comme pour la radiothérapie, l'hyposialie générée par les traitements a les mêmes conséquences négatives (sensations de brûlure, douleurs pour porter les prothèses, dysphagie, infections buccales). La xérostomie post-chimiothérapie est réversible après 2 à 6 semaines.

La chimiothérapie entraîne une **dysgueusie** qui résulte de l'altération des cellules sensorielles présentes au niveau de la langue. Les perceptions amères et acides sont souvent altérées.

**Sur les dents**, les traitements par chimiothérapies impacteront le développement dentaire pouvant déclencher amélogénèse imparfaite, micro-dontie, taurodontisme, anomalie radiculaire. Chez l'adulte, ils influenceront la dureté de la dentine, la rendant plus fragile et plus poreuse.

Lors de l'annonce du cancer, le patient connaît une souffrance tant physique qu'émotionnelle. C'est pourquoi l'intervention d'une équipe psychologique est primordiale, tout comme un soutien social et familial.

## **2. APPROCHE PSYCHOSOCIALE ET ACCOMPAGNEMENT**

### **2.1 Douleur chronique et cancer (26) (27) (28)**

#### **2.1.1 Définition (29) (30)**

L'IASP (International Association for the Study of Pain) définit la douleur chronique en incluant à la fois la durée et le caractère approprié ou non de la douleur :

- elle se caractérise par « une douleur qui persiste au-delà du délai habituel de cicatrisation (habituellement 3 mois) »
- elle n'est pas en adéquation avec sa cause (contrairement à une douleur aiguë).

Chez le patient cancéreux, la douleur chronique est au cœur des préoccupations dans le cadre d'une pathologie à la thérapeutique généralement très longue et éprouvante. C'est pourquoi l'Institut National du Cancer ajoute à cette définition de nouveaux aspects :

- malgré un traitement antalgique, elle persiste depuis au moins 3 mois
- elle subsiste bien que la cause de la douleur ait cessée
- elle n'a pas toujours de cause visible ; elle augmente, diminue, disparaît ou réapparaît sans que nous sachions toujours expliquer pourquoi
- elle est envahissante, moralement et physiquement.

L'explication de ces douleurs chroniques est très souvent difficile. Certaines sont liées à une douleur aiguë mal soulagée, d'autres sont dues à des séquelles que nous ne pouvons pas réparer, d'autres encore à des maladies de longue durée. En temps normal, la douleur joue le rôle de « signal d'alarme » afin de pousser l'organisme à réagir en cas de remise en cause de son intégrité physique. Mais lorsque les douleurs deviennent chroniques, elles ne remplissent plus leur fonction d'alarme.

Plus elles perdurent, plus elles ont de répercussions physiques et morales. Usantes et invalidantes, elles ont un impact important sur la qualité de vie des patients souffrant de cancer et doivent être prioritaires dans leur prise en charge. En effet, une douleur chronique a une forte incidence comportementale sur le patient douloureux chronique : perte d'autonomie, handicap, isolement, risque de dépression, difficultés professionnelles, fatigue, anxiété, trouble du sommeil, etc. qui, in fine, pourrait mettre en jeu le pronostic du patient. Elle doit être considérée comme une maladie en tant que telle, devant être traitée à long terme, parfois par un spécialiste.

#### **2.1.2 Évaluation de la douleur**

Il existe de nombreux outils pour évaluer la douleur, cependant nous nous baserons sur ceux étudiés et retenus par la HAS (28).

Dans un premier temps, il est impératif de faire l'inventaire des déterminants de la douleur et de sa symptomatologie lors d'un ou de plusieurs rendez-vous. L'évaluation débute classiquement par un bilan étiologique, une anamnèse, un examen clinique et des examens complémentaires si nécessaires.

Le patient doit compléter lui-même ces outils à l'issue de l'entretien clinique. Il s'agit d'une auto-évaluation. En cas d'incapacité du malade, l'algologue s'en charge. C'est alors une hétéro-évaluation.

Une fois cette évaluation initiale réalisée, une réévaluation périodique est nécessaire, la fréquence étant jugée par le praticien suivant les objectifs fixés.

Citons les outils retenus pour l'aide à l'évaluation de la douleur.

### ***2.1.2.1 Le schéma topographique des régions douloureuses***

Il doit figurer dans le dossier du malade et sert de repère à l'état initial pour effectuer des comparaisons dans le temps.

### ***2.1.2.2 Mesure de l'intensité de la douleur***

Elle est qualifiée d'unidimensionnelle (mesure seulement l'intensité de la douleur) et est déterminée à partir d'une auto-évaluation réalisée par le patient. Il s'agit d'une estimation globale de la douleur. Nous distinguons 3 échelles :

- **l'échelle visuelle analogique (EVA)** se présente sous la forme d'une ligne horizontale de 100 millimètres dont l'extrémité gauche de la ligne est définie par : "douleur absente" ou "pas de douleur" et l'extrémité droite par "douleur maximale imaginable". Le patient bouge le curseur pour indiquer son niveau de douleur. Le praticien quantifie la douleur à l'aide d'un indice numérique situé au dos de l'échelle au niveau du curseur (Fig.8)
- **l'échelle numérique (EN)** permet au patient de donner une note de 0 à 10 (ou 100) ; la note 0 est définie par "douleur absente" et la note maximale (10) par "douleur maximale imaginable"
- **l'échelle verbale simple (EVS)** est constituée par 4 ou 5 catégories (Tab.1).

## EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

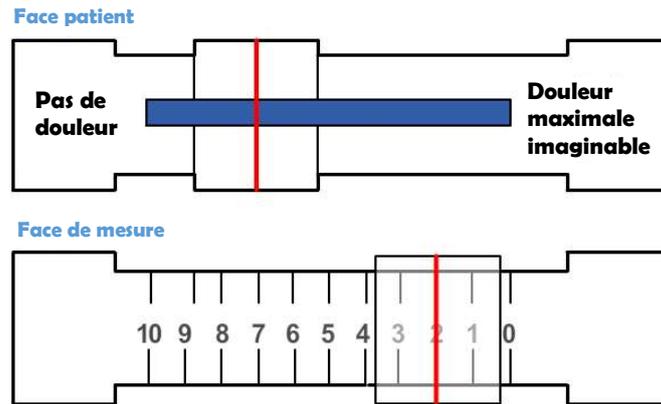


Figure 8 : Echelle de la douleur : l'échelle visuelle analogique (31)

<b>0 : pas de douleur</b>
<b>1 : douleur faible</b>
<b>2 : douleur modérée</b>
<b>3 : douleur intense</b>
<b>4 : douleur extrêmement intense</b>

Tableau 1 : Echelle de la douleur : l'échelle verbale simple

### 2.1.2.3 Liste d'adjectifs sensoriels et affectifs descriptifs de la douleur

Actuellement, seules les versions longues (contrairement aux versions courtes) des questionnaires d'adjectifs ont été validées mais sont de ce fait plus difficilement applicables en médecine ambulatoire.

Le vocabulaire spécifique du questionnaire permet d'estimer son retentissement affectif (tolérance à la douleur) et parfois d'orienter le diagnostic et ainsi caractériser certaines douleurs (ex : les douleurs neurogènes, brûlures, décharges électriques, picotements).

Le tableau 2 correspond au Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine (QDSA). Les scores traduisent l'importance de la douleur ressentie par le patient et permettent sa description. Plus ils sont élevés, plus le retentissement en est fort.

## Questionnaire douleur Saint-Antoine (QDSA)

Evaluation : Initiale  Intermédiaire  Finale  Date : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots utilisés par certaines personnes pour décrire une douleur. Afin de préciser la douleur que vous ressentez en général, entourer les mots les plus exactes pour décrire votre douleur (un mot maximum par paragraphe) et donner lui une note de 0 à 4 à l'aide du tableau ci-dessous :

- 0 = Absent ou pas du tout
- 1 = Faible ou un peu
- 2 = Modéré ou moyennement
- 3 = Fort ou beaucoup
- 4 = Extrêmement fort ou extrêmement

A	Battements		D	Pincement		H	Picotements		M	Harcelante	
	Elancements			Serrement			Fourmillements			Obsédantes	
	Pulsations			Compression			Démangeaisons			Cruelle	
	En éclairs			Ecrasement		I	Engourdissement			Torturante	
	Décharges électriques			En étau			Lourdeur			Suppliciant	
	Coup de marteau			Broiement		Sourde		N	Gênante		
B	Rayonnantes		E	Tiraillement		J	Fatigante			Désagréable	
	Irradiantes			Etirement			Epuisante			Pénible	
C	Piqures			Distension		K	Nauséuse			O	Enervante
	Coupures			Déchirure			Suffocante		Exaspérante		
	Pénétrantes		Torsion		Syncopale			Horripilante			
	Transperçant		F	Chaleur		L	Inquiétante		P	Déprimante	
Coup de poignard		Brulure			Oppressante			Suicidaire			
G	Froid		G	Glace							

**Tableau 2 : Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine (32)**

#### ***2.1.2.4 Évaluation de l'anxiété et de la dépression (Hospital Anxiety and Depression scale : HAD)***

Le patient répond à chaque item de manière semi-quantitative en attribuant un score de 0 à 3. Les scores les plus élevés correspondent à la présence d'une symptomatologie plus sévère. La colonne de droite représente l'anxiété et la colonne de gauche donne les notes de la dépression (Tab.3). Pour les deux scores (D : dépression et A : anxiété), des valeurs seuils ont été déterminées :

- un score inférieur ou égal à 7 = absence de perturbation
- un score entre 8 et 10 = cas douteux
- un score supérieur ou égal à 11 = cas certain.

## Evaluation de l'anxiété et de la dépression Hospital Anxiety And Depression Scale (HAD)

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de question et entourez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

<b>1-A</b>	<b>Je me sens tendu(e) ou énervé(e)</b>	<b>8-D</b>	<b>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</b>
3	La plupart du temps	3	Presque toujours
2	Souvent	2	Très souvent
1	De temps en temps	1	Parfois
0	Jamais	0	Jamais
<b>2-D</b>	<b>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</b>	<b>9-A</b>	<b>J'éprouve des sensations de peur de j'ai l'estomac noué</b>
0	Oui, tout autant qu'avant	0	Jamais
1	Pas autant	1	Parfois
2	Un peu seulement	2	Assez souvent
3	Presque plus	3	Très souvent
<b>3-A</b>	<b>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</b>	<b>10-D</b>	<b>Je ne m'intéresse plus à mon apparence</b>
3	Oui, très nettement	3	Plus du tout
2	Oui, mais ce n'est pas trop grave	2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais
1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1	Il se peut que j'y fasse plus autant attention
0	Pas du tout	0	J'y prête autant d'attention que par le passé
<b>4-D</b>	<b>Je ris et vois le bon côté des choses</b>	<b>11-A</b>	<b>J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place</b>
0	Autant que par le passé	3	Oui, c'est tout à fait ça
1	Plus autant qu'avant	2	Un peu
2	Vraiment moins qu'avant	1	Pas tellement
3	Plus du tout	0	Pas du tout
<b>5-A</b>	<b>Je me fais du souci</b>	<b>12-D</b>	<b>Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses</b>
3	Très souvent	0	Autant qu'avant
2	Assez souvent	1	Un peu moins qu'avant
1	Occasionnellement	2	Bien moins qu'avant
0	Très occasionnellement	3	Presque jamais
<b>6-D</b>	<b>Je suis de bonne humeur</b>	<b>13-A</b>	<b>J'éprouve des sensation soudaines de panique</b>
3	Jamais	3	Vraiment très souvent
2	Rarement	2	Assez souvent
1	Assez souvent	1	Pas très souvent
0	La plupart du temps	0	Jamais
<b>7-A</b>	<b>Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</b>	<b>14-D</b>	<b>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision</b>
0	Oui, quoi qu'il arrive	0	Souvent
1	Oui, en général	1	Parfois
2	Rarement	2	Rarement
3	Jamais	3	Très rarement

**SCORE (à remplir par le médecin)**

Somme du sous score A (1+3+5+7+9+11+13)

Somme du sous score D (2+4+6+8+10+12+14)

**Somme totale des deux sous scores**

**Tableau 3 : Evaluation de l'anxiété et la dépression (33)**

### ***2.1.2.5 Évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement***

Il n'existe pas d'instrument validé, en français, suffisamment court permettant d'apprécier ce retentissement. Pourtant le retentissement d'une douleur sur le comportement quotidien est important à prendre en compte pour apprécier la place et l'impact de la douleur sur la qualité de vie du patient.

## **2.1.3 Prise en charge de la douleur (29) (34)**

La douleur peut se décomposer en plusieurs aspects. Elle est aussi bien physique, psychologique que fonctionnelle. C'est pourquoi il est primordial de tenter de la soigner sous toutes ses faces sans oublier l'un ou l'autre de ses composants afin d'obtenir de véritables résultats et ainsi améliorer la qualité de vie du patient. La prise en charge de la douleur chronique est donc une approche multidisciplinaire.

### ***2.1.3.1 Les différents types de structures***

Les consultations pluridisciplinaires implantées au sein des établissements de santé publics ou privés permettent une approche globale (prévention, soin, réinsertion, prise en compte du contexte familial, social et professionnel du patient).

Les unités pluridisciplinaires comportent, en plus des éléments nécessaires à la consultation définis ci-dessus, des lits de jour ou d'hospitalisation, ainsi que l'accès au plateau technique hospitalier lorsque la mise en route de thérapies spécifiques est nécessaire.

Dans certains centres hospitalo-universitaires, les centres pluridisciplinaires ajoutent aux fonctions précédentes celles d'enseignement et de recherche portant sur des thématiques douleurs.

### ***2.1.3.2 Traitement pharmacologique***

Les **antalgiques** sont classés selon 3 paliers permettant d'établir une prescription adaptée à l'intensité de la douleur.

- pour une douleur de palier 1 (douleur d'intensité faible), les recommandations préconisent des analgésiques non morphiniques tels que le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (acétylsalicylate de lysine, acide acétylsalicylique, acide méfénamique, acide niflumique, acide tiaprofénique, diclofénac, fénoprofène, ibuprofène, kétoprofène, morniflumate, naproxène) ou d'autres antalgiques comme le néfopam ou la floctafénine
- pour le palier 2 (douleur d'intensité modérée), les opioïdes faibles, commercialisés pour la grande majorité en association avec le paracétamol comme par exemple la codéine, la dihydrocodéine, l'opium, le tramadol sont préconisés

- en cas de palier 3 (douleur d'intensité forte), des opioïdes forts, classés en 3 groupes, sont utilisés : les agonistes purs (morphine, fentanyl, oxycodone, hydromorphone, pethidine), les agonistes partiels (buprénorphine) et les agonistes-antagonistes (nalbuphine)

Même s'ils n'ont pas été étudiés spécifiquement pour cette indication, les **antidépresseurs** sont très souvent prescrits pour soulager la douleur chronique, à des posologies inférieures à celles utilisées en psychiatrie. Les tricycliques, prescrits comme antalgiques, sont délivrés à moindre doses, citons l'amitriptyline (LAROXYL®), la clomipramine (ANAFRANIL®), l'Imipramine (TOFRANIL®). Ainsi, les effets indésirables sont diminués bien qu'une surveillance soit toujours de mise. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ont également des vertus analgésiques. Ils sont par ailleurs mieux tolérés que les tricycliques avec une efficacité similaire. Nommons la duloxetine (CYMBALTA®) et la venlafaxine (EFFEXOR®).

Les **antiépileptiques** sont prescrits pour soulager différents types de douleur chronique avec des résultats souvent pertinents. La gabapentine (NEURONTIN®) et la prégabaline (LYRICA®) sont les molécules les plus utilisées. Leur indication est antalgique pour leur fonction stabilisatrice de transmission du message nerveux et non comme antiépileptique.

Les **anxiolytiques** sont prescrits principalement dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique. Il existe cependant un risque de dépendance pour les benzodiazépines avec syndrome de sevrage à l'arrêt qui doit être pris en considération dans le cadre de la prise en charge d'une affection chronique.

### ***2.1.3.3 Traitement non pharmacologique***

Parfois, la douleur chronique n'est pas soulagée par les traitements pharmacologiques ou insuffisamment.

Étant donné la perception d'une efficacité limitée des analgésiques par les patients, ils pourront avoir recours à des thérapies complémentaires dites « médecines douces » ou « médecines alternatives » qui sont autant d'outils supplémentaires disponibles pour les accompagner dans leur quotidien. Les techniques les plus étudiées sont entre autres : l'acupuncture, la mésothérapie, la relaxation, l'hypnose ou l'ostéopathie.

Dans d'autres cas, les patients ne se tourneront pas vers une thérapie complémentaire mais plutôt vers un traitement oral alternatif aux antalgiques classiques comme l'homéopathie, la phytothérapie, l'utilisation de vitamines ou de compléments alimentaires (associées ou non à des médecines complémentaires). Cependant, un avis pharmaceutique est recommandé pour connaître les risques de toxicité potentielle, d'interactions médicamenteuses et/ou de contre-indications avec leur traitement initial.

Enfin, il existe également d'autres techniques pour soulager le patient telles que la neurostimulation transcutanée, la chirurgie ou les thérapies comportementales et psychologiques.

Malgré tout, elles ne sont pas performantes chez tous les patients douloureux chroniques et chacun doit trouver ce qui lui est efficace.

## **2.2 Approche psychologique et socioprofessionnelle du patient cancéreux**

### **2.2.1 Représentations sociales du cancer (35)**

Le cancer est une pathologie fréquente et redoutée par la population, c'est pourquoi il n'est pas exclu des représentations sociales. Elles désignent un « ensemble organisé des informations, des croyances, des attitudes et des opinions qu'un individu (ou un groupe) élabore à propos d'un objet donné » (36).

Des personnes interrogées sur le sujet associent le cancer à des « mauvais » comportements tels que fumer, boire, s'exposer au soleil sans protéger sa peau. Les auteurs rapportent que cela « revient à imputer une responsabilité au malade, voire à prononcer une condamnation morale à son égard ». Ainsi, la représentation que chaque personne se fait du cancer n'est pas anodine et peut être à l'origine de comportements d'évitement vis-à-vis des malades atteints de cancer (37). Une campagne de sensibilisation en mai-juin 2011 de l'Institut national du Cancer avait pour slogan « Je suis une personne, pas un cancer » rappelant qu'il ne faut pas stigmatiser les malades atteints par la maladie.

### **2.2.2 Image corporelle et cancer**

L'image du corps a une dimension sociale, c'est la porte d'entrée aux interactions avec les autres. Marie-Louise PIERSON, psychanalyste, remarque d'ailleurs que « chaque jour, chacun de nous face à son miroir cherche à résoudre une énigme de taille : comment fait-on pour montrer à l'extérieur ce que l'on est à l'intérieur ? Qu'en est-il chez le patient dont le corps est mutilé par le cancer ? A la douleur et au mal-être s'ajoute une perte de reconnaissance de son propre corps. Le patient est criblé de modifications corporelles qui lui rappellent constamment son cancer et bouleversent sa vie personnelle et socio-professionnelle » (38).

Après leur chirurgie, la plupart des patients ressentent un bouleversement de leur image corporelle. Cette forte perturbation se manifeste aussi bien par un rejet de son corps, que par la peur du rejet des autres ou par un sentiment d'impuissance et de désespoir. Ce mal être est d'autant plus fort chez le patient atteint d'un cancer des VADS car le visage est le plus grand moyen d'expression verbale et non verbale et participe au premier plan des interactions sociales avec autrui (39).

Quelle que soit la perspective, le corps du malade est partout et tout le temps. Il est le point de départ et d'arrivée de la maladie. Il constitue le point de rupture du malade avec le monde sain, il est la marque visible, tangible, du cancer (40).

### **2.2.3 Accompagnement psychologique de la personne malade (41) (42)**

Le cancer a des répercussions psychologiques importantes qui peuvent durer dans le temps, au-delà de la fin des traitements. Le soutien est un acte où nous soutenons quelqu'un dans son malheur à travers la compassion que nous lui témoignons. Il s'agit d'un processus psychique qui a une valeur thérapeutique.

La psychothérapie n'est pas une composante secondaire dans le traitement des cancers, elle accompagne les traitements médicaux à part entière. Dans les dialogues de Charmide (43), Platon nous rappelle qu'« il ne faut pas entreprendre de soigner le corps indépendamment de l'âme et la raison pour laquelle de nombreuses maladies échappent aux médecins grecs est qu'ils méconnaissent le tout dont il faudrait qu'ils prennent soin, car lorsque le tout va mal, il est impossible que la partie se porte bien ».

Ce soutien est apporté soit par un psychologue (qui étudie la compréhension du fonctionnement psychique et du comportement humain) soit par un psychiatre (médecin spécialisé en santé mentale). Ce dernier a la possibilité de prescrire des médicaments dans un contexte anxieux ou dépressif.

Le psychologue (ou psycho-oncologue en cancérologie) accompagne le patient pour traverser des situations difficiles. Il n'a pas de lien affectif avec le patient, il fait donc preuve d'une écoute neutre sans parti pris. Le patient peut exprimer ses craintes et ses angoisses face au cancer mais aussi apprendre à mieux communiquer avec son entourage pour qu'il comprenne ce qu'il traverse. A travers un entretien, il guide le patient jusqu'à remplir les objectifs qu'ils se sont fixés ensemble. Il est soumis au secret professionnel et les règles du code de déontologie de la profession garantissent les droits des patients.

Il est possible de consulter un psychologue à l'hôpital ou dans les centres de soins, dans des associations de malades ou en ville, où sont installés des praticiens libéraux en cabinet. Des consultations gratuites auprès d'un psychologue sont proposées par certaines associations. La Ligue Nationale Contre le Cancer propose une plateforme téléphonique avec un service d'écoute psychologique anonyme.

Certains patients sont guéris, d'autres peuvent vivre des années même avec des métastases qui sont contenues grâce au traitement. Mais la peur de la récurrence peut gâcher le quotidien. 50 à 70% des survivants rapportent vivre ou avoir vécu avec beaucoup d'angoisses.

En 2017, lors du congrès mondial de L'ASCO (American Society of Clinical Oncology) à Chicago, une étude montre justement qu'à raison d'une séance de psychothérapie d'une heure par semaine, pendant dix semaines, on réduit significativement cette appréhension de

l'éventuelle rechute. Mieux gérer l'angoisse au moment du diagnostic, pendant les soins, et une fois rétabli, c'est gagner en qualité de vie.

#### **2.2.4 Accompagnement social et professionnel (44) (45) (46)**

L'enjeu médical fait que la question sociale est souvent négligée par les malades.

60% des personnes actives avant le début de la maladie disent avoir subi une diminution de revenus entraînée par un arrêt de travail, une limitation de leur temps de travail ou une retraite anticipée. La perte de revenus cristallise les sentiments de dévalorisation qui sont déjà très présents pendant la maladie. La souffrance d'avoir perdu l'acquis de toute une vie, d'éventuellement ne plus pouvoir assurer le confort de ses enfants, la culpabilité de devoir peser financièrement sur ses proches n'aide pas le malade à se sentir fort pour affronter cette épreuve. En plus de l'angoisse liée à la maladie, le patient se voit également diminué socialement, et donc moralement. La baisse ou la perte de revenus, plus ou moins aggravée par la situation personnelle de la personne, peut être vécue comme une mort sociale.

C'est pourquoi il est primordial d'offrir au plus grand nombre la possibilité d'un accompagnement social (en particulier une aide aux démarches administratives, une sensibilisation au retour à l'emploi de manière anticipée...) pour éviter les périodes temporaires sans ressources.

L'assistant social est l'interlocuteur privilégié pour accompagner le patient, ainsi que ses proches, tout au long et après la maladie. Il vise à établir une relation de confiance, fondée sur l'écoute et l'accueil. Il met en œuvre toutes les actions qui vont permettre de prévenir ou de surmonter d'éventuelles difficultés. Il peut contribuer ainsi à améliorer les conditions de vie du patient sur les plans social, sanitaire, familial, économique et professionnel.

Dans le cas d'une dépendance au tabac et/ou à l'alcool, en plus d'aider le patient à sa réinsertion ou son maintien social, l'assistant social peut orienter les patients vers une prise en charge addictologique.

## **3. RÔLE DE L'ADDICTOLOGUE**

### **3.1 Ethylisme chronique**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît l'alcoolisme comme une maladie et le définit comme des « troubles mentaux et troubles du comportement » liés à l'ingestion fréquente d'alcool.

L'Union Européenne est la région du monde où les pourcentages de consommateurs d'alcool et la consommation d'alcool par habitant sont les plus élevés (OMS 2014). La France se classe 11<sup>e</sup> (OMS 2010) dans l'UE avec une consommation de 13,7 litres d'alcool pur par an (47).

Les conséquences sanitaires d'une consommation excessive d'alcool sont nombreuses : cancers, maladies cardiovasculaires et digestives, maladies du système nerveux et troubles psychiques (48).

#### **3.1.1 Évaluation et diagnostic de la dépendance (48) (49)**

Selon le Dr FOUQUET, le patient alcoolo-dépendant est celui qui « a perdu la liberté de s'abstenir de toutes consommations d'alcool ».

La dépendance fait naître une situation dans laquelle le sujet, tant au niveau physique que psychique, se perçoit comme incomplet quand l'alcool lui fait défaut.

##### ***3.1.1.1 Dépendance physique***

La dépendance physique se traduit par le ressenti du manque, qui faute d'une nouvelle prise d'alcool, peut induire un syndrome de sevrage. Les principaux signes sont : tremblements des mains et de la langue, crampes, paresthésies, nausées, vomissements, sueurs, tachycardie, hypotension orthostatique, anxiété, humeur dépressive, irritabilité, hyperémotivité ou troubles du sommeil. Le plus généralement, la prise d'alcool vient à calmer ces symptômes et renforce la dépendance.

Un phénomène de tolérance peut aussi s'installer, entraînant une résistance à l'alcool et poussant le patient à augmenter son ingestion d'alcool pour ressentir les effets recherchés.

En cas de sevrage brutal sans contrôle médical, le patient peut faire un Delirium Tremens, à savoir un état de conscience diminuée, une désorientation dans le temps et l'espace et des épisodes d'hyperactivité (avec parfois des activités imaginaires compulsives) pouvant mettre en danger le patient ou son entourage.

### **3.1.1.2 Dépendance psychique**

A la suite de la dépendance physique, la dépendance psychique entraîne une altération du comportement vis-à-vis de l'alcool, une perte de contrôle de l'alcoolisation et un désir obsédant de l'alcool. Elle entraîne un besoin irréprensible de boire, de manière obsessionnelle. Quand le sentiment de culpabilité s'installe, le besoin de boire s'intensifie pour atténuer temporairement les remords et l'anxiété, poussant au fil du temps à augmenter sa consommation.

### **3.1.1.3 Diagnostic et questionnaire (50)**

Il existe 2 grands questionnaires standardisés couramment utilisés.

Le **DETA** est la traduction française du questionnaire CAGE proposé en 1973 par un psychiatre américain et traduit en 1989, par Bernard Rueff, dans *Alcologie clinique* (51). Il est l'acronyme de Diminuer Entourage Trop Alcool dont voici les questions :

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buvez Trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives sont en faveur d'un alcoolisme.

L'**AUDIT** (Alcohol Use Disorders Test) développé par l'OMS, explore l'évolution de la fréquence et de la quantité consommée (questions 1, 2, 3), de la dépendance (questions 4, 5, 6), et des problèmes rencontrés du fait de la consommation d'alcool (questions 7, 8, 9, 10) (Tab.4).

Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool. Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme est en faveur d'une dépendance à l'alcool (52).

## L'AUDIT

Ce questionnaire cherche à évaluer le risque attaché à la consommation d'alcool. Il interroge votre consommation des douze derniers mois. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et pas seulement les dernières semaines. Si vous ne prenez jamais d'alcool, ne répondez qu'à la première question. *Un verre standard = 10g d'alcool pur.*

1. **A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?**

Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
2. **Combien de verres standards buvez vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?**

3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3. **Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?**

Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
4. **Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?**

Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
5. **Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?**

Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
6. **Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?**

Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
7. **Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret ?**

Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
8. **Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?**

Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
9. **Vous êtes vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?**

Non	Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	Oui, au cours de l'année
<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
10. **Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?**

Non	Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	Oui, au cours de l'année
<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

**Tableau 4 : Questionnaire AUDIT (52)**

## **3.1.2 Thérapeutiques (49) (53)**

### ***3.1.2.1 Les cures de sevrage***

#### *3.1.2.1.1 Préparation au sevrage*

Avant toute cure, il convient de préparer psychologiquement le patient et son entourage sur sa consommation d'alcool, son comportement vis-à-vis de l'alcool, ses complications, ses conséquences physiques, psychologiques, familiales et socio-professionnelles. La préparation au sevrage a pour but d'encourager le patient sur le caractère réversible de cette addiction et d'offrir les meilleures options thérapeutiques personnalisées à chaque patient tout en fondant une relation de confiance avec l'ensemble du personnel soignant.

#### *3.1.2.1.2 Réalisation du sevrage*

Le sevrage est un arrêt total d'ingestion d'alcool sous contrôle médical. Il peut être pratiqué en consultations rapprochées en ambulatoire ou dans un milieu hospitalier ou un centre spécialisé (séjour d'une semaine à 3 mois environ). Le but est d'éviter au maximum les complications du sevrage physique en assurant une sécurité et un confort pour le patient.

Généralement, une prescription de benzodiazépines est mise en place pour prévenir la survenue des symptômes du sevrage : VALIUM®, TRANXENE®, SERESTA® par exemple.

Il convient d'associer aux benzodiazépines une supplémentation en vitamines B1, B6, B12 et PP en perfusion pour combler les carences fréquentes, qui peuvent être à l'origine de graves troubles neurologiques. D'autre part, la réhydratation du patient par apport hydrique en perfusion ou par voie orale s'impose (3 litres d'eau en moyenne par jour) pour empêcher une déshydratation massive entraînée par le sevrage.

### ***3.1.2.2 Les traitements à long terme***

Le principal objectif du traitement se base sur la conservation d'un lien thérapeutique stable, atout majeur dans la réussite de l'arrêt de la consommation d'alcool.

Le site Alcool-Info Service rappelle que « le projet de devenir et de rester abstinent entraîne des changements profonds dans toutes les sphères de la vie. Cela représente des sacrifices, modifie des équilibres et crée des tensions dont la personne et son entourage doivent avoir conscience. Il s'agit pour eux, jour après jour, de trouver de nouveaux repères, de construire un nouvel équilibre. ».

### 3.1.2.2.1 Thérapeutiques médicamenteuses d'accompagnement (54)

Les médicaments visant à **réduire l'appétence** pour l'alcool sont les suivants :

- l'acamprosate (AOTAL®) dont la durée de traitement recommandée par l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) est de 1 an. Quelques études randomisées ont montré un effet positif à 3 mois et à 1 an
- le naltrexone : la durée de traitement recommandée par l'AMM est de 3 mois. Deux études randomisées contre placebo ont démontré une efficacité en termes d'amélioration de l'abstinence en réduisant l'envie compulsive de boire.

Les médicaments à **effet antabuse** (disulfirame, ESPERAL®) ont pour but d'entraîner une réaction aversive vis-à-vis de l'alcool et provoquent chez le sujet consommant de l'alcool une réaction très désagréable, faite de sensations de malaises avec anxiété et troubles neuro-végétatifs (psychothérapie de conditionnement).

Le **baclofène** est un cas particulier qui fait actuellement polémique. Normalement prescrit comme myorelaxant, l'indication du baclofène dans le traitement de la dépendance alcoolique est en cours d'évaluation. Il bénéficie cependant, depuis le 14 mars 2014, d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) qui l'autorise en dernière intention dans le sevrage alcoolique.

### 3.1.2.2.2 Soutien et psychothérapie

Le sevrage n'est que le commencement du suivi du patient.

**La psychothérapie de soutien** s'appuie sur le suivi prolongé et bienveillant du patient quelle que soit la conduite de son traitement. Elle peut être réalisé par le médecin généraliste, le psychologue, le psychiatre. Elle fait appel à l'empathie du soignant pour orienter au mieux le patient vers le maintien de l'abstinence, renforcer sa motivation, éviter le découragement, la réalcoolisation occasionnelle ou la rechute complète. La personne alcoolo-dépendante doit apprendre à gérer un nouveau quotidien.

Le soignant accompagne le patient sans culpabilité ni dramatisation vers un sevrage total et définitif. En effet, la consommation contrôlée reste très difficile. Les rechutes étant fréquentes et démotivantes, il convient mieux de proposer au patient un sevrage sur un temps donné puis une abstinence complète, sans directives excessives et en valorisant les comportements positifs. Cet accompagnement s'oriente également sur le dépistage et le traitement des symptômes somatiques dus au sevrage par des examens cliniques et paracliniques réguliers. Il en est de même pour les symptômes psychiatriques tels que l'anxiété, l'irritabilité, le syndrome dépressif primaire dû au sevrage ou secondaire dû à une rechute.

**La réintégration sociale, familiale et professionnelle** fait partie intégrante du soutien avec une aide au rétablissement des liens familiaux par des séances de thérapie de couple ou

familiale. Les assistants sociaux participent parfois au suivi du patient pour assurer une stabilité financière et professionnelle souvent ébranlée.

**Les mouvements d'anciens buveurs** fournissent un soutien non médical parfois très important chez certains patients réceptifs à une prise en charge d'entraide. L'association des Alcooliques Anonymes suscite une profonde motivation vers un espoir de guérison et de stabilité. Sa devise est simple : « Notre but premier est de demeurer abstinents et d'aider d'autres alcooliques à le devenir ».

## **3.2 Tabac (55) (56) (57)**

Un des facteurs de risque les plus importants des cancers des VADS est la consommation excessive de tabac. La bouche est la première cavité sur le trajet de la fumée et la première à en souffrir. C'est pourquoi, très tôt lors du traitement, il est nécessaire d'amener le patient à une diminution voire si possible à l'arrêt total du tabac.

### **3.2.1 Évaluation et diagnostic de la dépendance**

#### ***3.2.1.1 Définition du tabagisme***

Le tabagisme peut être défini comme une intoxication due à un excès de consommation de tabac. L'entrée dans le tabagisme est la conséquence de pressions sociologiques et culturelles et sa persistance est permise par le développement d'une double dépendance :

- dépendance pharmacologique : créée par la nicotine, la dépendance au tabac est authentifiée par l'apparition d'une tolérance et des symptômes de sevrage
- dépendance non pharmacologique : la pression sociale et environnementale favorise le fumeur à continuer sa consommation malgré la connaissance des risques.

#### ***3.2.1.2 Évaluation de la dépendance au tabac***

##### ***3.2.1.2.1 Interrogatoire***

Le moyen le plus simple de quantifier le tabagisme est d'interroger le patient pour établir son histoire. Elle est cependant difficile du fait de la variabilité de la consommation au cours du temps et de l'imprécision des souvenirs du fumeur. Il repose sur :

- l'âge de début du tabagisme : le risque de cancer bronchique est d'autant plus élevé que l'âge du début de consommation est faible
- la quantité totale de tabac fumé : estimée en paquets-années, les conséquences pathologiques en dépendront directement
- la durée du tabagisme
- les tentatives et réussites temporaires de sevrage.

### 3.2.1.2.2 Fagerström test for nicotine dependence

Aujourd'hui pour mesurer la dépendance quantitative tabagique, le test Fagerström test for nicotine dependence (FTND) est utilisé (58).

Il repose sur des questions simples permettant d'établir un score en relation avec l'intensité de la dépendance (Tab.5).

**Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?**

Dans les 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Plus de 60 minutes	0

**Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où cela est interdit ?**

Oui	1
Non	0

**A quelle cigarette renoncerez vous le plus difficilement ?**

A la première de la journée	1
A une autre	0

**Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?**

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
Plus de 30	3

**Degré de dépendance à la nicotine :**

- 0-2 : pas de dépendance
- 3-4 : dépendance faible
- 5-6 : dépendance moyenne
- 7-10 : dépendance forte

**TOTAL :**

**Fumez-vous à intervalle plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?**

Oui	1
Non	0

**Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?**

Oui	1
Non	0

### Tableau 5 : Test de Fagerström

### 3.2.1.2.3. Le diagnostic de dépendance à la nicotine DSM IV

Le diagnostic de dépendance à la nicotine DSM IV est extrait du Manuel de Diagnostic et Statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental) (Tab.6).

Il identifie la dépendance selon une liste de 7 symptômes (absence ou présence). Si le fumeur répond à 3 critères ou plus sur les 7 pendant au moins 12 mois, il est considéré comme dépendant.

		Votre note (0 ou 1)
1	Développement d'une tolérance	
2	Symptômes de manque	
3	La substance est prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu	
4	Désir persistant et efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance	
5	Beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer et à se remettre de ses effets	
6	L'usage abusif de la substance entraîne l'abandon des activités sociales, professionnelles ou de loisirs	
7	Poursuite de l'utilisation de la substance, bien que ses méfaits au niveau psychique et physique soient reconnus	
	TOTAL	

**Tableau 6 : DSM-IV (Manuel de Diagnostic et Statistique des troubles mentaux - IV)  
(53)**

#### *3.2.1.2.4. Les marqueurs biologiques*

Les marqueurs biologiques utilisés sont le monoxyde de carbone expiré ainsi que la cotinine urinaire et plasmatique. Ils sont intéressants pour quantifier de manière objective le tabagisme dans diverses circonstances mais sont finalement faiblement corrélés à la dépendance et restent d'accès limité.

### **3.2.2 Thérapeutiques**

#### *3.2.2.1 Les thérapeutiques médicamenteuses*

##### *3.2.2.1.1 Les substituts nicotiques*

Les médicaments à base de nicotine agissent en remplaçant temporairement la nicotine apportée par le tabac, ce qui supprime en grande partie les symptômes désagréables du sevrage et évite la production de renforcement négatif par les cigarettes. Il existe différentes formes galéniques, nous laisserons le patient choisir celle qui lui convient le mieux :

- gomme à mâcher : avec différents goûts, avec sucre ou sans sucre, elles ne pas à utiliser si le patient est porteur de prothèses dentaires
- timbres ou patchs : à appliquer sur peau sèche, avec changement d'emplacement tous les jours pour une durée de 8 à 12 semaines avec diminution progressive des doses
- pastilles à sucer
- spray nasal

- inhalateur (il laisse dépendant au geste malgré tout).

Toutes les formes galéniques ont une efficacité comparable à dose égale.

La durée du traitement varie de 6 semaines à 6 mois.

Le fumeur arrêtant complètement sa consommation de tabac dès le début de la prescription peut suivre un déconditionnement progressif de ses habitudes tabagiques sans souffrir d'un manque concomitant de nicotine. Il gagne une désaccoutumance par étapes de par la diminution progressive de la nicotine prescrite.

### *3.2.2.1.2 Les psychotropes*

Parmi les psychotropes, le bupropion permet de traiter la dépendance à la nicotine absorbée lors de la consommation de tabac. Celui-ci va inhiber la recapture de la dopamine et de la noradrénaline synaptique au niveau du système nerveux central.

Son action dopaminergique semble jouer un rôle sur le circuit de la récompense, sollicité à chaque bouffée de tabac chez le fumeur, ce qui permettrait au patient de se passer de consommer de la nicotine. L'action sur les circuits sérotoninergiques et noradrénergiques ajoute à cette molécule un effet antidépresseur, très utile lors d'un sevrage. La durée habituelle de traitement par le bupropion LP est de 7 à 9 semaines.

### *3.2.2.2 Les thérapies non médicamenteuses*

#### *3.2.2.2.1 Thérapies comportementales et cognitives (59)*

La cognition est définie comme le processus d'obtention, d'organisation et d'utilisation de la connaissance intellectuelle. Les stratégies cognitives sont les plans mentaux utilisés par un individu pour se comprendre lui-même et comprendre l'environnement. Le thérapeute va essentiellement analyser et tenter d'aider son patient à modifier ses attentes positives (consécutives à la prise de substance) et négatives (consécutives au sevrage ou à l'abstinence).

Il existe 3 composantes de cette approche :

- **la prévention de la rechute** ; chaque séance fait le point sur une situation à haut risque spécifique (pression sociale, pensées liées à la substance, envies compulsives de consommer...) et propose différentes stratégies permettant de la gérer
- **l'entraînement aux compétences sociales** ; chaque séance fait le point sur une compétence relationnelle particulière (apprendre à faire et à recevoir des compliments ou des critiques, savoir refuser, exprimer ses émotions), il permet d'améliorer la qualité des relations sociales, de réduire les risques de conflits interpersonnels et de favoriser un lien social orienté vers l'abstinence en modifiant son style de vie
- **la gestion des émotions négatives** ; les séances permettent d'apprendre à reconnaître, puis à gérer des états de colères, ou de pensées négatives, des états qui peuvent conduire à une reprise de la consommation.

En intervenant à un niveau comportemental, cognitif et émotionnel, ces traitements ont pour but de diminuer les rechutes et de favoriser le maintien de l'abstinence tabagique par un nouvel apprentissage.

#### *3.2.2.2.2 Hypnose (60)*

Selon l'Institut de Santé Globale, l'hypnose est un traitement alternatif qui permet soit de diminuer l'envie de fumer soit d'accroître la volonté d'arrêter.

Au cours d'un sevrage tabagique, il existe 5 techniques applicables par l'hypnotiseur :

- suggérer directement au fumeur de changer de comportement
- hypnotiser pour qu'il modifie sa perception de son comportement de dépendance
- faire de l'hypnothérapie, c'est à dire utiliser l'hypnose comme adjuvant à la psychothérapie verbale
- faire de l'hypnoaversion, c'est à dire suggérer au sujet que fumer le répugne
- proposer l'autohypnose, comme adjuvant du traitement hypnotique.

L'hypnose est souvent associée à des méthodes comportementales : suggestions, désensibilisation, autrelaxation, méthodes aversives, renforcements positifs ou négatifs, comportements de substitution etc.

Une étude randomisée de mai 2008 a montré par exemple un taux d'arrêt de 20% à 12 mois, en sachant que les séances d'hypnose étaient combinées à l'utilisation de patches.

#### *3.2.2.2.3 Acupuncture (61) (62) (63)*

L'acupuncture est une méthode de médecine chinoise qui considère que l'homme est traversé par des flux d'énergie. Si cette énergie est bloquée ou stagne, des troubles psychiques ou organiques sont susceptibles de se manifester. L'acupuncteur intervient afin de rééquilibrer ces énergies grâce à de fines aiguilles. Citons deux procédés employés dans le cadre du sevrage tabagique. La méthode « Chiapi » commence par une consultation pour faire le point sur sa consommation tabagique chez le médecin-acupuncteur puis ce dernier pose 2 aiguilles sur les faces latérales du nez pendant 20 minutes. Une autre méthode est l'auriculothérapie : de la même manière, les aiguilles sont alors placées dans l'oreille.

Rappelons que l'acupuncture est non validée par l'HAS. De plus, l'acupuncture ne présenterait pas de différence significative dans l'arrêt du tabac ou ne serait que le fruit d'une association, avec un traitement par substitut nicotinique. (64)

#### *3.2.2.2.4 Homéopathie (65) (66)*

L'homéopathie se base sur le principe de similitude. Chez l'individu sain, une certaine substance provoque des symptômes. L'homéopathie consiste à administrer cette substance, en quantité infinitésimale, à l'individu malade atteint de ces mêmes symptômes afin de le guérir. L'intérêt

de ce procédé est qu'elle n'est pas toxique, ne provoque pas d'effet secondaire et n'a pas de contre-indication.

Lors d'un sevrage tabagique, le traitement homéopathique peut s'adjoindre au traitement classique pour lutter contre la dépendance (sans pour autant influencer les besoins nicotiques) mais surtout sur les conséquences de l'arrêt du tabac (la prise de poids, l'anxiété, la dépression). Citons les principales prescriptions (sous le suivi d'un médecin homéopathe) : TABACUM® (combattre l'envie de fumer), NUX VOMICA® (irritabilité), ANTIMONIUM CRUDUM® (fringales), AURUM METTALICUM® (déprime). Il existe également une technique plus spécifique sur la base de l'isothérapie, une dilution homéopathique préparée par le pharmacien à partir de la marque de la cigarette du patient.

Cependant, signalons que l'homéopathie n'est pas reconnue comme efficace par une partie de la communauté scientifique, dont les résultats ne sont semblables qu'aux traitements par effet placebo.

#### *3.2.2.2.5 Mésothérapie (67)*

Selon la société française de mésothérapie, elle se pratique par des injections locales de médicaments de la pharmacopée française, faites à travers la peau, très superficielles et peu douloureuses.

Chez le fumeur, le principe est d'injecter sous la peau, au niveau des deux oreilles (directement dans le sang), des médicaments homéopathiques nécessaires pour que le patient soit dégoûté par le tabac et ainsi provoquer une désaccoutumance. Cette technique permet d'éviter que les molécules thérapeutiques soient ingérées et passent par le système digestif.

De nouveau, cette thérapie n'a pas fait preuve de son efficacité ni de son inefficacité.

L'arrêt du tabac est fondamental dans la guérison du cancer mais est également essentiel à une hygiène bucco-dentaire acceptable pour prévenir les risques de récurrences.

## **4. RÔLE DU CHIRURGIEN DENTISTE**

### **4.1 Avant la radiothérapie (68) (69)**

Une prise en charge bucco-dentaire par un chirurgien-dentiste doit être systématique avant toute radiothérapie cervico-faciale.

#### **4.1.1 Information du patient**

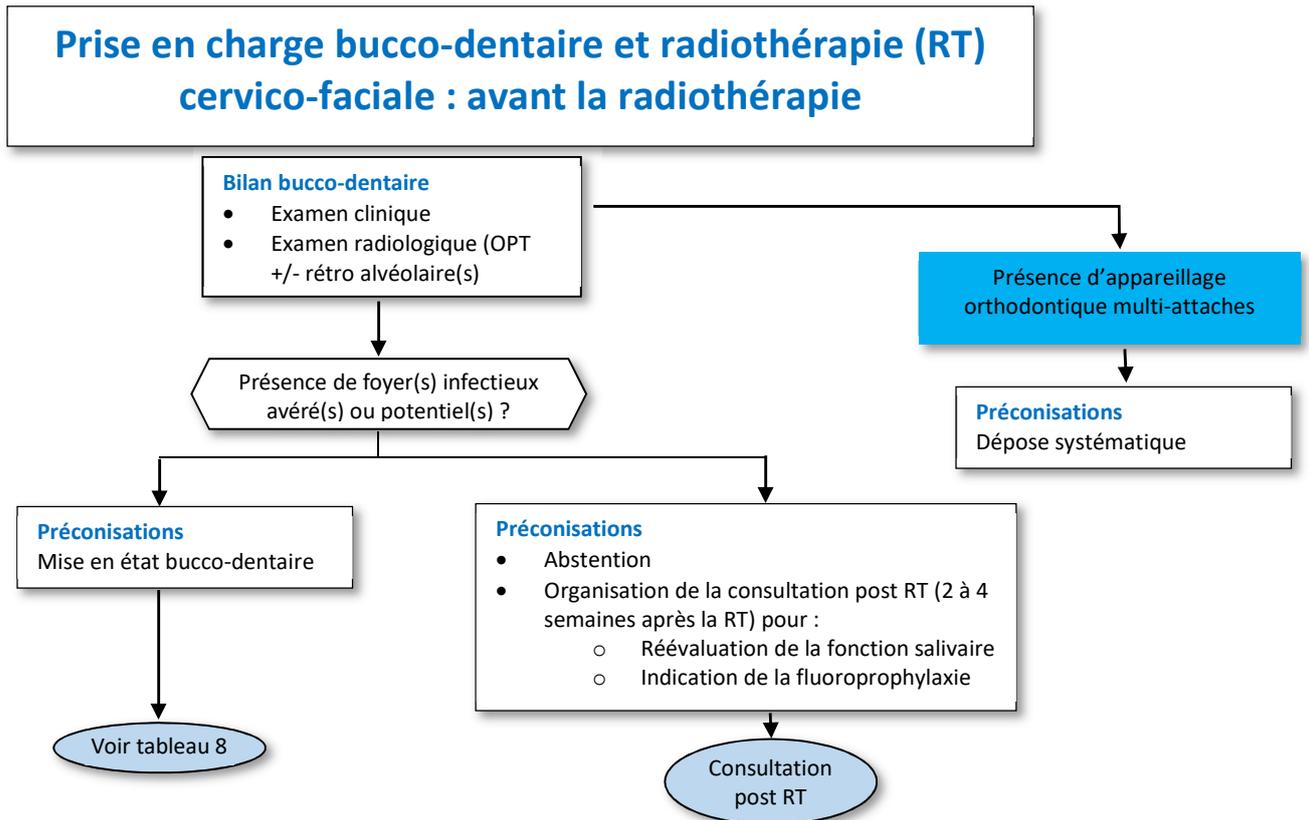
La consultation pré-radique commence par une explication des effets secondaires de la radiothérapie et ses conséquences (citées précédemment) à plus ou moins long terme. Le chirurgien-dentiste se montre à l'écoute de son patient et répond à ses questions et ses appréhensions.

#### **4.1.2 Élimination des foyers infectieux et remise en état de la cavité buccale**

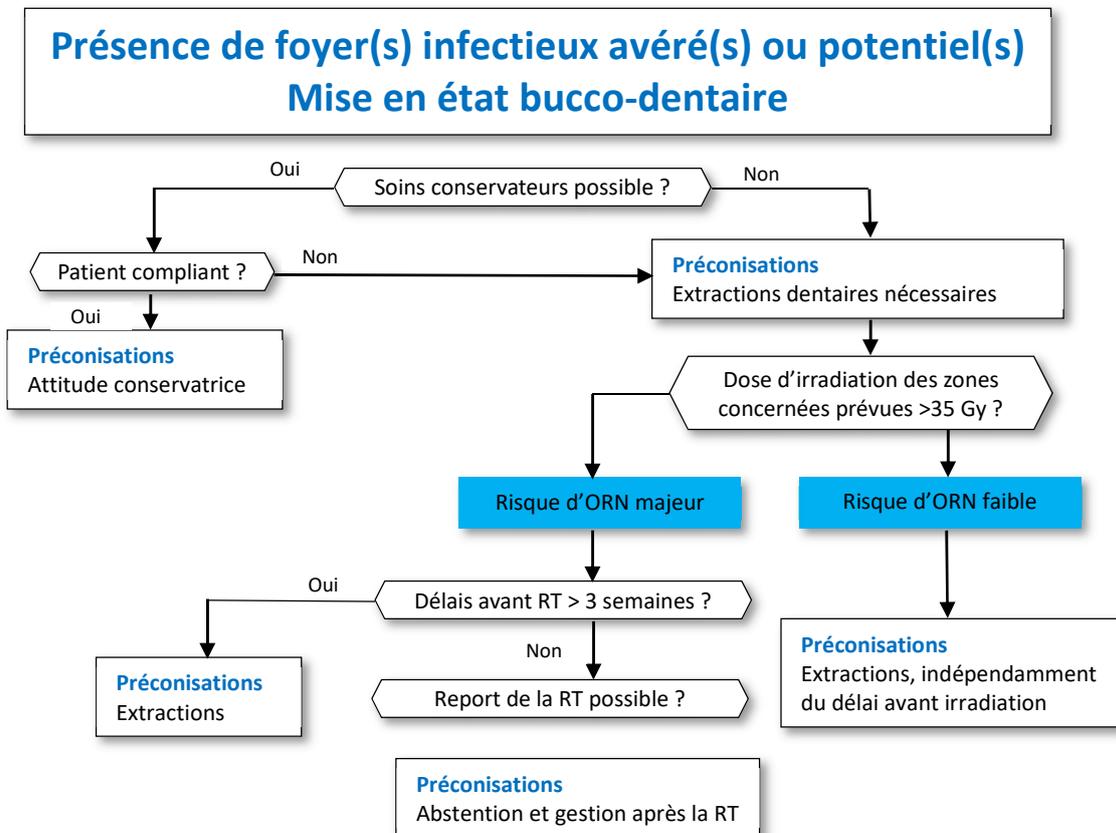
Un bilan bucco-dentaire doit être réalisé le plus précocement possible, dès l'annonce du cancer, et ce d'autant plus qu'une radiothérapie externe est prévue, comme nous le rappelle l'Association Française des Soins Oncologiques de Support (AFSOS) (Tab.7).

Il doit détecter et éliminer l'ensemble des foyers infectieux bucco-dentaires (actifs ou latents, réels ou potentiels). Ceci dans l'optique d'éviter au maximum des avulsions post-radiques afin de prévenir les risques d'ORN (Tab.8).

Les gestes chirurgicaux destinés à assainir la cavité buccale doivent être entrepris au plus tôt de façon à ce que la cicatrisation muqueuse soit acquise avant le début de la radiothérapie.



**Tableau 7 : Prise en charge bucco-dentaire avant radiothérapie (68)**



**Tableau 8 : Détection des foyers infectieux (68)**

## 4.2 Pendant la radiothérapie

Selon les dernières recommandations d'hygiène bucco-dentaire, un brossage dentaire doit être effectué 3 fois par jour (après les repas) avec une brosse à dents souple ou « post-chirurgicale » 15/100 ou 7/100 et un dentifrice sans menthol.

Concernant le nettoyage des prothèses, il doit être réalisé également 3 fois par jour à l'eau savonneuse.

Le chirurgien-dentiste ou le radiothérapeute prescrit des bains de bouche au bicarbonate de sodium pur (éviter les mélanges) en prévention de l'apparition de la radiomucite. Pour la douleur, le patient peut appliquer un anesthésique de surface (xylocaïne, lidocaïne), un film protecteur de surface (jélonet, vaseline...), un anti-inflammatoire en bains de bouche ou encore un antalgique par voie générale.

Lors de surinfections fongiques, l'utilisation d'antifongiques comme le myconazole, le fluconazole, ou l'amphotéricine B est recommandée (jamais en prophylactique, seulement en cas de mycose clinique et symptomatique).

## 4.3 Après la radiothérapie (25) (68) (70)

### 4.3.1 Conseils d'hygiène

**Pour le patient**, un brossage 3 fois par jour avec une brosse à dent souple et un dentifrice peu abrasif et peu irritant (éviter la menthe qui brûle) et fluoré à 1000-1500 ppm est préconisé. Suivant l'importance de l'hyposialie des bains de bouche au bicarbonate pourront être prescrit sur une période définie ou à vie (contre-indication de toute autre molécule sur le long court).

**Pour le praticien**, le détartrage se fait sous antibioprofylaxie s'il concerne des dents dans le champ d'irradiation. Quant au polissage, il s'effectue avec une pâte à polir sans ponce (car trop abrasive). A chaque consultation, le dentiste n'oublie pas d'entretenir la motivation du patient en dépit des sensibilités buccales et de l'inconfort général. Il n'y a pas de contre-indication à effectuer, en zone irradiée, des soins de parodontie non chirurgicale.

### 4.3.2 Gouttières porte gel fluoré

La radiothérapie multiplie le risque de caries. C'est pourquoi l'apport de fluor par le biais de gouttières est indispensable et ce le plus précocement possible. Elle a pour but la prophylaxie de la carie et un rôle bactériostatique.

Ces gouttières porte gel fluoré sont thermoformées, souples, en silicone et réalisées par une empreinte préalable des arcades dentaires.

Une application d'un gel hyperfluoré (FLUOCARYL® gel bifluoré 2000 prescrit sur une ordonnance bi-zone) quotidienne est préconisée pendant 5 min, à vie.

Un contrôle professionnel est indiqué tous les 4 mois les deux premières années, puis tous les 6 mois.

### **4.3.3 Soins conservateurs**

Hors champs d'irradiation, les précautions classiques d'usage sont de mises.

Dans le champ d'irradiation le clinicien préfère une anesthésie loco-régionale plutôt que locale, auquel cas elle se fait sans vasoconstricteur. Il n'est jamais fait usage d'anesthésies intra-ligamentaire, ni intra-septale, ni ostéo-centrale.

Si un risque d'effraction vasculaire est envisagé, il faut prévoir une antibioprophylaxie.

Dans les secteurs postérieurs l'amalgame, ou les CVI Mar seront à favoriser par rapport aux composites d'avantages rétenteurs de plaque. Dans les secteurs antérieurs, le chirurgien-dentiste opte plutôt pour des CVI qui ont une bonne capacité d'adhésion, relarguent de fluor et peuvent permettre une reminéralisation, mais qui nécessitent cependant une réfection fréquente.

### **4.3.4 Endodontie**

Pour se préserver des risques d'ostéoradionécrose, les avulsions dentaires sont à proscrire au maximum. C'est pourquoi la conservation de racines est encouragée (sauf en cas d'infection péri-apicale) et constitue un point d'appui pour une structure prothétique et conserve l'os alvéolaire.

L'endodontie dans le champ d'irradiation se fait sous antibioprophylaxie.

### **4.3.5 Chirurgie**

Toute avulsion dentaire en zone irradiée s'effectue sous antibioprophylaxie et se prolonge par une antibiothérapie jusqu'à cicatrisation (avec sutures étanches) complète de la muqueuse.

La chirurgie parodontale est contre-indiquée.

### **4.3.6 La prothèse amovible/obturateur**

La prothèse fixée n'est pas abordée car la prise en charge est identique à celle du patient sain.

#### ***4.3.6.1 Objectifs***

Les prothèses de réhabilitation doivent assurer :

- le maintien de l'articulé en position correcte
- le rétablissement d'une dimension verticale d'occlusion fonctionnelle
- un soutien labial

- le remplacement des dents manquantes
- la restauration d'une étanchéité palatine : permettant la récupération des fonctions telles que la mastication, la phonation, la déglutition, la fermeture de la communication bucco-pharyngé
- l'aménagement d'un schéma occlusal fonctionnel.

#### ***4.3.6.2 Chronologie***

**Pour la prothèse immédiate**, les pertes de substance maxillaires requièrent la mise en place en per-opératoire d'une prothèse obturatrice immédiate afin de rétablir au plus tôt les fonctions oro-pharyngées.

Portée pendant tout le temps de la cicatrisation, **la prothèse provisoire** sert de guide cicatriciel et assure l'étanchéité des pertes de substance maxillaires. Le remodelage tissulaire impose des adaptations voire des réfections fréquentes.

**La prothèse d'usage** est réalisée lorsque la cicatrisation est acquise et que tous les traitements complémentaires sont terminés. Elle impose au praticien de connaître parfaitement les techniques de réalisation de la prothèse conventionnelle avec leurs indications et limites mais nécessite toujours une adaptation au cas par cas compte tenu des spécificités posées par la perte de substance et sa reconstruction.

#### ***4.3.6.3 Particularités en terrain irradié***

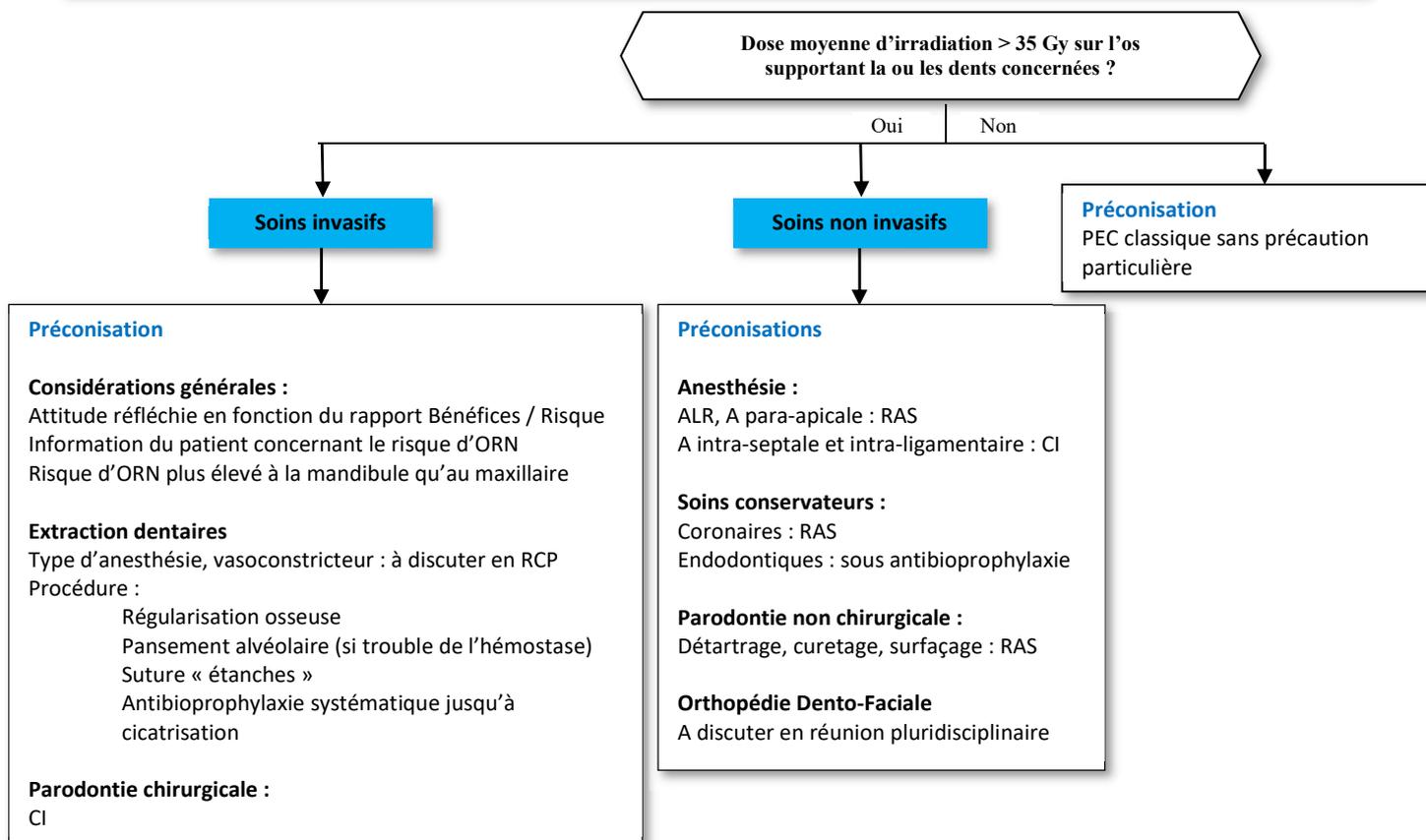
Lors de la confection des prothèses, le chirurgien-dentiste doit faire face à différentes difficultés consécutives au traitement des cancers des VADS, notamment :

- les fibroses entraînant la disparition des vestibules et rendant ainsi la réalisation d'un joint périphérique plus difficile
- une limitation d'ouverture buccale provoquant une dimension verticale sous-évaluée
- une sécheresse buccale majorant un manque de rétention par une absence de film salivaire
- la possibilité d'une communication bucco-pharyngée.

Ainsi il est nécessaire de s'adapter à un nouvel environnement où les conditions ne sont plus optimales.

#### 4.3.6.4 Résumé

### Conduite à tenir en cas de soins buccodentaires après radiothérapie



**Tableau 9 : Soins buccodentaires après radiothérapie (68)**

#### 4.3.7 Implantologie en terrain irradié (71)

L'implantation dentaire sur un os irradié chez un patient traité au préalable pour un cancer de la sphère ORL est controversée. Pour certains, l'irradiation est une contre-indication formelle. Cependant, une méta-analyse portant sur 40 études (72) a révélé un taux de survie de 84,3% pour les implants installés dans le tissu osseux irradié. La méta-analyse indiquait des différences statistiquement significatives ( $P < 0,001$ ) entre les taux de succès des implants placés dans les zones irradiées et ceux des implants placés dans des zones non irradiées. Une surveillance stricte est nécessaire pour prévenir les complications, réduisant ainsi les éventuelles défaillances.

Les patients rapportent une nette amélioration de leur qualité de vie.

Par une bonne communication entre les différentes équipes médicales et par une utilisation prudente et rigoureuse, l'implantologie en cancérologie ORL devient un atout fondamental à la reconstruction orale des patients, les aidant sur le chemin de la guérison.

#### **4.3.8 Apport de la conception et fabrication assistées par ordinateur (CFAO) en PMF (70)**

La CFAO repose sur l'utilisation de l'imagerie médicale tridimensionnelle associée aux techniques du prototypage rapide comme la stéréolithographie. En PMF, l'utilisation de ces technologies est encore restreinte mais en augmentation constante et représente une technologie d'avenir.

La CFAO a pour avantages :

- la suppression de l'étape de l'empreinte avec porte empreinte et matériau à empreinte souvent anxiogène pour le patient
- la disparition du risque d'erreur lié aux matériaux, à l'opérateur et au sujet
- la possibilité de produire un modèle tridimensionnel exactement conforme grâce aux images très précieuses acquises par la tomодensitométrie
- la possibilité de stocker les données numériques permettant d'obtenir à la demande une nouvelle pièce prothétique (en cas de perte)
- la suppression de l'étape de la coulée du modèle, de la fabrication manuelle de la maquette en cire et par la suite de la fabrication manuelle de la prothèse qu'elle soit en métal ou résine là encore source potentielle d'erreurs opérateur-dépendant.

Mais elle présente tout de même certains inconvénients, à noter :

- son coût élevé
- de nombreuses contraintes fonctionnelles au sein de la cavité buccale (forces de mastications, occlusion dentaire, exposition du matériel implanté) limitant l'utilisation de cette technologie.

Chez des patients affaiblis, l'empreinte numérique évite la prise d'empreinte faciale parfois angoissante pour eux, difficile pour le praticien et présentant parfois des risques de fuites de matériaux dans les cavités naturelles mais aussi la compression et la déformation de tissus. Cette technologie permet également la possibilité grâce aux systèmes de sauvegarde de réaliser une nouvelle prothèse à l'identique de la précédente ou de la faire évoluer suivant l'état des tissus.

La difficulté de la limitation d'ouverture buccale rencontrée par le chirurgien lors de la prise en charge prothétique l'amène à orienter son patient vers le kinésithérapeute.

## 5. ROLE DU KINESITHERAPEUTE

### 5.1 Adresser son patient chez le kinésithérapeute

Dans l'idéal, la prise en charge par le kinésithérapeute a lieu avant l'intervention chirurgicale pour aider le patient à prendre conscience de ses capacités mandibulaires et accélérer ainsi sa récupération future. En pratique, elle est plutôt réalisée après le traitement du cancer car l'urgence de la mise en place des thérapeutiques oncologiques et les rendez-vous multiples prévues à cet effet ne laisse pas le temps et la motivation au patient.

Le patient est adressé vers un kinésithérapeute afin de :

- **rétablir les fonctions physiologiques** : mastication principalement, déglutition, élocution et respiration et améliorer les limitations d'ouverture buccale
- **rétablir l'esthétique** : recréer un équilibre musculaire pour rétablir une morphologie ainsi que l'esthétique de la face et du cou puis rétablir l'expression du visage et une mobilité normale des éléments de la face (langue, mandibule ...)

La consultation chez le kinésithérapeute nécessite une prescription médicale. Elle est réalisée sur une ordonnance bi-zone dans la partie haute « Affection exonérante » (prescriptions relatives au traitement de l'affection longue durée reconnue). Le prescripteur doit mentionner sur l'ordonnance l'objectif thérapeutique et la zone concernée ; si le soin doit être effectué au domicile ou au cabinet.

Le nombre de séances est défini après évaluation du kinésithérapeute. L'ordonnance peut également comprendre le diagnostic (nature et origine des douleurs) et les indications ou les contre-indications à certaines techniques.

### 5.2 Diagnostic (73) (74)

La première séance de consultation débute par une anamnèse sur les antécédents généraux et locaux du patient, l'histoire de sa maladie puis un examen clinique exo-buccal et endo-buccal qui établit le bilan initial servant de référence durant le suivi du patient.

En fin de traitement, un bilan final est réalisé et transmis au praticien prescripteur.

En utilisant les données cliniques, Jean-Marie Hebling, kinésithérapeute spécialisé en rééducation maxillo-faciale propose la création d'un diagramme composé de 18 items regroupés en 5 catégories (Fig.9) :

- la **dimension psycho sociale** définie par 4 critères : la douleur, le vécu du handicap, la communication verbale et la communication écrite
- la **fonction respiratoire** définie par 4 critères : l'encombrement, l'expectoration, la dyspnée de repos et la dyspnée d'effort
- les **revêtements cutanés** définis par les 3 critères suivants: l'œdème, la mobilisation de la peau au niveau des fibroses et cicatrices et la mobilisation des muscles peauciers
- la **posture céphalo-cervico-scapulaire** définie par 3 critères : l'équilibre de la tête, la mobilité du rachis cervical et la ceinture scapulaire

- le **carrefour aérodigestif** défini par l'ouverture buccale, la mobilité de la langue, la mastication et la déglutition.

## BILAN CHIRURGIE CERVICO-MAXILLO-FACIALE

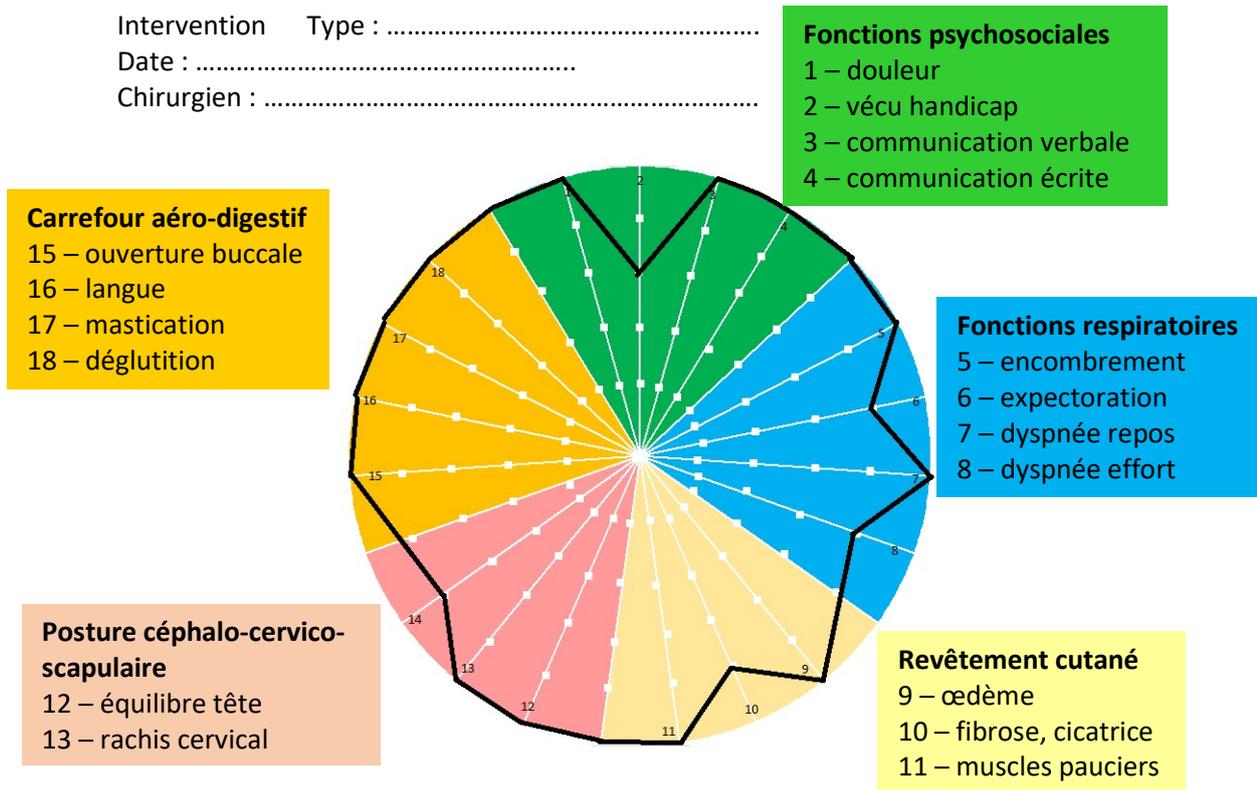
Nom : ..... Date de naissance : .....

Prénom : ..... Date du bilan : .....

Intervention Type : .....

Date : .....

Chirurgien : .....



**Figure 9 : Diagramme diagnostique pour le bilan kinésithérapeutique (74)**

Chaque critère reçoit une note comprise entre zéro et cinq, qui est reporté sur le diagramme. Le zéro est situé au centre du disque, il représente la situation la plus néfaste. Le cinq quant à lui est situé à l'extérieur et est la position la plus favorable. Plus les points sont vers l'extérieur du diagramme et meilleurs sont les conditions du patient.

Ce bilan diagnostique sert dans le suivi, l'évolution et la progression du patient. Il permet de cibler les fonctions demandant une attention particulière. Dès lors, le kinésithérapeute peut ajuster sa thérapeutique en fonction des moyens dont il dispose.

### **5.3 Techniques masso-kinésithérapiques (75)**

Les techniques les plus employées en cas de cancers des VADS sont la mécano-thérapie, le drainage lymphatique manuel, le traitement des brides cicatricielles et la kinésithérapie respiratoire.

### **5.3.1 La mécanothérapie**

#### ***5.3.1.1 Objectifs et indication***

La mécanothérapie est indispensable dans la prise en charge des patients irradiés. Une limitation de l'ouverture buccale, un trouble des ATM ou un déficit musculaire altèrent les fonctions de déglutition, phonation et mastication et retardent la prise en charge dentaire.

Son but est de restaurer la mobilité mandibulaire et linguale ainsi que l'équilibre des muscles de l'expression du visage.

Le kinésithérapeute intervient en association avec l'orthophoniste et le chirurgien-dentiste pour que le patient recouvre une mastication, une déglutition et une phonation les plus proches possibles de l'état antérieur. Pour cela, le kinésithérapeute cherche à assouplir les éléments péri-articulaires rétractés pour retrouver de la force musculaire et une amplitude articulaire.

Il est important d'agir tôt pour éviter la fixation d'une dysfonction. Cependant, après une radiothérapie, il s'agit plutôt de stabiliser et maintenir l'amplitude après les rayons car il est très difficile de retrouver l'amplitude initiale du patient.

#### ***5.3.1.2 Les mobilisations***

Les mobilisations ont pour objectifs de retrouver les amplitudes articulaires et la physiologie musculaire. Elles allongent les muscles rétractés afin de prévenir l'enraidissement ou l'assouplissement de l'articulation temporo-mandibulaire. Les muscles seront alors sollicités et se renforceront.

Nous distinguons les mobilisations actives des mobilisations passives.

##### ***5.3.1.2.1 Les mobilisations passives***

Un mouvement passif mobilise l'articulation sans la participation des muscles moteurs ; c'est ce que l'on appelle force extrinsèque. Il peut être généré soit par le patient (mobilisation auto-passive), soit par le thérapeute, soit par un appareil mobilisateur.

Ces mobilisations passives permettent l'amplitude articulaire en forçant l'articulation à dépasser les limites qu'elle peut atteindre par le simple jeu de la construction musculaire, sans pour autant dépasser les limites physiologiques dans les mouvements d'ouverture, de diduction, de propulsion et de rétropulsion.

En pratique, le kinésithérapeute se positionne postéro-latéralement au patient. Il mobilise la mandibule vers le bas en exerçant une pression avec son index sur la région rétro-incisive inférieure. Son pouce et son majeur prennent appui de part et d'autre des branches horizontales de la mandibule, qu'il abaisse. Un contre-appui est placé sous le menton avec l'annulaire fléchi. C'est la prise mobilisatrice.

Son autre main est placée sur le front, en entourant le crâne du patient avec le bras ; c'est la prise d'immobilisation (Fig.10).



**Figure 10 : Mobilisation passive**

#### *5.3.1.2.2 Les mobilisations actives*

La mobilisation active fait participer les muscles moteurs. Lors de la récupération post-opératoire ou post-radique, le muscle est souvent trop faible pour effectuer le mouvement souhaité ou est parfois victime d'une fibrose. C'est pourquoi dans un premier temps le kinésithérapeute assiste manuellement le patient, puis diminue son aide peu à peu jusqu'à la récupération totale de l'amplitude musculaire ; c'est ce que l'on appelle la mobilisation « activo-passive ». Le patient réalise par la suite une mobilisation active pure par contraction musculaire. Le thérapeute peut aussi appliquer une résistance pour renforcer le travail musculaire : c'est la mobilisation active contrariée.

En pratique, la mobilisation active commence par un échauffement avec la stimulation de différents muscles. Les peauciers de la face et du cou, puis par le triangulaire des lèvres, le carré du menton et enfin par les abaisseurs de la mandibule (le digastrique et les muscles sous-hyoïdiens).

Le patient exerce aussi sa langue en exécutant des protractions ou des claquements ; plus la langue est renforcée, meilleurs seront les résultats des exercices orthophoniques.

#### *5.3.1.2.3 Les mobilisateurs*

Dès lors qu'il est satisfait de la récupération de l'amplitude articulaire, le kinésithérapeute peut aussi mettre en place des dispositifs de mobilisation contrariée appelés mobilisateurs. Le renforcement doit respecter l'équilibre musculaire afin d'obtenir une cinétique mandibulaire idéale. Le praticien doit s'assurer du bon apprentissage de l'utilisation des mobilisateurs par le patient et lui expliquer toutes les consignes adaptées à sa rééducation

(exercices, nombre de séries, intervalles de repos etc.). Un usage mal avisé peut risquer d'aggraver la tension musculaire ou provoquer des défauts de la cinétique mandibulaire.

Citons 3 appareils mobilisateurs autrefois utilisés.

**La « sauterelle » de Benoist-Salaun** est « un appareil mobilisateur à action verticale, destiné à augmenter l'amplitude du mouvement d'ouverture buccale. Elle est utilisée dans les constrictions permanentes des mâchoires. ».

**L'appareil mobilisateur à action verticale et postéro-antérieure de Benoist-Hergott-Leydier (BHL)** est « destiné à faciliter le désenclavement des condyles mandibulaires et assurer la propulsion de la mandibule pendant qu'elle s'abaisse. Cet appareil à action propulsive permet également au patient d'exercer des mouvements actifs de latéralité, qui peuvent être aidés ou contrariés suivant le dispositif des tractions élastiques latérales. ».

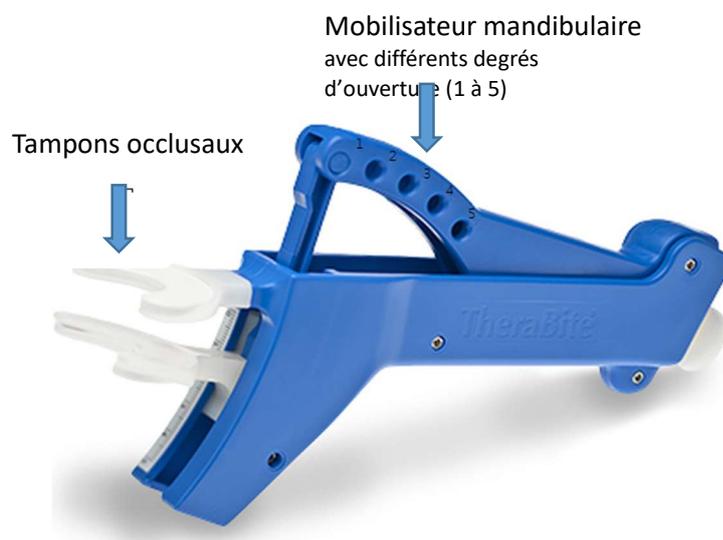
**L'appareil mobilisateur de Dichamp et Psaume-Vandebek** « limite la propulsion excessive et réalise un guidage actif du point inter-incisif inférieur pendant la mobilisation verticale de la mandibule »

Nous citerons également l'appareil **TheraBite®**, qui aujourd'hui, est le système le plus employé. TheraBite® est un système portable de réhabilitation des mouvements de la mandibule composé d'un mobilisateur mandibulaire dont le degré d'ouverture peut être réglé ainsi que la vitesse d'ouverture (Fig.11 et Fig.12).

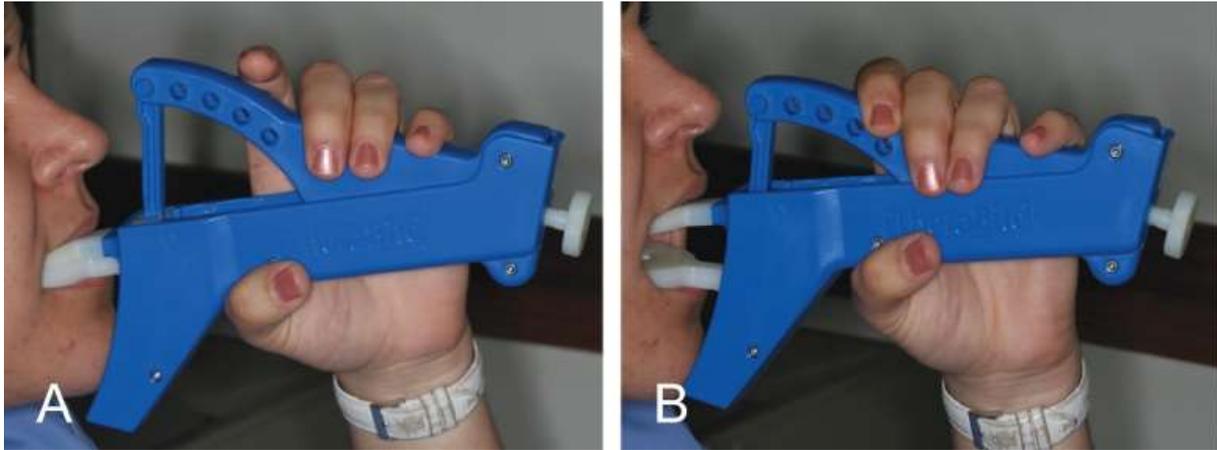
La HAS, par le biais de trois études réalisées sur de petits effectifs et rassemblant au total soixante-quatorze patients, conclut que ces études ont un faible niveau de preuve mais rapportent des résultats convergents pour l'amélioration des limitations d'ouverture buccale d'origine musculaire, notamment secondaires à une radiothérapie oro-faciale. (76) (77)

Le degré d'ouverture varie entre 25 et 44 mm suivant le réglage de 1 à 5 sur le mobilisateur. 1 correspondant à la plus grande valeur d'ouverture et 5 la plus petite.

Le TheraBite® est également composé de tampons occlusaux visant à répartir la force de pression sur toutes les dents. Ce dispositif médical permet d'assurer un mouvement passif de la mâchoire.



**Figure 11 : Dispositif TheraBite® (78)**



**Figure 12 : Utilisation du ThéraBite® (79)**

- A- Le patient place ses arcades dentaires sur les tampons occlusaux.**
- B- Le patient ou le praticien presse le mobilisateur afin d'abaisser la mandibule tout en lui assurant un mouvement passif.**

Cette thérapie nécessite environ 10 minutes d'effort par jour et peut être effectuée par le patient lui-même selon les instructions du kinésithérapeute.

Plus tôt la mobilisation est commencée, plus il est facile pour le patient de réhabiliter cette fonction. Avec les possibilités d'ajustement spéciales de l'appareil et un système de graduation, un contrôle exact de l'intensité de l'exercice et de l'évolution de la thérapie est possible (80).

### **5.3.2 Drainage lymphatique manuel (81)**

#### **5.3.2.1 Définitions**

Parmi les conséquences du traitement chirurgical des cancers des VADS, nous avons cité l'œdème post-opératoire. Avec le temps, il régresse spontanément mais aboutit à une fibrose cicatricielle importante diminuant la mobilité des organes cervicaux et du cou, entraînant un préjudice esthétique et fonctionnel et provoquant des douleurs post-opératoires.

Le drainage lymphatique manuel est une technique de massage doux favorisant une circulation de la lymphe et une purification de l'organisme et éveillant le système immunitaire (par activité macrophagique de la lymphe). Il se réalise avec les doigts et la paume de la main sur la face et le cou. Il joue sur la variation de pression tout en suivant le sens de la circulation lymphatique. Il s'oppose au drainage lymphatique mécanique appelé pressothérapie, qui est abordé dans la prise en charge des lésions cicatricielles.

### 5.3.2.2 Objectifs

Avant de débiter la technique de drainage lymphatique manuel, le kinésithérapeute doit **établir un diagnostic** précis.

Dans un premier temps, il doit localiser l'œdème. Est-il interne ou externe ? Où est-il localisé (joues, région périorbitaire, région sous-mentonnière) ? De quel côté (droit ou gauche) ?

Dans un second temps il établit la classe de l'œdème :

- classe 1 : pas d'œdème mais épaissement du derme palpable
- classe 2 : œdème réductible et fluctuant, souple
- classe 3 : œdème non réductible et persistant, ferme
- classe 4 : fibrose cutanée sans œdème.

Et pour finir il détermine son grade (faible, modéré, sévère).

Le drainage a pour but de **diminuer le volume** du lymphœdème pour en diminuer son impact fonctionnel et esthétique, estomper les symptômes d'inconfort, de pesanteur et d'oppression.

Il permet d'**amoindrir l'inflammation et la fibrose** qui participent à la genèse du lymphœdème et de **stimuler la production de salive**.

Le kinésithérapeute a également pour rôle d'enseigner au patient les techniques **d'automassage** pour accélérer le traitement pour lever le lymphœdème.

Il doit se faire le plus tôt possible après l'acte chirurgical aussitôt que l'œdème survient. Plus il intervient prématurément, moins les symptômes et les incapacités fonctionnelles liés à l'œdème se manifesteront.

### 5.3.2.3 Drainage lymphatique manuel : mise en pratique

Le kinésithérapeute procède par des petits cercles avec les doigts pour créer une pression au niveau des voies d'évacuation du système lymphatique.

Dans un premier temps, il traite le **cou** : il commence par le creux rétro-claviculaire, puis remonte jusqu'à l'insertion mastoïdienne du sterno-cléïdio-mastoïdien (SCM). Il continue sur toute la surface du SCM et poursuit par le drainage de la nuque : du creux rétro-claviculaire jusqu'à la ligne médio-nucale.

Dans un second temps vient le drainage de la **face**. Le kinésithérapeute commence par les ganglions sous-maxillaires, pré-auriculaires et sous mentonniers. Il continue par la commissure des lèvres, la lèvre supérieure, la mandibule et remonte ensuite au niveau pré-auriculaire et enfin de la paupière inférieure jusqu'aux pommettes. Il termine par le drainage du nez, de la pointe vers la racine.

Dans certains cas, le drainage peut se compléter en **intra-buccal** : gencives, langue et voûte du palais.

### 5.3.3 Prise en charge des lésions cicatricielles

#### 5.3.3.1 Les cicatrices pathologiques (82) (83)

**La cicatrisation normale** a lieu en trois phases : une phase de détersion (élimination des tissus nécrotiques), une phase réactionnelle d'inflammation (bourgeoisement) et une phase d'épithélialisation (remodelage et maturation).

Durant la période d'inflammation, il y a une hypertrophie physiologique : la cicatrice jeune est rouge, douloureuse, prurigineuse, surélevée et adhérente au tissu sous-jacent. Cette phase atteint son paroxysme à 2 mois. Puis la cicatrice involuera du 3<sup>ème</sup> mois jusqu'au 12-18<sup>ème</sup> mois pour devenir une cicatrice blanche, fine, souple, indolore, mobile par rapport aux plans sous-jacents.

Les **cicatrices pathologiques** sont victimes d'un retard du processus (plaies chroniques), d'une altération (cicatrices rétractiles) ou d'un excès de cicatrisation (chéloïdes, hypertrophiques).

Les cicatrices hypertrophiques sont des cicatrices dont la phase inflammatoire est trop soutenue et se prolonge au-delà des délais normaux de cicatrisation, produisant du tissu fibreux en excès. Son tableau clinique présente une cicatrice érythémateuse, épaisse, limitée à la zone traumatisée. Contrairement à la cicatrice chéloïde, elles finissent par se stabiliser avec une tendance à la régression spontanée.

Les cicatrices chéloïdes ont une poussée inflammatoire persistante, sans signe d'involution et décalée dans le temps. Ce sont des pseudotumeurs intradermiques fibreuses, riches en collagène, très colorées, en relief, désorganisées et immatures, refoulant les structures avoisinantes. Elles récidivent fréquemment après ablation chirurgicale.

Les cicatrices rétractiles sont des cicatrices dont les fibres sont mal orientées (direction perpendiculaire aux lignes de tension maximale). Souvent elles s'aggravent car le conjonctif sous tension provoque des micro-traumatismes et micro-hémorragies exacerbant la rétraction. Ces cicatrices entravent parfois la fonction ou déforment les structures.

#### 5.3.3.2 Objectifs

Le kinésithérapeute accompagne le patient ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale lourde en tentant de réduire les séquelles invalidantes et inesthétiques dues aux cicatrices. Son but est de « défibroser » la cicatrice et les tissus péri-cicatriciels en limitant la poussée inflammatoire. Les manœuvres kinésithérapeutiques ont pour objectifs d'assouplir les tissus pour améliorer les échanges de la région cicatricielle afin d'éviter une cicatrice disgracieuse pouvant possiblement altérer les fonctions faciales ou buccales.

Cette kinésithérapie doit avoir lieu le plus précocement possible. L'idéal est d'intervenir lors de la période inflammatoire maximale de la cicatrice soit après 2 mois.

### **5.3.3.3 Mise en pratique**

#### *5.3.3.3.1 Le drainage lymphatique manuel*

Comme décrit précédemment, le drainage lymphatique manuel de la face et du cou permet l'écoulement de la lymphe pour limiter la fibrose, d'améliorer la souplesse du conjonctif et de mobiliser le tissu fibreux.

#### *5.3.3.3.2 La vacuothérapie*

Le vacuothérapie fait appel à une ventouse dans laquelle le vide est créé.

Les mobilisations des tissus par la ventouse augmentent les bienfaits des techniques de massages en accroissant la perméabilité capillaire (une hyperhémie est observée). Ces échanges favoriseront la résorption de l'œdème et stimuleront le système immunitaire. Cette technique est indiquée en cancérologie, pour les cicatrices rétractiles et pour lutter contre l'adhérence des cicatrices.

La technique du palper rouler (ou pincer rouler) à la main consiste en un pincement de la peau qui forme alors un pli, assouplissant ainsi les tissus et libérant les adhérences sous cutanées. Les deux techniques ont été finalement associées sous le nom d'endermologie LPG®, reproduisant un palper rouler en aspiration.

#### *5.3.3.3.3 Les douches filiformes*

Cette technique utilise des jets à haute pression qui auront une action mécanique sur les cicatrices (cicatrices traumatiques, cicatrices chéloïdes et cicatrices rétractiles). Les douches filiformes stimulent les tissus en effectuant des micro-massages cutanés punctiformes. De ce fait, elles vont diminuer le prurit et l'hyperesthésie superficielle pour faciliter l'épidermisation, l'éclaircissement de la cicatrice et empêcher son adhérence aux tissus sous-jacents.

En dehors du cabinet, elles se pratiquent également en cure thermale.

#### *5.3.3.3.4 La pressothérapie*

La pressothérapie est l'utilisation d'une compression constante proche de la pression capillaire. Elle a pour but de restreindre l'hyperproduction de fibres de collagène en freinant la circulation sanguine au niveau de la cicatrice.

Elle débute dès que la plaie a cicatrisé. Elle est mise en place par :

- des bandes ou manchons compressifs sur des segments de membres
- des vêtements compressifs réalisés sur mesure
- des plaques de silicone seules portées en discontinu pour de petites zones.

La compression doit se limiter à la seule cicatrice, être simple d'application et non iatrogène.

## 5.3.4 La kinésithérapie respiratoire (84) (85)

### 5.3.4.1 Indications

Les cancers des VADS affectent très souvent le système respiratoire. En plus de la fatigue liée aux traitements qui essouffle le patient, il souffre parfois de toux persistante, de dyspnée, de crachats ou de fausses routes. Le kinésithérapeute intervient dans la gestion et la surveillance de l'encombrement des voies aériennes et bronchiques.

Le kinésithérapeute apporte une attention particulière sur les signes de détresse respiratoire (patient cyanosé) ou sur les troubles de la déglutition qui peuvent provoquer des fausses routes et donc modifier l'état respiratoire du patient. Aussi pourra-t-il adresser son patient vers l'orthophoniste.

Le patient trachéotomisé nécessite une prise en charge adaptée. En effet, la trachéotomie peut entraîner des infections, des traumatismes ou des irritations locales.

### 5.3.4.2 Applications kinésithérapeutiques

**L'aspiration mécanique** est une technique de désencombrements extra-thoraciques qui désobstruent des sécrétions à l'aide d'une sonde d'aspiration et d'un système aspiratif.

La **douche nasale** permet d'éliminer mucus, poussières et bactéries en rinçant les sinus avec du sérum physiologique dans chaque narine.

Le kinésithérapeute intervient aussi sur la mécanique musculaire de la respiration en **renforçant et tonifiant les muscles abdominaux et thoraciques**. De cette façon, l'expectoration du patient est plus efficace et permet d'obtenir une « ventilation diaphragmatique, de grande amplitude » pour diminuer les dyspnées.

Tout comme le kinésithérapeute, l'orthophoniste intervient en coordination avec toute l'équipe soignante pour rétablir les fonctions altérées après certaines chirurgies et après la radiothérapie.

## **6. RÔLE DE L'ORTHOPHONISTE (81) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92)**

### **6.1 Le bilan orthophonique**

Idéalement, le bilan orthophonique a lieu avant l'intervention chirurgicale pour réaliser un bilan préopératoire et informer les patients des résultats attendus et de leurs possibles impacts. En pratique, il n'est le plus souvent effectué qu'en postopératoire car les traitements cancéreux demandent une prise en charge rapide. Cette consultation étudie les répercussions sur les capacités fonctionnelles du patient afin d'anticiper avec lui les axes thérapeutiques à prévoir.

#### **6.1.1 Le bilan de la déglutition**

Nous rappelons que la déglutition est décomposée en quatre temps distincts. Le premier est la préparation à la phase orale pour apporter aux aliments une consistance propice à la déglutition. Vient ensuite le temps oral, le temps pharyngé et le temps œsophagien dont l'orthophoniste réalise le bilan pour établir son diagnostic, mettre en place les traitements nécessaires et apprécier les progrès du patient.

##### ***6.1.1.1 Premier temps oral***

L'orthophoniste établit le bilan de la salivation : le patient présente-t-il une asialie, une stase salivaire, une hypersialorrhée ?

Il étudie également la mastication, dont le trouble peut perturber la déglutition :

- observation de la musculature oro-jugale : diduction, élévation, abaissement, propulsion, pression à la fermeture des mâchoires et des lèvres
- observation de la langue : praxies linguales, rétropulsion, état de la muqueuse, trophicité, déficit musculaire, lésion anatomique, reconstruction
- observation du plancher lingual : tonicité, étude des muscles mylo-hyoïdien et génio-hyoïdien et du ventre antérieur du digastrique.

Enfin, il effectue le bilan de la sensibilité de toutes les zones buccales (lèvres, joues, palais, langue).

##### ***6.1.1.2 Deuxième temps pharyngé***

Il consiste à étudier le voile du palais, les piliers du voile et les parois latérales et postérieures du pharynx :

- observation de la motricité vélaire
- observation de la contraction des piliers du voile
- observation du réflexe nauséux, du réflexe de la déglutition et surtout du réflexe de toux (afin de voir si la toux volontaire est efficace)

- recherche du signe du rideau qui se traduit par une contraction unilatérale de la partie visible du pharynx (cela signifie une paralysie de la moitié du pharynx et du voile par atteinte du nerf glosso-pharyngien)
- recherche d'une paralysie des muscles pharyngés
- recherche d'un œdème muqueux ou d'une stase salivaire
- évaluation du larynx avec les muscles génio-hyoïdien, stylo-hyoïdien et digastrique.

### ***6.1.1.3 Troisième temps œsophagien***

Il n'existe pas de moyen direct pour observer le temps œsophagien, il est donc nécessaire d'utiliser des examens complémentaires telles que la radiocinématographie ou l'endoscopie. En cas de trouble de l'œsophage, une intervention peut s'avérer nécessaire car il n'est pas rééducatif.

Les massages permettent de résorber l'œdème et de décoller les cicatrices chéloïdes profondes en cas de fibrose.

+

### ***6.1.1.4 Essai de déglutition***

L'orthophoniste poursuit son bilan par un essai de déglutition. Le patient se positionne en situation écologique c'est-à-dire la plus proche possible de la position de déglutition naturelle du patient. En cas de trouble avéré, il se place en position de sécurité : tête légèrement fléchie, menton rentré puis il avale un bol alimentaire de consistance fluide mais épais (ex : eau gélifiée) d'une couleur facilement identifiable par rapport aux sécrétions.

Il faut observer les signes de fausses routes et/ou de stases qui se manifestent notamment par une toux, un raclement de gorge, une voix mouillée, des bruits d'encombrement, un reflux nasal, des difficultés respiratoires, une sensation de gêne ou de blocage dans la gorge, la présence de traces du bol alimentaire dans l'éventuelle trachéotomie.

Puis dans les heures suivant l'essai, il faut surveiller l'apparition d'un pic fébrile ou de sécrétions trachéales.

Il faut renouveler ces observations avec d'autres textures si le premier bol passe correctement.

## **6.1.2 Le bilan de la mastication**

Le bilan de la mastication est quasi systématique et se fait très tôt après un traitement pour un cancer des VADS. Très souvent, le patient souffre de défaut d'ouverture buccale (en moyenne l'ouverture buccale est de 45 mm) voir même parfois de blocage. La prise en charge de l'ouverture buccale concerne autant l'orthophoniste que le kinésithérapeute ou le chirurgien-dentiste.

Il commence par un **interrogatoire** pour évaluer la douleur au niveau des muscles masticateurs ou à distance (douleur projetée).

Il se poursuit par une **évaluation morphologique**. Existe-t-il des manifestations faciales ou linguales, une paresthésie à la déglutition, des craquements à l'ouverture de l'articulation temporo-mandibulaire, des troubles dentaires ?

Puis **un bilan analytique** est réalisé en exo-buccal (muscles temporaux, masséters, sus- et sous-hyoïdiens), en endo-buccal (lèvres, joues, langue, voile du palais, oropharynx), puis de l'ATM (ressaut, crépitations, subluxations).

### 6.1.3 Le bilan de la phonation

Il intervient après un cancer touchant la voix (tumeurs du larynx) ou la parole (tumeurs de la cavité buccale et de l'oropharynx). Il est réalisé dès que possible lorsque les fonctions de la respiration puis de la déglutition sont recouvrées (elles sont prioritaires) selon la survenue et la sévérité des symptômes.

Il a pour objectif de déterminer les principales anomalies perceptives gênant le patient dans la production de la parole et de son impact sur ses interactions avec autrui. Il s'agit de faire la part de ce qui est récupérable et des possibilités de compensation verbales et non verbales pour optimiser la communication.

#### 6.1.3.1 L'articulation

L'orthophoniste demande au patient de réaliser l'ensemble des phonèmes isolés et note la qualité de leur réalisation. Ces phonèmes seront proposés en position initiale, intervocalique et finale c'est-à-dire dans le début d'un mot, au milieu ou en fin de mot. La précision articulatoire est prise en compte mais le niveau d'intelligibilité est l'élément principal.

#### 6.1.3.2 La voix

Le timbre de la voix peut aussi être impacté après l'intervention chirurgicale tout comme les cavités de résonance.

Lors d'une exérèse vélaire, la composante de nasonnement et de souffle sur la voix peut être fortement invalidante. La voix est évaluée par la cotation GRBAS de 0 à 3 (91).

- le G "grade" exprime le degré général de dysphonie (0 représente la voix normale, 1 une dysphonie légère, 2 une dysphonie moyenne et 3 une dysphonie sévère)
- le R "roughness" : la raucité de la voix
- le B "breathiness" : le souffle
- le A "asthenicity" l'asthénie
- le S "strength" : le serrage ou forçage.

Les caractéristiques vocales seront enregistrées lors du bilan, afin de permettre la comparaison avant et après rééducation pour en apprécier les progrès et ainsi encourager le patient (93).

### **6.1.3.3 La parole**

Le patient prononce des phrases ou un texte composé d'abord d'éléments courts puis de plus en plus longs. L'orthophoniste peut alors tester la fatigabilité induite par une production phonémique soutenue et noter le nombre de syllabes par minutes.

Il est particulièrement attentif à l'intelligibilité de la parole en production spontanée et en production induite, en prenant en compte le niveau de débit, d'accord pneumo-phonatoire et d'intonation. Les phonèmes de l'accentuation (variation de hauteur, de durée et d'intensité) pourront venir comme une compensation et une aide possible au manque de précision articulaire.

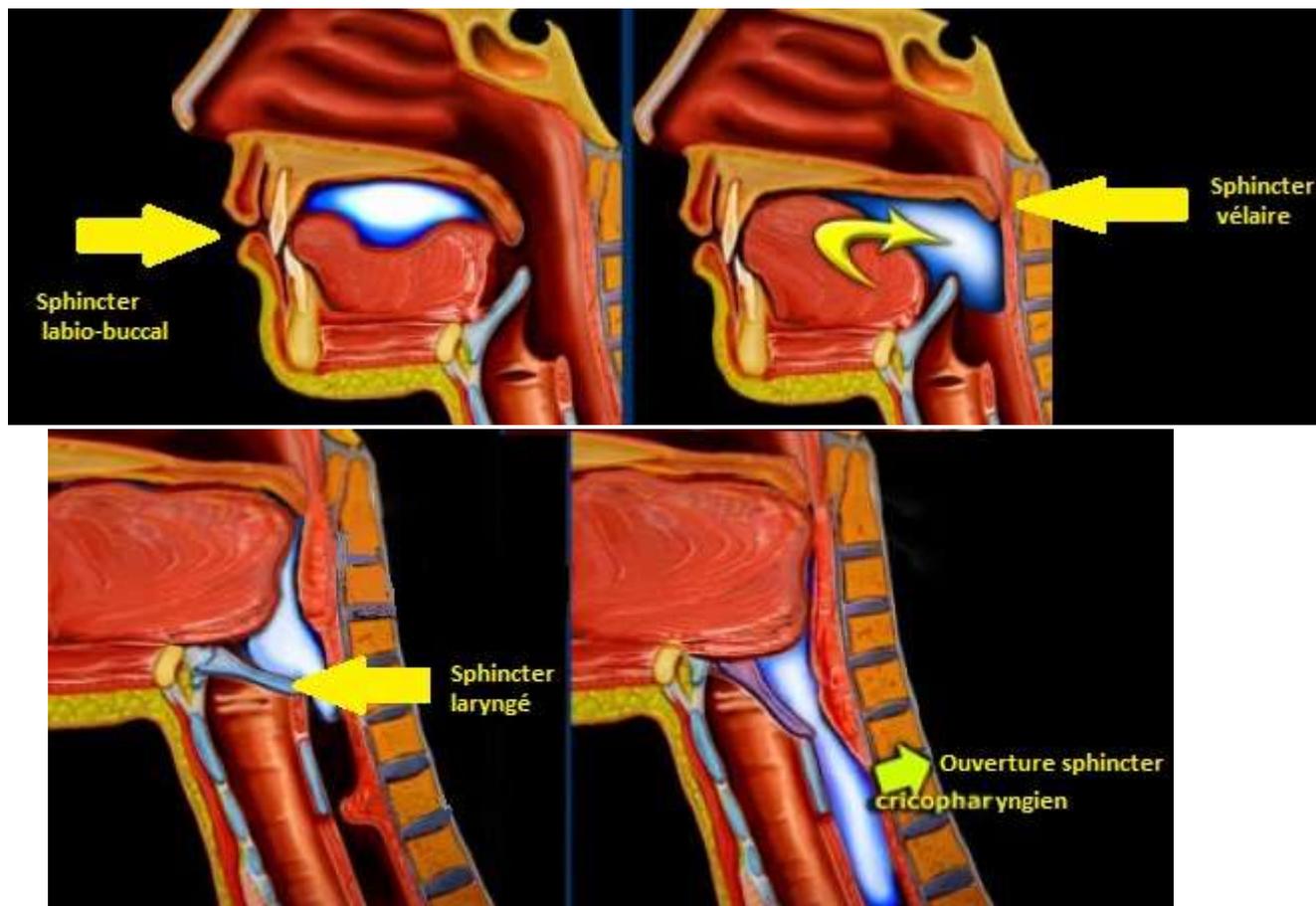
## **6.2 La rééducation orthophonique**

### **6.2.1 Prise en charge de la déglutition**

Pendant les repas, le patient doit adopter une posture de sécurité en positionnant le menton vers le bas, côté opéré (en cas d'atteinte laryngée droite par exemple, le patient pivote la tête à droite ; pour une paralysie pharyngée gauche, il pivote la tête à gauche).

Pour les héli-glossectomies, une posture de facilitation est utilisée. Elle consiste en une bascule légère de la tête en arrière côté sain.

Le patient réalise une manœuvre de déglutition en utilisant au maximum les capacités restantes du larynx. Le patient fait des exercices permettant d'augmenter la mobilité, le tonus et la souplesse des organes participant à la déglutition qui se sont révélés défailants lors du bilan. En première intention, le renforcement des points d'appui sphinctériens de fermeture doit être systématiquement abordé (le sphincter labio-buccal, le sphincter vélaire, le sphincter laryngé) et l'ouverture du sphincter crico-pharyngien doit ensuite être maîtrisée (Fig.13).



**Figure 13 : Sphincters de la déglutition**

La manœuvre la plus connue est la déglutition supra-glottique : « inspirer, bloquer, avaler, tousser » afin d'éviter stases ou fausses routes. Le patient doit savoir expectorer, tousser, racler, cracher pour s'entraîner justement à éjecter les fausses routes ou les stases et mobiliser les structures restantes.

La texture des aliments est plus ou moins modifiée selon l'examen clinique observé. Elle est suivie en étroite collaboration avec le nutritionniste afin de ne pas engendrer une perte de poids. En cas de difficultés de propulsion (temps oral), il faut proposer des mixés lisses ou semi-liquides ou l'ajout de sauces et de corps gras pour faciliter le glissement (aspiration jugale facilitée, moins de stases en bouche).

Si le patient est victime d'un retard de déclenchement du réflexe de déglutition (temps pharyngé), il est conseillé d'épaissir les liquides et/ou de proposer des liquides stimulants qui limitent les risques de fausses routes et aident à la perception et au contrôle du bolus alimentaire tels que des liquides gazeux, aromatisés, frais.

Dans tous les cas, il faut éviter les aliments secs, durs ou collants, privilégier un environnement calme et favoriser la prise de repas avec des ustensiles adaptés (paille, verre bien rempli pour éviter l'extension de tête) avec parfois fractionnement des repas.

Le passage de l'alimentation entérale exclusive à orale exclusive se fait par palier avec accord du médecin et en association avec les nutritionnistes.

## 6.2.2 Prise en charge de la phonation

### 6.2.2.1 Articulation et parole

La réhabilitation de la phonation a pour but de rendre le patient audible, intelligible et compréhensible ou bien de lui proposer des stratégies d'aide à la communication si besoin, pour favoriser sa réinsertion sociale et professionnelle. L'orthophoniste adapte sa prise en charge en fonction de la localisation du cancer et du traitement dont a bénéficié le patient.

Immédiatement après la chirurgie en post-opératoire, le patient a pour recommandation de ralentir son débit et d'exagérer les points d'articulation.

En séance, l'accent est mis sur les phonèmes altérés en les travaillant en répétition, d'abord sur de courtes syllabes puis dans de petites phrases et enfin dans des textes. Un travail sur la mélodie à l'aide de phrases affirmatives ou interrogatives permet d'affiner encore l'intelligibilité, qui peut être appréciée par l'orthophoniste seule ou avec le patient en enregistrant ou filmant celui-ci.

Le timbre nasonné par une rhinolalie ouverte est très fréquent, provoqué par une fuite d'air occasionnée par les exérèses vélaires ou pharyngées. Dès lors, les exercices enseignés par l'orthophoniste seront par exemple :

- de souffler dans une paille dans des textures plus ou moins épaisses (eau, yaourt)
- d'aspirer dans une paille bouchée
- de gonfler les joues
- d'alterner la répétition de phonème oraux/nasaux (a/an/on/é/in)
- de travailler un souffle expiratoire oral fort et dirigé afin d'entraîner la fermeture du voile
- de répéter des paires phonémiques minimales (bateau/bâton; gratté/gratin).

### 6.2.2.2 Réhabilitation vocale

La prise en charge spécifique en cas de laryngectomie totale ne sera pas abordée ici.

**Après radiothérapie des tumeurs laryngées**, le patient présente une altération du timbre et des changements de sa voix très souvent causés par un œdème laryngé responsable de la dysphonie.

La rééducation porte sur :

- le travail de l'adaptation phono-respiratoire
- la stabilité de la sonorisation
- la tenue phonatoire
- la hauteur et ses modulations
- l'intensité vocale
- le timbre vocal
- l'endurance vocale.

**Après chirurgie laryngée partielle en préservant une corde vocale**, la rééducation a pour but :

- d'obtenir une sonorisation sans effort
- de contrôler la stabilité de la sonorisation
- de développer la tenue phonatoire
- d'améliorer le timbre vocal
- de développer les modulations d'intensité vocale
- d'éviter la fatigabilité vocale.

**Après hémi-laryngectomie**, l'objectif est l'obtention d'une sonorisation par la recherche d'une posture cervicale qui favorise cette sonorisation telle que des appuis laryngés pour rapprocher le côté opéré du côté sain ou un travail de fermeture de l'espace glottique.

**Après chirurgie partielle laryngée enlevant les deux cordes vocales**, l'orthophoniste recherche une sonorisation du plan néo-glottique. Cette vibration se fait grâce à la bascule antérieure d'un ou des deux aryténoïdes. Pour permettre la phonation, le travail porte sur :

- l'apprentissage de l'apnée néo-glottique volontaire
- la recherche d'une sonorisation néo-glottique
- la stabilité de la vibration vocale
- la tenue phonatoire.

### **6.2.3 Prise en charge de la mastication**

L'orthophoniste enseigne au patient les exercices de rééducation active appelés praxies. Une praxie est l'ensemble des fonctions de coordination et d'adaptation des mouvements volontaires de base dans le but d'accomplir une tâche donnée.

**Pour les praxies linguales**, le patient pratique l'exercice devant un miroir pour apprécier ses mouvements linguaux (feed-back). En fonction de ses capacités et de ses objectifs, il doit réaliser des mouvements de protraction/rétraction, des clics apico-palataux, un balayage antéro-postérieur du palais avec l'apex ou le dôme de la langue, l'effleurement de différentes zones précises (dents, lèvres, palais) avec l'apex ou "léchage" des dents, des lèvres, du vestibule.

La tonicité est renforcée par des exercices de contre résistance à l'aide d'un abaisse langue, d'une cuillère ou mieux encore, par les doigts gantés de l'orthophoniste (appui vers le bas, le côté, l'arrière, dans la joue). L'orthophoniste peut proposer des exercices de manipulation intrabuccale à l'aide d'une compresse dont il maintient une extrémité à l'extérieur de la cavité buccale. Le patient doit essayer de maintenir la compresse plaquée contre la voûte du palais, de réaliser des manipulations latérales, verticales et antéro-postérieures. Si la compresse est imbibée de liquide, le patient peut initier un mouvement de déglutition.

**Pour les praxies labiales**, il effectue des mouvements classiques de diduction, d'ouverture/fermeture tonique, d'ouverture unilatérale, de gonflement des joues, de gonflement

des lèvres supérieures, puis inférieures puis en alternance, de bruit de baiser, d'appel du chat, de sifflement.

Pour la tonicité, la tenue lèvres fermées d'un ballonnet plus ou moins gonflé, d'un abaisse langue ou l'exagération du temps d'explosion des consonnes bilabiales (p ou b) pourront être proposées.

**Pour les praxies jugales**, le patient réalise des mouvements classiques de gonflement bilatéral des deux joues, de passage de l'air d'une joue à l'autre, d'aspiration bilatérale des joues permettant de travailler efficacement la mobilité jugale.

Pour la tonicité, des exercices de contre-résistance par interposition d'un doigt entre la joue et les dents s'avèrent efficaces. Ils peuvent se poursuivre par un étirement latéral contre-carré par la résistance jugale.

**Pour les praxies vélaires**, le patient prononce des alternances de voyelles orales/nasales, de souffle nasal/buccal. La répétition de voyelles orales piquées est un bon moyen d'en exercer la mobilité.

Quant à la tonicité, il propose un travail de souffle et/ou d'aspiration à la paille de différentes textures (du liquide au pâteux), la tenue de voyelles orales et de consonnes fricatives ou le gonflement d'un ballon.

La récupération des fonctions chez le patient est un moment clé regroupant toute l'équipe soignante. L'orthophoniste porte son travail sur la mobilisation des muscles masticateurs en parallèle avec le kinésithérapeute.

En tentant de rétablir une déglutition la plus physiologique possible, l'orthophoniste améliore le travail effectué par le nutritionniste et inversement. Ainsi, tout comme le psychologue, l'orthophoniste et le nutritionniste accompagneront le patient dans une démarche de reconstruction de son image corporelle.

## **7. ROLE DU NUTRITIONNISTE**

### **7.1 Les enjeux de la nutrition (94) (95) (96)**

La prise en charge nutritionnelle en cancérologie repose sur l'impact de l'alimentation sur les traitements, sur un soutien nutritionnel, sur la prise d'aliments «thérapeutiques» et sur l'équilibre alimentaire pour prévenir les récives (94).

Son but est de maintenir un poids de santé pour parer aux déséquilibres alimentaires. En effet, les besoins énergétiques sont accrus et les apports diminués par la pathologie, les investigations et les traitements. Le cancer peut modifier le métabolisme et/ou être source de douleur, de stress et d'angoisses qui coupent l'appétit. La prévalence de la dénutrition varie entre 30 et 80% selon le type de cancer, selon le patient et selon les outils de mesure. Elle est considérée à tort comme faisant partie de l'évolution de la maladie. Elle génère des coûts de prise en charge thérapeutique élevés et parfois une augmentation du séjour hospitalier diminuant la qualité de vie sociale et environnementale du patient (96).

Le diagnostic de cancer nécessite une évaluation initiale de la situation oncologique et non-oncologique du patient dans son environnement. L'évaluation du risque nutritionnel permet d'établir un bilan global afin de déterminer les stratégies thérapeutiques les plus adaptées. Grâce à des réévaluations régulières, le nutritionniste modifie le comportement thérapeutique de son patient et restera à l'écoute de ses besoins ou de ses peurs en fonction de l'avancement de son traitement.

Ainsi, les nutritionnistes, par leurs conseils et leur soutien sont là pour protéger l'état nutritionnel du patient en optimisant la réponse et la tolérance aux traitements oncologiques tout en prévenant la détérioration des fonctions mentale et physique.

Restaurer un bon état nutritionnel permet de diminuer les complications engendrées par la maladie dans le but de promouvoir la guérison et de diminuer la durée de convalescence.

### **7.2 Cancer et traitements : dénutrition et conséquences sur l'alimentation (95)**

Au-delà de la maladie elle-même, ce sont les traitements qui, le plus souvent, peuvent être un obstacle au fonctionnement normal du système digestif. Les nombreux effets secondaires provoqués par la radiothérapie, la chimiothérapie et la chirurgie modifient la sphère oro-faciale et digestive à plus ou moins long terme entraînant des variations de poids importantes.

La dénutrition favorise une perte de poids, une diminution de la masse musculaire et/ou grasse, une susceptibilité accrue aux infections opportunistes et aggrave la toxicité de la radiochimiothérapie (ex : anémie, agranulocytose pour la chimiothérapie). In fine, la dénutrition peut jouer un rôle négatif sur le pronostic du patient.

Les effets secondaires impactant l'alimentation sont nombreux chez les patients atteints d'un cancer des VADS et ce quel que soit le traitement réalisé.

La **chimiothérapie** provoque une altération des muqueuses buccales et digestives telle que mucites, stomatites, œsophagites et dysgueusies. Ces dernières entraînent des douleurs lors de la prise alimentaire et une baisse ou perte d'appétit. La digestion n'est pas épargnée car les diarrhées, les constipations ou les vomissements sont fréquents, entraînant parfois une déshydratation chez des patients déjà affaiblis.

Concernant la **radiothérapie**, 90% des patients recevant une irradiation de la sphère ORL, de l'œsophage ou des bronches présentent une dénutrition causée par une dysphagie, une dysgueusie et/ou une dysosmie. La xérostomie endommage la formation du bol alimentaire et la déglutition.

En plus de la fatigue provoquée par des thérapeutiques déjà lourdes, la réduction des apports alimentaires accroît cet épuisement et entraîne des désordres métaboliques importants (parfois déjà présent chez les patients éthyliques notamment). Les patients n'auront plus la force de pratiquer une activité physique.

### 7.3 Prise en charge par le nutritionniste (97) (98)

Le nutritionniste a pour rôle d'accompagner le patient avant, pendant et après le traitement pour lui donner les moyens de lui fournir l'énergie dont il a besoin pour combattre la maladie et mieux supporter les effets secondaires. Il est présent pour améliorer la qualité de vie du patient qui a perdu l'appétit, en lui apportant des conseils et astuces pour rendre les repas plus agréables et savoureux.

L'alimentation **per os** est toujours privilégiée, car elle est plus agréable, physiologique et permet de préserver les fonctions du tube digestif. La Société Canadienne du Cancer rapporte les conseils exposés ci-dessous à fournir à notre patient pour le maintien d'un poids santé idéal. Pour accroître sa consommation alimentaire, il est recommandé de prendre plus souvent de plus petits repas tout au cours de la journée, de manger ses aliments préférés peu importe l'heure de la journée, de prendre son plus gros repas lorsque la faim est la plus importante, boire des liquides entre les repas plutôt qu'aux repas (aide à combattre la xérostomie et à lutter contre la déshydratation due aux vomissements ou aux diarrhées) ou encore faire des exercices légers avant les repas afin d'accroître son appétit. Il convient d'éviter les aliments acides, les mets épicés et pimentés qui peuvent exacerber les mucites.

Pour ajouter des protéines à son régime alimentaire, le patient peut compléter ses repas par du fromage râpé ou fondu, de la crème, du lait en poudre, du yaourt, des œufs, des noix, des graines, du beurre d'arachide ou d'amande et encore utiliser du lait plutôt que de l'eau pour la cuisson de certains aliments.

Pour ajouter des calories à son régime alimentaire, il peut enrichir ses repas avec du lait entier, de la crème, du beurre fondu, de la mayonnaise, de la confiture, du sirop ou du miel, des fruits séchés, des noix et des graines.

En cas d'échec de l'alimentation enrichie et fractionnée ou lors de dénutrition grave, le recours à une nutrition artificielle s'impose. Des **compléments nutritionnels** peuvent être prescrits par

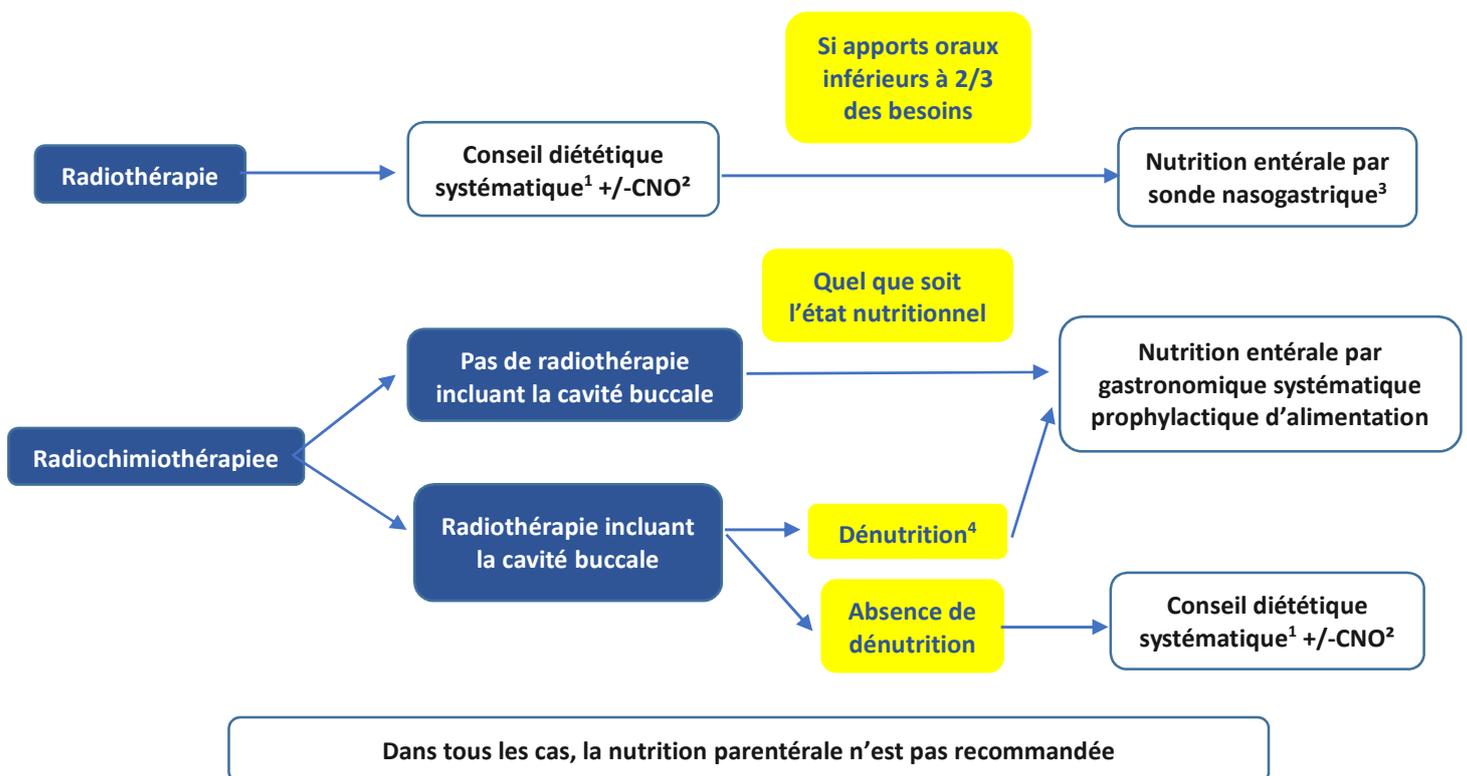
un médecin. Les suppléments nutritifs oraux se présentent sous forme de boissons en emballages de 150 à 300 ml, contenant des calories, des protéines, des vitamines et des minéraux.

Cependant, les compléments alimentaires peuvent diminuer l'efficacité des traitements (par exemple des antioxydants en radiothérapie) et sont parfois contre-indiqués en phase de traitement actif, c'est pourquoi l'avis d'un professionnel de santé est toujours requis.

Lorsque l'alimentation orale supplémentée demeure impossible ou insuffisante et que le tube digestif fonctionne, la technique choisie est la **nutrition entérale** par sonde naso-gastrique, car elle est plus physiologique, moins invasive et risquée (infection) que la nutrition parentérale.

La nutrition **parentérale** doit être réservée aux contre-indications, impossibilités ou échecs de la nutrition entérale.

Enfin, le nutritionniste doit être présent pour répondre à toutes les questions que se pose le patient. Les idées reçues sont nombreuses et peuvent se révéler dangereuses et avoir une influence sur les traitements (notamment sur la chimiothérapie). Il joue également un rôle important sur la dimension psychologique du patient : la dénutrition entraîne des modifications corporelles parfois dures à accepter et une approche différente du corps (Tab.10).



1 Le conseil diététique (ou nutritionnel) personnalisé est réalisé par un expert en nutrition tout au long du traitement

2 CNO : Compléments Nutritionnels Oraux (hors pharmaco-nutrition)

3 Sonde nasogastrique : utiliser des sondes de charrière de 10 french ou moins en silicone ou polyuréthane

4 Perte de poids ≥ 5% : indice de masse corporelle < 18,5 ou < 21 pour personnes âgées de 70 ans ou plus.

**Tableau 10 : Prise en charge nutritionnelle après un cancer des VADS (99)**

Le nutritionniste a un rôle dans l'acceptation du nouveau schéma corporel du patient en perte de poids. Dans le même esprit, l'épithésiste et la socio-esthéticienne apporteront au patient leur soutien pour retrouver son identité.

## **8. APPORTS ESTHETIQUES**

### **8.1 Epithèse**

#### **8.1.1 Généralités (100)**

##### ***8.1.1.1 Définition***

L'épithèse faciale est une prothèse faciale externe, réalisée sur mesure, généralement en silicone et dont l'objectif consiste à reproduire scrupuleusement les reliefs faciaux après une perte de substance.

Elle comble des structures complexes et « entières » (une unité anatomique telle qu'une oreille, un nez ou des orbites) ou une partie plus étendue de la face.

Nous les classerons en 4 grandes catégories :

- **les épithèses du pavillon auriculaire** remplacent une oreille
- **les épithèses orbitaires** remplacent l'œil et l'orbite oculaire. En France, elles sont appelées épithèses orbito-palpébrales ou épithèses palpébro-orbitaires comprenant les paupières, la prothèse oculaire, les cils et les sourcils (réalisées en collaboration avec un ophtalmologiste)
- **les épithèses de pyramide nasale** remplacent le nez entièrement ou en partie
- **les épithèses héli-faciales ou médio-faciales** sont utilisées pour des défauts d'une partie étendue du visage.

##### ***8.1.1.2 Composition de la prothèse (101) (102)***

Une épithèse faciale est une structure le plus souvent en silicone souple biocompatible, teintée dans la masse, réalisée sur mesure à partir de la prise d'empreintes, de modèles et d'essais sur le patient, de photos, puis de moulages. D'autres examens tels que l'imagerie numérique peuvent venir compléter la confection de l'épithèse.

Le principal matériau utilisé est l'élastomère de silicone RTV (Room Temperature Vulcanisation) CAF (colle à froid).

Dans d'autres cas, les résines acryliques souples ou les chlorures de polyvinyle peuvent être une alternative au silicone.

#### **8.1.2. Moyens de fixation**

Il existe trois techniques de fixation pour maintenir la prothèse sur le site anatomique.

- épithèse collée : fixation directement sur la peau grâce à une colle biologique ou un patch de silicone

- épithèse fixée sur les lunettes : fabrication d'une épithèse solidaire d'une paire de lunettes
- épithèse à ancrage osseux : ancrage osseux du type implants dentaires courts extra-oraux ou barre juxta-osseuse sur lesquels est fixée la prothèse.

### **8.1.3 Mise en œuvre (103) (104)**

#### ***8.1.3.1 Condition de prise en charge***

La prise en charge initiale des épithèses faciales est soumise à une prescription rédigée par un spécialiste qu'il soit ophtalmologiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue, chirurgien plastique ou ORL.

La rédaction de cette ordonnance doit être détaillée et indépendante (elle ne doit pas comprendre de prescription médicamenteuse sur la même feuille) et concerne également la prise en charge des renouvellements.

Dans tous les cas, la prise en charge est subordonnée à la procédure d'entente préalable conforme à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale sur devis détaillé. La prise en charge est accordée dans la limite d'une attribution tous les deux ans (altération aux ultraviolets, échanges chimiques de l'acidité de la peau avec le silicone, encrassement de l'épithèse malgré une hygiène correcte, risque d'infections). La prise en charge peut être accordée en cas de renouvellement anticipé, sur demande motivée du médecin prescripteur.

#### ***8.1.3.2 Consultation initiale et d'évaluation***

Lorsqu'il est adressé par un spécialiste, le patient est reçu dans un Centre d'Epithèses Faciales pour une première consultation afin de réaliser une évaluation individuelle. Elle porte dans premier temps sur les attentes et besoins du patient en fonction de son affection, puis dans un second temps sur les possibilités de réhabilitation prothétique (contre-indication, moyens de fixation, nombre de rendez-vous pour la réalisation, prise en charge par l'Assurance Maladie).

#### ***8.1.3.3 Prise d'empreinte***

La prise d'empreinte doit être réalisée en position debout (position fonctionnelle) ou semi-allongée (position de repos : meilleure adaptation au visage).

Pour les grandes surfaces, l'épithésiste utilise l'alginat à prise lente et du silicone pour les petites surfaces. Les empreintes seront soit partielles soit totales en fonction de la situation clinique.

Les zones poilues comme les cils et les sourcils seront vaselinés et les contre-dépouilles seront comblées avec des compresses vaselinées pour éviter le déchirement du matériau à empreinte. L'épithésiste applique en couche mince l'alginat (pour plus de précision et moins de déformation) en prenant soin d'incorporer des compresses entre chaque couche afin de rigidifier

le tout. Après obtention d'une épaisseur d'un centimètre, il effectue la coulée du modèle en plâtre.

#### ***8.1.3.4 Sculpture de la maquette***

Il confectionne sa maquette à l'aide de cire permettant une mise en moufle directe (Fig.14a) La teinte de la cire doit être la plus proche possible de celle du plâtre afin d'apprécier les volumes.

Il dispose de deux méthodes :

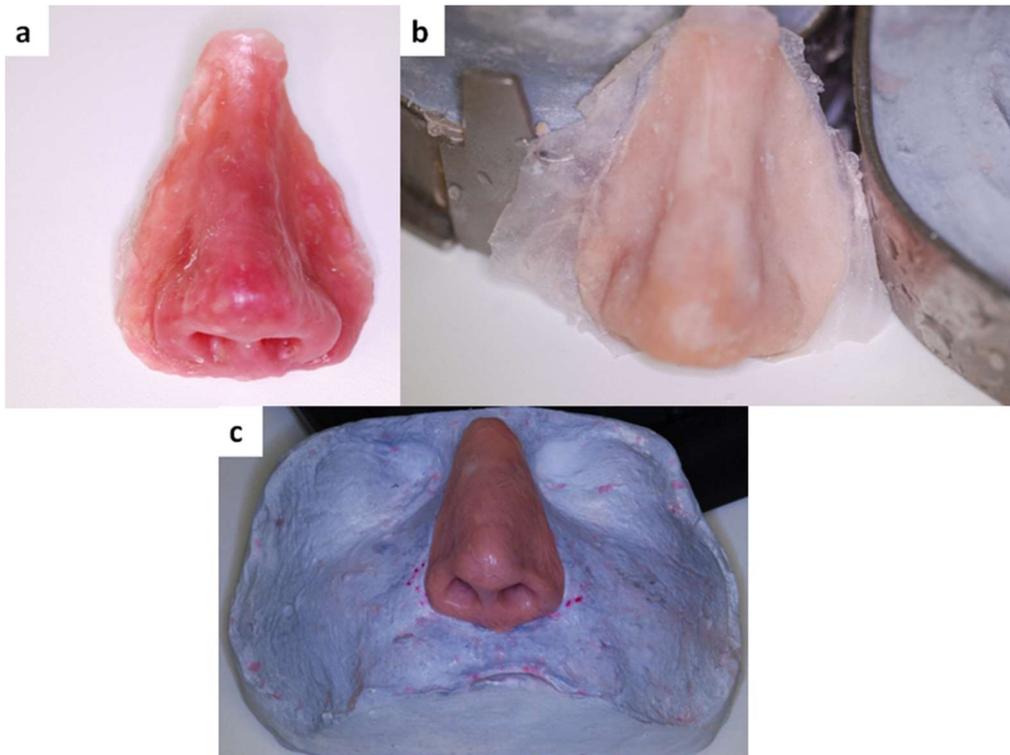
- méthode directe : il façonne la sculpture par apport successif de cire en s'appuyant sur d'anciennes photographies
- méthode indirecte : il s'aide d'un donneur ayant des caractéristiques physiques proche de celles du patient.

Cette étape requiert un très grand sens artistique et des compétences techniques remarquables car la sculpture de la maquette se doit d'être la plus fidèle possible pour s'harmoniser avec le reste du visage.

#### ***8.1.3.5 Mélange des teintes***

La fidélité de l'épithèse est liée pour grande partie au choix de la coloration de la prothèse. Elle doit se confondre avec la teinte de la peau du patient, mais elle doit aussi en reproduire les particularités, les imperfections et les irrégularités. Aucun détail ou particularité ne doivent manquer : tâches vasculaires, naevi, pigmentations, varicosités etc. nécessitant un véritable sens artistique.

Le prothésiste choisit dans un premier temps le maquillage de base qui se doit de reproduire le teint le plus clair de la peau du patient. La base du catalyseur est garnie de pigments minéraux dans lequel est rajouté le catalyseur. Le tout est pétri sous vide et coulé dans un moule (Fig.14b). Ensuite, l'épithésiste réalise le maquillage de surface après validation et essayage clinique de la prothèse de base (Fig.14c). En présence du patient, il imite le plus consciencieusement possible les tissus par comparaison avec le côté sain ou par évaluation avec les tissus avoisinants.



**Figure 14 : Etapes de la réalisation d'une épithèse de pyramide nasale (104)**

#### *8.1.3.6 Adaptations et finitions*

Pour finir et pour un meilleur résultat esthétique, l'épithèse est complétée par la pilosité faciale et est rendue plus mate. L'épithésiste pulvérise sur la dernière couche une faible quantité de polymère de résine acrylique transparente (Fig.15).



**Figure 15 : Epithèse de pyramide nasale : avant et après confection (104)**

## **8.2 Socio-esthéticienne**

### **8.2.1 Son rôle (105) (106) (107)**

La socio-esthétique est « la pratique professionnelle de soins esthétiques auprès de populations souffrantes et fragilisées par une atteinte à leur intégrité physique (maladie, accident, vieillesse...), psychique, ou en détresse sociale (chômage, détention...) ».

Les professionnels de l'aide médicale et sociale certifient l'importance et le crédit des soins socio-esthétiques qui complètent la prise en charge interdisciplinaire. Entre investigation diagnostique, chirurgie et traitements oncologiques lourds, le patient est fragilisé tant sur le plan physique que moral. La socio-esthéticienne l'aide à maintenir son identité et retrouver l'estime de soi par des conseils beauté, des soins de détente et de confort et en lui apportant une écoute attentive et bienveillante.

Son rôle est de :

- déterminer les besoins en soins esthétiques des personnes en fonction des préconisations du corps médical et les mettre en œuvre
- animer des ateliers variés (conseils pour la prévention du vieillissement, travail sur la mobilité des mains et des bras...)
- organiser des activités de groupes afin d'aider les patients à ne pas sombrer dans l'exclusion sociale
- communiquer avec les patients pour leur prodiguer de judicieux conseils.

L'un des objectifs de la socio-esthéticienne est de retrouver ou préserver au maximum l'intégrité de l'image corporelle du patient et de l'estime de soi, en particulier chez la femme. Elle aide la patiente à « oublier » la maladie. Les soins d'esthétique et de détente offrent au patient un bien-être malgré leur hospitalisation. La socio-esthéticienne apporte également un soutien psychologique non médicalisé très fort auprès de ces patientes et représente un lien avec le monde extérieur. Ces soins sont synonymes de calme et de sérénité.

La socio-esthéticienne aide les patients à revaloriser leur physique, à prendre soin d'elles, à ré-appivoiser leur corps. Il est primordial de plaire aux autres, mais par-dessus tout de se plaire à soi-même dans les moments de vulnérabilité. En effet, les effets secondaires dont elles sont victimes entraînent des sécheresses cutanées, des hypersensibilités, des pertes de cheveux, de sourcils et de cils. A travers le maquillage, les patientes retrouvent leur identité féminine parfois perdue et leur confiance en elles.

### **8.2.2 Ses moyens (39) (108)**

Au-delà d'une compétence dans l'univers de l'esthétique-cosmétique, la socio-esthéticienne dispose d'une formation complémentaire médico-sociale. Habituellement, elle exerce à l'hôpital, en clinique, en maison de retraite ou dans des établissements spécialisés (notamment en cancérologie) sous forme de consultation ou d'ateliers.

Elle apporte ses conseils beauté au cas par cas selon le traitement dont a bénéficié la patiente.

### 8.2.2.1 Concernant la peau

#### 8.2.2.1.1 Après une chimiothérapie

En fonction du type de peau (fin ou épais) ou de sa carnation (clair ou mat) et surtout de la puissance des traitements de chimiothérapie, la sensibilité et le dessèchement seront plus ou moins marqués. Dans les mois suivant l'arrêt du traitement, la plupart des effets secondaires s'estompent peu à peu.

Le nettoyage régulier de la peau permet de la protéger des impuretés, de la pollution et renforce ainsi la barrière cutanée. L'hydratation de la peau permet de préserver un confort et un bien-être corporel. Les professionnels en socio-esthétique recommandent la mise en place de l'hydratation de la peau à l'aide de soins nourrissants, en exerçant des mouvements circulaires sur la partie à traiter. Plus de précisions sont apportées par les tableaux 11 et 12.

Chimiothérapie : les conseils pour le visage, le cou, le décolleté						
Etapas du soin	Produits utilisés	Technique d'application	Fréquences d'application			
			Avant traitement	Pendant traitement	Après traitement	
Soins généraux	<b>Nettoyage/ Démaquillage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- savon dermatologique</li> <li>- gel nettoyant</li> <li>- huile nettoyante</li> <li>- lait démaquillant</li> <li>- lotion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- appliquer le produit choisi en mouvements circulaires</li> <li>- rincer à l'eau claire</li> <li>- passer un coton imbibé de lotion</li> <li>- essuyer avec un mouchoir en papier</li> </ul>	2 fois par jour	2 fois par jour	2 fois par jour
	<b>Hydratation quotidienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pour peau sèche et sensible. adapter selon le type de peau initiale : (lait, crème, cold crème, cérat/cire)</li> <li>- demander conseil à la socio-esthéticienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prendre une noisette de crème et l'appliquer du centre du visage vers l'extérieur + cou et décolleté</li> </ul>	2 fois par jour	2 fois par jour	2 fois par jour
Soins spécifiques	<b>Exfoliant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gommage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- masser en mouvements circulaires sur peau humide (éviter yeux) et rincer à l'eau claire</li> </ul>	2 fois par mois	1 fois par mois (maxi)	1 à 2 fois par mois
	<b>Hydratation intense</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- masque hydratant peau sensible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- appliquer en couche épaisse, laisser pauser 20 min, rincer à l'eau claire</li> </ul>	1 à 2 fois par mois	1 fois par semaine	2 fois par mois
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- sérum et huile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- appliquer sur tout le visage en massant +++</li> </ul>	1 fois par jour	1 fois par jour	1 fois par jour
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- contour des yeux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- appliquer de l'intérieur vers l'extérieur de la paupière</li> </ul>	1 fois par jour	1 fois par jour	1 fois par jour
<ul style="list-style-type: none"> <li>- soins spécifiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soins réalisés par la socio-esthéticienne</li> </ul>	1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	1 fois par mois		

**Tableau 11 : Soins socio-esthétiques après chimiothérapie pour le visage, le cou et le décolleté**

Chimiothérapie : les conseils pour le corps						
Etapes du soin	Produits utilisés	Technique d'application	Fréquences d'application			
			Avant traitement	Pendant traitement	Après traitement	
Soins généraux	<b>Nettoyage</b>	- savon dermatologique - gel nettoyant - huile nettoyante	- appliquer le produit choisi en mouvements circulaires sur peau humide - rincer à l'eau claire - essuyer par tapotement avec un linge doux	2 fois par jour	2 fois par jour	2 fois par jour
	<b>Hydratation quotidienne</b>	- crème, lait corporel, baume corporel, huile corporel	- appliquer sur tout le corps (sauf le visage) en massant ++ en direction du cœur	2 fois par jour	2 fois par jour	2 fois par jour
Soins spécifiques	<b>Exfoliant</b>	- gommage	- masser en mouvements circulaire sur peau humide (éviter la zone récemment opérées, la poitrine et les parties intimes) puis rincer à l'eau claire	2 fois par mois	1 fois par mois (maxi)	1 à 2 fois par mois
	<b>Hydratation intense</b>	- crème + huile corporel	- mélanger dose pour dose la crème corporelle et l'huile corporelle		1 fois par jour	
- enveloppement corporel		- soin réalisé par la socio-esthéticienne				

**Tableau 12 : Soins socio-esthétiques après chimiothérapie pour le corps**

#### 8.2.2.1.2 Traitement par radiothérapie

En prévention, il est judicieux d'anticiper ces effets secondaires 15 jours avant le début des rayons en appliquant les conseils donnés par la socio-esthéticienne.

La radiothérapie génère des sensations de brûlures invalidantes pour le patient qui doit alors tout mettre en œuvre pour prendre soin de sa peau et l'hydrater. L'automassage est favorisé afin de restaurer la souplesse de la peau pendant les traitements ionisants. Il est donc suggéré de :

- ne rien appliquer sur la zone traitée avant la séance de rayons
- avoir une peau parfaitement propre, sèche et dépourvue de toute substance grasseuse
- porter des vêtements amples, en coton ou en lin
- ne pas appliquer de déodorant et de parfum à proximité des zones traitées.

Après le traitement, l'hydratation doit être poursuivie au maximum comme le spécifie le tableau 13.

Radiothérapie : les conseils pour le visage et le corps				
Etapes du soin	Produits utilisés	Technique d'application	Fréquences d'application	
Soins généraux	<b>Nettoyage</b>	<b>visage et corps :</b> - gel nettoyant - huile nettoyante - savon dermatologique <b>visage :</b> - lait démaquillant - lotion	- appliquer le produit choisi en mouvements circulaires sur peau humide - rincer à l'eau claire - essuyer par tapotement avec un linge doux	2 fois par jour
	<b>Hydratation quotidienne</b>	<b>visage :</b> - crème selon type de peau initial : crème, lait, cold-crème, cerat/cire <b>corps :</b> - crème, lait corporel, huile corporel, baume corporel	- appliquer le produit en massant - privilégier la zone traitée	2 fois par jour
Soins spécifiques	<b>Préparation de la peau sur la future zone traitée</b>	- crème + huile corporelle	- mélanger dose pour dose l'huile corporelle et la crème corporelle puis masser la future zone traitée en mouvements circulaires	- 1 fois par jour
	<b>Hydratation intense pendant la durée du traitement</b>	- crème + huile corporelle	- mélanger dose pour dose l'huile corporelle et la crème corporelle et masser quotidiennement la zone traitée	- 2 à 3 fois par jour, attention ne pas appliquer avant les séances de radiothérapie
	<b>Hydratation post-rayons</b>	- crème, huile corporelle, baume corporelle, lait corporel	- appliquer le produit en massant, insister sur la zone traitée	- 1 fois par jour pendant 3 semaine après la fin du traitement
	<b>Hydratation bien-être</b>	- soins spécifiques	- soin réalisé par la socio-esthéticienne	- 1 fois par semaine pendant les traitements puis 1 fois par mois

**Tableau 13 : Soins socio-esthétiques après radiothérapie**

Certains soins du visage et du corps sont à proscrire pendant les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie comme les masques à l'argile, les huiles essentielles, le savon de Marseille, les peelings, le savon noir, les rasoirs et l'après-rasage, les cosmétiques avec alcool, les parfums, les UV, le laser, les saunas ou hammams ou encore l'exposition au soleil sur la zone traitée.

### **8.2.2.2 Concernant la pilosité**

Les produits de chimiothérapie tout comme la radiothérapie s'attaquent au bulbe des poils, occasionnant une dégradation du système pileux (poils, duvet, cheveux).

Concernant la **perte** des cheveux, les signes précurseurs à la perte sont des démangeaisons et/ou picotements du cuir chevelu qui devient plus sensible et douloureux ; ainsi qu'un cheveu affaibli et mou. La perte proprement dite commence 2 à 3 semaines après le début du traitement et demande l'aide d'un prothésiste capillaire professionnel.

Concernant la **repousse** des cils et sourcils, une repousse anarchique, drue, clairsemée, avec une modification de la texture (mous ou raides) est observée durant quelques mois, avant de reprendre son aspect initial. La teinture des cils et sourcils n'est indiquée que 6 mois après la chimiothérapie. Pour les cheveux, la repousse débute de 3 semaines à 3 mois après la fin du traitement de manière anarchique, drue, clairsemée avec modification de la texture et parfois de la couleur (cheveux ressemblant aux cheveux de bébé, texture duvet, cheveux affaiblis, mous, raides, frisés...). Il arrive que les cheveux qui repoussent bouclés au début ne le restent pas. Chez certaines femmes cependant, le changement peut être définitif. Il faut parfois attendre 12 mois pour que les cheveux retrouvent leur aspect « d'avant ».

Concernant les **soins** à prodiguer, ils sont énoncés dans les tableaux 14 et 15.

<b>Soins des poils, cils, sourcils</b>		
	<b>Avant et pendant traitement</b>	<b>Après traitement</b>
<b>Les sourcils</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- masser les sourcils avec une huile hydratante afin de stimuler la circulation sanguine et hydrater la peau pour limiter la chute</li> <li>- s'entraîner à dessiner le sourcil au crayon ou au pochoir pour s'appropriier le geste</li> <li>- possibilité de rendez médical et/ou avec la socio-esthéticienne afin d'obtenir un avis personnalisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- application d'huile de ricin au coton tige permet de favoriser la repousse du poil</li> </ul>
<b>Les cils</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- utiliser un démaquillant doux, spécifique pour les yeux sensibles</li> <li>- éviter les frottements intensifs avec un coton</li> <li>- souvent, lors d'une absence de cils, les yeux, non protégés sont plus sensibles aux agressions extérieures</li> <li>- si gêne oculaire (absence de larmes ou conjonctivites), conseiller un rinçage de l'œil avec du sérum physiologique. Si absence d'amélioration, conseiller un avis médical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- application d'huile de ricin avec un mascara transparent permet de favoriser la repousse du poil</li> </ul>
<b>En cas de gêne persistante, veuillez prendre un avis médical</b>		
<b>Le visage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la chute de poils du nez entraîne un écoulement nasal associé parfois à des "croûtes", désagréables</li> <li style="padding-left: 20px;">Conseils :</li> <li>- application de crème hydratante grasse dans le nez et sur le contour</li> <li>- utiliser un mouchoir en papier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hydratation nasale</li> <li>- un gommage est préconisé une fois par semaine afin de faciliter la sortie du poil et éviter ainsi la formation de kystes sébacés</li> <li>- hydratation quotidienne du visage</li> <li>- possibilité d'épilation à la cire adaptée par une socio-esthéticienne en cas de repousse disharmonieuse ou désagréable (1 à 2 séances suffisent) sur autorisation médicale</li> </ul>
<b>Le corps</b>	voir tableau 12 et 13	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un gommage est préconisé une fois par semaine afin de faciliter la sortie du poil et ainsi éviter la formation de kystes sébacés</li> <li>- en fonction du type de peau : hydratation intense et quotidienne du corps</li> </ul>

**Tableau 14 : Soins socio-esthétiques des poils, cils et sourcils**

<b>Les conseils pour le cuir chevelu et les cheveux</b>			
<b>La socio-esthéticienne peut conseiller un prothésiste capillaire pour un accompagnant avant, pendant, et après la chute des cheveux</b>			
	<b>avant traitement</b>	<b>pendant traitement</b>	<b>après traitement</b>
<b>Le cuir chevelu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- faire 2 à 3 shampoings par semaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- faire 1 shampoing par semaine avec un shampoing doux ou antipelliculaire et rincer à l'eau tiède ou froide</li> <li>- attendre 48h pour faire le shampoing après la séance de chimiothérapie si port d'un casque réfrigérant</li> <li>- hydrater le cuir chevelu tous les jours (sauf 48h après la séance de chimiothérapie) avec une huile sèche ou l'huile nourrissante (huile de ricin, amande douce, argan,...) en massant par des mouvements circulaires afin de décoller la peau du crâne</li> <li>- port du casque réfrigérant si recommandation médicale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- faire 2 shampoings par semaine avec un shampoing doux ou antipelliculaire (pellicules sèches)</li> <li>- hydrater le cuir chevelu tous les jours avec une huile sèche ou une huile de ricin en massant par des mouvements circulaires de façon à décoller la peau du crâne pour faciliter la repousse des cheveux</li> </ul>
<b>Les cheveux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- appliquer un soin nourrissant après chaque shampoing sur les longueurs et les pointes puis hydrater avec une huile sèche si besoin</li> <li>- une coupe plus courte est conseillée avant le début de la chute, celle-ci peut être adoptée en plusieurs coupes successives</li> <li>- prendre contact avec un prothésiste capillaire, un coiffeur ou une socio-esthéticienne afin d'avoir un avis éclairé à propos des accessoires capillaires</li> <li>- laisser sécher les cheveux naturellement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- au début de la perte des cheveux une coupe plus courte réalisée aux ciseaux de préférence (plus doux pour le cheveu) est recommandée</li> <li>- le rasage tondeuse peut être pratiqué si c'est le véritable souhait du patient (moment difficile psychologiquement) de préférence réalisé par un professionnel (coiffeur prothésiste capillaire) afin d'éviter les souvenirs douloureux du proche</li> <li>- possibilité de porter une prothèse capillaire ou un foulard, un turban,... en coton ou fibre de bambou afin de mieux vivre l'alopecie et d'éviter d'avoir froid (ex : la nuit). il est préférable d'avoir des moments sans accessoires de façon à laisser respirer le cuir chevelu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- appliquer de l'huile de ricin ou une huile sèche en massant les cheveux</li> <li>- appliquer une crème hydratante ou un masque hydratant après le shampoing</li> <li>- couper les cheveux (avec des ciseaux) lorsqu'il atteint environ 1 cm de façon à restructurer la repousse souvent anarchique</li> <li>- attendre 6 mois après le dernier traitement</li> <li>- avant de faire une couleur de préférence aux plantes ou sans ammoniaque et surtout sans oxydant en ayant fait une, voire deux touches d'essais au préalable</li> </ul>

**Tableau 15 : Soins socio-esthétiques des cheveux et du cuir chevelu**

### **8.2.2.3 Le maquillage**

En cancérologie, il est approprié d'utiliser des produits dermo-cosmétiques en accord avec la fragilité cutanée de la patiente engendrée par les effets secondaires des traitements.

La pratique mise en œuvre pour redorer l'image de soi n'est autre que le maquillage correcteur épaulant la patiente pour retrouver son physique.

Booster l'éclat du teint pour combattre le teint terne, illuminer le regard en estompant les cernes et les marques de fatigue, restaurer la profondeur du regard pour masquer la perte des cils et des sourcils sont d'autant d'astuces adoptées par la socio-esthéticienne.

## **9. ETUDE DE FAISABILITE D'UNE ENQUETE D'EVALUATION DES BESOINS DES PATIENTS**

### **9.1 Introduction**

Lors de l'écriture de notre thèse et au cours de nos différentes recherches sur les soins de supports, plusieurs questions se sont imposées à nous. Les thérapeutiques décrites que nous avons étudié sont elles réellement utilisées et à quelle fréquence ? Existe-t-il dans les services hospitaliers des propositions systématiques pour consulter certains spécialistes ? Les patients ont-ils connaissance de ses spécialités ? Y a-t-il une réelle demande du patient à consulter ?

### **9.2 Matériels et méthodes**

Notre objectif n'était pas de réaliser une étude significative mais plutôt de se donner une idée de la demande et des besoins des patients après traitement(s) d'un cancer des VADS.

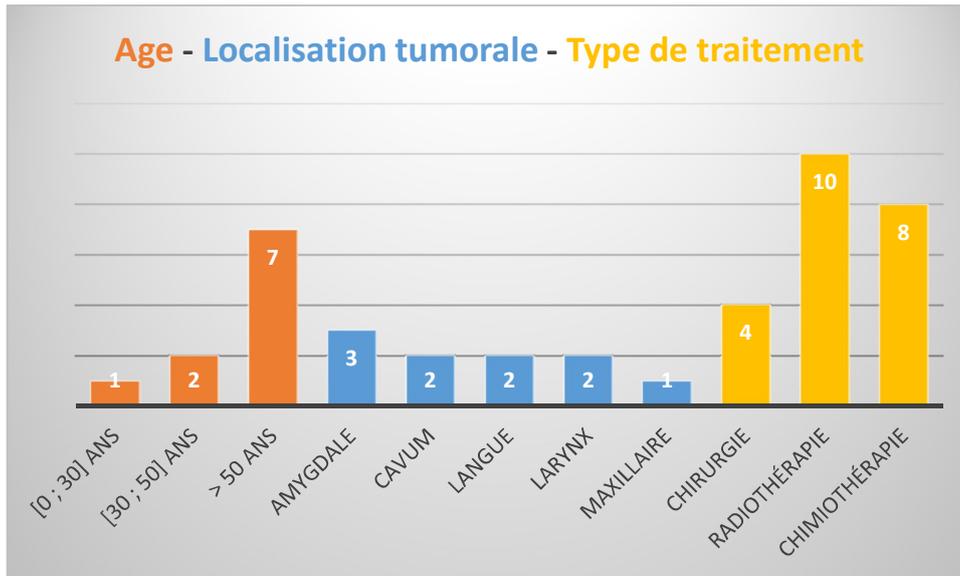
Les patients interrogés doivent avoir été traité par chirurgie, chimiothérapie et/ou radiothérapie pour un cancer des VADS.

Nous avons réalisé un questionnaire à compléter par les patients pour répondre aux questions soulevées lors de la rédaction de cette thèse (Annexe). Nous leur demandons pour chaque spécialité, s'ils présentent certains symptômes, s'ils ont consulté le spécialiste en question. Si oui, par qui ont-ils été adressés, à quel moment, comment ont-ils choisi leur spécialiste et s'ils y ont vu un bienfait. Et si non, s'ils auraient souhaité être informés et adressés chez le dit praticien.

### **9.3 Résultats**

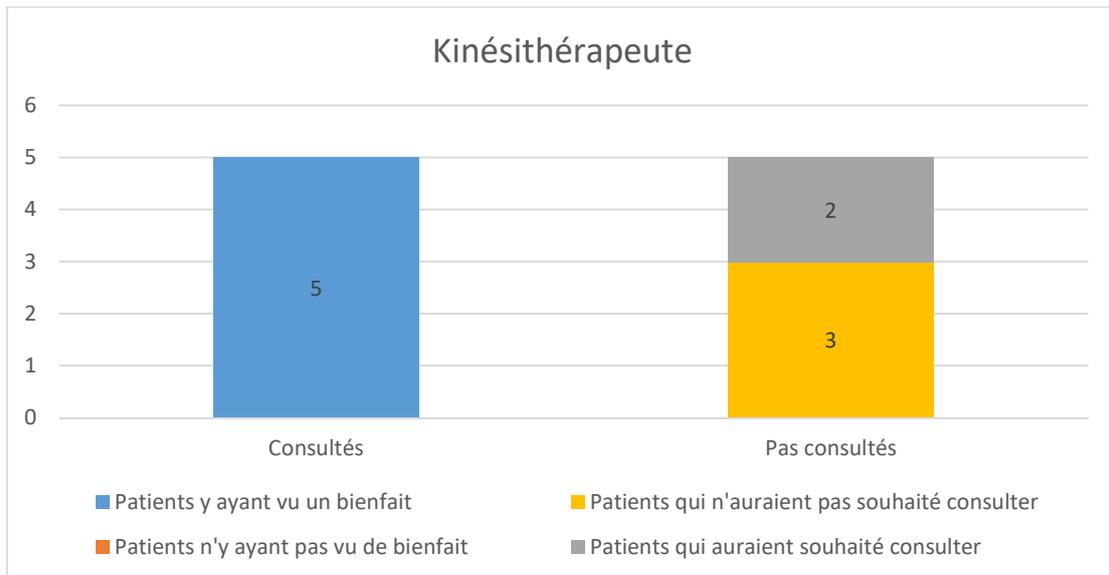
Nous avons interrogé au total 10 patients (5 au Centre de Soins Dentaires du CHU de Nantes et 5 dans un cabinet libéral de kinésithérapie à Nantes).

Nous avons réalisé un premier tableau recensant des informations sur les patients et leurs cancers (Tab.16). Puis nous avons regroupé pour chaque spécialité, en deux tableaux, les résultats du questionnaire. Le premier permettant de voir combien de patients ont consulté ou non. Si oui, y ont-ils vu un bienfait et si non, auraient-ils souhaité consulter. Le deuxième tableau concerne les patients ayant consulté et la manière dont ils ont été adressés.

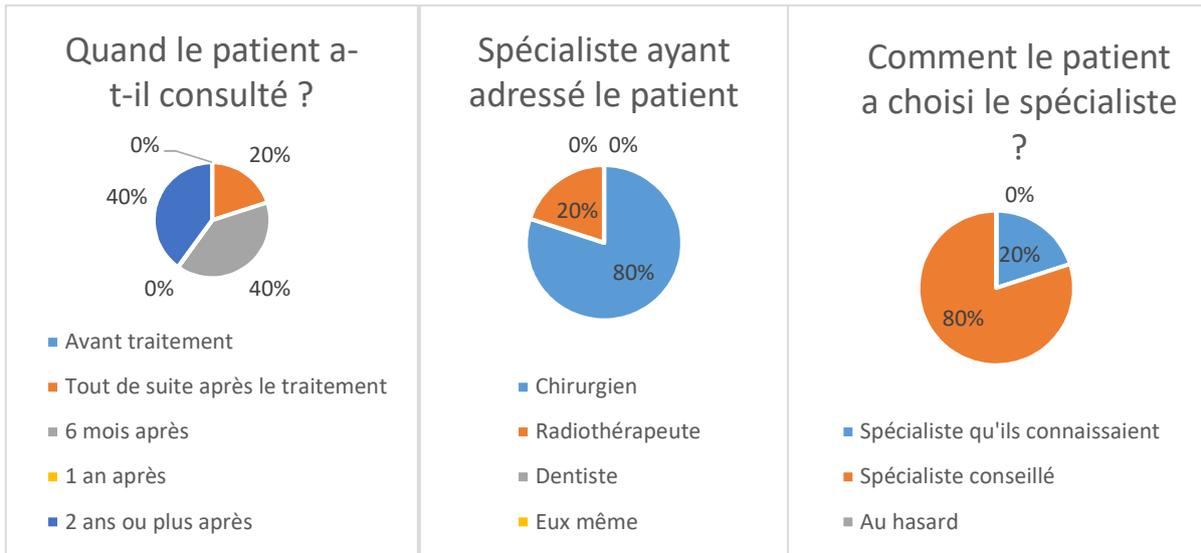


**Tableau 16 : Informations sur les patients**

### 9.3.1 Résultat du questionnaire pour le kinésithérapeute

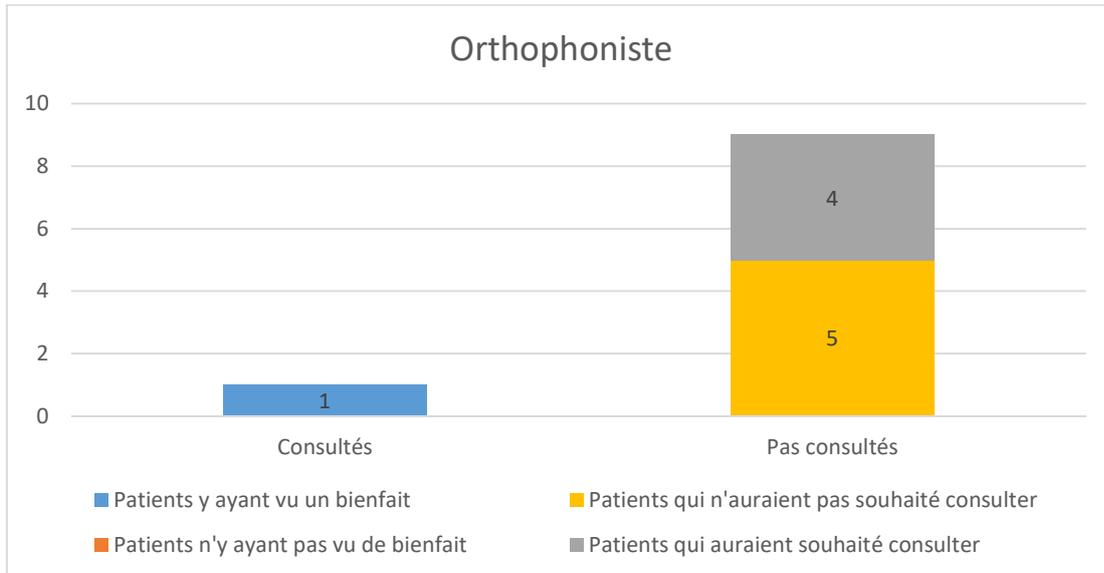


**Tableau 17 : Consultation chez le kinésithérapeute**



**Tableau 18 : Patients ayant consulté un kinésithérapeute**

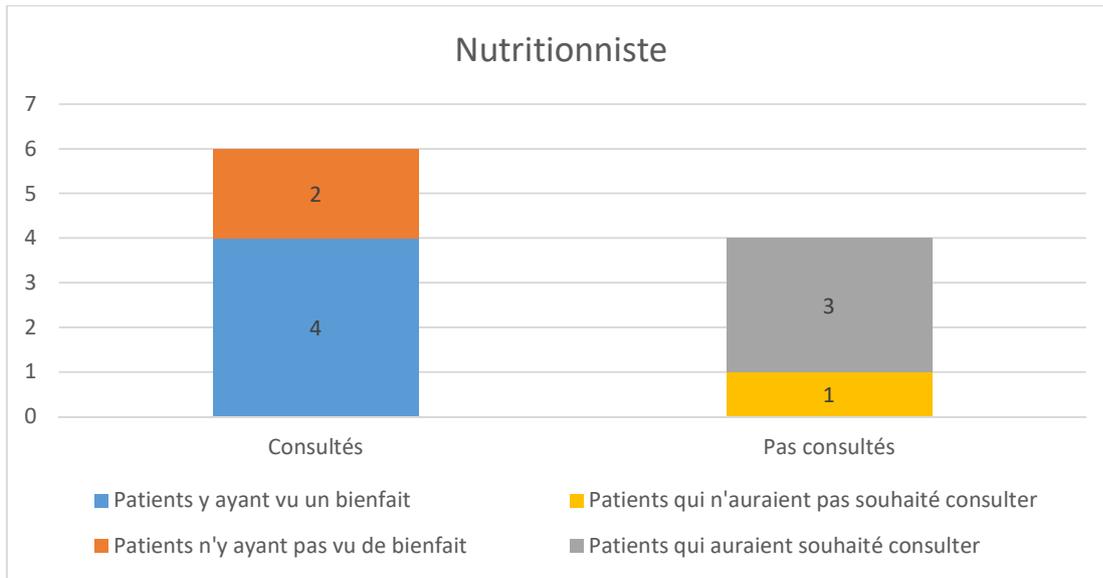
### 9.3.2 Résultat du questionnaire pour l'orthophoniste



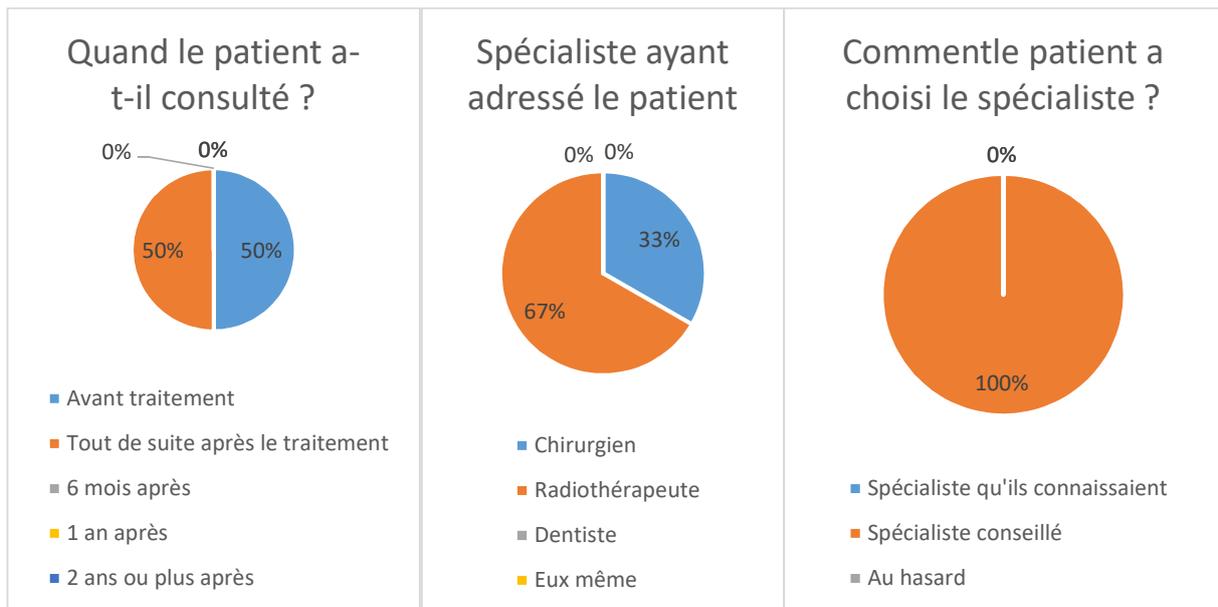
**Tableau 19 : Consultation chez l'orthophoniste**

Le patient ayant consulté a plus de 50ans. Après avoir eu un cancer de l'amygdale, il a consulté 2 ans après le traitement. Il a été adressé par son chirurgien et a donc choisi un orthophoniste qui lui a été conseillé.

### 9.3.3 Résultat du questionnaire pour le nutritionniste

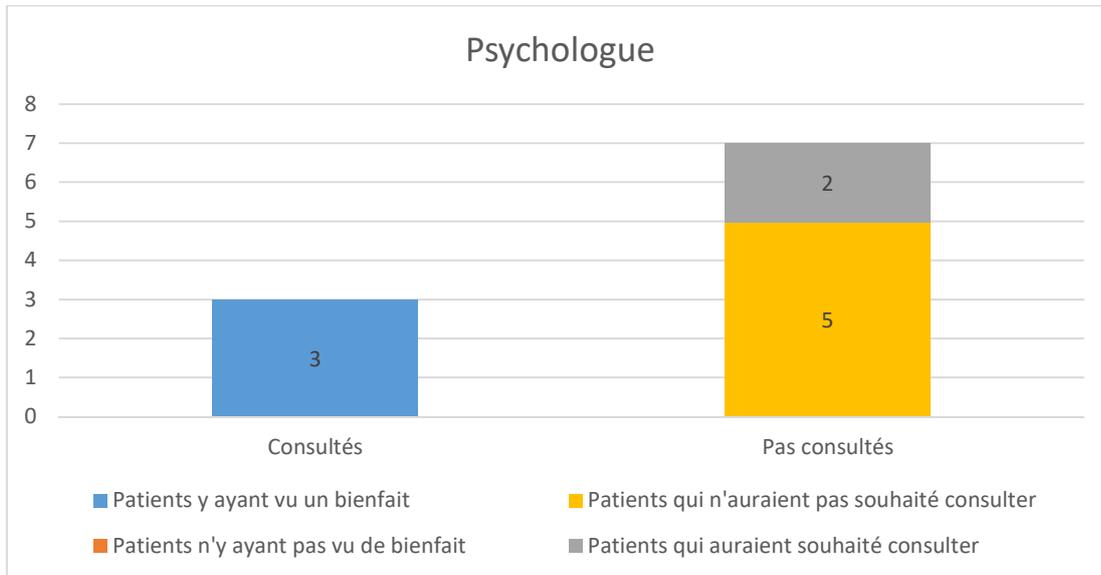


**Tableau 20 : Consultation chez le nutritionniste**

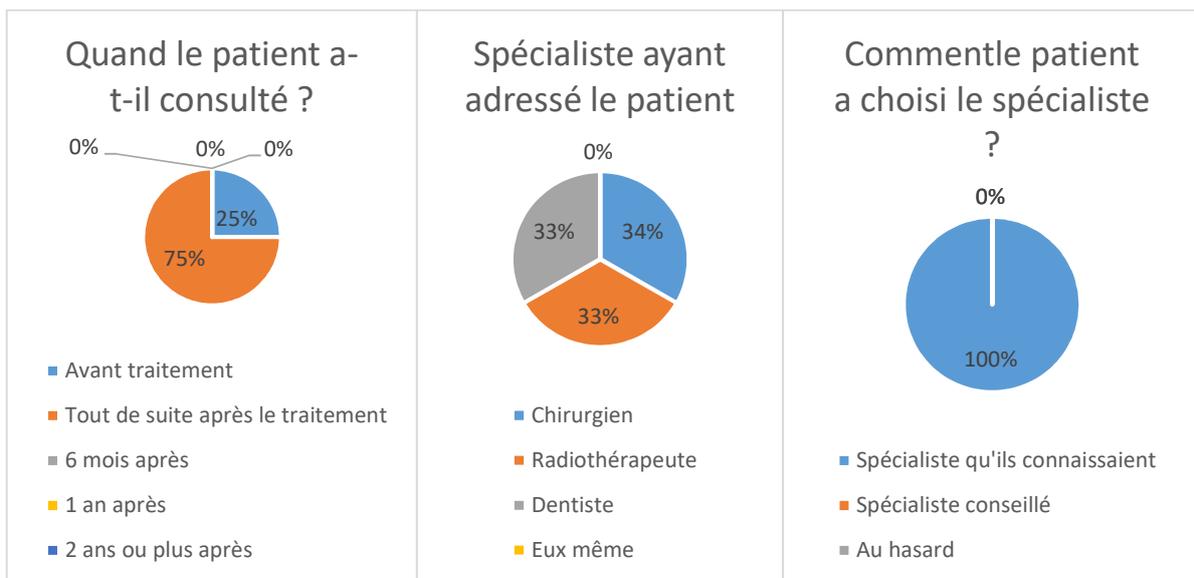


**Tableau 21 : Patients ayant consulté un nutritionniste**

### 9.3.4 Résultat du questionnaire pour le psychologue

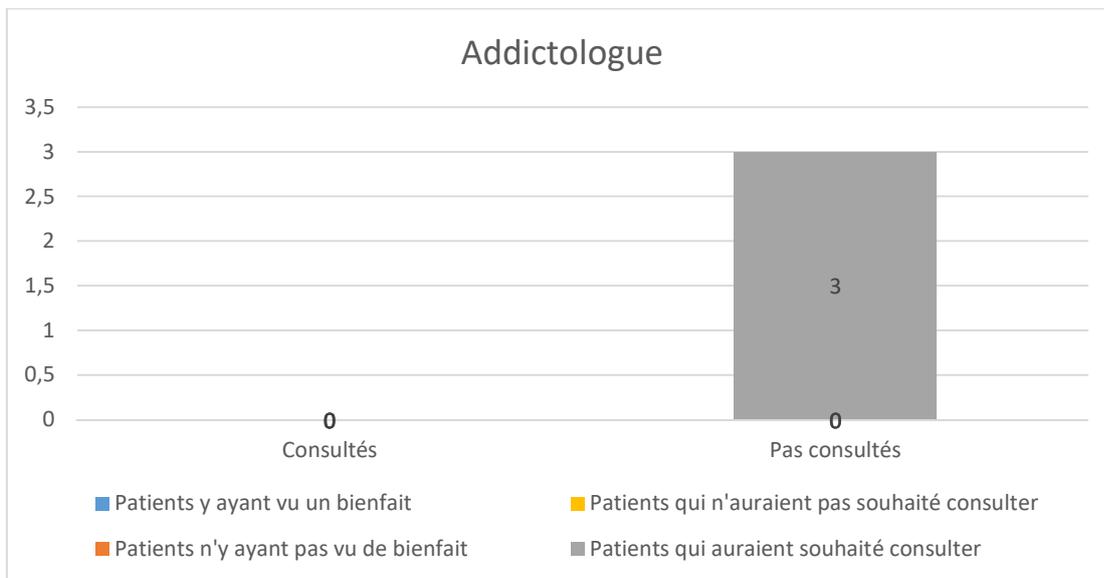


**Tableau 22 : Consultation chez le psychologue**



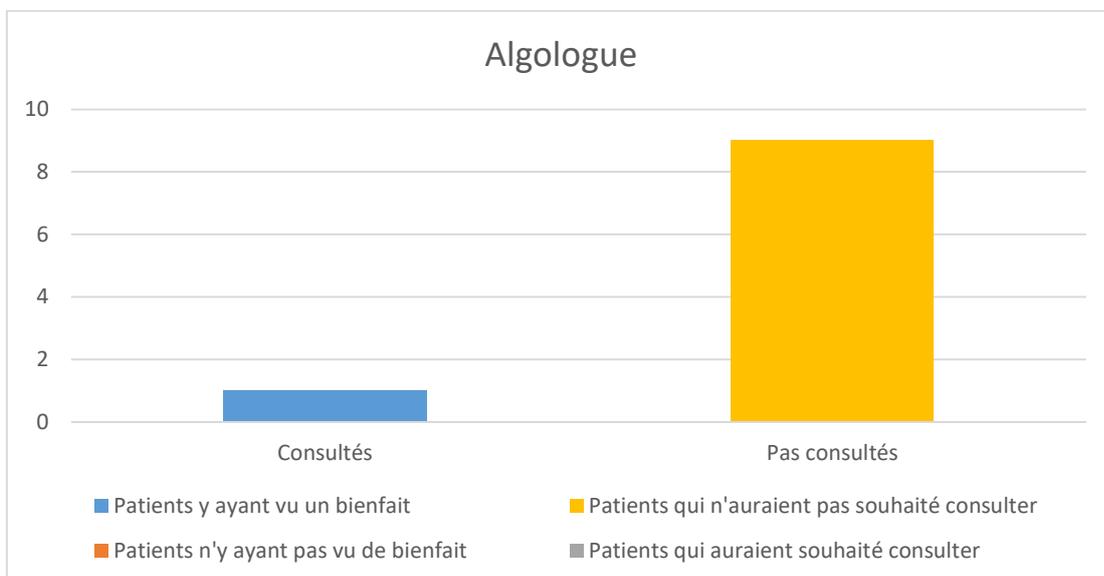
**Tableau 23 : Patients ayant consulté un psychologue**

### 9.3.5 Résultat du questionnaire pour l'addictologue



**Tableau 24 : Consultation chez l'addictologue**

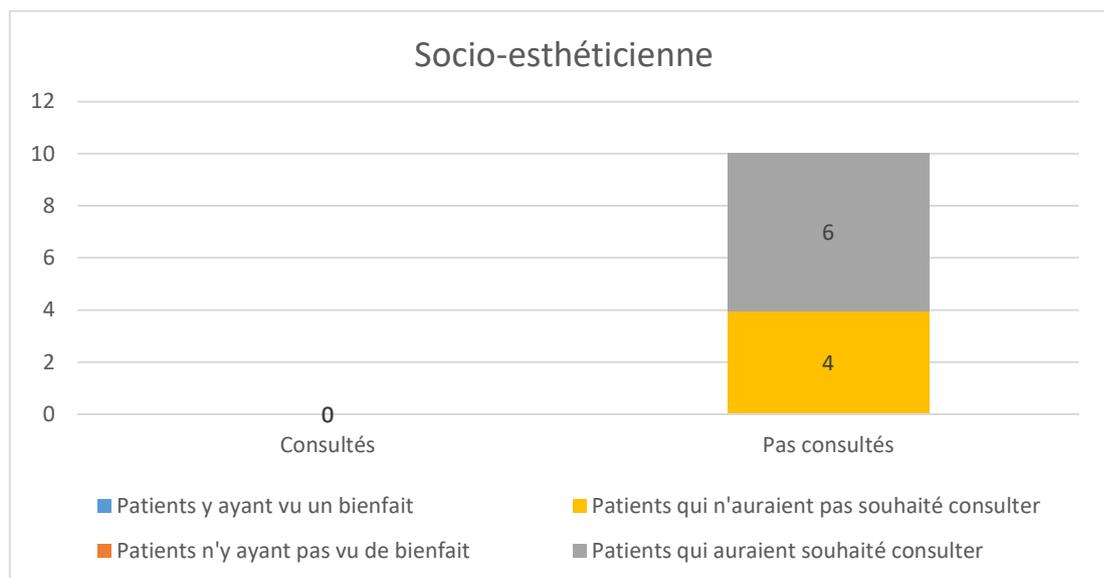
### 9.3.6 Résultat du questionnaire pour l'algologue



**Tableau 25 : Consultation chez l'algologue**

Le patient ayant consulté a plus de 50ans. Après avoir eu un cancer de la langue, il a consulté 2 après le traitement. Il a été adressé par son radiothérapeute et a donc choisi un algologue qui lui a été conseillé.

### 9.3.7 Résultat du questionnaire pour la socio-esthéticienne



**Tableau 26 : Consultation chez la socio-esthéticienne**

## 9.4 Discussion

Bien que notre échantillon soit très faible, nous pouvons en dégager plusieurs remarques. Nous constatons une faible proportion de patients ayant consulté un orthophoniste, un psychologue, un addictologue, un algologue et une socio-esthéticienne. Certains patients confessent une déception de ne pas avoir été prévenu des possibilités qui existent sur les soins de support, notamment le psychologue et l'orthophoniste trop peu proposés.

D'autres rappellent la multitude de rendez-vous déjà mis en place pour le traitement du cancer précisant être épuisés par le nombre important de consultation.

Nous avons remarqué que les patients souhaitaient rarement être aidé par un addictologue et que trois d'entre eux ont arrêté le tabac par eux même.

L'algologue est peu consulté. En effet, les patients disent ressentir des gênes mais pas de réelle douleur.

Un patient nous relate qu'il n'a pas eu besoin de psychologue car son chien lui apportait du réconfort. Un autre nous dit avoir très bien pris l'annonce de son cancer.

## 9.5 Conclusion

Chaque personne est unique, ses besoins et ses attentes sont différentes. Pour le praticien, le plus important est d'être à l'écoute de son patient, de savoir desceller ses besoins tout en respectant ses choix.

En dehors du questionnaire nous avons pu observer beaucoup d'autres remarques toutes aussi intéressantes. Plusieurs patients nous ont rapporté un manque de coordination entre les services

hospitaliers notamment une difficulté dans la prise de rendez-vous et dans le suivi de leur dossier médical.

Tous les patients ont consulté au moins une fois un spécialiste de soins de support, ces derniers sont donc bien pratiqués et apporte de l'aide au patient atteint d'un cancer des VADS au moins une fois après le cancer.

A la vue des résultats, nous constatons que les patients sont demandeurs de consultation chez l'addictologue, la socio-esthéticienne ou le nutritionniste (à l'inverse de l'algologue car aucun patient interrogé n'a rapporté de douleurs post-traitement).

La socio-esthétique reste une discipline méconnue dont les patients que nous avons interrogé n'ont jamais entendu parlé avant de compléter ce questionnaire.

L'orientation vers les soins de support est loin d'être systématique. Au CHU de Nantes, le chirurgien propose une consultation chez le nutritionniste mais n'évoque pas la totalité des professionnels sans demande explicite du patient.

La décision de consulter est assez variable : juste après le traitement, 6 mois ou 2 ans après mais jamais avant le traitement. Or nous avons insisté sur le fait qu'une prise en charge anticipée pour effectuer les bilans et préparer le patient multiplie les chances de guérison.

Ce qui nous a le plus marqué, c'est le retour positif des patients sur l'intérêt que nous leur portions avec ce questionnaire. La majorité était très enthousiaste à l'idée de nous retracer leur parcours de soin, évoquant leur échec ou leur progrès. Il est primordial de replacer le patient au centre de l'action et de l'encourager à prendre soin de son corps sans en négliger des aspects.

A l'aube d'une révolution numérique, il est prometteur de réaliser ce type de questionnaire via d'autre support.

En 2017, un essai clinique présenté, lors du congrès mondial de l'ASCO (American Society of Clinical Oncology) à Chicago souligne l'importance d'un suivi pour les patients, à toutes les étapes de la maladie : diagnostic, traitement, rémission.

Ainsi, une application web par laquelle des malades atteints d'un cancer avancé peuvent en temps réel signaler leurs symptômes à leurs médecins a produit des effets bénéfiques substantiels, dont une espérance de vie allongée. Cette étude a été menée de septembre 2007 à janvier 2011 sur 766 patients, tous diagnostiqués de différents cancers métastasés du poumon, du sein et de la prostate. Tous avaient l'application "Symptom Tracking and Reporting" disponible sur leur tablette ou smartphone pour communiquer les effets secondaires de la chimiothérapie à leur médecin en temps réel. Les résultats de l'étude montre que les patients ont vécu en moyenne cinq mois de plus que ceux du groupe témoin, ceux qui attendaient leur visite mensuelle chez le cancérologue pour mentionner ces dits problèmes. L'espérance de vie grappillée représente 20% (31 mois contre 26). Cette application web permet d'agir sans attendre pour soulager les malades et de nettement réduire les visites aux urgences pour ces patients (109).

Promouvoir l'e-santé, c'est utiliser les services du numérique au service du bien-être de la personne. En plus de prendre soin des patients en temps réel, cela permet de donner au patient plus d'autonomie dans le suivi de sa prise en charge, peu importe où il se trouve.

## **10. CONCLUSION**

Les soins de support font partie intégrante de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer des VADS. Ils ne sont ni secondaires, ni optionnels. Conjointement aux soins spécifiques oncologiques, les soins de support ne sont pas une nouvelle discipline mais une coordination de compétences au service du patient et de ses proches. Nous insistons sur le fait que ces soins doivent être prodigués tout au long du parcours thérapeutique du patient. Il s'agit d'une prise en charge longue mais essentielle. Dès le début de la prise en charge, une première évaluation des besoins est réalisée lors du dispositif d'annonce, en associant les différents intervenants autour du patient. Il ne doit pas hésiter à parler à son médecin et aux autres membres de l'équipe soignante de la façon dont il vit la maladie et les traitements afin qu'il soit orienté vers les bonnes personnes au bon moment.

La cancérologie est par essence même multidisciplinaire, elle regroupe des compétences variées aussi indispensables les unes que les autres. Il serait judicieux de développer les réunions interdisciplinaires non seulement pendant la phase de traitement du cancer mais aussi de les généraliser aux traitements des séquelles sur le long terme. Le patient doit être suivi le plus longtemps possible pour être traité, conseillé et épaulé par l'ensemble des soignants en fonction de ses progrès ou de ses échecs. Chacun des professionnels apporte ses connaissances pour prendre une décision permettant un suivi au cours du temps en fonction des dernières avancées scientifiques.

D'autre part, l'introduction plus précoce des professionnels paramédicaux permettraient de mieux anticiper les troubles. En effet, plus les séquelles seront traitées ou stabilisées rapidement, meilleurs seront les résultats. Les séquelles non ou mal soignées s'installent plus sévèrement et peuvent aggraver l'intégrité du corps tout entier. Il est primordial d'intervenir le plus tôt possible pour ne pas décourager le patient dans son parcours de soin. Effectivement, les progrès du patient seront d'autant plus considérables si sa rééducation est anticipée.

Le Plan cancer 2009-2013 insiste sur une meilleure coordination du parcours de soins pour que les malades soient mieux accompagnés pendant et après la phase aiguë de leur traitement, en particulier entre l'hôpital et la ville. La mise en place d'un temps d'articulation avec la médecine de ville optimiserait la bonne organisation entre les établissements de soins et les professionnels libéraux dispensant les soins de support.

La communication et la coordination des soignants sont la clé de la transition de la prise en charge hospitalière à la prise en charge libérale. L'action 18.3 du Plan cancer, « Partager les données médicales entre les professionnels de santé », s'inscrit désormais dans le programme du dossier médical personnel et des systèmes d'information partagés.

En 2016 à l'Institut de Cancérologie de l'Ouest René Gauducheau, un projet de carnet de suivi des patients bénéficiant d'une radiothérapie a été élaboré par des étudiantes du Centre de Soins Dentaires de Nantes afin de faciliter les échanges entre le chirurgien ORL et/ou maxillo-facial, le médecin référent, l'oncologue, le radiothérapeute et le chirurgien-dentiste (110). Pour le patient, l'objectif de ce carnet serait de posséder son dossier médical avec lui le rendant acteur de sa prise en charge. Il comporte le nom et les coordonnées des médecins impliqués dans la

prise en charge facilitant la prise de contact entre les différents interlocuteurs. Nous proposons d'y adjoindre une partie supplémentaire intégrant les soins de support prodigués au patient.

Nous avons cité un certain nombre de professions pouvant intervenir dans les soins de support. Cependant beaucoup d'autres thérapies complémentaires peuvent être utilisées : l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie, la naturopathie, l'hypnose, la zoothérapie. D'autres professionnels de santé tels que le médecin gériatre, les spécialistes de plaie et cicatrisation (exemple à l'Institut Curie à Paris) ou l'ergothérapeute peuvent intervenir pour aider au mieux les patients.

Une réflexion quant à la formation initiale et continue du chirurgien-dentiste peut nous amener à intégrer les soins de support dans le programme d'enseignement ainsi que l'apprentissage d'une collaboration avec les différentes équipes médicales.

Selon Platon, « Si l'on ne peut entreprendre de guérir les yeux sans traiter la tête, ni la tête sans traiter le corps tout entier, l'on ne peut, non plus, guérir le corps sans soigner l'âme » (43). Il nous rappelle à quel point il est précieux de considérer le corps dans son ensemble, non comme des parties séparées mais comme une unité à part entière. Chez le patient malade, cette unité doit se traduire par une cohésion et une coordination au sein de l'équipe soignante en lui garantissant un parcours de soin fluide. Ce schéma s'applique au cancer des VADS mais peut s'étendre à toute autre maladie allant des pathologies chroniques, aux soins palliatifs, aux maladies dégénératives, aux maladies congénitales, diabète, sida etc. Il est primordial d'assurer une meilleure qualité de vie possible à tous les patients. Il ne s'agit plus seulement de survivre, mais de vivre de mieux en mieux et plus longtemps avec la maladie et les traitements.

## ANNEXE :

Age : ..... Localisation du cancer : .....  
 Chirurgie  Radiothérapie  Chimiothérapie

Questionnaire réalisé par des étudiantes en Chirurgie Dentaire pour leur thèse d'exercice

<b>KINESITHERAPEUTE</b>	<i>oui non</i>
Avant, pendant ou après le traitement, avez-vous eu :	
Des gonflements ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Des cicatrices ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Des troubles de la mâchoire ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Des troubles respiratoires ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avez-vous consulté un kinésithérapeute ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si oui, à quel moment ? Plusieurs réponses possibles	
Avant le traitement <input type="checkbox"/> tout de suite après le traitement <input type="checkbox"/> 6 mois après <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans ou plus	
Par qui avez-vous été adressé ?	
Chirurgien <input type="checkbox"/> radiothérapeute <input type="checkbox"/> dentiste <input type="checkbox"/> vous-même <input type="checkbox"/> autre (préciser) .....	
Quel kinésithérapeute avez-vous choisi ?	
votre kinésithérapeute traitant <input type="checkbox"/> kinésithérapeute conseillé <input type="checkbox"/> au hasard <input type="checkbox"/>	
Y avez-vous vu un bienfait ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si vous n'avez pas consulté, l'auriez-vous souhaité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>ORTHOPHONISTE</b>	<i>oui non</i>
Avant, pendant ou après le traitement, avez-vous eu :	
Des problèmes pour parler ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Des problèmes pour avaler ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Des problèmes pour mastiquer ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avez-vous consulté un orthophoniste ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si oui, à quel moment ? Plusieurs réponses possibles	
Avant le traitement <input type="checkbox"/> tout de suite après le traitement <input type="checkbox"/> 6 mois après <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans ou plus	
Par qui avez-vous été adressé ?	
Chirurgien <input type="checkbox"/> radiothérapeute <input type="checkbox"/> dentiste <input type="checkbox"/> vous-même <input type="checkbox"/> autre (préciser) .....	
Quel orthophoniste avez-vous choisi ?	
Orthophoniste que vous connaissiez <input type="checkbox"/> orthophoniste conseillé <input type="checkbox"/> au hasard <input type="checkbox"/>	
Y avez-vous vu un bienfait ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si vous n'avez pas consulté, l'auriez-vous souhaité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>NUTRITIONISTE</b>	<i>oui non</i>
Avant, pendant ou après le traitement, avez-vous eu :	
Une perte de poids ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Une prise de poids ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Une perte d'appétit ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avez-vous consulté un nutritionniste ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si oui, à quel moment ? Plusieurs réponses possibles	
Avant le traitement <input type="checkbox"/> tout de suite après le traitement <input type="checkbox"/> 6 mois après <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans ou plus	
Par qui avez-vous été adressé ?	
Chirurgien <input type="checkbox"/> radiothérapeute <input type="checkbox"/> dentiste <input type="checkbox"/> vous-même <input type="checkbox"/> autre (préciser) .....	
Quel nutritionniste avez-vous choisi ?	
Nutritionniste que vous connaissiez <input type="checkbox"/> nutritionniste conseillé <input type="checkbox"/> au hasard <input type="checkbox"/>	
Y avez-vous vu un bienfait ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si vous n'avez pas consulté, l'auriez-vous souhaité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>PSYCHOLOGUE</b>	<i>oui</i>	<i>non</i>
Avant, pendant ou après le traitement, avez-vous ressenti		
De l'anxiété ?		
De la tristesse ?		
Des sautes d'humeur ?		
Avez-vous consulté un psychologue ?		
Si oui, à quel moment ? Plusieurs réponses possibles		
Avant le traitement <input type="checkbox"/> tout de suite après le traitement <input type="checkbox"/> 6 mois après <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans ou plus		
Par qui avez-vous été adressé ?		
Chirurgien <input type="checkbox"/> radiothérapeute <input type="checkbox"/> dentiste <input type="checkbox"/> vous-même <input type="checkbox"/> autre (préciser) .....		
Quel psychologue avez-vous choisi ?		
Un psychologue que vous connaissiez <input type="checkbox"/> un psychologue conseillé <input type="checkbox"/> autre (préciser) .....		
Y avez-vous vu un bienfait ?		
Si vous n'avez pas consulté, l'auriez-vous souhaité ?		

<b>ADDICTOLOGUE</b>	<i>oui</i>	<i>non</i>
Avez-vous un problème de dépendance à une substance ?		
Tabac <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/>		
Avez-vous consulté un addictologue ?		
Si oui, à quel moment ? Plusieurs réponses possibles		
Avant le traitement <input type="checkbox"/> tout de suite après le traitement <input type="checkbox"/> 6 mois après <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans ou plus		
Par qui avez-vous été adressé ?		
Chirurgien <input type="checkbox"/> radiothérapeute <input type="checkbox"/> dentiste <input type="checkbox"/> vous-même <input type="checkbox"/> autre (préciser) .....		
Quel addictologue avez-vous choisi ?		
Addictologue que vous connaissiez <input type="checkbox"/> addictologue conseillé <input type="checkbox"/> au hasard <input type="checkbox"/>		
Y avez-vous vu un bienfait ?		
Si non, l'auriez-vous souhaité ?		

<b>ALGOLOGUE (spécialiste de la douleur)</b>	<i>oui</i>	<i>non</i>
Avez-vous depuis la fin de votre traitement :		
Des douleurs persistantes ?		
Avez-vous consulté un algologue ?		
Si oui, à quel moment ? Plusieurs réponses possibles		
Avant le traitement <input type="checkbox"/> tout de suite après le traitement <input type="checkbox"/> 6 mois après <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans ou plus		
Par qui avez-vous été adressé ?		
Chirurgien <input type="checkbox"/> radiothérapeute <input type="checkbox"/> dentiste <input type="checkbox"/> vous-même <input type="checkbox"/> autre (préciser) .....		
Quel algologue avez-vous choisi ?		
Algologue que vous connaissiez <input type="checkbox"/> algologue conseillé <input type="checkbox"/> au hasard <input type="checkbox"/>		
Y avez-vous vu un bienfait ?		
Si vous n'avez pas consulté, l'auriez-vous souhaité ?		

<b>SOCIO-ESTHETICIENNE</b>	<i>oui</i>	<i>non</i>
Avant, pendant ou après le traitement, avez-vous eu :		
Des changements au niveau de votre corps ?		
Une perte d'estime de vous à la suite ce changement ?		
Un manque de motivation à prendre soin de vous ?		
Avez-vous consulté une socio-éthicienne ?		
Si oui, à quel moment ? Plusieurs réponses possibles		
Avant le traitement <input type="checkbox"/> tout de suite après le traitement <input type="checkbox"/> 6 mois après <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans ou plus		
Par qui avez-vous été adressé ?		
Chirurgien <input type="checkbox"/> radiothérapeute <input type="checkbox"/> dentiste <input type="checkbox"/> vous-même <input type="checkbox"/> autre (préciser) .....		
Quelle socio-esthéticienne avez-vous choisi ?		
A l'hôpital <input type="checkbox"/> autre (spécifier) .....		
Y avez-vous vu un bienfait ?		
Si vous n'avez pas consulté, l'auriez-vous souhaité ?		

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Haute Autorité de Santé. Cancer des voies aéro-digestives supérieures. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_892164/fr/ald-n-30-cancer-des-voies-aero-digestives-superieures](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_892164/fr/ald-n-30-cancer-des-voies-aero-digestives-superieures)
2. Wikipédia. Voies aérodigestives supérieures. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Voies\\_a%C3%A9rodigestives\\_sup%C3%A9rieures&oldid=121249594](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Voies_a%C3%A9rodigestives_sup%C3%A9rieures&oldid=121249594)
3. Institut National Du Cancer. Les traitements des cancers des voies aérodigestives supérieures. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-traitements-des-cancers-des-voies-aerodigestives-superieures>
4. La Ligue Contre Le Cancer. Les cancers des voies aérodigestives supérieures. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/cancers-voies-aero-digestives-superieures.pdf>
5. Poissonnet G, Benezery K, Peyrade F, Bozec A, Bensadoun R-J, Marcy PY, et al. Cancers ORL: les grands principes thérapeutiques. Presse Méd. 2007;36(11):1634-42.
6. Ooreka. Radiothérapie : intérêt, déroulement, effets. Disponible sur: <https://cancer.ooreka.fr/comprendre/radiotherapie>
7. Ligue Contre Le Cancer. La chimiothérapie. Disponible sur: [https://www.ligue-cancer.net/article/7492\\_la-chimiotherapie](https://www.ligue-cancer.net/article/7492_la-chimiotherapie)
8. Boileau M-J, Sampeur-Tarrit M, Bazert C. Physiologie et physiopathologie de la mastication. Encycl Med Chir (Paris), Chirurgie orale maxillo-faciale, 22-008-A-15, 2006.
9. Auzou P. Anatomie et physiologie de la déglutition normale. Kinésithér Rev. 2008;7(64):14-8.
10. Encyclopédie de Diderot et d'Alembert. Salivation. Disponible sur: <http://encyclopédie.eu/index.php/non-classifie/1079363543-SALIVATION>
11. Brondel L, Jacquin A, Meillon S, Pénicaud L. Le goût : physiologie, rôles et dysfonctionnements. Nutr Clin Métab. 2013;27(3):123-33.
12. Alloprof. Le goût et la langue. Disponible sur: <http://www.alloprof.qc.ca/BV/pages/s1290.aspx>
13. Ruaux C. Production de la Parole. In: Précis d'audioprothèse. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson, 2008;1-38.
14. Santé-Médecine. Ventilation pulmonaire. Disponible sur: <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/33166-ventilation-pulmonaire-definition>
15. Les Sciences Du Vivant. Physiologie de la respiration. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/lessciencesduvivant/home/physiologie-des-grandes-fonctions/physiologie-de-la-respiration>
16. Chabolle F, Société française d'ORL et de chirurgie de la face et du cou. Complications et séquelles des traitements en cancérologie ORL: rapport 2013 de la Société française d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. Disponible sur: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1746565>
17. Lahrabli S, Azanmasso H, Meftah S, Lmidmani F, Fatimi AE. Paralysie du nerf spinal accessoire après biopsie ganglionnaire cervicale : apport de la rééducation. Ann Phys Rehabil Med. 2014;57:204.
18. Campus Chirurgie générale. La cicatrisation. Disponible sur: [http://campus.cerimes.fr/chirurgie-generale/enseignement/cicatrisation/site/html/3\\_4.html](http://campus.cerimes.fr/chirurgie-generale/enseignement/cicatrisation/site/html/3_4.html)

19. Veinsurg. La cicatrisation esthétique dans la chirurgie des varices. Disponible sur: <http://www.veinsurg.com/en/references/25-chirurgie/114-la-cicatrisation-esthetique-dans-la-chirurgie-des-varices>
20. Pelissier P, E-Plastic. Cicatrisation pathologique. Disponible sur: <http://www.e-plastic.fr/pdf/plastiquegenerale/cicatrisationpathologique.pdf>
21. Multiesthetique. Traitement des cicatrices hypertrophiques. Disponible sur: <http://www.multiesthetique.fr/articles/traitement-des-cicatrices-hypertrophiques>
22. Bornstein M, Filippi A, Buser D. Radiothérapie de la région cervico-faciale: conséquences intra-orales précoces et tardives. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2001;111(1):69–73.
23. Wangerin K, Ewers R, Kestel M. Interaction of bone resorption and bone synthesis using an autoclaved bone graft. *Prog Clin Biol Res.* 1985;187:343-51.
24. Perrier M, Moeller P. Osteoradionecrosis : a review of the literature. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 1994;104(3):271-7.
25. Bonnot J, Pillon F. Chimiothérapie anticancéreuse et prise en charge bucco-dentaire. *Actual Pharm.* 2013;52(522):49-52.
26. Blanchard D, Bollet M, Dreyer C, Binczak M, Calmels P, Couturaud C, et al. Prise en charge des douleurs somatiques induites par les traitements des cancers des voies aéro-digestives supérieures : la douleur post-radiothérapie et chimiothérapie. Recommandation de la Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou. *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale.* 2014;131(4):238-42.
27. Ricart D, Psimaras D, Pibarot M, Calmels P, Genty M, Goldet R, et al. Neuropathie périphérique et cancer. Disponible sur: <http://www.rrc-ra.fr/Ressources/referentiels/PRA-SOS-1212NEUROPATH.pdf>
28. Haute Autorité de Santé. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire)
29. Haute Autorité de Santé. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. *Rev Neurol (Paris).* 2008;164:754–774.
30. Institut National du Cancer. Douleur aiguë, chronique. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Douleur-aigue-chronique>
31. SmartFiches. Evaluation de la douleur. Disponible sur: <http://smartfiches.fr/handicap-douleur-soins-palliatifs/item-131-bases-neurophysiologiques-mecanismes-physiopathologiques-douleur-aigue-chronique/evaluation-douleur>
32. Collège National des Sages Femmes de France. Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi périnéale. Disponible sur: [http://cnsf.asso.fr/rubrique03/guide\\_reeducation\\_pp/files/assets/basic-html/page40.html](http://cnsf.asso.fr/rubrique03/guide_reeducation_pp/files/assets/basic-html/page40.html)
33. Michaud P, Lécallier D. Risque alcool chez les plus âgés. *Gérontol Soc.* 2009;(105):89-99.
34. Fouquet S, Orset M. Prise en charge des patients douloureux chroniques : analyse de besoins des patients vis-à-vis de leurs médicaments antalgiques. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00766101/document>
35. Denise M. La perturbation de l'image corporelle de l'homme atteint d'un cancer, Mémoire: Diplôme d'Etat d'Infirmière, Tours, 2013.
36. Formarier M, Jovic L. Les concepts en sciences infirmières. Lyon: Mallet Conseil, 2012.

37. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Beck F, Gautier A, Institut national du cancer. Baromètre cancer 2010. Saint-Denis: INPES, 2012.
38. Pierson M-L. L'image de soi. Paris: Eyrolles, 2005.
39. Institut Curie. Les soins esthétiques à l'Institut Curie, rester femme dans la maladie. Disponible sur: <http://curie.fr/sites/default/files/135.pdf>
40. Cousson-Gélie F, Langlois E, Barrault M. Faire face au cancer image du corps, image de soi. Boulogne Billancourt: Tikinagan, 2009.
41. Fischer G-N. Psychologie du cancer: un autre regard sur la maladie et la guérison. Paris: Odile Jacob, 2013.
42. Roche. Cancer et travail : vie quotidienne et accompagnement. Disponible sur: <http://www.roche.fr/patients/info-patients-cancer/vivre-avec-un-cancer/cancer-et-travail/vivre-avec-un-cancer-travail.html>
43. Platon. Charmide ou de la Sagesse. Paris: Éditions Mille et une Nuits, 2002.
44. Haute Autorité de Santé. Réunion de concertation pluridisciplinaire. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion\\_de\\_concertation\\_pluridisciplinaire\\_fiche\\_technique\\_2013\\_01\\_31.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf)
45. La Ligue Contre Le Cancer. Impact social du Cancer. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/presse/download/503>
46. Cancerinfo. Démarches sociales et cancer. Disponible sur: [https://www.rsi.fr/fileadmin/mediatheque/.Rubriques\\_hors\\_brochures\\_cerfa\\_/Sante/Guide-Demarches-Sociales-et-Cancer.pdf](https://www.rsi.fr/fileadmin/mediatheque/.Rubriques_hors_brochures_cerfa_/Sante/Guide-Demarches-Sociales-et-Cancer.pdf)
47. Organization WH, others. WHO global information system on alcohol and health. Geneva, 2010.
48. Alcool Info Service. Risques de l'alcool sur la santé, à long terme. Disponible sur: <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/risques-long-terme>
49. Adès J, Lejoyeux M. Les conduites alcooliques et leur traitement. Paris: Doin, 1996.
50. Netgen. Questionnaires de dépistage et d'évaluation des consommations de substances psychoactives. Rev Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-264/Questionnaires-de-depistage-et-d-evaluation-des-consommations-de-substances-psychoactives>
51. Rueff B. Alcoologie clinique. Paris: Médecine-Sciences Flammarion, 1989.
52. World Health Organization TF, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT : the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary health care. 2001. Disponible sur: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67205>
53. Alcool Info Service. Traitement de l'alcoolisme : Sevrage alcoolique. Disponible sur: <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/traitement-alcoolisme/sevrage-alcoolique#.WEVfOlXObIV>
54. Chavagnat J-J, Lévy-Chavagnat D. Les médicaments du sevrage et de la réduction de la consommation. Actual Pharm. 2015;54(543):26-34.
55. Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme: de la prévention au sevrage. Issy-les-Moulineaux: Masson, 2004.
56. Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'arrêt de la consommation du tabac: conférence de consensus, 8 et 9 octobre 1998. Paris: EDK, Éditions médicales et scientifiques, 1998.

57. Annesi-Maesano I, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Tabagisme: prise en charge chez les étudiants. Paris: INSERM, 2003.
58. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The fagerström test for nicotine dependence: a revision of the fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict.* 1991;86(9):1119-27.
59. Cupa D, Reynaud M, Marinov V. Entre corps et psyché, les addictions. Sèvres: EDK Editions, 2012.
60. Carmody T, Duncan C, Simon J, Solkowitz S, Huggins J, Lee S, et al. Hypnosis for smoking cessation: A randomized trial. *Nicotine Tob Res.* 2008;10(5):811-8.
61. Ooreka. Acupuncture contre le tabac : utilité. Disponible sur: <https://acupuncture.ooreka.fr/comprendre/acupuncture-et-tabac>
62. Stop-tabac.ch. Acupuncture et Laser. Disponible sur: <http://www.stop-tabac.ch/fr/acupuncture-et-laser>
63. Institut Chiapi. Le mode d'action. Disponible sur: <https://arreterdefumer.info/le-mode-daction/>
64. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):32.
65. E-santé. Arrêter de fumer grâce à l'homéopathie. Disponible sur: <http://www.e-sante.fr/arreter-fumer-grace-homeopathie/3/actualite/981>
66. Pharmacien Giphar. Arrêt du tabac : le coup de pouce de l'homéopathie. Disponible sur: <http://www.pharmaciengiphar.com/medecines-naturelles/homeopathie/arret-tabac-coup-pouce-homeopathie>
67. Société Française de Mésothérapie. Mésothérapie. Disponible sur: <http://www.sfmesotherapie.com/accueil.asp>
68. Association Française des Soins Oncologiques de Support. Radiothérapie et soins bucco dentaires. Disponible sur: [http://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/09/Radiothrapie\\_et\\_soins\\_bucco-dentaires.pdf](http://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/09/Radiothrapie_et_soins_bucco-dentaires.pdf)
69. Société Française de Chirurgie Orale. Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires. *Méd Buccale Chir Buccale.* 2012;18(3):251-314.
70. Vigarios E, Destruhaut F, Pomar P, Dichamp J, Toulouse E. La prothèse maxillo-faciale. Rueil-Malmaison: CdP, 2015.
71. Guyot J-P, Hugentobler MA. Implants dentaires et radiothérapie. *Rev Méd Suisse.* 2009;5(219):1936-9.
72. Smith Nobrega A, Santiago Jr. JF, de Faria Almeida DA, dos Santos DM, Pellizzer EP, Goiato MC. Irradiated patients and survival rate of dental implants: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent.* 2016;116(6):858-66.
73. Société française de carcinologie cervico-faciale, Congrès, Jortay AM, éditeurs. Réhabilitation anatomique et fonctionnelle après les traitements des cancers bucco-pharyngés. Paris: EDK, 1998.
74. Hebling J, Allegre B, Guerrier S, Lorenzo S. Bilan de réadaptation après chirurgie en ORL : Un mode d'évaluation des séquelles afin d'apprécier la validité de l'acte de réhabilitation après chirurgie thoraco-cervico-oro-faciale. *Kinésithér Sci.* 1998;(374):107-12.
75. Psaume-Vandebeek D, Benoist M. Principes et applications de la kinésithérapie maxillo-faciale. *Encycl Med Chir (Paris), Chirurgie orale et maxillo-faciale, 22-014-T-10,* 1990.
76. Haute Autorité de Santé. Evaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/therabite-29\\_novembre\\_2011\\_4060\\_avis.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/therabite-29_novembre_2011_4060_avis.pdf)

77. Maloney GE, Mehta N, Forgione AG, Zawawi KH, Al-Badawi EA, Driscoll SE. Effect of a passive jaw motion device on pain and range of motion in TMD patients not responding to flat plane intraoral appliances. *J Craniomandibul Pract.* 2002;20(1):55-66.
78. Eastin. TheraBite jaw motion rehabilitation system. Disponible sur: [http://www.eastin.eu/fr-be/recherches/products/detail/database-rehadat/id-M\\_25947](http://www.eastin.eu/fr-be/recherches/products/detail/database-rehadat/id-M_25947)
79. Pocket Dentistry. Management of orofacial pain and other co-morbidities in oropharyngeal and nasopharyngeal cancer patients. Disponible sur: <http://pocketdentistry.com/13-management-of-orofacial-pain-and-other-co-morbidities-in-oropharyngeal-and-nasopharyngeal-cancer-patients/>
80. Buchbinder D, Currivan RB, Kaplan AJ, Urken ML. Mobilization regimens for the prevention of jaw hypomobility in the radiated patient: a comparison of three techniques. *J Oral Maxillofac Surg.* 1993;51(8):863-7.
81. Calmels P, Woisard V. Déficiences liées aux cancers des voies aéro-digestives supérieures. AFSOS. Disponible sur: <http://www.afsos.org/fiche-referentiel/deficiences-liees-aux-cancers-voies-aero-digestives-superieures-vads/>
82. Le Touze A, Robert M. La cicatrisation et la cicatrice. Disponible sur: <http://medecine-pharmacie.univ-roen.fr/manuel-national-de-chirurgie-pediatrique-viscerale-16429.kjsp>
83. Martinot-Duquennoy V. Cicatrisation normale et pathologique, notions sur les pansements. Disponible sur: [http://www.sofop.org/Data/upload/images/file/SEPT\\_2009/PLASTIQUE/DESC%20cicatrisation210909.pdf](http://www.sofop.org/Data/upload/images/file/SEPT_2009/PLASTIQUE/DESC%20cicatrisation210909.pdf)
84. Reychler G, Roeseler J, Delguste P. Kinésithérapie respiratoire. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2008.
85. Ferrand G, Hebting J-M. Kinésithérapie de la face, du crâne et du cou. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015.
86. Chabolle F, Société française d'ORL et de chirurgie de la face et du cou. Complications et séquelles des traitements en cancérologie ORL: rapport 2013 de la Société française d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. Disponible sur: <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1746565>
87. Couture G, Couvrat J, Eyoum I, Martin F. Les fonctions de la face: évaluation et rééducation. Isbergues: Ortho-Edition, 1997.
88. Giovanni A, Robert D. Prise en charge orthophonique en cancérologie ORL. Marseille: Solal, 2010.
89. Merenhole E. Dysphagie post radiothérapie : formalisation d'une consultation d'orthophonie : protocole et création d'outils adaptés. Disponible sur: <https://petale.univ-lorraine.fr/notice/view/univ-lorraine-ori-18303?resultBackUrl=>
90. Giovanni A. Le bilan d'une dysphonie: état actuel et perspectives. Marseille: Solal, 2004.
91. Séchel S de. L'articulation et la parole. Collection d'Orthophonie. Paris: Masson, 1993.
92. Hirano M. Clinical examination of voice. Wien: Springer, 1981.
93. Teston B. L'évaluation instrumentale des dysphonies. In: Giovanni A. Le bilan d'une dysphonie : état actuel et perspectives. Solal, 2004;105-69.
94. Chappuis M, Hôpitaux Universitaires de Genève et La ligue genevoise contre le cancer, Jacquelin-Ravel N, Joly C, Pugliesi-Rinaldi A. Nutrition et cancer – Vers un meilleur soin oncologique. Disponible sur: [http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/cancer\\_nutrition.pdf](http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/cancer_nutrition.pdf)
95. Leblanc C, Csergo M, Institut thématique multiorganismes Cancer, Institut national du cancer. Voir un diététicien pendant un cancer. Disponible sur: <http://www.e-sante.fr/voir-dieteticien-pendant-cancer/2/actualite/373>

96. Oudar N, Institut Curie. Diététique et cancer : un accompagnement renforcé des patients. Disponible sur: <http://curie.fr/actualites/dietetique-cancer-accompagnement-renforce-patients-006776?prehome=0>
97. Société canadienne du cancer. Nutrition des personnes atteintes de cancer. Disponible sur: <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-journey/living-with-cancer/nutrition-for-people-with-cancer/?region=on>
98. Ligue contre le cancer, May-Levin F, Rossignol G, Gledhill J. L'alimentation de l'adulte traité pour un cancer. Disponible sur: [http://www3.ligue-cancer.net/files/national/article/documents/bro/alimentation\\_adulte.pdf](http://www3.ligue-cancer.net/files/national/article/documents/bro/alimentation_adulte.pdf)
99. Senesse P, Hébuterne X. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : propositions de Plans Personnalisés de Soins (PPS) intégrant les recommandations. *Nutr Clin Métab.* 2012;26(4):159-64.
100. Haute Autorité de Santé. Prothèses faciales. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/avis\\_definitif\\_protheses\\_faciales.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/avis_definitif_protheses_faciales.pdf)
101. Dichamp J, Guilbert F, Vaillant M. Prothèse plastique faciale. *Encycl Med Chir (Paris), Chirurgie orale et maxillo-faciale*, 22-087-M-10, 1990.
102. Benoist M. Prothèse plastique faciale. *Encycl Med Chir (Paris), Stomatologie*, 22-250-A-10, 1972.
103. Alloh Amichia YC, Vigarios E, Giumelli B, Pomar P. Maquillage des épithèses faciales : principes et mise en oeuvre. *Actual Odontostomatol (Paris)*, 2010;(251):245-59.
104. Gauyau C. Epithèses et prothèses faciales. Disponible sur: <http://www.prothese-faciale.com/>
105. Cours d'Esthétique à Option Humanitaire et Sociale. Socio Esthétique. Disponible sur: [http://www.socio-esthetique.fr/socio\\_esthetique.php](http://www.socio-esthetique.fr/socio_esthetique.php)
106. Association Française des Soins Oncologiques de Support. La socio-esthétique. Disponible sur: <http://www.afsos.org/fiche-metier/la-socio-esthetique/>
107. L'Étudiant. Devenir Socio - esthéticienne. Disponible sur: <http://etudiant.aujourd'hui.fr/etudiant/metiers/fiche-metier/socio---estheticienne.html>
108. Devin M, Grosjean C, Larchet C, Association Française des Soins Oncologiques de Support. La Socio-esthétique en cancérologie. Disponible sur: <http://www.afsos.org/fiche-referentiel/socio-esthetique-cancerologie/>
109. Basch E, Deal AM, Kris MG, Scher HI, Hudis CA, Sabbatini P, et al. symptom monitoring with patient-reported outcomes during routine cancer treatment: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2016;34(6):557-65.
110. Puizon C, Denéchaud C. Établissement d'un carnet de suivi des patients bénéficiant d'une radiothérapie pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures à l'Institut de cancérologie de l'Ouest René Gauducheau. Thèse: Docteur en Chirurgie Dentaire, Nantes, 2016.

ANDRE (Chloé) et BURASCHI (Hélène) – Soins de support en cancérologie des voies aéro-digestives supérieures. - 113 f. ; tabl. ; ill. ; 110 ref ; 30cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2017)

#### RESUME

Les soins de support développés depuis le Plan Cancer 2003 correspondent à l'ensemble des soins complémentaires aux traitements destinés à combattre le cancer. Ils tendent à apporter aux malades la meilleure qualité de vie possible et à aider son quotidien en prenant en charge les effets secondaires des traitements. Les cancers des voies aéro-digestives supérieures sont traités de façon plus ou moins invasive par chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie concomitantes ou non. Ils entraînent chez le patient des séquelles aussi bien physiques que psychologiques ou sociales.

Ces retentissements demanderont une concertation des différents professionnels de santé dans une démarche de coordination pluridisciplinaire.

Ce travail porte sur un rappel des traitements utilisés et leurs conséquences. Nous parlerons des différents intervenants et de leurs spécificités : l'algologue dans la prise en charge de la douleur, le psychologue pour l'acceptation de la maladie et de l'accompagnement social du patient, le chirurgien-dentiste pour la réhabilitation bucco-dentaire, le kinésithérapeute et l'orthophoniste dans la récupération des fonctions orales et péribuccales, le nutritionniste pour maintenir un équilibre nutritionnel et l'épithésiste et la socio-esthéticienne pour rétablir leur image corporelle.

Ces soins doivent être prodigués tout au long du parcours du patient, c'est une prise en charge longue mais essentielle. Les soins de support font partie intégrante de la prise en charge. Ils ne sont ni secondaires, ni optionnels. Il ne s'agit plus seulement de survivre, mais de vivre de mieux en mieux et plus longtemps avec la maladie.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Oto-rhino-laryngologie

#### MOTS CLES / MESH

Tumeurs oto-rhino-laryngologiques / Otorhinolaryngologic neoplasms

Addiction / Behavior addictive

Psychologie / Psychology

Odontologie / Dentistry

Kinésithérapie (spécialité) / Physical therapy specialty

Orthophonie / Speech therapy

Alimentation et nutrition / Diet, food and nutrition

Prothèse maxillo-faciale / Maxillofacial prosthesis

Esthétique / Esthetics

#### JURY

Président : Professeur GIUMELLI B.

Assesseur : Docteur LE BARS P.

Invité : Monsieur DALZON V.

Invitée : Docteur LONGIS J.

Directrice : Docteur BLERY P.

Co-directrice : Docteur DUPAS C.

#### ADRESSE DE L'AUTEUR

ANDRE Chloé

19 rue neuve 33000 BORDEAUX

chloe.sylvie.andre@gmail.com

BURASCHI Hélène

6 rue du guide 92600 ASNIERES SUR SEINE

heleneburaschi@gmail.com