

# SOINS DE SUPPORT EN COURS DE RADIOTHÉRAPIE DANS LES CANCERS DES VADS

Dr A DESPLECHIN – Centre Galilée

# Lien Ville-Hôpital

- La mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013
  - ▣ Mesure 18 : Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.
    - Action 18.2 : Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance.

# Prise en charge – cancer des VADS

<b>VUE D'ENSEMBLE DES MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DE PREMIÈRE INTENTION</b> (à préciser selon la localisation de la tumeur, son stade et l'état général du patient La stratégie thérapeutique est décrite dans le PPS transmis au médecin généraliste)		
<b>Chirurgie</b>	<b>Radiothérapie</b>	<b>Chimiothérapie conventionnelle et thérapies ciblées (13)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Par voie externe ou interne (endoscopique ou robot chirurgical)</li><li>■ Exérèse complète avec marges de sécurité en préservant au maximum la fonction de l'organe</li><li>■ Curage ganglionnaire jugulo-carotidien qui, selon le siège de la tumeur et le stade, est :<ul style="list-style-type: none"><li>● +/- étendu</li><li>● uni ou bilatéral</li><li>● fonctionnel ou radical (emportant une structure noble latéro-cervicale : nerf accessoire, veine jugulaire interne, etc.)</li></ul></li><li>■ Reconstruction souvent nécessaire, par lambeaux, prothèses, implants, etc.</li><li>■ Souvent suivie de radiothérapie +/- chimiothérapie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Radiothérapie par modulation d'intensité ou curiethérapie pour certaines tumeurs accessibles, de petit volume et bien limitées</li><li>■ En traitement principal ou en postopératoire</li><li>■ Sur la tumeur ou le lit tumoral, +/- les aires ganglionnaires</li><li>■ Nécessite une prophylaxie fluorée des dents en bon état qui sera démarrée avec la radiothérapie et poursuivie à vie (port de gouttières de fluoration)</li></ul>	<p>Principales molécules utilisées (voie IV) :</p> <p><b>Chimiothérapie conventionnelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Sels de platine (cisplatine ou carboplatine)</li><li>■ 5-FU</li><li>■ Docetaxel</li></ul> <p><b>Thérapie ciblée</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Cetuximab<sup>3</sup></li></ul> <p><b>Utilisations :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Pour potentialiser la radiothérapie en postopératoire ou lorsque la chirurgie n'a pas été retenue</li><li>■ En traitement d'induction avant chirurgie et/ou radiothérapie (stratégie de préservation d'organe)</li></ul>

# Soins de support

- ▣ Plan Cancer II (2009–2013),
- ▣ Définition
  - « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements spécifiques »
  
- ▣ objectifs
  - meilleure qualité de vie des patients et des proches
  
- ▣ Professionnels de santé - compétences
  - psychologie
  - douleur
  - nutrition
  - addictions
  - programme d'éducation thérapeutique
  - aide sociale
  - ---

# Souffrance psychologique

- Syndromes dépressifs 6 à 15 %
  - ▣ Risque suicidaire accru (femmes)
  - ▣ Humeur dépressive augmente pendant le traitement
- Traitement médicale précoce
  - Antidépresseur
  - Anxiolytique benzodiazépines de courte durée.
- Entretien psychologue clinicien ou un psychiatre CMP – (ERC-association psychisme et cancer)

# Douleur

- 50 % des patients avant le traitement,  
80 % pendant le traitement  
70 % après le traitement
  
- Les traitements médicaux
  - ▣ Douleurs nociceptives : antalgiques de palier I, II, III
  - ▣ Douleurs neuropathiques : tricycliques – antiépileptiques
  - ▣ Douleurs psychogènes : benzodiazépines
  
- Les médecines complémentaires : accord médical

# Addictologie

- Dans l'enquête menée 2 ans après un diagnostic de cancer,
  - ▣ 18 % de la population atteinte d'un cancer des VADS continuait de fumer
  - ▣ 25 % consommaient de l'alcool 4 fois par semaine
  
- ▣ consultation systématique de tabacologie.
- ▣ prescription de substituts nicotiques
  
- ▣ bilan en alcoologie

# Prise en charge sociale

- ***tout au long du parcours de soins du patient et dans l'après-cancer***
- Repérage de la fragilité sociale
  - ▣ échelles spécifiques comme le score EPICES
  - ▣ évaluer la situation administrative et sociale du patient,
- Elaborer un plan d'actions de manière à veiller à ses conditions de vie et à favoriser une bonne organisation et coordination au domicile
- HAD, les SSIAD, les IDE libérales, les services d'aide à la personne, les assistantes sociales des différentes caisses de sécurité sociale, MSA, MGEN, CLIC.
  - ▣ mise en place d'aide humaine : TISF (Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale), AVS (Auxiliaire de Vie Sociale), portage de repas.
  - ▣ prise en charge financière de ces différentes aides (ADPA (Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie), fonds FNASS (Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale de Soins Palliatifs), aides sociales, etc.).

# Nutrition

---

- Modifications olfactives et gustatives
- Déglutition
- ***Dénutrition***

# Modification de la capacité gustative/olfactive



## Altération du goût et de l'olfaction en cancers ORL :

L'altération du goût et de l'olfaction concerne 56 à 76% des patients [1]. Elles arrivent en tête des plaintes des patients avec 48,2% qui en souffrent, devant la toux, la parole, la bouche sèche.

# Altération du goût

## □ Chimio

### Chimiothérapie des cancers des VADS

- Peu de molécules différentes sont utilisées en cancérologie des VADS (historiquement le 5 fluoro-uracile, les sels de platine et le méthotrexate puis le cetuximab et les taxanes). Une incidence de 29% de dysgueusie lors de l'utilisation du cetuximab pour le carcinome épidermoïde tête et cou [19]. Dans les grandes études princeps, aucune mention de dysgueusie n'est rapportée parmi les effets secondaires.
- Des données sur ces molécules existent dans la littérature mais lors d'utilisation dans d'autres indications que les cancers des VADS :
  - Cisplatine – Docetaxel dans les cancers bronchiques : 36% de dysgueusie [1]
  - Taxanes pour le cancer du sein : dysgueusie perdurant maximum 4 à 7 jours après la chimiothérapie. A noter que 59% des patientes ont pris du poids malgré cette dysgueusie. [20]

## □ RT

### Dysgueusie

- **Apparition dès la 1<sup>ère</sup> semaine d'irradiation** et est maximale à la 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> semaine. A 60 Gy, 90% des patients ont une dysgueusie. La perte de goût n'est généralement pas observée en dessous de 20 Gy [21,22].
- Proportionnelle à la dose d'irradiation totale de la glande parotide
- Environ 15% des patients gardent une dysgueusie après l'arrêt de l'irradiation :
  - Amélioration partielle de goût généralement entre le 20<sup>ème</sup> et le 60<sup>ème</sup> jour après la fin de la radiothérapie [21,22].
  - **Rétablissement quasi-total du goût en moins d'un an après la radiothérapie et totalement après 7 ans [1]**

## □ RT CT

### Incidence globale

76% en cas de radiochimiothérapie [1]

### Accentuation en cas de :

Mauvais état buccodentaire : infection, rhinorrhée postérieure, RGO, mucite orale

# Altération du goût

## Quand et quels patients orienter ?

- A la demande du patient
- A la demande des professionnels de santé (importance des aides soignantes)
- Prise en charge spécifique selon certaines situations

## Conseils diététiques :

- Mâcher et avaler lentement pour augmenter l'insalivation et la perception des saveurs [25]
- Améliorer l'aspect visuel des plats
- Adapter les assaisonnements et les choix des aliments
- Favoriser les aliments riches en eau
- Augmentation des apports en liquides

**A perpétuer jusqu'à la fin du traitement**

## Supplémentation

La supplémentation en zinc peut être discutée en curatif [1].

## Conseils aux patients

- Brochure patient et professionnel : [Nutrition et Cancer. Bien se nourrir avec plaisir](#)
- [Vite fait Bienfaits](#)® et son application smartphone

## Vers qui orienter ?

- Prise en charge dans un établissement de santé
- Prise en charge à domicile

[Page 46](#)

Peut faire l'objet d'ateliers  
d'éducation thérapeutique

# Olfaction

## Prise en charge des troubles olfactifs

### Quand et quels patients orienter ?

- A la demande du patient
- Au besoin selon les situations
- **Systematiquement pour les patients laryngectomisés**

### Tests aux corticoïdes généraux +/- locaux

En l'absence de contre indication

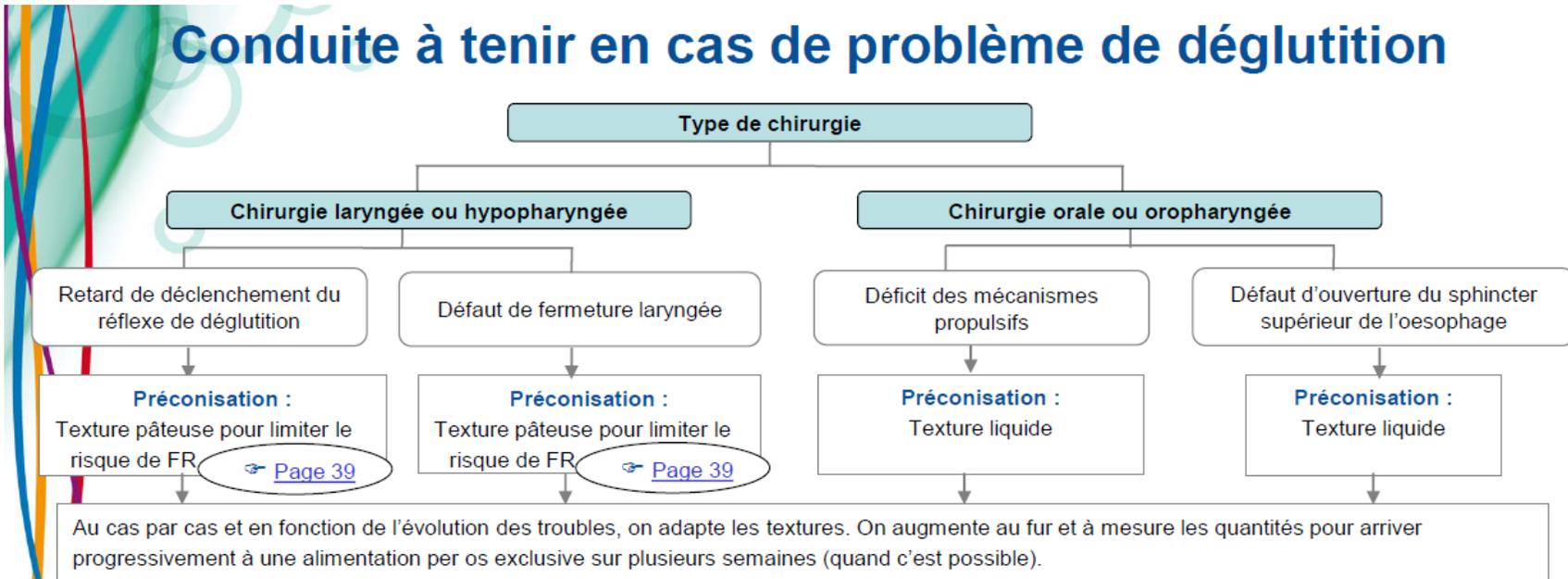
Bonne hygiène nasale en cas de rhinite croûteuse

### Vers qui orienter ?

- ORL pour un examen nasofibroscopique de la cavité nasale
- Équipe d'orthophonie

# Déglutition

## Conduite à tenir en cas de problème de déglutition



### Evolution des textures

Les définitions des textures et procédures d'évolution des textures sont variables d'un établissement à l'autre mais une initiative est en cours pour la réalisation d'une standardisation internationale des textures (IDDSI).

Chirurgie orale ou Oropharyngée	½ liquide*	Liquide			Mixée	Moulinée	Normale
		Gazeux	Froid	Chaud			
*Pour éviter les fausses routes							
Laryngectomie ou Pharyngectomie partielle	Essai pâteux en présence d'une orthophoniste	Lisse		Mixée	Moulinée	Normale	

# Prise en charge nutritionnelle

*« Voir l'alimentation uniquement par la supplémentation par compléments nutritionnels oraux ou sur le mode entéral, est nécessairement réducteur dans un pays où le repas gastronomique est érigé en patrimoine culturel par l'UNESCO. »*

Professeur Ivan Krakowski, Président AFSOS, 8<sup>ème</sup> congrès national des soins oncologiques de support, Octobre 2016.

# Dénutrition

Avant le début des traitements : 30 à 50% des patients ORL

Pendant et après la radiothérapie : 44 à 88% des patients

Tous les patients sont à risque → **évaluation précoce**

Cancer de l'hypopharynx, oropharynx cavité buccale et larynx supra glottiques = risque  
+++

Anorexie, dysphagie, dysgueusie → amaigrissement rapide

# Définitions

## **Patient avec critères de gravité**

- + 70 ans,
- T3 T4 oropharyngé ou tumeur du cavum,
- dysphagie,
- odynophagie,
- antécédents de pathologies digestives à risque (pancréatites, cirrhose, gastrectomie...),
- alcool non sevré,
- isolement social,
- PS : 2-3,
- tabagisme > 20 /jour.

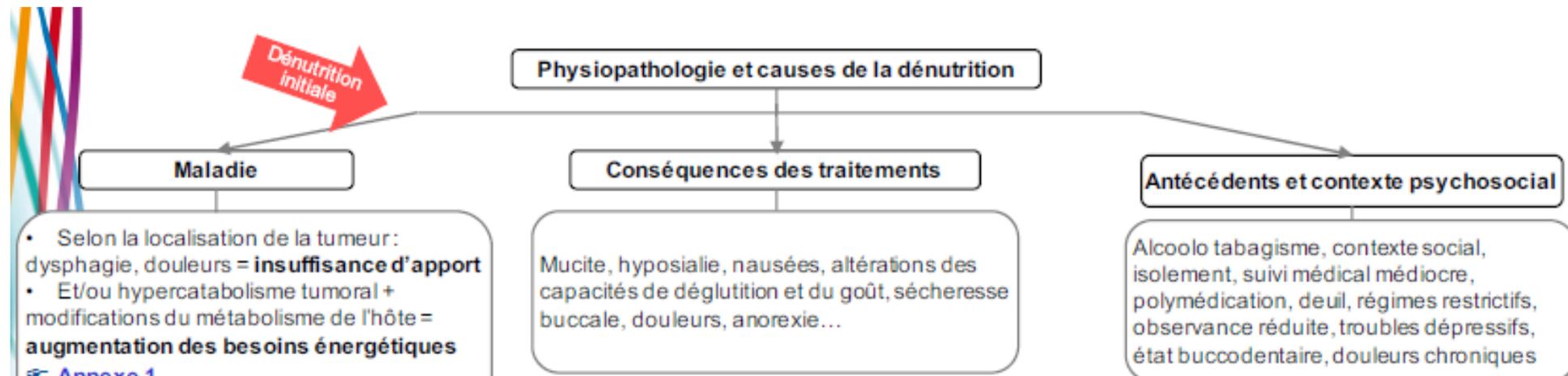
# Définitions

	Age < 70 ans		Age ≥ 70 ans	
	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère
Perte de poids	≥ 5 % en 1 mois ≥ 10% en 6 mois	≥ 10 % en 1 mois ≥ 15% en 6 mois	≥ 5 % en 1 mois ≥ 10% en 6 mois	≥ 10 % en 1 mois ≥ 15% en 6 mois
IMC (P/T <sup>2</sup> )	≤ 18,5	≤ 16	< 21	< 18
Albumine	< 30 g/l	< 20 g/l	< 35 g/l	< 30 g/l
Mini Nutritional Assessment	-		≤ 17 (/30)	-

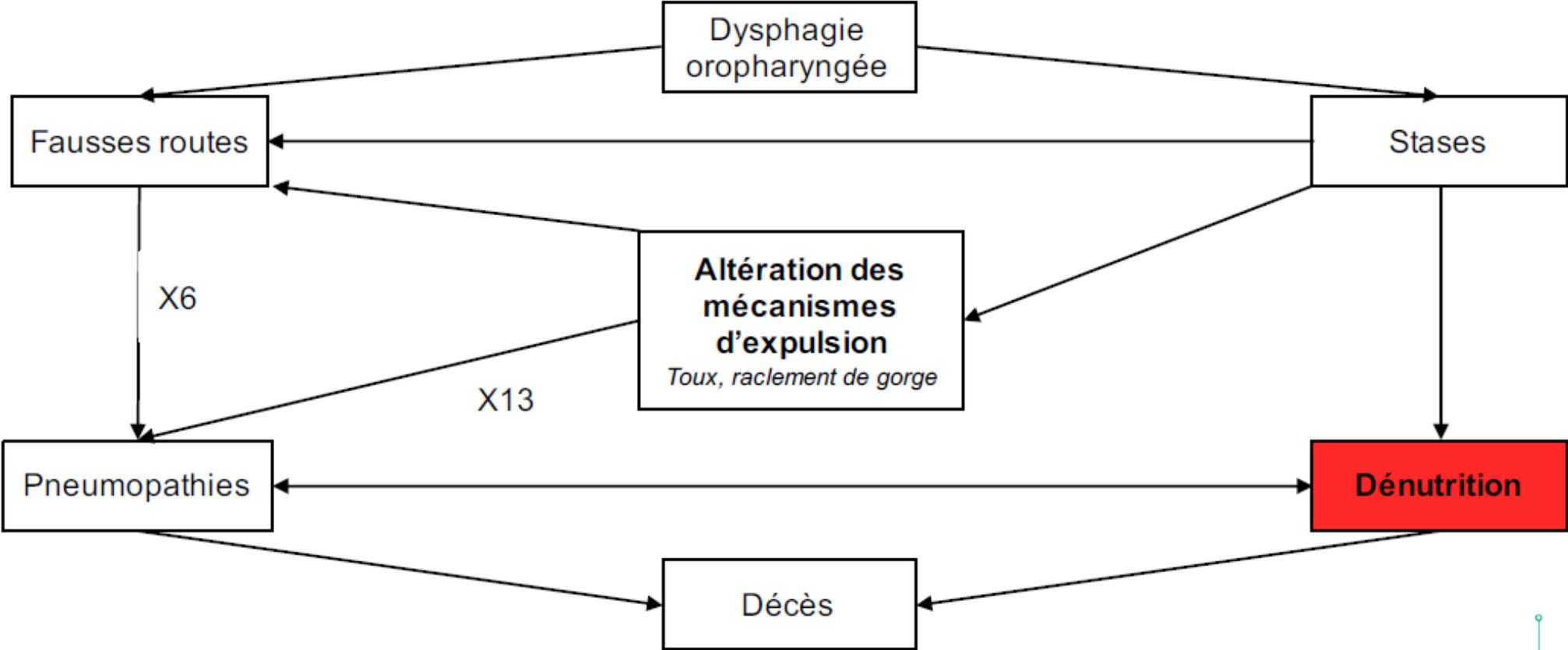
# Physiopathologie et causes de la dénutrition

## □ L'étiologie de la dénutrition dans les cancers est toujours multifactorielle - Spécificités ORL :

- diminution des apports du fait de l'altération de l'alimentation orale : douleur / déglutition ?



# Cascade de la dénutrition en lien avec la dysphagie



# Déglutition

Travail en collaboration avec les orthophonistes et les médecins responsables sur le plan oncologique en fonction de la sévérité de la dysphagie.

## **Objectifs de la prise en charge :**

- déterminer les **risques** à poursuivre une alimentation orale par rapport au projet thérapeutique,
- déterminer les conditions de l'alimentation orale si elle peut être poursuivie : contraintes en terme de modification de **textures**, de position et/ou manœuvres de déglutition, de planification des prises alimentaires,
- déterminer les modalités d'alimentation permettant avec ces informations d'assurer les **objectifs nutritionnels**.

# Douleur

L'amaigrissement est souvent le témoin d'une **douleur sévère**.

1. Prescrire un antalgique de palier adapté à la douleur du patient d'emblée

**Prescription rapide, voire d'emblée, d'opioïdes**

Réévaluation précoce (48-72 heures après pour titration).

**Le passage par des antalgiques de palier II est généralement une perte de temps aggravant le pronostic nutritionnel du patient.**

2. Respecter les délais d'action des antalgiques et co-antalgiques

**Pour qu'une prémédication antalgique donnée avant les repas soit efficace :**

- - en moyenne une heure pour les antalgiques de paliers I, II et III par voie per os,
- 10 minutes par voie intraveineuse et les Fentanyl d'Action Rapide (FAR),

3. Adapter les formes galéniques

Compte tenu de l'odynophagie, des nausées/vomissements, de la mucite, voire des fausses routes.

Le soulagement de la douleur repose avant tout sur la prise d'antalgiques par **voie systémique**.

Les traitements topiques (bains de bouche à la morphine, aux corticoïdes, anesthésiques locaux...) ne se prescrivent qu'en complément des antalgiques et sont une option

# Objectifs de la prise en charge nutritionnelle



- prévention et dépistage précoce de la dénutrition,
- amélioration de la qualité de vie,
- réduction du nombre de complications liées aux traitements et à la dénutrition,
- prévenir les interruptions ou l'arrêt total de traitement,
- amélioration du pronostic général et spécifique à la maladie.

# Dépistage de la dénutrition

## Qui ?

- Pour tous les patients
- Par tous les professionnels intervenant dans la prise en charge

## Quand ?

### A toutes les étapes

Consultation préopératoire, lors des suivis post opératoires, en début de radiothérapie, lors des venues pour chimiothérapies, consultation soins de support...

## Comment ?

Avec un interrogatoire du patient et des outils simples:

- Cinétique/variation du poids (critère HAS) : si perte  $\geq 5\%$  : altération du pronostic
- EPA (Echelle de Prise Alimentaire) : si EPA  $< 7$  : risque de dénutrition donc orientation
- L'anamnèse : apports nutritionnels quotidiens, difficultés alimentaires, évaluation de l'appétence du patient



# Évaluation de la dénutrition

**Comment ?**

**Dans toutes les situations**

**Pesée systématique**

**Pourcentage de perte de poids**

Calcul de l'IMC

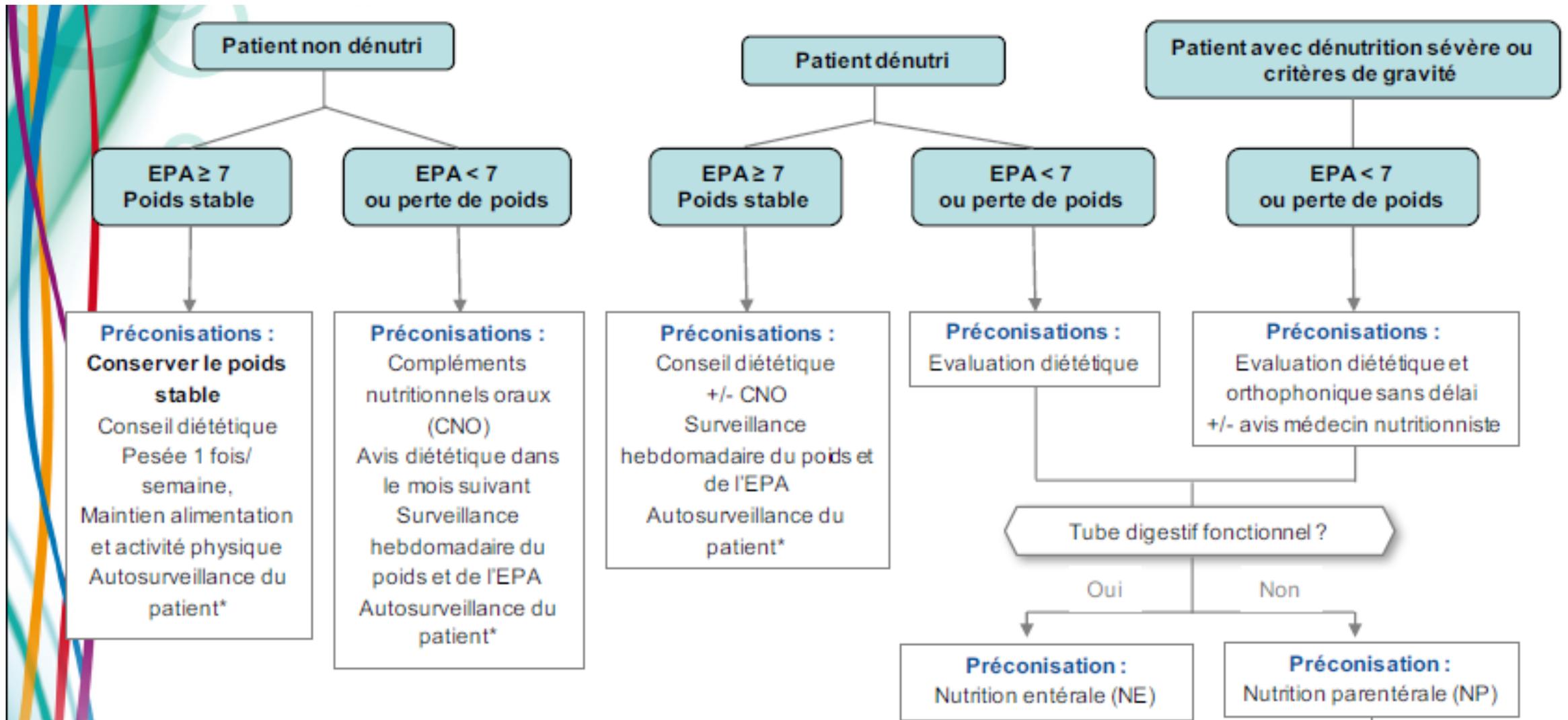
**EPA ou 2/3 des besoins énergétiques**

Consommation d'alcool

**En complément (à demander systématiquement en pré-opératoire) :**

**Albuminémie\* et CRP\***

# Conduite à tenir



# Recommandations nutritionnelles

- 25 a 30 kcal/kg par jour en peropératoire
- 30 a 35 kcal/kg par jour en oncologie médicale,
- 1,2 a 1,5 g/kg de protéines par jour,
  
- dépister le risque de carences au minimum en vitamines B1, B6,
  - +/- B9, K, A, D E
  - oligoélément (zinc)
  - ou ions (potassium, magnésium, phosphore),
- vérifier la bonne hydratation du patient.



# Prophylaxie

## SNG

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"><li>• Durée moins importante de la nutrition entérale (durée inférieure à 4 semaines pour la SNG contre 28 semaines pour les GPE)</li><li>• Reversibilité</li><li>• Geste peu invasif</li><li>• Alimentation orale peut être conservée</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conséquences locales oropharyngées de la SNG ayant un impact sur la déglutition, douleur pharyngées</li><li>• Détérioration de la qualité de vie, stigmatisation sociale</li></ul>

## Gastrostomie prophylactique

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"><li>• Meilleure qualité de vie</li><li>• Meilleur maintien du poids</li><li>• Alimentation orale peut être conservée</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacité de déglutition médiocre 2 ans après la fin des traitements avec une gastrostomie prophylactique si perte de l'oralité</li><li>• Meilleure évolution dans les textures chez les patients n'ayant pas eu de gastrostomie prophylactique et chez ceux qui ont maintenu une alimentation per os complète ou partielle.</li></ul>

# SRI : syndrome de renutrition inappropriée

## Facteurs de risques de SRI : Critères de NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)

Critères majeurs (un seul suffit)	Critères mineurs (au moins deux)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Index de masse corporelle &lt; 16 kg/m<sup>2</sup></li><li>• Perte pondérale involontaire &gt; 15 % en 3-6 mois</li><li>• Aucun ingesta ou ingesta limité pendant au moins 10 jours</li><li>• Hypophosphatémie ou hypokaliémie ou hypomagnésémie avant la renutrition</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Index de masse corporelle &lt; 18,5 kg/m<sup>2</sup></li><li>• Perte pondérale involontaire &gt; 10 % en 3-6 mois</li><li>• Aucun ingesta ou ingesta limité pendant au moins 5 jours</li><li>• Alcoolisme</li><li>• Traitements (insuline, chimiothérapie, diurétique)</li></ul>

# Consultation initiale

**1. Evaluation nutritionnelle systématique au cours de la consultation initiale avec l'oncologue radiothérapeute.**

**2. Information du patient sur l'importance du suivi et de la prise en charge nutritionnelle :**

majoration des effets secondaires/ complications de la radio+/-chimiothérapie, asthénie et qualité de vie, allongement du délai de normalisation des effets secondaires

**3. Consultation diététique recommandée des le début de la radiothérapie ou, a défaut, dès les premiers troubles nutritionnels :**

- si stabilité ou majoration du poids et  $EPA \geq 7$  : information sur les troubles nutritionnels pendant la radiotherapie et transmission d'informations au patient,

-si perte de poids ou  $EPA < 7$  : consultation diététique dès que possible.

**4. Bilan buccodentaire systématique avant irradiation : remise en état buccodentaire, prévention de l'ostéoradionécrose mandibulaire, conseil d'hygiène buccodentaire**

**5. Initiation, si possible de la rééducation à la déglutition**

# Consultation hebdomadaire en cours d'irradiation : adaptation des apports énergétiques

- 1. Adapter les textures - initier/majorer une nutrition**
- 2. Garder une alimentation per os, a minima (liquide), dans la mesure du possible pour limiter les synéchies.**
- 3. Tenir compte des transports itératifs et du temps important pour le passage des poches de la nutrition**
- 4. Réévaluer la douleur de fond et induite par la mastication et la déglutition.**
- 5. Dysgueusies/hypo/agueusies, hypo/anosmies en cours d'irradiation.**
- 6. Nausées et vomissements**
- 7. Poursuivre la rééducation à la déglutition si possible**

# Consultation après la radiothérapie

- 1. Réaliser un suivi médical pour vérifier la normalisation des principaux effets secondaires et adapter le traitement antidouleur**
- 2. Réaliser un suivi nutritionnel rapproché dans les semaines et mois**
- 3. Poursuivre ou reprendre la rééducation à la déglutition si elle a été**
- 4. Poursuivre ou reprendre la kinésithérapie de drainage du lymphœdème cervical**
- 5. Suivi buccodentaire systématique à 3 mois puis 1 à 2 fois par an:**
  - réhabilitation dentaire prothétique pour faciliter la mastication,
  - observance de la fluoroprophyllaxie,
- 6. dépistage et prise en charge des douleurs chroniques séquellaires.**

# Quand arrêter la renutrition ?

- état de sante du patient est satisfaisant
- les objectifs nutritionnels atteints.
  
- **Par qui :**
  - **oncologue, médecin nutritionniste, diététicienne, orthophoniste, infirmière**, professionnel de sante de ville (diététicienne, chirurgien ORL, radiothérapeute, Prestataire de Sante a Domicile, medecin généraliste).
  
- **Comment :**
  - apport alimentaire per os couvrant les besoins protéino-énergétiques du patient,
  - courbe de poids,
  - déglutition satisfaisante,
  - pré-albuminémie.

# Après le traitement

La surveillance de l'état nutritionnel reste fondamentale car :

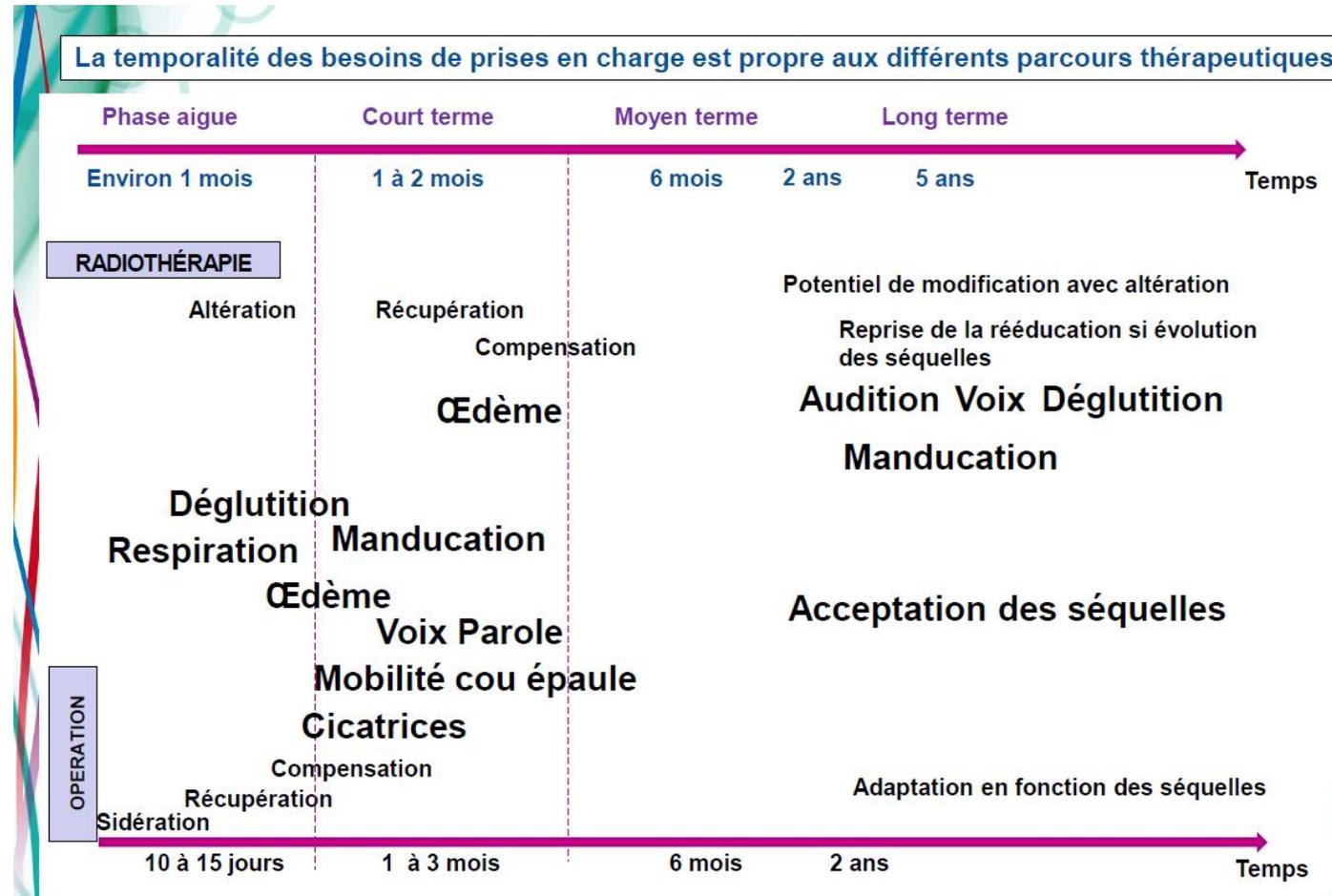
- 25 % des patients vont présenter un 2eme cancer (en majorité au niveau des VADS ou au niveau bronchique),
- les séquelles des traitements ne sont pas stables et peuvent s'aggraver dans le temps voire très à distance (plus de 10 ans), notamment si le traitement inclut un temps de chimio radiothérapie.

Le patient doit être éduqué à l'autosurveillance de sa courbe de poids et connaître les acteurs de santé à alerter en cas d'amaigrissement involontaire.

Ces risques, même s'ils s'amenuisent avec le temps, demeurent tout au long de la vie.

**En pratique toute altération de l'état nutritionnel doit conduire rapidement à un bilan étiologique**, conduisant en l'absence de cause évidente, une réévaluation carcinologique puis si négative, un bilan de déglutition parallèlement à la mise en place d'une prise en charge diététique.

# Indication de rééducation



# Références

- **Société Française d'ORL : Organisation du parcours initial de soins en cancérologie des VADS**
- **Inca – HAS guide ALD : Cancer des voies aérodigestives supérieures 2009**
- **Inca : K VADS guide MG février 2018**
- **AFSOS**