



**HAL**  
open science

## Le médecin généraliste et le cancer des voies aéodigestives supérieures

Béatrice Afanassieff Dugny

► **To cite this version:**

Béatrice Afanassieff Dugny. Le médecin généraliste et le cancer des voies aéodigestives supérieures. Sciences du Vivant [q-bio]. 2001. hal-01732431

**HAL Id: hal-01732431**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732431v1>**

Submitted on 14 Mar 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



**THESE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**Béatrice AFANASSIEFF DUGNY**

le 29 juin 2001

**LE MEDECIN GENERALISTE ET LE CANCER DES VOIES  
AERODIGESTIVES SUPERIEURES**



Examineurs de la thèse :

M. C. SIMON	Professeur	Président
M. P BEY	Professeur	Juge
M. J.F. CHASSAGNE	Professeur	Juge
M. L. FRANCO	Maître de Conférences	Juge
M. B. TOUSSAINT	Docteur en Médecine	Juge







**THESE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**Béatrice AFANASSIEFF DUGNY**

le 29 juin 2001

**LE MEDECIN GENERALISTE ET LE CANCER DES VOIES  
AERODIGESTIVES SUPERIEURES**

Examineurs de la thèse :

M. C. SIMON	Professeur	Président
M. P BEY	Professeur	Juge
M. J.F. CHASSAGNE	Professeur	Juge
M. L. FRANCO	Maître de Conférences	Juge
M. B. TOUSSAINT	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

-----  
Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

**Asseseurs**

du 1er Cycle :

du 2ème Cycle :

du 3ème Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mme le Professeur Michèle KESSLER

Mr le Professeur Jacques POUREL

Mr le Professeur Philippe HARTEMANN

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON - Professeur François STREIFF

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Louis PIERQUIN - Etienne LEGAIT - Jean LOCHARD - René HERBEUVAL - Gabriel FAIVRE - Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER - Paul SADOUL - Raoul SENAULT - Pierre ARNOULD - Roger BENICHOUX - Marcel RIBON

Jacques LACOSTE - Jean BEUREY - Jean SOMMELET - Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX - Michel MANCIAUX - Paul GUILLEMIN - Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN - Claude CHARDOT - Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY - François STREIFF - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE - Robert FRISCH - Jean GROSDIDIER - Michel PIERSON - Jacques ROBERT

Gérard DEBRY - Georges GRIGNON - Pierre TRIDON - Michel WAYOFF - François CHERRIER - Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Jean PREVOT - Pierre BERNADAC - Jean FLOQUET

Alain GAUCHER - Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE - Michel DUC - Claude HURIET - Pierre LANDES

Alain LARCAN - Gérard VAILLANT - Daniel ANTHOINE - Pierre GAUCHER - René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ - Jacques LECLERE - Francine NABET - Jacques BORRELLY

=====  
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

-----  
**42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Michel RENARD - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Eric LABOUYRIE

-----  
**43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND - Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOFFFEL - Professeur Luc PICARD - Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON - Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Pierre NABET - Professeur Jean-Pierre NICOLAS  
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre MALLIE  
Professeur François MARCHAL - Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

-----

**45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

1ère sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Philippe CANTON - Professeur Thierry MAY

-----

**46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Jean-Pierre DESCHAMPS - Professeur Philippe HARTEMANN

Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

2ème sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET

3ème sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur Bernard LEGRAS - Professeur François KOHLER

-----

**47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

1ère sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Pierre BORDIGONI -

Professeur Pierre LEDERLIN - Professeur Jean-François STOLTZ

2ème sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

-----

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Dan LONGROIS

2ème sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT - Professeur Nicolas DELORME - Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

-----

**49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1ère sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Michel WEBER - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI

2ème sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Henri HEPNER - Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean-Marie ANDRE

-----

**50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

1ère sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL - Professeur Isabelle VALCKENAERE

2ème sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel SCHMITT - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3ème sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique*)

Professeur François DAP

-----

**51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

1ère sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4ème sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Gérard FIEVE

-----

**52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

1ère sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie*)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3ème sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4ème sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT

-----

**53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

1ère sous-section : (*Médecine interne*)

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI - Professeur Pierre KAMINSKY

2ème sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Laurent BRESLER

-----

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1ère sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Paul VERT - Professeur Danièle SOMMELET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Pierre MONIN  
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Gilles DAUTEL

3ème sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Pierre DROUIN - Professeur Georges WERYHA

5ème sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Professeur Hubert GERARD

-----

**55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Antoine RASPILLER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Michel STRICKER - Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

-----

**27ème section : INFORMATIQUE**

Professeur Jean-Pierre MUSSE

-----

**64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Daniel BURNEL

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ**

**Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie**

Docteur RESTREPO

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Yves GRIGNON - Docteur Béatrice MARIE

-----

**43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER  
Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

-----

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Marie-André GELOT - Docteur Xavier HERBEUVAL - Docteur Jean STRACZEK  
Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN - Dr Bernard NAMOUR

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT - Docteur Nicole LEMAU de TALANCE - Christian BEYAERT

-----

**45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

1ère sous-section : (*Bactériologie - Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY - Docteur Michèle WEBER - Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX - Docteur Alain LOZNIEWSKI

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA - Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

-----

**46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Mickaël KRAMER

-----

**47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

1ère sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Jean-Claude HUMBERT - Docteur François SCHOONEMAN

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4ème sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

-----

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

-----

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5ème sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

-----

**19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Michèle BAUMANN .

-----

**32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE**

Monsieur Jean-Claude RAFT

-----

**40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

-----

**60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

-----

**64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Odile PERRIN - Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

-----

**65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Anne GERARD

Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

-----

**67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**

Madame Nadine MUSSE

-----

**68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES**

Madame Tao XU-JIANG

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Louis FRANCO

=====

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Georges GRIGNON - Professeur Michel MANCIAUX

Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Michel PIERSON - Professeur Alain GAUCHER

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel DUC

Professeur Michel WAYOFF - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Claude HURIET

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur René-Jean ROYER

=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

*Université Catholique, Louvain (Belgique)*

Professeur Charles A. BERRY (1982)

*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

*Brown University, Providence (U.S.A)*

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

*Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)*

Professeur Harry J. BUNCKE (1989)

*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

*Université d'Helsinki (FINLANDE)*

Professeur James STEICHEN (1997)

*Université d'Indianapolis (U.S.A)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des  
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE**

**Monsieur le professeur C. SIMON**  
**Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie**

Vous nous avez fait l'honneur de présider cette thèse.  
Nous vous remercions pour la qualité de l'enseignement que vous nous  
avez prodigué pendant nos études.  
Que ce travail soit le témoignage de notre profonde admiration.



## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Monsieur le professeur P. BEY**  
**Professeur de radiothérapie**

Vous nous avez accordé votre confiance en acceptant de juger ce travail et nous vous en remercions.

Nous avons apprécié la qualité de votre enseignement.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Monsieur le professeur J.F. CHASSAGNE**  
**Professeur de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie**

Nous sommes très touchée de l'honneur que vous nous faites en acceptant de participer au jury de cette thèse.

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement et d'en apprécier la richesse.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Monsieur le docteur L. Franco**  
**Maître de conférences de médecine générale**

Nous avons eu l'honneur de bénéficier de votre enseignement lors de nos premiers pas en médecine générale.

Nous admirons votre compétence et vos qualités humaines.

Nous avons beaucoup apprécié de travailler à vos cotés.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

## **A NOTRE JUGE**

**Monsieur le docteur B. TOUSSAINT**  
**Oto-Rhino-Laryngologiste et chirurgien cervico-facial**

Tu as été l'instigateur de ce travail et tu nous m'as soutenue avec une remarquable disponibilité et de précieux conseils.

Tu as accepté ma présence en consultation et je t'en remercie vivement. J'ai été impressionnée par ton enthousiasme pour l'Oto-Rhino-Laryngologie et ta rigueur de travail.

Que ce travail témoigne de ma profonde estime et de ma sincère amitié.

Sincères remerciements à

-Madame le Docteur S. Toussaint pour ses conseils précieux et sa patience.

-Monsieur le Docteur L. Geoffroy et Monsieur le Docteur M. Lapeyre pour leur aide dans la réalisation de ce travail.

-Tout le personnel du service d'ORL de l'hôpital Central de Nancy pour leur accueil et leur gentillesse.

Cette thèse est dédiée:

**A Olivier.** Aucun mot ne saurait exprimer la gratitude et l'amour que je ressens pour toi.

Merci pour ta collaboration ...patiente à ce travail et surtout merci pour tout le bonheur que tu m'apportes tous les jours de notre vie.

**A Théophile,** notre fils. Merci pour ta patience. Avec tout l'amour de ta maman.

**A mon père,** sans qui je ne serai pas là. Que cette thèse soit le témoignage de mon amour pour toi.

**A ma mère.** Tu vois, il ne faut jamais désespérer, le coton est finalement bien filé. Merci de m'avoir fait confiance malgré les jugements d'autrui.

**A ma grand-mère,** avec tous mes remerciements. De "là haut", elle sait pourquoi.

**A ma sœur Anne-Claire,** Alain et leurs enfants Sophie et Adrien. Vous avez su être présents pendant des moments difficiles et je vous en suis infiniment reconnaissante.

N'oubliez pas que la vie est trop courte!

**A mon frère Nicolas,** en espérant que ce travail t'apportera de précieux renseignements pour tes patients. Merci d'être passé le premier...

**A mon frère Damien.** Je me demande souvent si je n'aurai pas du suivre ton exemple et faire des petits traits...Merci d'avoir accompagné mon enfance.

**A Rosy,** merci pour tout et surtout pour Olivier.

**A Christophe, Cathy et Lucas.**

**A Dany, Roland, Julie et Lorène.**

**A Sandrine et Antoine.** Vous avez assuré "l'intendance" de nos thèses et je vous en remercie très sincèrement.

**A tous mes amis et à leurs enfants.**

## SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

**LE MEDECIN  
GENERALISTE  
ET  
LE CANCER  
DES VOIES  
AERODIGESTIVES  
SUPERIEURES**



# **Table des matières**

**INTRODUCTION** p.24

**PREMIERE PARTIE:  
LE MEDECIN GENERALISTE ET LA  
PREVENTION DES CANCERS DES VADS** p.26

**Epidémiologie et facteurs de risque** p.27

**A. Epidémiologie** p.27

**B. Facteurs de risque** p.28

- I. Le tabac p.28
- II. L'alcool p.30
- III. L'interaction tabac-alcool p.31
- IV. Les facteurs nutritionnels p.33
- V. L'hérédité p.33
- VI. L'état dentaire p.34
- VII. La répartition socio-professionnelle p.34
- VIII. Les facteurs climatiques et l'environnement p.35
- IX. L'âge p.35
- X. Spécificités et localisations p.36
- XI. La radiothérapie p.36

**La prévention des facteurs de risque  
pour les cancers des VADS** p.37

**A. Le sevrage tabagique** p.38

- I. Le conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac p.39
- II. Les raisons de la poursuite du tabagisme p.40
- III. La phase préparatoire au sevrage p.41
- IV. L'arrêt du tabagisme p.50
- V. Les traitements médicamenteux d'aide  
au sevrage tabagique p.52
- VI. Les conseils diététiques à fournir aux patients p.55
- VII. Les autres moyens d'accompagner le sevrage p.56
- VIII. La rechute p.56
- IX. Le cas particulier des patients atteints  
de cancer des VADS p.57

**B. Le sevrage alcoolique** **p.58**

- I. Les patients concernés par le sevrage alcoolique p.59
- II. Le rôle du médecin généraliste p.59
- III. Quelques définitions p.60
- IV. Les conditions nécessaires au sevrage p.61
- V. Les contre-indications du sevrage p.62
- VI. Les modalités de sevrage p.62
- VII. Traitements médicamenteux p.63
- VIII. Intoxication éthylo-tabagique p.65
- IX. Les accidents du sevrage p.65
- X. Autres pathologies associées p.66

**C. Autres conseils de prévention** **p.67**

**DEUXIEME PARTIE :**  
**LE MEDECIN GENERALISTE ET LE**  
**DEPISTAGE DES CANCERS DES VADS** **p.68**

**Pourquoi dépister?** **p.69**

**Comment dépister?** **p.70**

**A. Tenir compte des facteurs de risque** **p.70**

**B. L'écoute des symptômes** **p.71**

- I. Dysphagie p.72
- II. Douleur p.72
- III. Autres symptômes p.73

**C. Effectuer un examen clinique**  
**complet de dépistage** **p.75**

**D. Conduite à tenir devant**  
**un patient suspect de cancer des VADS** **p.88**

**TROISIEME PARTIE :  
LE MEDECIN GENERALISTE  
ET LE TRAITEMENT  
DES CANCERS DES VADS** **p.89**

**Les traitements non spécifiques** **p.90**

**A. Aspect psychologique** **p.90**

- I. L'annonce du diagnostic p.91
- II. L'information au cours des traitements p.93
- III. Après le traitement p.93
- IV. L'annonce de la première rechute p.94

**B. Dénutrition et cancers des VADS** **p.95**

- I. Les facteurs de la dénutrition p.95
- II. La prise en charge nutritionnelle p.97
- III. Les modes d'alimentation p.103

**C. La prise en charge de la douleur** **p.106**

- I. Quels sont les mécanismes de la douleur? p.107
- II. Quels sont les règles à respecter pour la prise en charge de la douleur ? p.110
- III. Comment évaluer la douleur ? p.111
- IV. Comment prendre en charge les douleurs par excès de nociception? p.115
- V. Comment prendre en charge les douleurs neuropathiques? p.129
- VI. Quels sont les traitements co-antalgiques médicamenteux et non médicamenteux? p.131

**D. Bilan bucco dentaire** **p.136**

**Les traitements spécifiques** **p.137**

**A. La chirurgie des cancers des VADS** **p.138**

I.	Chirurgie tumorale	p.138
II.	Chirurgie ganglionnaire	p.140
III.	Suites opératoires	p.141
IV.	Complications	p.142
V.	Séquelles	p.143

## **B. La radiothérapie des cancers des VADS p.146**

I.	Généralités	p.146
II.	Les effets secondaires de la radiothérapie dans le cadre des cancers des VADS	p.147
III.	Recommandations et conseils à donner aux patients	p.152
IV.	Relation entre médecin généraliste et radiothérapeute	p.155

## **C. La chimiothérapie des tumeurs des VADS p.156**

I.	Bilan pré-thérapeutique	p.156
II.	Autres précautions	p.158
III.	Les principaux effets secondaires	p.159

## **La réhabilitation post thérapeutique p.169**

### **A. Trachéotomie, trachéostomie et vie quotidienne p.169**

I.	Définitions	p.169
II.	Trachéotomie et cancers des VADS	p.170
III.	Trachéostomie et cancers des VADS	p.176
IV.	Soins de canules	p.177
V.	Incidents après trachéotomie ou trachéostomie	p.181
VI.	Vie quotidienne des trachéotomisés	p.182

### **B. Rééducation vocale après laryngectomie totale ou partielle p.187**

I.	Dans le cas d'une laryngectomie totale	p.187
II.	Pour les laryngectomies partielles et laryngectomies totales reconstructives	p.194

**C. Rééducation** p.195

- I. Rééducation fonctionnelle cervico-brachiale p.195
- II. Rééducation respiratoire p.195

**D. La réinsertion sociale et professionnelle** p.197

- I. Protection sociale p.197
- II. Les congés maladie p.198
- III. L'embauche p.199
- IV. Reprise du travail p.200
- V. Invalidité p.202
- VI. Les assurances p.203

**QUATRIEME PARTIE :  
MEDECIN GENERALISTE ET  
SUITES DE SOINS DU PATIENT  
TRAITE D'UN CANCER DES VADS** p.204

**La surveillance en cas  
"d'évolution favorable"** p.205

**A. Les objectifs de la surveillance** p.205

**B. Le dépistage des événements  
carcinologiques** p.206

- I Pronostic p.206
- II. Planning de surveillance p.207

**C. Evaluation et prise en charge  
des séquelles et  
complications thérapeutiques** p.208

- I. Les séquelles phonatoires p.208
- II. Les séquelles touchant la déglutition p.208
- III. Les séquelles dentaires p.209

IV. Les séquelles neuromusculaires, trophiques et esthétique	p.209
V. Les séquelles douloureuses	p.210
VI. Autres séquelles	p.210
<b>D. Le suivi psychologique, la réinsertion sociale et de la qualité de vie</b>	<b>p.211</b>
<b>E. Le soutien du sevrage tabagique et alcoolique</b>	<b>p.212</b>
<b>Conduites à tenir en cas "d'évolution défavorable"</b>	<b>p.213</b>
<b>A. Conduite à tenir devant un syndrome hémorragique</b>	<b>p.213</b>
I. En cas d'hémorragie extériorisée par voie buccale	p.214
II. En cas d'hémorragie extériorisée par voie cervicale	p.215
<b>B. Conduite à tenir devant une dyspnée laryngée</b>	<b>p.216</b>
<b>C. Conduite à tenir en cas de dyspnée aiguë chez un patient trachéotomisé</b>	<b>p.217</b>
<b>D. Conduite à tenir en cas d'œdème cervico-facial secondaire</b>	<b>p.218</b>
<b>E. Conduite à tenir en cas de survenue ou d'aggravation d'une dysphagie</b>	<b>p.218</b>
<b>F. Conduite à tenir en cas de survenue ou de majoration de la douleur</b>	<b>p.219</b>
<b>G. Conduite à tenir en cas de pharyngostome ou d'orostome</b>	<b>p.219</b>
<b>H. Conduite à tenir en période palliative</b>	<b>p.220</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>p.223</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>p.225</b>

# **INTRODUCTION**



Pour le public, le malade et sa famille, comme pour certains milieux médicaux et paramédicaux, le cancer est exclusivement affaire de spécialistes. Une telle opinion, assez courante, correspond à une méconnaissance profonde de la pratique médicale. Elle est, en outre, l'expression sans doute inconsciente mais réelle, d'une sérieuse ingratitude à l'égard du médecin généraliste. En fait, le médecin généraliste est la cheville ouvrière de la lutte pratique contre le cancer, en dehors de la recherche fondamentale, de la recherche clinique et des actions très techniques du traitement. Il l'est dans des conditions parfois inconfortables tant matériellement que moralement. Il participe à presque tous les instants de cette aventure humaine qu'est le combat anticancéreux.

La France est le pays où l'incidence des cancers des VADS est la plus élevée dans le monde. Le médecin généraliste est donc souvent confronté à cette pathologie et il se sent fréquemment dépassé par les traitements et le matériel très spécifique, comme les canules de trachéotomie, qu'il n'a pas couramment l'occasion de rencontrer.

Notre courte expérience de la médecine générale nous conforte dans cette idée et nous nous sommes senties, à plusieurs reprises, démunies face à ces patients aux traitements très spécialisés. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi ce travail.

Pour cela, nous avons participé à plusieurs consultations spécialisées d'ORL et commissions de proposition thérapeutique afin de nous familiariser avec l'examen des voies aérodigestives supérieures et la prise en charge globale des cancers en insistant sur les points susceptibles d'être utiles lors de la pratique de la médecine générale.

Ainsi, en restant dans le cadre des carcinomes épidermoïdes qui constituent 95% des cancers des VADS, notre travail qui se veut essentiellement pratique s'organise en 4 parties qui respectent chronologiquement les étapes de la prise en charge des patients concernés.

Dans la première partie, nous étudierons la prévention de ces cancers par le médecin généraliste après un rappel des facteurs de risque.

La deuxième partie permettra de décrire le dépistage précoce au cabinet, notamment auprès des sujets à haut risque.

Ensuite, dans la troisième partie nous analyserons la prise en charge de ces patients dès la découverte du cancer avec l'aspect psychologique de l'annonce du diagnostic et l'information au cours du traitement, les conséquences des différents traitements carcinologiques, la prise en charge de certains traitements périthérapeutiques et la réinsertion socioprofessionnelle.

Enfin la dernière partie analysera la surveillance à long terme de ces patients et orientera certaines conduites à tenir en cas d'évolution défavorable.

**Première partie :**

**Le médecin généraliste**

**et**

**la prévention des cancers**

**des VADS**

# Epidémiologie et facteurs de risque

## A. Epidémiologie

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) comprennent les tumeurs malignes de la cavité buccale, de l'oropharynx, du rhinopharynx, de l'hypopharynx, du larynx, et des sinus de la face.

Par ordre de fréquence, le cancer des VADS est le quatrième cancer après ceux de la prostate, des bronches, du colon et du rectum chez l'homme. Il représente 17% des cancers chez l'homme et 2,3% chez la femme. (68)

La France est le pays où l'incidence des cancers des VADS est la plus élevée dans le monde. Le nombre de nouveaux cas de cancers des VADS est estimé à 15 000 hommes et 2000 femmes chaque année en France (77). Ils surviennent chez l'homme dans la moitié des cas entre 50 et 65 ans, et dans un quart des cas avant 50 ans et après 65 ans. Ces cancers atteignent de plus en plus fréquemment les sujets jeunes. Il est beaucoup moins fréquent chez la femme (77), mais sa fréquence augmente régulièrement chez les sujets de sexe féminin, conséquence du tabagisme (3).

En France, les taux les plus élevés sont observés chez l'homme dans le département du Nord et du Pas de Calais. Les variations pour la femme sont moins importantes et les taux les plus élevés sont observés en Îles de France (81; 92).

Les décès par cancers des VADS représentent environ 12 % des décès par cancers chez l'homme et 1,6 % chez la femme. La mortalité a doublé entre 1952 et 1982 chez l'homme, puis a amorcé une nette diminution. Elle s'est élevée de 30 % chez la femme pendant la même période (46).

Les cancers des VADS sont très graves. La survie globale à 5 ans, tous stades confondus ne dépasse pas 30 % (7).

## **B. Facteurs de risque**

Afin de prévenir les cancers des VADS, le médecin généraliste doit connaître ses facteurs de risque.

Le tabac et l'alcool sont en France, les principaux facteurs de risque des cancers des VADS (47; 86;18).

### **I. Le tabac**

Les fumeurs ont un risque augmenté de cancer des VADS.

Moins de 2 % des patients atteints d'un cancer des voies aérodigestives supérieures n'ont jamais fumé (47).

L'excès de risque encouru par les fumeurs dépend de leur consommation moyenne journalière (dose de tabac) et de la l'ancienneté de leur tabagisme (durée). Doubler la dose double l'excès de risque, doubler la durée multiplie l'excès de risque par 20 environ (47).

A l'arrêt du tabac, l'excès de risque encouru par un fumeur cesse d'augmenter. Au bout de 10 ans, un ex-fumeur encourt un risque qui peut être selon les études 2 fois plus élevé ou égal au risque qu'encourt un non-fumeur de même âge (52).

Quant à la réduction de la consommation, si un fumeur ayant fumé 10 cigarettes par jour pendant 10 ans décide de réduire sa consommation à 5 cigarettes par jour, il encourt 10 ans plus tard un risque 15 fois plus élevé que s'il s'était arrêté. S'il avait continué à fumer 10

cigarettes le risque serait multiplié par 20. La division du nombre de cigarettes par 2 réduit donc le risque de 25% seulement (47).

Le risque de cancer des VADS est 2 fois plus élevé chez les fumeurs de tabac brun que chez les fumeurs de tabac blond.

L'utilisation de filtres et de marques peu dosées en nicotine et en goudrons modifie assez peu la mortalité (74).

En ce qui concerne la pipe et le cigare, du fait de son pH alcalin, la nicotine présente est absorbée au niveau de la bouche. Ainsi, les fumeurs, dans ce cas, inhalent moins de fumée. Les fumeurs exclusifs de pipe et de cigares présentent moins de cancer bronchique, mais plus de localisations au niveau des VADS (74).

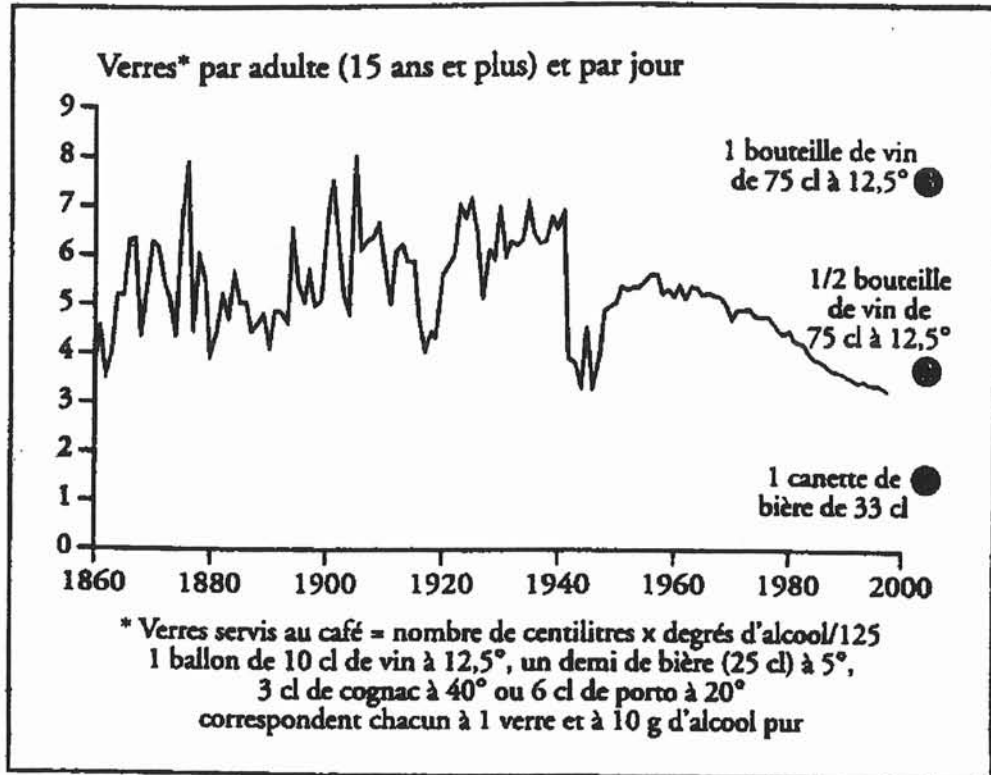
Le mécanisme de mutagenèse dû au tabac est bien identifié désormais, les composés cancérigènes de la fumée de cigarette étant des facteurs de mutations chromosomiques. Les mécanismes de cancérogenèse ont ainsi été établis au niveau du gène "suppresseur de tumeur" de la protéine p 53. Les dérivés des hydrocarbures polycycliques aromatiques, notamment le 3-4 benzopyrène et les nitrosamines spécifiques du tabac sont capables de se lier aux macromolécules cellulaires ADN, ARN et protéines. La mutation est accélérée par les acides faibles que l'on trouve dans la fumée et qui jouent un rôle à la fois promoteur et cocarcinogène.

Ces phénomènes semblent pouvoir survenir plus facilement sur des terrains pré génétiquement déterminés de fragilité chromosomique aux mutagènes, ce qui concorderait avec les tendances familiales (31; 105).

## II. L'alcool

L'alcool est un facteur de risque très important pour les cancers des VADS.

Depuis 1950, la consommation d'alcool a baissé en France:



Evolution de la consommation d'alcool en France (47)

Cette diminution a un effet détectable sur la mortalité masculine par cancer des VADS.

Le risque de cancer en fonction de la consommation d'alcool ne dépend pas du type de boisson (47).

Le risque de cancer augmente régulièrement avec la dose d'alcool pur contenu dans les boissons, sans effet de seuil.



Le mécanisme intime de l'action carcinogène de l'alcool n'est pas parfaitement connu.

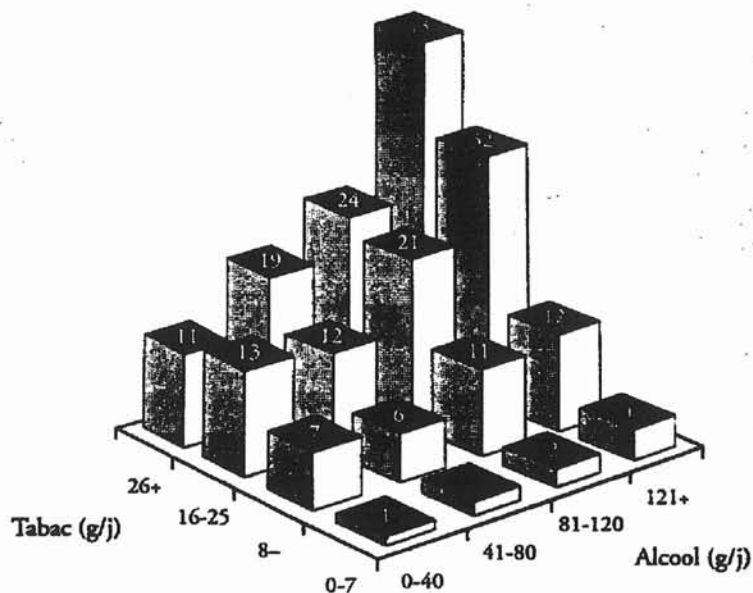
Plusieurs hypothèses ont pu être émises (66) :

- L'effet local de l'alcool au contact de la muqueuse a un rôle d'irritation directe, l'alcool pouvant, en outre, constituer un solvant pour les carcinogènes contenus dans le tabac.  
Il existe, de plus, un certain nombre de substances carcinogènes contenues dans les boissons alcoolisées (hydrocarbures polycycliques, fibres d'asbeste, nitrosamines)
- L'induction d'enzymes microsomiales qui activent d'autres substances carcinogènes : l'alcool induit des activités enzymatiques dans les microsomes du foie, de l'intestin et du poumon .  
Ces enzymes peuvent contribuer à favoriser le passage de substances pro carcinogènes à un véritable carcinogène.
- Le traumatisme cellulaire produit par l'alcool et ses métabolites.  
L'alcool empêche l'acétaldéhyde d'être métabolisée par le foie, cette substance semble être mutagène pour les lymphocytes humains.
- Citons enfin la perturbation nutritionnelle observée lors de l'abus d'alcool avec notamment, les carences vitaminiques (66).

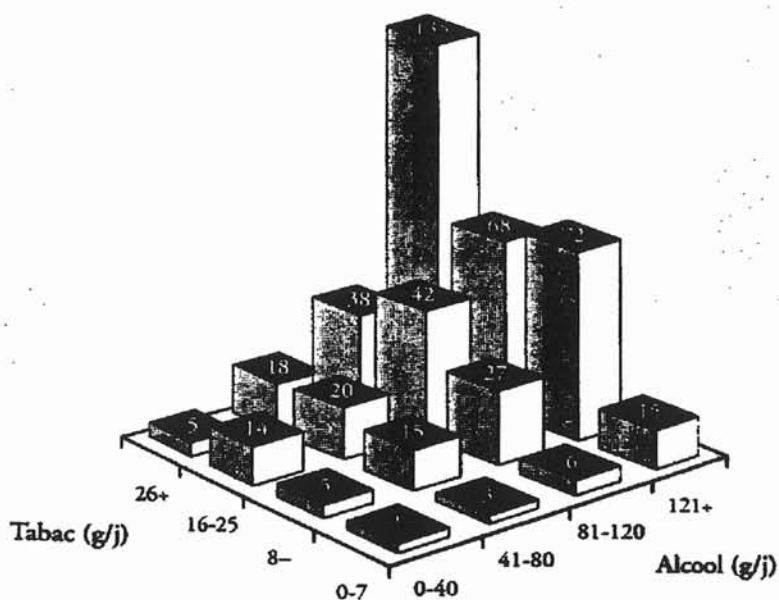
### **III. L'interaction tabac-alcool**

L'association d'une intoxication simultanée par l'alcool et le tabac prédispose à la survenue des cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et de la margelle laryngée. Une intoxication tabagique isolée est le facteur de risque des cancers de l'endolarynx.

L'intoxication tabagique et l'imprégnation éthylique sont souvent associés et leurs effets sur le risque de cancer sont multiplicatifs.



**Risque relatif de cancer de l'endolarynx en fonction de la consommation de tabac et d'alcool (47)**



**Risque relatif de cancer de l'hypopharynx ou de l'épilarynx en fonction de la consommation de tabac et d'alcool (47)**

D'après ces figures, on voit qu'un sujet qui boit plus de 120 g d'alcool et fume plus de 25 cigarettes par jour a un risque de cancer de l'endolarynx 43 fois plus élevé qu'un sujet de la catégorie de référence qui boit 40 g d'alcool ou moins et fume moins de 8 cigarettes par jour.



De même, un sujet qui boit plus de 120 g d'alcool et fume plus de 25 cigarettes par jour a un risque de cancer de l'hypopharynx ou de l'épilynx 135 fois plus élevé qu'un sujet de la catégorie de référence (47).

Environ 90% des décès par cancer des VADS sont attribuables au tabac et/ou à l'alcool. Chez la femme cette part attribuable au tabac et à l'alcool est d'environ 30% (51). Cela correspond à 6000 décès chez l'homme et 250 chez la femme.

Les effets du tabac et de l'alcool sont donc extrêmement différents chez l'homme et la femme. Cette différence provient des habitudes tabagiques et alcooliques des hommes et des femmes en France (65).

## **IV. Les facteurs nutritionnels**

Une alimentation pauvre en légumes et fruits semble augmenter l'incidence de certains cancers et en particulier celle des cancers pharyngolaryngés après ajustement statistique par rapport à l'intoxication éthylo-tabagique (66). Cet effet joue en partie par l'intermédiaire de la vitamine A et de la vitamine C. Le rôle principal de la vitamine A est, semble-t-il de contrôler la différenciation cellulaire dont la disparition est un élément principal du cancer (32).

La consommation d'huile végétale, de poissons et de graisses polyinsaturées est associée à une réduction du risque (86).

Dans certaines communes des Etats Unis, il semble que la fluorisation de l'eau ait diminué le taux de mortalité par cancers des VADS (66).

## **V. L'hérédité**

Elle a été récemment identifiée comme un facteur de risque. Il existe en effet, une prédisposition génétique dans la genèse des cancers de la tête et du cou, l'existence d'un risque relatif de 3,5 est retrouvée dans une étude de cas-témoins comparant les familles de patients atteints de cancers des VADS à leur belle-famille (26).

## **VI. L'état dentaire**

Le mauvais état bucco-dentaire semble surtout être le reflet de l'habitude de vie et du manque d'hygiène des patients, même s'il est possible que l'infection chronique et la modification du pH salivaire qui en découle aient un rôle comme cofacteur dans la genèse des cancers (86).

## **VII. Répartition socio-professionnelle**

Les cancers des VADS surviennent dans plus de 70 % des cas chez des sujets de bas niveau socio-économique (47).

Le mode de vie semble modifier le risque vis à vis de cancers. En effet, on observe un pourcentage plus important de célibataires, veufs et divorcés que dans la population témoin (86).

Le risque occasionné par les facteurs professionnels est difficile à apprécier car les patients ont souvent eu des activités multiples durant leur vie professionnelle sans toujours connaître les expositions auxquelles ils ont été soumis. Cependant, on peut parler d'augmentation du risque de cancer du larynx et de l'hypopharynx dans certaines activités professionnelles : l'exploitation de la houille, l'industrie de la métallurgie, l'agriculture, les manœuvres, les plombiers, les verriers (86;6).

Un certain nombre de facteurs cancérigènes ont été identifiés comme l'amiante, le nickel, l'ypérite. Par ailleurs, des éléments concordants incriminent l'exposition aux vapeurs d'hydrocarbures ou le contact avec ces produits (31; 6).

## **VIII. Facteurs climatologiques et environnement**

Une étude montre qu'il existe un très important taux de cancer des VADS dans les régions Nord Ouest, Nord et Nord Est de la France, taux de tumeurs comparable au taux d'ensoleillement. Cette constatation a été aussi retrouvée pour d'autres cancers (carcinome du sein) et cela est probablement lié à un déficit de vitamine D3 dans les populations concernées (31). Il est cependant difficile d'interpréter ces données, dans la mesure où il existe une interrelation entre les différents facteurs intervenant à ce niveau : alimentation, ensoleillement, alcool-tabagisme, pollution, niveau socioprofessionnel.

## **IX. L'âge**

Il a été montré qu'en France, contrairement aux autres pays d'Europe, l'âge de survenue de ces carcinomes est plus précoce (entre 40 et 60 ans) pour le pic principal, un second pic survenant dans la 7<sup>ème</sup> décennie.

Les études de biologie moléculaire et épidémiologique concernant ces cancers plus tardifs montrent des différences sensibles dans leur évolutivité, leur épidémiologie et leur nature (mutations génétiques) (31).

## **X. Spécificité et localisations**

Certaines localisations possèdent des caractéristiques épidémiologiques spécifiques (3).

Les cancers des lèvres sont plus fréquents chez les sujets exposés au vent, les fumeurs de pipe et les patients atteints d'un Xeroderma pigmentosum.

Les leucoplasies et érythroplasies de la cavité buccale, de l'oropharynx, et du larynx sont des états précancéreux. Le taux de dégénérescence est variable (10 à 40 %), et serait plus élevé pour les érythroplasies. Un examen histopathologique est toujours indispensable pour évaluer le degré de la dysplasie. La dégénérescence est plus fréquente en cas de dysplasie sévère (66).

## **XI. La radiothérapie**

Il semble que la radiothérapie soit un facteur de risque pour des cancers du larynx, de l'œsophage, du larynx, et des glandes salivaires. L'espace entre la date de la radiothérapie et la survenue du cancer est de 6 à 40 ans.

Les doses ne semblent pas modifier la période d'induction (66).

# La prévention des facteurs de risque pour les cancers des VADS

Comme nous l'avons vu précédemment, la consommation importante et prolongée de tabac et d'alcool est un problème de santé publique majeur par la pathologie qu'elle détermine. Elle est la cause principale d'environ 15 000 nouveaux cas de cancer des VADS apparaissant en France chaque année.

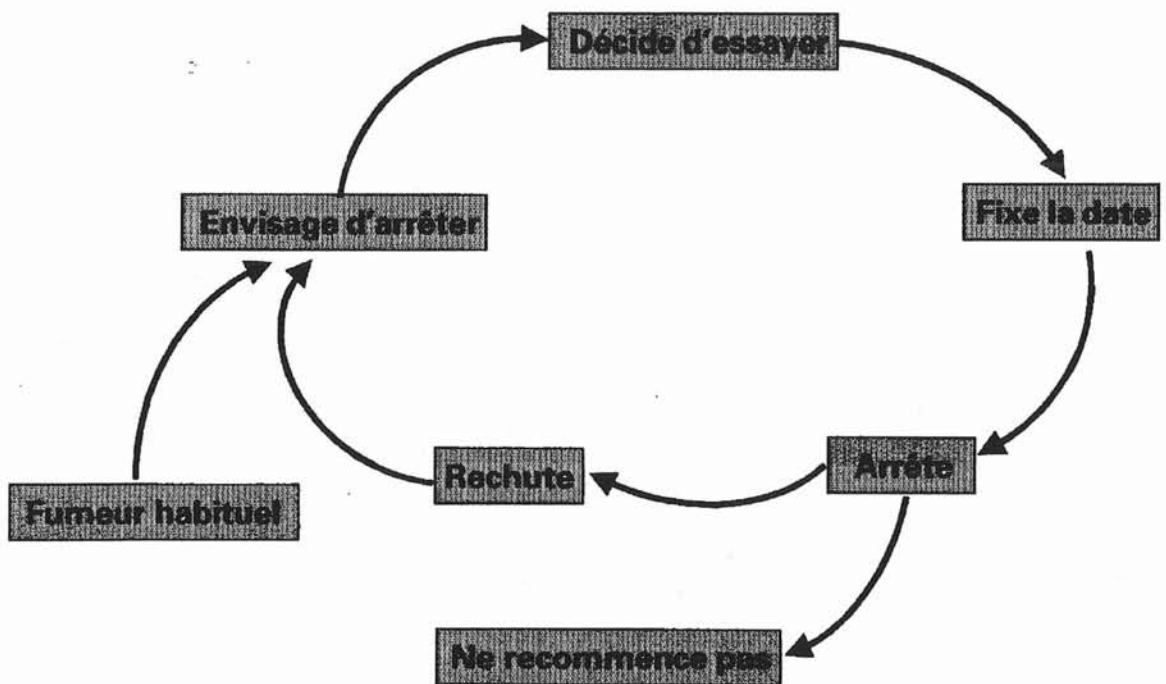
L'intrication de ces facteurs est pratiquement toujours retrouvée, si bien qu'aucune étude n'existe sur leur responsabilité respective. Leurs effets pathogènes se potentialisent.

Si le sexe masculin reste majoritairement exposé, le sexe féminin est relativement plus vulnérable.

Le risque est proportionnel à la consommation (quantité et durée). Le rôle, essentiel et sous-estimé, du médecin généraliste est donc de favoriser la démarche du sevrage du tabac et de l'alcool afin de diminuer ce risque. Nous allons donc étudier les modalités d'aide à l'arrêt du tabac et de l'alcool.

# A. Le sevrage tabagique

Vaste sujet, encore peu enseigné en faculté de médecine il y a quelques années, le sevrage tabagique est obtenu chez le fumeur après différentes étapes de maturation résumées par ce schéma :



Processus de décision : application à l'arrêt du tabac. Schéma de Raw (98)

Nous allons successivement étudier les différentes étapes du sevrage.

# I. Le conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac

Il consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer.

Le conseil minimal s'adresse à tous les patients, fumeurs qui ne sont pas venus consulter pour cela, fumeurs heureux de l'être, fumeurs pas encore prêts pour l'arrêt et fumeurs qui ne demandent pas d'aide.

Il devrait être donné par tous les médecins quel que soit leur statut professionnel, leur spécialité et leurs conditions d'exercice.

Le conseil minimal est efficace. Les résultats des études randomisées et contrôlées en médecine générale montrent 2% à 5% d'arrêt soutenu.

Quoique bas, ces taux sont significativement meilleurs que l'inaction dans l'attente d'une demande spécifique du patient. Une évaluation a montré que poser deux questions " Est-ce que vous fumez?" puis " Voulez-vous arrêter de fumer ? ", et offrir une brochure à ceux qui répondraient "oui" à la deuxième question, doublait le taux de succès de l'arrêt à long terme par rapport à l'arrêt spontané dans le groupe témoin.

Un conseil minimal déclenche peut-être la discussion avec le petit nombre de fumeurs qui se posent des questions, et pourra provoquer une demande de prise en charge plus importante.

Si ces questions sont posées systématiquement par les médecins, un gain de 2 % d'arrêt dans la population des fumeurs vus par un médecin se traduit par un supplément d'au moins 200 000 fumeurs qui arrêteraient chaque année, dans l'ensemble de la France (93; 104).

L'influence des médecins est considérable : 10 secondes de conseils par malade multiplient par 4 l'incidence annuelle des arrêts spontanés (102).

Il existe une population élevée de fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer (70%), même si 2% seulement y parviennent, 35% essaient (98).

Le médecin doit établir un dialogue. Il peut être fumeur (33% des généralistes et 24% des pneumologues) (98) ce qui ne simplifie pas les relations car le malade demande toujours au médecin s'il fume. Cela n'empêche pas celui-ci de promouvoir l'arrêt du tabac et de donner

son témoignage éventuel. Le discours honnête établit une base de dialogue et permet au malade de verbaliser sa propre relation au tabac.

Le médecin est toujours pressé. Pourtant le conseil minimal, indispensable, ne demande que quelques secondes avant de déboucher sur une consultation uniquement axée sur l'arrêt du tabac.

## II. Les raisons de la poursuite du tabagisme

Afin d'aider le fumeur, il faut connaître les raisons de la poursuite de son tabagisme. Celles ci peuvent être diverses :

- Le besoin d'intégration à un groupe qui passe par cette initiation, le tabac représentant un lien entre les membres du groupe mais aussi une conduite de réassurance, un témoignage d'intégration, de convivialité et d'amitié.
- Le plaisir de fumer, au début, et ensuite éviter le déplaisir en continuant à fumer : 90% des cigarettes sont allumées quand la nicotémie baisse et il ne faut que 7 secondes après la première bouffée pour que le taux de nicotine remonte (62).
- "Le plaisir secret" qui est dû au fait que la nicotine est un puissant psychotrope. Ses effets sont psychostimulants, antidépresseurs, anorexigènes et créent rapidement une dépendance. Les mécanismes pharmacologiques sont essentiellement dopaminergiques et glutaminergiques.
- La gestuelle appliquée et ritualisée, la conduite de séduction qui explique la dépendance comportementale (88; 89).



# III. La phase préparatoire au sevrage

## a) L'évaluation de la dépendance à la nicotine

### 1. La dépendance à la nicotine

"La dépendance est un état psychique, et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, se caractérisant par des réactions comportementales ou autres, qui comprennent toujours un besoin impulsif de consommer la drogue de façon continue ou périodique, afin d'en retrouver les effets psychiques et parfois d'éviter les malaises de la privation." (OMS 1975).

La dépendance à la nicotine peut être physique (syndrome de sevrage), psychique (besoin de fumer sans syndrome de sevrage à l'arrêt), sociale et gestuelle.

#### □ Les effets pharmacologiques de la nicotine

(74)

##### ▪ *Sur le système nerveux :*

La nicotine agit au niveau de la jonction neuromusculaire, où l'influx nerveux entraîne la libération d'acétylcholine qui agit sur le récepteur nicotinique post-synaptique avec ouverture d'un canal ionique.

La nicotine agit sur les ganglions autonomes sympathiques et parasympathiques en stimulant la production de noradrénaline (sympathique) et d'acétylcholine (parasympathique), ainsi que la libération des catécholamines surrenaliennes.

Différentes structures du système nerveux central présentent des récepteurs nicotiques : locus caeruleus ( noradrénergique, avec réaction d'éveil, de vigilance et de stress), domaine nigro-strié (dopaminergique, assurant le contrôle moteur et de posture), aire limbique (dopaminergique, contrôle de la locomotion et du comportement), aire mésolimbique (dopaminergique, rôle dans l'auto administration de drogues). La nature, la répartition et la fonction des récepteurs nicotiques varient en fonction de leur topographie.

Les effets cliniques de l'administration de nicotine varient entre une réaction d'éveil et, à l'opposé, un effet dépressur à forte dose. La vigilance peut être stimulée parallèlement à la

concentration intellectuelle et aux capacités de mémoire mais la nicotine a aussi des effets sédatifs en situation de stress (action anxiolytique), voire euphorisants.

▪ ***Sur le système cardio-vasculaire :***

L'action de la nicotine sur le système nerveux sympathique se traduit par une augmentation de la fréquence cardiaque (10-20 battements/min), de la pression artérielle (5 à 10 mmHg), du débit cardiaque et du flux sanguin coronaire parallèlement aux résistances vasculaires coronariennes. D'autre part, il existe une vasoconstriction périphérique avec augmentation du débit sanguin cérébral surtout pour la première cigarette. En effet, il existe une accoutumance progressive du fumeur au cours de la journée et au cours de son existence.

Le risque athérogène est aggravé, par la consommation chronique de nicotine, avec l'augmentation des LDL, VLDL, diminution des HDL et activation des plaquettes.

▪ ***Sur le système respiratoire :***

A faibles doses, la nicotine stimule la respiration en agissant sur les chémorécepteurs carotidiens et aortiques. A fortes doses, elle déprime le centre bulbaire.

▪ ***Sur le système endocrinien :***

Elle augmente les taux plasmatiques de vasopressine, d'hormone de croissance, de cortisol, d'adrénocorticotropine (ACTH), et de beta-endorphines.

▪ ***Sur le système digestif :***

La nicotine, par son action sur le système nerveux parasympathique, induit à doses importantes des nausées avec vomissements possibles et une chute du pH gastrique. Son action sur le tonus intestinal stimule l'activité motrice de cet organe.

▪ **Sur le poids et le métabolisme basal :**

Le poids des fumeurs est inférieur en moyenne de 2 à 5 kg à celui des non-fumeurs à cause de l'action anorexigène centrale de la nicotine, d'un goût moindre pour les aliments à saveur sucrée, d'une réduction de l'alimentation en condition de stress et d'une augmentation du métabolisme basal.

□ **La dépendance physique ou pharmacologique**

Le sevrage nicotinique génère un syndrome de sevrage lié à une hyperactivité catécholaminérgique avec :

- besoin impérieux de nicotine,
- instabilité, frustration, agressivité,
- anxiété, dysphorie,
- difficultés de concentration,
- agitation,
- impatience,
- insomnie,
- diminution de la fréquence cardiaque,
- augmentation de l'appétit et/ou prise de poids.

Ce sont les critères du syndrome de sevrage d'après le DSM IV.

Le diagnostic de syndrome de sevrage est retenu en présence d'au moins 4 de ces symptômes.

La gêne est maximale pendant la première semaine d'abstinence, puis nettement plus modeste à partir de la 3<sup>ème</sup> - 4<sup>ème</sup> semaine.

Certains symptômes peuvent toutefois persister au-delà de 6 mois : prise de poids et besoin impérieux de fumer.

Deux facteurs semblent jouer un rôle important dans la dépendance : l'autotitration et l'effet Bolus. Au cours de la journée, le fumeur, en modulant sa consommation de cigarettes, assure une autotitration avec maintien d'un taux sanguin optimal de nicotine, taux qui varie d'un fumeur à l'autre, mais reste assez stable pour chacun. Parallèlement à ce maintien d'un taux optimal de nicotine, le fumeur module l'intensité des pics selon un mode de consommation. Cette recherche de pic est appelée l'effet bolus (74).

L'évaluation de la dépendance pharmacologique peut se faire grâce au test de Fagerström (34). Il permet d'orienter la thérapeutique et de déterminer les doses nécessaires de substitution nicotinique.

**Test de Fagerström  
(mesure de la dépendance nicotinique)**

**1. Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil?**

- Dans les 5 minutes 3
- Entre 6 et 30 minutes 2
- Entre 31 et 60 minutes 1
- Au moins 1 heure 0

**2. Avez vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit ?  
(église, bibliothèque, cinéma...)**

- Oui 1
- Non 0

**3. De quelle cigarette vous serait-il le plus difficile de vous passer ?**

- La première 1
- Une autre 0

**4. Combien de cigarette fumez-vous chaque jour ?**

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

**5. Fumez-vous plus le matin que l'après midi ?**

- Oui 1
- Non 0

**6. Fumez-vous si vous êtes malade et devez rester au lit ?**

- Oui 1
- Non 0

<b>Score total:</b>	<b>Dépendance à la nicotine</b>
de 0-2 :	Absente
de 3-4 :	Faible
de 5-6 :	Moyenne
de 7-10:	Forte ou très forte

## □ La dépendance psychique

La dépendance psychique est mal connue. Elle naît des rites, des habitudes sociales qui créent progressivement de véritables réflexes conditionnés, à l'origine d'une dépendance gestuelle. Elle est sans relation obligatoire avec les motifs ayant amené la consommation de tabac. Cette dépendance explique la poursuite du tabagisme et est d'installation assez rapide (74).

Il existe plusieurs tests permettant d'évaluer cette dépendance.

### **Test de dépendances comportementales et psychologiques (Pr G. Lagrue, Centre de tabacologie, Hôpital H. Mondor, Créteil)**

Évaluez de 0 (nul) à 10 (extrême) la signification de vos différentes cigarettes en plaçant une croix sur chacune des échelles graduées suivantes:

Besoin du geste	0...1...2...3...4...5...6...7...8...9... 10
Situation conviviale (fêtes, soirées)	0...1...2...3...4...5...6...7...8...9... 10
Plaisir	0...1...2...3...4...5...6...7...8...9... 10
Réponse au stress	0...1...2...3...4...5...6...7...8...9... 10
Stimulation intellectuelle	0...1...2...3...4...5...6...7...8...9... 10
Soutien pour le moral	0...1...2...3...4...5...6...7...8...9... 10
Contrôle de l'appétit et du poids	0...1...1...3...4...5...6...7...8...9... 10



Le test de Horn est le plus utilisé :

### Test de Horn

Entourer le score correspondant à chaque question.

a. Je fume pour me donner un coup de fouet	5 4 3 2 1
b. Je prends du plaisir à fumer et tenir ma cigarette	5 4 3 2 1
c. Tirer sur une cigarette est relaxant	5 4 3 2 1
d. J'allume une cigarette quand je suis soucieux	5 4 3 2 1
e. Quand je n'ai plus de cigarette, je cours en acheter	5 4 3 2 1
f. Je fume avec automatisme	5 4 3 2 1
g. Je fume pour me donner du courage	5 4 3 2 1
h. Le plaisir, c'est d'abord manipuler ma cigarette	5 4 3 2 1
i. Il y a quantité de plaisir dans l'acte de fumer	5 4 3 2 1
j. Je fume quand je suis mal à l'aise	5 4 3 2 1
k. Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5 4 3 2 1
l. J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5 4 3 2 1
m. Je fume pour en imposer au autres	5 4 3 2 1
n. J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée	5 4 3 2 1
o. Je fume même si je suis détendu	5 4 3 2 1
p. Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5 4 3 2 1
q. j'ai toujours besoin de manipuler quelque chose	5 4 3 2 1
r. J'oublie la cigarette qui est dans ma bouche	5 4 3 2 1

Toujours : 5    Souvent : 4    Moyennement : 3    Parfois : 2    Jamais : 1

**Stimulation:** a + g + m =

**Plaisir du geste:** b + h + n =

**Relaxation:** c + i + o =

**Anxiété soutien:** d + j + p =

**Besoin absolu:** e + k + q =

**Habitudes acquise:** f + l + r =

## 2. L'évaluation de la motivation du sevrage tabagique

La motivation est indispensable pour débiter un sevrage tabagique.

Il existe des échelles de motivation. Elles peuvent être utiles mais davantage comme base de dialogue que comme outil indispensable.

En voici un exemple :

### Test d'auto-évaluation des chances de réussite de Demaria, Grimaldi et Lagrue

- Je viens à la consultation spontanément par décision personnelle	2
- Je viens à la consultation sur avis médical	1
- Je viens à la consultation sur avis de ma famille	1
- J'ai déjà arrêté de fumer pendant plus d'une semaine	1
- Actuellement, je n'ai pas de problèmes professionnels	1
- Actuellement, je n'ai pas de problèmes familiaux	1
- Je veux me libérer de cet esclavage	2
- Je fais du sport ou j'ai l'intention d'en faire	1
- Je veux être en meilleure forme physique	1
- Je veux préserver mon aspect physique	1
- Je suis enceinte ou ma femme attend un enfant	1
- J'ai des enfants en bas âge	2
- J'ai bon moral actuellement	2
- J'ai l'habitude de réussir ce que j'entreprends	1
- Je suis plutôt de tempérament calme, détendu	1
- Mon poids est habituellement stable	1
- Je veux accéder à une qualité de vie meilleure	2

#### Interprétation du score

Moins de 6 :	motivation faible
Entre 7 - 15 :	motivation moyenne
Plus de 16 :	motivation forte

Il semble que l'honnêteté du patient, le caractère privilégié de la bonne relation médecin malade, la bonne connaissance de la biographie du patient, permettent aussi d'évaluer la motivation du patient.

Le but est de faire mettre en balance par le patient les raisons de continuer à fumer et celles de cesser jusqu'à ce que les motifs d'arrêt l'emportent sur les avantages de la cigarette.

Il nous faut préciser que le coût exorbitant du tabac, 8000 à 16000 francs par an pour 20 à 40 cigarettes par jour, est rarement un argument de motivation à l'arrêt. Pour certains auteurs, plus le tabac est cher, plus la cigarette est estimée et intensément fumée. De plus, il existe une corrélation entre la précarité et le tabac : "70% des personnes de bas niveau socio-économique fument" (98).

Voici une liste d'arguments à proposer aux patients susceptibles d'arrêter de fumer :

### **Arguments à proposer aux patients susceptibles d'arrêter de fumer**

#### **Bénéfices immédiats :**

- Vous retrouverez le goût des aliments
- Vous récupérerez votre odorat
- Votre souffle deviendra meilleur
- Votre haleine ne sera plus mauvaise
- Votre teint apparaîtra plus frais et plus clair
- Vos habits et vos cheveux ne sentiront plus le tabac
- Vous serez un exemple pour votre entourage et surtout pour votre famille, vos enfants
- Vous ne gênez plus vos voisins au restaurant ou ailleurs
- Votre qualité de vie sera améliorée
- Vous économiserez une somme d'argent non négligeable

#### **Bénéfices à plus long terme :**

- Il n'est jamais trop tard pour cesser de fumer,
- Dès le premier jour de l'arrêt du tabac les risques de maladies graves commencent à diminuer.
- Votre toux, les signes de bronchite chronique vont tendre à disparaître en quelques semaines.
- Le risque cardiovasculaire diminue dès les premiers mois, ceci même si vous êtes porteur d'une affection cardiaque ( exemple: infarctus du myocarde).
- Le risque de cancer diminue au cours des années

#### **Bénéfices pour la santé des autres :**

- Pour votre conjoint
- Surtout pour les enfants présents et à venir



La phase préparatoire comporte aussi une analyse sémiologique du profil psychologique du patient.

La dépression est plus fréquente chez les fumeurs (6.6%) que chez les non-fumeurs (2.9%). C'est une contre indication au sevrage (98; 74).

Il est inutile et même dangereux de tenter un sevrage chez un patient dépressif. Le syndrome de sevrage semble, en effet plus sévère chez ces patients. Il faut le traiter d'abord par une prise en charge psychologique et chimiothérapique par antidépresseurs au moins un mois avant l'arrêt du tabac.

Il existe des échelles d'évaluation : Questionnaire E. Roux, Auto évaluation HAD, Echelle de Beck.

### **Questionnaire Emile Roux**

Dans les questions suivantes, cochez les cases qui vous correspondent.

#### **VERSANT DEPRESSION**

- Vous sentez-vous mélancolique et triste, le cœur à rien ?
- Etes-vous moins en forme au lever ? Faites-vous des cauchemars ?
- Vous arrive-t-il de pleurer ou avoir envie de pleurer ?
- Vous sentez-vous fatigué(e) sans raison apparente ?
- Eprenez-vous souvent moins d'intérêt et de facilité face aux tâches quotidiennes ?
- Avez-vous des difficultés à prendre des décisions ?
- Avez-vous le sentiment d'être peu utile ?

#### **VERSANT ANXIETE**

- Vous sentez-vous plus nerveux(se) et anxieux(se) que d'habitude ?
- Vous arrive-t-il d'avoir peur sans raison ? D'avoir le tract ?
- Etes-vous facilement contrarié(e) ?
- Etes-vous gêné(e) par des maux d'estomac, des douleurs dans le cou, le dos ?
- Parfois, avez-vous l'impression que vous allez vous évanouir ?
- Avez-vous des difficultés de mémoire ou de concentration ?

Un score de 5 en dépression ou anxiété serait indicatif.

## IV. L'arrêt du tabagisme

Le patient propose souvent de diminuer son tabagisme avant d'arrêter. Il faut l'éviter au maximum car le désagrément ressenti peut pousser certains candidats à abandonner. L'arrêt total est moins pénible que la diminution où l'on passe ses journées à attendre la cigarette "d'après" (74).

Le sevrage nicotinique demande 3 mois en moyenne. Il est responsable de la prise de poids et des troubles de l'humeur.

Le sevrage comportemental doit être adapté par chacun à ses goûts et ses moyens intellectuels et financiers. Pour cela, le candidat à l'arrêt doit se préparer à gérer des substituts comportementaux et enfin, se préparer à dissocier le tabac de certains rituels (pause-café surtout).

**Il faut laisser au patient le soin de fixer lui-même la date d'arrêt.**

En pratique, au soir J-1, les cigarettes restantes sont jetées, les substituts nicotiniques achetés pour une semaine. On encourage le patient à les utiliser car le taux de succès est double avec leur aide.

La répétition des consultations est nécessaire surtout au début et notamment à J8.

Le suivi régulier du patient et la qualité de la relation médecin-patient préjuge du succès du sevrage.

A un an, la moyenne d'arrêt du tabac est de 25% mais de 10% si le patient a été vu moins de 3 fois, 40% si le suivi a duré 6 mois et 70% si le suivi a duré au moins 9 mois (62).

De plus, ces consultations permettent de réadapter les doses de nicotine en fonction des doléances.

## Conseils comportementaux à proposer aux patients pour éviter les rechutes

- évitez les ambiances enfumées.
- informez votre entourage familial et professionnel de votre décision afin qu'il vous apporte son aide.
- écartez de votre environnement habituel les objets liés à l'usage du tabac.
- abandonnez certaines habitudes que vous savez fortement associées à la consommation tabagique.
- en cas de forte envie de fumer, mâchez une gomme à la nicotine, respirez profondément, marchez un peu, buvez un verre d'eau, mangez un fruit.
- si le geste vous manque, manipulez un petit objet.

Quelques semaines après l'arrêt du tabac, l'envie de fumer peut survenir de manière intense et brutale. Ce désir impérieux ne dure heureusement que quelques minutes : 3 à 4 minutes habituellement.

Il est impératif de prévoir la ou les réponses à donner à ces envies impérieuses afin de ne pas "craquer":

Vous pouvez :

- boire un grand verre d'eau
- changer d'activité, sortir de l'endroit où vous vous trouvez
- mâcher un chewing-gum sans sucre
- faire quelques respirations profondes
- compter jusqu'à 100
- mâcher une gomme à la nicotine ou prendre un comprimé en sublingual

En fait : il faut occuper l'instant laissé vide par la non prise d'une cigarette "en faisant quelque chose".

L'arrêt du tabac peut perturber votre sommeil.

Comment faire pour y remédier?

- couchez-vous à une heure régulière.
- comptez le nombre d'heures de sommeil: une nuit réparatrice est d'environ 6 à 8 heures.
- pour déclencher le sommeil, détendez-vous, préférez une demi- heure de lecture avant le coucher que la télévision.
- si les troubles du sommeil sont apparus après le début du traitement par patch, enlevez le patch le soir au coucher et remettez-en un le lendemain matin.

Le syndrome de sevrage peut se manifester par une irritabilité, une frustration, une agressivité, une anxiété, une insomnie.

Si vous fumiez lors des moments de stress, le manque de cigarettes peut majorer votre anxiété.

C'est pendant les huit premiers jours de l'arrêt du tabac que ces signes seront les plus gênants, puis ils diminuent progressivement pour être nettement plus modestes vers la 3ème semaine.

Que faire pendant cette période de manque ?

Il est conseillé de ne pas consommer d'excitants: café, thé, alcool,...

Un minimum de temps de détente est nécessaire :

- chaque soir vous devez pratiquer une activité qui vous relaxe pendant environ 20 minutes ( musique, lecture, relaxation...).
- si vous préférez l'effort à la détente: pratiquez 30 à 60 minutes de dépense physique (jardinage, sport...).

Après quelques semaines d'arrêt du tabac, vous ressentirez un sentiment d'apaisement et non plus un sentiment de manque.

# V. Les traitements médicamenteux d'aide au sevrage tabagique

## a) Les substituts nicotiques

(41;45; 63; 74; 76; 78; 93)

On dispose de substituts nicotiques, pour l'aide à l'arrêt du tabac pendant le sevrage, qui ont fait la preuve de leur efficacité. Il est souhaitable que l'utilisation de ces médicaments s'intègre dans le cadre d'une prise en charge globale comportant un soutien psychologique et un accompagnement du fumeur dans son cheminement vers l'arrêt du tabac.

Les médicaments de substitution nicotinique sont vendus en France sous trois présentations :

- *la gomme à mâcher*
- *le comprimé sublingual*
- *Le timbre transdermique*

Les indications reposent sur les résultats du test de Fagerström :

- Fagerström supérieur ou égal à 4 : substitution nicotinique systématique.
- Fagerström supérieur ou égal à 8 : substitution renforcée avec Patch et gommes.
- Fagerström inférieur à 4 : essais sans substitution.

### 1. La gomme à mâcher et le comprimé sublingual

La gomme est disponible dosée à 2 mg et à 4 mg en vente libre et non remboursée par la Sécurité Sociale. Elle est à mâcher lentement une dizaine de fois en attendant quelques secondes entre chaque mastication, puis à appliquer sous la langue ou entre les joues et gencive. Il faut attendre une ou deux minutes au minimum puis remâcher lorsque le goût

s'atténue. Une gomme doit être consommée en trente minutes au minimum et à raison de 10 par jour en moyenne avec un maximum de 30 par jour.

Le comprimé sublingual (Nicorette microtabs 2 mg ) est en vente libre, non remboursé, mais sur prescription médicale pour les moins de 18 ans. Le comprimé sera placé sous la langue où il sera dissous lentement (pendant environ 30 minutes). La posologie initiale est de 8 à 12 comprimés par jour soit 1 toutes les 1 à 2 heures. Chez les fumeurs très dépendants, la posologie de 2 comprimés par prise, soit 16 à 24 comprimés par jour est recommandée. Il ne faut pas consommer plus de 30 comprimés par jour.

Il existe des précautions d'emploi :

- Il faut faire attention aux prothèses dentaires pour les gommes.
- La nicotine déglutie peut exacerber les symptômes d'œsophagite ou d'ulcère gastroduodéal.
- Il existe un risque réel de dépendance à la nicotine.
- Il faut être prudent avec les patients angineux et artériels mais les substituts nicotiques sont moins dangereux que le tabagisme actif.
- Il faut être attentif à la femme enceinte et qui allaite mais ce traitement n'est pas contre indiqué dans ces cas.

Fumer en cours de traitement est une contre indication absolue, de même que l'âge de moins de 15 ans, l'hypersensibilité à la nicotine ou à un des composants, l'infarctus du myocarde récent, l'angine de poitrine instable, l'angor de Prinzmetal, l'arythmie cardiaque sévère, l'AVC récent.

## **2. Le timbre transdermique.**

Il existe sous deux formes de timbres pour l'administration continue pendant 24 heures ou discontinue pendant 16 heures. Ces formes sont respectivement dosées à 7, 14 , 21 mg par 24 heures et à 5, 10, 15 mg par 16 heures. Ces deux formes sont en vente libre en pharmacie.

Le dosage est choisi en fonction de la consommation :

Pour plus de 20 cigarettes par jour : 21 mg pendant un à deux mois puis 14mg pendant un mois puis 7mg pendant un mois.



Pour 20 ou moins de 20 cigarettes par jour : 14mg pendant un ou deux mois et relais par 7mg pendant un mois. Bien sûr ces dosages peuvent être réadaptés.

Les signes de surdosage sont l'insomnie, les céphalées, la tachycardie.

Les signes de sous-dosage sont l'irritabilité, la frustration, l'obsession, la dépression.

**Les timbres imposent l'arrêt du tabac.**

Les contre indications absolues sont l'enfant de moins de 15 ans, le fumeur occasionnel, l'infarctus en phase aiguë, l'angor instable, l'hypersensibilité connue de la nicotine, les dermatoses gênant l'usage de tels dispositifs, l'arythmie cardiaque sévère, l'AVC récent.

Les contre-indications relatives sont l'HTA, l'angine de poitrine, l'insuffisance cérébro-vasculaire, les maladies artérielles périphériques occlusives, l'insuffisances hépatique et rénale et la maladie ulcéreuse.

L'association timbres-gommes représente actuellement la méthode de choix chez les fumeurs très dépendants. Dans ce cas, le nombre de gommes doit être limité à 6 à 8 par jour, à 2 mg.

La gomme à mâcher et le timbre transdermique ont une efficacité comparable.

Les risques cardio-vasculaires attachés à l'utilisation de substituts nicotiques semblent faibles, tout particulièrement en comparaison avec les bénéfices attendus d'un sevrage.

### **3. Autres médicaments**

Il existe une nouvelle thérapeutique, le bupropion, commercialisé aux Etats Unis et en Grande Bretagne sous le nom de Zyban qui semble agir sur l'anxiété, l'envie de fumer et qui paraît bien toléré (50). Accessoirement, selon la situation clinique, on peut faire appel aux anxiolytiques (et en particulier le Buspar), antidépresseurs, hypnotiques, beta-bloquants type propranolol (hors AMM), médicaments homéopathiques, phytothérapie...

# VI. Les conseils diététiques à fournir aux patients

La prise de poids attribuable à l'arrêt du tabac est une cause importante de rechute. Elle est en moyenne de 2.8 kg chez les hommes et de 3.8 kg chez les femmes (74).

Elle est liée à deux facteurs :

- l'augmentation des apports caloriques: les anciens fumeurs consomment en moyenne 300 calories de plus par jour avec une sensibilité aux aliments sucrés;
- la diminution des dépenses énergétiques et notamment la thermogénèse postprandiale.

Les patients éthylo-tabagiques, à risque pour les cancers des VADS, ne sont pour la plupart pas concernés par le problème de la prise de poids. Mais des conseils pour une alimentation équilibrée s'imposent.

Il faut savoir que la nicotine transdermique permet une nicotémie modérée qui diminue voire supprime la prise de poids. Il faut donc soutenir la surveillance diététique à l'arrêt de la substitution nicotinique.

Le rôle du médecin est donc de :

- Rassurer le patient et insister sur les bénéfices de l'arrêt du tabac. Les risques liés à la prise de poids sont largement compensés par les bénéfices résultant du sevrage.
- Expliquer au patient qu'arrêter de fumer entraîne habituellement une prise de poids de 2,5 à 5 kg.
- Eventuellement réaliser une enquête alimentaire avant l'arrêt du tabac et 15 jours à 3 semaines après l'arrêt pour les comparer.
- Expliquer des mesures diététiques simples en rééquilibrant le régime alimentaire, si nécessaire et en fractionnant les repas.
- Favoriser l'exercice physique : 1 heure de marche ou ½ heure de sport par jour.
- Faire appel à un nutritionniste si la prise de poids est trop importante ou pour équilibrer le régime alimentaire si nécessaire.

## VII. Les autres moyens d'accompagner le sevrage

(101; 87; 76; 40)

En France, il existe de nombreux moyens d'accompagner le sevrage et nous ne ferons que les citer.

- *Thérapie cognitive et comportementale*

Elle repose sur le principe que le tabagisme est un comportement acquis et maintenu par des renforcements réguliers (2). Il peut donc être désappris.

Les résultats à 6 mois mettent en évidence un taux d'arrêt de 20 à 25%.

- *Thérapie de groupe*
- *Acupuncture*
- *Homéopathie*
- *Mésothérapie*
- *Hypnose*

L'acupuncture et l'homéopathie ont été évaluées mais la faible qualité méthodologique des nombreux essais et les résultats contradictoires ne permettent pas d'en tirer des conclusions fiables(23; 61). Pour ces méthodes il est particulièrement difficile de dissocier le rôle de l'empathie délivrée au patient de l'effet spécifique propre à chaque méthode.

## VIII. La rechute

### **Ne jamais culpabiliser le patient.**

Il y a des rechutes, même davantage que des succès définitifs. Mais, il ne faut jamais dramatiser et de préférence parler de demi-succès.

Il faut inviter le patient à en parler le plutôt possible et lui expliquer que les fumeurs qui ont déjà essayé d'arrêter, et déjà échoué, ont plus de chance de réussir aux tentatives ultérieures.

Il faut faire prendre conscience aux patients des bénéfices obtenus lors du sevrage.

La recherche avec le patient des causes de la rechute est nécessaire.



# **IX. Le cas particulier des patients atteints de cancer des VADS**

Dans ce cas, la tentative de sevrage fait partie du traitement initial, et en cas d'échec les conseils de modération devront être poursuivis sans relâche.

Plusieurs tableaux peuvent être distingués :

Dans le cas des cancers de bon pronostic chez un patient en bon état physique et psychique bien inséré socialement et familialement, l'annonce circonstanciée, l'explication des causes de cette affection et des risques pris en cas de poursuite de l'intoxication peuvent provoquer une réaction salutaire : l'aide au sevrage est facilitée.

Dans le cas des cancers à un stade plus avancé, les tentatives de sevrage doivent être entreprises, mais obtiennent de moins bons résultats.

Pour les cancers au stade palliatif, les conseils de sevrage doivent être indiqués et entrepris mais sans illusion ni insistance.

## **B. Le sevrage alcoolique**

Malgré une diminution régulière de la consommation moyenne d'alcool pur par an et par habitant depuis 1970, la France se situe au troisième rang européen, avec la morbidité et la mortalité qui en découlent (46).

Nous avons vu précédemment que la prévention des cancers des voies aérodigestives supérieures passe par des conseils de sevrage d'alcool. Celui-ci n'est pas facile à obtenir et chaque patient représente un cas différent à ce sujet. Dans la plupart des cas, le sevrage nécessite une hospitalisation et le médecin généraliste est plus concerné par le dépistage de l'alcoolodépendance, les conseils de modération et l'information sur les risques pour la santé du patient. Il existe parfois des alternatives ambulatoires qui ne sauraient s'appliquer aux cas les plus graves.

Aujourd'hui, les méthodes thérapeutiques utilisées lors du sevrage sont hétérogènes. Les traitements médicamenteux, non médicamenteux, les indications d'hospitalisation, la durée des traitements sont très variables selon les lieux, les modes d'exercice, le type de formation des soignants.

# I. Les patients concernés par le sevrage alcoolique

Parmi les consommateurs coutumiers, les plus nombreux usent de l'alcool sur un mode culturel et convivial non dangereux. Chez ceux-ci des conseils de modération et une simple surveillance est envisageable.

Une forte minorité pose un problème de santé publique. Deux millions et demi d'entre eux, le plus souvent dénommés consommateurs " menacés ", " à risque ", " abuseurs ", peuvent encore contrôler leur consommation. Un million et demi ont perdu cette liberté : ce sont les alcoolodépendants (83).

Dans la pratique, la démarcation entre ces deux dernières catégories n'est pas toujours claire, ni facile à déterminer.

Mais le diagnostic de dépendance est très important car il nécessite un sevrage thérapeutique et une abstinence durable.

Quant aux consommateurs abuseurs non dépendants, qui peuvent être concernés par le sevrage, leur prise en charge n'exclut pas le retour éventuel à une consommation modérée et contrôlée.

## II. Le rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste doit dépister précocement l'alcoolodépendance.

Le sevrage thérapeutique ne prend tout son sens que lorsqu'il s'intègre dans une stratégie globale de soins du sujet alcoolodépendant.

Lorsque le patient a pris la décision d'arrêter de boire de l'alcool, le médecin assure la prévention et le traitement des symptômes de dépendance physique et des complications induites par la suppression brutale de l'alcool, parfois par une hospitalisation.

Il a aussi pour fonction d'engager le patient dans un processus de soins continus, dans l'espoir d'obtenir le maintien de l'abstinence, ou à défaut une amélioration clinique à long terme. Il favorise et renforce la prise de conscience de la dépendance à l'égard de l'alcool et la mise en oeuvre d'un nouveau projet existentiel.

Mais les patients à risque ne sont pas tous alcoolodépendants et, dans ce cas, le médecin généraliste doit profiter des consultations pour prodiguer des conseils de modération et fournir l'information sur les risques encourus d'une consommation excessive d'alcool.

### III. Quelques définitions

**Sevrage:** arrêt de la consommation d'alcool, qu'il soit accidentel, à l'initiative du sujet ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique, chez l'alcoolodépendant.

**Syndrome de sevrage:** Ensemble des symptômes se manifestant dans les suites immédiates ou différées jusqu'au dixième jour suivant cet arrêt. Il traduit un état de manque psychique, comportemental et physique.

Le syndrome de sevrage associe de façon variable plusieurs types de manifestations.

Dans la grande majorité des cas, on retrouve des troubles subjectifs tel que l'anxiété, l'agitation, l'irritabilité, l'insomnie, les cauchemars, des troubles neurovégétatifs comme des sueurs, des tremblements, une tachycardie, de l'hypertension artérielle, des troubles digestifs avec anorexie, nausées, vomissements.

Dans les heures qui suivent, ce tableau peut se compliquer par des signes confusionnels, des hallucinations, un delirium, des convulsions, de l'hyperthermie.

Le syndrome est résolutif, spontanément ou sous traitement, en 2 à 5 jours. Une apparition plus tardive ou la persistance de ces troubles au-delà de ce délai doit faire évoquer d'autres addictions associées, en particulier aux benzodiazépines (BZD).

**Alcoolodépendance :** Les classifications internationales récentes ne considèrent plus les symptômes physiques de sevrage comme indispensables au diagnostic d'alcoolodépendance, qui recouvre aussi d'autres manifestations :

- psychiques : désir compulsif de boire de l'alcool qui rend le sujet incapable de maîtriser sa consommation,
- comportementales : recherche de la consommation d'alcool qui prend le pas sur la plupart des activités du sujet,

- phénomène d'évitement : le sujet consomme de l'alcool, souvent dès le matin, dans l'intention de prévenir ou de supprimer les symptômes de sevrage,
- consommation d'alcool dictée par la nécessité de maintenir une alcoolémie suffisante,
- augmentation de la tolérance amenant le sujet dépendant à consommer des quantités croissantes d'alcool.

## **IV. Les conditions nécessaires au sevrage**

L'objectif d'un sevrage thérapeutique est l'entrée dans un processus d'abstention complète et durable d'alcool.

Ce sevrage s'impose chaque fois qu'il y a alcoolodépendance, qu'elle s'exprime ou non par des signes physiques. En effet, lorsqu'une dépendance est installée, le retour à une consommation modérée est considéré comme très difficile voire impossible par de nombreux experts. Pour obtenir un sevrage de bonne qualité, plusieurs conditions doivent être réunies :

- réaliser les conditions de confort et de sécurité optimales, visant à prévenir ou à traiter le syndrome de sevrage ;
- assurer en institution ou en ambulatoire, un suivi thérapeutique prolongé ;
- aider le patient à faire du processus de sevrage une expérience à long terme positive et valorisante sur le plan personnel, familial et professionnel.

Le sevrage est une étape nécessaire, entre un avant et un après, dans un projet thérapeutique, soutenu et accompagné par une équipe pluridisciplinaire.

## V. Les contre-indications du sevrage

Les contre-indications absolues n'existent pas.

Mais il existe des non-indications au sevrage immédiat lorsqu'il n'est pas demandé, lorsqu'il n'y a pas de projet thérapeutique et social ou en cours de situations de crises affective, sociale, ou professionnelle.

Elles n'empêchent pas la prise en charge et l'accompagnement du patient dans une perspective d'un sevrage ultérieur.

## VI. Les modalités de sevrage

Le sevrage alcoolique peut se réaliser en ambulatoire ou dans une structure d'hospitalisation.

Les avantages du sevrage ambulatoire sont la poursuite de l'activité professionnelle, le maintien des relations familiales et sociales, une meilleure acceptation du patient.

Le sevrage institutionnel permet une surveillance continue, une rupture du malade avec son environnement en cas de situations à risque ou conflictuelles, une garantie de l'observance des prescriptions.

Lorsque le sevrage est institutionnel, les études ne montrent pas de bénéfice à poursuivre le séjour au-delà de dix jours, sauf complications somatiques ou psychiatriques (83).

Dans les deux cas, le médecin généraliste doit assurer une prise en charge psychosociale et médicamenteuse.

L'établissement d'une relation thérapeutique qui doit se poursuivre au-delà du sevrage tend à la revalorisation de l'image de soi et à la restauration narcissique. Selon les sujets, les modalités de cette thérapie peuvent être individuelles, de groupe, familiale ou de couple. L'intervention des mouvements d'entraide comme l'association des Alcooliques Anonymes dès le sevrage améliore de façon significative le pronostic à long terme.

Les Alcooliques Anonymes sont présents dans la plupart des villes en France. Ils figurent dans l'annuaire. Le siège social se trouve 21, rue Trousseau, 75011 PARIS. Il existe une permanence téléphonique : 01 43 25 75 00

Enfin, les traitements médicamenteux doivent aider le patient à maintenir son sevrage tout en réduisant les risques d'accident.

## VII. Traitements médicamenteux

### a) Les psychotropes :

Un traitement préventif par benzodiazépines réduit la fréquence des accidents de sevrage de 10 % à moins de 2 % (83).

En ambulatoire, sans possibilité d'évaluation a priori du risque et en l'absence d'une surveillance rapprochée, la prévention médicamenteuse doit être systématique

Les benzodiazépines sont aujourd'hui le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage alcoolique. Elles réduisent l'incidence et la sévérité du syndrome de sevrage, des crises comitiales et du delirium tremens. Les benzodiazépines à demi-vie longue comme le diazépam (Valium) préviennent mieux les crises comitiales, mais présentent un risque accru d'accumulation en cas d'insuffisance hépatocellulaire. L'oxazépam (Seresta) a alors un intérêt particulier du fait d'un métabolisme non modifié.

Les benzodiazépines à demi-vie brève présentent un potentiel d'abus plus élevé.

La durée du traitement, prescrites à doses dégressives, ne doit pas excéder 7 jours sauf complication.

La voie orale doit être préférentiellement utilisée. Trois schémas de prescription sont possibles:

- La prescription de doses réparties sur 24 heures avec diazépam, un comprimé à 10 mg toutes les 6 heures pendant un à trois jours puis réduction jusqu'à l'arrêt en quatre à sept jours, ou diazépam, 6 comprimés à 10 mg le premier jour et diminution d'un comprimé chaque jour jusqu'à arrêt.
- Cette stratégie est recommandée en ambulatoire.
- La prescription personnalisée, éventuellement guidée par une échelle d'évaluation de la sévérité des symptômes.
- L'utilisation d'une dose de charge orale d'une BZD à demi-vie longue.

D'autres benzodiazépines que le diazépam peuvent être utilisées avec une efficacité analogue : il est estimé que 10 mg de diazépam (Valium) équivalent à 30 mg d'oxazépam (Seresta), 2 mg de lorazépam (Temesta), 1 mg d'alprazolam (Xanax), et 15 mg de chlorazépate (Tranxène).

Les autres psychotropes sont le méprobamate, le tétrabamate, les barbituriques et les neuroleptiques ont un rapport bénéfice-risque inférieur à celui des BZD.

## **b) Les traitements associés**

Les apports hydriques doivent être suffisants mais sans hyperhydratation.

La prescription de magnésium n'est à envisager qu'en cas d'hypokaliémie.

Le sevrage peut favoriser l'apparition de troubles graves neurologiques ou cardiaques par carence en thiamine, en particulier en cas d'apport glucosé associé. Il est nécessaire d'administrer de la thiamine (500 mg par jour) à tout patient débutant un sevrage. L'administration parentérale, de préférence par perfusion intraveineuse, doit être préconisée en cas de signes cliniques de carence pendant la première semaine.



## VIII. Intoxication éthylo-tabagique

80 à 95 % des malades de l'alcool sont également des fumeurs

Aujourd'hui, les spécialistes semblent accorder un intérêt croissant au sevrage alcoolique couplé au sevrage tabagique. Deux modalités pratiques sont possibles :

- un sevrage alcoolique associé à une substitution nicotinique qui permet en réalité de différer le sevrage tabagique,
- une thérapeutique commune au sevrage alcoolique et tabagique par la clonidine. Ses effets secondaires justifient son utilisation en milieu hospitalier.

Aucune étude n'est en faveur d'une évolution défavorable de l'alcoolisation après arrêt du tabac.

## IX. Les accidents du sevrage

(12)

Les accidents de sevrage sont représentés par les crises comitiales et le delirium tremens (DT). Le terme de pré-DT, source de confusion, doit être abandonné, au profit d'un repérage des degrés de gravité du syndrome de sevrage.

Ces accidents surviennent lors d'un sevrage imposé ou résultent d'une erreur dans la conduite d'un sevrage programmé.

Ils justifient dans tous les cas, suivant le degré de gravité, une hospitalisation en unité de soins intensifs ou en unité médicale conventionnelle.

Les convulsions de sevrage touchent des sujets à risque (utilisation de psychotropes, antécédent convulsif, antécédent de traumatisme crânien).

90 % d'entre elles surviennent dans les 48 premières heures et sont de type grand mal dans 95 % des cas et ne comportent pas d'anomalies électroencéphalographiques. Elles récidivent de façon rapprochée à court terme dans les 12 heures.

Les convulsions indépendantes du sevrage font l'objet d'un traitement spécifique.

Une crise convulsive unique de sevrage ne justifie pas un traitement anticomitial.

Lorsque les crises se reproduisent, une hospitalisation rapide et un traitement par voie intraveineuse par diazépam ou clonazepam sont justifiés.

## **X. Autres pathologies associées**

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke doit être prévenue par l'apport systématique de vitamine B1.

Il s'agit d'une urgence métabolique qui nécessite l'hospitalisation et dont le traitement est l'apport intraveineux de 1 g par jour de thiamine.

L'hyponatrémie profonde ou accompagnée de signes neurologiques impose l'hospitalisation.

Son traitement doit être progressif, basé sur la restriction hydrique et un apport normosodé.

L'hypertension artérielle, fréquente chez les malades de l'alcool, doit être surveillée.

Le sevrage favorise l'accumulation des médicaments et incite à en adapter les doses.

## **C. Autres conseils de prévention**

La prévention des facteurs de risque que nous avons étudiés au début du chapitre passe par des conseils d'hygiène et de nutrition qui ne sont pas toujours suivis chez les patients à risque, souvent peu disciplinés et peu respectueux de leur corps.

Des consultations dentaires doivent être effectuées régulièrement.

Le rôle du médecin généraliste est très vaste. Après la démarche de prévention qu'il doit assurer chez la plupart de ses patients, il lui faut ensuite effectuer un dépistage précoce chez ses patients à risque.

**Deuxième partie :**  
**Le médecin généraliste**  
**et**  
**le dépistage des cancers**  
**des VADS**

C'est bien au cabinet du médecin généraliste que le diagnostic précoce peut être le plus valablement réalisé. Il réclame, en définitive, plus une volonté de le réaliser qu'un savoir-faire particulier. Ce dépistage s'intègre à celui des affections liées au terrain alcool-tabagique, qu'elles soient respiratoires, digestives, vasculaires ou néoplasiques. Mais il prend un temps appréciable et risque de ne pas toujours être facilement accepté par les sujets les plus exposés.

Le matériel nécessaire est simple pour l'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx, plus complexe pour le pharyngo-larynx.

De plus, la plupart des médecins généralistes ne sont pas suffisamment formés à l'examen ORL et ils ne font pas toujours l'effort de se perfectionner.

Afin de rédiger ce chapitre nous avons participé à plusieurs consultations au service d'ORL de l'hôpital Central de Nancy.

## Pourquoi dépister?

Carcinomes de type épidermoïde dans la plupart des cas, les cancers des VADS sont fréquemment diagnostiqués à un stade avancé. Au premier examen, 70% des malades présentent une tumeur localement étendue (T3 ou T4), près de la moitié sont porteurs d'adénopathies cervicales métastatiques, et en moyenne plus de 6 mois se sont écoulés depuis les premiers symptômes. Ces tumeurs, découvertes à un stade tardif, exigent des thérapeutiques chirurgicales mutilantes et sont de mauvais pronostic (8; 75).

La banalité de leurs symptômes révélateurs, l'absence fréquente de douleurs, leur développement longtemps latent dans des cavités naturelles, la gêne rencontrée à l'examen en raison des réflexes nauséux expliquent pour une part le retard observé dans le diagnostic de ces cancers.

D'autres facteurs sont responsables de cette situation défavorable. Un examen clinique de la cavité buccale et surtout de l'oropharynx, le plus accessible des trois étages du pharynx, ne fait généralement pas partie de l'examen d'un consultant en médecine générale ou en médecine du travail.

# Comment dépister?

La complexité anatomique de cette région n'est que relative: le non-spécialiste peut déceler ou suspecter la plupart des cancers des VADS à quatre conditions :

- penser à ces localisations en présence des facteurs de risque spécifiques,
- écouter attentivement les plaintes du consultant et l'aider à les préciser,
- inspecter et palper soigneusement tous les sites anatomiques accessibles,
- examiner systématiquement de façon réglée les deux côtés du cou.

## A. Tenir compte des facteurs de risque

Les médecins généralistes sont souvent consultés par des sujets à risque. Il voit par mois en moyenne, environ 4 hommes de plus de 40 ans consommant quotidiennement plus de 60 grammes d'alcool et 20 grammes de tabac (17).

Tenir compte des facteurs de risque spécifiques, c'est penser de principe à l'éventualité d'un cancer bucco-pharyngé en présence d'une intoxication alcoolique et tabagique chronique remontant à 20 ans et plus, en particulier chez les travailleurs manuels et plus spécialement dans les métiers exposant aux poussières (métallurgie, bâtiment) ou aux particules inhalées (hydrocarbures, peintures, solvants) (19).

Le terrain alcoolo-tabagique est pratiquement constant chez l'homme mais un carcinome épidermoïde peut se développer en l'absence d'intoxication exogène en cas de dysplasie muqueuse préexistante. Chez la femme, enfin, plus de 20 % des cas surviennent sans aucun facteur de risque connu.

Un travail de recherche en médecine générale sur la faisabilité de la détection précoce des cancers des VADS au cabinet par l'interrogatoire et l'examen systématique des sujets à risque propose les critères d'inclusion suivants (35):

Pour un homme de 40 à 70 ans déclarant consommer ou avoir consommé pendant au moins 5 ans:

- Soit au moins 4 doses d'alcool ( une dose=1 verre de vin=1 demi de Bière= 1 apéritif= 1 digestif= 10 grammes d'alcool environ) et 20 grammes de tabac par jour (1 paquet).
- Soit, s'il ne fumait pas, au moins 8 doses d'alcool par jour (80 grammes).
- Soit, s'il ne buvait pas, au moins 40 grammes de tabac par jour (2 paquets).

## **B. L'écoute des symptômes**

(14; 15; 64)

Les sujets à risque sont vus à l'occasion de maladies intercurrentes banales.

Écouter la plainte du consultant, c'est analyser la nature des symptômes ou aller à leur recherche. Ceux-ci sont habituellement modérés, longtemps plus gênants que douloureux, mal décrits, mal interprétés, minimisés, considérés comme banaux et facilement confondus par le malade avec les manifestations chroniques bucco-pharyngées liées à l'irritation muqueuse d'origine exogène. Les principaux symptômes auxquels il importe de prêter attention sont de divers ordres.



# I. La dysphagie

La dysphagie est un signe d'appel fréquent.

Elle se limite souvent à :

- une simple gêne,
- une sensation de brûlure à l'absorption de liquides acides ou alcoolisés,
- une impression d'accrochage alimentaire que le malade situe sous une amygdale ou sur un côté du larynx,
- une gêne à la mobilisation de la langue avec hypersensibilité localisée de la muqueuse à certains aliments,
- une vague sensation de corps étranger que le malade est toujours enclin à rapporter à un traumatisme plus ou moins ancien, alimentaire ou non,
- une sensation d'angine unilatérale traînante ou récidivante,
- un changement de la texture du régime alimentaire (abandon du pain, de la viande, recours à une alimentation mixée), qui doit être recherché par l'interrogatoire lorsqu'il n'est pas exprimé par le patient ou révélé par l'épouse.

# II. La douleur

Elle est fréquente mais non toujours présente, en particulier dans les tumeurs de la partie antérieure de la cavité buccale. Elle est d'intensité très variable selon la localisation tumorale, la forme macroscopique et le psychisme du malade. La douleur est rare en l'absence d'ulcération, de nécrose surinfectée ou d'infiltration profonde. Elle est parfois totalement absente, même dans certaines tumeurs étendues de la cavité buccale où l'altération de la parole finira par révéler le cancer buccal. Le malade parle alors volontiers d'aphtes, d'abcès récidivants, de gingivites qui ne lui permettent plus de supporter sa prothèse dentaire. Une otalgie unilatérale réflexe, même intermittente, surtout si elle s'accompagne d'une odynophagie, augmente la probabilité de découvrir une lésion muqueuse néoplasique.

L'unilatéralité, la persistance, et la progression sont les caractères essentiels de ces symptômes majeurs que sont la gêne à la déglutition et l'otalgie (15).



### III. Les autres manifestations

D'autres motifs de consultation peuvent permettre d'étayer un soupçon diagnostique comme la découverte par le malade lui-même d'une ulcération muqueuse, d'un nodule intralingual, d'une tuméfaction amygdalienne ou vélaire, des traces de sang rouge dans la salive ou l'expectoration, une fétidité de l'haleine, une hypersialorrhée, souvent en rapport avec une tumeur étendue, une dyspnée, symptôme tardif, rarement isolée, liée à un très gros volume tumoral ou à une surinfection avec oedème.

Une déformation sous-mandibulaire ou cervicale peut amener le malade à consulter.

Une adénopathie rétroangulo-maxillaire est parfois le premier symptôme d'un cancer de l'amygdale mais révèle plus rarement un cancer buccal. Une tuméfaction sous-maxillaire unilatérale liée à un blocage du canal de Wharton par un cancer du plancher buccal est plus fréquente qu'une adénopathie. Les adénopathies sont rares en cas de tumeur buccale limitée.

La dysphonie n'est pas l'apanage exclusif des cancers du larynx. Associée à l'un des symptômes précédents, elle est déjà un symptôme tardif. L'altération de la voix est secondaire à une modification du volume ou de la mobilité de la langue, du voile, d'une amygdale, ou à une obstruction oropharyngée (90).

L'association d'une hypoacousie et d'une obstruction nasale peut être observée dans les volumineuses tumeurs de la région vélo amygdalienne propagées au nasopharynx.

Tous ces symptômes peuvent être facilement atténués ou même totalement supprimés par les anti-inflammatoires, les antibiotiques, les corticoïdes. En diminuant la dysphagie ou les douleurs, ces traitements symptomatiques satisfont le malade et son entourage, mais risquent de les rassurer à tort. Le diagnostic peut ainsi être retardé de plusieurs semaines voire de plusieurs mois et il faut donc éviter de renouveler plusieurs traitements symptomatiques si les premiers ont été inefficaces. Dans ce cas, une consultation spécialisée s'impose.

La symptomatologie de ces cancers est presque toujours peu spécifique, longtemps discrète ce qui explique le diagnostic souvent tardif, notamment pour les tumeurs de l'hypopharynx. Souvent, c'est la persistance des troubles dans le cas d'une dysphonie notamment ou leur unilatéralité (la dysphagie avec odynophagie par exemple) qui attireront l'attention (15).

La dyspnée laryngée est un signe tardif survenant dans les tumeurs obstructives.

Une meilleure connaissance de cette séméiologie, souvent frustrante, conduirait probablement le patient plus tôt vers le spécialiste, avant les stades avancés où le diagnostic est évident mais les chances de guérison ou de traitement conservateur largement amputées.

Certaines caractéristiques socioculturelles de la population soumise aux deux principaux facteurs de risques (négligence, difficulté à préciser les doléances, défaut de couverture sociale... ) viennent aussi retarder le diagnostic de ces tumeurs au stade symptomatique.

# C. Effectuer un examen clinique complet de dépistage

## I. La cavité buccale et l'oropharynx

La cavité buccale comprend les sites anatomiques suivants : la langue mobile, le plancher buccal, la joue, le trigone rétromolaire, la commissure intermaxillaire, la portion osseuse du palais.

L'oropharynx comprend les sites anatomiques suivants : base de la langue, vallécules, voile du palais, paroi pharyngée postérieure et région amygdalienne (piliers antérieur et postérieur, amygdale, région sous-amygdalienne, sillon amygdalo-glosse). On en rapproche la zone de jonction entre le pilier antérieur et le bord latéral de la langue mobile (90).

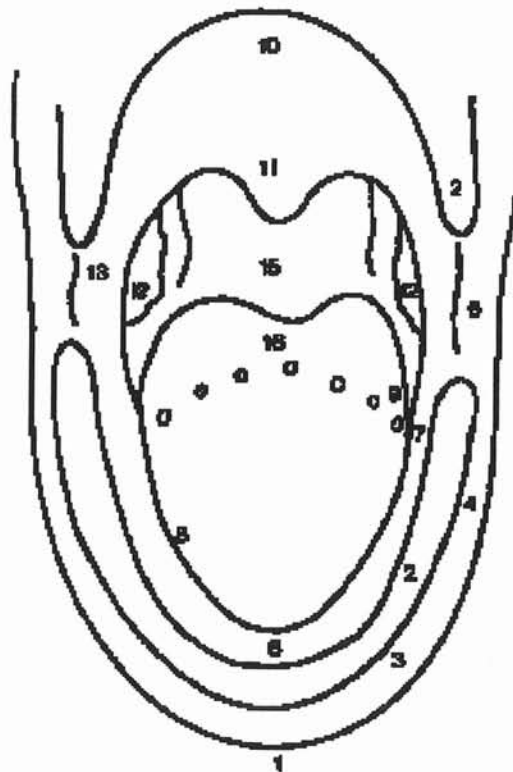
Un examen ORL de la cavité buccale et de l'oropharynx peut être effectué sans compétence de spécialiste et s'avérer tout à fait valable. Il requiert un matériel simple (abaisse-langue jetable en bois, doigtier), nécessite un bon éclairage et surtout la volonté de palper les structures anatomiques buccales et pharyngées, la face et le cou.

L'examen doit être patient et doux, le moins traumatique possible au niveau des structures muqueuses (24). L'abaisse-langue est appliqué sur la partie centrale de la langue mobile et non en arrière du V lingual, ce qui déclencherait un réflexe nauséux avec constriction pharyngée.

Les structures anatomiques suivantes sont directement accessibles à l'observation et à la palpation :

- la totalité de la cavité buccale, c'est-à-dire les lèvres, surtout la lèvre inférieure (1), les gencives (2), les vestibules buccaux ou sillons gingivo-labiaux (3) et gingivo-jugaux (4), les faces internes des joues (5), le plancher de la bouche antérieur (6) avec le frein de la langue et latéral (7) en regard des prémolaires et molaires, la langue mobile jusqu'au V lingual, surtout les bords (8), la face ventrale de la langue, la zone d'insertion du pilier antérieur de l'amygdale sur la partie marginale postérieure de la langue mobile, dite zone de jonction linguale (9), la face dorsale de la langue et la muqueuse recouvrant la voûte palatine osseuse (10).

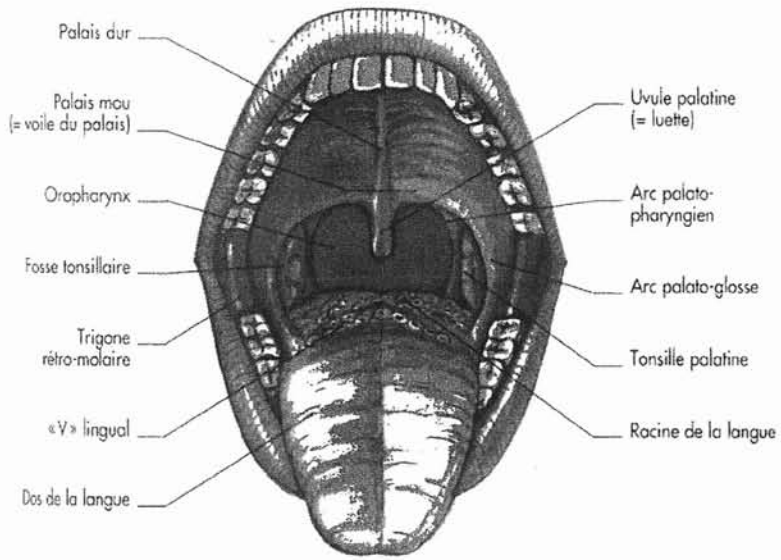
- la majeure partie de l'oropharynx, le voile du palais (11), les amygdales palatines (12), les piliers amygdaliens, antérieur (13) et postérieur (14), la paroi postérieure du pharynx (15).



Toute modification localisée de la muqueuse, toute anomalie de relief (bourgeonnement, ulcération toujours suspecte même en présence d'une cause dentaire apparente), tout changement de couleur (plage de muqueuse qui au lieu d'être rose vif est devenue rouge, framboisée, violacée, hémorragique, blanche, jaune ou décolorée) doit faire évoquer la possibilité d'une tumeur buccale ou oropharyngée primitive (19).

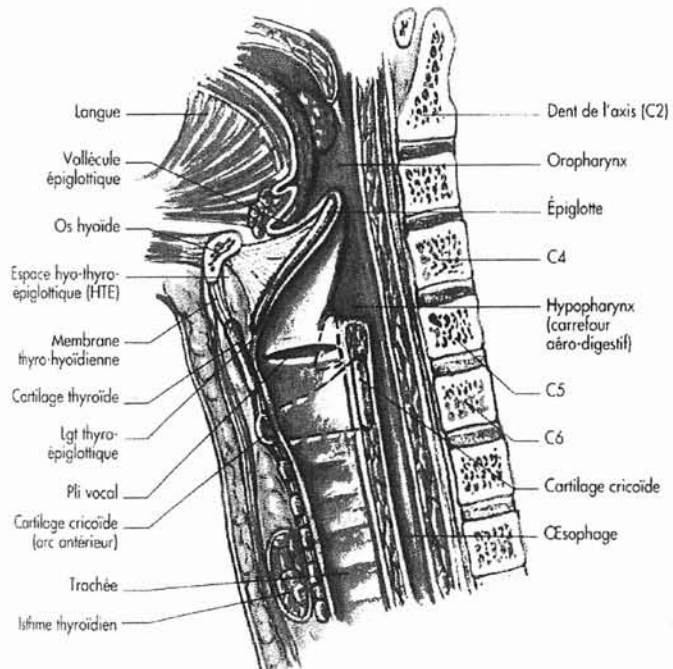
Il peut s'agir encore seulement d'états précancéreux, chéilite labiale, leucoplasie, papillomatose, lichen, exposés au risque de dégénérescence dans 10 % des cas, ou d'érythroplasie toujours plus inquiétante car dégénérant dans la moitié des cas. La reconnaissance de ces dysplasies muqueuses, potentiellement précancéreuses, permet, après exérèse et conseils de tempérance, une prévention secondaire utile. Le cancer bucco-pharyngé se développe dans plus de 90 % des cas sur une muqueuse saine mais le risque est multiplié par 50 lorsque la muqueuse est dysplasique (20; 64). Il importe donc de supprimer, dans la mesure du possible, les lésions les plus exposées à la dégénérescence telles le lichen bulleux et surtout le lichen érosif, la papillomatose étendue, les érythroplasies nodulaires de la joue et du voile du palais, les candidoses chroniques rétro-commissurales et les leucokératoses tabagiques (36). Le spécialiste jugera de l'opportunité et des modalités d'une éventuelle biopsie préalable (103).

### Oropharynx, bouche ouverte



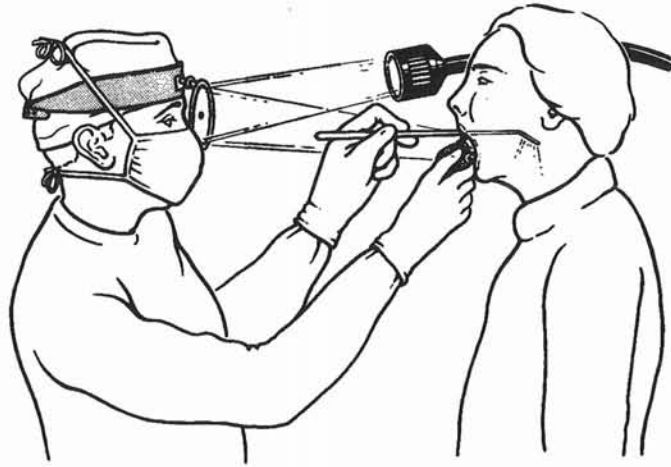
D'après (13)

### Coupe sagittale médiane de la muqueuse du larynx



D'après (13)

Au niveau de l'oropharynx, seule la base de la langue est inaccessible à la vision directe trans-orale (16). Elle peut être palpée à la recherche d'une zone infiltrée ou douloureuse mais une laryngoscopie indirecte est nécessaire pour la visualiser. Sa réalisation nécessite l'usage d'un faisceau lumineux produit par un miroir de Clar correctement focalisé au centre d'un miroir laryngé tiédi (pour éviter la buée due à l'expiration) et placé devant la luette. Un apprentissage de quelques heures en milieu ORL rendrait sa pratique courante parfaitement possible par le non-spécialiste.



### **Laryngoscopie indirecte au miroir**

La palpation de la bouche et de l'oropharynx au doigt, protégé par un doigtier, explore toute la cavité buccale et tout l'oropharynx, en particulier le plancher buccal postérieur, la base de la langue, le voile du palais, les loges amygdaliennes et les sillons latéraux glosso-amygdaliens. Le doigt repère toute zone indurée, ulcérée, fissurée, bourgeonnante ou saignant au contact du doigtier, toute infiltration. Une minime ulcération muqueuse reposant sur une base infiltrée de plus grande dimension est très suspecte. Un examen déclenche parfois en un point précis une douleur vive de très grande valeur diagnostique. Lorsqu'il existe une érosion muqueuse en regard d'un agent traumatisant, dentaire par exemple, une guérison totale doit être obtenue en 10 jours après suppression de l'agent vulnérant. Il en est de même d'un petit séquestre entraînant une ostéite après avulsion dentaire.

Malheureusement il existe fréquemment des réticences de nombreux médecins à introduire le doigt dans la bouche de leurs patients. Ce geste ne fait pas en France partie de l'examen général d'un consultant alors que les touchers pelviens, la palpation mammaire et l'examen gynécologique au spéculum sont en principe effectués. La répulsion pour la salive et le manque de formation expliquent sans doute cet état de fait.



## II. Le larynx et l'hypopharynx

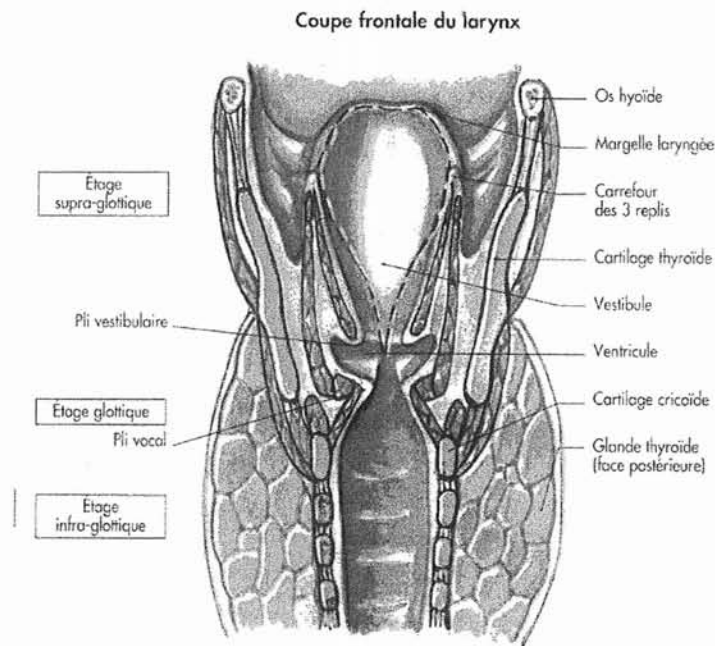
Sur le plan anatomique, le larynx est divisé en trois étages par le plan délimité par les deux cordes vocales appelé l'étage glottique. Les cordes vocales s'écartent lors de la respiration et se rapprochent lors de la phonation.

L'espace délimité par le bord libre des deux cordes vocales constitue la glotte.

L'étage supra-glottique est composé des ventricules, du vestibule laryngé et de la margelle laryngée (épilarynx).

L'étage sous-glottique se continue par la trachée.

Au plan anatomique, l'hypopharynx se compose des sinus piriformes, de la région rétrocricoïdienne, des parois latérale et postérieure.



**D'après (13)**

Sur le plan physiologique, le larynx assure plusieurs fonctions : la respiration, la phonation, la déglutition, la fonction sphinctérienne constituant une barrière de protection de la trachée.

L'examen clinique du larynx est en règle non accessible au médecin généraliste (15).

Cependant, l'emploi du miroir laryngé classique peut lui être utile mais nécessite une certaine expérience.

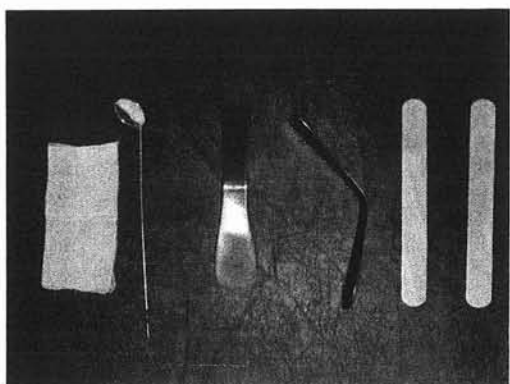
Le spécialiste dispose, en outre, de nasofibrosopes et/ou d'épipharyngoscopes..

D'un maniement plus aisé, ils autorisent, au besoin à l'aide d'une anesthésie locale chez les patients anxieux, peu coopérants ou présentant un réflexe nauséux important, une analyse précise de l'ensemble des structures pharyngolaryngées du fait de leurs qualités optiques. Si toutes les structures du larynx sont en général bien accessibles à l'exploration, l'hypopharynx n'est pas visible dans sa totalité, la zone rétrocricoïdienne et la partie basse des sinus piriformes n'étant vue que partiellement; la visualisation directe d'une tumeur à ce niveau impose souvent une laryngoscopie directe nécessitant une anesthésie générale.

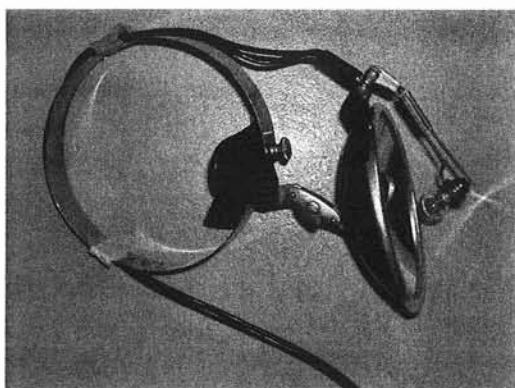
A côté de ces éléments fournis par l'examen clinique, il n'existe pas de procédé d'imagerie actuelle permettant d'intégrer un programme de dépistage systématique de lésions infra cliniques du larynx ou de l'hypopharynx. Il n'y a pas non plus de marqueurs biologiques spécifiques de ce type de cancers. Si certains sont utilisés surtout en matière de suivi post-thérapeutique, leur sensibilité n'est pas suffisante pour en faire de bons tests de dépistage.

A l'aide de la collaboration du Dr B. TOUSSAINT, nous avons réalisé les photos suivantes, retraçant les différentes étapes de l'examen ORL accessible au médecin généraliste. Comme nous pouvons le constater sur ces photos, l'examen tente de déplier chaque structure de la cavité buccale afin d'explorer chaque région.

## L'EXAMEN CLINIQUE (I)



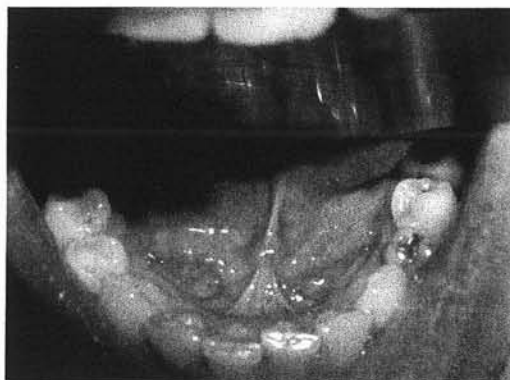
Compresse, miroir, abaisse-langue



Miroir de Clar



Oropharynx



Plancher buccal

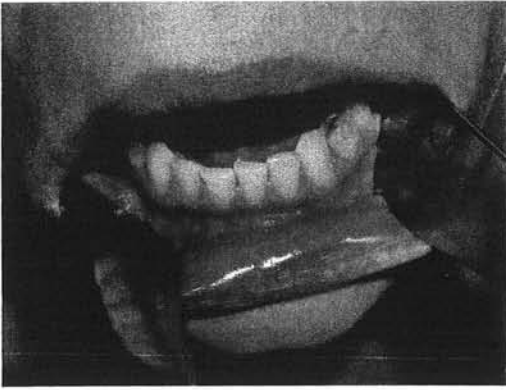


Face interne de joue

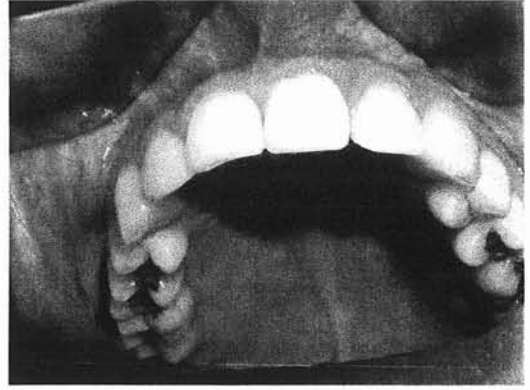


Trigone rétro-molaire,  
sillon amygdalo-glosse

## L'EXAMEN CLINIQUE (II)



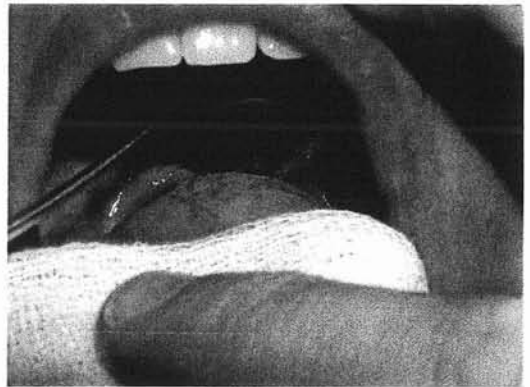
Vestibule buccal inférieur



Vestibule buccal supérieur



Chauffe-miroir



Laryngoscopie indirecte au miroir



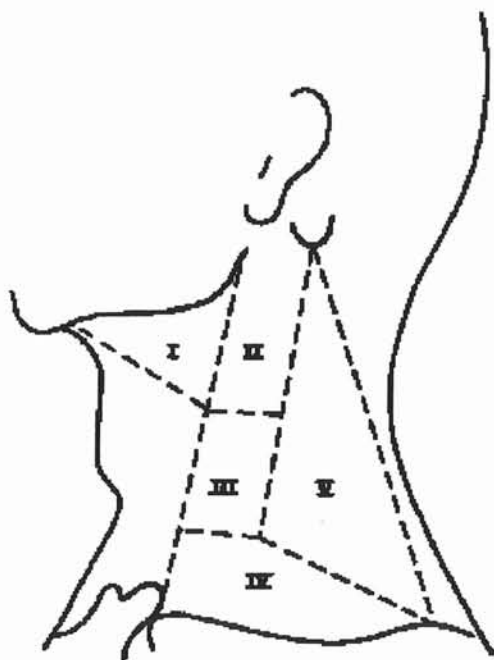
Palpation cervicale (doigts en crochet)



Palpation cervicale (doigts en crochet)

### III. La recherche d'adénopathie

La palpation des aires ganglionnaires cervicales est systématique au niveau des cinq groupes ganglionnaires des deux côtés du cou. Conduit avec méthode, la tête légèrement fléchie du côté examiné, cet examen peut révéler des ganglions mesurant un centimètre et plus, particulièrement suspects lorsqu'ils siègent le long du trajet de la veine jugulaire interne ou du nerf spinal. Cette situation anatomique doit toujours alerter: de tels ganglions ne peuvent être rapportés à un appareil gingivo-dentaire en mauvais état. Les ganglions les plus évocateurs de cancer bucco-pharyngé siègent au niveau de l'angle de la mandibule. Les ganglions sous-maxillaires de moins d'un centimètre, fermes et mobiles sont fréquents et d'interprétation difficile: ils peuvent être en rapport avec une infection bucco-dentaire actuelle ou ancienne. Les ganglions multiples, durs et peu mobiles sont les plus suspects d'envahissement néoplasique.

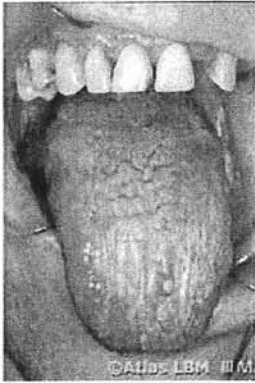


- I. Sous-maxillaire
- II. Sous-digastrique
- III. Sus-omo-hyoïdien
- IV. Jugulaire inférieur et sus-claviculaire
- V. Spinal

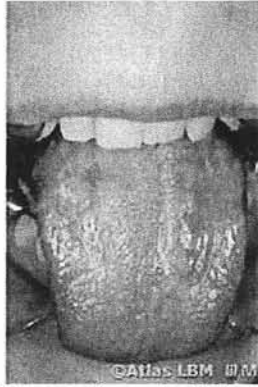
Groupes ganglionnaires cervicaux

Voici une série de photos qui permettent d'illustrer l'examen de la cavité buccale (pp.85, 86, 87).

## LICHEN A POTENTIEL DEGENERATIF d'après (67)



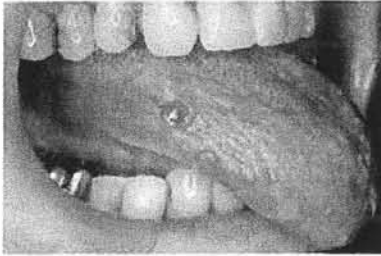
Lichen en nappe atrophique et érosif de la face dorsale de langue



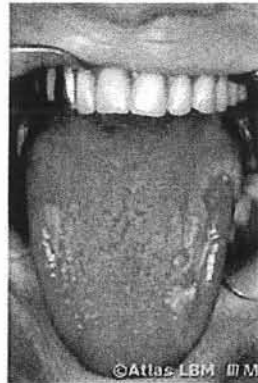
Lichen atrophique et érosif de la face dorsale de langue



Lichen atrophique de la face dorsale de langue



Lichen atrophique et érosif du bord latéral de langue



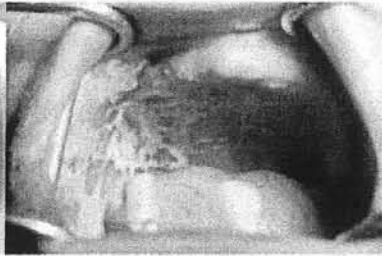
Lichen atrophique du bord latéral de langue



Lichen en nappe atrophique et érosif de la lèvre inférieure



Lichen érosif jugal



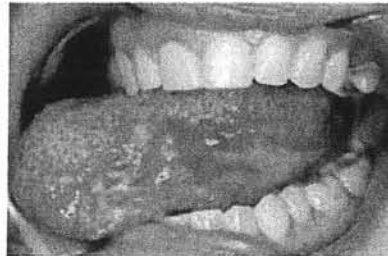
Lichen en nappe et circiné diffus de la voûte palatine



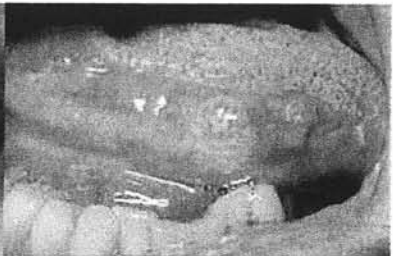
Lichen en nappe hyperkératosique de la face dorsale de langue



Lichen en nappe et érosif de la totalité de la face dorsale de langue



Carcinome épidermoïde du bord latéral de langue lié à un lichen en nappe dégénéré

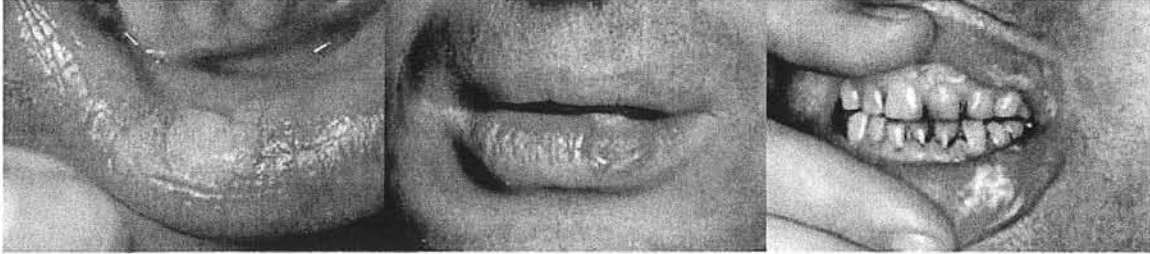


Carcinome épidermoïde du bord latéral de langue lié à un lichen dégénéré



## TABAC ET MUQUEUSE BUCCALE:

### LESIONS HYPERKERATOSIQUES POUVANT FAIRE EVOQUER UN CARCINOME EPIDERMOIDE d'après (67)



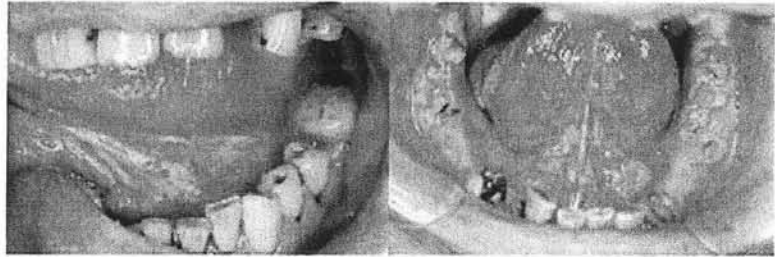
©AINE LBM ©MASSON  
Hyperkératose labiale inférieure

©AINE LBM ©MASSON  
Hyperkératose labiale inférieure

©AINE LBM ©MASSON  
Lésions labiales hyperkératosiques



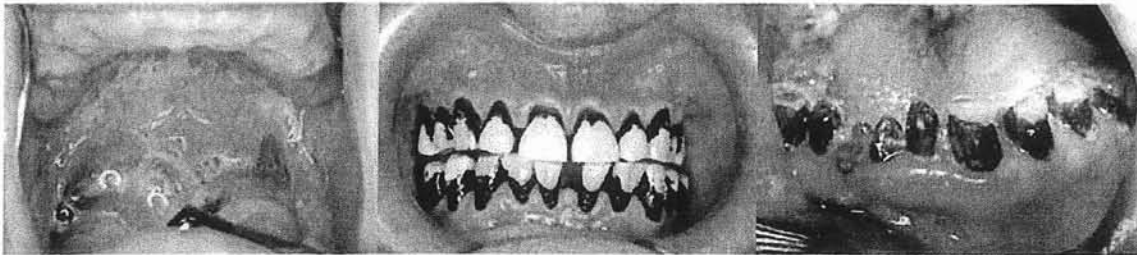
©Atlas LBM ©MASSON  
Kératose rétro-commissurale



©AINE LBM ©MASSON  
Lésion kératosique pelvi-buccale

©AINE LBM ©MASSON  
Lésion kératosique pelvi-buccale

## LESIONS BUCCALES POST-RADIQUES

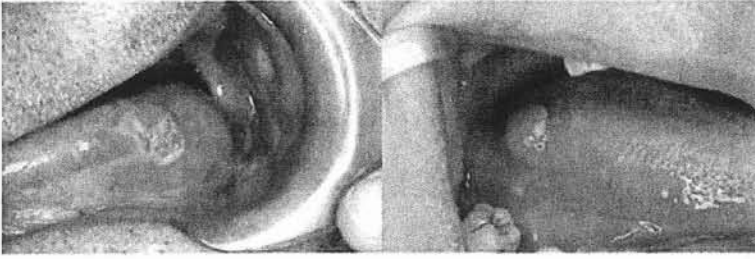


©AINE LBM ©MASSON  
Radiomucite post-radique

©AINE LBM ©MASSON  
Polycaries diffuses, induites par une xérostomie liée à une irradiation cervicale



# CARCINOMES EPIDERMOIDES d'après (67)

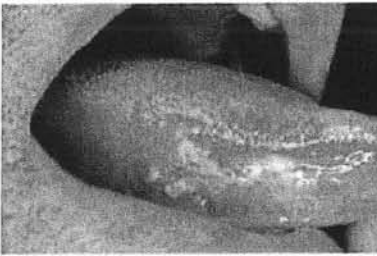


©Atlas LBM @MASSON  
Localisation linguale ulcéreuse

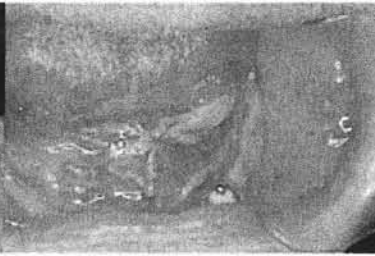
©Atlas LBM @MASSON  
Localisation linguale bourgeonnante



©Atlas LBM @MASSON  
Localisation linguale infiltrante



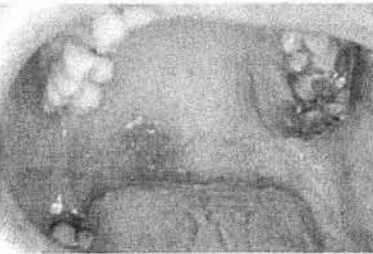
©Atlas LBM @MASSON  
Localisation linguale superficielle



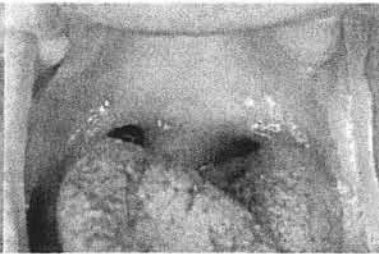
©Atlas LBM @MASSON  
Localisation sur le plancher buccal



©Atlas LBM @MASSON  
Localisation jugale



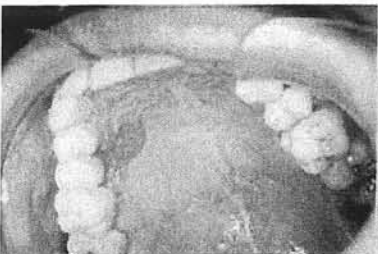
©Atlas LBM @MASSON  
Localisation palatine



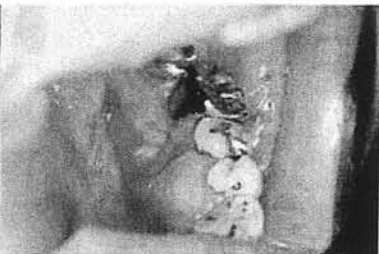
©Atlas LBM @MASSON  
Localisation uvulaire



©Atlas LBM @MASSON  
Localisation labiale inférieure



©Atlas LBM @MASSON  
Localisation à la voûte palatine



©Atlas LBM @MASSON  
Localisation gingivale inférieure

## **D. Conduite à tenir devant un patient suspect de cancer des VADS**

En cas de forte suspicion ou de quasi-certitude de tumeur ou de ganglion malin, le malade est rapidement adressé à un ORL qualifié sans aucune exploration particulière. Il s'agit dans plus de 90 % des cas d'un carcinome épidermoïde.

L'ORL se charge du bilan pré thérapeutique. Dans le cas des cancers de la cavité buccale ou de l'oropharynx, la panendoscopie effectuée sous anesthésie générale le plus souvent révélera un autre cancer ORL latent simultanément dans 15 % des cas environ (14).

Parfois il est possible d'évoquer une pathologie maligne plus rare d'un type différent.

S'il existe des symptômes unilatéraux, même si l'examen ORL semble normal, il est pourtant prudent d'adresser le malade à une consultation ORL spécialisée.

En cas de symptômes imprécis, mal décrits, médians, bilatéraux ou oscillants, dans un contexte anxieux, en l'absence de facteurs de risque, un traitement médical peut être envisagé (antalgiques, tranquillisants, vitamines, antispasmodiques). Si les symptômes persistent, se confirment et surtout se précisent d'un côté, un examen ORL doit être demandé auprès d'un spécialiste.

**Troisième partie :**

**Le médecin généraliste  
et  
le traitement des cancers  
des VADS**

# Traitements non spécifiques

Le médecin généraliste doit faire face, dès la découverte du diagnostic, à différents problèmes tel que l'annonce de la maladie, la nutrition, la prise en charge de la douleur et le bilan bucco-dentaire.

## A. Aspect psychologique

Le malade doit recevoir une information adaptée à sa personnalité et à ses connaissances médicales.

Le plus souvent, le patient souhaite des informations pratiques : durée de l'hospitalisation, type de traitement ou d'intervention, conséquence de ce même traitement.

L'explication des différents actes médicaux choisis lui permettra de mieux comprendre l'utilité du traitement et diminue ainsi son angoisse. Si l'intervention est mutilante, il faut l'informer avec précision de ses conséquences pratiques et des possibilités de réadaptation.

Le malade sera suffisamment informé, par ailleurs, pour prendre les dispositions nécessaires sur le plan professionnel, familial et financier, pendant la période de traitement.

# I. L'annonce du diagnostic

(21; 28; 79)

"Le cancer est ce qu'un médecin n'a pas envie de dire à un malade qui n'a pas envie de l'entendre."

L'annonce de cancer des VADS revient soit au spécialiste qui a fait le diagnostic soit au médecin généraliste qui suit le patient.

La demande du patient est souvent ambiguë voire contradictoire. Par le mental, il veut savoir, mais en même temps l'état émotionnel peut être en totale dénégation.

Tout d'abord, il faut prendre le temps de l'explication de la maladie, des examens nécessaires, des traitements prévus. Il faut respecter une chronologie. Il n'y a pas une information totale et définitive à fournir en début de traitement mais des explications tout au long de la maladie en fonction des besoins du patient.

Le moment de l'entretien doit être choisi. Il faut s'assurer qu'il se déroulera dans de bonnes conditions pour que le patient soit réceptif, le médecin disponible et le temps de dialogue suffisant. Il est préférable de se tenir à la même hauteur du patient pour avoir un comportement d'égalité en évitant toute attitude de supériorité (37). Trop d'explications risquent de ne pas être intégrées par le patient, en raison de l'inhibition intellectuelle et du désarroi émotionnel qui sont normaux dans de telles circonstances. C'est pourquoi il est important de s'assurer que le malade a bien intégré le message qui lui a été formulé. Il est souvent nécessaire de répéter l'information.

Les informations ne doivent jamais être données par téléphone qui ne permet pas de respecter la confidentialité, ni d'observer les réactions de l'interlocuteur.

L'information des proches (conjoint, enfants), sera assurée, après l'accord de l'intéressé et si possible en sa présence, et en tentant d'évaluer et de tenir compte de leur capacité à assumer. Il est préférable que l'information ne soit donné qu'à une seule personne désignée par le patient. On évite ainsi des informations contradictoires, ce qui arrive parfois lorsqu'un médecin a des interlocuteurs multiples, susceptibles d'interpréter ses paroles de façon différente (37).

Quoiqu'il en soit, le diagnostic de cancer est toujours une expérience traumatisante. Les réactions dépendent de l'histoire personnelle et familiale du malade, de sa culture et de sa structure individuelle.

Dès ce stade, il faut évaluer la personnalité du malade et ses réactions de défense :

- révolte et agressivité
- déni, à respecter
- stoïcisme affiché, qui peut cacher une grande fragilité
- culpabilité : le cancer est ressenti comme une trahison de son corps
- attitude coopérative active

De même, il faut évaluer la qualité de l'environnement familial et social.

L'information est le moyen de nouer ce lien médecin-malade si spécifique et si indispensable. La qualité de l'information va susciter la confiance.

En fait, le but de l'information est d'aboutir à un contrat de confiance. Cette relation a un caractère thérapeutique, sinon en terme de survie, du moins en terme de qualité de vie. C'est pourquoi il ne faut pas hésiter à "passer la main" , c'est à dire à déléguer à un autre médecin la prise en charge et le suivi d'un malade, dès lors que le lien relationnel apparaîtrait difficile ou se dégraderait avec le temps.

Pour le médecin, cette relation de confiance peut être lourde car elle réactive sa vie émotionnelle ou inconsciente. De plus, il doit s'adapter aux états psychologique évolutifs du patient. Les études médicales ne l'ont pas forcément formé à cette relation et le médecin doit développer de l'intuition et de l'empathie (37).

## **II. L'information au cours des traitements**

Le rôle du médecin est de justifier leur agressivité nécessaire.

Le médecin doit prévenir le malade des effets secondaires possibles, tout en évitant de l'angoisser : il n'est pas toujours simple de connaître les limites supportables par chaque individu.

Le médecin généraliste est en première ligne dans cette phase difficile.

Dans le cadre d'une chirurgie mutilante, le retentissement psychologique n'est pas toujours proportionnel à l'importance de la détérioration.

La laryngectomie, les mutilations de la face, posent toujours de difficiles problèmes d'adaptation, au malade comme à sa famille.

## **III. L'information après le traitement**

L'angoisse de la rechute est souvent partagée par le médecin, hanté par la "peur de passer à côté".

Elle est exacerbée par le moindre symptôme, mais souvent aussi par l'approche de la consultation ou des explorations, par l'anniversaire du premier traitement, ou encore par les médias...

Le médecin doit tenir compte de la vie familiale du patient :

- Attitude de surprotection ou à l'opposé négation de la maladie.
- Retentissement de la maladie sur la famille, qui peut être resserrée ou disloquée.
- Sensation d'isolement du malade.
- Difficultés d'ordre sexuel : il faut savoir en parler.

La reprise de la vie professionnelle doit être encouragée car elle est essentielle à la réhabilitation.

Le médecin généraliste doit se mettre en liaison avec le médecin du travail.



## IV. L'annonce de la première rechute

(38)

Le traumatisme est encore plus violent que lors du diagnostic initial.

Mais, tout en connaissant la possibilité d'un effondrement des défenses psychologiques favorisé par la répétition, il ne faut pas travestir la réalité : pas de faux diagnostic (décalcification, pleurite, hépatite, etc..). Il ne faut jamais dire quelque chose d'inexact. Par contre, il est nécessaire de positiver la situation.

De toute façon, le généraliste va avoir un rôle capital et difficile d'accompagnement.

Il peut être utile d'en parler avec des confrères ou avec des professionnels.

Dans le cas d'un cancer dépassé, le médecin doit évaluer les besoins du malade, qui se modifient au fur et à mesure de l'évolution.

Il doit tenir compte, aussi bien des désirs du malade que des possibilités matérielles et psychologiques des proches.

Cette période d'échec peut susciter une agressivité et des revendications de la part de la famille : ces réactions sont normales et le médecin doit pouvoir se tenir à distance de cette mise en cause.

Enfin, il est important de ne pas nier la réalité, mais de faire comprendre au malade qu'il n'est pas abandonné : la peur de l'abandon est parfois pire que la peur de la mort.

Diagnostiquer, traiter, surveiller un malade atteint de cancer dépasse largement le cadre de la technicité.

Dans ces circonstances où toutes les grandes valeurs sont remises en question, le médecin généraliste reste le soutien, la référence essentielle.

# **B. Dénutrition et cancers des VADS**

La dénutrition est un phénomène connu dans l'évolution de la maladie cancéreuse, aboutissant, dans les cas extrêmes, à la cachexie. Elle aggrave l'état général du malade et peut être la cause de complications multiples par diminution des défenses immunitaires.

Son incidence sur la mortalité est également importante.

## **I. Les facteurs de la dénutrition**

Les causes de la dénutrition sont multiples et complexes.

### **a) Facteurs liés à la tumeur**

Les tumeurs sont des pièges à azote et sucres. Elles utilisent les acides aminés et les sucres pour assurer leur propre croissance. Il y a donc catabolisme excessif des tissus normaux au profit de la tumeur.

La croissance tumorale peut entraîner des dysphagies, des fausses routes, des douleurs, des mucites, un dysfonctionnement de la salivation, voire même une asialie, par compression ou obstacle mécanique au niveau des VADS.

Certaines tumeurs peuvent s'accompagner de phénomènes de mal absorption; d'autres provoquent des diarrhées qui augmentent le déficit nutritionnel. Les troubles de l'absorption peuvent être liés aux antécédents chirurgicaux du patient.

La douleur, la fièvre, la perturbation, souvent notée, du goût et de l'odorat, l'anxiété, la lassitude, la fatigue, la solitude, les problèmes familiaux et économiques, sont à l'origine d'une anorexie, facteur aggravant essentiel de la dénutrition.

L'intoxication éthylo-tabagique, présente chez la plupart des patients atteints, ne favorise pas une bonne hygiène alimentaire et ces patients, avant d'être malades sont souvent carencés et dénutris.

## **b) Facteurs liés au traitement**

La chirurgie des tumeurs des VADS entraîne presque toujours des dysphagies. Une alimentation même liquide est parfois impossible au début du traitement.

La chimiothérapie peut être à l'origine d'une anorexie provoquée indirectement par ses effets secondaires comme les nausées, les vomissements ou les mucites.

La radiothérapie, surtout sur les tumeurs des VADS, peut également provoquer une malnutrition ou une malabsorption par les mucites ou les œdèmes laryngé.

De plus, l'état psychologique des patients entraîne souvent une anorexie réactionnelle.

L'intensité de ces effets secondaires peut, dans certains cas, nécessiter des interruptions de traitement qui, favorisant la reprise évolutive de la tumeur, entraînent l'organisme dans un cercle vicieux.

## II. La prise en charge nutritionnelle

Les objectifs de la prise en charge nutritionnelle sont la prévention de la dénutrition, l'amélioration de la qualité de vie, la réduction du nombre de complications liées aux traitements et la prévention des interruptions de traitement. Celle-ci est effectuée par une diététicienne spécialisée en carcinologie.

Le médecin généraliste doit surveiller la nutrition du patient, compléter les informations si nécessaire, adresser le patient en consultation en cas de problème.

Des connaissances à ce sujet sont, par conséquent, nécessaires et voici donc une synthèse des modalités de la prise en charge nutritionnelle.

### **a) Les apports quotidiens**

L'apport calorique quotidien souhaitable est de l'ordre de 1 600 à 2 400 kcal, l'apport azoté de l'ordre de 0,2 à 0,35 g/kg/jour, soit 1,25 à 1,85 g de protides/kg/jour (82).

### **b) Prise en charge préthérapeutique**

Une première consultation auprès d'une diététicienne doit être effectuée le plus près possible du diagnostic de cancer pour une évaluation précoce et précède un suivi régulier et continu du patient tout au long des traitements.

#### **1. L'information**

Le premier entretien diététique se traduit par une information pratique du patient sur :

- la nécessité de maintenir un état nutritionnel correct,
- les conséquences des traitements au niveau local,
- les moyens à mettre en oeuvre pour les minimiser.

## 2. L'état nutritionnel du patient

L'anamnèse, qui peut être effectuée selon plusieurs méthodes, constitue le point de départ de l'évaluation nutritionnelle du patient et permet d'élaborer avec celui-ci les méthodes correctives à mettre en oeuvre.

L'état nutritionnel peut être évalué par plusieurs éléments complémentaires de l'interrogatoire.

- *La mesure du poids et de la taille.*
- *L'évaluation de la perte de poids*

Une perte de poids de 10 % est habituellement considérée comme ayant une valeur pronostique en cancérologie (30). La vitesse d'amaigrissement doit être évaluée. Certains auteurs considèrent qu'une perte de poids est sévère, c'est-à-dire associée à un risque accru de morbidité et/ou mortalité si elle est supérieure à 10 % en 6 mois (10).

Plusieurs indices apprécient le degré de dénutrition sur l'intensité de la perte de poids, la gravité des signes digestifs et cliniques de dénutrition ( 4; 22; 100).

Cette évaluation rigoureuse permet d'appréhender trois situations différentes :

- le patient est en poids stable,
- le patient présente une surcharge pondérale,
- le patient est dénutri.

Le poids du patient doit être interprété en fonction de la présence ou non d'œdèmes, d'ascite, notamment dans le cas de la dénutrition en poids stable.

### **3. Les conseils de nutrition**

#### **□ Si le patient est en poids stable**

Les conseils tendront à maintenir une alimentation équilibrée et adaptée en texture et en qualité aux capacités fonctionnelles du patient.

Il est primordial de tenir compte du contexte socio-économique et d'associer des conseils d'hygiène de vie.

L'objectif est de maintenir un poids stable : une surveillance hebdomadaire du patient est souhaitable.

#### **□ Si le patient est en surcharge pondérale**

La surcharge pondérale est définie par un indice de masse corporelle (IMC), calculé par le rapport poids/(taille)<sup>2</sup>, compris entre 25 et 30. Il convient alors de contrôler le poids régulièrement, de détecter et de corriger avec le patient les erreurs alimentaires.

#### **□ Si le patient est dénutri**

Les conseils donnés concernent surtout la texture de l'alimentation qui peut être soit hachée, soit mixée, soit liquide par voie orale, en fonction des possibilités du patient. Cette alimentation sera enrichie en protéines et en calories : l'ajout de compléments alimentaires à la ration peut permettre d'atteindre un niveau calorico-azoté suffisant.

Si la voie orale ne permet pas un apport suffisant, la voie entérale sera utilisée avec la pose soit d'une sonde naso-gastrique, soit d'une gastrostomie ou d'une jéjunostomie.

Le bénéfice nutritionnel est observé le plus souvent dans un délai d'environ 15 à 20 jours (97).

La prescription médicale de traitements antalgiques, d'anesthésiques locaux, peut être nécessaire à la bonne prise alimentaire orale.

Si le patient présente des troubles de l'absorption, après avoir recherché les causes, la prise en charge diététique de ces troubles se fait par une alimentation adaptée.

Dans le cas d'une anorexie, des conseils pour une alimentation hypercalorico-azotée sous un faible volume sont donnés.

## **c) Pendant les traitements**

### **1. Au cours de la radiothérapie**

Une surveillance bihebdomadaire du poids est recommandée. Une perte de poids au cours de la radiothérapie nécessite la recherche des causes imputables au traitement.

L'objectif est de prévenir la perte de poids, susceptible de provoquer l'interruption du traitement. Les conseils alimentaires sont adaptés à la survenue et à la nature des troubles. Ils sont résumés dans le chapitre consacré à la radiothérapie.

### **2. Au cours de la chimiothérapie**

Les répercussions sur la fonction digestive sont différentes en fonction des protocoles de chimiothérapie (mucites, nausées, vomissements, constipation) et des thérapeutiques associées (morphiniques par exemple).

Les nausées et vomissements, bien que ces manifestations puissent être prévenues et/ou traitées par les médicaments antiémétiques, peuvent apparaître et persister plusieurs jours après les traitements en fonction des médicaments cytotoxiques utilisés. Elles entraînent souvent une perte de l'appétit, l'installation d'une anorexie se traduisant par une perte de poids. Il convient alors de multiplier les petits repas dans la journée à six à sept par jour, de stimuler l'appétit en répondant aux préférences alimentaires, en particulier en améliorant la présentation des plats, en augmentant la variété des choix et la qualité des produits.

En cas de diarrhée due à une toxicité de la chimiothérapie sur la muqueuse intestinale, une réhydratation s'impose en buvant fréquemment des boissons sans lactose et en ingérant des aliments liquides digérés rapidement pour laisser l'intestin au repos. Puis, un régime pauvre en fibres et antidiarrhéique est progressivement mis en place.



En cas de constipation due à une diminution de la motricité intestinale, il est capital de modifier les habitudes alimentaires. Elle est le plus souvent liée et/ou aggravée par certains médicaments cytotoxiques et par les morphiniques. On encourage alors la consommation de crudités, de fruits crus, s'il n'y a pas de problèmes buccaux et de légumes tout en préservant la muqueuse intestinale de trop d'agressions. Il est donc nécessaire d'équilibrer les repas en augmentant l'apport de fibres, de surveiller l'apport hydrique, d'avoir recours aux laitages et fruits cuits peu sucrés et de favoriser l'activité motrice du patient quand la situation clinique le permet.

En cas de mucites, si le traitement antalgique ne permet pas de maintenir l'alimentation orale, une nutrition entérale ou parentérale est parfois nécessaire. Après amélioration des symptômes, la mise en route d'une alimentation liquide et lactée de préférence, froide ou tiède est débutée en évitant les aliments irritants ou acides.

Entre deux cures de chimiothérapie, l'information du patient concerne les troubles digestifs pouvant survenir et la façon d'y remédier : supprimer les aliments à haut risque bactériologique pendant la période d'aplasie, fractionner l'alimentation, consommer des préparations hyperénergétiques, associer au besoin un régime antidiarrhéique, profiter des périodes d'accalmie pour rattraper le déficit nutritionnel et maintenir un poids stable. La prescription de compléments alimentaires peut s'avérer nécessaire afin de pallier les carences qui pourraient s'installer.

Le poids doit être surveillé entre deux cures et à chaque nouvelle hospitalisation.

### **3. Au cours de la curiethérapie**

Les traitements de curiethérapie sont de courte durée.

La texture du repas doit être adaptée aux possibilités du patient. En effet, l'alimentation ne doit pas gêner le dispositif de curiethérapie.

En fonction de la localisation des gaines, la texture et le type d'alimentation seront décidés par le radiothérapeute.

Pendant les traitements de curiethérapie endobuccale, l'alimentation orale est à éviter. Une nutrition entérale est souhaitable. Elle sera adaptée aux antécédents et aux capacités digestives du patient.

Si un apport hydroélectrolytique par voie veineuse ou une nutrition parentérale sont nécessaires, ils seront associés, chaque fois que possible, à une alimentation entérale.

## **4. En postopératoire**

La prise en charge diététique a pour objectif de fournir un apport calorico-azoté suffisant pour favoriser la cicatrisation et couvrir les besoins accrus liés au catabolisme postopératoire.

Il s'agit, en général, d'une évolution de la nutrition parentérale postopératoire immédiate vers une nutrition entérale précoce chaque fois qu'un accès digestif a été mis en place, puis vers une alimentation orale adaptée.

La diététicienne doit s'assurer de façon quotidienne de la bonne tolérance des différents schémas alimentaires et du bénéfice apporté en surveillant le poids et les constantes biologiques.

Des protocoles peuvent être établis pour les différentes interventions chirurgicales les plus fréquemment réalisées. Ils peuvent être modulés en fonction des habitudes de chaque équipe hospitalière (53).

La prise en charge diététique doit être adaptée à la survenue des complications.

En chirurgie des voies aérodigestives, il faut obtenir une déglutition efficace et sûre avec les structures restantes. La fermeture laryngée et la propulsion bucco-pharyngée sont deux objectifs prioritaires dans la démarche de rééducation de la déglutition.

La prise en charge doit être pluridisciplinaire. Elle inclut non seulement l'équipe médicale et paramédicale avec le kinésithérapeute, l'orthophoniste, la diététicienne mais aussi l'entourage et la famille du patient.

## **5. A la sortie du patient**

Le médecin généraliste doit connaître les modalités de la prise en charge alimentaire et, le cas échéant, le type de produit de nutrition entérale préconisé, le type de passage, la tolérance du patient, les objectifs à atteindre.

La diététicienne en charge du patient pendant son hospitalisation devra prévoir le suivi du patient en concertation avec le médecin traitant.

En cas de sortie avec une nutrition entérale, il s'agit de contacter un centre de nutrition et de s'occuper des formalités de prise en charge à domicile. Ces centres de nutrition assure la

fourniture du matériel nécessaire, des nutriments, et la prestation de service. La prestation Nutrition Entérale à Domicile est désormais inscrite au TIPS depuis la parution de l'arrêté du 20 septembre 2000. Tout les frais sont donc pris en charge par la Sécurité Sociale.

Si l'alimentation mixée a été reprise, la diététicienne doit donner des conseils écrits pour la réalisation des plats en présence du « cuisinier » de la famille, de la répartition des repas, du volume souhaitable et de la progression à effectuer à la maison en passant à une alimentation hachée puis normale.

Il est nécessaire d'éduquer le patient et sa famille, de leur expliquer les gestes nécessaires à une bonne hygiène dans la manipulation des produits, des tubulures, dans la réalisation des préparations.

## **III. Les modes d'alimentation**

### **a) L'alimentation orale**

Elle peut être facilitée si l'on arrive à diminuer l'anorexie : analgésiques en cas de douleur, anxiolytiques ou antidépresseurs. La prescription d'antiémétiques peut prévenir les nausées et vomissements liés au traitement. Sur le plan diététique, il faut donner la préférence à une alimentation riche en calories et adaptée aux goûts du malade, fractionné en plusieurs repas.

En cas de mucites, les aliments liquides et froids sont mieux tolérés que les autres.

### **b) L'alimentation entérale**

(43)

Les modes d'administration de la nutrition entérale les plus fréquents sont la sonde nasogastrique, la gastrostomie percutanée endoscopique (GPE), la gastrostomie percutanée interventionnelle (repérage radiologique) et la jéjunostomie.

L'alimentation entérale permet d'introduire des mélanges nutritifs équilibrés. L'emploi de pompes à débit constant et continu, réduit les réactions d'intolérance gastrique et les risques de régurgitation.

Les complications sont la diarrhée, la constipation, l'inhalation bronchique, le reflux gastro-œsophagien et l'œsophagite peptique.

En règle générale, en postopératoire, une sonde naso-gastrique est mise en place jusqu'à la reprise de l'alimentation.

En cas de radiothérapie associée à une chimiothérapie ou lorsque des complications sont prévisibles, une gastrostomie est mise en place d'emblée. Une sonde naso-gastrique serait mal tolérée par les patients qui présentent déjà des lésions douloureuses.

La gastrostomie endoscopique par voie percutanée est la méthode la plus utilisée actuellement à Nancy. Il s'agit d'une méthode permettant la pose non chirurgicale d'un dispositif d'accès à la cavité gastrique.

Elle est indiquée dans toutes les dénutritions ou perte d'autonomie nutritionnelle prolongée.

Ses contre indications sont les troubles de la coagulation, l'ascite, la suppuration pariétale proche, la gastrectomie totale ou étendue, l'insuffisance respiratoire sévère, le pronostic vital évalué à court terme (moins d'un mois).

Elle est effectuée sous anesthésie générale grâce à une fibroscopie gastrique.

Un espace de 1 à 1,5 centimètres entre une rondelle de fixation externe et la paroi abdominale doit être laissé et le dispositif n'est pas fixé à la peau avec du fil.

Les "boutons " de gastrostomie sont en général placés lorsque la sonde de gastrostomie doit être changée et que la fistule gastrocutanée est mature (au moins deux mois après la pose initiale).

L'utilisation de la GPE est possible quelques heures après la pose. Il faut perfuser initialement un litre de sérum physiologique pour détecter une fuite péritonéale. Ensuite l'alimentation peut débuter.

Un rinçage abondant à l'eau après chaque utilisation est nécessaire pour prolonger la durée de vie de la sonde.

Les complications sont rares :

- Infection de la paroi (selon les études de 3 à 15 pour cent des cas).
- Douleurs abdominales

Après la pose d'une GPE, un pneumopéritoine radiologique est souvent retrouvé. En l'absence de signes péritonéaux, il ne doit pas retarder son utilisation et la pratique systématique d'un examen radiologique d'abdomen sans préparation n'est pas recommandé.

- Nécrose cutanée
- Les fistules colo-cutanées révélées par une diarrhée.

L'efficacité nutritionnelle est meilleure avec l'utilisation de mélanges industriels prêts à l'emploi. Ses produits peuvent être isocaloriques, hypocaloriques ou hypercaloriques, normoprotéiques ou hyperprotéiques. Les taux de glucides, lipides et fibres sont déterminés selon les produits.

La surveillance de l'efficacité au long cours de l'alimentation entérale à domicile est essentiellement clinique avec surveillance du poids si possible.

### **c) L'alimentation parentérale**

Elle apporte à l'organisme, par voie intraveineuse, des solutés glucosés hypertoniques, des solutions d'acides aminés et des émulsions lipidiques. Elle nécessite la mise en place d'un cathéter central aboutissant à la veine cave supérieure qui doit se faire en milieu chirurgical strict pour éviter tout risque de surinfection. Ce mode d'alimentation peut être maintenu pendant des mois et peut ainsi assurer les besoins nutritionnels du patient.

## C. La prise en charge de la douleur

La douleur est un phénomène étroitement et psychologiquement lié au concept de maladie cancéreuse : « longue et douloureuse maladie » !

Le problème de sa prise en charge se pose rapidement dès le diagnostic de cancer, et le médecin généraliste, comme les spécialistes qui vont s'occuper du patient, doit rester très vigilant et attentif aux plaintes du malade.

La douleur peut être jugulée de façon efficace chez pratiquement 90% des malades. Ce résultat ne peut être obtenu que par des équipes compétentes dans le maniement des traitements antalgiques et co-antalgiques et le médecin généraliste doit en faire partie (56).

Les patients atteints de cancer des VADS se plaignent de nombreux troubles fonctionnels mais également de la douleur. Celle-ci est décrite chez 60% de ces patients. Plusieurs facteurs expliquent cette fréquence : la richesse de l'innervation impliquant plusieurs troncs nerveux (nerf trijumeau, nerf glosso-pharyngien, racines cervicales) et les traitements curatifs souvent délabrants (exérèse muqueuse, cutanée, musculo-articulaire, osseuse...) (80).

Le problème diagnostique devant une douleur au cours de l'évolution d'un cancer des VADS est de faire la part de ce qui revient aux séquelles de traitements et de ce qui représente une récurrence locale ou à distance de la première localisation. Devant toute douleur qui réapparaît ou se modifie, la vigilance s'impose et le diagnostic de récurrence doit être évoqué et recherché.

Nous allons donc étudier dans ce chapitre les différents mécanismes de la douleur en restant dans le cadre des cancers des VADS et les règles de prescriptions des antalgiques et des co-antalgiques.

# I. Quels sont les mécanismes de la douleur?

La douleur peut être nociceptive, neurogène, mixte, psychogène ou idiopathique.

## a) Les douleurs nociceptives

Ces douleurs correspondent à une activation des voies de la douleur à partir des nocicepteurs par une stimulation nociceptive par lésion tissulaire.

Le fonctionnement du système nerveux reste intact. Elles correspondent à un excès de stimulation des terminaisons libres ou des récepteurs. Ces douleurs répondent habituellement aux antalgiques.

Ce sont les douleurs provenant de la compression par la tumeur de tissus ou organes riches en terminaisons nerveuses.

Dans le cadre des cancers des VADS, ce sont les douleurs liées à la tumeur elle-même par envahissement muqueux et des structures osseuses, à une récurrence néoplasique, aux métastases, aux séquelles et complications des traitements comme les mucites secondaires à la radiothérapie et la chimiothérapie, les douleurs dentaires suites aux soins ou suites à des fractures alvéolo-mandibulaires qui peuvent survenir lors des extractions dentaires, les caries secondaires aux traitements, les abcès en bouche, les ostéoradionécroses secondaires à la radiothérapie rares mais redoutables et très douloureuses, les radionécroses laryngées (80).



## **b) Les douleurs neurogènes ou neuropathiques**

Ces douleurs correspondent à une hyperactivité spontanée des voies de la douleur, sans stimulation nociceptive, consécutive à une lésion des voies de la sensibilité que ce soit au niveau du système nerveux périphérique ou central. L'altération des voies de la sensibilité entraîne des perturbations complexes de l'ensemble du système nociceptif : hypersensibilité, perte de spécificité, décharge spontanée, perte des contrôles inhibiteurs, hyperactivité du sympathique.

Ces douleurs sont habituellement peu sensibles aux antalgiques et fréquemment à l'origine de douleurs chroniques car la lésion neurologique est souvent définitive.

Ce sont les douleurs qui surviennent après les curages et après radiothérapie. Par exemple :

- la paralysie du nerf accessoire ou dixième paire crânienne, nerf moteur du muscle trapèze et du muscle sterno-cléido-mastoïdien, partielles ou total (80). Cette paralysie est indolore mais entraîne des déséquilibres à l'origine d'un conflit sous acromial avec souffrance des muscles de la coiffe des rotateurs. Des algies faciales des régions periauriculaire et frontale sont projetées à partir du sterno-cléido-mastoïdien.
- les lésions des nerfs sensitifs mandibulaires après buccopharyngectomie transmaxillaire.

On reconnaît les douleurs neurogènes par l'expression spontanée de la douleur (brûlure, décharge électrique, broiement...), par la modification de la sensibilité lors de l'examen (hypoesthésie ou anesthésie, allodynie, hyperesthésie, hyperpathie), par la topographie de la douleur qui se situe dans un territoire correspondant à une lésion neurologique et par la présence de déficits neurologiques.

Les douleurs peuvent être retardées de plusieurs semaines par rapport à la lésion. Il existe souvent un intervalle libre (56).

On peut noter un dysfonctionnement sympathique : troubles vasomoteurs, dépilation, troubles des phanères.

### **c) Les douleurs mixtes**

Ces douleurs associent une composante nociceptive et neuropathique.

### **d) Les douleurs psychogènes**

Ces douleurs sont en rapport avec une problématique psychologique qui s'exprime au travers du corps et dont le diagnostic repose avant tout sur les signes suivants : éléments du discours, personnalités pathologiques.

En aucun cas il ne s'agit d'un diagnostic lié à l'absence de cause organique décelable.

Dans le cadre des cancers des VADS, même si la chirurgie est mineure, elle peut entraîner un dysfonctionnement et une défiguration responsable de désordres psychologiques. Le cancer ORL représente un cancer hautement traumatique sur le plan psychologique (80).

### **e) Les douleurs idiopathiques ou douleurs sine matéria**

Elles sont évoquées devant la négativité de toutes les explorations. C'est l'absence d'arguments en faveur d'une origine organique ou psychogène qui fait retenir le diagnostic.

## II. Quels sont les règles à respecter pour la prise en charge de la douleur ?

Le traitement pharmacologique est la clef de voûte de l'analgésie dans les douleurs d'origine néoplasique.

Mais dans la mesure du possible, il faut avant tout traiter la cause. Le premier traitement de la douleur en cancérologie est donc le traitement carcinologique par la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie... exerçant une action antalgique indirecte en cas de réponse tumoral au traitement (55).

L'apparition d'une douleur doit être considérée comme un signal d'alarme en cancérologie. Il faut dans ce cas rechercher une récurrence ou une seconde localisation.

Voici les règles de prescriptions à observer (57; 84) :

- Toute douleur doit être traitée aussi précocement que possible et aussi longtemps que nécessaire.
- La douleur doit être évaluée selon une échelle.
- Si la douleur est chronique, il faut prescrire les médicaments à heures fixes (à **intervalle régulier et non à la demande**) et ne pas laisser réapparaître la douleur.
- Choisir la substance dont le mode d'action est adapté aux mécanismes de la douleur, la puissance adaptée à l'intensité.
- Respecter une hiérarchie dans la prescription des antalgiques en choisissant en première intention le moins toxique.
- Choisir la voie d'administration appropriée à l'état du patient (en privilégiant la voie orale).
- Tenir compte d'une pharmacocinétique adaptée aux capacités métaboliques du patient.
- Prévenir et traiter les effets secondaires.
- Envisager toutes les méthodes thérapeutiques : médicaments, psychothérapie, chirurgie, rééducation...
- Eviter les associations médicamenteuses néfastes (morphine buprénorphine).
- Penser à associer des médicaments synergiques.
- Travailler en équipe : les différents intervenants, le chirurgien, le chimiothérapeute, le radiothérapeute, le médecin généraliste, les infirmières

- hospitalières et à domicile, les aides soignantes, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les psychologues doivent être en relation permanente entre eux.
- Réévaluer régulièrement l'efficacité du traitement et assurer une adaptation individuelle

## III. Comment évaluer la douleur ?

### a) Les règles à respecter pour évaluer la douleur

(1; 48; 56)

Plusieurs règles sont à respecter à ce sujet :

- ***Croire le malade quand il vous dit qu'il a mal.***

Croire la plainte du patient favorise largement la relation médecin-malade. Il faut savoir susciter un dialogue au cours duquel le patient peut parler sans appréhension de sa douleur.

- ***Identifier les patients qui ne se plaignent pas spontanément.***

Le patient est parfois réticent à parler de sa douleur par crainte des injections, peur de voir augmenter sa durée d'hospitalisation, résolution à se montrer vaillant, certitude qu'il est normal d'avoir mal...

D'autres patients sont incapables de décrire leur douleur.

Dans ces situations, il faut réunir les observations faites par les soignants, les membres de la famille, noter les expressions, les difficultés rencontrées pour se déshabiller, les attitudes antalgiques... Il s'agit de l'hétéro-évaluation. Il faut cependant rester très vigilant car les douleurs n'induisent pas forcément des comportements observables par les soignants. Ces situations conduisent trop souvent à une prise en charge insuffisante.

- ***Préciser la ou les étiologies des douleurs.***

L'interrogatoire précise l'historique, le caractère, l'intensité, la localisation, et les traitements antérieurs de la douleur. L'examen clinique doit être soigneux.

Il n'est pas possible de concevoir un traitement de la douleur sans faire référence à un diagnostic étiologique aussi rigoureux que possible.

- *Préciser le mécanisme physiopathologique de la douleur*
- *Prendre le temps d'évaluer les douleurs et d'en préciser le retentissement.*

L'évaluation est systématique, répétée, adaptée, méthodique.

Des échelles ont été validées par des équipes de prise en charge de la douleur chronique rebelle.

## **b) Échelles d'auto évaluation**

Échelles utilisées directement par le patient pour décrire sa douleur. Il faudra préciser : la douleur maximum, minimum, moyenne, survenant le jour, la nuit.

### **1. Échelles unidimensionnelles quantitatives**

Elles permettent de comparer chez un patient l'intensité de la douleur à différents moments.

- *EVA, Échelle Visuelle Analogique dite "thermomètre de la douleur".*

C'est une réglette double face de 10 cm sur laquelle le patient marque à l'aide d'un curseur l'intensité de sa douleur entre les 2 extrémités notées "à gauche, pas de douleur" et "à droite, douleur maximale imaginable". Côté médecin, une échelle centimétrique permet de chiffrer l'importance de la douleur.

- *EN, Échelle Numérique*

Le patient donne un chiffre de 0 à 10 qui représente l'intensité de la douleur.

- *EVS, Échelle Verbale Simple.*

Le patient décrit sa douleur en choisissant parmi un nombre pair d'adjectifs qualificatifs celui qui correspond le mieux à sa douleur : douleur faible, modérée, forte, extrême.

## 2. Echelle pluridimensionnelle, qualitative

Par exemple, le QDSA, Questionnaire Douleur de Saint Antoine est une échelle faite de nombreux adjectifs qualificatifs sensoriels ou affectifs permettant de préciser le mécanisme de la douleur et le retentissement psychologique. Il s'agit de 58 termes répartis en 16 sous-classes dont 9 sensorielles de A à I et 7 affectives de J à P.

### Questionnaire Douleur de Saint Antoine Echelle de qualification de la douleur

Numéroter de 0 à 4

0 : Absent 1 : Faible 2 : Modéré 3 : Fort 4 : Extrêmement fort

- A. Battements  Pulsations  Elancements  En éclairs  Décharges électriques  Coup de marteau
- B. Rayonnante  Irradiante
- C. Piqûre  Coupure  Pénétrante  Transperçante  Coup de poignards
- D. Pincement  Serrement  Compression  Ecrasement  En étau  Broiement
- E. Tiraillement  Etirement  Distension  Déchirure  Torsion  Arrachement
- F. Chaleur  Brûlure
- G. Froid  Glacé
- H. Picotement  Fourmillement  Démangeaisons
- I. Engourdissement  Lourdeur  Sourde
- J. Fatigante  Epuisante  Ereintante
- K. Nauséuse  Suffocante  Syncopale
- L. Inquiétante  Oppressante  Angoissante
- M. Harcelante  Obsédante  Cruelle  Torturante  Suppliante
- N. Gênante  Désagréable  Pénible  Insupportable
- O. Enervante  Exaspérante  Horripilante
- P. Déprimante  Suicidaire

### **c) Echelles d'hétéro évaluation**

Il s'agit d'échelles remplies par les soignants et basées sur l'observation des patients ne pouvant correctement verbaliser leur douleur.

### **d) Evaluation de l'état psycho-socio-familial**

L'état psychologique du patient constitue un facteur important de modulation de la perception douloureuse. L'évaluation de la place du symptôme "douleur" dans le contexte socioculturel et socioprofessionnel constitue un temps important de l'évaluation.

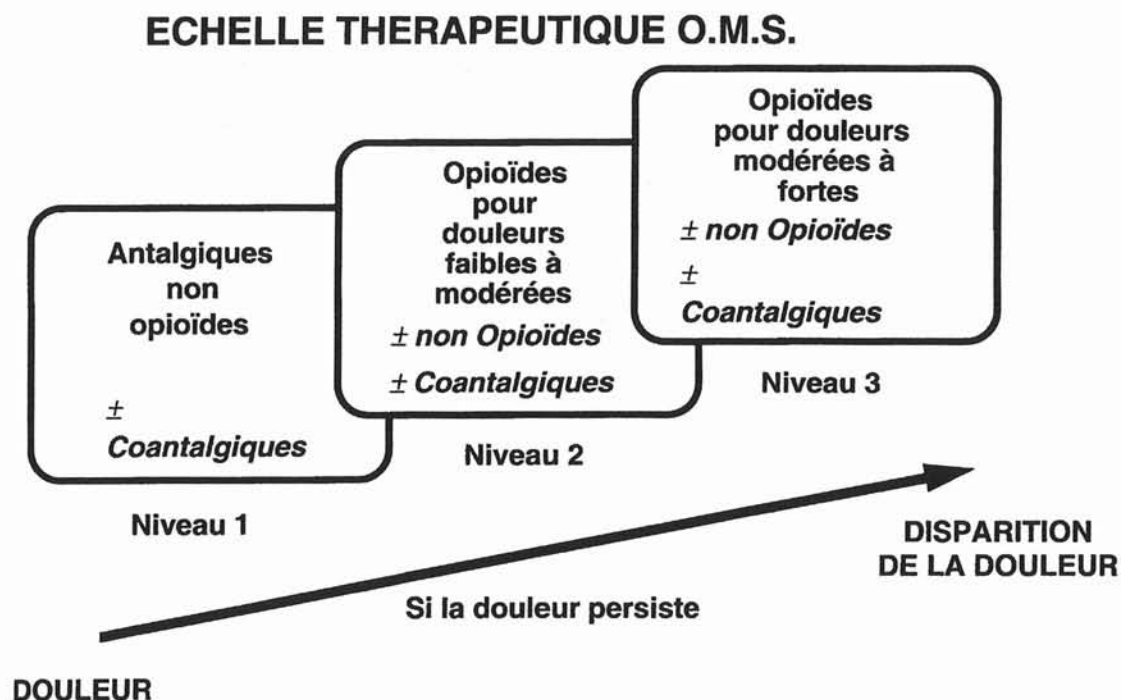


## IV. Comment prendre en charge les douleurs par excès de nociception?

Les traitements antalgiques sont actuellement assez bien codifiés.

La plupart des douleurs par excès de nociception sont sensibles très longtemps aux médicaments antalgiques par voie orale. Les méthodes plus invasives seront utilisées en seconde intention, sauf cas particuliers.

Les antalgiques sont classés selon deux critères principaux, la puissance et le mécanisme d'action. La puissance d'action est schématisée par l'échelle des antalgiques de l'OMS (84):



Le mécanisme d'action distingue les antalgiques non opioïdes des antalgiques opioïdes.

## **a) Les antalgiques de palier 1 : antalgiques non opioïdes**

(56; 84)

Ils sont indiqués dans le traitement des douleurs par excès de nociception d'intensité faible à modérée. Ils peuvent être associés aux antalgiques majeurs dans les douleurs intenses.

La puissance antalgique peut varier sensiblement selon les produits et les individus.

### **1. Les antalgiques antipyrétiques**

Ils regroupent :

#### **□ Le Paracétamol**

La dose maximale est de 6 g par 24 heures (hors AMM) à adapter bien sûr en fonction de l'état général du patient.

L'hépatotoxicité est rare en dessous de 6 g (toxicité accrue si atteinte hépatique sévère).

Il existe une forme injectable en IV sur 15 minutes : Prodafalgan 2 g qui libère 1 g de paracétamol.

#### **□ La noramidopyrine**

Elle est peu utilisée et abandonnée dans certains pays en raison de réactions immunoallergiques graves et imprévisibles.

### **2. Les antalgiques purs**

Ce sont :

#### **□ La floctafénine (Idarac)**

Non antipyrétique et non anti-inflammatoire, elle est utilisée par voie orale à 4 cp par jour.

Son utilisation est déconseillée au long cours en raison de sa toxicité rénale et ses risques d'allergie.

### □ **Le néfopan (Acupan)**

Il est utilisé dans les douleurs aiguës par voie parentérale uniquement à la dose de 3 à 4 ampoules par 24 heures en IM ou IV lente.

## **3. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens**

Ils agissent par inhibition des cyclo-oxygénases cox 1 et cox 2, responsable de la transformation de l'acide arachidonique en prostaglandines. Ils diminuent donc l'effet sensibilisant des prostaglandines sur les nocicepteurs.

Ils sont commercialisés à faible dose comme antalgiques ou à plus forte dose essentiellement comme anti-inflammatoires.

Il faut tenir compte des effets indésirables digestifs, rénaux, hépatique et hématologique.

Le risque digestif impose souvent un traitement préventif par inhibiteur de la pompe à protons (Mopral ou Lanzor) ou de misoprostol (Cytotec) et l'éviction des sujets à risque.

Il faut être attentif aux interférences médicamenteuses : Diurétiques, IEC, anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, autre AINS, méthotrexate, cisplatine, Lithium, aminosides, corticoïdes.

La voie IV peut être utilisée en cas de douleurs aiguës avec le kétoprofène (Profenid).

Les inhibiteurs spécifiques de la cox 2, qui limitent les effets digestifs liés aux cox 1 sont désormais commercialisés : Celebrex, Vioxx.

Il existe un cas particulier : l'acide Acétylsalicylique. L'utilisation des salicylés n'est pas recommandée en situation chronique.

## **b) Les antalgiques de paliers 2 et 3 ; antalgiques opioïdes**

### **1. Généralités**

Pour le recours à la morphine, on connaît les différentes idées reçues qui conduisent à une sous-utilisation : contraintes des règles de prescription, peur et surestimation des effets secondaires, sous-estimation de l'efficacité, utilisation trop tardive en phase terminale...

Certaines barrières sont liées au thérapeute. Dans ce cas, l'information et l'éducation sont les réponses appropriées. D'autres dépendent du patient et il ne semble pas envisageable de prescrire un opioïde sans donner d'explications au patient et éventuellement à son entourage, ni sans corriger certaines idées reçues.

Quelques définitions :

#### **□ L'assuétude :**

C'est la dépendance psychique conduisant à la toxicomanie. Elle se traduit par l'envie irrésistible de se procurer un produit pour en percevoir les effets psychiques. En traitement aigu, il n'y a pas de risque. À l'occasion d'un traitement prolongé, ce risque est exceptionnel. Les patients qui tirent bénéfice d'un traitement opioïde s'en accommodent le plus souvent fort bien et sur des périodes de plusieurs mois, tout en poursuivant une vie relationnelle normale.

Les toxicomanes non douloureux et les patients souffrant de douleurs morphino-sensibles ont des comportements différents vis-à-vis des substances opioïdes. Les patients douloureux non justiciables d'une morphinothérapie, la supportent habituellement très mal et en demandent l'arrêt.

#### **□ L'accoutumance :**

Appelée à tort **tolérance**, elle est le sujet d'importantes controverses. Rare pour certains, inévitable pour d'autres lors des traitements prolongés, elle se traduit par la nécessité d'augmenter les doses pour maintenir l'antalgie. Elle serait due au développement de systèmes compensateurs s'opposant aux effets des morphiniques. En cancérologie, elle révèle souvent une évolution tumorale encore inaperçue.

Le risque principal est de traiter les patients avec des doses insuffisantes en croyant qu'ils sont sur la voie de la toxicomanie.

### □ **La dépendance physique :**

C'est une réalité physiologique susceptible de survenir chez les malades sous opioïdes depuis plusieurs semaines. Elle se traduit par la survenue d'un état de manque à l'arrêt brutal du traitement avec mydriase, agitation, tremblements, nausées, vomissements et diarrhée. Elle correspond à une désaturation rapide des récepteurs. La dépendance physique est très inconstante, mais doit conduire à toujours arrêter progressivement les opioïdes lorsque cela est possible. Un arrêt en 8 jours est habituellement suffisant.

### □ **Les agonistes et antagonistes**

Les opioïdes exercent leur action via les récepteurs aux opioïdes. D'un point de vue pharmacologique, il faut différencier les molécules agonistes des antagonistes :

- Les agonistes purs des récepteurs opioïdes : Extrait d'opium, dextropropoxyphène (Antalvic), codéine, dihydrocodéine (Dicodin LP), tramadol, morphine, péthidine (Dolosal), oxycodone (Eubine), fentanyl (Durogesic), hydromorphone (Sophidone LP), méthadone (pas utilisé en France dans le traitement de la douleur).
- Les agonistes partiels-antagonistes des récepteurs opioïdes : buprénorphine (Temgesic).
- Les agonistes -antagonistes des récepteurs opioïdes : nalbuphine (Nubain).
- Les antagonistes purs : Ils n'ont aucune action antalgique : naloxone (Narcan, Naloxone, Nalone).

Ce sont des antidotes spécifiques et immédiats de tous les opioïdes agonistes. L'action est moindre sur les agonistes partiels-antagonistes.

Ces produits permettent de supprimer en quelques minutes un surdosage accidentel sérieux.

Il est fortement déconseillé d'associer des agonistes avec des agonistes partiels-antagonistes ou avec des agonistes-antagonistes : perte de l'effet antalgique, risque de syndrome de sevrage.

## **2. Les opioïdes faibles : palier 2**

Ils sont représentés par la codéine, le dextropropoxyphène (Antalvic), la dihydrocodéine (Dicodin LP), le tramadol (Topalgic, Zamudol ....).

Ils sont prescrits sur des ordonnances simples et sont efficaces dans les douleurs faibles à modérées.

Des opioïdes faibles sont souvent associés à un antalgique non opioïde : le paracétamol en général. (Lamaline, Propofan, Diantalvic, Efferalgan codeiné...).

À ce palier, seul le tramadol existe sous forme injectable.

## **3. Les opioïdes forts : palier 3**

Le palier 3 correspond à l'utilisation des opioïdes par voie orale, rectale, transmuqueuse, transcutanée, IV ou sous cutanée. Ils sont prescrits sur des ordonnances sécurisées.

Ces substances sont le chlorhydrate et sulfate de morphine, la péthidine (Dolosal), l'oxycodone (Eubine suppositoire), la nalbuphine (Nubain), la buprénorphine (Temgesic), l'hydromorphone (Sophidone) et le fentanyl (Durogesic).

La morphine reste l'un des meilleurs opioïdes forts car elle est efficace et facilement utilisable per os.

Un échec au palier 2 pour des doses quotidiennes adaptées et une prescription à heure fixe, doit faire envisager rapidement un passage au palier 3.

### **c) Comment utiliser des opioïdes forts?**

La morphine est indiquée pour les douleurs intenses, résistantes aux seuls antalgiques mineurs qu'il est parfois utile de poursuivre.

## 1. Morphine à libération immédiate

Sa durée de prescription est de 28 jours.

Il s'agit du sulfate de morphine avec le Sevredol (comprimés sécable à 10, 20 mg qui peuvent être écrasés), l'Actiskénan (gélules à 5,10, 20 et 30 mg qui peuvent être ouvertes, microgranules à ne pas écraser) et du chlorhydrate de morphine avec la Morphine Cooper (ampoules buvables prêtes à l'emploi, 10 mg et 20mg/ 10ml) et la préparation magistrale (ampoules à 50 mg/ml).

L'utilisation de la morphine à libération immédiate est recommandée en première utilisation pour les patients fragiles (grand âge, mauvais état général, insuffisance rénale ou hépatique, dénutrition...) et pour l'initialisation du traitement.

La dose initiale est de 10 mg toutes les 4 heures, 5mg /4h pour les patients fragiles. Bien entendu, ces doses doivent être adaptées en fonction du traitement antalgique déjà prescrit.

L'efficacité du traitement doit être évaluée dans les 24 heures. Si les douleurs persistent, le recours aux inter-doses de morphine ou doses de secours permet de trouver la posologie adéquate. Les inter-doses de morphine peuvent être prises entre les doses prévues à horaires fixes. Chaque inter-dose correspond à 1/6 environ ou 10 % de la dose prévue pour 24 heures.

Les recommandations initiales de l'OMS qui étaient de majorer de 50 % la dose quotidienne de morphine en cas d'antalgie insuffisante après 24 heures d'un traitement bien conduit restent valables.

Si l'antalgie est insuffisante, l'augmentation progressive jusqu'à plusieurs grammes par jour est possible. Les effets secondaires sont les seuls facteurs limitants :

- la constipation qui est à prévenir systématiquement dès le début du traitement,
- la somnolence qui nécessite de différencier une dette de sommeil d'un surdosage,
- la dysphorie.

Si l'antalgie n'est pas obtenue après 3 à 4 augmentations, il est recommandé de prendre un avis auprès d'équipes spécialisées.



## 2. Morphine à libération prolongée

Sa durée de prescription est de 28 jours.

Elle regroupe :

- **Le sulfate de morphine** avec le Moscontin (comprimés à 10, 30, 60, 100, 200mg à 2 prises par 24heures qu'il ne faut jamais écraser ni les faire fondre ou les croquer), le Skénan LP (gélules à 10, 30, 60, 100, 200 mg à 2 prises par 24 heures que l'on peut ouvrir et mélanger les micro granules qu'elles renferment avec un aliment liquide mais sans les écraser ou les introduire dans la sonde de nutrition entérale en rinçant ensuite avec 30 à 50 ml d'eau) et le Kapanol LP( gélules à 20, 50, 100 mg à 1 prise par 24 heures ).

Ces produits peuvent être utilisés pour initier le traitement mais la morphine à libération immédiate est plutôt conseillée dans ce cas ou en relais d'un traitement morphinique à libération immédiate (dose pour dose).

Pour initier un traitement, la posologie habituelle est de 30 mg toutes les 12 heures. L'augmentation des doses peut se faire en ayant recours aux inter-doses de morphine à libération immédiate, 10 % ou 1/6 de la dose des 24 heures. Si les inter-doses sont systématiquement nécessaires, elles sont intégrées dans la dose quotidienne.

L'obtention d'une bonne analgésie ou l'apparition d'effets secondaires limitera la posologie maximale.

La dépression respiratoire grave, redoutée chez les patients vierges de tout traitement opioïde, n'est jamais rencontrée sous morphine orale, sauf erreur importante de dosage.

- ***L'hydromorphone*** avec la Sophidone LP( gélules à 4, 8, 16, 24 mg à 2 prises par 24 heures).

Le mode d'action est le même que la morphine avec une équivalence pharmacologique de 7,5 mg de morphine pour 1 mg d'hydromorphone.

Cette morphine est prescrite dans le traitement des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, intenses ou rebelles aux autres antalgiques dans le cadre de la rotation des opioïdes en cas d'antalgie insuffisante ou d'effets secondaires avec d'autres opioïdes.

L'adaptation des doses est possible avec des inter-doses de morphine à libération immédiate toutes les 4 heures soit environ 10 % de la dose journalière en équivalence morphine.

- ***Le fentanyl transdermique*** avec le Durogésic a lui aussi une durée de prescription de 28 jours mais délivrable en 2 fois à la pharmacie. Il s'agit de patchs à 25, 50, 75, 100 microgrammes/h.

La dose équianalgésique est de 25 microgrammes/heure pour environ 90 mg par 24 heures de morphine per os.

Le patch est changé tous les 3 jours.

La constipation est réputée moins intense qu'avec la morphine.

Il est prescrit dans le traitement des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, intenses ou rebelles aux autres antalgiques, en cas de douleurs stables dans le cadre de la rotation des opioïdes en cas d'antalgie insuffisante ou d'effets secondaires avec d'autres opioïdes.

L'adaptation des doses avec des inter-doses de morphine à libération immédiate (soit environ 10 % de la dose journalière en équivalence morphinique) toutes les 4 heures est possible, si nécessaire.

L'augmentation des posologies de Durogésic se fait par palier de 25 microgrammes/h tous les 3 jours si le patient nécessite plus de quatre inter-doses de morphine à libération immédiate.

L'obtention d'une bonne analgésie, le grand nombre de patchs à coller ou l'apparition d'effets secondaires limitera la posologie maximale.

Une forme sublinguale pour les accès douloureux paroxystiques est en cours d'étude.

### 3. Morphine injectable

Sa durée de prescription est de 7 jours ou 28 jours si les ampoules sont destinées à être utilisées dans des systèmes de perfusion actifs (pompes portables avec système d'auto analgésie).

L'évaluation et l'adaptation des doses se font toutes les 24 heures minimum. Le recours aux inter-doses permet l'adaptation du traitement.

Les indications de la morphine par voie injectable sont relativement rares, mais peuvent être d'un grand secours. Il faut en discuter lors d'une analgésie insuffisante par voie orale malgré l'utilisation de fortes posologies, en cas d'effets secondaires marqués ou lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser la voie orale à cause de troubles de la déglutition par fausses routes, de fistule œso-trachéale ou de dysphagie.

Dans ces situations, il est possible d'utiliser la voie sous-cutanée, mais l'utilisation de pompes portables pour administration continue sous-cutanée ou intraveineuse est de plus en plus fréquente.

La règle qui préside au changement de voie est simple :

VOIES D'ADMINISTRATION	Voie orale	Voie sous-cutanée	Voie intra-veineuse	Voie péridurale	Voie intrathécale
DOSES EQUIANALGESIQUES	1 mg	1/2 mg	1/3 mg	1/10 mg	1/50 mg

Dans certains cas particuliers, la morphine peut être administrée autour de la moelle (en intrathécal ou en péridural). Ces traitements sont rares et nécessitent un avis spécialisé.

### 4. Autres opioïdes forts

On retrouve :

- *La buprénorphine avec le Temgesic*

Il faut la prescrire sur ordonnance sécurisée pour une durée de 30 jours. Deux comprimés correspondent à 10 mg de morphine orale.

La forme injectable est réservée aux hôpitaux.

La prescription d'antinauséux doit être systématique pendant 3 à 4 jours.

La dose usuelle est de 1 à 2 cp sublinguaux par prise toutes les 8 heures soit 6 cp par jour.

Ce produit est peu utilisé dans la prise en charge de la douleur cancéreuse chronique en raison de l'effet plafond et de l'impossibilité d'avoir recours à des inter-doses de morphine car il est fortement déconseillé d'associer des agonistes avec des agonistes partiels-antagonistes ou avec des agonistes-antagonistes : perte de l'effet antalgique, risque de syndrome de sevrage.

Le passage à la morphine est sans danger, mais il est possible que l'antalgie soit médiocre pendant 24 heures environ.

▪ ***La pethidine avec le Dolosal.***

Sa durée de prescription est de 7 jours.

Il n'existe pas de forme orale. Une ampoule correspond à 10 mg morphine orale.

La dose maximale autorisée est de 6 ampoules par jour par voie IM.

La constipation est réputée moins intense qu'avec la morphine. Son utilisation peut être intéressante en cas de syndrome sub-occlusif et de carcinomatose péritonéale. Il existe un risque épileptogène.

▪ ***La nalbuphine avec le Nubain***

Sa durée d'action est trop courte pour traiter les douleurs chroniques. Les doses sont équivalentes à la morphine. Elle se présente en ampoules de 20 mg à injecter par voie SC IM ou IV. Ce produit n'est pas remboursé.

▪ ***La pentazocine avec le Fortal***

Son effet hypertenseur et tachycardisant, comme son potentiel dysphorique et hallucinatoire à forte dose, expliquent sa faible utilisation actuelle. Par ailleurs sa durée d'action est trop courte pour traiter les douleurs chroniques. Il se présente en ampoules à 30 mg par voie IM stricte. Il faut être attentif aux patients thrombopéniques en cours de chimiothérapie. La durée de prescription est de 7 jours.

30 mg en IM correspondent à 10 mg de morphine en SC.

## **d) Quels sont les effets secondaires des opioïdes forts?**

Les effets secondaires peuvent limiter l'utilisation des opioïdes. Il existe une grande variabilité d'une personne à l'autre et d'une molécule à l'autre.

La constipation est quasi constante avec la morphine et doit être prévenue dès la première prise et tout au long du traitement.

Les nausées et vomissements sont relativement fréquents et doivent être prévenus. Quand ils sont présents, ils disparaissent en général après 5 à 7 jours de traitement, mais peuvent se reproduire à chaque augmentation de dose.

La somnolence en début de traitement traduit souvent une dette de sommeil que le patient récupère.

Les troubles neuropsychiques sont dose-dépendants.

Des troubles urinaires à type de dysurie ou de rétention peuvent apparaître en cours du traitement.

La dépression respiratoire est exceptionnelle. Quand elle survient, il s'agit le plus souvent d'un surdosage accidentel, d'une insuffisance rénale méconnue, d'une diminution majeure de la douleur.

La dépression respiratoire majeure fait partie d'un tableau de surdosage qui débute par des troubles de la conscience. Ces troubles sont réversibles par la naloxone.

## **e) Comment diminuer et arrêter un traitement opioïde par voie orale ?**

Les doses sont diminuées dans un premier temps progressivement par palier de 25 % environ puis la diminution se fait en fonction de la clinique.

Un passage par les antalgiques de paliers 2 est recommandé.

## **f) Comment rédiger une prescription de stupéfiants à l'aide d'une ordonnance sécurisée ?**

La législation et la réglementation concernant les opioïdes forts figurent dans le code de santé publique. Elles font l'objet de nombreux textes en 1999 et en 2000.

Les révisions de ces dernières années constituent un relatif assouplissement en matière de prescription.

Les opioïdes forts doivent être prescrits sur ordonnance sécurisée, à moins que si ALD (ce qui est le cas des cancers des VADS).

Il faut:

- mentionner le nom du patient, son sexe, son âge.
- préciser la voie d'administration.
- inscrire en toute lettre le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises et le dosage.
- indiquer soit la durée de traitement, soit le nombre d'unités de conditionnement
- apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de prescription sans laisser d'espace, ou rendre inutilisable l'espace laissé libre.
- faire figurer le nombre de médicaments prescrits dans le double carré situé en bas à droite de l'ordonnance.
- mentionner le nom du prescripteur et son numéro Adeli.

Si la prescription initiale est insuffisante, possibilité de prescrire des quantités supplémentaires à l'aide d'une ordonnance sécurisée. Une prescription étant déjà en cours, il est alors nécessaire de préciser qu'il s'agit d'une ordonnance complémentaire et de mentionner la date de l'ordonnance initiale.

Le pharmacien tient compte de la date de prescription pour délivrer les médicaments et il faut en informer les patients.

Remarques : Il est interdit d'associer deux prescriptions de stupéfiants, sauf si le médecin précise sur son ordonnance que cette association est volontaire.

En ville, le renouvellement de l'ordonnance est interdite et le médecin doit réaliser une autre prescription.



N° 60-3937

Nom du prescripteur :

Qualité :

Tél. :

N° Adeli :

N° FINES 54 0 00128 6



*l'étiquette du patient  
est à coller ici*

---

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONERANTE)

---

---

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)

---

N° de lot : 081000000064

S 3321 a



**Ordonnance bizona sécurisée**



# V. Comment prendre en charge les douleurs neuropathiques?

## a) Les traitements de première intention

Certains antidépresseurs et certains anti-épileptiques ont fait la preuve de leur action antalgique propre dans les douleurs neuropathiques chroniques évoluant depuis plus de trois mois(57). Leur place en situation aiguë reste à déterminer.

Ces molécules se caractérisent par :

- une dose efficace variable en fonction des patients,
- un délai d'action allant de plusieurs jours à plusieurs semaines pour une dose donnée,
- des effets secondaires fréquents.

Les antidépresseurs tricycliques : amitriptyline (Laroxyl), imipramine (Tofranil), clomipramine (Anafranil hors AMM), desipramine (Pertofran hors AMM) sont plutôt indiqués devant une composante permanente de la douleur neuropathique, sensation de brûlure, d'étai, de paresthésies...

Les contre-indications liées à l'effet anti-cholinergique doivent être respectées : glaucome, adénome prostatique.

Les effets secondaires sont nombreux : sédation, bouche sèche, constipation, hypotension orthostatique, prise de poids, troubles sexuels, tremblements, troubles du rythme.

Il faut accompagner cette prescription par des explications et un suivi régulier du patient.

Les antiépileptiques : clonazepam (Rivotril), carbamazépine (Tegretol avec AMM pour la névralgie faciale), gabapentine (Neurontin avec AMM pour les algies zostériennes) sont indiqués hors AMM dans les douleurs à composante fulgurante de type décharges électriques.

L'effet secondaire commun à ces molécules est la sédation.

Les effets secondaires propres à la carbamazépine sont l'ataxie et la confusion en début de traitement si progression trop rapide des doses, une réaction immunoallergique imposant l'arrêt immédiat du traitement, une leucopénie, une hépatite.

## **b) Les traitements de seconde intention**

La stimulation électrique transcutanée est une technique d'appoint dans la gestion des douleurs neuropathiques localisées. Cette technique est essentiellement utilisée dans les douleurs séquellaires chroniques.

À la différence des douleurs par excès de nociception, on ne dispose pas de guide précis comme les paliers de l'O.M.S et les traitements sont habituellement menés par principe d'essais successifs.

En cas de douleurs neuropathiques rebelles, une prise en charge dans une structure de la douleur est indispensable pour décider d'une prise en charge plus lourde, dont les indications restent restreintes comme le recours à d'autres médicaments : anesthésiques locaux par voie générale ou à la neurochirurgie fonctionnelle.

# VI. Quels sont les traitements co-antalgiques médicamenteux et non médicamenteux?

## a) Les co-antalgiques médicamenteux

Ce sont :

- **Les antibiotiques,**
- **Les antispasmodiques,**
- **Les corticoïdes**

Leur puissance anti-inflammatoire, antioedémateuse mais aussi antinauséuse et hypocalcémiant en fait de précieux auxiliaires. Leurs indications sont variées : inappétence, asthénie, nausées et vomissements, hypertension intracrânienne, compression nerveuse et médullaire, compression vasculaire (syndrome cave), compression trachéale, lymphangite carcinomateuse, hypercalcémie...

Ils sont parmi les médicaments les plus utilisés tout au long de la maladie cancéreuse. Leurs effets peuvent être bénéfiques dans le traitement de la cachexie et de l'anorexie en phase avancée.

De fortes doses sont parfois nécessaires. On débute le traitement à fortes doses jusqu'à amélioration clinique (par exemple 2 à 3 mg/kg de prednisone) puis on recherche la plus petite dose cliniquement efficace.

Le risque d'ulcère gastroduodéal, la rétention hydrosodée, la fuite potassique sont très variables et une surveillance clinique et biologique est nécessaire. La candidose digestive est un effet indésirable fréquent qui régresse facilement sous traitement antifongique avec le Triflucan par exemple.

Les contre indications absolues sont l'ulcère en évolution, l'hypertension artérielle non contrôlée, le diabète déséquilibré, les affections psychiatriques aiguës, les infections non contrôlées.

## □ **Les diphosphonates (Clastoban) (58)**

Ils sont recommandés dans le traitement des métastases osseuses.

Par ailleurs, l'utilisation d'anxiolytiques dans le traitement de la douleur est particulièrement importante car le malade qui souffre est un malade inquiet, angoissé, face à une situation qu'il maîtrise mal. Bien sûr, il ne faut pas négliger, dans ce cas, l'importance de la relation médecin malade avec l'écoute du patient et l'information.

## **b) Les co-antalgiques non médicamenteux**

Ils font appel à différentes techniques.

### **1. La radiothérapie**

La radiothérapie antalgique des métastases osseuses est essentielle. Dans des situations purement palliatives, les irradiations concentrées sont intéressantes.

La réponse antalgique peut apparaître dans les 24 heures et sera optimale au bout de 4 semaines.

### **2. La prise en charge psychologique (57)**

Toutes les prises en charge psychologiques impliquent une adhésion et une participation active du patient. L'objectif n'est pas de se substituer au patient mais de lui faire découvrir et utiliser ses ressources vitales.

#### □ **La relaxation**

La relaxation est une réponse qui inhibe l'anxiété. Cet outil que le patient douloureux pourra utiliser à chaque instant, réduira l'anxiété et favorisera la détente musculaire. Elle est indiquée pour presque toutes les situations douloureuses.

Les trois courants les plus connus sont ceux de Jacobson, le training autogène de Schultz et le biofeedback :

- **Jacobson** : le but pour le patient est de prendre conscience des différentes sensations fournies par les muscles à l'état de contraction et de repos. La relaxation étant au degré 0 de l'activité nerveuse du muscle.
- **Le training autogène de Schultz** : basé sur la perception des sensations de pesanteur (sensations apparaissant au moment du relâchement musculaire dont la tension habituelle assure le maintien du corps) de calme, de chaleur, d'autorégulation du cœur et du contrôle respiratoire.
- **Le biofeedback** : résulte de la prise de conscience d'une fonction physiologique et de l'apprentissage du contrôle de cette fonction par action sur un signal (sonore ou lumineux) qui traduit et amplifie cette fonction physiologique.

#### □ **Les thérapies cognitives et comportementales**

La thérapie comportementale est une méthode de traitement fondée sur les lois du conditionnement et de l'apprentissage. Elle a pour objet de réduire le symptôme gênant pour le sujet. L'objet du travail est le symptôme et non la cause enracinée dans l'inconscient. La méthode consiste en l'apprentissage de comportements différents. L'acquisition de tout nouveau comportement doit être renforcée par le patient et par l'entourage. Le douloureux chronique apprendra à déconditionner ses comportements inadaptés ou exagérés par rapport à la douleur.

La thérapie cognitive vise à conduire le sujet à adopter des stratégies de modification des cognitions inadaptées.

La thérapie cognitivo-comportementale vise, tout en modifiant le comportement, à prendre conscience des pensées et des systèmes de croyance dysfonctionnels pour mettre en place d'autres systèmes de réflexion.

C'est une psychothérapie: 15 à 20 séances d'une heure par semaine.

## □ **L'hypnose**

L'hypnose peut être définie comme un état passager de conscience modifiée, d'hypovigilance et dissociation permettant des suggestions thérapeutiques. Ce qui est observable, ce ne sont pas les simples effets de la relaxation ni des stratégies cognitives. L'état de conscience modifié induit par l'hypnose entraîne des modifications sensorielles et affectives qui permettent au sujet de modifier l'information douloureuse au niveau cortical en faisant disparaître l'aspect psychologique: la souffrance.

L'hypnose est indiquée dans les douleurs chroniques du cancéreux.

Tout le monde est hypnotisable à condition d'être demandeur, d'adhérer pleinement et d'accepter de lâcher prise. Il faut éviter l'hypnose pour les personnalités psychotiques.

L'utilisation de l'hypnose permet de réduire la douleur de façon significative, en élevant son seuil de perception et ceci, sans accumulation d'effets secondaires. L'hypnose renforce l'effet des autres traitements prescrits. Elle permet surtout d'apprendre au patient une technique qu'il pourra utiliser, de diminuer l'angoisse et de réinvestir le corps.

## □ **Psychothérapie de soutien**

L'environnement psychologique est d'une importance majeure, que le patient soit hospitalisé ou se trouve en milieu familial. Le malade doit se sentir particulièrement entouré et écouté. Tout doit être mis en oeuvre pour qu'il se sente dans une atmosphère de détente et de compréhension. Parfois une psychothérapie de soutien doit être envisagée.

## **3. La kinésithérapie**

Dans le cadre des cancers des VADS, une rééducation respiratoire et une rééducation orthophonique sont bien sûr nécessaires et à débiter le plus tôt possible. Mais dans le cadre de la prise en charge de la douleur, une kinésithérapie à type de massage antalgique, conseil de maintien, physiothérapie est souvent utile. Par ailleurs une rééducation fonctionnelle cervico-brachiale est souvent nécessaire. Les traitements cervicaux et en particulier la chirurgie d'évidement ganglionnaire sont susceptibles de diminuer la compétence neuromusculaire du

cou et de l'épaule du côté opéré. Qu'il s'agisse de section de rameaux nerveux ou de suppression musculaire éventuelle, une rééducation fonctionnelle précoce est indispensable.



## D. Bilan bucco dentaire

Quel que soit le traitement envisagé pour une lésion de la région cervico-faciale, un bilan bucco dentaire s'impose afin d'éliminer tous les foyers infectieux d'origine dentaire (59; 72; 73).

Ce bilan comportera un examen clinique complet, un orthopantomogramme et la prise d'empreintes d'étude des maxillaires si le patient est édenté.

Une remise en état de la denture doit se faire avant tout traitement si possible, sinon en période non cytopénique (vérification de la NFS + plaquettes avant les soins) avec extraction des dents à haut risque infectieux, des chicots et des dents branlantes, détartrage, pulpectomie, soins parodontaux (avec l'apprentissage du brossage hygiénique des dents), réajustement parfait des prothèses et des bagues d'orthodontie.

En cas d'extraction dentaire, un délai d'environ 15 jours est nécessaire avant la radiothérapie.

Par ailleurs des gouttières fluorées sont réalisées.

La prévention fluorée au niveau des dents restantes se fera par la mise en place quotidienne à vie de gel de fluor (Fluogel) pendant 5 minutes, une fois par jour à l'aide de gouttières, le soir de préférence après un lavage soigneux des dents. Le patient ne doit pas se rincer la bouche pendant les 30 minutes qui suivent le retrait.

La prophylaxie fluorée lorsqu'elle est réalisée correctement est efficace à 100%.

Pour le nettoyage des dents :

- S'il n'y a pas de thrombopénie, il se fait par brossage régulier à l'aide d'une brosse **souple** et d'un gel fluoré. Il faut utiliser un fil dentaire.
- en cas de thrombopénie, on peut utiliser un coton tige et un hydropulseur réglé sur les basses pressions.

En cas de curiethérapie, une prothèse plombée de protection doit être réalisée.

Tous ces actes ayant pour but d'éviter des extractions en territoire irradié et donc d'éviter les infections afin de minimiser les risques d'ostéoradionécrose.

Ce bilan et ces soins bucco-dentaires permettront de limiter les éventuelles complications et séquelles des traitements à condition qu'un suivi per et post thérapeutique soit assuré ultérieurement.

# Les traitements spécifiques

Les informations concernant la maladie, le traitement et ses séquelles sont toujours données par les spécialistes mais sont généralement à répéter car mal comprises ou oubliées. Le malade recevra une information adaptée à sa personnalité, à ses connaissances médicales.

Le médecin généraliste est ainsi souvent sollicité pour répondre aux inquiétudes et interrogations du patient et de sa famille. Il ne pourra fournir une information correcte sans connaître les grands principes thérapeutiques. Dans ce but, nous allons dans ce chapitre essayer d'en résumer les grandes lignes. De plus, le médecin généraliste ne pourra effectuer une surveillance adaptée sans ces connaissances.

Les traitements spécifiques sont la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. En général, ces traitements sont associés suivant différents protocoles en fonction de la pathologie, de son évolution et de l'état général du patient.

Le choix de la thérapeutique anticancéreuse tiendra compte non seulement de l'efficacité présumée du traitement mais aussi du confort et, de façon générale, de la qualité de vie du patient pendant et après le traitement. Il est déterminé, parfois, en commission de proposition thérapeutique: le chimiothérapeute, le radiothérapeute, et le chirurgien se réunissent pour discuter des indications.

# A. La chirurgie des cancers des VADS

Le premier impératif de cette chirurgie est d'être carcinologique c'est-à-dire pratiquer macroscopiquement l'exérèse complète de la tumeur et des adénopathies. Le deuxième est d'essayer, malgré le premier impératif, de respecter au maximum les fonctions et l'esthétisme.

Trois fonctions retiennent l'attention du chirurgien:

- *la fonction respiratoire,*
- *la fonction de déglutition,*
- *la fonction phonatoire.*

Au stade initial de la maladie, la chirurgie s'adresse à la tumeur et aux ganglions cervicaux.

## I. Chirurgie tumorale (33; 11)

De multiples techniques avec différentes voies d'abord sont actuellement utilisées et notre but n'est pas de les rapporter ici. Nous décrirons donc schématiquement les plus souvent rencontrées.

### a) La chirurgie de la cavité buccale:

Elle peut s'effectuer par les voies naturelles ou par voie externe. Une résection de la mandibule plus ou moins complète est réalisable en cas de tumeur venant au contact de l'os.

## **b) La chirurgie de l'oropharynx:**

Elle s'effectue par voie naturelle ou voie externe et dans ce cas elle oblige souvent à sacrifier l'angle de la mandibule, avec la branche montante et la partie postérieure de la branche horizontale aboutissant à une buccopharyngectomie trans-maxillaire (BPTM).

## **c) La chirurgie du pharynx ou du larynx:**

Elle pose immédiatement le problème de la conservation ou non de la voix. Elle comporte les laryngectomies partielles et les laryngectomies totales.

Les laryngectomies et pharyngo-laryngectomies totales sacrifient le larynx dans sa totalité. La conséquence directe est l'abouchement de la trachée à la peau (trachéostome).

Les interventions partielles tentent de préserver la fonction respiratoire et phonatoire initiale en conservant une partie du larynx. Elles s'adressent le plus souvent aux patients de moins de 60-65 ans d'âge physiologique en bon état général car les troubles de déglutition avec leurs retentissements pulmonaires sont fréquents.

Dans les deux cas, l'alimentation dépendra de l'importance de la résection pharyngée.

## II. Chirurgie ganglionnaire

Elle est indissociable de la chirurgie de la tumeur et est réalisée dans le même temps.

Son but est de pratiquer l'exérèse des groupes ganglionnaires envahis ou susceptibles de l'être.

Le type d'évidement ganglionnaire dépend essentiellement de la taille des adénopathies, et de leur adhérence aux principaux éléments vasculaires.

### a) Curage fonctionnel

Il réalise l'exérèse des tissus cellulo-ganglionnaires cervicaux et conserve les principaux éléments vasculo-nerveux du cou.

### b) Curage ganglionnaire radical

Il sacrifie le muscle sterno-cléido-mastoïdien et la veine jugulaire interne. Le respect des troncs nerveux est toujours tenté mais le nerf spinal se trouve fréquemment sacrifié du fait de sa proximité avec la tumeur ganglionnaire et de son passage dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Sur le plan artériel, il est essentiel de conserver au moins l'axe carotidien primitif et interne.

### III. Suites opératoires

#### a) En cas de laryngectomie totale :

Le patient gardera une voie parentérale pendant environ deux jours essentiellement pour le traitement antalgique et sera le plus souvent alimenté par sonde naso-gastrique ou quelquefois par gastrostomie si des suites difficiles étaient prévisibles jusqu'à cicatrisation. Vers le dixième jour l'étanchéité des sutures pharyngées sera testée par déglutition d'un liquide coloré, et en général le patient reprendra l'alimentation per os avec un régime mixé dans un premier temps.

Une trachéostomie sera mise en place pour permettre la respiration.

#### b) En cas de laryngectomie partielle ou de chirurgie de la cavité buccale:

Le geste se fera sous couvert d'une trachéotomie. La décanulation sera décidée une fois le risque respiratoire écarté, généralement entre le 8<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> jour. Parfois cette trachéotomie peut s'avérer définitive après une laryngectomie partielle. Dans certains cas, un œdème laryngé post radique peut nécessiter une trachéotomie en urgence. C'est dans ces cas que l'on peut tenter de mettre en place des canules dites parlantes qui permettent de ce fait la phonation.

La reprise de l'alimentation se fera le plus souvent, une fois l'orifice de trachéotomie refermé (spontanément en quelques jours).

Trachéostomie et trachéotomie nécessitent dans les suites immédiates les mêmes soins pour éviter la formation de bouchons muqueux trachéaux, les sécrétions importantes et les surinfections pulmonaires. Systématiquement sont installés près du malade :

- appareil à aérosols,
- humidificateur trachéal,
- aspirateur trachéal.

Ces soins seront à poursuivre après le retour à domicile.

## IV. Complications

Comme pour toute intervention chirurgicale, des complications locales et générales peuvent survenir.

### **a) Complications locales :**

Mentionnons simplement les infections locales, et les nécroses cutanées. Les hémorragies peuvent être gravissimes. La rupture carotidienne, tant redoutée, est exceptionnelle.

Plus spécifiques à la chirurgie ORL sont les pharyngostomes et les orostomes. Il s'agit de fistules mettant en communication la cavité buccale (orostomes) ou le pharynx (pharyngostomes) avec la peau, par lesquelles s'écoule la salive. Ces pharyngostomes retardent la reprise alimentaire par les voies naturelles.

### **b) Complications générales**

Celles-ci sont peu fréquentes et leur description n'a pas d'intérêt dans ce travail.

# V. Séquelles

(95; 96)

## a) Séquelles de laryngectomie

Les séquelles des laryngectomies sont plus ou moins sévères selon qu'il s'agit d'une laryngectomie totale ou partielle.

### 1. Pour les laryngectomies totales

L'ablation du larynx entraîne une indépendance complète entre la voie respiratoire et la voie digestive.

Les conséquences de cette intervention sont donc évidentes :

La fonction sphinctérienne et de protection du larynx se trouve complètement abolie.

L'orifice supérieur de la trachée ne peut être maintenu dans le pharynx et doit être abouché à la peau de la base du cou réalisant un trachéostome définitif.

La respiration se fera par cet orifice dans lequel prend place une canule dont le port sera permanent, intermittent, voire non nécessaire en fonction de l'évolution cicatricielle de la stomie. L'air ne circulera plus dans les fosses nasales ce qui entraîne une perte de l'odorat quasi complète.

Il en résulte en outre une disparition complète de la filtration, du réchauffement et de l'humidification de l'air inspiré habituellement par les fosses nasales et le pharynx.

La perte du blocage glottique entraîne une difficulté aux efforts abdominaux et scapulaires, majorée par les pertes musculaires et nerveuses accompagnant l'éventuelle exérèse ganglionnaire cervicale souvent associée. La toux est évidemment très perturbée.

La voix physiologique est supprimée par disparition définitive du son laryngé. Par contre le sujet conserve ses " résonateurs " et ses " bruits annexes " (dents, lèvres, palais, langue).

La déglutition après une brève période postopératoire d'alimentation par sonde, est reprise progressivement. Elle peut rester quelque peu perturbée du fait de la diminution de calibre du tube pharyngé et du fait des effets secondaires de la radiothérapie postopératoire souvent associée à ce type d'intervention comme la sécheresse buccale ou la sclérose cervicale.



Les conséquences esthétiques sont importantes: orifice de trachéostomie, modification des reliefs du cou et de l'épaule, cicatrices.

## **2. Pour les laryngectomies partielles**

Elles entraînent des problèmes liés à la persistance du carrefour aéro-digestif qui est modifié dans son fonctionnement après l'exérèse tumorale.

Les suites fonctionnelles sont en général plus difficiles que lors des laryngectomies totales.

Pour les laryngectomies partielles, les conséquences sont donc les suivantes :

La voix conservée est souvent modifiée, mais un son laryngé est presque toujours possible permettant une conservation de la voix articulée.

La respiration, au terme de la période postopératoire, est reprise par les voies naturelles bucco-nasales ; le flux aérien nasal étant conservé, il n'y a pas de perte d'odorat.

La déglutition est la fonction souvent la plus perturbée (sauf pour les interventions strictement endolaryngées). Il peut persister des fausses routes, en particulier lors de la déglutition des liquides.

Les conséquences esthétiques sont réduites : pas de stomie, conservation des principaux reliefs cervicaux.

Les performances physiques sont peu modifiées.

### **b) Séquelles de la chirurgie du voile du palais**

Toute chirurgie portant sur le voile peut s'accompagner d'une insuffisance vélaire avec voie nasonnée et reflux par les fosses nasales d'une partie de l'alimentation et de la salive, d'où l'intérêt des prothèses palatines ou d'une reconstruction chirurgicale utilisant un lambeau.

### **c) Séquelles de la chirurgie mandibulaire**

La chirurgie mandibulaire lorsqu'elle est interruptrice (BPTM) entraîne des difficultés fonctionnelles: troubles de la mastication et de l'élocution. Ces interventions retentissent aussi sur l'articulé dentaire même si les appareillages en amoindrissent les conséquences et peuvent entraîner un préjudice esthétique.

L'édentation crée, de plus, des difficultés importantes de réhabilitation prothétique.

### **d) Séquelles de la chirurgie ganglionnaire**

La séquelle majeure est représentée par l'amyotrophie du muscle trapèze et le déficit moteur qu'elle entraîne en cas de section du nerf spinal. Ces troubles trophiques sont à l'origine de douleurs neurogènes parfois invalidantes.

La perte de la sensibilité des territoires cervicoauriculaires par section des branches superficielles du plexus cervical représente un inconvénient secondaire.

Il en est de même des séquelles esthétiques entraînées par la résection du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Enfin la chirurgie cervicale laisse des cicatrices mais celles-ci sont dans l'ensemble peu visibles après quelques semaines, beaucoup plus souvent noyées dans la sclérose importante d'un traitement radiothérapique de complément. C'est d'ailleurs cette sclérose qui peut engendrer une raideur du cou et des oedèmes chroniques, variables, fort gênants.

# **B. La radiothérapie des cancers des VADS**

En matière de radiothérapie, le médecin généraliste joue un rôle important dans le cadre de la surveillance du patient au cours et après le traitement. Celui-ci doit rester en relation avec le radiothérapeute.

La préparation thérapeutique est réalisée par les différents spécialistes.

## **I. Généralités**

Le but de ce chapitre n'est pas d'expliquer les mécanismes de la radiothérapie ni de détailler les différents protocoles mais d'apporter aux médecins généralistes les informations nécessaires pour la prise en charge des patients avant, en cours, ou après traitement.

La radiothérapie est une méthode de traitement des cancers dont l'efficacité est basée sur l'effet différentiel des rayonnements ionisants entre les cellules tumorales et les cellules saines (28).

L'irradiation peut être utilisée seule ou en complément à la chirurgie et la chimiothérapie.

Le volume-cible et les doses à administrer sont déterminés par:

- l'histoire naturelle de chaque type de cancer,
- le stade TNM,
- le type histologique,
- l'extension des lésions macroscopiques ou microscopiques,
- les traitements associés (chirurgie et/ou chimiothérapie) en tenant compte de leur morbidité propre,
- la présence d'organes critiques de proximité,
- l'âge, les antécédents et l'état physiologique du patient.

Dans le cadre des cancers des VADS, les séances d'irradiation s'effectuent en externe (sauf cas particulier), tous les jours sauf le week-end. Les séances durent 10 minutes environ et ce sont surtout les "allers retours" du domicile à l'hôpital qui sont fatigants pour les patients. Les trajets sont pris en charge par la sécurité sociale si le patient le souhaite et si cela est nécessaire (VSL, taxi, transports en commun).

## **II. Les effets secondaires de la radiothérapie dans le cadre des cancers des VADS**

Ils apparaissent après quelques jours ou semaines de traitement et disparaissent progressivement après la fin de l'irradiation.

Bien informer le patient est indispensable.

Ces effets secondaires sont:

### **a) Dysgueusie**

Modification ou perte de goût partielle ou complète qui peut commencer après quelques séances d'irradiation et revient à la normale en général au bout de 1 à 4 mois.

### **b) Xérostomie**

La bouche sèche est quasiment obligatoire s'il y a irradiation des glandes salivaires. La radiothérapie entraîne une modification de la salive qui devient moins abondante, plus acide et plus épaisse après quelques jours de traitement.

Habituellement, elle dure 4 à 6 mois mais elle peut se prolonger dans le temps.

Les modifications de la salive sont responsables de caries dentaires. Pour les éviter, il faut les renforcer par application quotidienne de gel de fluor et des soins dentaires réguliers doivent être réalisés.

### **c) Mucite**

La mucite débute environ 2 à 3 semaines après le début des rayons et se normalisera en 1 à 2 mois après la fin du traitement.

Elle évolue en 3 stades: érythème correspondant à une simple rougeur, fausses membranes non confluentes puis fausses membranes confluentes. L'utilisation de solution en bain de bouche (Bétadine ou autre antiseptique non irritant) permet dans une certaine mesure de limiter leur importance et surtout d'éviter une surinfection.

Elle donne des douleurs identiques à celles d'une angine et un traitement antalgique local (Xylocaine visqueuse par exemple) et général (opioïdes forts ) peut être nécessaire.

La courbe de poids est le meilleur reflet de la tolérance muqueuse. En cas de réactions particulièrement sévères, on peut avoir recours à une alimentation par sonde naso-gastrique ou par gastrostomie percutanée (mise en place à discuter au cas par cas lorsque l'intensité prévisible de la mucite laisse craindre une aphagie : association radiothérapie chimiothérapie surtout).

### **d) Epidermite**

On classe les épidermite radique en 4 grades :

- **Grade 1** : érythème léger; dermo-épidermite sèche.
- **Grade 2** : érythème intense; dermo-épidermite sèche
- **Grade 3** : dermo-épidermite exsudative :
  - *Faible* : petite zone de suintement
  - *Fort* : suintement par plaques
  - *Extensif* : suintement sur tout le champ
- **Grade 4** : ulcération, nécrose.

En cours d'irradiation externe (étalement et fractionnement classique), l'épidermite débute vers la deuxième ou troisième semaine de traitement. Elle s'aggrave progressivement en fonction de la tolérance personnelle des patients, de la taille du champ et de la présence ou non de la chimiothérapie.

L'hygiène cutanée de base se résume par un lavage à l'eau sans savon. Il ne faut pas utiliser de rasoir électrique, ni d'après-rasage. Il ne faut pas appliquer de crème en dehors de celles préconisées.

Pour les soins locaux supplémentaires, le traitement doit débiter à partir du grade 2 :

- Grade 2 : applications de Biafine après les séances d'irradiation, 1 fois par jour. Lorsque l'érythème est très intense, une deuxième application est possible, le soir au coucher.
- Grade 3 faible : applications de Biafine sur l'érythème selon les mêmes recommandations que pour le grade 2 et applications d'Eosine aqueuse à 2 %, de 1 à 3 fois par jour sur les zones suintantes.
- Grade 3 fort : désinfection locale à la Chlorhexidine suivie d'un rinçage au sérum physiologique et application de Vaseline en couches épaisses (tube), le tout doit être recouvert par du tulle gras puis par des compresses. Ces soins sont à réaliser toutes les 8 heures. S'il existe un décollement hémorragique de l'épiderme lors du retrait du tulle gras, le traitement est identique à celui du grade 3 extensif.
- Grade 3 extensif et grade 4: désinfection à la Chlorhexidine, rinçage suivi d'applications de Vaseline en couches épaisses et mise en place de compresses de Melolin toutes les 8 heures. La mise en place de tampon américain permet de maintenir les pansements.

**Il est impératif de ne pas appliquer d'adhésif sur une peau irradiée.**

Ces réactions cutanées ne doivent jamais faire arrêter le traitement.

Progressivement, sur quelques mois, la peau redevient normale.

## **e) Réaction inflammatoire des glandes salivaires**

Ces réactions surviennent parfois entre 24 et 72 heures après le début des séances. Les glandes salivaires peuvent gonfler et devenir légèrement douloureuses. Le phénomène est le plus souvent transitoire.

## **f) Surinfection locale en bouche**

Les mycoses ou herpès devront être pris en charge rapidement.

Un traitement préventif autre que des bains de bouches n'est pas conseillé.

En traitement curatif, on peut utiliser le fluconazole (Triflucan) à la dose de 100 à 200 mg par jour ou l'amphotéricine B (Fungizone) 2 cuillères à café 2 fois par jour pendant 15 jours pour les mycoses.

## **g) Réduction d'ouverture de bouche**

La réduction d'ouverture de bouche est rare et due à des spasmes ou des contractions des muscles de la mâchoire. Il faut conseiller des exercices réguliers de mastication si cela apparaît.

## **h) Dysphonie**

La dysphonie survient en cas d'irradiation du larynx. Elle apparaît aux environs de la quatrième semaine et s'aggrave progressivement. Elle est liée à un œdème qui peut donner une dyspnée laryngée. Elle nécessite une corticothérapie voire une trachéotomie dans certains cas.

## **i) Ostéoradionécroses**

Surtout observées lors de curiethérapie, elles sont devenues aujourd'hui rares depuis l'utilisation de protections plombées.

En cas d'ostéonécrose, celle-ci devra être traitée par antibiothérapie et oxygénateur tissulaire éventuellement en association avec une oxygénothérapie hyperbare. Parfois une chirurgie du foyer d'ostéoradionécrose peut être réalisée.

Des soins locaux réguliers permettent d'éviter une surinfection.

## **j) Hypothyroïdie**

Une hypothyroïdie peut survenir si le traitement associe une chirurgie et en l'absence de protection.

Un bilan hormonal annuel, ou devant tous signes d'appel, doit être réalisé.

## **k) A long terme**

Plusieurs mois après le traitement, il peut persister une peau moins souple avec quelque fois une coloration différente, une diminution de poil de barbe, un manque de salive, des ulcérations en bouche surtout en cas de non-respect des précautions à prendre ou en cas d'artérite, de diabète et de poursuite du tabac et de l'alcool.

Après la radiothérapie les patients doivent être suivis régulièrement d'une part pour vérifier que la prévention fluorée est bien exécutée et d'autre part pour soigner toutes les dents cariées.



# III. Recommandations et conseils à donner aux patients

Les recommandations suivantes sont données par le radiothérapeute mais méritent d'être connues par le médecin généraliste car elles doivent être répétées et bien suivies chez des patients généralement peu disciplinés.

## a) Conseils d'hygiène

Au cours d'une radiothérapie, le médecin généraliste doit suivre le malade très régulièrement de manière à détecter le plus tôt possible les complications.

Il doit insister sur les points suivants :

- Arrêter totalement et définitivement le tabac.
- Cesser toutes consommations alcoolisées.
- Se raser tous les jours avec un rasoir électrique, lentement pour ne pas irriter la peau.
- Tamponner 2 fois par jour les zones traitées avec uniquement de l'eau, sans savon ni lait de toilette, pour éviter des réactions avec les rayons au niveau de la peau.
- Faire au minimum 8 bains de bouche et gargarismes par jour pour humidifier celle-ci et réduire les réactions.
- Se peser 2 fois par semaine.
- Ne pas appliquer sur les zones traitées : des pommades, des lotions alcoolisées ou non, de l'eau de Cologne, du talc, des pansements adhésifs.
- Ne pas porter des sous-vêtements ou vêtements en tissus rugueux.
- Ne pas serrer ses cols de chemise.
- Ne pas sucer des pastilles, bonbons, sucre (le sucre aggrave les réactions aux rayons)

- En cas de port d'appareil dentaire, il faut le nettoyer régulièrement à la brosse et à l'eau et surtout l'ôter durant la nuit.
- Le brossage des dents est indispensable et doit être régulier. La brosse à dents doit obligatoirement être souple pour ne pas créer de traumatisme.
- Si les dents ont été laissées en place, il est nécessaire d'appliquer du gel de fluor au moyen de la gouttière réalisée par le chirurgien-dentiste, tous les jours, 5 minutes par jour préférentiellement, avant le coucher du patient après avoir réalisé un brossage soigneux et un bain de bouche. La bouche ne doit pas être rincée pendant les 30 minutes qui suivent le retrait de la gouttière.
- Le patient ne doit jamais utiliser de cure-dents.

## **b) Recommandations nutritionnelles**

Une bonne alimentation et un poids stable sont indispensables pour la poursuite du traitement afin de maintenir un état général correct et favoriser une bonne cicatrisation.

Les difficultés pour s'alimenter surviennent rapidement et un certain nombre de mesures simples doivent être prises :

Le poids doit être surveillé deux fois par semaine.

Le patient doit définitivement cesser toutes consommations de boissons alcoolisées, de condiments et d'aliments acides, irritants ou durs.

Il faut compenser le manque de salive par un apport important de boissons au cours des repas (eau, lait, bouillons gras) et en accompagnant les plats, d'aliments gras (crème fraîche, mayonnaise) pour graisser les muqueuses.

Le patient doit faire 5 à 6 repas par jour en commençant chacun par deux cuillères à soupe de crème fraîche.

Lorsque surviennent les difficultés pour avaler, toutes les préparations seront rendues homogènes à l'aide d'un mixer et elles seront toujours enrichies de façon à apporter sous un volume réduit beaucoup de calories.

Au début, les aliments seront d'abord cuits puis coupés très fins puis moulinés, enfin si nécessaire, mixés et rendus liquides en ajoutant lait, bouillon de légumes selon les préparations. Le patient doit éviter les viandes dures et fibreuses, ainsi que certains légumes fibreux.

Voici, sous forme de tableau, les différents aliments permis et interdits (tableau actuellement distribué au Centre Alexis Vautrin à Nancy, dû à l'obligeance du Dr Lapeyre):

ALIMENTS	PERMIS	PERMIS SELON TOLERANCE PERSONNELLE	INTERDITS
<b>LAIT FROMAGES</b>	<b>ET</b> - tous les laits - petits suisses - fromage blanc - fromages à pâte (Camembert, Brie, etc...) - fromages à pâte cuite (St Paulin, Pyrénées, etc...)	- yaourt - fromages forts (Roquefort, chèvre...)	
<b>VIANDES CHARCUTERIE POISSONS</b>	- toutes viandes cuisinées - toutes charcuteries - tous poissons cuisinés - crustacés, mollusques - quenelles		- viandes panées - poissons panés - poisson en conserve, au vin ou au vinaigre - sauce tomate
<b>CEREALES</b>	- mie de pain ou pain de mie trempés - biscottes trempées - Rems - pâtes - riz bien cuit - tapioca - flocons d'avoine	- pain d'épices - semoule	- croûte de pain - pommes de terre (irritantes)
<b>LEGUMES SECS</b>		- tous	
<b>LEGUMES VERTS</b>	- tous cuits - assaisonnement sans vinaigre et sans citron	- éviter les crudités	- tomates (irritantes) - vinaigrettes
<b>FRUITS</b>	- tous si cuits	- banane	- tous si crus
<b>SUCRE CONFISERIE</b>	- pâtisseries	- tous	- pâtisseries à l'alcool
<b>BOISSONS</b>	- eau - café - tisane - thé - chocolat - bouillons	- sirop - eaux aromatisées - limonade	- vin - bière - jus de fruit pur - cidre - alcool forts (cognac, mirabelle) - alcool doux (vins cuits, liqueurs)
<b>CONDIMENTS</b>	- aucun	- sauf sel en petite quantité	- tous (moutarde, poivre, cornichons, curry, piment, vinaigre, ketchup)
<b>GRAISSES</b>	- toutes (huile, beurre, lard, margarine, saindoux, crème)		- aucune

Les préparations seront enrichies avec :

- lait entier et lait écrémé en poudre,
- jaunes d'œuf,
- fromage râpé,
- jambon mouliné.

Il est recommandé de varier au maximum les aromatisants (légumes à goût fort, gruyère pour les préparations salées, chocolat, caramel, café, fruits non acides...) pour éviter un dégoût de l'alimentation.

Une gastrostomie endoscopique per cutanée est souvent mise en place avant le début du traitement pour les tumeurs des VADS surtout si une chimiothérapie doit être associée. Elle permet d'éviter une perte de poids trop importante lorsque l'alimentation devient trop difficile et donc de maintenir un état général correct au cours du traitement.

## **IV. Relations entre médecin généraliste et radiothérapeute**

Le médecin généraliste doit s'adresser au radiothérapeute devant tout problème quand un doute subsiste mais surtout dans les cas suivants :

- Perte de poids supérieure à 5%
- Douleur mal équilibrée à domicile
- Aphagie
- Epidermite de grade 3 ou 4.

Inversement, le radiothérapeute doit faire appel au médecin généraliste si des problèmes sont prévisibles à domicile avec un patient peu compliant (perte de poids...) ou si une surveillance médicale rapprochée chez un patient n'ayant pas toutes ses capacités est nécessaire.

# **C. La chimiothérapie des tumeurs des VADS**

Le but de ce chapitre est d'apporter au médecin généraliste les informations nécessaires à sa pratique courante. Nous ne traiterons donc pas ce chapitre de manière générale. Nous allons analyser, en fonction des différentes drogues utilisées, le bilan pré-thérapeutique nécessaire, la surveillance au cours du traitement et à long terme.

Il existe de nombreux protocoles de chimiothérapie et nous n'allons pas les détailler.

Les principales drogues utilisées pour les cancers des VADS sont le Cisplatine et le 5FU.

## **I. Bilan pré-thérapeutique**

Un bilan complet afin de juger de la tolérance du traitement est nécessaire. En effet, la survenue de certains effets secondaires pourrait obliger à suspendre le traitement ce qui provoque des retards ou même l'arrêt total de la chimiothérapie préjudiciable à la santé du patient.

Ce bilan est réalisé en fonction des différentes drogues utilisées. Dans le cas d'une tumeur des VADS, ce bilan est le suivant :

- Examen clinique complet avec évaluation de l'état général selon la table de l'OMS ou la table de Karnowsky. A partir d'un OMS 3 la chimiothérapie est contre-indiquée car le risque de toxicité est alors supérieur aux bénéfices attendus (sauf cas particuliers).

Il convient de rechercher une neuropathie clinique ( assez fréquente chez ces patients étant donné les facteurs de risque). Elle contre-indique un traitement par cisplatine qui possède un risque de neurotoxicité périphérique.

De même, une surdité de transmission doit être dépistée car le cisplatine peut être responsable d'une ototoxicité et peut donc aggraver cette surdité. Bien sûr, dans ce cas, il est surtout nécessaire d'évaluer les bénéfices du traitement chimiothérapique par rapport aux risques.

- Bilan biologique complet avec une recherche d'une atteinte rénale. Le cisplatine étant néphrotoxique, toute insuffisance rénale peut contre-indiquer le traitement.
- Bilan cardiovasculaire complet à la recherche d'anomalie coronarienne ou vasculaire périphérique qui pourrait survenir au cours du traitement étant donné la toxicité du 5FU potentialisé éventuellement par une toxicité additionnelle du cisplatine.
- Bilan dentaire avec réalisation d'un OPT et consultation dentaire, indispensable si une radiothérapie est réalisée de manière concomitante mais aussi pour diminuer les risques d'infection sur mucite qui surviennent souvent avec le 5FU.
- Recherche de foyers infectieux latents ( ECBU, radio des sinus...) car le traitement pourrait réactiver ces foyers.

### **Evaluation de l'état général selon l'échelle OMS/ECOG-ZUBROD**

0: Activité normale, sans restriction

1 : Activités physiques importantes restreintes mais patient ambulant et capable de fournir un travail léger

2: Patient ambulant et capable de se prendre en charge mais incapable de fournir un travail et alité pendant - de 50 % de la période diurne

3 : Capacité de prise en charge beaucoup plus limitée, plus de 50 % de la période diurne au lit ou dans une chaise.

4: Patient grabataire, incapable de se prendre en charge. Le patient reste totalement confiné au lit ou dans une chaise.

## **II. Autres précautions**

Avant le début du traitement, dans une grande majorité des cas, un abord veineux est mis en place sous anesthésie locale. Celui-ci permet bien sûr de simplifier la perfusion des drogues mais aussi est nécessaire en cas de transfusions ou d'autres traitements.

Par ailleurs, si une radiothérapie est associée au traitement, une gastrostomie endoscopique percutanée est mise en place afin d'éviter une perte pondérale trop importante. Au-delà de 10 % de perte, le traitement pourrait être suspendu.



# III. Les principaux effets secondaires

(28)

## a) Les nausées et vomissements

Les nausées et les vomissements induits par la chimiothérapie constituent un problème clinique préoccupant car ils sont classés par les patients au premier rang des symptômes désagréables liés à ce type de traitement.

Les nausées et vomissements chimio-induits peuvent être immédiats, c'est-à-dire survenant par définition dans les 24 premières heures de la chimiothérapie. Ils peuvent survenir avant la chimiothérapie et sont alors qualifiés d'anticipés, ou encore au-delà des 24 premières heures et ils répondent alors à la définition des vomissements retardés.

### 1. Traitement des nausées et vomissements chimio-induits immédiats

Il va dépendre :

- des médicaments cytostatiques qui ont un effet émétogène variable. La posologie intervient également, bien entendu ;
- des facteurs de risque liés au patient. Il existe ainsi des facteurs aggravants qui sont :
  - le sexe féminin,
  - un âge < 50 ans,
  - une susceptibilité au mal des transports,
  - l'existence de vomissements lors d'une cure précédente.



Il existe des facteurs réduisant le risque :

- le sexe masculin,
- l'âge > 65 ans,
- le fait qu'il s'agisse d'une première cure de chimiothérapie
- une consommation d'alcool > 100 g/j.

Le cisplatine présente un fort potentiel émétisant.

Le mécanisme des nausées et vomissements immédiats dus à la chimiothérapie passe par la sérotonine, médiateur de la réponse. Il existe des récepteurs à la 5-HT<sub>3</sub> à la fois dans l'intestin et centraux. Les cytostatiques provoquent la libération de sérotonine et activent ainsi les récepteurs 5-HT<sub>3</sub>.

Le traitement fait donc appel aux inhibiteurs des récepteurs 5-HT<sub>3</sub> tels que l'ondansétron (Zophren), le granisétron (Kytril), le tropisétron (Navoban), le dolasétron (Anzemet).

Le traitement doit anticiper les nausées et les vomissements.

On considère que ces inhibiteurs ont des actions à peu près équivalentes et qu'il convient d'injecter une ampoule de Zophren ou une ampoule de Kytril ou une ampoule de Navoban 30 minutes à 15 minutes avant la chimiothérapie (IV lente).

Éventuellement, en cas de nécessité, une 2<sup>ème</sup> ampoule de l'un ou l'autre produit pourra être ultérieurement administrée, sauf pour le Navoban, dont la posologie reste en prise unique.

L'association à de la méthylprednisolone augmente l'effet antiémétique (Solumédrol 120 mg en IV lente puis per os Médrol 16 mg 2 fois par jour pendant 3 à 5 jours). Il n'est pas inutile de prescrire un sédatif comme le Témesta 1 mg au début de la perfusion, à condition toutefois que le patient ne prenne pas sa voiture pour rentrer à son domicile.

Dans les chimiothérapies moyennement émétisantes et sans facteur de risque surajouté, on utilisera la forme orale de Zophren (comprimés à 4 et 8 mg, lyocs à 2 ou 4 mg et sirop à 4mg par mesure) ou de Kytril (comprimés à 1 mg et 2 mg).

La posologie est de 2 mg Kytril ou 8 mg de Zophren /jour.

C'est dans les chimiothérapies peu émétisantes que le métoclopramide (Primpéran) trouve sa place à une posologie de 60 à 100 mg IV.

Les effets secondaires des sétrons se limitent à des céphalées et une constipation généralement très modérée.

Les effets indésirables du métoclopramide sont des manifestations extrapyramidales qui se voyaient surtout avant l'ère des sétrons où ce médicament était administré à très fortes doses (> 4 mg/kg/24 h).

Les sétrons obéissent à des conditions particulières de délivrance : prescription par le médecin sur une ordonnance spéciale fournie par les caisses d'assurance maladie (« Ordonnance de médicaments d'exception »).

Ces traitements sont onéreux mais représentent un réel progrès thérapeutique.

Ainsi lors de cures de cisplatine entraînant des vomissements dans 90% des cas, on observe une absence de vomissement chez 75% des patients (et même 90% en association aux corticoïdes) contre 42% des patients traités avec le métoclopramide.

## **2. Traitement des nausées et vomissements tardifs**

Ils surviennent après les 24 premières heures de chimiothérapie et peuvent durer 3 à 4 jours, voire plus, surtout lorsque le traitement a comporté du Cisplatine.

Le mécanisme physiopathologique principal n'est plus l'activation des récepteurs à la 5-HT, mais fait intervenir des troubles de la mobilité digestive, des dégâts cellulaires et probablement bien d'autres facteurs mal connus.

De ce fait, la place des sétrons n'est pas encore bien définie dans cette indication mais ne semble pas importante.

Le traitement consiste en l'administration de Primpéran 3 x 2 cp/jour ou Vogalène 3 cuillères à café x 2/j ou Plitican 2 cp x 3/j pendant 4 jours ou plus si nécessaire. En cas de problème pour l'administration orale, celle-ci sera remplacée par la voie rectale : Primpéran ou Vogalène 1 suppositoire matin, midi et soir. Les corticoïdes seront associés à ces médicaments : Solupred ou Cortancyl 2 x 20 mg/j ou Médrol 2 x 16 mg/j pendant 4 jours.

### 3. Traitement des nausées et vomissements anticipés

Leur mécanisme obéit au phénomène de Pavlov et il s'agit donc d'un réflexe conditionné qui n'apparaît que s'il y a eu des nausées et vomissements lors d'une précédente cure. Il est d'autant plus important que les épisodes précédents auront été plus sévères et augmente en fréquence avec le nombre de cures.

C'est dire que leur traitement est essentiellement préventif :

- par la prise en charge optimale des nausées et vomissements immédiats et retardés dès la première cure;
- par des conditions d'administration de la chimiothérapie prenant en compte des facteurs très subtils comme le fait d'éviter le voisinage avec un patient vomisseur susceptible de faire partager son vécu, d'éviter des odeurs ou des repas trop lourds;
- par un entourage familial averti;
- par des techniques comportementales dont les résultats, lorsqu'elles ont été tentées, sont excellents;
- par l'administration d'anxiolytiques (benzodiazépine ) dans les jours qui précèdent la cure de chimiothérapie peut être une aide dans certains cas.

#### **b) Les mucites et stomatites**

La bouche est chez les cancéreux particulièrement menacée. Les lésions buccales et dentaires sont fréquentes et favorisées initialement par l'intoxication éthylo-tabagique puis par le cancer lui-même (insuffisance médullaire, immunodépression) et par la thérapeutique (radiothérapie et/ou chimiothérapie). Fréquentes avec le 5 FU, les mucites surviennent surtout 7 à 10 jours après le début du traitement.

Les mesures d'hygiène buccale, préventives et curatives, visent à maintenir une qualité de vie chez le malade en évitant notamment la dysphagie (source de diminution des apports alimentaires) et à empêcher les portes d'entrée infectieuses buccales.

Les mesures préventives sont :

- Soins dentaires avant le traitement
- Nettoyage des dents
- Soins de bouche (bicarbonate de sodium en bains de bouche).
- Maintien de la salivation : c'est probablement le plus important car la salive possède une action antiseptique et anticarié.

En curatif, des bains de bouche 5 à 6 fois par jour avec un produit commercialisé type Eludril dilué avec du bicarbonate ou Bétadine sont nécessaires.

Un traitement antifongique peut être envisager s'il existe une surinfection mycosique :

- local par bain de bouche (Bétadine),
- général par fluconazole (Triflucan) 100 à 200 mg/jour pendant 7 à 14 jours.

De plus, il faut traiter la douleur par antalgiques morphiniques pour la plupart, et irrigation locale des zones ulcérées de gel de lidocaïne ou sucralfate ( conservé 2 minutes dans la bouche 4 à 6 fois/j) (Ulcar et Keal).

Une diarrhée sévère peut compliquer la mucite. Un traitement symptomatique doit être mis en place, associé à une surveillance clinique, à la recherche de signes d'infection et de déshydratation, et biologique à la recherche d'une neutropénie. Au-delà de 48 heures, une hospitalisation s'avère nécessaire pour réhydratation et bilan.

### **c) La toxicité rénale**

En prévention d'une néphropathie tubulo-interstitielle liée à l'administration de cisplatine, une hyperhydratation est nécessaire. Pour cela, une perfusion de chlorure de sodium isotonique doit être débutée au moins 12 heures avant l'injection de cisplatine et poursuivie pendant au moins 12 heures afin de maintenir une diurèse supérieure à 100 ml/heure.

Une surveillance régulière de l'urée et de la créatinine doit être réalisée et la survenue d'une insuffisance rénale doit faire suspendre le traitement.

## **d) La toxicité hématologique**

Elle est modérée pour le 5FU et le Cisplatine.

Elle est maximale entre J14 et J21 et est réversible vers la cinquième semaine pour le cisplatine. Pour le 5FU, le nadir se situe aux alentours de J10 avec réversibilité vers J21-J28.

La surveillance doit être basée sur un hémogramme complet au moindre signe clinique et en général de manière systématique à J10 et avant toute nouvelle cure.

Les chimiothérapies peuvent entraîner rapidement une leuconéutropénie, un peu plus tardivement, une thrombopénie, d'une manière plus lointaine une anémie mais, rapidement, une baisse des réticulocytes.

### **1. La neutropénie**

Elle s'installe entre 3-4 jours après la fin de la chimiothérapie et atteint son taux le plus bas vers le 6<sup>ème</sup> -7<sup>ème</sup> jour. L'agranulocytose correspond à moins de 500 polynucléaires par mm<sup>3</sup>. La durée de la réparation de ce chiffre est approximativement égale au double du temps mis pour atteindre le taux le plus bas de la neutropénie (ex : 6 jours pour le taux le plus bas, 12 jours pour la restauration).

En pratique, le malade doit prendre sa température axillaire ou buccale tous les jours à la même heure après une demi-heure de repos physique.

Il est fébrile à 38 °C et plus : Après examen clinique, il doit être mis immédiatement sous antibiothérapie adaptée et un bilan biologique à la recherche d'une neutropénie doit être réalisé. En cas de neutropénie, le patient doit être hospitalisé.

S'il frissonne : prise de la TA et hospitalisation rapide, quel que soit le chiffre leucocytaire.

Les principaux facteurs de risque d'infection lors d'une chimiothérapie :

- La profondeur de la neutropénie : le risque existe si les polynucléaires neutrophiles sont inférieurs à 1000 par mm<sup>3</sup>. Ce risque sera particulièrement important si le chiffre est inférieur à 500 par mm<sup>3</sup>.
- La durée de la neutropénie : l'infection est quasi constante si la durée de la neutropénie dépasse huit jours.
- La maladie sous-jacente : le risque est plus grand pour les hémopathies malignes que pour les tumeurs solides.
- La présence éventuelle d'un cathéter ou d'une chambre implantable qui expose davantage à un risque d'infection staphylococcique.
- La présence d'une mucite post-chimiothérapique qui favorise le passage des germes. La mucite peut être buccale et expose alors aux infections à streptocoques. Si les lésions concernent la muqueuse colique, les germes responsables seront surtout les bacilles à Gram négatif.

Après chimiothérapie, il faut impérativement considérer que toute fièvre (température centrale supérieure à 38 °C pendant au moins huit heures ou température supérieure à 38,5 °C à une prise) est d'origine infectieuse et la traiter comme telle. Tout retard à la mise en route d'un traitement efficace engage le pronostic vital. Les autres causes de fièvre seront des diagnostics d'exclusion après échec des anti-infectieux.

En résumé, face à une fièvre survenant dans les suites d'une chimiothérapie, il faut rechercher un ou plusieurs signes de gravité clinique :

- Syndrome septicémique (frissons, hypotension, localisations septiques cutanées secondaires... ) ;
- Pneumopathie toujours de très mauvais pronostic ou d'un autre foyer infectieux;
- Mucite buccale et digestive qui rendra difficile la prise de médicaments per os ou leur absorption intestinale.

Il faut ensuite faire réaliser un hémogramme pour connaître la profondeur de la neutropénie et de la thrombopénie (celle-ci interdisant alors la voie intramusculaire) et les prélèvements orientés selon le tableau clinique.

L'absence de signes de gravité permet de débiter immédiatement un traitement per os à domicile par une antibiothérapie à large spectre et à forte dose : Augmentin 3g/j plus une fluoroquinolone (Ciflox, Oflocet ou Péflocine). Ce traitement sera débuté sans délai avant le résultat de l'hémogramme et d'éventuels résultats microbiologiques.

Si l'apyrexie est obtenue rapidement (24 à 48 heures) le traitement est poursuivi à domicile et l'hémogramme sera vérifié tous les 2 ou 3 jours. L'absence d'apyrexie en 48 heures ou toute aggravation clinique, à quelque moment que ce soit, nécessite impérativement l'hospitalisation. S'il y a nécessité d'un antipyrétique, il faut interdire l'aspirine (risque hémorragique en cas de thrombopénie) et n'utiliser que le paracétamol.

L'hospitalisation s'impose sans délai s'il existe un ou plusieurs des éléments suivants :

- Un ou plusieurs signes de gravité (syndrome septicémique, foyer infectieux cliniquement décelable, mucite grave et étendue).
- Neutropénie < 500 par mm<sup>3</sup>.
- Thrombopénie < 30000 par mm<sup>3</sup> compte tenu du risque hémorragique majoré en cas d'infection.

Le traitement mis en route en milieu hospitalier sera intraveineux.

## **2. La thrombopénie**

Elle s'installe à partir du 10<sup>e</sup> jour et est en principe restaurée vers le 21<sup>e</sup> jour.

En pratique :

- Si la thrombopénie est supérieure à 20 000 par mm<sup>3</sup>, le malade n'est pas fébrile et ne saigne pas, il n'est pas à transfuser.
- Si la thrombopénie est égale ou inférieure à 20 000 par mm<sup>3</sup>, le malade est à transfuser avec des plaquettes.
- Si la thrombopénie est supérieure à 20 000 et inférieure à 50 000 par mm<sup>3</sup>, le malade ne saigne pas mais il est fébrile, ou s'il existe une chute brutale des plaquettes dans les 48 heures précédentes, il faut transfuser des plaquettes.

### **3. L'anémie**

La transfusion de globules rouges se fait en dessous de 8 g/dl d'hémoglobine.

Chez certains sujets âgés, la tolérance à l'anémie est mauvaise et, dans ces conditions, il ne faut pas attendre le chiffre de 8 g/dl.

## **e) Autres effets indésirables de la chimiothérapie**

### **1. Alopécie**

L'alopécie est quasiment nulle avec le cisplatine et le 5FU.

### **2. Accident cardiaque**

Avec le 5FU, une modification de l'ECG, un angor, ou un infarctus du myocarde peuvent survenir et nécessitent bien sûr une prise en charge en milieu hospitalier et l'arrêt du traitement chimiothérapique.

### **3. Autres effets indésirables**

Aménorrhée, azoospermie, photosensibilisation, hyperpigmentation cutanée du trajet veineux, rash cutané, urticaire, prurit, choc anaphylactique, desquamation palmoplantaire, veinite, hyperuricémie, élévation des transaminases.



#### **4. Quelle est la surveillance à long terme?**

Pour le cisplatine et le 5FU, il faut rechercher la survenue d'une neuropathie périphérique, d'une hypoacousie de perception due à la neurotoxicité, et d'une insuffisance rénale.

Ces deux substances ne sont pas leucémogènes ni inductrices de seconde tumeur.

Les traitements curatifs des cancers des VADS sont par définition très agressifs et provoquent de nombreux effets secondaires et séquelles que le médecin généraliste doit connaître et savoir traiter.

Après ces traitements, dans la plupart des cas, une réhabilitation post-thérapeutique et une réinsertion socio-professionnelle sont nécessaires.

# Réhabilitation post thérapeutique

Voici quelques aspects particuliers de la réhabilitation post thérapeutique dans le cadre des cancers des VADS.

## A. Trachéotomie, trachéostomie et vie quotidienne

Ce chapitre ne traite que des trachéotomies et des trachéostomies dans le cadre des cancers des VADS.

### I. Définitions

**Trachéotomie** : c'est l'ouverture antérieure à la peau de la trachée cervicale dont la lumière est maintenue en communication avec l'extérieur par une canule.

La trachéotomie est en principe provisoire, après certaines interventions ou en cas d'œdème laryngé après radiothérapie. La dérivation respiratoire siège sous le larynx resté en place.

Dans certain cas, elle devient définitive.

**Trachéostomie** : c'est la section complète de la trachée qui est suturée définitivement à la peau, suite à une laryngectomie totale.

## II. Trachéotomie et cancers des VADS

### a) Indications

- laryngectomie partielle
- œdème laryngé secondaire à la radiothérapie
- sténose trachéale ou laryngée
- récurrence tumorale après laryngectomie partielle

### b) Types de canules

Il existe un nombre important de types de canules à adapter en fonction de la pathologie du patient et de sa morphologie.

Une canule de trachéotomie est composée de trois parties :

- *La chemise externe*
- *La chemise interne*
- *Le mandrin qui permet la mise en place de la canule*

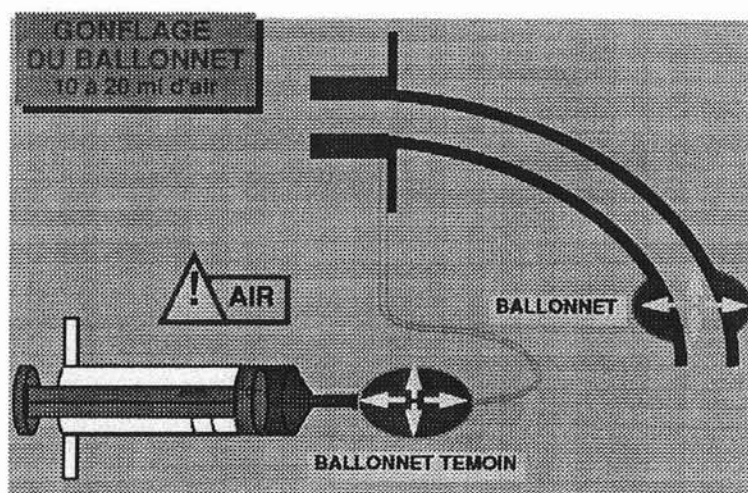
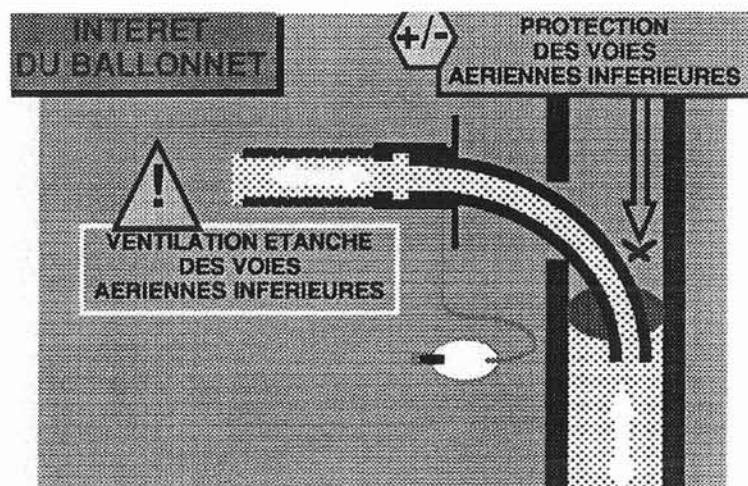
L'intérêt de la chemise interne est d'éviter le retrait fréquent de la chemise externe de la canule pour l'entretien courant (par exemple en cas de sécrétions bronchiques importantes). Ceci permet de limiter les accidents de recanulation.

Elle peut être :

- *avec ballonnet, non fenêtrée*
- *sans ballonnet, non fenêtrée*
- *sans ballonnet, fenêtrée (canule parlante)*
- *avec ballonnet, fenêtrée (canule parlante)*

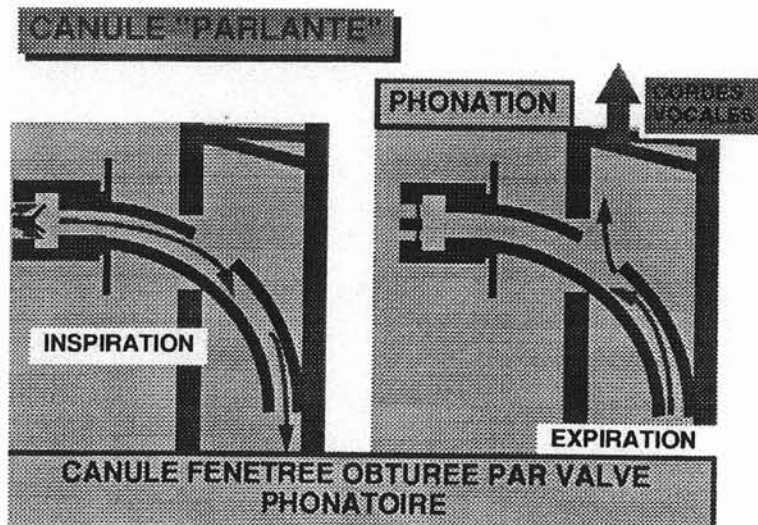
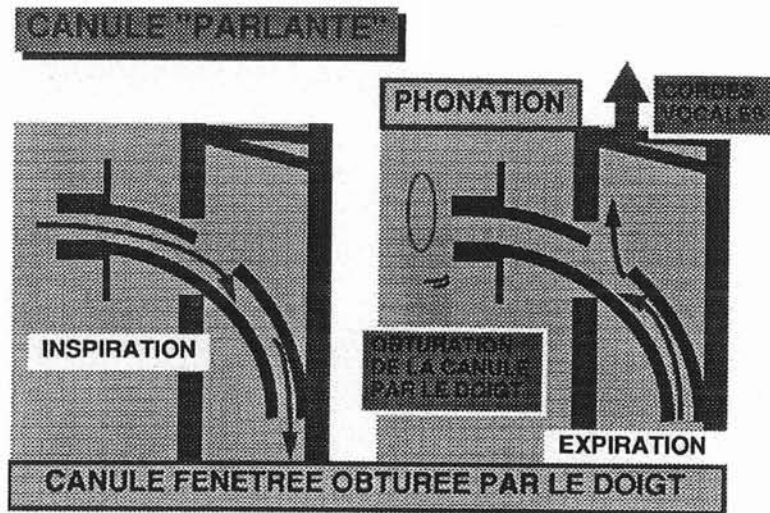
### c) Le ballonnet

L'intérêt du ballonnet est de permettre une protection des voies aériennes inférieures avec une ventilation étanche. Le ballonnet est relié à un ballonnet témoin qui permet de surveiller la pression.



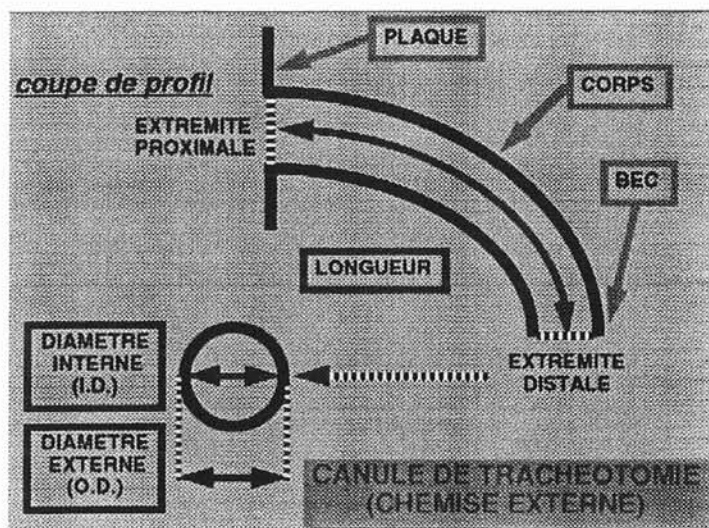
## d) Les canules parlantes

Les canules parlantes s'adressent aux trachéotomisés, chez qui le larynx est préservé. Elles ont, en général, une chemise externe filtrée (percée de petits orifices) et une chemise interne fenêtrée en regard des orifices de la chemise externe. Lors de l'inspiration, l'air entre par la canule dans la trachée. Lors de l'expiration, il ressort en passant par le larynx et la bouche et permet ainsi au patient de parler. L'orifice de la canule doit être obturé soit par le doigt soit par une valve vocale qui s'ouvre lors de l'inspiration et se referme pour l'expiration.

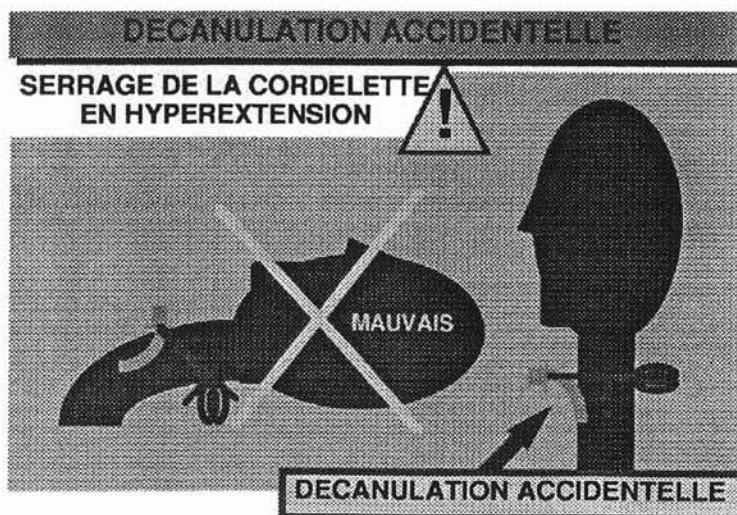


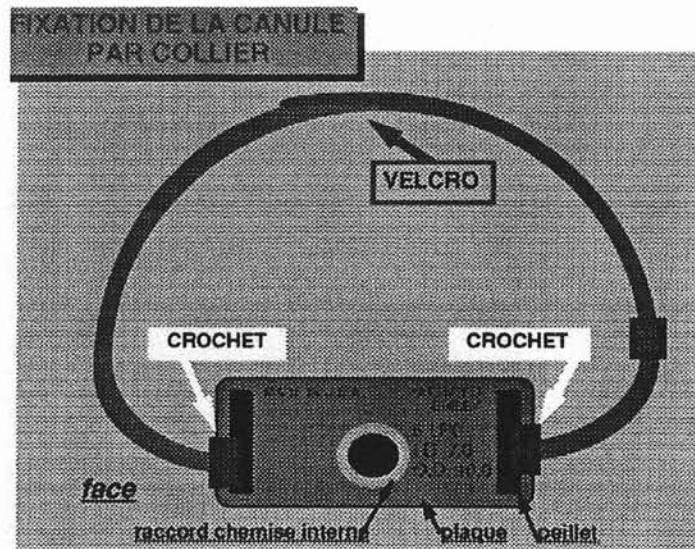
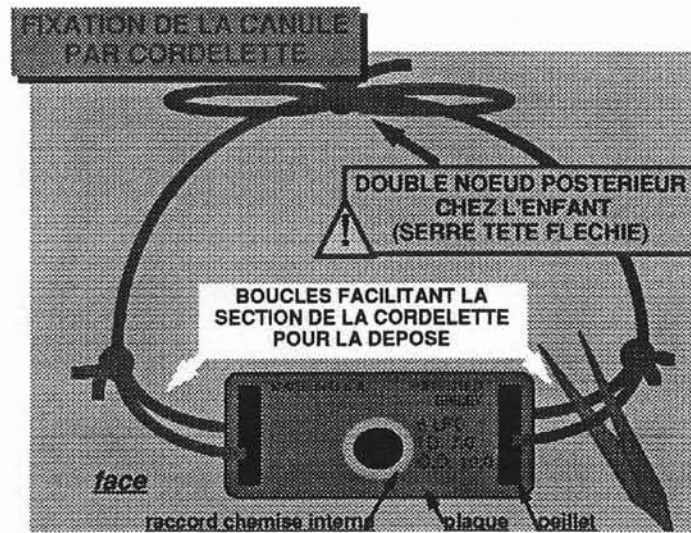
## e) Caractéristiques

Les canules se caractérisent par le diamètre interne en mm, le diamètre externe en mm et la longueur en mm.



Les canules sont fixées soit par une cordelette, soit par un collier. Au moment de la fixation, la tête doit être fléchie afin que la cordelette soit suffisamment serrée pour éviter une décanulation.



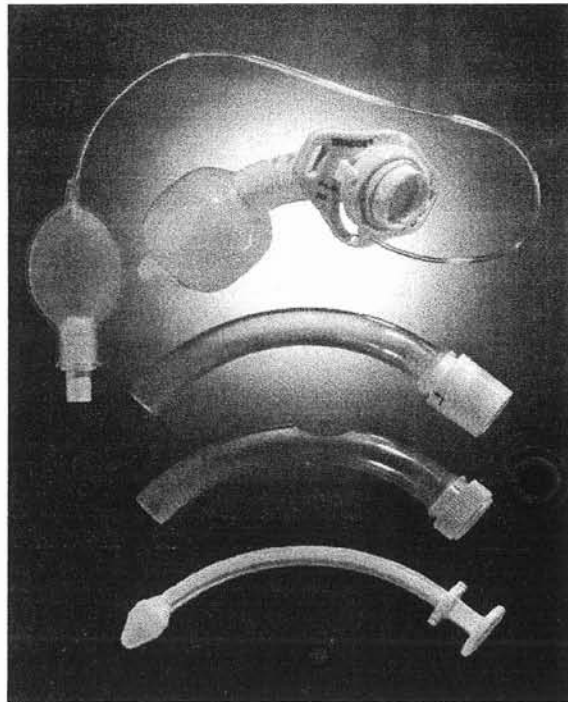


## f) Matériaux utilisés

Les canules trachéales peuvent être en argent, en polyuréthane souple, en PVC, en téflon...

Les canules en polyuréthane souple sont les plus utilisées actuellement. Ce biomatériau est atraumatique, très bien toléré et d'une durée de vie particulièrement intéressante. Il est souple et thermoformable, s'adaptant à l'anatomie de tous les patients sans aucun traumatisme. Les canules sont très bien tolérées pendant la radiothérapie. Elles existent avec ou sans filtrage, avec ou sans fenêtrage, avec ou sans valve, avec ou sans chemise interne...





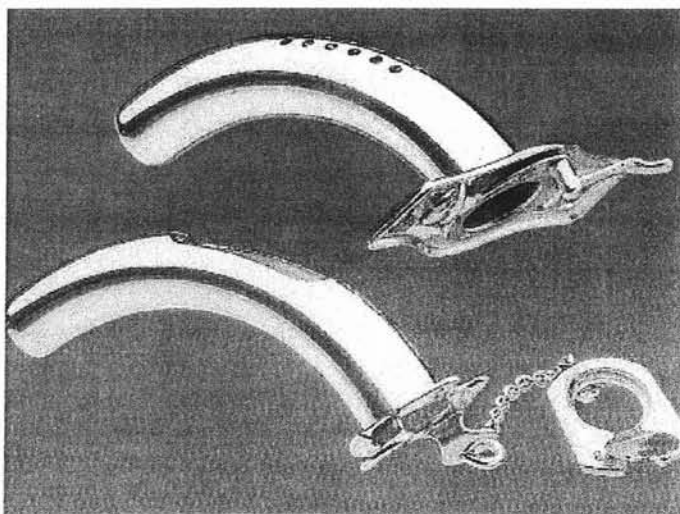
**Canules de trachéostomie en polyuréthane avec ballonnet, ballonnet témoin, chemise interne non fenêtrée, chemise interne fenêtrée et mandrin**

Les canules trachéales en argent (ou "anciennes") ont une durée de vie exceptionnelle. Elles sont fabriquées d'une seule pièce, sans soudure afin d'éviter toutes lésions de la muqueuse trachéale. L'épaisseur de la paroi est réduite au minimum et le rapport diamètre interne/diamètre externe est donc optimal.

L'argent empêche la contamination microbienne.

Ces canules en argent peuvent être filtrées ou fenêtrées, peuvent être équipées d'une valve vocale en argent qui s'ouvre à l'inspiration et se ferme à l'expiration.

Les canules en argent ne peuvent pas être utilisées en cours de radiothérapie.



**Canules en argent de trachéotomie, fenêtrée et avec valves**



# III. Trachéostomie et cancers des VADS

## a) Indications

La trachéostomie est réalisée en cas de laryngectomie totale.

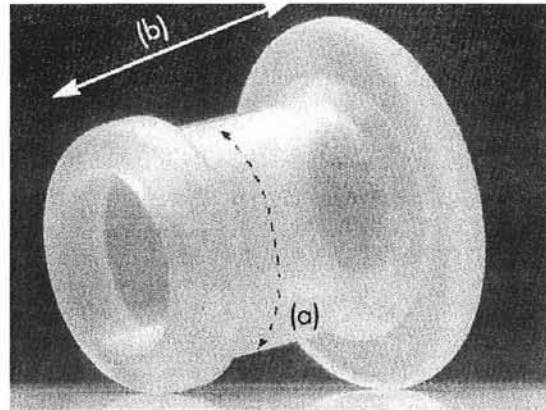
## b) Canules utilisées

Pour la trachéostomie, la canule définitive, en élastomère de silicone, se présente sans chemise interne. Elle peut être retirée sans problème. Son entretien est le même que celui d'une chemise interne de trachéotomie. Avant l'introduction dans la trachée, il faut enduire l'extérieur de la canule de vaseline.



**Canules de trachéostomie**

Le bouton de trachéostome, en silicone, est utile pour les patients qui ont besoin d'une canule trachéale seulement pour stabiliser leur trachéostome. Il ne nécessite pas de bande de fixation. Il est très bien toléré pendant la radiothérapie



**Bouton de trachéostome**

La plupart du temps, après stabilisation du trachéostome, les laryngectomisés n'utilisent plus ni canules, ni bouton.

## **IV. Soins de canules**

Tout trachéotomisé doit posséder deux canules complètes, ayant toutes les deux leurs trois pièces. Une canule est en place dans la trachéotomie, l'autre rangée, propre, dans une boîte munie d'un couvercle. Les pièces d'une canule ne doivent pas être mélangées avec les pièces de l'autre canule.

Le changement complet de la canule doit être quotidien. Le nettoyage de la chemise interne peut être nécessaire plusieurs fois par jour, en cas de sécrétions abondantes ou d'expectorations hémorragiques. Il existe des canules avec chemises internes jetables qui nécessitent moins de soins mais ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale.

Le change de canule de trachéotomie requiert une technique rigoureuse et systématique, qui doit être enseignée par les soignants des services d'ORL et des services d'hospitalisation à domicile. Lorsque le trajet de la canule est constant (environ 15 jours après la trachéotomie), le trachéotomisé doit effectuer lui-même son pansement, son change de canule et les nettoyages nécessaires. Il doit aspirer seul, tant que l'usage d'un aspirateur trachéal de location s'avère indispensable.

La canule ne doit pas être laissée à l'air libre. Une protection trachéale doit toujours recouvrir la canule. Des protections avec fixations Velcro sont vendues par les associations de laryngectomisés.

La désinfection, lorsqu'elle est recommandée, est faite avec un produit compatible avec la canule et admis par le fabricant de la canule.

Avant réutilisation de la canule, un contrôle physique doit être effectué. Ce contrôle comporte en particulier une inspection de la jonction collerette-canule et un gonflage du ballonnet si la canule est à ballonnet. Le guide d'utilisation de la canule précise ces contrôles. Au moindre doute sur le bon état de la canule, celle-ci doit être mise de côté en attendant l'avis d'une personne autorisée.

Des conseils sont à fournir aux patients pour le change de la canule.

Le patient doit avoir une hygiène rigoureuse. Avant et après toute manipulation, le patient doit se laver les mains.

### **Conseils aux patients pour le nettoyage de la canule**

1. Trempez la canule dans l'eau savonneuse (Cetrimide par exemple)

2. Passez un écouvillon à l'intérieur et à l'extérieur (doucelement au niveau du ballonnet) en insistant au niveau de la collerette

3. Rincez sous l'eau du robinet

4. Désinfection :

Pour les canules argent, acrylique et silicone nettoyées, désinfection à l'eau bouillante jusqu'à refroidissement.

Pour les autres matériaux : dans une boîte réservée à cet usage, trempez la canule préalablement nettoyée dans l'eau + le désinfectant prescrit puis rinçage abondant.

5. Séchez la canule dans une compresse, réenveloppez dans une compresse et stockez dans une boîte hermétique sèche (avec l'étiquette du numéro de lot).

Il est conseillé de la retremper dans l'eau bouillie le jour du change.

Manipulez la canule désinfectée en la tenant par la collerette et évitez de mettre les doigts sur la partie de la canule allant dans la trachée.

6. Pensez à nettoyer et désinfecter régulièrement la boîte de stockage ( nettoyage eau + savon liquide, rinçage, désinfection à froid, rinçage à l'eau, séchage scrupuleux).

## Conseils aux patients pour le changement de canule

1. Préparez la canule sur une compresse stérile (ou dans l'emballage ouvert).

Prévoir le mandrin et la chemise interne.

Vérifiez l'étanchéité du ballonnet en le gonflant.

Si votre canule possède un ballonnet, plaquez-le au maximum contre le corps de la canule.

2. Préparez les compresses :

Ouvrez complètement les sachets en laissant les compresses dedans.

En prévoir 2 avec l'antiseptique ou sérum physiologique + 2 sèches

1 ou 2 préférentielles pour le pansement

(avoir quelques compresses non ouvertes à proximité)

3. Aspirez-vous

4. Dégonflez le ballonnet

5. Otez la canule et le pansement sale

Décrochez le lien et tirez la canule doucement en effectuant un mouvement de rotation.

6. Nettoyez l'orifice et séchez-le bien:

Vérifiez son état : il doit être propre et non inflammatoire, il ne doit pas y avoir de bourgeons.

7. Respirez calmement et détendez-vous.

8. Réintroduisez la canule propre (à l'aide du mandrin)

En maintenant le cou légèrement en arrière, menton vers le haut, en vous aidant de l'index de la main libre, dégagez l'orifice en tirant légèrement la peau. Introduisez la canule en la présentant perpendiculairement puis en effectuant un mouvement de rotation vers la gauche.

9. Fixez les liens et replacez le pansement

En cas de difficultés: ne vous affolez pas, appelez votre médecin ou infirmière ou faites-vous rapidement hospitaliser.

En attendant l'aide, maintenir l'orifice ouvert à l'aide d'une canule d'un calibre plus petit, d'une chemise interne ou d'une sonde d'aspiration.



### **Conseils aux patients pour l'entretien de l'orifice de la trachéotomie**

- Il faut impérativement maintenir l'orifice de trachéotomie propre et sec :
- Tous les jours (ou plus si nécessaire) : Otez les compresses sales.
- Sans enlever la canule, nettoyez le pourtour de l'orifice avec une compresse (sérum physiologique + antiseptique).
- Séchez bien le pourtour.
- Remettre un pansement: compresses fendues ou métalline.
- Vous pouvez fixer cette compresse en resserrant la fente avec un ruban adhésif.

### **Conseils aux patients pour l'entretien de la chemise interne**

- Expectorez ou aspirez les sécrétions.
- A l'aide d'une compresse, déverrouillez et enlevez la chemise interne en laissant en place la canule tout en tenant fermement la collerette.
- Trempez la chemise interne dans une cupule remplie de désinfectant dilué.
- Nettoyez le tour de l'orifice trachéal.
- Nettoyez la chemise interne avec des compresses stériles imbibées de Cetrimide.
- Recommencer l'opération jusqu'à ce que la chemise soit propre.
- Rincez abondamment à l'eau stérile ou sérum physiologique.
- Asséchez la chemise en passant une compresse sèche.
- Expectorez ou aspirez si besoin puis introduire à l'aide d'une compresse la chemise dans la canule et verrouillez tout en maintenant la collerette.
- Placez une compresse fendue sous la plaque de la canule.
- Pour changer le cordon de la canule prenez soin de nouer le cordon propre autour du cou avant de retirer le sale pour ne pas expulser la canule lors d'un effort de toux.
- Confectionnez la bavette à l'aide d'une grande compresse tissée pliée en deux sur un cordon.

## Conseils aux patients pour l'aspiration bronchique

- Le but est de libérer l'arbre trachéo-bronchique de ses mucosités afin de mieux respirer.
- L'aspiration doit être réalisée chaque fois que la toux ne permet pas une évacuation naturelle des sécrétions bronchiques.
- Pour les patients oxygénodépendants, il faut maintenir l'apport en oxygène.
- Raccordez la sonde à l'aspirateur en la manipulant proprement et en la tenant avec une compresse.
- Mettez en marche l'appareil et rincez la sonde dans l'eau bouillie seule.
- Videz bien la sonde en aspirant avant de l'introduire dans la canule
- Toussez pour faire remonter les sécrétions.
- Introduisez la sonde dans la canule doucement mais fermement sans aspirer c'est-à-dire en clampant le tuyau.
- Dès que l'introduction entraîne un réflexe de toux, remontez en aspirant, en faisant des petits mouvements de rotation et en évitant les mouvements de va-et-vient ainsi que les aspirations trop prolongées.
- Renouvelez l'aspiration jusqu'à ce que l'arbre bronchique soit "vidé" de ses mucosités.
- Reprenez votre souffle entre les aspirations et soyez calme
- Essuyez la sonde avec une compresse et rincez-la dans le flacon contenant de l'eau bouillie.
- Replacez-la dans le flacon contenant de l'eau bouillie et de l'antiseptique en aspirant un peu de solution afin de maintenir la sonde propre jusqu'à la prochaine aspiration.

## V. Incidents après trachéotomie ou trachéostomie

### a) Hémorragie

La survenue d'une hémorragie, même minime, peut inquiéter. La présence de sang dans les voies respiratoires fait tousser le patient, et la toux augmente le saignement. Un contrôle médical peut être nécessaire.

Un banal granulome à la jonction de la peau et de la trachée peut être à l'origine du saignement et il doit être nitraté.

En cas d'hémorragie, il faut gonfler le ballonnet de la canule s'il y en a un.

## **b) Bouchon muqueux**

L'obstruction par un bouchon muqueux nécessite l'ablation de la partie interne de la canule pour nettoyage, parfois de la totalité ainsi que l'aspiration intratrachéale.

Le traitement doit être prophylactique par humidification de l'air inspiré, instillations intra trachéales de produits huileux (d'huile goménolée ou d'Oléosorbate 80 ), et prescription de fluidifiants.

## **c) Irritation cutanée**

En cas d'irritation cutanée autour de la trachéotomie il faut prescrire une solution d'ÉOSINE aqueuse à 2 % en application deux fois par jour.

## **d) Problème technique**

Le risque de remise en place de la canule hors de la trachée n'est possible que dans les premiers jours qui suivent la trachéotomie simple, tant que le trajet n'est pas organisé.

Chez tout trachéotomisé gêné pour respirer, la partie interne de la canule doit être retirée.

En l'absence d'amélioration, la totalité de la canule doit être immédiatement retirée.

Si la dyspnée persiste, un obstacle trachéal ou bronchique ou une situation de la canule en dehors de la trachée, doivent être suspectés, et un spécialiste ORL immédiatement consulté.

# **VI. Vie quotidienne des trachéotomisés**

Tout nouveau trachéotomisé ou trachéostomisé va devoir s'adapter à de nouveaux gestes dans la vie quotidienne et à des précautions particulières à prendre.

Les associations de laryngectomisés créées et gérées par des laryngectomisés bénévoles constituent depuis plus de 20 ans des groupes efficaces, apportant réconfort moral et exemple, défendant les intérêts des opérés, facilitant leur réinsertion et agissant sur les structures médicales et soignantes.

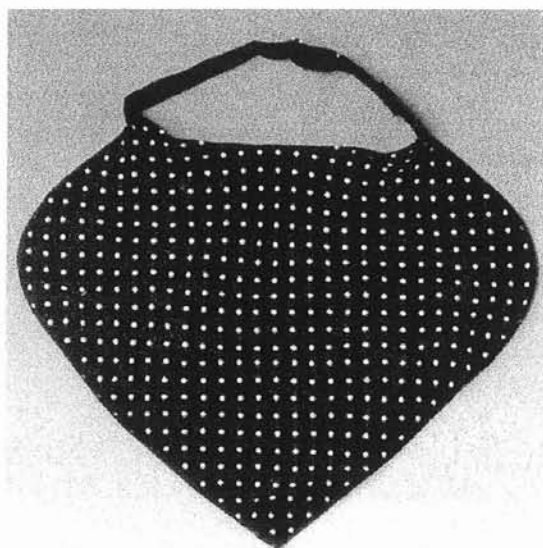
Lorsque le service O.R.L. responsable du traitement n'a pas communiqué à l'opéré l'adresse de la section régionale, celle-ci peut être obtenue au siège de l'Union (148, rue de Wagram, 75017 Paris). Cette association édite un journal trimestriel : " le Mutilé de la voix" donnant tous les renseignements sur les sections régionales, les congrès et réunions, et les accessoires vendus par l'association.

Voici une série d'accessoires indispensables au patient et que le médecin généraliste doit connaître :

#### □ **Les protections trachéales :**

Le port de protections trachéales est indispensable après trachéostomie.

Le nez ne peut plus filtrer, réchauffer et humidifier l'air respiré. Il s'ensuit un dessèchement des voies respiratoires, pouvant provoquer des infections de la trachée et des bronches. Il existe des protections trachéales en tissus (plastrons, foulard, cols roulés) de plusieurs épaisseurs. Les modèles à 16 épaisseurs conviennent pour les journées froides ou pour obtenir une protection plus importante contre la poussière par exemple. Le modèle à 4 épaisseurs est utile pour les journées chaudes. Il existe des modèles pour la nuit à 3 épaisseurs. Les protections trachéales doivent être changées au moins une fois par jour.



**Protection trachéale : plastron**

De simples compresses peuvent aussi être utilisées dans certain cas.

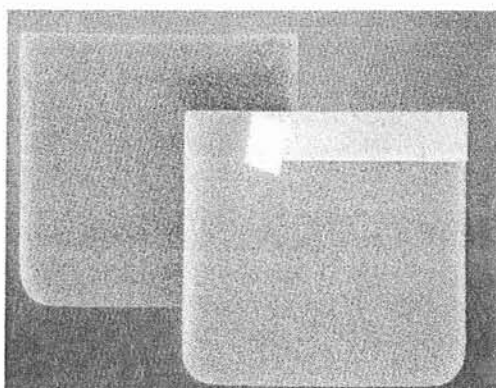
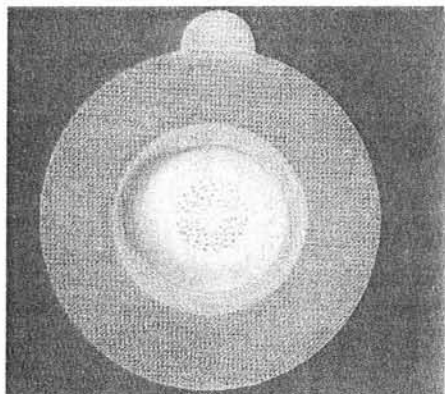


### □ **Les filtres de protection :**

Il faut conseiller aux patients d'éviter les poussières alcalines (celles qui se dégagent des travaux de démolition) qui sont particulièrement corrosives. Certains laryngectomisés sont même incommodés par la "poussière normale" qui s'accumule dans la maison lorsqu'ils ne portent pas de filtres.

Il existe une grande variété de filtres. Ce sont des échangeurs de chaleur et d'humidité. Ils retiennent une partie de l'humidité contenue dans l'air expiré pour la restituer à l'inspiration. Ils réchauffent et filtrent l'air inspiré, empêchant ainsi la formation de croûtes dans les voies respiratoires. Ses filtres sont équipés d'un anneau auto-adhésif qui se colle soit sur la trachéotomie soit sur la canule trachéale. Ils peuvent être portés jour et nuit et doivent être changés 1 ou 2 fois par 24 heures.

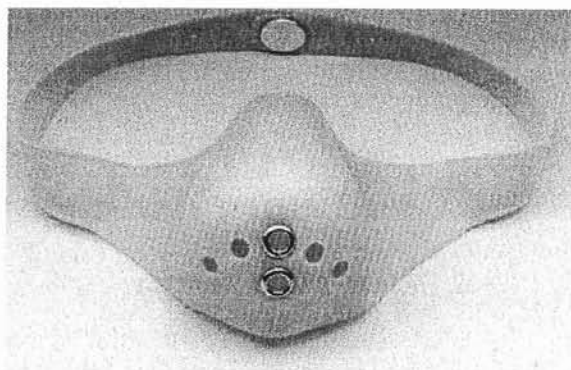
Ils sont vendus par paires, inscrits au TIPS, disponibles à l'adresse de la section régionale des laryngectomisés.



**Filtres de protection**

### □ **Les protège-douches :**

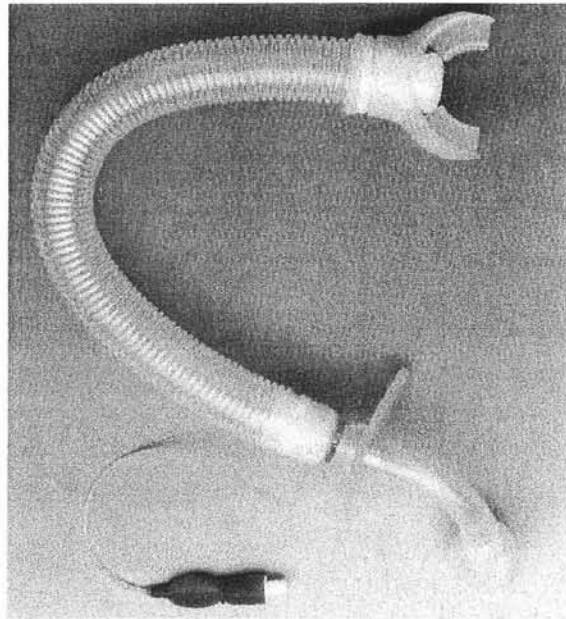
Lors d'une douche ou d'un bain, l'eau ne doit pas pénétrer dans la trachée. Pour cela il existe différents protège-douches.



**Protège-douche**

### □ **Natation, thalassothérapie :**

Il existe des appareils qui permettent aux trachéotomisés et aux trachéostomisés de se baigner et de nager en piscine sans risque d'inhalation d'eau dans les poumons. Ils relient de façon étanche la trachée à la bouche, la respiration s'effectuant alors par le nez. Bien sûr, ces appareils doivent être utilisés dans l'eau uniquement chez les patients familiarisés avec ces produits. Une canule à ballonnet doit être utilisée dans ce cas.



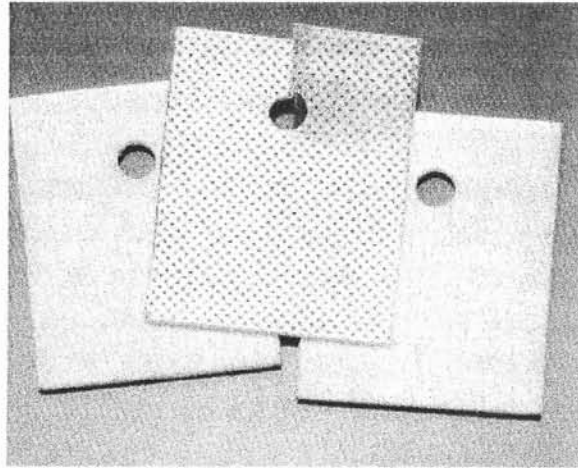
**Appareil de natation avec canule à ballonnet**

### □ **Les humidificateurs :**

Il est très important de maintenir une humification correcte de l'air inhalé afin d'éviter le dessèchement des muqueuses. Il faut veiller à toujours maintenir un degré d'humidité de l'air ambiant chez les patients trachéotomisés ou trachéostomisés. En plus des conseils pour la maison (ne pas surchauffer, mettre en place des saturateurs), l'achat d'un humidificateur est souvent nécessaire et à conseiller.

### □ **Autres accessoires :**

- Appareils de nettoyage de canule à ultrasons
- huile pour la lubrification de la canule afin de faciliter son introduction
- Spray silicone pour éviter l'adhérence de la chemise interne avec la chemise externe par les sécrétions.
- Compresse trachéales recouvertes au dos d'une fine pellicule de métalline, qui exerce une action antibactérienne et anti-inflammatoire. Ces compresses se portent sous la canule trachéale, côté métalline sur la peau. Elles doivent être changées à chaque nettoyage de canule.



**Compresse trachéales avec métalline**

- Inhalateurs avec masque spécial pour trachéostome ou canules.

## **B. Rééducation vocale après laryngectomie totale ou partielle**

Les problèmes que pose cette rééducation seront très différents selon le type d'intervention réalisée : ils dépendent, en effet, des modifications anatomiques apportées à l'appareil phonatoire, et plus encore à l'appareil respiratoire. Deux cas sont à considérer :

- celui de la laryngectomie totale classique, d'une part,
- celui des laryngectomies partielles et de la laryngectomie totale « reconstructive », d'autre part.

### **I. Dans le cas d'une laryngectomie totale**

La perte de la voix naturelle et la présence définitive d'un orifice de trachéostomie sont les séquelles principales du laryngectomisé.

Cette perte de voix peut, en partie, être compensée par les différentes méthodes de réhabilitation vocale proposées à ces patients.

Ces méthodes sont, schématiquement, au nombre de trois :

- La voix œsophagienne
- La voie trachéo-œsophagienne avec la prothèse phonatoire
- Le laryngophone

## **a) Les conditions anatomiques et leurs conséquences sur la parole.**

La laryngectomie, c'est d'abord la perte des cordes vocales. C'est ensuite, la dérivation du courant d'air pulmonaire. L'ablation du larynx amène, en effet, le chirurgien à aboucher la trachée au cou. Le laryngectomisé respire, ainsi, par un orifice (le trachéostome) situé sur la paroi antérieure du cou, orifice dans lequel est parfois placée une canule, provisoire ou définitive.

La conséquence de la laryngectomie totale classique est donc double. D'une part, les cordes vocales sont supprimées, ce qui prive le sujet de sa voix ; d'autre part, l'air des poumons, dévié de son trajet habituel, entre et sort par le trachéostome du cou. Il ne peut donc plus passer par le nez, ni par la bouche ce qui rend difficile l'articulation de la parole. Difficile mais non pas impossible car le laryngectomisé est susceptible, spontanément, de réaliser une sorte de chuchotage un peu particulier à partir de l'air contenu dans sa bouche et dans son arrière-bouche. Ce "chuchotage" permet assez souvent au laryngectomisé de se faire comprendre approximativement, aidé par le contexte. Mais il doit généralement recourir, de temps à autre, à l'écriture (ardoise magique) en particulier à chaque fois qu'il doit prononcer des noms propres.

## **b) La voie oesophagienne**

(16; 95; 96)

### **1. Avant la rééducation**

La difficulté à se faire comprendre entraîne souvent le laryngectomisé non rééduqué à des efforts intempestifs se traduisant par l'émission d'un souffle pulmonaire par le trachéostome. Cela n'a d'autre effet que d'essouffler le laryngectomisé tout en rendant sa parole encore moins compréhensible parce que masquée par le bruit du souffle.

Une autre tendance, fréquente chez le laryngectomisé, est d'exagérer les mouvements articulatoires de sa parole. Des bruits d'origine pharyngée se surajoutent alors à la parole proprement dite pour donner ce que l'on appelle "le grenouillage". Ce grenouillage rend certes

la parole plus intelligible, mais il est assez désagréable à entendre et, de plus, gêne l'acquisition de la voix oesophagienne.

Pour éviter l'apparition de ces deux défauts que sont le souffle pulmonaire et le grenouillage, on donnera au laryngectomisé non rééduqué la consigne suivante. " Vous pouvez parfaitement vous exprimer en voix chuchotée, à condition d'articuler normalement sans altérer le rythme de la parole (ne pas syllaber) et sans faire aucun effort. Dès qu'on vous comprend mal, n'insistez pas, prenez votre ardoise magique et écrivez le mot difficile. De cette façon, vous vous exprimerez plus facilement que si vous écriviez tout, mais vous ne prendrez pas de mauvaises habitudes risquant de gêner votre future rééducation."

Il y a quelques années, il était fréquent d'interdire aux laryngectomisés l'usage de la voix chuchotée avant leur rééducation. L'expérience prouve que, compte tenu des précautions ci-dessus, cela n'est pas nécessaire. Il arrive d'ailleurs que, de cette façon, 2 à 3 % des laryngectomisés découvrent spontanément la voix oesophagienne.

## **2. Modalités de la rééducation.**

On recommande souvent de l'entreprendre le plus tôt possible, c'est-à-dire quinze jours ou trois semaines après l'intervention. Elle doit être différée de quelques semaines lorsqu'une fistule pharyngée a compliqué l'évolution postopératoire.

Cette rééducation peut être réalisée « en ambulatoire » par séances individuelles à un rythme de plusieurs séances par semaine au début, pour finir par une par semaine au bout de six mois ou un an. Des séances collectives peuvent, avec profit, compléter cette prise en charge individuelle, l'encouragement réciproque et l'émulation jouant alors, un rôle important.

Cette rééducation peut également être réalisée au moyen de stages effectués en internat dans une maison spécialisée. C'est cette modalité qui donne les meilleurs résultats. Il peut s'agir d'un stage unique de 2 à 3 mois, ou mieux encore, de stages répétés de 3 semaines puis de 15 jours. Dans ces conditions, on peut espérer jusqu'à 90 % de très bons résultats, alors que l'on n'obtient pas plus de 60 % de très bons résultats en ambulatoire.

### 3. Principes de la rééducation

La première entreprise est une information qui sera reprise tout au long de la rééducation : le laryngectomisé doit être tout à fait conscient des changements survenus dans son anatomie et des conséquences mécaniques de ces changements.

La seconde entreprise concerne le contrôle du souffle pulmonaire : apprendre à mobiliser l'air de la bouche et du pharynx pour exécuter des consonnes sans mettre involontairement en mouvement, de façon réflexe, l'air des poumons.

La troisième entreprise concerne la maîtrise de l'éruclation. C'est, en effet, à partir de l'éruclation (résultat de la vibration de la bouche oesophagienne) que sera sonorisée, à nouveau, la parole. Cette éruclation exige l'introduction préalable d'air dans l'œsophage.

La technique d'apprentissage de la voix oesophagienne est la suivante :

La voix oesophagienne est produite par l'air emmagasiné dans la partie haute de l'œsophage et expulsé à travers une pseudo-glotte formée par un bourrelet, véritable sphincter, dû aux muscles cricopharyngiens.

Cette néo-glotte se situe généralement au niveau C5-C6.

La voix oesophagienne est une éruclation volontaire et continue, exécutée en 3 temps au lieu de 2 dans la voix laryngée.

L'injection est la prise d'air dans l'œsophage, par hyperpression au niveau de la cavité buccale avec fermeture des lèvres et recul de la base de langue. En même temps, l'inspiration est réalisée par l'orifice trachéal et la sangle abdominale se décontracte.

L'éruclation est réalisée lorsque la sangle abdominale se contracte. Quand les muscles bucco-linguo-faciaux sont relâchés, la bouche est ouverte. Il y a alors création d'un « siphon » étroit dont la muqueuse vibre au passage de l'air, réalisant alors un son oesophagien.

L'expiration pulmonaire rapide, correspond à la fin de la contraction abdominale.

Au début, plusieurs injections peuvent être nécessaires pour obtenir une éruclation.

Peu à peu, l'articulation phonétique se réalise sur le son oesophagien, jusqu'à l'obtention d'une, puis de plusieurs syllabes, sur la même éruclation, pour arriver enfin au langage conversationnel.

Un bon parleur, en fonction de son débit articulatoire, peut produire de 10 à 15 syllabes sur une seule éruclation.



La voix oesophagienne n'est bonne que si la dissociation de la phonation et de la respiration est bien réalisée.

Du point de vue phonique, la voix oesophagienne est d'intensité faible ou moyenne, peu mélodique, donc monotone, au débit souvent ralenti et entrecoupé d'injections, plus ou moins sonores.

Il faut compter un minimum de 6 mois avant l'obtention d'une voix socialement correcte.

La principale difficulté à l'acquisition de la voix oesophagienne est d'ordre psychologique : cette nouvelle voix grave, peu esthétique, au moins au début, est parfois difficile à accepter, d'autant plus qu'elle doit être réalisée à partir de l'éruption, acte sévèrement réprimé socialement, du moins sous nos climats et surtout chez les femmes.

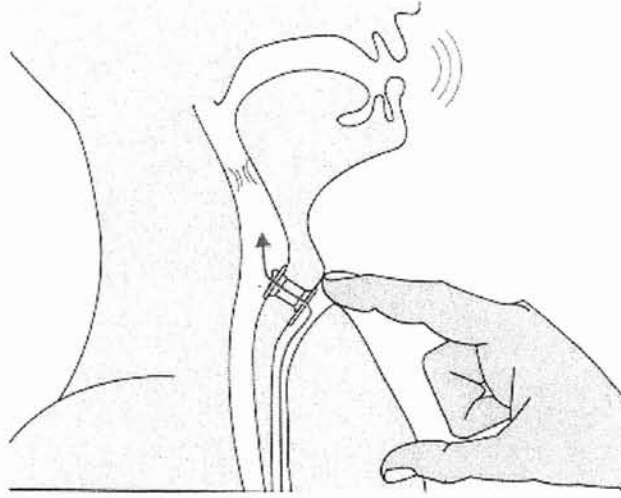
Dans l'ensemble, on peut estimer que 50 % des opérés obtiendront une bonne voix oesophagienne, 20% une voix médiocre peu audible des non-initiés et 30 % ne pourront être rééduqués. Chez les laryngectomisés de moins de 60 ans, motivés et bien encadrés, le taux de réussite est d'environ 90% (96).

La technique d'injection d'air dans l'œsophage et de modulation par la jonction pharyngo-oesophagienne est parfois acquise en quelques semaines chez le sujet jeune et le malade y est poussé par les nécessités économiques et professionnelles. L'obtention d'une voix de bonne qualité n'est pas la garantie d'une reprise du travail, notamment chez les employés et les ouvriers qualifiés. En revanche, elle permet aux commerçants, aux cadres, aux sujets dynamiques de reprendre leur poste plus vite (moins de 6 mois d'interruption) que les fonctionnaires et ouvriers (plus de 18 mois).

### **c) La voie trachéo-oesophagienne**

Les techniques de réhabilitation vocale après sacrifice du larynx ont remarquablement évolué pendant les dix dernières années. L'acquisition de la voix et de la parole est obtenue par un implant phonatoire trachéo-oesophagien. Les résultats vocaux sont encourageants avec 70 % de succès en moyenne contre 30 à 50 % avec la classique voie oesophagienne. La voix

trachéo-oesophagienne est de meilleure qualité que la voix oesophagienne. L'intelligibilité se rapproche de la voix normale. La voix n'est pas scandée et correspond au rythme de la parole ordinaire par utilisation de la soufflerie pulmonaire comme nous pouvons le voir sur le schéma suivant.



L'air vient donc des poumons et passe par l'implant phonatoire (le patient ayant bouché l'orifice du trachéostome par le doigt ou par une valve) pour remonter vers la bouche et permettre ainsi au patient de parler.

Les inconvénients de cette technique sont relativement nombreux. L'implant phonatoire nécessite un entretien soigneux et des consultations itératives. Son coût est relativement élevé et de nombreux incidents peuvent survenir tel :

- l'obstruction de la prothèse par les sécrétions bronchiques,
- le bourgeon charnu qui doit être nitraté,
- l'incontinence intra-prothétique par un mauvais positionnement de la prothèse, une colonisation par du candida albicans, voir une usure du matériel.(69)

Le retrait de l'implant est parfois nécessaire et l'apprentissage de la voie oesophagienne est donc utile.

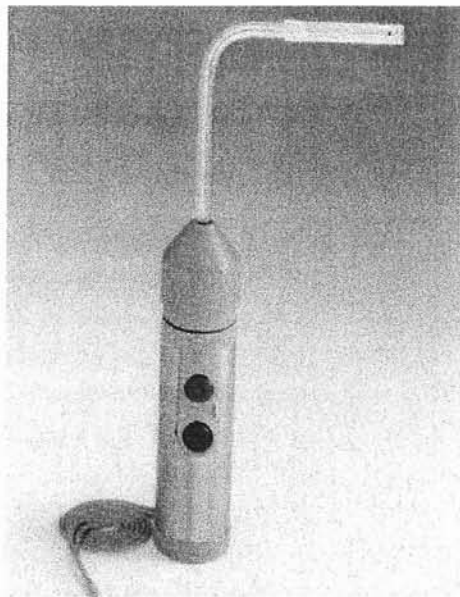
#### **d) Le laryngophone**

Il s'agit d'un appareil électronique d'assistance vocale. Il donne la possibilité à ses utilisateurs de rapidement communiquer avec son entourage. Il est remboursé au tarif du TIPS après entente préalable.

Pour parler, il suffit au patient d'apposer l'appareil contre le cou. Un son produit par la membrane de l'appareil est transmis à la cavité buccale par les parties molles du cou. En articulant alors soigneusement, le patient peut s'exprimer d'une façon parfaitement compréhensible.

La pratique de l'expression orale peut débiter avant la préparation de l'apprentissage de la voie œsophagienne ou en même temps.

Il existe des sondes buccales adaptées au laryngophone, utiles lorsque le cou du patient présente un œdème important rendant difficile la transmission du son, en période de radiothérapie par exemple.



**Laryngophone avec sonde buccale**

## II. Pour les laryngectomies partielles et laryngectomies totales reconstructives

Dans les laryngectomies partielles, plusieurs éventualités sont à envisager. Parfois, on a enlevé une corde vocale (cordectomie) ou une partie des deux cordes vocales (laryngectomie fronto-latérale). Parfois, les deux cordes vocales sont conservées et c'est seulement la partie haute du larynx qui a été enlevée (laryngectomie sus-glottique).

Dans la laryngectomie reconstructive, le larynx a été enlevé en totalité, mais la trachée a été remontée et son extrémité sectionnée a pu être suturée à la partie inférieure du pharynx.

Chacun de ces cas pose des problèmes rééducatifs différents mais pour tous, contrairement à ce qui a lieu pour la laryngectomie totale classique, l'air pulmonaire reste utilisable pour la phonation, et que la voix soit conservée ou non, l'articulation de la parole n'est pas altérée.

Si elle est indiquée, la rééducation vocale devra être commencée sans retard, c'est-à-dire, quelques semaines après l'intervention. Le problème est d'apprendre au sujet à réaliser des sons avec ce qui lui reste, en évitant de faire trop d'effort, et en contrôlant son souffle. La durée de cette rééducation est très variable, de quelques semaines à une année et au-delà. Le résultat est parfois excellent. La voix peut redevenir apparemment normale dans la cordectomie. Elle restera satisfaisante mais rauque dans la laryngectomie reconstructive. Parfois, une rééducation de la déglutition sera nécessaire comme dans la laryngectomie sus-glottique.

# C. Rééducation

## I. Rééducation fonctionnelle cervico-brachiale

(95)

Les traitements cervicaux et en particulier la chirurgie d'évidement ganglionnaire sont susceptibles de diminuer la compétence neuromusculaire du cou et de l'épaule du côté opéré. Qu'il s'agisse de section de rameaux nerveux ou de suppression musculaire éventuelle, une rééducation fonctionnelle précoce est indispensable.

Avec les conseils initiaux d'un kinésithérapeute, la rééducation doit commencer idéalement pendant la phase d'irradiation postopératoire ; elle associe les manœuvres passives et actives visant à assouplir téguments et muscles mais aussi à développer une musculature de substitution surtout quand une lésion neurologique postopératoire supprime l'emploi d'un muscle essentiel à la fonction de l'épaule comme le trapèze.

Par ailleurs, la rééducation neuromusculaire du cou et de l'épaule facilitera la rééducation respiratoire si une laryngectomie a été réalisée dans le même temps.

## II. Rééducation respiratoire

L'ablation totale du larynx modifie profondément la physiologie respiratoire de l'opéré. A des degrés variables, le laryngectomisé est définitivement inadapté et parfois handicapé sur le plan ventilatoire et exposé à diverses complications trachéales, bronchiques et pulmonaires.

La kinésithérapie respiratoire préopératoire et la désinfection bronchique pendant au moins une semaine avant la laryngectomie améliorent l'adaptation respiratoire ultérieure.

La rééducation ventilatoire est souvent amorcée par l'orthophoniste ou assurée par des kinésithérapeutes simultanément à l'acquisition de la voix œsophagienne. Son but essentiel est

d'apprendre au laryngectomisé à régulariser son rythme respiratoire trop rapide à l'effort et à contrôler l'amplitude des mouvements respiratoires souvent trop superficiels.

Le raccourcissement des voies aériennes supérieures amène parfois à la désorganisation du geste respiratoire : l'air entre plus facilement dans les poumons et le sujet peut se trouver incommodé lors d'efforts inhabituels par une sorte de blocage inspiratoire résultant d'un cercle vicieux de panique. Le remède est assez simple, quoique rarement mis en œuvre, il consiste à s'entraîner à bien vider ses poumons en exécutant des expirations forcées. De telles expirations forcées peuvent alors être pratiquées préventivement dès le début de l'effort ou dès que la gêne commence à se faire sentir.

# **D. La réinsertion sociale et professionnelle**

La survenue d'un cancer entraîne des bouleversements sociaux et économiques. L'interruption de l'activité professionnelle est dans la plupart des cas nécessaire, ce pour une durée plus ou moins prolongée.

## **I. Protection sociale**

La protection sociale varie selon le statut professionnel. Dans tous les cas, une exonération du ticket modérateur (ETM) doit être demandée, le cancer faisant partie des affections sur liste. L'ETM permet une prise en charge à 100 % de toutes les prescriptions médicales (médicaments, transports, kinésithérapie, orthophonie, matériel), y compris les médicaments pris en charge à 35 % dans la mesure où les prescriptions rentrent dans le cadre des affections longue durée ouvrant droit à une exonération totale du ticket modérateur. Les prescriptions sont faites sur des ordonnances spéciales bizones.

L'ETM doit être renouvelée périodiquement selon l'évolution de l'affection.

Les fournitures (petit matériel pour accès veineux permanent, matériel de stomies), ainsi que les prothèses capillaires sont prises en charge à 100 %, mais sur la base du TIPS (tarif interministériel des prestations sanitaires) avec, dans certains cas, nécessité d'une entente préalable.

Pour les appareils d'aspiration trachéale et appareil aérosol, sur prescription médicale, la location est remboursable. Un achat peut être envisagé si la prescription médicale mentionne une durée d'utilisation supérieure à 3 mois sur accord du médecin conseil.

L'acquisition du matériel pour l'alimentation entérale ainsi que celle des produits diététiques indispensables sont pris en charge entièrement par la sécurité sociale. Le patient bénéficie d'un tiers payant et ce sont les services d'hospitalisation à domicile qui s'occupent de l'organisation et de cette démarche.



## II. Les congés maladie

### a) Les congés maladie dans le cadre de la fonction publique

Le fonctionnaire ou assimilé peut bénéficier d'un congé de maladie ordinaire d'une durée maximale de 12 mois.

L'indemnité versée correspond à 100 % du salaire pendant trois mois, puis à 50 % du salaire pendant neuf mois. La reprise d'une activité, ne serait-ce qu'un jour, " remet les compteurs à zéro".

Sur demande du médecin traitant et après expertise, le comité médical désigné par l'administration peut accorder:

#### □ **un congé longue maladie :**

Le patient bénéficie d'un an à plein traitement et de 2 ans à mi-traitement.

Le poste et le logement de fonction sont conservés.

S'il y a reprise de travail pendant 1 an, l'octroi d'un autre congé maladie est possible.

#### □ **un congé longue durée :**

Le cancer fait partie des affections ouvrant droit à ce type de congé.

Le patient bénéficie de 3 ans à plein traitement et de 2 ans à mi-traitement.

Le poste et le logement de fonction ne sont pas conservés.

Cette période de 5 ans est valable pour toute la carrière pour une maladie donnée.

Ce congé est cumulatif, tout nouveau congé pour la même affection viendra en déduction. Il n'y a pas de remise à zéro du compteur.

#### □ **un congé grave maladie :**

Le fonctionnaire non titulaire, salarié depuis plus de 3 ans, peut en bénéficier (sinon il dépend du régime général).

Il s'agit de 6 mois à plein traitement, 30 mois à mi-traitement, avec effet cumul.

### **b) Les congés maladie dans le secteur privé**

Tout salarié, pendant l'arrêt maladie peut prétendre percevoir des indemnités journalières par l'organisme de Sécurité Sociale (conditions administratives à remplir : 6 mois à 3 ans), et un complément de salaire de son entreprise. La convention collective de l'entreprise en définit le montant et la durée.

### **c) Les congés maladie pour les non salariés**

Il n'y a pas d'indemnités journalières, le malade est indemnisé sur la base d'assurance complémentaire privée et personnelle.

Cette situation peut mettre très rapidement en difficulté financière un travailleur non salarié, s'il n'a pas pris la précaution de souscrire une telle assurance.

## **III. L'embauche**

### **a) Dans la fonction publique**

La loi du 13/07/83 fait disparaître la discrimination introduite par le décret du 07/09/77, qui interdisait le recrutement de patients traités pour cancer.

Le recrutement est subordonné à présent à la notion de maladie stabilisée et à l'aptitude physique à l'emploi.

## **b) Dans le secteur privé**

Il n'existe pas de réglementation limitant l'embauche sauf cas d'handicap physique soumis à la règle commune.

Le médecin du travail donne un avis.

La décision finale revient au Service du Personnel ou au chef d'entreprise.

La loi du 12/07/90 conforte le principe de non-discrimination des candidats à l'emploi et des salariés en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

Seul le médecin du travail est habilité à obtenir des renseignements sur l'état de santé de l'impétrant dans le cadre du secret professionnel.

## **IV. Reprise du travail**

La reprise du travail après un congé maladie doit être organisée précocement, sur l'initiative du médecin traitant, avec la collaboration du médecin du travail.

La loi prévoit à cet effet, une ou plusieurs visites de pré-reprise (loi du 20/03/79).

### **a) Les mi-temps thérapeutiques**

En dehors de toute séquelle physique importante, la reprise du travail peut être aménagée dans le cadre d'un temps partiel ou mi-temps thérapeutique.

L'indemnité correspond à 100% du salaire, pour une période de 3 mois, renouvelable 1 fois.

Cela nécessite, comme pour les différents congés, une expertise :

- pour la fonction publique : c'est le Comité médical qui statue.
- pour le secteur privé : il faut obtenir l'accord conjoint du médecin du travail et du médecin conseil de la Sécurité Sociale.

## **b) Reprise du travail dans la fonction publique**

Après congé longue maladie possibilité de :

- réintégration dans le poste,
- reclassement dans un autre emploi,
- mi-temps thérapeutique,
- si impossible, congé longue durée.

Après congé longue durée :

- poste antérieur en surnombre,
- réintégration aménagée,
- mi-temps thérapeutique.

Sinon il y a possibilité de :

- mise en disponibilité (1 an 3 fois),
- mise en invalidité,
- admission à la retraite.

## **c) Reprise de travail dans le secteur privé**

Après congé longue maladie, la reprise du travail peut se faire par la réintégration dans le poste, le reclassement sur un poste aménagé, ou le mi-temps thérapeutique.

S'il y a impossibilité totale et définitive d'exercer une activité professionnelle, il faut prolonger l'arrêt maladie jusqu'à obtention d'une pension d'invalidité.

Si un handicap entraîne une inaptitude à la reprise dans la fonction initiale, le patient est adressé à la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et Reclassement Professionnel) du département.

### Mission de la COTOREP

- Reconnaissance du travailleur handicapé
- Mesure de reclassement (postes réservés)
- Appréciation du taux d'invalidité (voir les taux en annexe)
- Orientation dans les établissements spécialisés (stages professionnels)
- Attribution de diverses prestations (carte d'invalidité, etc...)

La procédure de signalement à la COTOREP doit être la plus précoce possible.

## V. Invalidité

Après épuisement des droits de congés, une invalidité est attribuée. Elle est réservée aux salariés de moins de 60 ans, dont l'état est stabilisé, avec une capacité de travail réduite des 2/3, et des conditions administratives d'immatriculation et de durée de travail.

On distingue 3 catégories :

- 1<sup>ière</sup> catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée (30 % du salaire annuel calculé sur les 10 meilleures années) ;
- 2<sup>ième</sup> catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque (50 % du salaire annuel comme pour la catégorie 1) ;
- 3<sup>ième</sup> catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (50 % du salaire annuel comme pour la catégorie 2, ce montant étant augmenté d'une majoration pour l'emploi d'une tierce personne).

La pension d'invalidité est concédée à titre temporaire.

Une concertation étroite entre médecin conseil, médecin traitant et services sociaux est toujours nécessaire.

Après 60 ans, tout invalide se voit proposer, au titre de l'inaptitude, le bénéfice de la retraite.

L'inaptitude au travail est reconnue par le médecin conseil sur présentation d'un dossier médical effectué par le médecin traitant.

Les intéressés doivent se renseigner auprès de la permanence vieillesse de chaque Caisse Régionale.

Pour les non salariés et exploitants agricoles, la procédure doit être diligentée vers les organismes spécifiques de Sécurité Sociale : régime agricole, régime des Indépendants.

Pour les travailleurs indépendants, l'incapacité doit être totale et définitive. Le montant de la pension est faible :

- pour les commerçants : montant forfaitaire,
- pour les artisans : 50% du revenu moyen annuel de base
- pour les exploitants agricoles : l'incapacité peut être partielle ou totale. La pension est fonction de l'importance de l'inaptitude.

## **VI. Les assurances**

La souscription d'un emprunt sur la tête du patient peut être complexe car le dossier peut être rejeté à tort dès la connaissance des antécédents et une déclaration inexacte du patient entraîne la nullité du contrat (loi du 13/05/30).

Les réponses possibles des assureurs sont le refus oral (il faut demander une réponse écrite), refus écrit définitif, refus temporaire ou ajournement, acceptation avec surprime, souvent temporaire et dégressive.

Seules les données statistiques de survie permettent de contester la décision par une action commune du patient et du médecin.

En cas de refus (ne pas confondre avec ajournement), une demande en appel est possible auprès du médecin conseil national de la compagnie d'assurance.

La Ligue contre le Cancer peut servir d'intermédiaire.

Le patient n'est pas obligé d'accepter l'assurance proposée par la banque, il peut faire une demande auprès de plusieurs compagnies, il peut utiliser un contrat personnel souscrit avant la maladie, ou négocier avec la banque d'autres possibilités : caution, hypothèque, cession de titre.

**Quatrième partie :**

**Médecin généraliste**

**et**

**Suites de soins**

**du patient traité d'un**

**cancer des VADS**



# Surveillance en cas "d'évolution favorable"

Cette surveillance débute quand le traitement carcinologique a été mené à son terme et semble avoir contrôlé la maladie loco-régionale.

## A. Les objectifs de la surveillance

La surveillance périodique des patients après traitement d'un cancer des VADS constitue une étape capitale dans la prise en charge de ces malades.

Elle présente plusieurs intérêts:

- dépister les événements carcinologiques (recherche de poursuite évolutive, recherche d'un second primitif, recherche de métastases),
- évaluer et prendre en charge les séquelles et les complications thérapeutiques,
- évaluer et suivre la réinsertion sociale et la qualité de vie,
- soutenir le sevrage tabagique et alcoolique.

# B. Le dépistage des événements carcinologiques

## I. Pronostic

Le médecin généraliste doit connaître les facteurs de mauvais pronostic après traitement d'un cancer des VADS. En effet, ces facteurs augmentent le risque de poursuite évolutive et de métastases. Le médecin généraliste doit, dans ces cas, être encore plus vigilant sur la surveillance.

Ces facteurs sont:

- **La classification TNM.**
- **L'examen anatomopathologique :**
  - *limites d'exérèse en zone tumorale ou dysplasique*
  - *présence d'adénopathies cervicales métastatiques.* Il existe une graduation pronostique allant de l'absence d'adénopathie histologiquement envahie en passant par l'adénopathie métastatique intracapsulaire, jusqu'à l'adénopathie métastatique avec rupture capsulaire. Le nombre des adénopathies envahies est un élément pronostique péjoratif. Il existe une corrélation entre la survenue de métastases viscérales et le nombre d'adénopathies envahies.
- **La poursuite de l'intoxication éthylo-tabagique**

## II. Planning de surveillance

Le médecin généraliste doit connaître le planning de surveillance de ces patients afin d'organiser les soins et d'anticiper au besoin les consultations spécialisées (27; 54; 71).

### a) Examen clinique

Un examen ORL complet auprès du spécialiste ORL doit être effectué tous les 3 mois pendant les 2 premières années (la majorité des évolutions locales, régionales et métastatiques surviennent pendant cette période), tous les 6 mois jusqu'à la fin de la cinquième année puis tous les ans ensuite.

Le patient doit consulter son médecin généraliste tous les mois au minimum en l'absence de tout événement intercurrent. Ici la surveillance repose sur un interrogatoire précis du patient à chaque consultation, à la recherche de tout signe nouveau, en particulier la réapparition d'otalgie, de gêne pharyngé et de dysphonie et sur l'examen clinique qui doit explorer avec méthode la cavité buccale et les aires ganglionnaires.

### b) Examen paraclinique

La pratique d'une endoscopie systématique de surveillance varie beaucoup selon les équipes. En général, elle est effectuée sur signe d'appel.

Pour l'imagerie, il n'existe pas d'indication sauf cas particulier à réaliser des examens une fois le traitement effectué.

# **C. L'évaluation et la prise en charge des séquelles et complications thérapeutiques**

Les cancers des VADS sont particuliers car ils viennent perturber plus ou moins gravement la vie de relation (séquelles esthétiques, difficulté d'expression) et les fonctions vitales (respiration et déglutition).

## **I. Séquelles phonatoires**

La voix est affectée non seulement dans les cancers du larynx ou de l'hypopharynx mais également dans les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx. Pratiquement tous les cancers des VADS peuvent avoir un retentissement sur la voix à une période de l'évolution de la maladie ou à l'occasion du traitement.

L'évaluation objective de la voix est difficile et a peu d'intérêt pour le médecin généraliste. Ce qui lui importe est de savoir si le patient peut ou pourra ultérieurement faire ses courses, parler en famille, par téléphone.

Le rôle essentiel du médecin généraliste est d'apprécier le retentissement sur la vie quotidienne afin d'aider le patient dans sa réinsertion. Il doit surveiller les progrès de sa rééducation et l'encourager, le cas échéant, à la poursuivre.

## **II. Les séquelles touchant la déglutition**

Le médecin généraliste doit s'enquérir:

- d'une dysphagie et de son retentissement sur la courbe de poids,
- de fausses routes à la recherche d'une éventuelle pneumopathie (auscultation et radiographie pulmonaire).

### **III. Les séquelles dentaires**

Rappelons simplement que la xérostomie post-radique nécessite l'application quotidienne à vie de gel fluoré.

Le médecin généraliste doit y veiller car ce traitement a tendance à être rapidement négligé par le patient.

### **IV. Les séquelles neuromusculaires, trophiques et esthétiques**

Les séquelles neuromusculaires, secondaires au sacrifice des structures importantes lors des interventions chirurgicales et les séquelles trophiques qui s'observent lors de radiothérapie doivent être prises en charge très rapidement par un kinésithérapeute compétant dans ce genre de pathologie.

Le médecin généraliste peut prescrire cette rééducation qui n'est pas systématique.

La survenue d'un œdème cervico-facial secondaire au traitement radio-chirurgical (jabot) et de nécroses muqueuses qui apparaissent en règle 6 à 8 mois après le traitement est possible. Leur diagnostic différentiel avec une récurrence n'est pas toujours facile. Leur gravité tient à leur caractère traînant, récidivant parfois et surtout à leur extension possible aux structures osseuse ou cartilagineuse sous-jacentes.

Enfin, le médecin intervient au niveau du retentissement psychologique des séquelles esthétiques.

## **V. Les séquelles douloureuses**

Le médecin généraliste doit rechercher les douleurs neurogènes survenant suite à la section de branches nerveuses ou l'irritation de ces branches par la radiothérapie et les traiter.

De principe, lors de la surveillance, il faut toujours penser à une douleur en rapport avec une reprise évolutive, et la rechercher dans l'espoir de pouvoir traiter curativement cette rechute.

## **VI. Autres séquelles**

La plus méconnue est l'insuffisance thyroïdienne. Elle est fréquente, de l'ordre de 30 à 40% après chirurgie et s'il y a irradiation de la thyroïde. Il est recommandé un dosage de la TSH annuel ou devant tous signes d'appel.

Rappelons simplement l'atteinte des nerfs crâniens post-radiothérapique ou post-chirurgicale (surtout XII, X, XI), et les séquelles de chimiothérapie (hypoacousie, myélite, myocardiopathie..).

## **D. Le suivi psychologique, la réinsertion sociale et de la qualité de vie.**

Le suivi psychologique est un élément du traitement et de la surveillance des patients dont l'objectif est d'assurer une réinsertion familiale et sociale la plus satisfaisante possible.

L'état psychologique de ces patients dépend de l'importance des séquelles esthétiques et fonctionnelles, mais aussi de l'état psychologique antérieur et du soutien familial. Ce soutien est souvent défaillant, le cancer des VADS survient souvent dans des milieux défavorisés et l'alcoolisme habituel était source de graves conflits familiaux avant la maladie.

Cela explique la difficulté pour de nombreux patients à retrouver un équilibre familial.

De plus, il existe toujours une anxiété résiduelle importante liée au caractère même de la maladie et à la crainte permanente de la rechute.

L'irritabilité due à l'anxiété est majorée par les difficultés de communication. La sociabilité est réduite et les loisirs se dégradent.

Lors des consultations de surveillance, il est indispensable d'insister auprès des patients concernés pour qu'ils adhèrent à une association d'anciens opérés en raison du dynamisme de ces organismes et des conseils précieux qu'ils donnent face aux multiples problèmes de la vie quotidienne.

Parfois il est nécessaire de fournir un soutien psychologique plus important et le médecin généraliste ne doit pas hésiter à faire appel à un oncopsychologue.

La réinsertion professionnelle représente l'étape ultime. Celle-ci est difficile du fait de l'abaissement de l'âge de la retraite et du taux considérable de chômage. Cette situation met beaucoup de malades guéris dans l'impossibilité de retrouver du travail.

Le médecin généraliste lors des consultations de surveillance doit pousser les malades assez jeunes, n'ayant pas ou peu de séquelles, à retravailler.



Pour faciliter la réinsertion, le médecin généraliste doit donc communiquer avec le malade et sa famille, le rassurer quant au contrôle de sa maladie, lui redonner confiance, l'inciter à parler de ses problèmes, l'inciter à maintenir une vie familiale normale, à sortir, à voir des amis, à maintenir une activité de loisir, à reprendre une activité professionnelle...

## **E. Le soutien du sevrage tabagique et alcoolique**

Le médecin généraliste doit surveiller la reprise ou la poursuite de l'intoxication éthylo-tabagique qui est préjudiciable: risque accru de poursuite évolutive ou de deuxième localisation, aggravation de certaines séquelles.

Il doit soutenir et favoriser la poursuite du sevrage par tous les moyens possibles.

# **Conduites à tenir en cas "d'évolution défavorable"**

Malheureusement, les suites sont parfois marquées d'accidents devant lesquels le médecin généraliste, ayant peu d'expérience dans ce domaine, se sent désarmé. Quelques règles simples sont à respecter. Ce chapitre décrit les conduites à tenir devant les principales situations "inconfortables" pour le médecin traitant.

Nous ne décrivons que les aspects ORL de la prise en charge de ces urgences.

## **A. Conduite à tenir devant un syndrome hémorragique**

Le syndrome hémorragique chez ces patients peut être grave et peut nécessiter une hospitalisation rapide.

L'hémorragie peut s'extérioriser soit par voie buccale soit par voie cervicale au niveau des cicatrices, des nodules de perméation ou autour de l'orifice de trachéotomie.

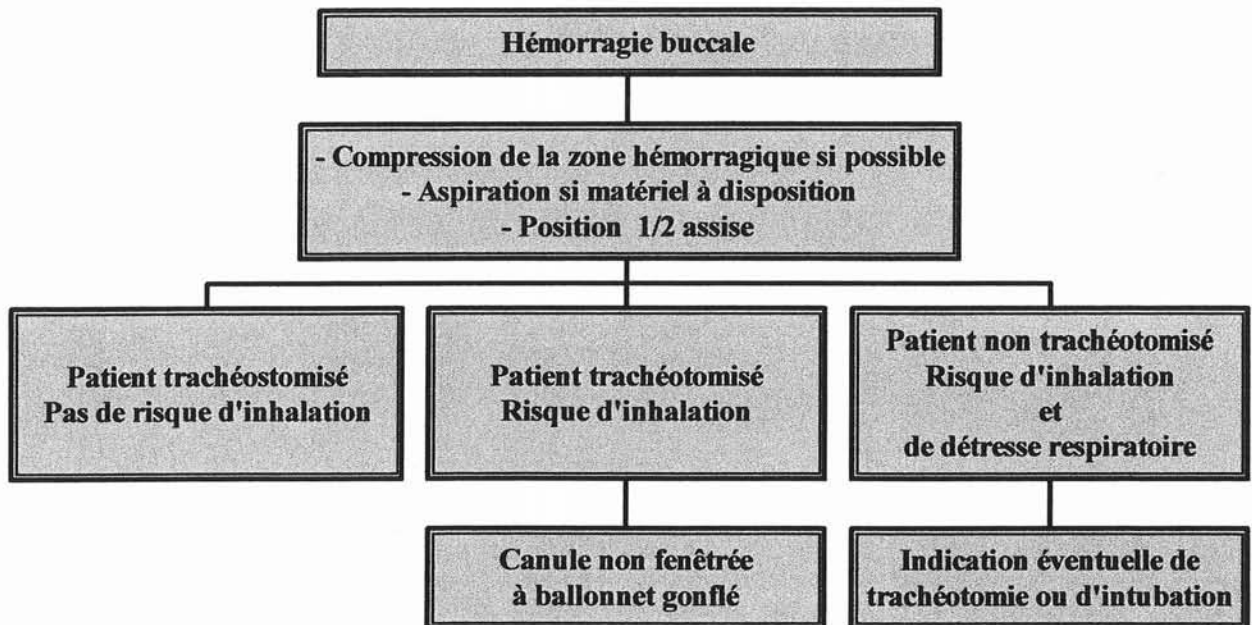
Les deux causes principales sont :

- un problème d'hémostase en post-opératoire: elle survient en général dans les dix premiers jours qui suivent une intervention. Le patient est souvent hospitalisé dans ce cas.
- l'envahissement vasculaire suite à une poursuite évolutive.

Les risques sont : le choc hémorragique et la détresse respiratoire par inhalation.

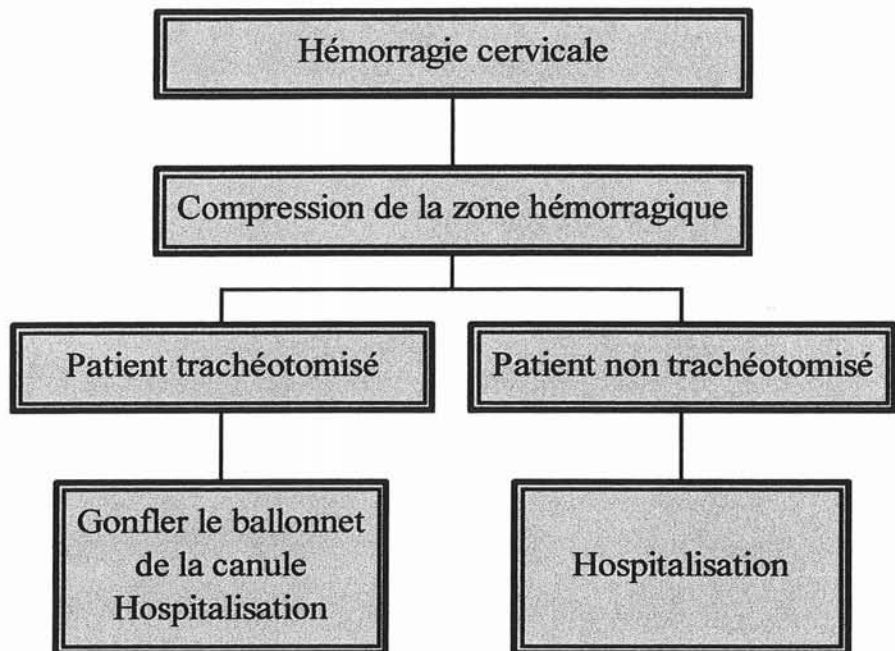
# I. Hémorragie extériorisée par voie buccale

La conduite à tenir est décrite dans l'organigramme suivant:



## II. Hémorragie extériorisée par voie cervicale

La conduite à tenir est décrite dans l'organigramme suivant :

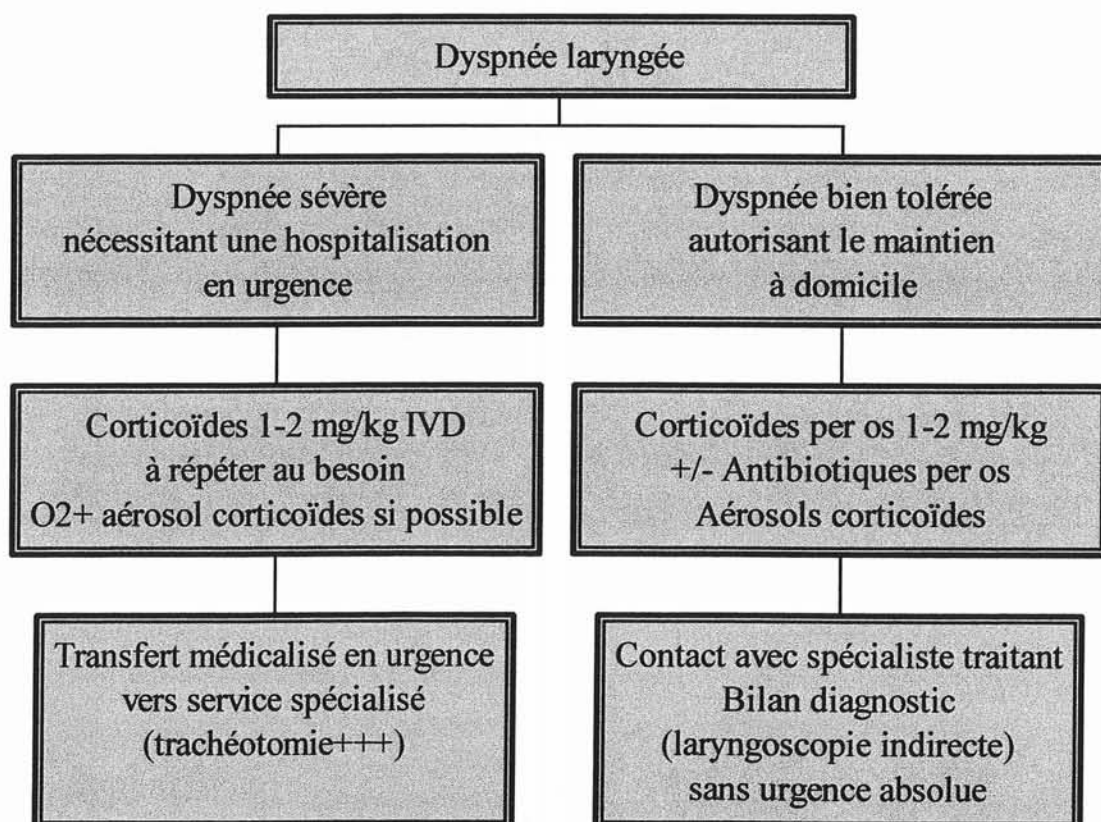


## B. Conduite à tenir devant une dyspnée laryngée

La dyspnée laryngée est une dyspnée inspiratoire qui, chez ces patients, peut être provoquée par un œdème laryngé post radiothérapique ou par une poursuite évolutive obstruant la filière glottique.

Le médecin généraliste doit toujours rester prudent devant une dyspnée laryngée: le patient peut rapidement évoluer vers la détresse respiratoire. Un avis téléphonique auprès du spécialiste s'impose. Il faut évaluer le degré de gravité afin de décider de la nécessité d'une hospitalisation.

La conduite à tenir est résumée dans l'organigramme suivant:



# C. Conduite à tenir en cas de dyspnée aiguë chez un patient trachéotomisé

La cause principale de dyspnée aiguë chez un patient trachéotomisé est la présence d'un bouchon muqueux obstruant la canule. Elle peut provoquer une détresse respiratoire.

## 1. En urgence

La conduite à tenir doit être la suivante :

- Aspiration trachéale avec le matériel du patient à son domicile.
- Si échec, ablation de la chemise interne et nouvelle aspiration.
- Si échec, ablation de la chemise externe et aspiration.

## 2. Après l'urgence

Le médecin généraliste doit insister sur les points suivants pour éviter la récurrence:

- hydratation correcte
- humidification
- fluidifiants et aérosols de corticoïdes et/ou d'eau distillée.

N.B. Ce cas peut survenir chez un patient trachéostomisé, mais est beaucoup moins fréquent, essentiellement en raison de l'absence de canule.

## **D. Conduite à tenir en cas d'œdème cervico-facial secondaire**

L'apparition d'un œdème cervico-facial secondaire doit faire suspecter une poursuite évolutive cervicale. Il peut être dû à la compression par la tumeur ou les adénopathies gênant le retour veineux.

La conduite à tenir, en attendant la consultation spécialisée, se résume en général à la prescription d'antibiotique et de corticoïdes.

Un avis spécialisé sera nécessaire pour bilan.

## **E. Conduite à tenir en cas de survenue ou d'aggravation d'une dysphagie**

Les causes principales sont un œdème, une poursuite évolutive ou une mucite.

En cas de mucite, la cause de la dysphagie est évidente sur simple examen buccal et un traitement s'impose.

En l'absence de mucite, un bilan spécialisé est nécessaire pour avis diagnostic.

Le médecin peut, dans l'intervalle, prescrire un antibiotique, des corticoïdes, adapter le traitement antalgique et mettre en place une alimentation adaptée (voir chapitre à ce sujet).

En cas d'aphagie ou de dysphagie avec retentissement important sur l'état général, en l'absence de gastrostomie, la mise en place rapide d'une sonde naso-gastrique est à discuter avec le spécialiste.

Si une gastrostomie est utilisable, une alimentation entérale doit être démarrée rapidement.



## **F. Conduite à tenir en cas de survenue ou de majoration de la douleur**

Une récurrence carcinologique loco-régionale ou une deuxième localisation sont à rechercher par un bilan spécialisé après avoir tenté d'adapter le traitement antalgique.

## **G. Conduite à tenir en cas de pharyngostome ou d'orostome**

Ils surviennent généralement rapidement après la chirurgie. Survenant à distance, ils doivent faire suspecter une récurrence et imposent un examen spécialisé.

En pratique, le médecin traitant doit prescrire des soins locaux et suspendre l'alimentation per os, source d'infection locale et retardant la cicatrisation.

# H. Conduite à tenir en période palliative

Les soins palliatifs sont des traitements symptomatiques appliqués à des patients dont l'existence est menacée. Ils visent à assurer une prise en charge globale, médicale, psychique et sociale des personnes en fin de vie.

Cette période palliative peut se subdiviser elle-même en deux phases:

- la phase palliative est celle où le pronostic vital est engagé de façon irrémédiable et l'incurabilité certaine.
- la phase terminale est celle où aucune thérapeutique n'a d'efficacité contre la maladie et où le confort est le seul objectif (29).

## 1. Les traitements palliatifs spécifiques

Ces traitements sont la radiothérapie, la chimiothérapie et la chirurgie avec la chirurgie de réduction tumorale par souci de confort et de propreté, la désobstruction laryngée au laser.

L'objectif de ces traitements est d'amener, pour un temps, sédation des douleurs, amélioration fonctionnelle et apaisement moral des patients.

## 2. Les autres traitements

### □ La nutrition (39)

Il est nécessaire de déterminer la nécessité d'intervention.

Si le patient est en phase palliative, l'objectif est d'améliorer la survie. Une alimentation enrichie avec des collations hyperprotéinées et des soins de bouche sont

nécessaires. Dans certain cas, une gastrostomie ou la pose d'une sonde naso-gastrique peuvent être envisagées.

En phase terminale, l'intention est d'éviter les complications . L'alimentation peut être maintenue par la bouche si le patient le désire en privilégiant le confort et le plaisir.

L'hydratation et l'alimentation artificielle n'ont ici plus leur place.

### □ **La respiration**

Elle peut être assurée par une trachéotomie palliative. Cependant pour le confort moral du patient, il faut essayer de reculer ce geste au maximum, à l'aide des traitements médicaux précédemment cités.

### □ **La douleur**

Elle nécessite une prise en charge avec la rigueur et l'efficacité nécessaire. En phase terminale tous les efforts doivent être mis en œuvre pour que le patient ne souffre pas.

### □ **La souffrance psychique**

L'angoisse, l'insomnie, l'agressivité du patient doivent être détectées et soignées par la disponibilité vis-à-vis du malade (qualité de l'écoute, disponibilité) et par la relation privilégiée médecin-patient (91).

De plus, le médecin doit accompagner la famille pour qui la situation peut devenir difficilement gérable à domicile. Le médecin doit percevoir ces moments pénibles et souvent inavoués par les proches. Des structures d'accueil adaptées peuvent être nécessaires. Une courte hospitalisation dans le service de soins hospitaliers du patient peut s'avérer aussi très utile pour éviter l'épuisement familial.

Toutefois, chaque fois que c'est médicalement possible, et lorsque le patient le souhaite, il est nécessaire de respecter la volonté du patient de rester à son domicile, entouré par sa famille dans le cadre d'un projet de soins établi (42; 85).

Le rôle du médecin dans ces situations est donc complexe car c'est lui qui organise les soins autour du patient. Il doit être soutenu par les autres membres de l'équipe soignante (infirmière, aide soignante, kinésithérapeute...).

# **Conclusion**

Comme nous l'avons observé tout au long de ce travail, le médecin généraliste intervient à toutes les étapes de la prise en charge des patients atteints de carcinomes des VADS:

- Rôle de prévention par des conseils d'hygiène de vie, d'hygiène alimentaire, d'information et d'aide au sevrage des principaux facteurs de risque. Le médecin généraliste devient ainsi l'élément essentiel de la prévention des carcinomes des VADS.
- Rôle de dépistage auprès du consultant, notamment auprès des sujets à hauts risques, par des examens cliniques simples. Une bonne connaissance des symptômes doit amener le médecin à un diagnostic précoce.
- Rôle d'orientation de son patient vers l'équipe spécialisée de son choix qui met en œuvre les traitements.
- Rôle de surveillance et d'information au cours de cette phase thérapeutique pour le patient et sa famille, pendant laquelle le médecin généraliste doit rester en contact avec les spécialistes.
- Rôle de conseil pour la réinsertion sociale des patients guéris.
- Rôle de soutien en cas d'échec thérapeutique, quand le médecin généraliste doit instaurer un dialogue avec le patient pour soulager et apaiser le patient et sa famille devant la douleur et l'angoisse de la mort.

En somme, le médecin généraliste est l'homme discret de tous les instants, sans tenir le beau rôle spectaculaire du cancérologue.

Toutefois, pour tenir ce rôle, il doit acquérir une confiance en lui dans un domaine où il se sent souvent dépassé.

Par ce travail, nous avons tenté de démystifier cette pathologie et nous pensons, après quelques consultations et une amélioration de notre culture médicale dans cette spécialité, que nos qualités de soins seront meilleures. Nous espérons que ce travail permettra d'aider nos confrères afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

# **Bibliographie**

1. ANAES.  
Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.  
Douleurs, 2000, 1, 1, pp 7-15.
2. ANDRE C, LEGERON P, ALCARAZ G.  
Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans l'aide au sevrage tabagique.  
L'arrêt de la consommation tabagique.  
Conférence de Consensus, Editions EDK, 1998.
3. ANDRIEU JM, COLONNA P.  
Cancers : évaluation, traitement et surveillance.  
Ed ESTEM, 1997.
4. BAKER JP, DESTSKY AS, WESSON DE, WOLMAN SL, WHITEWELL J, LANGER B.  
Nutritional assessment : a comparison of clinical judgment and objective measurements.  
N. Engl. J. Med., 1982.
5. BARRY B, PETELLE B, GOLGOLAB K, GEHANNO P.  
Modalités et fréquence de la surveillance des carcinomes épidermoïdes ORL.  
Problèmes péri-thérapeutiques des cancers des VADS. Congrès de la Société française de carcinologie cervico-faciale, Paris, 1998.
6. BEAUVILLAIN DE MONTREUIL C.  
Epidémiologie des cancers des voies aérodigestives supérieures (à l'exception du cavum) : facteurs de risques.  
Encycl. Méd. Chir., (Paris), Elsevier, Oto-Rhino-Laryngologie, 1<sup>ière</sup> éd. 1986, 20-880-A-10, 2 p.
7. BERRINO F, SANT M, VERDECCHIA A, CAPOCACCIA R, HAKULINENE T, ESTEVE J.  
Survival of cancer patients in Europe.  
Lyon, IARC, 1994.
8. BERTOIN P.  
Le diagnostic précoce des cancers de la cavité buccale.  
Inform. Dent. Paris, 983, 65, pp 1055-1065.
9. BIRGE J.  
Le dépistage des cancers des voies aérodigestives supérieures en médecine générale.  
Analyse de l'échec partiel d'un audit.  
La revue du praticien, médecine générale, 2000, 14, 495, pp 701-706.
10. BLACKBURN GL, BISTRAN BR, MAINI BS.  
Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient.  
J. Parenter Enteral Nutr, 1977, 1, pp 11-22.
11. BLANCHET F, DE RAUCOURT D, DUPIN PH, QUINT R, RAME JP, RIVIERE A.



- Carcinomes des voies aérodigestives supérieures.  
Laboratoire Roger Bellon (159 avenue Achille-Perretti, 92200 Neuilly sur seine),  
1989, 161p.
12. BLANLOEIL Y, RIGAL JC.  
Traitement curatif des accidents du sevrage alcoolique à l'exclusion des convulsions.  
Alcoologie, 1999, 21, pp 184-197.
  13. BONFILS P, CHEVALLIER JM.  
Anatomie ORL.  
Médecine-science Flammarion, 1998, 402p.
  14. BRUGERE J, DESMAISONS L.  
Dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx.  
In : BOLLA M. Dépistage du cancer par le praticien. Masson éd., 1993, pp 71-78.
  15. BRUGERE J, DESMAISONS L.  
Dépistage et détection précoce des cancers : exemple des voies aérodigestives supérieures.  
In : SANCHO-GARNIER H, BERAUD C, DORE JF, PIERRET J, SCHAFFER P.  
Dépistage des cancers. De la médecine à la santé publique. Paris, INSERM, 1997, pp 63-70.
  16. BRUGERE J, LEMANN M, LAURENT A, RODRIGUEZ J, POINT D.  
Réinsertion et surveillance médicale du laryngectomisé.  
Encycl. Méd. Chir., paris, Oto-Rhino-Laryngologie, 20-710-A, 2, 1987, 11p.
  17. BRUGERE J, PRADOURA J.P, RODRIGUEZ J, POINT D.  
Le cancéreux ORL et sa maladie. 1987, Laboratoires Logeais éd. ( 71, avenue du Général de Gaulle, 92130 Issy-les-Moulineaux).
  18. BRUGERE J, RODRIGEZ J, POINT D.  
Epidémiologie des cancers des voies aérodigestives supérieures en France, en Europe, dans le monde : les facteurs de risque et la prévention primaire.  
Pathol. Biol., 1994, 42, pp 1035-1042.
  19. BRUGERE J, SCHWAAB G.  
Carcinomes épidermoïdes des VADS : unité et diversité.  
In : les Cancers des VADS, Flammarion éd. Paris, 1987, pp 64-79.
  20. BRUGERE J, SZPIRGLAS H, VAILLANT JM.  
Lésions précancéreuses de la muqueuse des voies aérodigestives supérieures.  
Actualités de carcinologie cervico-faciale. Paris, Masson, 1994.
  21. BUCKMAN R.  
S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades.  
Guide du professionnel de santé. Paris, interéditions, 1994, 211p.
  22. BUSZBY GP, KNOX LS, CROSBY LO.  
Study protocol: a randomized clinical trial of total parenteral nutrition in malnourished surgical patients.

23. CASTERA P.  
L'acupuncture est-elle une méthode à l'efficacité scientifiquement établie pour aider les fumeurs à arrêter leur consommation de tabac. L'arrêt de la consommation tabagique. Conférence de Consensus, Editions EDK, 1998.
24. CHARDOT C, BEY P. Prévention, dépistage et diagnostic précoce des cancers. Manuel à l'usage du médecin généraliste. Expansion scientifique française, 1982, p 146.
25. CHARDOT C, FEVERS B, BEY P, ABBATUCCI JS, PHILIP T.  
Standards, options et recommandations pour une bonne pratique dans l'organisation pluridisciplinaire de la cancérologie. Bull. cancer, 1995, 82, pp 780-794.
26. CLOOS J, BRAKHUIS BJ, STEEN I, COOPER MP, DE VRIES N, NAUTA JP, SNOW GB.  
Increased mutagen sensitivity in head and neck squamous-cell carcinoma patients, particularly those with multiple primary tumors. Int. J. Cancer., 1994, 56, pp 816-819.
27. DE RAUCOURT D, RAME JP, JACOB J, RIVIERE A, LOUIS Y, LE PENNEC D, MACE-LESEE'H J, LANGLOIS C, RAJAORIMANAHAN H, HENRY-AMAR M.  
Intérêt carcinologique de la surveillance a long terme des carcinomes épidermoïdes des VADS d'une série de 1248 cas traités au centre F. BACLESSE. Problèmes péri-thérapeutiques des cancers des VADS. Congrès de la Société française de carcinologie cervico-faciale, Paris, 1998.
28. DELEVAL MC.  
Médecin généralistes et cancer. Ed.Laboratoires Roger Bellon (159 avenue Achille-Perretti, 92200 Neuilly sur seine).
29. DESFOSSÉS G.  
Soins palliatifs au cours des cancers. La Revue du Praticien, médecine générale, 1999, 49, pp 1063-1067.
30. DEWYS WD, BEGG C, LAVIN PT.  
Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. American journal of Medicine, 1980, 69, pp 491-498.
31. DOLIVET G, COLOSETTI P, MERLIN JL, DEPARDIEU C, LAPEYRE M, WATTEL E, SARINI J, TON VAN J, GEOFFROIS L, LAGARDE P.  
Eléments d'épidémiologie et initiation de la cancérogenèse dans les carcinomes des VADS. Conséquence thérapeutique future? Rev. Laryngol. Rhinol., 1998, 119, 1, pp 5-12.
32. DOLIVET G, TON VAN J, SARINI J, WATTEL E, LAGARDE P, CHOMY F, LEFEBVRE JL.  
Connaissances actuelles sur l'action des rétinoïdes dans les carcinomes des VADS. Rev. Laryng. Otol. Rhinol., 1996, 117, pp 19-26.
33. DUBREUIL C, HAGUENAUER JP, MORGON A.  
ORL pour le praticien.

Ed. Simep, Paris, 1987, 254p

34. FAGERSTOM KO.  
Combined use of nicotine replacement products.  
Health values, 1994, 18, pp 15-20.
35. FALCOFF H, HUAS D, BRUGERE J.  
Faisabilité de la détection précoce des cancers des voies aérodigestives supérieures en médecine générale.  
La revue du praticien, médecine générale, 1998, 12, 417 pp 31-38.
36. FAUCON M., FONTANIERE B.  
Valeur de l'examen cytologique dans le diagnostic précoce des cancers buccaux.  
Méd. et Hyg., 1982, 40, pp 3429-3433.
37. FEINTRENIE X, CONROY T, CHARDOT C, MEUNIER A.  
L'information au malade cancéreux : approche technique et psychologique.
38. FEINTRENIE X.  
L'accompagnement du malade cancéreux ; les phases psychologique de la maladie.  
Lettre QS cancérologie, 1985,39, pp 1-4.
39. FILBET M.  
Nutrition et hydratation des patients en fin de vie.  
La Revue du Praticien, médecine générale, 1997, 11, 386, pp 17-23.
40. FISHER EB, LICHTENSTEIN E, HAIRE.JOSHU D.  
Methods, successes and failures of smoking cessation programme.  
Ann. Rev. Med., 1993, 44, pp 481-513.
41. FRANCO L.  
La boîte de sevrage tabagique.  
AMPPU 54.
42. FRESCO R.  
Soins aux mourants.  
In : progrès en cancérologie n°5, urgences et soins intensifs en cancérologie.  
Doin éd., 1984, p75-85.
43. GUEDON C, LEREBOURS E.  
Alimentation entérale : possible au domicile.  
La revue du praticien, médecine générale, 1999, 13, 456, pp 661-663.
44. HASBINI A, RAYMOND E, CVITKOVIC E, ESCHWEGE F, ARMAND JP.  
Les carcinomes de nasopharynx.  
Bull. Cancer, supplement FMC N° 5, 2000, pp 21-26.
45. HAXBY DG.  
Treatment of nicotine dependence.  
Ann. J. Health. Syst. Pharm., 1995, 52, pp 265-281.
46. HILL C, KOSCIELNY S, DOYON F, BENHAMOU E.

Evolution de la mortalité par cancer en France 1950-1990, mise à jour 1986-1990.  
INSERM, 1993, pp 1-87.

47. HILL C.  
Epidémiologie des cancers des voies aérodigestives supérieures.  
Bull. cancer., Supplément FMC N°5, 2000, pp 5-8.
48. HIRZOWSKI F, BOUREAU F.  
Nécessité d'évaluer la douleur en pratique quotidienne.  
Douleurs, 2000, 1, 1, pp 16-19.
49. HUGHES JR.  
An Algorythm for smoking cessation.  
Arch. Family. Med., 1994, 3, pp 280-285.
50. HURT RD, SACHS DPL, GLOWER ED, OFFORD KP, JOHNSTON JA, DALE LC.  
A comparaison of sustained release Bupropion and placebo for smoking cessation.  
N. Engi. J. Med., 1997, 337, pp 1195-1202.
51. IFOP.  
Enquête Ifop sur la consommation quotidienne de boissons par les français. Cahier  
Ireb, 1975, 1, pp 7-19.
52. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER.  
Tobacco smoking. IARC monographs on the carcinogenic risk of chemicals to  
humans, 38. Lyon : IARC, 1986, 421p.
53. IOVINELLI G, MARSILI I, VARRASSI G.  
Nutrition support after total laryngectomy.  
J. Parenter. Enteral. Nutr., 1993, 17, pp 445-453.
54. JORTAY A, BISSCHOP P.  
Pratique d'une grille de surveillance post thérapeutique pour les cancers des VADS.  
Problèmes péri-thérapeutiques des cancers des VADS.  
Congrès de la Société française de carcinologie cervico-faciale, Paris, 1998.
55. KRAKOWSKI I, CONROY T, BEY P.  
Place des traitements anticancéreux dans la prise en charge de la douleur cancéreuse :  
chirurgie, radiothérapie et traitements médicaux spécifiques.
56. KRAKOWSKI I, GEOFFROIS L, TOUSSAINT S.  
Traitement de la douleur en cancérologie adulte.
57. KRAKOWSKI I, GESTIN Y, JAULMES F, LAKDJA F, MEYNADIER J, POULAIN  
P, POZZO DI BORGO C, REBATTU P, SCHACH R, BOUREAU F, FALCOFF H,  
GOLBERG J, GUILLAIN H, LARUE F, MAGNET M, SALAMAGNE M, SERRIE  
A, TRECHOT P, VERDIE JC.  
Recommandations pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du  
cancer chez l'adulte et l'enfant. Opération "Standards, Options et Recommandations"  
en cancérologie de la fédération Nationale des Centre de Lutte Contre Le Cancer.  
Bull. Cancer, 1996, 83, Suppl 1, pp 1S-84S.

58. KRAKOWSKI I.  
Douleur et cancer : Actualités.  
Bull. cancer, 1999, 86, 1, pp 111-112.
59. KRENER P, MAIRE F.  
Préparation bucco-dentaire avant irradiation externe d'une lésion de la sphère ORL.  
Ann. Méd. de NANCY et de l'Est, 1997, 36, pp 65-67.
60. LAGRUE G, GRIMALDI S, LEBARGY F.  
Le traitement pharmacologique de la dépendance tabagique par la Nicotine.  
Sem. Hôp. Paris, 1992, 68, pp 1287-1292.
61. LAGRUE G, POLIPY J.L., GRILLOT A, ANSOUER J.C.  
Acupuncture antitabagique. Résultats à court terme dans une étude comparative menée à double insu.  
Nouv. Press. Med. 1980 , p 966.
62. LAGRUE G.  
Arrêter de fumer?  
Paris, éd. Odile-Jacob, 1998.
63. LAGRUE G.  
Méthodes utilisées à l'échelle individuelle et communautaire et validées selon les critères retenus: traitement médicamenteux. L'arrêt de la consommation de tabac.  
Conférence de Consensus.  
Editions EDK, 1998.
64. LAUFAR J.  
Dépistage du cancer maxillo-facial.  
N° spécial des Actualités Odonto-stomatologiques, 137, 1982.
65. LE LAIDIER S, MOREL B.  
Habitudes de consommation de boissons alcooliques et de tabac et recours au soins.  
Solidarité Santé Etudes statistiques, 1984, 1-2, pp 77-101.
66. LEFEBVRE JL, CHEVALIER D, DEMAILLE P.  
Epidémiologie des cancers des voies aérodigestives supérieures.  
Encycl. Med. Chir., (Paris), Elsevier, Oto-Rhino-Laryngologie, 1996, 20-949-A10, 8p.
67. LEGENT F, BILLET J, MALARD O.  
Atlas pratique oreille et bouche.  
Masson éd., 2000, 274p.
68. LUBOINSKI B, JULIERON M, DEO R.  
Panorama of head and neck cancer in France.  
In : Head and neck cancer.  
Ed. Johnson and Didolkar, 3, 1993, pp 243-248.
69. LUQUET A.  
Réhabilitation vocale avec implant phonatoire après laryngectomie totale.  
Glossa, 1995, 48, pp4-17.

70. MAMALLE G, DOMENGE C, BRETAGNE E.  
Réinsertion et surveillance médicale du laryngectomisé.  
Encycl. Méd. Chir. (Elsevier), Paris, Oto-Rhino-laryngologie, 1998, 20-710-A-30.
71. MARANDAS P, MARANDAS N.  
La surveillance des patients traités pour un cancer cervico-facial.  
Bull. Cancer, supplément FMC n°5, 2000, pp 49-53.
72. MARGAIGNAUD G, SARAZIN B, SARRY B.  
Suivi post-thérapeutique après traitement chirurgical et radiothérapie au niveau de la cavité buccale. Problèmes péri-thérapeutiques des cancers des VADS.  
Congrès de la Société française de carcinologie cervico-faciale, Paris, 1998.
73. MARGAIGNAUD JP, SARRY B, SIMART S.  
Bilan bucco dentaire et conduite à tenir en fonction des traitements carcinologiques.  
Problèmes péri-thérapeutiques des cancers des VADS.  
Congrès de la Société française de carcinologie cervico-faciale, Paris, 1998.
74. MARTINET Y, BOHADANA A.  
Le tabagisme. De la prévention au sevrage.  
Ed. Masson , 1997, 217 p.
75. MAZERON JJ, NOEL G, SIMON JM.  
Les cancers de la cavité buccale.  
Bull. cancer, supplément FMC N°5, 2000, pp 39-47.
76. MELIHAN-CHEININ P.  
Quelles sont les méthodes utilisées pour aider les fumeurs à arrêter leur consommation de tabac et quelles sont celles qui ont une efficacité scientifiquement établie ? L'arrêt de la consommation de tabac. Conférence de Consensus.  
Editions EDK, 1998.
77. MENEGOG F, CHERIE-CHALLIN I.  
Le cancer en France : incidence et mortalité.  
Paris : La documentation française, 1998.
78. MOLIMARD R, SCHWARTZ JT.  
Le traitement de la dépendance tabagique.  
Analyses et perspectives, INSERM, La Documentation Française, 1989.
79. MUELLER E. Quelle vérité, pour quel malade, à quel moment? Comment annoncer une mauvaise nouvelle?  
Bulletin de la fédération Jusqu'à la mort accompagner la vie, 1994, 37, pp 28-37.
80. NAVEZ M, PAYRE D, NAYME P, PRADES JM, SIMON PG, DURAND M.  
Les douleurs séquellaires du cancer ORL.  
Oncologie, 2000, 2, 4, pp 169-175.
81. NECTOUX J, PARKIN D.M.  
Les variations géographiques des cancers du larynx et de l'hypopharynx par sous localisation anatomique.



- Bull. Cancer, 1990, 77, pp 137-146.
82. NITENBERG G, RAYNARD B, ANTOUN S.  
Alimentation entérale et parentérale en oncologie.  
Eurocancer 97, Paris, John Libbey Eurotext, 1997, pp. 377-386.
83. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant.  
Conférence de consensus.  
La Revue du Praticien, médecine générale, 1999, 13, pp 903-909.
84. Organisation Mondiale de la Santé.  
Traitement de la douleur cancéreuse complétée par une analyse des problèmes liés à la  
mise à disposition des opioïdes  
Ed. OMS, Genève, 1997.
85. ORDRE NATIONAL DES MEDECINS.  
Déontologie médicale et soins palliatifs.  
Ed janvier 1996.
86. PASQUERONNE X, CHEVALIER D.  
Cancers des voies aérodigestives supérieures : le triste record français.  
La revue du praticien, médecine générale, 1999, 13, 448, pp 213-215.
87. PEIFFER G.  
Méthodes utilisées à l'échelle individuelle et communautaire et validées selon les  
critères retenus. Autres méthodes . L'arrêt de la consommation de tabac. Conférence  
de Consensus.  
Editions EDK, 1998.
88. PERRIOT J.  
Comportement fumeur.  
Dépendance, 1996, 8, 2, pp 23-28.
89. PERRIOT J.  
Tabacologie.  
Abrégé MASSON, 1995.
90. POISSONNET G, DASSONVILLE O, PIVOT X, DEMARD F.  
Les cancers du larynx et de l'hypopharynx : anatomie, anatomopathologie, signes  
cliniques, TNM, Thérapeutique.  
Bull. cancer, supplément FMC N° 5, 2000, pp 27-38.
91. RAPIN CH.  
De l'éthique clinique à la nutrition.  
La Revue du Praticien, médecine générale, 1991, 130, 5, 6p.
92. REZVANI A, MOLLIE A, DOYON F, SANCHO-GARNIER H.  
Atlas de la mortalité par cancer en France.  
INSERM, 1997.
93. ROLLNICK S, BUTLER CC, STOTT N.  
Helping smokers make decisions : the enhancement of brief intervention for general  
medical practice.

94. SCHRAUB S, TUTNS A.J., SCHAFFER P.  
Épidémiologie et facteurs de risques.  
In : Cancers des Voies Aérodigestives Supérieures.  
J. BRUGERE Ed. Flammarion Med. Sciences, Paris, 1987.
95. SCHRAUB S, BONTEMPS P, MERCIER M, BARTHOD L, FOURNIER J.  
Surveillance et réhabilitation des cancers des voies aérodigestives supérieures.  
La Revue du Praticien, 1995, 45, pp 861-864.
96. SCHRAUB S, BRUGERE J, HOERNI B.  
Qualité de la vie et cancers.  
In : Progrès en cancérologie Doin Ed., Paris, 1984, pp 184-185.
97. SENFT M, FIETKAU R, IRO H, SAILER D.  
The influence of supportive nutritional therapy via percutaneous endoscopically  
guided gastrostomy on the quality of life of cancer patients.  
Support Care Cancer, 1993, 1 , pp 272-277.
98. SERRIER P.  
Sevrage tabagique : toujours en parler.  
La revue du praticien, 2001, 15, pp 343-347.
99. SILAGY C, MANT D, FOWLER F, LODGE H.  
Meta analysis on efficacy of nicotine replacement thérapies, in smoking cessation.  
Lancet. 1994, 343, pp 139-142.
100. SITGES-SERRA A.  
Perioperative artificial nutrition in elective adult surgery.  
Clin. Nutr. 1996, 15, pp 254-261.
101. SLAMA K, HIRSCH A.  
L'aide non médicamenteuse au sevrage tabagique.  
La Revue du Praticien, 1993, 43, pp 1245-1250.
102. SLAMA K.  
Le conseil minimal d'aide à l'arrêt du fumeur. L'arrêt de la consommation de  
tabac. Conférence de Consensus.  
Editions EDK, 1998.
103. SZPIRGLAS H, BEN SLAMA L.  
Les cancers de la cavité buccale apparaissent surtout sur une muqueuse saine.  
La revue du praticien, médecine générale, 1998, 12, 440, pp 25-29.
104. TAYTARD A.  
Approche individuelle : l'information.  
Congrès de l'european respiratory, Pessac, France
105. TREDANIEL J ZALOMAN G HIRSCH A.  
Tabac et maladies respiratoires.  
Encycl. Méd. chir. (Elsevier Paris), pneumologie, 6-020-A-50, 1996, 4p.





106. TRUC G, HORIOT JC, MAINGON P, BARILLOT I.  
Le cancer épidermoïde de l'oropharynx.  
Bull. Cancer, supplément FMC N°5, 2000, pp 9-19.

VU

NANCY, le **3 AVRIL 2001**

Le Président de Thèse

Professeur **C. SIMON**

NANCY, le **5 JUIN 2001**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **11 JUIN 2001**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

---

**RESUME DE LA THESE :**

Le médecin généraliste est la cheville ouvrière de la lutte pratique contre le cancer, en dehors de la recherche fondamentale et de la recherche clinique. Il l'est dans des conditions parfois inconfortables tant matériellement que moralement. Il participe à presque tous les instants de cette aventure humaine aux péripéties multiples qu'est le combat anticancéreux.

Les aspects très techniques de la prise en charge des cancers des voies aérodigestives supérieures représentent une difficulté supplémentaire pour le médecin généraliste.

En restant dans le cadre des carcinomes épidermoïdes qui constituent 95% des cancers des VADS, l'auteur se propose d'analyser, pour la pratique quotidienne des médecins, les étapes de la prise en charge des patients concernés : la prévention de ces cancers, le dépistage précoce au cabinet, notamment auprès des sujets à haut risque, la prise en charge de ces patients dès la découverte du cancer et enfin la surveillance à long terme de ces patients avec certaines conduites à tenir en cas d'évolution défavorable.

---

**TITRE EN ANGLAIS :**

General practitioner and cancer of the upper aerodigestive tract

---

**THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2001**

---

**MOTS-CLEFS :** Prévention – dépistage – traitement – cancer des voies aéro-digestives supérieures – médecin généraliste.

---

**INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :**

**Faculté de Médecine de Nancy**  
9, avenue de la forêt de Haye  
54505- VANDOEUVRE LES NANCY Cédex

---