



**HAL**  
open science

# Réflexothérapie auriculaire et cancérologie ORL en orthophonie : revue de la littérature

Victoria Visci

► **To cite this version:**

Victoria Visci. Réflexothérapie auriculaire et cancérologie ORL en orthophonie : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04317359

**HAL Id: hal-04317359**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04317359v1>**

Submitted on 1 Dec 2023

**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-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-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>

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
**DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE**

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du  
**CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE**

par

**Victoria VISCI**

soutenu le : **29 juin 2022**

**Réflexothérapie auriculaire et cancérologie ORL en orthophonie :**  
**revue de la littérature**

**Mémoire dirigé par :** Mme HENRY Aurélia      Orthophoniste libérale

**Président de jury :** M. GALLET Patrice      Médecin ORL au CHRU de Nancy

**Assesseur :** Mme REBEL Olivia      Orthophoniste libérale

# REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Aurélia Henry, ma maîtresse de mémoire mais également maîtresse de stage et professeure, d'avoir partagé avec moi sa passion pour la prise en charge des patients en post-cancérologie ORL et pour l'outil complémentaire fascinant qu'est la réflexothérapie auriculaire. Merci de m'avoir confié ce projet et de m'avoir accompagnée sur ces deux dernières années.

J'adresse également mes remerciements à Monsieur Patrice Gallet et Madame Olivia Rebel pour avoir accepté de se rendre disponibles afin de faire partie de mon jury. Merci pour vos retours constructifs et pour votre participation à l'évaluation de ce travail.

Je remercie l'ensemble de mes maîtres de stage de m'avoir permis de vivre ces expériences enrichissantes à leurs côtés, mais également de m'avoir accompagnée et guidée vers l'orthophoniste que je serai bientôt. Merci d'avoir partagé avec moi la connaissance de votre métier. Je remercie les familles de patients que j'ai pu rencontrer pour leur bienveillance à mon égard. Enfin, je remercie les patients pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Un grand merci à mes amies Athina, Marion, Mélodie et Virginie, futures orthophonistes, pour ces cinq années d'études que nous avons partagées. Merci pour votre bonne humeur, votre authenticité et votre soutien.

Je souhaite également remercier tout particulièrement ma filleule et mes marraines universitaires, Clarisse, Léa et Stéphanie. Merci de m'avoir encouragée à travers toutes les étapes de ce cursus orthophonique. Je suis très reconnaissante d'avoir croisé votre route.

Un tendre remerciement va à ma famille, notamment à mes parents, mon frère et mes grands-parents pour leur soutien infaillible qui m'a portée tout au long de ces années. Enfin, merci à mon compagnon, Grégoire, pour ses constants encouragements et pour sa présence à mes côtés. Vous avez été les clés de ma réussite.

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée, Victoria VISCI, inscrite à l'Université de Lorraine, atteste que ce travail est le fruit d'une réflexion et d'un travail personnels et que toutes les sources utilisées ont été clairement indiquées. Je certifie que toutes les utilisations de textes préexistants, de formulations, d'idées, de raisonnements empruntés à un tiers sont mentionnées comme telles en indiquant clairement l'origine.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la commission disciplinaire et les tribunaux de la République Française.

Fait à Vandoeuvre les Nancy, le 09/06/2022

Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'V. Visci', written in a cursive style.

# SOMMAIRE

Remerciements .....	1
Introduction .....	6
Partie 1 : Ancrage théorique.....	8
Chapitre 1 Les cancers .....	9
1 Définitions et données épidémiologiques .....	9
1.1 Qu'est-ce qu'un cancer ? .....	9
1.2 Focus sur les cancers de la sphère ORL (oto-rhino-laryngée).....	10
2 Prévention, dépistage et diagnostic .....	11
2.1 Prévention et dépistage .....	11
2.2 Diagnostic .....	13
2.2.1 Evaluation et diagnostic .....	13
2.2.2 Outils diagnostiques .....	15
3 Les traitements .....	15
3.1 La chirurgie.....	15
3.1.1 Les principes généraux .....	15
3.1.2 Les séquelles possibles .....	20
3.2 La radiothérapie .....	21
3.2.1 Les principes généraux .....	21
3.2.2 Les séquelles possibles .....	21
3.3 La chimiothérapie et les thérapies ciblées .....	24
3.3.1 Les principes généraux .....	24
3.3.2 Les séquelles possibles .....	24
4 Conclusion intermédiaire .....	25
Chapitre 2 La réflexothérapie auriculaire.....	26
1 Préambule.....	26

2	Histoire de la réflexothérapie auriculaire : les différentes orientations connues .....	26
2.1	La Médecine traditionnelle chinoise (MTC) .....	26
2.1.1	L'acupuncture traditionnelle chinoise .....	26
2.1.2	Les 12 pouls chinois .....	27
2.2	L'auriculothérapie et l'auriculo-médecine de Paul Nogier .....	28
2.2.1	L'auriculothérapie .....	28
2.2.2	Le phénomène du RAC/VAS .....	29
2.2.3	L'auriculo-médecine .....	30
2.2.4	L'auriculothérapie, réservée aux médecins .....	31
3	La réflexothérapie auriculaire reconnue par l'OMS .....	31
4	Conclusion intermédiaire .....	33
Partie 2 : Partie méthodologique .....		35
1	Revue de la littérature narrative .....	36
2	Revue systématique de la littérature .....	37
Partie 3 : Résultats .....		40
1	Cancers ORL et traitements : les conséquences pour le patient .....	41
1.1	Dérégulation du système neurovégétatif et qualité de vie .....	41
1.2	La douleur .....	43
1.3	La dysphagie .....	43
2	Réflexothérapie auriculaire et cancers ORL : les niveaux d'action possibles .....	44
2.1	Dérégulation du système neurovégétatif et qualité de vie .....	45
2.2	La douleur .....	47
2.3	La dysphagie .....	48
Discussion .....		50
1	Vérification des hypothèses théoriques .....	50
2	Limites de l'étude .....	51
3	Perspectives envisagées .....	52

Conclusion.....	54
Bibliographie.....	55
Annexes .....	70

# INTRODUCTION

Le cancer est une pathologie complexe aux multiples effets. Ces derniers sont engendrés par la maladie en elle-même, mais également par ses traitements et leurs effets secondaires. Si l'on se concentre sur les cancers de la sphère ORL, un des premiers symptômes susceptibles d'apparaître est la dysphagie (trouble de la déglutition). Or, ce trouble relève du champ de compétences des orthophonistes, comme précisé dans la nomenclature des actes orthophoniques. Cependant, aux symptômes physiologiques évoqués plus tôt s'ajoutent de réelles conséquences en termes d'état émotionnel (fatigabilité, gestion émotionnelle difficile...) qui viennent retentir sur la qualité de vie des patients, empêchant leur récupération optimale.

Ces effets intéressent également l'orthophonie qui est un métier de réadaptation, c'est-à-dire qu'elle est plus globale que la simple rééducation du symptôme (ici, la dysphagie), mais aussi un métier de soin, comprenant l'ensemble des pratiques visant à informer, accompagner, sécuriser et réassurer le patient. En effet, la santé est décrite par l'Organisation mondiale de la Santé (1946) comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Dans ces conditions, le soin est alors considéré de manière globale. En tant qu'orthophonistes, professionnels de santé, nous souhaitons donc cette prise en compte du patient dans sa globalité (bien-être physique et psychique dans le cadre spécifique à notre intervention orthophonique) et son retour à l'autonomie.

Alors, comment atteindre cette deuxième catégorie de symptômes ? Il peut être intéressant de chercher à potentialiser l'intervention orthophonique, à l'aide d'une thérapie non allopathique, comme la réflexothérapie. En effet, les chercheurs semblent de plus en plus explorer le lien entre la réflexothérapie et les différents cancers, ainsi que leurs effets secondaires, tant sur le plan physiologique, que sur le plan de la qualité de vie des patients et donc, de leur récupération au sens large.

C'est à l'occasion de mes stages que la problématique des dysphagies récurrentes chez ces patients a été portée à mon attention, mais également la présence d'un état général amoindri, notamment marqué par une grande fatigabilité, entravant ainsi la capacité des patients à accéder à une récupération optimale au travers de la rééducation. Cet impact plus global sur la qualité de vie des patients m'a donné envie de me questionner et de travailler sur ce sujet. De plus, j'ai pu observer en stage que l'utilisation de la réflexothérapie auriculaire, en complément de la rééducation orthophonique « classique », permettait d'obtenir une meilleure récupération du patient, tant sur le plan de la dysphagie que sur son état général, comparativement à

l'intervention orthophonique « classique » seule. Notre volonté est donc de comprendre pourquoi, avec la réflexothérapie auriculaire en tant qu'outil complémentaire à l'intervention orthophonique, ce n'est pas seulement la dysphagie qui régresse, mais la récupération globale du patient en post-cancérologie ORL qui se potentialise, comme nous avons pu le constater de manière empirique dans le cadre des stages.

C'est ce qui nous amène à réaliser une revue systématique de la littérature afin de recenser de manière exhaustive les données scientifiques à notre disposition. En quoi la réflexothérapie auriculaire peut-elle être un outil complémentaire pertinent à l'intervention orthophonique auprès des patients porteurs de dysphagie post-cancérologie ORL ?

Dans une première partie, nous présenterons, d'une part, le cancer de manière générale, avant de nous axer davantage sur les cancers de la sphère ORL, ainsi que ses effets sur l'organisme, ses traitements et d'autre part, la réflexothérapie auriculaire, son histoire, son fonctionnement et son impact. Dans une seconde partie, après avoir proposé les hypothèses générées par la problématique de notre étude, nous expliciterons la méthodologie employée et présenterons une synthèse des résultats obtenus. Enfin, nous mettrons en regard nos résultats et nos hypothèses, avant de conclure.

**PARTIE 1 :**  
**ANCORAGE THEORIQUE**

# CHAPITRE 1

## LES CANCERS

### 1 Définitions et données épidémiologiques

#### 1.1 Qu'est-ce qu'un cancer ?

Selon la définition fournie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en septembre 2021, « le mot « cancer » est un terme générique désignant un grand groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. On parle aussi de tumeurs malignes ou de néoplasmes ». Ainsi, il est plus approprié de parler, non pas du cancer mais, des cancers au pluriel.

Les cancers représentent en France la première cause de décès chez l'homme, et la deuxième chez la femme (Institut national du cancer, 2021). En termes d'incidence, le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine en 2018, toutes localisations confondues, a été estimé à environ 382 000 : 204 600 hommes et 177 400 femmes (Defossez et al., 2019). Toutefois, Lionel Lafay, responsable du département « observation et documentation » à l'Institut national du cancer nous explique que « le taux de mortalité standardisé tous cancers baisse entre 2010 et 2018, grâce à des diagnostics réalisés à des stades plus précoces, à des évolutions thérapeutiques majeures, à des améliorations de la prise en charge des cancers, avec des variations selon les localisations cancéreuses ».

Selon l'Institut national du cancer (INCa), un cancer s'explique concrètement par une altération au niveau de certaines cellules de l'organisme au moment de la réplication de l'ADN. En effet, l'homme est constitué de 10 000 milliards de cellules et chaque jour, c'est un milliard de cellules qui se renouvellent pour remplacer les cellules vieillissantes ou endommagées. Au moment de cette division cellulaire, il est possible que des anomalies se transmettent de la cellule-mère aux cellules-filles, ce qui entraîne alors un dérèglement dans le processus de réplication. Lorsque ces anomalies se pérennisent, on parle alors de cellules cancéreuses. Ces dernières vont s'accumuler, localement dans un premier temps, créant ainsi une tumeur formée par un ensemble de cellules cancéreuses mais également de cellules saines, qui collaborent entre elles. Certaines tumeurs peuvent rester bénignes : ce ne sont pas des cancers. Dans d'autres cas en revanche, les cellules cancéreuses vont proliférer anarchiquement et s'étendre aux tissus avoisinants : ces tumeurs-ci sont malignes, on parle alors de cancer. A un stade avancé, le cancer peut se propager jusqu'à envahir l'organisme à différents endroits, formant ainsi des métastases

(Meijer, 2003). Cet envahissement de cellules cancéreuses vient compromettre l'homéostasie cellulaire, aussi appelée « équilibre neurovégétatif » gérée par l'hypothalamus, et qui permet physiologiquement à l'organisme d'intégrer les informations internes et externes, liées à l'environnement (Bazire, 2017). En effet, l'homéostasie est définie comme la « tendance de l'organisme à maintenir ou à ramener les différentes constantes physiologiques (température, débit sanguin, tension artérielle, etc.) à des degrés qui ne s'écartent pas de la normale » (Centre national de ressources textuelles et lexicales, s. d.). C'est la perturbation de cet équilibre naturel, causée par le cancer, qui va permettre la multiplication des cellules et la formation de métastases décrites précédemment. Dans ce contexte, le système nerveux autonome (aussi appelé système neurovégétatif), responsable du fonctionnement des organes viscéraux et de la régulation des fonctions automatiques de l'organisme, est alors perturbé.

## 1.2 Focus sur les cancers de la sphère ORL (oto-rhino-laryngée)

Pour les besoins de ce mémoire, nous concentrerons notre attention sur les cancers de la sphère ORL. Aussi appelés cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) ou cancers de la tête et du cou, il s'agit d'une maladie apparaissant au sein de l'une des structures suivantes : la cavité buccale, le nasopharynx, l'oropharynx, l'hypopharynx et le larynx, aussi dénommés de manière vulgarisée, gorge. En 2017 en France, le nombre de nouveaux cas est estimé à plus de 15 000, selon l'Institut national du cancer. Actuellement, les hommes restent plus touchés par ce type de cancer que les femmes. En effet, ils représentent environ 70% des nouveaux cas. En revanche, il est important de souligner que l'incidence de ces cancers, c'est-à-dire, le nombre de nouveaux cas par an, diminue chez les hommes alors qu'elle augmente chez les femmes. Cette tendance est actuellement mise en relation avec l'évolution de la consommation de tabac, qui diminue chez les hommes tout en augmentant chez les femmes. Ainsi, même si à l'heure actuelle les hommes restent les plus touchés, il semble que la courbe soit en train de s'équilibrer, si ce n'est de s'inverser. Les cancers de la sphère ORL frappent en majorité les personnes âgées de 50 à 64 ans (Institut national du cancer, 2019c).

La forme la plus fréquente retrouvée au sein des cancers ORL (plus de 90%) est de type carcinomes épidermoïdes, c'est-à-dire, des tumeurs qui se développent à partir de cellules de la couche superficielle de la muqueuse des VADS : l'épithélium (Fondation ARC, 2017).

Les cancers ORL restent un microsystème des cancers de manière générale. Ainsi, malgré quelques spécificités, nous retrouverons les mêmes incidences que décrites précédemment en

termes de développement des cellules cancéreuses, mais également en ce qui concerne la dérégulation de l'homéostasie du patient et de son système nerveux autonome.

## 2 Prévention, dépistage et diagnostic

### 2.1 Prévention et dépistage

La lutte contre les cancers est un combat de tous les instants puisqu'il va se dérouler avant, pendant et après la maladie. Pour commencer, une sensibilisation précoce aux comportements et aux modes de vie adéquats est nécessaire afin de prévenir leur apparition, ainsi que des dépistages réguliers permettant de repérer la tumeur le plus tôt possible. Une fois le cancer diagnostiqué, il sera important de veiller non seulement à prodiguer les traitements les plus efficaces et spécifiques à chaque cancer, mais également de veiller à la qualité de vie du patient, pendant et après les traitements. S'ajoute à cela l'épidémie de la Covid-19 qui a obligé les soignants des services de cancérologie à remettre en perspective l'organisation des soins afin d'empêcher que les chances de récupération, voire de survie, des patients ne soient compromises (Institut national du cancer, 2021).

Le tabac et l'alcool sont les facteurs principaux qui augmentent les risques de développer un cancer des VADS, en particulier celui de la cavité buccale, du larynx, de l'hypopharynx et de l'oropharynx. De plus, lorsque tabac et alcool sont régulièrement associés, il existe un effet dit « synergique » multipliant ainsi les effets de ces deux substances (Fondation ARC, 2017; Poissonnet et al., 2007). Les experts s'accordent sur un certain nombre de recommandations permettant d'agir sur ces deux facteurs de risques et ainsi, diminuer les risques d'apparition d'un cancer ORL. De manière générale, un maximum de dix verres d'alcool par semaine est donné à titre indicatif pour l'adulte, sans dépasser les deux verres par jour. Même s'il est mentionné préférable de garder des jours vierges de toute consommation, des comportements sont à adopter en cas de consommation, à savoir réduire la quantité totale d'alcool ingérée à chaque occasion, mais également, boire doucement tout en mangeant et en alternant boissons alcoolisées et eau. Enfin, il convient d'éviter tout lieu ou activité qui pousserait à une consommation excessive d'alcool (Ameli.fr, 2021; Haute Autorité de Santé & Institut National du Cancer, 2012).

Toutefois depuis une trentaine d'années, plusieurs études signalent l'arrivée d'un nouvel acteur dans le paysage de la cancérologie ORL, à savoir les papillomavirus humains (HPV) de sérotype 16 ou 18 généralement (aussi appelés HPV(+)), transmis notamment par contact avec

la peau ou avec les muqueuses, qui se développent préférentiellement dans l’oropharynx, et notamment au niveau des amygdales et de la base de langue. Les facteurs de risque ne sont pas les mêmes que dans le cadre de carcinomes épidermoïdes liés au tabac ou à la consommation excessive d’alcool. Au contraire, les carcinomes HPV(+) touchent même souvent des non-fumeurs et des consommateurs de faibles quantités d’alcool, voire des non-buveurs. En revanche, il a été établi que certaines pratiques sexuelles augmentent le risque de carcinome HPV de l’oropharynx. Les facteurs de risques sont les suivants : une vie sexuelle débutée de manière précoce, un nombre de partenaires sexuels vaginaux supérieur à 26 et de sexe oral supérieur à 6, ainsi qu’une maladie sexuellement transmissible d’ores-et-déjà existante. Ainsi, la prévention des carcinomes ORL liés à une infection par un virus HPV, pourrait se faire selon deux axes : une sensibilisation aux incidences de certains comportements sexuels pouvant augmenter les possibilités de contact avec le virus, ainsi qu’une proposition de vaccination afin d’induire une certaine immunité contre le virus (Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard, 2021; Fondation ARC, 2017; Moniot, 2019; Vourexakis & Dulguerov, 2011). A but préventif, il convient donc de réaliser une autosurveillance ORL régulière, ainsi qu’un dépistage précoce au moindre soupçon de symptômes évocateurs (Figure 1).

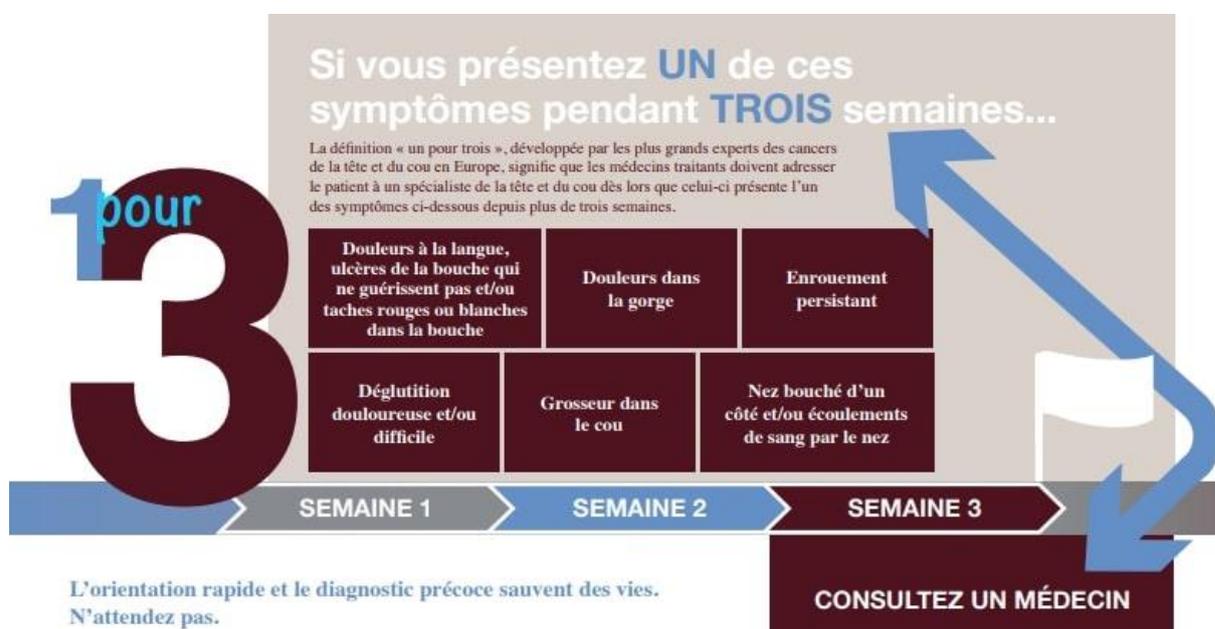


Figure 1: Affiche de sensibilisation au dépistage du cancer ORL (Make Sense Campaign, 2022)

## 2.2 Diagnostic

### 2.2.1 Evaluation et diagnostic

Afin de pouvoir poser un diagnostic précis et choisir le traitement le plus adapté au patient, une phase de bilan est primordiale. Durant cette période seront réalisés un bilan diagnostique, ainsi qu'un bilan pré-thérapeutique (Institut national du cancer, 2019b).

Le bilan diagnostique est la première étape dans l'histoire de la maladie du patient puisqu'il a pour objectif de décrire précisément la tumeur. Il débute systématiquement par un examen clinique complet, incluant un entretien avec le patient. Pendant l'anamnèse, le médecin cherchera à évaluer l'état de santé général du patient en identifiant ses antécédents médicaux, les possibles pathologies dont souffre actuellement le patient, ainsi que les traitements en cours. De plus, il sera à l'affût de tout facteur de risque auquel le patient aurait pu potentiellement être exposé. Lors de l'examen clinique, le médecin inspecte la cavité buccale, l'oropharynx et le nez du patient grâce à une source lumineuse et/ou un miroir, il réalisera ensuite une palpation endo-buccale et du cou, à la recherche de toute adénopathie ou anomalie. Enfin, une otoscopie sera également effectuée afin d'ausculter le conduit auditif (Fondation ARC, 2017; Haute Autorité de Santé & Institut National du Cancer, 2012).

A la suite de cet examen clinique, plusieurs examens endoscopiques sont réalisés au niveau des voies aéro-digestives supérieures, des bronches et de l'œsophage. L'objectif de ces examens est d'explorer les zones ciblées afin de repérer la présence d'une tumeur et ainsi, d'effectuer une biopsie quand cela s'avère nécessaire. En effet, en réalisant une biopsie, le médecin prélève un morceau du tissu qui lui paraît anormal en vue d'un examen anatomopathologique, permettant d'étudier cet échantillon et déterminer la présence, ou l'absence, de cellules cancéreuses (Fonds Anticancer & Société européenne d'oncologie médicale, 2015; Institut national du cancer, 2019b).

Enfin, des examens complémentaires d'imagerie seront également prescrits. Un scanner et/ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervico-facial permettront d'appréhender l'extension locale de la tumeur mais également d'évaluer la présence, ou non, de cellules tumorales au niveau des aires ganglionnaires cervicales. De plus, un scanner thoracique pourra également être recommandé afin de s'assurer de l'absence de métastases, mais également de toute tumeur pulmonaire synchrone, c'est-à-dire, qui se développerait de manière simultanée ou dans un laps de temps inférieur à six mois (Fondation ARC, 2017; Haute Autorité de Santé & Institut National du Cancer, 2012).

Cette première phase de bilan aboutit à une classification TNM (Tumor - Node - Metastasis), s'étendant de 1 à 4 selon la grosseur de la tumeur et l'envahissement des structures. La lettre T désigne la tumeur et permet d'informer quant à la taille de cette dernière; la lettre N est l'initiale de « node » qui signifie ganglion en anglais et correspond à l'envahissement ou non, des ganglions lymphatiques; la lettre M alerte sur la présence, ou non, de métastases (Institut national du cancer, s. d.). Obtenir cette classification est un facteur majeur, à la fois pronostique mais également en ce qui concerne les indications thérapeutiques qui suivront (Poissonnet et al., 2007).

Dans un second temps se déroulera le bilan pré-thérapeutique, c'est-à-dire, qui intervient avant les traitements. En effet, ce temps est consacré à l'évaluation de l'état de santé générale du patient et permet de cibler d'éventuels soins à prodiguer au patient avant de commencer les traitements. Pour ce faire, l'examen biologique grâce à des analyses sanguines permettra de repérer toute contre-indication à certains examens ou à certains traitements, et l'examen cardiovasculaire, d'apprécier les différents risques cardiaques que constitueraient une anesthésie générale et une intervention chirurgicale prolongée (Haute Autorité de Santé & Institut National du Cancer, 2012; Institut national du cancer, 2018). Un bilan nutritionnel initial sera également réalisé afin d'identifier une potentielle situation de dénutrition et d'y remédier le cas échéant. En effet, une forte prévalence de dénutrition dans le cadre des cancers des voies aéro-digestives supérieures a été relevée, il paraît donc important d'y pallier précocement lors de la prise en charge (Fondation ARC, 2017; Righini et al., 2013). Un examen dentaire sera également nécessaire, notamment en amont d'un traitement par radiothérapie. En effet, des complications bucco-dentaires sont possibles, comme des caries menant à une ostéoradionécrose par exemple, et pour pallier au maximum ces risques, le patient se verra donc sensibilisé à la nécessité d'une bonne hygiène bucco-dentaire et aux gouttières de fluoruration (Dutheil et al., 2021; Lameiras et al., 2016).

La prise en charge des patients atteints de cancers ORL doit faire l'objet d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) se déroulant à l'issue du bilan pré-thérapeutique. Doivent assister à cette assemblée, au moins trois médecins de spécialités différentes comme par exemple, l'oncologue, le chirurgien ORL et le radiothérapeute. Ce rassemblement vise à définir les choix thérapeutiques les plus bénéfiques pour le patient. Pour ce faire, les médecins s'appuieront sur les informations recueillies tout au long de la phase de bilan, mais orienteront également leur choix en fonction de l'état de santé du patient, de la localisation et de l'étendue de la tumeur (Fondation ARC, 2017; Haute Autorité de Santé & Institut National du Cancer,

2012; Institut national du cancer, 2018). De plus, cette décision se base sur deux principes : le premier est de « ne pas nuire en essayant de guérir » (Demez, 2009), on privilégiera donc les stratégies thérapeutiques conservatrices et le meilleur ratio bénéfices/invasion, et le second est de toujours suivre *in fine* la décision du patient. En effet, les différents thérapeutes donneront l'ensemble des arguments et éléments essentiels au patient, mais ce dernier sera toujours le décisionnaire. De manière générale, on optera pour une chirurgie, associée ou non, à un traitement complémentaire tel que la radiothérapie, le plus souvent, ou encore la chimiothérapie (Poissonnet et al., 2007).

### 2.2.2 Outils diagnostics

La CIM est une classification médicale codifiée détaillant les maladies, les traumatismes et les causes de décès, publiée par l'Organisation mondiale de la Santé. Elle a une vocation universelle permettant ainsi aux professionnels de santé d'échanger selon un langage commun, peu importe leur nationalité. La CIM-11 est la version la plus actuelle, et celle devant désormais être utilisée par les professionnels. En effet, après avoir été présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2019, elle est tout récemment entrée en vigueur, de manière officielle, au 1er janvier 2022.

Au sein de cette classification, les « Tumeurs » sont présentées au chapitre 02 et sont codifiées, allant de 2A00 à 2F9Z (Organisation mondiale de la Santé, 2022). Cependant, pour plus de spécificité, il existe une extension de la CIM, la Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie (CIM-O), qui permet d'avoir un éventail de possibilités beaucoup plus détaillé concernant la topographie de la tumeur (c'est-à-dire, sa localisation anatomique), la morphologie de la tumeur (son type, son aspect) et enfin, son comportement évolutif (« maligne primitive ou métastatique, *in situ*, bénigne, évolution imprévisible ou inconnue ») (Fritz et al., 2008; Muir & Percy, 1991).

## 3 Les traitements

### 3.1 La chirurgie

#### 3.1.1 Les principes généraux

La chirurgie est généralement la stratégie thérapeutique de première intention dans le cadre des cancers ORL, si la tumeur est atteignable. Cette exérèse est réalisée par un chirurgien qui va retirer la tumeur, mais également les tissus proches afin d'éliminer le risque de cellules

cancéreuses restantes et ainsi limiter les risques de récives. En fonction de la localisation anatomique touchée par le cancer, plusieurs interventions peuvent être envisagées, de manière totale ou partielle, selon l'extension de la tumeur. Dans la majorité des cas, une ablation des ganglions du cou (curage), uni ou bilatérale, est nécessaire (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2015; Fondation ARC, 2017; Haute Autorité de Santé & Institut National du Cancer, 2012). Voici les différents types de chirurgies pouvant être envisagées en ce qui concerne les cancers de la sphère ORL, selon la Fédération Nationale des Orthophonistes (2015) :

<b>Chirurgies de la cavité buccale et de l'oropharynx</b>	
<b>Type de chirurgie</b>	<b>Conséquences directes</b>
<p><b><u>Glossectomie partielle ou totale</u></b> : résection totale ou partielle de la langue, du plancher buccal et de la base de langue.</p>	<p>Conséquences sur la déglutition (Woisard-Bassols &amp; Puech, 2011) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perturbations au niveau du temps de préparation</li> <li>- perturbations au niveau du temps buccal avec des difficultés de rétro-pulsion du bol alimentaire</li> <li>- perturbations au niveau du temps pharyngien avec notamment une limitation de l'ascension laryngée</li> </ul> <p>Conséquences sur la voix et sur l'articulation de la parole.</p>
<p><b><u>Ablation d'une amygdale pharyngée</u></b> et généralement du pilier antérieur du voile du palais.</p>	<p>Conséquences sur la déglutition (Woisard-Bassols &amp; Puech, 2011) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perturbations au niveau du temps pharyngien, avec notamment des fausses-routes directes</li> </ul> <p>Conséquences sur la voix et sur l'articulation de la parole.</p>

<p><b><u>Bucco-pharyngo-laryngectomie transmandibulaire :</u></b></p> <p>ostéotomie mandibulaire (section de la mandibule pour la repositionner) avec parfois nécessité de dégagement et de désarticulation de la mandibule.</p> <p>Puis, reconstruction par un lambeau musculo-cutané local ou à distance (de grand pectoral) ou un lambeau muqueux.</p>	<p>Conséquences sur la déglutition (Navel &amp; Petit, 2020; Woisard-Bassols &amp; Puech, 2011):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perturbations au niveau du temps pharyngien, avec notamment des fausses-routes directes</li> <li>- défauts moteur et sensitif du déclenchement réflexe de déglutition</li> <li>- défaut de recul de la base de langue</li> <li>- défaut d'élévation laryngée et de bascule de l'épiglotte</li> <li>- défaut de fermeture des cordes vocales</li> <li>- stases possibles dans les sinus piriformes</li> <li>- modifications du péristaltisme pharyngé avec impact sur l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO)</li> <li>- présence d'un reflux pharyngo-nasal</li> </ul> <p>Conséquences sur la voix et sur l'articulation de la parole.</p> <p>Conséquences également esthétiques.</p>
<p><b><u>Pelvimandibulectomie et pelvi-glosso-mandibulectomie</u></b> (non interruptrice si pas d'envahissement osseux et interruptrice si envahissement osseux): dans le cas d'une chirurgie interruptrice, il y aura une ostéotomie mandibulaire, puis une reconstruction-réparation de la muqueuse par suture de la muqueuse linguale restante à la muqueuse jugale.</p>	<p>Conséquences sur la déglutition (Navel &amp; Petit, 2020; Woisard-Bassols &amp; Puech, 2011):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perturbations au niveau du temps de préparation et du temps buccal</li> <li>- perturbations au niveau du temps pharyngien avec un défaut sensitif du déclenchement réflexe de déglutition</li> <li>- défaut de recul de la base de langue</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- défaut d'élévation laryngée et de bascule de l'épiglotte</li> <li>- possibles stases dans les vallécules</li> </ul> <p>Conséquences sur l'articulation de la parole.</p>
<p><b><u>Ablation partielle du plancher lingual</u></b>, avec atteinte linguale : il peut parfois y avoir une nécessité d'ostéotomie et de reconstruction cervicale par un lambeau musculo-cutané de grand pectoral.</p>	<p>Conséquences sur la déglutition (Woisard-Bassols &amp; Puech, 2011) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perturbations au niveau du temps de préparation</li> <li>- perturbations au niveau du temps buccal avec des difficultés de rétro-pulsion du bol alimentaire</li> <li>- perturbations au niveau du temps pharyngien avec notamment une limitation de l'ascension laryngée</li> </ul> <p>Conséquences sur la voix et l'articulation de la parole.</p>

*Tableau 1: Les chirurgies de la cavité buccale et de l'oropharynx*

<b>Chirurgies pharyngo-laryngées</b>	
<b>Chirurgie</b>	<b>Conséquences</b>
<p><b><u>Corpectomie</u></b> : ablation d'une corde vocale</p>	<p>Conséquences sur la voix.</p> <p>Conséquences sur la déglutition (Navel &amp; Petit, 2020) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- défaut de protection des voies aériennes avec pénétrations laryngées et risques majeurs de fausses-routes trachéales</li> </ul>
<p><b><u>Laryngectomie fronto-latérale (Tucker)</u></b> : ablation d'une, ou des deux cordes vocales, dans le cas de tumeurs sur l'une ou les deux,</p>	<p>Conséquences sur la voix.</p>

<p>avec extension ou non à la bande ventriculaire.</p>	<p>Conséquences sur la déglutition (Navel &amp; Petit, 2020; Woisard-Bassols &amp; Puech, 2011) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perturbations au niveau du temps pharyngien, avec un défaut moteur du déclenchement réflexe de déglutition</li> <li>- défaut de protection des voies aériennes avec pénétrations laryngées et risques majeurs de fausses-routes trachéales</li> <li>- défaut d'ascension laryngée et de bascule de la néoglote</li> </ul>	
<p><b><u>Laryngectomie partielle</u></b></p>	<p>horizontale subtotale sus-glottique avec CHEP (crico-hyoïdo-épiglottopexie, c'est-à-dire avec préservation de l'épiglotte).</p>	<p>Conséquences sur la voix.</p> <p>Conséquences sur la déglutition (Woisard-Bassols &amp; Puech, 2011), puisque perte du plan glottique et des bandes ventriculaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- défaut de protection des voies aériennes avec pénétrations laryngées et risques majeurs de fausses-routes trachéales</li> <li>- diminution de l'ascension laryngée</li> <li>- modifications du péristaltisme pharyngé avec impact sur l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO)</li> <li>- possibles stases dans les sinus piriformes</li> </ul>
	<p>subtotale avec CHP (crico-hyoïdo-pexie, c'est-à-dire, la résection complète de</p>	<p>Conséquences sur la voix.</p> <p>Conséquences sur la déglutition (Woisard-Bassols &amp; Puech, 2011), puisque perte de</p>

	<p>l'étage sus-glottique) ou laryngectomie subtotale verticale hémi-laryngo-pharyngectomie, pour les tumeurs localisées dans le sinus piriforme, les tumeurs de la margelle latérale ne dépassant pas la ligne médiane, avec un larynx mobile.</p>	<p>l'épiglotte donc absence de fermeture laryngée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- défaut de protection des voies aériennes avec fausses-routes trachéales accompagnant le temps pharyngien</li> <li>- diminution de l'ascension laryngée</li> <li>- modifications du péristaltisme pharyngé avec impact sur l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO)</li> <li>- possibles stases dans les vallécules et les sinus piriformes</li> </ul>
	<p><b><u>Laryngectomie totale ou pharyngo-laryngectomie</u></b>, avec ou sans greffe d'un lambeau muqueux ou musculo-cutané pédiculé de grand pectoral.</p>	<p>Conséquences sur la voix : la voix laryngée disparaît.</p> <p>Conséquences sur la déglutition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perturbations au niveau du temps de préparation</li> <li>- perturbations au niveau du temps buccal avec des difficultés de rétropulsion du bol alimentaire</li> </ul>

*Tableau 2 : Les chirurgies pharyngo-laryngées*

### 3.1.2 Les séquelles possibles

**Une grande fatigue** peut faire suite à la chirurgie, en raison par exemple, de l'anesthésie, de la perte de sang ou encore, de l'appréhension du patient autour de cette opération (Institut national du cancer, 2018).

**Une douleur et une diminution de la sensibilité** au niveau de la zone opérée, qui pourra perdurer pendant plusieurs mois (Institut national du cancer, 2018).

**Un gonflement du visage et du cou**, directement en lien avec les différentes résections qui ont pu avoir lieu durant la chirurgie et qui provoquent un hématome et une accumulation de lymphes (Institut national du cancer, 2018).

**Une fistule salivaire** peut également survenir. Il s'agit d'un écoulement anormal de salive au niveau des glandes salivaires, pouvant résulter d'une dénutrition, d'un diabète, d'antécédents de radiothérapie, d'une tumeur très étendue. Elle peut également apparaître dans le cas où le patient n'a pas cessé de fumer avant et après l'opération (Haute Autorité de Santé & Institut National du Cancer, 2012; Institut national du cancer, 2018).

**Des douleurs** peuvent perdurer et sont souvent les conséquences du curage ganglionnaire.

**Une dysphagie** (difficultés à avaler et fausses-routes), notamment à la suite d'une laryngectomie partielle (cf. Tableau 1 et Tableau 2).

**Une dysphonie ou aphonie**, c'est-à-dire, une modification ou une perte de la voix, conséquence directe d'une chirurgie impactant les structures du larynx et des cordes vocales (Haute Autorité de Santé & Institut National du Cancer, 2012; Institut national du cancer, 2018).

**Des troubles de l'élocution**, notamment des difficultés d'articulation de la parole, suite logique d'une chirurgie ayant retiré une tumeur au niveau de la cavité buccale ou du pharynx (Haute Autorité de Santé & Institut National du Cancer, 2012; Institut national du cancer, 2018).

**Des modifications anatomiques** ayant des retentissements sur la posture globale du patient, et notamment sur sa position céphalique.

## 3.2 La radiothérapie

### 3.2.1 Les principes généraux

La radiothérapie consiste souvent en une irradiation transcutanée, qui peut être utilisée seule ou bien en association avec une chirurgie ou une chimiothérapie. Elle est appliquée de façon locale, c'est-à-dire directement sur la zone cancéreuse ainsi que sur la zone périphérique proche, c'est pourquoi on parlera d'un traitement locorégional. La zone cible est donc traitée par des doses de radiations ionisantes, dont la quantité est mesurée en gray, une dose correspondant à 1 joule par kilo de matière. Le but et l'enjeu de ce traitement sont d'irradier suffisamment les cellules cancéreuses, tout en limitant l'action des rayons sur les cellules saines avoisinantes afin de les préserver au mieux (Poissonnet et al., 2007; Woisard-Bassols & Puech, 2011).

### 3.2.2 Les séquelles possibles

**La radiomucite** apparaît généralement pendant la 3e semaine d'irradiation (pour une dose d'environ 20-30 grays) et se traduit par un érythème douloureux. Puis, de fausses membranes peuvent se créer, entre 30 et 50 grays, avant de confluer, comme cela peut être le cas au-delà

de 50 grays. On observe toutefois une bonne récupération puisque les douleurs, les fausses membranes et l'énanthème disparaissent dans 90% des cas après 4 semaines post-irradiation (Woisard-Bassols & Puech, 2011).

**Les modifications salivaires** interviennent précocement au cours du traitement par radiothérapie et sont un effet secondaire souvent durable dans le temps, y compris après avoir fini le traitement. On parle alors de sécheresse buccale ou de xérostomie. En effet, la salive est modifiée tant en termes de qualité, qu'en termes de quantité. On observera donc une tension des glandes salivaires engendrant une inflammation transitoire, une diminution du flux salivaire, une augmentation de sa viscosité et une diminution de son PH, ce qui entrainera une salive épaisse et acide, pouvant entraîner des stases et des encombrements, au niveau buccal et pharyngé (Dulguero & Giger, 2007; Woisard-Bassols & Puech, 2011).

**L'agueusie** est la conséquence de la toxicité directe de la radiothérapie sur les papilles palatines, qui peut également s'étendre aux fibres nerveuses. La perte de goût apparaît généralement au cours de la 3<sup>e</sup> semaine de traitement. Elle peut être variable en intensité, ne pas concerner tous les aliments ; l'agueusie est intimement liée à la mucite et aux modifications salivaires décrites précédemment. Même si certaines agueusies peuvent perdurer, le sens du goût est généralement retrouvé 1 à 2 mois post-radiothérapie, dans les cas où la voie aéro-digestive est préservée (Woisard-Bassols & Puech, 2011).

**L'épidermite** est une séquelle aigüe de l'irradiation, quasi systématique. Elle est dite « sèche » lorsqu'elle se traduit par un érythème, c'est-à-dire une rougeur, associé à une desquamation sèche (Grade 1). On pourra parler d'épidermite exsudative (Grade 3) dans le cas de zones irradiées à plus haute dose où l'érythème de départ se verrait aggraver par les radiations ionisantes (Antoine, 2018; Woisard-Bassols & Puech, 2011).

**Une grande fatigue** physique et/ou morale, liée à la radiothérapie en elle-même mais également liée à toutes les appréhensions que peut avoir le patient vis-à-vis de son cancer, de ses traitements, ainsi que les déplacements fréquents jusqu'à l'hôpital (Fondation ARC, 2017; Institut national du cancer, 2019a).

**L'asialie** est la conséquence directe des irradiations sur les glandes salivaires. Si une récupération sous plusieurs mois est possible en dessous de 50 grays, la xérostomie devient définitive au-delà de 65 grays. Or, l'asialie engendre des difficultés de parole, de mastication et de déglutition. De plus, dans le cadre de la radiothérapie, ces modifications salivaires sont

également un danger pour le patient, au niveau dentaire, comme nous le verrons dans le paragraphe suivant (Filhine-Tresarrieu, 2010; Woisard-Bassols & Puech, 2011).

**L'ostéonécrose mandibulaire** est une complication grave due aux modifications chimiques opérées au niveau salivaire. Il s'agit de la lésion d'une partie du maxillaire ou de la mandibule, laissant à découvert l'os concerné. En effet, les changements qualitatifs et quantitatifs de la salive entraînent rapidement de multiples caries, d'une part parce que l'autonettoyage des dents par la salive, existant habituellement, ne peut plus se faire à cause de l'asialie, mais également à cause de la diminution du PH de la salive qui la rend très acide et propice aux caries. Dans les cas les plus graves, nous aboutissons ainsi à des complications osseuses telles que l'ostéonécrose mandibulaire. Une bonne hygiène bucco-dentaire est donc essentielle (Dutheil et al., 2021; Lameiras et al., 2016; Woisard-Bassols & Puech, 2011).

**Les œdèmes cervico-faciaux** peuvent apparaître pendant, ou secondairement, à la radiothérapie. En effet, par une atteinte de la circulation de la lymphe se crée un ralentissement, voire un blocage, engendrant ainsi un gonflement dans les zones du cou et de la face (Institut national du cancer, 2018; Woisard-Bassols & Puech, 2011).

**La fibrose/sclérose cervicale** peut succéder à l'œdème, entraînant ainsi une rigidification et une perte d'élasticité de la peau, des muscles et/ou des articulations du cou. Dans le cas où la fibrose toucherait les structures laryngées, des troubles de la déglutition pourraient alors survenir (Institut national du cancer, 2018; Woisard-Bassols & Puech, 2011). Cette fibrose peut également se traduire par une limitation de l'ouverture buccale, également appelé trismus, causée par la fibrose des articulations temporo-mandibulaires et la perte d'élasticité des muscles masticateurs de manière générale (Département de cancérologie cervico-faciale Gustave Roussy, s. d.; Li et al., 2019).

**Des douleurs** au niveau de la zone irradiée.

➔ Pour résumer les informations susmentionnées, ces effets secondaires liés à la radiothérapie provoquent notamment des perturbations systématiques telles qu'une diminution du péristaltisme pharyngé, un défaut de recul de la base de langue, une diminution de l'élévation laryngée, un défaut de fermeture sus-glottique, une diminution de l'élévation du voile, des anomalies de mouvement du dos de la langue, un retard de déclenchement du temps pharyngé. Les auteurs s'accordent également sur un dysfonctionnement des glandes salivaires, contrôlées par le système nerveux autonome, mais également sur des troubles de la sensibilité (Woisard-Bassols & Puech, 2011).

### 3.3 La chimiothérapie et les thérapies ciblées

#### 3.3.1 Les principes généraux

Dans le cadre des cancers de la sphère ORL, et notamment pour les cancers de la bouche, du larynx, de l'oropharynx et de l'hypopharynx, deux types de traitements médicamenteux peuvent être proposés : l'absorption de molécules de chimiothérapie classique ou bien, une thérapie ciblée. Ce sont des traitements dits systémiques, c'est-à-dire qu'ils permettent d'atteindre toutes les cellules cancéreuses, quelle que soit leur localisation dans le corps. Bien qu'elles se traduisent toutes deux par la prise de médicaments, leurs modes d'action diffèrent :

- les médicaments de chimiothérapie classique agissent sur les mécanismes de la division cellulaire. Ils détruisent les cellules cancéreuses ou ralentissent leur croissance
- les thérapies ciblées agissent directement sur les altérations moléculaires qui composent les cellules cancéreuses. Ainsi, elles peuvent empêcher leur processus de développement et de ce fait, bloquer la propagation de la tumeur.

Les traitements médicamenteux sont rarement prescrits seuls, à part dans le cadre de soins palliatifs. Dans le cas des cancers ORL, on les utilisera plutôt en complément de la radiothérapie, on parlera alors de radiochimiothérapie concomitante. On pourra également les retrouver seuls, en amont d'une chirurgie ou d'une radiothérapie, et on parlera alors de chimiothérapie néoadjuvante (Fondation ARC, 2017; Institut national du cancer, 2018).

#### 3.3.2 Les séquelles possibles

Voici les principaux symptômes rapportés par l'Institut National du Cancer (2018) :

**Des troubles digestifs**, à savoir des diarrhées, des nausées et de possibles vomissements, le soir-même ou le lendemain de la perfusion médicamenteuse.

**Une immunité en berne** avec une diminution du taux de globules blancs, de globules rouges et des plaquettes.

**Des lésions de la bouche et du tube digestif**, on parlera de mucite et de stomatite.

**Des sensations d'engourdissement ou de fourmillement**, suite à un effet toxique des médicaments sur les nerfs. On pourra donc retrouver des troubles de la sensibilité appelés paresthésies. Elles peuvent être douloureuses et handicapantes et peuvent également se manifester sous la forme de difficultés de coordination ou d'une perte de force dans les muscles.

**Une perte d'appétit** et une modification de perception du goût peuvent également survenir. On veillera donc à éviter toute situation de dénutrition pouvant découler de ces difficultés.

**Une grande fatigue**, causée par le cancer et le traitement médicamenteux en eux-mêmes, mais également liée à toutes les appréhensions que peut avoir le patient vis-à-vis de sa maladie et de ses traitements, ainsi que les déplacements fréquents jusqu'à l'hôpital. Cette fatigue est entretenue par la baisse du système immunitaire, ainsi que la perte d'appétit.

**Des troubles cutanés et syndrome main-pied**, c'est-à-dire l'apparition de rougeurs et de plaques sèches. Parmi ces troubles, le syndrome main-pied se manifeste au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds et se caractérise par des rougeurs, un gonflement, une sécheresse ou des cloques.

➔ En post-chimiothérapie/thérapies ciblées, les symptômes évoqués nous montrent que le système du patient lutte pour maintenir son homéostasie (système nerveux autonome fortement perturbé). Nous sommes alors face à un cercle vicieux car l'immunité du patient est en baisse, et à cela s'ajoute la fatigue. Le patient n'a donc pas suffisamment de ressources pour récupérer, ce qui ne l'aide pas à affronter le traitement et rend difficile le processus de guérison.

#### 4 Conclusion intermédiaire

En somme, les effets secondaires, aigus et tardifs, des différents traitements sont susceptibles de gêner les capacités de déglutition des patients (Woisard-Bassols & Puech, 2011). De plus, à ces difficultés de déglutition s'ajoutent des modifications anatomiques post-chirurgicales, qui entraîneront un retentissement sur la posture globale, et notamment céphalique, du patient. Les données relevées mentionnent également des troubles touchant la sensorialité, la motricité et la proprioception, causés par la chirurgie mais également par la radiothérapie, puisque lorsque les tissus sont irradiés, les afférences et efférences motrices et/ou sensorielles sont alors perturbées. De plus, pour chacun des traitements, une fatigue intense et/ou des douleurs sont systématiques. Les conséquences des différents traitements contre les cancers des voies aéro-digestives supérieures, additionnées au cancer lui-même, viennent donc impacter le système du patient dans sa globalité, et notamment le système nerveux autonome, créant ainsi une rupture de l'homéostasie interne du patient (Chargari et al., 2020). Le patient atteint d'un cancer de la sphère ORL doit apprendre à vivre avec un nouveau corps et une nouvelle image de lui-même. Il semble donc qu'au-delà de troubles de la déglutition, ce soit en fait la qualité de vie du patient en post-cancérologie ORL, de manière plus globale, qui soit mise à mal (Babin et al., 2014; Fédération Nationale des Orthophonistes, 2015; Maingon et al., 2010).

# CHAPITRE 2

## LA REFLEXOTHERAPIE AURICULAIRE

### 1 Préambule

La réflexothérapie auriculaire est également appelée « acupuncture auriculaire ». En effet, selon la définition donnée par le Collège Français d'Acupuncture, l'acupuncture désigne « un terme générique désignant l'ensemble des techniques de stimulation ponctuelle physiques (mécanique, électrique, magnétique, thermique, lumineuse) ou physico-chimique de points d'acupuncture à visée thérapeutique ». C'est donc ce sens que nous retiendrons dans le cadre de cette étude. En effet, ce que l'on appelle « les points d'acupuncture » ou « points réflexes » sont en fait les points de projection des différentes fibres nerveuses. Partant de ce postulat, peu importe la technique de stimulation utilisée tant qu'elle est réalisée au bon endroit.

### 2 Histoire de la réflexothérapie auriculaire : les différentes orientations connues

#### 2.1 La Médecine traditionnelle chinoise (MTC)

##### 2.1.1 L'acupuncture traditionnelle chinoise

Il est estimé que la Médecine traditionnelle chinoise remonte à plus de 3000 ans. Elle est considérée comme une médecine de l'âme, où corps et esprit ne sont jamais réellement dissociés. L'examen clinique de la MTC se déroule en quatre temps : l'observation, l'interrogatoire, la prise de pouls et l'étude de la langue. Suite au recueil de données effectué tout au long de ces étapes, le thérapeute aboutit à un diagnostic l'orientant vers la meilleure façon de rééquilibrer son patient. Les fondements de la Médecine traditionnelle chinoise résident dans l'objectif d'entretenir la santé et de prévenir les maladies (Meas, 2007; Pélissier, 2019).

La MTC se compose de 4 disciplines principales, à savoir l'acupuncture/la digitopuncture/la moxibustion ; l'utilisation de plantes médicinales ; les exercices/les massages ; et enfin, la méthode dao yin visant à instruire le patient. Dans cette étude, nous nous intéresserons tout particulièrement à l'acupuncture/la digitopuncture/la moxibustion, approche thérapeutique consistant à la stimulation de zones précises du corps, appelées points d'acupuncture, à l'aide d'aiguilles, des doigts ou de chaleur. Ces derniers se situent sur le trajet des différents méridiens établis par la MTC, comptés au nombre de 12, et qui se définissent comme une canalisation

énergétique située en profondeur traversant l'ensemble du corps humain. Les points d'acupuncture se traduisent, quant à eux, généralement par de petites aspérités au niveau de l'épiderme. Lorsque le thérapeute stimule ce point particulier, cela lui permet d'agir simultanément sur le flux énergétique qu'est le méridien correspondant et ainsi, de traiter ou réguler les troubles de son patient. On trouve trois catégories de points d'acupuncture en MTC : les points proches, distaux et médians (Pélissier, 2019) :

Les points proches sont utilisés dans le cas d'une atteinte aigüe, au niveau d'une structure précise. Ils servent à tonifier et faire circuler, en « désobstruant les méridiens et les vaisseaux », en « dissipant la stase de sang » et en « arrêtant les douleurs ».

Les points distaux, principalement situés au niveau des pieds et des mains, se situent à distance de l'affection mais sur le trajet du même méridien. Leur stimulation permet donc de participer au traitement à distance de l'affection, mais également d'agir sur des symptômes plus globaux comme la fièvre ou encore, la transpiration. Ils servent à rééquilibrer/régulariser.

Les points médians sont situés dans le dos, mais également au-dessus des coudes et des genoux. Ils servent à harmoniser la circulation des méridiens.

Même si l'acupuncture auriculaire n'est pas une pratique majoritaire en Médecine traditionnelle chinoise, elle est tout de même reconnue comme partie intégrante de l'acupuncture traditionnelle chinoise. En effet, la MTC reconnaît entre 150 et 200 points auriculaires, répartis sur le pavillon de l'oreille et sont également appelés « points de réaction » ou « points de stimulation ». Ils sont notamment très utilisés dans le traitement de l'obésité, de l'asthme et autres troubles respiratoires, de l'hypertension artérielle, des douleurs de l'appareil locomoteur, dans le cadre de maladies rhumatismales inflammatoires, telle que la polyarthrite rhumatoïde, ainsi que pour les vertiges et insomnies liés au syndrome dépressif (Meas, 2007).

### 2.1.2 Les 12 pouls chinois

La Médecine traditionnelle chinoise accorde une grande place à la prise du pouls. En effet, cela permettait au praticien d'obtenir des informations sur la maladie du patient (nature et localisation), mais également sur l'état interne de son corps. La MTC a ainsi décrit 12 pouls : 6 points répartis sur 3 zones au niveau des deux poignets et sur 2 niveaux (en surface et en profondeur), correspondant aux 12 méridiens traditionnels (Marié, 2011; Pélissier, 2019) :

- Sur le poignet droit : la paire poumon – gros intestin ; la paire rate – estomac ; la paire péricarde – triple réchauffeur.

- Sur le poignet gauche : la paire cœur – intestin grêle ; la paire foie – vésicule biliaire ; la paire rein – vessie.

La prise de pouls dans la Médecine traditionnelle chinoise se réalise en cinq mouvements : la première manœuvre permet d'apprécier la force du pouls au niveau superficiel en soulevant légèrement les doigts ; la seconde manœuvre consiste en une pression légère des doigts afin d'évaluer le pouls aux niveaux intermédiaire et profond ; le troisième mouvement permet de sonder le pouls en immobilisant les doigts pour compter la fréquence des battements ; la quatrième phase réside dans de petits mouvements latéraux permettant d'appréhender les flux autour de l'artère radiale ; enfin, pour effectuer le cinquième mouvement, le thérapeute fait rouler ses doigts de haut en bas et de bas en haut afin de déterminer la dynamique du pouls. Ce processus de prise de pouls est central au sein de l'examen clinique traditionnel chinois car il permet de diagnostiquer la présence, ou l'absence, d'un pouls pathologique parmi les 27 établis par la Médecine traditionnelle chinoise (Pélissier, 2019).

Les pouls chinois ne sont pas à confondre avec le pouls de Nogier, que nous expliciterons dans la partie 2.2.2 de cette étude et qui ne s'appuie pas sur les mêmes ancrages théoriques.

## 2.2 L'auriculothérapie et l'auriculo-médecine de Paul Nogier

### 2.2.1 L'auriculothérapie

Le docteur Paul Nogier est vu comme le fondateur de l'auriculothérapie en France. C'est en 1951 que commencent ses recherches autour du pavillon auriculaire, s'inspirant de l'acupuncture traditionnelle chinoise à laquelle il est formé. En effet, il découvre qu'il existe systématiquement une correspondance simultanée entre une zone douloureuse du corps et une zone douloureuse de l'oreille. Autrement dit, pour chaque muscle douloureux, il existe un point de projection réflexe au niveau de la peau de l'oreille, correspondant au muscle en question. Muni d'un stylo à bille à ressort dont il se sert comme d'un détecteur de pression, Nogier se met alors à la recherche de tous les points sensibles sur les oreilles de ses patients afin d'établir une correspondance avec les maux qu'ils décrivent. Fort de ses trouvailles, il établira jusqu'en 1963 différentes cartographies de plus en plus poussées, décrivant la représentation des organes sur le pavillon de l'oreille.

Cependant, cette tâche se révèle ardue puisque Paul Nogier se rend compte que seules les parties du corps douloureuses créent un point auriculaire douloureux. A contrario, les organes qui sont pourtant bien malades, mais non douloureux, n'engendrent pas de point sensible au

niveau de l'oreille. Ainsi, comment repérer la correspondance auriculaire de ces organes non douloureux et établir des cartographies complètes ? C'est finalement suite aux travaux du docteur Jean Niboyet, qui découvre que les points d'acupuncture présentent un comportement électrique particulier, repérables grâce à des appareils électroniques mesurant la résistance de la peau, que Paul Nogier identifiera qu'il en va de même pour les points auriculaires. C'est donc en explorant l'oreille à la recherche de points douloureux ou électriquement perturbés, et à l'aide d'un détecteur de pression et d'un appareil mesurant la résistance, que Paul Nogier réussira à finaliser l'association des localisations respectives des points de projection des organes sur l'oreille (Nogier, 2018). Grâce à cela, nous connaissons aujourd'hui l'existence de deux types de points différents au niveau de l'oreille : les points douloureux qui traduisent une douleur périphérique et donc, une pathologie organique, et des points électriquement perturbés, qui transcrivent un trouble fonctionnel au niveau de l'organe concerné.

Il présentera alors une somatotopie de l'oreille sous la forme d'un fœtus ayant la tête en bas et ajustera selon ce postulat, la stimulation de points d'oreille. Il élabore ainsi la théorie selon laquelle la somatotopie de l'oreille se développerait selon les trois tissus embryonnaires, et leurs systèmes dérivés, que sont (Ricard, 1982; Rouxville, 2007a, 2007d) :

- l'endoderme, dont est issu le système viscéral comprenant les viscères, les veines et les vaisseaux lymphatiques. Les organes dérivés de l'endoderme sont représentés sur la conque de l'oreille.
- l'ectoderme, dont est issu le système nerveux comprenant le système nerveux central et périphérique, ainsi que l'épiderme et les phanères. Les organes dérivés de l'ectoderme sont représentés sur la partie inférieure du pavillon, sur l'antitragus et sur le lobule.
- le mésoderme, dont est issu le système cinétique (appareil locomoteur) comprenant le squelette, les muscles / ligaments, le système artériel et le cœur. Les organes dérivés du mésoderme sont représentés sur le pavillon de l'oreille (c'est-à-dire hélix, anthélix, fosse scaphoïde, fosse triangulaire).

### 2.2.2 Le phénomène du RAC/VAS

C'est en 1966 que Paul Nogier découvre le phénomène du réflexe auriculo-cardiaque (RAC), que l'on nomme aujourd'hui plus communément « le pouls de Nogier ». En effet, il remarque qu'une stimulation auriculaire entraîne une variation dans la perception du pouls et pense donc à un mécanisme liant l'oreille et le cœur (Rouxville, 2011). Or, nous apprendrons plus tard qu'il s'agit en fait d'une réaction artérielle, engagée par le système nerveux autonome, répondant à toute stimulation cutanée ou émotionnelle. Il est donc désormais préférable

d'employer le terme de « signal vasculaire autonome » (VAS, issu de l'anglais « Vascular Autonomic Signal ») (Gesbert, 2013; Nogier, s. d.).

### 2.2.3 L'auriculo-médecine

Après avoir essayé la stimulation par le toucher digital, par les aiguilles, par les vibrations, par les ondes sonores, le docteur Paul Nogier découvre la stimulation des points réflexes par le biais d'ondes électromagnétiques. En effet, comme mentionné précédemment, chaque tissu du corps humain correspond physiologiquement à une fréquence électrique particulière, attribuée au moment du développement embryologique. Or, plus un tissu est complexe et spécialisé, plus sa fréquence sera haute. C'est donc en stimulant des points d'oreille de ses patients à l'aide de fréquences bien spécifiques, tout en prenant leur pouls dans l'attente d'un signal vasculaire (RAC/VAS), que Paul Nogier va décrire les 7 zones sensibles de l'oreille. C'est ainsi qu'est née l'auriculo-médecine. Voici les 7 fréquences connues à ce jour, telles que décrites par Raphaël Nogier (2018) et Yves Rouxville (2007b) :

**La fréquence A** (2,28 Hz), la plus basse, est celle des tissus peu spécialisés. Elle stimule le travail cellulaire. Elle peut donc être utilisée au niveau des muqueuses inflammatoires et des cicatrices et pour traiter les pathologies inflammatoires et dégénératives.

**La fréquence B** (4,56 Hz) stimule les fonctions de pluricellularité : cohésion, cohérence, reconnaissance cellulaire. Elle est utilisée dans le cadre des pathologies liées à la nutrition, au système digestif et à l'immunité, comme les allergies et les maladies auto-immunes.

**La fréquence C** (9,12 Hz) stimule le mouvement, la contraction musculaire. On l'utilise pour traiter les spasmes, les insuffisances sphinctériennes et la maladie de Parkinson.

**La fréquence D** (18,24 Hz) stimule la symétrie, autrement dit la coordination entre les deux hémicorps. Elle est utilisée principalement dans les troubles locomoteurs et les affections provenant de troubles de la latéralité.

**La fréquence E** (36,5 Hz) stimule le fonctionnement de la moelle et est utilisée pour traiter les troubles douloureux et certaines maladies de la moelle.

**La fréquence F** (73 Hz) stimule les structures sous-corticales et les phénomènes instinctifs. Cette fréquence est utilisée pour le traitement des troubles de l'alimentation, les troubles neurovégétatifs, les troubles endocriniens (notamment, les troubles liés aux règles, au cycle et à la ménopause).

**La fréquence G** (146 Hz) stimule le cortex cérébral et permet de traiter les affections psychosomatiques liées notamment à l'affectivité et à l'émotionnel.

#### 2.2.4 L'auriculothérapie, réservée aux médecins

En France, l'auriculothérapie n'est régie par aucun cadre légal propre. Cependant, pour le moment, elle s'inscrit dans le cadre légal de l'acupuncture comme suit : « L'exercice de l'acupuncture n'est pas réglementé par le code de la santé publique, mais la jurisprudence considère l'acte d'acupuncture comme un acte médical et le réserve de ce fait aux seuls médecins et au corps médical (sage-femmes, dentistes et vétérinaires). Des praticiens n'appartenant pas au corps médical et pratiquant l'acupuncture peuvent être condamnés pour exercice illégal de la médecine » (Gueguen et al., 2013). Il est important de garder en tête que ces techniques restent des outils complémentaires à utiliser avec précautions, dans un cadre strict et rigoureux (Article 32 - Qualité des soins, 1971; Article 39 - Charlatanisme, 1971).

Toute réflexothérapie auriculaire correspondant à la stratégie « thérapeutique consistant à piquer des aiguilles très fines en des points précis du corps » est donc exclusivement réservée aux médecins, tout en restant tolérée davantage qu'autorisée (Rouxville, 2007e). En revanche, la stimulation par soft-laser, la physiothérapie (notamment, Infrarouge, aimants, électricité transcutanée, stimulation photonique), l'acupression et les pressions orientées, couplées ou non à l'utilisation des fréquences de Nogier, peuvent être pratiquées par tous les auxiliaires médicaux titulaires d'un diplôme d'Etat (Collège d'Auriculothérapie, Microsystèmes d'Acupuncture et Réflexologie, 2019; Rouxville et al., 2022).

### 3 La réflexothérapie auriculaire reconnue par l'OMS

Depuis 1982, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) s'intéresse aux apports potentiels de l'acupuncture à nos systèmes de santé conventionnels. C'est pourquoi l'OMS a réuni une première assemblée en 1987 à Séoul afin de faciliter les échanges entre les acupuncteurs asiatiques et les médecins acupuncteurs français, dans le but de créer une nomenclature standardisée de cette pratique. Ce sommet a rassemblé des experts venus de tous les horizons : Japon, Chine, Hong-Kong, Philippines, Corée du Sud, Singapour, Vietnam, Australie, Nouvelle-Zélande et France (représentée par Raphaël Nogier, fils de Paul Nogier). Durant ces groupes de travail, les praticiens débattent autour des similarités et des différences existant entre la cartographie utilisée par les praticiens chinois et la cartographie française, initiée par Paul Nogier (Organisation mondiale de la Santé, 1988). En 1989 à Genève, l'OMS organise donc un groupe scientifique chargé de standardiser définitivement la nomenclature des points

d'acupuncture. On aboutit finalement à un consensus autour de 361 points issus de l'acupuncture traditionnelle chinoise (Organisation mondiale de la Santé, 1990, 1991b). Enfin, en 1990 à Lyon, se tient une assemblée visant à la standardisation de la nomenclature des points d'acupuncture auriculaire. Deux écoles s'affrontent toujours : la pratique chinoise et la pratique française. Un consensus se crée finalement autour de 43 points d'acupuncture auriculaire dont le nom est reconnu de manière internationale, dont la valeur thérapeutique est prouvée et dont la localisation est généralement acceptée. Cependant, malgré les recommandations des différents experts, aucune cartographie universelle n'a été publiée par l'OMS à l'heure d'aujourd'hui (Nogier, 2016; Organisation mondiale de la Santé, 1991a).

En 2002, l'Organisation mondiale de la Santé publie une étude dans laquelle elle reconnaît qu' « il a été prouvé, par des essais contrôlés, que l'acupuncture est un traitement efficace » pour les pathologies suivantes (Organisation mondiale de la Santé, 2002a) :

Accidents vasculaires cérébraux	Gastralgies et reflux gastro-œsophagien
Céphalées et migraines	Épicondylite (inflammation douloureuse des tendons du coude)
Cervicalgies	Hypertension artérielle et hypotension
Coliques hépatiques et néphrétiques	Leucopénie (diminution du nombre total de globules blancs)
Déclenchement du travail à l'accouchement	Lombalgies
Dépression	Malposition fœtale
Diarrhée aiguë	Nausées de grossesse
Douleurs dentaires	Nausées et vomissements
Douleurs des genoux	Névralgies faciales, incluant les troubles cranio-mandibulaires
Douleurs menstruelles	Périarthrite de l'épaule
Douleurs post-chirurgicales	Polyarthrite rhumatoïde
Effets secondaires de chimiothérapie et radiothérapie	Rhinite allergique
Entorses	Sciatique

*Tableau 3: Pathologies pour lesquelles l'acupuncture s'est avérée efficace selon l'OMS*

Depuis lors, l'OMS a régulièrement mené des actions afin d'intégrer ce qu'elle appelle la MT/MC (c'est-à-dire, la médecine traditionnelle/médecine complémentaire), et notamment l'acupuncture, au système de santé national avec notamment la mise en place de « Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle » en 2002 et en 2013. La MT/MC est définie par l'Organisation mondiale de la Santé, comme « un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant [et qui reposent] sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales » (Organisation mondiale de la Santé, 2002b, 2013).

#### 4 Conclusion intermédiaire

La stimulation auriculaire permet d'agir sur le corps par l'intermédiaire du système nerveux. En effet, toute sollicitation mécanique, qu'elle soit douloureuse ou non, est perçue par les récepteurs sensitifs de la peau, et est ensuite transformée par les terminaisons nerveuses en un influx nerveux. Ce signal traverse un nerf sensitif jusqu'à atteindre le cerveau. Dans le cas de la réflexothérapie auriculaire, plusieurs nerfs sensitifs innervent l'oreille : la conque est innervée par les paires crâniennes X (vague), VII (facial), VII bis (intermédiaire de Wrisberg) et IX (glosso-pharyngien) ; le mur de l'anthélix est innervé par des fibres issues de la chaîne latéro-vertébrale orthosympathique ; le lobule, le tragus, la racine et le corps de l'hélix sont innervés par le nerf auriculo-temporal, issu du trijumeau (V3) et le grand nerf auriculaire issu du plexus cervical superficiel ; le reste de l'oreille est innervé par des branches du plexus cervical superficiel (McFarland, 2016; Ricard, 1982). Cette innervation multiple, associée à une stimulation de points précis de l'oreille, permet ainsi d'agir sur le système nerveux, en particulier sur la substance réticulaire, le thalamus, l'hypothalamus, le cortex cérébral et le système limbique. Chacune de ces zones possède un champ d'action bien spécifique, en réponse à la stimulation faite sur l'oreille. La réflexothérapie auriculaire peut donc atteindre des niveaux profonds comme les viscères, les vaisseaux, les muscles, mais également d'agir sur les réactions motrices et les réactions viscérales, les émotions et le psychoaffectif, ainsi que les zones responsables du contrôle de l'adaptation au stress, et donc plus globalement, le système nerveux périphérique (Rouxeville, 2007c).

## **Problématique et hypothèses**

Des éléments précédemment mentionnés a émergé la problématique suivante : « En quoi la réflexothérapie auriculaire peut-elle être un outil complémentaire pertinent à l'intervention orthophonique auprès des patients porteurs de dysphagie post-cancérologie ORL ? ».

De cette question de recherche, nous avons pu dégager deux hypothèses :

**Hypothèse théorique 1 :** Les patients porteurs de dysphagie post-cancérologie ORL présentent, outre des troubles de la déglutition, un fonctionnement du système neurovégétatif particulier (fatigabilité, gestion émotionnelle difficile), empêchant une récupération optimale.

**Hypothèse théorique 2 :** La réflexothérapie auriculaire permet d'atteindre les mécanismes responsables de certains symptômes de la dysphagie, contrôlés par le système neurovégétatif, et plus largement les problématiques rencontrées en séance et inatteignables par l'intervention orthophonique classique, qui empêchent le patient de profiter pleinement de la prise en charge et de retrouver son autonomie.

**PARTIE 2 :**  
**PARTIE METHODOLOGIQUE**

Afin de valider nos hypothèses et de répondre à notre problématique décrites dans la partie théorique de ce mémoire, nous avons réalisé une méthodologie en deux temps : une revue narrative d'abord, puis une revue systématique de la littérature.

La revue narrative a pour but de faire un état des lieux des données d'ores-et-déjà établies par la littérature sur un sujet en particulier, sans nécessairement faire l'objet d'une recherche et d'une analyse bibliographiques systématiques et exhaustives. La revue narrative réalisée en tout premier lieu, correspond à la partie 1 « Ancrage théorique » de ce mémoire et nous permet de faire le point sur les notions clés de cette étude et de les définir, afin que le cadre de travail soit posé.

La revue systématique consiste en une synthèse de la littérature scientifique, en réponse à une question de recherche précise. Elle utilise des méthodes explicites de recherche, de sélection et d'analyse des données. Nous avons donc traversé toutes les étapes de ce processus méthodologique rigoureux afin d'évaluer la pertinence de la réflexothérapie auriculaire en tant qu'outil complémentaire à l'intervention orthophonique auprès des patients porteurs de dysphagie post-cancérologie ORL. L'ensemble des données recueillies sera finalement exploité au sein d'une synthèse descriptive.

## 1 Revue de la littérature narrative

Comme précisé précédemment, la revue narrative permet de faire un rappel de connaissances, d'ores-et-déjà reconnues par la littérature, autour d'un thème particulier, sans besoin d'exhaustivité. Ce premier aperçu de littérature nous a permis de construire une première synthèse d'informations autour du cancer, de ses traitements et de leurs différents effets sur l'organisme, mais également autour de la réflexothérapie auriculaire, de son histoire et de ses mécanismes d'actions.

Pour ce faire, plusieurs ressources bibliographiques ont été utilisées, afin d'obtenir tout un éventail de résultats et de supports, les plus divers et larges possible, et ainsi avoir une vision plus globale des savoirs actuels. Google Scholar et PubMed sont les principales bases numériques sollicitées, mais différentes plateformes institutionnelles ont également été largement utilisées. Enfin, des ouvrages personnels ou empruntés à la bibliothèque universitaire nous ont également servis.

Ce tour d'horizon a permis le recueil de centaines d'articles dont une soixantaine ont été intégralement lus. Les données pertinentes ont été extraites et synthétisées pour rédiger cette revue narrative.

Celle-ci constitue notamment une première approche en termes de recherche de mots-clés pour ce mémoire et participe par conséquent, à orienter la formulation de l'équation de recherche nécessaire par la suite pour la rédaction de la revue systématique.

## 2 Revue systématique de la littérature

Dans l'objectif de répondre de manière scientifique à notre problématique, mais également de valider ou d'infirmer nos deux hypothèses théoriques, nous avons réalisé une revue de la littérature systématique, en récoltant nos articles scientifiques à partir de trois bases de données spécifiques. La sélection de plusieurs plateformes a pour but de s'assurer d'un maximum d'exhaustivité dans notre recherche. Ainsi, nous avons choisi :

- MEDLINE – Pubmed, base de données internationale développée en 1946 par la National Library of Medicine, spécialisée en sciences de la santé et biomédicales. Elle est actualisée hebdomadairement.
- CENTRAL – Cochrane Library, base de données rassemblant les références bibliographiques et les résumés de rapports d'essais contrôlés randomisés à partir de Medline et d'Embase, notamment.
- EMBASE, base de données produite par Elsevier Science, indexant davantage de revues de pharmacologie et de revues européennes que MEDLINE.

Ces trois bases de données scientifiques sont les plus reconnues en termes de données bibliographiques pour la recherche d'études d'interventions. De plus, l'Université de Lorraine est reliée avec ces dernières par un partenariat, garantissant ainsi un accès gratuit à leurs ressources.

Afin que les articles retenus soient les plus pertinents possible, il faudra d'abord décider de critères d'inclusion à respecter. Nos mots-clés constituent le point de départ de ces critères d'inclusion et permettent d'élaborer une équation de recherche. Pour ce faire, pour chacune des trois bases de données, l'onglet « recherche avancée » sera utilisé afin d'associer plusieurs mots clés préalablement définis et ainsi former une équation de recherche répondant spécifiquement à notre problématique. L'équation de recherche sélectionnée était la suivante : « auriculotherapy and neoplasms ».

En outre, nous avons veillé aux différents opérateurs booléens (AND, OR, NOT), qui peuvent être précisés lorsqu'une recherche avancée est lancée, ainsi qu'à la date de publication des articles. La période de publication des articles retenus s'étend de 1950 à avril 2022. Cette date

de départ a été sélectionnée car les années 50 marquent le commencement des recherches de Paul Nogier autour des différents points auriculaires.

Une fois la recherche des articles terminée, les références ont été importées dans Zotero, logiciel de gestion de références, afin de les trier et de supprimer les doublons. Une première sélection a alors débuté en nous basant sur le titre et/ou le résumé des articles, ainsi que sur des critères d'exclusion préalablement établis, à savoir la disponibilité des articles dans leur version intégrale et leur langue de rédaction. Ainsi, les articles rédigés dans une autre langue que l'anglais et le français et ceux dont le titre et/ou le résumé ne correspondaient pas à notre recherche ont été exclus. Cette première phase a pour but de nous mener aux études les plus pertinentes possible au vu de notre question de recherche.

Puis, une deuxième vague de sélection a pu avoir lieu suite à la lecture intégrale des textes et ainsi, d'autres articles ont été retirés pour diverses raisons expliquées dans le schéma PRISMA ci-dessous (cf. Figure 2). Au cours de cette lecture, pour toutes études d'interventions, nous avons effectué une évaluation de leur qualité méthodologique et en avons déduit d'éventuels critères de biais (Zaugg et al., 2014).

Comme précédemment mentionné, le diagramme de flux PRISMA (Moher et al., 2009) nous a permis d'illustrer notre processus de recherche et de sélection des articles (cf. Figure 2). En tout, 106 articles ont été trouvés sur les 3 bases de données (33 sur Pubmed, 7 sur Cochrane et 66 sur Embase). 45 articles ont été retenus suite à la première phase de sélection et ont été intégralement lus. Parmi eux, 8 ont été exclus car certains ne présentaient qu'un protocole d'étude, sans apporter de résultats ou d'informations pertinentes quant à notre sujet ; d'autres présentaient la réflexothérapie auriculaire en association avec d'autres thérapies complémentaires, nous empêchant de distinguer les effets propres à la réflexothérapie auriculaire ; enfin, d'autres articles étudiaient les effets de la réflexothérapie auriculaire sur les symptômes secondaires à un traitement hormonal dans le cadre de cancer, or, cela n'a pas lieu d'être dans le cadre de cancer ORL, leurs résultats n'étaient donc pas applicables à notre étude. De plus, 15 articles étaient indisponibles en version intégrale. Enfin, 12 références secondaires ont été ajoutées aux articles d'ores-et-déjà recueillis. Pour conclure, 34 articles ont finalement permis la rédaction de cette étude.

Ce procédé méthodologique se conclut par une synthèse descriptive des données pertinentes recueillies, nous permettant de répondre spécifiquement à notre problématique. Cela correspond à la partie 3 « Résultats » de ce mémoire.

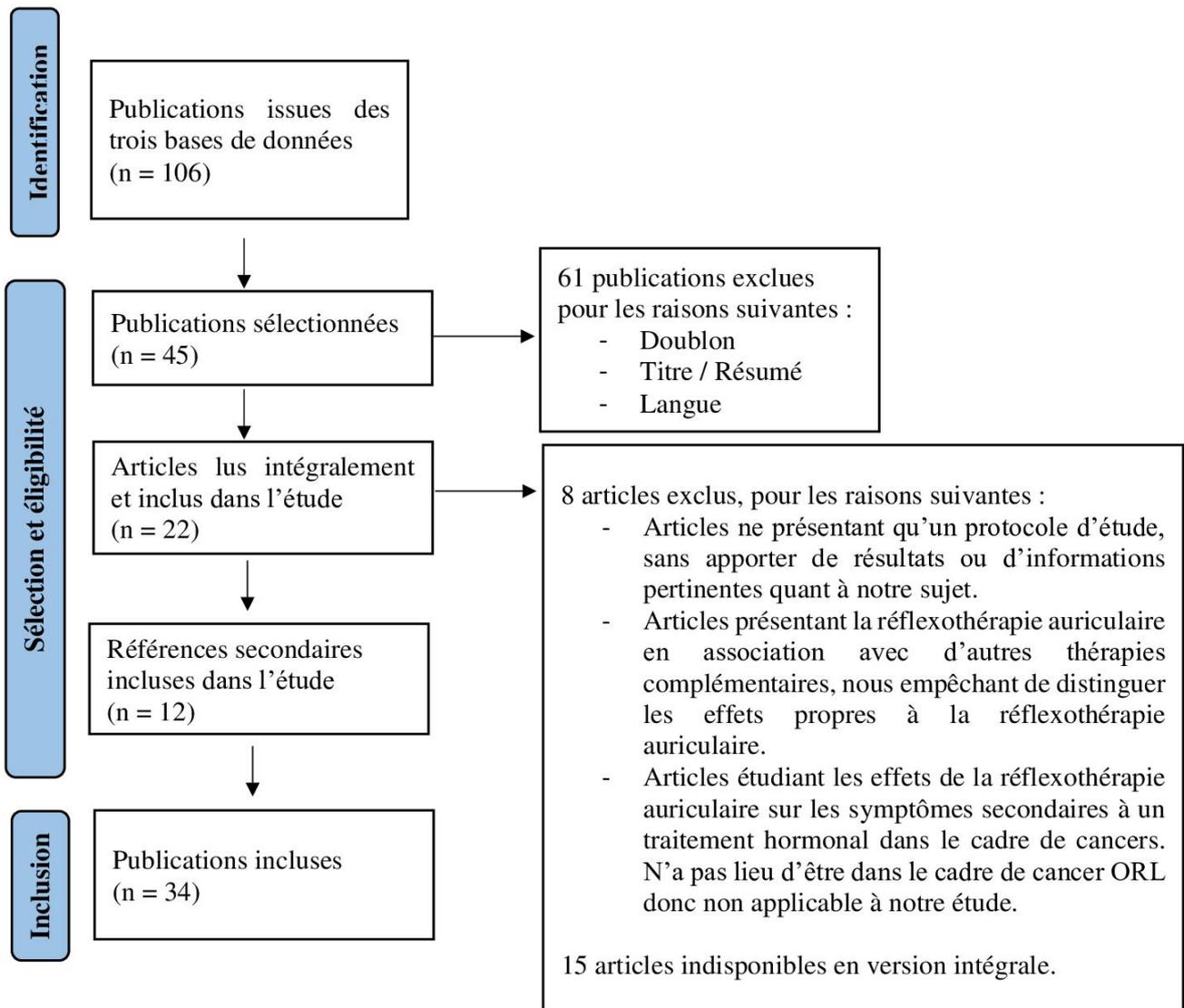


Figure 2: Diagramme de flux PRISMA

## **PARTIE 3 : RESULTATS**

## 1 Cancers ORL et traitements : les conséquences pour le patient

Le carcinome épidermoïde de la tête et du cou est un problème de santé publique mondial, puisqu'il s'agit du sixième cancer le plus fréquent à travers le monde. L'apparition d'un cancer ORL est souvent associé au mode de vie du patient (tabac, alcool), mais de plus en plus de chercheurs mettent également en cause les papillomavirus dans le développement de ce type de cancer. La radiothérapie, en association ou en traitement principal, est la stratégie thérapeutique la plus largement utilisée dans le cadre des cancers de la tête et du cou (Fonseca-Silva et al., 2012; Menezes et al., 2021). Cependant, les traitements par chirurgie et/ou par chimiothérapie font également partie des procédures possibles.

### 1.1 Dérégulation du système neurovégétatif et qualité de vie

Le cancer et ses traitements peuvent générer plusieurs effets indésirables, notamment en post-chimiothérapie, post-radiothérapie et post-chirurgie, puisque ces traitements affectent les cellules malignes mais également une partie de cellules saines (Contim et al., 2020). Les chercheurs confirment l'existence d'un noyau de symptômes, modérés à sévères, communs aux patients atteints de cancers toutes localisations et tous traitements confondus : fatigue, insomnies (troubles du sommeil), anxiété, dépression, douleur, neuropathie périphérique (engourdissements/picotements), dyspnée (trouble respiratoire), xérostomie, manque d'appétit/anorexie, constipation/diarrhée et nausées/vomissements (Cleeland et al., 2013). L'ensemble des symptômes décrits, et confirmés par les articles que nous avons recueillis, attestent notamment d'une mauvaise régulation du système nerveux périphérique, et plus particulièrement du système nerveux autonome, ce qui vient donc altérer l'homéostasie du patient.

Fatigue persistante, troubles du sommeil et anxiété forment un symptôme global appelé « fatigue liée au cancer » et désigné par le sigle CRF (issu de l'anglais « Cancer-Related Fatigue »). 80% des patients sous chimiothérapie l'expérimentent et cela entraîne de manière générale une certaine faiblesse, un manque de motivation, une lassitude qui peuvent influencer négativement sur la récupération et la qualité de vie du patient (Contim et al., 2020; Lin et al., 2021; Stepanski et al., 2009; Tsao & Creedy, 2019; Yu et al., 2016). Cette fatigue liée au cancer, associée aux effets de la radiothérapie notamment, crée un fardeau psychologique pouvant mener à des symptômes dépressifs chez les patients (Gao et al., 2020). L'insomnie est l'un des effets secondaires le plus débilisant et le plus fréquemment signalés par les survivants du cancer, pendant et après la fin du traitement. Outre la fatigue, une insomnie non traitée entraîne, elle

aussi, un risque accru de dépression (Fleming et al., 2010). En effet, le sommeil influence l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et le système nerveux sympathique qui, à leur tour, régulent les réponses immunitaires physiologiques et adaptées : il est donc essentiel (Irwin, 2015). Ainsi, la fatigue et l'insomnie entraînent une dégradation de la santé aussi bien psychologique que physique (Fleming et al., 2010; Stepanski et al., 2009). Un panel de symptômes similaires a également pu être observé chez les survivants de cancers, à savoir : détresse, anxiété, irritabilité et dépression (De Valois et al., 2015). De manière plus générale, les traitements du cancer, et en particulier la radiothérapie, sont associés à une anxiété élevée qu'il est important de prendre en compte et de traiter si l'on veut pouvoir améliorer la qualité de vie du patient (Menezes et al., 2021).

L'un des effets secondaires les plus mentionnés dans les articles recueillis concerne les troubles digestifs. En effet, plus de la moitié des patients atteints d'un cancer avancé déclarent avoir perdu l'appétit ou être anorexiques (Contim et al., 2020; Sun et al., 2020; Tsao & Creedy, 2019; Yu et al., 2016). Cela est à mettre en lien direct avec les phénomènes de constipation/diarrhée et de nausées/vomissements constatés dans de nombreux articles. La constipation ou, à l'inverse, la diarrhée sont des effets secondaires courants chez les patients traités par chimiothérapie. Ces dernières peuvent engendrer une perte d'appétit et nuire à la qualité de vie des patients. De plus, cette dernière entraînera des symptômes psychologiques tels que l'anxiété et le stress (C.-Y. Chen et al., 2018; Contim et al., 2020; Yu et al., 2016). Les nausées et vomissements sont également des effets secondaires fréquemment rapportés par les patients suivant une chimiothérapie et affectent gravement la qualité de vie des patients et l'assiduité au traitement puisque les patients doivent parfois interrompre leur traitement chimiothérapique tellement les nausées et vomissements sont affaiblissants. Ainsi, ils accentuent la fatigue, l'anxiété et la dépression et diminuent de fait la prise alimentaire. Par conséquent, les patients sous chimiothérapie qui souffrent de ces nausées et vomissements ne parviennent pas à satisfaire leurs besoins nutritionnels (L. Chen et al., 2021; Contim et al., 2020; Eghbali et al., 2016).

De manière moins fréquente que les symptômes susmentionnés, quelques auteurs confirment tout de même la présence d'autres symptômes évoqués par Cleeland and al. (2013) tels que la dyspnée (Contim et al., 2020; Ghoshal et al., 2016) et les neuropathies périphériques (Contim et al., 2020; Yu et al., 2016).

➔ Nous avons fait le choix de traiter de la douleur liée au cancer et à ses traitements et de la dysphagie (xérostomie notamment) dans deux sous-parties dédiées : la douleur est un

peu différente des autres symptômes évoqués puisqu'elle met en jeu à la fois le système nerveux central et le système nerveux périphérique ; la xérostomie, quant à elle, est un symptôme qui nous intéresse tout particulièrement en orthophonie.

## 1.2 La douleur

La douleur liée aux cancers et à leurs traitements est un enjeu pour les services hospitaliers et pour les équipes soignantes pluridisciplinaires (Alimi et al., 2000; Pirnia et al., 2017; Ruela et al., 2018). En effet, cette douleur est multifactorielle. Tout d'abord, il est reconnu que les sensations de douleur aiguë et chronique, ressenties à différents niveaux par les patients, peuvent être expliquées par la propagation des cellules cancéreuses au sein de l'organisme. Mais cette douleur est également le résultat des traitements du cancer, notamment de la chimiothérapie, mais également de la chirurgie dans le cas de douleur au niveau de la cicatrice chirurgicale (Ruela et al., 2018). 40% des personnes atteintes d'un cancer de stade précoce ou intermédiaire, et 90% des personnes atteintes d'un cancer à un stade avancé, sont affectées par une douleur modérée à sévère (Paley, Tashani, et al., 2011). De plus, sur l'ensemble de ces patients, 70% estiment ne pas recevoir de traitement leur procurant un soulagement adéquat vis-à-vis de cette douleur (Paley et al., 2015; Paley, Johnson, et al., 2011). La douleur liée au cancer est généralement décrite par les patients comme associant des épisodes de douleur intense et l'apparition de difficultés de sommeil, d'irritabilité, d'anxiété et de dépression (De Valois et al., 2015; Ruela et al., 2018). Chez les survivants de cancer, des douleurs musculosquelettiques notamment ont été recensées et près d'un individu sur deux affirme n'être pas suffisamment traité pour lutter contre la douleur. En somme, ces différentes douleurs liées aux cancers et à leurs traitements affectent les patients de bien des manières : elles contribuent à une détérioration de leur forme physique et entraînent une mauvaise qualité de vie, ainsi qu'une récupération plus difficile (Mao et al., 2021).

## 1.3 La dysphagie

Un effet indésirable fréquent et durable suite à la radiothérapie de la tête et du cou réside dans l'hypofonctionnement des glandes salivaires, physiologiquement contrôlées par le système nerveux autonome. En effet, cela dépend de la dose de radiations reçue, mais il a été démontré que lorsque les glandes salivaires sont irradiées entre 50 et 70 grays, cela crée des lésions permanentes sur celles-ci. Ces lésions se produisent chez 63 à 93% des patients et viennent créer une asialie (réduction de la production de salive) et une xérostomie (sensation

subjective de sécheresse buccale). Elles ont des conséquences sur la santé bucco-dentaire et la qualité de vie des patients : gêne au niveau oral, troubles du goût, difficultés à parler, à déglutir et à mastiquer (troubles de la déglutition), auxquels s'ajoute un risque accru de maladies dentaires, compte tenu des modifications salivaires mais également des dommages d'ores-et-déjà causés par les radiations en elles-mêmes. Les auteurs s'accordent ainsi à affirmer que l'asialie et la xérostomie découlant du traitement par radiothérapie dans le cadre des cancers ORL peuvent entraîner une réduction considérable de la qualité de vie (Barbe, 2017; Menezes et al., 2021; Mercadante et al., 2017; Sergeant et al., 2016; Tsao & Creedy, 2019).

Actuellement, la pilocarpine et la cevimeline sont les traitements de première intention pour l'asialie induite par la radiothérapie. En effet, ce sont deux substances qui stimulent les glandes salivaires. Cependant, les résultats ne sont pas toujours fructueux et entraînent des effets secondaires non négligeables pour les patients : transpiration, fréquence des urines augmentée, nausées, dyspepsie (douleurs de l'estomac et ballonnements) (Barbe, 2017; Mercadante et al., 2017).

➔ Ainsi nous l'avons vu, les patients atteints de cancers ou ayant survécu à un cancer éprouvent une souffrance psychologique, associée à des symptômes physiques qui s'entremêlent tous, et qui, face à l'agressivité des traitements freine la récupération du patient et impacte sa qualité de vie (Contim et al., 2020). Or, selon le Dictionnaire d'Orthophonie, notre intervention « contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie, à la qualité de vie du patient » (Brin-Henry et al., 2011). La réhabilitation par l'orthophoniste se doit donc d'aller plus loin que la simple rééducation du symptôme (ici la dysphagie), et être synonyme d'une prise en compte du patient dans sa globalité.

## 2 Réflexothérapie auriculaire et cancers ORL : les niveaux d'action possibles

La médecine dite « traditionnelle » ou « complémentaire » n'est généralement pas incluse dans les systèmes de santé publique des pays occidentaux, bien qu'elle soit de plus en plus utilisée. Or, de nombreux auteurs affirment qu'il serait pertinent d'apporter aux patients atteints de cancers des soins intégratifs, c'est-à-dire, associant des traitements conventionnels et des thérapies complémentaires. Ces soins viseraient notamment à éviter une trop grosse consommation d'opioïdes, mais également à soulager certains symptômes que les médicaments conventionnels ne traiteraient pas complètement, ou alors avec des effets secondaires

importants. En somme, les équipes soignantes cherchent de plus en plus à pallier la diminution de la qualité de vie des patients, causée par les cancers – ORL notamment – et leurs traitements (Bagot et al., 2021; L. Chen et al., 2021; Mercadante et al., 2017). C'est pour cela qu'il peut être congruent de s'intéresser à la réflexothérapie/acupuncture auriculaire que de nombreux articles mettent en lien avec les différents cancers, leurs traitements, ainsi que leurs effets secondaires.

## 2.1 Dérégulation du système neurovégétatif et qualité de vie

Nous l'avons évoqué, les effets secondaires aux cancers et à leurs traitements témoignent d'une altération du bon fonctionnement du système nerveux autonome et par conséquent, de l'homéostasie globale du patient. Les articles recueillis s'intéressent donc aux potentiels bénéfiques que pourrait avoir la réflexothérapie auriculaire sur ce type de symptômes.

Des résultats concluants semblent se dessiner en ce qui concerne l'efficacité de la réflexothérapie sur le symptôme global de « fatigue liée au cancer » (CRF). En effet, l'étude de Lin et al. (2021) ayant fait le choix d'utiliser l'acupuncture auriculaire par le biais de graines de vaccaria et de billes magnétiques fait état d'une efficacité certaine de la réflexothérapie auriculaire pour réduire la fatigue physique et émotionnelle, les troubles du sommeil et l'anxiété chez les personnes atteintes d'un cancer et traitées par chimiothérapie.

Dans cette même lignée, l'étude réalisée par Hörtermann et al. (2021) a pu permettre de constater que la qualité subjective du sommeil dans le groupe d'acupuncture auriculaire par rapport au groupe suivant une psychothérapie s'était significativement améliorée au cours des 5 semaines d'étude. De plus, l'acupuncture auriculaire a réduit le stress, les symptômes d'anxiété et la fatigue à la cinquième semaine par rapport à la psychothérapie.

A nouveau, selon Tsao et Creedy (2019), après quatre semaines de réflexothérapie auriculaire par le biais d'aiguilles, les scores de quatre différents effets secondaires ont chuté, indiquant une diminution de la fatigue, de la forme physique générale, de l'humeur et du plaisir de vivre. Après six semaines, les effets secondaires ont continué à diminuer par rapport au groupe témoin, en particulier en ce qui concerne les troubles du sommeil.

En somme, les études s'accordent à dire que la réflexothérapie auriculaire réduit la fatigue, les troubles du sommeil, les troubles émotionnels tels que le stress, l'anxiété, la dépression, et, de manière plus générale, améliore le bien-être des patients atteints de cancer (Bagot et al., 2021; Contim et al., 2020; Menezes et al., 2021; Mercadante et al., 2017; Song et al., 2015).

Concernant les troubles digestifs, il semble que la réflexothérapie auriculaire ait également son rôle à jouer. En effet, l'acupuncture auriculaire semble efficace et sans danger pour améliorer l'appétit et aider les patients atteints de cancer à un stade avancé à prendre du poids plus efficacement qu'avec les soins conventionnels habituels. Il s'agit pour les auteurs d'un moyen pratique, sûr et efficace pour aider les patients à résoudre leurs difficultés de perte d'appétit et ainsi, acquérir une meilleure qualité de vie (Sun et al., 2020; Tsao & Creedy, 2019). L'utilisation de l'acupuncture auriculaire, en parallèle de thérapies médicales conventionnelles, participe à soulager les nausées et les vomissements induits par la chimiothérapie, sans produire d'effets secondaires. Par conséquent, les auteurs affirment qu'il est ainsi possible d'améliorer l'état des patients, mais également de minimiser les effets secondaires de la chimiothérapie par ce biais et ainsi, préserver la qualité de vie des patients (L. Chen et al., 2021; Contim et al., 2020; Eghbali et al., 2016; Song et al., 2015).

Enfin, les troubles digestifs de type constipation/diarrhée semblent également pouvoir être soulagés par la réflexothérapie auriculaire : les auteurs la recommandent en complément de soins conventionnels habituels (C.-Y. Chen et al., 2018; L. Chen et al., 2021; Contim et al., 2020).

Dans une moindre mesure, certains auteurs affirment que la réflexothérapie auriculaire permet également de diminuer les symptômes de dyspnée (Contim et al., 2020) et de neuropathie (Bagot et al., 2021).

Ces différents résultats peuvent s'expliquer par le phénomène suivant : la réflexothérapie auriculaire permettrait de diminuer le niveau de cortisol en agissant sur la régulation de l'activité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, lui-même centre de contrôle des réponses au stress mais également régulateur des procédés de digestion, de système immunitaire, d'humeur et d'émotions (Wei et al., 2017). De plus, il existe un protocole standardisé d'acupuncture dans lequel cinq points de l'oreille sont piqués, appelé le protocole NADA (National Acupuncture Detoxification Association). Les données cliniques recueillies suggèrent que l'utilisation du protocole NADA peut avoir un effet sur un large éventail de symptômes, notamment une amélioration de la santé physique et émotionnelle chez des patients atteints d'un cancer. Les experts supposent que l'efficacité du protocole NADA sur ce panel de symptômes est directement lié à son action de promotion de l'homéostasie permettant ainsi d'améliorer le fonctionnement du système endocrinien et du système nerveux autonome de l'individu, conduisant à un certain bien-être et une meilleure qualité de vie de manière générale (De Valois

et al., 2015). Ces deux études semblent donc s'accorder sur un même argument afin d'expliquer l'efficacité de la réflexothérapie auriculaire sur ces symptômes neurovégétatifs.

➔ Comme pour la partie précédente, douleur et dysphagie ont été traitées dans deux sous-parties dédiées.

## 2.2 La douleur

La douleur liée aux cancers et à leurs traitements est assez fréquente, comme nous l'avons vu précédemment. Des études ont donc voulu expérimenter l'effet de la réflexothérapie auriculaire auprès de patients souffrant de ce type de douleur.

Bagot et al. (2021) ont utilisé la réflexothérapie auriculaire par le biais d'aiguilles semi-permanentes et de cryopuncture à l'azote. Selon ces auteurs, les résultats sont apparus en moins de deux jours et ont souvent permis une désescalade des traitements analgésiques. Elle est particulièrement recommandée dans le cadre de douleur d'intensité modérée à sévère (ostéoarticulaire, post-chimiothérapie, neuropathie, douleur fantôme post-chirurgicale).

Ces résultats sont concordants avec une étude randomisée réalisée sur des patients atteints de cancer, qui a montré qu'après 2 séances d'acupuncture auriculaire, l'intensité de la douleur était réduite de 36%. En effet, l'intensité de la douleur a diminué ou est restée stable après l'acupuncture auriculaire chez tous les patients. Il est à noter que l'amélioration ne s'est pas limitée à la diminution de la douleur. Les patients qui ont connu une amélioration après l'acupuncture auriculaire ont également déclaré qu'ils se sentaient mieux et certains, au point même de demander l'interruption de leur traitement analgésique (Alimi et al., 2000).

Toujours dans cette même continuité, une nouvelle étude a montré que la réflexothérapie auriculaire s'était avérée efficace pour réduire l'intensité de la douleur chez les patients cancéreux sous chimiothérapie. Elle a même contribué à faire changer les patients de perspective en ce qui concerne la prise d'analgésiques, réduisant ainsi la consommation de ceux-ci (Ruela et al., 2018). Ces données abondent dans le sens des résultats exprimés dans les deux études précédemment mentionnées.

De plus en plus d'études ont commencé à faire le lien entre soulagement de la douleur et réflexothérapie auriculaire. Après les attentats du 11 septembre, Richard Niemtzow, un médecin militaire, a créé le protocole d'oreille en cinq points BFA (issu de l'anglais « battlefield acupuncture »), utilisant des aiguilles semi-permanentes. Suite à cela, l'armée publie en 2012 une étude visant à montrer la faisabilité d'amener l'acupuncture auriculaire en

première ligne des soins d'évacuation aéromédicale. Des infirmières ont ainsi pu la pratiquer sans que le protocole n'interfère avec leurs autres tâches médicales. Les blessés ont obtenu un soulagement de la douleur, la majorité d'entre eux déclarant qu'ils choisiraient de recevoir à nouveau ce traitement (Walter et al., 2012). Par la suite, l'armée américaine introduira effectivement cette acupuncture du champ de bataille dans le but de traiter les soldats blessés sur le terrain, sans les endormir (Murakami et al., 2017).

En somme, les études semblent attester d'une certaine efficacité de la réflexothérapie auriculaire sur les patients souffrant de douleurs liées aux cancers ou à leurs traitements, proposant un effet analgésique significatif en termes de réduction du score de douleur, d'effet analgésique plus rapide et de durée d'action plus longue, par rapport à la médecine conventionnelle seule (Contim et al., 2020; Pirnia et al., 2017; Yu et al., 2016). Ces résultats ont également été constatés dans le cadre de douleurs musculosquelettiques chroniques dans une population diversifiée de survivants aux cancers, où la réflexothérapie auriculaire est venue réduire plus efficacement la gravité de ces-dites douleurs que les soins conventionnels habituels (Mao et al., 2021).

### 2.3 La dysphagie

S'agissant d'un symptôme récurrent en post-radiothérapie dans le cadre des cancers ORL notamment, les auteurs ont cherché à mettre en évidence une potentielle efficacité de la réflexothérapie auriculaire sur la xérostomie et l'hyposialie.

L'étude pilote de Sergeant et al. (2016) a montré que 66,7% des patients ont attesté d'une amélioration significative de leur qualité de vie. 41,7 % et 8,3 % des patients ont respectivement déclaré percevoir une forte et une très forte amélioration des symptômes de xérostomie et d'hyposialie. 100% des patients évalués (15 patients au total) recommandent d'ailleurs la réflexothérapie auriculaire pour le soulagement de ces maux.

En effet, il a été montré dans une autre étude que cette technique aidait à soulager les symptômes de la sécheresse buccale, et a apporté un plus grand bénéfice que les soins bucco-dentaires seuls. Les patients ont observé des réductions significatives en termes de sensation de sécheresse buccale et de salive collante, mais également la réduction de comportements tels que la nécessité de boire de petites gorgées pour avaler la nourriture, ou encore, de se réveiller la nuit pour boire. Les séances d'acupuncture auriculaire duraient 20 minutes, de manière hebdomadaire pendant 8 semaines consécutives. Des aiguilles étaient insérées dans le derme de

l'oreille, maintenues pendant 20 minutes et tournées manuellement au bout de 10 minutes (Simcock et al., 2013).

Ces résultats sont confirmés par l'étude de Menezes et al. (2021) qui a pu observer que la pratique de l'acupuncture auriculaire a augmenté la production de salive et réduit la perception de sécheresse buccale chez les patients évalués. L'acupuncture auriculaire a permis de réduire la xérostomie et d'augmenter le volume de la salive sans modifier le pH de la salive chez les patients irradiés atteints de cancer ORL. Des graines de moutarde avaient été utilisées sur différents points auriculaires de l'oreille gauche ou droite, et l'oreille traitée était alternée chaque semaine. Toutes les graines ont été fixées sur les oreilles avec un adhésif antiallergique pendant 7 jours consécutifs. Après 7 jours, les graines de moutarde ont été retirées et jetées.

Autant d'éléments qui laisse penser que la réflexothérapie auriculaire serait une aide précieuse pour réduire l'hyposalivation et la xérostomie des patients atteints de cancer ORL et ayant été traités par radiothérapie (Mercadante et al., 2017).

➔ Une partie des chercheurs reste prudente et encourage la réalisation d'études supplémentaires, de grande envergure et méthodologiquement bien fondées, pour juger de l'efficacité de la réflexothérapie auriculaire, mais également pour déterminer le meilleur rythme à adopter en termes de nombre/fréquence de séances auprès des patients et pour faciliter l'acceptation de cette technique par l'ensemble des professionnels de santé (Ruela et al., 2018; Sergeant et al., 2016). En effet, pour eux, les preuves de bonne qualité sont jusque-là trop peu suffisantes, notamment en ce qui concerne le soulagement de la douleur liée aux cancers (Paley et al., 2015; Paley, Johnson, et al., 2011; Paley, Tashani, et al., 2011). Toutefois, ces résultats sont prometteurs, les auteurs incitent d'ailleurs à utiliser la réflexothérapie auriculaire en complément de la médecine traditionnelle, notamment en ce qui concerne les traitements analgésiques et antiémétiques (L. Chen et al., 2021; Yu et al., 2016).

# DISCUSSION

## 1 Vérification des hypothèses théoriques

Ce mémoire a permis de confirmer que, si les patients en post-cancérologie ORL étaient bien atteints d'une dysphagie, ils étaient également victimes de symptômes plus globaux, traduisant une dérégulation du système nerveux autonome. En effet, de nombreux scientifiques mettent en avant une grande fatigabilité, accompagnée de troubles du sommeil et d'anxiété. L'accumulation de ce type de symptômes peut conduire les patients à un état dépressif, comme le rappelle l'ensemble des auteurs. De plus, des troubles digestifs sont également majoritairement recensés : perte d'appétit, anorexie, nausées/vomissements et constipation/diarrhée. Ajouté à cela, la douleur liée au cancer et à ses traitements semble toucher la plupart des patients. Comme stipulé dans de nombreux articles, cet ensemble de symptômes impactent grandement la qualité de vie des patients, rendant difficile leur récupération.

En tant qu'orthophoniste, les connaissances et le bagage théorique solide acquis pendant notre cursus nous permettent d'agir sur le symptôme du patient en post-cancérologie ORL, ici, la dysphagie. En revanche, nous n'avons pas les outils pour agir sur les symptômes globaux qui découlent de l'altération du fonctionnement du système neurovégétatif, causée par le cancer ORL et ses traitements. Or, l'orthophonie est définie comme un métier de réadaptation, visant un retour à l'indépendance et au renforcement des capacités des personnes que nous recevons. Il est donc de notre devoir de ne pas se cantonner à la simple rééducation du symptôme, mais bien de prendre en charge le patient dans sa globalité, dans la limite de notre champ de compétences et toujours dans le but de servir nos objectifs thérapeutiques orthophoniques. C'est notamment pour cette raison qu'il pourrait être intéressant pour nous d'adopter à notre intervention orthophonique, un outil complémentaire qui nous permettrait d'atteindre le système nerveux autonome du patient.

Les articles recueillis ont permis de mettre en lien réflexothérapie auriculaire et cancers, notamment ORL. En effet, les auteurs observent globalement une amélioration des troubles de la déglutition (xérostomie, asialie), mais également une réduction de la fatigue, des insomnies, de l'anxiété et du stress. Certains chercheurs affirment que l'état dépressif peut être largement diminué, ainsi que l'ampleur des troubles digestifs et de la douleur ressentis par les patients. Autant d'éléments qui semblent effectivement indiquer que la réflexothérapie auriculaire permet une amélioration des effets secondaires aux cancers et à leurs traitements (dont les

troubles de la déglutition) mais également plus globalement, de la qualité de vie des patients. En effet, selon les références scientifiques recueillies la réflexothérapie auriculaire permettrait de diminuer le niveau de cortisol en agissant sur la régulation de l'activité de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien, ce qui participerait à restaurer l'homéostasie du patient, rééquilibrant ainsi le système endocrinien et le système nerveux autonome de l'individu. Ce processus conduit par conséquent à une meilleure qualité de vie physique mais également émotionnelle pour le patient.

## 2 Limites de l'étude

34 articles ont permis de rédiger notre revue systématique de la littérature, correspondant à la partie « Résultats » de ce mémoire. Même si ce nombre d'études nous a permis d'avoir un bon aperçu du lien qui peut exister entre réflexothérapie auriculaire et patients atteints de dysphagie en post-cancérologie ORL, une sélection plus importante d'articles aurait été bénéfique à une rédaction plus exhaustive de ce mémoire.

Malheureusement, il s'agit d'un sujet relativement récent, nous n'avons donc pas encore beaucoup de recul sur cette technique et ses mécanismes d'action, et la littérature n'est donc pas très dense sur ce propos. En effet, même si la Médecine traditionnelle chinoise est une technique vieille de 3000 ans et l'auriculothérapie selon Paul Nogier date de 1950, nous remarquons que, sur nos 34 articles scientifiques, une dizaine date d'entre 2020 et 2021, ce qui indique un engouement particulièrement récent pour ces questions. Il est donc fort probable que, dans le futur, de plus en plus d'études soient réalisées pour étudier l'efficacité de la réflexothérapie auriculaire sur les symptômes manifestés par le patient à la suite de son cancer et des différents traitements.

Il pourrait donc être pertinent d'approfondir les recherches dans le futur, tout en élargissant notre sélection de bases de données scientifiques. En effet, trois bases de données nous ont servi pour cette étude, en raison notamment de leur partenariat avec l'Université de Lorraine, nous donnant ainsi un accès gratuit à un panel assez large de littérature. Cependant, un recueil d'articles sur d'autres bases de données scientifiques aurait pu permettre d'effectuer un tour d'horizon plus large, plus global, plus complet.

De plus, les articles recueillis ne traitaient pas exclusivement des cancers ORL, ni exclusivement de la réflexothérapie avec un stilet comme elle se pratique selon Paul Nogier. Les références scientifiques sélectionnées nous ont permis de faire un état des lieux global des

symptômes touchant les patients atteints de cancers toutes localisations confondues, y compris ORL, sur lesquels était appliqué un protocole de réflexothérapie auriculaire toutes techniques confondues (aiguilles d'acupuncture, laser, aimants, billes magnétiques, graines auriculaires, acupressure digitale, etc.). Cependant, le fait que les auteurs ayant utilisé des techniques différentes d'acupuncture auriculaire, sur des patients atteints de différents cancers, témoignent tous de l'efficacité de cette technique sur ces symptômes, nous laisse à penser que peu importe le moyen de stimulation utilisée, c'est cette dite-stimulation qui est essentielle.

Il est important de noter que les informations recueillies à propos des actions de la réflexothérapie sur les effets secondaires aux traitements du cancer, se concentrent presque exclusivement sur les conséquences liées à la radiothérapie et à la chimiothérapie. Nous n'avons donc pas d'éléments probants en ce qui concerne les incidences spécifiquement liées aux chirurgies ORL.

Enfin, il est nécessaire de préciser qu'à la suite de nos recherches, nous avons obtenu 2 études à haut niveau de preuve scientifique, 6 publications à niveau de preuve modéré, 2 articles proposant un bas niveau de preuve et 1 étude correspondant à un niveau de preuve incertain, en ce qui concerne la méthodologie employée pour le recueil de leurs résultats. Nous ne pouvons donc pas attester de manière rigoureusement scientifique de l'efficacité de la réflexothérapie auriculaire sur les patients atteints de dysphagie en post-cancérologie ORL. Toutefois, il s'agit de résultats très encourageants. C'est pourquoi il serait intéressant de continuer les recherches bibliographiques pour veiller à toute nouvelle étude qui pourrait paraître sur le sujet.

### 3 Perspectives envisagées

Ce mémoire offre des perspectives pour le futur en ce qui concerne la prise en charge orthophonique des patients atteints de dysphagie en post-cancérologie ORL. En effet, même si rien ne peut être affirmé de manière certaine en l'état actuel des choses, nous avons assez d'éléments (y compris des données cliniques recueillies en stage) pour penser que la réflexothérapie auriculaire pourrait effectivement être un partenaire de choix pour l'intervention orthophonique afin d'atteindre une prise en charge du patient dans sa globalité.

Cette revue de la littérature scientifique pourrait donc être le point de départ d'une étude pilote, basée sur les principes de l'Evidence Based Practice (EBP). Son objectif serait de réaliser un protocole de réflexothérapie auriculaire appliqué aux patients atteints de dysphagie en post-cancérologie ORL, en complément de l'intervention orthophonique dont ils bénéficieraient

d'ores-et-déjà. Il serait important d'évaluer les troubles de la déglutition manifestés par le patient, afin de déterminer les différents symptômes et mécanismes physiopathologiques en jeu. En parallèle, il serait nécessaire d'évaluer spécifiquement les symptômes présentés par le patient qui relèveraient d'une dérégulation du système neurovégétatif (grande fatigabilité, anxiété/stress, dépression, douleurs, troubles digestifs) afin de pouvoir dresser un portrait précis et complet du patient en ce qui concerne son état physique et émotionnel.

## CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire bibliographique était, en nous appuyant sur les résultats obtenus à la suite de notre revue systématique de la littérature, de pouvoir comprendre et légitimer scientifiquement ce que nous avons observé de façon empirique. En effet, nous souhaitons mettre en lumière les raisons pour lesquelles la réflexothérapie auriculaire, en complément de l'intervention orthophonique, permet d'observer de meilleurs bénéfices pour le patient que la prise en charge orthophonique seule.

Pour conclure, les patients atteints de dysphagie en post-cancérologie ORL présentent, en grande majorité, d'importants troubles associés témoignant d'un fonctionnement altéré du système neurovégétatif qui viennent amoindrir leur qualité de vie et leur récupération. Grâce à l'intervention orthophonique, nous pouvons agir sur la dysphagie, mais nos outils ne nous permettent pas d'agir sur ces symptômes complémentaires manifestés par le patient. Or, il semble intéressant pour notre profession de pouvoir intégrer à notre prise en charge, un outil complémentaire qui viendrait potentialiser les effets de notre rééducation, en nous permettant de considérer le patient dans sa globalité et ainsi, d'agir sur sa qualité de vie. En somme, cette combinaison d'outils permettrait de faciliter l'obtention d'une récupération globale et optimale pour le patient.

A l'heure actuelle, de plus en plus de scientifiques affirment que la réflexothérapie auriculaire est efficace pour rééquilibrer le système neurovégétatif et ainsi, restaurer l'homéostasie globale du patient. Elle permet ainsi d'agir directement sur la qualité de vie du patient et de faciliter sa récupération. De plus, certaines études ont montré que cette technique avait également pour bénéfice de diminuer la xérostomie et l'asialie présentées par les patients en post-cancérologie ORL, ce qui nous intéresse particulièrement en tant qu'orthophoniste. Ainsi, même si la littérature mérite d'être étoffée à ce sujet, tous les chercheurs qui se sont intéressés au sujet abondent dans le même sens.

Au vu des éléments recueillis, nous avons donc de bonnes raisons de penser que la réflexothérapie auriculaire est effectivement un outil complémentaire pertinent à l'intervention orthophonique afin que le patient atteint de dysphagie en post-cancérologie ORL puisse profiter pleinement de la prise en charge et d'une récupération optimale, lui permettant ainsi de retrouver son autonomie.

## BIBLIOGRAPHIE

- Alimi, D., Rubino, C., Pichard-Léandri, E., & Fermand-Brulé, S. (2000). Analgesic effects of auricular acupuncture for cancer pain : A randomized, blinded, controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(2), 81-82. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(99\)00140-2](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(99)00140-2)
- Ameli.fr. (2021, mars 23). *Prévenir le cancer de la bouche et de la gorge* [Santé publique]. L'assurance Maladie. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-des-voies-aerodigestives-superieures/prevention>
- Antoine, M. (2018). *Prévalence des effets secondaires cutanés de la radiothérapie administrée dans le traitement du cancer du sein en médecine générale* [Médecine humaine et pathologie]. Université de Montpellier.
- Babin, E., Heutte, N., Grandazzi, G., Prévost, V., & Robard, L. (2014). Qualité de vie des patients et soins de support en cérologie des VADS. *Bulletin du Cancer*, 101(5), 505-510.
- Bagot, J.-L., Martini-Hubrecht, L., Feidt, P., Milanov, A.-C., Grabherr, C., Sacadura, M., Serpeault, M., Hoffmann, F., Mazur, C., & Wendling, C. (2021). The first French Outpatient hospital for integrative oncology care at the Saint-Vincent Hospital Group in Strasbourg. Organisation and preliminary therapeutic results. *Revue d'Homeopathie*, 12(4), e70-e80. Embase. <https://doi.org/10.1016/j.revhom.2021.10.006>
- Barbe, A. G. (2017). Long-term Use of the Sialogogue Medications Pilocarpine and Cevimeline Can Reduce Xerostomia Symptoms and Increase Salivary Flow in Head and Neck Cancer Survivors After Radiotherapy. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, 17(3), 268-270. <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2017.06.013>

- Bazire, P. (2017, décembre 13). Réflexothérapie et pendule neurovégétatif. *A.M.P.K : organisme formateur du C.E.R.A.* [http://www.cera-formation.com/actu/article.php?id\\_art=16](http://www.cera-formation.com/actu/article.php?id_art=16)
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'Orthophonie* (4e édition). Ortho Edition.
- Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard. (2021, février 18). *Infections à HPV - Cancer et environnement*. Cancer Environnement. <https://www.cancer-environnement.fr/610-Infections-a-HPV.ce.aspx#Recommandations%20vaccinales%20contre%20les%20papillomavirus>
- Centre national de ressources textuelles et lexicales. (s. d.). *Homéostasie : Définition*. CNRTL. Consulté 12 avril 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/hom%C3%A9ostasie>
- Chargari, C., Supiot, S., Hennequin, C., Chapel, A., & Simon, J.-M. (2020). Traitement des effets tardifs après la radiothérapie : Quoi de neuf ? *Cancer/Radiothérapie*, 24(6), 602-611. <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2020.06.007>
- Chen, C.-Y., Lin, X.-X., & Wang, X. (2018). Efficacy of Non-Invasive Auricular Acupressure for Treating Constipation in Leukemia Patients Undergoing Chemotherapy : A Systematic Review. *Complementary Medicine Research*, 25(6), 406-412. <https://doi.org/10.1159/000491693>
- Chen, L., Wu, X., Chen, X., & Zhou, C. (2021). Efficacy of Auricular Acupressure in Prevention and Treatment of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Patients with Cancer : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2021((Chen L., 514124952@qq.com; Chen X., xisuichen@126.com) First Affiliated Hospital of Shantou University Medical College, Shantou, China). Embase. <https://doi.org/10.1155/2021/8868720>

- Cleeland, C. S., Zhao, F., Chang, V. T., Sloan, J. A., O'Mara, A. M., Gilman, P. B., Weiss, M., Mendoza, T. R., Lee, J.-W., & Fisch, M. J. (2013). The symptom burden of cancer : Evidence for a core set of cancer-related and treatment-related symptoms from the Eastern Cooperative Oncology Group's Symptom Outcomes and Practice Patterns Study. *Cancer*, *119*(24), 10.1002/cncr.28376. <https://doi.org/10.1002/cncr.28376>
- Collège d'Auriculothérapie, Microsystèmes d'Acupuncture et Réflexologie. (2019, février 19). Fiche Auriculothérapie. *ICAMAR.ORG*. <https://www.icamar.org/fiche-auriculotherapie/>
- Article 32—Qualité des soins, Pub. L. No. R.4127-32, R.4127-32 R.4127-32 (1971). <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-32-qualite-soins>
- Article 39—Charlatanisme, Pub. L. No. R.4127-39, R.4127-39 R.4127-39 (1971). <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-39-charlatanisme>
- Contim, C. L. V., Santo, F. H. do E., & Moretto, I. G. (2020). Applicability of auriculotherapy in cancer patients : An integrative literature review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, *54*, e03609. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019001503609>
- De Valois, B., Young, T. E., Thorpe, P., Preston, J., & Degun, T. (2015). Improving well-being of prostate cancer survivors using the NADA acupuncture protocol : A clinical outcome study. *Medical Acupuncture*, *27*(3), 194-205. Embase. <https://doi.org/10.1089/acu.2014.1086>
- Defossez, G., Le Guyader-Peyrou, S., Uhry, Z., Grosclaude, P., Remontet, L., Colonna, M., Dantony, E., Delafosse, P., Molinié, F., Woronof, A.-S., Bouvier, A.-M., Bossard, N., & Monnereau, A. (2019). *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018*. Santé publique France.

- Demez, P. (2009). *Evaluation et étude de la perception, au sein du monde médical, de la qualité de vie des patients souffrant d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures*. Université de Liège.
- Département de cancérologie cervico-faciale Gustave Roussy. (s. d.). *Prévention du déficit d'ouverture buccale (trismus post-radique)* (Infos Patients, p. 2). Gustave Roussy. Consulté 14 avril 2022, à l'adresse <https://www.gustaveroussy.fr/sites/default/files/orl-deficit-bucc-2019.pdf>
- Dulguerov, P., & Giger, R. (2007). Xérostomie radio-induite : Prévention, traitement, perspectives. *Revue Médicale Suisse*, 3(127), 2225-2229. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-127/xerostomie-radio-induite-prevention-traitement-perspectives>
- Dutheil, F., Guillemain, F., Biau, J., Pham-Dang, N., Saroul, N., Clavère, P., & Lapeyre, M. (2021). Facteurs prédictifs de l'ostéoradionécrose mandibulaire après irradiation des cancers des voies aérodigestives supérieures. *Cancer/Radiothérapie*, 25(5), 484-493. <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2021.03.002>
- Eghbali, M., Yekaninejad, M. S., Varaei, S., Jalalinia, S. F., Samimi, M. A., & Sa'atchi, K. (2016). The effect of auricular acupuncture on nausea and vomiting caused by chemotherapy among breast cancer patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 189-194. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.06.006>
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2015, décembre). *Cancers de la sphère ORL*. FNO. <https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2018/09/FS-Cancers-ORL.pdf>
- Filhine-Tresarrieu, C. (2010). *Xérostomie et radiothérapie cervico-faciale : Conséquences et thérapeutiques actuelles*. Université Henri Poincaré-Nancy 1.

- Fleming, L., Gillespie, S., & Espie, C. A. (2010). The development and impact of insomnia on cancer survivors: A qualitative analysis. *Psycho-Oncology*, 19(9), 991-996. <https://doi.org/10.1002/pon.1652>
- Fondation ARC. (2017). *Les cancers des voies aérodigestives supérieures* (Comprendre et agir). Fondation ARC pour la recherche sur le cancer.
- Fonds Anticancer, & Société européenne d'oncologie médicale. (2015). *Cancers de la tête et du cou : Un guide pour les patients* (Série Guides pour les patients EMSO/ACF). Fonds Anticancer.
- Fonseca-Silva, T., Farias, L. C., Cardoso, C. M., de Souza, L. R., de Carvalho Fraga, C. A., de Oliveira, M. V. M., Barros, L. O., Alves, L. R., De-Paula, A. M. B., Marques-Silva, L., Gomez, R. S., & Guimarães, A. L. S. (2012). Analysis of p16<sup>CDKN2A</sup> Methylation and HPV-16 Infection in Oral Mucosal Dysplasia. *Pathobiology*, 79(2), 94-100. <https://doi.org/10.1159/000334926>
- Fritz, A., Percy, C., Jack, A., Shanmugaratnam, K., Sobin, L. H., Parkin, D. M., Whelan, S. L., & World Health Organization. (2008). Classification internationale des maladies pour l'oncologie. *International classification of diseases for oncology*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43859>
- Gao, J., Wu, G., Mao, E., & Zhao, H. (2020). Auricular acupuncture for breast cancer-related depression: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 99(45), e22870. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000022870>
- Gesbert, A. (2013). Le pouls de Nogier. *Biocontact*, 233, 4.
- Ghoshal, A., Salins, N., Deodhar, J., Damani, A., & Muckaden, M. (2016). Symptomatology of cancer related fatigue and impact on quality of life of palliative care patients in a tertiary cancer institute : A prospective observational study. *Supportive Care in Cancer*, 24(1), S111. Embase. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3209-z>

- Gueguen, J., Barry, C., Seegers, V., & Falissard, B. (2013). Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'auriculothérapie. *Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), U669, 224.*
- Haute Autorité de Santé, & Institut National du Cancer. (2012). *Guide ALD n°30 : Cancer des voies aéro-digestives supérieures* (Guide Maladie Chronique). H.A.S et INCa. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/ald\\_30\\_guide\\_vads\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/ald_30_guide_vads_web.pdf)
- Höxtermann, M. D., Buner, K., Haller, H., Kohl, W., Dobos, G., Reinisch, M., Kümmel, S., Cramer, H., & Voiss, P. (2021). Efficacy and safety of auricular acupuncture for the treatment of insomnia in breast cancer survivors : A randomized controlled trial. *Cancers, 13*(16). Embase. <https://doi.org/10.3390/cancers13164082>
- Institut national du cancer. (s. d.). *Définition classification TNM*. Institut National Du Cancer. Consulté 12 avril 2022, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/classification-TNM>
- Institut national du cancer. (2018). *Les traitements des cancers des voies aérodigestives supérieures* (Guides patients Cancer info).
- Institut national du cancer. (2019a). *Cancers de la sphère ORL (voies aérodigestives supérieures) : La radiothérapie*. Institut National Du Cancer. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancers-de-la-sphere-ORL-voies-aerodigestives-superieures/La-radiotherapie#toc-quels-sont-les-effets-ind-sirables-possibles->
- Institut national du cancer. (2019b). *Cancers de la sphère ORL (voies aérodigestives supérieures) : Le bilan initial*. Institut National Du Cancer. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancers-de-la-sphere-ORL-voies-aerodigestives-superieures/Le-bilan-initial>

- Institut national du cancer. (2019c). *Cancers de la sphère ORL (voies aérodigestives supérieures) : Les points clés*. Institut National Du Cancer. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancers-de-la-sphere-ORL-voies-aerodigestives-superieures/Les-points-cles>
- Institut national du cancer. (2021). *Panorama des cancers en France—Edition 2021* (Panorama des cancers en France). Institut National Du Cancer. [https://www.e-cancer.fr/pdf\\_inca/preview/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France\\_2021.pdf](https://www.e-cancer.fr/pdf_inca/preview/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France_2021.pdf)
- Irwin, M. R. (2015). Why Sleep Is Important for Health : A Psychoneuroimmunology Perspective. *Annual review of psychology*, *66*, 143-172. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115205>
- Lameiras, T., Lecomtre, O., Nunes De Abreu, J., & Moullé, M.-P. (2016). Cancer ORL : La place de l'aide-soignante en odontologie. *L'Aide-Soignante*, *30*(181), 22-24. <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2016.09.008>
- Li, H., Yao, Q., Huang, X., Zhuo, X., Lin, J., & Tang, Y. (2019). Effet thérapeutique de la prégabaline sur le trismus induit par la radiothérapie chez les patients atteints d'un carcinome du nasopharynx. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, *136*(4), 249-254. <https://doi.org/10.1016/j.aforl.2019.03.001>
- Lin, L., Zhang, Y., Qian, H. Y., Xu, J. L., Xie, C. Y., Dong, B., & Tian, L. (2021). Auricular acupuncture for cancer-related fatigue during lung cancer chemotherapy : A randomised trial. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *11*(1), 32-39. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001937>
- Maingon, P., Créhange, G., Bonnetain, F., Ligey-Bartolomeu, A., Chamois, J., Bruchon, Y., Romanet, P., & Truc, G. (2010). Qualité de vie chez les patients traités pour un cancer

- de la sphère ORL. *Cancer/Radiothérapie*, 14(6), 526-529.  
<https://doi.org/10.1016/j.canrad.2010.06.008>
- Make Sense Campaign. (2022). *Signes d'alerte et symptômes*. Make Sense Campaign.  
<https://makesensecampaign.eu/fr/donnees-sur-le-cancer-des-vads/les-cancers-des-vads/>
- Mao, J. J., Liou, K. T., Baser, R. E., Bao, T., Panageas, K. S., Romero, S. A. D., Li, Q. S., Gallagher, R. M., & Kantoff, P. W. (2021). Effectiveness of Electroacupuncture or Auricular Acupuncture vs Usual Care for Chronic Musculoskeletal Pain Among Cancer Survivors : The PEACE Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncology*, 7(5), 720-727.  
<https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2021.0310>
- Marié, E. (2011). *Le diagnostic par les pouls en Chine et en Europe : Une histoire de la sphygmologie des origines au XVIIIe siècle*. Springer.
- McFarland, D. H. (2016). *L'anatomie en orthophonie : Parole, déglutition et audition* (3e édition). Elsevier Masson.
- Meas, Y. (2007). Situation de l'auriculopuncture en Chine. In Y. Rouxville, Y. Meas, & J. Bossy, *Auriculothérapie* (p. 195-208). Springer Paris. [https://doi.org/10.1007/978-2-287-46617-5\\_14](https://doi.org/10.1007/978-2-287-46617-5_14)
- Meijer, L. (2003). Le cycle de division cellulaire et sa régulation. *Oncologie*, 5(7/8), 311-326.
- Menezes, A. S. da S., Sanches, G. L. G., Gomes, E. S. B., Soares, R. G., Durães, C. P., Fonseca, L. L., Filho, A. de P. S., Ribeiro, A. A. A. de A., Nascimento, J. E., Santos, S. H. S., de Paula, A. M. B., Farias, L. C., & Guimarães, A. L. S. (2021). The combination of traditional and auricular acupuncture to prevent xerostomia and anxiety in irradiated patients with HNSCC : A preventive, parallel, single-blind, 2-arm controlled study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 131(6), 675-683.  
<https://doi.org/10.1016/j.oooo.2021.02.016>

- Mercadante, V., Al Hamad, A., Lodi, G., Porter, S., & Fedele, S. (2017). Interventions for the management of radiotherapy-induced xerostomia and hyposalivation : A systematic review and meta-analysis. *Oral Oncology*, 66, 64-74.  
<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2016.12.031>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : The PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264-269.
- Moniot, V.-A. (2019). *Cancer ORL et virus HPV : un lien méconnu*. Youtube.  
<https://youtu.be/8BP9PIWV2Zk>
- Muir, C., & Percy, C. (1991). Classification and coding for neoplasms. *Cancer registration: principles and methods*. Lyon: IARC, 81.
- Murakami, M., Fox, L., & Dijkers, M. P. (2017). Ear acupuncture for immediate pain relief— A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Medicine (United States)*, 18(3), 551-564. Embase. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw215>
- Navel, J., & Petit, V. (2020). *Méthodes de rééducation du temps pharyngé de la déglutition chez l'adulte*. Aix-Marseille Université.
- Nogier, R. (s. d.). Auriculothérapie et le signal vasculaire de Nogier. *Bienvenue sur le site officiel du Docteur Raphaël Nogier*. Consulté 15 avril 2022, à l'adresse <http://www.auriculo.biz/auriculomedecine/>
- Nogier, R. (2016). L'auriculothérapie et l'Organisation Mondiale de la Santé. *Acupuncture & Moxibustion*, 15(1), 65-67.
- Nogier, R. (2018). *La santé par l'oreille : Comprendre et utiliser l'auriculothérapie*. Fleurus.
- Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946*

(*Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100*) et entré en vigueur le 7 avril 1948. Organisation Mondiale de la Santé.  
<https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Organisation mondiale de la Santé. (1988). *Third WHO Regional Working Group on the Standardization of Acupuncture Nomenclature, Seoul, 25-30 June 1987 : Report*. WHO Regional Office for the Western Pacific.

Organisation mondiale de la Santé. (1990). Nomenclature internationale type en acupuncture : Memorandum d'une reunion de l'OMS. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 68, 425-429.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345769/PMC2393143.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organisation mondiale de la Santé. (1991a). *Report of the working group on auricular acupuncture nomenclature : Lyon, France, 28-30 November 1990*. Organisation mondiale de la Santé.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/60870/WHO\\_TRM\\_91.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/60870/WHO_TRM_91.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organisation mondiale de la Santé. (1991b). A Proposed Standard International Acupuncture Nomenclature : Report of a WHO Scientific Group. *Annals of Internal Medicine*, 115(4), 335. [https://doi.org/10.7326/0003-4819-115-4-335\\_2](https://doi.org/10.7326/0003-4819-115-4-335_2)

Organisation mondiale de la Santé. (2002a). *Acupuncture : Review and analysis of reports on controlled clinical trials*. 23-24.

Organisation mondiale de la Santé. (2002b). *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*. Organisation mondiale de la Santé.

- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95009>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022, février). *La Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes -11e édition*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>
- Paley, C. A., Johnson, M. I., Tashani, O. A., & Bagnall, A.-M. (2011). Acupuncture for cancer pain in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD007753. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007753.pub2>
- Paley, C. A., Johnson, M. I., Tashani, O. A., & Bagnall, A.-M. (2015). Acupuncture for cancer pain in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD007753. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007753.pub3>
- Paley, C. A., Tashani, O. A., Bagnall, A.-M., & Johnson, M. I. (2011). A Cochrane systematic review of acupuncture for cancer pain in adults. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1(1), 51-55. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000022>
- Pélicier, J. (2019). *La Médecine traditionnelle chinoise pour les nuls*. Edi8.
- Pirnia, B., Pirnia, K., Teimouri, M., & Kolahi, P. (2017). Acupuncture for back pain in colon cancer : A case report. *International Journal of Cancer Management*, 10(12). Embase. <https://doi.org/10.5812/ijcm.15087>
- Poissonnet, G., Benezery, K., Peyrade, F., Bozec, A., Bensadoun, R.-J., Marcy, P. Y., Santini, J., & Dassonville, O. (2007). Cancers ORL : Les grands principes thérapeutiques. *La Presse Médicale*, 36(11, Part 2), 1634-1642. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2007.03.036>
- Ricard, F. (1982). Stimulations réflexes du pavillon de l’oreille et kinésithérapie. *Annales de Kinésithérapie*, 9, 79-94.

- Righini, C. A., Timi, N., Junet, P., Bertolo, A., Reyt, E., & Atallah, I. (2013). Évaluation du statut nutritionnel, lors du diagnostic, des patients traités pour un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS). *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, 130(1), 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.aforl.2012.11.001>
- Rouxeville, Y. (2007a). Cartographies d'oreille, d'après les travaux de Paul Nogier. In Y. Rouxeville, Y. Meas, & J. Bossy, *Auriculothérapie* (p. 135-156). Springer Paris. [https://doi.org/10.1007/978-2-287-46617-5\\_11](https://doi.org/10.1007/978-2-287-46617-5_11)
- Rouxeville, Y. (2007b). Le diagnostic en auriculothérapie. In Y. Rouxeville, Y. Meas, & J. Bossy, *Auriculothérapie* (p. 113-134). Springer Paris. [https://doi.org/10.1007/978-2-287-46617-5\\_10](https://doi.org/10.1007/978-2-287-46617-5_10)
- Rouxeville, Y. (2007c). Modes d'action de l'auriculothérapie. In Y. Rouxeville, Y. Meas, & J. Bossy, *Auriculothérapie* (p. 99-112). Springer Paris. [https://doi.org/10.1007/978-2-287-46617-5\\_9](https://doi.org/10.1007/978-2-287-46617-5_9)
- Rouxeville, Y. (2007d). Particularités du « point d'oreille ». In Y. Rouxeville, Y. Meas, & J. Bossy, *Auriculothérapie* (p. 83-98). Springer Paris. [https://doi.org/10.1007/978-2-287-46617-5\\_8](https://doi.org/10.1007/978-2-287-46617-5_8)
- Rouxeville, Y. (2007e). Place de l'auriculothérapie dans la médecine. In Y. Rouxeville, Y. Meas, & J. Bossy, *Auriculothérapie* (p. 7-17). Springer Paris. [https://doi.org/10.1007/978-2-287-46617-5\\_2](https://doi.org/10.1007/978-2-287-46617-5_2)
- Rouxeville, Y. (2011). Le RAC décrit par Paul Nogier. In Y. Rouxeville & Y. Méas (Éds.), *Panorama de l'auriculothérapie et de l'auriculomédecine* (p. 119-127). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0218-3\\_17](https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0218-3_17)
- Rouxeville, Y., Malafosse, P., Vulliez, C., Sant'Anna, F. M., & Trabelsi, D. (2022). Groupe d'experts AMATA : Académie Médicale d'Auriculothérapie et de Thérapies Associées (auriculomédecine, réflexologie, médecine photonique, neuromodulation auriculaire):

- réponses du groupe AMATA sur la pose d'aiguilles à l'oreille par les masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État en France. *Hegel*, N° 1(1), 52-56.  
<https://doi.org/10.3917/heg.121.0052>
- Ruela, L. de O., Iunes, D. H., Nogueira, D. A., Stefanello, J., & Gradim, C. V. C. (2018). Effectiveness of auricular acupuncture in the treatment of cancer pain : Randomized clinical trial. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 52, e03402.  
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017040503402>
- Sergeant, C., Dolivet, G., Merlin, J. L., Trendel, D., Phulpin, B., Launay-Vacher, V., & Scotte, F. (2016). Auriculotherapy in radio-induced xerostomia : A clinical study in patients with head and neck cancer. *Supportive Care in Cancer*, 24(1), S242. Embase.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-016-3209-z>
- Simcock, R., Fallowfield, L., Monson, K., Solis-Trapala, I., Parlour, L., Langridge, C., & Jenkins, V. (2013). ARIX : A randomised trial of acupuncture v oral care sessions in patients with chronic xerostomia following treatment of head and neck cancer. *Annals of Oncology*, 24(3), 776-783. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds515>
- Song, H. J., Seo, H.-J., Lee, H., Son, H., Choi, S. M., & Lee, S. (2015). Effect of self-acupressure for symptom management : A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 23(1), 68-78. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2014.11.002>
- Stepanski, E. J., Walker, M. S., Schwartzberg, L. S., Blakely, L. J., Ong, J. C., & Houts, A. C. (2009). The Relation of Trouble Sleeping, Depressed Mood, Pain, and Fatigue in Patients with Cancer. *Journal of Clinical Sleep Medicine : JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 5(2), 132-136.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2670332/>

- Sun, L., Mao, J. J., Liu, Q., Yang, Y., & He, B. (2020). Effects of auricular acupuncture on appetite in patients with advanced cancer : A pilot randomized controlled trial. *Annals of Palliative Medicine*, 9(4), 1804-1811. <https://doi.org/10.21037/apm.2020.04.24>
- Tsao, Y., & Creedy, D. K. (2019). Auricular acupuncture: Reducing side effects of chemotherapy in women with ovarian cancer. *Supportive Care in Cancer*, 27(11), 4155-4163. Embase. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04682-8>
- Vourexakis, Z., & Dulguerov, P. (2011). Les cancers ORL HPV positifs. *Revue médicale suisse*, 3(311), 1919-1922.
- Walter, J., York, A., Thati, S., Niemtzw, R., & Burns, S. (2012). The feasibility of integrating ear acupuncture into the aeromedical evacuation system from Ramstein Air Base (Germany) to Andrews Air Force Base (US). *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(Suppl 1), P114. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-12-S1-P114>
- Wei, Y., Dong, M., Zhong, L., Liu, J., Luo, Q., Lv, Y., Mo, S., Sun, J., Liu, F., Xu, F., Yan, C., & Dong, J. (2017). Regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity and immunologic function contributed to the anti-inflammatory effect of acupuncture in the OVA-induced murine asthma model. *Neuroscience Letters*, 636, 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2016.11.001>
- Woisard-Bassols, V., & Puech, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte : Le point sur la prise en charge en charge fonctionnelle* (2e édition revue et augmentée). De Boeck Solal.
- Yu, X., Lim, C. E. D., & Cheng, N. C. L. (2016). A systematic review and meta-analysis of acupuncture and related therapies for palliative cancer care. *Focus on Alternative and Complementary Therapies*, 21(2), 97-98. Embase. <https://doi.org/10.1111/fct.12251>

Zaugg, V., Savoldelli, V., Sabatier, B., & Durieux, P. (2014). Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : Méthodologie des revues systématiques: *Santé Publique*, Vol. 26(5), 655-667. <https://doi.org/10.3917/spub.145.0655>

## ANNEXES

**Evaluation de la qualité méthodologique des études d'intervention** (c'est-à-dire, avec groupe contrôle : essais randomisés et études avant-après) – **Les critères de biais** (Zaugg et al., 2014)

**Etude d'intervention 1** (Alimi et al., 2000)

<b>Risque de biais</b>	<b>Faible risque</b>	<b>Haut risque</b>	<b>Risque incertain</b>
<i>Le processus d'allocation était-il correct ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'allocation était-elle correctement masquée ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les niveaux de base des critères de jugement étaient-ils similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les caractéristiques de base étaient-elles similaires ?</i>			<b>X</b>
<i>Les données incomplètes ont-elles été correctement traitées ?</i>	<b>X</b>		
<i>La connaissance de la répartition des sujets dans les groupes a-t-elle été correctement prévenue ?</i>	<b>X</b>		
<i>Le risque de contamination a-t-il été correctement prévenu ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'étude est-elle exempte d'un report sélectif des critères de jugement ?</i>	<b>X</b>		
<b>Risque de biais total</b>	<b>Faible, il s'agit donc d'un article à haut niveau de preuve</b>		

**Etude d'intervention 2** (Barbe, 2017)

<b>Risque de biais</b>	<b>Faible risque</b>	<b>Haut risque</b>	<b>Risque incertain</b>
<i>Le processus d'allocation était-il correct ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'allocation était-elle correctement masquée ?</i>			<b>X</b>
<i>Les niveaux de base des critères de jugement étaient-ils similaires ?</i>			<b>X</b>
<i>Les caractéristiques de base étaient-elles similaires ?</i>			<b>X</b>
<i>Les données incomplètes ont-elles été correctement traitées ?</i>			<b>X</b>
<i>La connaissance de la répartition des sujets dans les groupes a-t-elle été correctement prévenue ?</i>			<b>X</b>
<i>Le risque de contamination a-t-il été correctement prévenu ?</i>			<b>X</b>
<i>L'étude est-elle exempte d'un report sélectif des critères de jugement ?</i>			<b>X</b>
<b>Risque de biais total</b>	<b>Incertain, nous ne pouvons donc pas attester du niveau de preuve de cet article</b>		

**Etude d'intervention 3** (De Valois et al., 2015)

<b>Risque de biais</b>	<b>Faible risque</b>	<b>Haut risque</b>	<b>Risque incertain</b>
<i>Le processus d'allocation était-il correct ?</i>		<b>X</b>	
<i>L'allocation était-elle correctement masquée ?</i>		<b>X</b>	
<i>Les niveaux de base des critères de jugement étaient-ils similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les caractéristiques de base étaient-elles similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les données incomplètes ont-elles été correctement traitées ?</i>			<b>X</b>
<i>La connaissance de la répartition des sujets dans les groupes a-t-elle été correctement prévenue ?</i>		<b>X</b>	
<i>Le risque de contamination a-t-il été correctement prévenu ?</i>			<b>X</b>
<i>L'étude est-elle exempte d'un report sélectif des critères de jugement ?</i>			<b>X</b>
<b>Risque de biais total</b>	<b>Haut, il s'agit donc d'un article à bas niveau de preuve</b>		

**Etude d'intervention 4** (Eghbali et al., 2016)

<b>Risque de biais</b>	<b>Faible risque</b>	<b>Haut risque</b>	<b>Risque incertain</b>
<i>Le processus d'allocation était-il correct ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'allocation était-elle correctement masquée ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les niveaux de base des critères de jugement étaient-ils similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les caractéristiques de base étaient-elles similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les données incomplètes ont-elles été correctement traitées ?</i>			<b>X</b>
<i>La connaissance de la répartition des sujets dans les groupes a-t-elle été correctement prévenue ?</i>	<b>X</b>		
<i>Le risque de contamination a-t-il été correctement prévenu ?</i>			<b>X</b>
<i>L'étude est-elle exempte d'un report sélectif des critères de jugement ?</i>			<b>X</b>
<b>Risque de biais total</b>	<b>Mixte, il s'agit donc d'un article à niveau de preuve modéré</b>		

**Etude d'intervention 5** (Höxtermann et al., 2021)

<b>Risque de biais</b>	<b>Faible risque</b>	<b>Haut risque</b>	<b>Risque incertain</b>
<i>Le processus d'allocation était-il correct ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'allocation était-elle correctement masquée ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les niveaux de base des critères de jugement étaient-ils similaires ?</i>		<b>X</b>	
<i>Les caractéristiques de base étaient-elles similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les données incomplètes ont-elles été correctement traitées ?</i>			<b>X</b>
<i>La connaissance de la répartition des sujets dans les groupes a-t-elle été correctement prévenue ?</i>	<b>X</b>		
<i>Le risque de contamination a-t-il été correctement prévenu ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'étude est-elle exempte d'un report sélectif des critères de jugement ?</i>			<b>X</b>
<b>Risque de biais total</b>	<b>Mixte, il s'agit donc d'un article à niveau de preuve modéré</b>		

**Etude d'intervention 6** (Lin et al., 2021)

<b>Risque de biais</b>	<b>Faible risque</b>	<b>Haut risque</b>	<b>Risque incertain</b>
<i>Le processus d'allocation était-il correct ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'allocation était-elle correctement masquée ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les niveaux de base des critères de jugement étaient-ils similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les caractéristiques de base étaient-elles similaires ?</i>		<b>X</b>	
<i>Les données incomplètes ont-elles été correctement traitées ?</i>			<b>X</b>
<i>La connaissance de la répartition des sujets dans les groupes a-t-elle été correctement prévenue ?</i>	<b>X</b>		
<i>Le risque de contamination a-t-il été correctement prévenu ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'étude est-elle exempte d'un report sélectif des critères de jugement ?</i>			<b>X</b>
<b>Risque de biais total</b>	<b>Mixte, il s'agit donc d'un article à niveau de preuve modéré</b>		

**Etude d'intervention 7** (Menezes et al., 2021)

<b>Risque de biais</b>	<b>Faible risque</b>	<b>Haut risque</b>	<b>Risque incertain</b>
<i>Le processus d'allocation était-il correct ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'allocation était-elle correctement masquée ?</i>		<b>X</b>	
<i>Les niveaux de base des critères de jugement étaient-ils similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les caractéristiques de base étaient-elles similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les données incomplètes ont-elles été correctement traitées ?</i>			<b>X</b>
<i>La connaissance de la répartition des sujets dans les groupes a-t-elle été correctement prévenue ?</i>			<b>X</b>
<i>Le risque de contamination a-t-il été correctement prévenu ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'étude est-elle exempte d'un report sélectif des critères de jugement ?</i>			<b>X</b>
<b>Risque de biais total</b>	<b>Mixte, il s'agit donc d'un article à niveau de preuve modéré</b>		

**Etude d'intervention 8** (Ruela et al., 2018)

<b>Risque de biais</b>	<b>Faible risque</b>	<b>Haut risque</b>	<b>Risque incertain</b>
<i>Le processus d'allocation était-il correct ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'allocation était-elle correctement masquée ?</i>			<b>X</b>
<i>Les niveaux de base des critères de jugement étaient-ils similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les caractéristiques de base étaient-elles similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les données incomplètes ont-elles été correctement traitées ?</i>			<b>X</b>
<i>La connaissance de la répartition des sujets dans les groupes a-t-elle été correctement prévenue ?</i>	<b>X</b>		
<i>Le risque de contamination a-t-il été correctement prévenu ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'étude est-elle exempte d'un report sélectif des critères de jugement ?</i>			<b>X</b>
<b>Risque de biais total</b>	<b>Faible, il s'agit donc d'un article à haut niveau de preuve</b>		

**Etude d'intervention 9** (Simcock et al., 2013)

<b>Risque de biais</b>	<b>Faible risque</b>	<b>Haut risque</b>	<b>Risque incertain</b>
<i>Le processus d'allocation était-il correct ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'allocation était-elle correctement masquée ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les niveaux de base des critères de jugement étaient-ils similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les caractéristiques de base étaient-elles similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les données incomplètes ont-elles été correctement traitées ?</i>			<b>X</b>
<i>La connaissance de la répartition des sujets dans les groupes a-t-elle été correctement prévenue ?</i>			<b>X</b>
<i>Le risque de contamination a-t-il été correctement prévenu ?</i>			<b>X</b>
<i>L'étude est-elle exempte d'un report sélectif des critères de jugement ?</i>			<b>X</b>
<b>Risque de biais total</b>	<b>Mixte, il s'agit donc d'un article à niveau de preuve modéré</b>		

**Etude d'intervention 10** (Sun et al., 2020)

<b>Risque de biais</b>	<b>Faible risque</b>	<b>Haut risque</b>	<b>Risque incertain</b>
<i>Le processus d'allocation était-il correct ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'allocation était-elle correctement masquée ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les niveaux de base des critères de jugement étaient-ils similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les caractéristiques de base étaient-elles similaires ?</i>			<b>X</b>
<i>Les données incomplètes ont-elles été correctement traitées ?</i>			<b>X</b>
<i>La connaissance de la répartition des sujets dans les groupes a-t-elle été correctement prévenue ?</i>	<b>X</b>		
<i>Le risque de contamination a-t-il été correctement prévenu ?</i>			<b>X</b>
<i>L'étude est-elle exempte d'un report sélectif des critères de jugement ?</i>			<b>X</b>
<b>Risque de biais total</b>	<b>Mixte, il s'agit donc d'un article à niveau de preuve modéré</b>		

**Etude d'intervention 11** (Tsao & Creedy, 2019)

<b>Risque de biais</b>	<b>Faible risque</b>	<b>Haut risque</b>	<b>Risque incertain</b>
<i>Le processus d'allocation était-il correct ?</i>	<b>X</b>		
<i>L'allocation était-elle correctement masquée ?</i>		<b>X</b>	
<i>Les niveaux de base des critères de jugement étaient-ils similaires ?</i>	<b>X</b>		
<i>Les caractéristiques de base étaient-elles similaires ?</i>			<b>X</b>
<i>Les données incomplètes ont-elles été correctement traitées ?</i>			<b>X</b>
<i>La connaissance de la répartition des sujets dans les groupes a-t-elle été correctement prévenue ?</i>			<b>X</b>
<i>Le risque de contamination a-t-il été correctement prévenu ?</i>			<b>X</b>
<i>L'étude est-elle exempte d'un report sélectif des critères de jugement ?</i>			<b>X</b>
<b>Risque de biais total</b>	<b>Haut, il s'agit donc d'un article à bas niveau de preuve</b>		

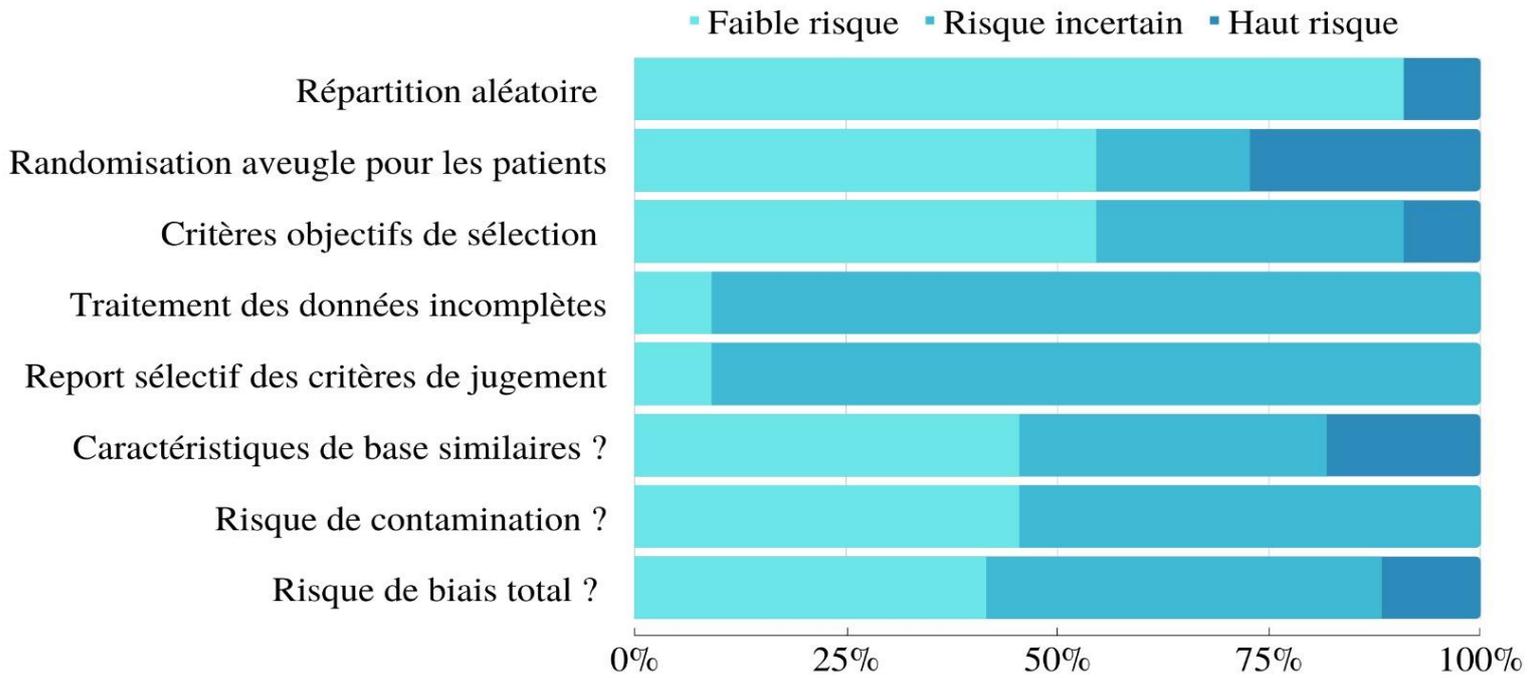


Figure 3: Représentation graphique des risques de biais, exprimés en pourcentage, des études d'intervention incluses dans notre revue systématique

# AURICULOREFLEXOLOGIE

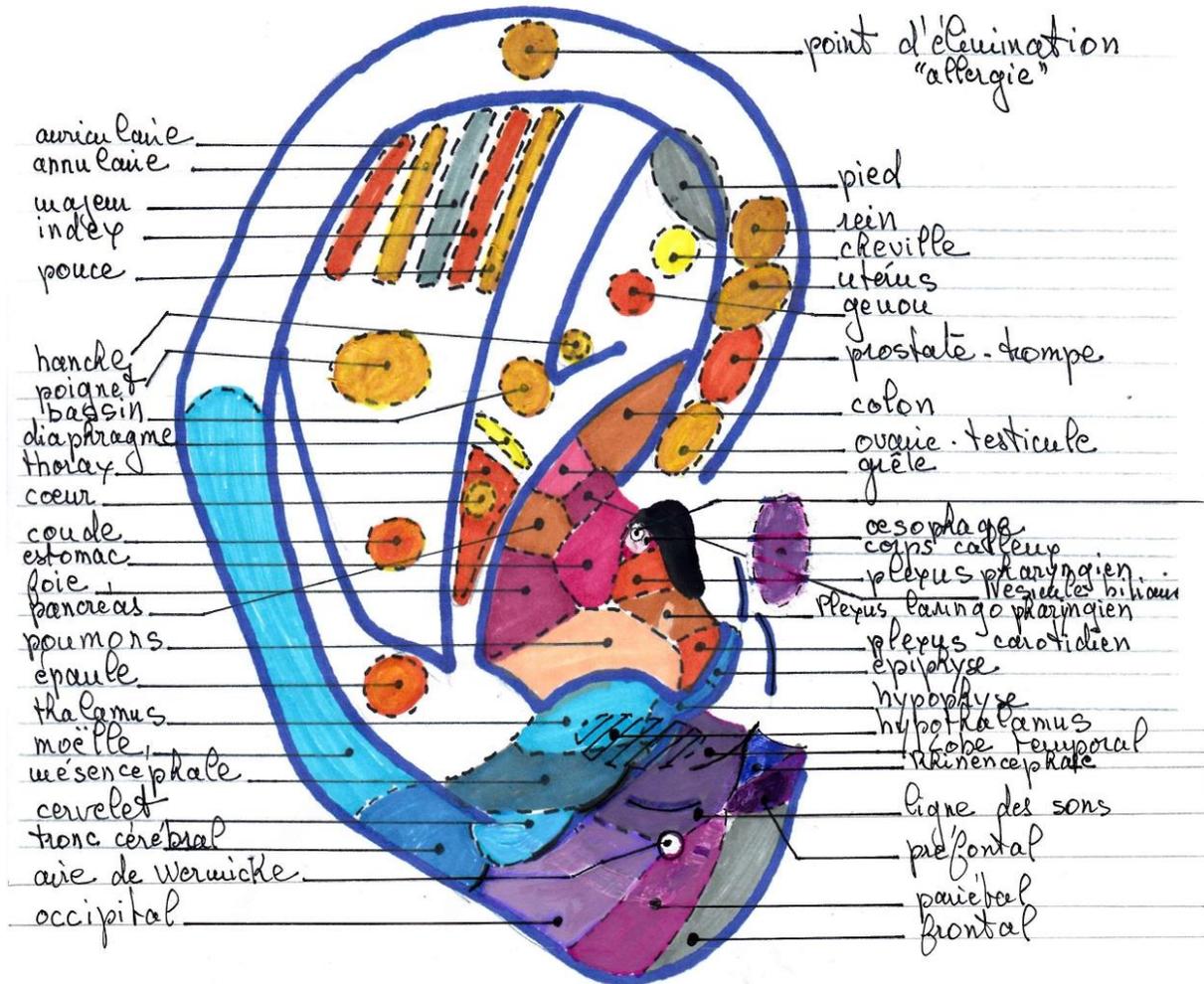


Figure 4: Dessin des points de réflexothérapie auriculaire, tels que décrits par Nogier, tiré des planches anatomiques de la formation « Réflexothérapie et orthophonie II » du Docteur Philippe Bazire

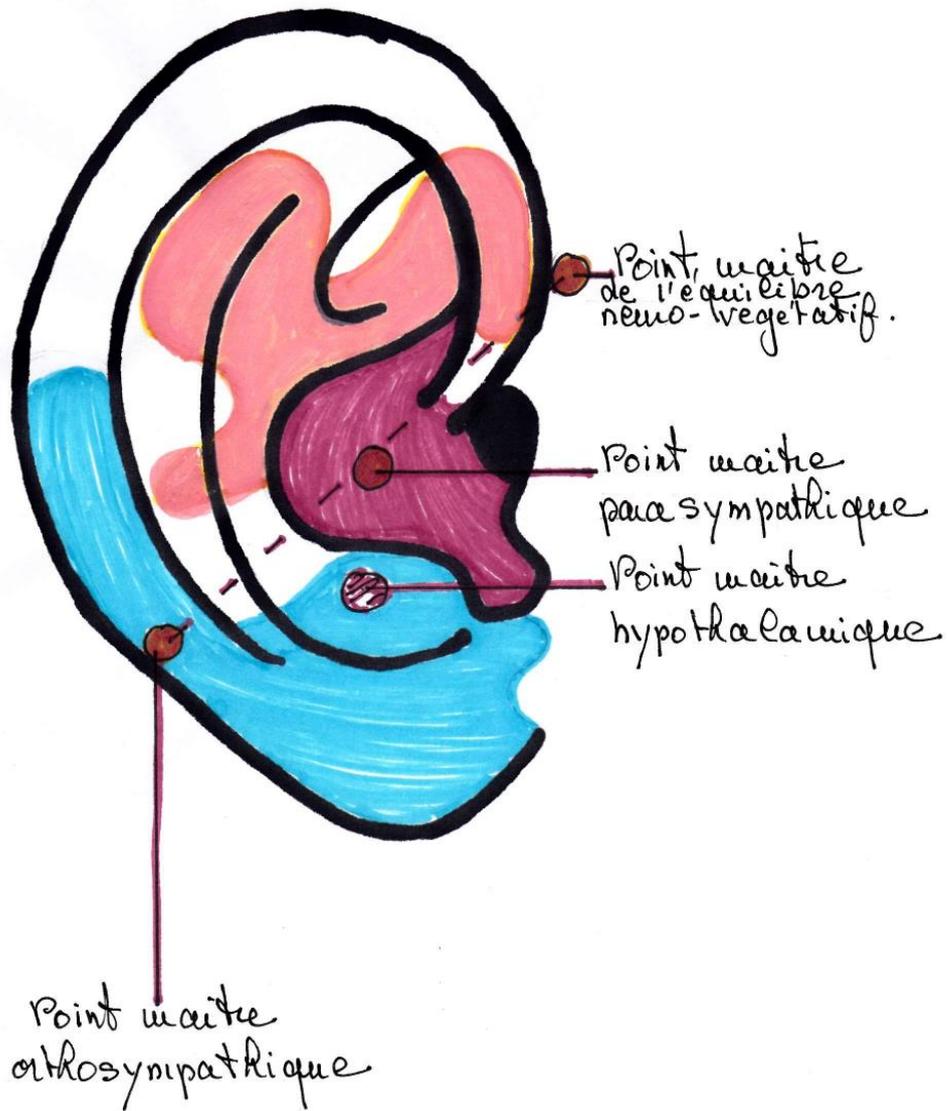
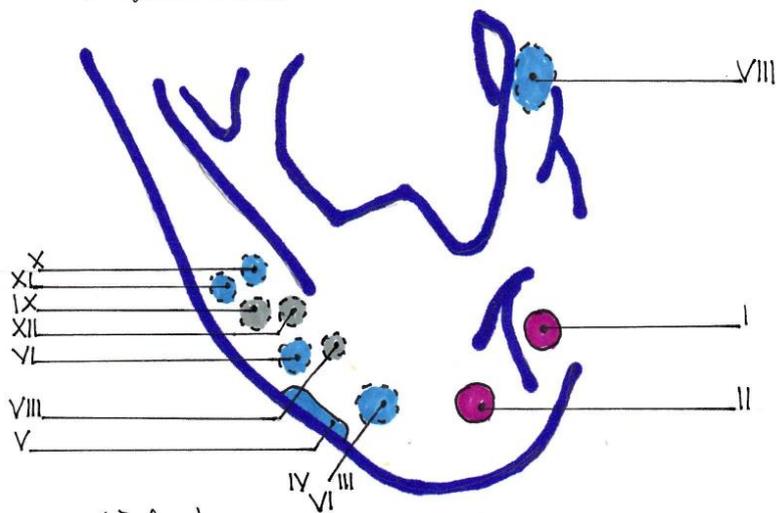
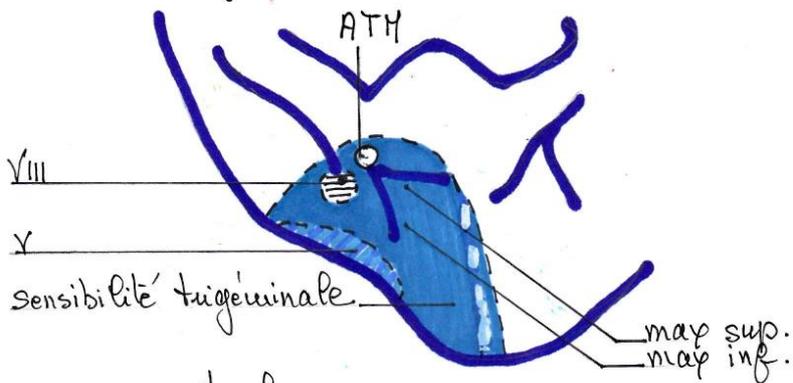


Figure 5: Dessin des points maîtres neurovégétatifs, tels que décrits par Nogier, tiré des planches anatomiques de la formation « Réflexothérapie et orthophonie II » du Docteur Philippe Bazire

Nerfs crâniens



Nerf trigéminal



aires corticales

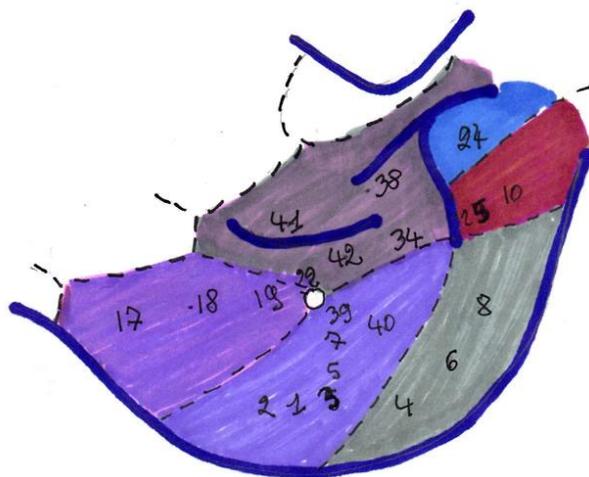


Figure 6: Dessins des points de réflexothérapie auriculaire des différents nerfs crâniens et des différentes aires corticales, tels que décrits par Nogier, tirés des planches anatomiques de la formation « Réflexothérapie et orthophonie II » du Docteur Philippe Bazire

## VISCI Victoria

### Réflexothérapie auriculaire et cancérologie ORL en orthophonie : revue de la littérature

**Résumé :** Les patients atteints de dysphagie en post-cancérologie ORL présentent également des troubles associés, traduisant une mauvaise régulation du système neurovégétatif, qui viennent amoindrir leur qualité de vie et les empêchent d'obtenir une récupération optimale. En tant qu'orthophoniste, nous sommes des professionnels de santé visant à la réadaptation du patient. Dans cette optique, il semble intéressant pour notre profession de pouvoir intégrer à notre prise en charge, un outil complémentaire comme la réflexothérapie auriculaire, qui viendrait potentialiser les effets de notre rééducation, en nous permettant de considérer le patient dans sa globalité. En effet, de plus en plus de scientifiques mettent en lien la réflexothérapie auriculaire avec les différents cancers, leurs traitements, ainsi que leurs effets secondaires. Ainsi, au moyen d'une revue systématique de la littérature, ce travail vise à comprendre en quoi la réflexothérapie auriculaire peut être un outil complémentaire pertinent à l'intervention orthophonique auprès des patients porteurs de dysphagie post-cancérologie ORL?

**Mots-clés :** Réflexothérapie auriculaire – Orthophonie – Thérapies complémentaires – Cancer ORL – Dysphagie

**Abstract :** Patients with dysphagia after a head and neck neoplasm also present associated symptoms, reflecting a misregulation of the neuro-vegetative system, which reduce their quality of life and interfere with their ability to reach an optimal recovery. As speech therapists, we are health professionals aiming at the rehabilitation of the patient. From this point of view, it seems interesting for our profession to be able to integrate a complementary tool such as auricular reflexotherapy, which would enhance the effects of our rehabilitation, by allowing us to consider the patient as a whole. Indeed, more and more scientists are connecting auricular reflexotherapy with various cancers, their treatments, as well as their side effects. Thus, by conducting a systematic review of the literature, this study intends to understand how auricular reflexotherapy can be a relevant complementary technique to speech intervention for patients with dysphagia after having a head and neck cancer ?

**Keywords :** Auricular reflexotherapy – Speech therapy – Complementary therapies – Head and neck neoplasms – Dysphagia