

**RECOMMANDATION
POUR LA PRATIQUE CLINIQUE**

**“ SUIVI POST-THÉRAPEUTIQUE DES CARCINOMES
ÉPIDERMOÏDES DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES
DE L’ADULTE ”**

Texte court



GROUPE DE TRAVAIL

Présidente : Pr Béatrix BARRY, ORL, Paris

Dr Jean DARRAS, ORL Lille ;
Dr Olivier DASSONVILLE, ORL, Nice ;
Pr Danièle DEHESDIN, ORL, Rouen ;
Dr Bernadette DESSARD-DIANA, Oncologie,
Paris ;
Dr Xavier DUFOUR, ORL, Poitiers ;
Dr Stéphane HANS, ORL, Paris ;
Dr Denis LAFARGE, ORL, Mantes la Jolie ;

**Coordinateur : Dr Dominique DE RAUCOURT,
ORL, Caen**

Dr Henry LAPORTE, ORL, Villefranche de
Rouergue ;
Pr Patrick MARANDAS, ORL, Villejuif ;
Dr Jean-Daniel PIEKARSKI, Imagerie médicale,
Paris ;
Dr Christian Adrien RIGHINI, ORL, Grenoble ;
Dr Didier SALVAN, ORL, Evry - Corbeil Essonne.

GROUPE DE LECTURE

Pr P. BACHMANN, Lyon ;
Pr J-M. BADET, Besançon ;
Dr V. BASSOT, Paris ;
Pr C. BEAUVILLAIN DE MONTREUIL, Nantes ;
Pr J-C. BERTRAND, Paris ;
Pr J-P. BESSÈDE, Limoges ;
Pr M. BOLLA, Grenoble ;
Dr J. BOURHIS, Villejuif ;
Dr O. CHASSANY, Paris ;
Pr S. CHAUSSADE, Paris ;
Pr D. CHEVALIER, Lille ;
Pr J-F. COMPÈRE, Caen ;
Dr P. DE ANDOLENKO, Pontoise ;
Pr C. DEBRY, Strasbourg ;
Pr F. DENOYELLE, Paris ;
Pr B. DEVAUCHELLE, Amiens ;
Dr G. DOLIVET, Vandœuvre les Nancy ;
Dr S. FAIVRE, Clichy ;
Pr P. GEHANNO, Paris ;
Dr B. GEOFFRAY, Nice ;
Mme C. GOETGHELUCK, Ferrolles Attilly ;
Pr B. GUERRIER, Montpellier ;
Dr D. HARTL, Villejuif ;
Dr S. HERVÉ, Paris ;
Dr A. KOSOWSKI, Saint Paul de la Réunion ;
Pr J. LACAU SAINT GUILY, Paris ;
Dr M. LANGEARD, Chateaubriand ;

Pr J-L. LEFEBVRE, Lille ;
Pr M. LEJOYEUX, Colombes ;
Dr F. LIARD, Tours ;
Pr G. MILANO, Nice ;
Dr G. MONCEAUX, Olivet ;
Pr S. MORINIÈRE, Tours ;
Pr D. MORO-SIBILOT, Grenoble ;
Pr J-J. PESSEY, Toulouse ;
Dr J-C. PIGNAT, Lyon ;
Pr J-L. PONCET, Paris ;
Pr T. PONCHON, Lyon ;
Mme M. PUECH, Toulouse ;
Dr J. RAHAL, Le Grand Lucé ;
Dr J-P. RAME, Caen ;
Dr M. RIVES, Toulouse ;
Dr A. RIVIÈRE, Caen ;
Dr J. SANTINI, Nice ;
Dr R. SOLEILHAC, Sainte Clotilde ;
Pr O. STERKERS, Clichy ;
Pr V. STRUNSKI, Reims ;
Pr J-N. TALBOT, Paris ;
Dr L. THIBERVILLE, Rouen ;
Dr J-P. VALLÉE, Blainville sur Orne ;
Dr J. VERHULST, Bordeaux ;
Dr V. WOISARD, Toulouse ;
Pr M. ZANARET, Marseille.

Promoteur : Société Française d'ORL

COMITE D'ORGANISATION

Pr Béatrix BARRY, ORL, Paris ;
Dr Olivier CHASSANY, Méthodologiste, Paris ;
Dr Dominique DE RAUCOURT, ORL, Caen ;
Pr Françoise DENOYELLE, ORL, Paris ;
Pr Pierre GEHANNO, ORL, Paris ;
Pr Bernard GUERRIER, ORL, Montpellier ;
Pr Jean LACAU SAINT GUILY, ORL, Paris ;
Pr Jean-Jacques PESSEY, ORL, Toulouse ;
Pr Olivier STERKERS, ORL, Clichy.

La présente recommandation a été réalisée avec le soutien des partenaires suivants :

Janssen Cilag
Sanofi-Aventis
Zambon France

Organisation : LOb Conseils

METHODOLOGIE

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve ;
- Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve ;
- Une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve ;
- En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel (dégagé au cours d'échanges entre les membres du Groupe de Travail).

Cette classification a pour but d'explicitier les bases des recommandations. L'absence de niveau de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible. Cependant, l'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles (exemple de l'efficacité de la mastectomie dans le cancer du sein, des antibiotiques dans l'angine,...).

Le Groupe de Travail s'est appuyé sur le guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations, publié par l'ANAES (Janvier 2000) pour évaluer le niveau de preuve scientifique apporté par la littérature sur les rhinites en fonction de différents critères :

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Force des recommandations
Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	Grade A Preuve scientifique établie
Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Etudes comparatives non randomisées bien menées Etudes de cohorte	Grade B Présomption scientifique
Niveau 3 Etudes cas-témoins Essais comparatifs avec série historique	Grade C
Niveau 4 Etudes comparatives comportant des biais importants Etudes rétrospectives Séries de cas Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	Faible niveau de preuve scientifique

PREAMBULE

Définition du cadre de la recommandation

La surveillance des patients traités pour un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) est un élément essentiel de leur prise en charge. Cette surveillance incombe aux chirurgiens, radiothérapeutes et oncologues médicaux qui ont participé au bilan et au traitement de la maladie. Elle fait intervenir de nombreux soignants dans la rééducation et la prise en charge globale de ces patients.

Cette surveillance est jugée nécessaire par la très grande majorité des patients interrogés qui sont bien conscients de l'impact péjoratif de la récurrence tumorale dans leur pronostic vital. La surveillance ne se contente pas de rechercher une récurrence, mais évalue le contrôle de la maladie, les séquelles douloureuses et fonctionnelles du traitement et leur prise en charge, les conséquences psychologiques et leur répercussion sur la qualité de vie, la survenue de métastases et de deuxièmes localisations. Les comorbidités, souvent associées chez ces patients, et la fréquente intoxication alcoolotabagique justifient une surveillance spécifique, coordonnée au mieux par le médecin traitant.

Ces recommandations ont été établies par un groupe d'experts dans ce domaine (groupe pluridisciplinaire comprenant des spécialistes ORL mais aussi radiothérapeutes et radiologues). Elles ont pour but de préciser les modalités de cette prise en charge à la fois à partir de l'étude de la littérature et, en l'absence de données, d'établir un consensus professionnel.

Dans le souci de s'intéresser à un groupe homogène de patients, il a été décidé de ne prendre en compte que les carcinomes épidermoïdes des VADS et d'exclure les cancers du cavum, des sinus de la face, des glandes salivaires et de la thyroïde.

Cette recommandation est destinée aux praticiens assurant la prise en charge de ces patients : spécialistes ORL ou maxillofaciaux, mais aussi radiothérapeutes et oncologues.

Cette recommandation est divisée en quatre parties correspondant aux quatre questions choisies par le comité d'organisation et le groupe de travail :

- Bilan carcinologique d'évaluation post-traitement : quand et comment ?
- Dépistage des récurrences locales et régionales et des localisations métachrones des VADS.
- Dépistage des métastases et des localisations métachrones œsophagiennes et bronchiques.
- Quels sont les objectifs autres que carcinologiques de la surveillance ?

Ce découpage qui peut paraître arbitraire correspond à la logique de la démarche clinique. Ces questions se superposent (en partie) dans le temps mais leur dissociation rend la démarche de suivi plus cohérente. Dans la conclusion, un "calendrier" de surveillance permet de situer de façon chronologique les principales recommandations.

A. BILAN CARCINOLOGIQUE D'EVALUATION POST-TRAITEMENT

RECOMMANDATIONS

- **Le premier bilan clinique doit être réalisé dans un délai de 4 à 8 semaines après la fin du traitement (consensus professionnel).**
- **Il comporte un examen clinique précis et complet comportant un interrogatoire détaillé à la recherche de signes fonctionnels, un examen des VADS avec nasofibroskopie si nécessaire, la palpation des aires ganglionnaires cervicales.**
- **L'endoscopie limitée aux VADS est à réserver aux patients symptomatiques sans explication à l'examen clinique, ou si celui-ci est douteux ou incomplet.**
- **Biologie : il n'y a aucun marqueur tumoral sérique fiable (grade A).**
- **Le bilan d'imagerie par scanner et/ou IRM peut être réalisé de principe après trois mois afin d'obtenir une imagerie de référence. Si l'examen clinique est difficile et en cas de traitement non chirurgical, une imagerie est souhaitable.**
- **Le TEP-scanner est optionnel, à discuter s'il existe une discordance entre le bilan clinique, le scanner et/ou l'IRM.**
- **L'échographie cervicale n'a d'intérêt que dans la surveillance des aires ganglionnaires des cous N0 non traités et si elle est associée à une cytoponction. Elle nécessite un opérateur particulièrement entraîné.**
- **La radiographie pulmonaire standard doit être réalisée en cas de complications pulmonaires.**
- **Le scanner thoraco-abdominal est à réserver aux patients symptomatiques.**
- **Indépendamment de ces recommandations, les mesures hygiéno-diététiques et l'accompagnement pour la suppression des facteurs de risque font partie intégrante de ce premier bilan. (consensus professionnel)**

L'évaluation post-thérapeutique est un volet essentiel dans la prise en charge de la maladie cancéreuse. La première consultation après la phase thérapeutique a pour objectifs :

- D'évaluer la réponse au traitement et le stade de cicatrisation,
- De dépister une non stérilisation, un reliquat tumoral ou ganglionnaire,
- De prévenir, détecter et traiter les complications liées aux thérapeutiques,
- D'apprécier la tolérance et de juger du retentissement à la fois physiologique et psychologique du patient une fois la phase thérapeutique terminée,
- De mettre en œuvre une prise en charge des addictions (alcool et tabac).

Cette évaluation reste difficile compte tenu des modifications anatomiques et tissulaires liées à l'intervention chirurgicale et/ou la radiothérapie.

L'examen clinique ORL est fondamental en raison de la fréquence des échecs locorégionaux et de la nécessité d'évaluer séquelles et complications thérapeutiques. Dans ce cadre, une éducation du patient sur les signes d'alerte et une coopération étroite avec le médecin généraliste pour le dépistage sont importantes à développer. Le caractère permanent et/ou progressif d'un symptôme doit être considéré comme hautement suspect.

Endoscopie sous anesthésie générale

Son indication doit être guidée par les données de l'examen clinique en raison du coût et de son caractère contraignant pour le patient et de sa non rentabilité en l'absence de signes d'appel.

Elle doit être réservée aux patients symptomatiques ou non examinables, dès qu'il existe une suspicion de non stérilisation du site tumoral.

La bronchoscopie et l'œsophagoscopie systématiques n'ont pas d'intérêt lors du premier bilan post-thérapeutique.

Des travaux prospectifs sont en cours pour évaluer la place du **scanner avec tomographie d'émission à positons (TEP-scanner)** dans la surveillance pour préciser :

- à quel moment l'examen doit être réalisé ?,
- quel bénéfice pour le patient apporterait son caractère systématique ?

Il s'agit certainement d'un examen très prometteur mais coûteux et dont l'accessibilité est encore variable pour les patients.

B. DEPISTAGE DES RECIDIVES LOCALES ET REGIONALES ET DES LOCALISATIONS METACHRONES ORL

RECOMMANDATIONS

- **Le risque de récidives locales et ganglionnaires étant maximal pendant les 3 premières années, il impose une surveillance adaptée (grade A).**
- **Elle comporte des consultations systématiques avec l'éducation du patient sur les signes qui doivent provoquer une consultation anticipée (grade A).**
- **La surveillance doit être plus intensive chez les patients qui peuvent bénéficier d'un deuxième traitement à visée curative (grade A).**
- **Il n'y a pas lieu de doser en routine les marqueurs tumoraux sériques chez les patients présentant un cancer des VADS (grade A).**
- **Le scanner et/ou l'IRM ne sont pas systématiques mais orientés par la clinique. Pour les patients difficiles à surveiller cliniquement et chez lesquels il reste une possibilité thérapeutique à visée curative, une imagerie est souhaitable.**
- **Le TEP-scanner n'est pas un examen de routine dans le suivi des récidives locales et régionales des cancers des VADS. Il est recommandé dans les cas difficiles, surtout si le scanner ou l'IRM ne sont pas contributifs (grade B).**
- **L'intérêt de l'échographie n'a été étudié que chez des patients n'ayant pas bénéficié d'un traitement des aires ganglionnaires sur des tumeurs T1 ou T2 de la cavité buccale ou de l'oropharynx. Sous réserve d'être pratiqué tous les mois la première année par un opérateur entraîné, cet examen permet un diagnostic pré-clinique des métastases ganglionnaires (grade B).**
- **La recherche de localisations métachrones des VADS repose sur l'examen clinique. Ce risque persiste à vie chez les patients alcoolotabagiques. L'imagerie et l'endoscopie sous anesthésie sont indiquées au moindre doute (consensus professionnel).**

Récidives locales et régionales

Le dépistage des **récidives locales** et ganglionnaires ainsi que des **deuxièmes localisations** dans les cancers des VADS est un enjeu essentiel de la surveillance des patients traités pour un cancer ORL. Le diagnostic précoce des récidives locorégionales qui débute 6 mois après la fin du traitement initial a pour but de proposer un traitement curatif.

Il existe plusieurs **facteurs de risque de récurrence locale**.

- Caractéristiques de la tumeur initiale :

Le risque est essentiellement lié aux caractéristiques de la tumeur prise en charge initialement (localisation tumorale et stade tumoral, histopathologie) et des modalités thérapeutiques (abstention de traitement des aires ganglionnaires, chirurgie ou radiothérapie exclusive, limites d'exérèse chirurgicale).

- Sur le plan histopathologique, les carcinomes épidermoïdes bien différenciés auraient un taux de récidives locales inférieur.

Les tumeurs opérées en limites d'exérèse positives ont un risque significativement plus élevé de récurrence locale (grade A).

Les chiffres de **survie** des patients en récurrence est particulièrement bas.

Le taux de rattrapage des tumeurs est surtout élevé pour les patients qui ont bénéficié d'une seule modalité de traitement et dont le diagnostic de la récurrence a été fait à un stade précoce.

La **consultation systématique** comprend un interrogatoire orienté sur les symptômes évocateurs de la récurrence locorégionale et un examen clinique.

Il est préférable que la surveillance clinique régulière soit réalisée par un médecin spécialiste des VADS.

La **panendoscopie** sous anesthésie générale n'est pas intégrée systématiquement dans le schéma de surveillance. Elle est réalisée après une imagerie afin de guider d'éventuelles biopsies.

Deuxièmes localisations tumorales dans la sphère ORL

Tous les patients présentant un cancer des VADS sont considérés comme ayant un risque important de deuxième cancer. Les localisations au niveau des VADS étant accessibles à l'examen clinique, une surveillance prolongée à la recherche des cancers métachrones semble nécessaire.

Les cancers de l'oropharynx et de la cavité buccale sont ceux pour lesquels les deuxièmes localisations tumorales sur les VADS sont les plus fréquentes.

Le taux de deuxièmes localisations tumorales des VADS est similaire quelles que soient les modalités de traitement de la tumeur initiale.

La **consultation de surveillance** sera effectuée de préférence par les spécialistes ayant pris en charge le patient initialement et comprendra :

- un interrogatoire sur les antécédents médicaux récents,
- un examen clinique complet des VADS avec palpation du cou,
- une nasofibroscopie au moindre doute.

Cette consultation permet de faire le diagnostic de petites tumeurs. Indépendamment des visites systématiques, les patients doivent être informés des signes d'alerte devant motiver une consultation.

L'imagerie n'est pas systématique mais doit être orientée par l'examen clinique. En effet, les localisations purement muqueuses sont mal visualisées au scanner et à l'IRM.

C. DEPISTAGE DES METASTASES ET DES LOCALISATIONS METACHRONES ŒSOPHAGIENNES ET BRONCHIQUES

RECOMMANDATIONS

Pour la recherche des métastases :

- **Il n'y a aucune indication à la pratique d'examens biologiques pour la recherche de métastases (grade A)**
- **Le groupe recommande une surveillance par radiographie pulmonaire : deux la première année, puis une par an (grade C)**
- **Lorsque la radiographie pulmonaire est anormale : scanner thoracique**
 - scanner normal : suivi au rythme de 1 radio pulmonaire par an**
 - scanner anormal**
 - nodule > 1 cm et ou évolutif, concertation pluridisciplinaire**
 - nodule < 1 cm, scanner à 3 mois**
 - non évolutif, surveillance**
 - évolutif, concertation pluridisciplinaire**
 - nodules multiples : arrêt des investigations.**
- **La recherche de métastases osseuses et hépatiques doit être guidée uniquement par la clinique (consensus professionnel).**
- **La découverte d'une métastase tardive (au-delà de trois ans) sans récurrence locale doit faire rechercher un autre cancer primitif.**

RECOMMANDATIONS

Pour la recherche des localisations métachrones bronchiques et œsophagiennes :

- **La pratique de la radiographie thoracique systématique ou du scanner ne peut être considérée comme un standard.**
- **Cependant le groupe de travail recommande la pratique annuelle d'une radiographie de thorax en raison de son accessibilité, de son faible coût et de sa capacité de dépistage d'autres pathologies.**
- **Il n'existe pas de marqueurs biologiques validés dans le dépistage des cancers bronchopulmonaire et œsophagien (grade A).**
- **Le patient doit être informé du risque de deuxième localisation pulmonaire et œsophagienne et des symptômes d'alerte (consensus professionnel).**
- **La réalisation systématique d'une fibroscopie œsophagienne de dépistage ne peut être qu'optionnelle, à la fréquence d'une tous les deux ans. Elle peut dans ce cas s'accompagner de coloration au Lugol. (consensus professionnel)**

Le risque d'un **second cancer** est plus important chez les patients qui poursuivent leur éthylotabagisme après traitement de la première tumeur. Le risque perdure avec le temps.

Ce risque ne doit pas être pris en compte chez les patients non éthylotabagiques (grade C).

La localisation initiale laryngée augmente le risque de localisation métachrone bronchopulmonaire.

Les localisations situées initialement dans la cavité buccale ou pharyngée sont plus souvent associées à une localisation métachrone œsophagienne.

Cancers des VADS et métastases

Les **organes les plus fréquemment affectés** sont par ordre décroissant : le poumon, le squelette osseux et le foie. Dans 80 % des cas, il existe un seul site métastatique : le poumon.

Quatre-vingt-cinq pour cent des métastases sont diagnostiquées dans les **2 ans** qui suivent le diagnostic de la tumeur initiale (grade C).

Dans 50% des cas, les métastases apparaissent alors qu'il existe une évolution locorégionale.

Il existe un rapport significatif entre le statut ganglionnaire initial et l'incidence des métastases (grade C).

De nombreuses **images nodulaires** sont détectées par le scanner thoracique ; pour autant, il ne s'agit pas toujours de lésions malignes.

Les nodules isolés infracentimétriques peuvent faire l'objet d'une surveillance (scanner/ 3 mois). En cas d'évolutivité ou pour un nodule supracentimétrique, une ponction sous scanner, un TEP-scanner voire une exploration chirurgicale pourront être proposés.

Le **TEP-scanner** systématique n'a d'intérêt dans la recherche de métastases que lorsque l'on envisage un traitement curatif d'une récurrence ou d'une deuxième localisation tumorale ORL.

La recherche des **métastases osseuses** ne sera effectuée qu'en cas de douleurs ou d'hypercalcémie. Les examens de base sont la radiographie standard et le scanner, voire l'IRM. Une scintigraphie osseuse sera demandée devant une hypercalcémie isolée (accord d'expert).

Pour la recherche des **métastases hépatiques**, les examens ne seront nécessaires qu'en cas de signes cliniques (hépatalgies, hépatomégalie). L'échographie reste le premier examen qui sera complétée en cas de besoin par un scanner.

La présence de métastases pulmonaires ne doit pas conduire à la recherche systématique de métastases osseuses et/ou hépatiques ; cette recherche est dictée par la clinique.

Cancers des VADS et deuxièmes localisations bronchopulmonaires

Plus de 95% des cancers pulmonaires sont découverts alors qu'il n'existe aucun signe clinique.

Il est actuellement admis que le dépistage du cancer bronchique par radiographie du thorax dans une population à risque est sans utilité.

Le scanner pour le dépistage des cancers bronchopulmonaires des patients à risque apparaît comme un examen très sensible mais peu spécifique.

Aucune étude n'a mis en évidence de diminution de la mortalité spécifique par cancer bronchopulmonaire dans les populations dépistées. Le dépistage par scanner thoracique n'a donc pas fait la preuve de son efficacité.

Localisations métachrones œsophagiennes

Les **signes cliniques**, lorsqu'ils sont présents, traduisent déjà un stade évolutif relativement avancé, d'où l'importance de l'information du malade sur les signes d'alerte (grade C et accord d'expert).

La fibroscopie est

- d'emblée indiquée lorsqu'il existe des signes d'appel,
- effectuée de principe dans le cadre de la surveillance programmée pour certaines équipes. Dans ce cas, la chromoendoscopie (Lugol 2 %) augmente le rendement du diagnostic endoscopique. Le gain de survie avec une surveillance systématique n'est cependant pas démontré.

D. OBJECTIFS NON CARCINOLOGIQUES DE LA SURVEILLANCE

RECOMMANDATIONS

Il est nécessaire :

- **d'évaluer les douleurs post-thérapeutiques et d'en préciser le mécanisme de façon à adapter le traitement,**
- **d'évaluer la fonction de l'épaule et de proposer si nécessaire des séances de rééducation à tout patient opéré d'un évidement ganglionnaire,**
- **d'organiser une prise en charge spécifique de la voix, de la parole et de la déglutition en fonction des séquelles : c'est un travail multidisciplinaire impliquant les orthophonistes et les kinésithérapeutes,**
- **de surveiller le poids à chaque consultation et en cas de baisse pondérale de confier le patient à un(e) nutritionniste,**
- **de proposer le sevrage des intoxications alcoolotabagiques, au besoin en faisant appel à des consultations spécialisées,**
- **de prendre en compte le retentissement sur la qualité de vie du patient, sa vie familiale et socioprofessionnelle et de savoir orienter le patient si nécessaire vers les réseaux et associations dédiés.**

Pour les patients irradiés, il est nécessaire :

- **de faire un dosage annuel de TSH (en cas d'irradiation de la région thyroïdienne),**
- **de demander un doppler cervical au moindre signe de sténose carotidienne,**
- **de recommander une surveillance dentaire 1 ou 2 fois par an,**
- **de veiller à la bonne application du fluor, à vie.**

L'évaluation non carcinologique de la surveillance des patients traités d'un carcinome épidermoïde des VADS comprend l'analyse des fonctions physiologiques de respiration, de déglutition, de phonation et des modifications morphologiques neuromusculaires et esthétiques.

Cette surveillance a pour but :

- d'évaluer les fonctions physiologiques et les séquelles des traitements ;
- de proposer un traitement de ces séquelles ;
- d'apporter un soutien psychologique nécessaire au patient ;
- d'assurer le suivi lié au terrain socio-économique souvent défavorisé et à l'intoxication alcoolotabagique.

Quelle que soit la localisation initiale du cancer des VADS, le traitement chirurgical et/ou par radiothérapie peut entraîner des **modifications respiratoires** à type de dyspnée.

Tout patient porteur d'une trachéotomie ou d'une trachéostomie doit pouvoir bénéficier d'une humidification avec protection trachéale.

L'évaluation clinique par l'interrogatoire est fondamentale pour apprécier le degré de handicap dans la **communication** et le type de troubles de **déglutition**.

L'analyse de la déglutition par nasofibroscopie avec utilisation d'aliments de texture différente et de liquides permet d'objectiver des fausses routes.

L'analyse de la déglutition barytée est optimisée par la vidéofluoroscopie.

L'utilisation de prothèse dentaire ou palatine peut améliorer la mastication, la déglutition et l'élocution.

La prise en charge des troubles de la déglutition et de la phonation est multidisciplinaire avec les orthophonistes, les kinésithérapeutes, les diététiciennes...

Complications liées à la radiothérapie

Le délai d'apparition d'une **sténose carotidienne** est variable de quelques mois à plus de 20 ans.

Il n'y a pas de preuve de l'intérêt d'un suivi par doppler ou scanner régulier, mais on conseille une vigilance avec un contrôle par Echo-Doppler au moindre signe clinique.

L'hypothyroïdie survient surtout dans les deux premières années mais également à plus long terme.

Il n'y a pas de traitement efficace de **l'hyposialie**.

Les **extractions dentaires** pendant et après la radiothérapie doivent être parcimonieuses et encadrées médicalement.

La **limitation d'ouverture buccale** s'installe 3 à 6 mois après le traitement et est irréversible. La mécanothérapie peut être proposée.

Pour l'œdème souscutané, une kinésithérapie de drainage lymphatique cervical peut être prescrite.

Dans tous les cas, il est indispensable de rappeler au patient qu'il ne doit pas exposer au soleil les zones qui ont été le siège d'une irradiation.

Suivi de l'état général et nutritionnel

La surveillance post-thérapeutique nécessite :

- la surveillance de la fonction respiratoire
- et de l'état cardiovasculaire.

Une attention très particulière devra être portée à l'état général et en particulier au poids du patient.

Un **suivi psychologique** doit être proposé dès l'apparition de troubles de l'humeur.

Les échelles d'appréciation de la **qualité de vie** sont très nombreuses et certaines ne sont pas validées.

CONCLUSION / Perspectives

Ce sont les patients au pronostic le moins favorable qui ont probablement le plus besoin d'une prise en charge non carcinologique (séquelles, réinsertion...).

Récapitulatif chronologique de la surveillance

Le suivi des patients qui présentent un cancer des VADS traité nécessite la prise en charge de nombreux problèmes en parallèle :

1. La recherche de récurrences par des consultations de routine avec éducation du patient sur les signes qui doivent provoquer une consultation. On propose une surveillance plus intensive des patients qui n'ont reçu qu'une modalité thérapeutique et qui peuvent bénéficier d'un deuxième traitement curatif.
2. La recherche de deuxièmes localisations tumorales des VADS par un examen clinique régulier en consultation. L'imagerie et l'endoscopie sont indiquées au moindre doute. La recherche de deuxièmes localisations pulmonaire et œsophagienne est nécessaire en cas de manifestations cliniques évocatrices.
3. La recherche de métastases par radiographie de thorax annuelle et un bilan complémentaire biologique et par imagerie en cas de signes d'appel cliniques évoquant des métastases osseuses ou hépatiques.
4. L'évaluation des douleurs avec une prise en charge adaptée.
5. L'évaluation des séquelles sur la déglutition et la voix et la parole avec une rééducation adaptée et une prise en charge multidisciplinaire.
6. L'évaluation de l'état nutritionnel par l'interrogatoire et la surveillance du poids.
7. L'évaluation des troubles psychologiques.
8. La prise en charge du sevrage alcoolotabagique.
9. En outre pour les patients ayant été traité par radiothérapie :
 - a. L'éducation du patient à une bonne hygiène dentaire et à la nécessité d'une prophylaxie fluorée quotidienne. Un examen dentaire bi-annuel est recommandé.
 - b. La surveillance de la fonction thyroïdienne.

Cette surveillance fait intervenir tous les acteurs ayant participé au diagnostic et au traitement de la maladie (chirurgien, praticiens spécialisés des VADS, oncologue médical et radiothérapeute).

La surveillance se fait avec l'aide du médecin généraliste notamment en ce qui concerne les pathologies associées, le traitement de la douleur, la prise en charge psychologique et le sevrage de l'alcool et du tabac.

Nous proposons un calendrier de surveillance qui doit être adapté aux besoins du patient.

