

GUIDE - AFFECTION LONGUE DURÉE

**Tumeur maligne, affection maligne du tissu
lymphatique ou hématopoïétique**
**Cancer des voies
aérodigestives supérieures**

Novembre 2009

Ce document s'inscrit dans un double dispositif :



La mise en œuvre de parcours de soins de qualité pour l'ensemble des ALD

Élaborer pour chaque maladie 3 documents complémentaires et cohérents : un guide pour le médecin traitant, une liste d'actes et de prestations support du protocole de soins ALD et un guide patient.



La mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013

Mesure 18

Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.

Action 18.2

Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance.

Ce document est téléchargeable sur
www.has-sante.fr et sur www.e-cancer.fr

Haute Autorité de Santé

Service communication

2 avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : + 33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : + 33 (0)1 55 93 74 00

Institut National du Cancer

52 avenue André Morizet – 92513 Boulogne-Billancourt Cedex

Tél. : + 33 (0)1 41 10 50 00 – Fax : + 33 (0)1 41 10 50 20

L'objectif de ce guide, adressé aux médecins traitants, est d'explicitier la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un patient admis en ALD pour un cancer des voies aérodigestives supérieures. Le guide est un outil pragmatique auquel le médecin traitant peut se référer pour la prise en charge de ce cancer, tout au long du parcours de soin de son patient.

Le guide ne peut pas envisager tous les cas spécifiques, toutes les comorbidités, les protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne revendique pas l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles ni ne se substitue à la responsabilité individuelle du médecin vis-à-vis de son patient.

Le contenu du guide a été discuté et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire. Il repose sur les recommandations pour la pratique clinique ou les conférences de consensus disponibles datant de moins de cinq ans, secondairement complétées par des avis d'experts lorsque les données sont manquantes. L'avis des experts est en effet indispensable pour certains champs. Par ailleurs, seules les propositions thérapeutiques dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et des protocoles thérapeutiques temporaires (PTT) ont fait l'objet d'une relecture de l'Afssaps.

Sommaire

Liste des abréviations	5
1. Points-clés	6
2. Épidémiologie	8
3. Diagnostic et bilan initial	10
4. Prise en charge thérapeutique	15
5. Effets secondaires liés au traitement	20
6. Suivi carcinologique	24
7. Bonnes pratiques de prise en charge communes à tous les cancers	27
Annexe 1. Liste des participants	31
Annexe 2. Prescriptions – Encadrement règlementaire	34
Annexe 3. Imagerie initiale selon la topographie tumorale	35
Annexe 4. Chirurgie des VADS (glossaire technique)	36
Annexe 5. Cancers VADS professionnels	38
Annexe 6. Références	40

Mise à jour des guides et listes ALD

Les guides médecin et les listes des actes et prestations (LAP) élaborés en collaboration par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National du Cancer (INCa) sont révisés tous les 3 ans.

Dans l'intervalle, la LAP est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site Internet de la HAS (www.has-sante.fr) et de l'INCa (www.e-cancer.fr).

Liste des abréviations

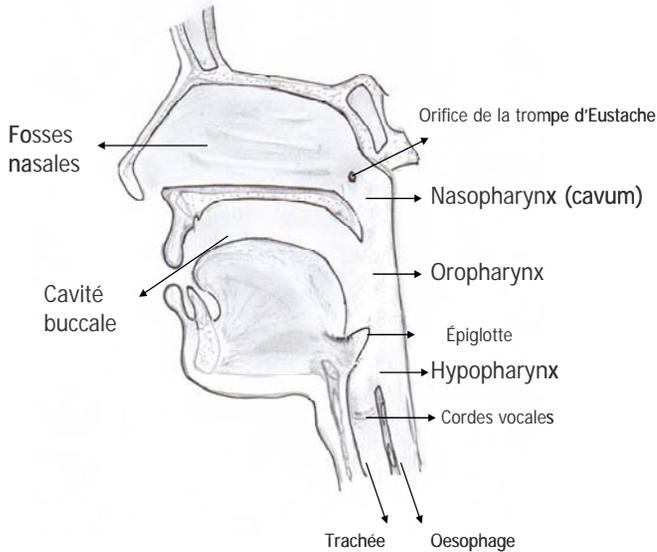
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	Affection longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
APA	Allocation personnalisée d'autonomie'
EBV	Epstein Barr Virus
EFR	Exploration fonctionnelle respiratoire
ETP	Éducation thérapeutique du patient
EVA	Échelle visuelle analogique
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	Human Papilloma Virus
INCa	Institut National du Cancer
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LAP	Liste des actes et prestations
LPP	Liste des produits et prestations
MSA	Mutualité sociale agricole
NFS	Numération formule sanguine
OMS	Organisation mondiale de la santé
PPS	Programme personnalisé de soins
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RSI	Régime social des indépendants
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TDM	Tomodensitométrie (ou scanner)
TEP	Tomographie par émission de positons (ou PET)
TP	Taux de prothrombine
TCA	Temps de céphaline activée
VADS	Voies aéro digestives supérieures

1. Points-clés

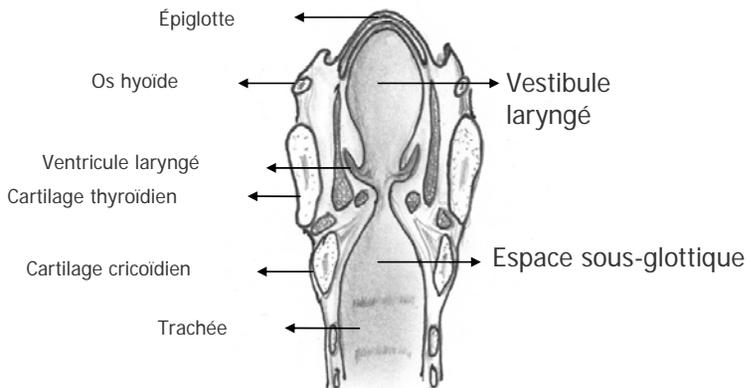
1. Les cancers des VADS sont initialement pauci-symptomatiques. Le diagnostic doit être évoqué devant tout symptôme ORL unilatéral et persistant, en particulier devant une adénopathie cervicale isolée.
2. L'intoxication alcool- et/ou tabagique est le principal facteur de risque, mais son absence ne doit pas faire éliminer le diagnostic.
3. L'examen clinique inclut une inspection et une palpation endobuccales, une otoscopie, et l'examen des aires ganglionnaires. Il est suivi :
 - d'un examen endoscopique avec biopsie, incluant la recherche d'une tumeur synchrone (œsophagienne, bronchique) ;
 - d'une imagerie (TDM et/ou IRM) qui permet d'apprécier l'extension tumorale locale et d'analyser l'ensemble des aires ganglionnaires cervicales ;
 - d'un bilan dentaire systématique.
4. La restauration d'un bon équilibre nutritionnel qui conditionne le pronostic.
5. Après confirmation du diagnostic :
 - demande d'admission en ALD (affection longue durée) ;
 - déclaration en maladie professionnelle s'il y a lieu.
6. Le traitement, défini dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire repose sur la chirurgie et/ou radiothérapie et/ou chimiothérapie, en veillant à minimiser le risque de séquelles fonctionnelles locales (troubles de la déglutition, phonation et respiratoire).
7. Tout patient traité pour un cancer des VADS doit bénéficier d'un suivi bucco-dentaire biannuel et d'une évaluation des séquelles fonctionnelles avec rééducation si nécessaire.
8. Près de 90 % des rechutes ont lieu dans les deux premières années après la prise en charge initiale. La récurrence est asymptomatique dans près de 40 % des cas.
9. Le suivi repose sur l'examen clinique, une imagerie et/ou endoscopie orientées selon les points d'appel clinique (ORL, également œsophagiens et bronchiques).

Rappel des structures anatomiques

Voies aérodigestives supérieures
coupe sagittale



Larynx
coupe frontale



2. Épidémiologie

Avec une estimation en 2008 s'élevant à 16 000¹ nouveaux cas par an, les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) se situent au cinquième rang des cancers les plus fréquents en France. Ces cancers sont principalement masculins (80 % des nouveaux cas sont des hommes).

En 2007, près de 60 000 patients étaient en ALD pour un cancer des VADS. La mortalité est estimée à près de 5 000 patients par année.

Les cancers des VADS regroupent une grande diversité de tumeurs. Les circonstances diagnostiques, le bilan initial, la prise en charge et le suivi de ces cancers sont eux-mêmes orientés selon la topographie et l'histologie de la tumeur considérée.

Répartition topographique et histologique des cancers des VADS – Facteurs de risque

Topographie	Histologie la plus fréquente	Principaux facteurs de risque	Répartition
Cavité buccale	Carcinome épidermoïde	Synergie alcool et tabac	20-25 %
Oropharynx			10-15 %
Hypopharynx			25-30 %
Larynx			30-35 %
Sinus Ethmoïde Fosses nasales	Adénocarcinome	Exposition aux poussières de bois, poussières de cuir (expositions professionnelles ²)	< 1 %
Nasopharynx Cavum Rhinopharynx	Carcinome indifférencié du nasopharynx (UCNT*)	Virus Epstein Barr (EBV) ou origine géographique (méditerranée, Asie du sud-est)	< 1 %

* : Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type

Les cancers épidermoïdes de l'oropharynx, hypopharynx, larynx et de la cavité buccale représentent en France plus de 90 % des cancers des VADS. Le tabac et l'alcool en sont les principaux facteurs de risque (plus de 90 % des patients atteints d'un cancer des VADS sont doublement exposés), bien que leur absence n'élimine pas le diagnostic. La double consommation alcool-tabac décuple d'autant plus le risque de développer ce type de cancer que chacun potentialise l'effet de l'autre (effet synergique).

¹ Estimation 2008 de l'incidence et de la mortalité par cancer en France. Disponibles sur le site de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers>

² Pour plus d'informations, voir annexe 5 et consulter le site de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles : <http://www.inrs.fr>

L'analyse de l'évolution des taux d'incidence par sexe montre des tendances opposées entre les hommes et les femmes.

Chez l'homme, on observe une baisse de l'incidence liée à la diminution de la consommation d'alcool en France et dans une moindre mesure à la baisse de la consommation tabagique (taux moyen d'évolution annuelle : - 5 % entre 2000 et 2005).

À l'inverse, on observe chez la femme une augmentation du nombre annuel de nouveaux cas (taux moyen d'évolution annuelle : + 1,6 % entre 2000 et 2005). Ces chiffres sont notamment corrélés à l'augmentation de leur consommation de tabac et d'alcool ces dernières années.

3. Diagnostic et bilan initial

3.1. Objectifs

Le bilan initial doit permettre de :

- confirmer le diagnostic et le type histologique de la tumeur ;
- déterminer le stade de la maladie pour guider la prise en charge (bilan d'extension) ;
- dépister, selon les facteurs de risque retrouvés, une tumeur primitive synchrone (en particulier une autre localisation aérodigestive incluant une atteinte pulmonaire, œsophagienne) ;
- rechercher les comorbidités et contre-indications du patient aux différentes options thérapeutiques envisageables ;
- annoncer au patient le diagnostic conformément aux préconisations du dispositif d'annonce³ et lui apporter l'information nécessaire afin qu'il participe activement à sa prise en charge.

Une évaluation gériatrique, au mieux spécialisée, peut être proposée afin d'orienter la décision thérapeutique pour les patients âgés.

3.2. Professionnels impliqués

Médecin généraliste, oto-rhino-laryngologiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, pathologiste, radiologue, médecin nucléaire, anesthésiste, médecin du travail, cardiologue, gériatre, médecin spécialiste en addictologie.

Autres professionnels : chirurgien-dentiste, infirmière, psychologue, diététicien, assistant social.

3.3. Signes d'appel

Les cancers des VADS sont initialement pauci-symptomatiques. Les principaux signes cliniques évocateurs, liés au siège de la tumeur, sont présentés ci-dessous. Leur caractère unilatéral et/ou leur persistance sont évocateurs et doivent systématiquement faire rechercher un cancer.

³ Cf. chapitre 6, « Bonnes pratiques de prise en charge communes à tous les cancers »

Principaux signes cliniques selon la topographie tumorale

Topographie de la tumeur	Signes cliniques
Sinus, fosses nasales, cavum	Obstruction nasale, rhinorrhée, épistaxis, déformation faciale, diplopie, hypoacousie, anosmie
Cavité buccale Oropharynx	Ulcération infiltrée souvent indolore et persistante, tuméfaction, trouble de la mobilité linguale, otalgie réflexe, mobilité dentaire ou instabilité prothétique, gingivorragie, gêne à la déglutition, odynophagie, anesthésie du V ₃
Hypopharynx	Dysphagie, otalgie réflexe, dysphonie, douleur
Larynx	Dysphonie, dysphagie, dyspnée
Toute topographie	Adénopathie cervicale isolée

Le diagnostic peut être suspecté en cas d'altération de l'état général et d'amaigrissement chez un patient à risque.

Ces tumeurs, particulièrement lymphophiles, peuvent également être révélées par une atteinte ganglionnaire cervicale isolée.

Toute adénopathie cervicale isolée doit faire l'objet en priorité d'un bilan ORL et de la cavité buccale.

L'expression première par une métastase à distance est rare.

3.5. Confirmation du diagnostic et bilan d'extension

3.4.1. Interrogatoire et examen clinique

L'interrogatoire recherche systématiquement des facteurs de risque (voir tableau page 8) incluant les expositions professionnelles⁴. L'absence d'une intoxication alcoolo-tabagique ne doit pas faire éliminer le diagnostic.

Un premier examen clinique complet est réalisé par le médecin traitant. Il inclut une inspection complète de la cavité buccale et de l'oropharynx, à l'aide de deux abaisse-langue, d'un miroir et d'un éclairage adapté. L'inspection est suivie d'une palpation endobuccale.

L'examen des aires ganglionnaires recherche une ou plusieurs adénopathie(s) cervicale(s), habituellement unilatérale(s), dure(s) et initialement indolore(s).

L'examen à l'otoscope peut retrouver une otite séreuse unilatérale. Le diagnostic doit également être évoqué en cas d'otalgie unilatérale avec une otoscopie normale.

Toute suspicion diagnostique doit conduire à une consultation en milieu spécialisé où sera conduit un examen complet des VADS (examen au miroir et au nasofibroscope si besoin, éventuelle cytoponction diagnostique à l'aiguille fine d'une adénopathie cervicale, biopsie...).

3.4.2. Suspicion de maladie professionnelle

Les critères de prise en charge en maladie professionnelle sont rappelés en annexe 5.

Tout doute sur une exposition professionnelle doit faire l'objet d'un certificat médical initial établissant le lien possible entre la maladie et son origine professionnelle.

Le médecin peut, si besoin, demander un avis auprès des services de consultation de pathologies professionnelles, rattachés aux centres hospitaliers.

La déclaration de « maladie professionnelle » (délivrée par la caisse d'assurance maladie du patient ou sur ameli.fr) est ensuite réalisée par le patient lui-même et adressée avec le certificat médical initial à sa caisse d'assurance maladie pour faire la demande de reconnaissance de la pathologie en maladie professionnelle.

⁴ Pour plus d'informations, consulter le site de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles : <http://www.inrs.fr>

3.4.3. Examens complémentaires

▶ Endoscopie

L'examen endoscopique des VADS est systématique. Il est réalisé sous anesthésie générale et doit permettre :

- la réalisation d'une biopsie (pour la cavité buccale, le prélèvement peut être réalisé d'emblée en consultation spécialisée) ;
- l'évaluation de l'extension locorégionale ;
- le dépistage d'une tumeur synchrone des VADS (autre localisation cancéreuse sur les VADS). L'endoscopie des VADS est complétée d'un examen endoscopique systématique de l'œsophage et fréquemment des bronches.

▶ Anatomopathologie

Le diagnostic doit être confirmé par une [analyse histologique](#) de la biopsie réalisée.

▶ Imagerie

L'imagerie doit permettre d'apprécier l'extension tumorale locale et d'analyser l'ensemble des aires ganglionnaires cervicales. L'ensemble des examens doit permettre également le dépistage d'une tumeur primitive synchrone.

Le choix des examens inclut une [TDM et/ou une IRM](#), et sera déterminé par la localisation tumorale (cf. annexe 3).

Le scanner cervico-facial est le plus souvent associé à un [scanner thoracique](#) réalisé dans le même temps pour la recherche de localisations pulmonaires synchrones. Le bilan peut être complété par une [échographie hépatique](#), en particulier en cas de perturbation du [bilan hépatique](#). Le reste du bilan sera orienté par les points d'appels cliniques.

La [TEP](#) est utile pour apprécier l'extension à distance de la maladie. Elle n'est pas indiquée à titre systématique. Elle est discutée en cas de risque élevé de métastases, notamment pour les tumeurs du cavum parfois d'emblée métastatiques et pour les adénopathies cervicales sans localisation primitive clairement identifiée.

▶ Marqueurs tumoraux

La recherche de marqueur, que ce soit à visée diagnostique, préthérapeutique, pronostique ou pour le suivi ultérieur du patient, n'est pas indiquée en routine y compris pour la recherche de l'EBV.

3.5. Bilan préthérapeutique : clinique et paraclinique

Le bilan préthérapeutique évalue les comorbidités du patient et permet d'évaluer la faisabilité des différentes options thérapeutiques. Ces éléments guideront ensuite la décision thérapeutique discutée dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

- Le bilan **biologique** (en particulier hépatique, rénal, une NFS, plaquettes, ionogramme, albuminémie) et l'évaluation **cardiovasculaire** sont systématiques.
- Une **évaluation nutritionnelle** initiale (mesure de l'IMC) avec restauration d'un bon équilibre nutritionnel avant la mise en route du traitement est importante et conditionne le pronostic. Elle requiert parfois l'instauration d'une alimentation préalable par **sonde nasogastrique** voire **gastrotomie** d'emblée.
- La grande majorité des patients présente, lors du diagnostic, des pathologies dentaires associées (caries, parodontopathies). De plus, une radiothérapie (+/- chimiothérapie) favorise les complications bucco-dentaires et le traitement chirurgical impose fréquemment des résections osseuses avec extractions dentaires. Avant la mise en route du traitement, **le bilan dentaire** est systématique. Il inclut un **cliché panoramique dentaire** pour une remise en état (détartrage, élimination des foyers dentaires et extractions des dents délabrées et mobiles). Selon le champ irradié, il convient de prévoir la mise en place de **gouttières dentaires** de fluoruration de manière définitive.

D'autres examens complémentaires peuvent être nécessaires, orientés selon les antécédents et comorbidités déjà connus du patient.

En cas de traitement par chimiothérapie, le bilan doit être adapté au choix des molécules prescrites et conformément à leur résumé des caractéristiques du produit.

4. Prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique est définie en accord avec le patient sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et adressée au médecin traitant du patient.

Les indications sont établies en fonction notamment de l'histologie, du stade de la maladie et de l'état général du patient. Elles sont discutées avec le patient et font l'objet d'un accord mutuel, l'ensemble de ces éléments étant consigné dans le programme personnalisé de soins (PPS) remis au patient⁵.

Le protocole de traitement prescrit doit être conforme à l'encadrement réglementaire des produits qu'il comprend (cf. annexe 2).

La participation à des essais cliniques doit être encouragée dans le cadre de la loi relative aux recherches biomédicales n° 2004-806 du 9 août 2004. Un registre actualisé des essais cliniques français en cancérologie est disponible sur le site de l'Institut National du Cancer.

Une symptomatologie douloureuse, un état nutritionnel précaire, une détresse psychologique, un contexte social défavorable à une prise en charge optimale doivent être systématiquement recherchés (cf. chapitre « Bonnes pratiques de prise en charge communes à tous les cancers »).

4.1. Objectifs

- Conduire un traitement adapté au patient et au stade de sa maladie.
- Éviter les complications liées au traitement et minimiser les séquelles thérapeutiques.
- Préserver la qualité de vie et proposer un soutien au patient et à son entourage (choix d'une personne de confiance, notamment).
- Accompagner le patient dans l'acquisition et le maintien des compétences dont il a besoin pour participer à sa prise en charge et gérer au mieux sa maladie.

4.2. Professionnels de santé

La prise en charge thérapeutique est multidisciplinaire. Elle concerne notamment :

- médecin généraliste, oto-rhino-laryngologiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, anesthésiste-réanimateur, pathologiste, gastro-entérologue, dermatologue, médecin nutritionniste, médecin algologue, médecin du travail, médecine nucléaire, cardiologue, gériatre, médecin spécialisé en addictologie.

⁵ Cf. chapitre 7 « Bonnes pratiques de prise en charge communes à tous les cancers »

- autres intervenants : chirurgien-dentiste, infirmier, kinésithérapeute, diététicien, orthophoniste, psychologue, assistant social.

Le médecin traitant assure la coordination des soins et la surveillance du patient en ambulatoire en lien avec l'équipe spécialisée, ainsi que le traitement habituel du patient. D'autres structures de soins peuvent être impliquées : service de soins de suite et réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD), réseau de soins, avec des prestataires de services (nutrition, matériel médical), services et/ou unités mobiles de soins palliatifs.

4.3. Éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique (ETP) vise à accompagner le patient dans l'acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation, et à prévenir les complications évitables. L'ETP contribue à l'amélioration ou au maintien de l'état de santé du patient, de sa qualité de vie et de celle de ses proches.

L'éducation thérapeutique contribue au développement de compétences qui permettent au patient de :

- comprendre sa maladie, les traitements et leurs effets indésirables éventuels ainsi que la possibilité de participer à un essai thérapeutique, les précautions à prendre ;
- arrêter toute éventuelle intoxication alcool-tabagique ;
- identifier ses douleurs et soulager ses symptômes ;
- améliorer l'observance d'un traitement ambulatoire ;
- réaliser des gestes techniques et des soins ;
- participer à la planification du suivi après le traitement ;
- adapter son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.) ;
- prévenir des complications évitables ;
- faire face aux problèmes engendrés par la maladie notamment en termes d'activité professionnelle ;
- impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

En outre, une information sera fournie :

- sur les modalités d'accès aux ressources et aides disponibles pour la prise en charge, avec le concours des assistants socio-éducatifs ;
- sur les organismes, dont les associations de patients, pouvant soutenir les patients et leur entourage et les aider à faire connaître et valoir leurs droits.

4.4. Modalités thérapeutiques

4.4.1. Modalités curatives de première intention

Il faut systématiquement conseiller l'arrêt du tabac et/ou de l'alcool aux patients concernés et mettre à leur disposition les aides possibles pour obtenir le sevrage, si besoin en faisant appel aux équipes spécialisées.

La stratégie thérapeutique est discutée selon la topographie et le stade de la tumeur mais aussi l'état général du patient et son choix éclairé.

Les deux modalités curatives de première intention sont la **chirurgie** et/ou la **radiothérapie** (associées ou non à la **chimiothérapie**).

La **chirurgie** est généralement la modalité de référence des tumeurs de la cavité buccale, et la **radiothérapie** pour les tumeurs du cavum.

Dans le cas de certains cancers localement évolués du larynx et de l'hypopharynx, afin d'éviter la laryngectomie totale, le concept de « préservation d'organe » est décrit. Il correspond aux techniques associant chimiothérapie et radiothérapie. L'objectif est la conservation des différentes fonctions physiologiques du larynx (protection des voies aériennes supérieures avec une déglutition sans fausse route et sans sonde d'alimentation, une respiration et une phonation sans trachéotomie). Ce concept est discuté pour chaque patient notamment selon les possibilités liées à l'extension de la tumeur.

La chirurgie d'un cancer, la radiothérapie et la chimiothérapie doivent être réalisées au sein d'établissements autorisés selon les critères définis par l'Institut National du Cancer⁶.

► Modalités de la chirurgie

La chirurgie peut être réalisée par voie externe ou par voie endoscopique.

La chirurgie carcinologique doit permettre une exérèse complète de la tumeur avec des marges de sécurité (résection en tissu sain) tout en visant au maximum à préserver la fonction de l'organe atteint. Le curage ganglionnaire peut être plus ou moins étendu, uni ou bilatéral, fonctionnel ou radical selon le siège de la tumeur primitive et le stade de la maladie.

Selon la topographie et l'étendue de la résection, une reconstruction est souvent nécessaire.

Une trachéotomie provisoire et/ou une alimentation par sonde entérale peuvent être nécessaires.

À titre indicatif, les interventions standard de ces cancers sont présentées dans un tableau (cf. annexe 4). Ce glossaire précise, pour chaque intervention, les structures anatomiques d'exérèse, ses éventuelles séquelles fonctionnelles (phonation, déglutition, trachéotomie) et la durée de l'hospitalisation en l'absence de complication.

⁶ Les critères disponibles sur le site de l'INCa: <http://www.e-cancer.fr>

► Modalités de la radiothérapie

La radiothérapie concerne la tumeur (ou le lit tumoral si elle est réalisée en postopératoire) et/ou les aires ganglionnaires cervicales.

La technique de curiethérapie peut être proposée pour certaines tumeurs accessibles, de petit volume et bien limitées des lèvres, de la face, de la cavité buccale à distance des arcades dentaires ou de l'oropharynx.

Le volume des aires ganglionnaires à irradier est discuté selon la topographie et le volume de la tumeur primitive, le nombre et le volume des ganglions atteints, le siège des adénopathies, la présence ou non d'une rupture capsulaire. Ces éléments doivent être appréciés en tenant compte de l'ensemble des données fournies par l'examen clinique, l'imagerie, l'intervention chirurgicale et l'analyse histologique.

- Radiothérapie en traitement principal : une radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité est la technique de choix. Elle délivre une dose de 65 à 70 Gy en 6,5 à 7 semaines, à raison d'une séance par jour, 5 jours par semaine. Elle est potentialisée par une chimiothérapie (ou une thérapie ciblée) dans les formes localement avancées. Des schémas de fractionnement modifiés sont parfois réalisés (hypofractionnement, hyperfractionnement ou radiothérapie accélérée⁷).
- Radiothérapie réalisée après une chirurgie : il est recommandé de ne pas dépasser le délai de 7 semaines après la chirurgie pour débiter la radiothérapie postopératoire.

Selon le stade, la localisation tumorale initiale et la qualité de l'exérèse, une radiothérapie postopératoire peut être indiquée. Elle délivre une dose de 50 à 65 Gy en 5 à 6,5 semaines, à raison d'une séance par jour, 5 jours par semaine au niveau du lit tumoral et/ou des aires ganglionnaires. Pour des cancers de la cavité buccale, une curiethérapie postopératoire dite « de barrage » (c'est-à-dire avec un surdosage local) peut être proposée.

En cas de haut risque de rechute locorégionale, une chimiothérapie complémentaire (potentialisation de la radiothérapie) peut être associée en concomitance de la radiothérapie.

En cas d'irradiation dentaire, la protection par gouttière fluorée est nécessaire.

⁷ Hypofractionnement : utilisation de doses par séance (« fraction ») plus élevées que le schéma classique de 2 Gy, pour une dose totale habituellement diminuée. Il en résulte une réduction du nombre total de séances ;

Hyperfractionnement : utilisation de doses par séance (« fraction ») plus faibles que le schéma classique de 2 Gy, pour une dose totale habituellement augmentée. Il en résulte une augmentation du nombre total de séances (ou fractions) ;

Étalement accéléré : même nombre total de séances mais intensification de leur fréquence permettant de réduire la durée totale du traitement (il peut en résulter une dose cumulée, soit équivalente, soit modifiée, par rapport au schéma classique).

► Modalités de la chimiothérapie et des thérapies ciblées

Dans le cadre d'une stratégie curative, le traitement systémique peut, selon les situations, être indiqué :

- en association à la radiothérapie (radiochimiothérapie en concomitance) ;
- seule, en traitement néo-adjuvant : polychimiothérapie.

Le choix du protocole tient compte de son profil de toxicité et des éventuelles comorbidités et état général du patient. Il doit être conforme à l'encadrement réglementaire des produits prescrits (cf. annexe 2). Les sels de platine, le 5-FU, le docetaxel, le cetuximab (thérapie ciblée) et le méthotrexate sont les principales molécules utilisées, ainsi que toute autre molécule proposée dans le cadre d'un essai thérapeutique.

4.4.2. Prise en charge d'une rechute locale ou locorégionale

La rechute locale ou locorégionale est la principale cause d'échec au traitement initial dans les trois premières années après la fin du traitement.

En cas de suspicion de rechute, celle-ci doit être histologiquement confirmée et complétée d'un nouveau bilan d'extension (clinique, radiologique). Le bilan radiologique inclut une TDM et/ou une IRM. Dans certaines situations, une TEP peut être discutée par l'équipe spécialisée.

Les modalités de prise en charge doivent être individuellement envisagées dans le cadre d'une RCP, en tenant compte du stade de la tumeur lors de la rechute, de sa résécabilité, des traitements précédemment reçus, du rapport bénéfice/risque attendu pour chacune des options et des choix du patient.

Les options thérapeutiques curatives possibles à envisager sont une chirurgie de rattrapage et/ou une radiothérapie (plus ou moins chimiothérapie). Une approche palliative par chimiothérapie seule peut être requise.

La chirurgie de rattrapage doit être considérée pour tout patient présentant une rechute locorégionale accessible à la chirurgie. Toute autre thérapeutique associée sera discutée en RCP.

4.4.3. Traitement palliatif

Les soins palliatifs doivent être considérés en cas de maladie trop avancée (non résécable ou métastatique) ou de contre-indications à une prise en charge curative.

Pour les patients avec un bon score de performance, une monochimiothérapie ou une polychimiothérapie (+/- thérapie ciblée) peut être envisagée en fonction des traitements préalablement reçus et après discussion en RCP. Elle peut permettre une prolongation de la survie et une amélioration de la qualité de vie.

Les indications de la radiothérapie palliative ou du traitement photodynamique avec agent photosensibilisant sont plus restreintes.

Une chirurgie à visée symptomatique peut être parfois indiquée.

5. Effets secondaires liés au traitement

L'état nutritionnel du patient conditionne sa tolérance au traitement. La liste des effets secondaires ne peut être exhaustive, les principaux sont rappelés ci-dessous.

5.1. Après chirurgie

Complications précoces	<ul style="list-style-type: none">• Infection ;• Hémorragie ;• Fistule salivaire (pharyngostome, orostome) : arrêt de l'alimentation orale et prise en charge en milieu spécialisé.
Complications tardives	<ul style="list-style-type: none">• Lymphœdème facial : Lymphœdème facial : kinésithérapie (massages, drainage lymphatique) ;• Fistule salivaire (+/- tardive, cf. plus haut) ;• Dysphonie ou trouble de la déglutition : rééducation orthophonique et prise en charge phoniatrique ;• Fausse route, en particulier après une laryngectomie partielle, pouvant entraîner des pneumopathies d'inhalation : rééducation orthophonique (en centre spécialisé si nécessaire) ;• Sclérose et/ou douleurs cervicales à type de striction, aggravées par les curages et la radiothérapie : kinésithérapie ;• Douleur des épaules après curage (atteinte du nerf spinal et/ou racines nerveuses cervicales) : rééducation par kinésithérapie et traitement antalgique.
Complications liées à la trachéotomie	<ul style="list-style-type: none">• Déplacement de la canule ;• Bouchons voire obstruction de la canule ;• Sténose trachéale ;• Complications des implants phonatoires.

5.2. Après radiothérapie

Complications précoces	<ul style="list-style-type: none">• Radiomucite des VADS ;• Dermite des zones exposées ;• Candidose oropharyngée ;• Dénutrition : suppléments nutritionnels.
Complications tardives	<p>Fréquentes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Xérostomie - surveiller les complications locales de la xérostomie, notamment les surinfections candidosiques et l'augmentation du risque de caries ;• Hyposialie, pathologies dentaires : bilan dentaire semestriel et bonne hygiène orale avec traitements fluorés au long court en prévention des caries ;• Fibrose cervicale : kinésithérapie (massages, rééducation) ;• Lymphœdème cervical (jabot sous-mental) : kinésithérapie (massages, drainage lymphatique) ;• Hypothyroïdie : si irradiation thyroïdienne, dosage annuel de la TSH ; <p>Plus rares :</p> <ul style="list-style-type: none">• Limitation de l'ouverture buccale : mécanothérapie précoce ;• Nécrose des muqueuses jusqu'à ostéoradionécrose mandibulaire, en particulier pour les cancers oropharyngés ou de la cavité buccale : avis chirurgical rapide ;• Sténose carotidienne : avis spécialisé ;• Dysphonie ou dysphagie : rééducation orthophonique et prise en charge phoniatrique.

Les complications postradiques peuvent être importantes et sont évolutives dans le temps.

5.3. Chimiothérapie et thérapies ciblées

Les effets indésirables et complications des chimiothérapies sont mentionnés dans les RCP des molécules correspondantes. L'apparition d'un effet indésirable ne contre-indique pas nécessairement la réalisation d'une nouvelle cure mais peut nécessiter un ajustement de dose.

Le patient et les aidants doivent être informés des effets secondaires et des éventuelles mesures préventives associées ainsi que des risques induits par une automédication (interaction médicamenteuse).

Avant l'introduction de tout nouveau traitement il est nécessaire de vérifier l'absence d'interactions entre les molécules.

Les principaux symptômes devant faire évoquer une toxicité médicamenteuse concernent :

- les troubles digestifs : anorexie, diarrhées, nausées, vomissements, mucite ;
- les troubles rénaux (nécrose tubulaire aiguë évoluant généralement favorablement en 4 à 6 semaines, ou une insuffisance rénale chronique) ;
- les troubles auditifs (hypo-acousie, bourdonnements) ;
- les troubles neurologiques (neuropathies) ;
- les troubles hématologiques (neutropénie, anémie et thrombopénie) ;
- les affections cutanées et les phanères.

5.4. Prise en charge complémentaire

5.4.1. Suivi bucco-dentaire

Le suivi bucco-dentaire, biannuel, est important après une chirurgie ou radiothérapie avec ou sans chimiothérapie. Les détartrages, soins dentaires, la pose d'appareillage dentaire ou d'implants doivent être réalisés sous couvert d'[antibiotiques](#) et d'un suivi de la bonne cicatrisation.

5.4.2. Rééducation orthophonique et kinésithérapie

Tout patient atteint d'un cancer des VADS doit bénéficier d'une évaluation de ses fonctions de déglutition et de phonation avec rééducation éventuelle.

Les troubles de la déglutition et la dysphagie peuvent être responsables d'une altération de l'état nutritionnel du patient, et majorent le risque de pneumopathie d'inhalation (parfois insidieuse).

L'évaluation d'une dysphagie peut être réalisée par un [examen de la déglutition sous contrôle par nasofibroskopie](#) ou une [radioscopie de déglutition](#).

La rééducation de la parole a pour objectif d'optimiser la mobilité des structures de phonation restantes. Elle doit être envisagée précocement en

cas de chirurgie à risque : glossectomie, laryngectomie partielle ou résection large de la cavité buccale et de l'oropharynx, par des orthophonistes formés.

Après laryngectomie totale, avec ou sans [prothèse trachéo-œsophagienne](#), une rééducation vocale par voix œsophagienne est indiquée.

6. Suivi carcinologique

6.1. Objectifs

- Déceler les récurrences locales ou à distance.
- Déceler une deuxième localisation (tumeur primitive métachrone) liée à l'alcool et au tabac, mais aussi déceler les autres maladies non cancéreuses (broncho-pneumopathies, affections cardiovasculaires, etc.).
- Encourager le sevrage alcoolo-tabagique s'il y a lieu.
- Organiser les soins de support nécessaires.
- Faciliter la réinsertion socioprofessionnelle : implication du médecin du travail et des services sociaux pour réorientation.
- Tenir compte des données de l'évaluation individuelle des compétences acquises par le patient et du déroulement du programme d'éducation thérapeutique (ETP) pour ajuster éventuellement le traitement (tolérance, évolution de la maladie, etc.) et actualiser le diagnostic éducatif en vue de proposer, si besoin, au patient une nouvelle offre d'ETP (de renforcement ou de reprise).
- Améliorer sa qualité de vie et celle de ses proches.

6.2. Professionnels impliqués

Le rôle du médecin traitant est essentiel, en coordination avec les autres intervenants :

- médecin généraliste, oto-rhino-laryngologiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue, oncologue-radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, anesthésiste-réanimateur, pathologiste, dermatologue, médecin nucléaire, psychiatre, médecin nutritionniste, médecin algologue, médecin du travail pour la réinsertion professionnelle du patient.
- autres intervenants : chirurgien-dentiste, addictologue, infirmier, kinésithérapeute, diététicien, orthophoniste, psychologue, orthophoniste, assistant social.

6.3. Suivi clinique et paraclinique

Une éducation du patient sur les signes évocateurs d'une récurrence ou d'une deuxième localisation est systématique. Le caractère permanent et/ou progressif de tout symptôme doit être considéré comme suspect.

La récurrence est asymptomatique dans près de 40 % des cas. Elle doit être évoquée devant toute perte de poids ou nouvelle douleur exprimée par le patient.

Le schéma de surveillance ci-dessous proposé s'appuie sur les recommandations émises par la **Société française d'oto-rhinolaryngologie** et de chirurgie de la face et du cou (SFORL).

6.3.1. Examen clinique

Pour les cancers épidermoïdes des VADS, près de 90 % des rechutes ont lieu dans les deux premières années après la prise en charge initiale. Les consultations doivent être fréquentes et régulières sur les trois premières années et s'étendre sur au moins cinq années.

Le premier bilan clinique est réalisé dans un délai de quatre à huit semaines puis :

- tous les deux mois la première année ;
- tous les trois mois la deuxième année ;
- tous les quatre mois la troisième année.

L'examen clinique des VADS inclut la palpation des aires ganglionnaires cervicales et une nasofibroskopie si nécessaire.

Il recherche également une perte de poids, la présence de signes fonctionnels (avec une appréciation de la phonation, déglutition et respiration).

Il apprécie l'état nutritionnel, dentaire et la consommation alcoolo-tabagique.

Pour les tumeurs du sinus, en l'absence de recommandations disponibles, le groupe de travail préconise de s'appuyer sur le même schéma de suivi.

Pour les tumeurs indifférenciées du cavum, les modalités de surveillance seront adaptées au risque métastatique initialement établi.

6.3.2. Imagerie

Pour les carcinomes épidermoïdes, selon la localisation et le traitement mis en place, une imagerie de référence à trois mois après la fin du traitement initial peut être utile. Elle repose sur une TDM cervicale et/ou IRM cervicale (selon la localisation tumorale et les examens initialement pratiqués). Pour le suivi ultérieur, la TDM et/ou IRM ne sont pas systématiques mais orientées par la clinique.

La panendoscopie (avec éventuelles biopsies) n'est pas intégrée à titre systématique dans le schéma de surveillance. Elle est réalisée après une imagerie afin de guider d'éventuelles biopsies.

La recherche d'une localisation métachrone peut être réalisée par :

- une radiographie de thorax annuelle, complétée d'une TDM thoracique en cas de doute ;
- une fibroscopie œsophagienne au Lugol 2 % tous les deux ans ou a minima en cas de point d'appel clinique.

Les cancers de l'oropharynx et de la cavité buccale sont ceux pour lesquels les deuxièmes localisations sont les plus fréquentes, habituellement œsophagiennes.

Les localisations initiales laryngées augmentent le risque de localisation métachrones bronchopulmonaires.

La TEP n'est pas un examen de routine pour les carcinomes épidermoïdes. Elle se discute au cas par cas pour les carcinomes indifférenciés du cavum.

6.3.3. Biologie

Aucun marqueur biologique n'est recommandé dans le suivi des patients.

7. Bonnes pratiques de prise en charge communes à tous les cancers

7.1. Dispositif d'annonce et pluridisciplinarité

L'annonce d'un cancer doit s'inscrire dans le cadre du dispositif d'annonce défini dans la circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie et explicité dans les recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé (INCa et Ligue nationale contre le cancer). Ce dispositif vise à offrir au patient dans cette situation difficile les meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien.

Ce dispositif s'articule autour de quatre temps :

- un temps médical, sous forme d'une ou plusieurs consultations, comprenant l'annonce du diagnostic et de la proposition de stratégie thérapeutique définie lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cette proposition de traitement sera expliquée et proposée au patient, puis lui sera remise sous forme d'un programme personnalisé de soins (PPS) ;
- un temps d'accompagnement soignant qui vise, entre autres, à soutenir le patient, l'informer, repérer ses besoins, l'orienter vers des associations de patients ;
- l'accès à une équipe impliquée dans les soins de support ;
- Un temps d'articulation entre les équipes de soins impliquées (hospitalières et libérales).

L'enjeu, à travers la mise en place de ce dispositif, est de réussir un accompagnement approprié du patient et de ses proches afin de leur permettre d'assumer l'entrée dans la maladie.

L'enjeu pour les professionnels est de parvenir à un travail de liaison et de coordination entre les différents professionnels concernés. La mise en place de cette coordination doit être très précoce, en particulier pour l'annonce du diagnostic et lors de la demande d'exonération du ticket modérateur faite par le médecin traitant. En cas d'urgence, une procédure dérogatoire peut être mise en place. Le patient, qui est au centre du dispositif, doit pouvoir comprendre les articulations entre les professionnels et identifier son interlocuteur principal.

7.2. Prise en charge de la douleur

La recherche d'une symptomatologie douloureuse doit être systématique chez tout patient atteint d'un cancer.

L'évaluation de la douleur à l'aide d'EVA doit permettre de déterminer :

- son caractère aigu ou chronique ;
- ses mécanismes d'action (douleurs par excès de nociception, douleurs neuropathiques ou douleur mixte) ;
- son étiologie : douleur due à la tumeur cancéreuse elle-même, due aux thérapeutiques du cancer (douleur aiguë ou séquellaire, douleurs postchirurgicales, douleurs postradiques, postchimiothérapiques), aucun lien de causalité directe avec le cancer ou ses traitements ;
- son retentissement sur la qualité de vie (anxiété, dépression, troubles du sommeil).

Le traitement doit être adapté en fonction des mécanismes d'action, du contexte et du terrain.

Les douleurs par excès de nociception répondent aux antalgiques.

Échelle antalgique OMS

Palier 1 : paracétamol, AINS

Palier 2 : opioïdes faibles

Palier 3 : opioïdes forts

Le traitement nécessite parfois des co-antalgiques : corticoïdes, topiques locaux (anesthésiques, cicatrisants, AINS), antispasmodiques, bisphosphonates.

La constipation liée aux opioïdes justifie d'emblée le respect des règles hygiéno-diététiques habituelles en prévention d'une constipation (bonne hydratation, régime riche en fibres, activité physique ou sinon mobilisation du patient). En cas de constipation avérée, les laxatifs peuvent être parfois nécessaires.

Les douleurs neuropathiques nécessitent un traitement spécifique de la classe des antiépileptiques (gabapentine ou prégabaline) ou antidépresseur (imipramine, amitryptiline) ou des topiques locaux. Pour les douleurs mixtes, on privilégiera en première intention les molécules à double action (tramadol, oxycodone).

Les techniques non médicamenteuses (kinésithérapie, massages, physiothérapie, etc.) peuvent être indiquées et la douleur liée aux soins doit être prévenue.

Le patient est orienté vers un médecin algologue si les symptômes douloureux ne sont pas rapidement contrôlés ou s'ils nécessitent une prise en charge particulière (neurostimulation électrique transcutanée par exemple).

La prescription initiale d'un traitement opioïde peut se faire à l'hôpital ou en ville. Le médecin réévalue la douleur au maximum une semaine après la prescription pour ajuster si nécessaire le traitement.

7.3. Soins de support

Tous les patients atteints de cancer doivent, quel que soit leur lieu de prise en charge y compris au domicile, avoir accès à des soins de support.

Ces soins sont définis en oncologie comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a ».

Ils permettent de mieux prendre en charge les effets des traitements et à ce titre, ils sont un élément essentiel de l'optimisation thérapeutique. Ils assurent la meilleure qualité de vie possible aux patients sur les plans physique, psychologique et social, en prenant en compte la diversité de leurs besoins et ceux de leurs proches.

La prise en charge des symptômes et leur réévaluation à chaque consultation sont systématiques.

L'évaluation des besoins est réalisée dès l'annonce de la maladie et implique tous les soignants, et le recours parfois à des experts (équipes douleur, psycho-oncologie, nutrition, soins palliatifs, service social, rééducation et réadaptation fonctionnelle, socio-esthétique, etc.).

La prévention ou le traitement des troubles de la nutrition relève d'une prise en charge spécifique.

L'évaluation et la prise en charge de la fatigue sont systématiques et doivent, entre autres causes, comprendre la recherche d'un état dépressif sous-jacent.

Le patient et ses proches doivent pouvoir bénéficier d'un soutien psychologique à tout moment.

L'évaluation systématique du contexte social et professionnel est réalisée et tracée dans le dossier du patient. Le patient et ses proches doivent pouvoir faire appel au service social.

Une vigilance particulière est recommandée dans certaines situations à risque telle que le sujet âgé ou à certains moments-clés (annonce de la rémission, de la récurrence).

7.4. Soins palliatifs

Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie et non pas à obtenir la guérison. Ils se justifient quel que soit le stade d'évolution de la maladie, y compris en dehors des situations de fin de vie.

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont pluridisciplinaires. Médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, assistants socio-éducatifs sont notamment amenés à intervenir et leur coordination est indispensable. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs peuvent être dispensés :

- dans les mêmes filières de soins que celles qui ont accueilli le patient dans son parcours de soins ;
- en institution spécialisée (unités de soins palliatifs ou en lits identifiés hors USP) ;
- à domicile.

Pour les patients souhaitant recevoir ces soins à domicile, le médecin traitant peut s'appuyer sur différentes structures :

- réseaux de soins palliatifs et/ou équipe d'appui pour le maintien à domicile des patients en soins palliatifs ;
- HAD (hospitalisation à domicile) ou SSIAD (services de soins infirmiers à domicile).

L'accompagnement d'un patient en fin de vie se fait dans le respect de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et de la fin de vie.

Annexe 1. Liste des participants

Pour l'Institut National du Cancer :

- Dr Laetitia VERDONI, chef de projet, département des recommandations
- Dr Valérie MAZEAU WOYNAR, responsable département des recommandations

Pour la Haute Autorité de Santé :

- Dr Marie-Claude HITTINGER, chef de projet, Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

Pour le groupe de travail :

- Catherine ALA EDDINE, Société française de radiologie, Paris
- Emmanuel BABIN, Société française oto-rhino-laryngologie, Caen
- Anne-Catherine BAGLIN, Société française de pathologie, Suresnes
- Béatrix BARRY, Société française de carcinologie cervico-faciale, Paris
- Lofti BENSLAMA, Société française de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, Paris
- Jean BOURHIS, Société française de radiothérapie oncologique, Villejuif
- Laurence BOZEC, Fédération française des oncologues médicaux, Suresnes
- Anne-Marie BROSSARD, Réseau des malades et des proches de la Ligue nationale contre le cancer, Strasbourg
- Dominique CHEVALIER, Société française de carcinologie cervico-faciale, Lille
- Gilles DOLIVET, Société française oto-rhino-laryngologie, Nancy
- Frédérique DUBRULLE, Société française de radiologie, Lille
- Francis GASPANI, Caisse nationale d'assurance maladie, Paris
- Véronique KORNMAN, Ligue nationale contre le cancer, Paris
- Marine LEFEVRE, Société française de pathologie, Paris
- Marie-Christine MORINEAU, Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix, Paris
- Martine ROUSSEAU, médecine générale, Bezons
- Sylvie TESTELIN, Société française de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, Amiens

Pour le groupe de lecture :

- Cécile BADOUAL, pathologiste, Paris
- Danielle BAGARRY-LIEGEY, oncologue médical, Marseille
- Michel BELTRAN, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Cannes
- Julie BEMER, chirurgien-dentiste, Vandœuvre-lès-Nancy
- René-Jean BENSADOUN, oncologue-radiothérapeute, Poitiers
- Bruno BERTRAND, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Puilboreau
- Philippe BOUDARD, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Bordeaux
- Yvonnick BRUCHON, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Dijon
- Catherine BUTORI, pathologiste, Nice
- Cyrille CHOSSEGROS, stomatologue, Marseille
- Olivier CHOUSSEY, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Rouen
- Valérie COSTES, pathologiste, Montpellier
- Sabine CRESTANI, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Clermont-Ferrand
- Franck DARLOY, oncologue radiothérapeute, Dechy
- Vincent DARROUZET, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Bordeaux
- Olivier de MONREDON, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, La Rochelle
- Cédric DESANDES, chirurgien-dentiste, Dijon
- Jean-Yves DUCLOS, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Bordeaux
- Xavier DUFOUR, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Poitiers
- Sylvie ERB, pathologiste, Strasbourg
- Jean-Marc FRANCOIS, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Bordeaux
- Pierre GANGLOFF, chirurgien-dentiste, Metz
- Éric GERARD, chirurgien-dentiste, Metz
- Bernard GUERRIER, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Montpellier
- Stéphane HANS, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Paris
- Patrick HEMAR, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Strasbourg
- Véronique HOFMAN, pathologiste, Nice
- Cornelia KUGLER-THILL, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Tourcoing

- Michel LAPEYRE, oncologue radiothérapeute, Clermont-Ferrand
- Nathalie LERICHE, oncologue médical, Tourcoing
- Philippe MAINGON, oncologue radiothérapeute, Dijon
- Marc MAKEIEFF, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Montpellier
- Yann MALLET, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Lille
- Cédric MERCIER, oncologue médical, Marseille
- Feham NASREDDINE, oncologue radiothérapeute, Colmar
- Ky Tran NGUYEN, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Roubaix
- Rémi PICOT, pathologiste, Reims
- Yoann POINTREAU, oncologue-radiothérapeute, Tours
- Philippe POIVRET, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Thionville
- Fabienne RAUX, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Pau
- Alain REMY, généraliste, Varois-et-Chaignot
- Hassan RHLIOUCH, oncologue-radiothérapeute, Paris
- Marc RUSSIER, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Clermont-Ferrand
- Claude SAINT-UPERY, Réseau des malades et des proches de la Ligue nationale contre le cancer, Bordeaux
- Jérôme SARINI, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Toulouse
- Philippe SCHULTZ, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Strasbourg
- François SIBERCHICOT, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Bordeaux
- Marc TASSART, radiologue, Paris
- Dominique TOURPE, généraliste, Bruley
- Arthur VAROQUAUX, radiologue, Marseille
- Philippe VERGNOLLES, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Bayonne
- Clémentine VINCENT, chirurgie maxillo-faciale, Nantes
- Dominique VOUGE, oto-rhino-laryngologiste, chirurgie cervico-faciale, Strasbourg
- Thomas WAGNER, médecine nucléaire, Toulouse

Annexe 2. Prescriptions – Encadrement réglementaire

Le protocole de traitement prescrit doit être conforme à l'encadrement réglementaire des produits qu'il comprend. Les molécules sont prescrites conformément à leur autorisation de mise sur le marché (AMM) ou dans le cadre d'un essai clinique.

Pour des situations plus rares, en attente d'une AMM dans l'indication concernée, la prescription peut se référer à une autorisation temporaire, que ce soit dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) pour les molécules non commercialisées, ou d'un protocole thérapeutique temporaire (PTT) pour celles bénéficiant d'une AMM par ailleurs.

Enfin, à défaut et par exception, pour les situations non prévues par la réglementation, le prescripteur porte au dossier médical l'argumentation qui l'a conduit à sa prescription, en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture.

Autorisation temporaire d'Utilisation (ATU)

L'Afssaps délivre à titre exceptionnel, conformément à l'article L.5121-12 du code de la santé publique, des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) pour des spécialités pharmaceutiques ne bénéficiant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France. Les ATU sont disponibles sur le site de l'Afssaps <http://afssaps.fr>.

Protocole thérapeutique temporaire (PTT)

Les référentiels de bon usage (RBU) définissent pour les molécules remboursées en sus des prestations d'hospitalisation, des protocoles thérapeutiques temporaires (PTT), situations de prescription hors AMM temporairement acceptables.

Ces PTT concernent des molécules bénéficiant déjà d'une autorisation de mise sur le marché dans une indication autre que celle ici concernée, en attente de leur extension d'indication.

Les PTT sont prévus par le décret n° 2005-1023 du 24 août 2005, modifié par le décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008, relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Le référentiel de bon usage et protocoles thérapeutiques temporaires des carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou sont disponibles sur le site de l'Institut National du Cancer : <http://www.e-cancer.fr> et de l'Afssaps : <http://afssaps.fr>.

Annexe 3. Imagerie initiale selon la topographie tumorale

Topographie de la tumeur	Imagerie de référence
Sinus	<ul style="list-style-type: none"> • IRM des sinus (avec injection) et TDM des sinus (sans injection) en constantes osseuses <p>L'IRM permet d'apprécier l'extension tumorale (en particulier orbitaire, intracrânienne, périnerveuse et espaces profonds) ; la TDM en fenêtres osseuses permet l'analyse fine d'une lyse osseuse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas lieu de réaliser de radiographie standard des sinus.
Cavum	<ul style="list-style-type: none"> • IRM de la base du crâne et du cou <p>+/- TDM de la base du crâne (en fenêtre osseuse ; +/- injecté si l'étude ganglionnaire cervicale n'a pas été faite en IRM)</p> <p>L'IRM permet d'apprécier les extensions périnerveuses aux foramens de la base du crâne et recherche une extension intracrânienne ou aux espaces profonds de la face.</p> <p>+/- TEP . Elle est associée à une TDM thoraco-abdomino-pelvienne avec injection en cas d'adénopathies cervicales basses ou de tumeur très évoluée (stade IV).</p>
Oropharynx Cavité buccale	<p>La TDM cervico-thoracique est le plus souvent réalisée en première intention permettant d'explorer la tumeur primitive, les adénopathies cervicales et l'étage thoracique pour bilan d'extension.</p> <p>L'IRM de l'oropharynx sera le plus souvent nécessaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans les stades T2-T3, <p>pour préciser l'extension osseuse, lorsque les artefacts dentaires gênent l'interprétation en TDM.</p>
Larynx Hypopharynx Adénopathie sans porte d'entrée	<ul style="list-style-type: none"> • TDM cervicale avec injection (de la base du crâne à l'orifice cervicomédiastinal) associée à des manœuvres dynamiques⁸. <p>En pratique courante, une TDM cervico-thoracique est réalisée associant le scanner cervical avec injection et une acquisition sur le thorax de dépistage.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une TEP peut être nécessaire en cas de métastase ganglionnaire sans tumeur primitive retrouvée.

⁸ Les manœuvres dynamiques (Valsalva et phonation) réalisées au cours des clichés permettent le dégagement des structures anatomiques visualisées et ainsi de préciser avec une plus grande exactitude la topographie et extension de la tumeur

Annexe 4. Chirurgie des VADS (glossaire technique)

Les éléments de ce tableau sont présentés ici à titre indicatif. L'approche thérapeutique doit être considérée au cas par cas, selon la situation clinique de chaque patient. De même, les durées d'hospitalisation peuvent varier notamment selon les comorbidités et l'état général du patient.

Topographie tumorale	Chirurgie	Reconstruction	Séquelles		Trachéotomie	Durée approximative d'hospitalisation liée à la chirurgie ⁹
			Phonation	Déglutition		
Fosses nasales et sinus						
	- Exérèse endonasale	Non	Non	Non	Non	< 1 sem.
	- Maxillectomie	Oui	Non	Non	Non	1 sem.
	- Ethmoïdectomie	Non	Non	Non	Non	< 1 sem.
	- Chirurgie étendue à la base du crâne	Oui	Non	Non	Non	2-3 sem.
Langue						
▪ Bord libre	- Glossectomie partielle	Non	Non	Non	Non	< 1 sem.
▪ Latéral	- Hémi-glossectomie	+/-	Non	Non	Non	1 sem.
▪ Médiane	- Glossectomie subtotale	Oui	+/-	Non	+/-	1 sem.
▪ base	- Basiglossectomie	Oui	Oui	Oui	Oui transitoire	2 sem.
Plancher buccal						
▪ sillon pelvi-lingual	- Pelviglossectomie	Oui	Oui	+/-	rarement	10 j
▪ plancher	- Pelvectomie	+/-	+/-	+/-	Non	1 sem.
Tumeur gingivomandibulaire						
	- Mandibulectomie * +/- BPTM **	Oui			+/-	10 j à > 2 sem.
Oropharynx						
▪ amygdale	- Oropharyngectomie :					
	latérale	+/-	Non	Non	+/-	1 sem.
▪ voile du palais	postérieure	+/-	Oui	Oui	+/-	1 sem.
▪ paroi postérieure	circulaire	Oui	Oui	Oui	Oui transitoire	2 sem.
si extension à la base de la langue	+/- basiglossectomie	Oui	Oui	Oui	Oui transitoire	2 sem.
Hypopharynx						
	- Pharyngectomie partielle	+/-	-	-	Oui transitoire	2 sem.
	- Hémi-pharyngolaryngectomie	+/-	+/-	+/	Oui transitoire	2-3 sem.
	- Laryngectomie totale + pharyngectomie partielle	+/-	Oui	+/	Oui définitive	2-3 sem.
	- Laryngectomie totale + pharyngectomie totale	Oui	Oui	+/-	Oui définitive	2-3 sem.

⁹ Hors délais liés au transfert vers des services de soins de suite

Topographie tumorale	Chirurgie	Reconstruction	Séquelles		Trachéotomie	Durée approximative d'hospitalisation liée à la chirurgie
			Phonation	Déglutition		
Larynx						
	- Laryngectomie totale	+/-	Oui	-	Oui définitive	2-3 sem.
▪ cordes vocales	- Cordectomie endoscopique	-	Oui	-	-	2-3j.
	- Laryngectomie partielle :					
	frontolatérale	-	Oui	-	Oui transitoire	7-10j.
	frontale antérieure avec épiglottoplastie	-	Oui	+/-	Oui transitoire	10-15j.
	supracricoidienne avec cryco-hyoïdoépiglottopexie	-	Oui	Oui	Oui transitoire	2-3 sem.
▪ susglottique	supracricoidienne avec crycohyoïdopexie	-	+/-	Oui	Oui transitoire	2-3 sem.
	supraglottique	-	+/-	Oui	Oui transitoire	2-3 sem.
Extension cutanée (T4)						
	Sacrifice des parties molles (muscles, nerf, organes selon l'infiltration)	Oui			Oui	> 2 sem.

*la mandibulectomie peut, selon les rapports de la tumeur avec la gencive et la mandibule, être associée ou non à une rupture de la continuité de l'arcade mandibulaire

Annexe 5. Cancers VADS professionnels

Les tableaux énumèrent les critères de prise en charge en maladie professionnelle.

Source : <http://www.inrs.fr/>

Régime général Tableau 47		
Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois		
Date de création : décret du 14 février 1967		Dernière mise à jour : décret du 25 février 2004
Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Cancer primitif : carcinome des fosses nasales, de l'éthmoïde et des autres sinus de la face	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux exposant à l'inhalation des poussières de bois, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • travaux d'usinage des bois tels que sciage, fraisage, rabotage, perçage et ponçage ; • travaux effectués dans les locaux où sont usinés les bois.

Régime agricole Tableau 36		
Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois		
Date de création : décret du 15 janvier 1976		Dernière mise à jour : décret du 19 juillet 2007
Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
C. – Cancer primitif des fosses nasales, de l'éthmoïde et des sinus de la face (sinus maxillaire, frontal, sphénoïdal et sinus accessoire)	40 ans	<ul style="list-style-type: none"> • C. – Travaux exposant à l'inhalation des poussières de bois, notamment : • travaux d'usinage des bois, tels que sciage, fraisage, rabotage, perçage et ponçage ; • travaux effectués dans les locaux où sont usinés les bois.

Régime agricole Tableau 37TER		
Cancers provoqués par les opérations de grillage des mattes de nickel		
Date de création : 28 juillet 1987 (décret du 22 juillet 1987)		Dernière mise à jour :-
Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Cancer primitif de l'ethmoïde et des sinus de la face	40 ans	Opérations de grillage de mattes de nickel

Régime agricole Tableau 10TER		
Affections cancéreuses causées par l'acide chromique et les chromates et bichromates alcalins ou alcalinoterreux ainsi que par le chromate de zinc		
Date de création : décret du 22 juin 1984		Dernière mise à jour : décret du 11 février 2003
Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Cancer des cavités nasales	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Fabrication, manipulation et conditionnement de l'acide chromique, des chromates et bichromates alcalins ; • Fabrication du chromate de zinc.

Annexe 6. Références

Belot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G, Remontet L et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005 [online]. Réseau Francim, Institut National du Cancer (INCa), Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), Hospices civils de Lyon (HCL), Institut de Veille Sanitaire (InVS). 2008. Disponible: URL: http://www.invs.sante.fr/publications/2009/estimation_cancer_1980_2005/estimation_cancer_1980_2005.pdf.

Comité de l'Evolution des Pratiques en Oncologie (CEPO). Chimiothérapie et radiothérapie concomitante pour les patients ayant un cancer de la tête et du cou [online]. 2005. Disponible: URL: http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?id=29.

Dutch Head and Neck Oncology Cooperative Group. Hypopharyngeal cancer (1.0) [online]. Oncoline. 2007. Disponible: URL: http://www.oncoline.nl/richtlijn/item/pagina.php?richtlijn_id=597.

Institut National du Cancer (INCa), Ligue Nationale contre le Cancer. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé [online]. 2005. Disponible: URL: [\[cancer.fr/component/docman/doc_download/1341-recommandationsnationalesdanov05pdf\]\(http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/1341-recommandationsnationalesdanov05pdf\).](http://www.e-</p></div><div data-bbox=)

Institut National du Cancer (INCa). Cancer des voies aérodigestives : indications de la radiothérapie [online]. 2008. Disponible: URL: <https://www.e-cancer.fr/soins/recommandations/cancers-des-voies-aerodigestives-superieures>.

Pfister D, Laurie S, Weinstein G, Mendenhall W, Adelstein D, Ang K et al. American Society of Clinical Oncology (ASCO) Clinical Practice Guideline for the Use of Larynx-Preservation Strategies in the Treatment of Laryngeal Cancer [online]. 2006. Disponible: URL: <http://www.asco.org/ASCOv2/Practice+%26+Guidelines/Guidelines/Clinical+Practice+Guidelines/Head+and+Neck+Cancer>.

Pivot X, Felip E. Squamous cell carcinoma of the head and neck: ESMO clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2008;19(Suppl 2):ii79-ii80.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of head and neck cancer [online]. 2006. Disponible: URL: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/90/index.html>.

Société Française de Radiothérapie Oncologique

(SFRO), Société Française de
Physique Médicale (SFPM).
Guide des procédures de
radiothérapie externe [online].
2007. Disponible: URL:
[http://www.sfro.org/francais/Guide
%20RT%202007.pdf](http://www.sfro.org/francais/Guide%20RT%202007.pdf).

Société française d'Oto-Rhino-
Laryngologie et de Chirurgie de la
face et du cou. Recommandation
pour la pratique clinique : Suivi
post-thérapeutique des
carcinomes épidermoïdes des
voies aérodigestives supérieures
de l'adulte. Oto-Rhino-
Laryngologie Française
2005;89:129-35.

HAS



Toutes les publications de la HAS et de l'INCa sont téléchargeables sur www.has-sante.fr et www.e-cancer.fr