

13 Les soins de support

Introduction

Les soins de support sont définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncologiques, lorsqu'il y en a (définition circulaire DHOS 2005).

La pathologie ORL présente des particularités de prise en charge en raison d'une part de particularités liées à la pathologie (atteinte d'organes importants touchant à la relation sociale, la parole et l'alimentation) et au patient (fréquence de la dépendance alcool-tabagique et de problèmes psycho-sociaux).

L'ensemble des recommandations en soins de support, compte tenu du peu d'essais publiés, ne peuvent prétendre à avoir un niveau de preuve important. Mais les références générales en cancérologie et l'état de l'art permettent de les appliquer dans un référentiel en tant qu'avis d'experts à condition de recueillir un consensus fort.

L'information du malade et de ses proches

Ils seront informés progressivement, en fonction des différentes phases de la maladie :

- découverte d'une anomalie
- étape diagnostique, thérapeutique
- stade palliatif

L'information doit être aussi objective que possible, en tenant compte de l'aptitude à la recevoir par le patient et son entourage. Si besoin, on s'appuiera sur la personne de confiance qu'aura désignée le patient.

La connaissance de sa pathologie lui permet de prendre des décisions éclairées sur l'acceptation de traitements souvent lourds.

Le sevrage alcoolo-tabagique

Il doit être proposé au patient dès le début de la prise en charge en s'aidant si besoin d'équipes spécialisées (consultation anti-tabac ; centre de lutte ambulatoire contre l'alcoolisme, association de patients). La proposition immédiate d'une substitution tabagique est possible.

Le soutien psycho-social

Dès la phase diagnostic, faire un bilan social pour

- mettre en place l'accompagnement nécessaire au bon déroulement des soins
- débiter les démarches permettant soit la mise en invalidité, soit la réinsertion sociale.

Suivi tout au long des soins

- adapter le soutien au besoin
- coordonner des acteurs médicaux et les acteurs sociaux

Proposer un soutien psychologique notamment dans le cadre des sevrages, des traitements agressifs, du retour à la vie sociale. Etre attentif à la survenue d'une dépression souvent difficile à diagnostiquer chez ces patients addictifs.

Le soutien nutritionnel

49% des patients porteurs d'un cancer des VADS sont dénutris⁶⁶.

Les causes de cette dénutrition sont multiples :

- le cancer ORL responsable d'une gêne mécanique à la déglutition, la douleur, l'hypercatabolisme liée à la tumeur.
- Le terrain : l'intoxication alcoolo-tabagique source de carence protidique, vitaminique et de mauvais état dentaire.
- Les traitements

Le soutien nutritionnel nécessite l'installation d'un suivi avec une diététicienne tout au long du parcours de soin du patient.

⁶⁶ Hebuterne X. Prévalence de la dénutrition au cours du cancer : enquête un jour donné. Nutr Clin Métab 2006 ;20 :S86

Avant le traitement

- Mise en état de la cavité buccale (soins dentaires et extractions)
- Evaluation nutritionnelle au diagnostic avant tout traitement
Calcul de l'IMC (poids/taille²)
Chiffre la perte de poids et sa vitesse d'installation
- Diagnostic du degré de dénutrition et mise en place d'un suivi tout au long du traitement quel qu'il soit.
- Si mise en place d'une gastrostomie, favoriser les techniques per-cutanées (meilleure tolérance)
 - Voie per cutanée endoscopique
 - Voie per cutanée par transillumination en radiologie interventionnelle
 - Si contre-indication : voie chirurgicale

Pendant le traitement

- Après la chirurgie : réalimentation précoce (dès la 24^{ème} heure) avec sonde nasogastrique et des apports progressifs.
- En cours de radiothérapie :
L'utilisation de l'alimentation entérale permet de réduire la perte de poids pendant le traitement et de limiter les arrêts de traitement (niveau de preuve : 6 essais randomisé concernant l'alimentation parentérale prophylactique versus thérapeutique dont 3 essais débutant au début des traitements et 3 essais pendant le traitement)⁶⁷. Associer le traitement antalgique et le traitement des mucites et xérostomies.

Après le traitement

- Continuer l'alimentation entérale jusqu'à reprise d'une alimentation physiologique et reprise d'un poids normal.
- Rééducation orthophonique et de la déglutition
- Surveillance de l'état bucco-dentaire et du port des gouttières fluorées à vie.

Les douleurs : recommandations SFORL

La douleur est fréquente avant (50% des patients), pendant (81% des patients) et après les traitements (36% des patients à 6 mois de la fin de ceux-ci). Elle altère gravement la qualité de vie des patients et leur vie relationnelle. Souvent complexes, nociceptives et neurogènes, on peut différencier :

- l'atteinte muqueuse : elle est souvent liée à la radiothérapie par la mucite qu'elle provoque.
- l'atteinte tumorale elle-même associée à l'inflammation, la surinfection, la compression
- Les complications neurologiques des chimiothérapies

⁶⁷ Brown Theresa: protocol for a randomized controlled trial of early prophylactic feeding via gastrostomy versus standard care in high risk patients with head and neck cancer. BMC Nursing 2014, 13:17

- Elles nécessitent souvent un traitement associant des antalgiques en suivant les 3 paliers de l'OMS (souvent le passage aux opioïdes est nécessaire rapidement), des anti-inflammatoires et des antalgiques spécifiques des douleurs neurogènes.
- Un suivi spécialisé en consultation douleur ou au sein d'une équipe de soins palliatifs peut s'avérer nécessaire.
- Le diagnostic et la prise en charge d'un trismus doit être pris en compte. L'IMRT permet de réduire sa prévalence (5% versus 25%). Pas de recommandations thérapeutiques ayant fait ses preuves mais on peut citer : exercice de physiothérapie, toxine botulique, Therabitsystem qui améliorent plus les douleurs que le trismus lui-même.

Se référer au référentiel de la SFORL 2014 : prise en charge de la douleur

L'anémie

Fréquente lors du diagnostic et traitement des cancers ORL.

Faire le diagnostic étiologique

- Cause nutritionnel carenciel (fer, B12 et folates) à supplémenter
- Cause inflammatoire : traitement de la cause souvent la tumeur elle même
- Cause hémorragique : facilement identifiable
- post-chimiothérapie :
 - fréquente chez les patients recevant des sels de platine
 - l'érythropoïétine peut être utilisée à condition de le faire selon les référentiels de bonnes pratiques (NCCN, ASCO, ESMO) : **de ne pas dépasser un taux d'hémoglobine de 12g/l et de ne pas l'utiliser en préventif, l'innocuité de son utilisation en cours de radiothérapie n'est pas démontrée**
 - Transfusion si taux d'Hg < ou = à 8g/l.

La mucite

On distinguera la mucite aiguë et la xérostomie

- Mucite aiguë :
 - Se reporter aux **recommandations mises à jour par la MASCC**
 - Utilisation du laser basse fréquence si accessible, dans le cadre :
 - de la prévention des mucites (niveau de preuve III⁶⁸)
 - du traitement curatif

⁶⁸ Jadaud E.: Low-level laser therapy: a standard of supportive care for cancer therapy-induced oral mucositis in HNCP? Laser therapy 21.4:247-303

- Xérostomie :
 - IMRT : impact positif sur la xérostomie (niveau de preuve : méta-analyse)^{69,70}
 - Chlorhydrate de Pilocarpine : 3 essais contre placebo montre un bénéfice pour 50% des patients mais effets secondaires fréquents et attention aux CI. Elle peut être prescrite après documentation de l'hyposialie.
 - TENS en cours d'évaluation

La réhabilitation des fonctions et éducation du patient

La voix

- Consultations pré opératoires avec orthophoniste avant laryngectomie : choix de rééducation de la voix oro-oesophagienne ou trachéo-oesophagienne
- Proposition de soutien psychologique auprès de psychologue et/ou des associations de patients
- Education au matériel médical : canule de trachéotomie, implants, protecteurs de douche, valves automatiques...
- Suivi orthophonique après laryngectomie totale jusqu'à l'autonomie d'expression du patient, suivi de la déglutition

La déglutition

- L'association des compétences de l'orthophoniste et de la diététicienne est utile dans l'aide à la reprise d'une déglutition normale après la radiothérapie.

⁶⁹ Nutting CM Lancet Oncol 2011;12(2):127-36

⁷⁰ Vergeer MR, Int J Radiat Oncol Biol Phys 2009, 74(1): 1-8