

LA RADIOTHÉRAPIE
DES CANCERS DES
**Voies
Aéro-Digestives
Supérieures**

- ▪ ▪
- ▪ ▪
- ▪ ▪

Ce document a été élaboré par les membres du bureau de la SFjRO avec l'aide de cancérologues, d'infirmières, psychologues, aides soignantes, manipulateurs, secrétaires médicales, patients en cours de traitement, diététiciennes.

Ce document a été relu par plusieurs oncologues radiothérapeutes et l'équipe de relecture de la ligue contre le cancer.

Ce livret est édité sous l'égide de la Société Française de Radiothérapie Oncologie (SFRO) et du Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues (SNRO).

Document réalisé avec le soutien de



Coordination: Dr Yoann POINTREAU (SFjRO) et Pr Françoise Mornex (SFRO)
Rédaction: Yoann POINTREAU, Sylvain DEWAS, Pierre BLANCHARD, Virginie MARCHAND,
Claire VAUTRAVERS-DEWAS, Sofia RIVERA, Gilles CALAIS, Eric LARTIGAU, Jean BOURHIS,
Etienne BARDET, Philippe MAINGON, Michel LAPEYRE et Françoise MORNEX

Sommaire



Anatomie et localisations :

ANATOMIE DE LA SPHÈRE CERVICO-FACIALE	2
LES CANCERS DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES (VADS)	2
DIAGNOSTIC	3

Les traitements :

SÉQUENCES DE TRAITEMENT (CHIRURGIE, RADIOTHÉRAPIE, CHIMIOTHÉRAPIE, THÉRAPIE CIBLÉE)	4
GÉNÉRALITÉS SUR LA RADIOTHÉRAPIE	5

Les effets secondaires pendant le traitement :

EN COURS DE RADIOTHÉRAPIE	7
EN COURS DE CHIMIOTHÉRAPIE	8
EN COURS DE THÉRAPIE CIBLÉE	8

Les conseils pratiques pendant les traitements :

ALIMENTATION	10
EN CAS DE FATIGUE, NAUSÉES, DOULEUR, IRRITATION DE LA PEAU ET DE LA BOUCHE	10
CE QU'IL FAUT RETENIR	12

L'après-traitement :

LES EFFETS SECONDAIRES APRÈS LE TRAITEMENT	13
CONSEILS PRATIQUES APRÈS LE TRAITEMENT	13
LES SIGNES OU RISQUES PERSISTANTS OU POUVANT APPARAÎTRE	14
ÉVALUATION DES RÉSULTATS ET SUIVI APRÈS TRAITEMENT	15

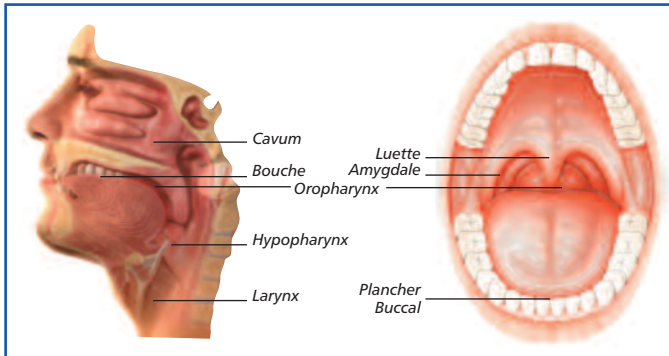
Glossaire

Anatomie et localisations

SPHÈRE CERVICO-FACIALE :

La région cervico-faciale est composée de plusieurs territoires pouvant tous être le lieu du développement d'une tumeur. On sépare la cavité buccale (bouche), l'oropharynx (en arrière de la bouche), le cavum ou rhino-pharynx (en arrière du nez), le larynx (au niveau des cordes vocales) et l'hypopharynx (au dessus de l'œsophage).

L'ensemble de ces régions anatomiques contribue à l'alimentation, à la respiration mais également à la production et à la qualité de la voix.



LES CANCERS

► INFORMATIONS GÉNÉRALES

Le corps est constitué de différents types de cellules. Habituellement, les cellules se divisent spontanément en produisant autant de cellules que le corps a besoin pour fonctionner. Parfois, le processus de division s'enraye et le nombre de cellules de l'organe n'est plus contrôlé par l'organisme. Cette prolifération cellulaire peut devenir une tumeur. Les tumeurs peuvent être bénignes* ou malignes. Seules les tumeurs malignes sont cancéreuses car elles contiennent des cellules anormales qui se multiplient de façon incontrôlée.

Ces cellules cancéreuses peuvent alors passer dans le sang et le système lymphatique* pour aller coloniser d'autres organes, pour y développer d'autres tumeurs appelées métastases.

La plupart des cancers des voies aéro-digestives supérieures sont appelés carcinomes épidermoïdes et sont le plus souvent secondaires à une consommation excessive d'alcool et de tabac. Les virus peuvent également être impliqués dans la survenue de ces cancers. D'autres types de cancers peuvent exister mais sont plus rares.

Alcool et tabac sont les principaux facteurs de risque des cancers de la tête et du cou. Leur arrêt définitif est essentiel.

DIAGNOSTIC

▶ LES SYMPTÔMES

Le cancer peut être découvert sans aucun symptôme, à l'occasion d'un examen systématique par le médecin traitant, le chirurgien dentiste ou un spécialiste ORL.

Le principal symptôme peut être l'apparition d'une masse en rapport avec la prolifération cellulaire. Cette masse peut se développer au niveau du cou en formant des ganglions qui sont alors palpables. Cette prolifération peut également apparaître dans la bouche ou la gorge et être repérée par le patient lui-même ou un médecin.

La tumeur peut être à l'origine de l'apparition de douleurs, de modifications de la voix, de difficultés à avaler les aliments solides ou liquides, ou de sensation de nez bouché en permanence. Un amaigrissement peut aussi apparaître.

Ces symptômes peuvent être isolés ou groupés mais ne suffisent pas à affirmer le diagnostic d'un cancer.

▶ DIAGNOSTIC :

Le médecin va recueillir l'histoire médicale du patient et procéder à un examen oto-rhino-laryngologique à l'aide d'une lumière, d'un abaisse-langue, d'un miroir laryngé, ou encore d'un naso-fibroscope* pour faire un prélèvement appelé biopsie*. Les biopsies posent le diagnostic de certitude car ce prélèvement va être analysé au microscope pour identifier la tumeur.

Le diagnostic initial sera complété par des examens complémentaires tels qu'un scanner cervical et thoracique, une IRM* cervicale, un TEP-scanner*, des radiographies ou des prises de sang pour connaître l'extension locorégionale de la maladie et rechercher d'éventuelles métastases. Le choix de ces examens est orienté par la localisation initiale et le stade de la maladie. Avant le début du traitement, le patient peut demander un deuxième avis spécialisé.

Une fois le diagnostic de certitude porté et le bilan réalisé, le dossier sera discuté à l'occasion d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP*) pour proposer la meilleure stratégie thérapeutique.

SÉQUENCES DE TRAITEMENT

Toute décision de traitement est prise après la discussion en RCP*. Les traitements sont spécifiques pour chaque patient et pour chaque tumeur, et dépendent de la localisation, du stade de développement de la maladie, de l'âge, des antécédents médicaux et de l'état général du patient. Son propre traitement ne peut pas être comparé à celui d'une autre personne.

Plusieurs traitements et combinaisons de traitements sont possibles.

Différentes thérapeutiques peuvent être associées ou se succéder comme la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et les thérapies ciblées.

Le premier traitement proposé peut être une opération chirurgicale qui a pour but d'enlever la tumeur. Le plus souvent, la tumeur et ses extensions sont retirées. Il en est de même pour les ganglions potentiellement atteints qui sont enlevés lors de la réalisation d'un curage ganglionnaire*.

La chimiothérapie a pour but de détruire les cellules cancéreuses qu'elle rencontre dans tous les organes où elles se trouvent. Elle peut endommager provisoirement les cellules normales (notamment les globules rouges, les globules blancs et plaquettes qui constituent les cellules du sang), nécessitant la réalisation de prise de sang régulières. Il existe de très nombreux produits de chimiothérapie et le cancérologue (oncologue médical ou oncologue radiothérapeute) choisira celui ou ceux qui sont les plus adaptés à chaque cas.

Les thérapies ciblées sont soit des médicaments appelés anticorps monoclonaux (qui sont utilisés par voie intraveineuse) soit des petites molécules (administrées par voie orale). Ces thérapies ont la capacité de bloquer l'activité de certains récepteurs (respectivement ceux sur les membranes et ceux à l'intérieur des cellules) pour stopper la prolifération tumorale.

Un patient pourra également avoir dans un premier temps, une chimiothérapie (chimiothérapie d'induction* ou chimiothérapie néo-adjuvante) suivie d'une radiothérapie. Cette radiothérapie peut être réalisée seule ou associée de nouveau à de la chimiothérapie (association radio-chimiothérapie concomitante*) ou à des thérapies ciblées. L'association de la radiothérapie avec la chimiothérapie ou les thérapies ciblées peut aussi être réalisée en situation postopératoire.

La radiothérapie a un effet sur la maladie locale et régionale (tumeur et ganglions) alors que la chimiothérapie ou les thérapies ciblées utilisées en perfusion intraveineuse ou en comprimés diffusent dans tout l'organisme.

GÉNÉRALITÉS SUR LA RADIOTHÉRAPIE

Ce sont les rayonnements de haute énergie (faisceaux de photons ou d'électrons) produits par un accélérateur linéaire* qui sont utilisés. Ils traversent les tissus humains afin de déposer leur énergie en profondeur, directement au niveau de la tumeur.



Accélérateur linéaire

Cette radiothérapie a pour but de détruire la tumeur dans sa totalité (s'il n'y a pas eu d'opération) ou de compléter une opération chirurgicale (radiothérapie après l'opération) en détruisant les quelques cellules résiduelles qui pourraient être présentes dans le site opératoire.

La radiothérapie peut être utilisée avant, après ou sans chirurgie

Avant le début de la radiothérapie, une consultation en stomatologie ou en chirurgie dentaire est nécessaire afin de réaliser des soins dentaires et de confectionner des gouttières*. Ces gouttières seront à appliquer à vie avec un gel de fluor tous les soirs pendant environ 5 minutes après un brossage de dents pour protéger l'émail dentaire. Elles permettent de limiter le risque de complications dentaires liées au traitement, et avant tout les caries. Le brossage régulier avec un dentifrice fluoré peut être une alternative en cas d'impossibilité de confection de gouttière porte-gel et ce après validation par le médecin.

Les traitements

Avant de débuter le traitement, une consultation d'annonce peut être proposée au patient par le médecin avec une infirmière et/ou un manipulateur en radiothérapie. Cet entretien permet de réexpliquer au patient sont parcours thérapeutique et de détecter des besoins spécifiques (psycho-oncologie, nutrition,...).

Avant de débuter le traitement, il est nécessaire de réaliser un repérage de la zone à traiter au cours de la séance de simulation*. L'utilisation d'un système de contention* (masque personnalisé thermoformé*) permet d'être le plus immobile possible. Il est nécessaire pour limiter les mouvements lors de chaque séance. Le traitement peut également nécessiter la réalisation d'un scanner spécifique (dosimétrique) qui permettra de délimiter de manière précise la tumeur à traiter et les organes sains à éviter. Ces régions de traitement seront parfois marquées sur le masque ou sur la peau. Ces repères serviront tous les jours pour le repositionnement sous la machine.

Ensuite le traitement par irradiation peut commencer. Il aura lieu quatre à cinq jours par semaine pendant cinq à sept semaines. Pendant chaque séance, le patient est installé sur une table de traitement, les rayons sont invisibles et ne font pas mal. Chaque séance dure environ 10 à 15 minutes. Pendant toutes les séances, le patient reste immobile en étant surveillé par des écrans vidéo. Il peut communiquer avec l'équipe par un microphone en cas de problème.

Pendant toute la période de traitement, le patient est vu chaque semaine en consultation par le médecin et de manière quotidienne par les manipulateurs en électroradiologie.



Les différents effets secondaires* chez un patient sont prévisibles mais ne surviennent pas obligatoirement car chaque cas est unique et chaque personne réagit différemment. Cependant, certains effets secondaires sont assez courants et surveillés par l'oncologue radiothérapeute et l'équipe médicale travaillant avec lui. Ces effets secondaires sont souvent plus intenses en cas de radio-chimiothérapie concomitante et peuvent durer plus longtemps, on parle d'effet additif.

La radiothérapie permet de guérir les tumeurs. Elle entraîne des effets secondaires précoces et tardifs, qui sont surveillés afin de minimiser leur retentissement.

EN COURS DE RADIOTHÉRAPIE :

dans la grande majorité des cas, peuvent apparaître les signes suivants :

- Une perte, une diminution ou une modification du goût, qui peut être partielle ou complète et commencer après quelques séances d'irradiation. Le goût se normalise au bout de un à quatre mois après la fin du traitement.
- Perturbation de la salive : il s'agit d'un effet majeur des rayons que l'on peut difficilement éviter sauf pour certaines régions tumorales comme les tumeurs du larynx où les glandes salivaires ne sont pas irradiées. Dans les premiers temps du traitement, on observe souvent une salivation épaisse et collante. Vers la fin des rayons, au contraire, la bouche devient sèche. L'irradiation des glandes salivaires est quasi inévitable pour guérir la plupart des tumeurs. Cette sensation de bouche sèche, voire très sèche peut se prolonger dans le temps. Les techniques de radiothérapie évoluent et permettent désormais de minimiser le manque de salive lorsque l'irradiation en modulation d'intensité est utilisée

pour préserver les glandes salivaires. Cette technique est proposée au cas par cas selon le type de tumeur et selon l'équipement disponible.

- Mucite : la muqueuse de la bouche et de la gorge va être le siège d'une inflammation et devenir rouge avec des petites tâches blanches comme des aphtes, environ deux à trois semaines après le début des rayons. Cette mucite peut parfois se compliquer d'une surinfection par des champignons (mycose de la langue) ou des virus qui nécessiteront des traitements spécifiques (bains de bouche adaptés et éventuellement des comprimés) qui seront prescrits par le médecin. Elle cicatrisera généralement en un à deux mois après la fin du traitement.
- Les douleurs à la déglutition, c'est-à-dire au moment d'avaler, peuvent également apparaître. Elles sont dues à une inflammation de la muqueuse de la bouche et de la gorge (mucite). Elles peuvent entraîner une fatigue et une perte de poids qu'il faudra surveiller et signaler lors des visites de surveillance systématiques avec le médecin en cours de traitement. Il est possible de diminuer ces douleurs par des antalgiques ou des anesthésiques locaux,

Les effets secondaires pendant le traitement

qui sont à utiliser avec certaines précautions car il existe un risque de fausses routes c'est-à-dire qu'il y ait un risque « d'avaler de travers ».

- **Épidermite** : après quinze jours à trois semaines de traitement, la peau devient rouge et inflammatoire comme un coup de soleil, qui rentrera en général progressivement dans l'ordre en trois à six semaines après la fin du traitement.
- La fatigue est fréquente en cours de traitement. Elle est liée aux modifications du rythme de vie, à l'amaigrissement, au manque d'appétit, à l'anxiété, aux traitements reçus, aux trajets effectués. Elle n'est pas un signe d'aggravation de la maladie.

Plus rarement et selon les cas, on peut observer :

- Un enrouement, si les cordes vocales sont comprises dans le champ d'irradiation, par irritation de ces cordes vocales due à la radiothérapie. Cette modification de la voix est généralement réversible à l'arrêt du traitement.
- Des réactions inflammatoires au niveau des glandes salivaires juste après les premières séances avec des glandes salivaires gonflées et légèrement douloureuses, de manière transitoire.

EN COURS DE CHIMIOTHÉRAPIE :

Les effets secondaires vont dépendre du choix des médicaments et des doses qui sont nécessaires pour traiter la tumeur. La plupart donneront des nausées et/ou des vomissements qui sont de mieux en mieux soulagés depuis l'apparition de nouveaux traitements préventifs.

Une perte des cheveux est possible selon le protocole utilisé mais elle n'est pas systématique. Demandez à votre médecin le risque de perte de cheveux lié à votre protocole de traitement. Il pourra vous prescrire une perruque ou prothèse capillaire en cas de besoin.

Une diminution du nombre des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes est possible et nécessite une surveillance régulière par des prises de sang. Tout redeviendra normal avec le temps.

Une surveillance du fonctionnement du foie et du rein est également nécessaire par la réalisation de prises de sang.

EN COURS DE THÉRAPIE CIBLÉE :

Des réactions allergiques peuvent exister lors de la première injection, qui sont bien connues des médecins et ceux-ci prendront les mesures nécessaires afin de les éviter. Elles sont rares cependant.

En cours de traitement, des éruptions cutanées de type acné peuvent apparaître, qui peuvent nécessiter le recours à des traitements spécifiques qui seront prescrits par le médecin.



Avant de débiter les rayons au niveau de la gorge ou de la bouche, il est indispensable de faire procéder à une remise en état dentaire auprès du chirurgien dentiste. Celle-ci se fera en tenant compte de l'état dentaire initial de chaque patient, du passage du rayonnement au niveau des glandes salivaires, de la dose délivrée. Il est parfois nécessaire d'enlever certaines dents qui sont trop abîmées avant de débiter le traitement. Si les glandes salivaires sont irradiées, la diminution du risque de caries dentaires sera conditionnée par l'utilisation régulière (toute la vie), d'une gouttière **porte gel fluorée** à appliquer avec un gel de fluor tous les soirs, après le brossage des dents pendant 5 minutes. Le brossage régulier au Flodonthyl 1350 peut être une alternative en cas d'impossibilité de confection de gouttière porte gel et ce après validation par le médecin. Les brosses à dents doivent être souples et le brossage doux pour ne pas créer de traumatismes.

Selon le vécu du traitement et du niveau de fatigue, il est essentiel d'être à l'écoute des besoins du corps. Certaines personnes ont envie de continuer à travailler, le plus souvent par-

tiellement et d'autres doivent se reposer.... Il n'y a ni règles générales établies ni obligations. De manière générale, il faut savoir que ces traitements sont fatigants (avec une fatigue croissante au fur et à mesure de l'avancée du traitement), demandent une disponibilité (pour venir tous les jours au centre de traitement) et sont donc rarement compatibles avec le maintien d'une activité à temps plein.

Il est essentiel, en début de traitement, **d'arrêter la consommation de tabac et d'alcool**. Des consultations spécialisées pour l'arrêt du tabac (consultation de tabacologie) et de l'alcool (consultation d'alcoologie) peuvent être proposées. La poursuite du tabac diminue fortement l'efficacité de la radiothérapie sur les cellules tumorales et la consommation d'alcool crée une irritation supplémentaire de la muqueuse pouvant aggraver les difficultés d'alimentation induites par le traitement. Il est également nécessaire d'éviter les aliments acides, irritants, épicés ou durs en privilégiant les liquides et les aliments gras, et en fractionnant les repas.

Les conseils pratiques pendant les traitements

ALIMENTATION

L'alimentation doit être adaptée pour garder un poids stable tout au long du traitement qui permettra de mieux supporter le traitement. Un entretien avec une diététicienne peut être nécessaire pour vous aider à adapter les habitudes alimentaires.

Lorsque surviennent des difficultés pour avaler (douleurs de type angine), il faudra mouliner les repas pour faciliter leur prise (à l'aide d'un mixeur). On pourra également les enrichir (poudres ou aliments liquides « sur-protéinés ») de façon à apporter dans un volume réduit beaucoup de calories. Des médicaments antidouleur peuvent aussi faciliter la prise alimentaire. Il est souvent nécessaire de fractionner les repas c'est-à-dire de manger de plus petites quantités à chaque fois mais plusieurs fois par jour.

S'il est difficile de préparer des repas enrichis, il peut être nécessaire de compléter l'alimentation avec des compléments très énergétiques (liquides ou sous forme de crèmes) prêts à l'emploi, qui vous seront prescrits par votre oncologue radiothérapeute ou sur conseil de la diététicienne.

Même en cas de compléments alimentaires, si un amaigrissement important apparaît (la surveillance du poids à la maison est indispensable) ou si des difficultés alimentaires persistent, il peut être nécessaire de mettre en place une sonde d'alimentation naso-gastrique (petit tuyau qui va du nez à l'estomac et qui permettra le passage de l'alimentation préparée dans des poches de nutrition réparties dans la journée) ou directement dans l'estomac (gastrostomie* réalisée sous anesthésie générale ou locale au cours d'une

courte hospitalisation). Ces procédures permettent d'apporter une quantité adaptée d'apports alimentaires. Elles améliorent grandement la tolérance du traitement et sont en général très bien supportées par les patients. Dans ces circonstances, le passage d'une infirmière à domicile peut aider à la réalisation des gestes techniques. Si le tube digestif n'est pas fonctionnel à cause des traitements, c'est-à-dire qu'il n'est temporairement plus capable de digérer les aliments, les médecins prescriront une nutrition entérale qui consiste à passer les nutriments par les veines.

Le maintien d'un statut nutritionnel stable permet une meilleure tolérance du traitement mais aussi une récupération plus rapide en fin de traitement.

► En cas de fatigue :

Les siestes l'après-midi et le besoin de se coucher tôt le soir sont courants.

Faire appel à des amis, la famille, une aide-ménagère pour les soins aux enfants, le ménage, le linge, les courses, les repas, les démarches administratives, est possible. L'assistante sociale peut aider dans ces démarches.

Il faut éviter les transports inutiles et chercher toujours la position la plus confortable pour être assis ou allongé. L'important est d'apprendre à adapter les activités quotidiennes aux capacités du moment, sans se forcer à être trop actif.

Par rapport aux enfants pendant le traitement, le plus simple est souvent de leur expliquer la situation et de leur demander de participer à l'organisation de la vie à la maison. Le fait d'être en cours de traitement par irradiation ne fait courir aucun risque aux proches.

Il faut limiter les sorties et les accompagnements des enfants pour leurs activités diverses, elles peuvent être prises en charge momentanément par un proche ou être reportées ultérieurement.

▶ En cas de nausées :

Éviter les boissons chaudes, les aliments trop gras et les odeurs de cuisine. Des traitements spécifiques anti-nausées ou anti-vomitifs seront prescrits par le médecin.

Il est conseillé de manger des aliments froids, en petites quantités, réparties au cours de la journée.

▶ En cas de douleurs :

Ne pas hésiter à contacter le médecin traitant ou l'oncologue radiothérapeute pour qu'il prescrive les médicaments les plus adaptés : patches, comprimés, solutions buvables.

▶ En cas d'irritation de la peau :

En cours de traitement, va apparaître une rougeur de la peau appelée épithélite ou épidermite. Laver la peau avec un pain surgras au pH neutre, la sécher en tapotant et sans frotter. Porter des vêtements larges et éviter les matières qui irritent (préférer le coton), ne pas mettre la peau au soleil et ne pas hésiter à utiliser une crème hydratante, uniquement après les séances. Il ne faut rien appliquer sur la peau avant les séances de radiothérapie. Avant d'utiliser toute crème, demander conseil au médecin.

▶ En cas d'irritation de la bouche ou mucite :

Des bains de bouche seront systématiquement prescrits, qu'il faudra réaliser 4 à 8 fois par jour avec un mélange adapté à la situation. Un gel anesthésiant peut être également prescrit mais il faudra se méfier car il existe un risque « d'avaler de travers » (fausse route) juste après son application.

Les conseils pratiques pendant les traitements

CE QU'IL FAUT ÉGALEMENT RETENIR PENDANT LE TRAITEMENT PAR RADIOTHÉRAPIE :

- Arrêt impératif du tabac et de l'alcool. Il est possible de recevoir l'aide d'une consultation spécialisée, lors de laquelle des patchs ou autres substituts peuvent être prescrits.
- Il ne faut pas effacer les tracés qui ont été réalisés sur la peau.
- Il faut ôter l'appareil dentaire mobile avant chaque séance de rayons.
- Il est nécessaire de nettoyer l'appareil dentaire régulièrement à la brosse et à l'eau et il faut le retirer durant la nuit ou si des réactions locales irritatives sont importantes.
- Les bains de bouche et le brossage des dents sont indispensables et doivent être réguliers. Les brosses à dents doivent être souples et le brossage doux pour ne pas créer de traumatismes.
- Ne pas utiliser de cure dents.
- Ne pas appliquer de crème ou déodorant sur la peau du cou en dehors de ceux qui peuvent être prescrits par le médecin.
- Le rasage doit être effectué au moyen d'un rasoir électrique qui est moins traumatisant qu'un rasage mécanique.
- Il ne faut jamais interrompre le traitement sans l'avis de l'oncologue radiothérapeute.
- En cas d'effets secondaires gênants ou pour tout problème, les manipulateurs en électroradiologie ou le médecin sont prêts à apporter leur compétence au cours d'un entretien.

LES EFFETS SECONDAIRES APRÈS LE TRAITEMENT :

Les rayons ont encore des effets sur la zone irradiée pendant deux ou trois semaines après la fin du traitement car ils continuent d'agir. Il est donc souvent constaté que la fatigue persiste, ce qui est normal.

De même, l'irritation de la gorge, les difficultés à avaler, le goût modifié des aliments, peuvent aussi persister quelques semaines et prendre du temps avant de retrouver un certain équilibre.

Si ces signes persistent au-delà d'un ou deux mois, il est important de contacter alors le médecin. Dans certains cas, ces effets peuvent durer plusieurs semaines voire plusieurs mois, notamment en cas d'association de radiothérapie à la chimiothérapie ou à une thérapie ciblée.

CONSEILS PRATIQUES APRÈS LE TRAITEMENT :

Il est avant tout recommandé de contacter l'oncologue radiothérapeute ou le médecin généraliste en cas de symptômes persistants et/ou qui inquiètent.

La période d'après traitement n'est pas toujours simple à affronter : au-delà de la satisfaction d'en avoir terminé avec la radiothérapie, il va falloir apprendre à vivre sans l'organisation quotidienne qu'imposait le traitement, sans l'équipe soignante dont la proximité était rassurante.

L'entourage reprend ses habitudes d'avant la maladie alors que le patient a besoin de plus de temps pour trouver de nouveaux repères et s'adapter à l'après traitement. Il peut persister des doutes et des angoisses.

Quant à la vie familiale, sociale et professionnelle, il faut retrouver sa place et trouver de nouveaux repères.

Parfois, cela est rapide mais cela peut aussi prendre du temps. Il est même conseillé en cas de difficultés de rencontrer un psychologue afin de mettre en mots le vécu parfois traumatique du cancer.

L'après traitement

LES SIGNES OU RISQUES PERSISTANTS OU POUVANT APPARAÎTRE A DISTANCE :

- Peau plus fine et moins souple avec quelquefois coloration différente.
- Tissus sous la peau souvent moins souples ou parfois durcis (fibrose).
- Diminution des poils de barbe et généralement disparition complète de la barbe dans la zone irradiée.
- Manque de salive plus ou moins important.
- Risque de caries dentaires. Un contrôle régulier au moins tous les six mois chez votre chirurgien-dentiste est impératif. D'autres problèmes dentaires peuvent survenir, liés à une plus grande fragilité des dents.
- Alimentation plus ou moins difficile avec certains types d'aliments secs ou durs, acides, épicés, alcoolisés, en partie liée au manque de salive.
- Goût plus ou moins modifié (il faut souvent plusieurs mois pour récupérer un goût normal). Parfois le goût ne redeviendra pas à la normale.
- Difficultés pour l'ouverture de la bouche. En effet, parfois l'écart entre les dents du haut et les dents du bas diminue, en raison du manque de souplesse et du durcissement des tissus irradiés. C'est ce qu'on appelle un trismus qui peut être plus ou moins important (écart entre les dents plus ou moins serré)
- Apparition d'un lymphoedème, c'est-à-dire un gonflement sous le menton (jabot) qui peut nécessiter le recours à des drainages lymphatiques.
- Dans quelques rares cas, les tissus (soit l'os, soit la muqueuse) peuvent présenter une perte de substance, c'est-à-dire la perte d'une partie du tissu, suite à l'irradiation. Ce phénomène relativement rare s'appelle une « nécrose » de ces tissus et nécessite des soins spécifiques et adaptés.
- Dans certains cas, la glande thyroïde peut avoir reçu des rayons, son fonctionnement peut être perturbé et un contrôle annuel par prise de sang est habituellement effectué. En cas de mauvais fonctionnement, un traitement substitutif par hormones thyroïdiennes sera prescrit par l'oncologue radiothérapeute ou le médecin traitant.

ÉVALUATION DES RÉSULTATS ET SUIVI APRÈS TRAITEMENT :

Le premier bilan de fin de traitement a pour but de vérifier la disparition de la tumeur. Il ne peut être effectué que quelques semaines après la fin du traitement, le plus souvent deux ou trois mois après car il persiste durant cette période, des réactions inflammatoires et oedémateuses de la région traitée.

Ce bilan consiste, le plus souvent, en un examen clinique réalisé par l'oncologue radiothérapeute ou le chirurgien O.R.L., associé à une fibroscopie et souvent à des examens d'imagerie qui peuvent changer dans le temps (scanner, IRM cervicale, TEP scanner...).

Ensuite, une surveillance alternée et rapprochée entre les différents médecins (chirurgien ORL, oncologue radiothérapeute, médecin traitant) sera organisée afin de prendre en charge au mieux les effets secondaires ou une rechute de la maladie.

Même s'il n'existe plus de cellules cancéreuses décelables, il n'est pas possible de garantir qu'il n'y aura jamais de récurrence ou d'autre cancer surtout s'il persiste une consommation de tabac et d'alcool. C'est pourquoi il faudra continuer une surveillance régulière.

Il est important de savoir que l'équipe soignante reste à la disposition du patient, même après le traitement et qu'il vaut mieux venir voir son médecin que de s'inquiéter ou de s'angoisser sur des questions auxquelles l'équipe doit répondre facilement.

Les médecins (oncologue radiothérapeute, médecin traitant et chirurgien ORL) sont toujours disponibles pour répondre à vos questions.

Glossaire

- Accélérateur linéaire : Machine produisant les particules utiles au traitement.
- Biopsie : prélèvement d'un petit morceau de la tumeur pour analyse.
- Bénigne : Prolifération exagérée de cellules normales sans argument en faveur d'un cancer.
- Chimiothérapie d'induction : La chimiothérapie est utilisée en premier pour le traitement de la maladie pour en réduire son volume.
- Contention : Moyens qui permettent de limiter les mouvements du patient sous la machine de traitement (masque).
- Curage ganglionnaire : Acte chirurgical consistant à retirer les ganglions du cou.
- Effets secondaires : Signes cliniques en rapport avec les traitements.
- Gastrostomie : Mise en place sous anesthésie d'un tuyau à travers la peau et directement relié à l'intérieur de l'estomac.
- Gouttières : Matériel personnalisé fabriqué par le dentiste ou le stomatologue qui correspond à un moulage des dents et des gencives.
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique.
- Lymphatique : Ensemble de canaux qui draine la lymphe des organes.
- Masque thermoformé : Masque tiède posé sur la peau au moment de la simulation et moulé selon l'anatomie du visage et du cou.
- Naso-fibroscope : tuyau (caméra) passé par le nez ou la bouche pour atteindre la sphère O.R.L. afin de voir la tumeur.
- Radio-chimiothérapie concomitante : la radiothérapie et la chimiothérapie sont réalisées en parallèle pour augmenter leurs effets antitumoraux.
- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire au cours de laquelle tous les intervenants dans la prise en charge du cancer se réunissent pour décider la stratégie thérapeutique.
- Simulation : Séance au cours de laquelle sont mis en place les champs de traitement.
- TEP-scanner : Tomographie par Émission de Positons couplée au scanner. Examen de médecine nucléaire nécessitant une injection de produit marquant les cellules en multiplication.





pour la vie

www.sfjro.fr
www.snro.org
www.ligue-cancer.net

Document réalisé avec le soutien de

