

MACC7

2^{es} Journées de radiothérapie du pôle régional de cancérologie de Poitiers : prise en charge globale des cancers des VADS – réunion de consensus¹

Poitiers (France), 15-16 septembre 2011

* Service d'oncologie radiothérapique,
CHU de Poitiers.

¹ © La Lettre du Cancérologue •
Vol. XX • décembre 2011.



P. Jardel*, B. Pinel*, R. Chummun*, C. Chung*, E. Caillot*, I. Troussier*,
S. Molina*, L. Colson*, A. Pillet*, P. Bouchaert*, N. Bensadoun*, M. Colombié*,
I. Devaure*, R.J. Bensadoun*

Nous rapportons les conclusions du congrès MACC7 – 2^{es} Journées de radiothérapie du pôle régional de cancérologie de Poitiers, réunion de consensus sur la prise en charge globale des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), qui s'est tenue les 15 et 16 septembre derniers.

Les cancers des VADS affectent une zone anatomique et fonctionnelle particulièrement importante dans la vie relationnelle, concernant notamment les sens et la nutrition.

Le traitement combiné de ces cancers, de plus en plus efficace (associant à des degrés divers chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie "classique" ou par nouveaux agents dits ciblés), est aussi source d'effets secondaires sur les tissus sains, qui peuvent conduire à une altération majeure de la qualité de vie, sans parler des risques de perte de chance liés aux interruptions de traitement ou aux traitements incomplets ou suboptimaux...

Pour chaque "famille" d'effets secondaires, complications ou séquelles des traitements de ces cancers, un panel d'experts multidisciplinaire a été constitué.

Chaque groupe a proposé, après mise au point et discussion en session, des recommandations pratiques, non nécessairement fondées sur une revue exhaustive de la littérature disponible à ce jour. Ces recommandations se veulent avant tout simples, claires et applicables en France au quotidien, le but étant de favoriser une prise en charge préventive et curative optimisée des troubles fonctionnels précoces et tardifs liés au traitement des cancers des VADS.

Ces recommandations sont exposées dans cet article par chapitres.

À noter que la prise en charge initiale, globale, des patients atteints de cancer des VADS en phase curative entre dans la définition des soins dits d'optimisation thérapeutique (SOT), qui constituent une démarche de santé publique validée par la Haute Autorité de santé (HAS).

Mucites et soins buccodentaires ("oral care")

Groupe de travail : M. Schubert (Seattle), J. Raber-Durlacher (Amsterdam), J. Abouchar (Poitiers), R. Lalla (Farmington), J.H. Torres (Montpellier), D. Collangettes (Clermont-Ferrand), É. Jadaud (Angers), R.J. Bensadoun (Poitiers), D. Genot-Klastersky (Bruxelles)

Évaluation préalable à tout traitement indispensable pour tous les patients

- État de la cavité buccale (denture et muqueuses)
- Fonctions orales
- Éducation précoce des patients :
 - complications ;
 - protocoles de prise en charge ;
 - rinçage de la bouche (avec un produit neutre) ;
 - nutrition.

Évaluation systématique de tous les patients en cours de traitement au minimum hebdomadaire

- Hygiène buccale
- Salivation
- Fonctions orales
- Prise en charge nutritionnelle précoce
- Dépistage précoce des surinfections
- Traitement prophylactique : uniquement lorsque l'infection est démontrée.

Évaluation systématique des complications tardives

- Hygiène buccale
- Soins dentaires
- Ouverture buccale
- Fonctions (déglutition, salivation, etc.)
- Xérostomie
- Ostéoradionécrose

Prise en charge de la mucite

- Mucite : ses symptômes et ses conséquences sur les fonctions orales doivent être pris en charge selon les recommandations (*Evidence-Based Medicine* [EBM])
- Soins dentaires basiques :
 - hygiène orale de routine ;
 - utilisation de produits de reminéralisation.
- Humidification de la nourriture
- Intérêt des cures thermales
- Laser de basse énergie : c'est un traitement efficace

➤ Tous les traitements doivent se poursuivre jusqu'à la disparition de la mucite, même si le traitement oncologique est terminé.

Effets secondaires cutanés et des phanères

Groupe de travail : M. Lacouture (New York), E. Russi (Coni), É. Reyt (Grenoble), D. Tougeron (Poitiers), C. Boers-Doets (Amsterdam), R.J. Bensadoun (Poitiers)

Prise en charge des éruptions cutanées

Les données de la prise en charge des éruptions cutanées sont présentées dans le **tableau I** (1).

Critères diagnostiques de la radiodermite aiguë

Les critères diagnostiques de la radiodermite aiguë sont présentés dans le **tableau II** (1).



Tableau I. Prise en charge des éruptions cutanées.

	Recommandés	Non recommandés	Niveau de preuve	Grades de recommandation	Commentaires
Prévention					
Topiques	Hydrocortisone 1 % (crème) Doxycycline 100 mg Hydratation et protection solaire	Pimecrolimus 1 % Tazarotène 0,05 % Crème de protection solaire utilisée isolément	II	C	
Systémiques	Minocycline 100 mg Doxycycline 100 mg	Tétracycline 500 mg	II	A	Doxycycline à préférer en cas de problème rénal Minocycline : moins photosensibilisante
Traitement					
Topiques	Alclometasone 0,05 % (crème) Fluocinonide 0,05 % (crème) Clindamycine 1 %	Crème à base de vitamine K1	IV	B	
Systémiques	Doxycycline 100 mg Isotrétinoïne à faibles doses (20-30 mg/j)	Acitrétine	IV	B	Agents photosensibilisants

Tableau II. Critères diagnostiques de la radiodermite aiguë.

	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
CTCAE <i>Common Terminology Criteria for Adverse Events (version 4.0)</i>	Érythème discret ou desquamation sèche	Érythème modéré et/ou desquamation sèche Desquamation humide en plaques surtout confinée aux plis et commissures Œdème modéré	Desquamation humide dans d'autres zones cutanées que les plis et commissures Saignement induit par dermabrasion ou traumatisme mineur	Mise en jeu du pronostic vital Nécrose ou ulcération de toute l'épaisseur du derme Saignement spontané des sites atteints Indication de greffe de peau

Prise en charge de la radiodermite aiguë

Les données de la prise en charge de la radiodermite aiguë sont présentées dans le **tableau III (1)**.

Surinfections ? (2)

Le diagnostic d'une éventuelle surinfection locale est clinique (desquamation humide et croûtes grasses, avec purulence) et microbiologique (écouvillonnage de la zone et tests sanguins). La surinfection est suspectée en présence d'au moins 2 signes parmi les 4 suivants :

- hyperthermie (température supérieure à 38 °C) ou hypothermie (température inférieure à 36 °C) ;
- tachycardie (plus de 90 battements/mn) ;
- fréquence respiratoire supérieure à 20/mn ;
- hyperleucocytose (plus de 12 000 leucocytes/mm³) ou leucopénie (moins de 4 000 leucocytes/mm³).

Prise en charge de la xérose

Les données de la prise en charge de la xérose sont présentées dans le **tableau IV (1)**.

Prise en charge de la paronychie

Les données de la prise en charge de la paronychie sont présentées dans le **tableau V (1)**.

Prise en charge du prurit

Les données de la prise en charge du prurit sont présentées dans le **tableau VI (1)**.

Douleur

Groupe de travail : S. Giudici (San Remo), P. Poulain (Toulouse), B. Diallo (Poitiers), J. Cheminet (Poitiers), M. Di Palma (Villejuif)

Différents types de douleurs chez le patient traité pour cancer des VADS

- ◆ **Douleurs initiales, aiguës**
 - Extension de la maladie
 - Traitements spécifiques : douleurs périopératoires, douleurs liées à la radio- et à la chimiothérapie, mucites notamment.

- ◆ **Douleurs chroniques**

- Séquelles fonctionnelles
- Attention à la récurrence !

La douleur et son contexte

- ◆ **Contexte**

- Terrain et contexte social
- Séquelles fonctionnelles immédiates et retardées
- Réinsertion personnelle et professionnelle.

Tableau III. Prise en charge de la radiodermite aiguë.

	Recommandés	Non recommandés	Niveau de preuve	Grades de recommandations	Commentaires
Prévention	Hygiène locale avec toilette douce et sécher la peau dans le champ d'irradiation peu avant la séance	Hydratants, gels, émulsions et pansements ne doivent pas être appliqués peu de temps avant une irradiation par électrons Pentoxifylline et zinc	IV ^a I ^a II ^a /V ^a	A A B/D	Consensus d'experts : pas de traitement systémique en phase préventive
Traitement	Hygiène locale avec toilette douce et sécher la peau dans le champ d'irradiation peu avant la séance Crème hydratante et/ou antibactérienne Gels asséchants et solutions antiseptiques (chlorhexidine), pansements hydrophiles Antibiotiques topiques quand une infection est suspectée, antibiotiques systémiques (doxycycline) Hémocultures en cas de fièvre, de signes de sepsis	Crème à base d'acide hyaluronique Émulsion anti-inflammatoire (trolamine)	IV IV ^a /V ^b V ^b IV ^a II ^c I ^b	A B/C B D B A	Consensus d'experts Consensus d'experts Consensus d'experts Consensus d'experts Consensus d'experts

^a Étude sur les traitements de cancers n'exprimant pas l'EGFR. ^b Étude sur les traitements hors cadre cancérologique. ^c Étude sur les patients porteurs de tumeurs exprimant l'EGFR.

Tableau IV. Prise en charge de la xérose.

	Recommandés	Non recommandés	Niveau de preuve	Grades de recommandation	Commentaires
Prévention	Bains, dont bains huileux et savons hydratants, avec de l'eau tiède		III	B	
	Crèmes d'hydratation Éviter les températures extrêmes et la lumière directe du soleil		III	B	
Traitement					
Topiques (atteinte modérée à sévère)	Crèmes émollientes conditionnées en pots ou tubes sans parfum ni irritants potentiels Agents émollients occlusifs : crème à l'urée, crèmes à base d'avoine colloïdale et de pétrole Pour les zones squameuses, crèmes à base de lactate d'ammonium ou d'acide lactique	Lotions alcoolisées Rétinoïdes ou peroxyde de benzoyl			Pour les jambes, des crèmes plus grasses que celles utilisées sur le visage ou la poitrine peuvent être prescrites
Topiques pour atteinte sévère	Crèmes stéroïdes ou antibiotiques		III	B	

Tableau V. Prise en charge de la paronychie.

	Recommandé	Non recommandé	Niveau de preuve	Grades de recommandation	Commentaires
Prévention					
Topique	Bains tièdes dilués Éviter les irritants		II	A	La concentration recommandée est approximativement de 0,005 %
Traitement					
Topique	Corticostéroïdes/gel iodé	Antifongiques et antibiotiques en topiques	II	A	L'usage des stéroïdes en topiques doit tenir compte de leur coût et de leur disponibilité
Systémique	Tétracyclines Les antibiotiques systémiques sont réservés aux germes identifiés par culture	Antibiotiques empiriques employés sans prélèvements bactériologiques Antifongiques systémiques	IV/II	D/A	
Autres	Nitrate d'argent Électrodessication Avulsion d'ongle				Pour granulome pyogénique

Tableau VI. Prise en charge du prurit.

	Recommandés	Non recommandés	Niveau de preuve	Grades de recommandation	Commentaire
Prévention					
Topique systémique	Éducation pour des soins de peau doux	Stéroïdes	IV IV	D D	Consensus d'experts Consensus d'experts
Traitement					
Topique	Menthol 0,5 %, pramoxine 1 %, doxépine Stéroïdes de classe III à II		III	B	Traitement prioritaire de la cause (éruption/xérose)
Systémique	Antihistaminiques		I	A	Utiliser en premier ceux qui n'entraînent pas de somnolence, penser à une adaptation éventuelle selon la clairance
	Gabapentine, prégabaline	Aprépitant	V V	D D	
	Doxépine		V	D	En seconde ligne, après échec des antihistaminiques

◆ **Évaluation**

- Intensité
- Mécanismes (composante neuropathique : DN4)
- Retentissement psychosocial (anxiété, dépression, qualité de vie, etc.).

Traitements individualisés

◆ **Traitements médicamenteux**

- Opiïdes souvent indispensables
- Formes galéniques adaptées : traitements des accès douloureux paroxystiques (ADP) : fentanyl transmuqueux, pompe à morphine
- Traitements de la composante neuropathique éventuelle (antiépileptiques, antidépresseurs).

◆ **Traitements non médicamenteux**

- rééducation fonctionnelle ;
- soutien psychologique.

◆ **Soutien de l'entourage**

Nutrition

Groupe de travail : P. Senesse (Montpellier), L. Zelek (Paris), P. Beau (Poitiers), N. Magné (Saint-Étienne), M. Orsatti (San Remo), S. Schneider (Nice)

Épidémiologie et dépistage

Le diagnostic retrouve 35 à 50 % de dénutris : il s'agit d'une population à risque de dénutrition. Le dépistage systématique est donc impératif : calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), évaluation du taux de perte de poids, calcul des ingesta.

Moyens

- Conseils diététiques personnalisés : toujours
- Compléments nutritionnels oraux : si la dénutrition est modérée et leur prise possible
- Nutrition entérale : produits standards polymériques
- Nutrition parentérale : en cas d'intolérance à la nutrition entérale.

Qui traiter ?

- Les patients dénutris ou à risque de l'être du fait de la réduction des ingesta
- En fonction du traitement :
 - dénutrition + chirurgie à risque : nutrition entérale pré- et post-thérapeutique ;
 - dénutrition + chirurgie non à risque : conseils et compléments oraux ;

- non dénutris : surveillance ;
- radiothérapie seule : conseils diététiques d'enrichissement calorique des ingesta et, si échec, nutrition entérale
- radiochimiothérapie : gastrostomie systématique ; mise en place prophylactique ou utilisée d'emblée en cas de dénutrition.

Sonde nasogastrique ou gastrostomie ?

L'efficacité nutritionnelle de la sonde de gastrostomie est meilleure, au prix de complications plus fréquentes. Il faut y avoir recours si la nutrition entérale est envisagée pour une durée supérieure à 1 mois. La technique de pose dépend des équipes. Il y a un risque de métastase stomiale.

Nausées et vomissements

Groupe de travail : P. Feyer (Berlin), J.L. Lagrange (Paris), M. Di Palma (Villejuif), D. Mayeur (Versailles), F. Scotté (Paris)

Incidence des nausées et vomissements selon le type de traitement pour cancers de l'oropharynx

Les données de l'incidence des nausées et vomissements sont présentées dans le **tableau VII**.

Tableau VII. Incidence des nausées et vomissements (Rosenthal D, données non publiées du MD Anderson Cancer Center [Houston, États-Unis]).

	Type de traitement	Incidence (%)
Nausées	IMRT	70
	IMRT + chimiothérapie concomitante	91
Vomissements	IMRT	43
	IMRT + chimiothérapie concomitante	59

IMRT : irradiation par technique de modulation d'intensité.

Recommandations MASCC ESMO 2010

Ces recommandations sont présentées dans le **tableau VIII**.

Recommandations spécifiques pour les cancers des VADS

- Cisplatine avec ou sans radiothérapie (**tableau IX**)
- Cisplatine de J1 à J5 (20 mg/m²/j) [**tableau X**]

Tableau VIII. Recommandations MASCC ESMO 2010 (Roila F et al. *Ann Oncol* 2010).

Chimiothérapie	Nausées et vomissements aigus	Nausées et vomissements retardés
Hautement émétisante	Aprépitant + sétron + dexaméthasone	Aprépitant à J2 et J3 + dexaméthasone de J2 à J4
Moyennement émétisante AC	Aprépitant + sétron + dexaméthasone	Aprépitant à J2 et J3
Moyennement émétisante non AC	Palonosétron + dexaméthasone	Dexaméthasone à J2 et J3
Faiblement émétisante	Dexaméthasone ou sétron ou dopamine	Rien
Peu émétisante	Rien	Rien

AC : doxorubicine + cyclophosphamide.

Tableau IX. Cisplatine ± radiothérapie.

J1	5-HT3 + dexaméthasone + aprépitant
J2 et J3	Dexaméthasone + aprépitant
J4	Dexaméthasone

Tableau X. Cisplatine de J1 à J5.

J1 à J5	5-HT3 + dexaméthasone + aprépitant
J6 et J7	Dexaméthasone + aprépitant

Tableau XI. Carboplatine ± radiothérapie.

J1	5-HT3 + dexaméthasone + aprépitant (préférer palonosétron)
J2 et J3	Aprépitant

➤ Carboplatine avec ou sans radiothérapie (*tableau XI*)

➤ Radiothérapie seule : 5-HT3 (5-hydroxytryptamine) avec ou sans dexaméthasone.

Complications hématologiques

Groupe de travail : J. Klastersky (Bruxelles), M. Merlano (Coni), F. Scotté (Paris), O. Garrone (Coni), D. Kamioner (Trappes)

Neutropénie

➤ En prévention, lors de l'utilisation d'une chimiothérapie TPF (docétaxel, cisplatine, 5 fluoro-uracile) : G-CSF (*Granulocyte Colony-Stimulating Factor*) à la dose de 300 ou 480 µg en fonction du poids (environ 60 kg), du lendemain de la fin de la chimiothérapie jusqu'à la sortie de la neutropénie. Numération formule sanguine (NFS) à J12 après le début de la chimiothérapie

➤ L'antibioprophylaxie systématique n'est pas recommandée

➤ Prendre en compte, lors de l'utilisation de G-CSF en prophylaxie primaire, les effets secondaires des associations de chimiothérapie (exemple : carboplatine + cétuximab).

Neutropénie fébrile

Établir le score MASCC (www.mascc.org) du risque de complications de neutropénie fébrile :

➤ si ce risque est supérieur ou égal à 21, envisager un traitement antibiotique per os à domicile après une hospitalisation courte d'évaluation si possible

➤ dans le cas contraire, traitement intraveineux (i.v.) en hospitalisation

➤ si le score est inférieur à 15, il s'agit d'une urgence absolue, le délai de prise en charge doit être minimal.

Anémie

➤ Hémoglobine inférieure à 11 g/dl.

Bilan

➤ NFS, plaquettes, réticulocytes, ferritinémie, coefficient de saturation de la transferrine (CST), B12, folates.

Prise en charge

➤ Traitement des carences si nécessaire

➤ En cas de carence martiale absolue (ferritine basse) : fer i.v. (carboxymaltose)

➤ En cas d'indication d'EPO (anémie symptomatique chimio-induite, en dehors d'une radiothérapie associée et autres causes d'anémie éliminées) : association avec fer i.v. recommandée si ferritinémie inférieure à 800 ng/ml et CST inférieur à 20 %.

Prévention des séquelles tardives, salivaires, ostéomandibulaires, vasculaires et neurologiques

Groupe de travail : L. Harrison (New York), D. Rosenthal (Houston), É. Lartigau (Lille), R. de Crevoisier (Rennes), H. Abbas (Assiut), J. Thariat (Nice), K. Hu (New York), N. Magné (Saint-Étienne), P. Régnauld-de-la-Mothe (Poitiers)

Les toxicités tardives de la radiothérapie sont principalement le fait de lésions chroniques des vaisseaux, des glandes salivaires, de la muqueuse, des tissus de soutien et de l'os. Les types et les grades de sévérité de ces complications sont directement liés à la couverture dosimétrique des organes (dose totale, volumes irradiés, dose par fraction et fractionnements modifiés).

L'optimisation de la radiothérapie est au cœur de cette prévention, et l'essor des nouvelles techniques d'irradiation permet d'envisager une conformation accrue, des escalades de doses, une irradiation guidée et adaptée.

Le concept de biomodulation intègre plusieurs points du problème : augmentation des effets des rayonnements ionisants, contournement des mécanismes de radiorésistance (radiochimiothérapie et thérapeutique ciblées) et protection des tissus sains (amifostine).

In fine, l'optimisation technique et la biomodulation influenceront sur la dose par séance, le fractionnement, l'étalement et le volume irradié, et donc également sur les toxicités aiguës et tardives.

Les toxicités doivent être évaluées par l'échelle CTCAE (version 4.0). Plus spécifiquement :

- la prévention de la xérostomie repose sur l'utilisation de la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, la diminution du temps d'irradiation, le développement de techniques d'irradiation guidées par l'imagerie ;
- la sclérose cervicale est directement liée à la dose et au fractionnement ;
- l'ostéoradionécrose doit être prévenue par une remise en état dentaire par des soins spécialisés (stomatologues, odontologues) avant la radiothérapie (extractions, soins et prophylaxie fluorée à vie), par un calcul dosimétrique précis de la dose reçue aux dents (Dentalmaps [Automatic Dental Delineation for Radiotherapy Planning in Head and Neck Cancer]) ; l'utilisation de bisphosphonates impose une surveillance renforcée ;

- les complications vasculaires et neurologiques ne doivent pas être oubliées.

Les mécanismes physiopathologiques des toxicités à long terme sont de mieux en mieux connus, et ces progrès sont constamment mis en application : amélioration des techniques de radiothérapie, nouvelles molécules et nouveaux algorithmes de prise en charge. Le suivi pluridisciplinaire à long terme des patients est impératif.

Prévention et gestion des troubles de la déglutition et de la dysphonie

Groupe de travail : X. Dufour (Poitiers), S. Hans (Paris), N. Girault (Poitiers), J. Giralt (Barcelone), J. Raber-Durlacher (Amsterdam)

Déglutition

La prise en charge thérapeutique des cancers des VADS a une influence majeure sur la fonction de déglutition : mucites, xérostomie, dysgueusie, diminution de la mobilité linguale et difficultés masticatoires peuvent être à l'origine de troubles de la propulsion du bolus vers le pharynx, de stases intrabuccales et de ralentissements du temps pharyngé.

Le maintien d'une déglutition fonctionnelle implique :

- de préserver un bon état de la cavité buccale (multiplier les bains de bouche) ;
- une évaluation phoniatrice (fibroscopie, cinétique) ;
- un état nutritionnel satisfaisant (gastrostomie per-endoscopique) préthérapeutique, compléments alimentaires, adaptation des textures) ;
- une prise en charge orthophonique pendant et après le traitement, qui comprend un travail rééducatif des praxies de la déglutition, des postures et une kinésithérapie buccale afin de lutter en particulier contre le trismus.

Pendant la phase thérapeutique, les toxicités de la radiothérapie et de la chimiothérapie doivent être prises en compte et évitées au maximum (IMRT), et le chirurgien devra tout mettre en œuvre pour conserver ou rétablir la fonction lors de la chirurgie primaire ou postradiothérapique (lambeaux locorégionaux).

La prise en charge de la douleur, le soutien psychologique et l'assistance sociale sont également des points clés.

Une alliance entre les différents spécialistes (ORL, radiothérapeutes et oncologues médicaux, phoniâtres, orthophonistes et diététiciens) doit être maintenue à long terme pour dépister régulièrement les troubles de la déglutition et les complications du traitement (ostéoradionécrose, sténoses œsophagiennes, dystonie œsophagienne).

Voix et cancer glottique au stade précoce

- Pas de différence en termes de qualité vocale après traitement chirurgical au laser ou radiothérapeutique (3-6)
- Recommandations d'hygiène vocale : hydratation, éviter forçage et traumatismes vocaux, diminuer les facteurs irritatifs tels que tabac et reflux gastro-œsophagiens
- On peut cependant déplorer l'absence d'études solides concernant le rôle de l'orthophonie dans cette indication
- Des techniques sont à suivre pour améliorer la voix après chirurgie laser : injection de graisse autologue (7), thyroplastie.

Cancers laryngés aux stades avancés

- La préservation de l'organe n'a de sens que si la fonction laryngée peut être préservée
- L'évaluation de la qualité de la voix est très difficile du fait de la dysphonie majeure, et l'évaluation de la fonction laryngée ne repose sur aucun consensus (aérodynamique, évaluation perceptive, évaluation de la prosodie).

Troubles psychosociaux et prise en charge du patient pendant et après le cancer (parcours de soin)

Groupe de travail : J. Lacau Saint-Guily (Paris), F. Barruel (Montfermeil), A. Cosmidis (Lyon), J. Sapir (Levens, Nice)

Témoignages de patients : A. Paufigue (Association Jeunes Solidarité Cancer), L. Alix (Poitiers), J. Tanzer (Poitiers)

Recommandations :

- faciliter l'accès des patients aux soins ;
- inclure les soins de support dès la prise en charge curative en adoptant une démarche pluridisciplinaire ;

- identifier les structures de soins adaptées aux patients ORL : soins de suite (SSR), structures médico-sociales, sociales et réseaux, etc. ;
- faciliter et sécuriser le retour à domicile après les traitements aigus ; faciliter la réhospitalisation si nécessaire ;
- soutenir le rôle des réseaux de cancérologie dans la continuité hôpital-ville et dans le maintien à domicile ;
- faciliter l'accès aux psychologues cliniciens ;
- pour favoriser la communication du patient, soutenir ses interlocuteurs proches et soignants ;
- développer l'éducation thérapeutique ;
- encourager la réparation des séquelles physiques des traitements des cancers des VADS ;
- formuler en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) un programme personnalisé comprenant la phase post-thérapeutique ;
- rendre compte de la spécificité de la prise en charge en soins de suite des malades par une revalorisation tarifaire ;
- tenir compte du "restant à charge" dans les soins de support (soins à la charge du patient) ;
- développer les systèmes d'information communiquants.

Conclusions générales

Ces recommandations pratiques ont été validées en table ronde en fin de meeting (M. Schneider [Nice], L. Harrison [New York], É. Lartigau [Lille], J.L. Lagrange [Créteil], P. Dellamonica [Nice], F. Denis [AFCOR, Le Mans], T. Germain [Poitiers], B. Rouillet [Poitiers], A. Berger [Poitiers], G. Pagès [Nice], J. Tanzer [Poitiers], P. Feyer [Berlin], J. Klustersky [Bruxelles]), et le texte final a été relu par l'ensemble des intervenants.

Nous espérons que ce travail pourra être utile au plus grand nombre, aux patients traités, bien sûr, comme à l'ensemble des équipes thérapeutiques impliquées dans cette prise en charge (et qui étaient représentées dans les groupes constitués) : médecins oncologues, chirurgiens ORL, radiothérapeutes, médecins traitants, infirmières d'oncologie et infirmières à domicile, médecins de SSR, psychologues, nutritionnistes, diététiciennes, assistantes sociales, phoniâtres, orthophonistes et kinésithérapeutes, etc. Le prochain congrès, MACC8, se tiendra en mars 2013 à Coni (Italie), et aura pour thème "les facteurs prédictifs de réponse et de toxicité dans les traitements des cancers des VADS". Nous espérons vous y retrouver nombreux, dans le même esprit de convivialité et de partage. ■

Références bibliographiques

1. Lacouture ME, Anadkat MJ, Bensadoun RJ et al; MASCC Skin Toxicity Study Group. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of EGFR inhibitor-associated dermatologic toxicities. *Support Care Cancer* 2011;19(8):1079-95.
2. Bernier J, Russi EG, Homey B et al. Management of radiation dermatitis in patients receiving cetuximab and radiotherapy for locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: proposals for a revised grading system and consensus management guidelines. *Ann Oncol* 2011; 22(10):2191-200.
3. Bahannan AA, Zábrodsky M, Cerny L, Chovanec M, Lohynska R. Quality of life following endoscopic resection or radio-therapy for early glottic cancer. *Saudi Med J* 2007;28(4):598-602.
4. Bibby JR, Cotton SM, Perry A, Corry JF. Voice outcomes after radiotherapy treatment for early glottic cancer: assessment using multidimensional tools. *Head Neck* 2008;30(5):600-10.
5. Sjögren EV, van Rossum MA, Langeveld TP et al. Voice outcome in T1a midcord glottic carcinoma: laser surgery vs radiotherapy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;134(9):965-72.
6. Núñez Batalla F, Caminero Cueva MJ, Señaris González B et al. Voice quality after endoscopic laser surgery and radiotherapy for early glottic cancer: objective measurements emphasizing the Voice Handicap Index. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008; 265(5):543-8.
7. Bolzoni Villaret A, Piazza C, Redaelli De Zinis LO, Cattaneo A, Cocco D, Peretti G. Phonosurgery after endoscopic cordectomies. I. Primary intracordal autologous fat injection after transmuscular resection: preliminary results. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007; 264(10):1179-84.