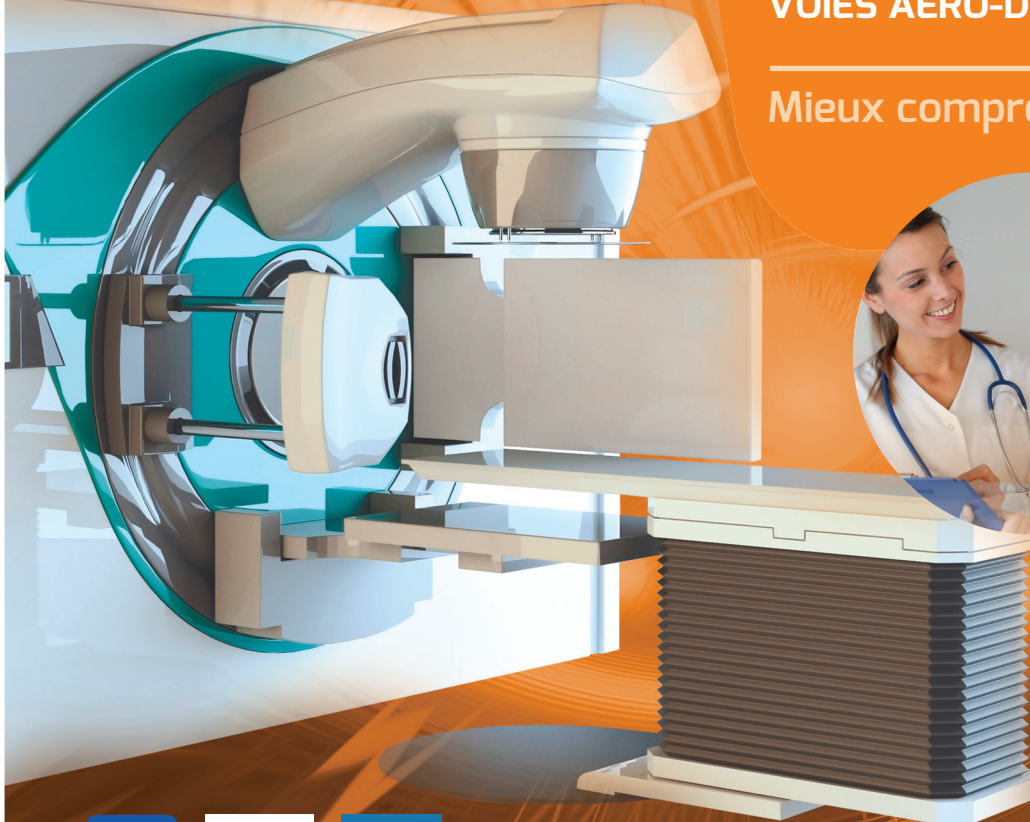


La RADIOTHÉRAPIE des cancers des VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES

(Cancers ORL)

Mieux comprendre votre traitement



Société Française
de Radiothérapie
Oncologique
SFRO

SNRO
Société Nationale des Radiothérapeutes Oncologues

SFJRO
Société Française
des Jeunes
Radiothérapeutes
et Oncologues

Document réalisé
avec le soutien de

MERCK

Ce livret est un résumé explicatif à l'usage des patients dont le but est de répondre aux principales questions concernant la radiothérapie des tumeurs des voies aéro-digestives supérieures.

Ce document a été élaboré avec l'aide de médecins oncologues, médecins généralistes, infirmières, psychologues, aides-soignants, manipulateurs, secrétaires médicales, patients en cours de traitement, patients après le traitement, familles de patients, bénévoles.

Ce document a été relu par plusieurs médecins oncologues radiothérapeutes.

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

Sommaire

Anatomie et localisation

Anatomie de la sphère cervico-faciale	4
Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS)	4
Diagnostic	5

Les traitements

Séquences de traitement	6
Généralités sur la radiothérapie	7

Les effets secondaires pendant le traitement

En cours de radiothérapie	9
En cours de chimiothérapie	10
En cours de thérapie ciblée	10

Les conseils pratiques pendant le traitement

Alimentation	11
Soins dentaires	12
Tabac et alcool	12
Autres conseils	13
Ce qu'il faut retenir pendant le traitement par radiothérapie	14

L'après-traitement

Les effets secondaires après le traitement	15
Conseils pratiques après le traitement	15
Les signes ou risques persistants ou pouvant apparaître à distance	16
Évaluation des résultats et suivi après traitement	17

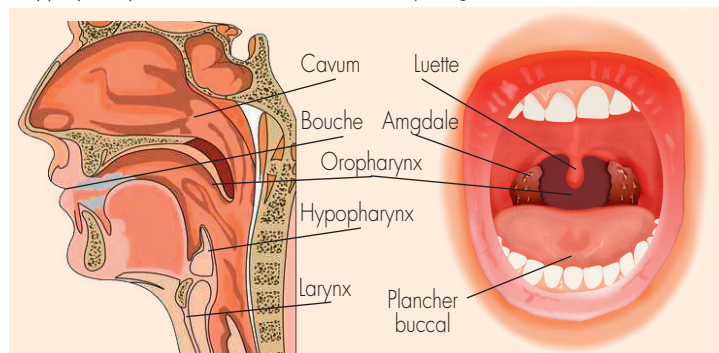
Les associations et autres ressources

Glossaire	19
-----------	----

Anatomie et localisation

Anatomie de la sphère cervico-faciale

Plusieurs termes peuvent être utilisés pour désigner ce type de tumeurs. Les voies aéro-digestives supérieures (VADS) désignent la partie haute des systèmes respiratoire et digestif. Elles sont constituées des organes qui permettent le passage de l'air et des aliments : les fosses nasales, les sinus, la bouche et le pharynx, le larynx. La région ORL (otorhinolaryngologie) inclut les oreilles (otologie), le nez (rhinologie) et le larynx (laryngologie). La région de la tête et du cou, ou région cervico-faciale, désigne une région plus large car elle prend aussi en compte le cou et les ganglions qui peuvent s'y trouver. 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 des voies aéro-digestives supérieures (VADS)

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 des carcinomes épidermoïdes et sont le plus souvent secondaires à une consommation excessive d'alcool et de tabac. Leur arrêt définitif est essentiel. Les virus, comme le papilloma virus humain (HPV) ou le virus d'Epstein Barr (EBV), peuvent également être impliqués dans la survenue de certains de ces cancers. D'autres types de cancers peuvent exister mais sont plus rares.

Anatomie et localisation

Diagnostic

› Les symptômes

L'apparition de douleurs, de modifications de la voix, de difficultés à avaler les aliments solides ou liquides, ou une sensation de nez bouché en permanence, l'apparition d'une masse dans la bouche ou la gorge ou de ganglions au niveau du cou doivent vous amener à consulter votre médecin. Un amaigrissement peut être associé. Ces symptômes peuvent être isolés ou groupés mais ne suffisent pas à affirmer le diagnostic d'un cancer. En cas de doute devant ces symptômes, votre médecin pourra vous adresser vers un spécialiste et un examen sous anesthésie générale (endoscopie) avec biopsie vous sera proposé.

› Diagnostic

Le médecin recueille l'histoire médicale, analyse les symptômes et l'état général puis procède à un examen oto-rhino-laryngologique à l'aide d'un abaisse-langue et d'un nasofibroscope. Le cou est également examiné. Une biopsie est réalisée pour faire le diagnostic de cancer. Elle peut être réalisée au fauteuil lors de la consultation ou lors d'une panendoscopie sous anesthésie générale. Les prélèvements recueillis par biopsie sont analysés au microscope.

Le diagnostic initial est complété par des examens tels qu'un scanner cervical et thoracique, une IRM cervicale, un TEP-scanner 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. Il permet de guider la stratégie de traitement.

Une fois le diagnostic établi, le dossier est discuté à l'occasion d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour proposer la meilleure stratégie thérapeutique.

Le patient peut demander un deuxième avis spécialisé à tout moment.



Les traitements

Toute décision de traitement est prise après la discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire. 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. Le traitement d'un patient est personnalisé et ne peut pas être comparé à celui d'une autre personne.

Séquences de traitement

Plusieurs traitements et combinaisons de traitements sont possibles. Peuvent être associées ou se succéder 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.

Dans certains cas, il s'agit d'une chimiothérapie (chimiothérapie d'induction ou chimiothérapie néo-adjuvante). 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 prises de sang

régulières. Il existe de nombreux produits de chimiothérapie et le cancérologue (oncologue médical ou oncologue radiothérapeute) choisit celui ou ceux qui sont les plus adaptés à chaque situation personnelle. La chimiothérapie peut aussi être réalisée en même temps que les jours de radiothérapie (radio-chimiothérapie concomitante seule ou post-opératoire).

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.

Les traitements



Machine de radiothérapie

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.

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 cellules résiduelles qui pourraient être présentes dans le site opératoire.

La radiothérapie a aussi pour but de soulager les symptômes dans certains cas.

La radiothérapie a un effet sur la maladie locale et régionale (tumeur et ganglions) alors que la chimiothérapie ou les thérapies ciblées diffusent dans tout l'organisme. La radiothérapie est parfois combinée à la chimiothérapie pour augmenter son efficacité.

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, de la zone irradiée, 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. Des gouttières porte-gel fluoré seront à appliquer (voir chapitre conseils pratiques pendant le traitement). Une consultation en stomatologie ou en chirurgie dentaire est nécessaire afin de réaliser des soins dentaires et de confectionner des gouttières.

Vous n'êtes pas radioactif pendant ou après le traitement par radiothérapie externe.

Les traitements

Avant de débiter le traitement, un scanner de repérage (ou scanner de simulation) est réalisé pour identifier précisément la tumeur à traiter et les organes sains à éviter et délivrer la dose de façon adaptée personnalisée.

L'utilisation d'un système de contention (masque personnalisé thermoformé sur lequel sont inscrits des repères pour le positionnement sous l'appareil de radiothérapie) dès le scanner de repérage et lors des séances de traitement permet de s'assurer que votre position est identique à chaque fois.

Une simulation est réalisée avant la première séance pour vérifier le bon positionnement des champs d'irradiation, puis cette vérification est faite de façon régulière tout au long du traitement.

Le traitement consiste généralement en une séance quotidienne pendant cinq à sept semaines. Ce protocole peut être adapté dans les situations particulières.

Les rayons sont invisibles, indolores et ne rendent pas radioactif. Chaque séance dure environ 10 à 15 minutes et l'équipe est en contact avec le patient par vidéo et micro en cas de besoin.

Une consultation est organisée au moins une fois par semaine pendant la radiothérapie pour adapter les soins du patient en fonction de la tolérance au traitement.



Scanner permettant de réaliser la simulation (ou repérage)

Les effets secondaires pendant le traitement

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.

- **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 d'un à quatre mois après la fin du traitement.
- **Perturbation de la salive** : il s'agit d'un effet des rayons que l'on peut difficilement éviter, sauf pour certaines régions tumorales 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. Cette sensation de bouche sèche peut se prolonger dans le temps. Les techniques de radiothérapie évoluent et permettent désormais de minimiser le manque de salive.

- **Mucite** : les muqueuses de la bouche et de la gorge vont être le siège d'une inflammation. Elles peuvent devenir rouges et douloureuses avec des petites taches blanches comme des aphtes, environ deux à trois semaines après le début des rayons. Cette mucite peut parfois se compliquer d'une surinfection et nécessiter des traitements spéciaux (bains de bouche adaptés et éventuellement des comprimés) qui seront prescrits par le médecin. Elle cicatrise généralement en un à deux mois après la fin du traitement.
- **Les douleurs à la déglutition (au moment d'avaler)** : 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 traitements qui sont prescrits en cours de radiothérapie.

Les effets secondaires pendant le traitement

➤ **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** : elle est fréquente en cours de traitement et 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** : juste après les premières séances, les glandes salivaires peuvent être gonflées et légèrement douloureuses de manière transitoire.

➤ **Perte localisée des cheveux** : parfois après 2 à 3 semaines de rayons, une perte localisée des cheveux (alopécie) peut apparaître en fonction de la localisation de votre maladie.

➤ **Œdème au niveau du cou** : dès les premiers jours, il peut apparaître un gonflement au niveau du cou, qui peut ressembler à un « double menton », qui peut devenir légèrement douloureux. Ce phénomène est le plus souvent transitoire et sans gravité.

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 donnera 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

De rares 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. 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.

Les conseils pratiques pendant le traitement

Alimentation

L'alimentation doit être adaptée pour garder un poids stable tout au long du traitement qui permettra de mieux supporter celui-ci. La surveillance régulière du poids est indispensable. Un entretien avec une diététicienne peut être nécessaire pour vous aider à adapter vos habitudes alimentaires. 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. Le maintien d'un statut nutritionnel stable permet une meilleure tolérance du traitement mais aussi une récupération plus rapide en fin de traitement.

Lorsque surviennent des difficultés pour avaler (douleurs pouvant ressembler à une douleur d'angine), il peut être nécessaire de mouliner les repas (à l'aide d'un mixeur) et de les fractionner, c'est-à-dire de manger de plus petites quantités à chaque fois mais plusieurs fois par jour. Des médicaments anti-douleur peuvent aussi faciliter la prise alimentaire. Les repas peuvent être enrichis de façon à apporter dans un volume réduit beaucoup de calories et de protéines, ou 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.

En cas d'amaigrissement important prévisible ou constaté, si des difficultés alimentaires persistent, il peut être nécessaire de mettre en place transitoirement une alimentation « artificielle ». Il s'agit

d'une sonde d'alimentation nasogastrique (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), ou une nutrition par les veines. Une infirmière à domicile peut aider à délivrer les produits spécifiques à cette méthode d'alimentation à domicile.

Ces mesures améliorent la tolérance du traitement et sont en général bien supportées par les patients.



Les conseils pratiques pendant le traitement

Soins dentaires

Avant de débuter des 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 et de la dose délivrée. Si les glandes salivaires sont irradiées, la conservation dentaire sera conditionnée par le port régulier et le plus souvent à vie, d'une gouttière porte-gel fluorée (aussi appelée gouttière de fluoruration ; il s'agit d'un système en plastique moulé sur les dents permettant l'application de gel de fluor 5 minutes par jour sur toutes les dents). En cas d'inconfort majeur lié à ces gouttières, parlez-en à votre oncologue radiothérapeute ou dentiste. Les brosses à dents doivent être souples et le brossage doux pour ne pas créer de traumatismes.



Tabac et alcool

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.



Les conseils pratiques pendant le traitement

Autres conseils

› En cas de fatigue

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 partiellement 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. 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. 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.

› 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, répartis 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 : patchs, comprimés, solutions buvables, autres...

› 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 (selon les conseils de votre médecin), uniquement après les séances. Il ne faut rien appliquer sur la peau avant les séances de radiothérapie.

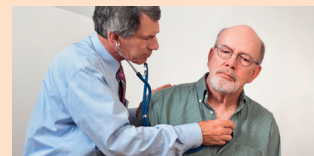
› En cas d'irritation de la bouche ou mucite

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.

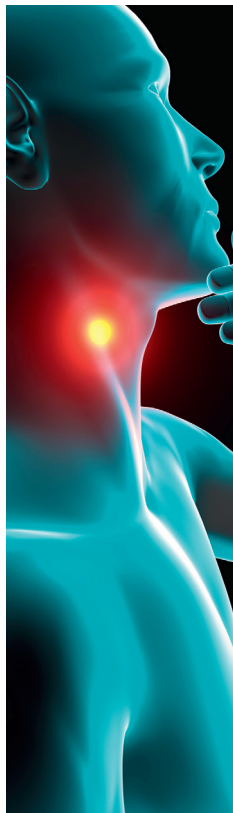
Les conseils pratiques pendant les traitements

Ce qu'il faut également retenir pendant la 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 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.
- Ne pas utiliser de cure dents.
- Si vos dents ont été laissées en place, il est nécessaire de protéger vos dents par les soins fluorés prescrits après avoir réalisé un brossage soigneux et un bain de bouche. Les brosses à dents doivent être souples et le brossage doux pour ne pas créer de traumatismes.
- Ne pas appliquer de crème sur la peau du cou en dehors de celles qui peuvent être prescrits par le médecin.
- Le rasage doit être effectué au moyen d'un rasoir manuel qui est moins traumatisant qu'un rasage mécanique.
- Il faut manger suffisamment pour ne pas maigrir. Si vous êtes gêné pour avaler, ou s'il survient des signes particuliers (toux pendant ou après les repas, gargouillement de la voix, crachats de glaires colorées après avoir bu ou mangé), il faut les signaler à l'infirmière ou à l'oncologue-radiothérapeute qui vous prend en charge.
- 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 infirmières ou les médecins sont prêts à vous aider.



L'après-traitement



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.

Souvent, la fatigue et les effets secondaires persistent quelques temps mais c'est normal.

De même, l'irritation de la gorge, les difficultés à avaler, le goût modifié des aliments, la sensation de bouche sèche, 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 (la sensation de bouche sèche peut perdurer plus longtemps), 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 inquiétants. 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 à 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 ou aspect de double menton) 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.

L'après-traitement

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 œdémateuses 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 parfois 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 aller 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.

Les associations et autres ressources

Plusieurs associations de patients ou d'aide aux patients existent, parlez-en à votre médecin qui vous aidera à vous mettre en contact si vous le souhaitez.



Glossaire

- › **Biopsie** : prélèvement d'un fragment de tissu pour analyse au microscope.
- › **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.
- › **Effet secondaire** : symptôme désagréable attendu dû au traitement en cours ou réalisé.
- › **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)** : technique d'imagerie ressemblant au scanner mais sans rayons X et qui permet d'avoir une vision détaillée 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.
- › **Radio-chimiothérapie concomitante** : la radiothérapie et la chimiothérapie sont réalisées en parallèle pour augmenter leurs effets anti-tumoraux.
- › **RCP** : réunion de Concertation Pluridisciplinaire au cours de laquelle les intervenants dans la prise en charge du cancer se réunissent pour décider la stratégie thérapeutique.
- › **Scanner** : radiographie plus détaillée qui permet de voir les organes dans tous les plans de l'espace (après injection d'un produit de contraste pour faciliter l'observation d'un organe).
- › **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.
- › **Tumeur bénigne** : prolifération exagérée de cellules normales sans argument en faveur d'un cancer.



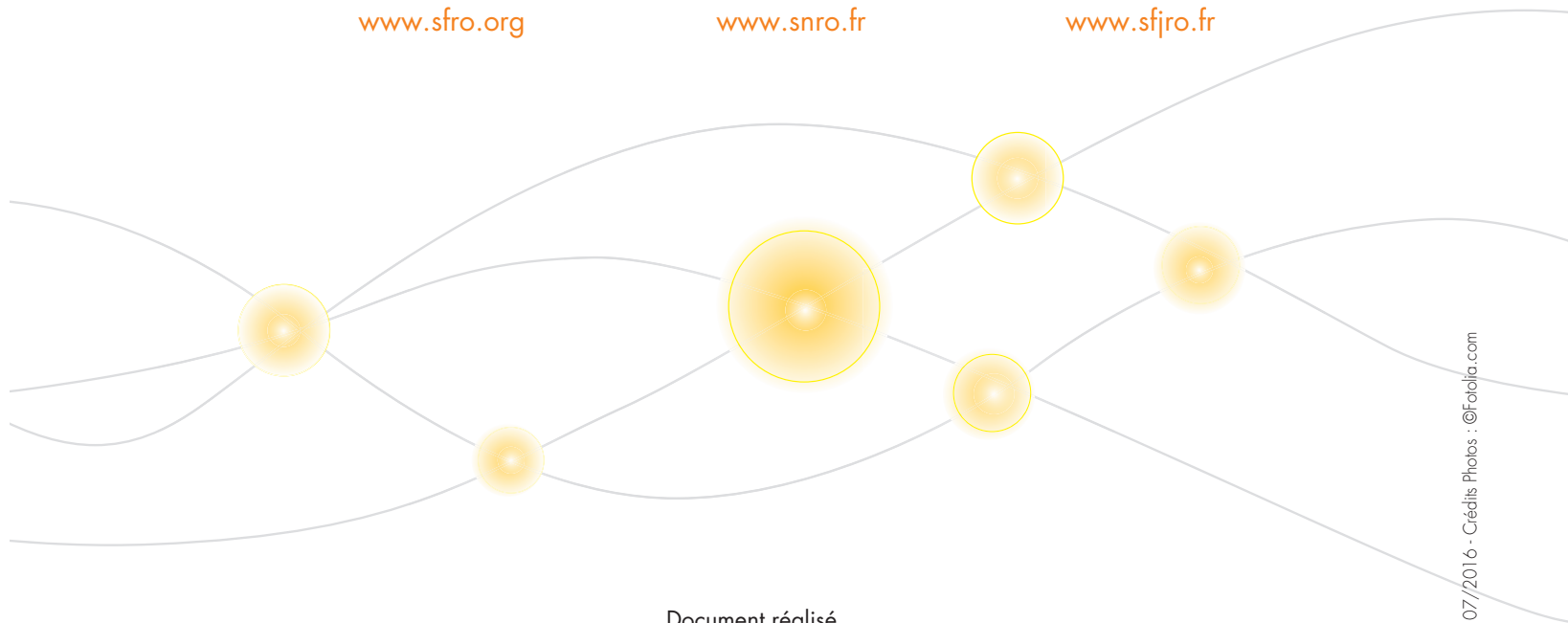
www.sfro.org



www.snro.fr



www.sfjro.fr



Document réalisé
avec le soutien de

MERCK