

Cancers de la tête et du cou

Que sont
les cancers de la
tête et du cou ?

Laissez-nous
vous expliquer.

www.anticancerfund.org | www.esmo.org

CANCERS DE LA TÊTE ET DU COU : UN GUIDE POUR LES PATIENTS

INFORMATION BASÉE SUR LES RECOMMANDATIONS DE L'ESMO

Ce guide pour les patients a été préparé par le Fonds Anticancer comme un service aux patients, afin de les aider ainsi que leurs proches à mieux comprendre les cancers de la tête et du cou et à prendre conscience des meilleures options de traitement disponibles en fonction du sous-type de cancer. Nous recommandons aux patients de demander à leur médecin quels tests et quels types de traitement sont indiqués pour le type et le stade de leur maladie. Les informations médicales décrites dans ce document sont basées sur les recommandations de pratique clinique de l'European Society for Medical Oncology (ESMO) pour la prise en charge des cancers épidermoïdes de la tête et du cou. Ce guide pour les patients a été réalisé en collaboration avec l'ESMO et est diffusé avec l'autorisation de l'ESMO. Il a été écrit par un médecin et relu par 2 cancérologues de l'ESMO dont le cancérologue responsable des recommandations de pratique clinique pour les professionnels. Il a également été relu par des représentants de patients appartenant au groupe de travail de patients de l'ESMO (ESMO Cancer Patient Working Group).

Pour de plus amples informations sur le Fonds Anticancer : www.fondsanticancer.org

Pour plus d'information sur la Société européenne d'oncologie médicale : www.esmo.org

Veillez consulter la fin du document pour la définition des mots marqués par un astérisque.

Table des matières

Les cancers de la tête et du cou en quelques phrases.....	3
Définition des cancers de la tête et du cou	5
Les cancers de la tête et du cou sont-ils fréquents ?.....	6
Quelles sont les causes des cancers de la tête et du cou ?.....	7
Comment sont diagnostiqués les cancers de la tête et du cou ?.....	9
Qu'est-ce qui est important à connaître pour un traitement optimal ?	11
Quelles sont les options de traitement ?.....	15
Quels sont les effets secondaires éventuels des traitements ?.....	19
Que se passe-t-il après le traitement ?.....	23
Définitions des termes médicaux	25

Ce texte a été écrit par le Dr Ana Ugarte (Fonds Anticancer) et relu par le Dr Svetlana Jezdic (ESMO), le Dr Lisa Licitra (ESMO), Mary Tanay RN Msc (EONS), Julie Hewitt RGN, BSc (EONS), Anita Margulies BSN RN (EONS), Umberto Tassini (Associazione Italiana Laringectomizzati– AILAR et Federazione Italiana Associazioni Laringectomizzati e Pazienti Oncologici Testa e Collo – FIALPO) et Antonio Aglione (AILAR et FIALPO).

Le texte a été traduit de l'anglais par un professionnel en traduction scientifique et médicale puis a été relu par le Dr. Gauthier Bouche.

LES CANCERS DE LA TÊTE ET DU COU EN QUELQUES PHRASES

Définition des cancers de la tête et du cou

- Les cancers de la tête et du cou sont des cancers se formant dans les voies aérodigestives supérieures (lèvres, langue, bouche, gorge, larynx), les glandes salivaires, le nasopharynx* (zone reliant le nez et la partie supérieure de la gorge) ou les sinus et la fosse nasale.
- La plupart des cancers de la tête et du cou ayant leur origine dans les cellules squameuses formant la paroi de ces voies et cavités, on les appelle carcinomes à cellules squameuses, également appelés carcinomes épidermoïdes*. Ce sont ces cancers qui sont l'objet de ce guide.

Diagnostic

- On suspecte l'existence d'un cancer de la tête et du cou en présence de symptômes tels qu'une grosseur dans le cou, une langue douloureuse, des saignements, des taches blanches ou rouges dans la bouche, des maux de gorge, une déglutition douloureuse, un enrouement persistant, le nez bouché d'un côté et/ou des saignements de nez, notamment s'ils persistent plus de 3 semaines.
- L'observation et la palpation directes des lésions suspectes doivent être complétées par un examen de la bouche, du nez, de la gorge et des voies respiratoires supérieures au moyen d'un tube flexible et éclairé appelé endoscope.
- Les médecins utilisent l'imagerie médicale pour déterminer la forme et la taille de la tumeur, ainsi que pour vérifier si le cancer ne s'est pas propagé dans d'autres parties du corps.
- Un diagnostic de cancer peut être confirmé uniquement par une analyse au microscope de prélèvement de tissu cancéreux (biopsie*).

Traitement en fonction de l'extension de la maladie (classée en différents stades)

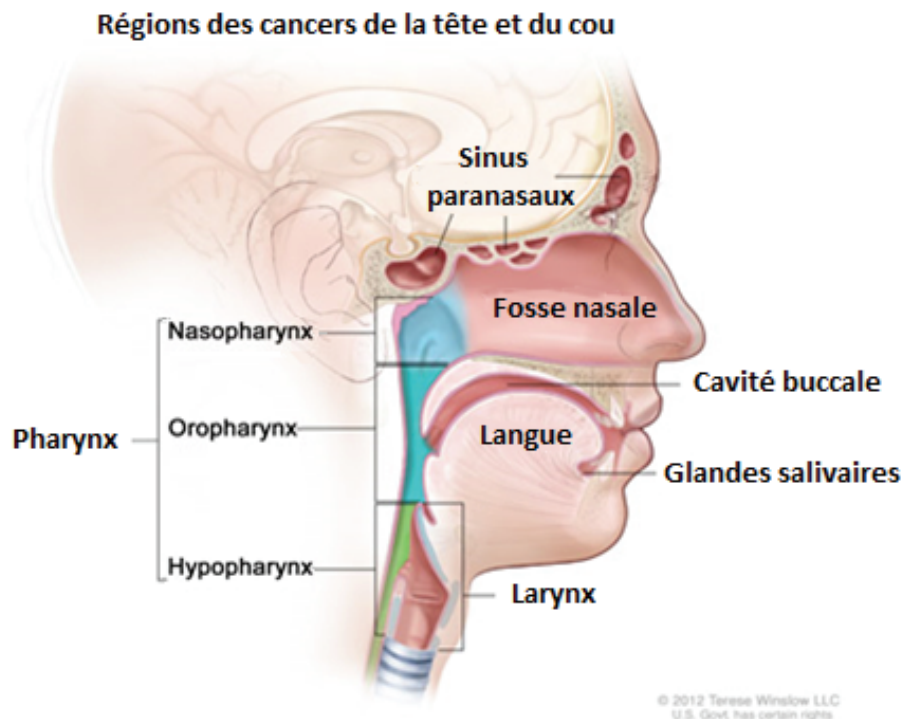
- Les cancers de la tête et du cou de stades I et II sont définis comme des cancers localisés ou à stade précoce car leur diamètre est inférieur à 4 cm et s'ils ne se sont pas disséminés aux ganglions lymphatiques*.
 - La radiothérapie* et la chirurgie sont toutes les deux efficaces pour traiter la tumeur.
 - Les techniques modernes de radiothérapie* permettent de réduire considérablement les dommages qui touchent les tissus sains environnant la tumeur.
- Les cancers de la tête et du cou de stade III et IV sont respectivement définis comme localement avancés et métastatiques. Leur diamètre dépasse 4 cm ou ils se sont propagés à des ganglions lymphatiques* ou à des organes distants. À ces stades, il s'agit d'évaluer s'il est possible de retirer entièrement la tumeur par intervention chirurgicale sans nuire gravement à la qualité de vie du patient.
 - Si la tumeur est considérée comme résécable (opérable), le traitement proposé est une intervention chirurgicale destinée à retirer la tumeur, suivie d'une chirurgie reconstructrice et une radiothérapie*. L'analyse de la tumeur retirée lors de l'intervention fournira des informations complémentaires pour décider s'il y a lieu de proposer une chimiothérapie* ultérieurement.
 - Dans certains cas, les médecins peuvent prescrire du cétuximab*, un médicament présentant moins d'effets secondaires que la chimiothérapie*.

Suivi

- Le suivi est important pour détecter les effets secondaires associés au traitement comme les problèmes de déglutition ou de respiration. Chez les patients ayant été traités par une radiothérapie* du cou, la fonction de la glande thyroïde est évaluée 1 an, 2 ans et 5 ans après.
- Des examens cliniques et d'imagerie médicale seront effectués régulièrement dans le but d'identifier une éventuelle récurrence du cancer.

DÉFINITION DES CANCERS DE LA TÊTE ET DU COU

Les cancers de la tête et du cou représentent un ensemble de cancers se formant dans les voies aérodigestives supérieures (lèvres, langue, bouche, gorge, larynx), les glandes salivaires, le nasopharynx* (zone reliant le nez et la partie supérieure de la gorge) ou les sinus et la fosse nasale. La plupart des cancers touchant cette région sont des carcinomes épidermoïdes*. D'autres cancers rares, comme ceux naissant dans les glandes salivaires, le nasopharynx*, les sinus paranasaux et la fosse nasale ou les cancers présentant un type histologique* différent des carcinomes épidermoïdes font l'objet de recommandations spécifiques non exposées dans ce guide.



Régions des cancers de la tête et du cou. Ce schéma montre l'emplacement des sinus paranasaux, de la fosse nasale, de la cavité buccale, de la langue, des glandes salivaires, du larynx et du pharynx (comprenant le nasopharynx*, l'oropharynx*, et l'hypopharynx*).

LES CANCERS DE LA TÊTE ET DU COU SONT-ILS FRÉQUENTS ?

Les cancers de la tête et du cou représentent 4 % de tous les cancers dans le monde entier. L'emplacement le plus souvent touché est la cavité buccale, qui représente 41 % de tous les cancers de la tête et du cou, suivi des cancers du pharynx et du larynx, qui représentent respectivement 22 % et 24 % de ces cancers.

En Europe, un cancer affectant la tête et le cou a été diagnostiqué chez 68 000 hommes et 24 000 femmes en 2008. Chaque année, on estime qu'un cancer de la tête et du cou sera diagnostiqué chez environ 23 hommes sur 100 000 et 4 femmes sur 100 000.

Un cancer de la cavité buccale est diagnostiqué chaque année en Europe chez 48 personnes sur un million. Un cancer du nasopharynx* est diagnostiqué chez 28 personnes sur un million et une tumeur des glandes salivaires chez 13 personnes sur un million. Les autres types de tumeurs comme les tumeurs épithéliales de la fosse nasale, du nasopharynx*, des yeux et des annexes de l'œil*, et de l'oreille moyenne, représentent moins de 5 cas par million de personnes. On estime
En Europe, le risque de développer un cancer de la tête et du cou est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Des différences importantes existent entre les pays, notamment dans la population masculine. 20 à 30 hommes sur 100 000 développeront des cancers de la bouche, de la langue, de l'oropharynx* ou de l'hypopharynx* à un moment donné de leur vie tandis que chez les femmes, 8 à 10 sur 100 000 d'entre elles développeront des cancers de la bouche ou de la langue et 2 à 3 développeront un cancer de l'oropharynx* ou de l'hypopharynx*. De manière générale, le risque est plus élevé en France et en Suisse, et plus faible dans certaines régions d'Italie et du Royaume-Uni. Cependant, le risque de cancer de l'hypopharynx* est plus faible pour les femmes dans certaines régions de Suisse.

Environ 10 hommes sur 100 000 et 1 à femmes sur 100 000 développeront un cancer de la lèvre à un moment donné de leur vie.

7 à 8 hommes et 4 à 5 femmes sur 100 000 développeront un cancer des glandes salivaires. Le risque de développer un cancer des glandes salivaires est à peu près le même dans tous les pays.

Un homme sur 100 000 développera un cancer des amygdales durant sa vie. Ce risque est plus élevé en France et semble plus faible dans certaines régions d'Italie et d'Espagne. Chez les femmes, 6 femmes sur 100 000 risquent d'en développer un. Ce risque semble plus élevé dans certaines régions de Suisse et plus faible dans certains pays d'Europe occidentale.

QUELLES SONT LES CAUSES DES CANCERS DE LA TÊTE ET DU COU ?

Plus de 70 % des cancers de la tête et du cou sont liés à la consommation de tabac et à la consommation d'alcool. D'autres facteurs de risque* ont néanmoins été identifiés. Un facteur de risque* augmente le risque d'apparition du cancer mais n'est ni suffisant ni nécessaire pour provoquer le cancer. Ce n'est pas une cause en soi.

Certaines personnes présentant ces facteurs de risque* ne développeront jamais de cancer de la tête et du cou, tandis que d'autres ne présentant aucun de ces facteurs en développeront un tout de même.

Principaux facteurs de risque* des cancers de la tête et du cou :

- **Tabagisme** : le risque est lié directement à la durée du tabagisme et à la quantité de tabac consommé. Il a été néanmoins observé que ce risque décroissait au fil du temps après la fin du tabagisme. Le tabagisme passif augmente aussi le risque de cancer de la tête et du cou. Le cancer de la bouche est lié non seulement à la consommation de tabac fumé, mais aussi à celle du tabac à chiquer et à priser (inhaler par le nez). Dans certains pays asiatiques, la consommation de tabac et de chique de bétel est liée aux cancers de la bouche, des amygdales et du pharynx. Cependant, la consommation de chique de bétel augmente à elle seule le risque de développer un cancer de la bouche.
- **Alcool** : la consommation d'alcool et de tabac est associée à la majorité des cas de cancers de la tête et du cou. Le risque associé à la consommation d'alcool augmente au fil du temps et proportionnellement aux quantités d'alcool consommées. Les grands buveurs présentent le risque le plus élevé, avec un risque cinq fois plus important pour le cancer de bouche et sept fois plus important pour les cancers du pharynx en comparaison avec les personnes ne consommant pas d'alcool.
- **Virus du papillome humain* (HPV)** : des signes d'une infection par HPV, notamment par le type 16 (HPV 16), ont été décelés dans des cancers de l'oropharynx*, et moins fréquemment dans les cancers de la cavité buccale et du larynx. Certains comportements sexuels, comme un début de vie sexuelle à un âge précoce ou le fait d'avoir de nombreux partenaires sexuels, sont liés à une augmentation du risque des cancers de la tête et du cou.



Avoir un parent du premier degré (parent, frère, sœur ou enfant) touché par ce type de cancer ou appartenir à une catégorie socioprofessionnelle basse sont également liés aux cancers de la tête et du cou. Cependant, il est possible que ces facteurs ne fassent que refléter des différences de consommation d'alcool et de tabac.

D'autres facteurs de risque* existent, en particulier, une alimentation riche en graisses animales et pauvre en fruits frais pour tous les types de cancer de la tête et du cou, une exposition prolongée au soleil pour le cancer des lèvres, un reflux gastro-œsophagien* pour les cancers du larynx et du pharynx, une exposition aux radiations* pour le cancer des glandes salivaires et la consommation de boissons à base de yerba maté* pour les cancers de la cavité buccale. D'autres affections précancéreuses telles que des taches blanches et rouges (respectivement, la leucoplasie* et l'érythroplasie*) associées au tabagisme ou à d'autres affections augmentent le risque de développer un cancer de la bouche.

Il a été suggéré que d'autres facteurs comme la consommation de café ou le fait d'être trop maigre (insuffisance pondérale) pouvaient être associés à un risque accru de cancers de la tête et du cou, mais les éléments le prouvant ne sont pas concluants.

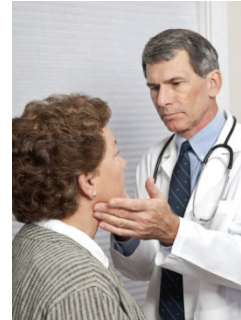
COMMENT SONT DIAGNOSTIQUÉS LES CANCERS DE LA TÊTE ET DU COU ?

On suspecte l'existence de cancers de la tête et du cou en cas d'apparition de symptômes liés à l'emplacement spécifique du cancer. Une grosseur dans le cou, une langue douloureuse, une plaque blanche ou rouge dans la bouche, une douleur dans la gorge, une déglutition douloureuse, un enrrouement persistant, un nez bouché d'un côté et/ou des saignements de nez sont des symptômes, qui, s'ils persistent plus de 3 semaines, doivent être rapportés à votre médecin.

Le diagnostic des cancers de la tête et du cou est basé sur les examens suivants :

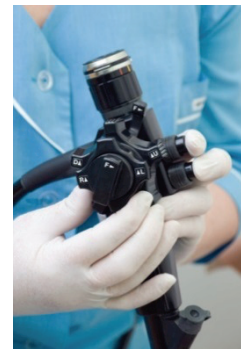
1. Un examen clinique

L'examen clinique comprendra une inspection de la bouche, du nez et du cou au moyen d'une lumière et d'un miroir pour une vision plus claire. Le médecin réalise une inspection et une palpation des lèvres, des joues, des gencives et du cou pour rechercher des grosseurs ou les anomalies décrites précédemment. Les conclusions de cet examen guideront les procédures de diagnostic ultérieures.



2. Endoscopie*

S'il est possible de contrôler directement la cavité buccale et de l'oropharynx*, l'examen du nasopharynx*, de l'hypopharynx* et du larynx nécessite une laryngoscopie* indirecte avec miroir et/ou une endoscopie*, une procédure permettant d'examiner l'intérieur du corps au moyen d'un tube flexible, fin et éclairé appelé endoscope. Cette procédure vous permet de ne pas rester longtemps au cabinet du médecin et aucun anesthésiant* n'est nécessaire. Une autre procédure appelée panendoscopie* combine l'utilisation de la laryngoscopie*, de la bronchospie* (pour évaluer les voies respiratoires à l'intérieur des poumons) et l'œsophagoscopie* pour repérer d'éventuelles formations tumorales dans l'œsophage. La panendoscopie* est réalisée sous anesthésie générale*.



3. Les examens radiologiques

Le scanner* et l'imagerie par résonance magnétique* (IRM) permettent d'évaluer la taille et la forme de la tumeur. Le scanner* est capable de montrer simultanément les tissus mous tels que les ganglions lymphatiques*, les structures osseuses et les vaisseaux sanguins. Cependant, l'IRM* dispose d'une meilleure résolution pour restituer les détails des tissus mous. C'est pourquoi les médecins privilégient l'IRM* pour la détermination du stade pour chaque tumeur, sauf pour les cancers du larynx et de l'hypopharynx*.

Une radiographie* de la poitrine est recommandée pour évaluer la présence éventuelle de métastases* ou de tumeur primaire dans les poumons. À cet égard, un scanner* de la poitrine peut être réalisé pour des tumeurs de taille importante.



4. Un examen anatomopathologique

Il s'agit de l'analyse du tissu tumoral en laboratoire. Il est effectué au moyen d'un microscope pour examiner les tissus prélevés lors de la biopsie*. La biopsie* peut être effectuée par endoscopie* et selon l'emplacement de la tumeur, elle peut aussi être effectuée très simplement bouche ouverte ou dans certains cas, en prélevant un échantillon de ganglion lymphatique* du cou. Les données anatomopathologiques confirmeront le diagnostic de cancer et révéleront les



caractéristiques spécifiques de la tumeur. Le diagnostic anatomopathologique est réalisé en suivant la classification des tumeurs de la tête et du cou de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les tumeurs peuvent en effet être plus ou moins agressives que le type le plus fréquent (cancer épidermoïde). Il est donc important de connaître précisément cette information. Par exemple, les carcinomes papillaires* et verruqueux* sont moins agressifs alors que leurs variantes basaloïdes* ou à cellules fusiformes* le sont plus. Les autres informations devant être fournies par l'anatomopathologiste seront expliquées dans le chapitre consacré au traitement.

QU'EST-CE-QUI EST IMPORTANT À CONNAÎTRE POUR UN TRAITEMENT OPTIMAL ?

Les médecins devront rassembler différentes informations pour déterminer le meilleur traitement. Ces informations à recueillir concernent le patient et le cancer.



Informations importantes à propos du patient

- Les antécédents médicaux personnels
- Les antécédents familiaux de cancer
- La consommation d'alcool et de tabac
- Les résultats de l'examen clinique effectué par le médecin
- L'état de santé général du patient
- Le poids et l'état nutritionnel
- En plus de l'examen clinique, d'autres examens sont effectués pour évaluer les risques de complications dus au traitement. On effectuera notamment un bilan de la fonction des reins et un bilan dentaire, car certains traitement risquent d'affecter ces organes.

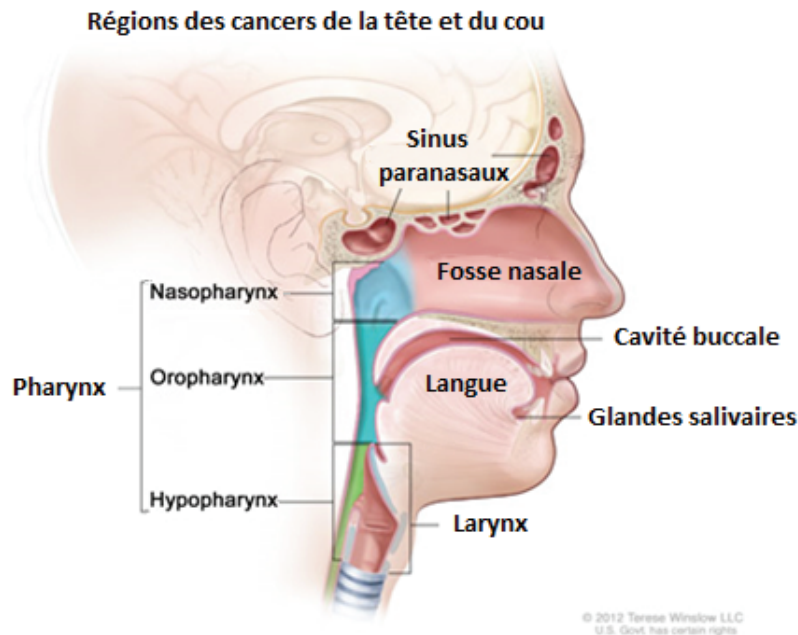
Informations importantes à propos du cancer

- **La localisation de la tumeur**
La localisation de la tumeur influencera les décisions concernant le traitement, car les cancers de la tête et du cou touchent des organes relativement petits, mais visibles, et le traitement risque de modifier leur fonctionnalité et leur apparence physique.

Ces cancers touchent en effet la plupart des organes essentiels situés dans la tête et le cou, à l'exception de la glande thyroïde, des yeux et du cerveau.

Le présent guide ne concerne pas néanmoins les cancers des sinus paranasaux, des glandes salivaires, des fosses nasales et du nasopharynx*, car, même s'il s'agit bien de cancers de la tête et du cou, les recommandations de traitement les concernant sont très spécifiques.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, les recommandations présentées dans ce guide concernent les cancers de la bouche, des lèvres, de la langue, du palais, du pharynx (à l'exception de sa partie supérieure ou nasopharynx*) et du larynx.



Régions des cancers de la tête et du cou. Ce schéma montre l'emplacement des sinus paranasaux, de la fosse nasale, de la cavité buccale, de la langue, des glandes salivaires, du larynx et du pharynx (comprenant le nasopharynx*, l'oropharynx*, et l'hypopharynx*).

- **Stades du cancer**

Les médecins utilisent les stades du cancer pour estimer l'étendue du cancer et le pronostic* du patient. Le système de classification TNM est couramment utilisé à cette fin. La combinaison de T, taille de la tumeur et infiltration des tissus avoisinants, N, atteinte des ganglions lymphatiques* et M, métastases* ou propagation du cancer à un autre organe du corps, aboutira au classement du cancer dans l'un des stades décrits ci-dessous.

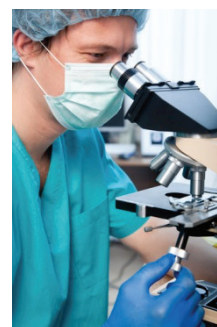
Le stade est un élément fondamental pour prendre une décision appropriée concernant le traitement. Moins le stade est élevé, meilleur est le pronostic*. La détermination du stade est généralement effectuée à deux reprises : après les examens cliniques et radiologiques, et après l'intervention chirurgicale. Si une opération chirurgicale est pratiquée, la détermination du stade peut également être influencée par l'examen en laboratoire de la tumeur qui a été enlevée.

La détermination du stade est très spécifique de la localisation du cancer, car les structures touchées ne sont pas les mêmes. Le but de ce guide n'est pas de fournir des informations extrêmement détaillées. C'est pourquoi vous devez vous rappeler que le tableau ci-dessous ne fournit que des informations de portée générale pour que vous ayez une vue générale des stades des cancers de la tête et du cou. Nous recommandons d'interroger vos médecins pour obtenir des explications plus détaillées sur chaque cas particulier.

Stade	Définition
Stade I	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Taille de la tumeur et infiltration</i> : 2 cm de diamètre ou moins, sans infiltration des tissus voisins. • <i>Ganglions lymphatiques* touchés</i> : non. • <i>Organes distants touchés</i> : non.
Stade II	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Taille de la tumeur et infiltration</i> : diamètre compris entre 2 et 4 cm, ou touchant déjà des sites voisins. • <i>Ganglions lymphatiques* touchés</i> : non. • <i>Organes distants touchés</i> : non.
Stade III	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Taille de la tumeur et infiltration</i> : diamètre dépassant 4 cm. OU • <i>Ganglions lymphatiques* touchés</i> : oui, et 3 cm maximum • <i>Organes distants touchés</i> : non.
Stade IVA	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Taille de la tumeur et infiltration</i> : toutes tailles et tout type d'infiltration. • <i>Ganglions lymphatiques* touchés</i> : oui, et taille comprise entre 3 et 6 cm. • <i>Organes distants touchés</i> : non.
Stade IVB	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Taille de la tumeur et infiltration</i> : la tumeur envahit l'espace situé devant la colonne vertébrale dans le cou, l'artère carotide* ou des structures dans la zone située entre les deux poumons et appelée médiastin*, comme la trachée* ou l'œsophage. OU • <i>Ganglions lymphatiques* touchés</i> : oui, et taille supérieure à 6 cm. • <i>Organes distants touchés</i> : non.
Stade IVC	Indépendamment de la taille de la tumeur et des ganglions* lymphatiques* touchés, un organe situé à distance est touché (métastase* à distance).

- **Les résultats de la biopsie***

L'échantillon prélevé par biopsie* est examiné en laboratoire. Cet examen est appelé anatomopathologie*. Le second examen anatomopathologique* concerne l'examen de la tumeur et des ganglions lymphatiques* après leur ablation chirurgicale. Cela permettra de confirmer les résultats de la biopsie* et d'obtenir davantage de renseignements sur le cancer. Généralement, plus le nombre de ganglions lymphatiques* touchés est grand, et plus ils sont bas dans le corps, et moins le pronostic* est favorable.. Les résultats de l'examen de la biopsie* doivent inclure les éléments suivants :



- **Localisation** : le pronostic* diffère selon la zone de la tête et du cou touchée.
- **Le stade T** : il est déterminé en fonction des dimensions de la tumeur et de la présence ou l'absence d'envahissement adjacent. Le stade T permet de définir le stade de la maladie, comme cela a été défini précédemment. Plus le stade T est élevé, moins le pronostic* est favorable.
- **Le type histologique*** : la plupart des cancers de la tête et du cou sont des carcinomes épidermoïdes*. Il existe des sous-types spécifiques tels que les carcinomes épidermoïdes papillaires* et verruqueux* qui présentent un meilleur pronostic* ou des carcinomes basaloïdes* ou à cellules fusiformes* qui sont plus agressifs.

- **Profondeur de l’envahissement** : un envahissement du tissu adjacent supérieur à 4 mm présente un pronostic* moins favorable.
- **Type d’infiltration** : une infiltration cohérente signifie que la tumeur croît sous la forme d’une masse unique qui repousse les tissus voisins. Son pronostic* est dans ce cas meilleur que celui d’une infiltration anarchique envahissant les tissus voisins.
- **Grade** : on attribue aux cancers de la tête et du cou un grade de 1 à 4. Plus le grade est élevé, moins le pronostic* est favorable.
GX : l’anatomopathologiste* n’est pas en mesure de déterminer le grade.
Grade 1 (G1) : bien différenciées, c’est-à-dire que les cellules cancéreuses ressemblent beaucoup aux cellules saines dont elles sont originaires.
Grade 2 (G2) : modérément différenciées, c’est-à-dire que les cellules sont moins facilement identifiables, mais il est toujours possible de déterminer leur origine.
Grade 3 (G3) : très peu différenciées, c’est-à-dire que les cellules ne sont presque pas identifiables.
Grade 4 (G4) : indifférenciées, c’est-à-dire qu’il est même impossible de comparer les cellules cancéreuses des cellules saines dont elles sont originaires.
- **Les marges tumorales** : les marges sont le pourtour ou les bordures du tissu retiré lors d’une chirurgie du cancer. La marge est dite négative lorsque l’anatomopathologiste n’observe aucune cellule cancéreuse en bordure du tissu, ce qui suggère que le cancer a été retiré dans son intégralité. À l’inverse, la marge est considérée comme positive lorsque l’anatomopathologiste observe des cellules cancéreuses en bordure du tissu, ce qui suggère que le cancer n’a pas été retiré dans son intégralité. Dans le cas des cancers de la tête et du cou, les marges sont considérées comme positives s’il est observé des cellules cancéreuses jusqu’à 1 mm de la bordure de la résection. On estime alors que des cellules cancéreuses peuvent avoir été laissées au-delà de la zone retirée avec la tumeur.
- **Infiltration vasculaire et périnerveuse** : l’analyse du prélèvement effectué lors de la biopsie* peut montrer que les cellules tumorales se sont infiltrées dans la périphérie des nerfs (infiltration périnerveuse) et les vaisseaux (infiltration vasculaire). Cette infiltration indique un risque plus élevé de récurrence de la maladie après le traitement par rapport à une tumeur sans infiltration.
- **Infection par HPV*** : jusqu’à présent, la découverte d’une infection par HPV* n’a pas d’effet sur la prise de décision du traitement. Néanmoins, il est recommandé de la rechercher, car il peut s’avérer important pour le pronostic* et chez les patients qui désirent en apprendre davantage sur leur maladie.

QUELLES SONT LES OPTIONS DE TRAITEMENT ?

L'élaboration du programme de soins implique la participation d'une équipe multidisciplinaire de médecins. Ceci implique généralement une réunion entre différents spécialistes, que l'on appelle réunion de concertation pluridisciplinaire* ou consultation oncologique multidisciplinaire*. Au cours de cette réunion, le programme de traitement sera discuté en fonction des informations importantes évoquées plus haut.



Il est recommandé d'arrêter toutes les habitudes considérées comme des facteurs de risque* des cancers de la tête et du cou comme le tabagisme ou la consommation d'alcool. On invite également ces patients à adopter un régime alimentaire sain avant de commencer le traitement, car la déglutition peut devenir difficile du fait du cancer et des traitements anticancéreux. L'intervention d'un nutritionniste est conseillée. Un traitement dentaire est aussi fortement recommandé avant de commencer le traitement, car la radiothérapie* de la tête peut provoquer l'apparition de caries et ce risque est augmenté par une mauvaise santé dentaire. Une bonne hygiène buccale est primordiale pour réduire le risque d'ulcération (mucite*) et les infections de la bouche.

Le traitement combinera généralement des thérapies qui :

- Traitent le cancer localement, telles que la chirurgie ou la radiothérapie*
- Traitent les cellules cancéreuses dans tout le corps par une thérapie systémique* telle que la chimiothérapie* (cisplatine* ou carboplatine*, 5-Fluorouracile*, docétaxel*) et les thérapies biologiques ciblées* (cétuximab*).

L'étendue du traitement dépend du stade du cancer, des caractéristiques de la tumeur et des risques pour le patient.

Les traitements énumérés ci-dessous ont leurs avantages, leurs risques et leurs contre-indications*. Nous recommandons aux patients de discuter avec leurs médecins pour connaître les avantages escomptés et les risques de chaque traitement afin d'être pleinement informés de ses tenants et aboutissants. Certains traitements présentent plusieurs possibilités dont le choix doit être discuté en fonction de la balance entre les avantages et les risques.

Après une description des différents traitements qui peuvent être utilisés pour traiter les cancers de la tête et du cou, les recommandations de traitement en fonction du stade de la maladie sont présentées.

Traitements utilisés pour les cancers de la tête et du cou

Chirurgie

L'intervention chirurgicale sera réalisée sous anesthésie générale*. Le chirurgien procédera à l'ablation de la tumeur et, si cela s'avère opportun, de plusieurs ganglions lymphatiques* lors de la même opération. Comme la chirurgie peut avoir un impact important sur l'aspect esthétique* et sur la fonctionnalité des organes, le chirurgien épargnera autant que possible les structures saines (chirurgie conservatrice). Une chirurgie (plastique) reconstructrice peut être réalisée lors de la même intervention pour remplacer le tissu manquant par des tissus provenant d'autres parties du corps (lambeaux de tissus). Il est également possible de déplacer de la peau pour recouvrir la lésion (greffe cutanée). L'objectif final de la chirurgie reconstructrice est de restaurer au maximum l'apparence physique et la fonctionnalité des tissus retirés.



Radiothérapie*

La radiothérapie* utilise des rayonnements* pour tuer les cellules cancéreuses, qui sont généralement moins à même de se rétablir après l'irradiation.

La radiothérapie* utilisée pour les cancers de la tête et du cou a pour objectif de détruire localement les cellules cancéreuses à l'aide de rayonnements* à haute énergie produits par un appareil de radiothérapie*. La radiothérapie externe* consiste à produire des rayonnements* à partir d'une source externe et à les diriger vers la région de la tête et du cou où se trouve la tumeur, et dans certains cas, vers les vaisseaux* et les ganglions lymphatiques* proches. Un masque sert à soutenir la tête du patient et à le maintenir immobile lors de l'administration du traitement. Une fois que le masque est mis en place sur la tête et le cou du patient, il est attaché à la table sur laquelle est allongé le patient. Cet équipement permet de respirer facilement, mais vous devez communiquer à l'équipe médicale toute appréhension de votre part à l'idée de porter un masque. L'équipe pourra ainsi vous aider à surmonter le stress que cette situation peut provoquer.



Chimiothérapie*

La chimiothérapie* a pour but de tuer les cellules tumorales. Dans le cas des cancers de la tête et du cou, la chimiothérapie* est administrée dans une veine, ce qui fait qu'elle agit de manière systémique* (dans la circulation sanguine). Plusieurs médicaments sont efficaces contre les cancers de la tête et du cou comme le cisplatine*, le paclitaxel*, le docétaxel* ou le 5-Fluorouracile* (5-FU). Ces médicaments sont parfois associés les uns avec les autres. Parfois, la chimiothérapie* est administrée en même temps que la radiothérapie* pour renforcer les effets des rayonnements*.



Thérapie biologique*

La thérapie biologique* se réfère à l'utilisation thérapeutique de substances conçues spécifiquement pour interférer avec la croissance des cellules.

Par exemple, le cétuximab* est un anticorps monoclonal* qui agit contre le récepteur de facteur de croissance épidermique* (EGFR), une structure présente sur la surface de toutes les cellules normales et qui les aide à croître. Les cellules des cancers de la tête et du cou présentent des quantités élevées d'EGFR* à leur surface. Le cétuximab* se fixe à l'EGFR* et perturbe alors la croissance des cellules tumorales, provoquant leur mort.

Plan de traitement pour les stades I et II

Le diamètre de la tumeur primitive est inférieur à 4 cm. Dans le larynx, elle peut toucher partiellement les cordes vocales, mais l'envahissement des tissus environnants est limité. Les ganglions lymphatiques et les organes distants ne présentent aucun signe de maladie.*

Dans les stades I et II, la radiothérapie* et la chirurgie conservatrice donnent des résultats similaires concernant le contrôle local de la tumeur, même si aucune étude n'a jamais comparé l'efficacité de la radiothérapie* et celle de la chirurgie. Les techniques modernes de radiothérapie* offrant des images et une modulation des rayons en temps réel pour délimiter la tumeur permettent de mieux cibler le cancer en évitant le plus possible de toucher les tissus sains voisins de la tumeur.

Plan de traitement pour les stades III et IV

La tumeur primaire est supérieure à 4 cm, envahissant les tissus environnants de façon à entraver leur fonctionnalité, par exemple, en paralysant les cordes vocales dans un cancer du larynx. Par ailleurs, on peut observer un envahissement des ganglions lymphatiques et/ou d'organes distants.*

En général, une tumeur est considérée comme opérable ou résécable si l'on est sûr qu'on ne laissera pas de cellules cancéreuses dans le corps une fois la tumeur enlevée et que l'on saura préserver la fonctionnalité des organes touchés tout en offrant un bon résultat esthétique*, avec ou sans chirurgie reconstructrice. Certaines tumeurs peuvent toucher des structures qui seront techniquement très difficiles à opérer, de sorte que le chirurgien la considère comme non résécable. D'autres tumeurs peuvent être techniquement résécables, mais le résultat peut s'avérer inacceptable pour le patient d'un point de vue esthétique* ou fonctionnel. Par exemple, une grande tumeur de la langue ne présente pas de grandes difficultés techniques pour le chirurgien, mais l'ablation de cet organe peut s'avérer inacceptable pour le patient.

Quand la tumeur est considérée comme résécable, le traitement des stades avancés III et IV comprend une intervention chirurgicale, souvent accompagnée de chirurgie reconstructrice, suivie d'une radiothérapie*. Quand les marges de la tumeur sont positives (infiltrées par la tumeur) ou si la tumeur s'est étendue au-delà de la paroi externe des ganglions lymphatiques* (extension extracapsulaire*), une chimioradiothérapie postopératoire (radiothérapie* et chimiothérapie* administrées de manière concomitante) est recommandée. Dans ce cas, la chimiothérapie* repose sur l'utilisation d'un seul médicament à base de platine* (cisplatine* ou carboplatine*).

Le choix du recours à la radiothérapie* ou à la chirurgie repose sur une évaluation soigneuse des résultats attendus en fonction de la localisation de la tumeur et de l'extension de la maladie, ainsi que sur les préférences personnelles du patient. En place d'une chimioradiothérapie, une radiothérapie* avec administration concomitante de cétuximab* peut être proposée. En fait, et même si ces deux schémas thérapeutiques n'ont pas fait l'objet d'une comparaison formelle, il a été observé que la radiothérapie* plus cétuximab* provoquait moins d'effets secondaires que la chimioradiothérapie. Cependant, l'efficacité de ces schémas thérapeutiques reste encore à étudier chez les patients de plus de 65 ans.

L'administration de traitements avant le traitement local dans le but de réduire la taille de la tumeur et d'améliorer les chances de succès du traitement par chirurgie ou radiothérapie* est appelée thérapie d'induction. Une chimiothérapie* associant le docétaxel*, le cisplatine* et le 5-Fluorouracile* est une des options de thérapie d'induction. Cependant, aucun élément ne prouve clairement que la chimiothérapie d'induction ne prolonge la survie à ce jour. Elle peut toutefois permettre de conserver des organes dans certains cancers du larynx et de l'hypopharynx* et en particulier éviter une laryngectomie.

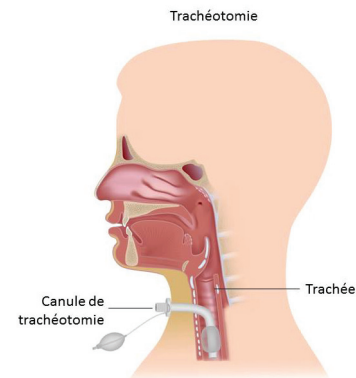
QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES ÉVENTUELS DES TRAITEMENTS ?

Les risques et les effets secondaires de la chirurgie

La chirurgie vise à retirer la tumeur et une partie des tissus sains environnants pour s'assurer que l'on ne laisse pas de cellules cancéreuses. En fonction de la structure et de la situation des organes touchés, des problèmes fonctionnels ou liés à l'image corporelle peuvent se poser selon la localisation de la tumeur.

La voix et la parole peuvent être touchées de manière temporaire ou définitive. D'autres problèmes peuvent survenir comme une faiblesse de l'épaule, des difficultés à mâcher et déglutir, une perte de l'audition ou des dysfonctionnements de la glande thyroïde. Une sonde d'alimentation sera peut-être nécessaire pour s'alimenter. Elle sera passée dans le nez ou traversera directement la peau pour atteindre l'estomac. L'ablation complète du larynx nécessitera la création d'une ouverture (trachéostome) à la base du cou pour permettre une respiration normale, car il n'y aura plus de liaison directe entre le nez/la bouche et la trachée* (voie respiratoire). Une canule de trachéotomie sera placée dans cette ouverture pour garder l'orifice ouvert. Ce type de canule requiert des soins spécifiques et un nettoyage quotidien. Ces gestes seront enseignés au patient par ses médecins et infirmières afin que le patient puisse par la suite les réaliser lui-même.

Selon la localisation de la tumeur réséquée, certains patients risquent de subir une modification de l'apparence physique du visage (défiguration). Une chirurgie reconstructrice est proposée à des fins esthétiques* et pour conserver des fonctions corporelles.



Les risques et effets secondaires de la radiothérapie*

Complications précoces

La peau traversée par les rayons* peut devenir rougir, s'irriter et/ou gonfler. Des lésions des glandes salivaires peuvent provoquer une sécheresse de la bouche ou un épaissement de la salive. La muqueuse de la bouche peut gonfler, devenir douloureuse et parfois s'ulcérer : on parle de mucite*. Les rayons* peuvent aussi toucher les papilles de la langue et donc modifier la perception du goût. Les infections de la bouche, notamment les candidoses, sont d'autres effets secondaires de l'irradiation au niveau de la tête et du cou. Traiter la douleur et assurer une bonne hygiène buccale sont primordiaux pour prévenir ou soulager ces complications précoces.

Complications ultérieures

Les effets secondaires tardifs de la radiothérapie* dépendent des dommages subis par les structures proches de la zone traitée. La radiothérapie* peut endommager les dents et modifier l'irrigation sanguine des os de la mâchoire, mais ces problèmes peuvent être évités avec un traitement dentaire approprié avant de démarrer les séances de radiothérapie*.

Le gonflement et/ou les lésions provoqués par la radiothérapie* peuvent entraîner des douleurs et des problèmes de déglutition, un changement de la voix, une modification du goût et par conséquent, une perte d'appétit.

L'accumulation de cérumen ou des lésions du canal auditif peut entraîner une perte d'audition. Puisque la glande thyroïde est placée immédiatement sur l'avant du cou, elle peut elle aussi être touchée. Dans ce cas, elle produit moins d'hormones* thyroïdiennes et le patient peut se sentir fatigué et léthargique. Des analyses sanguines de la fonction thyroïdienne devront être effectuées après un traitement par radiothérapie*.

Durant le suivi, l'équipe médicale vérifiera régulièrement la survenue de ces complications.

Effets secondaires des médicaments anticancéreux

Cisplatine* et carboplatine* (médicaments à base de platine*)

Les lésions du rein constituent un effet secondaire qui nécessitera un ajustement des doses. Des lésions nerveuses peuvent perturber la vision et causer une perte d'audition. Les effets secondaires comprennent aussi fréquemment des nausées et des vomissements, un déséquilibre électrolytique* et une baisse du nombre de cellules sanguines (globules rouges*, globules blancs* et plaquettes*).

Le carboplatine* peut provoquer un éclaircissement ou une perte de cheveux. Même s'il est peu probable que la perte de cheveux soit complète, les patients bénéficieront de l'aide de l'équipe médicale pour surmonter ce problème.

Docétaxel*

Le docétaxel* provoque parfois une rétention de liquide, une décoloration temporaire des ongles et une éruption cutanée avec démangeaisons. Certaines personnes développent aussi, entre autres, une mucite*, une perte de cheveux ou un syndrome mains-pieds (endolorissement de la paume des mains et de la plante des pieds, avec des fourmillements, un engourdissement, des douleurs, une sécheresse et une exfoliation), ou des fourmillements et un engourdissement des mains et des pieds. Environ un patient sur quatre souffre d'une réaction allergique pendant la première ou la seconde perfusion de docétaxel*. C'est pourquoi des antihistaminiques* sont prescrits aux patients avant l'administration de docétaxel*.

5-Fluorouracile*

Des effets secondaires graves peuvent survenir chez les personnes présentant un déficit inné d'une enzyme appelé dihydro-pyrimidine-déshydrogénase (DPD)* : ces personnes n'ont pas suffisamment de DPD nécessaire à l'organisme pour métaboliser ce médicament.

Sensibilité de la peau à la lumière du soleil : l'exposition au soleil doit être évitée pendant au moins un an après la fin du traitement.

Syndrome mains-pieds (érythrodysesthésie palmo-plantaire*) : la paume des mains et la plante des pieds présentent des rougeurs et des lésions. Parfois, la peau pèle. Ce syndrome est généralement bénin.

Des lésions cardiaques et une mucite* sont aussi des effets secondaires potentiels importants du 5-Fluorouracile*.

Cétuximab*

Certains effets secondaires bien connus associés à la prise de cétuximab* sont une éruption cutanée similaire à de l'acné, une fatigue, des déséquilibres électrolytiques (faibles taux de magnésium* dans le sang) et l'inflammation de la peau entourant les ongles des pieds ou des mains.

Pour de nombreux effets secondaires connus de la chimiothérapie*, certaines interventions permettent de les prévenir ou de les traiter. Les effets secondaires seront régulièrement évalués et suivis par l'équipe multidisciplinaire pour s'assurer que des mesures adaptées sont mises en place le plus tôt possible.

Les effets secondaires de la radiochimiothérapie

L'utilisation concomitante de deux approches comme la chimiothérapie* et la radiothérapie* augmente la probabilité d'apparition d'effets secondaires. En effet, les effets de la première thérapie s'ajouteront aux effets de la seconde.

Les effets psychologiques et sociaux

Les traitements des cancers de la tête et du cou ont aussi des répercussions sur la vie psychologique et sociale. Ces effets seront plus ou moins importants en fonction de la personnalité du patient ou si ce dernier se sent bien ou malade après le traitement.

Les cicatrices visibles ont un impact très important par rapport aux autres conséquences des traitements. Dans le cas d'une laryngectomie ou d'interventions similaires, le problème principal est la perte de la voix. Dans ce cas, les capacités de communication orale, qui sont au cœur des relations sociales, sont modifiées, tout comme l'image physique personnelle. Tous les changements entraînés par un cancer de la tête et du cou produisent des incertitudes et des complexes. Dans la plupart des cas, l'anxiété liée à l'adaptation à une nouvelle situation est accrue par le doute concernant la réussite du traitement administré. Tout ceci peut induire une certaine confusion, une aggravation de l'invalidité, une perte de l'estime de soi et le repli sur soi.

Le domaine social est bien sûr le principal domaine où surviennent les problèmes, mais d'autres difficultés peuvent survenir au sein de la famille et au travail.

Concernant la famille

Des conflits peuvent survenir au sein de la famille, car le patient est confronté à une situation nouvelle difficile et il a besoin du soutien et de l'attention de ses proches. Les autres membres de la famille vont devoir également faire face à une situation difficile dans laquelle ils ne sauront pas ce que le patient attend d'eux.

Quand la maladie est vécue comme un obstacle à la vie familiale habituelle, car elle nécessite trop d'attention, les conséquences peuvent être les suivantes :

- Disputes au sein du couple
- Troubles des relations sexuelles
- Modifications de comportement

Par conséquent, l'apparition de la maladie peut engendrer trois grands types de situations familiales différentes. La famille peut renforcer ses liens. Parfois, des troubles pré-existants peuvent s'aggraver grandement. Enfin, la vie suit parfois son cours et la famille est capable de continuer à vivre comme si rien ne s'était passé.

Concernant le lieu de travail

Devenir temporairement ou définitivement handicapé peut entraîner une baisse de revenus au moment où les dépenses médicales augmentent pour les médicaments, les aides nécessaires, les prothèses, etc. Par conséquent, la réinsertion sociale n'est pas toujours simple ou faisable.

Concernant les relations sociales

Souvent, le patient perçoit des changements d'attitude de la part de ses anciens amis. Le patient peut subir une marginalisation en raison d'un manque d'empathie et dans le cas d'une laryngectomie, en raison d'une répulsion ressentie par une majorité de personnes. Pour dépasser cette situation, un changement d'attitude de la part du patient est nécessaire, mais, il est également important d'inciter à changer l'attitude de la société par des campagnes de sensibilisation et la communication d'informations sur les cancers de la tête et du cou et leurs implications.

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS LE TRAITEMENT ?

Il n'est pas inhabituel de continuer de ressentir des symptômes liés au traitement une fois ce dernier terminé.

- Il n'est pas rare de voir apparaître de l'anxiété, de la fatigue, des problèmes de sommeil ou de la dépression au cours de la phase post-traitement. Les patients souffrant de ces symptômes peuvent avoir besoin d'un soutien psychologique.
- Les troubles de la mémoire ou les difficultés de concentration sont des effets secondaires courants de la chimiothérapie*; ils disparaissent généralement au bout de quelques mois.
- D'autres effets secondaires du traitement nécessitent une attention particulière, car ils peuvent avoir un impact important sur certaines fonctions comme l'audition, la parole, l'humidité de la bouche et même le goût des aliments. Les problèmes liés à l'apparence physique peuvent être cause de stress et de dépression.



Le suivi avec les médecins

Une fois le traitement terminé, les médecins proposent un suivi avec les objectifs suivants :

- Détecter une éventuelle récurrence
- Évaluer les effets secondaires du traitement et les traiter
- Fournir un soutien psychologique et des informations afin d'aider les patients à retrouver une vie normale

Les examens cliniques et les examens d'imagerie sont essentiels durant le suivi des patients pour détecter une récurrence potentiellement curable et surveiller l'apparition de nouvelles tumeurs. Ces examens sont primordiaux si l'on soupçonne une récurrence.



Le scanner* et l'IRM* sont les examens habituellement utilisés pour évaluer les résultats du traitement administré. Parfois, un examen de diagnostic appelé tomoscintigraphie par émission de positons* (ou TEP, également couramment appelé PET scan) vient compléter ceux-ci. La TEP* utilise une substance contenant du glucose* et qui est injectée dans le sang du patient. Cette substance à base de glucose* est absorbée par les cellules cancéreuses, qui forment alors un point visible sur les images. Une TEP* positive ne signifie pas toujours qu'il y a un cancer résiduel. Dans ce cas, votre médecin peut prescrire d'autres examens pour s'en assurer. Par contre, une TEP* négative indique, dans certaines circonstances, une forte probabilité d'absence de maladie résiduelle et aucun autre examen ne sera nécessaire.

Le suivi est également important pour repérer des effets secondaires du traitement administré au patient, par exemple, des problèmes de déglutition et de respiration.

Une radiographie de la poitrine peut être programmée annuellement. L'évaluation de la fonction de la glande thyroïde par des examens de laboratoire est recommandée chez les patients un an, deux ans et cinq ans après avoir reçu une radiothérapie* au niveau du cou.

Le retour à la vie normale

Il peut être difficile de vivre avec l'idée que le cancer peut réapparaître à tout moment. D'après ce que l'on sait aujourd'hui, il n'existe aucune manière précise de diminuer le risque de réapparition du cancer une fois le traitement terminé. Le retour à une vie normale peut ne pas être simple pour certaines personnes, en raison du cancer en lui-même ou du traitement.

Il est nécessaire de soutenir le désir du patient de croire « qu'un avenir existe et qu'il peut même être meilleur que ce que l'on espérait avant le diagnostic ».

Des questions relatives à l'image corporelle, à la fatigue, au travail, aux émotions ou au mode de vie peuvent survenir. Certains problèmes peuvent émerger en raison d'une laryngectomie. En général, le patient peut reprendre son travail, mais avec certaines adaptations de l'environnement professionnel si celui-ci est bruyant, poussiéreux, pollué, trop froid ou trop chaud, ou si le poste requiert de porter des charges lourdes. Les activités de plein air seront peut-être aussi limitées et généralement, il sera impossible de nager ou de pratiquer des sports extrêmes. Les relations interpersonnelles risquent aussi de poser des difficultés au début en raison du bruit provoqué par la respiration, de l'odeur possible du trachéostome, de la difficulté à se faire comprendre correctement ou des regards insistants des enfants. Dans tous les cas, il convient d'aborder ces problèmes avec des proches, des amis, d'autres patients, des infirmières ou des médecins. L'expérience de personnes qui ont fini par s'habituer à cette nouvelle situation peut fournir une aide précieuse pour retrouver une vie normale. Le soutien d'organisations de patients apportant des conseils (par exemple, sur la manière de gérer les effets des traitements) ainsi que les services d'un psycho-oncologue ou des services d'assistance par téléphone sont disponibles dans un grand nombre de pays.

Et si le cancer réapparaît ?

Quand le cancer réapparaît, on parle de récurrence. Le traitement par chimiothérapie* est l'option standard pour la majorité des patients. Elle permet de réduire les symptômes et d'améliorer la qualité de vie. Une première option peut comprendre une association de cétuximab* avec du cisplatine* ou du carboplatine* et du 5-Fluorouracile*. Chez les patients pour qui on prévoit qu'un traitement comprenant plusieurs médicaments ne sera pas bien toléré, il est possible d'administrer du méthotrexate* seul ou du cétuximab* seul une fois par semaine. Les deux options présentent des effets secondaires limités et peuvent améliorer les symptômes.

Dans certains cas de récurrence localisée, on peut envisager de la chirurgie (si la tumeur est résécable) ou une nouvelle radiothérapie*.

DÉFINITIONS DES TERMES MÉDICAUX

5-Fluorouracile

Un médicament utilisé pour traiter les cancers du sein, de l'estomac et du pancréas, et certains types de cancers colorectaux et de la tête et du cou. Il est également utilisé sous forme de crème afin de traiter le cancer de la peau basocellulaire et la kératose actinique (affection cutanée qui peut devenir un cancer). Le 5-Fluorouracile empêche les cellules de fabriquer de l'ADN et peut tuer les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un type d'antimétabolite.

Anatomopathologie

Examen et étude des tissus et des cellules au moyen d'un microscope. Les tissus prélevés sur le corps par biopsie ou chirurgie sont placés dans un fixateur et transportés au laboratoire. Au laboratoire, ils sont découpés en section fine, colorés au moyen de différents colorants, puis étudiés au microscope. Un anatomopathologiste est un médecin spécialisé dans l'interprétation des tissus, notamment des tissus tumoraux.

Anesthésie

Etat réversible de perte de conscience au cours duquel le patient ne ressent pas de douleur, perd ses réflexes normaux et réagit moins au stress. Cet état est induit artificiellement par l'emploi de certaines substances désignées sous le nom d'anesthésiques. L'anesthésie peut être totale ou locale et permet au patient de subir une opération chirurgicale.

Anesthésique

Substance causant une perte de sensations ou une perte de conscience. L'anesthésie peut être locale, ce qui cause une perte de sensations dans une partie de l'organisme, ou totale, c'est-à-dire qu'elle provoque l'endormissement du patient.

Annexes de l'œil

Structures annexes des organes visuels telles que les paupières, les glandes lacrymales et les tissus de l'orbite.

Anticorps monoclonal

Les anticorps monoclonaux sont des anticorps rigoureusement identiques, car produits par clonage à partir de la même cellule mère.

Antihistaminique

Médicament qui bloque l'action de l'histamine, une substance qui peut entraîner de la fièvre, des démangeaisons, des éternuements et un écoulement du nez et des yeux. Les antihistaminiques sont utilisés pour prévenir la fièvre chez les patients recevant une transfusion sanguine et pour traiter les allergies, la toux et le rhume.

Artère carotide

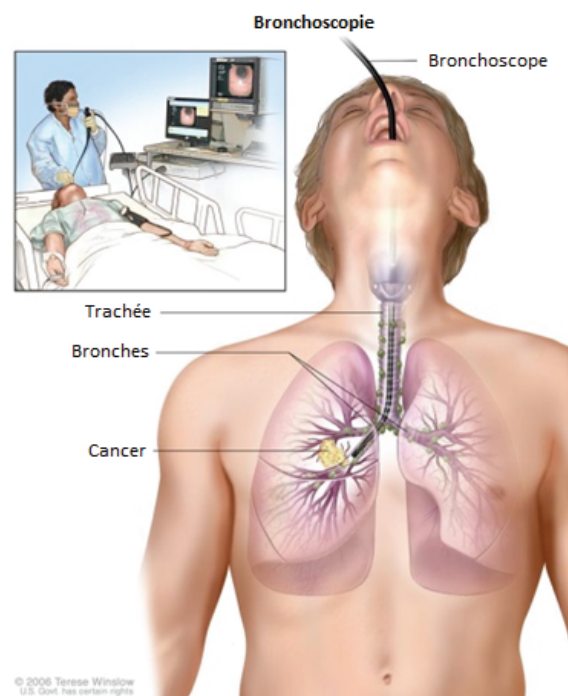
Artère majeure transportant le sang du cœur vers la tête. On trouve une artère carotide de chaque côté du cou, où elle se divise ensuite en deux branches. La branche intérieure transporte le sang vers le cerveau et les yeux, et la branche extérieure transporte le sang vers le visage, la langue et les parties externes de la tête.

Biopsie

Prélèvement de cellules ou de tissus pour examen par un anatomopathologiste. Celui-ci peut étudier le tissu au microscope ou réaliser d'autres tests sur les cellules ou tissus. Il existe de nombreux types de procédures de biopsie. Les types les plus courants sont : (1) la biopsie par incision : seul un échantillon de tissu est prélevé ; (2) la biopsie-exérèse : la totalité de la lésion ou de la zone suspecte est prélevée; et (3) la ponction-biopsie : à l'aide d'une aiguille un échantillon de tissu ou de liquide est prélevé. Lorsqu'une grosse aiguille est utilisée, on parle de biopsie au trocart. Lorsque l'aiguille utilisée est fine, la procédure est appelée ponction à l'aiguille fine ou cytoponction.

Bronchoscopie

Examen médical utilisant un bronchoscope pour visualiser l'intérieur de la trachée, des bronches (voies aériennes menant aux poumons) et des poumons. Un bronchoscope est un instrument fin en forme de tube équipé d'une source lumineuse et d'une caméra. Il peut également être équipé d'un outil pour découper des tissus qui seront observés par la suite au microscope afin d'y rechercher des signes de maladie. Le médecin insère le bronchoscope par le nez ou la bouche du patient. La bronchoscopie peut servir pour le diagnostic ou pour le traitement du cancer.



Carboplatine

Le carboplatine est un médicament utilisé pour traiter les cancers de l’ovaire avancés qui n’ont jamais été traités ou les symptômes des cancers de l’ovaire qui ont récidivé après un traitement par d’autres médicaments anticancéreux. Il est également utilisé en association avec d’autres médicaments pour traiter les cancers du poumon non à petites cellules à un stade avancé, métastatiques ou récidivants. Son utilisation dans le traitement d’autres types de cancer fait l’objet d’études. Le carboplatine est une forme de cisplatine mais provoque moins d’effets secondaires chez les patients. Il se fixe à l’ADN dans les cellules et peut tuer les cellules cancéreuses. Il s’agit d’un type de composé du platine.

Carcinome à cellules fusiformes

Type de tumeur qui contient des cellules appelées cellules fusiformes, en raison de leur forme. Au microscope, elles présentent une forme caractéristique longue et mince. Les tumeurs à cellules fusiformes peuvent être des sarcomes ou des carcinomes. Les carcinomes à cellules fusiformes naissent dans la peau ou dans les tissus qui tapissent ou recouvrent les organes internes alors que les sarcomes à cellules fusiformes se forment initialement dans les os, les cartilages, la graisse, les muscles, les vaisseaux sanguins ou les autres tissus conjonctifs ou de soutien.

Carcinome basaloïde

Forme agressive de cancer de la tête et du cou qui apparaît initialement dans des cellules ressemblant aux cellules basales (basaloïdes) de l’épiderme. L’épiderme – la couche externe de la peau – comporte cinq couches de différents types de cellules, dont les cellules basales forment la couche la plus profonde. Cependant, les cancers de la tête et du cou ne sont pas des cancers de la peau, mais des cancers des structures internes.

Carcinome épidermoïde

Cancer qui apparaît dans les cellules squameuses. Ces cellules fines et plates qui ressemblent à des écailles de poisson se trouvent dans les tissus qui forment la surface de la peau, les muqueuses des organes creux du corps et des voies respiratoires et digestives. La plupart des cancers de l’anus, du col utérin, de la tête et du cou, et du vagin sont des carcinomes épidermoïdes. Autre nom: carcinome malpighien.

Carcinome papillaire/carcinome épidermoïde papillaire de la tête et du cou

Sous-type de cancer de la tête et du cou. Il s’agit d’une variante du carcinome épidermoïde. Le terme papillaire se réfère à la structure de sa croissance, qui présente de petites protubérances en forme de mamelon ou papilles. Ce sous-type de cancer présente un bon pronostic.

Carcinome verruqueux

Forme rare de carcinome épidermoïde, qui est une tumeur maligne de bas grade et qui présente peu de risque de métastases à distance.

Cétuximab

Médicament utilisé pour traiter certains types de cancers de la tête et du cou, et un certain type de cancer colorectal qui s'est étendu à d'autres parties du corps. Il est également en cours d'étude pour le traitement d'autres types de cancers. Le cétuximab se lie à une protéine appelée récepteur de facteur de croissance épidermique (EGFR) qui se trouve à la surface de certains types de cellules cancéreuses. Cela peut alors empêcher les cellules cancéreuses de se développer. Le cétuximab est un anticorps monoclonal.

Chimiothérapie

Type de traitement médicamenteux contre le cancer qui tue les cellules cancéreuses et/ou limite leur croissance. Ces médicaments sont généralement administrés au patient par perfusion lente dans les veines (intraveineuse). Toutefois, ils peuvent également être administrés oralement, par perfusion directe dans le membre ou par perfusion dans le foie, selon la localisation du cancer.

Cisplatine

Médicament utilisé pour traiter de nombreux types de cancer. Le cisplatine contient du platine. Il tue les cellules cancéreuses en détériorant leur ADN et en les empêchant de se diviser. Le cisplatine est un type d'agent alkylant.

Consultation oncologique multidisciplinaire

Cf. définition de « réunion de concertation pluridisciplinaire ».

Contre-indication

Maladie ou symptôme qui empêchent l'administration d'un traitement ou d'une procédure chez un patient. Les contre-indications sont soit absolues, ce qui signifie que le traitement ne doit jamais être administré aux patients présentant cette maladie ou ce symptôme, soit relatives, ce qui signifie que le risque peut être compensé par les avantages apportés aux patients souffrants de cette maladie ou de ce symptôme.

Déficit en dihydro-pyrimidine-déshydrogénase (DPD)

Trouble génétique caractérisé par une réduction ou une absence de l'enzyme DPD dans l'organisme. Un déficit en DPD peut provoquer des symptômes neurologiques mais peut aussi bien ne provoquer aucun symptôme. L'enzyme DPD élimine certains médicaments chimiothérapeutiques et sans elle, ces médicaments s'accumulent dans l'organisme et peuvent entraîner une toxicité plus importante chez les patients.

Déséquilibre électrolytique

Les électrolytes désignent les sels minéraux tels que le calcium, le potassium et le sodium. Ils sont présents dans le sang, les fluides corporels et l'urine. Ils sont ingérés lors de la prise de nourriture, de boissons, de médicaments et de compléments alimentaires. Les électrolytes jouent un rôle important en assurant le fonctionnement normal de l'organisme, de sorte qu'ils doivent être conservés avec un équilibre homogène. Une ingestion excessive ou insuffisante, ou une élimination réduite ou excessive de l'organisme provoquent un déséquilibre électrolytique et par conséquent, un mauvais fonctionnement de l'organisme.

Docétaxel

Docétaxel appartient au groupe des médicaments anticancéreux connus sous le nom de taxanes. Le docétaxel bloque la capacité des cellules à détruire le « squelette » interne qui leur permet de se diviser et de se multiplier. Lorsque le squelette reste en place, les cellules ne peuvent pas se diviser et elles finissent par mourir. Le docétaxel affecte également les cellules non cancéreuses, telles que les cellules sanguines, ce qui peut engendrer des effets secondaires.

Endoscopie

Acte médical au cours duquel le médecin insère un mince tube flexible dans l'organisme pour en observer l'intérieur. Il existe plusieurs types d'endoscopies. Chacune est spécifiquement conçue pour regarder une partie ou un organe du corps.

Érythroplasie

Tache rouge anormale se formant sur les muqueuses de la bouche et pouvant se transformer en cancer. Le tabac (à fumer ou chiquer) et l'alcool sont des facteurs augmentant le risque d'érythroplasie.

Esthétique

Dans ce contexte, qualificatif lié à la beauté et à l'apparence physique.

Extension extra-capsulaire

Infiltration de cellules cancéreuses au-delà de la capsule (couche externe de tissu recouvrant les ganglions lymphatiques) des ganglions lymphatiques envahis.

Facteur de risque

Élément qui augmente le risque de développer une maladie. Dans le cas du cancer, l'âge, les antécédents familiaux de cancer, le tabagisme, l'exposition à un rayonnement ou à certains produits chimiques, certaines infections virales ou bactériennes et certaines mutations génétiques sont autant d'exemples de facteurs de risque.

Ganglions lymphatiques

Une masse arrondie de tissu lymphatique qui est entourée d'une capsule de tissu conjonctif. Les ganglions lymphatiques filtrent la lymphe et abritent des lymphocytes. Ils sont placés le long des vaisseaux lymphatiques.

Globule blanc

Cellule du système immunitaire impliquée dans la défense du corps contre les infections.

Globule rouge

Type le plus courant de cellules sanguines. C'est la substance qui donne au sang sa coloration rouge. Sa fonction principale est le transport de l'oxygène.

Glucose

Le glucose est un sucre monosaccharide très courant dans les tissus végétaux et animaux. C'est la source d'énergie principale du corps.

Hormones thyroïdiennes

Hormones régulant la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la température corporelle et le poids. Les hormones thyroïdiennes sont produites par la glande thyroïde et peuvent être synthétisées en laboratoire.

HPV

Cf. définition de « virus du papillome humain »

Hypopharynx/hypopharyngé

Partie inférieure de la gorge. Le cancer de l'hypopharynx est également connu comme le cancer hypopharyngé.

Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)

Technique d'imagerie utilisée en médecine. Elle utilise la résonance magnétique. Parfois, un liquide est injecté pour accentuer le contraste entre les différents tissus, afin de mieux distinguer les différentes structures.

Laryngoscopie (directe/indirecte)

Examen du larynx avec un miroir (laryngoscopie indirecte) ou avec un laryngoscope (laryngoscopie directe).

Leucoplasie

Tache blanche anormale se formant sur les muqueuses de la bouche et d'autres zones du corps. Elle peut se transformer en cancer. Le tabac (à fumer ou chiquer) et l'alcool sont des facteurs augmentant le risque de leucoplasie dans la bouche.

Médiastin

Zone située entre les poumons. Les organes de cette zone comprennent le cœur, les gros vaisseaux, la trachée, l'œsophage, le thymus et les ganglions lymphatiques, mais pas les poumons.

Métastase

La propagation d'un cancer d'une partie de l'organisme à une autre. Une tumeur formée par des cellules qui se sont propagées est appelée une "tumeur métastatique" ou une "métastase". La tumeur métastatique contient des cellules semblables à celles présentes dans la tumeur (primaire) d'origine.

Méthotrexate

Un médicament utilisé pour traiter certains types de cancer, la polyarthrite rhumatoïde et des affections sévères de la peau telles que le *psoriasis*. Le méthotrexate empêche les cellules de fabriquer de l'ADN et peut tuer les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un type d'antimétabolite. Également appelé améthoptérine ou MTX.

Mucite

Complication de certaines thérapies anticancéreuses caractérisée par l'inflammation de la paroi du système digestif. Elle se manifeste souvent par des ulcérations dans la bouche.

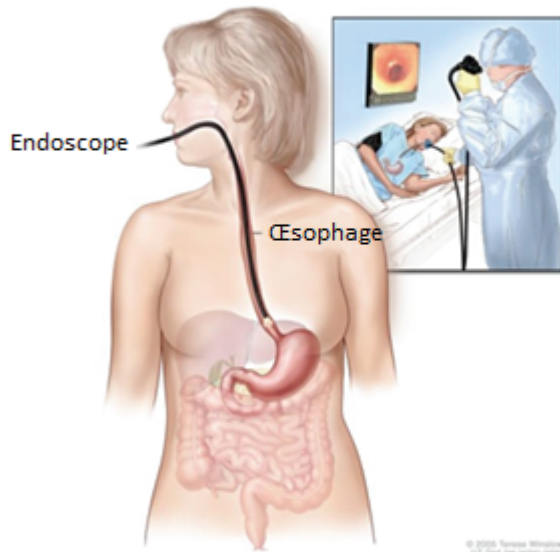
Nasopharynx/Nasopharyngé

Partie supérieure de la gorge, située derrière le nez. Une ouverture placée de chaque côté du nasopharynx conduit dans l'oreille.

Œsophagoscopie

Examen de l'œsophage en utilisant un œsophagoscope. Un œsophagoscope est un instrument fin en forme de tube équipé d'une source lumineuse et d'un objectif de prise de vue. Il peut également être équipé d'un outil pour découper des tissus qui seront observés par la suite au microscope afin d'y rechercher des signes de maladie.

Œsophagoscopie



Oropharynx

Partie de la gorge à l'arrière de la bouche et située derrière la cavité buccale. Il comprend le tiers arrière de la langue, le palais mou, les parois latérales et arrière de la gorge et les amygdales.

Paclitaxel

Un médicament utilisé pour traiter le cancer du sein, le cancer de l'ovaire et le sarcome de Kaposi associé au SIDA. Il est également utilisé en association avec un autre médicament pour traiter le cancer du poumon non à petites cellules. Le paclitaxel fait en outre l'objet d'études dans le traitement d'autres types de cancer. Il inhibe la croissance cellulaire en arrêtant la division des cellules et peut tuer les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un type d'agent antimétabolique. Également appelé Taxol.

Panendoscopie

La panendoscopie de la tête et du cou est l'examen combiné du nez, de la bouche, de la gorge et la partie supérieure des voies respiratoires (trachées* et bronches). Elle est réalisée au moyen d'un tube flexible léger destiné à visualiser correctement ces parties du corps. Cette intervention permet aussi une réaliser une biopsie des zones suspectes.

Plaquette sanguine

Les plaquettes sanguines sont de petits fragments cellulaires qui jouent un rôle fondamental dans la formation de caillots. Les patients qui ont un taux trop bas de plaquettes courent le risque d'avoir de sévères hémorragies. Les patients qui en ont un trop élevé risquent de faire une thrombose, c'est-à-dire la formation de caillots de sang pouvant bloquer les vaisseaux sanguins et provoquer des accidents vasculaires cérébraux ou d'autres affections graves. Ces patients encourent aussi le risque d'avoir des hémorragies sévères dues à un dysfonctionnement des plaquettes sanguines.

Pronostique

Résultat ou évolution probable de la maladie ; la probabilité de guérison ou de récurrence.

Radiothérapie

Thérapie utilisant des rayonnements pour traiter le cancer. Ces rayonnements sont toujours orientés vers la zone spécifique du cancer.

Radiothérapie externe

La radiothérapie externe est l'utilisation des rayons X à haute énergie, des faisceaux d'électrons ou d'autres particules telles que des protons et l'ion carbonique ; émis par une machine située à l'extérieur du corps et dirigé ensuite vers la tumeur. Elle peut être administrée après une intervention chirurgicale ou avant l'intervention chirurgicale dans le but de réduire la taille de la tumeur et de faciliter son ablation chirurgicale. La radiothérapie externe peut être utilisée seule (sans opération) comme principal traitement contre le cancer, ou pour soulager les symptômes causés par les métastases ou des tumeurs massives.

Rayonnement

Peut être défini comme une énergie voyageant à travers l'espace. Exemples: les UV et les rayons X, qui sont couramment utilisés en médecine.

Rayons X

Les rayons X sont une forme de rayonnement utilisé pour capturer des images de l'intérieur d'objets. En médecine, les rayons X sont couramment utilisés pour enregistrer des images de l'intérieur du corps.

Récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR – abréviation de l'Anglais)

Protéine se trouvant à la surface de certaines cellules et à laquelle se lie le facteur de croissance épidermique (EGF), ce qui amène les cellules à se diviser. Cette protéine se trouve à des niveaux anormalement élevés à la surface de nombreux types de cellules cancéreuses, de sorte que ces cellules peuvent se diviser de manière excessive en présence du facteur de croissance épidermique. Autres noms : récepteur du facteur de croissance épidermique, récepteur EGF, ErbB1, HER1.

Reflux gastro-œsophagien

Remontée du contenu (acide) de l'estomac dans l'œsophage. Egalement appelé reflux acide ou reflux gastrique.

Réunion de concertation pluridisciplinaire

Méthode de planification du traitement dans laquelle un certain nombre de spécialistes appartenant à différentes disciplines examinent et discutent ensemble de l'état et des possibilités de traitement d'un patient. Dans le cas du traitement d'un cancer, la réunion de concertation pluridisciplinaire peut réunir l'expertise d'un oncologue médical (spécialiste du traitement médicamenteux des cancers), un chirurgien oncologue (responsable du traitement chirurgical des cancers) et un radio-oncologue (responsable du traitement par radiothérapie). Ce groupe d'experts est également appelé RCP, consultation oncologique multidisciplinaire ou COM.

Scanner

Forme de radiographie dans laquelle les organes du corps sont scannés avec des rayons X et les résultats sont synthétisés par un ordinateur, en vue de générer des images de parties du corps.

Schémas thérapeutiques à base de platine

Traitements utilisant des médicaments dérivés de l'élément platine. Ils comprennent le cisplatine, le carboplatine et l'oxaliplatine.

Taux de magnésium

Concentration du magnésium minéral dans le sang, mesurée par un test de laboratoire. Le magnésium est un minéral utilisé par l'organisme pour le maintien du bon fonctionnement des muscles, des nerfs et des os. Il intervient aussi dans le métabolisme énergétique et la synthèse des protéines.

Thérapie biologique

Traitement qui stimule ou renouvelle la capacité du système immunitaire à combattre cancers, infections et autres maladies. Ce traitement est également utilisé pour diminuer certains effets secondaires liés à des traitements anticancéreux. Également appelée immunothérapie, biothérapie ou modificateurs de la réponse biologique (MRB).

Thérapie ciblée

Type de traitement qui utilise des médicaments ou d'autres substances telles que des anticorps monoclonaux pour identifier et attaquer des cellules cancéreuses spécifiques. Une thérapie ciblée peut avoir moins d'effets secondaires que les autres types de traitements anticancéreux.

Thérapie systémique

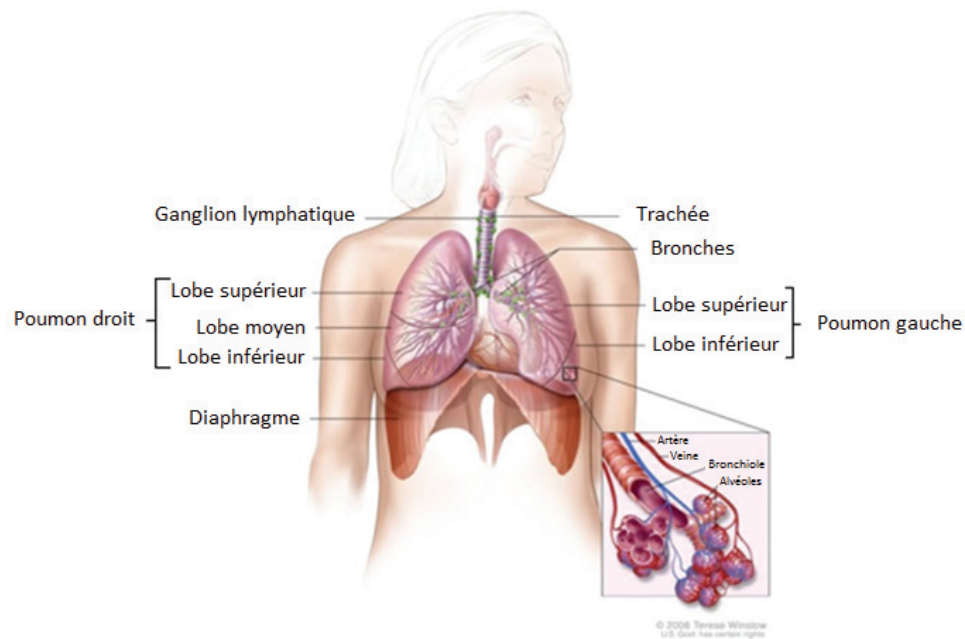
Traitement utilisant des substances qui se déplacent dans le flux sanguin, atteignent et affectent les cellules de tout l'organisme, comme par exemple la chimiothérapie et l'immunothérapie.

Tomographie par émission de positons (TEP)

Examen au cours duquel une petite quantité de glucose (sucre) radioactif est injectée dans une veine. Un scanner permet alors de prendre des images détaillées et informatisées des zones de l'organisme qui consomment ce glucose. Comme les cellules cancéreuses utilisent souvent plus de glucose que les cellules normales, ces images peuvent servir à les repérer dans l'organisme. Autres noms : TEP, tomographie à positrons, PET-scan, TEP-scan.

Trachée

Voie respiratoire qui conduit du larynx aux bronches (grandes voies respiratoires qui mènent aux poumons).



Type histologique

Catégorie de classification des tumeurs tenant compte des caractéristiques de leurs cellules et de leurs autres structures observées au microscope.

Vaisseau lymphatique

Tube fin qui transporte la lymphe (liquide lymphatique) et les globules blancs dans le système lymphatique.

Virus du papillome humain (HPV)

Le HPV représente une famille de virus qui cause des lésions locales de la peau ou des muqueuses. Il existe deux sous-groupes de types de HPV qui infectent les organes génitaux : les virus à faible risque qui provoquent l'apparition de verrues dans la zone génitale et les virus à haut risque provoquant des cancers du col utérin, du vagin, de la vulve et de l'anus chez la femme, et des cancers du pénis et de l'anus chez l'homme.

Yerba maté

Plante utilisée pour préparer une boisson chaude (infusion) appelée maté. Le maté est consommé traditionnellement dans de nombreux pays d'Amérique du Sud et dans certains pays arabes.

Les Guides pour les patients de l'ESMO/Fonds Anticancer sont conçus pour aider les patients et leurs proches à comprendre la nature des différents types de cancer et évaluer les meilleures options de traitement disponibles. Les informations médicales décrites dans les Guides pour les patients s'appuient sur les recommandations de pratique clinique de l'ESMO, qui sont conçues pour guider les médecins oncologues au niveau du diagnostic, du suivi et du traitement des différents types de cancer. Ces guides sont réalisés par le Fonds Anticancer en étroite collaboration avec l'ESMO Guidelines Working Group et l'ESMO Cancer Patient Working Group.

Pour plus d'information, vous pouvez visiter www.esmo.org et anticancerfund.org

