



Prise en charge précoce en SOS

Cas clinique Mr B. 49 ans, Carcinome épidermoïde du nasopharynx

Jeudi 29 juin 2023

Espace Beaulieu- Bordeaux

Dr Amandine Quivy

Isabelle Aupy

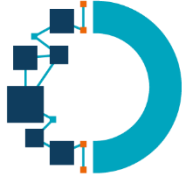
Armelle Barrois

Sophie Lefèbvre



Liens d'intérêts

- Aucun



Présentation clinique

Consultation ORL en juillet 2022:

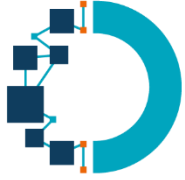
- Douleurs rétro-orbitaires, céphalées droites
- Hypoacousie droite
- Diplopie binoculaire droite
- Dysphagie
- Dysphonie

Nasofibroscopie: lésion du nasopharynx droit , paralysie CV droite, paralysie nerfs crâniens III, VI,X et XII droits, otite séro-muqueuse droite

IRM : volumineuse lésion du nasopharynx droit (7x5 cm) avec envahissement du sinus caverneux et lyse osseuse et pachyméningite en regard

Bilan d'extension : Adénopathie en région jugulocarotidienne droite, pas de métastases

Biopsie : carcinome épidermoïde peu différencié



RCP : projet de chimiothérapie néo-adjuvante puis radio-chimiothérapie

Projet curatif

Maladie avancée localement et très symptomatique

ATCD: HTA-Amygdalectomie-Tabagisme sevré depuis 2 mois au début de la prise en charge évalué à 40 PA-OH 2 verres par repas

MDV : autoentrepreneur électricien en arrêt de travail, divorcé, 2 filles, vit chez sa mère



Hospitalisation pour initier la chimiothérapie et prise en charge symptomatique du 03/8 au 03/10 :

- Début d'une chimiothérapie par cisplatine-gemzar
- Pris en charge globale:
 - TAS
 - Douleur
 - Toxicité des traitements
 - Diététicienne
 - Kiné
 - Assistante sociale
 - Psychologue



PEC kinésithérapique

Référentiel AFSOS « Troubles de l'olfaction, gustation et/ou déglutition et cancer (VADS) » 2018 (mise à jour prévue)



AUPY Isabelle, MKDE

CHU de Bordeaux



PEC précoce en kinésithérapie

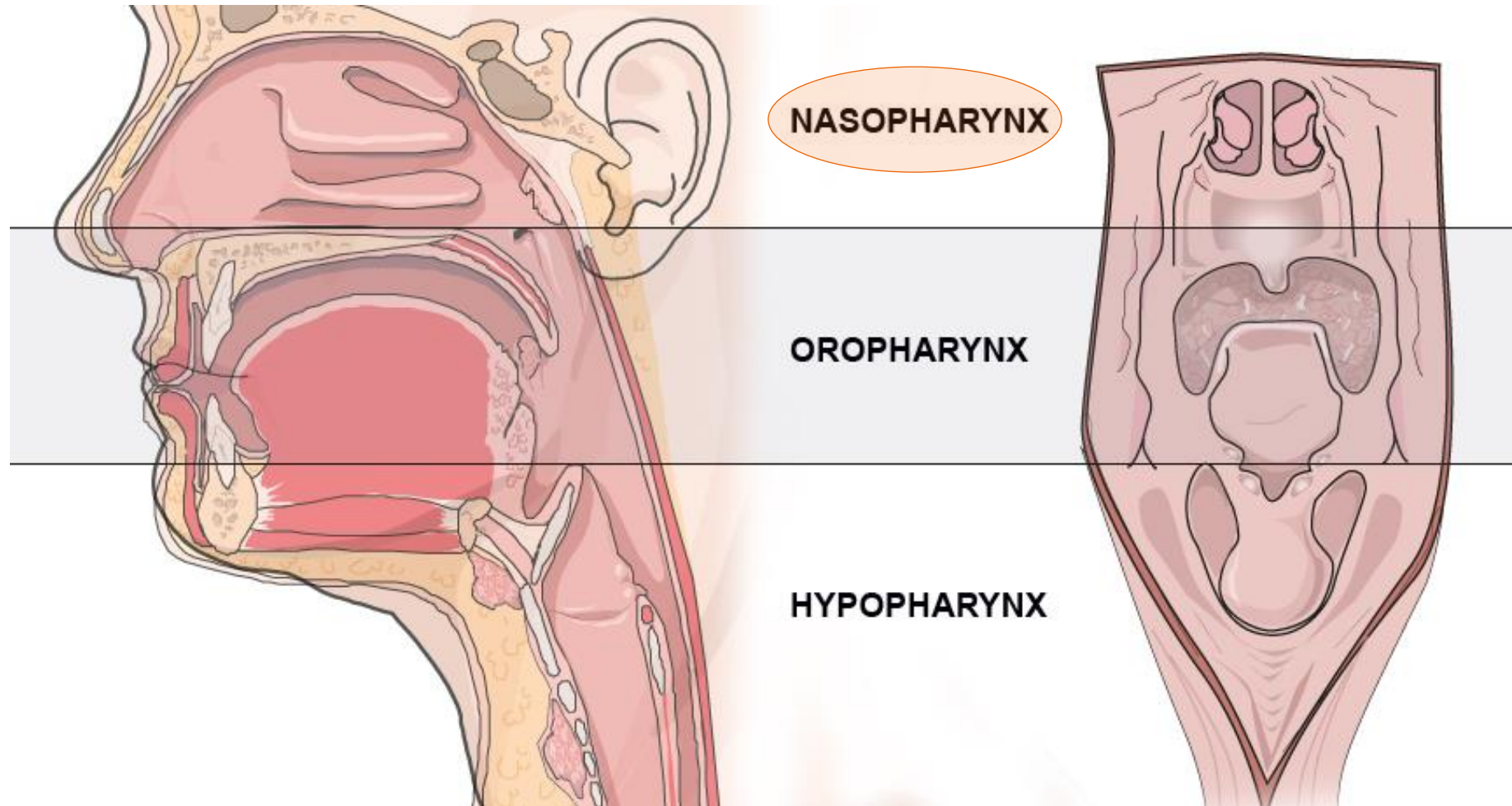
De l'importance du bilan

- Repose sur une bonne connaissance du dossier médical et des lésions : évaluation des risques et des objectifs
- PEC globale du patient avec spécificité en déglutition et rééducation posturale de la zone cervicale
- Tenir compte de l'évolution du patient et des phénomènes intercurrents



Rappels anatomiques des lésions :

3 espaces définis





Rappels anatomiques des lésions

Intrications des structures

Fosse ptérygoidienne Dte et espace masticateur : atteinte de la fonction de mastication

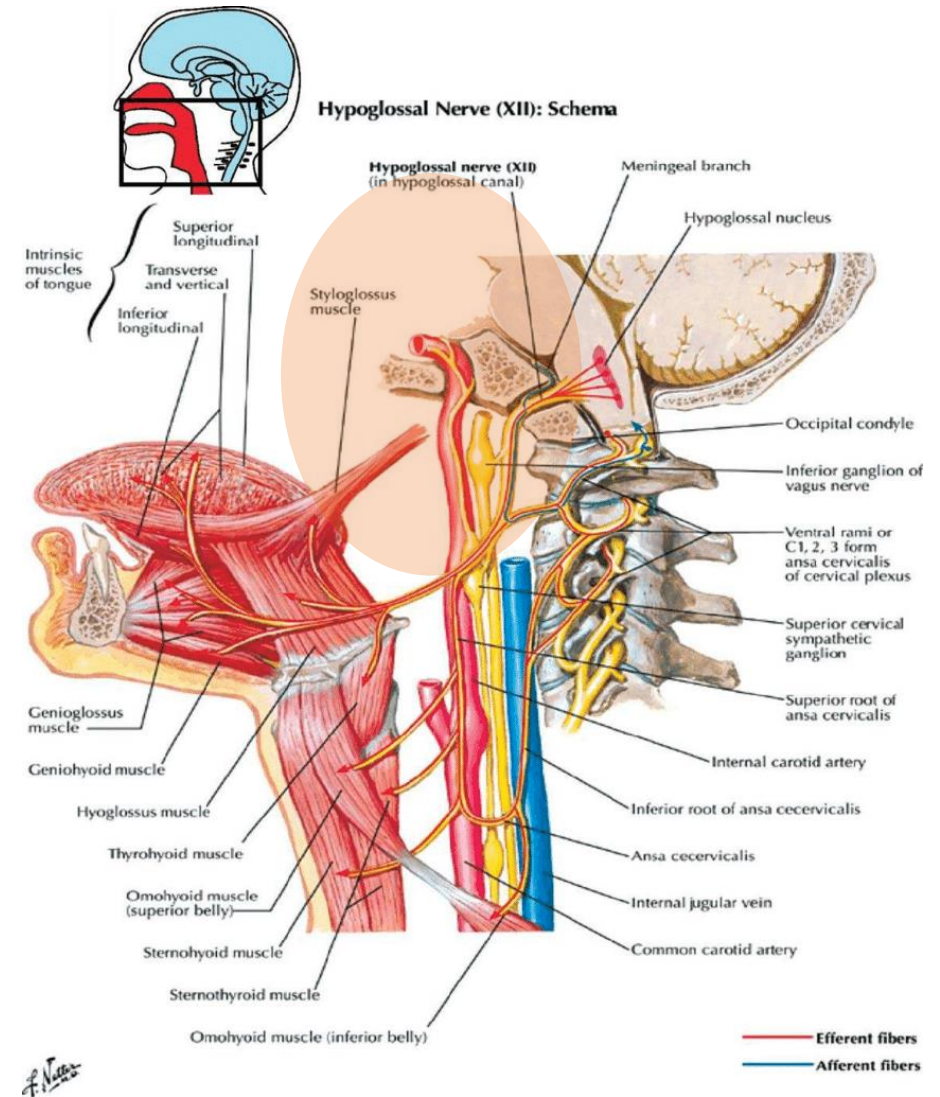
Espace parapharyngé Dt : atteinte de la fermeture du voile du palais

Espace prévertébral et muscle long du cou droit : atteinte de la stabilité et motricité cervicale

Lyse de l'os sphénoïde, clivus à Dte autour du canal carotidien, pétreux et condyle occipital Dt.

Envahissement du canal de Dorello : VI oculaire externe

Canal de l'hypoglosse : XII muscle de la langue





Rappels anatomiques des lésions

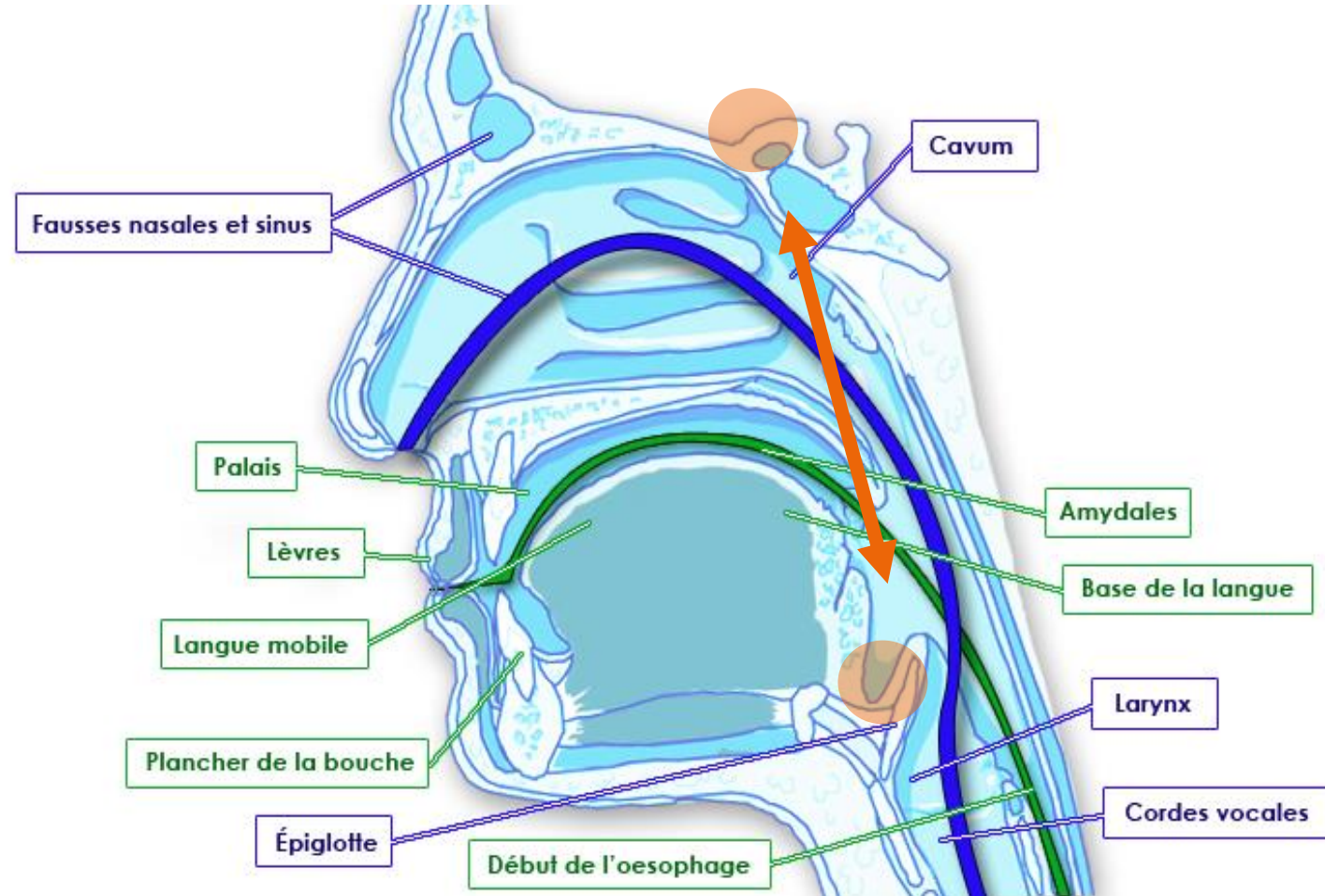
Intrications des structures

Extension en bas jusqu'à la vallécule droite

En haut jusqu'à la partie basse du sinus
Caverneux

Tableau initial :

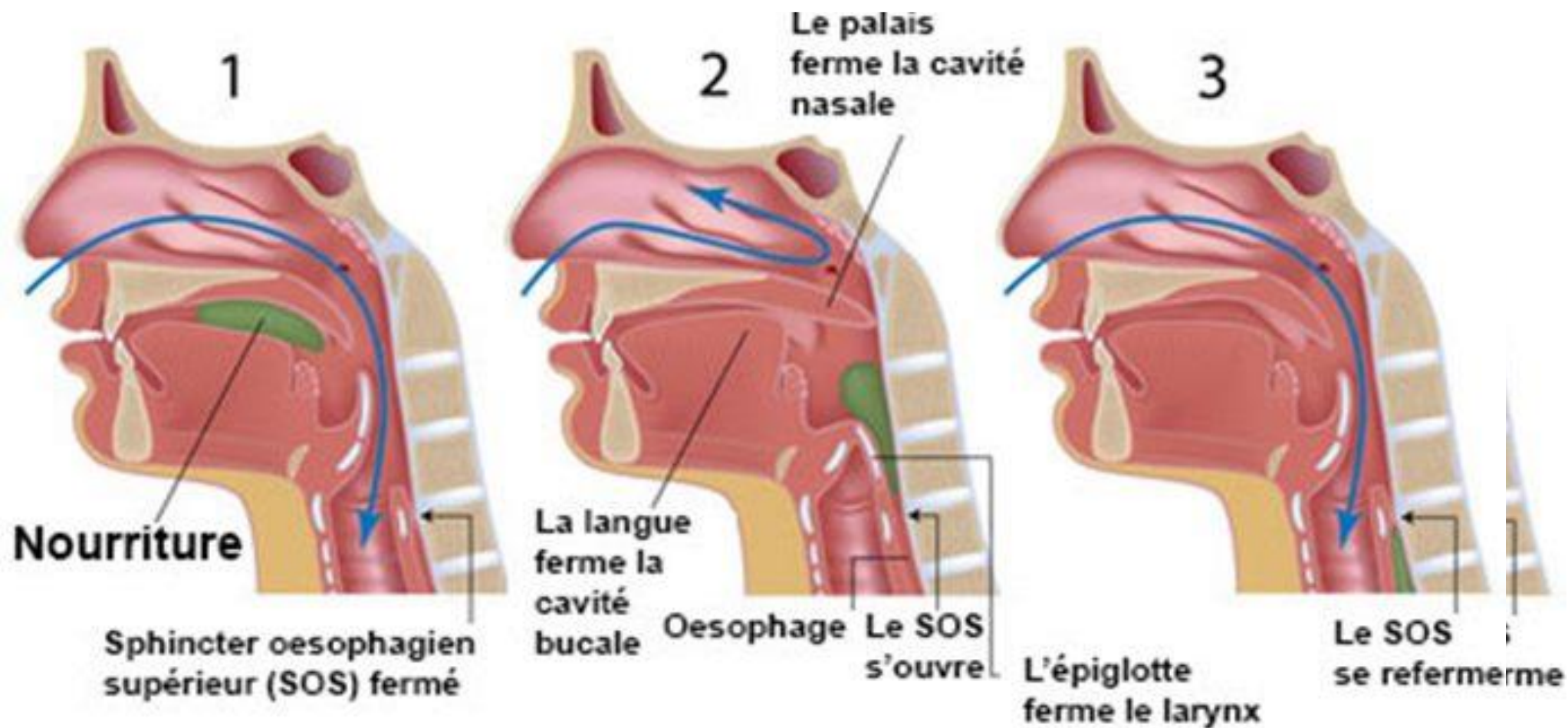
- Douleurs rétro-orbitaire
- Céphalées
- Hypoaccousie Dte
- Diplopie
- Dysphagie
- Dysphonie





Déglutition

Trois temps





Bilan de déglutition

Cas de Monsieur B.

- Marqué par l'atteinte des paires crâniennes :
 - X (nerf vague, muscle du pharynx, larynx et voile du palais)
 - XII (hypoglosse, motricité linguale)
- Douleurs à la mastication
- Dysphonie sur paralysie corde vocale
- Déviation de la langue à droite
- Défaut de propulsion du bolus alimentaire
- Défaut d'ascension du cricoïde à la palpation



Bilan de déglutition

Tests alimentaires et adaptation

- Bilan marqué par des FR aux solides, texture lisses possible type compote.
- Position assise 90° strict
- Position facilitatrice Rot Dte
- FR à l'eau plate : eau froide +++ pour stimuler la sensibilité



Suite du Bilan kiné

Evolution

- Dysautonomie à la station assise 90° (douleurs et vertiges) par atteinte du nerf Vague et lyse osseuse base du crâne
- Pas de rééducation cervicale spécifique possible pour les douleurs
- Adaptation alimentaire mais durée de repas insuffisante pour nutrition optimale
- Pneumopathie inhalation et évolution des symptômes au cours de l'hospitalisation (crise épilepsie, altération de la vigilance)
- Décision de pose de GPE et arrêt strict de l'alimentation per os

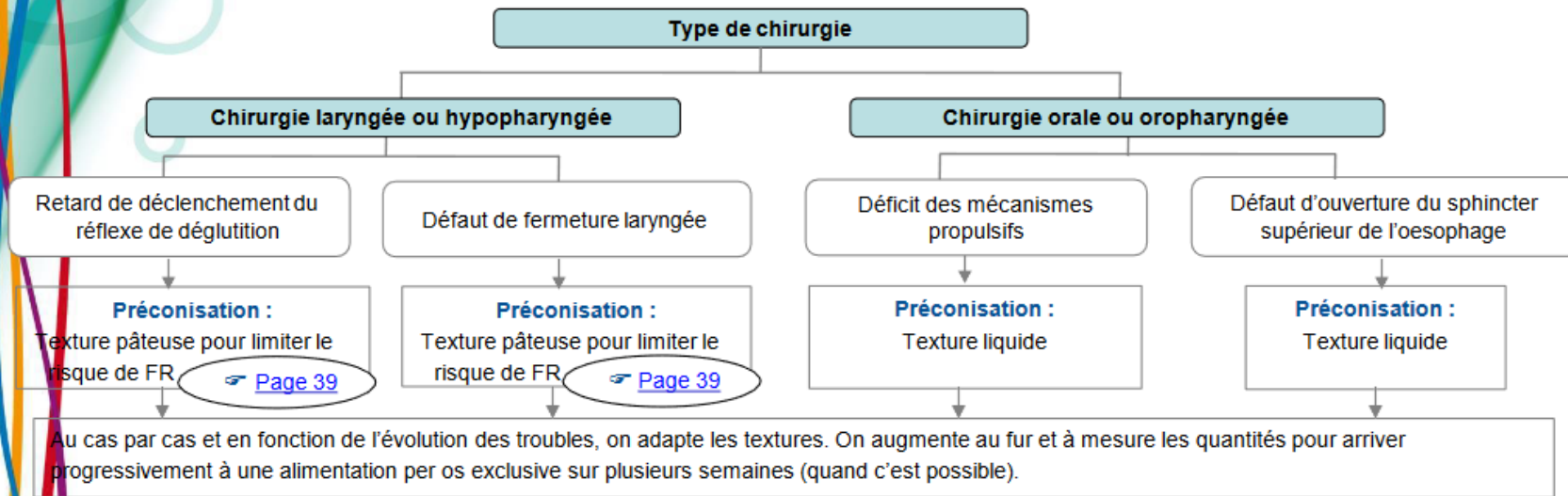
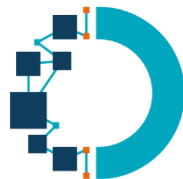


Prise en Soins de kinésithérapie

Dans le cas de Monsieur B.

- Rééducation sur table de verticalisation
- Reprise progressive de la station assise selon la tolérance du patient et rééducation aux transferts
- Reprise de la marche (barres parallèles puis déambulateur)
- Réévaluation constante de la déglutition
- Après l'hospitalisation :
 - rééducation motrice en SSR
 - Rééducation de la déglutition avec orthophoniste

Conduite à tenir en cas de problème de déglutition



Evolution des textures

Les définitions des textures et procédures d'évolution des textures sont variables d'un établissement à l'autre mais une initiative est en cours pour la réalisation d'une standardisation internationale des textures (IDDSI).

Chirurgie orale ou Oropharyngée	½ liquide*	Liquide			Mixée	Moulinée	Normale
		Gazeux	Froid	Chaud			
*Pour éviter les fausses routes							
Laryngectomie ou Pharyngectomie partielle	Essai pâteux en présence d'une orthophoniste		Lisse		Mixée	Moulinée	Normale

Lexique des textures [Annexe 8](#)
Lexique des liquides et techniques d'épaississement [Annexe 9](#)



Cancer ORL : spécificité du bilan de déglutition

De manière générale :

- Obstruction qui entraîne le plus souvent des FR aux solides.
- Syndrome sec dû aux Rx et à la chimiothérapie
- Mucite fréquente avec lésion de la muqueuse buccale
- Dysgueusie et nausée +++
- Toux souvent inefficace par déficit du contrôle glottique
- Évolution rapide dans un sens comme dans l'autre suivant l'efficacité des TTT et l'évolution de la maladie.
Réévaluation fréquente



Cancer ORL : spécificité de la PEC kiné

De manière générale :

- PEC en partenariat étroit avec la diététicienne et l'orthophoniste.
- Bilan de déglutition
- Gestion des dispositifs (trachéotomie, aérosolthérapie, ETP)
- PEC globale de l'amyotrophie et de la sarcopénie
- Massage cicatriciel et entretien cutané-trophique de la sphère du cou.
- PEC de la douleur (TENS, K-Tape, hypnose analgésique) et rééducation du complexe cervico-brachial

Prise en charge diététique

Référentiel AFSOS « Troubles de l'olfaction, gustation et/ou déglutition et cancer (VADS) » et « Dénutrition/réalimentation et cancer (VADS) » 2018 (mise à jour prévue) et « Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer » (mise à jour prévue)



Armelle Barrois, diététicienne

CHU Bordeaux

Introduction

La dénutrition est très fréquente chez les patients traités pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) [1]:

- avant le début des traitements : 30 à 50 % des patients atteints d'un cancer ORL sont dénutris.
- pendant et après la radiothérapie : peut concerner jusqu'à 44 à 88 % des patients.

[2] [3] [4]

Tous les patients atteints d'un cancer des VADS, qu'ils soient dénutris, en poids stable ou en surcharge pondérale, sont à risque sur le plan nutritionnel, sont à évaluer et à surveiller dès le début de la prise en charge.

Les patients atteints de cancer de l'hypopharynx, de l'oropharynx, de la cavité buccale et du larynx supra glottique, ont le plus grand risque de dénutrition [5]. La perte d'appétit, les difficultés liées à la dysphagie ou aux douleurs, la modification du goût, les aversions alimentaires sont significativement associées à un amaigrissement rapide.

Objectifs de la prise en charge nutritionnelle

L'objectif de la prise en charge nutritionnelle sera de permettre le bon déroulement des traitements.

L'état nutritionnel est un fort prédicteur de la qualité de vie chez les patients cancéreux. La **correction de la malnutrition** peut améliorer la qualité de la réponse thérapeutique et la **qualité de vie** de ces patients [12,13].

Autres objectifs :

- prévention et dépistage précoce de la dénutrition,
- amélioration de la qualité de vie,
- réduction du nombre de complications liées aux traitements et à la dénutrition,
- prévenir les interruptions ou l'arrêt total de traitement,
- amélioration du pronostic général et spécifique à la maladie.

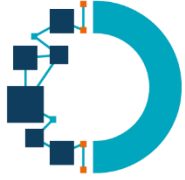


Quelles stratégies de PEC nutritionnelle ?

PRECOCE

SYSTEMATIQUE

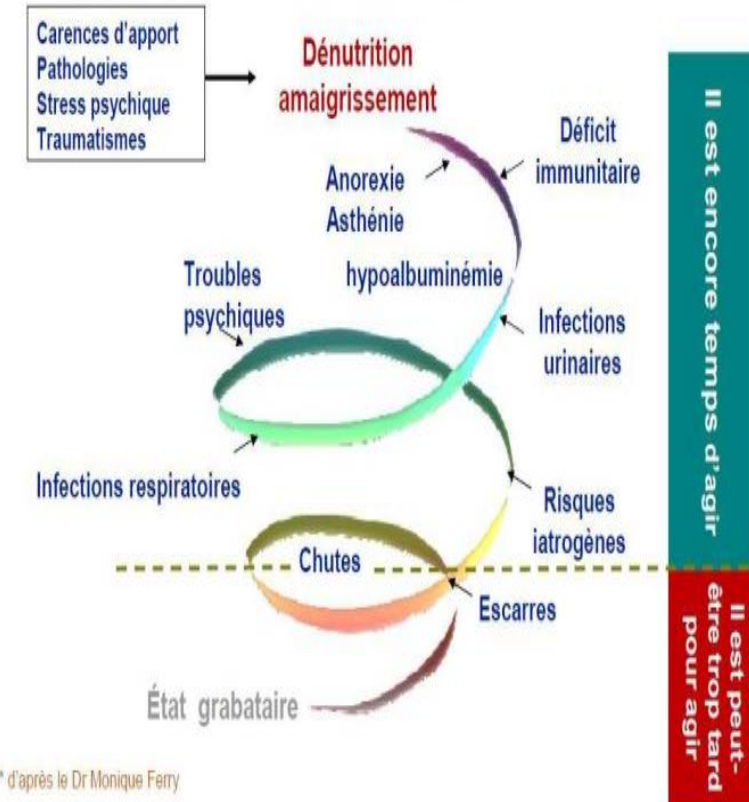
SUIVI



Intervention Nutritionnelle **PRECOCE**

- Limiter le retentissement de la dénutrition sur les stratégies thérapeutiques
- Notion de réversibilité
- Notion de sévérité

>> Donner plus de chance aux patients



→ **Intensifier le dépistage de la dénutrition dès l'annonce du diagnostic pour permettre une prise en charge précoce et l'orientation vers un diététicien**



Chimiothérapie curative

t1

Chimiothérapie curative

Bilan dans toutes les situations :

- Pesée systématique
- Pourcentage de PDP¹
- IMC²
- EVA des ingesta³
- Si utilisation d'index : PG-SGA⁴ / SGA⁵ / MNA⁶
- (Personnes âgées)

1 PDP : perte de poids. Notifier en pourcentage la différence entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids de forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic. Une perte de poids ≥ 5 % définit la dénutrition dans cette situation ;

2 IMC : indice de masse corporelle. Il ne doit pas être utilisé seul par manque de sensibilité et de spécificité ; il est significatif d'une dénutrition s'il est < 18,5 pour les personnes de moins de 70 ans ou < 21 pour les personnes âgées de 70 ans ou plus ;

3 Échelle analogique visuelle ou verbale des ingesta : elle est significative si < 7 ;

4 PG-SGA : patient generated subjective global assessment ;

5 SGA : subjective global assessment ;

6 MNA : mini nutritional assessment ;

7 PDP ≥ 5 % ; IMC < 18,5 pour les personnes de moins de 70 ans ou < 21 pour les personnes âgées de 70 ans ou plus ;

8 CNO : compléments nutritionnels oraux (hors pharmanutrition).

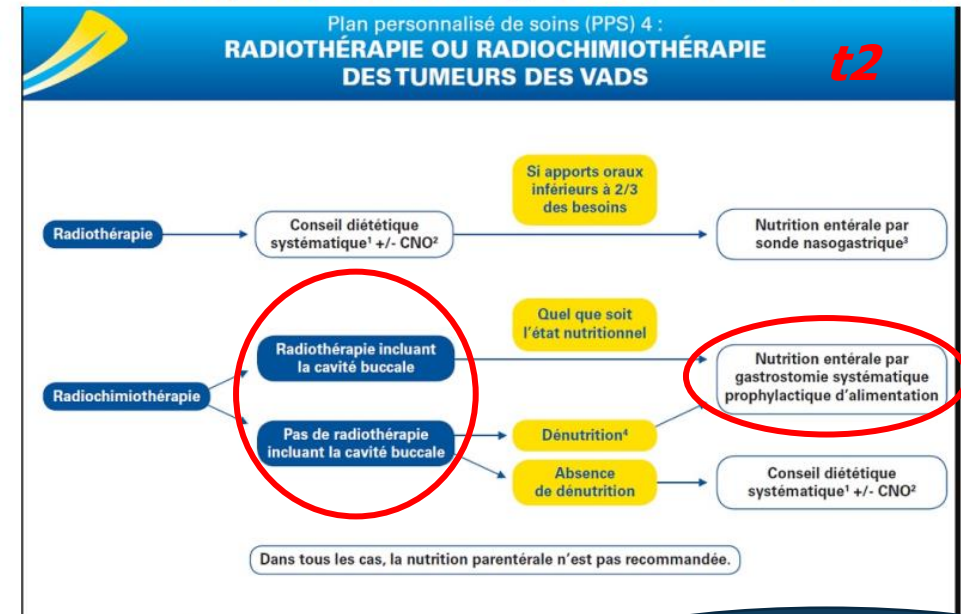
Pas de dénutrition

- Pas de conseil diététique systématique
- La nutrition artificielle n'est pas recommandée.

Dénutrition⁷ et/ou EVA < 7

- Conseil diététique +/- CNO⁸
- Nutrition artificielle au cas par cas en favorisant la nutrition entérale.
- La nutrition parentérale est recommandée si le tube digestif (intestin grêle) est inutilisable ou inaccessible.

Avant le traitement
Quelle prise en charge nutritionnelle ? [14]



1 Le conseil diététique (ou nutritionnel) personnalisé est réalisé par un expert en nutrition tout au long du traitement ;
2 CNO : compléments nutritionnels oraux (hors pharmanutrition) ;
3 Sonde nasogastrique : utiliser des sondes de charrière de 10 french ou moins en silicone ou polyuréthane ;
4 Perte de poids (PDP) ≥ 5 % ; indice de masse corporelle (IMC) < 18,5 ou < 21 pour personnes âgées de 70 ans ou plus ;

Référentiel AFSOS Dénut et Réal Avant le traitement, SNG et GPR : avantages & inconvénients (p 20)

- IMC 25kg/m²
- Perte de poids 5,6 % début de PEC
- SEFI < 7/10
- Albuminémie 26,3g/L (CRP 35,9mg/L)
>> Risque de dénutrition adaptation texture + CNO
>> Echec AO → MEP d'une NE complémentaire sur SNG

Arrêt NE et AO sur AEG et tr neuro

- IMC 21kg/m²
- Perte de poids 20 % début de PEC
>> Dénutrition sévère
- **Bilan de déglutition**
>> Pas d'AO
- Reprise **NE exclusive** avec pose de **GPR**

Sortie en SSR

- IMC 22kg/m²
- Perte de poids 17 % début de PEC
- **NE exclusive**

Fin des ttt

- IMC 22,6kg/m²
- Perte de poids 15 % début de PEC
- **NE exclusive**

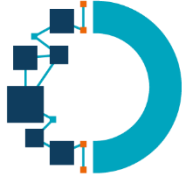
RAD avec PSDM

- IMC 23,5kg/m²
- Perte de poids 11% début de PEC
- **NE exclusive**

Rééduc orthoph

- IMC 24kg/m²
- Perte de poids 10% début de PEC
- NE quasi- exclusive
>> Début de reprise d'une AO

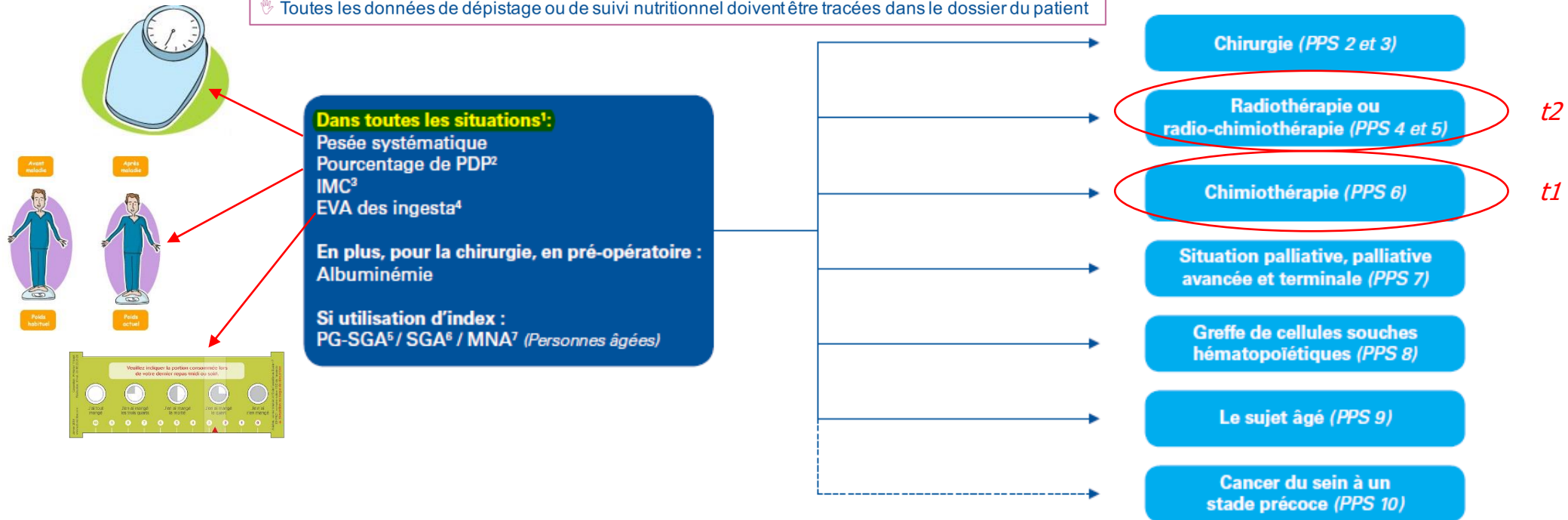
Parcours de soins de Mr B.



SYSTEMATISATION = Efficacité

Plan personnalisé de soins (PPS) 1 : ÉVALUATION NUTRITIONNELLE **SYSTÉMATIQUE** (en consultation et en hospitalisation)

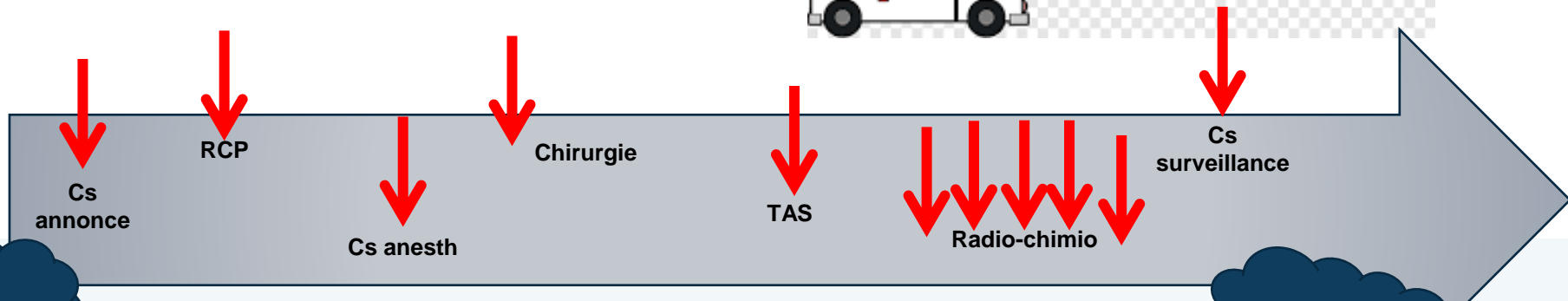
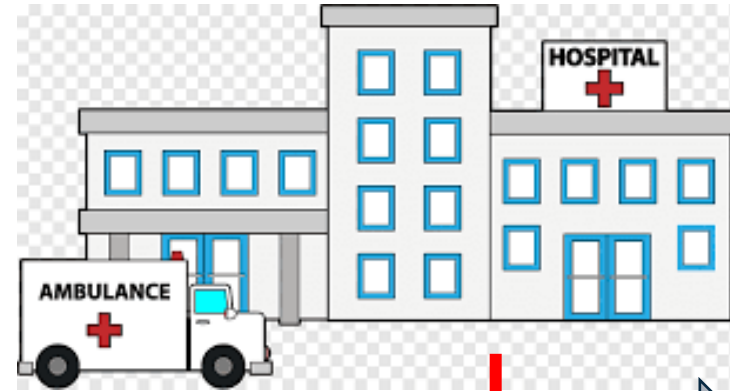
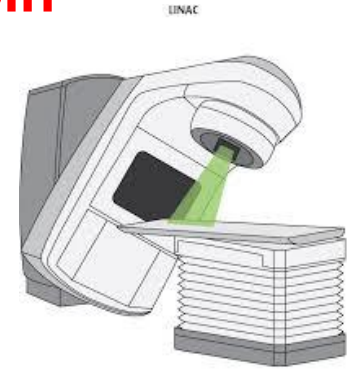
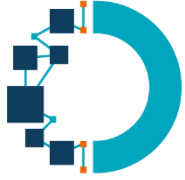
Toutes les données de dépistage ou de suivi : nutritionnel doivent être tracées dans le dossier du patient



- 1 Évaluation réalisée selon le contexte par le médecin, les soignants, le diététicien dans le cadre d'un conseil diététique ;
- 2 PDP : perte de poids. Notifier en pourcentage la différence entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids de forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic ou le geste chirurgical ;
- 3 IMC : indice de masse corporelle. Il ne doit pas être utilisé seul par manque de sensibilité et de spécificité ;
- 4 Échelle analogique visuelle ou verbale des ingesta : patient à risque si EVA < 7 ;
- 5 PG-SGA : patient generated subjective global assessment ;
- 6 SGA : subjective global assessment ;
- 7 MNA : mini nutritional assessment.

SUIVI

Par tous et tout au long du parcours de soin



Prise en charge sociale

Référentiel AFSOS « Les enjeux d'une prise en charge sociale des patients atteints de cancer » 2021



Sophie Lefèbvre, assistante sociale

CHU Bordeaux



MR B a parlé aux médecins et aux soignants de ses problèmes financiers.

Assistante sociale sollicitée par le médecin

Plusieurs problématiques apparaissent :

- 1) Mr B a créé une société EURL en Janvier 2022, s'est arrêté de travailler en Mars, n'a plus de revenus
- 2) Mr B a un problème de prise en charge de ses frais d'hospitalisation
- 3) A un prêt dans le cadre de son achat immobilier



Par rapport à ses problématiques financières:

L'arrêt de travail a été établi au 01/08/22 alors qu'il s'était arrêté de travailler en Mars 22. La fille de Mr B nous a sollicitées pour le renouvellement de l'arrêt de maladie

Est resté inscrit au pole emploi , pouvait recevoir des allocations (ARE) jusqu'en Aout 22

1^{er} refus de la CPAM de verser des IJ, car son statut d'auto entrepreneur est trop récent , n'a pas cotisé suffisamment

Faut-il établir un dossier de RSA afin qu'il ait un minimum de revenus ?

Pièces complémentaires envoyées à la CPAM pour qu'ils recalculent des IJ sur son dernier emploi salarié (2019/2020) et ses allocations de Pole emploi. Accord d'IJ finalement

Mr est très soutenu financièrement par sa mère qui l'héberge



Pour la prise en charge hospitalière:

- Pas de possibilité de faire un dossier de C2S (Complémentaire santé solidaire) dans un premier temps : ressources trop élevées par rapport au plafond de C2S, basées sur l'année calendaire
- Refus de la mutuelle de prendre en charge les frais hospitaliers (Forfait journalier) car Mr n'avait plus le statut qui lui permettait de bénéficier de la mutuelle. Finalement, possibilité d'obtenir une prolongation pour 2 mois de la mutuelle. Puis dossier établi à la date de fin de la PEC de la mutuelle
- ALD demandée avec rétroactivité à la date de l'annonce du diagnostic



Pour la PEC du prêt immobilier :

Mr ne pourra prétendre à un relai par l'assurance « invalidité » de son prêt qu'après 3 mois d'arrêt de travail effectifs

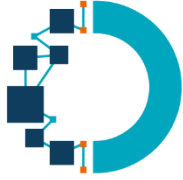
Procédure donnée à monsieur pour entamer la démarche

Dernière sollicitation pour Mr B :

Recherche d'une place en SSR: plusieurs fois repoussée pour des raisons médicales et liées aussi au SSR.

Il a fini par être admis dans le SSR proche de chez sa mère afin qu'elle puisse venir le voir régulièrement

En conclusion, Nous avons accompagné Mr B, mais surtout sa fille qui s'est montrée aussi réactive que possible pour que les dossiers de son père aboutisse



Référentiels en Soins Oncologiques de Support

Enjeux d'une prise en charge sociale des patients atteints de cancer



Contexte



« La **prise de conscience de la fragilité sociale** engendrée par un cancer est aujourd'hui plus forte. Le cancer peut en effet être un **facteur de paupérisation** des personnes touchées et de leurs familles en raison des coûts indirects liés à la maladie et de la diminution des revenus du travail. » (p. 59)

La vie deux ans après un diagnostic de cancer
De l'annonce à l'après-cancer

« Au-delà de la survie, le **soutien social est aussi positivement corrélé à la qualité de vie** des personnes atteintes, et il peut réduire le risque de dépression. » (p. 349)

OBSERVATOIRE
SOCIÉTAL DES
CANCERS

FACE AU CANCER
L'épreuve du
parcours de soins

S'entretenir avec les bons interlocuteurs est crucial lors de l'annonce

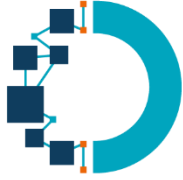


La complexité des démarches administratives détériore le vécu.



Copyright AFSOS, version validée du 08/07/2021

5

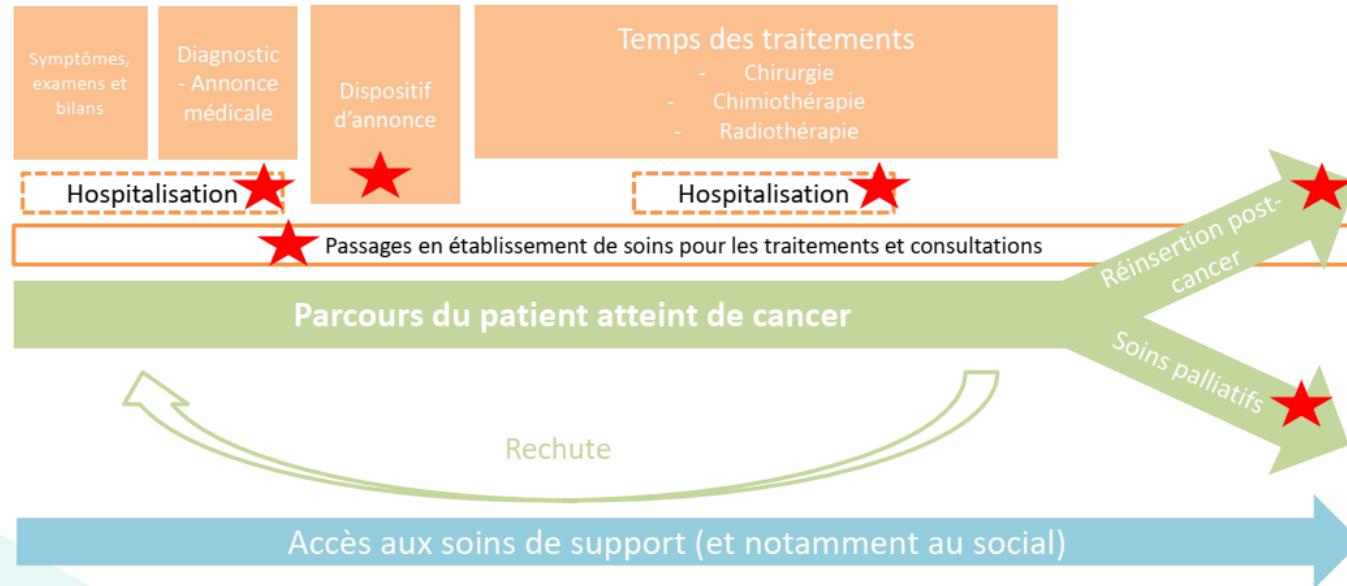


Référentiels en Soins Oncologiques de Support

Enjeux d'une prise en charge sociale des patients atteints de cancer



A quels moments clés du parcours solliciter le service social de l'établissement ?

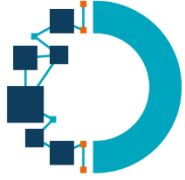


★ : Moments clés pour solliciter le service social pour une première évaluation ou réévaluation de la situation

☐ : Correspond à des temps de consultation, d'hospitalisation conventionnelle ou d'HDJ, non systématiques selon les situations des patients

Copyright AFSOS, version validée du 08/07/2021

8



Référentiels en Soins Oncologiques de Support

Enjeux d'une prise en charge sociale des patients atteints de cancer



Éléments clefs – pour ne pas conclure

Repérage précoce des fragilités sociales et orientation vers l'assistant social



La situation peut être réévaluée à tout moment



Tout professionnel impliqué dans le parcours de soins du patient peut solliciter l'assistant social



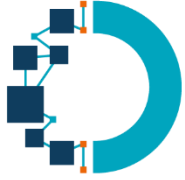
Accompagnement et coordination hôpital/ville



Domaines d'interventions variés et ne se limitant pas à la mise en place d'aides à domicile

Copyright AFSOS, version validée du 08/07/2021

16



Suite de la prise en charge

Sortie en SSR (2 mois) le temps de la radio-chimio puis **retour à domicile**

Poursuite de la prise en charge SOS au SSR

- Kiné
- Diet
- ASE

A distance de la fin des traitements

- Diminution puis arrêt des antalgiques
- Orthophonie
- Rééduc sur la déglutition
- Récupération visuelle
- Reprise progressive d'une alimentation per os tout en continuant la NE

Dernière cs 13/06/2023 : patient en rémission

Poids à 84 kgs

Alimentation per os reprise mais difficile, toujours NE

Actuellement en HDJ SOS aux « Hauts de Cenon » : assistante sociale, diet, psycho, kiné/APA, orthophoniste, psychomot, relaxation/sophro, socioesthéticienne

Coordonner le parcours de soin = Inter-disciplinarité

