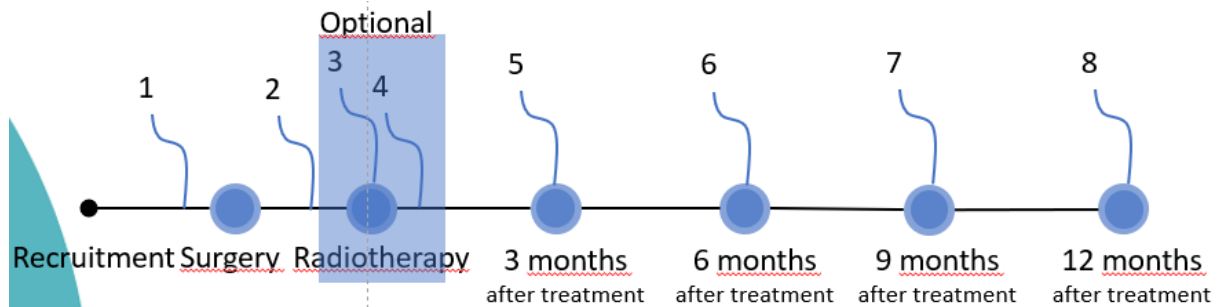


Explications du jeu de données

Colonne A : code patient

Colonne B : âge du patient au diagnostic

Colonne C : Moment du test :



Colonne D : Concentration salivaire en malondialdéhyde ($\mu\text{mol/l}$)

Colonne E : Concentration salivaire en protéines (mg/l)

Colonne F : Concentration salivaire en ORAC (capacités totales antioxydantes) ($\mu\text{mol/l}$)

Colonne G : activité enzymatique salivaire de catalase (UI/ml)

Colonne H : activité enzymatique salivaire de superoxyde dismutase (UI/ml)

Colonne I : activité enzymatique salivaire de Glutathion-S-Transferase P1 (UI/ml)

Colonne J : sexe

Colonne K : localisation du cancer

Colonne L : stade tumoral T

Colonne M : stade ganglionnaire N

Colonne N : stade métastatique M

Colonne O : statut tabagique (0 : pas de tabagisme déclaré, sevré, ou 1 = tabagisme actif)

Colonne P : nombre de cigarettes / j en cas de tabagisme actif

Colonne Q : durée de tabagisme (années)

Colonne R : durée de sevrage le cas échéant (années)

Colonne S : type de traitement : chir = chirurgie, chir+RTE = chirurgie + radiothérapie, chir+RCT = chirurgie + radiochimiothérapie

Colonne T : présence ou non d'une gastrostomie

Colonne U : évaluation des ingestas par échelle visuelle analogique (1)

Colonne V : poids mesuré (kg)

Colonne W : numéros de dents manquantes

Colonne X : numéros de dents cassées

Colonne Y : numéros de dents couronnées

Colonne Z : numéros de dents nécrosées

Colonne AA : stade de mucite (CTCAE)

Colonne AB : stade de mucite (0 = absente, 1 = présente)

Colonne AC : stade de candidose (CTCAE)

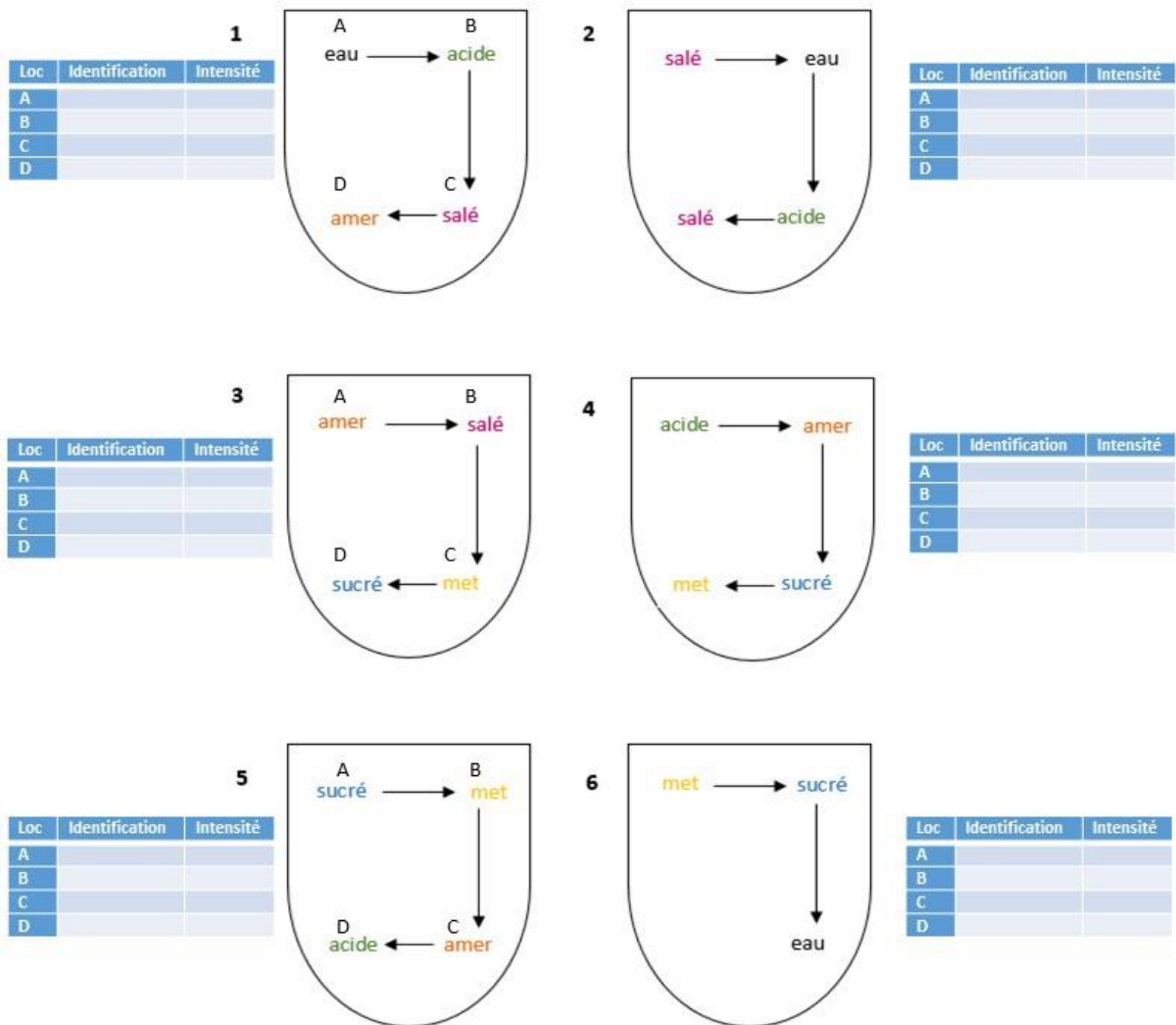
Colonne AD : stade de candidose (0 = absente, 1 = présente)

Colonne AE : débit salivaire ($\text{g}/10\text{min}$)

Colonne AF à Colonne AM : réponse au questionnaire d'auto-évaluation de la xérostomie (2) : annexe 1

Colonne AN à colonne CV : réponse au questionnaire du goût métallique (3) : annexe 2

Colonne CW à EP : tests gustatifs supralimaires de reconnaissance (0 : saveur non reconnue, 1 : saveur reconnue) et d'intensité (0 : pas de perception, 5 perception normale)



Colonne EQ : gout métallique au moment du test

Colonne ER : gout métallique par personne (0 si la personne n'a jamais eu de gout métallique, 1 si la personne a eu un gout métallique à un moment de son suivi)

Colonne ES : atténuation complète du goût métallique par bain de bouche de lactoferrine (0 : non, 1 : oui)

Colonne ET : atténuation partielle du goût métallique par bain de bouche de lactoferrine (0 : non, 1 : oui)

Colonne EU : pas d'atténuation du goût métallique par bain de bouche de lactoferrine (0 : non, 1 : oui)

Colonne EV : atténuation complète du goût métallique (induit par application de sulfate de fer) par bain de bouche de lactoferrine (0 : non, 1 : oui)

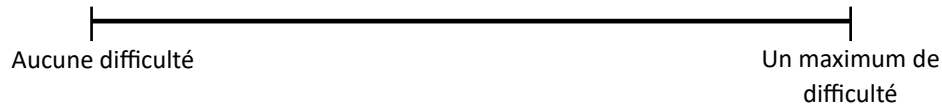
Colonne EW : atténuation partielle du goût métallique (induit par application de sulfate de fer) par bain de bouche de lactoferrine (0 : non, 1 : oui)

Colonne EX : pas d'atténuation du goût métallique (induit par application de sulfate de fer) par bain de bouche de lactoferrine (0 : non, 1 : oui)

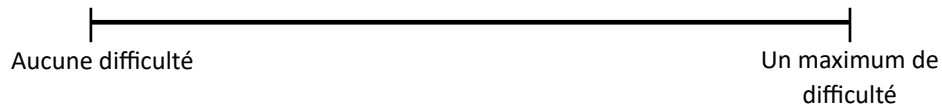
Colonne EY à colonne GB : EORTC QLQ 30 (4)

Colonne GC à colonne HK : EORTC HN35 (5)

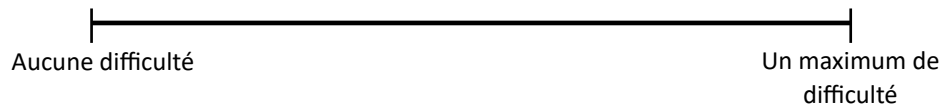
1. Annexe 1 : Évaluez votre difficulté à parler à cause de la sécheresse buccale



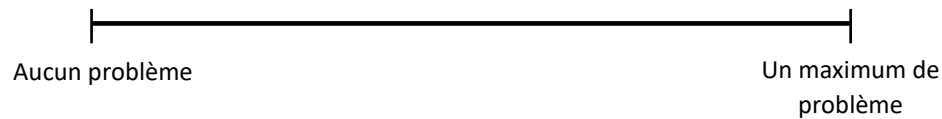
2. Évaluez votre difficulté à mastiquer à cause de la sécheresse buccale



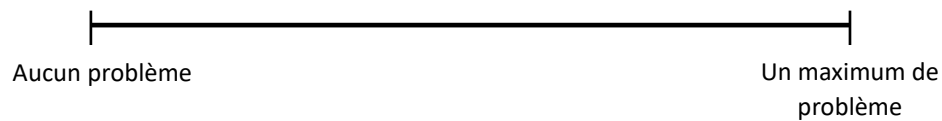
3. Évaluez votre difficulté à avaler des aliments solides à cause de la sécheresse buccale



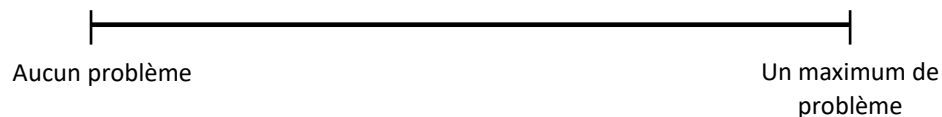
4. Évaluez l'importance de vos troubles du sommeil qui sont provoqués par la sécheresse buccale



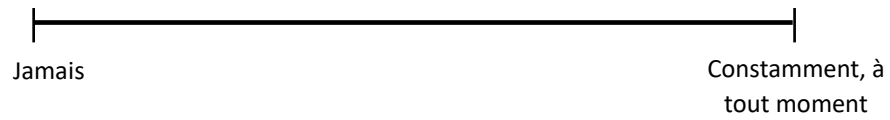
5. Évaluez l'importance de la sécheresse de votre bouche ou de votre gorge lorsque vous mangez



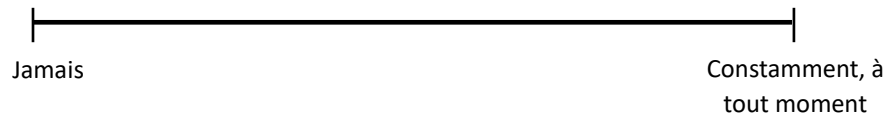
6. Évaluez l'importance de la sécheresse de votre bouche ou de votre gorge au repos, hors des prises alimentaires



- 7.** Au cours des repas, à quelle fréquence buvez-vous des liquides à petites gorgées pour faciliter la déglutition des aliments ?



- 8.** Au cours des repas et hors des repas, à quelle fréquence buvez-vous des liquides à petites gorgées pour améliorer votre confort buccal ?



Annexe 2 : Questionnaire du goût métallique (3)

1. Avez-vous eu un changement du goût depuis le diagnostic de cancer ?
 - a) Non (*si c'est le cas, vous avez fini, merci de ne pas remplir la fin du questionnaire*)
 - b) Oui

2. Quelle serait la cause des changements du goût à votre avis ?
 - a) Le goût a changé à cause de la maladie
 - b) Le goût a changé à cause du traitement
 - c) Le goût a changé à la fois à cause de la maladie et du traitement
 - d) Le goût a changé à cause de quelque chose d'autre
 - e) Je n'ai pas de réponse à cette question

Les questions suivantes concernent le goût durant la semaine passée. Si vous considérez que votre goût est normal cette semaine (comme avant le diagnostic) vous avez fini, merci de ne pas remplir la fin du questionnaire.

Pourriez-vous choisir quel état l'énoncé ci-dessous s'applique à vous ?

Entourer le chiffre qui correspond au mieux à votre état.

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Je ne sais pas
3. Je me sens nauséeux	1	2	3	4	5
4. L'odeur de la nourriture m'incommode	1	2	3	4	5
5. J'ai du mal à digérer la nourriture	1	2	3	4	5
6. J'ai moins d'appétit	1	2	3	4	5
7. J'ai la bouche sèche	1	2	3	4	5
8. J'ai des difficultés pour avaler certains aliments	1	2	3	4	5
9. Le sucre me dérange	1	2	3	4	5
10. Le salé me dérange	1	2	3	4	5
11. L'acidité me dérange	1	2	3	4	5
12. L'amertume me dérange	1	2	3	4	5
13. Mon appétit est meilleur	1	2	3	4	5
14. J'aime manger des bonbons	1	2	3	4	5
15. Le chocolat me dérange	1	2	3	4	5
16. J'ai des difficultés à manger de la viande rousse (boeuf, cheval, porc, ...)	1	2	3	4	5
17. Le gras me dérange	1	2	3	4	5
18. La nourriture chaude me dérange	1	2	3	4	5

Pourriez-vous indiquer, saveur par saveur, comment vous percevez cette saveur par rapport à avant votre traitement ?

Entourer le chiffre qui correspond au mieux à votre état.

	Je ne ressens plus rien	J'ai beaucoup de difficultés à percevoir la saveur	J'ai quelques difficultés à sentir la saveur	La saveur est normale	La saveur est plus forte	Je ne sais pas
19. La nourriture en général	1	2	3	4	5	6
20. Le sucré	1	2	3	4	5	6
21. Le salé	1	2	3	4	5	6
22. L'acidité	1	2	3	4	5	6
23. L'amertume	1	2	3	4	5	6

Pourriez-vous préciser quel état s'applique à vous ?

Entourer le chiffre qui correspond au mieux à votre état

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Je ne sais pas
24. Je ne suis pas capable de percevoir l'odeur de la nourriture	1	2	3	4	5
25. Tout a mauvais goût	1	2	3	4	5
26. La nourriture n'a pas le goût qu'elle devrait avoir	1	2	3	4	5
27. J'ai un goût amer dans la bouche	1	2	3	4	5
28. J'ai un mauvais goût dans la bouche	1	2	3	4	5
29. Tout a un goût amer	1	2	3	4	5
30. Je préfère manger froid que chaud	1	2	3	4	5
31. Tout a bon goût	1	2	3	4	5
32. Le mauvais goût a un impact négatif sur ma qualité de vie	1	2	3	4	5

33. Certaines personnes peuvent avoir des perceptions différentes concernant le goût de certains aliments.

Dans ce cas, le goût de ces aliments peut être différent de ce qu'il était avant le traitement. Avez-vous eu l'impression que le goût de certains aliments était différent de celui avant le diagnostic ?

a) Je n'ai pas eu cette impression de goût différent

b) J'ai eu cette impression de goût différent pour certains aliments, ce goût ressemblait au goût (*choix multiples possibles*) :

- De sang
- Amer
- D'une substance chimique
- D'une substance moisie
- D'un médicament
- De métal
- Sucré
- Salé
- Acide
- Autres, nommez-le goût :

34. Certains patients peuvent avoir un goût continu dans la bouche.

Avez-vous eu un goût continu dans la bouche que vous n'aviez pas avant votre diagnostic ?

- a) Je n'ai pas eu cette impression de goût continu dans la bouche
- b) J'ai eu cette impression de goût continu dans la bouche. Ce goût ressemblait à (*choix multiples possibles*) :

- De sang
- Amer
- D'une substance chimique
- D'une substance moisie
- D'un médicament
- De métal
- Sucré
- Salé
- Acide
- Autres, nommez-le goût :

Répondez aux questions suivantes uniquement si vous avez eu une impression de goût métallique.

Si vous n'avez pas eu cette impression de goût métallique, vous avez terminé le questionnaire.

Pourriez-vous préciser quel état s'applique à vous ?

Entourer le chiffre qui correspond au mieux à votre état

	Pas du tout	Peu	Moyennement	Beaucoup	Je ne sais pas
35. Le goût métallique est intense	1	2	3	4	5
36. Le goût métallique me dérange avec la nourriture en général	1	2	3	4	5
37. Le goût métallique me dérange avec seulement quelques aliments	1	2	3	4	5
38. Le goût métallique devient plus fort quand je mange	1	2	3	4	5
39. Le goût métallique est présent toute la journée	1	2	3	4	5

40. Considérez-vous ce goût métallique comme l'aspect le plus négatif des modifications de votre goût ?

- a) Non
- b) Oui
- c) Je ne sais pas

41. Combien de temps avec-vous eu ce goût métallique dans la bouche ?

- a) Moins d'une semaine
 - b) Entre une semaine et un mois
 - c) Entre un et trois mois
 - d) Plus de trois mois
 - e) Je ne peux pas répondre à cette question
- Vous avez terminé de remplir le questionnaire. Merci de votre coopération.*

Références bibliographiques :

1. Thibault R, Goujon N, Le Gallic E, Clairand R, Sebille V, Vibert J, et al. Use of 10-point analogue scales to estimate dietary intake: a prospective study in patients nutritionally at-risk. *Clin Nutr.* 2009;28(2):134-40.
2. Pierrard L, Grenier S, Drame M, Musset AM, Jolly D. Translation and validation of a French version of the Xerostomia Inventory. *Gerodontology.* 2023;40(1):91-9.
3. I I, Timmermans ER, Renken RJ, Ter Horst GJ, Reyners AK. Metallic Taste in Cancer Patients Treated with Systemic Therapy: A Questionnaire-based Study. *Nutrition and cancer.* 2017;69(1):140-5.
4. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85(5):365-76.
5. Bjordal K, Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, de Graeff A, Boysen M, Evensen JF, et al. Quality of life in head and neck cancer patients: validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-H&N35. *J Clin Oncol.* 1999;17(3):1008-19.