

Réseau Ville-Hôpital de Cancérologie du Val-de-Marne Ouest

Prise en charge de la mucite

DANS LES AFFECTIONS CANCÉREUSES

Avec le soutien
de la Ligue contre
le cancer
du Val-de-Marne



Décembre 2004
revu en décembre 2005

TABLE DES MATIERES

DEFINITION DU CADRE	1	TRAITEMENT DES MUCITES	7
CAUSES : INCIDENCE	1	RÔLE INFIRMIER	11
FACTEURS DE RISQUE	2	SYNTHESE	14
CONSEQUENCES DE LA MUCITE	2	ANNEXES	15
EVALUATION DE L'ETAT BUCCAL	3	REFERENCES	17
MESURES PREVENTIVES DES MUCITES	4		

Réseau Ville-Hôpital de Cancérologie du Val-de-Marne Ouest

Prise en charge de la mucite

Réseau Ville-Hôpital de Cancérologie
du Val-de-Marne Ouest

• Onco 94 Ouest

CHSP – 24 rue Albert Thuret
94 669 Chevilly-Larue Cedex

Tél : 01 46 63 00 33 Fax : 01 46 63 19 28

email : contact@onco94.com

Site internet : www.onco94.org

Association Loi 1901

n° SIRET : 443 872 411 00014 – n° APE : 913 E

GRUPE DE TRAVAIL ANIME PAR

- ◆ **Mme Jane Gledhill** • *Cadre infirmier* • IGR • Villejuif
- ◆ **Dr Christine Pailler** • *Equipe mobile Douleur (SP du CHU)* • Kremlin Bicêtre

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

- ◆ **Dr Olivier Bismuth** • *Médecin généraliste* • Thiais
- ◆ **Mme Geneviève Bridier** • *Infirmière libérale* • Chevilly-Larue
- ◆ **M. Laurent Cenard** • *Coordonnateur Onco 94 Ouest* • Chevilly-Larue
- ◆ **Dr Madeleine Favre** • *Médecin généraliste* • Vincennes
- ◆ **Mme Monyque-Marie Lecouteur** • *Infirmière libérale* • Le Plessis-Robinson
- ◆ **Dr Bernard Legouy** • *Médecin généraliste* • Arcueil
- ◆ **Dr Ali Mansouri** • *Médecin généraliste* • Villejuif
- ◆ **Dr Nicolas NGuyen Tat** • *Médecin généraliste* • Arcueil
- ◆ **M. John Pinte** • *Infirmier libéral* • Vitry-sur-Seine
- ◆ **Mme Françoise Rey** • *Infirmière libérale* • Rungis
- ◆ **Dr Pierre Ruffié** • *Oncologue thoracique* • IGR • Villejuif
- ◆ **Mme Sylvia Sanhueza** • *Infirmière libérale* • Le Plessis-Robinson

DEFINITION DU CADRE

- **Mucite** : Ensemble des lésions (érythème, inflammation, ulcération, nécrose) symptomatiques de la muqueuse oro-pharyngée résultant de la toxicité des traitements anticancéreux (chimiothérapie, radiothérapie). Elle intéresse les muqueuses recouvrant l'intérieur des cavités ou viscères (digestives). Elle peut s'accompagner d'une atteinte pharyngo-oesophagienne.
- **Stomatite** : Inflammation seulement de la muqueuse buccale.
- **Xérostomie** : Diminution de la salive (hyposialie) responsable d'une sensation de sécheresse buccale consécutive à une atteinte des glandes salivaires.
- En font partie, **les soins de bouche** (hors phase palliative) visant :
 - à garder une bouche propre et une muqueuse saine
 - à corriger un état lésionnel

1

CAUSES - INCIDENCES

Post-chimiothérapie

- En général : 5 à 15% des chimiothérapies (survenant à > 7 à 10 j : Methotrexate, Doxorubicine, Etoposide, Cytarabine, Bleomycine, ... Allant jusqu'à 40% pour le 5 FU (FUFOL)
> 20% avec l'irinotecan (campto ou CPT11) (+ 5 FU = FOLFIRI)
A part : 75 à 85% des intensifications avec greffe de moelle
- Rôle aggravant de la neutropénie

Post-radiothérapie

- > 50% après radiothérapie ORL ou cervical (80 à 100%) survient au J15, maximum vers la 4^{ème} semaine
 - Augmentation avec l'association chimio-radiothérapie
 - Dépend de la dose et dosimétrie (fractionnement)

FACTEURS DE RISQUE

- **Mauvaise hygiène buccale**, amplifiée par l'alcoolisme et le tabagisme
- **Facteurs liés au terrain :**
 - Génétique, type de cancer, état nutritionnel
 - Traitements antérieurs et associés
 - Déficience en acide folinique, vitamine B12, dehydroypyrimidine dehydrogenase (5FU)
 - Etat oxydatif tissulaire (rôle des antioxydants)
 - Xérostomie " palpable"
 - Diabète (< 20 ans, > 65 ans)
 - Maladie cardio-pulmonaire, insuffisance rénale, insuffisance hépatique
 - L'âge (> 55 ans renouvellement des cellules épithéliales moins rapide)

2

CONSEQUENCES DE LA MUCITE

- **Gène importante à la nutrition**
 - voir document prise en charge nutritionnelle
- **Gène à la communication (sur le plan relationnel et social)**
- **Désorganisation de la flore buccale :**
 - Développement des mycoses (candida)
 - Multiplication des germes agressifs (en particulier gram) surtout si neutropénie associée
 - Favorise les infections virales
- **Manque d'observance du traitement et augmentation des coûts pour hospitalisation**

EVALUATION DE L'ETAT BUCCAL

Interrogatoire du patient

L'interrogation du patient quand cela est possible sur :

- Ses habitudes au niveau de l'hygiène buccale
- Ses problèmes dentaires (caries, port de prothèses ...)
- Ses besoins

Examen clinique régulier de la bouche avec une lampe

- A** **Phase inflammatoire** : caractérisée par un érythème et un œdème à la base des dents, plus ou moins douloureux.
- B** **Phase épithéliale** : survient 4 à 5 jours après le traitement cytotoxique : Caractérisée par des lésions blanchâtres, aphtoïdes, douloureuses ou des enduits blanchâtres sur la muqueuse.
- C** **Phase ulcéralive** : survient environ 1 semaine après l'initiation du traitement cytotoxique : Caractérisée par des ulcérations isolées ou en nappe résultant du non renouvellement cellulaire. Toujours très douloureuses. Peuvent prendre un aspect nécrotique, hémorragique et/ou se surinfecter.
- D** **Phase de cicatrisation** : 2 à 4 semaines après le traitement

Evaluation de la bouche

- Au moins une fois par 24 heures et de préférence le matin, après un soin de bouche
- En fonction des critères d'évaluation utilisant la grille d'Eilers (OAG) deux fois par jour, ou encore avec les échelles OMS ou du RTOG (*voir page 16*)
- Dans tous les cas, ne pas oublier d'évaluer la douleur buccale (Score EVA 0 à 10).

MESURES PREVENTIVES DES MUCITES

Introduction

Actuellement, il n'existe pas de produits ou de protocoles universellement efficaces dans la prévention des toxicités liées à la chimiothérapie ou la radiothérapie.

Le management des complications orales des thérapies carcinologiques repose sur :

- L'identification des populations à haut risque
- L'initiation des mesures préventives avant de débuter un traitement carcinologique
- L'intervention ponctuelle et énergique en cas de lésions
- L'éducation du patient

Une remise en état bucco-dentaire au moins 3 semaines avant toute chimiothérapie aplasante ou une radiothérapie des VADS* est indispensable.

4

Règles générales de l'hygiène buccale de base

Deux types de soins de bouche :

- Le soin de bouche sans prescription médicale, comprenant l'application de produits non-médicamenteux
- Le soin de bouche sur prescription médicale (ou protocolaire) comprenant l'application de produits médicamenteux

Quelques règles pour la préparation des bains de bouche

- Les solutions alcoolisées, asséchantes sont à éviter.
- Le bain de bouche doit être préparé en extemporané, c'est-à-dire avant chaque soin.
- Le mélange de produits, l'utilisation d'autres antiseptiques similaires de façon simultanée ou successive, sont à éviter, (sauf si c'est précisé dans les protocoles) car il y a risque d'interférence, et d'instabilité des produits.

* VADS : Voies Aéro Digestives Supérieures

Soins de bouche

Le matériel

- La brosse à dents type chirurgicale (7/100^{ème})
- Les bâtonnets en mousse ne sont pas recommandés pour la réduction de la plaque dentaire ou la prévention des caries.

Les produits de rinçage ou de dilution

- Eau minérale
- 0.9% saline
- De préférence Na Bicarbonate 1.4% afin de maintenir un Ph buccal à 6.4

Pâte à dentifrice

- Le dentifrice fluoré en tube classique, monodose ou forme pastille est recommandé chez tous les patients autonomes et sans lésions buccales.
- Elle est à proscrire chez les patients à risque d'immunodépression, immunodéprimés ou en secteur protégé.

Solutions antimicrobiales de teneur faible en alcool

- Glycothymoline SS[®]
- Chlorhexidine 0.12% - 0.2% (action : antiseptique à large spectre, antiplaque et antifongique)
- A diluer selon la prescription avec du Na bicarbonate 1.4%
- La Bétadine[®] buccale (polividone iodée) possède une action antiseptique et antifongique. Elle est très utilisée en chirurgie ORL.
- Préparation : eau minérale 1 verre + Bétadine[®] buccale 1 cuil. à soupe
- Brossage des dents / rinçage toutes les 2 à 4 h ou selon les besoins

Pour les lèvres

- Vaseline
- Lanoline

En cas de sécheresse buccale

- Pulvérisation d'eau minérale
- Salive artificielle (Syaline Artis) à base de carboxyméthylcellulose et ions
- Pilocarpine cp (nom commercial)
- Sulfarlem 25[®](Anetholtrithione) (3 cps)

MESURES PREVENTIVES DES MUCITES

Cas particuliers patients recevant la CT

Rôle de la cryothérapie

- Demander au patient de sucer de la glace pilée dans la bouche 5 minutes avant l'injection de 5 FU en bolus et après l'injection pour un total de 30 minutes.

Pas de recommandations sur l'utilisation systématique d'antiviraux (Acyclovir) ou d'antifongiques.

Patients en cours de radiothérapie (recommandations du MASCC*)

- Utilisation des caches laryngées pour prévenir ou diminuer la toxicité de la radiothérapie chez les patients avec un cancer des VADS
- Radiothérapie tridimensionnelle : diminution des volumes des muqueuses exposées aux rayons
- Application topique de Benzydamine Hydrochloride
- Le Chlorexédine est à proscrire
- Pour la prévention de la radio nécrose : utilisation de gouttière de gel Fluoré une fois par jour pendant 5 minutes après nettoyage

TRAITEMENT DES MUCITES

Le matériel

Standard :

- Le soignant adapte le matériel en fonction de l'état du malade et de son niveau de dépendance.

Options :

- Le brossage peut être complété par l'utilisation d'un fil dentaire ou des brossettes interdentaires (à la charge du patient) pour faciliter le nettoyage des interstices dentaires si le taux de plaquettes sont $>15\ 000/\text{NP}$.
- Le bâtonnet nature avec un embout mousse étoilé est moins traumatisant pour les muqueuses lésées. Il est plus facile à manier par les soignants chez le patient dépendant.

Recommandations :

- La brosse à dent est le matériel le plus efficace pour éliminer la plaque dentaire chez le patient autonome.
- La brosse à dents souple (25/100^{ème}) est de préférence en nylon, de petite taille, à poils souples et à bouts arrondis.
- Chez des patients avec des tissus fragilisés une brosse à dents de type chirurgical (7/100^{ème}) est préférable et systématique en cas de cancer ORL, et après de haute dose de chimiothérapie.
- Pour tout patient en cours de chimiothérapie, ou irradiation au niveau du sphère ORL, la brosse à dents est changée tous les mois. Pour les patients très immunodéprimés, la brosse est changée toutes les semaines.
- Le saignement des gencives n'est pas une contre-indication en soi au brossage des dents si le taux de plaquettes est $>$ à 15 000/NP.

Les produits

Standards :

- L'eau, le sérum physiologique ou le bicarbonate de sodium 14% peuvent être utilisés pour diluer les produits pour les bains de bouche. Pour les patients en aplasie et/ou à risque septique important, ne peut-être utilisée que de l'eau minérale (ou l'eau stérile) ou du bicarbonate 14% pour diluer les produits.

TRAITEMENT DES MUCITES
8

- L'emploi d'antiseptique fait l'objet d'un protocole de service ou d'une prescription médicale. Toutefois, nous recommandons le Glycothymoline® comme antiseptique, la solution Na Bicarb 14% comme diluant, et le Violet de Gentiane 1% pour l'application aux aphtes. La solution Bétadine verte® peut être utilisée en préventive ou curative dans le cas de la chirurgie des VADS..
- Le bain de bouche doit être préparé en extemporané, c'est-à-dire avant chaque soin.
- Le mélange de produits, l'utilisation d'autres antiseptiques similaires de façon simultanée ou successive, sont à éviter, car risque d'interférence et d'instabilité des produits.
- La date d'ouverture doit être marquée sur le flacon de produit de dilution.
- Le produit de dilution doit être renouvelé toutes les 48h.

Recommandations :

- Le dentifrice fluoré en tube classique, monodose ou forme pastille est recommandé chez tous les patients autonomes et sans lésions buccales.

Rythme de réalisation du soin
Standards :

- La planification du soin, que le patient soit autonome ou dépendant, est retrouvée au niveau du dossier de soins.
- Dès l'admission du patient, le soignant vérifie que le patient nettoie sa cavité buccale après chaque repas et avant de se coucher. On évite de faire le soin immédiatement après le repas, car risque de vomissements.
- Pour tout patient sous chimiothérapie, ou radiothérapie des VADS, les soins doivent être réalisés au moins toutes les 4 heures.
- Pour les patients porteurs de prothèses dentaires, la fréquence du soin est identique à celle du nettoyage de la cavité buccale.

Recommandations :

- Le soin est associé avec d'autres soins. Exemples : toilette, prise de constantes, etc.
- Pour tout patient à jeun ou qui ne s'alimente pas par voie normale, ou qui est sous oxygène en continue, un nettoyage buccal est souhaitable au moins toutes les 4 heures.
- La fréquence du soin sera révisée en fonction des risques dus au traitement en cours et le score OAG (voir grille d'Eillers page 15).

Recommandation en fonction de la présentation

● Aphtes ou ulcérations

- Violet de gentiane 1% à appliquer sur chaque lésion au coton tige

● Bouche hémorragique

- L'eau oxygénée ne doit pas être utilisée pour les soins de bouche quotidiens car très irritante.
- L'eau oxygénée 3% diluée 1/1 avec de l'eau minérale ou de sérum physiologique peut être efficace pour débrider les croûtes ou les débris hémorragiques.
- Ou Exacyl® : rinçage de bouche avec une ampoule 2 à 4 fois/24h

● Langue noire vilieuse

- Brossage de la langue avec du Locacid® 0.1% (acide rétinoïque) 1 fois/jour pendant 5 jours avant le bain de bouche

● A part :

- Si infection (la documenter si possible)
 - Antibiotique : Métronidazole si halitose
 - Herpes clinique : Acyclovir ou Valacyclovir
 - Mycose : antifongique

Douleur et mucite

- **Xylocaine® 2%® 1 à 2 flacons de 20 ml** à diluer dans le flacon de bain de bouche (500ml)

- **Xylocaine visqueuse® à 2%** à appliquer directement sur les lésions douloureuses : une noisette à appliquer avec un bâtonnet mousse stérile 15 minutes avant chaque soin de bouche.

- **Un traitement complémentaire systémique** de 2g de Prodafalgan® ou de 5 à 10 mg/SC de morphine pourra aider à réduire les douleurs liées aux soins de bouche.

● **MASCC Guide Lines : (Niveau de preuve I, recommandation A)**

- Morphine par PCA est le traitement de choix pour contrôler la douleur des mucites chez des patients ayant reçus une greffe avec support par cellules souches hématopoïétiques.
- En cas d'intolérance à la morphine, la remplacer par un autre antalgique du même niveau. Ex. Oxycontin®, Oxynorm®, Sophidone®, Lamaline® (suppositoires).
- Evidence insuffisante pour recommander l'utilisation de la Morphine par PCA dans d'autres situations.

- **Les AINS*** sont contre-indiqués surtout lors de la présence d'une thrombocytopénie.

* Anti-inflammatoire non stéroïdien

Nouveaux traitements

- **Amifostine® (Ethyol)** (Niveau de preuve III, recommandation C, dans les œsophagites liées à l'association de la chimiothérapie)
 - Dose recommandée en prévention des xérostomies : 200mg/m² de surface corporelle, à injecter en IV sur 15 à 30 minutes, dans la demi-heure qui précède le début de la radiothérapie.
 - Contre indications : hypotension, déshydratation, grossesse
 - Effets indésirables : nausées, chute de tension, hypocalcémie
- **Benzamidine** : à priori non encore disponible en France.
- **L glutamine (AES 14)** réduirait la sévérité des lésions de 20%. Phase III ongoing.
- **TGF b** : résultats peu concluants.
- **GM CSF** : plusieurs études, résultats très discordants
- **Kepivance® (palifermin)** : baisse significative dans l'incidence et la durée des mucites grade 2-4 chez des patients recevant une greffe avec support avec cellules hématopoïétique (essai phase II)
Chez des patients recevant une radio-chimio associée des VASD, baisse de l'incidence et de la durée des mucites (essai phase III)
AMM.
- **Benzydamine** : agent anti-inflammatoire non stéroïdien, utilisé en bain de bouche (étude phase III)
- **Gelclair (TM)** (hyaluronate de sodium, polyvinylpyrrolidone et acide glycyrrhétinique) : gel qui améliore les douleurs.

ROLE INFIRMIER : DEROULEMENT DU SOIN

Malade autonome

Standards :

- Le soignant explique au patient et à son entourage le protocole de soins de bouche (selon le protocole prédéfini du service ou une prescription médicale spécifique).
- Le soignant vérifie que le patient a le matériel et les produits nécessaires pour le soin.
- Les dents sont brossées pendant 1 min 30 avec une brosse à dents souple, en utilisant une pâte fluoré ou une brosse trempée dans une solution de Glycothymoline, suivant la technique de Bass préalablement enseignée.
- L'infirmière / l'aide soignante contrôle l'efficacité du soin.
- Après avoir séché la muqueuse avec une compresse, le patient applique le produit défini dans le protocole du service. Le temps de contact recommandé est respecté.
- Un corps gras est appliqué sur la langue en cas de fissures ou de croûtes, sur les lèvres en cas de fissures ou de sécheresse.

Recommandations :

- La brosse à dents est nettoyée (eau + savon) et séchée après chaque usage.

Patient porteur d'une prothèse dentaire

Standards :

- La prothèse est enlevée avant le nettoyage buccal.
- Le nettoyage de la prothèse est effectué avec une brosse à dents dure et une solution de Glycothymoline ou un produit spécifique pour prothèses. Il est réalisé au même rythme que le soin de bouche.
- Si l'appareil dentaire n'est plus bien adapté et/ou en présence de lésions buccales importantes, il est seulement porté lors des repas. L'avis d'un stomatologue doit être sollicité.
- Si les prothèses ne sont pas portées, elles sont placées, après nettoyage dans de l'eau froide ou une solution antiseptique dans une boîte à prothèse.
- La boîte à prothèse est nettoyée et le produit changé chaque jour.

Patient dépendant**Standards :**

- Le soignant adapte le soin en fonction de la pathologie et le niveau de conscience du patient.
- Le soignant respecte les mesures d'hygiène, lavage des mains avant et après le soin, port de gants non-stériles.
- Le soignant évalue le niveau de la douleur buccale préalablement au soin et en consultation avec l'équipe médicale applique un anesthésiant de contact ou administre un antalgique adapté par voie systémique avant le soin si besoin.
- Le soignant respecte dans la mesure du possible la technique de soin recommandé.
- Le soignant applique le protocole de soin en vigueur dans le service.
- L'état buccal (*voir page 15*) est évalué à l'aide d'une lampe de poche après le soin.
- Le soignant se réfère au médecin ou au stomatologue en cas de problème.
- Après avoir séché la muqueuse avec une compresse, le soignant applique le produit défini dans le protocole du service. Le temps de contact recommandé est respecté.
- Un corps gras est appliqué sur la langue en cas de fissures ou de croûtes, puis ensuite appliqué sur les lèvres.
- Le matériel est nettoyé et rangé.

Options :

- Le port de masque, lunettes et surblouse peut être recommandé.
- En cas de langue chargée marron foncée ou noire (langue noire villeuse), utiliser sur le bâtonnet mousse du Locacid® (dérivé de Vitamine A) en applications quotidiennes, sur prescription et après avis médical.

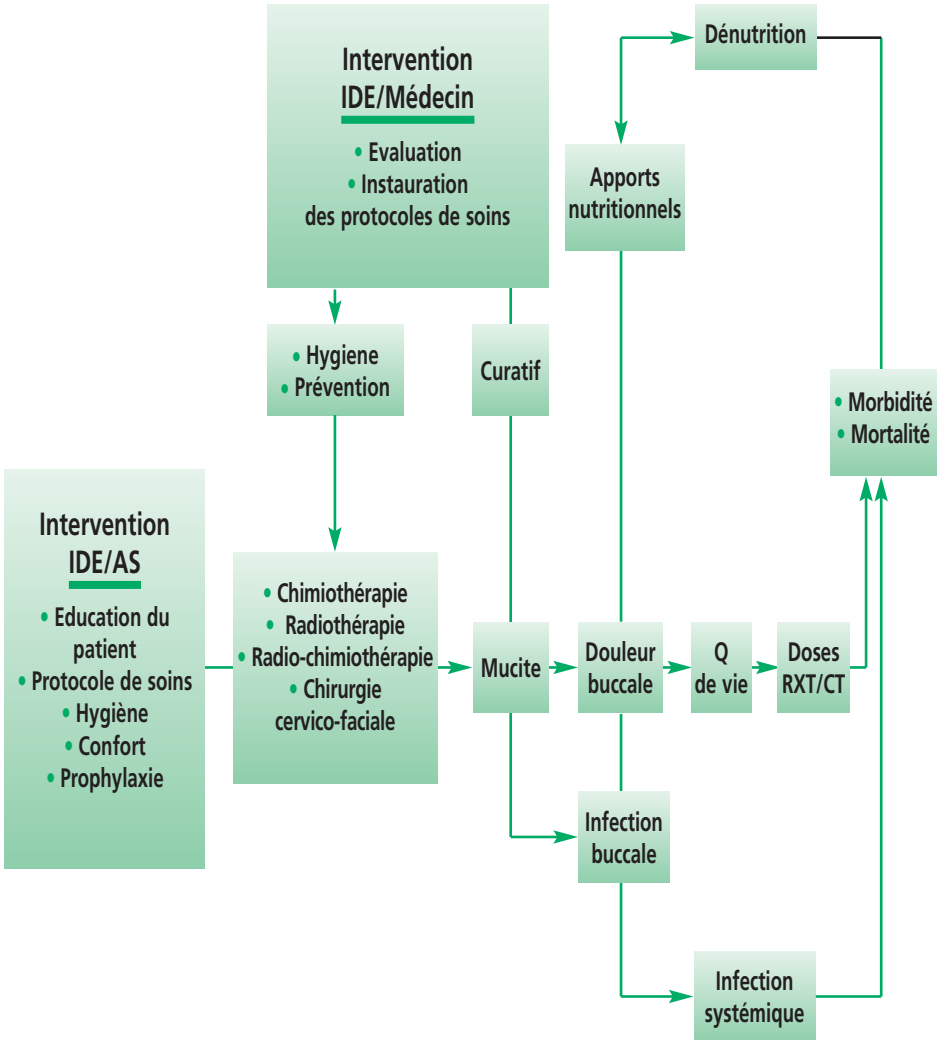
L'éducation du patient

- **Expliquer l'utilité du soin auprès du patient et sa famille en précisant la fréquence du soin, la méthode, le matériel et les produits à utiliser.**
- **Apprendre au patient à examiner régulièrement la cavité buccale après le nettoyage du matin**
- **L'informer sur les signes ou symptômes à signaler à l'équipe soignante :**
 - des ulcérations ou des aphtes,
 - des plaques blanches qui ne disparaissent pas au rinçage,
 - des modifications de la couleur de la surface de la langue,
 - des douleurs,
 - une mobilité anormale des dents,
 - des difficultés pour avaler ou mâcher,
 - un saignement excessif des gencives,
 - une modification du goût ou de l'haleine.
- **Le conseiller sur les produits à utiliser, leur mode d'emploi, leur séquence et la durée de contact recommandée.**
- **Le conseiller sur les mesures simples à prendre en cas de sécheresse.**

SYNTHESE

Processus du developpement de la mucite

● Sites des interventions Médecin, IDE, AS



GRILLE D'EILLERS

Etiquette Evaluation de l'état buccal

Patient Oral Assesment Guide (OAG)

Traitement : Chimiothérapie Produits : Glycothymoline Fréquences des soins : (noter les horaires)

Chimio + radiothérapie Sol. Na Bicarb 14%

Chirurgie Violet de gentiane 1%

Autres (préciser) Bétadine Commentaires

Autres (préciser)

Indicateur	Pondération								
	1	2	3						
La voix	Normale	Sèche et rauque	Difficulté à parler						
La déglutition	Normale	Douleur lors de la déglutition	Absence de déglutition						
Les lèvres	Lisses, rosées et humides	Sèches et fissurées	Ulcération ou saignements						
La langue	Rose, humide, présence de papilles	Pâteuse, moins de papilles avec apparence lustrée, moins colorée	Fissurée, boursoufflée						
La salive	Transparente	Visqueuse, épaisse de mauvaise qualité	Absente						
Les muqueuses	Roses et humides	Inflammatoire avec inclusion des plaques blanches, pas	Ulcération ou saignements						
Les gencives	Roses, fermes et bien dessinées	Inflammatoires, œdématisées	Saignements spontanés ou lors des pressions						
Les dents	Pompes et sans débris	Plaques et débris bien localisées (entre les dents)	Plaques et débris généralisés sur toutes les gencives et dents						
TOTAL									
COTATION EVA (douleur)									
				Initiales					

Score minimum = !
 Score OAG < B
 Score OAG = B - 10
 Score OAG > 10

Score maximum = 24
 Soins préventifs au moins toutes les 8 heures ou plus selon risques
 Mucite débutante. Voir avec le médecin pour la mise en œuvre d'un traitement thérapeutique local toutes les 4h.
 Mucite modeste à sévère. Voir avec le médecin pour la mise en œuvre d'un traitement thérapeutique local toutes les 1h à 2h et éventuellement un traitement systémique.

Annexe 2

CLASSIFICATION OMS DE L'ÉTAT BUCCAL

- ◆ **Grade 0 :** Muqueuse intacte, alimentation normale
- ◆ **Grade 1 :** Erythème, pâleur muqueuse, gêne en mangeant
- ◆ **Grade 2 :** Ulcération, douleur, alimentation solide toujours possible
- ◆ **Grade 3 :** Lésions multiples, dysphagie aux solides, alimentation liquide possible
- ◆ **Grade 4 :** Lésions et ulcérations rendant l'alimentation liquide et solide impossible

Annexe 3

CLASSIFICATION RTGO (Radiation Therapy Oncology Group)

- ◆ **Grade 0 :** Sans changement
- ◆ **Grade 1 :** Aucun traitement. Enanthème
- ◆ **Grade 2 :** Douleurs modérées nécessitant des analgésiques
Fausses membranes non confluentes
- ◆ **Grade 3 :** Douleurs sévères nécessitant des narcotiques
Fausses membranes confluentes
- ◆ **Grade 4 :** Nécroses, ulcération, hémorragie

REFERENCES

- ◆ Rubenstein ED et al. *Mucositis : Perspectives and Clinical Practice Guideline. (2004), Cancer 100 (59) 2026-2046*
- ◆ Koestler WJ et al. *Oral mucositis complicating Chemotherapy and/or Radiotherapy. Options for prevention and treatment. (2001) - Cancer Journal of Clinicians; 51 : 5 : 290-314*
- ◆ Epstein JB, Schubert MM. (2004) *Managing Pain in Mucositis, Seminars in Oncology Nursing, 20 : 1 ; 30-37*
- ◆ Eilers J, Epstein JB (2004) *Assessment and measurement of Oral Mucositis, Seminars in Oncology Nursing, 20 : 1 / 22-29*
- ◆ Spielberg R, Stiff P, Bensinger W et al. *Palifermin for Oral Afer Intensive Therapy for Hematologic Cancers. NEJM 2004 ; 351 : 2590-8*

Prise en charge de la mucite



Réseau Ville-Hôpital de Cancérologie du Val-de-Marne Ouest • Onco 94 Ouest
CHSP – 24 rue Albert Thuret – 94 669 Chevilly-Larue Cedex
Tél : 01 46 63 00 33 Fax : 01 46 63 19 28
email : contact@onco94.com - Site internet : www.onco94.org
Association Loi 1901 - n° SIRET : 443 872 411 00014 – n° APE : 913 E
La Ligue contre le cancer. Comité du Val-de-Marne Tél. : 01 48 99 48 97