

I.	Définition.....	3
II.	Evaluation score oms.....	3
III.	Tableau des médicaments selon le grade .....	4
IV.	Retentissement .....	5
V.	Prophylaxie .....	5
VI.	Technique .....	7
VII.	Surveillance.....	7
	Annexe I : Définitions .....	8
	Annexe II : Soins de bouche.....	9
	Annexe III : GRILLE OAG (Oral Assessment Guide) <sup>(1)</sup> .....	12
	Annexe IV : Membres de la plénière du 24/04/2012 .....	13

## **CIBLE(S)**

Infirmier(e)s diplômé(e)s d'état (IDE) des Etablissements Membres du Réseau Espace Santé Cancer

## **REDACTEUR(S)**

### **Coordonnateur d'action du groupe de travail**

SCHELL M., Pédiatre, IHOP.

### **Référent(s) du groupe de travail**

CASTAING M., Cadre de Santé, IHOP.

### **Membres du groupe de travail**

ARNAL Alexandra, I.D.E., Centre Hospitalier, Villefranche sur Saône;  
BELLEVILLE Nathalie, I.D.E., Centre Hospitalier de la Région d'Annecy;  
BRUNEL Jocelyne, I.D.E., Centre Hospitalier, Annonay;  
CASTAING Maïté, Cadre de Santé, I.H.O.P., Lyon;  
CERVOS Marie, I.P.D.E., I.H.O.P., Lyon;  
CHAMBOST Nathalie, Auxiliaire Puéricultrice, Centre Roman Ferrari, Miribel;  
CONESA Aurélie, I.D.E., I.H.O.P., Lyon;  
De CORBIERE Chantal, I.D.E., Centre Hospitalier, Annemasse Bonneville;  
DELZANO Isabelle, I.D.E., I.H.O.P., Lyon;  
DESCOSTES Aline, I.D.E., Centre Hospitalier Roman Ferrari, Miribel;  
DESSEIGNE Monique, I.D.E., Centre Hospitalier, Roanne;  
DUPLANT Amélie, I.D.E., Centre Hospitalier, Annemasse Bonneville;  
GRANSARD Bernadette, P.D.E., Centre Hospitalier de la Région d'Annecy;  
HALTER Catherine, I.D.E., Centre Hospitalier, Villefranche sur Saône;  
LECOMTE Sandra, I.P.D.E., Centre Hospitalier du Haut en Bugey, Oyonnax;  
LIMOZIN Valérie, I.P.D.E., Centre Hospitalier, Roanne;  
MEJEAN Françoise, I.D.E., Centre Hospitalier Ardèche Méridionale, Aubenas;  
MOSSE-RENOUF Audrey, I.D.E., Centre Hospitalier Ardèche Méridionale, Aubenas;  
MULATON Annick, I.P.D.E., I.H.O.P., Lyon;  
RIVET Clémence, I.D.E., I.H.O.P., Lyon;  
VESTRI Brigitte, Cadre de santé, Centre Hospitalier Roman Ferrari, Miribel.

## I. DEFINITION

C'est une inflammation de la muqueuse, le plus souvent localisée au niveau de la bouche (stomatite) et du tube digestif mais pouvant être associée à des lésions plus diffuses (muqueuse génitale et conjonctive de l'œil).

Cette inflammation est liée au traitement de chimiothérapie et de radiothérapie.

La mucite débute par un érythème avec des desquamations de certaines plages qui se transforment en véritables ulcérations provoquant une dégradation de la qualité de vie.

La neutropénie n'est pas suffisante pour expliquer la survenue de la mucite, les mécanismes physiopathologiques sont complexes.

Chez l'enfant l'incidence sur l'alimentation est immédiate et la perte de poids peut être rapide.

## II. EVALUATION SCORE OMS

La méthode d'évaluation, la plus utilisée, est le score de l'OMS qui grade l'intensité de la mucite.

- 0 : absence,
- 1 : érythème muqueux (enanthème), alimentation non perturbée,
- 2 : ulcérations en patch, douleur n'empêchant pas l'alimentation,
- 3 : ulcérations - saignement au contact, douleur rendant l'ingestion des solides impossibles,
- 4 : nécrose de la muqueuse - saignements spontanés. Douleur entraînant une impossibilité de manger et de boire

### III. TABLEAU DES MEDICAMENTS SELON LE GRADE

DCI	NOM DEPOSE	G0	G1	G2	G3	G4
AMSACRINE	AMSALYO®			+	+	
BLEOMYCINE	BLEOMYCINE®	+	+			
BUSULFAN	MYLERAN®			+		
CAPECITABINE	XELODA®			+		
CARMUSTINE	BICNU®		+			
CHLORMETHINE	CARYOLYSINE®	+	+			
CYCLOPHOSPHAMIDE	ENDOXAN®		+	+	+	+
CYTARABINE	ARACYTINE®			+		
DACTINOMYCINE	LYOVAC-COSMEGEN®			+		
DAUNORUBICINE	CERUBIDINE®			+		
DOCETAXEL	TAXOTERE®		+	+	+	+
DOXORUBICINE	ADRIBLASTINE®			+		
EPIRUBICINE	FARMORUBICINE®			+		
ETOPOSIDE	VEPESIDE®		+			
FLUORO-URACILE	FLUORO-URACILE®			+	+	
IDARUBICINE	ZAVEDOS®			+	+	
IFOSFAMIDE	HOLOXAN®		+	+		
LOMUSTINE	BELUSTINE®			+		
METHOTREXATE	LEDERTREXATE®			+		
MITOXANTRONE	NOVANTRONE®			+		
PACLITAXEL	TAXOL®				+	

## IV. RETENTISSEMENT

- **Les symptômes** : douleur, dysphagie, dysphonie, mutisme et hyper salivation.
- **Porte d'entrée pour les infections** bactériennes et mycotiques, avec un risque vital associé à certaines septicémies.
- **Sur l'alimentation** avec risque d'entraîner une dénutrition majeure, modifications du goût, de la salivation et douleur intense. Chez l'enfant la baisse de l'état général peut se faire rapidement.
- **Sur la communication et le bien être psychologique** : la douleur, la mauvaise haleine (halitose), la sécheresse (xérostomie) sont des entraves aux relations, aux contacts du patient avec l'entourage (dysphasie). L'incidence sur le bien être psychologique et l'image de soi peut être importante surtout chez l'adolescent.
- **La perturbation de la salivation**, à plus long terme, peut favoriser :
  - o Le développement des caries,
  - o Le déchaussement des dents,
  - o Les ostéonécroses après irradiation.

## V. PROPHYLAXIE

### 1. Information - Recommandation

- o Informer l'enfant et sa famille des risques de mucite et les symptômes évocateurs.
- o Participer, si nécessaire à l'éducation : hygiène bucco dentaire (répétition, régularité), hygiène alimentaire.

### 2. Traitements préventifs

#### 2.a. Evaluations préalables :

- o Evaluation de l'état bucco-dentaire pouvant être le point de départ infectieux,
- o Soins bucco-dentaires (extractions, détartrage, soins parodontaux).

#### 2.b. Soins de bouche quotidiens (3 à 4 fois par jour) :

- o Maintenir la bouche humide,
- o Brosse chirurgicale très souple pour ne pas majorer les risques d'abrasion de la muqueuse buccale (contre indiqué si thrombopénie < 20 000 plaquettes),
- o Mouiller la brosse pour la rendre plus douce,
- o Bain de bouche au bicarbonate de sodium 14%,
- o Si problème de mucite lors de la chimiothérapie précédente, augmenter la prévention.

### 3. Traitements curatifs

Ils reposent sur :

- la poursuite des soins de bouche quotidiens habituels (en adaptant le matériel au contexte = par exemple, bâtonnets à la place de la brosse à dents).
- L'apport d'eau (spray) ou de salive artificielle.
- Bains de bouche médicamenteux sur prescription médicale (4 à 6 fois par jour) :
  - Antiseptique (CHLORHEXIDINE®),
  - Antibiotique (VANCOCINE®),
  - Antifongique (TRIFLUCAN® - FUNGIZONE®),
  - Antalgique (XYLOCAINE® -) **RESTER A JEUN 20 MINUTES APRES BAIN DE BOUCHE**
  - Spécifique en cas d'irradiation buccale, de greffe de moelle ...
  
- **Le support alimentaire (faire appel à un diététicien) :**
  - Boissons et alimentation froides ou glacées non acides,
  - Utiliser tout ce qui peut être agréable : boisson pétillante, bonbon fruité, pouvant favoriser la production de salive.
  - Assurer un apport calorique suffisant et éviter un déséquilibre nutritionnel (Alimentation parentérale ou entérale)
  
- **Le traitement général :**
  - Antibiothérapie en cas de fièvre
  - Antiviral (ZELITREX® - ZOVIRAX®) car il est très difficile de différencier les ulcérations mycosiques des ulcérations herpétiques, sur prescription médicale et après prélèvement.
  
- **Le traitement de la douleur :**
  - Dès les premiers signes de mucite,
  - Réadapté régulièrement selon l'EVA
  - Antalgiques locaux (XYLOCAINE®) ou généraux : morphine
  - Sucette à l'ACTIQ
  - Connaître l'approche non médicamenteuse (cf. rôle propre de l'IDE, voir annexe II, soins de bouche p. 9)

## VI. TECHNIQUE

- Chez l'enfant grand : Au verre, (70 ml en tout en plusieurs fois).
- Chez l'enfant petit : à la compresse, 1 paquet de compresse (5), si douleur à la compresse : au doigt ou rouler la compresse autour d'un coton tige.

## VII. SURVEILLANCE

- Evolution locale de la mucite,
- Contrôle régulier de la douleur,
- Surveillance du poids.
- Surveillance biologique

## ANNEXE I : DEFINITIONS

### Mucite :

« Inflammation d'une muqueuse qui recouvre l'intérieur des cavités et viscères, chez les cancéreux, cette inflammation est le plus souvent provoquée par les traitements : la radiothérapie entraîne une radiomucite, la chimiothérapie une chimiomucite ; dans les 2 cas, la mucite provient de l'action du traitement sur la couche de cellules qui est à la base de la muqueuse, leur reproduction active les rend vulnérables aux moyens antimitotiques, la radiomucite est située dans les territoires irradiés. Parmi les médicaments anticancéreux, le méthotrexate, la bléomycine et la doxorubicine, sont le plus souvent à l'origine d'une mucite superficielle, le 5FU (5 Fluoro - uracile) agit surtout sur la muqueuse intestinale et déclenche de la diarrhée, la chimiomucite s'accompagne de gêne et parfois de douleur quand elle siège dans la bouche (stomatite), la salive, le vagin ou sur la conjonctive de l'œil. Cette inflammation est accentuée par une infection simultanée et réduite par une désinfection préalable et régulière. Elle est limitée par un traitement anti inflammatoire et se corrige en 8 à 15 jours après la fin du traitement anticancéreux (Bernard Hoerni, 16/05/02, 24/02/03) ».

### La radiomucite :

La radiomucite est une lésion d'une muqueuse induite par une irradiation. On distingue les radiomucites aiguës et chroniques.

Les premières sont consécutives à des irradiations délivrées à doses élevées en un temps court, plus rares les mucites chroniques sont la conséquence tardive des précédentes ou d'irradiation chronique à faible dose ou à des périodes prolongées (mois ou années).

En cancérologie, on observe surtout des mucites aiguës de la bouche et de la gorge pendant ou après l'irradiation des cancers ORL, des voies aérodigestives supérieures. Elles évoluent en plusieurs phases au fur et à mesure de l'augmentation des doses. La muqueuse commence par devenir rouge (érythémateuse) et inflammatoire, avec des douleurs évoquant une angine, à un stade ultérieur apparaissent des « fausses membranes » blanchâtres qui peuvent s'étendre sur tout le territoire irradié. Les douleurs locales gênent l'alimentation, un dernier stade correspondrait à la radionécrose de la muqueuse, mais ne doit plus être observé. La radiomucite s'observe également lors de l'irradiation de l'œsophage, estomac, intestin, vessie, le traitement des radiomucites repose sur une bonne hygiène locale, la suppression d'aliments ou de boissons irritants (épices, alcool) sur des médicaments anti inflammatoires désinfectants, cicatrisants et antalgiques. Parfois une sonde naso gastrique permet aux aliments d'être introduits dans l'estomac sans irriter au passage les muqueuses supérieures. Quand la radiomucite est trop gênante : la radiothérapie peut être interrompue (J.M. Cosset, 24/02/03).



## ANNEXE II : SOINS DE BOUCHE

### I Evaluation

#### 1. Autoévaluation par l'enfant ou les proches

Faire décrire les symptômes (douleur, appétit, sécheresse, modification du goût, saignement et dysphagie etc.)

#### 2. Examen réalisé par le médecin

- Installer confortablement l'enfant tête en arrière sur l'oreiller,
- Faire ouvrir doucement la bouche, si nécessaire ôter les appareillages,
- Utiliser une lampe et un abaisse langue et regarder l'aspect des joues, de la langue, plancher, palet, arrière gorge, gencives etc.
- Evaluer également la voix et la déglutition.

#### 3. Hétéro évaluation avec utilisation de la grille d'évaluation OAG (cf. Annexe III)

#### 4. Education de l'hygiène bucco dentaire : évaluer la capacité de l'enfant à réaliser ses soins ainsi que la volonté des proches à y participer.

#### 5. Adaptation du traitement médicamenteux par le médecin

#### 6. Approche non médicamenteuse : rôle propre infirmier

### II. Soins de bouche, mucite OAG pondération 2 :

#### 1. Education de l'enfant et recommandation et soins de base

- Le nettoyage régulier des dents reste indispensable, utiliser une brosse adaptée souple,
- Toujours favoriser l'autonomie de l'enfant,
- Aider la production de salive par :
  - Boisson fraîche, pétillante, chewing-gum (sans sucre)
  - Humidifier la bouche avec des sprays d'eau minérale,
  - Si l'enfant est sous O2 avec risque de sécheresse intense, appareil de brumisation.

## 2. Traitement non médicamenteux

- Si la bouche est sèche et chargée, nettoyer la langue, les muqueuses et les gencives par un gargarisme au LANSOYL (paraffine avec goût framboise), pendant 5 minutes, ce qui ramollira les dépôts puis nettoyer à la compresse par des petits mouvements circulaires en partant du fond de la bouche.
- Ne pas oublier de graisser les lèvres (sauf si l'enfant est sous O2),
- Poursuivre l'utilisation des corps gras le temps nécessaire,
- Le Coca cola et ananas (papaïne) ont une action détersive,
- Les bâtonnets glycélinés et citronnés sont aussi efficaces s'ils sont bien utilisés à la sortie du frigo.

## 3. Traitement sur prescription médicale

### Alcalinisation

#### Bains de bouche à poursuivre 4 à 8 fois par jour

- BICARBONATE 14% 500 cc
- PAROEX® (ou équivalent) 4 doses
- Gluconate de Zinc = GRANION® 4 ampoules

Stabilité de composition 48 heures

Traitement par laser après vérification d'absence de lésions herpétiques

## III. Soins de bouche, mucite OAG pondération 3 :

### 1. Education de l'enfant et recommandation de soins de base

- Ne pas brosser les dents car risque de saignement au niveau des gencives,
- Eviter les aliments qui peuvent blesser (biscottes, gâteaux secs...) ou acide (certain jus de fruits, vinaigrette...) et les boissons et les aliments chauds risquant d'augmenter les saignements.
- Sucrer des glaçons

### 2. Traitement sur prescription médicale

#### Bains de bouche à poursuivre 4 à 8 fois par jour

- BICARBONATE 14% 500 cc
- PAROEX® 4 doses
- Gluconate de Zinc = GRANION® 4 ampoules

Stabilité de composition 48 heures

- si douleur

Nécessité d'évaluer et de réévaluer régulièrement pour adapter le traitement antalgique

o Traitement local :

XYLOCAINE visqueuse 2% en application locale au coton tige sur les ulcérations.

**ATTENTION : attendre au minimum 20 minutes avant de manger et boire (informer des risques de fausses routes)**

o Traitement par voie générale :

(Prévoir antalgique selon les 3 paliers OMS)

- Traitement per os. L'utilisation des formes effervescentes peut être intéressante

- PCA de morphine notamment dans les cas de mucites OAG 3 avec programmation (petit débit de base et bolus faible mais fréquents)

- Evaluation (grilles EDEN, EVA) pour réévaluer les doses.

- si surinfection

o +/- antibiotiques par voie générale

- si mycoses

o Prélèvement (écouvillon) SYSTEMATIQUE

o Traitement adapté à antifungigramme (FUNGIZONE ou TRIFLUCAN ou MYCOSTATINE...)

o Stable 3 jours dans le liquide de soins de bouche.

- si suspicion herpès

o Prélever une vésicule sur milieu de Parker et envoi rapide en virologie

ZOVIRAX IV : 10mg/kg/8h pendant 8 à 10 jours

- si refus alimentaire

Selon le grade de la mucite :

o Alimentation semi liquide ou liquide, boissons fraîches, glaces,

o Prise en charge par une diététicienne,

o Indication d'une alimentation parentérale : si besoin.

### ANNEXE III : GRILLE OAG (ORAL ASSESSMENT GUIDE) (1)

Indicateur	Outil de mesure	Méthode de mesure	Pondération		
			1	2	3
La voix	L'audition	Parler avec le patient	Normale	Sèche et rauque	Difficulté à parler
La déglutition	L'observation	Demander au malade d'avaler	Normale	Douleur lors de la déglutition	Absence de déglutition
La langue	Le regard et la palpation	Observer et toucher les tissus	Rose et humide, présence de papilles	Pâteuse, moins de papilles avec apparence lustrée, moins colorée	Fissurée, Boursoufflé
La salive et la langue	L'observation et la langue	Replier l'extrémité de la langue vers le bas ce qui déclenche une production de salive	Transparente	Visqueuse, épaisse, de mauvaise qualité	Absente
Les muqueuses	Le regard	Observer l'apparence des tissus	Roses et humides	Inflammatoires, avec l'inclusion de plaques blanches, pas d'ulcération	Ulcérations et/ou saignements
Les gencives	Le regard et la langue	Appuyer sur les gencives avec l'extrémité de la langue (2)	Roses, fermes et bien dessinées	Inflammatoires, Oedémateuses	Saignements spontanés ou lors de pressions
Les dents	Le regard		Propres et sans débris	Plaques et débris bien localisés (entre les dents)	Plaques et débris généralisés sur toutes les gencives et les dents abîmées
<b>TOTAL</b>			<b>24</b>		

#### MUCITE PONDERATION OAG2, OAG3

(1) Kenny, 1990

(2) En pratique, on peut appuyer avec un doigt protégé par un gant.

**ANNEXE IV : MEMBRES AYANT VALIDE CETTE BONNE PRATIQUE (PARMI LES MEMBRES DE LA  
PLENIERE DU 24/04/2012)**

BRUNEL Jocelyne, IDE, Centre Hospitalier d'Annonay;

CASTAING Maïté, Cadre coordonnateur de soins, Institut D'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique;

DAL COL Catherine, IDE, CHU Saint Etienne - Hôpital Nord;

DAVID Audrey, Pédiatre, CHU Saint Etienne - Hôpital Nord;

DUFAUD Laetitia, IDE, Centre Hospitalier d'Annonay;

HERBIGNEAUX Rose-Marie, Pédiatre, Centre Hospitalier de Chambéry;

LEGUY Béatrice, Assistante Projets, Réseau Espace Santé Cancer;

VEYET Véronique, IPDE, Institut D'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique;

VINCENT Isabelle, IDE, CHU Saint Etienne - Hôpital Nord.