



Prise en charge de la Mucite

Jacinthe Bonneau

Journée POHO

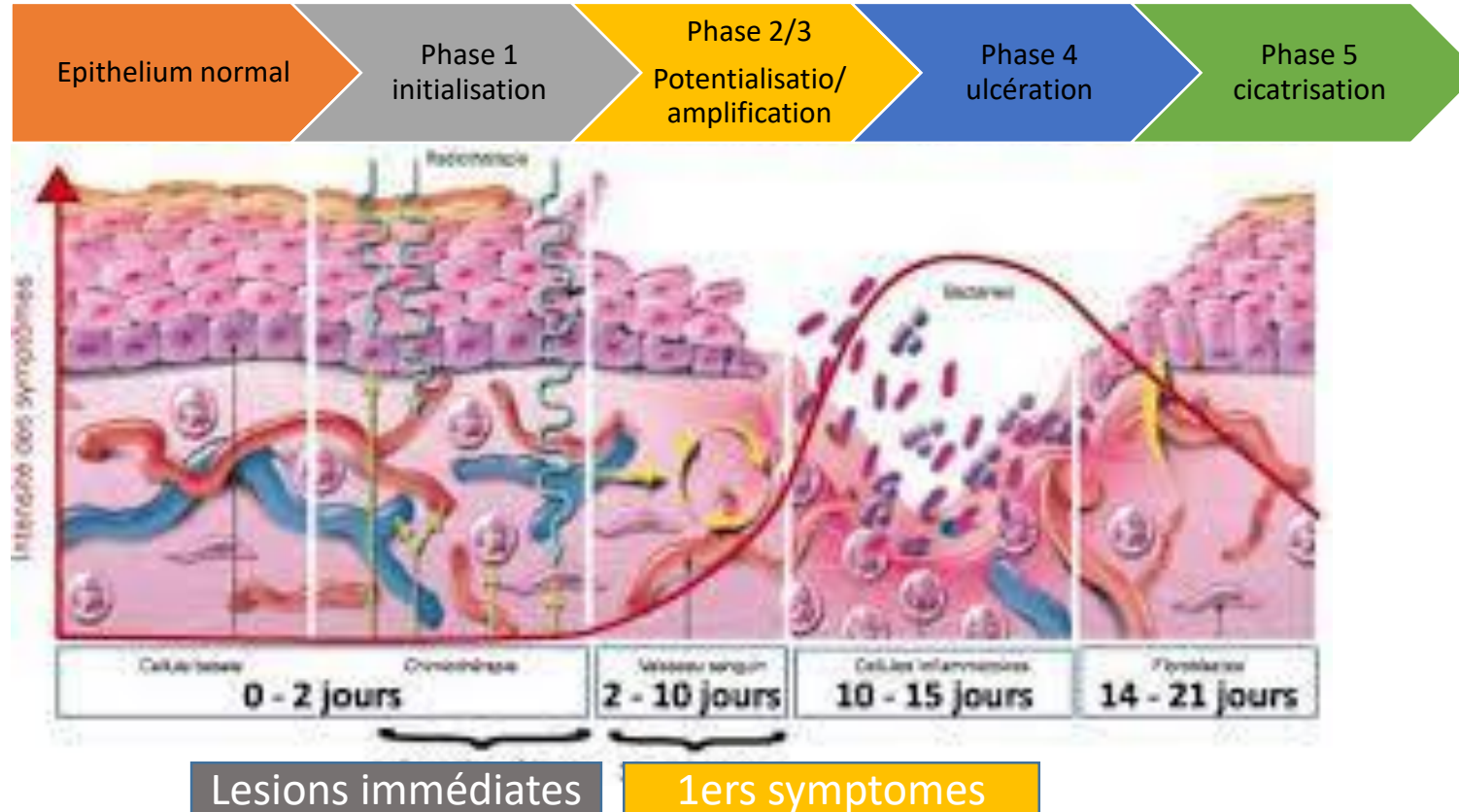
24 Novembre 2022

Définition

- Inflammation aiguë des muqueuses pouvant affecter l'ensemble du tube digestif.
- Liée au traitement par chimiothérapie et/ou radiothérapie.
- L'une des complications extra-hématologiques les plus fréquentes des stratégies anticancéreuses : entre 52 et 80% dans les séries pédiatriques (post alloG++)



Physiopathologie



A Biological approach to mucositis, Sonis ST, J Support Oncol, 2004 ; 2 : 21-36



Grade 0



Alimentation (Al) solide,
pas de douleur
(muqueuse normale)

Grade 1



Al normale, douleur modérée,
évanthème

Grade 2



Al solide encore possible, douleur,
évanthème, ulcérations non confluentes

Grade 3



Al liquide, douleur, évanthème
diffus, ulcérations confluentes

Grade 4



Aphagie, Al parentérale ou entérale / sonde,
douleur sévère, ulcérations confluentes

Les grades

Apparitions des lésions

- Vers J8-J9 du cycle
- Associées à une neutropénie ++



Facteurs de risque

- Le diagnostic (LA)
- Âge >6ans (*Majorana et al*).
- La dose et certaines associations de drogues/ la durée du traitement
 - méthotrexate, aracytine et polychimiothérapies associant des alkylants, des anthracyclines, des alcaloïdes de la pervenche, du méthotrexate et de l'étoposide
- Paramètres propres au patient (*Cheng et al, Djuric et al*)
 - susceptibilité génétique
 - état buccodentaire
 - état nutritionnel
 - fonction rénale et hépatique
- Les antécédents de mucite lors de la cure précédente (*Allen et al*)



Complications

- Douleurs (86% des greffés)
- Dysphagie /Dénutrition
- Complications infectieuses (translocations bactériennes)
- Complications hémorragiques
- Retard d'administration du traitement oncologique
- Retentissement sur la qualité de vie de l'enfants : alimentation (82,4 %), boissons (75,4 %), sommeil (71,9 %) parole (43,9 %) et des parents (stress) (*Cheng et al*)
- Problèmes dentaires à long terme (caries et gingivopathie) (*Ritwik et al*)
- Surcoûts non négligeables (hospitalisation prolongée, nutrition parentérale, traitements antalgiques)



Les recommandations

- Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC 2004 mis à jour en 2014)
- En France, le référentiel AFSOS concerne essentiellement la cancérologie adulte
- Comité douleur SFCE publie en 2008 des recommandations qui ont été intégrées au référentiel national de l'AFSSAPS concernant la prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant publié en 2009



La mucite

Plusieurs manières de bien faire ?

Résultats de l'enquête SFCE

Bull Cancer 2021; 108: 761-770
en ligne sur / on line on
www.em-cancer.com/revue/bulcan
www.sciencedirect.com



Mucites chimio-induites en oncologie pédiatrique : quelles perspectives ?

Marilyne Poirée¹, Cyril Lervat², Perrine Marec-Berard³

Reçu le 19 octobre 2020
Accepté le 20 janvier 2021
Disponible sur internet le :
28 avril 2021

1. Hôpital Archet 2, service d'oncohématologie pédiatrique, route Saint-Antoine-de-Ginestière, 06202 Nice, France
2. Centre Oscar-Lambret, unité de pédiatrie, 3, rue Combemale, 59020 Lille cedex, France
3. Institut d'hématologie et d'oncologie pédiatrie, centre Léon-Bérard, département d'oncologie pédiatrique, 69008 Lyon, France

*Enquête réalisée à partir d'un questionnaire
envoyé en 2016 dans tous les centres SFCE*



Résultat de l'enquête

- 22 Centres /30 (73 %) ont répondu :
 - 3 centres d'hématologie pédiatrique
 - 3 centres d'oncologie pédiatrique
 - 16 centres mixtes d'oncohématologie pédiatrique.
- 8 centres de greffe de cellules souches hématopoïétiques.
- **Modalités de prise en charge :**
 - **Recommandations écrites dans 42 % des cas.**
 - **Prescription médicale dans 73 % des centres.**
 - **5/22 : document d'information au patient.**
- Les centres jugent leur prise en charge :
 - **5 % optimale**
 - 77 % bonne mais améliorabile
 - 18 % insuffisante
- Peu de centres (six sur vingt-deux) connaissaient **l'existence de recommandations** concernant la prise en charge des mucites chimioinduites...



Stratégies de prévention de la mucite chimio-induite

	n/nombre de répondants	% (vs 2008)
Bilan buccodentaire pré-thérapeutique par un dentiste		
Systématique	10/21	47 (20)
En cas de point d'appel	12/21	57
Avant transplantation	6/8	75
Au lit du patient	12/15	80
Dans un délai < 7 jours	17/20	85
Brossage des dents		
Si plaquettes > 20 G	6	45
Si plaquettes > 50 G	4	
En l'absence de saignements	1	
Composition des bains de bouche		
Bicarbonates de Na ⁺	19/21	90 (85)
Antiseptiques	15/21	71 (95)
Mélange antifongique antiseptique	6/15	40 (82,5)
Granions de zinc	2/20	
Caphosol	5/21	24
Décontamination digestive		
Jamais	8/22	36 (15)
Aplasie longue	5/22	22 (27,5)
Auto ou allogreffes de CSH	8/22	36 (25)
SI colonisation bactérienne	2/22	9

24/11/2023



Stratégies de prévention de la mucite chimio-induite

	n/nombre de répondants	% (vs 2008)
Bilan buccodentaire pré-thérapeutique par un dentiste		
Systématique	10/21	47 (20)
En cas de point d'appui	12/21	57
Avant transplantation	18	75
Au lit du patient		80
Dans un délai < 7 jours	0	85
Brossage des dents		
Si plaquettes > 20 G	6	45
Si plaquettes > 50 G	4	
En l'absence de saignements	1	
Composition des bains de bouche		
Bicarbonates de Na ⁺	19/21	90 (85)
Antiseptiques	15/21	71 (95)
Mélange antifongique antiseptique	6/15	40 (82,5)
Granions de zinc	2/20	
Caphosol	5/21	24
Décontamination digestive		
Jamais	8/22	36 (15)
Aplasia longue	5/22	22 (27,5)
Auto ou allogreffes de CSH	8/22	36 (25)
SI colonisation bactérienne	2/22	9

63% enlève les appareils d'orthodontie
27% pour certaines pathos
10% en cas de complication



Stratégies de prévention de la mucite chimio-induite

	n/nombre de répondants	% (vs 2008)
Bilan buccodentaire pré-thérapeutique par un dentiste		
Systématique	10/21	47 (20)
En cas de point d'appel	12/21	57
Avant transplantation	6/8	75
Au lit du patient	12/15	80
Dans un délai < 7 jours	17/20	85
Brossage des dents		
Si plaquettes > 20 G	6	45
Si plaquettes > 50 G	4	
En l'absence de saignements	1	
Composition des bains de bouche		
Bicarbonates de Na ⁺	19/21	90 (85)
Antiseptiques	15/21	71 (95)
Mélange antifongique antiseptique	6/15	40 (82,5)
Granions de zinc	2/20	
Caphosol	5/21	24
Décontamination digestive		
Jamais	8/22	36 (15)
Aplasia longue	5/22	22 (27,5)
Auto ou allogreffes de CSH	8/22	36 (25)
SI colonisation bactérienne	2/22	9

100% vs 52,5 % en 2008

80%



Stratégies de prévention de la mucite chimio-induite

	n/nombre de répondants	% (vs 2008)
Bilan buccodentaire pré-thérapeutique par un dentiste		
Systématique	10/21	47 (20)
En cas de point d'appel	12/21	57
Avant transplantation	6/8	75
Au lit du patient	12/15	80
Dans un délai < 7 jours	17/20	85
Brossage des dents		
Si plaquettes > 20 G	6	45
Si plaquettes > 50 G	4	
En l'absence de saignements	1	
Composition des bains de bouche		
Bicarbonates de Na ⁺	19/21	90 (85)
Antiseptiques	15/21	71 (95)
Mélange antifongique antiseptique	6/15	40 (82,5)
Granions de zinc	2/20	
Caphosol	5/21	24
Décontamination digestive		
Jamais	8/22	36 (15)
Aplasia longue	5/22	22 (27,5)
Auto ou allogreffes de CSH	8/22	36 (25)
Si colonisation bactérienne	2/22	9

24/11/2022



Stratégies de prévention de la mucite chimio-induite

	n/nombre de répondants	% (vs 2008)
Bilan buccodentaire pré-thérapeutique par un dentiste		
Systématique	10/21	47 (20)
En cas de point d'appel	12/21	57
Avant transplantation		75
Au lit du patient		60
Dans un délai < 7 jours		85
Brossage des dents		
Si plaquettes > 20 G		
Si plaquettes > 50 G		
En l'absence de saignements		
Composition des bains de bouche		
Bicarbonates de Na+		90 (85)
Antiseptiques		71 (95)
Mélange antifongique antiseptique		15
Granions de zinc		
Caphosol		24
Décontamination digestive		
Jamais	8/22	36 (15)
Aplasia longue	5/22	22 (27,5)
Auto ou allogreffes de CSH	8/22	36 (25)
SI colonisation bactérienne	2/22	9

6 centres ont un **LASER** basse fréquence :
Utilisation en préventif pour tous les patients (n=5) ou seulement pré allogreffe (n=1)



Résultats de l'enquête : Traitements

- 68% : **mêmes SdB** qu'en préventif, 77% augmentent la **fréquence** à 6/j, 86% ajoutent de la **xylocaïne** gel
- 9% SdB non médicamenteux (coca , ananas), 9% sulfacrate, n=1 ajoute de la morphine ds le SdB
- 68% : alimentation froide et mixée
- 6 centres utilisent le Laser

Surinfections buccales des mucites avérées

	<i>n</i>	% (vs 2008)
Prélèvements bouche 8/22 (36 %)		
Viro	7/22	28
Bactério	5/22	20
Myco	4/22	16
Prescription antiviral		
Mucite sévère	11/20	55 (15)
Sérologie herpès positive	11/20	55 (32,5)
Prélèvement bouche positif herpès	10/20	55 (30)
Mucite	1/18	



Évaluation de la douleur et antalgiques utilisés dans la prise en charge de la douleur de mucite

Antalgiques utilisés	n =	% (vs 2008)	Échelles évaluation douleur	n =
PCA morphine	21	95 (87,5 %)	Échelle visuelle analogique	14
Paracétamol	19	86 (40 à 60 %)	Échelle des visages	5
Nalbuphine	18	82 (27,5 % à 55 %)	Échelle numérique simple	5
Kétamine	10	45 (25 %)	HEDEN	7
Tramadol	7	32	EDIN	2
Oxynorm	6	27	Evendol	1
Morphine orale	6	27	DEGR	1
Rivotril	1	4,5	OPS	1
Acupan	1	4,5		
Dolosal/fentanyl	1	4,5		

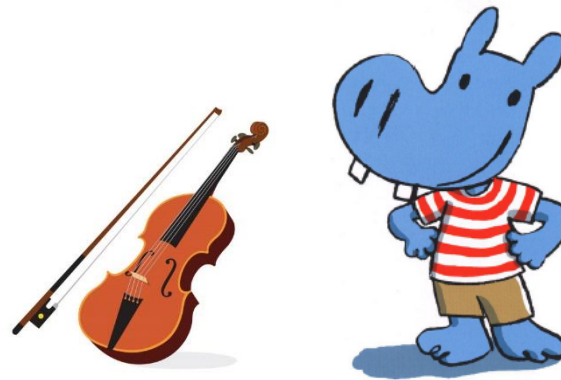
HEDEN : DEGR simplifiée ; EDIN : échelle douleur inconfort ; EVENDOL : évaluation enfant douleur ; DEGR : douleur enfant Gustave Roussy ; OPS : *Objective Pain Scale*.



Conclusion

Et si on accordait nos violons ?

Recommandations du comité douleur SFCE



En préventif

Bilan buccodentaire préthérapeutique

Prise en charge des foyers infectieux buccodentaires

Ablation des appareillages orthodontiques



Information et éducation relatives à l'hygiène buccodentaire

Changer la brosse à dents 1fois/mois, rincer abondamment la brosse à dent après usage et la ranger tête vers le haut. Usage déconseillé des brosses à dent électrique

Brossage des dents après chaque repas et avant le coucher avec une brosse à dent souple ou chirurgicale(15/100 ou 7/100).

Auto surveillance ou surveillance par les parents quotidienne de l'état buccal

Hydratation des lèvres en privilégiant les crèmes à base de lanoline, éviter la Vaseline



Soins de bouche

Bains de bouche non agressifs (bicarbonates de Na⁺ ou sérum physiologique ou eau stérile) au réveil et 4 fois par jour après le brossage des dents, 1 mL pendant 15 minutes associé à un gargarisme si l'âge le permet

en cas de chimiothérapie hautement mucitogène une laserthérapie prophylactique : longueur d'onde 650 nm, puissance 40 mW, dose tissulaire d'énergie délivrée : 2 J/cm²

Éviter les solutions à base d'alcool
Éviter sauf prescription spécifique les antiseptiques et les antifongiques

En préventif

- Caphosol : pas de preuve de supériorité chez l'enfant
- Décontamination digestive : diminue les infections à BGN mais pas de modification en terme de survie globale. Encore répandue sous flux ou en cas de neutropénie prolongée



En Curatif

Conseils alimentaires

Bien s'hydrater

Repas légers et fréquents

Alimentation froide ou à température ambiante, liquide ou mixée

Surveillance des apports caloriques, du poids et support nutritionnel si besoin

Éviter les aliments durs, acides, épicés, salé, irritants



Soins de bouche

En cas de mucite sévère, si le brossage des dents est impossible : utilisation de bâtonnets de mousse

Bains de bouche non agressifs (Bicarbonates de Na⁺ ou sérum physiologique ou eau stérile) autant de fois que nécessaire

Réserver l'adjonction de Xylocaïne gel dans les bains de bouche aux enfants de plus de 6 ans et ne pas dépasser la dose maximale recommandée

Bains de bouche à base de Morphine 0,2 % si l'enfant est assez grand pour ne pas avaler



Antalgie

Traitement antalgique adapté au stade : palier I et/ou II (paracétamol/tramadol) dans les mucites légères à modérées (grader/II OMS*)

Morphine en privilégiant l'administration en PCA pour les mucites sévères

Réserver la co-analgésie avec la Kétamine ou la Gabapentine aux douleurs réfractaires ou aux patients présentant des effets secondaires importantes de la Morphine

Laserthérapie/mesures complémentaires non médicamenteuses (hypnose, musicothérapie)

Traitement systémique des surinfections virales, bactériennes ou fongiques adapté aux prélèvements

Focus Evaluation

Important ! car pas de corrélation lésion clinique et douleur !!!



HEDEN mucite : pour les enfants de 2 à 6 ans

➤ HEDEN comporte 5 items qui se regroupent :

- 1 item traduisant l'EVD (expression volontaire de la Douleur) : plaintes somatiques
 - 2 items traduisant l'AMP (atonie Psychomotrice) : intérêt pour le monde extérieur, lenteur et rareté du mouvement.
 - 2 items traduisant les SDD (signes directs de la douleur) : positions antalgique et contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise.
-
- Chaque item coté de 0 à 2 , antalgiques à partir de 3/10

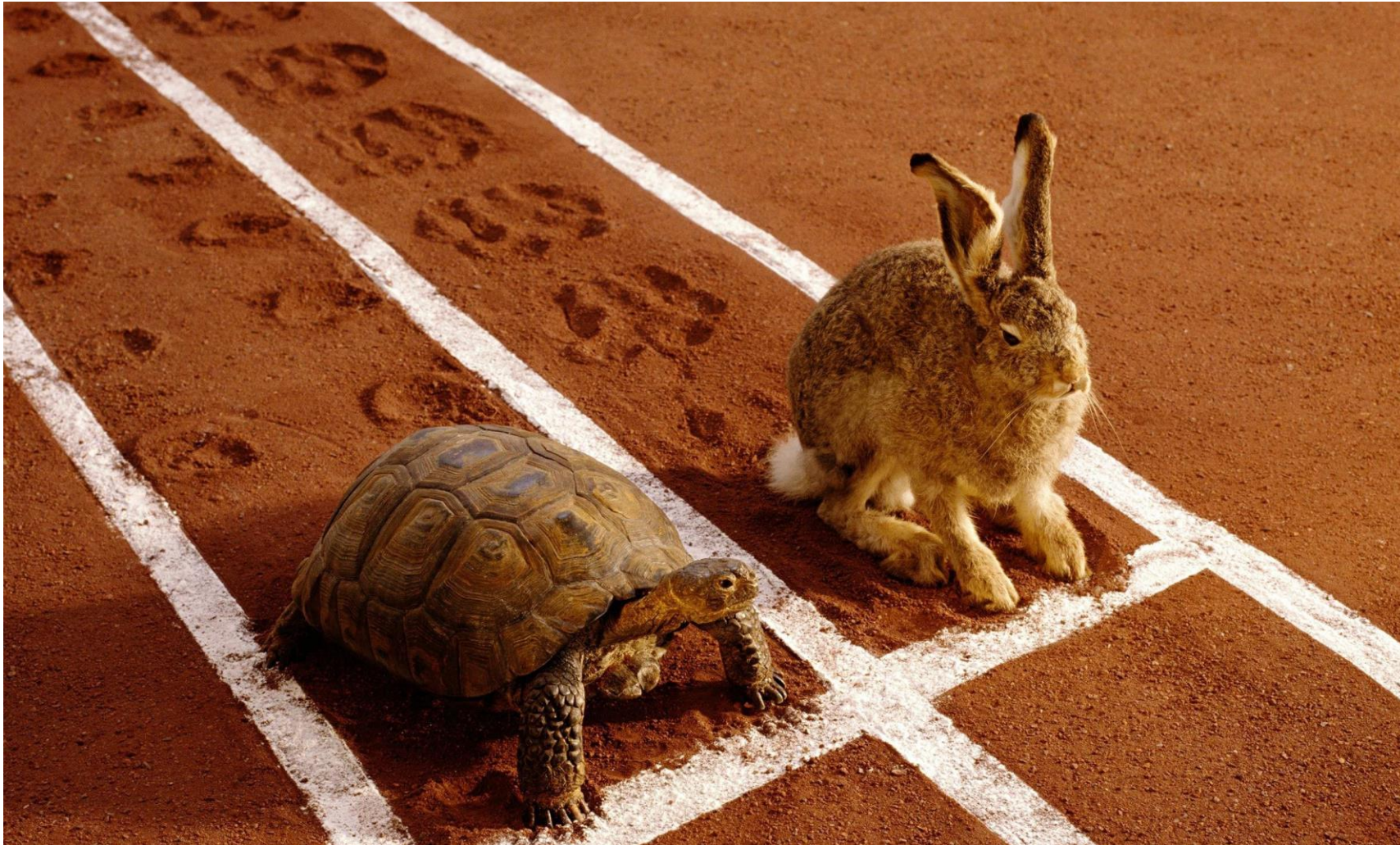


HEDEN mucite : pour les enfants de 2 à 6 ans

➤ HEDEN versus HEDEN mucite :

- 1 item traduisant l'EVD (expression volontaire de la Douleur) : plaintes somatiques
 - 1 items traduisant l'AMP (atonie Psychomotrice) : intérêt pour le monde extérieur, **lenteur et rareté du mouvement** - > **Attitude antalgique dans les mouvements de la bouche (SDD)**
 - 3 items traduisant les SDD (signes directs de la douleur) : **positions antalgique** -> **Comportement alimentaire (SDD)** , et **contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise** -> **Réactions à l'examen de la cavité buccale (SDD)**
- Chaque item coté de 0 à 2 , antalgiques à partir de 3/10





Focus Morphine

24/11/2022

La Titration : indispensable pour soulager vite

- **Protocole de titration :**
- Injection initiale (dose de charge) de 0,1 mg/kg en bolus IVD (maximum 6 mg) en présence d'un médecin
- Puis injections répétées toutes les 5 à 10 min de 0,025 mg/kg jusqu'à obtention d'une analgésie satisfaisante
- **Puis perfusion :**

Enfant de moins de 3 mois

- Débit continu 0,01 mg/kg/h en posologie de départ
- L'augmentation se fait ensuite par paliers de 30 à 50 %

Enfant de 3 mois à 5 ans

- Débit continu 0,02 mg/kg/h en posologie de départ (sauf en cas de relais de la nalbuphine où la posologie de départ doit être augmentée de l'ordre de 0,04 mg/kg/h)
- L'augmentation se fait ensuite par paliers de 30 à 50 %

Enfant de plus de 5 ans : PCA



La PCA : rappels

- **Débit continu** souvent souhaitable initialement surtout chez les plus petits
 - **0,02 mg/kg/h** initialement (sauf en cas de relais du Nubain[®] ; dans ce cas les posologies de départ doivent être augmentées à 0,04 mg/kg/h).
 - Réévaluation rapide et si besoin, augmentation par paliers de 30 à 50 %.
- **Bolus : 0,02-0,04 mg/kg initialement.** Si ces bolus ne sont pas efficaces, les augmenter rapidement de 50 % (exemple : l'enfant fait un bolus de 1 mg sans efficacité, augmenter à 1,5 mg).
- **Période réfractaire** : habituellement 6 min
- La « **dose cumulée maximale des 4 heures** » tient compte en principe du débit continu et de tous les bolus autorisés pour les 4 heures (souvent 10 bolus).
- **Arrêt de la PCA**
Lorsque le niveau de douleur baisse, l'enfant fait de lui-même moins de bolus. Il faut alors diminuer puis arrêter le débit continu (de 10%/8h) puis lui laisser les bolus seuls : quand l'enfant ne fait plus ou presque plus de bolus, la pompe peut être enlevée



Exemple :

Martin 6 ans, post allogreffe mucite grade IV

Protocole avec titration : 100ug/kg puis toutes les 10 min 25 ug/kg .

2 bolus sont nécessaire pour une EVA <3 , on poursuit ensuite avec 20ug/kg/h

- En combien de temps aurait on obtenu le soulagement avec un débit continu sans bolus ? Avec bolus ?



Exemple :

Martin a 6 ans, post allogreffe mucite grade IV

Protocole avec titration : 100ug/kg puis toutes les 10 min 25 ug/kg . 2 bolus sont nécessaire pour une EVA <3 , on poursuit ensuite avec 20ug/kg/h

- En combien de temps aurait on obtenu le soulagement avec un débit continu de 20ug/kg/h sans bolus ? Avec bolus de 20ug/kg?
- On aurait mis 8h à obtenir 160ug/kg avec un débit de départ à 20ug/kg/h sans bolus ou en 45 min avec 7 bolus administrés toutes les 6 min (sur les 10 autorisés sur 4 heures soit plus que 3 bolus possible pour les 3h15 suivantes ...)



Problèmes les plus fréquents avec la PCA (1)

L'enfant n'est pas soulagé pourtant il fait peu ou pas de bolus.



Problèmes les plus fréquents avec la PCA (1)

L'enfant n'est pas soulagé pourtant il fait peu ou pas de bolus.

- **Les bolus sont-ils efficaces ?** Pour le savoir, poser la question à l'enfant: « quand tu appuies, es-tu soulagé ? ». Le plus souvent, les bolus sont trop faibles ; il faut augmenter la taille du bolus par paliers de 50 % (exemple passer de 1 à 1,5 mg).
- **Les bolus entraînent-ils des effets indésirables : somnolence, nausées, prurit, céphalées ?** Il ne faut pas diminuer les bolus, puisque l'enfant n'est pas soulagé, mais lutter contre les effets indésirables
- **L'enfant n'a pas compris le fonctionnement de la PCA ?** Ré-expliquer le principe de la PCA.
- **L'enfant (ou son entourage) a peur de la morphine** ou a entendu des « commentaires » sur ses consommations.



Problèmes les plus fréquents avec la PCA (2)

L'enfant n'est pas soulagé mais le nombre de demandes reste très élevé (bolus demandés très supérieurs aux bolus reçus : l'enfant a appuyé en période réfractaire)



Problèmes les plus fréquents avec la PCA (2)

L'enfant n'est pas soulagé mais le nombre de demandes reste très élevé (bolus demandés très supérieurs aux bolus reçus : l'enfant a appuyé en période réfractaire)

- **Les bolus sont-ils efficaces ?** Sinon, augmenter leur taille et/ou ajouter ou augmenter le débit continu
- **La période réfractaire n'est-elle pas trop longue ?** (en principe 6 min)
- **Est-on en présence d'une complication ?** Escarre sous plâtre, rétention urinaire, extravasation de la perfusion...
- **L'enfant présente une anxiété majeure** et il utilise la PCA pour diminuer son « mal-être » général : cette dernière hypothèse doit être évoquée après avoir vérifié que la prescription de morphine était suffisante (taille des bolus...).



La surveillance de la PCA

- **Matériel dédié avec valve anti retour / feuille de prescription et de surveillance spécifique**
- **Surveillance infirmière** toutes les 30 minutes pendant 1 heure à chaque changement de posologie ou de seringue puis toutes les heures pendant 2 heures.
- **Adapter la posologie de la PCA** au score de sédation pour l'obtention d'une analgésie efficace.
- **Dépister et traiter en urgence un surdosage morphinique** (ampoule de naloxone et médecin disponibles) à partir de consignes écrites : stimuler, oxygéner et naloxone 2-4 $\mu\text{g/kg}$ IVL (intraveineuse lente) à renouveler jusqu'au réveil et respiration normale (ou diluer 0,4mg ds 10ml et injecter cc par cc jusqu'à FR>10).
- **Anticiper et traiter les effets indésirables de la morphine** (prurit, nausées, constipation, rétention d'urine) par laxatif, antiémétique, voire naloxone en continu à faible dose : 0,2-0,4 $\mu\text{g/kg/h}$, sans arrêter la morphine ou nubain 0,2mg/kg/j IVC .



La surveillance de la PCA

- **Matériel dédié avec valve anti retour /1mg/ml/ feuille de prescription et de surveillance spécifique**
- **Surveillance infirmière** toutes les 30 minutes pendant 1 heure à chaque changement de posologie ou de seringue puis toutes les heures pendant 2 heures.
- **Adapter la posologie de la PCA** au score de sédation pour l'obtention d'une analgésie efficace.
- **Dépister et traiter en urgence un surdosage morphinique** (ampoule de naloxone et médecin disponibles) à partir de consignes écrites : stimuler, oxygéner et naloxone 2-4 µg/kg IVL (intraveineuse lente) à renouveler jusqu'au réveil et respiration normale (ou diluer 0,4mg ds 10ml et injecter cc par cc jusqu'à FR>10).
- **Anticiper et traiter les effets indésirables de la morphine** (prurit, nausées, constipation, rétention d'urine) par laxatif, antiémétique, voire naloxone en continu à faible dose : 0,2-0,4 µg/kg/h, sans arrêter la morphine ou nubain 0,2mg/kg/j IVC .



Ajout de la kétamine

- Les mélanges dans la cassette de morphine ne sont plus recommandés
- En cas de douleurs rebelles :
 - Kétamine 0,5mg/kg/j à J1 puis augmentation de 0,5mg/kg /j jusqu'à un max de 2mg /kg /j
 - À arrêter en premier quand l'enfant va mieux
- Effets secondaires : psychodyslepsie ...



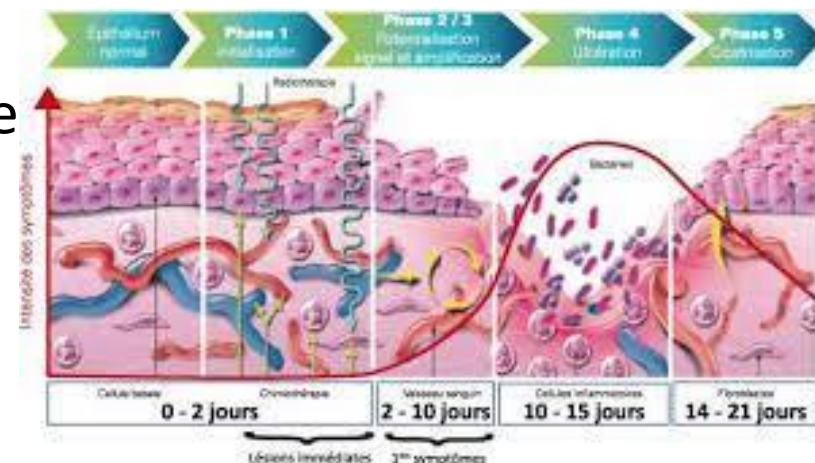
Focus Laser



Définition et mécanismes d'action

Faisceau laser athermique de faible puissance (LLLT) : augmente l'ATP et diminue le stress oxydatif . Ce qui réduit l'inflammation et augmente le métabolisme cellulaire.

- Augmente les capacités de réparation et de cicatrisation des tissus lésés:
 - augmente les taux de facteurs de croissance
 - active les fibroblastes et les cellules endothéliales
 - active la prolifération des kératinocytes
- Antalgique



Utilisation du laser

- **Inocuité** : utilisable même chez les jeunes enfants par une équipe formée (lunettes spécifiques, quelques minutes, sur zone prédéfinies..)
- **Pas d'effet secondaire** (lunettes et éviter thyroïde quand même ...)
- **Utilisations** :
 - **En préventif** : réduit l'incidence et la sévérité (intensité et durée) des mucites (*Oberoi et al, Soto et al*)
 - **En curatif** : réduit la douleur (*He et al, Gobbo et al*)
- Approuvé par les sociétés savantes MASCC , EBMT (en particulier dans les conditionnements prégreffe)



Laser en pédiatrie : 2 études en cours

- Questions : indications et paramètres idéaux de traitement ??
 - MUCILA en préventif : laser vs placebo
 - Obj 1 : Efficacité du laser en préventif sur l'incidence des mucites sévères (grade 3 et 4) après chimiothérapie conventionnelle ou haute dose à haut potentiel mucitogène
 - Obj 2 : reduire la severité clinique , l'intensité de la douleur et la prise d'antalgiques, l'impact sur la fonction et le comportement de la bouche
 - CURALASE en curatif : comparer 2 modalités d'application : quotidien ou un jour /2 :



Conclusion

- La mucite est une complication fréquente en oncopédiatrie avec des conséquences pouvant mettre en jeu le pronostic du patient
- Grande hétérogénéité des prises en charge vs recommandations
- Dépister les FDR : état buccodentaire et alimentation
- Prévenir +++ : dentiste / hygiène et soins de bouche / éducation
- Guérir :
 - Anticiper l'aggravation et donc soulager rapidement puis réévaluer régulièrement (avoir un coup d'avance!)
 - Place du laser : difficile à évaluer de manière scientifique mais est elle quand même encore à débattre ?



MERCI !!

